



# Utvärdering av projektet MedUrs

Samverkan och rehabilitering av personer som varit långtidssjukskrivna

Ett projekt delfinansierat av Europeiska socialfonden med syfte att utveckla arbetssätt och metoder som främjar långtidssjukskrivnas återhämtning och deras återgång till arbetslivet, egenförsörjning och ökad livskvalitet

**Högskolan i Halmstad, augusti 2014**

**Författare:**

Forto Chungong, Phd -student Aston University, Birmingham  
Ove Svensson, fil. dr. i sociologi, Wigforssgruppen för välfärdsforskning,  
sektionen för Hälsa och samhälle vid Högskolan i Halmstad

## Sammanfattning

Chungong, F. och Svensson, O. (2014) *Utvärdering av projektet MedUrs. Samverkan och rehabilitering av personer som varit långtidssjukskrivna.*

Projektet MedUrs hade som övergripande syfte att främja deltagarnas möjlighet till återgång i arbete. Trots att de flesta av deltagarna (86 %) hade varit borta från arbetslivet från 3 till mer än 12 år med anledning av långa sjukskrivningsperioder kunde utvärderingen bekräfta att syftet infriades för nära fyra av tio deltagare. En förklaring till detta var den samverkan som Skellefteå samverkansförbund initierade mellan alla berörda rehabiliteringsaktörer. Av totalt 173 deltagare (87 % jmf med målet om 200 deltagare) hade 144 deltagare avslutat projektet inom projekttiden. Av dessa gick 37 procent, eller 19 män och 34 kvinnor vidare till studier eller avlönat arbete, i flera fall arbete med lönebidrag. Ett kortsiktigt mål var att deltagarna skulle komma närmare arbete och 62 procent av samtliga deltagare uppgav att möjligheten till återgång i arbetslivet hade ökat. Det fanns vidare en ambition att projektet skulle bidra till ökat välmående och förhöjd livskvalitet, något som infriades för drygt trefjärdedelar (77 %).

Projektet bidrog till att deltagarnas försörjningsförmåga blev utredd. Efter projektet uppgav 56 procent av deltagarna att den var fullständigt utredd. Försäkringskassan tog beslut om att 9 procent av männen och 27 procent av kvinnorna skulle erhålla sjukersättning på grund av att arbetsförmågan visat sig vara varaktigt nedsatt. Den nedsatta arbetsförmågan bidrog till att de trots att de anpassade bättre till rehabiliteringen än männen, inte kom ut i arbete i samma omfattning. Ett antal deltagare (13 %) gick vidare till andra projekt eller annat. Återstoden var åter aktuella hos endera Försäkringskassan (19 %) eller hos Arbetsförmedlingen (10 %). Deltagare som återgår i arbete förbättrar sin självskattade hälsa, men det gjorde även övriga deltagare. Sammantaget uppgav 61 procent av deltagarna att deras hälsa förbättrades under tiden i MedUrs.

Resultatet av utvärderingen visade att deltagare med en aktiv strategi för sitt deltagande i MedUrs och med tilltro till sin förmåga att hantera framtida utmaningar (Self-Efficacy) i stor utsträckning återgår i arbete. Men det förekom även att deltagarna med en mera resignerad och uppgiven strategi kunde lyckas med detta. Det viktiga för deltagarna verkar vara ett individuellt bemötande och att mentorerna lyckas etablera och upprätthålla en fungerande samarbetsallians med dem. Även om fokus i projektet var inriktat på utveckling av metoder blev ett tydligt resultat att mentorerna själva hade minst lika stor betydelse. Mer än hälften av deltagarna nämner samtalen med mentorerna som det inslag som främst bidragit till att stärka deras ställning på arbetsmarknaden.

Framgångsfaktorer för deltagarna var jämte en aktiv strategi för deltagandet i rehabiliteringen, att några trots långvarig sjukskrivning hade kvar sin anställning, att det fanns ett brett utbud av insatser där de flesta kunde finna något för sig, att de hade en aktiv fritid och upplevde ett bra bemötande och stöd från Arbetsförmedling, Försäkringskassa och Hälso- och sjukvården. Stödet från närstående var också viktigt och att arbetsfördelningen i hemmet omförhandlades för att deltagarna skulle kunna satsa på praktik och en anställning utanför hemmet. Både det formella och det informella stödet antas bidra till resultatets uthållighet.

Hinder för rehabiliteringen var den överdrivna följsamhet (compliance) som deltagare riskerar att utveckla under sjukskrivningstiden genom att de överlämnar ansvaret för sin rehabilitering på berörda myndigheter och vårdapparat. Ytterligare ett hinder för 20 till 25 procent av deltagarna var känslor av skam för att de inte hade en anställning. Det bidrog till att de avstod från att delta i aktiviteter och att upprätthålla sociala kontakter med andra.

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	3
MedUrs projektorganisation	5
Kapitel 1. Inledning	6
1.1 Rapportens disposition	7
1.2 Projektets syfte och konkreta delmål	8
1.3 Sjukskrivningar – individens bekymmer blir till samhällets problem	9
Kapitel 2. Uppdrag och genomförande av utvärderingen	11
2.1 Utvärderingens syfte	11
2.2 Enkätens utformning och distribution	13
2.3 Fokusgruppsintervjuer med deltagare	16
2.4 Djupintervjuer med 13 deltagare	16
2.5 Analys av materialet avseende deltagare	17
2.6 Utvärdering och analys av projektprocessen	19
2.7 Etiska överväganden	20
Kapitel 3. Projektprocessen	22
3.1 Bakgrund till projektet	22
3.2 Projektets planering och upptakt	23
3.3 Styrgruppens betydelse	25
3.4 Konkurrens om deltagare till styrgrupper	25
3.5 Genomförande av projektet	26
3.6 Transnationellt utbyte	29
3.7 Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans synpunkter	30
3.8 Avslutning och spridning av projektets resultat	31
Kapitel 4. MedUrs – tankeram och metoder under motivationsfasen	32
4.1 Om deltagarnas situation	34
4.2 Deltagarnas förväntningar på resultatet av rehabiliteringen	37
4.3 Deltagarnas egna handlingsstrategier	40
4.4 Deltagarnas upplevda Self-Efficacy	42
4.5 Deltagarnas tidigare erfarenheter av arbetslivet	43
4.6 Sammanfattning – utvecklade metoder och använda instrument inom motivationsfasen	45
Kapitel 5. Genomförandefasen – rehabiliteringsprocesser inom MedUrs	50
5.1 Rehabiliteringsprocessen	52
5.2 Arbete, praktik och arbetsförmågeutredning	55
5.3 Samverkan och samarbete med myndigheter och vårdgivare	58
5.4 Hälsöfrämjande aktiviteter och fritidsaktiviteter	62
5.5 Att vara sjuk eller att ha hälsan	63
5.6 Utbildning och individuell rådgivning	64
5.7 Stöd till familj och närstående	66
5.8 Norsjö - en framgångsrik variant av MedUrs	66
5.9 Sammanfattning	67
Kapitel 6. Avslutningsfasen och vidmakthållande av resultatet efteråt	69
6.1 Bidrar MedUrs till ökad anställningsbarhet	71
6.2 Blev försörjningsförmågan väl utredd	73
6.3 Med försämrad personlig ekonomi utarmas de ekonomiska tillgångarna	75
6.4 Upplevd hälsa	75
6.5 Upplevd livskvalitet	77
6.6 Fritidsaktiviteter	80
6.7 Försämrad privatekonomi sänker upplevelsen av livskvalitet	82

6.8 Självförtroende, makt och kontroll över sin situation	83
6.9 Vidmakthållande av resultatet	84
6.10 Sammanfattning	86
Kapitel 7. Följsamhet till andras uppfattning ett hot mot rehabiliteringen	89
7.1 Ställföreträdande kontroll som vilar på andras kompetens och välvilja	89
7.2 Deltagarnas följsamhet till andras uppfattning	90
7.3 Empowerment, egen kontroll och ökad självkänsla	91
Kapitel 8. Skam eller upplevd gemenskap konsekvenser av att inte ha arbete	94
8.1 Känslan av skam begränsar deltagarnas handlingsutrymme	94
8.2 Fritidsaktiviteter inslag i rehabiliteringen eller alternativ livsstil för dem som står utanför arbetsmarknaden	97
8.3 Sammanfattning	99
Kapitel 9. Balans mellan inriktningen på metodernas och mentorernas betydelse	100
9.1 Evidensbaserad praktik	101
9.2 Rehabiliteringsteamens syn på evidensbaserad praktik	102
9.3 Balans mellan evidensbaserade metoders och mentorers betydelse	104
Kapitel 10. Rollen som coach vid arbetslivsinriktad rehabilitering	107
10.1 Rollen som coach	107
10.2 Rollen som coach inom MedUrs bygger på en kärna av gemensamma värden	109
10.3 Funktioner som bidrar till återhämtning, hälsa och återgång i arbetslivet	110
10.4 Principer för arbetslivsinriktad rehabilitering	114
10.5 Sammanfattning	117
Kapitel 11 Sammanfattning av projektets resultat och måluppfyllelse	118
11.1 MedUrs mål avseende deltagarna	119
11.2 MedUrs tankeram	122
11.3 Har projektet MedUrs uppnått sina mål?	129
Referenser	131

## **MedUrs projektorganisation**

### *Projektägare*

Urkraft Service AB

### *Projektteam*

Projektkoordinator Theresé Lundgren, Urkraft

Projektkonom Thomas Nilsson ersattes mars 2013 av Siv Eriksson, Urkraft

### *Projektledare*

Christina Wiklund, Urkraft

Carina Åman, Medlefors folkhögskola

### *Styrgrupp*

Rolf Wikman, Urkraft

Monica Widman-Lundmark, Medlefors folkhögskola

Åsa Wallin, Af

Lotta Qvarnlöf, FK

Per Bergman, Socialförvaltningen

Jan Midlert, Gymnasiekontoret

Leif Löfroth, Arbetsmarknadsenheten

Håkan Viklund, Psykiatri, Västerbottens läns landsting

Stellan Berglund, Samordningsförbundet Skellefteå

### *Utvärdering*

Ove Svensson, socionom och fil dr i sociologi

Forto Chungong, Phd-student

Projektet har genomförts under tiden september 2010 till september 2013, och förlängts genom ESF:s uppgradering till den 30 juni 2014 efter beslut av Europeiska Socialfonden (ESF). Samordningsförbundet i Skellefteå har medgett medfinansiering till samma datum.

# Kapitel 1. Inledning

---

*Denna rapport redovisar resultatet av utvärderingen av projektet MedUrs, ett samverkansprojekt mellan Urkraft och Medlefors folkhögskola med medverkan av bl.a. Försäkringskassan (FK), Arbetsförmedlingen (AF), Skellefteå kommun och Samordningsförbundet i Skellefteå. I samband med spridningen av projektet till Norsjö blir även Arbetsförmedlingen i Norsjö en samverkanspartner. Urkraft och Medlefors folkhögskola är båda lokala aktörer som har lång erfarenhet av rehabilitering för personer som står utanför arbetsmarknaden. Projektet delfinansieras av Europeiska socialfonden.*

Det finns ett dokumenterat behov av utveckling av verksamma metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering (Anderzén & Hansson 2008). Tanken med projektet MedUrs är att det bästa från både Urkrafts modell för rehabilitering ”KomMed” och från Medlefors folkhögskolas ”Spira Utvecklingstrappan” ska ligga till grund för utveckling av nya metoder inom arbetslivsinriktad rehabiliteringen. De som svarar för de operativa insatserna inom Medlefors folkhögskola och Urkraft benämns genomgående som mentorer i rapporten. I verkligheten används skilda benämningar inom de båda organisationerna. Handläggare från såväl FK som AF deltar aktivt i projektet, inom AF tydliggörs samverkan genom att avsätta ca 25 procent av en tjänst för denna. Inspiration för utveckling av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen hämtas från transnationella kontakter och ur forskningen.

Deltagare till MedUrs rekryteras bland Skellefteås befolkning som år 2011 uppgår till nära 71 600. Det finns fem gymnasieskolor och på Campus Skellefteå har Umeå och Luleå universitet lokaliserat universitetsfilialer som erbjuder program och enstaka kurser. Största arbetsgivare är Skellefteå kommun med över 7 700 anställda och Västerbottens läns landsting med 1 600 anställda. Förvärvsfrekvensen ligger jämfört med riket på en förhållandevis hög nivå för alla åldrar. Andelen sysselsatta ligger något högre inom industri, vård och omsorg jämfört med riket. Arbetsmarknaden har en traditionell uppdelning efter kön.

Projektet MedUrs får spridning till Norsjö kommun med drygt 4 300 invånare, med en stor andel anställda i industrin. De större företagen finns bl.a. inom träbranschen i form av vidareförädling av träprodukter. Den offentliga sektorn sysselsätter en tredjedel av den yrkesverksamma befolkningen. I rapporten jämförs den variant av MedUrs som bedrivs i Norsjö med den som genomförs i Skellefteå.

Denna rapport avser att belysa projektets utfall, måluppfyllelse samt själva projektprocessen. En ambition med rapporten är att göra läsaren uppmärksam på förhållanden som påverkar uppnåendet av projekts övergripande syfte och konkreta delmål. Det gäller i första hand vad som bidrar till en framgångsrik rehabilitering för personer med lång frånvaro från arbetslivet. Dessa förhållanden relateras i rapporten till aktuell forskning och teorier för att säkerställa i

vilken omfattning de vilar på evidens. Rehabiliteringsprocessen med de metoder som utvecklas inom projektet relateras i kapitel 4 till en tankeram.

Utvärderingens ursprungligen tänkta bidrag till forskningen stötte på hinder eftersom medel från ESF:s utvecklingsprojekt inte är avsedda för forskningsinsatser. Utvärderingen har dock förankrats i forskning och relevant teoribildning. De instrument som utvecklas inom utvärderingen kommer i valda delar att ingå i en metodbok tillsammans med metoder som utprovas inom utvärderingen. En vetenskaplig artikel baserad på kvalitativa data kompletterar dessa publiceringar.

## 1.1 Rapportens disposition

Rapportens första kapitel beskriver projektets syfte och konkreta delmål såsom de formuleras i projektansökan. Kapitlet ger en kortfattad bakgrund till varför långvariga sjukskrivningar kommit att uppfattas som, inte enbart ett bekymmer för den enskilde, utan även som ett problem för hela samhället. I kapitel 2 beskrivs bakgrunden till utvärderingsuppdraget och syftet med denna. Vidare redovisas utvärderingens val av metoder och genomförande.

Kapitel 3 ägnas åt beskriva projektprocessen, styrningen av projektet och samverkan mellan Urkraft och Medlefors folkhögskola och Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och övriga berörda myndigheter och vårdgivare. I kapitlet beskrivs även den transnationella samverkan och den stimulans denna inneburit för projektet. I kapitel 4 presenteras en tankeram för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inom MedUrs. Det betonas att tankeramen är öppen och ger utrymme för påverkan från omgivningen. MedUrs är beroende av samverkan och stöd från berörda myndigheter och vårdgivare. Utan denna samverkan skulle projektet inte haft samma framgång. I kapitlet redovisas även motivationsfasen i MedUrs-projektet och hur denna övergår till att bli en integrerad del av hela rehabiliteringsprocessen.

I kapitel 5 diskuteras rehabiliteringsprocessen med sina inslag av arbete, praktik och arbetsförmågeutredning, samverkan, hälsofrämjande aktiviteter och fritidsaktiviteter, utbildning och individuell rådgivning samt stöd till deltagarnas familjer och närstående. Kapitel 6 ägnas åt den sista fasen av rehabiliteringen med utslussningen från MedUrs. Den fråga som ställs till det insamlade materialet i utvärderingen är vad MedUrs har betytt för enskilda deltagare. Vidare diskuteras deltagarnas resultat inom väsentliga områden som arbete, försörjning, hälsa och livskvalitet. Genom att belysa förhållanden som bidragit till resultat uppmärksammas lovande inslag i rehabiliteringen.

Kapitel 7 uppmärksammar att deltagare efter långa sjukskrivningsperioder riskerar att utveckla en överdriven följsamhet och anpassning till myndigheters och vårdgivares uppfattningar, vilket kan bli ett hinder för deltagarnas rehabilitering. Genom att stärka deras inflytande över rehabiliteringsprocessen förväntas att deras anpassning till vården bryts och ersätts av engagemang och egna handlingsstrategier för sin rehabilitering. Delaktighet och

empowerment ingår i MedUrs rehabiliteringsprocesser för att deltagarna trots långa sjukskrivningar ska återvinna makten över sin situation.

Kapitel 8 utgår från Hagströms studie från 1988 som visade att det inte upplevdes vara lika skamligt att stå utanför arbetsmarknaden i en norrlandskommun jämfört med Stockholm och Örebro. I kapitlet diskuteras i vilken omfattning Hagströms över tjugo år gamla beskrivning av förhållandena i Vilhelmina är giltig för kustkommunen Skellefteå. Upplever deltagarna i MedUrs skam över att stå utanför arbetsmarknaden och vilka uttryck tar det sig i så fall? Skapar långvariga sjukskrivningsperioder ett utrymme för att utveckla en alternativ livsstil utan arbete?

I kapitel 9 diskuteras hur projektteamen inom Urkraft respektive Medlefors folkhögskola ser på möjligheterna att utveckla en evidensbaserad praktik. Diskussionerna förs mot bakgrund av erfarenheterna från utvärderingen. I kapitlet uppmärksammas riskerna med att alltför ensidigt betona evidens och val av metoder när andra förhållanden som är relaterade till mentorernas förhållningssätt verkar ha minst lika stor, kanske rentav större betydelse för utfallet. I kapitel 10 belyses mera ingående ett av delmålen för projektet, att utveckla en coachroll som håller samman viktiga funktioner för en arbetslivsinriktad rehabilitering.

Kapitel 11 sammanfattar och värderar projektets resultat. Det kan läsas som ett fristående kapitel för den som inte önskar läsa hela rapporten men som vill ha en mera ingående sammanfattning av projektets utfall än den som erhålles inledningsvis. Den tankeram som utvecklades i kapitel 4 får i kapitel 11 sin slutliga utformning. Rapporten avslutas med en sammanställning av dess referenser.

## 1.2 Projektets syfte och konkreta delmål

Det angivna syftet med projektet MedUrs är på individnivå att deltagarna i ökad omfattning ska bli anställningsbara, uppnå egenförsörjning och att deras risker för utanförskap ska begränsas. Deltagarna förväntas uppnå bättre hälsa, ökat självförtroende, bättre livskvalité och ökad makt och kontroll över den egna tillvaron. Detta är dock inte den enda avsikten med projektet. På strukturell nivå förväntas projektets erfarenheter och lärdomar kunna bidra till utveckling av metoder för arbetslivsinriktade rehabilitering. En ambition med projektet MedUrs är att det ska bidra till att långtidssjukskrivna personers kompetens och resurser tas tillvara i arbetslivet. Utvärderingen förväntas bidra till att identifiera och synliggöra inslag som leder till ökad samverkan och en framgångsrik rehabilitering.

De konkreta delmålen för projektet anges i projektansökan. Det framgår att: 1) Minst 200 personer ska ha tagit del av projektets insatser och 75 procent upplevt att insatserna bidrar till att föra dem närmare arbetsmarknaden. 2) Rollen som ”coach”, ”mentor” eller ”samordnare” av arbetslivsinriktade rehabiliteringen förväntas genom lärdomar från projektet få en tydlig utformning som stödjande resurs för enskilda deltagare. 3) Ett verktyg för bedömning av arbetsförmågan ska också utvecklas inom projektet. 4) Arbetsmarknaden ska vidare vidgas



genom att 100 företag får ökade kunskaper om sociala företag och 200 arbetsgivare inspireras att anställa personer ur projektets målgrupp.

Deltagarna i projektet ska 5) få kunskap om hur man startar och driver sociala företag. 6) Rehabiliteringsprocessen ska förbättras genom att utvärderingen förankrar metoder och arbetssätt i evidensbaserad kunskap. 6) Förutsättningar ska skapas för lärande om samverkan kring målgruppens rehabilitering. I projektansökan förs ett resonemang kring betydelsen av att utveckla metoder som bryter mot könsstereotypa yrkesval. Vi har anledning att återkomma till projektets måluppfyllelse längre fram i rapporten. Se kapitel 11. ”Sammanfattning av projektets resultat och måluppfyllelse”.

### 1.3 Sjukskrivningar – individens bekymmer blir till samhällets problem

Behovet av utveckling av metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering ökar i takt med att antalet sjukskrivningar och kanske främst de långvariga sjukskrivningarna ökar i samhället. De har kommit att uppfattas som ett samhällsproblem. Med början av 2000-talet betraktas sjukfrånvaron som ett av de viktigaste samhällsproblemen i Sverige. I projektansökan hänvisas till Björn Johnssons (2011) beskrivning av hur sjukfrånvaron ökar från år 1998 för att sedan stanna av. En stor del av sjukfrånvaron utgörs av långtidssjukskrivningar och från år 1997 till år 2000 ökar antalet kvinnor som är sjukskrivna 60 dagar eller längre från 67 000 till 159 000. Under samma period stiger dessa för männen från 45 000 till 92 000.

Av avstämningsrapporten efter projektets mobiliseringsfas (2010-12-21) framgår bl.a. att kvinnors andel av de sjukskrivna i Västerbotten uppgår till två tredjedelar (68 %) av samtliga sjukskrivna, och männens andel till en tredjedel (32 %). Det är också vanligare i länet med längre sjukskrivningsperioder bland kvinnor jämfört med situationen för män. Det noteras även en skevhet i fördelningen av Försäkringskassans resurser där män trots sin lägre andel av antalet sjukskrivna erhåller större delen av resurserna för rehabilitering. Trots att de bara utgör 32 procent av målgruppen uppgår deras andel av kostnaderna till 70 procent. I rapporten noteras andra skillnader vid rehabiliteringen som relateras till kön.

Ökningen av antalet sjukdagar tillskrivs ökad stress och försämringar av den psykosociala arbetsmiljön. I projektansökan hänvisas till Karasek och Theorell (1990) som hävdar att långvarig stress bidrar till att försämma hälsan. De lanserar en teori för att förklara detta som utgår från relationen mellan kraven på arbetsplatsen, den anställdes upplevelse av egen kontroll över arbetssituationen och känslan av stöd från arbetsledning och arbetskamrater. Risken för skadlig stress och sjukdom är, enligt deras mening, störst bland anställda som upplever att kraven är dem övermäktiga och att de saknar kontroll över arbetssituationen och inte upplever sig ha något stöd av omgivningen. Även alltför låga krav kan, enligt Karasek och Theorell (a.a.), vara skadliga genom avsaknaden av utmaningar och stimulans, vilket antas bidra till leda och nedstämdhet.

Karasek och Theorell identifierar ett antal typiska situationer utifrån relationen mellan kraven på den anställda och dennes upplevelse av kontroll över sitt arbete. De benämns ”spända arbetsituationer”, ”avspända arbetsituationer”, ”aktiva arbetsituationer” och ”passiva arbetsituationer”. I utvärderingen ställs frågan vad det innebär för deltagarens rehabilitering att ha erfarenhet från något av dessa arbetsförhållanden. Ett antagande är att erfarenheterna påverkar inställningen till att återgå i arbete.

Samverkan kan, enligt Danermark (2000), beskrivas som välfärdsstatens nya arbetsform. Ökad samverkan antas ha bidragit till att långtidsfrånvaron på grund av sjukdom minskar efter år 2003. Förutom samhällets åtgärder för att motverka fusk och felaktiga utbetalningar tillskrivs minskningen av långtidsfrånvaron det ökade samarbete mellan Arbetsförmedling och Försäkringskassa och sammanslagningen av landets Försäkringskassor till en myndighet. Efter att lagen (2003:10) om finansiell samordningen vunnit laga kraft etablerades Skellefteå samordningsförbund för samverkan mellan kommunen, landstinget, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen. Syftet med lagen och Skellefteå samordningsförbund är att stödja samverkan och verka för att personer som behöver samordnade rehabiliteringsinsatser får detta.

# Kapitel 2. Uppdrag och genomförande av utvärderingen

---

*Av projektansökan framgår att utvärderingsinsatserna ursprungligen var uppdelade mellan Ove Svensson vid Högskolan i Halmstad som skulle svara för utvärdering/processtöd och en doktorand vid Luleå Tekniska Universitet, avdelningen för hälsa och rehabilitering, som skulle svara för s.k. följeforskning. Följeforskning kan beskrivas som en form av lärande utvärdering (Svensson med flera 2009) som ska komma in tidigt och följa hela processen i ett projekt. Det räcker inte med att bara beskriva hur denna utvecklas, även projektets resultat och graden av måluppfyllelse ska redovisas löpande och ingå i ett lärande.*

När doktoranden vid Luleå Tekniska Universitet (LTU) får förhinder och inte kan genomföra följeforskningen som planerat tvingas Urkraft som projektägare att finna ersättare för henne. Efter upphandling får Ove Svensson och Forto Chungong vid Högskolan i Halmstad ansvaret att även genomföra den delen av utvärderingen. De har tidigare svarat för utvärderingar<sup>1</sup> med liknande inriktning och med Urkraft som projektägare och Europeiska socialfonden som delfinansier.

## 2.1 Utvärderingens syfte

Utvärderingen ska enligt projektansökan ha tre syften, nämligen 1) genom intervjuer och enkäter säkerställa projektets resultat och relatera detta till relevant forskning, och 2) bidra till och synliggöra metodutvecklingen inom MedUrs. 3) följa projektprocessen och genom återkoppling till koordinator, styrgrupp och andra strategiska grupper skapa förutsättningar för ett lärande som stödjer projektets utveckling och bidrar till att de uppsatta målen uppnås (Svensson m.fl. 2009).

Av projektansökan (s.15) framgår att "... utvärderingen ska sedan användas till att löpande återkoppla resultaten till projektets styrgrupp så att vi snabbt kan lära och förbättra". Av det PM där utvärderarna (Chungong och Svensson) beskriver genomförandet av följeforskningen och den lärande utvärderingen framgår att de ska:

- Löpande följa och dokumentera hur projektet fortskrider
- Delta vid viktiga aktiviteter i projektet (efter samråd med projektledning)
- Samarbeta med projektledning i utvecklingen av metoder och vara stöd och bollplank för denna

---

<sup>1</sup> T.ex. Forto Chungong och Ove Svensson (2010) *Företagens sociala ansvar (CSR) – lärande, regional utveckling och tillväxt. Utvärdering av projektet F-SALT*. Wigforssgruppen för välfärdsvetenskap, Halmstad Högskola. (Rapporten finns även på engelska)

- Återföra gjorda erfarenheter till projektet och delta i offentlig diskussion, konferenser, seminarier och medverka i den transnationella samverkan
- Medverka till lärande inom projektet
- Sammanställa gjorda erfarenheter och lärdomar och värdera projektets utfall och måluppfyllelse i en sammanfattande slutrapport

### Sammanställning 1. Utvärderingens och följeforskningens plan för insamling av data

Utvärdering av projektets utfall och måluppfyllelse	Utvärdering av projektprocessen
Projektansökan, minnesanteckningar och övriga dokument	Projektansökan, minnesanteckningar och övriga dokument
Fältanteckningar	Fältanteckningar
Enkät till 50 deltagare med såväl öppna frågor som frågor med fasta svarsalternativ	Enkät till anställda inom Medlefors folkhögskola och Urkraft med såväl öppna frågor som frågor med fasta svarsalternativ (5 personer)
Djupintervjuer med 13 deltagare	Djupintervjuer med anställda inom Medlefors folkhögskola och Urkraft (5 personer)
Fokusgruppsintervjuer med 18 deltagare	

Den första utvärderingsträffen hölls i Stockholm. En av de första insatserna därefter var att diskutera vad som framgår av projektplanen och andra dokument. Den 5 till 6 september 2011 träffar utvärderarna Forto Chungong och Ove Svensson koordinator Therése Lundgren och Katrin Lundmark från Urkraft. Mötet som äger rum på Högskolan i Halmstad handlar bl.a. om att utveckla de teoretiska utgångspunkter som beskrivs i projektansökan och knyta dessa till referenser i litteraturen. I ansökan hänvisas till Robert Karasek och Töres Theorell och deras krav-kontroll-stöd-modell (1990). Vidare hänvisas till Albert Banduras (1977) sociala inlärningsteori och begreppet Self-Efficacy som utgår från den enskildes upplevda tilltro till sin förmåga att kunna hantera utmaningar i framtiden. Det görs även hänvisningar till Anton Antonovskys teorier om hälsa och ”frisktänkande” (1991).

De teoretiska utgångspunkterna i projektansökan sätts efter litteratur- och databassökning av Forto Chungong in i ett sammanhang av tidigare forskning. Efter samtal med i första hand projektets koordinator utarbetas en plan för utvärderingen som bl.a. utgår från projektplanen och de teoretiska perspektiv som omnämndes i denna. När planen godkänts och förankrats i hela projektgruppen ligger den sedan till grund för en tankesammanfattning för det fortsatta arbetet med utvärderingen.

Nästa insats är att konstruera en enkät som vänder sig till deltagarna i projektet. Tanken var att utvärderingen skulle bidra till inspiration och lärande, men den skulle även ge direkta bidrag till metodutvecklingen. Enkäten skulle användas för utvärdering av projektet. De instrument som ingår i denna och som visar sig användbara, t.ex. för bedömning av deltagarnas motivation, kompletterar och ingår som underlag för metodutvecklingen.

Ett antal utvärderingsträffar hölls i Halmstad, Stockholm och Skellefteå om två till tre dagar varje tillfälle. Det sker 2011-05-05 till 06, 2011-06-13, 2011-10-27 till 28, 2011-12-05, 2012-06-18 till 20, 2012-09-12 till 13, 2012-10-11 i Stockholm, 2012-12-11 till 13, 2013-03-14 till 15, 2013-06-1 till 5 (Almedalsveckan), 2013-09-12 till 14, 2013-11-26 till 27 och 2014-01-21 till 22. Ett seminarium med work shop hölls den 15 till 16 januari 2014 på Högskolan i Halmstad där Theresé Lundgren och Christina Wiklund medverkar från MedUrs. Gemensam spridning av erfarenheter från projektet på Medlefors folkhögskola och utvärderingsträffar 2014-05-5 till 9 i Skellefteå.

## 2.2 Enkätens utformning och distribution

Enkäten omfattar 110 frågor med fasta svarsalternativ av flervalstyp och 10 öppna frågor som kan besvaras fritt. Enkäten är indelad i sju sektioner från A till H. *Sektion A* innehåller frågor om deltagarnas ålder, kön, högsta utbildning och förväntningar på projektet. *Sektion B Arbetsliv* tar upp frågor om den nuvarande situationen, om deltagaren har en anställning att gå tillbaka till, sjukskrivningarnas längd och deltagarens sysselsättningsförhållanden. Det ställs även frågor om makes/makans/sambos förhållanden. Ett antal frågor avser erfarenheter från arbetslivet utifrån Karaseks och Theorells krav-kontroll-stöd-modell (1990). Frågorna bygger på ett antagande baserat på Banduras inlärningsteori (1977) om att tidigare erfarenheter av arbetslivet påverkar deltagarnas syn på och inställning till arbetslivet. Förväntningarna på arbetslivet färgas av deltagarnas erfarenheter av såväl stress, krävande arbetsförhållanden utan egen kontroll av sin arbetssituation som positiva erfarenheter av stimulerande arbetsuppgifter och stöd i arbetslivet.

Några frågor ställs för att kunna belysa vad deltagandet i MedUrs tillför deltagarna. Det gäller vad deltagandet betyder för deltagarnas kompetensutveckling och i vilken omfattning de upplever erhållna kunskaper som relevanta och användbara. Upplever deltagarna att deras kompetens stämmer med kraven på arbetsmarknaden? Andra frågor gäller i vilken omfattning deltagarna är villiga att flytta till annan ort för en anställning eller vilken strategi de har i jobbsökandet. En central fråga för utvärderingen gäller vilka inslag i MedUrs som bidrar till att stärka deltagarnas ställning på arbetsmarknaden.

*Sektion C Fritid* innehåller frågor om aktiviteter som deltagare ägnar sig åt tillsammans med andra i projektet. I sektionen ingår frågor om projektets aktiviteter för fritid och hälsa. Fritidsaktiviteter ses inom MedUrs som medel för att aktivera deltagarna och för att skapa ett nätverk som stöd efter rehabiliteringen. Frågorna baseras på de levnadsnivåkartläggningar (ULF) som har genomförts sedan mitten på 1970-talet. Därmed kan resultatet från enkätens

svar jämföras med situationen för hela befolkningen i stort. Det kan bidra till att belysa i vilken omfattning deltagarna får del av välfärden i form av kultur, nöjen och fritidsaktiviteter.

*Sektion D Ekonomi* innehåller ett antal frågor om den personliga ekonomin och den samlade hushållsekonomin och hur den påverkas av deltagande i MedUrs. När det gäller tillgången till en ekonomisk buffert kan svaren jämföras med tidigare ULF-undersökningar. *Sektion E Socialt umgänge och nätverk* innehåller frågor om familjesituationen, arbetsfördelningen i hemmet, om deltagarna brukar hjälpa andra och ta emot hjälp när det behövs samt hur ofta de har kontakt med andra utöver familjen.

Både i *sektion C Fritid* och *sektion E Socialt umgänge och nätverk* ställs frågor om deltagaren begränsar sin tillvaro och undviker att träffa andra beroende på att han eller hon upplever skam över att vara sjukskriven och känner obehag inför omgivningens reaktioner. *Sektion F Medicinering och behandling* ställer frågor om hur länge deltagaren är sjukskriven innan han eller hon valde att gå med i MedUrs och vilka mediciner som tas regelbundet. Ett antal frågor avser kontakterna med vården, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. De tar upp bemötande och i vilken omfattning deltagaren är nöjd med deras insatser. Det frågas också om i vilken omfattning rollen som rehabiliteringssamordnare (case-manager) bidrar till att underlätta kontakterna med myndigheter och vårdgivare.

*Sektion G Självskattning av hälsotillståndet* medger en bedömning av hälsotillståndet och i vilken omfattning detta varierar, om bristande hälsa begränsar möjligheten till en anställning. Andra frågor tar upp i vilken omfattning möjligheterna till ett bra liv begränsas av vikande hälsa och i vilken omfattning möjligheterna till ett bra liv uppfattas vara beroende av arbete.

*Compliance* är en term inom medicinen och sjukvården<sup>2</sup>, som beskriver i vilken grad en patient följer medicinska råd. Den används i utvärderingen i en något annorlunda betydelse för analys av deltagarens överdrivna följsamhet efter sjukvårdens, försäkringskassans, arbetsförmedlingens och närståendes bedömningar av deltagarens situation. Att följa råd är självfallet något positivt, men det kan även vid långvariga sjukperioder, bli något negativt om det innebär att patienten går in i en passiv sjukroll och lämnar från sig makten och inflytandet över sin egen behandling och livssituation till vårdens och myndigheternas experter på rehabilitering. Det kan i värsta fall bli ett hinder för en framgångsrik rehabilitering.

Under 1980-talet får begreppet "coping" spridning inom beteendevetenskaperna och vården. Det sammanfaller med en förändrad syn på patienter och vårdtagare. De betraktas inte längre som passiva mottagare av råd och omsorger. Coping beskriver patientens aktiva anpassning och val av strategi för att hantera sin situation. Med begreppet "empowerment" betonas att människor inte är villiga att helt avhända sig makten över sin situation. En utveckling i det

---

<sup>2</sup> Compliance används i rapporten som begrepp för att analysera deltagarnas "passiva" övertagande av myndigheters och vårdens bedömning av deras situation. Inom vården används compliance eller numera "adherence" i dess ursprungliga betydelse, att patienten följer anvisningar avseende intag av läkemedel etc.

moderna samhället som förstärks av att experternas makt urholkas genom att de ofta intar olika ståndpunkter och lämnar åt den enskilde att själv fatta sina beslut.

Mot compliance och deltagarnas passiva anpassning till rehabiliteringen ställs deltagarnas aktiva val av handlingsstrategier för deltagandet i MedUrs. Med ett rikligt utbud i det moderna samhället av självhjälpslitteratur och läkemedelsinformation på Internet har inte läkare och experter längre monopol på kunskapen om sjukdomar, deras symptom och förlopp, och om olika behandlingar. Det finns patienter som är väl informerade om alternativa behandlingar och inte är beredda att acceptera vad som helst. Det finns dock även patienter som lever kvar i gångna tiders vanor. Ett antal frågor ställs i enkäten för att undersöka deltagarnas inställning.

Andra frågor i sektion F gäller i vilken omfattning hälsan förändras till det bättre under tiden i MedUrs, och i vilken omfattning deltagarna upplever att de får stöd i bedömningen av sitt hälsotillstånd av MedUrs. Det kan bidra till att stärka deltagaren inför möten när de ska beskriva sina krämpor och lägga fram sina förslag till insatser.

Ett antal påståenden i enkäten utgår från Antonovskys (1991) salutogena perspektiv om vad som orsakar och vidmakthåller hälsa istället för vad som orsakar sjukdom och ohälsa (patogenes). Påståendena mäter begreppen begriplighet och meningsfullhet som ingår i KASAM (Känsla av sammanhang). Höga poäng brukar vanligen samvariera med en positiv självskattning av hälsan. Även om det brukar hävdas att alla frågor måste tas med har endast ett urval använts i enkäten. De avser att belysa några sidor av KASAM.

*H. General Self-Efficacy Scale*<sup>3</sup> används i enkäten för att mäta upplevd tillit till sin egen förmåga att hantera olika framtida utmaningar. Ett antal frågor avslutar enkäten som mäter effekterna av MedUrs, om deltagarnas försörjningsförmåga utretts på ett bra sätt, om den behöver utredas ytterligare, om återgången i arbete har kommit närmare, samt om förutsättningarna att leva ett bra liv ökat. Deltagarna ges också möjlighet att ge ett helhetsomdöme om MedUrs.

### **Distribution av enkäten till deltagarna**

De som ges möjlighet att besvara enkäten är 50 deltagare eller ca 35 procent av samtliga 144 deltagare som avslutat projektet inom projekttiden. Besvarandet av enkäten sker vanligen med utvärderaren tillgänglig i lokalen. Det ger deltagarna möjlighet att ställa frågor. Utvärderaren sitter dock på behörigt avstånd och har från sin plats inte möjlighet att urskilja vilka svar som ges i enkäterna. Enkäten tar mellan 30 till 45 minuter att fylla i. För några tar den längre tid. De som har värk och ryggbesvär kan vid behov behöva stå när de ska besvara frågorna.

---

<sup>3</sup> Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

I ett antal fall (6 deltagare) fyller deltagare på begäran i enkäten enskilt. De får anvisningar av projektpersonalen om hur de ska gå tillväga. Enkäten lämnas ifylld i ett förslutet kuvert adresserat till Högskolan i Halmstad och utvärderarna. I övriga fall när utvärderaren svarar för distributionen av enkäterna samlas dessa in och läggs i ett kuvert tillsammans med gjorda anteckningar över själva situationen.

## 2.3 Fokusgruppsintervjuer med deltagare

Fokusgruppsintervjuer genomförs vid 4 tillfällen med 4 till 6 deltagare varje omgång. De tar cirka 45 minuter att genomföra. Sammanlagt medverkar 18 deltagare. Fokusgruppsintervjuer är en form av kvalitativ intervjumetod som lämpar sig väl när ett antal personer delar gemensamma erfarenheter. Ingen ljudupptagning sker för att inte störa diskussionen, men i efterhand skriver utvärderaren egna fältanteckningar som tar upp det som framkommer under diskussionen.

Syftet med fokusgruppsintervjuerna är att få djupare insyn i hur deltagarna resonerar kring olika frågeställningar. En styrka med metoden är att diskussionen blir öppen och att alla får del av de resonemang som förs. Den ger inte i samma utsträckning som individuella intervjuer upphov till spekulationer inom gruppen kring vad som avhandlas. Deltagarna kan även spurras av varandra att dela med sig av sina erfarenheter. De vänder sig ofta till varandra och till utvärderaren under diskussionens gång. De stimulerar därvid varandra att ta upp förhållanden som annars kanske inte skulle ha blivit belysta. Denna gruppåverkan gör dock att enskilda individer inte kommer till tals på samma sätt som under individuella intervjuer med enskilda deltagare, alla deltagare som deltar i fokusgrupperna har dock besvarat enkäten enskilt.

Utvärderarens roll är bland annat att vidmakthålla diskussionens fokus på de teman som ska belysas. Genom att uppmuntra deltagarna att redovisa egna exempel bidrar utvärderaren till att diskussionen kretsar kring konkreta förhållanden och gjorda erfarenheter. De teman som tas upp är de samma (se A till H) som ingår i enkäten. Svaren blir dock mer ingående.

## 2.4 Djupintervjuer med 13 deltagare

Mot slutet av projektet i december 2013 och vintern 2014 genomförs sammanlagt 13 enskilda djupintervjuer med deltagare om ca 1 timme vardera. Intervjuerna spelas in och transkiberas för innehållsanalys. De frågor som ställs berör samma teman som tas upp i enkäten och fokusgruppsintervjuerna. Uppmärksamheten riktas dock främst mot projektets betydelse för deltagarna. Deltagarnas berättelser uppmuntras av utvärderarens kroppspråk med nickningar och hummande samt genom frågor som; kan du ge något exempel, på vad sätt, förklara hur du menar, eller hur upplever du detta etc. Tio av de individuella intervjuerna genomförs i Urkrafts lokaler. Vissa intervjuer genomförs där intervjupersonen tillsammans med



intervjuaren konstruerar en berättelse längs en tidslinje på ett blädderblocksblad, som sträcker sig från det första insjuknandet, över kontakten med MedUrs, till tiden i projektet och till dess att denna avslutas. De anteckningar som förs skrivs på blädderblocket. Tre intervjuer genomförs med deltagare i Norsjö i församlingshemmets lokaler på orten. Deltagarna i Norsjö har genomgått en variant av MedUrs som beskrivs längre fram i rapporten.

Trots ambitionen att inte påverka de som intervjuas bär sannolikt intervjuerna spår av både den intervjuade och intervjuaren. Att inta en hållning som är icke-värderande, sensitiv och respektfull gentemot den intervjuade är, menar Merriam (1994) avgörande för intervjuens kvalitet. Gemensamt för många av de intervjuade verkar vara en vilja att dela med sig av sina erfarenheter. Dexter (1970) menar att intervjuer många gånger kan upplevas som något positivt av dem som intervjuas. Det gäller för många av deltagarna i MedUrs. De säger sig uppskatta möjligheten att diskutera sina tankar och erfarenheter med en utanförstående och intresserad intervjuare.

Kännetecknen på en bra djupintervju är, enligt Starrin och Renck (1996), att denna innehåller ett begripligt och sammanhängande resonemang inom relevanta livsområden. Att skapa en ostörd samtalssituation är viktigt, även när intervjuerna genomförs på "halv offentliga" platser som Urkrafts lokaler eller Norsjös församlingshem. Valet av plats för intervjuerna där de intervjuade kan känna sig avslappnade bidrar till att de kan berätta öppet om sin situation. Deltagare som tillbringat hela sin tid på Medlefors folkhögskola har missgynnats av att inga intervjuer genomförts där.

Utdrag ur genomförda intervjuer fogas in i rapporten. De återges dock inte alltid ordagrant, hummande och omtag tas bort, men ambitionen är att ge en rättvisande bild av de intervjuades åsikter, med de eventuella ambivalenser och motsägelser som uttrycks under intervjun. I två fall ges de intervjuade fingerade namn för att underlätta läsarens inlevelse i deras situation utan att deras identitet röjs.

## 2.5 Analys av materialet avseende deltagare

Analys av det insamlade materialet i en utvärdering pågår hela tiden. Det sker genom att utvärderaren under hela projektprocessen redovisar vad som framkommer och ställer frågor kring hur detta ska tolkas och förstås. Det lärande som följeforskningen syftar till sker framförallt ur dessa diskussioner kring det insamlade materialet där utvärderaren inte utger sig för att ha något tolkningsföreträde eller besitta de rätta svaren. Utvärderarens bidrag är snarare att lyssna och utveckla de gemensamma samtalen i skenet av tidigare forskning och egna erfarenheter. Koordinator, projektteam, styrgrupp och andra involveras i tolkningen genom att de under projekttiden konfronteras med frågor som väcks av det insamlade materialet. Den dialog som uppkommer vid dessa tillfällen är både en del av det lärande som sker och en del av den analys som ska bidra till förståelsen av projektet och dess resultat. Ansvaret för lärandet inom styrgrupp och projektteam ligger enligt projektansökan (s. 16) hos koordinatör.

Mills (1971) betonar i "Den sociologiska visionen" betydelsen av att förstå olika sociala fenomen i dess kontext. Upplevelsen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan variera beroende av utfallet. Medan framtiden efter projektet ser ljus ut för några deltagare kan den för andra framstå som mera oviss eller problematisk. De som har anledning att se ljus på framtiden efter MedUrs låter sannolikt detta prägla samtliga svar på enkäten och intervjuerna. Även svaren från övriga deltagare antas bli färgade av deras situation.

Hammersly och Atkinson (1997) menar att analysprocessen kan beskrivas som att aktivt konstruera en verklighet ur det material som samlas in. Detta sker i utvärderingen genom en innehållsanalys där materialet granskas för att hitta mönster. Det gäller både enkäten och de intervjuer som genomförs. Samtliga djupintervjuer, utom två, transkriberas för ändamålet. Merriam (1994) beskriver analysarbetet som en process som präglas av närhet och öppenhet inför materialet, men även av distans genom de vetenskapliga teorier som används för att tolka och förstå materialet. Genom att vi är två utvärderare och genom vår medverkan i Wigforssgruppen för välfärdsforskning vid Högskolan i Halmstad blir materialet väl belyst ur skilda perspektiv. När en preliminär slutrapport föreligger ges koordinator, projektteam och projektledare möjlighet att kommentera denna.

### **Metodtriangulering**

De metoder som används vid en utvärdering, i form av enkäter eller intervjuer, upplevs ibland som otillräckliga. De riktar uppmärksamheten mot vissa aspekter av verkligheten, medan andra riskerar att förbigås helt. Enbart kvantitativa metoder som enkäter eller strukturerade intervjuer med fasta svarsalternativ räcker sällan för att belysa komplexa sociala fenomen, i synnerhet inte om dessa är mångtydiga till sin karaktär som deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering. Vid dessa tillfällen när en metod upplevs som otillräcklig kan en kombination av metoder visa sig nödvändig. Det brukar beskrivas som metodtriangulering (Svensson och Starrin, 1996; Merriam, 1994; Reichardt och Cook, 1979; Jick, 1979; Trend 1979). Fördelen med metodtriangulering är att den ger data som endera kompletterar, motsäger eller bekräftar varandra (Svensson och Starrin, 1996; Merriam, 1994; Brewer och Hunter, 1989). Den bidrar därigenom till en djupare förståelse av det studerade. Andersson (1991) beskriver fördelarna med metodtrianguleringen genom att peka på begränsningar hos de enskilda metoderna var för sig:

*"Det strukturerade intervjuformuläret döljer motsättningar och framhäver det otvetydiga svaret. Observationen framhäver det synliga, men bara inom ett visst synfält. Samtalen och texten förmedlar tolkningar av verkligheten. Statistiken mäter det som kan mätas."*  
(Andersson, 1991, sidan 35).

Triangulering kritiserar ibland för att denna bortser från att skilda teorier och ur dessa härledda begrepp och metoder i själva verket är uttryck för djupgående skillnader i synsätt och värderingar (Svensson och Starrin, 1996). Vi delar dock en mer pragmatisk ståndpunkt att

skilda metoder kan användas för att komplettera varandra. Enkäten bidrar i utvärderingen med kvantifieringar av sociala förhållanden i form av antal och frekvenser, medan kvalitativa intervjuer bidrar till att skapa mening och förståelse med hjälp av ord.

Tabell 2. Utvärderingens täckningsgrad är 44 procent av de totalt 144 deltagare som avslutat projektet inom projekttiden

Enkät	Fokusgrupps intervjuer	Djupintervjuer	Intervjuer i Norsjö	SUMMA
50	18 (samma deltagare som besvarat enkäten)	10	3	63 (44 % av 144 deltagare)

De metoder för insamling av data som använts i utvärderingen ger en täckningsgrad av 44 procent av samtliga deltagare. Fördelningen i MedUrs avseende deltagarnas kön speglar verkligheten. Jämförs vidare samtliga deltagare i MedUrs med dem som besvarar enkäten framgår att andelen som besvarar enkäten överensstämmer avseende ålder och kön med hela populationen om 144 deltagare. Vi menar att det är rimligt att anta att det insamlade materialet är representativt för hela populationen.

## 2.6 Utvärdering och analys av projektprocessen

Utvärderingens intresse begränsas inte till projektets grad av måluppfyllelse eller till situationen för deltagarna i projektet. Det innefattar även själva projektprocessen, styrningen av projektet, samarbetet mellan Urkraft och Medlefors folkhögskola, samt samverkan med myndigheter och med vårdgivare. De aktörer som därvid hamnar i fokus är Urkraft som projektägare, projektteamet med koordinatör och ekonom på Urkraft, projektledarna från Urkraft respektive Medlefors folkhögskola, styrgruppen med företrädare från Urkraft och från Medlefors folkhögskola, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialförvaltningen, Gymnasiekontoret, Arbetsmarknadsenheten, Psykiatrin och landstinget samt Skellefteå samordningsförbund. Intresset förskjuts när det gäller projektprocessen från individnivån till organisationsnivån och förhållanden som påverkar projektprocessen.

Själva projektprocessen indelas i tre faser, 1) planerings- och upptaktsfasen, 2) projektets genomförandefas 3) och dess slutfas med spridning av projektets erfarenheter och lärdomar. Ingen av dessa faser går att helt avskilja från de övriga då de går i varandra. Spridning av projektets erfarenheter och lärdomar pågår exempelvis under hela projektet. Utvärderingens preliminära resultat presenteras bl.a. på spridningskonferenserna i Stockholm för ESF-projekten: AMiA, Framsteget och MedUrs.

Dokumentationen av projektprocessen utgörs av projektplaner, minnesanteckningar från olika möten, presentationer från olika sammanhang, uppföljningar med deltagare, utvärderarnas

fältanteckningar, enkäter och intervjuer med koordinator, projektledare och mentorer eller coacher.

## **Analys**

De frågor som berörs i analysen avseende planerings- och upptaktsfasen gäller bland annat styrgruppens roll och betydelse för projektets samverkan med andra rehabiliteringsaktörer. Hur har styrningen av projektet fungerat? Vad betyder Skellefteå samordningsförbund för förankringen av projektet MedUrs i det lokala sammanhanget? Vad innebar deras lösning med en gemensam styrgrupp för alla projekt i kommunen? Uppmärksamheten riktas även mot samarbetet mellan Urkraft och Medlefors folkhögskola. Vilka svårigheter ställs de inför och hur hanteras dessa? I vilken omfattning leder samarbetet till en gemensam modell för arbetslivsinriktad rehabilitering? Vilka förändringar i omgivningen påverkar projektets genomförande? Hur upplever man inom Urkraft och Medlefors folkhögskola utvärderingens relation till pågående forskning? Vilka är förutsättningarna, enligt utvärderingen, för att implementera en evidensbaserad praktik i ideella organisationer som Urkraft och Medlefors folkhögskola?

Utvärderingen ingår i och bidrar till spridningsaktiviteterna. Utvärderingens resultat redovisas bl.a. på konferenser för andra projekt som delfinansieras av Europeiska socialfonden, i olika sammanhang under Almedalsveckan 2013 och på konferensen ”Building an Inclusive Europe through Supported Employment”, 11th EUSE Conference i Dublin den 11-13 juni som samlar forskare och praktiker från hela Europa som ägnar sig åt arbetslivsinriktad rehabilitering.

Något utbyte av deltagare från andra projekt inom Europa äger inte rum inom MedUrs transnationella aktiviteter. Syftet med detta begränsas till att det ska inspirera MedUrs och bidra till att skapa relationer till myndigheter och organisationer inom Europa som arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering. Utfallet utvärderas genom intervjuer med koordinator.

## **2.7 Etiska överväganden**

Personer som varit sjukskrivna länge är i många avseenden en utsatt grupp. Att besvara enkäter och intervjufrågor är dessutom för många deltagare en ovan situation och för några p.g.a. värk dessutom fysiskt ansträngande. Även om utvärderingen genomförs av externa utvärderare väcks frågor kring anonymitet och i vilken omfattning deltagare kan råka ut för repressalier om de vägrar delta. Det kan också råda osäkerhet om projektpersonalen får tillgång till enskilda deltagares utsagor.

Vetenskapsrådet för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning rekommenderar att forskaren ska inhämta informerat samtycke vid all forskning kring enskilda individers förhållanden. Det samma gäller i utvärderingssammanhang. Deltagare som medverkar i utvärderingen av MedUrs informeras om syftet med utvärderingen, hur resultaten kommer att redovisas och på vad sätt den som medverkar kan garanteras anonymitet. Med tanke på den sekretess som råder kring vilka som ingår i MedUrs rehabilitering måste ett informerat

samtycke inhämtas i två steg. Det första steget innebär att deltagaren tillfrågas av någon i projektteamet om hon eller han är villig att medverka i utvärderingen. Ger den tillfrågade sitt samtycke till detta blir nästa steg att denne inbjuds att träffa utvärderaren. Medverkan i utvärderingen sker sedan endera genom att besvara en enkät eller att låta sig intervjuas.

Utvärderingen sker i Urkrafts lokaler. Det är i dessa lokaler som enkäterna besvaras och intervjuerna genomförs. Tre deltagare intervjuas i Norsjö församlingshem. Deltagarna informeras av utvärderaren om syftet med utvärderingen, att deltagandet är frivilligt och att de närhelst de önskar kan välja att avbryta medverkan och avlägsna sig ur lokalen utan att behöva informera någon om skälet till detta. De ges löfte om anonymitet och att det inte kommer att gå att identifiera enskilda deltagare i utvärderingsrapporten eller i andra sammanhang. En sammanfattning av utvärderingsrapporten kommer att bli tillgänglig för deltagarna på Urkrafts hemsida.

Det utgår ingen ersättning till deltagarna för deras medverkan i utvärderingen. I några fall erhöles dock ersättning för förlorade arbetsinkomster och för resor när dessa var särskilt långa. Kaffe och te med kakor eller bröd serveras i anslutning till utvärderingen.

Det gäller samma forskningsetiska regler för intervjuer med projektteam och andra anställda som för deltagare. Ett undantag är dock att de anställdas anonymitet inte kan garanteras i samma utsträckning. Det rör sig endast om en handfull personer, som projektets koordinator och projektteamet, vilka kan identifieras utifrån deras positioner. En strävan har dock varit att ”inte hänga ut” enskilda personer med namn. Känsliga uppgifter som inte har ett allmänt intresse har av det skälet inte tagits med.

# Kapitel 3. Projektprocessen

---

*Utvärderingen redovisar i detta kapitel resultatet från granskningen av projektprocessen innefattande styrningen av projektet, samarbetet mellan Urkraft och Medlefors folkhögskola, samverkan med myndigheter och med vårdgivare. I ett avslutande avsnitt av kapitlet redovisas Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans synpunkter på MedUrs. Som framgår av det tidigare indelas projektet i tre faser, 1) planerings- och upptaktsfasen, 2) projektets genomförandefas och 3) dess slutfas med spridning av projektets erfarenheter och lärdomar. Inga faser av projektet går att avskilja helt från de övriga då faserna går in i varandra. Spridning av projektets erfarenheter och lärdomar sker bl.a. på spridningskonferenserna i Stockholm för ESF-projekten: AMiA, Framsteget och MedUrs.*

Dokumentationen av projektprocessen utgörs, som framgår av föregående kapitel, av projektplaner, minnesanteckningar och protokoll från olika möten, presentationer från olika sammanhang, uppföljningar med deltagare, utvärderarnas fältanteckningar, enkäter och intervjuer med koordinator, projektledare och mentorer eller coacher. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har lämnat skriftliga synpunkter på MedUrs.

## 3.1 Bakgrund till projektet

Projektet MedUrs svarar, som framgick av inledningen, mot ett väl dokumenterat behov av utveckling av metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering och stöd för personer som är långtidssjukskrivna. Ett behov som identifieras både i riket och lokalt i Skellefteå. Både organisationen Urkraft och Medlefors folkhögskola tog av det skälet fram förslag till projekt med arbetslivsinriktad rehabilitering. Tanken med projekten var att ansöka om delfinansiering hos Europeiska socialfonden. Det fanns lokalt en bred uppslutning bakom båda förslagen men det fanns också invändningar. Det ifrågasattes om det fanns tillräckligt med deltagare för två projekt som vänder sig till samma målgrupp. Skellefteå samordningsförbund menade att även om det finns tillräckligt många presumtiva deltagare för två projekt måste hänsyn tas till att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska utreda och bedöma deras behov av insatser innan de placeras i något av projekten. Det var tveksamt om det skulle hinnas med. En annan invändning gällde pengar och om man kan medfinansiera två så likartade projekt. Skellefteå samordningsförbund föreslog mot den bakgrunden att Urkraft och Medlefors folkhögskola skulle samverka inom ett projekt. Det ges namnet MedUrs.

Urkraft blev projektägare av MedUrs och planeringen av projektet sker gemensamt med Medlefors folkhögskola, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. En workshop enligt LFA-modellen ingick i förberedelserna. Samordningsförbundet utgör plattform för många av de diskussioner som förs. Det genomförs en utbildning av ledamöter i styrgrupper för att utveckla formerna för strategisk styrning av projekt. Utbildningen utgår från SPEL:s rapport nr 11 "Från mötesproffs till utvecklingsmotor" (Ivarsson m.fl. 2013). Flertalet ledamöter som

ingår i MedUrs styrgrupp deltar i utbildningen. Men alla svårigheter löses inte med utbildning. Det uppstår problem som utbildningen inte har förutsett. I rapporten återkommer vi till dessa och hur de hanterades på ett framgångsrikt sätt.

Projektkoordinator Theresé Lundgren, Urkraft, svarar för samordning av projektet och för kontakter med omvärlden. Projektkonom Thomas Nilsson höll i projektets budget och den ekonomiska redovisningen. Han ersattes i mars 2013 av Siv Eriksson, även hon från Urkraft. Projektledare Christina Wiklund, Urkraft, utses att ansvarara för kontakter med myndigheter och vårdgivare i arbetet med enskilda deltagare.

De operativa insatserna i projektet utgörs av rehabiliteringsarbete i Medlefors folkhögskolas respektive Urkrafts lokaler. Anställda mentorer inom Urkraft och Medlefors folkhögskola bildar två team. Christina Wiklund och Katrin Lundmark på Urkraft bildar ett team och Carina Åman och Mikael Larsson på Medlefors folkhögskola bildar ett annat team. De båda teamen kompletteras med extern personal när det behövs vissa specialkunskaper.

Handläggare inom Försäkringskassa och Arbetsförmedling och lokala samverkanspartners inom Hälso- och sjukvården svarar inom MedUrs för operativa insatser inom sina respektive områden. Sociala utredningar och individuella planer skapar förutsättningar för den fortsatta rehabiliteringsprocessen. De ”trepartssamtal” som förs i början och under rehabiliteringen är viktiga för utfallet av rehabiliteringen. Det gäller även de avslutande samtalen när deltagare avslutar sin tid i projektet. En struktur för dessa samtal utvecklas under projektet och ”trepartssamtalen” blir ”fyrpartssamtal” där både handläggare från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen deltar jämte deltagare och företrädare för MedUrs. (Jmfr Bülow & Ekberg 2009)

Att Medlefors Folkhögskola och Urkraft uppträder gemensamt i MedUrs har enligt handläggarna på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen skapat en flexibel insats med det bästa från båda organisationerna. Det finns dock kritiska synpunkter när det gäller samverkan. Handläggarna inom Fk och Af tycker inte att MedUrs lyckas upprätthålla en regelbunden kontakt och informera dem om förändringar i alla ärenden. Det finns även de som menar att MedUrs mera uppträtt som personliga ombud för deltagarna än som samordnare av myndigheternas insatser.

## 3.2 Projektets planering och upptakt

De frågor som diskuteras avseende projektets planering och upptakt gäller bland annat sammansättningen av styrgruppen och vad den betytt för etableringen av samverkan med myndigheter och vårdgivare i Skellefteå. Ett annat betydelsefullt förhållande för etableringen av samverkan är att projektet har en tydligt definierad målgrupp. Detta och att relevanta myndigheter och vårdgivare är involverade betonas av forskningen som betydelsefullt för rehabiliteringens resultat (Andersson m.fl. 2010).

Det finns ett ökat behov av samverkan för att motverka det moderna samhällets specialisering av professioner, organisationer och metoder inom vården. Myndigheter och organisationer utvecklar en hög grad av specialisering inom sina områden. Det bidrar till utvecklingen av den s.k. stuprörslag som, enligt Siv Their (1998), är effektiv när det gäller att hjälpa personer som har en tydligt avgränsad problembild, men som fungerar sämre när det gäller att möta personer med sammansatt problematik som spänner över flera myndigheters och vårdgivares ansvarsområden. Det gäller i synnerhet arbetslivsinriktad rehabilitering där flera yrkesgrupper, myndigheter och organisationer ska svara för skilda insatser under rehabiliteringsprocessen.

Andersson m.fl. (2010) konstaterar i en översikt av forskningsläget att effekterna av samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering är genomgående positiva, även om det finns anledning att vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser av de studier som hittills publicerats. De effekter av samverkan som rapporterats tyder på att den bidrar till snabbare återgång till arbete, förbättrad hälsa och färre samt kortare sjukskrivningar.

Samverkan kan beskrivas som endera *interorganisatorisk*, *interprofessionell* eller *intersektoriell utifrån sin karaktär*. När olika myndigheter och organisationer med samma huvudman samverkar beskrivs detta som *interorganisatorisk* samverkan. Samverkan mellan Socialkontoret och Arbetsmarknadsenheten i Skellefteå inom MedUrs skulle kunna ses som exempel på interorganisatorisk samverkan mellan förhållandevis fristående organisationer, men med kommunen som gemensam huvudman. När det gäller samverkan som innebär samarbete mellan olika yrkesgrupper och professioner kallas detta för *interprofessionell* samverkan. Det senare kan exemplifieras av multiprofessionella team där läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter tillsammans med övrig vårdpersonal arbetar gemensamt inom den medicinska rehabiliteringen. Samverkan mellan organisationer inom olika samhällssektorer med skilda huvudmän och olika verksamhetsinriktningar beskrivs som *intersektoriell* samverkan. En önskvärd utveckling som diskuteras inom MedUrs och som berör alla tre kategorierna av samverkan vore ett närmande mellan den arbetslivsrelaterade och den medicinska rehabiliteringen.

Det går sällan att urskilja några renodlade varianter av samverkan, vanligen förekommer olika former jämte varandra. Samverkan inom MedUrs mellan Urkraft, Medlefors folkhögskola, Arbetsförmedling, Försäkringskassan med flera skulle kunna ses som exempel på en form av intersektoriell samverkan över sektorsgränserna. Men MedUrs sträcker sig även över professionella gränser och skulle ur det perspektivet kunna uppfattas som en interprofessionell samverkan.

En förutsättning för att samverkan ska fungera är att alla inblandade har kunskap om och respekterar de mål, lagar, regelverk och ansvarsområden som respektive organisation och myndighet utgår från. Det gäller även kunskap och respekt för ideella organisationer som Urkraft och Medlefors folkhögskola och deras bidrag till välfärden. Medan de av naturliga skäl måste hålla sig informerade om myndigheternas förhållanden verkar det inte vara lika självklart att myndigheterna är lika insatta i deras. Det verkar som om deras medverkan och



projekt tas för given. Först när projektet MedUrs avslutas inser myndigheter och lokala aktörer att de står utan insatser för vissa grupper.

### 3.3 Styrgruppens betydelse

I Skellefteå spelar Samordningsförbundet en aktiv roll när det gäller att begränsa inflytandet från ”stuprörslogiken”. Deras uppdrag är att verka för samverkan mellan myndigheter, vårdgivare och pågående projekt. Ett inslag kan vara att gemensamma utbildningar för att utveckla formerna för strategisk styrning av projekten. Strategisk styrning och dialogen mellan projektet och övriga samarbetspartners i kommunen är viktiga för genomförandet och implementeringen av projektens resultat.

MedUrs styrgrupp består av de viktigaste myndigheterna och vårdgivarna för utvecklingen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Styrgruppen utgör en stödjande struktur för projektet. Den bidrar till att MedUrs prioriteras i kommunen och att samverkan etableras både på beslutsnivå och på handläggarnivå. Styrgruppen ansvarar för att kontaktpersoner på operativ nivå snabbt ersätts när de byter tjänst, slutar eller får andra uppdrag. Styrgruppens medlemmar framstår som väl förankrade i sina organisationer med en ställning som gör att de har mandat att företräda dessa i projektet. Denna förankring av samverkan på olika nivåer betonas av forskningen som betydelsefulla förhållanden för rehabiliteringens resultat (Andersson m.fl. 2010).

De flesta av styrgruppens ledamöter prioriterar denna. Det händer dock att enstaka ledamöter kan utebli från styrgruppens möten, komma sent eller ha mobiltelefonen på för att de väntar viktiga samtal. Projektets koordinator ansvarar för att protokoll förs. Det gör det möjligt att följa vad som sker över tid inom projektet.

### 3.4 Konkurrens om deltagare till styrgrupper

En svårighet som omnämns tidigare, var svårigheten för projekttäta kommuner att bemanna alla styrgrupper och referensgrupper i en omfattning som efterfrågas av projekten. Alla projekt vill ha ledamöter som engagerar sig och har mandat att fatta beslut när så krävs. Skulle projektens önskemål infrias fullt hade det inneburit en betydande arbetsbelastning på några få personer. Det skulle menligt ha påverkat deras ordinarie arbete och projekten skulle i värsta fall riskera att framstå som en belastning för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialförvaltningen, Primärvården och Psykiatri och andra berörda organisationer.

Det finns forskningsrapporter (Andersson m.fl. 2010; Danermark 2000) som betonar att samverkan och samarbete riskerar att resultera i ökat antal sammanträden. Det kan leda till att personal och handläggare använder mer tid för varandra än för själva arbetet med brukare och klienter. Arbetet riskerar att bli mer tungrovt och resurskrävande än tidigare. I synnerhet nya samverkansprojekt som MedUrs förutsätter ofta resurstillskott. Germundsson (2011) pekar på

att ökad samverkan kan tyckas lätt att genomföra i teorin, men att det i praktiken ofta kan vara svårare.

*The overwhelming conclusion from our research is that seeking collaborative advantage is a seriously resource consuming activity so is only to be considered when stakes are really worth pursuing. Our message to practitioners and policymakers alike is don't do it unless you have to.*

(Germundsson 2011 s. 55).

För att komma tillrätta med problemet att efterfrågan av ledamöter till olika styrgrupper överstiger tillgången tar Skellefteå samordningsförbund initiativ till etableringen av en gemensam styrgrupp för alla pågående projekt i kommunen. Till denna kom sedan företrädare för pågående projekt för att redovisa läget i sina projekt. Initiativet uppskattas men träffarna kom på grund av tidsbrist att upplevas mera som avrapporteringsmöten än styrgruppsmöten för strategiska beslut, ansvarstagande, prioriteringar och problemlösning. Problemet får sin organisatoriska lösning när Samordningsförbundet Skellefteå bildar en samverkansgrupp för förebyggande och rehabiliterande insatser med fokus på arbete, hälsa och försörjning. I anslutning till denna etableras en för alla projekt gemensam Samordnad styrgrupp där även externa aktörer som Urkraft och Medlefors folkhögskola kan ingå.

Det avsätts visserligen mer tid för den Samordnade styrgruppens möten men dessa koncentreras till färre tillfällen vilket underlättar deltagandet för ledamöterna. Jämte detta skapas en gemensam Projektledargrupp för erfarenhetsutbyte och lärande. Särskilda riktlinjer tas även fram för spridning och implementering av projektens resultat. Projekten får därvid en stödstruktur som de inte har haft tillgång till tidigare. Den bidrar till att stärka projektens lokala förankring, deras planering och genomförande, och till att underlätta erfarenhetsutbyte och lärande mellan projekten, samt att ge en struktur för spridningen av dess resultat.

#### **Förslag**

Den modell för projektstyrning som utvecklas i Skellefteå kan vara värd att sprida vidare av ESF till övriga kommuner. I många kommuner kan ordinarie myndigheter tvingas ägna orimligt stor del av sin tid åt sammanträden kring projektverksamheten. Samordningsförbundet i Skellefteå löste problemet genom att skapa en organisation med en sammanhållen styrgrupp för gemensamt lärande och strategisk ledning av samtliga projekt i kommunen.

### **3.5 Genomförande av projektet**

Samverkan och samarbete kan beskrivas som en form av nationell ”överideologi” som sällan ifrågasätts. Det råder en allmän uppfattning om att samverkan och samarbete gynnar den enskilde och att det är en förutsättning för effektiva insatser. Denna inställning utgår bl.a. från föreställningen att ingen enskild organisation eller myndighet ensam kan lösa de ”verkligt svåra samhällsfrågorna” Germundsson (2011) menar att denna oproblematiska syn på

samverkan tenderar att bortse från alla svårigheter som den kan leda till. Myndigheterna i Skellefteå uppskattar den nya och flexibla resurs som skapas genom etableringen av MedUrs och samarbetet mellan Urkraft och Medlefors folkhögskola. De menar att Urkrafts och Medlefors folkhögskolas insatser kompletterar varandra.

En inbyggd svårighet i MedUrs är dock att Urkraft och Medlefors folkhögskola är ”konkurrenter” i Skellefteå på en lokal ”projektmarknad”. Förhållanden som uppfattas som främjande eller hämmande av samverkan skildras ofta som ”varsin sida av samma mynt” (Germundsson 2011). Det gäller även företeelser som konkurrens och revirtänkande. Avsaknad av revirtänkande underlättar samverkan medan förekomsten av revirtänkande mellan professioner och organisationer kan försvåra utvecklingen av ett fördjupat samarbete. Det finns gemensamma värderingar som skapar en plattform för samverkan mellan Medlefors folkhögskola och Urkraft. Det finns även inledningsvis en vilja att bortse från rollen som konkurrenter. De som ingår i MedUrs projektteam från Urkraft respektive från Medlefors folkhögskola hyser ömsesidig respekt för varandra. De har i grunden gemensamma värderingar. En av de intervjuade från Medlefors folkhögskolas projektteam uppger att miljön på Urkraft känns bekant och påminner om den kamratliga och informella gemenskapen i ett studieförbund. Den möjlighet till individualisering som finns inom Urkraft att anpassa verksamheten efter deltagarnas behov upplevs som ett stort plus för verksamheten. Inom Urkrafts projektteam uppskattar man kvaliteten i undervisningen på Medlefors folkhögskola och den tydliga struktur som råder.

Det finns trots detta både inom Urkraft och Medlefors folkhögskola, en öppenhet och nyfikenhet för varandras sätt att arbeta. Deltagarna i MedUrs kan t.ex. delta i aktiviteter på Urkraft och kombinera dessa med deltagande i aktiviteter på Medlefors folkhögskola. Av intervjuerna framgår hur en av de anställda hos Urkraft väljer att följa med ”sina” deltagare till Medlefors folkhögskola. Hon beskriver det som något naturligt i ett samverkansprojekt att personalen på det sättet försöker lära känna varandras verksamheter. Ett annat motiv kan ses som uttryck för hennes uppskattning av Medlefors folkhögskola. Hon ville inte undanhålla ”sina” deltagare på Urkraft de positiva inslagen i verksamheten på Medlefors folkhögskola. Hon berättar:

*”Vi är ju olika. För mig var det naturligt att ta del av hur dom arbetar på Medlefors. Hur ska vi kunna samarbeta om jag inte vet vad dom gör? Jag kan ju inte allt... så jag ville ta reda på vad dom gjorde. Jag gick med mina deltagare. Skulle de inte få del av det gör på Medlefors kanske de går miste om något bra. Det skulle ju i så fall varit mitt fel. Är det bra tänkte jag ska självfallet mina deltagare ha del av det också. ...//... Ibland kände jag mig själv som en deltagare själv...//...det var först efter ett tag som jag insåg att jag var den ende som gjorde så. De andra höll sig till sitt...”*

Ur intervju med en person ur Urkrafts projektteam

Samverkan och samarbete fortsätter mellan projektteamen under hela projekttiden, men ambitionen att lära av varandras verksamheter verkar i projektets senare del ha mattats av något. De båda projektteamen kom, enligt utvärderarnas bedömning, att uppfatta arbetet med enskilda deltagare som den viktigaste, och ibland kanske till och med, den enda uppgiften för projektet. Deltagarna och andra näraliggande frågor fick nästan all uppmärksamhet. Andra övergripande syften med projektet och delmålen gled succesivt undan. Den långsiktiga dialogen om projektets mål upphör visserligen inte helt, men den får allt mindre uppmärksamhet. Den gemensamma tiden för planering och utbyte kom i ökad omfattning att upptas av diskussioner om enskilda deltagares situation och av andra ”vardagliga” frågor som måste hanteras.

Förklaringarna till utvecklingen inom projektet kan vara många, inte sällan utvecklas efter en intensiv projektverksamhet en viss ”projektmättnad”. I MedUrs fall fanns även andra bidragande förklaringar. Ett skäl till att fokus förskjuts från övergripande frågor och metodutvecklingen till deltagarna är att genomströmningen av deltagare inte blir den förväntade. Många deltagare visar sig ha mer omfattande behov än man förutsett. Med tanke på den betoning av kvantifierbara mål som Europeiska socialfonden brukar hänvisa till upplevs det som ett problem. Kanske t.o.m. ett problem som skulle kunna riskera att projektmedel hålls inne. Efter en kraftsamling inom projektet stannar antalet deltagare vid projektets slut på 173 deltagare vilket svarar mot en måluppfyllelse om 87 procent. De 27 deltagare som kvarstod efter projektets slutdatum gick efter projektets implementering vidare i denna verksamhet.

En annan bidragande förklaring till utvecklingen inom projektet kan, enligt vår mening som utvärderare, ha varit att det redan från början byggs in en organisatorisk obalans mellan Urkraft och Medlefors folkhögskola. Germundsson (2011) skiljer i analysen av samverkan mellan *horisontell integrering* och *vertikal integrering*. Horisontell integrering av samverkan innebär att samverkan etableras mellan likvärdiga aktörer på samma nivå. Vertikal integreringen av samverkan sker i en hierarkisk struktur av över- och underordning. Den vertikala integreringen stöter ofta på problem. Det var även fallet inom MedUrs. Urkraft fick som projektägare en överordnad ställning. De innehar de ledande positionerna i projektet som koordinator, ekonomiansvarig och en projektledare upprätthåller kontakten med myndigheterna när det gäller enskilda deltagare. Medlefors folkhögskola har visserligen utanför projektet en ekonomiskt starkare position än Urkraft genom det statliga stöd till undervisningen som fördelas av Folkbildningsrådet. Inom MedUrs organisation kom dock Urkraft att få en överordnad position.

Att utveckla samverkan och samarbetet inom MedUrs i en hierarkisk struktur med skillnader i makt och inflytande ställer både Urkraft och Medlefors folkhögskola inför en utmaning. Det gäller inte minst vid den konkurrens om knappa medel som blir påtaglig för båda parter när projektet står inför sin avveckling och den gemensamma lojaliteten med projektet upplöses. Vem kan t.ex. i det läget göra anspråk på rätten att använda begreppet MedUrs?

### 3.6 Transnationellt utbyte

Projektkoordinator ansvarar för organiseringen av den transnationella samverkan. Urkraft har ett rikt kontaktnät med olika aktörer i Europa. Många uppslag till projekt har initierats ur detta kontaktnät. Syftet med de transnationella aktiviteterna i MedUrs är främst att de ska inspirera till utveckling av projektet. Projektkoordinator identifierar under mobiliseringsfasen ett antal samarbetspartners i Italien och Storbritannien som framstår som lämpliga samverkanspartner. Det var Roy Newey Growth partnership en organisation i Storbritannien som verkar för personlig och samhällelig tillväxt och CSCS i Italien som bl.a. stöder utvecklingen av sociala företag.

De kontakter projektkoordinator får bidrar till utvecklingen av samarbetet med företagen i regionen och till nya metoder för matchningen av deltagare mot företagets behov, och till en modell av anställningsintervju där deltagarna bättre kommer till sin rätt än vid traditionella intervjuer. MedUrs får även impulser till hur stödet till anhöriga och närstående kan utformas under rehabiliteringen. Det transnationella inflytandet representerar nytänkande som kan utvecklas ytterligare i kommande projekt. Ingen av MedUrs transnationella partners har tidigare deltagit i ESF-finansierade verksamheter. De uppvisar dock ett stort intresse för MedUrs verksamhet och uppger att de kan se ett mervärde i ett samarbete. Flera partners vill fortsätta detta i framtiden och utveckla gemensamma projekt och idéer. Kontakter som är värdefulla vid utvecklingen av kommande projekt.

De transnationella aktiviteterna innefattar arbetsmöten i Storbritannien och i Italien. Studiebesök varvas med workshops och seminarier för utveckling av MedUrs metoder. Skype och email används för kommunikation mellan arbetsmötena. Projektgruppen och övriga samverkanspartners diskuterar i workshops före och efter de transnationella aktiviteterna vad utbytet tillför MedUrs. I samtal med utvärderaren granskas och analyseras nyttan av de transnationella aktiviteterna som studiebesök, workshops och seminarier. Av samtalen framgår att den transnationella samverkan inspirerar projektet MedUrs både till utvecklingen av projektets metoder och till nya projekt.

#### **Förslag**

En reflektion från utvärderingen är att det krävs viss erfarenhet för att fullt ut dra nytta av den transnationella samverkan. Det verkar handla om en slags ”interkulturell” kompetens och förmåga att urskilja vilka inslag som går att överföra till en svensk kontext. Urkraft verkar i hög grad ha denna förmåga som förutsätter både öppenhet för nya intryck men även en vilja till förändring av den egna verksamheten.

Hur denna kompetens kan spridas till andra är en utmaning inför framtiden. Kanske något för ESF att studera mer ingående och lyfta upp inför nästa omgång av projekt?

Den transnationella samverkan riktar även en spegel mot det egna projektet som blir ifrågasatt och belyst ur ett nytt perspektiv. Att på detta sätt spegla sina tankar och det egna projektet i andras ögon kan bidra till en ny förståelse av den egna verksamheten. Denna behöver inte alltid innebära ett ifrågasättande av det egna projektet, den kan även bidra till att bekräfta att detta är på rätt väg. Även om den transnationella samverkan inom MedUrs delvis avviker från gängse former finner vi att den väl infriar syftet om att bidra till projektets inspiration.

### 3.7 Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans synpunkter

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan<sup>4</sup> uttrycker ett allmänt gillande av MedUrs. Arbetsförmedlingen uppskattar att Medlefors folkhögskola och Urkraft samarbetar inom MedUrs. Det har inneburit en flexibel insats genom att innehållet i Medlefors folkhögskola och Urkraft har kunnat kombineras på nya sätt. Det råder en uppfattning att Medlefors folkhögskolas program Spira främst vänder sig deltagare som befinner sig närmare arbetsmarknaden medan Urkraft vänder sig till deltagare som är längre bort från denna och har ett större behov av stöd. Med projektet MedUrs har dessa båda aktörer förenats i en gemensam verksamhet som medger möjligheter att kombinera inslag från båda.

Den kontinuerliga uppföljningen av varje ärende har upplevts som ett positivt inslag. Det riktas dock kritik mot de individuella planerna som Arbetsförmedlingen menar borde kunna formuleras tydligare. Det kan, hävdar de, ibland vara svårt att utläsa mål, ansvarsfördelning och hur målen ska uppnås. Det påpekas även att MedUrs i större utsträckning borde undvika att ta över deltagarnas ansvar och föra deras talan, för att istället bistå dem att själva ta ansvar för sin rehabilitering. En kritik som riktar uppmärksamheten mot vilket mandat ett projekt som MedUrs har fått i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Försäkringskassan uttrycker gillande av den långtgående individanpassningen av insatserna och att deltagarna ägnas generöst med tid. De påpekar att samverkan fungerar väl. De menar även att rekryteringen av praktikplatser fungerat bra, och att dessa anpassats efter deltagarnas behov. Uppföljningarna har varit bra och dokumentationen innehållsrik även om det stundtals varit långt mellan utbytet av information. Den mall som utvecklats för uppföljning och utvärdering av deltagarnas rehabilitering upplevs ha gett god struktur i kommunikationen med projektet.

När det gäller aktiviteterna uppfattar Försäkringskassan att de borde utökas med fler alternativ för deltagare med fysiska funktionshinder. Försäkringskassan delar Arbetsförmedlingens kritik när det gäller MedUrs tendens att ta över ansvaret från deltagaren. De menar att

---

<sup>4</sup> Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har var för sig lämnat skriftliga synpunkter på MedUrs.

MedUrs borde fungera mera som samordnare av insatserna och inte som deltagarnas personliga ombud. I likhet med Arbetsförmedlingen riktar de även kritik mot utformningen av de individuella planerna som de menar brister i struktur och tydlighet. De menar också att avvikelser från planerna borde rapporteras omgående för att nya planer ska kunna utvecklas i samråd med Försäkringskassan och deltagaren. De påpekar att det är viktigt att denna tre-parts-relation upprätthålls eftersom ansvaret för den fortsatta handläggningen efter projektet återgår till Försäkringskassan. Om det är uppenbart att den ursprungliga planen inte går att fullfölja måste man vidare inom MedUrs vara beredd att avsluta rehabiliteringen.

Vi återkommer i kapitel 4 av rapporten till den framförda kritiken. Det gäller att finna samarbetsformer som tar hänsyn även till deltagarna.

### 3.8 Avslutning och spridning av projektets resultat

När det gäller projektets resultat diskuteras gjorda erfarenheter och lärdomar med projektteam, projektledare och styrgrupp. Det diskuteras även som framgår av det tidigare externt i spridningssyfte, på konferenser med andra projekt som delfinansieras av Europeiska socialfonden, i olika sammanhang under Almedalsveckan år 2013 och på konferenser som ”Building an Inclusive Europe through Supported Employment”, 11th EUSE Conference i Dublin den 11-13 juni för forskare och praktiker som ägnar sig åt arbetslivsinriktad rehabilitering. Samordningsförbundet i Skellefteå skapar som nämnts tidigare även en struktur för erfarenhetsutbyte och lärande samt riktlinjer för spridningen. Samordningsförbundet bidrar även aktivt till spridningsaktiviteterna i Skellefteå.

Metodutveckling inom arbetslivsinriktad rehabilitering brukar vanligen begränsas till erfarenheter från offentlig vård och myndighetsutövning. Mycket lite rapporteras om erfarenheter från det rehabiliteringsarbete och den metodutveckling som sker inom ideella organisationer i samverkan med offentliga huvudmän. Det gör att erfarenheterna från MedUrs är särskilt intressanta. Ideella aktörer som Urkraft och Medlefors folkhögskola tillför den arbetslivsinriktade rehabiliteringen nya resurser. Det finns forskare (Lambert och Ogles 2004) som pekar på att ideella aktörer når likvärdiga resultatet som professionella. Förmågan att skapa en samarbetsallians med deltagarna verkar istället vara det avgörande för utfallet. Detta stöds av erfarenheterna från MedUrs där deltagarna förklarar att deras ställning stärkts på arbetsmarknaden med hänvisning till mentorernas och coachernas betydelse. Av de deltagare som menar att deras ställning stärkts anges mentorernas betydelse i 42 procent av fallen.

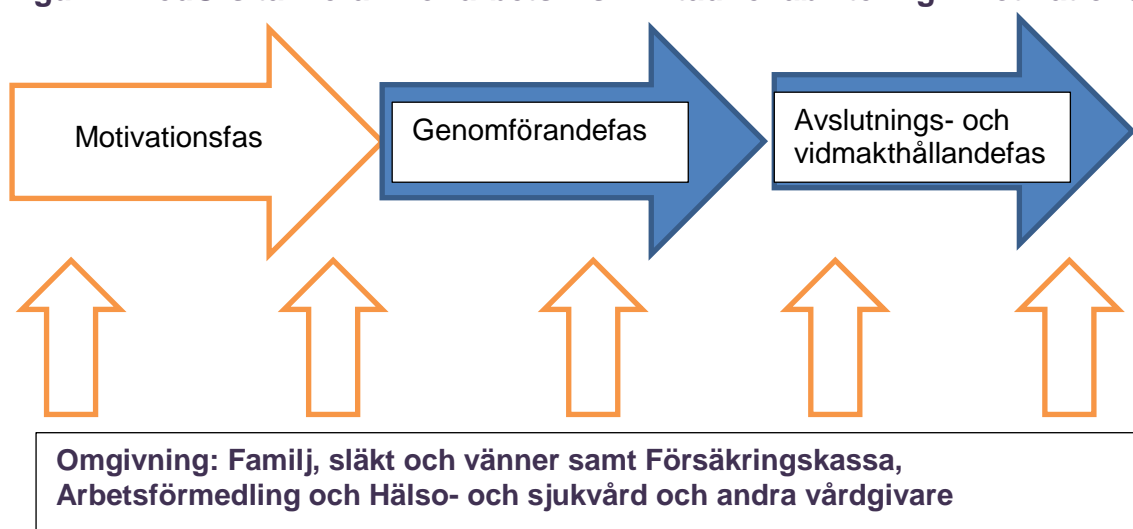
Den avslutande konferens som i maj 2014 redovisar erfarenheterna från projektet MedUrs når sin publik. Ett sätt att komplettera denna prövas framgångsrikt med lunch-seminarier och kortare föreläsningar kring specifika frågor. Genom att dessa spridningsarrangemang vänder sig projektet till tydliga målgrupper och att arrangemangen förläggs till för dessa lämpliga tillfällen utgör de uppskattade inslag i den lokala spridningen av projektets resultat.

# Kapitel 4. MedUrs – tankeram och metoder under motivationsfasen

*Ett övergripande syfte med projektet MedUrs är att utveckla metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering. Metoderna lånar drag både av hur verksamheterna bedrivs inom Urkrafts modell ”KomMed” och Medlefors folkhögskolas modell ”Spira utvecklingstrappan”, även forskning och transnationella aktiviteter lämnar sina bidrag. I detta kapitel utformas en sammanfattande tankeram som relaterar projektets faser till varandra. I kapitlet redovisas även metoder som utvecklas inom motivationsfasen. I kommande kapitel redovisas metoder som utvecklas inom projektets övriga faser.*

Behovet av metodutveckling uppges vara stort när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering (Anderzén & Hansson 2008). Projektet MedUrs utvecklar och använder sig av metoder som bedöms som lovande av utvärderingen. Några av dessa är t.ex. Motivational Interviewing som enligt tidigare forskning stöds av viss evidens. Metoden avser att öka klienters och patienters motivation till förändring (Farbring 2010). Den uppvisar även inom MedUrs lovande resultat med den utformning den får inom projektet. Rehabiliteringsprocessen i MedUrs indelas i tre faser som skildras inom en sammanhållen tankeram<sup>5</sup>. Det är en öppen tankeram som innefattar familjens och närståendes påverkan på rehabiliteringen. Den innefattar dessutom Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens och vårdens påverkan av rehabiliteringen och deras bidrag till vidmakthållandet av resultatet efter denna. Ska resultaten vara uthålliga över tid behöver deltagarna uppleva stöd av personer och samhälleliga institutioner som är betydelsefulla för dem. Både Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans roll är att ta över ansvaret för stödet till deltagarna efter MedUrs.

**Figur 4. MedUrs tankeram för arbetslivsinriktad rehabilitering - motivationsfas**



<sup>55</sup> Inom samhälls- och beteendevetenskaperna konstrueras en tankeram som ger en förenklad bild av hur individer, grupper och organisationer förhåller sig till varandra och till omgivningen. (Perkins 1986)



*Motivationsfasen* beskriver hur deltagarna hänvisas till projektet av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. De handläggare som svarar för hänvisningen till MedUrs utreder de presumtiva deltagarnas behov och formulerar tillsammans med dem en handlingsplan. I ett tre-(fyra)-parts-samtal mellan handläggare från Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen, den blivande deltagaren och en mentor från MedUrs diskuteras denna. Av planen och tre-(fyra)-parts-samtalet framgår vad MedUrs bidrag ska vara i rehabiliteringen. Deltagarens första kontakt med MedUrs innehåller vanligen besök i Medlefors folkhögskolas eller i Urkrafts lokaler. Det är egentligen först efter några veckors deltagande som deltagaren kan börja bilda sig en mer välgrundad uppfattning om MedUrs, och vad MedUrs har att erbjuda.

De som deltar i MedUrs har varit sjukskrivna långa perioder, från några år till mer än 12 år. Det ställer krav på motivationsarbetet. Mentorernas synsätt och förhållningssätt är viktiga för resultatet. Dit hör förmågan att etablera en samarbetsallians, skapa en relation och förmedla empati för deltagarnas situation (Miller och Baca 1983) samt att visa tilltro till deras förmåga att lyckas (Orlinsky m.fl. 1994).

Deltagarens motivation att delta i MedUrs bygger på tilltro till den egna förmågan att fullfölja rehabilitering (Self-Efficacy) och på förväntningar om att resultatet är värt de ansträngningar som krävs. Tidigare erfarenheter av arbetslivet antas påverka uppfattningen av målet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Valet av ansats beror vidare av sjukperiodernas längd. Långa sjukperioder som är fallet för nästan alla deltagare i MedUrs kräver en helhetssyn med insatser som vänder sig till deltagarens hela situation (McIntosh m.fl. 1995). För andra deltagare är sannolikt Supported Employment/ISA rätt ansats. Det är en metod som har stöd i evidens från såväl internationella som svenska studier (Bond m.fl. 2008; Burns m.fl. 2007; Antonson 2002).

Den andra fasen utgörs av *Genomförandefasen* som innefattar metoder som avser att stödja deltagaren i återgången till arbetslivet eller till utvecklingen av en tillvaro som medger egen försörjning på annat sätt. Det finns även inslag som ska bidra till stärkt självkänsla och ökad livskvalitet. Tankeramens olika faser och aktiviteter glider in i varandra. Motivationsarbete förekommer exempelvis i samtliga faser. I genomförandefasen handlar detta om att stödja deltagarens ambitioner att fullfölja projektet och ge honom eller henne tillfälle att bearbeta sina tvivel på den egna förmågan att fullfölja rehabiliteringen. Betydelsen av olika behandlingstekniker och metoder betonas ofta, och man tenderar att bortse från mentorernas bidrag till rehabiliteringen som personer. Miller och Rollnick (2009) har med sina studier visat att behandlaren/mentoren som person gör stor skillnad. Socialstyrelsen (2007) menar att valet av metod kan förklara 15 till 20 procent av utfallet, medan resten måste förklaras på annat sätt, bl.a. som enskilda behandlares påverkan eller ”behandlare effekt”.

Mentorernas förmåga att knyta an till och skapa en fungerande samarbetsrelation verkar vara avgörande för rehabiliteringens utfall. Medan rehabiliteringens resultat förr sågs som en följd av patienternas följsamhet och anpassning till personalens råd och anvisningar uppfattas

denna numera som en följd av samarbetet mellan patienter och personal. Begrepp som compliance och coping har ersatts av empowerment och delaktighet. Det gäller för mentorerna inom MedUrs att i motivationsfasen uppmuntra deltagarnas ansvar för sin rehabilitering och knyta an till deras egna val av ”handlingsstrategier”. Det utesluter inte att det finns uppgifter inom rehabiliteringen där mentorerna besitter särskilda kompetenser. Det kan inom MedUrs handla om förmågan att vidga deltagarnas yrkesplaner till att även innefatta alternativ som bryter mot traditionella könsnormer. Åtskilliga s.k. brytprojekt har bidragit till att utveckla det området. Inom MedUrs kallas detta för könsneutral vägledning.

*Avslutnings- och vidmakthållandefasen* är en avslutande fas där deltagaren slussas ut ur projektet. Det sker i genomsnitt efter nio månader i MedUrs, men variationen är stor mellan deltagarna. Rehabiliteringstiden kan skilja från några månader upp till ett par år för olika deltagare. Formellt sker vid utslussningen ett tre-(fyra)-parts-samtal som markerar att deltagaren slutar projektet och att den handläggare som hänvisade honom eller henne till MedUrs övertar ansvaret för den fortsatta handläggningen. Deltagarens närvaro vid tre-(fyra)-parts-samtalet markerar att han eller hon har ett eget ansvar för sin situation. Denna överlämning är en del av vidmakthållandet av de processer som inletts med MedUrs. Det är också ett tillfälle för utvärdering av målen i den individuella handlingsplanen. Af och Fk betonar att bäst resultat uppnås när handläggaren ges möjlighet att hålla tät kontakt med deltagaren och med MedUrs under hela rehabiliteringen. Det är dock inte alltid det sker.

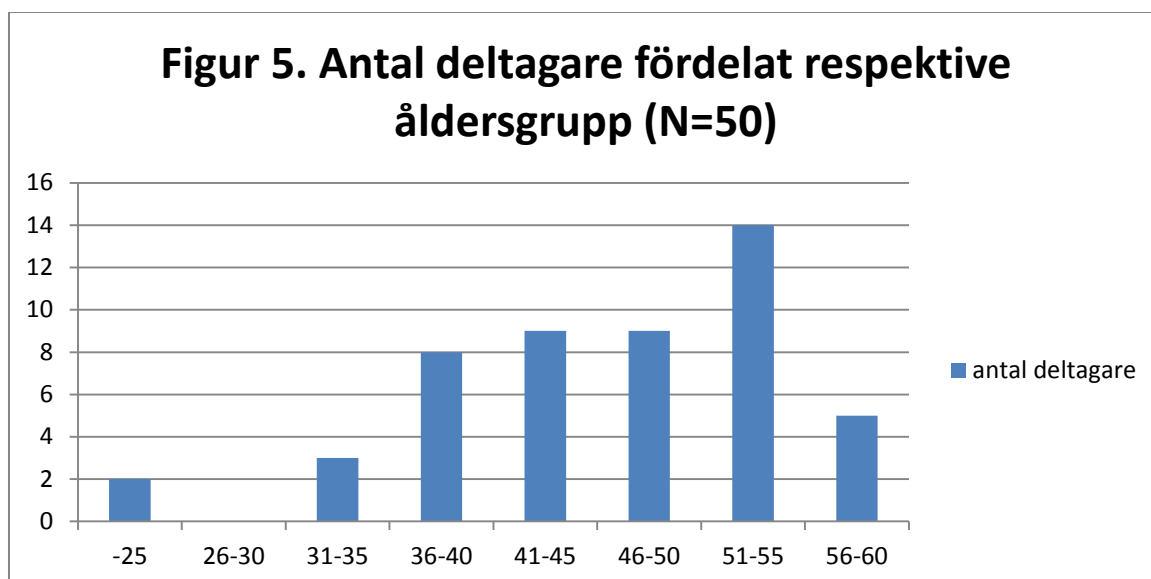
Tankeramen är som nämnts tidigare *öppen för omgivningen* vilket markerar att stödet från omgivningen är en viktig del av rehabiliteringen. Framgångsrik rehabilitering förutsätter samverkan och samarbete mellan flera aktörer. För personer som varit sjukskrivna länge innebär en återgång till arbetslivet inte bara en individuell förändring. Det sätter hela ”familjesystemet” på prov. Ett hållbart resultat av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förutsätter i många fall en ”omförhandling” av ansvaret för barn och uppgifter i hemmet. De vanor som utvecklas inom familjen under flera år av sjukskrivning behöver många gånger omprövas av de berörda. Att finna former för att stödja denna process är en viktig del av metodutvecklingen inom MedUrs.

## 4.1 Om deltagarnas situation

Metodutveckling avseende motivationsfasen utgår i MedUrs från deltagarnas situation. Ett första steg är därför att ta reda på deltagarnas ålder, högsta utbildning och sjukskrivningarnas längd. Uppgifter som ger förutsättningar att bedöma deltagarnas motivation att delta i MedUrs rehabilitering.

### **Deltagarnas ålder**

Som framgår av figur 5 är spridningen i ålder stor bland deltagarna i MedUrs. Den sträcker sig från 25 till 60 år. Förhållanden som avspeglas bland dem som besvarar enkäten. Det är



medelålders och äldre deltagare som dominerar. Mer än hälften av deltagarna som besvarar enkäten är 46 år eller äldre, vilket motsvarar situationen bland samtliga deltagare i projektet. Antalet deltagare som genomgår rehabiliteringen under projekttiden uppgår till 144 personer. De deltagare som besvarar enkäten uppgår till 35 procent. Den sammanlagda täckningsgraden när även intervjuerna inräknas uppgår till 44 procent.

## Kön

Kvinnor dominerar målgruppen för arbetslivsrelaterad rehabilitering. Drygt två tredjedelar (68 %) av samtliga sjukskrivna utgörs av kvinnor i Västerbotten medan männens andel begränsas till en tredjedel (32 %). Antalet kvinnor uppgick i MedUrs till 101 kvinnor (70 %) och 43 män (30 %). De som besvarar enkäten utgörs av 33 kvinnor (66 %) och 17 män (34 %). Det innebär att män jämfört med kvinnor är något överrepresenterade i enkäten. Helhetsintrycket är dock när det gäller ålder och kön att urvalet om 50 deltagare verkar vara förhållandevis representativt för hela undersökningspopulationen. Bland de som intervjuas är proportionerna de samma.

## Utbildning

Av Statistisk årsbok för år 2014 framgår att knappt hälften av Sveriges 4,9 miljoner invånare i åldern 25–64 år har gymnasial utbildning som högsta utbildning. Mer än var tredje svensk i samma ålder har någon form av eftergymnasial utbildning. Utbildningsnivån beror både av utbildningssystemets tillväxt och av den demografiska utvecklingen. Unga möter idag ett större utbud av utbildning än dagens äldre gjorde när de studerade. Det gäller både gymnasieskolan, där de allra flesta numera deltar och den högre utbildningen. Situationen bland deltagarna framgår av Sammanställning 6 nedan. Den bygger på deltagarnas egna svar i enkäten (N=50).

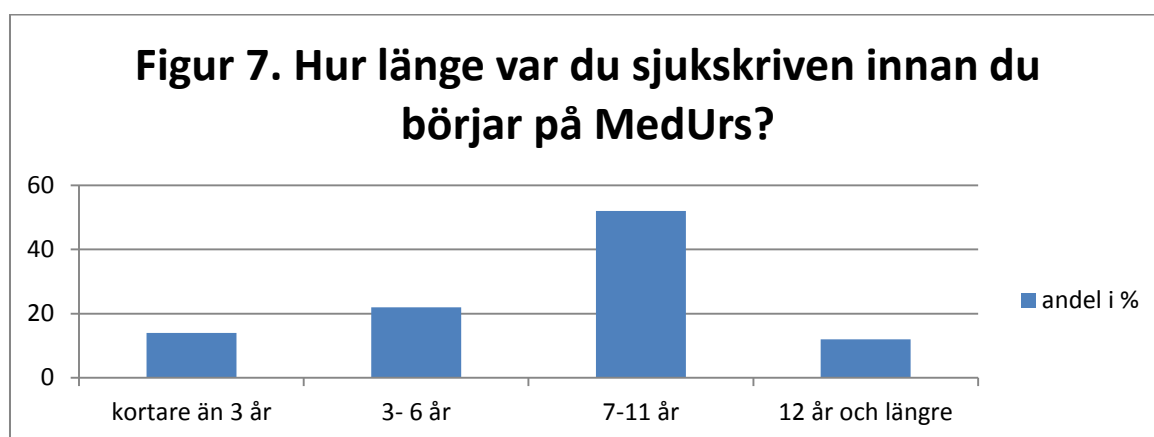
### Sammanställning 6. Deltagarnas utbildningsnivå i antal personer och andel i %.

Högsta utbildning	Män antal (och i %)	Kvinnor antal (och i %)
Folkskola eller grundskola	4 (24 %)	9 (27 %)
Flickskola eller realskola	1 (6 %)	1 (3 %)
Yrkesutbildning efter grundskolan	6 (35 %)	10 (30 %)
Studentexamen	1 (6 %)	7 (22 %)
Högskole- eller universitets-examen	5 (29 %)	6 (18 %)
Summa	17 (100 %)	33 (100 %)

Andelen av befolkningen med enbart förgymnasial utbildning har mer än halverats under perioden 1990 till 2011, från drygt 30 procent till 14 procent. Andelen med enbart förgymnasial utbildning är dock högre bland deltagarna i MedUrs. Många deltagare i MedUrs är uppväxta i en tid när utbildning inte ansågs avgörande för att få och behålla en anställning på arbetsmarknaden i Skellefteå. Kraven på utbildning har dock ökat. Av den anledningen är vägledning till studier ett inslag i arbetslivsrelaterad rehabilitering. Det första alternativet är kanske för flertalet deltagare är trots detta endera praktik eller arbete, men för många ökar förutsättningarna att få och behålla en anställning med en utbildning.

### Långa sjukskrivningsperioder

Långvarig sjukdom är sannolikt en bidragande anledning till att deltagarna i MedUrs ligger på en något lägre utbildningsnivå än befolkningen i övrigt. Av figur 7 framgår att mer än hälften av deltagarna är sjukskrivna 6 år eller längre innan de börjar på projektet MedUrs.



Endast en deltagare var sjukskriven kortare tid än ett halvår, två var sjukskrivna upp till ett år och 4 var sjukskrivna kortare tid än tre år. Sammantaget var 14 procent således sjukskrivna kortare tid än 3 år innan de började på MedUrs. Av figur 7 framgår att 22 procent var sjukskrivna 3 till 6 år, 52 procent mellan 7 till 12 år och 12 procent 12 år eller längre.

Målgruppen för projektet MedUrs består av män och kvinnor med hög medelålder. De har kort utbildning och långa sjukskrivningsperioder bakom sig. De utgör en grupp som, trots betydande insatser, förväntas ha svårt att återgå till arbete. Skellefteå samordningsförbund konstaterar att trots att efterfrågan av personal ökar inom många branscher finns det grupper som har svårt att få anställning. Det är arbetslösa med kort utbildning, nedsatt arbetsförmåga och äldre i åldern 55 till 64 år. En beskrivning som stämmer väl in på många deltagare i MedUrs. Resultatet av MedUrs rehabilitering visar dock att sannolikheten på gruppnivå inte avgör en enskilds individs öde. Flera deltagare har kunnat återgå i arbete eller förbättrat sin tillvaro.

Av tidigare forskning framgår att arbetslivsinriktad rehabilitering uppvisar bäst resultat med tidigare insatser i samverkan mellan arbetsgivare och vården (Blonk m.fl. 2006; Schene m.fl. 2007). Lång frånvaro från arbetslivet i den omfattning som är aktuell för flertalet deltagare inom MedUrs förutsätter en inriktningen av rehabiliteringen på deltagarnas hela situation. Ju längre de varit borta från arbetslivet desto viktigare verkar det vara att rehabiliteringen inte enbart behandlar symptomen (McIntosh m.fl. 1995). Men även bland deltagarna i MedUrs finns det några (14 %) som trots långa sjukskrivningsperioder har kvar sin anställning.

En omedelbar återgång i arbetslivet och med fortsatt stöd som förordas inom Supported Employment och Individuellt Stöd i Arbete (ISA)<sup>6</sup> var inte tillämplig inom MedUrs annat än i undantag. Den metod som utvecklats utgick från en helhetssyn på varje deltagare med en bred ansats och med insatser som fokuserar både på arbete och utredning av arbetsförmågan, men även på fritidsaktiviteter och långa promenader för förbättrad hälsa, välmående och ökad livskvalitet.

## 4.2 Deltagarnas förväntningar på resultatet av rehabiliteringen

När det gäller deltagarnas förväntningar på rehabiliteringen ska målet upplevas som eftersträvansvärt och nåbart. Det är dock inte det samma som att deltagare måste kunna uppnå målet helt på egen hand. Deltagarna har stöd både av mentorerna och av de övriga deltagarna, av gruppaktiviteter och individuell handledning. Bedömningen av vad deltagarna klarar av baseras på vad som är möjligt med stöd av såväl övriga deltagare som mentorer. Flertalet

---

<sup>6</sup> En grundläggande princip i Supported Employment är att man börjar söka arbete så snart som möjligt, Man väljer arbetsplats och arbetsuppgifter efter den arbetssökande personens vilja och förutsättningar. Det ingår också att ge stöd till personen så att hela tillvaron fungerar bra. Med ISA kan deltagaren ha en längre period av praktik, flera praktikperioder eller avtalad arbetsverksamhet i ett led mot eventuell anställning. (Källa: MISA)

deltagare anger samtal och stöd från mentorer och övriga deltagare som de inslag i MedUrs som betytt mest för dem när det gäller att stärka deras ställning på arbetsmarknaden.

Den kritik som Arbetsförmedling och Försäkringskassa har av att MedUrs inte håller dem tillräckligt informerade om avvikelser från uppgjorda planer kan delvis förklaras av deras skilda roller. De som regelbundet möter deltagarna i rehabiliteringsarbetet får ofta en annan och mera detaljerad insyn i deltagarnas tillvaro. Uppfattningarna av deltagarna förändras vidare över tid ju närmare mentorerna kommer deltagarna. Att i den situationen avgöra när det kan finnas skäl att informera handläggare är ofta svårbedömt. Varje handläggare skiljer sig dessutom åt när det gäller hur ofta och hur mycket information de vill ha under rehabiliteringens gång.

En erfarenhet är att de individuella planer som föreligger vid myndigheternas överlämnande av deltagare till projektet ofta måste revideras efter några veckor i projektet. När deltagare väl kommer i kontakt med MedUrs händer det att ambitionerna ändras. Det kan bero på att de farhågor deltagare har om att inte orka med MedUrs kanske visar sig vara överdrivna. Omvänt kan deltagare bli medvetna om sina svårigheter när de försöker tänja på sina gränser, och kanske tvingas sänka sina ambitioner och gå långsammare fram än de tänkt sig. I dessa lägen kan det vara befogat med gemensamma överläggningar.

Det finns dock en fara i att utforma alltför detaljerade planer innan deltagare hunnit bekanta sig med MedUrs. Det kan om deltagaren inte upplever sig vara fullt ut delaktiga i dessa ge upphov till motstånd längre fram under rehabiliteringsprocessen. Varje inskränkning av en persons självbestämmande i form av för tidigt uppgjorda och för detaljerade planer riskerar, enligt Brehms (1981), att påverka motivationen negativt.

### **Förväntanseffekter**

Håkan Jenner (1987) visar i ett antal studier av behandlingspersonal på förväntanseffekternas betydelse. Han hävdar utifrån dessa att personalens negativa förväntningar i stor utsträckning kan förklara deltagarnas bristande motivation till vård. Vi har erfarenhet av att personer som gått sjukskrivna länge kan ha förlorat hoppet om förändring. Lika ofta händer det att deras handläggare och omgivningen misströstar om en positiv utveckling. Ett inslag i motivationsfasen av rehabiliteringen blir därför att återväcka hoppet om en möjlig förändring. Det kan ske genom att deltagarens framsteg uppmärksammas. Att mäta framsteg under rehabiliteringen är ofta mer motiverande än att betona avlägsna mål långt bort i fjärran. En metod som, enligt svaren på enkäten, bidragit till att 63 procent av deltagarna kommit att se mera positivt på tillvaron.

Lika viktigt som det är att peka på framstegen för deltagaren är det att vända sig till hans eller hennes handläggare och närmaste omgivning. Att omgivningens förväntanseffekter kan bidra till personliga förändringar har dokumenterats i flera studier. Skolforskningen är full av

exempel på detta. Robert Rosenthals och Lenore Jacobsons rapport ”Pygmalion i klassrummet” (1968) visar att elever, som valts ut slumpmässigt, men som utpekade för lärarna som blivande stjärnor får högre betyg än sina kamrater. Av rapporten framgår att lärarnas förväntningar på de utpekade eleverna inte bara bidrar till att de får högre betyg, utan även till att dessa faktiskt lär sig mer än kamraterna. Det visar sig att lärarna ägnar sig mer åt dem, uppmuntrar dem oftare och förklarar oftare svårigheter för dem. När de säger något kommenterar lärarna ofta detta i uppskattande ordalag.

Men även negativa förväntningar kan ha effekt. Inom MedUrs förs en diskussion kring hur mentorer ska förhålla sig till deltagare som väcker känslor av misslyckande och besvikelse. Det kan vara fallet när deltagare ”misslyckas” och återkommer till projektet. Ett sätt att hantera detta kan vara att ansvaret för kontakten med deltagaren ska gå över till någon annan av mentorerna. Detta för att inte överföra mentorns besvikelser på deltagaren.

### **Deltagarnas förväntningar påverkar klimatet inom MedUrs**

Deltagarnas förväntningar på projektet MedUrs påverkar klimatet inom projektet. Positiva förväntningar sprider sig till alla deltagare och mentorer. Det bekräftar, berättar en deltagare under intervjun, att vi tillhör ett ”vinnande lag” och inte något av de ”skräckexempel” på projekt för sjukskrivna och arbetslösa som media rapporterar om.

Alla har dock inte några uttalade förväntningar. Det finns deltagare som anvisats till MedUrs av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och som begett sig till MedUrs utan att reflektera över detta. Det finns även deltagare som medger att de har betänkligheter kring att enskilda aktörer som Urkraft och Medlefors folkhögskola ska ”sko sig på arbetslösas och sjukskrivnas bekostnad”. En deltagare kommenterar situationen:

*”Personalen har jag inget emot ... tvärtom. De är jättetrevliga. Det jag vänder mig mot är att privata företag ska tjäna stora pengar på oss samtidigt som sjukersättningen sänks så att det knappt räcker till mat...//...Ge mig 5 000 kr i månaden ska jag fixa min egen praktik för de timmar jag orkar arbeta.”*

Ur en enkät

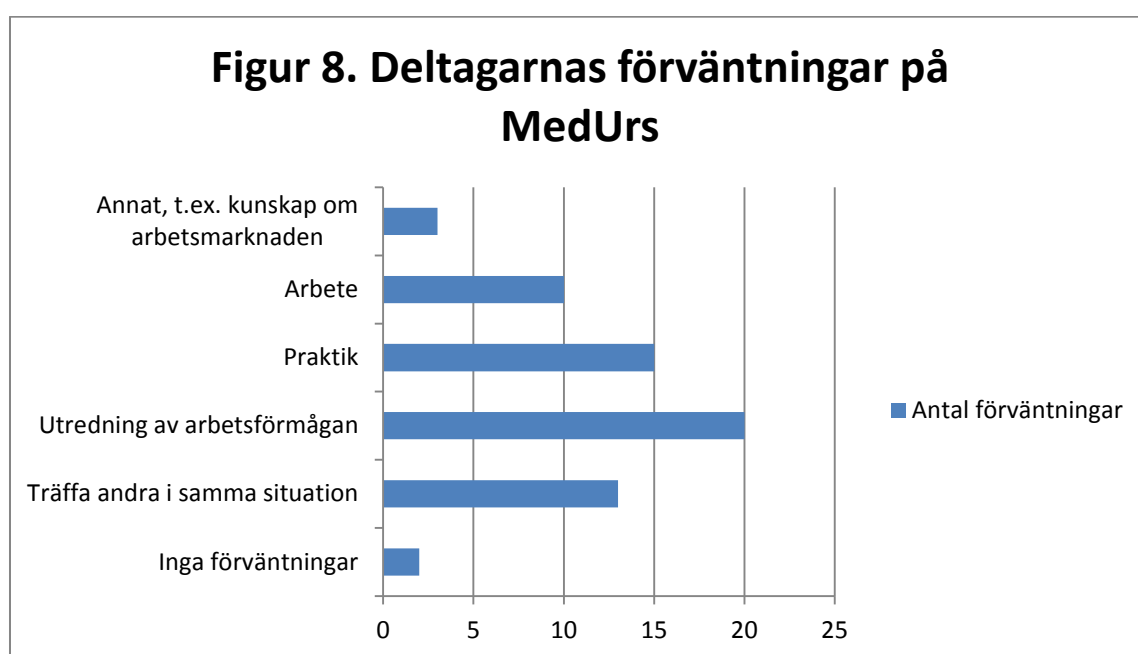
Figur 8 på nästa sida redovisar hur deltagarnas förväntningar på MedUrs fördelas bland deltagarna. De gavs möjlighet att ange mer än en förväntning på projektet. Förväntningar på ett projekt utvecklas i samspel mellan deltagarnas uppfattning om vad projektet leder till för deras del och vad det innebär att delta. Deltagarna väger vad projektet kan ge dem mot de ansträngningar som krävs. De gör även en bedömning av den egna förmågan att fullfölja projektet. Det handlar således inte enbart om projektets attraktivitet utan också om deltagarnas bedömning av den egna förmågan att klara av projektet.

För några handlar deltagandet främst om att komma ut bland folk, bryta ensamheten och komma igång med något överhuvudtaget. En deltagare beskriver detta sålunda:

*Jag har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och skulle vilja förstå mig själv bättre och hur jag kan umgås med andra människor i arbetslivet. Och hur jag gradvis skulle kunna närma mig en balanserad och tillfredställande tillvaro bland andra.*

Ur en enkät

De vanligaste förväntningarna var annars att man skulle få sin arbetsförmåga utredd, komma ut i praktik och träffa andra med långvariga sjukskrivningar bakom sig. Det fanns även några som under ”annat” angav att de ville få bättre kunskaper om arbetsmarknaden.



Låga eller inga förväntningar förutsäger inte utfallet. Ett viktigt synsätt inom MedUrs är att människor alltid kan överraska både sig själva och omgivningen. Denna positiva tilltro till deltagarnas inre ”urkraft” kan många gånger locka fram nya sidor hos deltagarna. Låga förväntningar behöver inte ses som tecken på bristande vilja utan kan ses som en försvarsmekanism och ett skydd mot misslyckanden. Ett uthålligt jobbsökande i egen takt kan vara ett framgångsrikt förhållningssätt och leda till etablering på arbetsmarknaden, medan högt ställda förväntningar riskerar att leda till besvikelse och uppgivenhet.

### 4.3 Deltagarnas egna handlingsstrategier

En strävan i MedUrs är att deltagarna ska aktivera sig och delta i planering och genomförande av sin rehabilitering. Man brukar säga att de ska äga sin egen rehabilitering. Mer än hälften av



deltagarna medger att de blivit mer medvetna om sina personliga mål och att det finns skilda vägar att nå dessa. Det innebär att deltagarna själva uppmuntras att utveckla egna strategier för sitt deltagande i projektet. Dessa handlingsstrategier uppvisar stora skillnader och de kan indelas i följande kategorier:

- Den *Resignerade handlingsstrategin* omfattar 44 procent av deltagarna. Många deltagare medger att de inte längre är lika aktivt arbetssökande som tidigare, och ytterligare några att de söker ett fåtal jobb men är uthålliga i sina ansträngningar. För några deltagare är målet att skapa en dräglig tillvaro utan arbete. Det kan bero på uppgivenhet inför utsikterna att få ett arbete eller på ett rationellt ställningstagande utifrån den egna arbetsförmågan.
- Den *Aktiva handlingsstrategin* omfattar 33 procent av deltagarna. Den utgår från att deltagaren själv håller sig informerad om vad som händer på arbetsmarknaden och knyter egna kontakter med tänkbara arbetsgivare. Tilltron att lyckas med detta finns hos några deltagare som instämmer i påståendet att de vanligen kan hantera flertalet uppkomna situationer av egen kraft.
- *Strategin för lokalt rotade* är utvecklad av deltagare som är beredda att ta vilken anställning som helst, som hälsan medger, bara de kan bo kvar på bygden. För drygt två tredjedelar av deltagarna är hälsan vacklande. Att bo kvar innebär en viss trygghet genom att de kan upprätthålla sina kontakter med myndigheter och vårdgivare som känner dem. Det är självfallet även viktigt för de 54 procent av deltagarna som uppger att de är gifta eller sammanboende med partner. Det är även viktigt för dem som ofta umgås med grannar och vänner. En tredjedel av deltagarna uppger att de träffar vänner varje vecka. Frågan om deltagarna är beredda att flytta mer än tio mil om de erbjuds anställning på annan ort besvaras jakande av 3 procent av deltagarna. Ytterligare 17 procent besvarar frågan med "Ja, kanske". För dem som sade sig kunna överväga att flytta var dock målet snarare Stockholm än inom regionen.
- Den *Nyföretagande strategin* valdes både av deltagare som önskar starta eget företag och av dem som i avsaknad av alternativ ser detta som en sista utväg. Det finns bland deltagarna erfarenhet av företagande genom att de själva var företagare eller att de har närstående som är det. Nyföretagande kan även vara ett alternativ för de lokalt rotade som ser detta som ett sätt att bli kvar på orten.
- Slutligen identifieras en *Kompetenshöjande strategi* som har stöd bland deltagare som ser utbildning och egen kompetensutveckling som ett sätt att stärka sin ställning på arbetsmarknaden. Av deltagarna uppger 42 procent att de behöver stärka sin kompetens för att den ska svara mot vad som brukar krävas på de arbetsplatser som de brukar söka. Denna strategi kan komplettera den Aktiva strategin.

Inom gruppen med en Resignerad handlingsstrategi förväntar sig några få att deras deltagande i MedUrs ska leda till arbete. Deras förväntningar innefattar istället utredning av arbets- och försörjningsförmågan eller praktik. Längre fram i rapporten jämförs resultaten av den Aktiva handlingsstrategin med resultaten av den Resignerade handlingsstrategin. I gruppen med en Aktiv handlingsstrategi har flera deltagare en högre nivå av Self-Efficacy, vilket kan bidra till, att de jämfört med gruppen med en Resignerad handlingsstrategi, är mera motiverade till en rehabilitering som leder till arbete.

#### 4.4 Deltagarnas upplevda Self-Efficacy

Self-Efficacy kan beskrivas som den enskildes subjektiva tillit till sin förmåga att hantera framtida utmaningar. Det är inget objektivt mått av en faktisk förmåga utan ett mått på den enskildes subjektiva upplevelse (Bandura 1977). Hög upplevd Self-Efficacy antas hänga samman med hög motivation att delta i MedUrs och stor tilltro till den egna förmågan att kunna fullfölja MedUrs på ett bra sätt. Något allmänt vedertaget begrepp för Self-Efficacy finns inte på svenska varför det engelska ordet används genomgående i rapporten. I utvärderingen har ett instrument använts för att mäta deltagarnas Self-Efficacy. Det utgår från Self-Efficacy som ett förhållandevis stabilt mått oberoende av uppgiften. Det finns dock forskning som tyder på att Self-Efficacy kan förändras med åren beroende på sänkta ambitioner och avsaknad av kompetensutveckling (Klassen & Chiu, 2010), vilket skulle kunna förklara deltagarnas förhållandevis låga nivå av Self-Efficacy. De som gått sjukskrivna länge kan ha förlorat något av sina forna kunskaper om de inte använts på flera år. Det kan i sin tur ha påverkat självkänslan och ytterligare sänkt nivån av Self-Efficacy.

Tabell 9. Andelen deltagarna indelade efter deras uppmätta General Self-efficacy

HÖG SE (37 poäng och mer)	MELLAN SE (36 till 29 poäng)	LÅG SE (28 poäng och lägre)
0 %	44 %	56 %

General Self-Efficacy Scale som används för att mäta nivån av Self-Efficacy består av 10 frågor (Koskinen-Hagman m.fl. 1999). Det finns fyra svarsalternativ, från "tar helt avstånd" till "instämmer helt". Efter sammanställning av totalsumman blir lägsta möjliga poäng 10 och högsta möjliga poäng 40. Genomsnittet för Self-Efficacy i en internationell databas med över 19 000 deltagare i 26 olika länder ligger på 29,6 poäng (Freie Universität Berlin).

Genomsnittet för Self-Efficacy bland deltagarna i MedUrs är lägre än det som rapporteras från den internationella databasen. Det ligger på 26,8 poäng vilket är 2.8 poäng under värdet i den internationella databasen. Ingen deltagare har ett högt värde på 37 poäng eller mer. Nära hälften eller 44 procent av deltagarna erhåller ett mått på Self-Efficacy som ligger på mellan 36 till 29 poäng, vilket är ett värde på mellannivå. Nästan lika många eller 56 procent erhåller

en Self-Efficacy som ligger på 28 poäng eller lägre, vilket anses som ett förhållandevis lågt värde.

I gruppen av deltagare med en Aktiv handlingsstrategi noteras en högre nivå av Self-Efficacy jämfört med gruppen med en Resignerad handlingsstrategi. Förväntningarna på dem med högre nivåer är att de ska vara mer benägna att se hinder som utmaningar och inte dra sig för att delta i MedUrs. De förväntas vara lösningsorienterade och beredda att anstränga sig för att nå sina mål. De antas även vara mindre benägna att ge upp vid motstånd. Förhållanden som kan vara viktiga för fullföljandet av projektet MedUrs. Vi kommer längre fram i utvärderingsrapporten redovisa vad valet av strategi och värdet på Self-Efficacy har för betydelse för deltagarnas individuella resultat av rehabiliteringen.

## 4.5 Deltagarnas tidigare erfarenheter av arbetslivet

Deltagarnas motivation att satsa på rehabilitering och en eventuell återgång i arbetslivet påverkas av många förhållanden. Ett förhållande av betydelse för motivationen kan vara deltagarnas tidigare erfarenheter av arbetslivet. Ett sätt att analysera vad erfarenheterna innebär utvecklas med ett antal frågor inspirerade av Karasek och Theorells Krav-kontroll-stöd- modell (1990). Syftet med frågorna är att utveckla ett instrument som visar hur kraven på den anställde och dennes upplevda beslutsutrymme och kontroll över arbetsituationen påverkar motivationen och utfallet av rehabiliteringen. En möjlig tolkning skulle vara att negativa upplevelser av arbetslivet gör en återgång till detta mindre önskvärd. Den klassiska modellen för beslutsbalans utgår från att om upplevda nackdelar väger tyngre än fördelarna sker ingen förändring av situationen.

Det kan finnas skäl att vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser baserade enbart på tillbakablickar på deltagarnas arbetsituation. Jeppsson-Grassman (1992) menar att det kan vara svårt för sjukskrivna att efter en längre tids sjukskrivning uttala sig om tidigare erfarenheter från arbetslivet. Redan med insjuknandet och den påbörjade sjukskrivningen inleds en omställningsprocessen som för många innefattar en omvärdering av sina tidigare erfarenheter av arbetslivet.

Karasek och Theorell beskriver några kombinationer av krav, egen kontroll och stöd som kan förekomma. Var och en av dessa har sina kännetecken. *Spända arbetsituationer* uppkommer när de psykiska kraven är stora på den anställde samtidigt som denne upplever sig sakna kontroll över arbetet med små möjligheter att påverka situationen. Det kan, enligt Karasek och Theorell, leda till psykisk stress och ohälsa. *Aktiva arbeten* innebär att arbetet kräver höga prestationer men utan negativ psykisk press. Exempel på sådana arbeten kan vara kirurger som får utföra svåra operationer. De ställs ofta inför höga krav men upplever vanligen en hög grad av kontroll över sin situation, och en frihet att använda sina yrkeskunskaper och sin skicklighet. De kallas *aktiva arbeten* eftersom det visar sig att personer i sådana

arbetsituationer är aktiva inte bara i sitt arbete utan även under sin fritid. Energin från anspänning och stress översätts till aktivitet och problemlösning.

De *avspända arbetena* förekommer i avslappnade miljöer och situationer. Det är arbeten med låga psykiska krav men med hög nivå på beslutsutrymme och kontroll. I denna grupp är det få som drabbas av psykisk ohälsa då deras handlingsutrymme ger dem goda möjligheter att lösa uppkomna problem. De ställs dessutom inför få stressande utmaningar. Människor i dessa arbetsituationer har visat sig vara glada och friska. Många av dessa yrken är lågt betalda vilket skulle kunna resultera i ekonomiska bekymmer (a a).

*Passiva arbeten* karaktäriseras av låga krav men utan känslan av avslappning och vila i arbetet som i den förra gruppen. I stället förknippas de ofta med apati då utmaningarna ligger helt utanför den anställdes kontroll och påverkan. De passiva arbetena har låga krav på prestationer. Den anställde har låg kontroll över arbetet och litet eget beslutsutrymme. De *passiva arbetena* har efter *spända arbeten* den mest problematiska psykosociala arbetsmiljön. När anställda inte ställs inför några utmaningar och förhindras att utveckla sin yrkesskicklighet och testa nya idéer riskerar det att resultera i leda och resignation (a a).

I enkäten ställs 11 frågor som identifierar i vilken omfattning deltagarna har erfarenhet av endera spända arbetsförhållanden (höga krav - låg egen kontroll), aktiva arbetsförhållanden (höga krav – hög egen kontroll), avspända arbetsförhållanden (låga krav – hög egen kontroll) eller passiva arbetsförhållanden (låga krav – låg egen kontroll). Vidare ställs frågor om socialt stöd förekommer på arbetsplatsen vilket antas begränsa eventuellt skadliga effekter av spända arbetsförhållanden eller passiva arbetsförhållanden. Samma frågor som finns i enkäten återkom i intervjuerna.

Utifrån de värden som erhålls av svaren på frågorna identifieras några grupper. Den första gruppen hade erfarenheter av avspända arbetsförhållanden (låga krav och hög egen kontroll, samt socialt stöd). Gruppen utgjordes av 10 deltagarna, lika många av båda könen. Alla deltagare i gruppen uppger att de var i hög grad delaktiga i vad som skulle göras på den tidigare arbetsplatsen och hur arbetsuppgifterna skulle genomföras. Arbetsbelastningen upplevdes sällan som fysiskt och kroppsligt ansträngande. Arbetsuppgifterna var endast tillfälligtvis psykiskt och mentalt ansträngande. Deltagarna säger sig mycket ofta eller ofta ha upplevt stimulans i arbetet. De uppgav att de upplevde stöd på arbetsplatsen genom att det mycket ofta eller ofta fanns någon att vända sig till om de ville ha råd. I förväntningarna på projektet MedUrs ingick arbete för flertalet deltagare. Det var vidare vanligt med en Aktiv handlingsstrategi bland deltagarna i denna grupp. Utfallet innebar att många återgick i arbete jämfört med övriga deltagare. En deltagare som tyckte sig sakna förutsättningar att återgå i arbete såg möjligheten att starta eget företag som ett alternativ.

Den grupp som uppgav att de hade haft den högsta fysiska och psykiska arbetsbelastningen utgjordes av 13 kvinnor och 2 män. Deras erfarenheter av tidigare arbetsförhållanden med höga krav, ofta ingen stimulans i arbetet och med låg egen kontroll. Två tredjedelar uppgav sig ha saknat stöd i arbetet. Nära hälften av deltagarna rapporterade att de i liten eller mycket liten grad hade haft inflytande över sitt arbete. Resterande sade sig ha haft inflytande över sitt arbete i vare sig stor eller liten grad. Förväntningarna på deltagande i MedUrs innefattande endast i undantagsfall arbete. Bara en av deltagarna uppgav arbete i sina förväntningar på projektet. Alla utom en deltagare hade anslutit sig till en Resignerad handlingsstrategi. Undantaget utgjordes av en deltagare som hade en anställning innan projektet men var osäker på om han ville återgå till denna. Utfallet blev det förväntade även för denna grupp, 53 procent av deltagarna trodde inte att de skulle återgå i arbete efter projektet. Vilket kan jämföras med 38 procent för samtliga deltagare.

#### 4.6 Sammanfattning – utvecklade metoder och använda instrument inom motivationsfasen

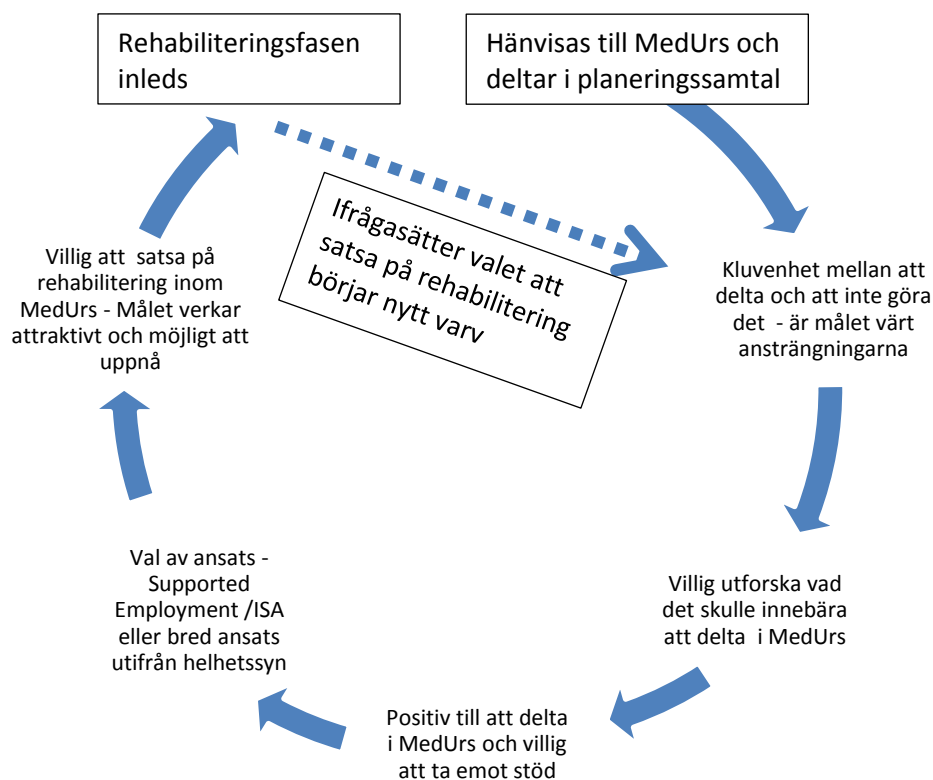
Motivationsfasen avslutas med att deltagarens syfte med sitt deltagande dokumenteras i en individuell rehabiliteringsplan som bygger på den tidigare planen från tre-(fyra)-parts-samtalen, men som även tar in erfarenheter från de första veckorna inom MedUrs. Dessa har till en början handlat om att utveckla målbilder utifrån deltagarnas vilja till förändring och att komma igång. Begreppet *motivation* kommer från latinets *movere* och betyder ungefär att komma i rörelse. Inom socialpsykologin (Jenner 1987) beskrivs motivation som ett fenomen med rötter i såväl psykologi som sociologi. Motivation är ur psykologiskt perspektiv en inre drivkraft som aktiverar och styr vårt beteende. Ur ett sociologiskt perspektiv betonas omgivningens betydelse, och att ingen är motiverad i allmänhet utan alltid i relation till något. Det kan vara i relation till målet att få en anställning eller att uppnå en känsla av välmående och förhöjd livskvalitet.

Alltför hög motivation kan i likhet med alltför höga förväntningar leda till besvikelser. Det är också tveksamt om det går att förutsäga utfallet utifrån motivationens styrka. Rossi och Filstead (1976) har funnit att ”hög motivation” eller ”låg motivation” inte ensamt kan förutsäga resultatet av behandling. Låg motivationen verkar enligt Rossi och Filstead kunna kompenseras av gott bemötande och ett gott klimat inom projektet. Motivationsprocessen inom MedUrs präglas av ambitionen att skapa ett engagerande och positivt klimat. Ett led i detta är att involvera deltagarna i deras egen rehabilitering. Deltagarnas delaktighet eftersträvas för att motverka den passivitet som riskerar att följa på långa sjukskrivningsperioder. Deltagare som blir personligt involverade i sin rehabilitering är mer angelägna att om att genomföra denna. (De Board 1984)

Det är sällan som motivationen är lika stark under hela rehabiliteringsprocessen. Tvärtom är det vanligt att denna varierar i styrka. Motivationsarbetet kan därför inte begränsas till enbart

den första fasen av MedUrs. Det pågår under hela rehabiliteringen och i alla dess faser. När som helst under rehabiliteringen kan deltagare ifrågasätta sitt deltagande i projektet. Det är deltagares ambivalens inför utforskandet av vad rehabiliteringen innebär som är drivkraften i motivationsprocessen. Genom studiebesök och praktik kan material erhållas för detta utforskande.

Figur 11. Motivationsfasen vid arbetslivsrelaterad rehabilitering inom MedUrs



Istället för att se motivationsfasen som något som föregår rehabiliteringen utgör den inom MedUrs en del av denna. Många deltagare återkommer under hela rehabiliteringen till den kluvenhet de kände inledningsvis. De kan när de upplever tvivel inför sitt beslut välja att ta ett nytt varv genom de olika stadierna. MedUrs har inspirerats av Motiverande samtal (Miller 2003) i formandet av sitt motivationsarbete. En metod som bygger på Prochaskas och DiClementes (1982) teori om att förändring sker över olika stadier. (Se figur 7 ovan!) Motivationsprocessen inleds när en person hänvisas till MedUrs.

Att beskriva processen som faser som följer av varandra säger inget om hur lång tid varje fas tar. I en diskussion inom MedUrs betonar en mentor att redan under ett samtal kan en deltagare gå igenom alla faser, och kanske upprepas detta redan nästa gång. Andra deltagare kan behöva längre tid för eftertanke i varje fas.

Motivational Interviewing (MI) eller motiverande samtal som MedUrs inspireras av är en metod under förändring. Den har enligt socialstyrelsen uppvisat evidens i ett antal studier. I denna utvärdering har vi inte kunnat identifiera graden av överensstämmelse till den ursprungliga metoden. Millers och Rollnicks (2009) definition av motiverande samtal är:

*Motiverande samtal är en på samarbete grundad, personcentrerad form av vägledning för att framkalla och stärka motivation till förändring.*

Även om presumtiva deltagare informeras om vad det innebär att delta i MedUrs har de till en början knappast underlag för att fatta ett välgrundat beslut om sitt deltagande. De är vanligen fortfarande undrande inför detta. Denna undran är drivkraften bakom motivationen och övergår efter hand succesivt till att bli en del av rehabiliteringsprocessen. När deltagaren börjar inse vad deltagandet innebär väljer mentorerna i samråd med honom eller henne en lämplig ansats. Ett val som i MedUrs står mellan att omedelbart gå ut i praktik enligt Supported Employment/ISA eller att utgå från en helhetssyn på deltagaren och erbjuda ett brett utbud av insatser. Avgörande för detta val är i MedUrs längden av föregående sjukskrivningsperioder och deltagarens nivå av Self-Efficacy, förväntningar på rehabiliteringen, tidigare erfarenheter av arbetslivet (Karaseks och Theorells Krav-Kontroll-Stöd-modell).

### **Hänvisning till MedUrs**

Inom projektet har det utvecklats rutiner för Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans hänvisning av deltagare till MedUrs. De avser att underlätta kommunikationen kring den enskilde deltagaren och tydliggöra vad som förväntas av MedUrs och rehabiliteringen.

### **Tre-parts-samtal blir fyra-parts samtal**

Den individuella planen som upprättas inför början i MedUrs kan ses som en åtgärd för att ge rehabiliteringen en viss inriktning. Deltagarna har vid detta tillfälle sällan hunnit tänka igenom olika alternativ eller vad de kan förvänta sig av MedUrs. Den första individuella planen behöver sannolikt revideras efter ca tre veckor. Deltagarna kan innan dess knappast föreställa sig vad de kan förvänta sig av MedUrs. Det kan även finnas andra skäl till att revidera den preliminära planen. Deltagarens ambitioner kan endera ha höjts eller omvänt sänkts.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har påtalat vikten av att de ges möjlighet att följa deltagarnas utveckling inom MedUrs. De tre-parts-samtal som förs kring den individuella planeringen utvecklas för att effektivisera kommunikationen kring rehabiliteringen till fyra-parts-samtal där både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan regelbundet deltar. Det är självfallet viktigt att låta deltagarna föra sin egen talan vid dessa tillfällen. Det kan dock finnas behov att stödja deltagare i kontakterna med myndigheterna. Planeringssamtalen får, enligt Bülow & Ekberg (2009), inte utvecklas till samtal där deltagaren känner sig trängd av sampratade ”motparter”. Hur viktigt deltagarna upplevde att stödet från MedUrs var framgår

både av svaren på enkäten och av intervjuerna. Vi återkommer längre fram i rapporten till detta.

Deltagarnas delaktighet i planeringsprocessen är redan från början viktig för att motverka den passivitet som ofta följer på långvariga sjukskrivningar. Av samma skäl bör detaljerade planer upprättas först när deltagaren hunnit bilda sig en uppfattning om MedUrs.

### **Val av ansats**

MedUrs utgår från målgruppen vid valet av ansats. Denna kan endera vara en bred ansats med flera insatser utifrån en helhetssyn på deltagarens situation, eller en snävt arbetsinriktad ansats inriktad på omgående placering i praktik eller arbete (Supported Employment/ISA). Det finns evidens som stöder båda ansatserna.

#### **Figur 12. Valet av ansats i MedUrs sker utifrån målgruppens situation**

##### **Bedömning baseras på**

Ålder, kön, utbildning och sjukskrivningens längd



##### **Val av ansats**

- 1) Bred Ansats/helhetssyn
- 2) Supported Employment/ISA

#### **Alternativ 1. Bred ansats utifrån helhetssyn**

Forskningen ger stöd för att ju längre frånvaron varit från arbetslivet desto viktigare är det att rehabiliteringen inte enbart behandlar symptomen (McIntosh m.fl. 1995). Lång frånvaro från arbetslivet förutsätter en inriktning hos rehabiliteringen på deltagarnas hela situation med en bred ansats med flera insatser som fokuserar både på arbete och utredning av arbetsförmågan, men även på fritidsaktiviteter och långpromenader för förbättrad hälsa, välmående och ökad livskvalitet.

#### **Alternativ 2. Ansats fokuserad på arbete enligt Supported Employment, ISA**

Supported Employment (ISA) är alternativet efter kortare sjukskrivningsperioder. Av tidigare forskning framgår att arbetslivsinriktad rehabilitering uppvisar bäst resultat med tidigare insatser i samverkan mellan arbetsgivare och vården (Blonk m.fl. 2006; Schene m.fl. 2007). Valet blir en omedelbar återgång i arbetslivet, men med fortsatt stöd enligt Supported Employment och Individuellt Stöd i Arbete (ISA) en evidensbaserad metod. (Jmfr Case management i Genomförandefasen).

### **Bedömning av Self-Efficacy, förväntningar på rehabiliteringen och inverkan av tidigare arbetslivserfarenheter**

Utvärderingen har bidragit med utprovandet av instrument för bedömning av deltagarens 1) Self-Efficacy 2) förväntningar på rehabiliteringen och 3) tidigare erfarenheter av arbetslivet som föregick deltagandet i MedUrs. Instrumenten är tänkta att ingå i en kommande metodbok om arbetslivsinriktad rehabilitering. Instrumentet General Self-Efficacy relateras till



deltagarens motivation och tilltro till sin förmåga att klara av MedUrs. Personer med hög Self-Efficacy förväntas vara benägna att se hinder som utmaningar. De förväntas vara lösningsorienterade och beredda att anstränga sig mer för att nå sina mål. De antas även vara mindre benägna att ge upp vid motstånd. (Albertsen m.fl. 2006) Deltagarnas förväntningar på rehabiliteringen ger viktig information för planeringen av rehabiliteringen.

Tidigare erfarenheter av arbetslivet säkerställs med Karaseks och Theorells Krav-kontroll-stöd- modell (1990). Syftet med användningen av modellen är att analysera hur tidigare anställningar påverkar deltagarens motivation. Erfarenheterna av arbetslivet kategoriseras enligt modellen i endera: 1) spända arbetsförhållanden (höga krav - låg egen kontroll), 2) aktiva arbetsförhållanden (höga krav – hög egen kontroll), 3) avspända arbetsförhållanden (låga krav – hög egen kontroll), 4) passiva arbetsförhållanden (låga krav – låg egen kontroll). Det ställs även frågor om det förekom socialt stöd på arbetsplatsen.

### **Deltagarnas individuella handlingsstrategier för sitt deltagande**

Att själv vara delaktig i sin rehabilitering, och ta makten över denna, innefattar rätten att själv bedöma sina behov. Feher och medarbetare (1983) beskriver med begreppet ”dictatorship over needs” hur professionella grupper med stöd i sin auktoritet anser sig kunna avgöra vilka behov en person har. Det sker vanligen helt oreflekterat, men förnekar den enskilde makten att själv definiera sina problem, sina behov och vilka insatser som behövs. Av det föregående framgår att ett sätt att hantera detta för den enskilde kan vara att jämte den officiella handlingsplanen utveckla en egen ”dold” handlingsstrategi för sitt deltagande i rehabiliteringen. (Jmfr Svensson 2001)

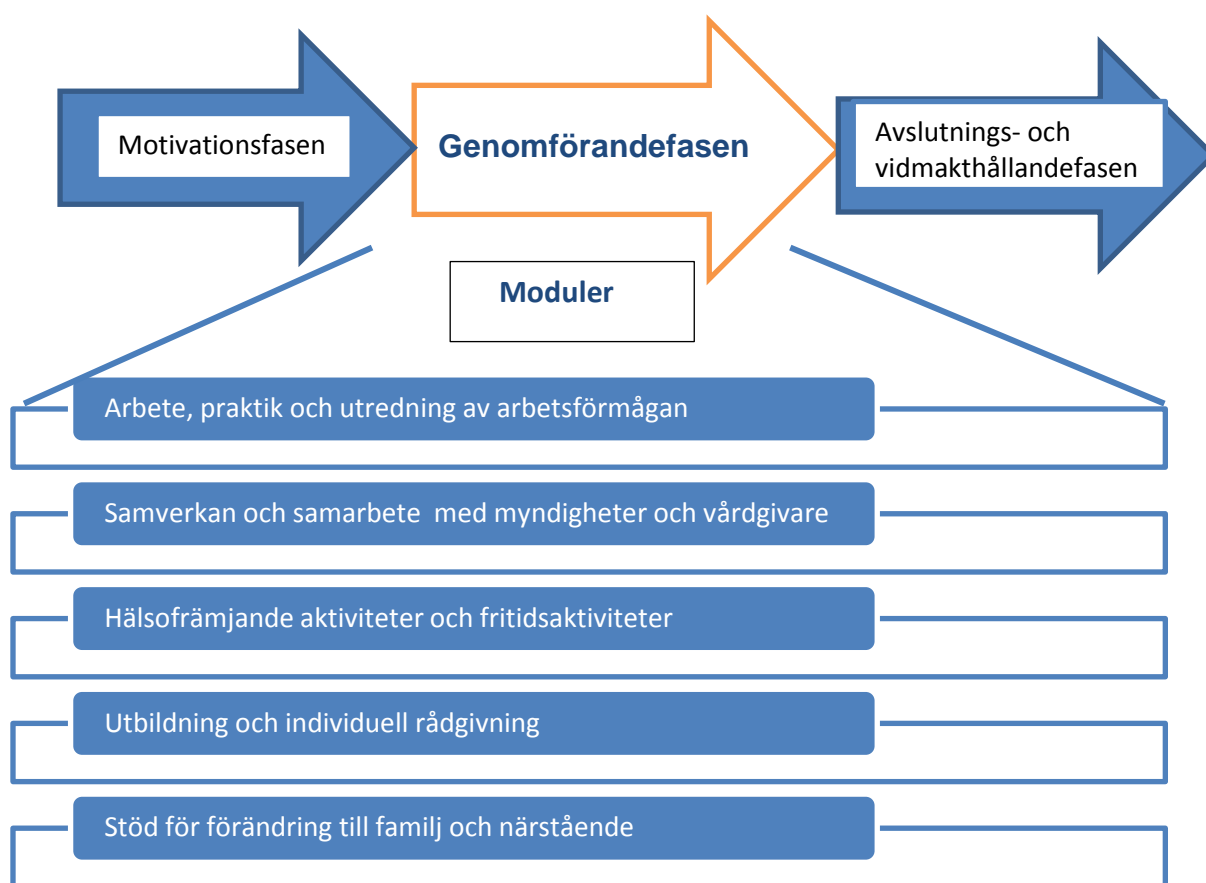
Handlingsstrategierna ska inte uppfattas som statiska utan de förändras med nya förhållanden. De utgör inte heller varandra uteslutande kategorier utan de kan komplettera varandra. Att synliggöra dem bidrar till förståelsen av deltagarna som aktörer med egen vilja, som förhåller sig till både till uppgjorda planer och egna handlingsstrategier för rehabiliteringen. Det kan sedan gälla en Aktiv handlingsstrategi inriktad på återgång i arbete eller en Resignerad handlingsstrategi som är mera uppgiven.

# Kapitel 5. Genomförandefasen – rehabiliteringsprocesser inom MedUrs

*Motivationsfasen övergår succesivt i Genomförandefasens rehabiliteringsprocesser. Dessa består av ett antal moduler som genomförs på Urkraft och Medlefors folkhögskola. De är flexibla och anpassningsbara efter deltagarnas behov och den förändringstakt som passar honom eller henne. Det går att samtidigt delta i aktiviteter på Urkraft och Medlefors folkhögskola eller att kombinera deltagandet med egna aktiviteter mot specifika mål. Stor vikt fästs vid empowerment och att stärka deltagarnas engagemang och ansvarstagande för den egna rehabiliteringen.*

Rehabiliteringsprocessen inom MedUrs inleds av den beskrivna *Motivationsfasen* vars motivationsarbete succesivt övergår och blir en del av rehabiliteringsprocesserna inom *Genomförandefasen*. I detta kapitel kommer vi att ägna oss åt att granska vad som sker under Genomförandefasens fem moduler. Vi kommer i ett senare kapitel att ägna oss den avslutande *Avslutnings- och vidmakthållandefasen*.

**Figur 13. MedUrs tankeram för arbetslivsinriktad rehabilitering – Genomförandefasen med dess fem moduler**



Genomförandefasen styrs av deltagarens reviderade handlingsplan som upprättas efter att de börjat på MedUrs. Den är flexibel och medger anpassning till deltagarnas önskemål. Hur deltagarna använder sig av denna möjlighet tar sig uttryck i deras handlingsstrategier. Det beror bl.a. av deras självkänsla och tilltro till förmågan att själv kunna bidra till utformningen av målen för sin rehabilitering och uppnå dessa. Av utvärderingen framgår att endast några få deltagare (8 %) instämmer helt i påståendet att de kan hålla fast vid sina målsättningar och förverkliga dem. Närmare hälften av deltagarna (44 %) är inte helt övertygade om sin förmåga och instämmer bara delvis i det påståendet. Flertalet deltagare uppger sig sakna förmågan att själv utforma mål och förverkliga dessa. Drygt 48 procent av deltagarna säger sig sakna denna förmåga helt eller delvis. Detta sammantaget med en genomsnittligt låg nivå för Self-Efficacy talar för att det inom MedUrs finns ett stort behov av aktiviteter som bidrar till att stärka deltagarnas tilltro till sig själva och den egna förmågan att hantera kommande utmaningar.

Medan *Self-Efficacy* handlar om en persons bedömning av förmågan att hantera framtida utmaningar, handlar *självkänsla* om hur en person värderar sig själv. Självkänslan utvecklas genom att vi speglar oss i andras uppfattningar av oss. De personer som påverkar oss mest är de som vi upplever som särskilt betydelsefulla. Vår självkänsla är även beroende av de krav som vi försöker leva upp till. Det finns deltagare som har höga krav på sig själva. De löper risken att tvingas uppleva ständiga misslyckanden vilket kan dränera självkänslan. Deltagare som inte har behov av samma utmaningar eller kräver så mycket av sig själva löper inte samma risk. När ambitionen sätts lägre kan redan blygsamma prestationer upplevas som fullt tillräckliga och vara en källa till ökad självkänsla. Kraven får dock inte uppenbart ligga på för låg nivå. Ur deltagarnas perspektiv är kanske ett mellanting att föredra. Det norrländska saktmodet som kapar både toppar och dalar i känslottringarna över deltagarnas prestationer verkar bidra till deltagarnas trygghet. Deltagarna höjs inte till skyarna för sina prestationer men de riskerar i gengäld inte heller upplevelsen att misslyckas helt.

MedUrs stärker deltagarnas självkänsla och Self-Efficacy genom empowermentprocesser där deltagarna på olika sätt uppmuntras att ta ansvaret över sin rehabilitering. Frågor som möter deltagarna vid första planeringstillfället syftar till detta: Hur har du det egentligen? Hur ser du på din situation? Vad vill du satsa på inom MedUrs? Det är frågor som efterfrågar deltagarnas aktiva medverkan och ansvarstagande i rehabiliteringen.

Empowerment kan ses som egenmakt eller den enskildes inneboende urkraft, men det kan även uppfattas som kollektiv makt och ett resultat av gemensamma strävanden. Inom MedUrs bidrar gruppaktiviteter till att deltagarna ges möjlighet att stödja varandra. Empowerment kan för deltagarna vara makt över personliga val och livschanser, makt att själva avgöra vilka behov de har, makt att kunna tänka självständigt, makt att kunna stå fri gentemot åsikter som hävdas av familjen, myndigheterna och vårdapparaten. Jim Ife (2002) beskriver empowerment som:

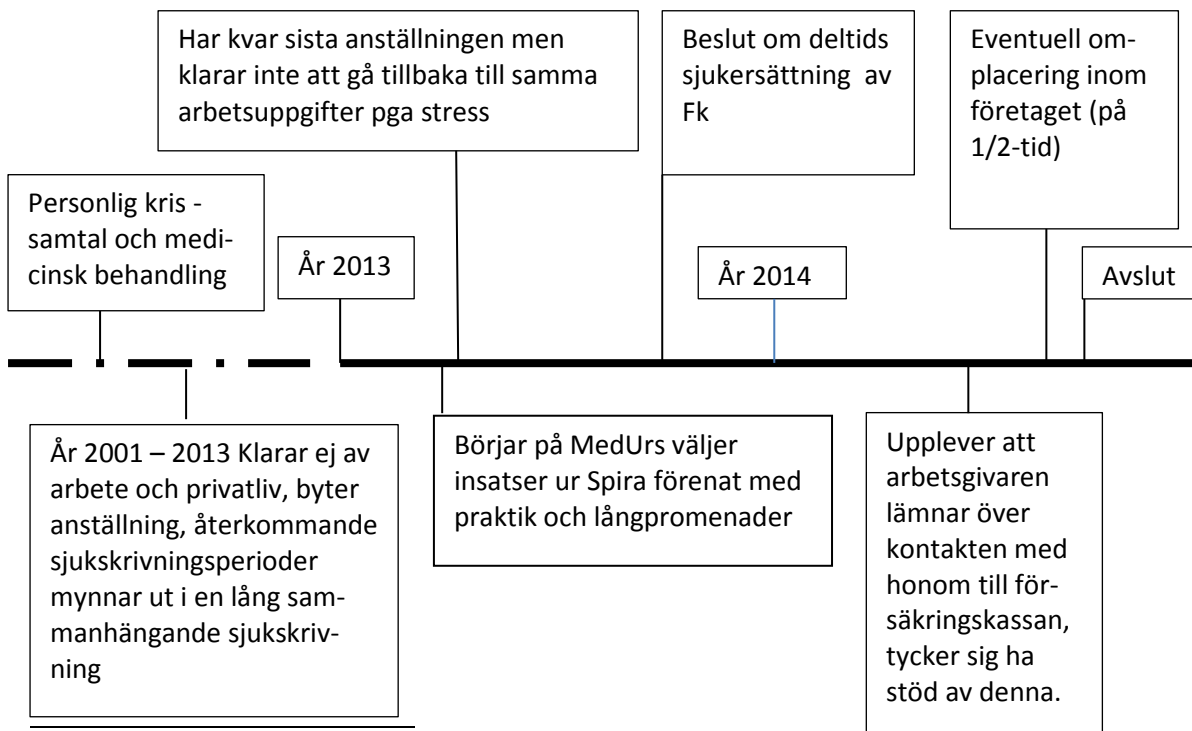
*”... att förse människor med resurser, möjligheter, förutsättningar, språk, kunskaper och förmågor för att öka deras kapacitet att bestämma över sin egen framtid och att delta i och påverka tillvaron.”* (a.a. s. 208, vår översättning).

Bemötandet av deltagarna måste innefatta både inslag av ”push and pull”, dvs vissa deltagare behöver uppmuntras och knuffas på för att de ska ta steget ut i arbetslivet medan andra deltagare är för ivriga och behöver hållas tillbaka för att undvika ett bakslag i rehabiliteringen. Att gå för fort fram och öka arbetstidens längd i för snabb takt under praktiken kan om förmågan saknas påverka rehabiliteringen negativt. Det gäller särskilt deltagare med en tidigare sjukdomshistoria som innefattar utmattningssyndrom.

## 5.1 Rehabiliteringsprocessen

Rehabiliteringsprocessen anpassas i MedUrs till den enskilde deltagaren. Vad det innebär skildras av Bosse och Ellens<sup>7</sup> i deras beskrivningar av sin rehabilitering. Bosse 49 år intar en särställning bland deltagarna genom att han trots långvariga sjukskrivningsperioder har kvar sin anställning. I hans fall fyller praktiken många behov. Den ger erfarenhet av andra arbetsplatser än den egna med möjligheter till jämförelser. Den erbjuder också en möjlighet att under realistiska villkor utreda och träna arbetsförmågan. För Bosse var hans senaste arbete betungande. I likhet med många andra deltagare uppger han att denna var både fysiskt och psykiskt ansträngande. Av samtliga deltagare uppger 42 procent att de i likhet med Bosse ofta eller mycket ofta upplevt att deras senaste arbete var fysiskt ansträngande. Något större andel, 46 procent, uppger att de ofta eller mycket ofta upplevt arbetet som psykiskt ansträngande.

**Figur 14. Rehabiliteringsprocessen för Bosse 49 år som har kvar relationen till sin arbetsgivare trots långvariga sjukperioder.**



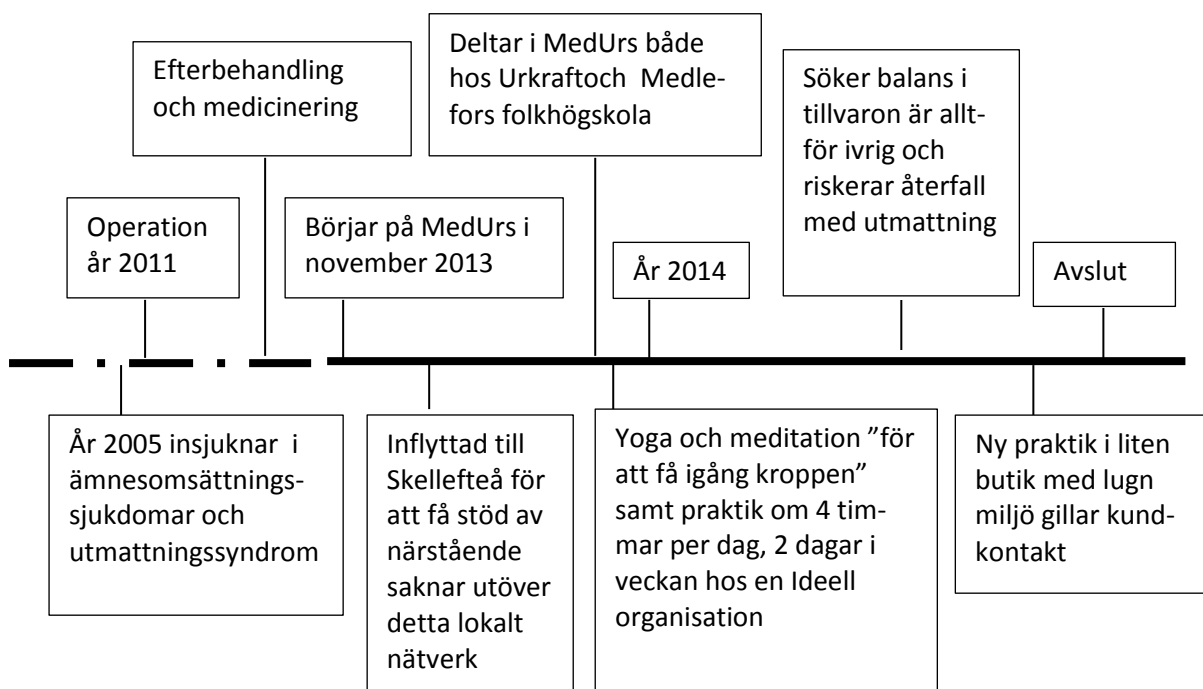
<sup>7</sup> Bosse och Ellen är fingerade namn som valts för att bevara intervjupersonernas anonymitet och de heter i själva verket något helt annat. Vissa uppgifter har av samma skäl ändrats.

Bosses tillvaro innan han sjukskrevs var påfrestande. Den utgörs av arbete följt av vila och återhämtning för att klara av nästa arbetsdag. På frågan om deltagarna upplevt att de efter arbetet har haft ork över till annat svarar 59 procent att de sällan eller aldrig upplevt att de haft det. Det hindrar dock inte att Bosse efter praktiken väljer att gå tillbaka till sin tidigare arbetsgivare under förutsättning att arbetstider och arbetsuppgifter kan anpassas efter hans förmåga. Av de 14 procent av deltagarna som uppger att de har kvar sin anställning är inte fullt hälften beredda att gå tillbaka till denna.

Hur det kommer att gå för Bosse är ovisst. Beslutet ligger inte helt i hans händer. Det har hänt en del på företaget sedan han insjuknade första gången. Företaget har omstrukturerats och många av de anställda har fått sluta och framtiden för företaget är svårbedömd. Den avdelning han arbetade på är nedlagd. Han har själv en känsla av att arbetsgivaren tappat intresset för honom och lämnat över kontakten till Försäkringskassan. Ett möte är inplanerat under hösten 2014 då frågan ska diskuteras med Försäkringskassan, företagets HR-avdelning och på Bosses begäran även facket.

Ellen 38 år, saknar stimulansen av ett arbete. Hennes ansträngningar att snabbt komma tillbaka till arbetslivet bidrar till återkommande återfall med utmattning och behov av återhämtning. Ellen är inte ensam bland deltagarna om att längta efter stimulansen från ett arbete.

**Figur 15. Rehabiliteringsprocessen för Ellen 38 som har långvariga sjukperioder bakom sig på grund av allvarliga sjukdomstillstånd.**



Många deltagare uppger i enkäten att de minns arbetet innan sjukskrivningarna som stimulerande. På frågan i vilken omfattning de ser arbetet och arbetsuppgifterna som stimulerande svarar 42 procent jakande i varierad grad. För 21 procent hände det mycket ofta att de upplevde arbetet som stimulerande och för lika många 21 procent hände det ofta att de upplevde arbetet som stimulerande. Nära 44 procent uppger att det hände ibland att de upplevde arbetet som stimulerande. Trots en hög arbetsbelastning var många öppna för att gå tillbaka till arbetsmarknaden om hälsoläget skulle medge det.

Jeppsson-Grassman (1992) rapporterar från en undersökning av sjukskrivna kvinnor att arbete ökar i betydelse för dem med åren. Arbete har före insjuknandet varit ett sätt att utvecklas och visa att de har mer att bidra med efter att i en tidigare fas av vuxenlivet i första hand svarat för hem och barn. Ellen längtar efter gemenskapen på en arbetsplats och att få uppleva den stimulans som arbetet gav. Mot detta ställs erfarenheterna av den värk som bidrog till att hon ofta saknade ork för annat när arbetsdagen var över. Helgerna och tiden efter arbetet under veckan ägnas åt vila för att klara av nästa arbetsvecka. Trots vetskapen om kroppens begränsningar driver hon på sig själv för att komma tillbaka i arbete. Det är ett misstag som många gör. De inser inte att rehabilitering i likhet med arbete kan vara betungande för den som är ovan.

För mentorerna i MedUrs blev det en utmaning att förmå Ellen att hålla ett lugnare tempo och försöka få balans mellan å ena sidan rehabiliteringsarbetet och praktiken och å andra sidan behovet av vila och återhämtning. Hon är nyinflyttad till Skellefteå och saknar ett personligt nätverk utanför familjen. Att vara beroende av närstående och hänvisad till stöd från dem i allehanda vardagliga situationer kan bidra till en känsla av otillräcklighet. Ett umgänge med andra utanför familj och närstående skulle bidra till att skingra Ellens känsla av beroende.

Att knyta nya kontakter är inte lätt för den som är arbetslös. Arbetsplatsen är den vanligaste platsen för detta. Ellen tycker dessutom att det blivit svårare med åren att knyta nya kontakter. Att delta i nöjeslivet eller andra aktiviteter för att få kontakter framstår för Ellen inte som ett alternativ. Hon känner obehag inför andras reaktioner på att hon är sjukskriven och ”lever på bidrag”. Hon uppger att hon känner sig ifrågasatt av kommentarer i likhet med ”Jaså du är sjukskriven fortfarande?” eller ”Blir du aldrig bra?”. Kommentarer som andra kan uppleva som oskyldiga men som hon i sin belägenhet tar illa vid sig av.

För dem som i likhet med Ellen riskerar att isoleras i hemmet kan projekt som MedUrs ge en arena och mötesplats där de kan knyta nya kontakter. Hennes iver att snabbt komma tillbaka till arbetslivet är dock ett hinder för detta. Hon tar inte tar vara på tillfället att knyta kontakter inom MedUrs. Hon satsar istället på Yoga och avslappningsövningar eftersom hon ser dessa färdigheter som nödvändiga för att klara av praktiken och senare en deltidsanställning.

## 5.2 Arbete, praktik och arbetsförmågeutredning

MedUrs arbetslivsinriktade rehabilitering innefattar ett antal moduler. De bygger alla på stöd till självcoachning och självreglering. Arbete, praktik och arbetsförmågeutredning kombineras med olika material som utvecklas inom projektet för att undersöka och reflektera över hur deltagarna ser på sig själva, sina drömmar och målet med tillvaron, sin identitet, tilliten till sig själv och till andra, motivationen att förändras, personliga trossatser om livet och invanda handlingsmönster, sin sociala och emotionella kompetens, förmågan att planera och ta beslut, att utvecklas genom att kommunicera och att ge och ta feedback samt att utveckla nya sätt att möta utmaningar på och hantera tillvaron. Materialet innehåller även praktiska råd inför anställningsintervjuer och hur deltagarna kan tolka vad som sker under dessa.

### Stärkt ställning på arbetsmarknaden

Mer än hälften av deltagarna uppger att deras ställning på arbetsmarknaden stärkts. De utpekar coacher och mentorer som den främsta anledningen till detta. I en studie utförd av Müssner m.fl. (2008) påvisas liknande resultat när det gäller långtidssjukskrivna personers kontakter med Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården. Studien pekar på att det väsentliga för återgången i arbete kanske inte är metoderna eller rehabiliteringsprogrammen utan det personliga bemötandet.



Det var 62 procent av deltagarna som medger att deras förutsättningar att återgå i arbete har stärkts av deras deltagande i MedUrs. Lika många uppger att de lärt sig saker under tiden på MedUrs som de kommer att ha nytta av på konkreta arbetsplatser som de känner till eller har kontakt med. Aktiviteter som deltagarna hävdar har bidragit till att stärka deras ställning på

arbetsmarknaden är samtal med mentorer och coacher, praktik och arbetsprövning samt samtal med övriga deltagare.

Av intervjuerna med deltagare framgår att mentorerna främst uppskattas de för att de tar sig tid att lyssna på deltagarna och att de stöder dem i deras ansträngningar att finna sina egna lösningar. Deltagarna nämner också mentorernas tillgänglighet och att det är lätt att få kontakt med dem när det behövs. Några lyfter i intervjuerna även upp mentorernas kontakter med organisationer och små företag som en tillgång i jakten på praktikplatser och på arbetsplatser. De menar att Arbetsförmedlingen vanligen har kontakter med de lite större företagen, medan MedUrs kontakter omfattar familjeföretag och mindre företag.

### **Verktyg för bedömning av arbetsförmågan**

Utredning av arbetsförmågan är det inslag i rehabiliteringen som flest deltagare efterfrågar. Av samtliga deltagare uppger 31 procent att de förväntar sig att få sin arbetsförmåga utredd. Av dessa är tre fjärdedelar kvinnor och en fjärdedel är män. De som efterfrågar utredning av arbetsförmågan gör helt olika bedömningar av resultatet. De kan utifrån dessa indelas i två nästan lika stora grupper. Den ena gruppen uppger att deras arbetsförmåga utretts till fullo och att det efter MedUrs inte krävs någon ytterligare utredning. I denna grupp ingår jämte ett antal kvinnor alla män som önskade få sin arbetsförmåga utredd. Den andra gruppen hävdar att arbetsförmågan utretts ofullständigt och att denna fortfarande behöver utredas. Gruppen består uteslutande av kvinnor.

Den ambition som ursprungligen finns inom projektet att utveckla ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning avförs ganska omgående från dagordningen. Det visar sig när projektet kommer igång att Försäkringskassan redan utvecklat ett dylikt verktyg. Det verktyg som trots allt tas fram inom MedUrs anpassas för användning inom projektet. Det innefattar en rad uppgifter av relevans för bedömning av arbetsförmågan. Det ger en kortare beskrivning av deltagarnas bakgrund och yrkeserfarenhet. Det innehåller även en redovisning av relevanta uppgifter avseende deltagarens hälsoläge med smärtproblematik, sömnproblem, depression och infektionskänslighet. Det ger en beskrivning av insatser som deltagaren fått del av inom MedUrs. Det kan t.ex. gälla studiebesök och praktikplaceringar. Andra uppgifter kan avse funktionsnedsättning och arbetshinder, stresskänslighet och annat av relevans för bedömning av arbetsförmågan. Det kan gälla hur monotona arbetsuppgifter med upprepning av vissa rörelser under praktiken ger upphov till värk i nacke och leder. Det kan även innefatta erfarenheter av hur värk och smärta påverkar deltagaren. Smärtupplevelser kan t.ex. påverka andra funktioner som deltagarens koncentrationsförmåga. Det ges även förslag till anpassning som skulle kunna underlätta arbetssituationen och motverka svårigheterna.

### **Skillnader beroende av kön**

Projektet MedUrs har ambitionen att ha ett mångfaldsperspektiv och särskilt uppmärksamma skillnader relaterade till kön. Utvärderingen bidrar genom att i rapporten synliggöra och



analysera skillnader beroende av kön. Ett exempel på detta är skillnaderna mellan mäns och kvinnors syn på sin kompetens och hur denna överensstämmer med arbetsmarknadens behov. Kombinationen av arbetsträning och praktik med föreläsningar, samtal och rådgivning avser att ge deltagarna både en insikt om sin egen kompetens och om de krav som råder i arbetslivet.

I utvärderingen får deltagarna möjlighet att ge sin syn på sin kompetens jämfört med kraven i arbetslivet. När de ska bedöma sin egen kompetens varierar deltagarnas uppfattningar stort. Å ena sidan finns det deltagare som ser sig som överkvalificerade (5 %) för många av de anställningar som de söker. Det kan bidra till att stärka självkänslan hos deltagaren. Det kan också ses som uttryck för att deltagaren upplever sig ha tvingats söka anställningar som ligger under dennes verkliga kompetensnivå. Å andra sidan finns det deltagare (36 %) som tycker att de behöver ytterligare kunskaper för att klara av anställningar som de söker. En inställning som bl.a. tar sig uttryck i deltagarnas Kompetenshöjande handlingsstrategi som beskrevs i kapitlet om motivationsfasen.

Det är gruppen som är osäkra som framstår som mest problematisk. Inte mindre än 41 procent av deltagarna uppger att de inte vet om deras kunskaper och färdigheter stämmer överens med de jobb de söker. Det finns bland dem en överrepresentation av män. Den fråga vi ställer oss inom utvärderingen är: Hur kommer det sig att män i större utsträckning än kvinnor säger sig vara osäkra på hur deras kompetens överensstämmer med arbetslivets krav på kvalifikationer? Ett möjligt svar skulle kunna vara att kvinnors kommunikativa förmåga ger dem en fördel. De för i större utsträckning än män dialoger med andra om vad som krävs i arbetslivet. De diskuterar dessa frågor både med mentorer och coacher, övriga deltagare och personer som de möter på praktikplatserna. De får därmed en säkrare grund att stå på när det gäller att bedöma den egna kompetensen och hur denna matchar kraven på arbetsmarknaden. En dylik tolkning får visst stöd i de intervjuer som genomförs i utvärderingen.

Det framgår vidare av utvärderingen att män och kvinnor verkar uppfatta inslagen i rehabiliteringen på olika sätt. Kvinnor betonar i högre grad än män emotionella aspekter av rehabiliteringen. En kvinna uppger: *”MedUrs har hjälpt mig komma över och bort från en tidigare känsla av hopplöshet. Det känns som om insatserna i MedUrs är fokuserade på mig som människa och inte bara på mig som arbetslös.”* Kvinnor ser även tydligare än män sambanden mellan etableringen på arbetsmarknaden och rehabiliteringsprocessens bekräftande och självstärkande inslag. De uttrycker sig oftare uppskattande om dessa.

Män framstår i utvärderingen som mer rationella och snävt fokuserade på nyttan av inslagen i rehabiliteringen. De betonar värdet av praktik och arbetsprövning, träning att skriva CV och personliga brev till arbetsgivare. Andra inslag som lyfts upp med gillande av män är t.ex. att projektet MedUrs ger möjlighet att knyta kontakter med företag och skapa ett nätverk. Under en intervju utvecklas denna syn på arbetslivsinriktad rehabilitering. En man medger villigt att

han har blivit stärkt som person av inslagen i MedUrs, men han säger sig vara osäker på vilken relevans dessa inslag *egentligen* har för hans ställning på arbetsmarknaden:

*”Det är klart att det kan vara trevligt att prata med andra. Särskilt som de flesta av oss befinner sig i samma situation. Men vad har vi för nytta av det när vi ska söka jobb? Kan du ge mig ett svar på det? Vi skulle ju kunna satsa på annat som för oss närmare jobb. Kanske skulle vi ha fler praktiktillfällen eller ha mentorer i arbetslivet.”*

Män för i större utsträckning än kvinnor fram kritiska synpunkter. På frågan vilka inslag i projektet som främst bidragit till att stärka deras ställning på arbetsmarknaden uppger män oftare än kvinnor att deras ställning *inte* stärkts. De framstår som mer benägna än kvinnor att ifrågasätta i vilken omfattning projektet över huvud taget bidrar till att stärka deras ställning på arbetsmarknaden. En annan tolkning av mäns kritiska inställning skulle vara, att istället för att uppfatta den som kritik av projektet, se den som en insikt om sin bristande förmåga att etablera sig på arbetsmarknaden. De intervjuer som genomförs styrker delvis en sådan självkritisk tolkning. Det styrks även av att män är överrepresenterade bland deltagare som väljer en Resignerad och uppgiven handlingsstrategi för sitt deltagande i MedUrs.

*Trots att kvinnor verkar ha större förmåga att tillgodogöra sig rehabiliteringen visar utfallet att andelen män som går vidare till arbete eller studier är högre. Det är 44 procent av MedUrs totalt 43 män som går vidare till arbete eller studier, jämfört med 34 procent av totalt 101 kvinnor. En förklaring kan vara att kvinnorna i MedUrs i större utsträckning har sämre arbetsförmåga än männen. Medan endast 9 procent av samtliga män bedöms ha varaktigt bristande arbetsförmågan är motsvarande för 27 procent för kvinnorna i MedUrs.*

### 5.3 Samverkan och samarbete med myndigheter och vårdgivare

*Samarbete* används vanligen om handläggare som arbetar tillsammans kring enskilda personers situation. Det äger rum mellan aktörer som befinner sig på samma nivå och där ingen är överordnad den andre. Eventuella insatser planeras tillsammans och genomförs utifrån den enskildes behov och inte utifrån en enskild myndighets uppdrag. *Samverkan* sker på organisatorisk nivå för att underlätta samarbetet och undanröja eventuella hinder för detta. (Andersson 2007) I det följande redovisas ett ytterligare uttryck för samverkan i form av case management och samordning av individuella insatser kring den enskilde mellan olika rehabiliteringsaktörer.

## Case management och rehabiliteringssamordning

Jämte samverkan på organisatorisk nivå sker det även en form av *rehabiliteringssamordning* inom MedUrs av myndigheternas insatser kring den enskilde. I projektplanen till MedUrs konstateras att arbetslivsinriktad rehabilitering innefattar många olika aktörer och att det krävs samordning för att rehabiliteringen ska fungera. Denna samordning kan beskrivas som en form av case management eller rehabiliteringssamordning. Det finns många olika former av rehabiliteringssamordning (se Shaw *et al*, 2008). Det kan t.ex. vara som personligt ombud för enskilda personer som behöver hjälp av någon att företräda hans eller hennes intressen i kontakterna med vissa myndigheter och vårdgivare.

Den form av rehabiliteringssamordning som eftersträvas i MedUrs överensstämmer med den som efterfrågas av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Den är inriktad på att stödja deltagarna att själva ta tillvara sina intressen i kontakterna med myndigheterna. Mentorerna har som samordningsansvariga för rehabiliteringen inom MedUrs att svara för kontinuiteten hos insatserna i deltagarnas handlingsplaner. De ansvarar även för andra arbetsuppgifter såsom att genomföra arbetsplatsanalyser, introducera deltagare på arbetsplatserna, klargöra deltagarnas arbetsuppgifter och utforma praktikprogram för arbetsplatsträning. Mentorerna har inte några formella befogenheter. Deras uppgift begränsas till att samordna rehabiliteringsprocessen utifrån deltagarnas individuella planer och se till att insatserna ges i rätt tid och rätt följd. Vad det innebär beskrivs i en intervju med en deltagare:

*”Jag blir ofta nervös och glömmer vad jag ska säga, men har vi talat igenom det innan blir det inte lika rörigt i huvudet. Sitter hon bredvid mig händer det att hon påminner mig om vad jag sagt att jag ville ta upp. Det känns tryggt och jag behöver inte stressa upp mig lika mycket som jag gjort tidigare.”*

Mentorer växlar mellan en expertroll som ger råd om hur deltagarna ska hantera olika situationer och en stödjande roll som ger utrymme för deltagaren att ta egna initiativ och föra sin egen talan. En annan insats är att arbeta med etableringen av stödjande nätverk kring deltagare som har behov av det. Ett flertal studier pekar på att det naturliga stödet från omgivningen, i form av vänner och bekanta, samt engagemanget i fritids- och kulturaktiviteter bidrar till social integration.

Funktionen som rehabiliteringssamordnare inom MedUrs har, enligt deltagarna, främst utgjort ett stöd för dem i deras relationer till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. På frågan om deltagandet i MedUrs bidrar till att underlätta kontakterna med Arbetsförmedlingen medger 60 procent av deltagarna att det varit fallet.

När det gäller kontakterna med Försäkringskassan är det 34 procent som uppfattar att de haft stöd med dessa från MedUrs. Hälso- och sjukvården har mera varit en privat angelägenhet. Det är 15 procent av deltagarna som medger att de i viss utsträckning haft stöd av MedUrs i kontakterna med vården.

## **Informella stödstrukturer under rehabiliteringsprocessen**

Även deltagarnas informella nätverk bestående av partner, make, maka, sambo eller särbo är resurser och ett stöd under rehabiliteringen. Ungefär 52 procent av deltagarna i MedUrs uppger att de har en partner och 30 procent att de har hemmavarande barn, egna barn, s.k. plus-barn och familjehemsplacerade barn. Av vad som framgår av utvärderingen lever män som deltar i rehabiliteringen inom MedUrs ensamma i större utsträckning än kvinnor. Det var endast 29 procent av männen som uppger att de var gifta, sammanboende och levde tillsammans med en partner. Bland män som lever ensamma återfinns en mindre grupp som verkar leva socialt isolerade med inget eller mycket litet umgänge med andra. Av kvinnorna i MedUrs uppger 77 procent att de är gifta, sammanboende med en partner eller liknande och 23 procent att de bor ensamma. Det är vidare vanligare med ett mer frekvent umgänge med vänner om de bor tillsammans med en partner.

Partner och närstående kan för såväl män som kvinnor vara en kontakt med arbetslivet. Flertalet har en anställning (43 %) eller är företagare (4 %) och studerande (4 %). Det finns självfallet även partner, som i likhet med deltagarna själva, är arbetslösa och sjukskrivna.

Partner och närstående intar en särställning genom att deras situation såväl påverkas av som påverkar deltagaren i MedUrs. Denne blir mer aktiv efterhand som rehabiliteringen fortskrider med praktik eller anställning utanför hemmet. Ofta kräver det en omförhandling av ansvaret för omsorgen om barn och olika uppgifter i hemmet. I enkäten uppger nästan alla deltagare (85 %) att de delar rättvist på hushållsarbetet och sysslorna i hemmet. Vi kan inte utesluta att detta delvis är en följd av att ingen vill medge att de låter sig utnyttjas, eller utnyttjar andra att svara för det obetalda arbetet i hemmet. Det är dock 15 procent som uppger att det finns skäl att ompröva arbetsfördelningen i hemmet. Det är enbart kvinnor som ger uttryck för den inställningen. Det är också kvinnor som vanligen drabbas av dubbelarbetet i hemmet och på arbetsplatsen.

Deltagarna verkar vara väl förankrade i de sociala strukturer som reglerar utbytet av tjänster och gentjänster i vardagen. Det är vanligt att deltagarna utöver det egna hushållsarbetet kan ägna sig åt att hjälpa anhöriga och släktingar med deras omvårdnads- och hushållsarbete. Av samtliga deltagare är det 41 procent som svarar ja på frågan om de brukar hjälpa någon anhörig eller släkting utanför det egna hushållet med dennes omvårdnad eller hushållssysslor. Deltagarna förväntar sig samma gentjänster, hela 82 procent uppger att de känner någon nära vän eller anhörig som skulle ställa upp för dem om de blev sjuka, och nästan lika många (78 %) uppger att de känner någon som skulle ställa upp och prata med dem om de hade personliga bekymmer. Något färre (68 %) uppger att de tror att någon skulle ställa upp för att hålla dem sällskap.

## **Arbetslivet som stödstruktur**

Arbetets värde slogs fast av Marie Jahoda med flera (1993/1972) i deras undersökning av arbetslöshetens konsekvenser under depressionen på 1930-talet i Marienthal, ett litet samhälle utanför Wien i Österrike där nära nog alla invånarna var arbetslösa. En studie som sedan den

publicerades på engelska har refererats av åtskilliga forskare. Forskaren Marie Jahoda har som ett erkännande av hennes betydelse kallats arbetslöshetsforskningens Grand Old Lady. Jahoda hävdar utifrån erfarenheterna från Marienthal att arbete inte bara ger pengar för den enskildes försörjning, arbete har dessutom ett antal latent funktioner:

- Struktur åt vår vakna tid
- Sociala kontakter utanför familjen
- Mål och avsikter förankrade i en större gemenskap
- Personlig identitet och status
- Regelbundna aktiviteter

Att förlora sitt arbete innebär att vi går miste om dessa arbetets latent funktioner, förutom att privatekonomin försämras drabbas vi socialt genom att vi inte längre har arbetskamrater, eller något arbete att gå till. Vi löper risk att hamna utanför samhällets gemenskap. Förlusten av arbete ger visserligen mer fri tid, men det verkar för arbetslösa vara svårt att använda denna på ett meningsfullt sätt.

Till arbetets värde hör att det bidrar till att strukturera dagen. Det ger även en gemenskap utanför hemmet. I förberedelserna inför en praktik eller en anställning ingår en rad olika inslag. Ett av dem är att förbereda deltagarna inför det sociala umgänget på arbetsplatsen. Flera deltagare medger i intervjuerna att rasterna kan vara det svåraste inslaget under hela arbetsdagen. För den som varit sjukskriven länge kan det vara svårt att smälta in i umgängeskulturen på arbetsplatsen. Det handlar om att våga ta plats i de samtal som förs på rasterna, och tro på att de egna erfarenheterna är värda att diskuteras. De intervjuade deltagarna berättar om att de ofta tvekar innan de ska ge sig in i ett samtal. När de väl vet vad de ska säga är tillfället ofta redan förbi. Att engagera sig i fritidsaktiviteter, kultur och nöjen kan vara ett sätt att få uppslag till samtalsämnen. Att våga ta plats handlar om självkänsla.

Praktikperioder ingår som en del av lärandet inom MedUrs. Det är viktigt att under praktiken lyfta upp vilka branschspecifika kunskaper som krävs, den yrkespraxis och de arbetsprocesser som råder på arbetsplatsen. En praktikplacering ger möjlighet till lärande som är tillämpligt på många andra arbetsplatser och yrkesområden. Lärande för arbetslivet innefattar generella kompetenser som gäller på flertalet arbetsplatser, som självständighet, förmåga att planera, organisera och lösa problem, förmåga att lära sig nya moment, samarbeta med andra, ha kundkontakt, kunna kommunicera och ha egen initiativkraft. Det är viktigt att synliggöra och bekräfta dessa kunskaper för deltagaren som ofta har sin uppmärksamhet inriktad på specifika branschkunskaper.

Det kan, menar en deltagare i en intervju, finnas skäl att begränsa praktikperiodernas längd. De blir ibland orimligt långa eftersom deltagarna gärna dröjer sig kvar i förhoppningen om att praktiken ska övergå i en anställning. Det finns omvänt deltagare som gärna såg en förlängning av praktiken med stödsatser på arbetsplatsen av det slag som ingår i Supported Employment/ISA. Insatser som skulle trappas ned över tid. Många deltagare som intervjuades uppger även att de skulle vilja ha en fortsatt kontakt med MedUrs.

## 5.4 Hälsofrämjande aktiviteter och fritidsaktiviteter

På samma sätt som nätverk av sociala relationer kan fritidsaktiviteter bidra till skapandet av en stödstruktur. En viktig del av MedUrs är satsningen på *Hälsofrämjande aktiviteter* som vardagsmotion och promenader och andra fritidsaktiviteter som stöder den enskilde under rehabiliteringen och bidrar till att vidga innehåll i vardagen. Ett syfte med satsningen på fritidsaktiviteter är dess betydelse för en aktiv rehabilitering. (Cuevas Fernandes m.fl. 2007)

Deltagarna fick ange om de ägnade sig åt någon av följande fritidsaktiviteter: Fiska eller jaga, sköta trädgård, gå på bio, gå på teater, konserter, museer, utställningar, gå restaurang, gå på dans, besöka eller ha släktingar på besök, besöka och ha vänner och bekanta på besök, läsa böcker, delta i studiecirkel eller kurser, spela musikinstrument eller sjunga i kör, syssla med hobbyverksamheter som att sticka, sy, snickra, måla, samla frimärken, eller delta i kyrkliga och religiösa aktiviteter. De fick rangordna hur ofta de ägnade sig åt någon av dessa 13 aktiviteter, från ofta (1 poäng), ibland (2 poäng), någon enstaka gång (3 poäng), sällan (4 poäng) och aldrig (5 poäng). Aktivitetsnivån är som störst vid låga poäng och sjunker ju högre poängen blir. Den högsta aktivitetsnivån där alla aktiviteter genomförs ofta ligger på 13 (13 x 1) poäng och den lägsta nivån på 45 (13 x 5) poäng där inga aktiviteter sker överhuvudtaget.

### Sammanställning 17. Relationen mellan deltagarnas upplevda förutsättningar att återgå i arbete och omfattningen av deras engagemang i olika fritidsaktiviteter (N=50)

	Hög aktivitetsnivå	Mellan aktivitetsnivå	Låg aktivitetsnivå
Genomsnittlig poängnivå för deltagarnas fritidsaktiviteter där <i>hög poäng anger låg aktivitet och låg poäng anger hög aktivitet</i>	2.3	3.1	3.8
Deltagare i respektive grupp	13 (100 %)	25 (100 %)	12 (100 %)
Varav kvinnor	12 (92 %)	14 (56 %)	7 (58 %)
Varav män	1 (8 %)	11 (44 %)	5 (42 %)
Andel av gruppen som upplever sig ha förutsättningar att återgå i arbete efter MedUrs	77 %	67 %	42 %

Sammanställningen visar på ett samband mellan deltagarnas engagemang i en rad olika fritidsaktiviteter och deras uppfattning om sina möjligheter att återgå i arbete. Ju mer omfattande engagemanget i fritidsaktiviteterna är desto större är deltagarnas tilltro till sina förutsättningar att kunna återgå i arbetslivet. MedUrs erbjuder en rad aktiviteter som vardagsmotion och promenader, men även yoga och avslappningsövningar som antas bidra till såväl vårt fysiska som vårt mentala välmående. En annan aktivitet är Qigong som på sina håll i landet kan erhållas som fysisk aktivitet på recept (FaR) som behandling eller för att förebygga sjukdomar. Det efterlystes av Försäkringskassan aktiviteter som vände sig till personer med nedsatt rörelseförmåga. Qigong kan vara en lämplig aktivitet för den målgruppen eftersom den positiva koncentrationen på rörelserna är viktigare än själva

rörelsen. Qigong framstår för övrigt som en lovande metod inom den arbetslivsrelaterade rehabiliteringen. Men fritidsaktiviteter har även ett värde i sig och de ingår som sådana i deltagarnas rätt till samhällelig välfärd. (SBU 2007)

### **Fri tid eller fritid**

Att vara sjukskriven en längre tid kan innebära en upplevelse av att det finns gott om fri tid för deltagaren att disponera efter eget val *men ingen verklig fritid*. Fri tid är tid som blir över sedan arbete och andra nödvändiga sysslor och förpliktelser fullgjorts. Begreppet fritid avser aktiviteter som ger individen en känsla av välbefinnande, lycka och självförverkligande. Det som kännetecknar fritidsaktiviteter är att de görs för deras egen skull och för upplevelsen av personligt välmående. Om detta sedan uppnås genom aktiviteter som Yoga och Qigong eller genom meditation, naturupplevelser, teaterbesök eller på annat sätt saknar betydelse.

#### **Förslag**

Tid som ägnas åt vila och återhämtning borde kunna inräknas i det underlag som medger ersättning. De aktiviteter som ingår i MedUrs arbetslivsinriktade rehabilitering kan för ovana deltagare behöva balanseras mot tid för vila och återhämtning. Särskilt i början av deras deltagande i projektet upplever många deltagare en ökad belastning. Det är vanligt att deltagare inledningsvis överskattar sin förmåga, med påföljd att de riskerar att återfalla i utmattningstillstånd.

Som ett stöd för deltagaren att finna balans bör tid för vila och återhämtning integreras i deltagarnas veckoprogram som en del av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det medger dock inte ESF:s regelverk.

## **5.5 Att vara sjuk eller att ha hälsan**

Vi har var och en ofta en spontan känsla för vad det innebär att vara sjuk eller att vara frisk. Gränsen mellan att vara sjuk eller frisk kan dock vara svår att definiera. Vi saknar begrepp på svenska för att skilja mellan hälso- och sjukvårdens bedömning av sjukdom och patientens egen upplevelse av att vara sjuk eller frisk. Ingbritt Öhrn (2000) tar det engelska språket till hjälp när hon ska beskriva skillnaderna. Hon skiljer mellan begreppen "disease" och "illness". Med disease avses, påpekar hon, sjukvårdens fastställande av sjukdom utifrån givna diagnoser, medan "illness" avser individens subjektiva upplevelse. Att ha en fastställd sjukdom (disease) behöver inte innebära att individen mår illa och upplever sig som sjuk (illness). Många människor som diagnostiseras som sjuka känner sig trots allt friska. Det finns omvänt personer som upplever sig som sjuka (illness) utan att sjukvården kan fastställa orsakerna till detta och bekräfta att de är sjuka i medicinsk bemärkelse (disease).

Inom sociologin används även begreppet "sickness" som avser sjukdom som en kultur- och tidsbunden konstruktion. Vad som uppfattas som sjukdom (sickness) kan enligt detta synsätt variera från en kultur till en annan och från en tid till en annan. Att bli sjukskriven uppfattas som en administrativ åtgärd som fastställs av Försäkringskassan utifrån sjukvårdens begrepp. Den av läkare fastställda sjukdomen (disease) ligger, som ett underlag bland andra, till grund för Försäkringskassans bedömning av rätten till ekonomisk ersättning vid sjukdom.

Arbetslinjen konstruerar ur ett sociologiskt perspektiv en "skyldighet" för den enskilde att svara för sin försörjning genom arbete. På samma sätt konstruerar arbetslinjen en "skyldighet" för sjukskrivna att underkasta sig rehabilitering eller andra åtgärder för att kunna återgå i arbete. Socialstyrelsen menar att sjukskrivningar tydligare borde förenas med krav på aktiviteter och rehabilitering. Att vara frisk och arbeta framstår som den vägledande normen i samhället och sjukdom som en avvikelse från denna.

## 5.6 Utbildning och individuell rådgivning

Bandura (1977) hävdar att våra handlingar lärs in och formas i ljuset av våra iakttagelser och tidigare erfarenheter. Även om vissa handlingsmönster återkommer är vi dock inte fångar i vår historia utan vi har alltid ett val, och med ny kunskap och nya erfarenheter kan vi välja att hantera tillvaron på nya sätt. Deltagarnas beteende formas efter omgivningens sätt att betrakta långvarigt sjuka och sjukskrivna personer. Bandura uppfattar detta som ett inlärt beteende som formas i samspel med omgivningen. Det finns dock alltid en möjlighet att frigöra sig från omgivningens åsikter och bilda sig en egen uppfattning. Utbildning och individuell rådgivning inom MedUrs kan motverka riskerna med en okritisk anpassning till omgivningens förväntningar på en passiviserande sjukroll. Genom aktiviteter i grupp kan deltagare få förebilder bland de övriga deltagarna. Den auktoritet som mentorerna har kan även den påverka deltagarna att satsa på en förändring av sin situation.

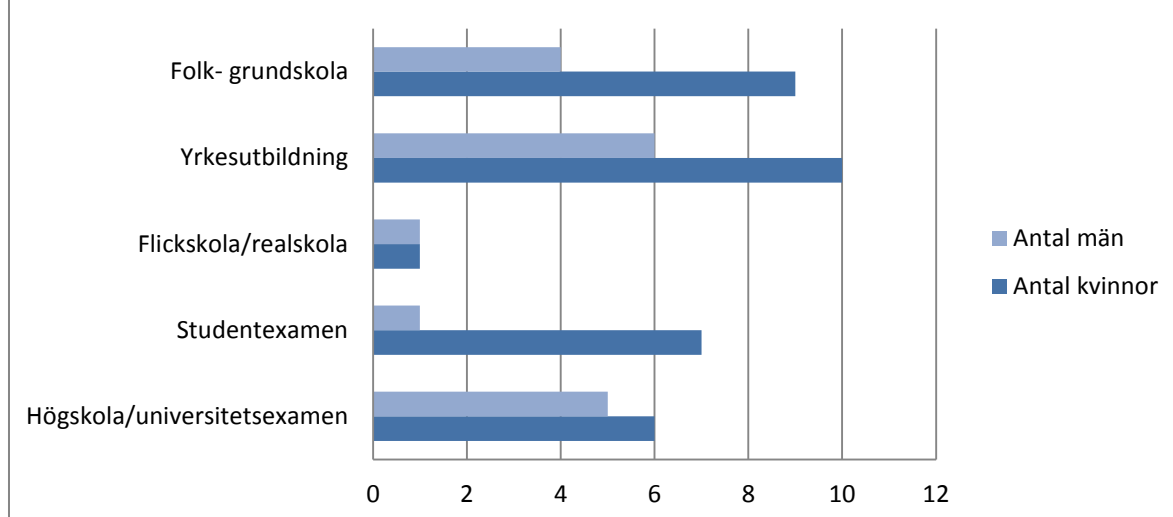
### **Utbildning i Skellefteå**

Utbildning kan upplevas olika, medan den för några innebär en påminnelse om skoltidens misslyckanden, är den för andra något positivt och utvecklande. Det finns hos många en uppskattning av "utbildning som koncept" vid arbetslivsrelaterad rehabilitering. Dess fokus ligger på kunskaper och inte som vid behandling på deltagares svårigheter och brister. Det kan därigenom bidra till att avdramatisera deltagandet i rehabiliteringsprojekt. För en deltagare frågan vad han eller hon gör kan svaret bli: "Jag går på en kurs på Medlefors folkhögskola". Det finns dock en baksida med utbildning nämligen att tankemönstret "elev och lärare" kan aktivera och förstärka en under sjukskrivningen inlärd passiv sjukroll.

Möjligheterna till utbildning är goda i Skellefteå med drygt 8 000 platser i grundskola och föreskoleklasser och drygt 3 200 platser i gymnasieskola och gymnasiesärskola. Till detta kommer de 1 600 platser på kurser och program som Umeå och Luleå universitet anordnar på Campus Skellefteå. Det finns nära 800 platser på Folkhögskolor som tillsammans med Vux med sina nära 600 platser erbjuder komplettering och påbyggnadsutbildning.



**Figur 18. Deltagarnas högsta utbildningsnivå  
(N=50)**



Av svaren på frågan i enkäten om deltagarnas högsta utbildning framgår att denna ligger på en något lägre nivå än för befolkningen i övrigt, 30 procent uppger folkskola, grundskola eller annan förgymnasial utbildning som högsta utbildning, och 32 procent uppger att de har någon form av yrkesutbildning. Studentexamen är vanligast bland kvinnor i MedUrs. När det gäller examen från Högskola och Universitet har männen i MedUrs ett visst försprång. De studier som görs tyder annars på att det är männen i glesbygd som är förlorarna när det gäller högre studier. Mycket tyder dock på att de behåller sitt övertag när det gäller naturvetenskapliga och tekniska studier.

Praktik och anställning kan vara ett steg in på arbetsmarknaden för den som varit sjukskriven länge. Det kan för många ses som ett första steg efter en rehabilitering. En satsning på utbildning kan dock för många deltagare med låg utbildning vara en mer uthållig lösning på sikt. I en uppföljning av ett projekt för arbetslösa unga fann jag att nära tjugo procent av de unga som etablerats på arbetsmarknaden i Skellefteå efter några år åter var aktuella på arbetsförmedlingen. De som kommer in sist på en arbetsplats och har kort utbildning löper ofta större risk än andra för förnyad arbetslöshet. En metod med individuell studievägledning tillämpas inom MedUrs av en mentor/studievägledare i teamet på Medlefors folkhögskola.

Ett inslag i MedUrs är s.k. ”könsneutral vägledning” som innebär att deltagarna ska se hela arbetsmarknaden och vänja sig att bortse från könsstereotypa uppfattningar om manliga respektive kvinnliga arbetsuppgifter. Denna vägledning är särskilt betydelsefull för män som på grund av värk eller andra begränsade tillstånd inte förmår arbeta heltid. Efter praktik inom omsorgssektorn finner de alternativ som medger att de arbetar deltid. För några män bidrar

erfarenheterna till att öppna deras ögon för de positiva sidorna hos yrket. De får stöd för att tänka i andra banor än tidigare. Traditionella uppfattningar har dock stark ställning.

## 5.7 Stöd till familj och närstående

Inspirerad av den transnationella samverkan utvecklade MedUrs en metod för att involvera anhöriga och närstående i rehabiliteringen. Metoden bestod av kvällsföreläsningar, mellan halv sju och kvart över åtta, kombinerade med gruppsamtal. Där anhöriga och närstående utgjorde en grupp med en samtalsterapeut från St Lukasstiftelsen som samtalsledare. Denne brukade leda anhörigrupper i andra sammanhang. Den andra gruppen som utgjordes av deltagare hade MedUrs mentorerna som samtalsledare.

Stor vikt fästs inom MedUrs vid att närmandet till anhöriga och närstående inte skulle upplevas integritetskränkande och som ett intrång i den privata sfären. Inbjudan vände sig till deltagarna och de kunde i sin tur välja att ta med sig vilka personer de ville. MedUrs överlät till deltagarna att själva definiera vilka personer som var deras närstående.

Kvällsföreläsningarna tog upp angelägna teman som ”Att vara människa – mer eller mindre”, ”Aktivitetsbalans – energi och återhämtning”, ”Hjärnan” och ”Stress”. Uppslutningen blev inte den förväntade och första gången var det sju deltagare som kom tillsammans med tre närstående och anhöriga. Föreläsningen om ”Att vara människa – mer eller mindre” tog ca 25 minuter, sedan delade besökarna upp sig i två grupper, en grupp för deltagarna i Medurs och en grupp för närstående och anhöriga. Mentorerna från MedUrs följer upp föreläsningen med gruppen av deltagare i Medurs och samtalsterapeuten från St Lukas följer upp föreläsningen med anhörigruppen. Skillnaden är dock att i den gruppen vidgas samtalet till att innefatta hur det är att vara närstående till någon som är långvarigt sjukskriven och som genomgår rehabilitering. Det blev en intressant kväll med många angelägna samtal som avslutas med gemensamt fika.

Även om det kom något fler till de påföljande träffarna blev erfarenheten att det var svårt att nå de närstående. De som kom upplever det dock som positivt och tankeväckande. Det sågs också som positivt att ha närstående och anhöriga i en grupp för sig, där de kan tala fritt och inte behöva ta hänsyn deltagarna. Medverkan av en utanförstående i gruppen med närstående och anhöriga gör att deltagarna inte behöver befara att mentorerna ska lämna ut dem till deras närstående.

## 5.8 Norsjö – en framgångsrik variant av MedUrs

Projektet MedUrs får spridning till Norsjö med drygt 4 300 invånare. Arbetsmarknaden har en stor andel anställda i industrin. De större företagen finns bl.a. inom träbranschen och ägnar sig åt vidareförädling av träprodukter. Den offentliga sektorn sysselsätter en tredjedel av den yrkesverksamma befolkningen. Att vara sjukskriven i Norsjö är annorlunda än att vara

sjukskriven i Skellefteå. På en ort som Norsjö känner de flesta varandra. Det innebär att trycket på invånarna att inordna sig och leva enligt gängse normer är starkt. De som intervjuas ger åtskilliga exempel på oskrivna regler som reglerar vad som gäller för sjukskrivna eller arbetslösa som går hemma. Att som sjukskriven gå ut och sätta sig på husets altan en solig dag sker inte utan vidare. Det väcker hos många en tanke på hur detta ska uppfattas av omgivningen.

Förhållandena på orten påverkar också utformningen av MedUrs i Norsjö. Gemensamma promenader i grupp vore otänkbart för många. Kontakter med myndigheter och vårdgivare sker gärna i Skellefteå på grund av den känsla av anonymitet som det skänker. På grund av avståndet till Skellefteå kan inte aktiviteter inom MedUrs genomföras varje dag i Norsjö. MedUrs satsning koncentreras till en dag i veckan. Den utgår från att deltagarna själva har ansvaret för sin rehabilitering men med ett samtalsstöd anpassat efter deras behov. Större vikt fästs i Norsjö vid case-management eller rehabiliteringssamordning och enskilda samtal. Verksamheten upprätthålls av Urkrafts team och deltagarna ger under intervjuerna många prov på den tillitsfulla relation som utvecklas mellan dem och mentorerna.

Fördelen med Norsjö-varianten av MedUrs är att ansvar för deltagarnas insatser ligger tydligt kvar hos ordinarie myndigheter och vårdgivare medan MedUrs ansvarar för enskilda samtal och för samordningen av rehabiliteringsprocessen. Vårdcentralen har i flera fall tagit över ansvaret för den fortsatta hanteringen när rehabiliteringen avslutas.

## 5.9 Sammanfattning

De metoder och material som utvecklats och prövats för arbetslivsinriktad rehabilitering inom MedUrs moduler har visat sig framgångsrika. Det gäller insatser avseende:

- Deltagarnas självkänsla stärks genom empowermentprocesser där de uppmuntras att ta eget ansvar för sin rehabilitering.
- Stödet till deltagarna utformas utifrån deras förutsättningar som en ”push-and-pull metod” där vissa deltagare som behöver detta uppmuntras och knuffas på medan andra hålls tillbaka för att undvika bakslag i rehabiliteringen.
- Ett material för självcoachning och självreglering har utprovats som stöd för deltagarnas etablering på arbetsmarknaden.
- Mentorernas betydelse för deltagarnas rehabilitering dokumenteras i projektet med stöd i tidigare forskning.
- Inom projektet har skillnader i mäns och kvinnors inställning till inslagen som syftar till att stärka deras ställning på arbetsmarknaden säkerställts, medan kvinnor oftare har större förståelse för inslag som syftar till självkännedom föredrar män inslag som praktik och annat med direkt anknytning till arbetslivet. Även om kvinnor i MedUrs anpassar sig till projektet och uppvisar en större förmåga att tillgodogöra sig rehabiliteringen bidrar deras sämre arbetsförmåga till att detta inte speglar utfallet.

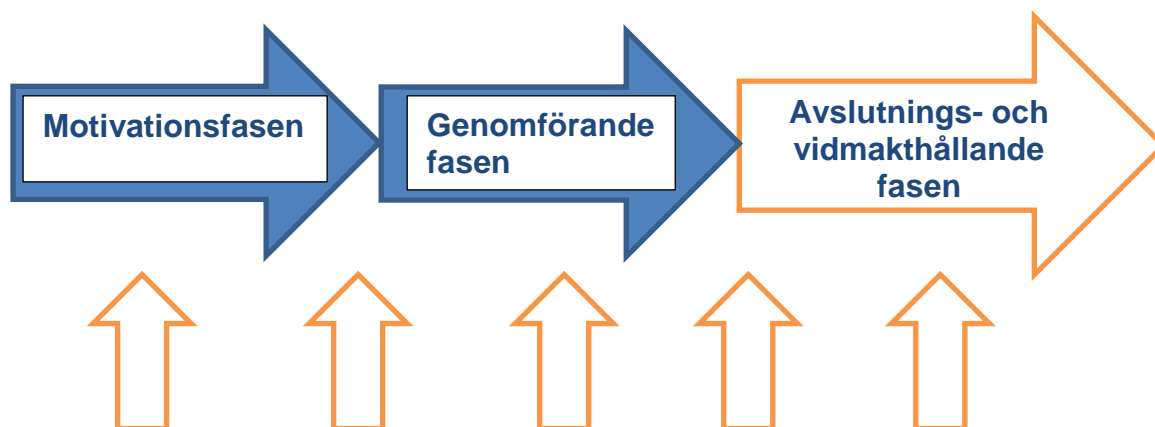
- Mentorernas roll som rehabiliteringssamordnare visar sig vara framgångsrika och Norsjö-varianten av MedUrs redovisar, om än i mindre skala, på ett utfall som när det gäller återgång i arbete inte skiljer sig nämnvärt från den fullskaliga modellen av MedUrs, vilket möjliggjorts av att ordinarie myndigheter och vårdgivare fått ta ett större ansvar.
- Stödstrukturer för deltagarnas rehabilitering och för vidmakthållande av resultatet av denna efter rehabiliteringen har etablerats med stöd av Försäkringskassan, Hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen.
- Fritids- och hälsofrämjandeaktivitetens betydelse för deltagarnas återgång i arbetslivet har belysts.
- Etableringen av informella stödstrukturer har uppmuntrats genom hälsofrämjande aktiviteter och fritidsaktiviteter.
- Inslag som vänder sig till närstående har utvecklats och prövats men än inte funnit sin form.
- En ”könsneutral” yrkes- och praktikrådgivning har utvecklats och prövats med viss framgång och bl.a. bidragit till att vidga mäns arbetssökande.

# Kapitel 6. Avslutningsfasen och vidmakthållandet av resultatet

*Kapitel 6 Avslutningsfasen och vidmakthållandet av resultatet ägnas åt att diskutera deltagarnas resultat och projektets individuella måluppfyllelse. Frågor som ställs till det insamlade materialet är bland annat: Vad har MedUrs betytt för enskilda deltagare? Vilka inslag i rehabiliteringen har varit mest betydelsefulla för utfallet? Värderingen av MedUrs resultat reser även frågor om rehabiliteringsresultatets hållbarhet över tid. I ett avslutande kapitel av rapporten diskuteras projekts resultat på en övergripande nivå och vilka lärdomarna är av projektet.*

I detta kapitel lämnar vi beskrivningen av rehabiliteringsprocessen bakom oss, i Avslutnings- och vidmakthållandefasen riktas uppmärksamheten mot deltagarna och vad rehabiliteringen betytt för dem.

**Figur 19. MedUrs tankeram för arbetslivsinriktad rehabilitering – Avslutnings- och vidmakthållandefasen**



Omgivning: Familj, släkt och vänner samt Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Hälso- och sjukvård och andra vårdgivare

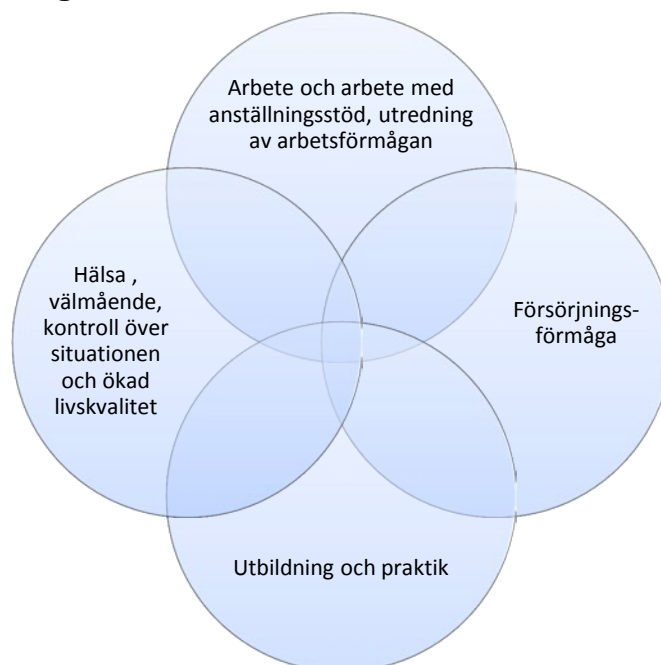
De angivna målen för projektet MedUrs på individnivå är att:

- 1 Minst 200 personer ska ha fått del av projektets insatser och 75 procent av dessa ska ha upplevt att insatserna bidrar till att föra dem närmare arbetsmarknaden.
- 2 Deltagarna ska komma närmare egen försörjning och därmed motverka riskerna för utanförskap.
- 3 Deltagarna förväntas uppnå bättre hälsa, ökat självförtroende, bättre upplevd livskvalité samt ökad makt och kontroll över den egna tillvaron.

Att sammanfatta resultatet av MedUrs arbetslivsrelaterad rehabilitering reser en rad frågor. Vad är egentligen ett lyckat resultat av rehabiliteringen? Var ska betoningen ligga? Är det på

deltagarnas återgång i arbete eller på deras hälsa och livskvalitet? Om målet med rehabilitering är att deltagarna ska återgå i arbete, gäller det i så fall även återgång till arbeten som innebär värk och försämrad hälsa? Samhällsekonomiskt är självfallet varje deltagare som återgår i arbete eller satsar på utbildning ett eftersträvt mål. Samhällets kostnader minskar när utgifterna minskar och deltagarna bidrar till samhällsekonomin. Sett ur deltagarens perspektiv kan bedömningen bli en annan. Många sätter kanske hälsan före arbete? Det är dock inte självklart. Att ha ett arbete betyder mycket för deltagarna. I utvärderingen utgår vi från mål som speglar flera livsområden och som beskrivs som cirklar vilka delvis överlappar varandra. Måluppfyllelse inom ett område påverkar även övriga områden. Förbättrad hälsa, välmående och livskvalitet kan till exempel även leda till ökad anställningsbarhet. Det omvända är även det fullt tänkbart, att arbete leder ökat välmående och förhöjd livskvalitet.

**Figur 20. Resultatet av MedUrs arbetslivsrelaterade rehabilitering inom för deltagarna väsentliga livsområden**



Syftet med projektet MedUrs är att deltagarna efter rehabiliteringen ska bli anställningsbara i ökad omfattning, uppnå egen försörjning och därmed ha undanröja eventuella risker för utanförskap. Deltagarna förväntas vidare uppnå bättre hälsa, ökat självförtroende, bättre livskvalité och ökad makt och kontroll över den egna tillvaron. Som vi konstaterar i ett tidigare kapitel överensstämmer projektets syn på hälsa WHO:s definition av hälsa<sup>8</sup> formulerad som *inte enbart frånvaro av sjukdom utan ett tillstånd av välbefinnande inom centrala livsområden och med möjlighet att förverkliga sig själv*.

<sup>8</sup> Världshälsoorganisationen beskriver 1947 hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet". Omkring 40 år senare poängterar WHO att hälsa inte ska uppfattas som ett mål utan som en resurs för att uppnå det goda livet inom viktiga livsområden.

Marie Jahoda (1993/1972) utgår från att arbete utöver försörjning tillgodoser psykologiska behov. Hon beskriver detta som att arbete har en rad latent funktioner som bidrar till vårt välbefinnande. Det finns, påpekar Svensson och Hallberg (2011), flera olika sätt definiera begreppen välbefinnande, hälsa och livskvalitet. De centrala livsområden som utvärderingen uppmärksammar för att uppnå dessa eller det goda livet innefattar bl. a lönearbete, arbete med anställningsstöd och fullständigt utredd arbetsförmåga, men även ökad anställningsbarhet genom praktikplacering eller utbildning efter projektet, förbättrad hälsa och förhöjda livskvalitet samt försörjning genom sjukersättning som medger en tillvaro utan arbete.

## 6.1 Bidrar MedUrs till ökad anställningsbarhet

Målsättningen med MedUrs var att minst 200 personer ska ha deltagit i projektet. Det verkliga utfallet blev 173 personer varav 144 personer fullföljer projektet inom projekttiden. De senare fördelade sig mellan 101 (70 %) kvinnor och 43 (30 %) män. Det innebär att det kvantitativa målet på individnivå för projektet inte kunnat infrias fullt ut. Måluppfyllelsen stannar vid 87 procent. Förklaringarna till att det kvantitativa målet inte infrias är främst att målgruppen har större och mer omfattande behov än som förutsetts. Detta har påverkat genomströmningen.

**Tabell 21. Utfall på individnivå fördelat efter arbete och studier, erhållen sjukersättning pga varaktigt nedsatt arbetsförmåga, kvarstår hos Af eller FK för fortsatt handläggning samt övrigt. N=144**

	Arbete/ Studier	Sjukersättning pga varaktigt nedsatt arbets- förmåga	Kvarstår FK	Kvarstår AF	Övrigt	Summa
Man	19	4	10	5	5	43
Kvinna	34	27	18	9	13	101
Summa	53	31	28	14	18	144

Av tabell 21 framgår att sammantaget går 19 män (44 % av männen) och 34 kvinnor (34 % av kvinnorna) vidare till arbete eller studier efter MedUrs. De utgör sammantaget 37 procent av alla deltagarna i MedUrs. Det var endast ett fåtal av dem som gick till studier. Arbete var vanligast för deltagarna efter MedUrs och det utgörs av arbete på såväl heltid som deltid och arbete med någon stödform. Det som begränsar möjligheten till arbete var förutom tillgången till lämpliga platser deltagarnas arbetsförmåga. Det var fler kvinnor än män som hade en nedsatt arbetsförmåga som lade hinder i vägen för en anställning. På grund av varaktigt nedsatt arbetsförmåga erhöll 4 män (9 % av alla männen) och 27 kvinnor (27 % av alla kvinnor) sjukersättning. Under kategorin Övrigt i tabellen redovisas övergång till andra projekt och rehabiliteringsinsatser eller annat. Deltagare (23 personer) som inte hunnit avsluta sin rehabilitering under projekttiden fortsatta denna inom den implementerade verksamheten. Utfallet av denna har dock inte belysts av utvärderingen.

Resultatet av rehabiliteringen under projekttiden visar att män (44 %) i större andel än kvinnor (34 %) erhåller arbete eller studier efter denna. Detta förklaras bland annat av skillnader av arbetsförmågan mellan gruppen män respektive kvinnor i MedUrs. Det kan konstateras att sammantaget kvarstår 10 män och 18 kvinnor för fortsatta insatser hos Försäkringskassan respektive 5 män och 9 kvinnor hos Arbetsförmedlingen. Det innebär att sammantaget återgår 28 deltagare eller 19 procent till fortsatt handläggning hos Försäkringskassan och 14 deltagare eller 10 procent till Arbetsförmedlingen.

Andelen deltagare som närmar sig arbetsmarknaden genom att få arbetsförmågan utredd eller genom att gå vidare till arbete, praktik eller utbildning överensstämmer i stort sett med målen för projektet. Av utvärderingen framgår att 73 procent av det aktuella antalet deltagare kom närmare arbetsmarknaden. Detta ska jämföras med målsättning som var 75 procent. De insatser som främst bidrar till att stärka deltagarnas ställning på arbetsmarknaden rankas av deltagarna enligt nedanstående:

- Samtal med handledare och coacher (42 %)
- Praktiken och arbetsprövningen (21 %)
- Samtal med övriga deltagare (21 %)
- Träningen att skriva CV och personligt brev (16 %)
- Annat som tas upp är utbildning om arbetsmarknaden, vägledning etc

Uppfattningen om vad som bidrar till att rehabiliteringen leder till arbete skiljer sig mellan kvinnor och män. Kvinnor ser i högre utsträckning än män hur inslag som leder till ökad självkänsla kan påverka deras ställning på arbetsmarknaden. Män är mera snävt inriktade på inslag som praktik, arbetsprövning och annat som har en tydlig anknytning till arbetslivet. Bäckström (1997) konstaterar i sin avhandling att män under sin rehabilitering vanligen frågar efter fakta och vill ha konkreta besked om vad som gäller, medan kvinnor huvudsakligen söker någon att prata med som uppvisar förståelse och respekt för dem.

Det framgår av svaren på enkäten att 62 procent av deltagarna upplever att förutsättningarna att återgå i arbete har stärkts genom deras deltagande i MedUrs. De utpekar mentorerna som den främsta anledningen till detta. I en studie utförd av Müssner m.fl. (2008) påvisas liknande resultat som betonar mentorers och coaches betydelse för utfallet. I intervjuerna inom MedUrs framhåller deltagarna att de uppskattar mentorer för att de tar sig tid att lyssna på dem och för att de är villiga att stödja dem i deras ansträngningar att finna egna lösningar. Deltagarna nämner också mentorernas tillgänglighet som något positivt och att det går att få kontakt med dem närhelst det behövs. Några deltagare lyfter även upp MedUrs kontakter med organisationer och små företag som en tillgång vid praktikplaceringar. En åsikt som även delas av Försäkringskassan.

### **Deltagarnas handlingsstrategi påverkar rehabiliteringens framgång**

Deltagarna uppmuntras i MedUrs att ta ansvar för sin rehabilitering. Deras utformning av personliga handlingsstrategier för deltagandet i MedUrs visar sig också få betydelse för utfallet. Deltagare med en ”Aktiv strategi” respektive en ”Resignerad strategi” uppgår



tillsammans till 77 procent av alla deltagarna. De som utformar en Aktiv handlingsstrategi visar sig stärka sin ställning på arbetsmarknaden i större omfattning än andra deltagare. De uppvisar även andra positiva resultat. Nära 83 procent av dem som valt en Aktiv strategi uppger att försörjningsförmågan blivit fullständigt utredd, nästan alla deltagare (92 %) uppger att de kan återgå i arbete. Samtliga deltagare som ingår i gruppen med en Aktiv strategi uppger vidare att MedUrs stärkt deras förutsättningar att leva ett bra liv.

Detta kan jämföras med deltagare som utformar en Resignerad och uppgiven strategi för sitt deltagande i MedUrs. Även de som valt denna strategi når vissa positiva resultat, men inte i samma omfattning som deltagare som valt en Aktiv strategi. Nära hälften av deltagarna med en Resignerad handlingsstrategi menar att deltagandet i MedUrs bidragit till att de kan återgå till arbete. Det kan jämföras med nästan alla deltagare med en Aktiv handlingsstrategi uppger att de kan återgå i arbete.

Männen är överrepresenterade bland deltagare som ingår en Resignerad strategi för genomförandet av rehabiliteringen. Mäns val av handlingsstrategi bidrar till att förklara varför de inte tror sig kunna återgå i arbete i samma utsträckning som kvinnorna. En förutsättning för arbete är dock att arbetsförmågan finns och att det finns tillgängliga arbetsplatser vars kvalifikationskrav överensstämmer med deltagarnas kompetens.

### **En fot kvar i arbetslivet**

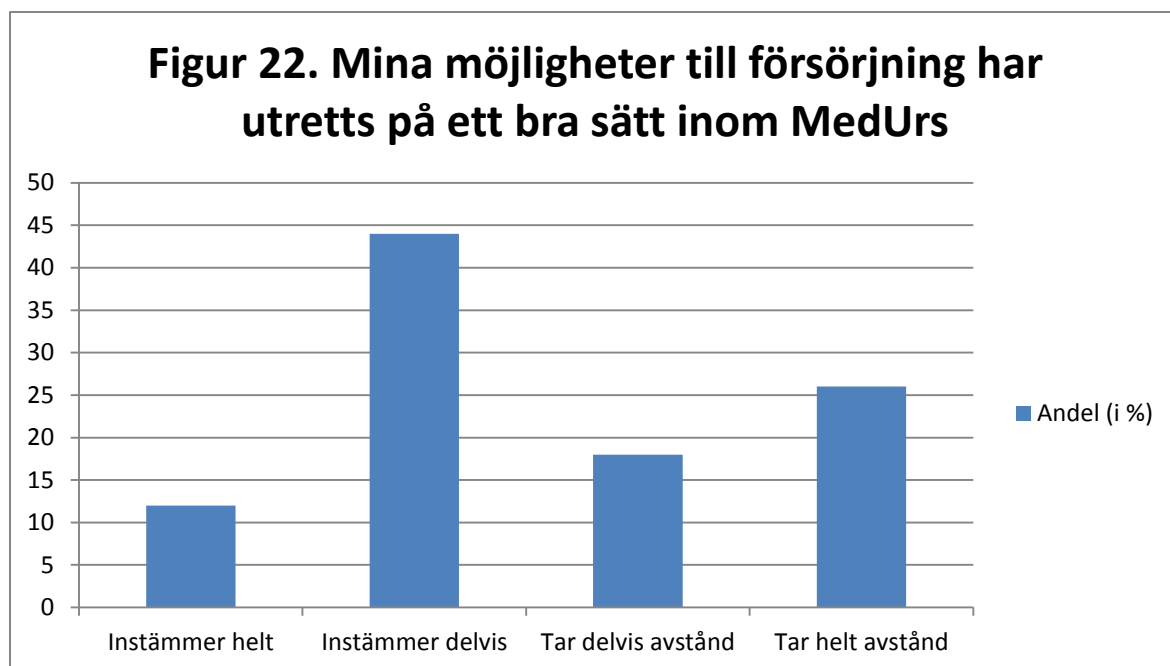
Ett förhållande som bidrar till återgången i arbetslivet är om deltagaren har kvar sin tidigare anställning. Av de 14 % av deltagarna som i utvärderingen uppgav att de har kvar sin anställning var tre inställda på att återgå till samma arbetsplats. Två av dem uppgav att de gjorde det motvilligt i brist på bättre alternativ. Av de övriga deltagarna som har kvar sin anställning uppgav tre att de var osäkra på hur de skulle göra, och två att de var fast beslutna att inte gå tillbaka till samma arbetsplats. Att mer än hälften av deltagarna som har kvar sin anställning väljer att återgå eller överväger att göra det uppmärksammar betydelsen av kontakten med arbetsplatsen, även efter långvariga sjukskrivningsperioder.

För de tveksamma innebär praktiken och utredningen av arbetsförmågan tillfällen till att pröva sin förmåga och i samtalen med mentorerna väga de olika alternativen mot varandra. Åtminstone en av deltagarna som uppgav att hon var tveksam till att gå tillbaka valde att göra det efter praktiken. Praktiken och samtalen kring denna gav henne nya sätt att hantera situationen på arbetsplatsen. Det finns för övrigt en viss evidens för att kontakten med arbetsplatsen underlättar återgången i arbetslivet. (Juhlin & Tengblad 2004; Hensing & Peterson 2009; Franche m.fl. 2005).

## **6.2 Blev försörjningsförmågan väl utredd**

Försörjning kan erhållas genom eget arbete. För deltagare som inte lyckas etablera sig på arbetsmarknaden är det viktigt att andra alternativ utreds. Av utvärderingen framgår att nära

56 procent av deltagarna tycker att deras försörjningsförmåga utretts på ett bra sätt inom MedUrs.



Deltagare som har en Aktiv handlingsstrategi uppfattar i större omfattning än övriga deltagare att de fått sin försörjningsförmåga fullständigt utredd. Ser vi till alla deltagare instämmer 56 procent i påståendet att deras möjligheter till försörjning utretts på ett bra sätt. Utredningen av försörjningsförmågan underlättas av samverkan. Mentorerna inom MedUrs var öppna för att stödja deltagarna och underlätta deras kontakter med berörda myndigheter. Ca 32 procent av deltagarna uppger att MedUrs bidragit till att underlätta kontakterna med Försäkringskassan och ca 58 procent att de bidragit till att underlätta kontakterna med Arbetsförmedlingen.

I projektplanen förknippas bristande förmåga till egen försörjning med risken för utanförskap. En deltagare under 25 år som aldrig haft en anställning beskriver sitt utanförskap: *Jag önskar verkligen att jag får en praktik som leder till arbete. Det är så mycket jag vill hålla på med ... men jag känner mig instängd i ett utanförskap som jag inte delar med någon.*

Som framgår av det tidigare behöver dock arbetslöshet inte automatiskt medföra förhöjd risk för utanförskap. Det beror på hur omgivningen reagerar och på hur den som står utanför arbetsmarknaden uppfattar detta. Hagström visar i en studie från 1988 att personer som står utanför arbetsmarknaden upplever detta olika beroende på om de bor i Stockholm och Örebro jämfört med om de bor i Vilhelmina. Det fanns i Vilhelmina på den tiden en utbredd förståelse för att arbetslöshet kunde drabba vem som helst. Det sågs inte som uttryck för lättja eller personliga problem. Ofta var de som var arbetslösa lika delaktiga som andra i det sociala umgänget med ett rikt fritidsliv.

Att vara arbetslös för tjugofem år sedan i Norrlands inland är dock inte detsamma som att under ”Arbetslinjens epok” hamna utanför arbetsmarknaden i kuststaden Skellefteå. I ett kapitel längre fram i rapporten diskuteras denna fråga mer ingående.

### 6.3 Med försämrad personlig ekonomi utarmas de ekonomiska tillgångarna

Försörjningsförmågan var väl utredd för flertalet men nästan alla deltagare upplever att deras privata ekonomi har försämrats det senaste året. Det gäller även deras ekonomiska tillgångar som de upplever ha utarmats. Det var 60 procent av deltagarna som uppger att de saknar ekonomiska marginaler och att de inte kan skaffa 12 000 kronor på en vecka för att täcka en plötslig förlust. Denna urholkning av den personliga ekonomin gäller dock inte alla. Att vara sjukskriven under lång tid innebär för några deltagare att de vant sig vid att hushålla med knappa resurser. En av deltagarna kommenterar frågan om hon på en vecka kan skaffa 12 000 kr: *”Jag har ingen inkomst förutom min aktivitetsersättning men jag är sparsam och har mer än 12 000 kr på mitt konto.”*

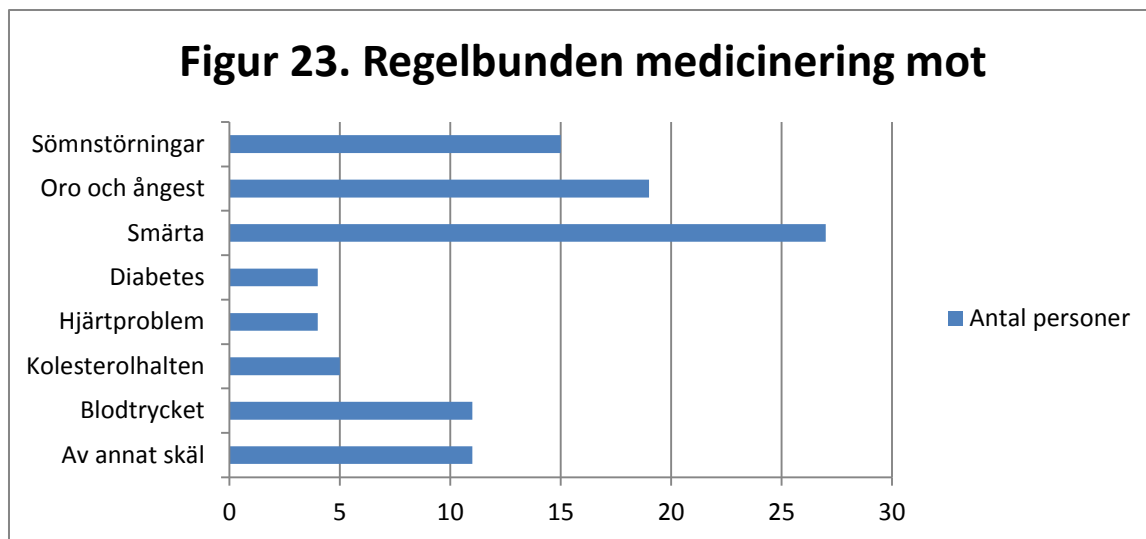
Deltagarnas ekonomiska förhållanden, där 60 procent uppger att de saknar en buffert för oförutsedda utgifter, kan jämföras med hur det ser ut för genomsnittet i riket där endast 21 procent medger att de inte kan skaffa fram 15 000 kr på en vecka. De grupper som i störst utsträckning uppger att de saknar en motsvarande kontantmarginal, och vars förhållanden är jämförbara med MedUrs deltagare, är arbetslösa (56 procent saknar kontant marginal), personer med sjuk-/aktivitetsersättning (48 procent saknar kontantmarginal), personer födda utanför Europa (52 procent saknar kontantmarginal), ensamstående med barn (45 procent saknar kontantmarginal) respektive personer som skattar sin hälsa som dålig (46 procent saknar kontantmarginal). Vi diskuterar längre fram vad den försämrade ekonomin innebär för deltagarna, och vilka konsekvenser den har för hälsan och för deltagandet i projektet.

### 6.4 Upplevd hälsa

För den som varit sjukskriven länge blir kroppens olika tillstånd något som han eller hon vant sig att lyssna till, i en strävan efter det normala och en tillvaro som andra bekämpas symtomen på avvikelsen och sjukdomen. Ett sätt att göra detta är att ta mediciner och underkasta sig annan behandling. Det ingår i de rutiner och vanor som många deltagare gjort till sina efter att de insjuknat.

De har anpassat sig till att ta mediciner på utsatta tider, före eller efter maten, på morgonen eller på kvällen, regelbundet eller när det behövs. Medicinen upplevs som en bundsförvant i strävan efter det normala, men den kan även upplevas som något som komplicerar tillvaron, som måste tas vid rätt tillfällen och följa ordinerade doser. Många deltagare ser medicinen

som ett sätt att få kontroll över det kaos som sjukdomen orsakat i deras vardag och ett sätt att hålla symtomen under kontroll.

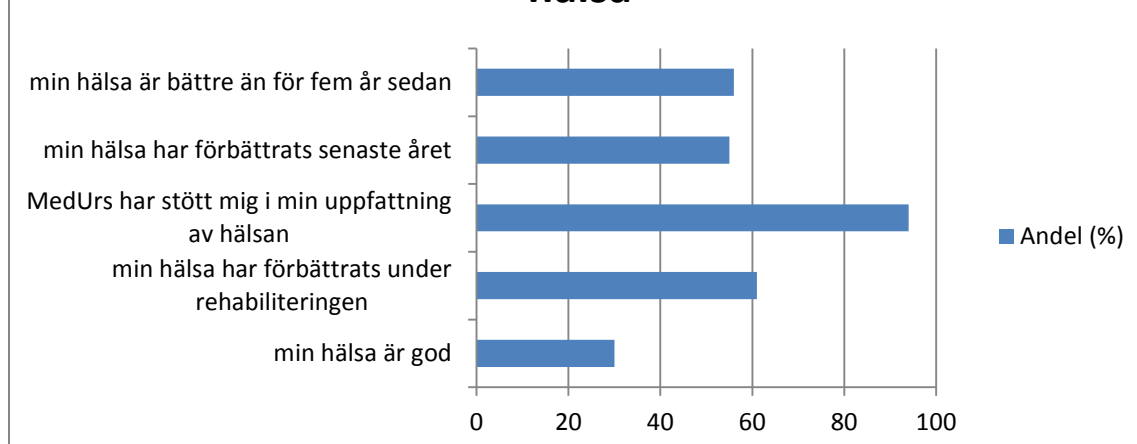


Det är 14 procent av deltagarna som uppger att det inte tar några mediciner regelbundet. Omfattningen av medicineringen framgår av figur 23, som ger en koncentrerad bild av deltagarnas situation med värk, oro och ångest tillsammans med sömnstörningar. Det är 27 deltagare av totalt 50 deltagare (54 %) som uppger att de regelbundet använder smärtlindrande mediciner, 19 deltagare (38 %) medger att de tar medicin mot oro och ångest, samt 15 deltagare (30 %) att de tar medicin för sömnbesvär. Några deltagare uppger att de samtidigt använder mediciner för skilda ändamål. Det förekom även att deltagare (28 %) vände sig till alternativen utanför den traditionella sjukvården både för medicinering och för annan behandling.

Ingegärd Bäckström (1997) skriver i sin avhandling från Umeå universitet att uppgifter om ohälsa, förskrivning av läkemedel, vårdutnyttjande, sjukskrivning och för tidig pensionering tyder på att kvinnor är sjukare än män. Att kvinnor trots detta lever längre brukar betecknas som motsägelsefullt och något av en "könsparadox". Det behöver dock inte uppfattas som en paradox, hävdar Bäckström, om man tar hänsyn till att kvinnor och män har väsentligt skilda levnadsvillkor och att de drabbas av skilda sjukdomar med olika sannolikhet för för tidig död. Den lägre dödligheten bland kvinnor kan, enligt Bäckström, förklaras av detta. Det paradoxala skulle, menar hon, snarast ligga i att kvinnor lever längre trots villkoren många kvinnor lever under med stressfyllda arbeten inom den offentliga sektorn och obetalt dubbelarbete i hemmet. Kvinnors ökade utsatthet belyses i MedUrs av att det är vanligare med nedsatt arbetsförmåga bland kvinnorna jämfört med männen i projektet.

Över hälften av deltagarna upplever att deras hälsa förbättrats under rehabiliteringen och tiden i MedUrs, under det senaste året och under de senaste fem åren. Uppgifter som måste tolkas med viss försiktighet, eftersom de upplevda förbättringarna sker från en förhållandevis låg nivå. Det är bara 30 procent av deltagarna som beskriver sin nuvarande hälsa som god.

**Figur 24. Deltagarnas uppfattning av sin hälsa**



Deltagarnas uppfattning av sin hälsa tyder på att denna genomgår en långsiktig förbättring de senaste åren. Det verkar som om denna trend mot bättre hälsa förstärks av deltagandet i MedUrs. Flertalet deltagare instämmer i påståendet att hälsan förbättrats under tiden i MedUrs även om detta skett från en förhållandevis låg nivå. Deltagarna (61 %) relaterar förbättringen till MedUrs och hela 94 procent uppfattar att MedUrs har stött dem mer eller mindre i deras uppfattning av hälsan. Det inslag i MedUrs som deltagarna rapporterar ha betytt mest för dem är samtalen med mentorer och coacher.

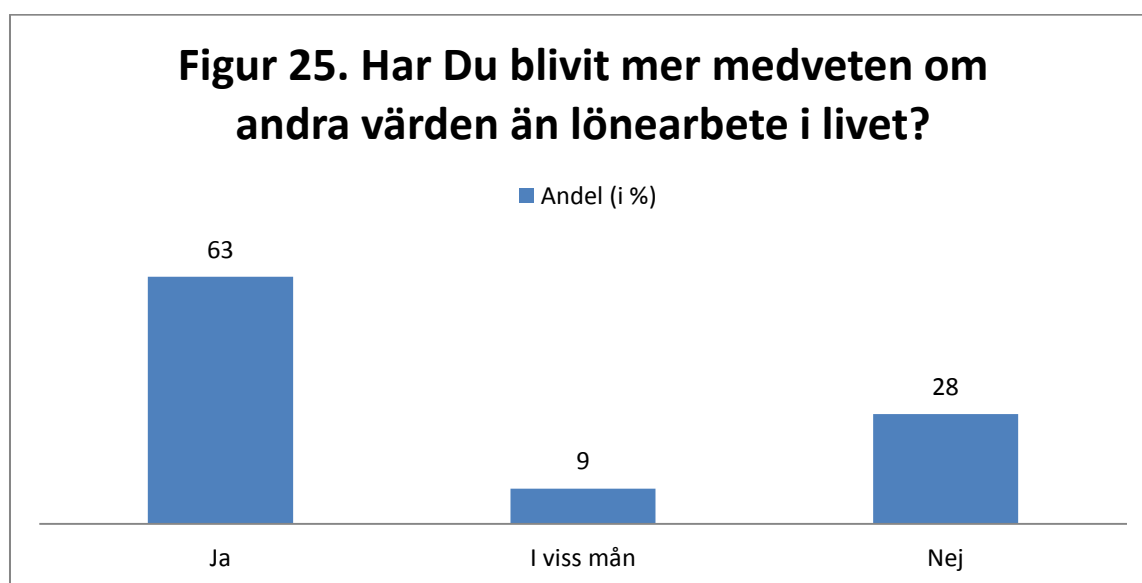
Det är viktigt, påpekar Öhrn (2000), att ha i minnet att hälsa respektive sjukdom inte är varandra uteslutande begrepp. Jämför med åtskillnaden mellan upplevd sjukdom (illness) och sjukvårdens fastställande av sjukdom (disease). Personer med långvarig sjukdom anser sig stundtals vara vid god hälsa eftersom deras personliga referenser för vad som upplevs som sjukt och friskt påverkats av deras erfarenhet. Det gäller även för deltagare i MedUrs. Deltagare med värk beskriver sig i intervjuerna som friska i grunden, men med en värk som vissa dagar kan vara värre än andra dagar. Att acceptera sin värk är för många också ett sätt att hantera denna som de funnit tonat ned smärtan.

## 6.5 Upplevd livskvalitet

Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp". Hälsa är enligt denna definition något mer än att vara frisk i medicinsk mening. Det innefattar goda relationer, förmåga att hantera tillvaron, frånvaro av diskriminering och fattigdom. (Svensson & Hallberg 2011) MedUrs ansluter sig till WHO:s uppfattning av hälsa och ambitionen med insatserna sträcker sig längre än att deltagarna ska bli tillräckligt friska för återgång i arbetet. Det handlar ytterst om ökad livskvalitet och att deltagarna ska erövra det "goda livet". (Jmfr Wadell & Burton 2006) Med tanke på att alla deltagare inte kan återgå i arbete är det ett

viktigt ställningstagande. Det ger alla, även om de inte kan återgå i arbete, motiv att satsa på rehabiliteringen.

Det ingår i projektet att deltagarna medvetandegörs om andra värden i tillvaron än lönearbete. Det syftar till att ge dem ökade valfrihet och att kunna ställa olika alternativ livsstilar mot varandra. Det är 63 procent av deltagarna som instämmer i påståendet att de genom deltagandet i MedUrs blivit mer medvetna om andra värden än lönearbete i livet.



Något färre (50 %) deltagare upplever att MedUrs bidragit till att de fått nya mål med livet. Hans Berglind (1988) redovisar liknande resultat efter en studie av en grupp arbetslösa metallarbetare kommit att uppfatta lönearbete på ett nytt sätt efter förlusten av arbetet. De har visserligen förlorat arbetet och fått försämrade ekonomi, men de tycker sig istället ha vunnit annat som ökat välbefinnande och bättre livskvalitet. En fråga som ofta återkommer och som deltagare bearbetar under hela rehabiliteringen är:

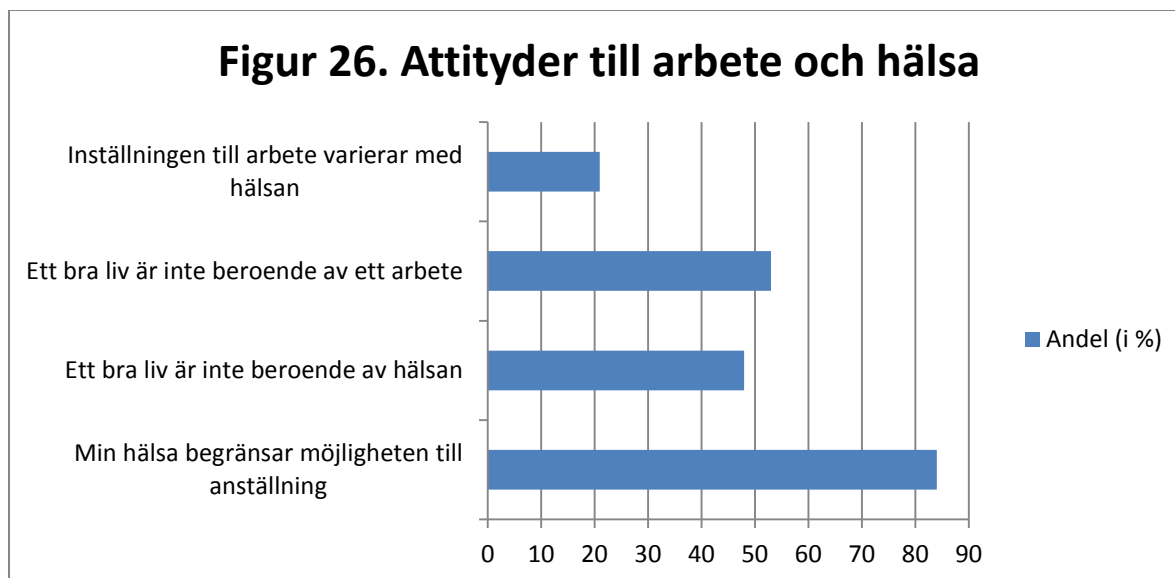
*”Kan det vara bättre för mig, att istället för att försöka återgå i arbetslivet, kanske till priset av smärta, stress och ångest, försöka leva på en ekonomiskt lägre nivå, men med en bättre livskvalitet?”*

Det finns deltagare som säger sig se fördelar i en tillvaro utan lönearbete, medan andra mer motvilligt finner sig i detta. För vissa deltagare framstår dock inte ett liv utan arbete ens som ett verkligt alternativ. Arbete som källa för försörjning kan ha förlorat något av sin betydelse, men arbetets betydelse för samhörighet verkar tvärtom ha ökat, att *ha arbete och höra till* är viktigt för många i det moderna samhället. En deltagare formulerar i en intervju vad arbetet betyder för henne:

*”Jag har växt upp med en ensamstående mamma och hon präntade alltid i oss barn att vi skulle försörja oss. Det var viktigt som kvinna att stå på egna ben. Jag kämpade och efter examen fick jag ett jobb och trivdes med det. Det kändes som*

*om hela livet låg öppet för mig, men så fick jag beskedet om...//... Då rasade allt ... men jag kan inte förlika mig vid tanken att allt skulle vara över nu. Det känns som jag inte längre är värd något... att jag ratas ... för mig är arbete nästan allt.”*

Ur intervju med en deltagare

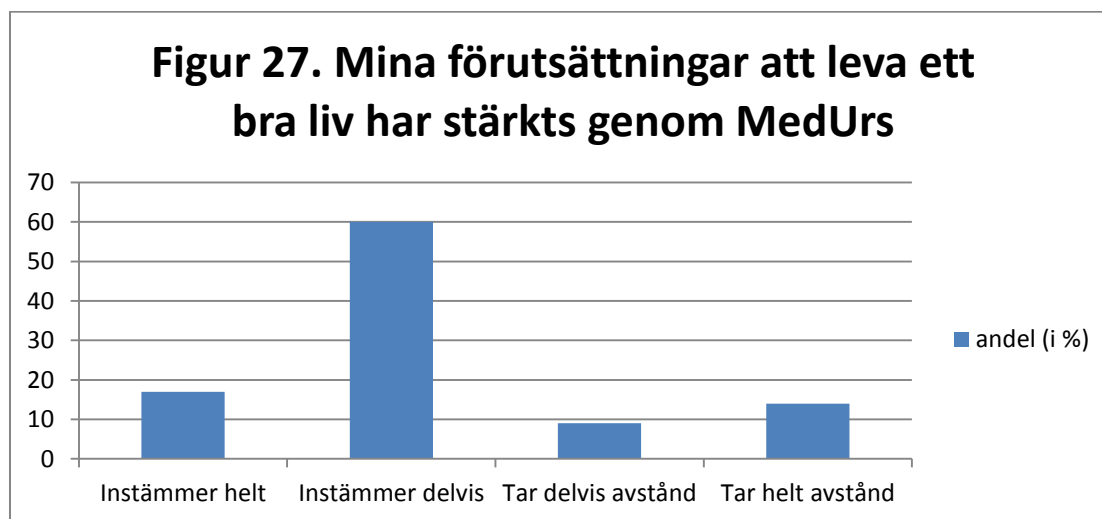


Deltagarnas inställning till arbete och hälsa varierar med deras mående på ett sätt som är svårt att fånga in med enkäter. Det framgår av svaren på enkäten att 21 procent av deltagarna upplever att inställningen till arbetet och arbetsuppgifterna kan variera från en dag till en annan beroende av det aktuella hälsotillståndet. Även upplevelsen av arbetstyngheten kan för 40 procent av deltagarna variera med hälsan. Det gäller även den egna förmågan att orka med arbetet.

Det är därför inte förvånande att hela 84 procent av deltagarna uppger att deras hälsotillstånd begränsar deras möjligheter att arbeta. Det finns dock deltagare (mellan 40 till 60 %) som menar att ”det goda livet” är möjligt trots detta, och att det inte är beroende av vare sig hälsa eller arbete.

Waddell och Burton (2006) reser i en sammanställning av aktuell forskning frågan om arbete är bra för hälsan och välmåendet. Deras slutsatser överensstämmer med dem som Jahoda m.fl. (1993/1972) kom fram till, nämligen att arbete har en rad positiva effekter för såväl hälsan som välmåendet. De hävdar även att forskningen stöder att det för de flesta är bättre att återgå i arbete än att stå utanför arbetsmarknaden. Arbete har terapeutiska och hälsosamma effekter på personer som varit sjukskrivna länge. Waddell och Burton gör dock reservationen att alla arbetsplatser och alla arbetsuppgifter knappast kan sägas bidra till hälsa och välmående. De efterlyser av det skälet forskning kring egenskaperna hos den goda arbetsplatsen. De medger dessutom att det kan finnas omständigheter som gör att vissa personer mår bäst av att undvika vissa typer av arbetsplatser och arbetsuppgifter. Men forskningen stöder, menar de, att de

flesta, även personer med funktionsnedsättningar mår bra av arbete om kraven och arbetsplatsen anpassas efter deras förutsättningar.



Av figur 27 framgår att 77 procent av deltagarna instämmer helt eller delvis i påståendet att deras förutsättningar att leva ett bra liv stärkts genom MedUrs. Eftersom alla av dem inte har arbete bekräftas deltagarnas inställning (jmf figur 26) att förutsättningarna för ett bra liv inte behöver vara beroende av arbete. Endast 23 procent tar enligt figur 27 helt eller delvis avstånd från påståendet att deras förutsättningar att leva ett bra liv stärkts.

## 6.6 Fritidsaktiviteter

Nära 40 procent av deltagarna uppger att MedUrs bidragit till en mera aktiv fritid. Till detta kommer ett antal deltagare (20 %) som redan före projektet tyckte sig ha en aktiv tillvaro på fritiden. Jämfört med befolkningen i övrigt föredrar deltagarna stillsamma aktiviteter. Till aktiviteter som utförs oftare än andra hör att nöjespromenera, läsa böcker, sticka, sy och snickra, besöka släkt och vänner, trädgårdsarbete samt jakt och fiske. Redan att komma igång med aktiviteter inom ramen för MedUrs påverkar deltagarna att engagera sig i aktiviteter utanför projektet. En deltagare berättar om hur han fick lust att knyta an till ett tidigare intresse för ishockey och börja gå på Skellefteå AIK:s hemmamatcher.

Deltagarnas fritid begränsas förutom av sjukdom av försämrade personlig ekonomi. Hela 84 procent av deltagarna upplever att deras personliga ekonomi är sämre än för befolkningen i övrigt. Av enkäten till deltagarna framgår att 42 procent har tillgång till fritidshus och att 46 procent har gjort en semesterresa någon gång under åren 2009 eller 2010. Jämfört med den övriga befolkningen ligger det ca 12 till 13 procentenheter lägre än genomsnittet.



Jämförs deltagarnas fritidsaktiviteter med hela befolkningen, enligt ULF:s kartläggning<sup>9</sup> (2004), liknar den förhållanden som inom denna rapporteras för grupperna arbetslösa, ensamstående småbarnsföräldrar, funktionshindrade, invandrare och lågutbildade. Grupper som sällan ägnar sig åt friluftsliv, idrottar och motionerar, besöker rekreationsanläggningar eller använder det offentliga utbudet av kultur och nöjen.

I enkäten svarar deltagarna på om de ofta, ibland, någon enstaka gång, sällan eller aldrig ägnar sig åt ett antal uppräknade aktiviteter. I analysen räknar vi samman svarsalternativen ofta, ibland och någon gång för sig, och svarsalternativen sällan och aldrig för sig. Av svaren framgår att deltagarna i MedUrs ägnar sig åt flera aktiviteter. De flesta dock på låg nivå. Mest frekvent är långpromenader. Det uppger 87 procent att de ägnar sig åt en eller flera gånger i veckan. En annan frekvent aktivitet är att umgås med släkt, vänner och bekanta, drygt 15 procent gör det ofta och 40 till 45 procent ibland. Andra aktiviteter är att läsa böcker (52 %) eller att ägna sig åt att sticka, sy, snickra, måla och andra hobbys (66 %). Av de deltagare som besvarade enkäten medgav 46 procent att de ibland går på restaurang. Det var också vanligt att deltagarna ofta eller ibland ägnar sig åt trädgårdsskötsel (38 %) eller åt fiske och jakt (26 %).

Det finns, enligt Kallings med flera (2008) ett positivt samband mellan upplevd livskvalitet och fysiska aktiviteter som långa promenader. Det gäller särskilt om dessa utförs i grupp. De utvärderingar som gjorts av fysisk aktivitet på recept (FAR) visar på liknande resultat (Leijon m.fl. 2010). De visar även på förbättrad hälsa som en följd av aktiviteterna. Fysisk aktivitet har bevisad effekt när det gäller att förebygga och förbättra olika sjukdomstillstånd, som till exempel högt blodtryck, kärlkramp, diabetes, benskörhet, reumatiska sjukdomar, ont i ryggen och depression. Tillstånd som är vanliga bland deltagarna.

Slutsatserna från FAR visar även på läkarauktoritetens betydelse. Om ordination av fysisk aktivitet sker av läkare är den mera effektiv jämfört med om den sker av semiprofessionella grupper inom vården. Det kan inte uteslutas att läkares medverkan bidrar till en positiv placebo-effekt som förstärker resultatet. Det samma gäller förekomsten av medicinsk feedback som visar hur kondition och andra värden förbättras. En utveckling av MedUrs skulle i framtiden genom samarbete med en vårdcentral kunna innefatta detta.

Individens tillit till den egna förmågan att förändra sitt beteende (Self-Efficacy) framstår som ett betydelsefullt främjande och medierande förhållanden för att uppnå en ökad fysisk aktivitetsnivå (SBU 2007). Av föregående kapitel framgår att det finns ett samband mellan deltagarnas engagemang i en rad olika fritidsaktiviteter och deras uppfattning om sina möjligheter att återgå i arbete. Ju mer omfattande engagemanget i fritidsaktiviteterna är desto större verkar deltagarnas tilltro vara till sina förutsättningar att återgå i arbetslivet, men det

---

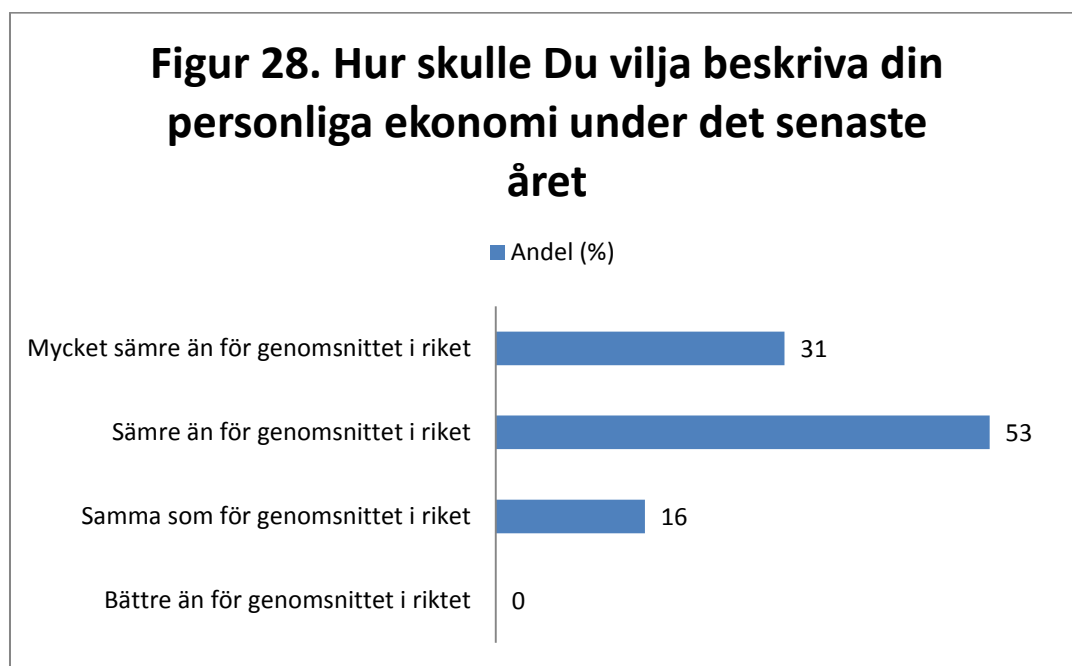
<sup>9</sup> Statistiska centralbyrån (SCB) har från och med hösten 1974 löpande genomfört undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden (ULF). De innefattar även befolkningens fritidsvanor.

påpekas även att fritidsaktiviteter har ett värde i sig och att de som sådana ingår i deltagarnas rätt till samhällelig välfärd.

## 6.7 Försämrad privatekonomi sänker upplevelsen av livskvalitet

Det som deltagarna främst upplever påverkar deras livskvalitet negativt är deras försämrade privat- och hushållsekonomi. Av figur 28 framgår att drygt 80 procent av deltagarna upplever att privatekonomin är mycket sämre eller sämre än för andra grupper i samhället. Det finns deltagare som menar att den negativa inverkan av att vara arbetslös till större delen bygger på de negativa konsekvenserna av ekonomin. Känslan av att på grund av försämrad ekonomi vara utlämnad till andras välvilja tär på självkänslan.

Tillgången till sparkapital är efter långdragna sjukskrivningar är, som vi konstaterade tidigare, uttömd för många deltagare. Det är 60 procent av deltagarna som uppger att de saknar en ekonomisk buffert för oförutsedda utgifter.



Ekonomisk trygghet är viktig för tryggheten under rehabiliteringen men den är också ett viktigt folkhälsopolitiskt målområde. Det finns ett tydligt samband mellan ekonomiska resurser och hälsa, där varje ökning av den disponibla inkomsten är förknippad med ökad hälsa. Klara samband finns också till att sämre ekonomiska förhållanden leder till försämrad kontroll över sitt liv, med negativa effekter på hälsan som följd. Försämringen av deltagarnas personliga ekonomi påverkar deras rehabilitering negativt.

## 6.8 Självförtroende, makt och kontroll över sin situation

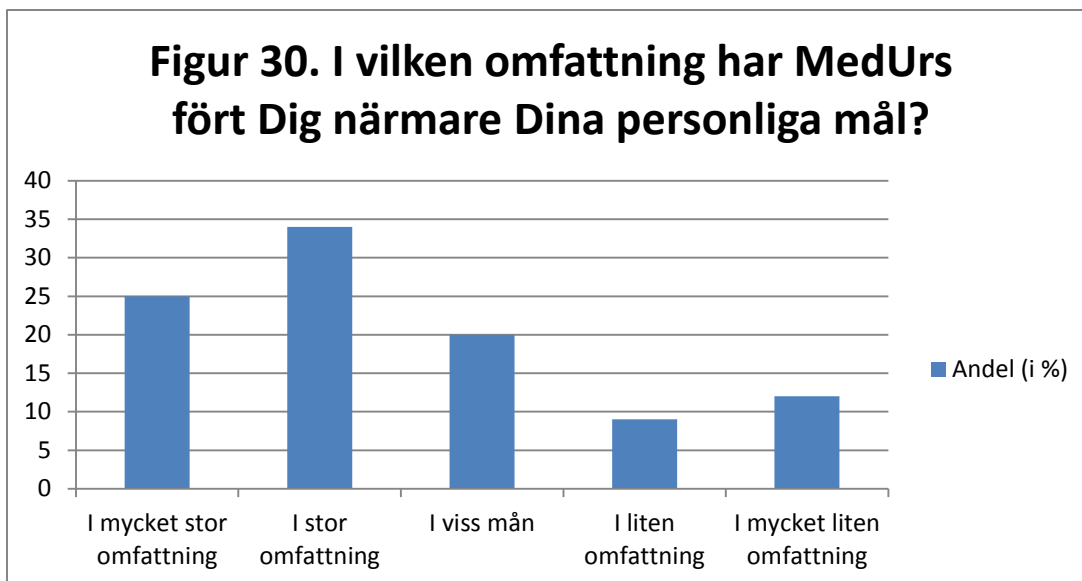
När det gäller deltagarnas tilltro till den egna förmågan att hantera kommande utmaningar i framtiden (Self-Efficacy) ligger den under genomsnittet för deltagarna i en internationell databas. Nära hälften eller 44 procent av deltagarna erhåller ett mått på Self-Efficacy som ligger på mellan 36 till 29 poäng, vilket är ett värde på mellannivå. Nästan lika många eller 56 procent erhåller en Self-Efficacy som ligger på 28 poäng eller lägre, vilket anses som ett lågt värde. Små förändringar i riktning mot ökat självförtroende, ökad makt och kontroll kan urskiljas under projektets gång. (Se figur 28!)



När det gäller upplevt självförtroende, makt och kontroll över den egna situationen uppger mellan 40 och 60 procent att de kan hantera problem på egen hand, att de vet hur de ska tackla nya problem, att de kan klara av överraskande situationer och annat oavsett vad som händer.

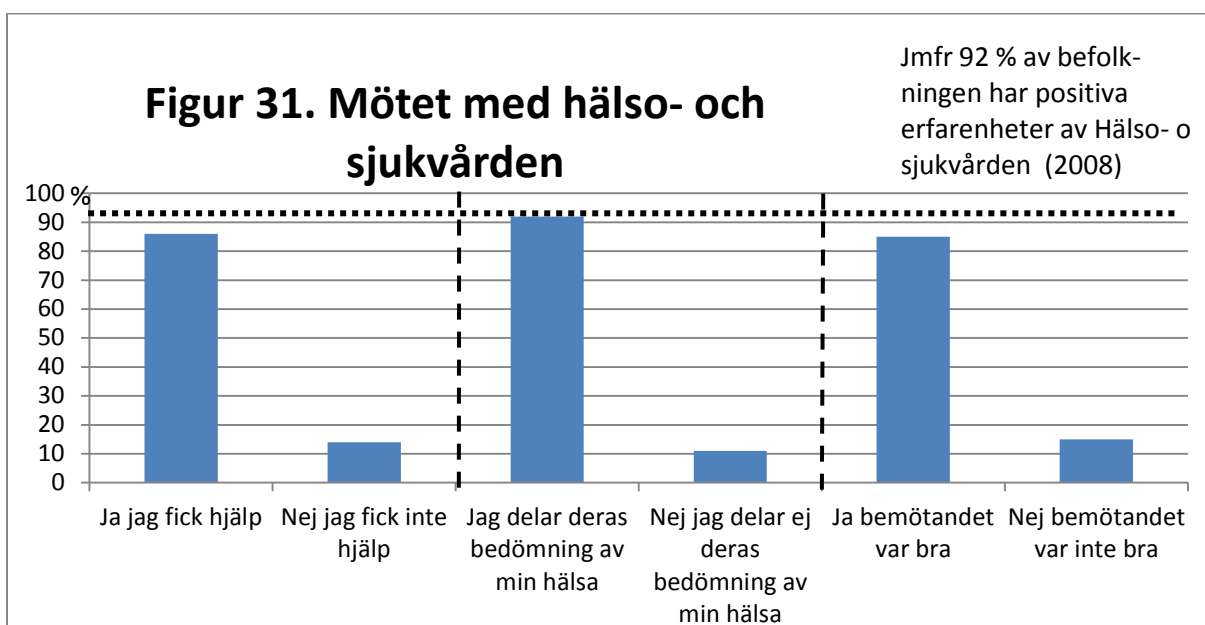
Deltagarna tillfrågas (Se figur 30 nästa sida) om i vilken omfattning MedUrs fört dem närmare deras personliga mål med deltagandet. Över hälften (59 %) av deltagarna anser att MedUrs i stor eller mycket stor omfattning fört dem närmare deras personliga mål. Några deltagare (29 %) medger att de närmat sig dessa i viss mån. Det innebär att oavsett om deras personliga mål med deltagandet var att stärka ställningen på arbetsmarknaden, få arbetsförmågan utredd, få förmågan till försörjning fullständigt utredd, uppleva en förhöjd livskvalitet eller bara komma igång med något så har detta infriats.

Alla deltagare har dock inte upplevt att deras personliga mål med deltagandet i MedUrs uppnåtts. Nära 12 procent av deltagarna uppger att MedUrs endast i liten eller mycket liten uppfattning bidragit till att föra dem närmare deras personliga mål.



## 6.9 Vidmakthållande av resultatet

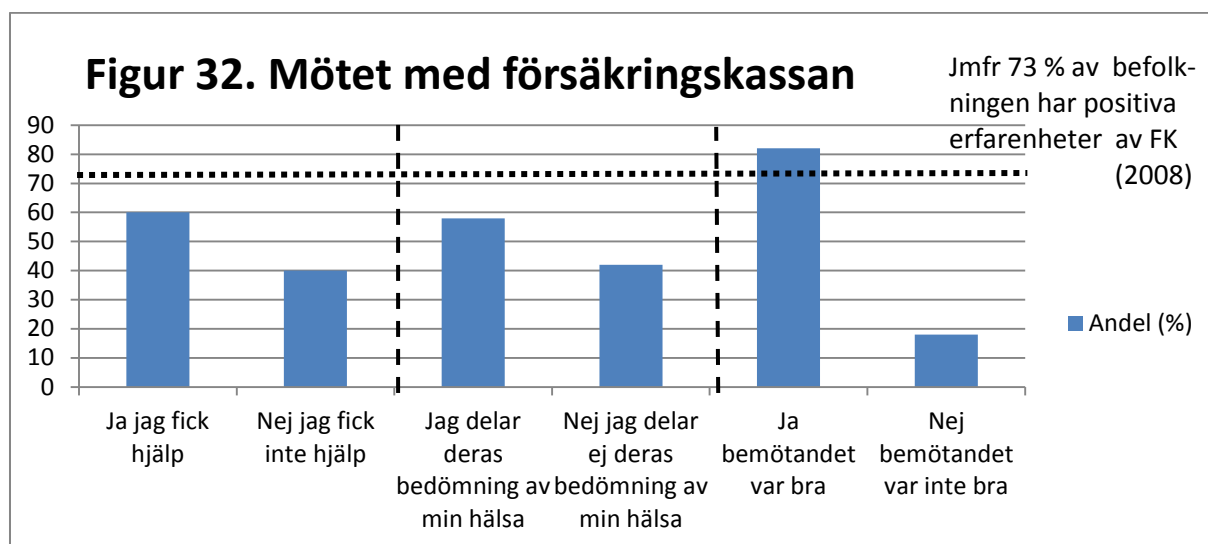
För att ett projekt ska vara framgångsrikt räcker det inte med att målen uppnås. Resultatet ska helst vara hållbart över tid. Det förutsätter att deltagarna har stöd av Hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. De utgör ett stöd för deltagarna både under och efter rehabiliteringen. För att kunna erbjuda deltagarna ett bra stöd måste de ha förtroende för myndigheterna och deras insatser. Utvärderingen undersöker i vilken omfattning det är fallet. Ett antal frågor ställs till deltagarna för att undersöka detta.



Det starkaste förtroendet har deltagarna för Hälso- och sjukvården (figur 31). Av enkäten framgår att mellan 80 och 90 procent av deltagarna tycker att bemötandet var bra, att de fick

hjälp samt att de delar Hälso- och sjukvårdens bedömning av deras hälsa. Av genomförda nationella undersökningar framgår att 92 procent av befolkningen har positiva erfarenheter av hälso- och sjukvården (Müssener m.fl. 2008). Ett resultat som ligger några procentenheter högre än utvärderingens lokala undersökning (Jmfr med den prickade linjen i figuren!). Skillnaden kan delvis förklaras av att frågorna var annorlunda ställda.

Försäkringskassan har en utsatt position i sjukskrivningsprocessen. (Försäkringskassan 2008) Hälso- och sjukvården är visserligen ansvarig för att fastställandet av diagnoser med eventuella funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, och för de underlag innefattande läkarintyg som lämnas till Försäkringskassan. Det är dock Försäkringskassan som fattar besluten om sjukpenning. Informationen i läkarintygen ligger till grund för dessa, men intygen innebär ingen ovillkorlig rätt till sjukpenning. Det slutliga avgörandet ligger hos Försäkringskassan.

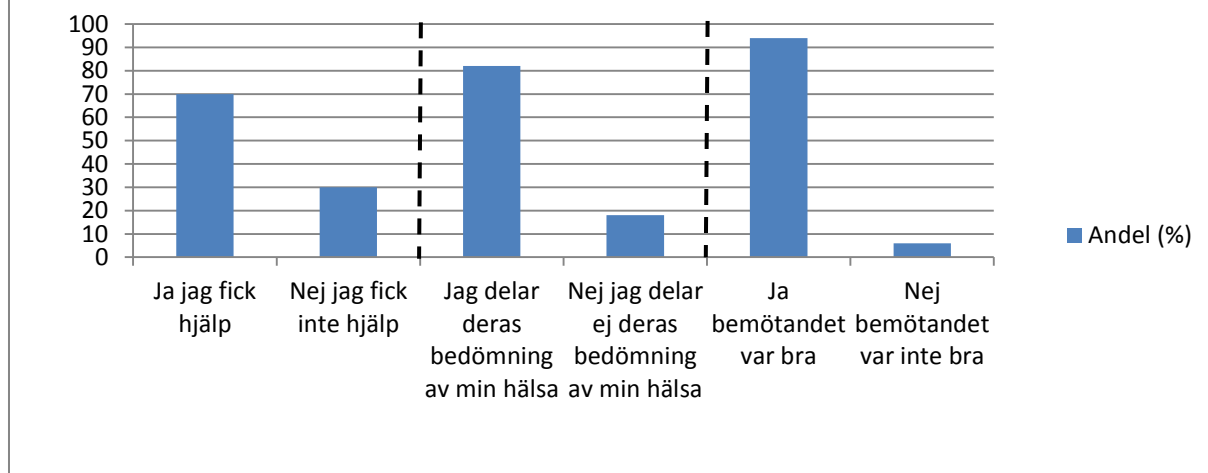


När det gäller variablerna ”fick hjälp” och ”delar bedömningen” i figur 32 är ca 40 procent av deltagarna kritiska till Försäkringskassans bedömning av deras hälsa och deras insatser. Däremot ligger variabeln ”bemötande” på nästan på samma höga nivå som för Hälso- och sjukvården. Den ligger något över de 73 procent som Müssener m.fl. 2008 uppmätte för hela riket. (Se den prickade linjen i figuren!).

Kontakterna med Arbetsförmedlingen (figur 33) speglar mera av samsyn. Hela 84 procent av deltagarna uppger att de delar Arbetsförmedlingens bedömning av deras hälsa.

Däremot är 30 procent kritiska till att de inte får hjälp av Arbetsförmedlingen (figur 33). När det gäller bemötandet ligger det på en hög nivå. Det uppfattas av 94 procent av deltagarna som bra.

### Figur 33. Mötet med Arbetsförmedlingen



Formellt sker vid utslussningen ett fyra-parts-samtal som markerar att deltagaren slutar projektet och att den handläggare som hänvisade honom eller henne till MedUrs övertar ansvaret för den fortsatta handläggningen. Deltagarens närvaro markerar att han eller hon har ett eget ansvar för sin situation och för vidmakthållandet av resultatet efter MedUrs. Denna överlämning är en del av de processer som inletts med motivationsfasen inom MedUrs och som avslutas med rehabiliteringens sista fas. (Bülow & Ekberg 2009)

Det framgår att deltagarna har förtroende för de myndigheter och vårdgivare som hänvisade dem till MedUrs. De uppfattas som en självklar del av projektets stödstruktur för deltagarna, både under rehabiliteringen och efter denna. Inom MedUrs konstrueras jämte de formella stödstrukturerna baserade på myndigheter även informella sociala nätverk av relationer till närstående, släkt, vänner och relationer på arbetsplatsen.

Även deltagande i fritidsaktiviteter bidrar till dessa stödjande struktur. Fritidsaktiviteter har ur ett socialpsykologiskt perspektiv mycket gemensamt med Jahodas beskrivning av arbetslivets latent funktioner. Det bidrar till att ge:

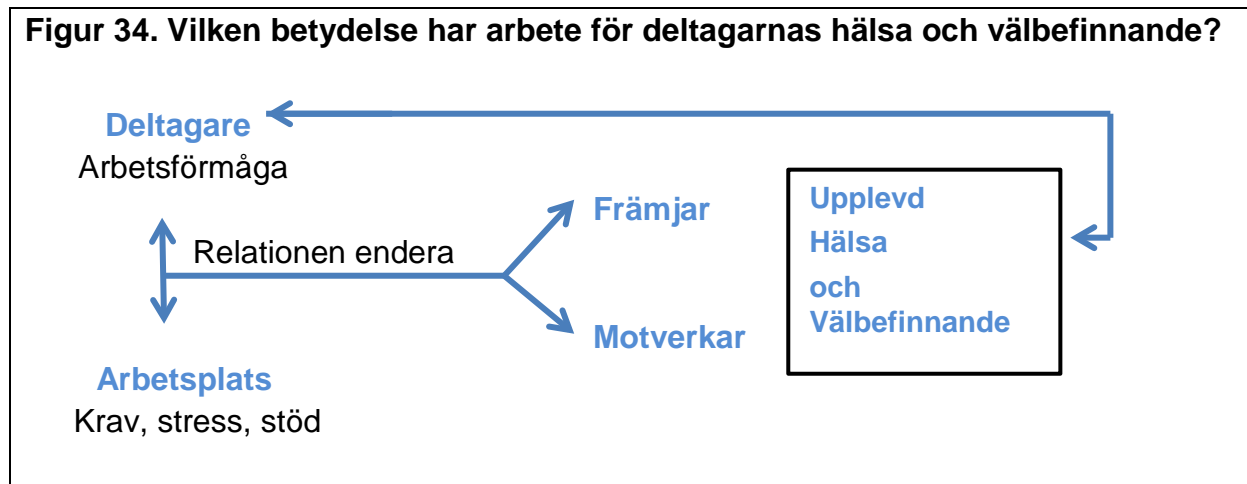
- Struktur åt vår vakna tid
- Sociala kontakter utanför familjen
- Mål och avsikter förankrade i en större gemenskap
- Personlig identitet och status
- Regelbundna aktiviteter

## 6.10 Sammanfattning

Waddell och Burton (2006) redovisar i sin genomgång av forskningen att arbete och återgång till arbete är positivt för de flesta deltagare. Om arbetet bidrar till hälsa och välmående beror dock både av deltagarens arbetsförmåga och av kraven och stressen på arbetsplatsen samt

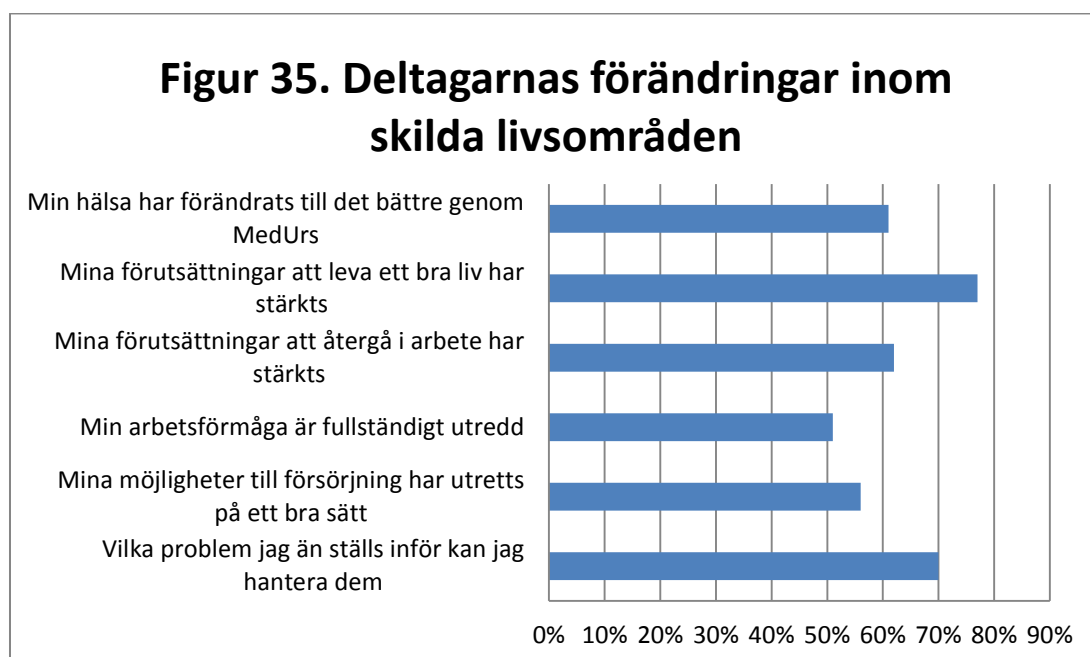
vilket stöd den anställde erhåller. (Figur 34). Det är således relationen mellan deltagarens arbetsförmåga och arbetsplatsens krav som avgör om arbetet främjar eller motverkar hälsa och välbefinnande.

**Figur 34. Vilken betydelse har arbete för deltagarnas hälsa och välbefinnande?**



Ur det perspektivet är återgång till arbete för flertalet deltagare något positivt så länge som arbetsplatsens krav inte överstiger deltagarens arbetsförmåga. Skulle arbetskraven däremot överstiga arbetsförmågan leder arbete inte till hälsa och välbefinnande. Att som många kvinnor i projektet bedömts varaktigt sakna arbetsförmåga och tillerkännas sjukersättning behöver således inte utesluta möjligheterna att skapa ett bra liv. Det innebär dock att möjligheterna till detta begränsas. En mer flexibel arbetsmarknad som medgav att även personer med nedsatt arbetsförmåga kunde inkluderas, skulle förändra detta. Kanske skulle fler projekt inriktas på detta?

**Figur 35. Deltagarnas förändringar inom skilda livsområden**



I figur 35 redovisas hur deltagarna upplever förändringar inom centrala livsområden som hälsa, livskvalitet, arbete, försörjning och inställning till sina möjligheter att hantera framtida

utmaningar. Flertalet uppfattar att förändringarna är positiva, att hälsan förändrats till det bättre under tiden i MedUrs och att förutsättningarna att leva ett bra liv stärkts för drygt tre fjärdedelar. Arbetsförmågan är utredd och förutsättningarna att återgå i arbete upplevs ha ökat. Möjligheterna till försörjning har vidare utretts. Deltagarnas självförtroende har ökat och 70 procent uppger att de kan hantera alla problem de ställs inför.

### **Sjukskriven, utan arbete, med känslor av upplevd skam och ekonomisk utsatthet är en betydande hälsorisk och ett hinder för rehabiliteringen**

Allt är dock inte lika positivt. Det finns strukturella förhållanden som utgör hinder för en framgångsrik rehabilitering. Det som många deltagare menar påverkar livskvaliteten negativt är försämringen av privat- och hushållsekonomin. Drygt 80 procent av deltagarna upplever att privatekonomin är mycket sämre eller sämre än för andra grupper i samhället. Känslan av att på grund av försämrade ekonomi vara utlämnad till andras välvilja tär på självkänslan. Även tillgången till sparkapital är för många deltagare uttömda efter långdragna sjukskrivningar. Det är 60 procent av deltagarna som uppger att de saknar en ekonomisk buffert för oförutsedda utgifter.

Arbetslöshet och försämrade ekonomi bidrar för några till känslor av skam. Det uppges vara vanligare bland män än kvinnor. En sannolik orsak är att män är mera utsatta än kvinnor för könsstereotypa uppfattningar om män som familjeförsörjare. Med stöd av tidigare forskning (Rantakeisu 2002; Rantakeisu m.fl.1997) uppmärksammas att känslor av skam i kombination med ekonomisk utsatthet utgör en betydande hälsorisk och ett hinder för rehabiliteringen.



# Kapitel 7. Följsamhet till andras uppfattning ett hot mot rehabiliteringen

---

*I utvärderingen undersöker vi i vilken omfattning deltagarna är alltför följsamma till myndigheternas och vårdens uppfattning av deras situation. Deltagarna verkar i hög grad anpassa sig till Hälso- och sjukvårdens, Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens bedömningar av deras situation, men av utvärderingen framgår att även närståendes åsikter har visst genomslag. Att följsamheten är störst till Hälso- och sjukvårdens bedömning av deltagarnas situation stämmer väl överens med förväntningarna. Tilltron till Hälso- och sjukvården är stor hos allmänheten.*

Vi introducerar i rapportens början begreppet ”compliance” som förr används inom medicinen för att beteckna en patients följsamhet till sjukvårdens råd och anvisningar. Begreppet som först används i militära sammanhang har sitt ursprung i latinets complire som ungefär betyder lydnad eller att hålla ett löfte. Begreppet hamnar i vanrykte inom vården för dess beordrande tonfall och ersätts av andra begrepp som adherence<sup>10</sup>. (Aronson m.fl. 2007) I det här sammanhanget används begreppet compliance för att analysera i vilken omfattning deltagarna är ”överdrivet följsamma” till myndigheternas och vårdens uppfattning av deras situation. Ett förhållande som riskerar att undergräva deltagarnas ansvarstagande för sin rehabilitering.

## 7.1 Ställföreträdande kontroll som vilar på andras kompetens och välvillighet

Överdriven följsamhet och anpassning till andras bedömning av den egna situationen beskrivs av Bandura (1997) som överlåtelse av kontrollen av sitt välbefinnande till andra. Istället för att sträva efter egen kontroll över välbefinnande och säkerhet överlämnas detta till andra. De förväntas utöva en form av ställföreträdande kontroll. Att på detta sätt tillfälligt lägga över ansvaret för sitt välbefinnande på betrodda och kunniga ställföreträdare kan bidra både till avlastning och till en viss trygghet. Vid långvarig sjukdom blir situationen en annan. Den ställföreträdande kontrollen överlämnas vid långvariga sjukdomsperioder till priset av en sårbarhet som följer av att kontrollen över välbefinnandet vilar på andras kompetens, makt och välvilja.

Tecken på överdriven följsamhet eller compliance kan för deltagarna i Medurs ta sig uttryck i att de söker trygghet i överlämnandet av allt ansvar för sin hälsa och rehabilitering till

---

<sup>10</sup> Efterhand kom både adherence och compliance att uppfattas som alltför beordrande. Detta ledde till att man 1997 i Storbritannien utvecklade begreppet concordance som snarare är menat att innefatta hela kommunikationen och samarbetet mellan vårdgivare och patient än bara på hur väl patienten följer en behandlingsplan. I detta begrepp förhandlar man sig fram till en behandling gemensamt.

Försäkringskassan, Hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen. Det kan få till följd att de upplever sig som objekt och föremål för Försäkringskassans regelverk och deras bedömning av rätten till sjukskrivningar, för Arbetsförmedlingens prioriteringar och Hälso- och sjukvårdens val av insatser. Deras hälsa och rehabilitering blir något som hanteras av andra. De riskerar att på sikt utveckla ett beroende av de myndigheter och vårdgivare som erhållit den ställföreträdande kontrollen över deras liv. Ett beroende som utlöser självförsvagande tankar och en ”illusorisk inkompetens” som undergräver deltagarnas Self- Efficacy och deras tillit till den egna förmågan att hantera tillvaron.

## 7.2 Deltagarnas följsamhet till andras uppfattning

I utvärderingen undersöker vi i vilken omfattning deltagarna är överdrivet följsamma och beroende av myndigheternas och vårdens uppfattning av deras situation. Deltagarna verkar i hög grad anpassa sig till Hälso- och sjukvårdens, Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens bedömningar av deras situation, men även närståendes åsikter har visst genomslag. Att följsamheten är störst till Hälso- och sjukvårdens bedömning av deltagarnas situation stämmer väl överens med förväntningarna. Hälso- och sjukvården åtnjuter i allmänhet stort anseende hos befolkningen. Deltagarnas följsamhet till Arbetsförmedlingens bedömning av deras situation ligger även den på en hög nivå. När det gäller Försäkringskassan uppger nära 60 procent att de helt eller delvis delar deras inställning. Det verkar således som om vården och expertsystemen har stort inflytande på deltagarna och att de anpassar sig efter deras bedömningar.

**Tabell 36. Deltagarnas följsamhet till Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Hälso- och sjukvården.**

	Delar du Försäkringskassans bedömning av din situation	Delar du Arbetsförmedlingens bedömning av din situation	Delar du Hälso- och sjukvårdens bedömning av din situation
Instämmer helt	29 %	46%	53 %
Instämmer delvis	29 %	36 %	39 %
Tar delvis avstånd	16 %	9 %	8 %
Tar helt avstånd	26 %	9 %	0 %
Summa	100 %	100 %	100 %

Deltagarnas följsamhet till myndigheter och vårdgivare ligger på en förhållandevis hög nivå när det gäller Hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen. När det gäller Försäkringskassan ligger den något lägre. Av tabell 36 framgår att 92 procent av deltagarna

instämmer helt eller delvis i Hälso- och sjukvårdens bedömning av deras situation, och att 82 procent instämmer i Arbetsförmedlingens bedömning och 58 procent i Försäkringskassans bedömning. Andelen deltagare som uppger att de instämmer helt eller delvis i närståendes syn på deras situation ligger på 69 procent.

### 7.3 Empowerment, egen kontroll och ökad självkänsla

Sjukdom är en kroppslig och personlig upplevelse men den har också en social innebörd. Bandura beskriver tillägnandet av en sjukroll som en inlärningsprocess där den som insjuknar övertar och lär in omvärldens sätt att se på sjuka personer genom att spegla sig i andras uppfattningar. Sjukrollen innebär, enligt Öhrn (2000), att den som insjuknar överlämnar sig till Hälso- och sjukvårdens och myndigheternas auktoriteter och experter. Dessa blir vägvisare och guider när det gäller utformningen av sjukrollen. De är inte ensamma om detta, även andra som anhöriga och vänner bidrar till inläringen av beteendet som sjuk. Myndigheternas och vårdens auktoriteter har dock en särställning genom att de tillskrivs kunskap och förmåga att erbjuda lindring även vid livslånga sjukdomsförlopp. Att överlämna kontrollen av sitt liv tillfälligt till dessa kan ses som ändamålsenligt genom den trygghet det skapar i en akut situation. Att göra det över längre tid är däremot riskabelt.

Det kan framstå som rationellt att utveckla en complianceinriktad anpassning till vårdens och myndigheternas expertsystem vid insjuknandet och under kortare sjuktillfällen. Vid många av det moderna samhällets kroniska sjukdomstillstånd riskerar dock compliance att leda in i en passiv sjukroll och ett beroende av myndigheter och vårdgivare. Med tanke på samhällets normer att vara frisk, ha en hälsosam livsstil, arbeta och göra rätt för sig riskerar en passiv sjukroll att utlösa känslor av skam över att vi inte förmår leva upp till det som förväntas av oss. Vi diskuterar betydelsen av detta i ett senare kapitel.

Ett sätt att återta kontrollen över situationen kan vara att överge en complianceinriktade copingstrategi och ersätta denna med en Aktiv handlingsstrategi präglad av egenmakt och empowerment. Vägen dit går i rehabiliteringen över att deltagarna redan från början ges inflytande över rehabiliteringens inriktning och genomförande. Deltagande i besluten om rehabiliteringen och ansvarstagande för denna kan ses både som ett demokratiskt mål och en metod i rehabiliteringen. (Warr 1987; Ife 2002)

#### **Deltagarnas val av strategier påverkar utfallet**

En strävan i MedUrs är att deltagarna ska aktivera sig och delta i planering och genomförande av rehabiliteringen. I kapitel 4 noteras att mer än hälften av deltagarna medger att MedUrs bidrar till att de blivit mer medvetna om olika vägar att nå sina uppsatta mål. Det innebär ett synliggörande av deltagarnas olika handlingsstrategier för sitt deltagande i projektet. De kan indelas i en *Resignerad handlingsstrategi* som omfattar 44 procent av deltagarna. Målet för dem är att skapa en så dräglig tillvaro som möjligt utan att arbete måste ingå. Inställningen kan bero på uppgivenhet inför utsikterna att få ett arbete. Den *Aktiva handlingsstrategin* omfattar 33 procent av deltagarna. Den utgår från att deltagarna är aktiva och själva håller sig

informerade om vad som händer på arbetsmarknaden och knyter egna kontakter med tänkbara arbetsgivare. *Strategin för lokalt rotade* är utvecklad av deltagare som är beredda att ta vilken anställning som helst som hälsan medger, bara de kan bo kvar på bygden. För dem ligger tryggheten för hälsan och deras situation i att bo kvar. Den *Nyförretagande strategin* kan väljas både av deltagare som önskar starta eget företag och av dem som i avsaknad av alternativ ser detta som en sista utväg. Slutligen identifieras en *Kompetenshöjande strategi* som har stöd bland deltagare som ser utbildning och egen kompetensutveckling som en förutsättning för att stärka sin ställning på arbetsmarknaden. Denna strategi kan kombineras med andra strategier. Studier kan ju både vara ett sätt att kunna bo kvar och ett sätt att öka sin anställningsbarhet. Den Resignerade och den Aktiva handlingsstrategin dominerar bland deltagarna. I figur 37

**Figur 37 Jämförelse mellan deltagarnas val av strategier för sin rehabilitering**

	Anhängare till en Resignerad handlingsstrategi	Anhängare till en Aktiv handlingsstrategi
Vilka var förväntningarna på MedUrs?	Bland förväntningarna ingår arbete för 13 % av deltagarna i gruppen	Bland förväntningarna ingår arbete för 58 % av deltagarna i gruppen
I vilken omfattning har MedUrs bidragit till att stärka deltagarnas ställning på arbetsmarknaden?	56 % av deltagarna i gruppen uppger att deras ställning stärkts	100 % av deltagarna i gruppen uppger att deras ställning stärkts
I vilken omfattning har MedUrs bidragit till deltagarnas hälsa?	31 % av deltagarna i gruppen uppger att hälsan är god	33 % av deltagarna i gruppen uppger att hälsan är god
I vilken omfattning har MedUrs bidragit till att utreda deltagarnas försörjningsförmåga?	31 % av deltagarna i gruppen uppger att försörjningsförmågan är fullständigt utredd	83 % av deltagarna i gruppen uppger att försörjningsförmågan är fullständigt utredd
I vilken omfattning har MedUrs bidragit till återgång i arbetslivet?	50 % av deltagarna i gruppen uppger att de kan återgå i arbete	92 % av deltagarna i gruppen uppger att de kan återgå i arbete
I vilken omfattning har MedUrs bidragit till att stärka förutsättningarna för ett bra liv?	69 % av deltagarna i gruppen uppger att deras förutsättningar stärkts att leva ett bra liv	100 % av deltagarna i gruppen uppger att deras förutsättningar stärkts att leva ett bra liv
Self-Efficacy (genomsnittlig nivå för respektive grupp)	24,5 poäng för gruppen (lägre än för genomsnittet om 26,8 för samtliga deltagare)	27,8 poäng för gruppen (högre än för genomsnittet om 26,8 för samtliga deltagare)

görs en jämförelse mellan anhängarna till dessa båda handlingsstrategier. När det t.ex. gäller ålder, utbildningsbakgrund och längden av sjukskrivningsperioderna föreligger inga

skillnader, men i övrigt noteras stora skillnader. Av sammanställningen i figur 37 framgår att det finns skillnader avseende förväntningarna på MedUrs där deltagare med en Aktiv handlingsstrategi i större omfattning förväntar sig arbete som resultat av rehabiliteringen. Anhängare av en Aktiv handlingsstrategi uppger vidare att MedUrs bidragit till att deras ställning på arbetsmarknaden har stärkts, att förmågan till försörjning blivit fullständigt utredd hos 83 procent av anhängarna, samt att nästan alla anhängare (92 %) upplever att de kan återgå i arbete. Samtliga anhängare av en Aktiv handlingsstrategi uppger att MedUrs stärkt deras förutsättningar att leva ett bra liv.

***Mentorerna stöder deltagarna att ersätta compliance och passiv anpassning, till vårdens och myndigheternas bedömningar, med egenmakt och kontroll av rehabiliteringen, genom medverkan till en samarbetsallians med individuella mål för deltagarnas rehabilitering.***

Även om den största andelen deltagare som bedömer att de kan återgå i arbete kommer ur anhängarna till en Aktiv handlingsstrategi kommer de även från övriga grupper med andra handlingsstrategier. För deltagare som upplever sig sakna förmåga till arbete har en bredare målbild gjort att det funnits något att sträva efter även för dem. Det kan vara att komma i bättre form, förbättra konditionen och hälsan, komma igång och utveckla en ny aktiv livsstil, få sin situation och möjligheter till försörjning bättre utredd och på sikt uppnå en ökad livskvalitet. För några har denna motivation lett till arbete eller utbildning, även om detta inte ingick i målsättningen från början.

Avsaknad av arbetsförmåga och av lämpliga arbetsplatser gör dock att motivationen till arbete eller utbildning inte alltid infrias. Det gäller även deltagare med en Aktiv handlingsstrategi – saknas arbetsförmågan och ingen arbetsgivare är villig att erbjuda en anställning begränsas möjligheterna till en tillvaro utan lönearbete.

# Kapitel 8. Skam eller upplevd gemenskap konsekvenser av att sakna arbete

---

*I detta kapitel undersöks i vilken omfattning deltagarna i MedUrs upplever skam för att de på grund av långvariga sjukskrivningar står utanför arbetsmarknaden, och vilka konsekvenser skamkänslorna i så fall har för deras rehabilitering. Diskussionen tar sin utgångspunkt i en studie gjord av Hagström 1988 som visar att skam och andra konsekvenser av att stå utanför arbetsmarknaden delvis beror av kulturella och demografiska förhållanden. Samhällen som präglas av långvarig arbetslöshet och nära relationer mellan invånarna reagerar inte med samma avståndstagande gentemot arbetslösa som storstäderna. Ett resultat som gör det relevant att fråga i vilken omfattning det går att utveckla en tillvaro utan arbete, men baserad på andra värden som vänner, miljön och fritidsaktiviteter. Ett handlingsalternativ för deltagare som uppger att de inte vill eller kan flytta från Skellefteå.*

I en studie från 1988 visar Hagström att omgivningen reagerar olika på personer som står utanför arbetsmarknaden beroende på om de bor i Stockholm och Örebro jämfört med om de bor i Vilhelmina. Medan det i städerna ofta leder till social isolering och utanförskap är konsekvenserna inte lika ödesdigra i glesbygden. Hagström visar att det på den tiden fanns en utbredd förståelse i Vilhelmina för att arbetslöshet kunde drabba vem som helst. Det sågs inte som uttryck för lättja eller personliga problem. Ofta var de som var arbetslösa lika delaktiga som andra i byns sociala umgänge och de hade ofta ett lika rikt fritidsliv. Situationen i Vilhelmina för mer än tjugo år sedan kan dock knappast jämföras med dagens situation i den expansiva kuststaden Skellefteå. Inte minst präglas dagens attityder till personer som står utanför arbetsmarknaden av Arbetslinjen.

De frågeställningar som ska belysas i kapitlet är således:

- I vilken omfattning upplever deltagarna i MedUrs skam över att stå utanför arbetsmarknaden och vilka uttryck tar det sig?
- I vilken omfattning skapar långvariga sjukskrivningar ett handlingsutrymme för den som saknar arbetsförmåga att tillsammans med andra utveckla en alternativ livsstil utan arbete?

## 8.1 Känslan av skam begränsar deltagarnas handlingsutrymme

Kunskaperna om sjukskrivningens samlade effekter på kort och lång sikt är begränsade. Det är en anmärkningsvärd brist, påpekar Alexandersson (2011), med tanke både på samhällets kostnader och på konsekvenserna för enskilda i samband med sjukskrivningarna. När det

gäller enskilda personer kan sjukskrivningar medföra såväl positiva som negativa konsekvenser, t ex vad gäller sjukdom, hälsa, arbetsliv, socialt liv, livsstil och emotionella aspekter. Att bli sjukskriven kan sannolikt ses som något eftersträvansvärt för den som mår dåligt och upplever sig inte längre kunna hantera arbetslivets krav. En tvärsnittsstudie av 88 kvinnor som varit sjukskrivna eller förtidspensionerade under perioden 1994 till 1996 under mer än två månader visade att sjukskrivningen upplevts som en befrielse från arbetet, men att den efter en period ger upphov till nya problem på grund av inaktivitet och isolering. Detta i sin tur bidrar till upplevelser av smärta, rastlöshet, stress, nedstämdhet och en tendens att fastna i en negativ sjukroll. En av de negativa effekterna var upplevelse av skam.

Scheff (1990) menar att skam är den mest sociala av alla relationer. Den bygger på vår föreställning av hur andra uppfattar oss. Skamkänslor uppkommer ur upplevelsen av att förlora anseendet eller gillandet hos personer som är betydelsefulla för oss. Skamkänslor utlöses av den självkritik och den ångest som detta innebär. Arbetslinjen förstärker genom sin normativa framtoning skammen över att stå utanför arbetsmarknaden och vara beroende av samhällets stöd. I den vulgärdebatt som åtföljde Arbetslinjen utmålades de som uppbär olika former av ekonomiskt stöd som personer som inte drar sig för att ”ligga andra till last”, eller genom bedrägerier utnyttja systemet. Skriverierna förstärker upplevelsen av att det är skamfyllt att vara beroende av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller Socialtjänsten.

Av utvärderingen framgår att känslan av skam åtföljs av tendenser till ökad social isolering. Det är svårt för den som upplever skam att delta i socialt umgänge och aktiviteter. De av MedUrs deltagare som främst drabbas verkar vara män med långa sjukperioder.



Av figur 38 framgår att av samtliga deltagare medger 26 procent att de ofta eller ibland upplever att andra kommenterar eller tittar ifrågasättande på dem för att de deltar i fritidsaktiviteter när de var sjukskrivna. Denna känsla av ifrågasättande påverkar deltagarnas agerande. Särskilt män verkar ha en tendens att begränsa sitt umgänge och sina aktiviteter. Det är dock bara ett fåtal som är villiga att medge detta. De flesta svarar enligt normen att man inte ska ta intryck och styras av andras reaktioner.

Hela 94 procent instämmer helt eller delvis i påståendet: ”Min uppfattning är att det inte finns någon anledning att dölja för andra att man råkar vara sjukskriven eller arbetslös”.

Uppmärksammar frågorna istället deltagarnas erfarenheter av att ha tvekat inför att ta kontakt med andra enbart för att slippa förklara att han eller hon var sjukskriven blir svaren andra. Av figur 39 framgår att 22 procent medger att det hänt ofta eller mycket ofta. Ytterligare några (17 %) medger att det hänt någon gång.



Det är värt att notera att män jämfört med kvinnor verkar vara mer observanta och känsliga för omgivningens reaktioner på deras arbetslöshet. Görs en uppdelning av svaren efter kön framgår att 37 procent av männen upplever att andra tittar ifrågasättande på dem om de deltar i fritidsaktiviteter när de är sjukskrivna. Det kan jämföras med att 23 procent av kvinnorna upplever att de ifrågasätts om de deltar i fritidsaktiviteter när de är sjukskrivna. Samma skillnader gäller tvekan att ta kontakt med andra bara för att slippa förklara att man var sjukskriven.

Skillnaderna mellan mäns och kvinnors reaktioner på arbetslöshet bekräftas av andra studier. Känslan av skam över att stå utanför arbetsmarknaden har belysts av bl.a. Ulla Rantakeisu (2002). Hon redovisar i en avhandling från Göteborgs universitet att män redovisar fler erfarenheter av skam på grund av arbetslöshet än kvinnor. Rantakeisu kopplar detta till traditionella uppfattningar om män som försörjare.



Män framstår också jämfört med kvinnorna som mer ensamma. Deras kontakter med vänner utanför familjen låg jämfört med kvinnorna i projektet på en lägre nivå. Männerna i MedUrs skiljer sig även på andra sätt från kvinnorna i MedUrs. Det är t.ex. dubbelt så vanligt med sömnstörningar bland männen jämfört med kvinnorna i MedUrs. Inslagen i projektet med avslappningsövningar och social samvaro har därför stort värde för männen.

Det avspända förhållande till arbetslöshet som Hagström beskriver i Vilhelmina 1988 verkar ha föga gemensamt med deltagarnas situation i dagens Skellefteå. Särskilt bland männen är känslor av skam vanliga bland deltagare som är arbetslösa. Skam i kombination med försämrade ekonomiska förhållanden antas även påverka hälsan. Mycket talar för att upplevd skam i kombination med försämrade ekonomiska villkor bidrar till att försämra deltagarnas hälsa och motverka deras rehabilitering. Rantakeisu redovisar att det är vanligare med ohälsa bland dem som upplever skam på grund av arbetslöshet. De som har erfarenhet av skam i kombination med långtgående ekonomisk deprivation har också mer psykiska problem och försämrad hälsa jämfört med andra långtidssjukskrivna eller arbetslösa (Rantakeisu, Starrin & Hagquist 1997; Jönsson 2003). Det kan handla om det mesta alltifrån depressioner till stressrelaterade psykosomatiska besvär som magont, sömnsvårigheter och nedstämdhet (Angelin & Salonen 2004).

## 8.2 Fritidsaktiviteter inslag i rehabiliteringen eller alternativ livsstil för dem befinner sig utanför arbetsmarknaden

Att fritidsaktiviteter är ett bra inslag i en arbetslivsrelaterad rehabilitering har vi visat i ett tidigare kapitel. Vi har även argumenterat för att risken att passiveras är stor vid längre sjukskrivningar. Ju längre sjukskrivningarna är desto viktigare verkar ett brett utbud av insatser vara för utfallet av rehabiliteringen. Vid längre sjukskrivningar är det, enligt McIntosh m.fl. (1995), viktigt att ha en ansats som inte enbart syftar till symptomreduktion utan inriktar sig på deltagarnas hela situation. Fritidsaktiviteter bidrar i likhet med arbete till att strukturera vardagen och ge denna ett innehåll. Vissa fritidsaktiviteter kan även erbjuda identiteter och roller som ger ett visst anseende.

Det finns exempel på forskning som uppmärksammar möjligheten för dem som står utanför arbetsmarknaden att utveckla alternativa livsstilar utan lönearbete. Hagström pekar på hur fritidsaktiviteter som jakt och fiske kan ses som inslag i en alternativ manlig livsstil i Vilhelmina på 1980-talet. Vi redovisade i ett tidigare kapitel resultat från en studie av en grupp metallarbetare (Berglind 1988) som förlorat arbetet och fått försämrad ekonomi, men som trots detta tycker sig ha vunnit annat som bidragit till ökat välbefinnande och bättre livskvalitet. Bland deltagarna finns stöd för liknande resonemang. Det är 56 procent som instämmer helt eller delvis i påståendet att deras möjligheter till ett bra liv inte är beroende av att de har ett arbete.

Vi menar som utvärderare att både Hagströms och Berglinds resultat bidrar till att ge en alltför glättad bild av arbetslösheten. Vi betonar att vare sig befolkningen i Vilhelmina på 1980-talet eller metallarbetarna i Berglinds studie *valde* en alternativ livsstil utan lönearbete. Deras val

gjordes utifrån ett strukturellt *nödvtång* som tvingade dem att ge sin tillvaro en annan riktning. Det gäller även situationen för flertalet deltagare i MedUrs. Även om erfarenheten av arbete för 59 procent är att de sällan eller aldrig hade ork över till annat när de kom hem från arbetet eller praktiken är det arbete som hägrar för de flesta. Att ha ett arbete är viktigt men verkar den möjligheten stängd återstår att försöka göra det bästa av de förutsättningar som föreligger. Det behöver dock inte betyda att man gett upp hoppet om arbete. Även bland deltagare med en resignerad och uppgiven handlingsstrategi fanns det deltagare som upplever att deras förutsättningar att återgå i arbete stärkts.

Deltagarna ställs även inför andra former av nödtvång. Det gäller lokalt förankrade personer som kan tvingas *välja* mellan arbete och att flytta. För deltagare med en Handlingsstrategi för lokalt rotade personer kan det innebära att de lokala banden till människor, lokala vanor, natur och miljö ställs mot arbete. För de 14 procent av deltagarna som ansluter sig till denna strategi är det allra viktigaste med rehabiliteringen att denna bidrar till att de får bo kvar i Skellefteå. Sannolikt är det fler deltagare som är lokalt rotade även om de inte valt handlingsstrategier som prioriterar detta. Det är t.ex. endast 3 procent av samtliga deltagare som säger sig vara beredda att flytta över tio mil om de erbjöds ett arbete, och ytterligare 17 procent som anger att de kanske skulle vara beredda att överväga det. De som överväger detta har ofta bott i Stockholm eller andra storstäder tidigare, och kan tänka sig att flytta tillbaka.

Det finns likheter med Hagströms beskrivning av situationen i Vilhelmina och situationen i dagens Skellefteå. Det gäller styrkan i de sociala banden till miljön, livsbetingelserna och människorna på orten. Många deltagare ingår som framgång av det tidigare i informella nätverk med nära relationer och socialt utbyte av tjänster och omsorger. De ställer upp för andra när det behövs och de förväntar sig att andra är beredda att göra det samma för dem. Många är genom sin livsform rotade i bygden. De bor tillsammans med partner (54 %) och barn (30 %) och de har nära till vänner och anhöriga. Nära en tredjedel uppger att de träffar och umgås med dessa varje vecka.

Att bo kvar i Skellefteå innebär vidare för många med vacklande hälsa en viss trygghet genom att de kan upprätthålla invanda kontakter med myndigheter och vårdgivare. En deltagare i drygt femtio års ålder beskriver hur boendet för henne betyder en tryggad ålderdom:

*Jag bor i ett hus som jag ser som min pensionsförsäkring. Jag har planerat att vara skuldfri när jag går i pension. Dessutom mår jag bra där, så det har med hälsan att göra också.*

Deltagare 50 till 55 år

När människors försök att förhålla sig till arbetslöshetens konsekvenser beskrivs på det sätt som Hagström och Berglind gör döljs de strukturella förhållanden på arbetsmarknaden som tvingar fram deras handlingar. Uppmärksamheten riktas mot att arbetslösa invånare i Vilhelmina kan ägna sig åt jakt och fiske, och arbetslösa metallarbetare är förnöjda och finner ökad livskvalité utanför arbetsmarknaden. Skildringar kan ha ett visst empiriskt stöd i människors utsagor, men som framförallt skänker ett falskt romantiskt skimmer åt

arbetslösheten och döljer att det i båda fallen ytterst handlar om samhällets oförmåga att ta vara på deltagarnas resurser. De bortser dessutom från arbete som en social rättighet.

### 8.3 Sammanfattning

Hagströms (1988) skildring av situationen i Vilhelmina kan i ett avseende vara relevant för dagens situation i Skellefteå. Deltagarna redovisar starka sociala band till bygden som skapar en samhörighet som få är beredda att frivilligt flytta från. De sociala banden förstärks av deltagarnas behov av trygghet i invanda kontakterna med myndigheter och vårdgivare som är förtrodda med deras situation.

Däremot verkar Hagströms beskrivning av hur arbetslösa i Vilhelmina förr i tiden fann sig tillrätta i en gemenskap utan arbete sakna relevans för flertalet deltagarna i dagens Skellefteå. Uppslutningen kring arbetslinjen gör att vissa deltagare upplever arbetslöshet och långa sjukskrivningsperioder som en källa för skam, och en anledning att begränsa sina aktiviteter och sitt umgänge för att inte riskera att utsätta sig för omgivningens fördömanden. Det förefaller som om män har svårare än kvinnor att värja sig mot dessa känslor av skam. Det förklaras av mäns utsatthet för könsstereotypa uppfattningar av män som familjeförsörjare.

Med stöd av tidigare forskning uppmärksammas känslor av skam i kombination med ekonomisk utsatthet som en betydande hälsorisk och ett hinder för rehabiliteringen. (Rantakeisu 2002; Rantakeisu m.fl.1997; Jönsson 2003)

# Kapitel 9. Balans mellan inriktningen på metodernas och mentorernas betydelse

---

*I kapitel 9 diskuteras hur projektteamen inom Urkraft respektive Medlefors folkhögskola ser på erfarenheterna av utvärderingen och på möjligheterna att utveckla en evidensbaserad projektpraktik. Utvärderingen uppmärksammar även skilda utfall av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen mellan olika mentorer. Även om skillnaderna inte är säkerställda finns det annan forskning som pekar på riskerna med en alltför ensidig betoning av metoder och metodutveckling. Det kan skymma att andra förhållanden som är relaterade till mentorernas personliga förhållningssätt och deras förmåga att knyta an till deltagarna har minst lika stor, kanske rentav större betydelse än valet av metoder för utfallet av rehabiliteringen.*

I detta kapitel argumenteras inledningsvis för etableringen av en evidensbaserad praktik utifrån erfarenheterna av utvärderingen av MedUrs. I kapitlets senare del uppmärksammas mentorernas betydelse för rehabiliteringens resultat. Det betonas att det ofta är minst lika viktigt vem som gör något som i vilken utsträckning metoderna denne använder är evidensbaserade. En evidensbaserad praktik är dock en förutsättning för att lära både av det andra gör och av det egna arbetet. I Storbritannien finns etablerade system för detta inom välfärdssektorn. Det innefattar stöd till implementeringen av evidensbaserad praktiker i organisationerna och till tjänster med uppgift att hålla sig uppdaterade om forskningsläget.

I Sverige sker efter förbild från Storbritannien etableringen av evidensbaserade praktiker inom socialtjänsten och andra näraliggande områden<sup>11</sup>. Nationella distansutbildningar anordnas för att stödja utvecklingen. Inom hälso- och sjukvården har strävan efter evidens sedan länge en stark ställning även om den främst är begränsad till utbildningen av läkare och sjuksköterskor samt vissa andra kategorier. (Socialdepartementet 2008) Det betonas att det saknas kunskap om metoder för arbetslivsrelaterad rehabilitering (Hensing & Peterson, 2009). Vi kan anta att intresset främst gäller metoder som framstår som lovande och som har stöd i evidens.

En uppgift för utvärderingen av MedUrs var att knyta projektet till aktuell forskning och relevant teoribildning. Erfarenheterna är positiva och de talar för att satsningen på evidensbaserad praktik borde innefatta även ideella aktörer som Medlefors folkhögskola och Urkraft. Deras betydelse för utvecklingen av välfärden framstår redan idag som betydande, och den kommer sannolikt att öka genom engagemang i olika projekt.

## **Förslag**

Ett förslag skulle vara att ESF-rådet stöder implementeringen av en ”evidensbaserad projektpraktik” i de projekt som beviljas medel. De konferenser för lärande och erfarenhetsutbyte som arrangeras mellan projekten framstår som steg i rätt riktning.

---

<sup>11</sup> SOU 2008:18 Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren, presenterades i februari 2008.

## 9.1 Evidensbaserad praktik

MedUrs har ambitionen att erfarenheter från projektet ska bidra till kunskapstillväxten om arbetslivsrelaterad rehabilitering. Redan i projektplanen anges hur utvärderingen är tänkt att bidra till detta genom att knyta projektets erfarenheter och resultat till tidigare forskning och beprövad erfarenhet. Begreppet "beprövad erfarenhet" är omstritt och kritiseras för att det framstår som oklart var gränsen går för att erfarenheterna ska uppfattas som "beprövade" och vems "erfarenheter" som avses. Begreppet används trots kritik i olika sammanhang.

När lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område år 2011 ersätts av patientsäkerhetslagen behölls begreppet "beprövad erfarenhet". Vi menar att användandet av begreppet evidensbaserad praktik väl täcker in vad som brukar avses med "beprövad erfarenhet".

### Vad är evidensbaserad praktik?

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) beskriver *evidensbaserad vård* som en medveten och systematisk strävan att bygga vården på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens). *Evidensbaserad praktik är ett vidare begrepp som visserligen innebär att besluten byggs på bästa tillgängliga vetenskapliga resultat, men bara som komplement till annan kunskap, och i samråd mellan berörda patienter och vårdpersonal.* Socialstyrelsen publicerar år 2012 en handbok som bygger på erfarenheter från Storbritannien och arbetet inom Research in Practice's (RiP).

*Bedömning av evidens förutsätter att forskningsresultat kompletteras av utvärderingar liknande den som utförts inom MedUrs.* Socialstyrelsen (2012) påpekar att forskningen bara kan ge besked om att en viss insats i genomsnitt är mer effektiv än en annan. Den är dessutom vanligen begränsad till en viss målgrupp. Därför kan egna utvärderingar behövas för att väga in deltagarnas situation, andra erfarenheter och önskemål samt kontextuella förhållanden. Socialstyrelsen skriver i handboken:

*För att arbeta evidensbaserat behöver man granska den egna verksamheten med kritiska ögon. Man behöver också kunskap om var man hittar information om aktuell forskning och forskningsbaserade metoder samt om hur man kritiskt granskar dem. Dessutom behövs tid för reflektion och kritisk granskning av egna erfarenheter. Det är också viktigt att följa upp den egna verksamheten systematiskt. Vad tycker klienterna om de insatser som ges? Har deras situation förbättrats efter genomförda insatser? Slutligen är det nödvändigt att kontinuerligt dokumentera vilken inverkan som forskning, praktikers erfarenhet och expertis samt klienternas erfarenheter och önskemål har haft på utredningar och beslut av insatser.*

(Socialstyrelsen 2012 sid. 12)

All forskning anses dock inte lika tillförlitlig när det gäller att avgöra evidens. I de genomgångar som görs kategoriseras varje enskild studie utifrån sin evidensstyrka. De studier som tillmäts starkast evidens är randomiserade studier med slumpmässiga urval. I dessa använder forskarna sig av kontrollgrupper och fördelar slumpvis deltagarna mellan försöksgruppen som får den insats vars effekt forskarna vill undersöka och kontrollgruppen som inte får den aktuella insatsen. En jämförelse av utfallet mellan försöksgruppen och kontrollgruppen ger besked om insatsen har någon mätbar effekt. För att tala om vetenskaplig evidens behövs ofta ett större antal noggrant genomförda studier. Ofta baseras evidens på forskningsöversikter som redovisar resultatet av en granskning av flera studier.

## 9.2 Rehabiliteringsteamens syn på evidensbaserad praktik

Personalen på Medlefors folkhögskola och Urkraft intervjuas om deras erfarenheter av utvärderingen och dess koppling till evidensbaserad praktik. Intervjuerna begränsas till koordinators och de team som arbetat operativt i projektet. De som intervjuas uppger att de ser positivt på det sätt utvärderingen varit upplagd och på de hänvisningar som gjorts till forskningen. En ur teamet på Medlefors folkhögskola kommenterar utvärderingen:

*”Det har bidragit till att ge djup åt projektet. Det var spännande att lyssna till redovisningen av utvärderingens frågeställningar på konferensen i Stockholm. Utvärderingen av MedUrs skilde sig positivt från de andra utvärderingarna. Jag tycker att alla utvärderingar egentligen borde fungera så här. Det stimulerar till eftertanke och egna funderingar kring projektet.”*

Hos de intervjuade deltagarna i projektteamerna från Medlefors folkhögskola och Urkraft finns en i grunden positiv inställning till etableringen av en evidensbaserad praktik inom sina respektive organisationer. De organisatoriska förutsättningarna för detta finns enligt intervjupersonerna inom båda organisationerna. Ett hinder skulle möjligen vara traditionen av individuell kompetensutveckling. Någon kollektiv kompetensutveckling baserad på dokumenterade erfarenheter av den egna verksamheten förekommer endast undantagsvis inom Medlefors folkhögskola eller Urkraft.

I efterhand är det uppenbart att antalet tillfällen för reflektion och samtal inom projektet MedUrs skulle ha kunnat utvidgas. Antalet tillfällen när samtliga mentorer var samlade och fokus låg på gjorda erfarenheter blev för få.

Kunskapsutvecklingen inom både Medlefors folkhögskola och Urkraft skulle kunna beskrivas som *organisk*. Den växer fram ur de förutsättningar som råder inom respektive organisation. Nya erfarenheter för med sig impulser som i den praktiska verksamheten konfronteras med andra mer invanda synsätt och metoder. Oftast får de nya impulserna ett begränsat genomslag. Vissa trender kan dock av någon anledning få genomslag i verksamheten, och vid dessa tillfällen riskerar, utan någon egentlig eftertanke, väl fungerande arbetsätt att överges.

De materiella resurserna för utvecklingen av en evidensbaserad praktik finns inom Medlefors folkhögskola i form av bibliotek, tillgång till databaser och personal med kompetens för ändamålet. Möjligen krävs vidareutbildning av nyckelpersoner. Det saknas tradition av att samla utvärderingsrapporter från genomförda projekt för en kumulativ kunskapsstillväxt. Projektverksamheten utgör inte folkhögskolans kärnverksamhet utan är ett komplement till utbildningsverksamheten. Det är därför tveksamt om det finns några egentliga incitament inom Medlefors folkhögskola för att införa en evidensbaserad praktik inom projektverksamheten.

Inom Urkraft finns det inte heller någon tradition av gemensam kunskapsstillväxt. Det skulle i så fall vara i samband med gemensamma studieresor eller vid transnationellt utbyte med andra organisationer. Däremot bidrar den egna verksamheten sällan till ett strukturerat lärande i någon större omfattning. Hinder som åberopas för detta är tid eller pengar. Projektverksamhet är ingen sidoverksamhet inom Urkraft. Den utgör själva kärnverksamheten och den förutsätter fortlöpande inkomster för att Urkraft ska överleva som organisation. Några andra resurser utöver de direkta intäkterna från projektverksamheten finns endast i begränsad omfattning. Det gör att utrymmet för att reflektera kring egna erfarenheter är begränsat. När det sker är det ofta i samband med att någon i organisationen avdelas för att ta fram underlag för nya projektansökningar.

Någon systematisk organisering av rapporter och utvärderingar föreligger inte. Den som söker efter rapporter från tidigare utvärderingar får söka på Internet eller hos flera personer. Inga sammanställningar görs av erfarenheter och synpunkter som återkommer i flera rapporter. Datastödet är väl utbyggt inom Urkraft och skulle kunna användas som stöd för uppbyggnaden av en mer evidensbaserad praktik.

En av de intervjuade på Urkraft menar:

*”Vi kan se av erfarenheterna från detta projekt och utvärderingen att det går att lära sig mycket av den egna verksamheten. Det handlar bara om att dokumentera vad som sker och problematisera detta på samma sätt som inom den gjorda utvärderingen. Vi anade att kopplingen till tidigare forskning skulle vara inspirerande, men vi trodde kanske inte att vi kunde lära så mycket av vad vi gjorde själva.”*

Utvärderingen av MedUrs visar att både Medlefors folkhögskola och Urkraft kan få kunskap genom att systematiskt följa upp de egna deltagarna och analysera materialet. Utifrån en enkät till projektteamen med uppföljande intervjuer (som bygger på Socialstyrelsens rapport 2012) kan konstateras att de anställda hos Medlefors folkhögskola och Urkraft *saknar stöd hos organisationernas belöningsstrukturer* för att bedriva en evidensbaserad praktik. Det *saknas även strukturstöd i form av utvecklingsplaner* både inom Medlefors folkhögskola och Urkraft som anger vilken kompetens organisationen skulle behöva utveckla eller hur de anställda förväntas använda sig av forskningsresultat i arbetet med olika projekt.

De intervjuade ser, trots vissa hinder, positivt på införandet av en evidensbaserad praktik inom den egna organisationen. Förutsättningarna bedöms som goda. Det drivs många projekt som utvärderas. De skulle kunna vara en källa för gemensamt lärande. Resultatet av de utvärderingar som görs skulle kunna diskuteras på interna planeringsdagar och konferenser, efter förebild från utvärderingen. Det händer för övrigt att Medlefors folkhögskola och Urkraft erbjuder studenter, forskarstuderande eller andra att under en termin genomföra studier inom deras verksamhetsområde. Dessa rapporter används inte i någon större utsträckning. De skulle kunna tas bättre tillvara för ett gemensamt lärande.

Det finns både på Medlefors folkhögskola och bland Urkraft anställda som av eget intresse samlar på material från utbildningar, konferenser, tidigare utvärderingar eller studier som ligger gömt och glömt i bokhyllor och dokumentask. Det materialet skulle kunna samlas och bli grunden till ett lokalt bibliotek. Medlefors folkhögskola har, som nämnts tidigare, tillgång till ett bibliotek. Där skulle utvärderingar och relevanta forskningsrapporter kunna förvaras. Det saknas emellertid både inom Medlefors folkhögskola och Urkraft rutiner för hur man gör dessa publikationer sökbara och hur man sprider dem till andra anställda.

#### **Förslag**

En alternativ utveckling på lokal nivå skulle vara att Skellefteå samordningsförbund stöder utvecklingen av evidensbaserad praktik inom verksamheter och lokala projekt i kommunen. Den organisation för samordning och erfarenhetsutbyte som byggts upp framstår som väl lämpad för uppgiften. Det strategiska tänkandet verkar också finnas i organisationen. Det framgick bland annat av slutkonferensen för projektet.

### **9.3 Balans mellan evidensbaserade metoders och mentorers betydelse**

I detta avsnitt ska vi göra ett tvärt kast genom att problematisera ett ensidigt fokus på evidensbaserade metoder och metodutveckling. Vi tar inte avstånd från betydelsen av att sträva efter en evidensbaserad praktik. Arbetslivsinriktad rehabilitering är dock, i likhet med vård och socialt arbete, en komplex verklighet där utfallet inte kan förklaras enbart av valet av metoder. Det rationella dos-respons-tänkande som är förhärskande inom medicinen är inte tillämpligt inom denna komplexa verklighet. Valet av metoder kan inte ensamt förklara utfallet. Det är utöver valet av metoder en rad förhållanden som kan tänkas påverka utfallet i lika stor omfattning. Det viktigaste förhållandet, som för övrigt är väl känt bland praktiker, är betydelsen av relationen mellan deltagare och mentorer eller coacher.

Professor Anders Bergmark hör till dem som varnar för en övertro på evidensbaserade metoder. Han menar att jakten efter evidensbaserade metoder är fruktlös. Fokus borde, enligt hans mening, istället ligga på att undersöka *relationen mellan klient och behandlare och den*



*betydelse den har för behandlingens utfall* (Hasselgren, 2006). Socialstyrelsen (2007) understryker i sina tidigare riktlinjer för missbrukarvården att *behandlingsmetoden i sig* bara utgör 15-20 procent av de förhållanden som man vet påverkar människor i behandling. Ett resultat som överensstämmer med erfarenheterna från utvärderingen av MedUrs.

Behandlareffekter<sup>12</sup> knutna till mentorers eller coaches inställning och bemötande av deltagarna svarar för stor del av resultatet. Vi menar att detta rimligen gäller även för arbetslivsrelaterad rehabilitering. Genom att undersöka skillnader i utfallet för var och en av mentorerna inom MedUrs kunde vi urskilja en viss behandlareffekt. Den var inte relaterad till om man var anställd hos Urkraft eller Medlefors folkhögskola utan till person. Vissa mentorer kan, jämfört med de övriga, rapportera att fler deltagare går vidare till arbete, praktik eller utbildning. Det går dock inte att utesluta att effekten beror av en skev fördelning av deltagare mellan mentorerna. Vissa deltagare kan ha bättre förutsättningar för återhämtning och återgång till arbetslivet än de övriga.

Vi kan däremot konstatera att drygt hälften av deltagarna själva utpekar mentorerna som den främsta anledningen till att deras ställning stärkts på arbetsmarknaden. Liknande resultat rapporteras av Müssner m.fl. (2008) som studerar sjukskrivna personers kontakter med Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården. De kan visa att det väsentliga för långtidssjukskrivna personers återhämtning och återgång i arbete inte är metoderna eller rehabiliteringsprogrammen utan det personliga bemötandet.

En slutsats av vårt resonemang skulle vara att valet av evidensbaserade metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen sannolikt har stor betydelse, men att metoder inte ensamt avgör utfallet. Enligt Bordin (1994) är det avgörande mentorernas förmåga att knyta an och skapa en fungerande samarbetsallians med deltagarna. Det verkar i lika hög grad, om inte i större grad, påverka utfallet av rehabiliteringen. Det som redovisats och som talar för detta är:

- Empiriska belägg i form av noterade skillnader i utfall mellan olika behandlare inom MedUrs, och deltagarnas dokumenterade erfarenheter där 56 procent utpekar mentorerna som avgörande för deras ställning på arbetsmarknaden
- Miller och Rollnick (2002) har visat att behandlaren/mentoren som person gör stor skillnad. Müssner m.fl. (2008) rapporterar att det personliga bemötandet i kontakterna med Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården var avgörande för rehabiliteringen av långtidssjukskrivna.
- Socialstyrelsen (2007) hävdar i sina tidigare riktlinjer för missbrukarvården att interventionen och *behandlingsmetoden i sig* bara utgör 15-20 procent av de förhållanden som man vet påverkar människor i behandling.

---

<sup>12</sup> Vår uppdelning mellan å ena sidan påverkan av metoder och å andra sidan påverkan beroende av "behandlareffekter" bortser från att varje metod har sina inneboende värderingar, synsätt och förhållningssätt som påverkar utformningen av den personliga yrkesrollen.

- Bergmark (2007) och Bordin (1994) som menar att uppmärksamheten vid bedömningen av utfallet av all behandling bör innefatta *relationen mellan klient och behandlare och den betydelse den har för behandlingens utfal.*

En utvärdering av det här slaget ger röst åt den ”erfarenhetsbaserade” kunskap som såväl deltagare inom MedUrs som personalen inom Medlefors folkhögskola och Urkraft utvecklar inom projektet. Vi menar att det är viktigt att synliggöra och ge denna kunskap ett värde.

# Kapitel 10. Rollen som coach vid arbetslivsinriktad rehabilitering

---

*Ett delmål var att utveckla rollen som coach inom MedUrs. Coachens roll begränsas i Norsjövarianten till motiverande och problemlösande samtal en gång i veckan samt ansvar för att deltagarnas individuella planer genomförs på det sätt och i den takt som man kommit överens om. Myndigheter och vårdgivare ansvarar för sina insatser. MedUrs mer utvecklade modell innefattar verksamheter både på Urkraft och/eller Medlefors folkhögskola. Båda varianterna bygger på en kärna av gemensamma värden, och ett antal funktioner som hålls samman inom rollen som coach samt ett antal principer eller riktlinjer för coaching inom arbetslivsinriktad rehabilitering.*

Utveckling av rollen som coach<sup>13</sup> utgör ett viktigt delmål för MedUrs. I kapitlet redovisas två varianter av denna. För att läsaren ska få en sammanhållen beskrivning av rollen som coach har delar tagits med i detta kapitel som redovisats tidigare. I samhället Norsjö utvecklas en variant av coaching som bygger på funktionen som rehabiliteringssamordnare. Utöver att träffa deltagarna för motiverande och problemlösande samtal en gång i veckan innebär arbetet att en individuell handlingsplan för rehabiliteringen upprättas och att denna sedan följs. Deltagarnas positiva inställning till MedUrs variant i Norsjö skiljer sig inte från deltagares inställning till MedUrs mer kompletta variant i Skellefteå. Resultatet skiljer sig inte heller från MedUrs ordinarie variant trots att insatsen är mera begränsad. Norsjö varianten av MedUrs förutsätter dock att berörda myndigheter och ordinarie vårdgivare tar ett större ansvar.

## 10.1 Rollen som coach vid arbetslivsinriktad rehabilitering

I avstämningsrapporten efter mobiliseringsfasen (2010-12-21) beskrivs utvecklingen av en sammanhållen coachningsfunktion som ett av projektets delmål. Coachen följer deltagaren under hela rehabiliteringsprocessen. Vi hävdar att det hade varit önskvärt om coachen följt deltagaren inte bara under rehabiliteringsprocessen utan även en tid efter denna. Det framgår av intervjuerna med deltagarna att det finns en önskan om detta. Uppföljningen skulle enligt det förslaget ha innefattat ett stöd vars omfattning gradvis trappas ned innan det avslutas helt. Den begränsade projekttiden medgav inte detta, men det kan vara ett förslag för framtiden. Ett alternativ som beskrivs längre fram vore att stödet byggs ut på arbetsplatsen efter förebild från Supported Employment/ISA.

---

<sup>13</sup> I detta kapitel används benämningen coach istället för mentor om de anställda inom Medlefors folkhögskola och Urkraft som svarar för de operativa insatserna.

Coachingrollen är en sammansatt roll med olika funktioner, och den växlar mellan rollen som expert som ger råd och en mer lyssnande och stödjande roll. I den stödjande rollen ger coachen stort utrymme för deltagaren att ta egna initiativ och föra sin egen talan. Coachen kan även ha rollen som nätverksbyggare och bidra till att det konstrueras ett stödjande nätverk för deltagare som har behov av det. Ett flertal studier pekar på att det naturliga stödet bidrar till social integration på arbetsplatsen och högre arbetstillfredsställelse jämfört med stöd från mentorer. (Jmfr Antonson 2002; Bond m.fl. 2008; Burns m.fl. 2007)

Ett skäl till att tala om rollen som coach som en sammanhållen roll är att detta bidrar till att synliggöra att rollen inte är ytterligare en specialiserad roll utifrån stuprörslogiken. Den utgår tvärtom från kompetenser sammansatta från flera områden. En coach förväntas behärska flera uppgifter som arbetsplatsanalyser, introduktion av deltagare på arbetsplatsen, klargörande av arbetsuppgifter och utformning av praktikprogram. Det kan handla om att:

- Motivera deltagare och väcka hopp om förändring.
- Ge råd om arbetsliv och studier.
- Sökande efter möjliga arbetsplatser på orten.
- Ta kontakt med närstående för att stödja deltagaren att omförhandla sin situation för att få utrymme för praktik och arbete utanför hemmet.
- Analys av kvalifikationskraven för anställning.
- Analys av deltagarens arbetsförmåga kompetens och färdigheter.
- Matchning mellan praktik eller arbete och deltagare.
- Upprätthålla goda relationer med arbetsgivare.
- Samverkan med Arbetsförmedling och Försäkringskassa kring insatserna.

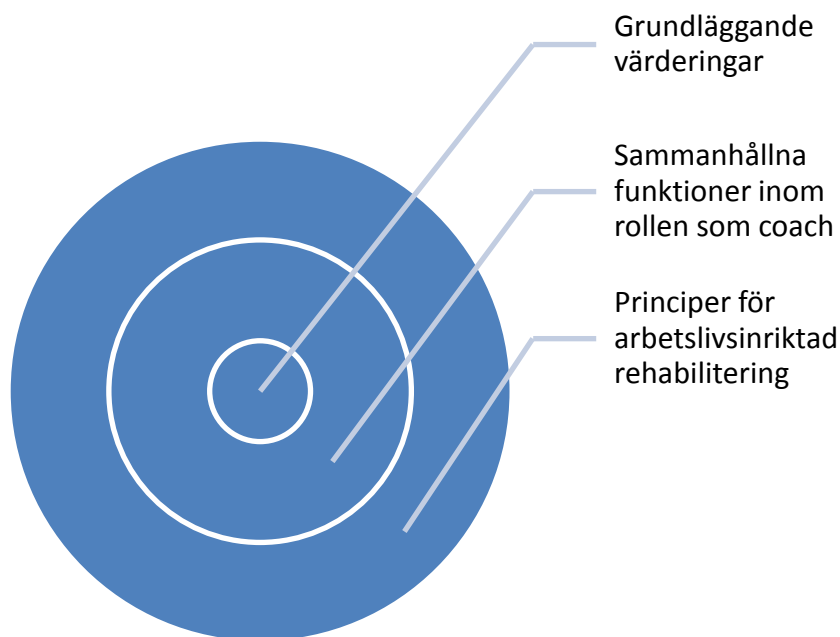
Rollen som coach ska stödja rehabiliteringsprocessen utan att ta över ansvaret från ordinarie myndigheter och vårdgivare. Den bygger på förmågan att samarbeta med deltagare och att etablera samverkan med berörda myndigheter och vårdgivare. Rollen som coach i MedUrs innefattar, som vi kunnat konstatera tidigare, både rådgivning och utbildning. Den rådgivande och utbildande funktionen syftar till nya kunskaper och färdigheter, samt till nya sätt att se på tillvaron och på arbetslivet.

Under praktiken ges möjlighet att träna färdigheter som krävs i arbetslivet och få en bild av kvalifikationskraven i arbetslivet och hur dessa överensstämmer med den egna kompetensen. Det förekommer även annan utbildning och rådgivning inom MedUrs som är viktig för resultat av den arbetslivsinriktade rekryteringen, men som inte förknippas lika tydligt med coachningen av deltagarna. Det kan gälla aktiviteter med inriktning mot hälsa och fritid och personlig utveckling.

## 10.2 Rollen som coach inom MedUrs bygger på en kärna av gemensamma värden

Som framgår av ett tidigare kapitel om projektprocessen delar teamen från Medlefors folkhögskola och Urkraft vissa grundläggande värderingar. Det är också dessa som utvärderarna menar utgör kärnan i rollen som coach. Det gäller *social rättvisa och strävan efter ett hållbart samhälle*. (Se figur 41.) Synen på social rättvisa framgår bl.a. av synen på arbete inom MedUrs. Arbete ses inte som en skyldighet utan som en rättighet. Deltagare som saknar full arbetsförmåga ska ur detta perspektiv ha möjlighet att arbeta deltid, eller inom ett socialt kooperativ, där flera kan dela på arbetsuppgifterna efter sin förmåga. MedUrs har bl.a. inspirerats av Cooperativa Gli Altri i Italien till att utveckla flera lösningar som medger detta. Cooperativa Gli Altri driver ett center för unga med funktionsnedsättning som erbjuder tjänster i hemmet till äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Urkraft har för att sprida information om dylika lösningar vänt sig till flera arbetsgivare med information om socialt företagande och vad det innebär. Även det ett delmål för projektet MedUrs.

**Figur 41. Utvecklingen av rollen som coach vid arbetslivsinriktad rehabilitering inom MedUrs**



Social rättvisa innefattar deltagarnas rätt att själva definiera sina behov. Deltagare som på grund av långvariga sjukdomsperioder riskerar att passiviseras ges möjlighet att aktivera sig och ta kommandot över den egna rehabiliteringen genom att själva bidra till utformningen av sina rehabiliteringsinsatser i en individuell handlingsplan. Man undviker alltför detaljerade

planer i ett tidigt skede innan deltagarna lärt känna MedUrs. Det riskerar att främmandegöra deltagaren inför sin egen rehabilitering och bli en källa till motstånd längre fram i processen.

Visionen om ett uthålligt samhälle utgår från att arbetslivsinriktad rehabilitering ska bidra till att fler människor medverkar i samhällsutvecklingen och deltar i produktionsgemenskapen. Det handlar även om att det utvecklas former för alternativa och kompletterande aktörer som Medlefors folkhögskola, Urkraft och andra ideella organisationer i reahabiliteringsprocessen som kan bistå offentliga myndigheter och vårdgivare. I begreppet uthålligt ligger även att resultatet av rehabiliteringen ska vara hållbart över tid. Individualisering är viktig för att uppnå det målet. Coachernas bemötande tar hänsyn till att deltagarna skiljer sig åt i flera avseenden. Det kan gälla ålder, hälsa, sjukskrivningars längd, tidigare erfarenheter av arbetslivet och utbildning. Det kan även gälla deltagarnas motivation och deras olika handlingsstrategier för sitt deltagande i projektet.

Vi gjorde i ett tidigare kapitel en indelning av deltagarnas handlingsstrategier. Vi identifierade den *Resignerade strategin* som jämte den *Aktiva strategin* har flest anhängare och *Strategin för lokalt rotade* där deltagarnas önskan var att bo kvar på orten. *Nyföretagande strategin* valdes av deltagare som övervägde att starta eget företag, medan den *Kompetenshöjande strategin* valdes av deltagare som ser en satsning på utbildning som en väg till arbete. De båda senare strategierna kan kombineras med andra strategier.

Coachens tillit till rehabiliteringsprocessen är viktig och takten i rehabiliteringsprocessen måste anpassas efter såväl den individuella planen som deltagarens förmåga. Det skiljer coacherna i MedUrs från coacher som mera oreflekterat satsar på snabb återgång i arbetslivet och mekaniskt tillämpar samma koncept gång på gång, oavsett sjukskrivningsperiodernas längd, deltagarnas ålder och andra förhållanden.

### 10.3 Funktioner som bidrar till återhämtning, hälsa och återgång till arbetslivet

MedUrs synliggör sex funktioner som utgår från deltagarnas behov av samordnade insatser avseende sociala, personliga, ekonomiska, hälsomässiga och kulturella insatser under sin rehabilitering. Erfarenheterna från MedUrs talar för att betydelsen hos enskilda funktioner kan variera beroende av deltagarens situation men att ingen funktion bör förbises helt.

#### **Samordnade insatser**

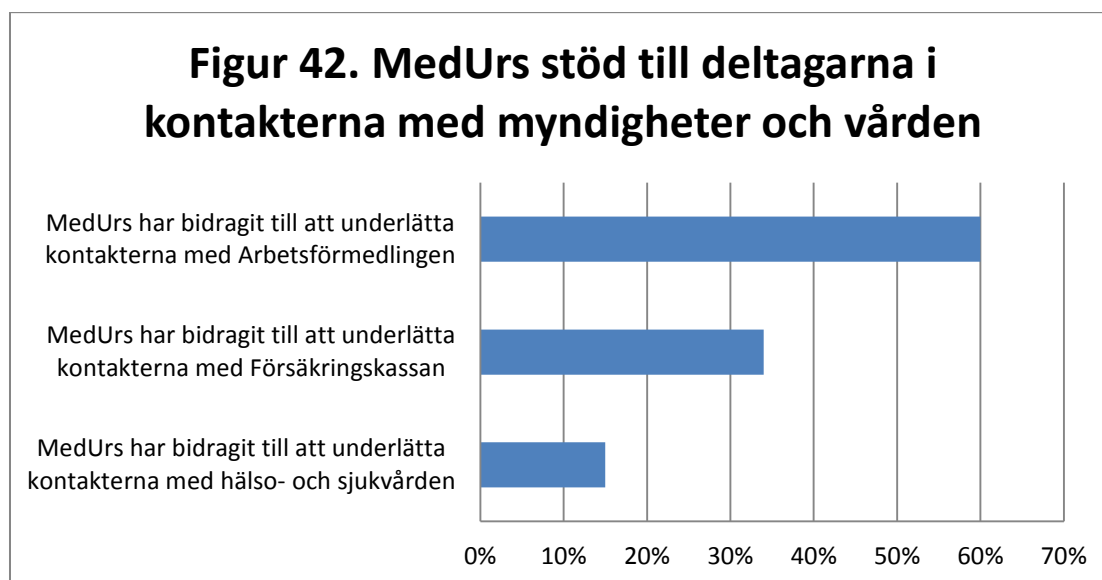
Jämte samverkan på organisatorisk nivå svarar coachen även för *rehabiliteringssamordning* av myndigheternas insatser kring den enskilde. I projektplanen konstateras att rehabilitering innefattar många aktörer och att det krävs samordning mellan dessa för att rehabiliteringen

ska fungera. Shaw med flera (2008) pekar på att det finns olika former av samordning för skilda behov. Det kan vara personliga ombud som samordnar insatserna för personer som behöver någon som för deras talan och guidar dem mellan olika rehabiliteringsinsatser och stödformer. Det kan även, som i projektet MedUrs, vara samordnare som ”case manager” eller rehabiliteringssamordnare som ansvarar för att individuella handlingsplaner upprättas och sedan genomförs i den takt och på det sätt som beskrivs i denna.

Funktionen som samordningsansvarig innebär att coachen svarar för samordningen av insatserna i deltagarnas handlingsplaner. De svarar för kontinuiteten i rehabiliteringsprocessen och håller kontakten med enskild handläggare på berörda myndigheter. Dessa har dock kvar ansvaret för sina insatser. Samordningsfunktionen innebär inte några formella befogenheter. Utan coachens huvuduppgift begränsas till att samordna deltagarens rehabiliteringsprocess och ser till att de olika insatserna ges i rätt tid och rätt följd. Coachens roll är att underlätta och stödja deltagarna att föra sin egen talan. Vad det innebär beskrivs i en intervju med en deltagare:

*”Jag blir ofta nervös och glömmer vad jag ska säga, men har vi talat igenom det innan blir det inte lika rörigt i huvudet. Sitter hon bredvid mig händer det att hon påminner mig om vad jag sagt att jag ville ta upp. Det känns tryggt och jag behöver inte stressa upp mig lika mycket som jag gjort tidigare.”*

Funktionen som rehabiliteringssamordnare inom MedUrs har, enligt deltagarna, främst utgjort ett stöd i relationerna till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.



På frågan om MedUrs bidrar till att underlätta kontakterna med Arbetsförmedlingen medger 60 procent av deltagarna att det är fallet. Något färre, 34 procent, medger att de har stöd av MedUrs i kontakterna med Försäkringskassan. Coachen har inte samma roll när det gäller

deltagarnas kontakter med Hälso- och sjukvården. Det är endast 15 procent av deltagarna som uppger att de har stöd av MedUrs i kontakterna med Hälso- och sjukvården.

### **Den sociala funktionen vid arbetslivsinriktad rehabilitering**

Den sociala funktionen betonar det sociala sammanhanget och deltagarens relationer till omgivningen. Coacherna har till uppgift att stödja deltagarnas övergång från ett sammanhang till ett annat. Det handlar om övergången från sjukskrivning eller arbetslöshet till ett aktivt deltagande i rehabiliteringsprocessen. Denna innebär, i sin tur, en övergång som för några, men inte för alla, erbjuder en väg tillbaka till arbetslivet med dess fördelar och nackdelar. Det är coachernas uppgift att väcka hopp och motivera deltagarna att ta ansvar för och engagera sig i planeringen av sin rehabilitering.

Rehabilitering kan upplevas som något positivt och eftersträvansvärt, särskilt som denna för några bryter en tid av isolering. Den kan även innebära påfrestningar med ökad värk som gör att deltagarna känner sig utmattade när dagen når sitt slut. Rehabilitering är ofta påfrestande för den som gått sjukskriven länge. För coachen ligger utmaningen i att avgöra i vilken takt rehabiliteringsprocessen ska fortskrida. Några deltagare kan behöva uppmuntran för att utöka tiden på praktikplatsen medan andra behöver hållas tillbaka för att de inte ska riskera hälsan. Det som präglar deltagarnas tankar under detta skede av rehabiliteringen är ofta ambivalens och kluvenhet, med tvivel om målet verkligen är värt ansträngningarna. Coachens motiverande samtal inriktas på att möta denna ambivalens. Det kan handla om att påminna om deltagarens motiv för återgång i arbetslivet. Det är samtalen kring denna ambivalens som driver rehabiliteringsprocessen framåt.

Praktik innebär för de flesta deltagare en känsla av att ingå i arbetslivets sammanhang, att vara del av en gemenskap utanför hemmet och att känna sig behövda. I detta skede sätts det informella nätverket på prov. Släkt och vänner bidrar till att ge det informella nätverket ett innehåll som motverkar social isolering och ger ett umgänge på fritiden. De svarar även för ett utbyte av tjänster och gentjänster som skapar trygghet vid sjukdom och andra svårigheter. De tidigare relationerna inom familjen kan dock behöva förändras för att underlätta deltagarens engagemang i sin rehabilitering och sin återgång i arbete. Coachens funktion kan i det skedet vara att ta initiativ till och stödja en *omförhandling av deltagarnas ansvar för uppgifter i hemmet*.

Denna omförhandling av ansvaret för uppgifterna i hemmet antas vara särskilt viktig för kvinnors återgång i arbete. Dubbelarbete i hemmet kan annars bli hinder för rehabiliteringen och en alltför stor belastning inför återgången i arbetslivet. Att medverka till en omförhandling av hushållsarbetet och ansvaret för omvårdnaden av barnen förutsätter att coachen förmår inta en neutral position och inte själv förespråkar den ena eller den andra lösningen. Det handlar inte om att få till stånd en arbetsfördelning som coachen ser som rättvis, utan att stödja parterna att komma överens om en arbetsfördelning som medger



deltagande i rehabiliteringen och sedermera en återgång i arbetslivet. Inom ramen för MedUrs framstår arbetssättet som lovande men det söker fortfarande sin form.

### **Den personliga funktionen vid arbetslivsinriktad rehabilitering**

Den personliga funktionen betonar betydelsen av deltagarens personliga utveckling med stärkt självkänsla och ökad tilltro till den egna förmågan att hantera framtida utmaningar. Redan besluten om deltagande i MedUrs är beroende av deltagarnas självkänsla och deras nivå av Self-Efficacy. Självkänsla handlar om självkänedom och hur deltagarna uppfattar sig själva. Det handlar om hur nöjda, stolta och accepterande de är mot sig själva. Dålig självkänsla kan både vara att under- och överskatta sin person eller kapacitet, och behöver hållas isär från begreppet Self-Efficacy som har med prestationer att göra och tilltron till den upplevda förmågan att kunna hantera framtida utmaningar.

I projektet MedUrs balanseras deltagarnas mer handlingsinriktade Self-Efficacy med insatser för ökad självkänsla och självkänedom. För personer med låg självkänsla kan ensidig och alltför stark betoning av självkänsla som bygger på prestationer göra dem extra sårbara för andras omdömen. Den kan bli en grogrund för grubblerier och bidra till utvecklingen av utmattningsdepressioner. Att vara lyhörd för andras åsikter är dock en förutsättning för att vi ska kunna avgöra hur vi ska bete oss för att bli socialt accepterade. Även här är det en balans mellan vår egen självmedvetenhet och andras åsikter som eftersträvas. I MedUrs har ett särskilt material utvecklats för att stödja deltagarna i den personliga utvecklingen.

### **Den privatekonomiska funktionen vid arbetslivsinriktad rehabilitering**

Den privatekonomiska funktionen inom rehabiliteringen är väsentlig för deltagarna inom MedUrs. Många har det sämre ställt än befolkningen i övrigt. Återgång i arbete kan visserligen bidra till förbättrad ekonomi. Men det är inte ett alternativ för alla. MedUrs kan i dessa tillfällen medverka till att undersöka andra möjligheter till försörjning. Den ekonomiska funktionen kan för vissa deltagare innebära att de tillsammans med coachen diskuterar förutsättningarna för ett bra liv utan lönearbete.

Det är särskilt viktigt att coachen inte undviker de svåra samtalen om deltagarnas ekonomi och de frågor inför framtiden som deltagaren måste hantera. Det kan i extrema fall handla om att kraftigt försämrade ekonomi med ett livslångt beroende av myndigheter ställs mot arbete, värk och psykiska påfrestningar.

Vid mer komplicerad rådgivning kan Kronofogden, bankernas rådgivare, föreningen insolvens och socialförvaltningens handläggare av försörjningsstöd bistå deltagarna. Även om ekonomin kanske inte upplevs som det mest aktuella problemet för deltagaren kan det stundtals ta stor plats i dennes tankar. Att få ordning på en ansträngd ekonomi frigör ofta energi som kan behövas för att ta itu med mer pockande problem.

## **Den hälsomässiga funktionen vid arbetslivsinriktad rehabilitering**

Den hälsomässiga funktionen inom rehabiliteringen kan vara att utreda arbetsförmågans gränser för att deltagaren ska kunna identifiera möjliga yrken. Det kan vara att vänja deltagare vid långa promenader och annan vardagsmotion. Hälsöfrämjande aktiviteter och kultur och fritidsaktiviteter bidrar även till en mer aktiv livsstil oberoende av den enskilde deltagarens målbild. Den underlättar både etableringen i arbetslivet och inordnandet i en tillvaro utan lönearbete.

I MedUrs medger flera deltagare att deras hälsa förbättrats under rehabiliteringen även om förbättringen sker från en låg nivå.

## **10.4 Principer för arbetslivsinriktad rehabilitering**

De fem principer för rehabilitering som synliggjorts av projektet MedUrs kan vara vägledande för en coach. De utgörs av 1) principen om delaktighet och empowerment, 2) principen om medvetandegörande, 3) principen om resursmobilisering, 4) principen om att väcka visionen om en ny tillvaro samt 5) principen om respekt för rehabiliteringsprocessens takt och tidens betydelse.

### **Principen om delaktighet och empowerment**

Att vara coach innebär att ge utrymme för deltagarna att själva ta ansvar för sin rehabilitering. Detta för att motverka deltagares tendens att lägga ansvaret för denna på myndigheter och vårdgivare. Vi har i ett tidigare kapitel sett hur långvarig sjukskrivning kan bidra till compliance och passivisering av deltagaren. Följsamhet till andra myndigheters och vårdgivares råd och rekommendationer kan självfallet i vissa lägen vara något positivt, men som "livsstil" kan den innebära att ansvaret för rehabiliteringen läggs över på andra. Att göra deltagarna aktiva redan i planeringen är ett sätt att göra dem delaktiga i rehabiliteringen redan från början.

Delaktighet är central inom empowermentprocessen som syftar till att deltagarna ska uppleva ökad självkänsla och makt över sin situation. Vi har i utvärderingen använt begreppet Self-Efficacy om deltagarnas upplevelse att själv kunna hantera framtida utmaningar. Vi menar att Self Efficacy kan ses som ett mått på deltagarnas upplevelse av att ha kontroll över sin egen situation och sin tilltro att kunna påverka denna. För att denna ska vara uthållig krävs stöd av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och andra aktörer.

Rollen som coach kan i en empowermentprocess ges olika utformning beroende av det handlingsutrymme som deltagaren har. Jämte full kontroll, där deltagaren själv för sin talan i

alla situationer, förekommer en form av ”advocacy”, där coachen under ett inledande skede för deltagarens talan och agerar i hans eller hennes intresse. Det kan ses som ett steg på vägen mot full egen kontroll. Coachen och övriga deltagare kan ibland behöva stödja deltagaren att gradvis uppnå kontroll över sin situation. Empowerment får inte förväxlas med låt-gå-mentalitet där deltagare oberoende av konsekvenserna lämnas åt sig själva att hantera situationer som är dem övermäktiga. Att ta över ansvaret för deltagare behöver inte ske längre än nödvändigt, eller inom livets samtliga områden. Att deltagare tillfälligt inte klarar av vissa situationer under ett skede i livet utgör inget hinder för att de ska besluta om och ta ansvar för andra situationer. Empowermentprocesser innefattar stöd för deltagarens strävan efter ökad makt över den egna situationen och över framtida livschanser. Rollen som coach är att som ”möjliggörare” underlätta detta, men att erövra makten över sin situation förblir deltagarens eget verk.

### **Principen om medvetandegörande**

Principen om medvetandegörande utgår från Paolo Freires frigörande pedagogik (1972). Han betonar betydelsen av att lära genom våra handlingar. Medvetandegörande sker inom MedUrs genom att utgå från deltagarnas erfarenheter. Praktikperioderna ger många möjligheter att bli medveten om arbetslivet och arbetsmarknaden, men även om den egna förmågan. Att bli medveten om den könsuppdelade arbetsmarknaden kan visserligen ske genom en föreläsning, en bok eller samtal med andra. Men det är först när t.ex. män inom projektet ges möjlighet att praktisera inom omsorgsyrken som de blir fullt medvetna om vad dessa yrken innehåller av närhet till andra och av uppskattning. För några män kan denna nyvunna medvetenhet bidra till att bredda arbetsmarknaden till att omfatta även vård- och omsorgsyrken. Personliga erfarenheter knyts till insikt om strukturella förhållanden och den könsuppdelade arbetsmarknaden.

Med insikten om den könsuppdelade arbetsmarknaden följer möjligheten att bryta mot denna och vidga sitt arbetssökande till hela arbetsmarknaden. Inom MedUrs utvecklas som stöd för detta en modell av ”könsneutral” vägledning.

### **Principen om resursmobilisering**

Mobilisering av resurser för att stödja deltagaren är ett viktigt inslag i coachernas arbete. Resurser bör ses i vid bemärkelse. Det kan innefatta kontakter med ”resurspersoner” vars kompetens och tjänster deltagaren har nytta av. Några deltagare finner till exempel inom Urkraft en lay-out kunnig och tjänstvillig person som ger deras CV och personliga brev ett tilltalande utförande i flerfärgstryck. Att upptäcka och ta vara på den personens tjänster kan ses som exempel på mobiliseringen av resurser. Att inom Medlefors folkhögskola få studievägledning som öppnar nya möjligheter för framtiden är andra exempel på mobilisering av omgivningens resurser. Resurspersoner finns inom vården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Coachens roll är visa på dessa resurser och uppmuntra att de används.

Andra inslag i resursmobiliseringen kan vara att deltagare under praktiken får kontakter med personer som de kan hänvisa till som referenser i sitt CV. I mobiliseringen av resurser kan även ingå att deltagarna vidgar sitt personliga nätverk med arbetsgivare och personalansvariga som de får kontakt med under projektet. Deltagarnas kontakter med arbetslivet kan ses som resurser i deras strävan att återgå till arbetslivet.

### **Principen om att väcka visionen om en ny tillvaro**

Coachens roll som motivatör är central under hela rehabiliteringsprocessen. Den är särskilt betydelsefull i början av denna. Det gäller i det skedet av rehabiliteringen att väcka hopp inför framtiden. Coachen kan genom att använda sig av sin auktoritet på området vara en källa till inspiration. Gruppen av deltagare där alla befinner sig i en liknande situation kan användas som ytterligare en källa för inspiration. Inspirationen kan på sikt utvecklas till mer specifika målbilder, som framstår som eftersträvansvärda och möjliga att uppnå. Dessa målbilder tjänar som kraftfulla visioner om en möjlig framtid.

Under intervjuerna med deltagarna händer det att de berättar om tillfället ”när allt föll på plats”. De kan ofta berätta om detta med många detaljer. Det handlar i de flesta fall om att deltagarna under tiden i MedUrs bearbetat tidigare erfarenheter och tycker sig se sin egen situation i nytt ljus. Alla intryck från praktikplatserna och av samtalen med coacherna och deltagarna väcker minnen som deltagarna med nyvunna erfarenheter kan se på nytt sätt. Att se sig själv på ett nytt sätt öppnar även nya möjligheter för framtiden.

### **Principen om respekt för rehabiliteringsprocessens takt och tidens betydelse för denna**

Respekt för rehabiliteringsprocessens inneboende förändringstakt och den tid denna kräver är central för arbetslivsinriktad rehabilitering. Långvariga sjukskrivningsperioder förutsätter en bredare ansats med flera olika insatser, medan det för övriga ofta passar bäst med en snabb återgång i arbete med fortsatt stöd, enligt Supported Employment/ISA. Den popularitet som Supported Employment/ISA har i vida kretsar och dess anspråk på att passa alla oavsett deras belägenhet framstår som ett problem när det gäller att hävda att vissa grupper kräver mer omfattande insatser och över längre tid. Det finns evidens för båda ståndpunkterna.

En svårighet som coach är att avgöra när rehabiliteringen ska betraktas som avslutad. Av intervjuerna med deltagarna framgår att detta sällan framgår tydligt av den individuella planen för rehabiliteringen. Har målen om arbete eller genomförd utredning uppnåtts är det inte något problem att betrakta rehabiliteringen som avslutad, men i övriga fall framstår det som mera svårbedömt. Ett sätt att hantera detta verkar vara att avsluta rehabiliteringen efter samråd med den myndighet som hänvisar deltagaren till MedUrs.

Trots svårigheterna att avgöra när rehabiliteringen ska avslutas verkar det av intervjuerna med rehabiliteringsteamerna inom MedUrs som att det ofta råder en viss samstämmighet i de enskilda fallen när de ska ske.

## 10.5 Sammanfattning

Ett rehabiliterande förhållningssätt utgår från att det är deltagaren själv som är aktiv och ansvarar för sin rehabilitering. Denna grundsyn stämmer väl med teorier om empowerment men också med kognitiva förhållningssätt som bygger på övertygelsen om att deltagarnas egen kunskap och kompetens är viktiga för rehabiliteringsprocessen. Rollen som coach kan ges olika innehåll och inom MedUrs har två varianter utvecklats vars omfattning varierar, men de bygger på samma struktur som redovisats i kapitlet. Rollen som coach innebär samordning och stöd till deltagarna i kontakterna med andra myndigheter och vårdgivare. Den utformas i MedUrs runt en kärna av gemensamma värderingar.

Rollen som coach innefattar fem funktioner som utgår från deltagarnas behov av samordnade insatser avseende 1) sociala, 2) personliga, 3) ekonomiska, 4) hälsomässiga och 5) kulturella insatser under sin rehabilitering. Där var och en av funktionerna är betydelsefulla för rehabiliteringen. Betydelsen av en enskild funktion kan dock variera utifrån deltagarens situation.

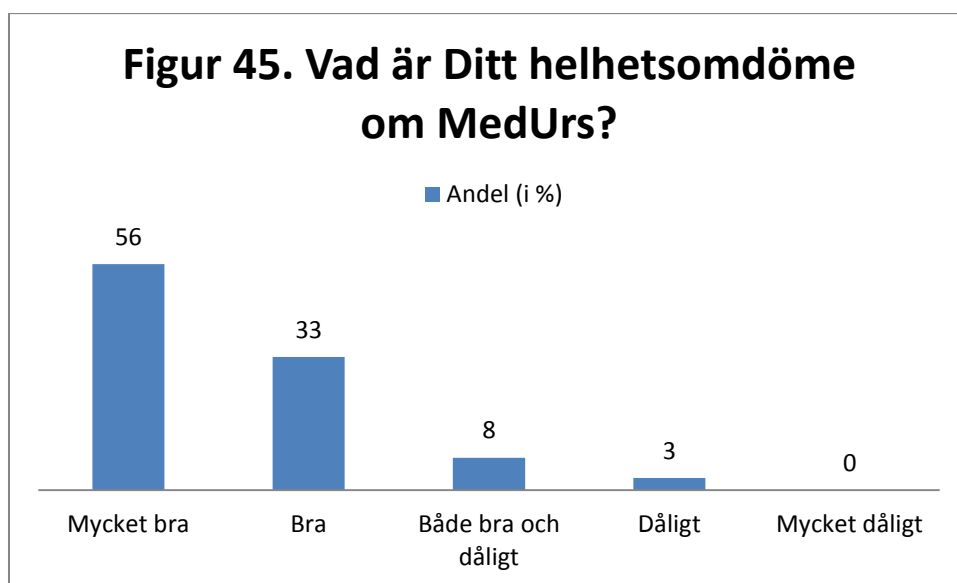
Vägledande för coachen är de fem principer för rehabilitering som synliggjorts av projektet MedUrs. De utgörs av

- principen om delaktighet och empowerment
- principen om medvetandegörande,
- principen om resursmobilisering
- principen om att väcka visionen om en ny tillvaro
- principen om respekt för rehabiliteringsprocessens takt och tidens betydelse.

# Kapitel 11. Sammanfattning av projektets resultat och måluppfyllelse

*I detta kapitel sammanfattas och diskuteras projektets måluppfyllelse och resultat. En värdering görs av projektet utifrån det material som samlats in i form av intervjuer, enkäter och olika dokument. Den tankesamling som utvecklades i rapporten ges ny utformning mot bakgrund av de diskussioner som förs i detta och tidigare kapitel.*

Deltagarnas helhetsomdöme om MedUrs ger en positiv bild av projektet. Hela 89 procent uppger att de tycker att MedUrs är bra eller mycket bra. Några deltagare, 8 procent, menar att det finns både positiva och negativa inslag i projektet. Endast 3 procent av deltagarna menar att projektet är dåligt. Ingen anger att projektet är mycket dåligt. Samarbetspartners i form av Försäkringskassa och Arbetsförmedling är även de i huvudsak nöjda med projektet och den utformning detta fått som en kombination av två verksamheter som i vanliga fall vänder sig till skilda målgrupper. Det samlade erbjudandet i form av MedUrs framstår för dem som mera flexibelt än Medlefors folkhögskolas och Urkrafts tidigare verksamheter. De har dock vissa kritiska synpunkter som främst handlar om ansvarsfördelning och hur samarbetet skulle kunna utvecklas ytterligare.



Det finns evidens för positiva resultat av arbetslivsinriktad rehabilitering vid tidiga insatser och när insatserna sker i samverkan mellan arbetsgivare och vården (Blonk m.fl 2006; van der Klink m.fl. 2003; Schene m.fl 2007). Lika positiva resultat har inte kunnat rapporteras från rehabilitering av långvarigt sjukskrivna personer inom MedUrs. En förklaring till detta kan enligt tidigare forskning vara att tiden från insjuknandet till insatserna varit lång och att många komplikationer tillstött. Av de 173 personer som deltog i projektet avslutade 144 deltagare detta under projektiden. Av dessa gick 37 procent, eller 19 män och 34 kvinnor vidare till studier eller

avlönat arbete, i flera fall till arbete med lönebidrag. Den nedsatta arbetsförmågan hos kvinnorna, 27 procent hade varaktigt nedsatt arbetsförmåga jämfört med 9 procent av männen, bidrog till att de trots att de anpassade sig bättre till rehabiliteringen än männen, inte kom ut i arbete i samma omfattning.

Vi noterar att ju längre sjukskrivningarna varar desto mer komplicerad blir rehabiliteringen. Det krävs en bred ansats som inriktas på hela livssituationen. McIntosh med flera (1995) menar att det är betydelsefullt för utfallet att se bortom symptomreduktion och att formulera tydliga och uppnåeliga mål.

Projektet MedUrs hade som övergripande syfte att främja deltagarnas möjlighet till återgång i arbete. Trots att deltagarna befann sig långt från arbetsmarknaden kunde detta syftet infrias för nära fyra av tio deltagare. Detta trots att de flesta deltagarna (86 %) hade varit borta från arbetslivet från 3 till mer än 12 år med anledning av långvariga sjukskrivningsperioder. Mer än hälften av deltagarna var äldre än 46 år och många saknade eftergymnasial utbildning. MedUrs anpassade sig efter målgruppen genom att möta var och en av deltagarna där han eller hon befann sig. Utbudet av aktiviteter var genom samverkan mellan Medlefors folkhögskola och Urkraft brett upplagt.

Mentorernas synsätt och förhållningssätt har visat sig vara viktiga för resultatet. Dit hör deras förmåga att etablera en relation och förmedla empati för deltagarnas situation (Miller och Baca 1983) samt att visa tilltro till deras förmåga att lyckas (Orlinsky m.fl. 1994).

## 11.1 MedUrs mål avseende deltagarna

Wadell och Burton (2006) redovisar stöd i forskningen för att arbete vanligen innebär både ökad hälsa och förhöjt välmående. Av de 144 deltagare som avslutar projektet under projekttiden påbörjar 19 män (44 % av alla männen) och 34 kvinnor (34 % av alla kvinnorna) studier eller avlönat arbete. Ett mål för deltagarna var också att de skulle ha kommit närmare arbetslivet efter projektets avslut. Det infriades för 62 procent av deltagarna som menade att deras återgång i arbetslivet hade stärkts genom deltagandet i MedUrs. Det fanns vidare en ambition att projektet skulle bidra till ökat välmående och förhöjd livskvalitet, något som infriades för flertalet deltagare (77 %). Även bland dem som inte erhöll arbete fanns det således flera som upplevde att tillvaron förbättrats i andra avseenden.

Efter projektet upplevde 56 procent av deltagarna att deras försörjning var fullständigt utredd. Försäkringskassan tog beslut om att 9 procent av männen och 27 procent av kvinnorna skulle erhålla sjukersättning på grund av att arbetsförmågan konstaterats vara varaktigt nedsatt. Återstoden av deltagarna är åter aktuella hos endera Försäkringskassan (19 %) eller hos Arbetsförmedlingen (10 %). Långvarig sjukfrånvaro har beskrivits som skadlig för individens hälsa och livskvalitet. Många deltagare som återgick i arbete förbättrade sin självskattade

hälsa. Det gjorde även några av de övriga deltagarna. Sammantaget uppgav 61 procent av deltagarna att deras hälsa förbättrades under tiden i MedUrs.

Privatekonomin utgjorde dock ett bekymmer för deltagarna. Den påverkar deras livskvalitet och välbefinnande negativt. Drygt 80 procent av deltagarna uppgav att privatekonomin är mycket sämre eller sämre jämfört med andra grupper i samhället. Det finns deltagare som menar att den negativa inverkan av att vara arbetslös vida överskuggas av de negativa konsekvenserna för privatekonomin. Känslan av att på grund av försämrad ekonomi vara utlämnad till andras välvilja tär på självkänslan.

Tillgången till sparkapital är efter långdragna sjukskrivningar, som vi konstaterade tidigare, uttömd för många deltagare. Det är 60 procent av deltagarna som uppger att de saknar en ekonomisk buffert för oförutsedda utgifter. Detta sammantaget med att ca 20 procent av deltagarna upplever skam över sin situation är ett problem och det riskerar att bli ett hinder för rehabiliteringen. Det förvärrar deltagarnas hälsa. Rantakeisu med flera (1997) uppmärksammar att ekonomisk utsatthet i kombination med känslor av skam för sin belägenhet utgör en betydande hälsorisk.

Utvärderingen konstaterar på individuell nivå:

- Att totalt 53 deltagare (37 %), 19 män (44 % av alla män i MedUrs) och 34 kvinnor (34 % av alla kvinnor) erhöll egen försörjning genom arbete eller studier
- Att totalt 31 deltagare (22 %), 9 procent av männen och 27 procent av kvinnorna, erhöll sjukersättning efter att arbetsförmågan har utretts fullständigt inom MedUrs och Försäkringskassan konstaterat att den var stadigvarande nedsatt på grund av sjukdom eller annat.
- Att deltagare erhöll bättre hälsa (drygt 60 %), ökat självförtroende, bättre upplevd livskvalité och ökad makt och kontroll (50 till 60 %) över den egna tillvaron.
- Att deltagarnas ekonomiska utsatthet i kombination med känslor av skam utgör en betydande hälsorisk och ett hinder för rehabiliteringen (26 %).

Resultatet av utvärderingen av projektet visade att deltagare med en *aktiv strategi* för sitt deltagande i MedUrs och med tilltro till sin förmåga att hantera framtida utmaningar (Self-Efficacy) i stor utsträckning återgår i arbete. Men även deltagare med en mera resignerad och uppgiven strategi lyckades med detta, även om det inte var lika vanligt. Det gäller även andra handlingsstrategier som deltagare valde för att satsa på utbildning och kompetensutveckling, starta eget företag eller för deltagare som rotat sig och helst av allt ville bo kvar på orten.

Det viktiga för samtliga deltagare verkar vara ett individuellt bemötande och att mentorerna lyckas etablera och upprätthålla en fungerande samarbetsallians med dem. Ett resultat som stöds av bland andra Miller och Baca (1983) Förutsättningar i form av faktisk arbetsförmåga var dock avgörande för en anställning eller för studier. I MedUrs har framförallt den höga andelen kvinnor med varaktigt nedsatt arbetsförmåga, 27 procent jämfört med 9 bland



männen, påverkat utfallet. Trots deras val av en Aktiv handlingsstrategi, och deras mera utvecklade kommunikativa förmågor och att de visade sig vara bättre anpassade till projektet och tog vara på dess möjligheter erhöll de inte anställning i samma omfattning som männen.

Även om fokus i projektet var inriktat på utveckling av metoder blev ett tydligt resultat att mentorerna själva hade minst lika stor betydelse som metoderna. Socialstyrelsen (2007) anger att vid behandling brukar ca 20 procent av utfallet kunna förklaras av metoden medan resten innehåller faktorer knutna till de enskilda behandlarna och deras förmåga att etablera en fungerande samarbetsallians. Denna "behandlareffekt" avspeglas i utvärderingen av att mer än hälften av deltagarna nämner samtalen med mentorerna som det inslag som främst bidragit till att stärka deras ställning på arbetsmarknaden. Müssener m.fl. (2008) rapporterar liknande resultat från sin forskning kring långvarigt sjukskrivna. De noterar att personalens bemötande inom Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården var avgörande för patienternas upplevelser av insatserna.

Framgångsfaktorer för deltagarna var jämte en aktiv strategi för deltagandet i rehabiliteringen och en hög nivå av Self-Efficacy, att trots långvarig sjukskrivning ha kvar sin anställning, att ha en aktiv fritid och att det fanns ett brett utbud av insatser där de flesta kunde finna något för sig, samt att de upplevde ett bra bemötande och stöd från såväl Arbetsförmedlingen, som Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården. Stödet från närstående var också viktigt, inte minst genom att arbetsfördelningen i hemmet ofta måste omförhandlas för att deltagarna skulle kunna satsa fullt ut på praktik och anställning utanför hemmet.

Haugli med flera (2011) rapporterar liknande erfarenheter från en studie av återgången till arbete tre år efter genomgången rehabilitering. I bedömningen av vad som bidragit till deras situation lades lika stor vikt vid såväl det sociala stödet från de anställda som av själva arbetsförmågeträningen. Både det formella och det informella stödet verkar i MedUrs dessutom ha bidragit till resultatets uthållighet. Någon uppföljning över längre tid har inte genomförts.

Ett hinder för 20 till 25 procent av deltagarna var skamkänslor på grund av de inte hade en anställning utan stöd utanför arbetsmarknaden. Det bidrog till att deltagare stundtals avstod från att delta i aktiviteter och från att upprätthålla sociala kontakter med andra. Det förefaller som om män har svårare än kvinnor att värja sig mot dessa känslor av skam. Rantakeisu med flera (1997) menar att detta kan förklaras av rådande uppfattningar av män som familjeförsörjare, och att män känner skam när de inte kan leva upp till dessa könsstereotypa uppfattningar.

## 11.2 MedUrs tankeram

Det finns ett dokumenterat behov av utveckling av verksamma metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering (Anderzén & Hansson 2008). Det finns också ett behov av att dessa sprids till andra som arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering (Hensing & Peterson 2009). Det visar

sig att projektet MedUrs som hämtade det bästa ur Urkrafts modell för rehabilitering ”KomMed” och ur Medlefors folkhögskolas ”Spira Utvecklingstrappan” stämde väl överens med behovet i Skellefteå.

Arbetsförmedling och Försäkringskassa har positiva erfarenheter av Urkrafts vana och kompetens att arbeta med deltagare som står längre bort från arbetsmarknaden kombinerades med Medlefors folkhögskolas kompetens att arbeta med dem som var närmare ett arbete. Det verkar vara en brist på rehabiliteringsalternativ som i likhet med MedUrs täcker in båda dessa målgrupps behov.

MedUrs kan vara av särskilt intresse för den form av samverkan som utvecklas i kommunen mellan ideella organisationer och offentliga aktörer. Samordningsförbundet i Skellefteå skapar en organisation med en sammanhållen styrgrupp för strategisk ledning av samtliga projekt i kommunen. Det bidrar till att samverkan etableras både på beslutsnivå och på handläggarnivå. Styrgruppen ansvarar för att kontaktpersoner på operativ nivå snabbt ersätts om de byter tjänst, slutar eller får andra uppdrag. Styrgruppens medlemmar är väl förankrade i sina organisationer med mandat att företräda dessa i projektet. Det skapas jämte styrgruppen ett forum i kommunen för erfarenhetsutbyte och lärande över projekt- och myndighetsgränser.

En sammanhållen styrgrupp med gemensamma möten för alla projekt bidrar vidare till effektivitetsvinster genom att ordinarie personal inom berörda myndigheter inte tvingas ägna all sin tid åt sammanträden kring projektverksamheten. (Andersson m.fl. 2010; Danermark 2000; Germundsson 2011)

**Figur 46. Sammanfattning av MedUrs arbetslivsinriktade rehabilitering**



I figur 46 sammanfattas erfarenheterna från MedUrs i en tankeram. Den knyts i texten till aktuell forskning och teoribildning. Det är likhet med tidigare utkast en öppen tankeram som innefattar påverkan från omgivningen i form av externa resurser och stöd från myndigheter och vårdgivare. Vi kommer i det följande att knyta an till denna tankeram.

### **Vad har vi lärt om deltagarna?**

Utvärderingen av projektet visar att målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering består av nära tre gånger så många kvinnor som män. Det speglar i stort sett situationen i riket. En bidragande anledning till att kvinnor är överrepresenterade kan, enligt Grönlund (2004), vara skillnader i sjukdom och ohälsa mellan könen. Det antas i sin tur vara beroende av skilda arbetsförhållanden och yrkesmässig segregering där kvinnor i större utsträckning än män arbetar inom vården och omsorgerna i offentlig sektor med påfrestande arbetsuppgifter och höga stressnivåer. Erfarenheterna från MedUrs visade att 27 procent av kvinnor som ingick i projektet saknade varaktig arbetsförmåga.

Andra förhållanden som antas påverka kvinnors ohälsa är dubbelarbete med ansvar för barn och hushåll. Det var dock endast 15 procent av deltagarna som instämde i påståendet att det fanns skäl att omfördela ansvaret för hushållsarbetet. Vanor är svåra att bryta och avvikelser från gällande normer i samhället svåra att medge. När deltagarna börjar sin rehabilitering, ska ut på praktik eller påbörja en anställning kan det finnas skäl att stödja deltagarna i en omförhandling med närstående av ansvaret för barnen och hushållsarbetet.

Det framgår av figur 46 att deltagarnas Self-Efficacy har stor betydelse för deltagarna under hela rehabiliteringsprocessen. Det speglar deras motivation att delta och inställningen till de utmaningar som rehabiliteringen innebär, tilltron till förmågan att anpassa sig till projektets krav och förmågan att kunna hantera de förändringsprocesser som deltagandet i projektet innebär. Self-Efficacy kan även ses som ett mått på deltagarens upplevelse av sin uthållighet över tid. Ju högre Self-Efficacy desto starkare är deltagarens upplevda tilltro till sin förmåga att kunna hantera de utmaningar rehabiliteringen innebär.

### **Vilken form av rehabiliteringen är bäst för målgruppen?**

Vi vet av forskningen att tidiga insatser i samverkan med arbetsplatsen har störst chans att lyckas. Deltagare med långvariga sjukskrivningsperioder bakom sig kräver andra former av rehabilitering. En tankeram för en dylik rehabilitering har utvecklats med projektet MedUrs. Erfarenheterna från MedUrs är att lång frånvaro från arbetslivet förutsätter en inriktning hos rehabiliteringen på deltagarnas hela situation med insatser som fokuserar både på arbete och utredning av arbetsförmågan, men även på fritidsaktiviteter och långpromenader för förbättrad hälsa, välmående och ökad livskvalitet. Erfarenheterna har stöd i forskningen som hävdar att ju längre frånvaron från arbetslivet desto viktigare är det att rehabiliteringen inte enbart behandlar symptomen (McIntosh m.fl. 1995).

Betydelsen av rehabiliteringskoordinatorer eller case manager vilka liksom mentorerna i MedUrs följer deltagarna under hela rehabiliteringsprocessen har upplevts positivt. Metoden erhåller dock endast måttlig evidens i Franches m.fl. (2005) omfattande översikt. I Sverige omnämns metoden av Socialstyrelsen och Juhlin & Tengblad (2004) belyser denna. En förklaring till det måttliga stödet kan vara att metoden innefattar vitt skilda varianter, vilket försvårar jämförelser med andra insatser.

### **Vad påverkar deltagarnas motivation?**

Forskningen ger stöd för att deltagare som blir personligt involverade i sin rehabilitering är mer angelägna än andra att genomföra denna (De Board 1984). Deltagarnas delaktighet uppmuntras i MedUrs redan under rehabiliteringsprocessens första fas. Av figur 46 framgår att motivation för rehabilitering relateras till deltagarnas:

- Tilltro till förmågan (Self-Efficacy) att hantera de utmaningar som rehabiliteringen innebär.
- Förväntningarna på rehabiliteringens resultat.
- Uppfattningar av vilka hinder de tror sig möta under rehabiliteringsprocessen.
- Erfarenheter av arbetstyngd, stimulans och stöd i arbetslivet före rehabiliteringen, som enligt Bandura (1977) kan påverka motivationen och viljan att återgå i arbete.

Återgång i arbete gynnas, enligt forskningen, av deltagarnas attityder, att de har realistiska förväntningar på framtiden, personliga intressen, hög nivå av Self-Efficacy, god självkänsla, tydliga mål med rehabiliteringen, eget beslutsutrymme, ingår i stödjande relationer och grupprocesser (Gard & Söderberg 2004). Rossi och Filstead (1976) har dock funnit att uttalad "hög motivation" eller "låg motivation" inte ensamt kan förutsäga resultatet av behandling. Låg motivationen verkar enligt Rossi och Filstead kompenseras av gott bemötande och ett gott klimat inom projektet.

Deltagarna i MedUrs har visat sig ha lägre genomsnittlig nivå på Self-Efficacy jämfört med andra grupper. Forskningen visar att nivån för Self-Efficacy förändras med åren beroende på sänkta ambitioner och avsaknad av kompetensutveckling (Klassen & Chiu, 2010). Det framgår av Albertsen m.fl (2006) att personer som varit sjukskrivna 8 veckor eller längre erhåller en lägre nivå på Self-Efficacy än personer som har en anställning. Personer som är långtidssjukskrivna erhåller i sin tur lägre nivåer än de som var sjukskrivna kortare tid än en månad. I MedUrs framkommer att deltagare som har en högre nivå på Self-Efficacy oftare valde en mera aktiv strategi för sin rehabilitering än de övriga. De uppnår även i högre grad än de övriga sina mål med deltagandet.

### **Motivation varierar över tid för deltagare.**

Det normala är att deltagarnas motivation varierar över tid. Det innebär att när som helst under rehabiliteringsprocessen kan det hända att deltagare ifrågasätter sitt deltagande. Det skildras i figur 46 som en cirkulär process (Jmfr Prochaska & DiClemente 1982) där initiativet att delta i rehabiliteringen kan ifrågasättas och konsekvenserna utforskas, vilket leder vidare till ett nytt initiativ. Ett dylikt ifrågasättande av rehabiliteringen uppfattas i

MedUrs inte som ett motstånd mot denna. Det utgör tvärtom drivkraften till rehabiliteringen. Genom samtal kring studiebesök, praktik och andra inslag stödjer mentorerna deltagaren i dennes vilja till utforskande av hur arbetsförmågan svarar mot arbetsmarknadens krav, eller till utforskande av förutsättningarna för ett bättre liv.

### **Individuell plan.**

Stödet från myndigheter och vårdgivare kan på samma gång vara en nödvändig förutsättning för rehabiliteringen som det kan bli ett hinder för denna. Ett hinder för rehabiliteringen utgörs av den stundtals överdrivna följsamhet (compliance) som många långtidssjukskrivna personer utvecklar genom att de vänjer sig vid att överlämna ansvaret för sin rehabilitering på berörda myndigheter och vårdapparat. Empowerment och delaktighet är viktiga instrument för att bryta deltagarnas överdrivna följsamhet. Det gäller redan när deltagarna hänvisas till MedUrs och en individuell plan ska upprättas. Ett alltför tidigt beslut och en alltför detaljerad individuell handlingsplan för rehabiliteringen kan riskera att motverka rehabiliteringens syfte. Deltagaren måste själv uppleva att han eller hon har haft verklig möjlighet att påverka sin rehabilitering. Ett individuellt bemötande där mentorerna frågar efter och lyssnar till deltagarens synpunkter har visat sig vara viktiga inslag för deltagarens ansvarstagande för rehabiliteringen.

### **Betydelsen av empowerment.**

Av det tidigare framgår att Bandura (1977) ser tillägnet av en sjukroll som en inlärningsprocess där den som insjuknar övertar omvärldens sätt att se på sjuka personer genom att spegla sig i andras uppfattningar. Sjukrollen innebär, enligt Öhrn (2000), att den som insjuknar överlämnar sig till Hälso- och sjukvårdens och till myndigheternas auktoriteter och experter. Dessa blir vägvisare och guider när det gäller utformningen av sjukrollen. De är inte ensamma om detta, även andra som anhöriga och vänner bidrar till inläringen av beteendet som sjuk. Myndigheternas och vårdens auktoriteter har dock en särställning genom att de tillskrivs kunskap och förmåga att erbjuda lindring även vid livslånga sjukdomsförlopp. Att tillfälligt överlämna kontrollen av sitt liv till dessa kan ses som ändamålsenligt genom den trygghet det skapar i en akut situation. Att göra det över längre tid kan däremot visa sig vara riskabelt.

Det framstår som rationellt att utveckla en complianceinriktad anpassning vid insjuknandet och under kortare sjuktillfällen. Vid många långvariga sjukdomstillstånd riskerar dock compliance att leda in i en passiv sjukroll och ettoreflekterat beroende av myndigheter och vårdgivare. Med tanke på samhällets normer att vara frisk, ha en hälsosam livsstil, arbeta och göra rätt för sig riskerar en passiv sjukroll att utlösa känslor av skam över att vi inte förmår leva upp till det som förväntas av oss. Vi har i MedUrs sett att detta i första hand drabbar män.

Ett sätt att återta kontrollen över situationen kan vara att överge en complianceinriktad copingstrategi och ersätta denna med en Aktiv handlingsstrategi präglad av egenmakt och empowerment. Vägen dit går i rehabiliteringen över att deltagarna redan från början ges inflytande över rehabiliteringens inriktning och genomförande. Deltagande i besluten om rehabiliteringen och ansvarstagande för denna kan ses både som ett demokratiskt mål och en

metod i rehabiliteringen. (Warr 1987; Ife 2002) En strävan i MedUrs är att deltagarna ska aktivera sig och delta i planering och genomförande av rehabiliteringen. Det innebär ett synliggörande av deltagarnas olika strategier för sitt deltagande i projektet. Det framgår av figur 46 att dessa existerar jämte den individuella handlingsplanen.

### **Planeringskonferenser med deltagare och flera partners.**

Deltagarna hänvisas av Arbetsförmedling eller Försäkringskassa till MedUrs. Detta följs av en planeringskonferens där myndigheten som hänvisar deltagaren och deltagaren själv träffar någon från MedUrs. Att deltagaren är närvarande bidrar till att stärka hans eller hennes ansvar för sin rehabilitering. Dessa tre-parts-konferenser utvecklades inom MedUrs till fyra-parts-konferenser vilket underlättade samverkan och informationsutbytet. Både deltagaren och företrädare för Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan träffar företrädare för MedUrs. Det bidrar till att begränsa antalet kontakter med myndigheterna för deltagaren och till att stärka personkontinuiteten i processen. Även om någon handläggare inte kan delta vid ett tillfälle fanns det alltid någon som kunde koppla tillbaka till föregående samtal. En utveckling som har stöd i forskningen (Gard & Larsson 2006).

Den kritik som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan riktar mot MedUrs för att de stundtals uppträder som personliga ombud för deltagarna pekar på något centralt. Det är som de påpekar självfallet viktigt att låta deltagarna föra sin egen talan, men det kan även finnas tillfällen när deltagarna behöver stöd i kontakterna med myndigheterna. En viktig aspekt som Bülow och Ekberg (2009) pekar på är att tre- eller fyrpartssamtal inte får utvecklas till samtal där deltagare känner sig trängda av ”sampratade motparter”. Stödet har dessutom upplevts positivt av deltagarna. Både när det gäller kontakterna med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan uppger flertalet deltagare att dessa underlättas av medverkan från MedUrs.

### **Rehabiliteringssamordnare.**

Erfarenheterna av MedUrs är att rehabiliteringssamordnare eller case manager är ett positivt inslag i rehabiliteringen. Liknande resultat rapporteras av Gard & Larsson (2006) som menar att samverkan mellan myndigheter och vårdgivare underlättas av att samordnare håller samman rehabiliteringsprocessen. De visar även att deras insatser har betydelse för utfallet av rehabiliteringen. Det finns viss evidens för att rehabilitering med rehabiliteringssamordnare är mera framgångsrik än om denna funktion saknas.

### **Betydelsen av arbete.**

Att förlora sitt arbete innebär att privatekonomin försämras och att vi drabbas socialt genom att vi inte längre har arbetskamrater, eller något arbete att gå till. Jeppsson-Grassman (1992) rapporterar från en undersökning av sjukskrivna kvinnor att arbete ökat i betydelse för dem med åren. Arbetet har före insjuknandet varit ett sätt att utvecklas och visa att de har mer att bidra med, efter att i en tidigare fas av vuxenlivet ha ägnat sig åt hem och barn.

Långvarig sjukfrånvaro är skadligt för individens hälsa och livskvalitet. De som går tillbaka i arbete eller studier förbättrar dock sin hälsa jämfört med dem i projektet som fortfarande var sjukskrivna (Ockander & Timpka 2003). Även framgångsrik rehabilitering ställs inför problemet att det saknas enkla jobb och praktikplatser för personer med funktionsnedsättning eller för personer som tvingas leva med smärta och dämpande medicinering. (Anderzén & Hansson 2008).

Arbetslivsrehabilitering innebär inte enbart rehabilitering för att klara av arbetet. Det måste även inkludera den sociala samvaron. Flera deltagare medger i intervjuerna att rasterna kan vara det svåraste inslaget under hela arbetsdagen. För den som varit sjukskriven länge kan det vara svårt att smälta in i kulturen på arbetsplatsen. Det handlar om att våga ta plats i de samtal som förs på rasterna, och tro på att de egna erfarenheterna är värda att diskuteras. De intervjuade deltagarna berättar om att de ofta tvekar innan de ska ge sig in i ett samtal. När de väl vet vad de ska säga är tillfället ofta redan förbi. Att engagera sig i fritidsaktiviteter, kultur och nöjen kan vara ett sätt att få uppslag till samtalsämnen. Det handlar dock ytterst om självförtroende.

### **Mentorernas betydelse.**

Mer än hälften av deltagarna uppger att deras ställning på arbetsmarknaden stärkts. De utpekar coacher och mentorer som den främsta anledningen till detta. I en studie av Müssner m.fl. (2008) påvisas liknande resultat i långtidssjukskrivna personers kontakter med Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården. Utvärderingen av MedUrs pekar på att det väsentliga för återgången i arbete kanske inte är metoderna eller rehabiliteringsprogrammen utan det personliga bemötandet. Det var 62 procent av deltagarna som medger att deras förutsättningar att återgå i arbete har stärkts av deras deltagande i MedUrs. Lika många uppger att de lärt sig saker under tiden på MedUrs som de kommer att ha nytta av på konkreta arbetsplatser som de känner till eller har kontakt med.

### **Olika syn på rehabiliteringens inslag.**

Kvinnor ser tydligare än män sambanden mellan etableringen på arbetsmarknaden och rehabiliteringsprocessens bekräftande och självstärkande inslag. De uttrycker sig oftare uppskattande om dessa. Män framstår i utvärderingen som mer rationella och snävt fokuserade på nyttan av inslagen i rehabiliteringen. De betonar värdet av praktik och arbetsprövning, träning att skriva CV och personliga brev till arbetsgivare. Andra inslag som lyfts upp med gillande av män är t.ex. att projektet MedUrs ger möjlighet att knyta kontakter med företag och skapa ett nätverk.

### **Lärande i arbetslivet.**

Praktikperioder ingår som en del av lärandet inom MedUrs. Det är viktigt att under praktiken lyfta upp vilka branschspecifika kunskaper som krävs, den yrkespraxis och de arbetsprocesser som råder på arbetsplatsen. En praktikplacering ger möjlighet till lärande som är tillämpligt på

många andra arbetsplatser och yrkesområden. Lärande för arbetslivet innefattar generella kompetenser som gäller på flertalet arbetsplatser, som självständighet, förmåga att planera, organisera och lösa problem, förmåga att lära sig nya moment, samarbeta med andra, ha kundkontakt, kunna kommunicera och ha egen initiativkraft. Det är viktigt att synliggöra och bekräfta dessa kunskaper för deltagaren som ofta har sin uppmärksamhet inriktad på specifika branschkunskaper.

### **Hälsofrämjande aktiviteter.**

MedUrs satsning på *Hälsofrämjande aktiviteter* som vardagsmotion och promenader och andra fritidsaktiviteter som stöder den enskilde under rehabiliteringen och bidrar till att vidga innehållet i vardagen. Det finns viss evidens att fysisk aktivitet bidrar till förbättringar avseende fysiska, psykiska och sociala livskvalitetsdimensioner (Kallings 2008) och till en aktiv rehabilitering (Cuevas Fernandes m.fl. 2007). Det efterlystes av Försäkringskassan fler aktiviteter som vände sig till personer med nedsatt rörelseförmåga. Ett område som behöver utvecklas ytterligare.

### **Närstående och anhörigas betydelse.**

Partner och närstående kan för såväl män som kvinnor vara en kontakt med arbetslivet. Flertalet deltagare uppger att de har anhöriga med en anställning (43 %) eller är företagare (4 %) och studerande (4 %). Det finns självfallet även partner, som i likhet med deltagarna själva, är arbetslösa och sjukskrivna. På samma gång som närstående och anhöriga kan vara en resurs och en hjälp ut i arbetslivet kan de vara ett hinder för detta, om de inte är beredda att omförhandla ansvaret för hemarbete och barn. Utan denna omförhandling kan det många gånger vara svårt för deltagare som vistats hemma under lång tid att satsa på praktik och en anställning utanför hemmet.

Inspirerad av den transnationella samverkan utvecklade MedUrs en metod för att involvera anhöriga och närstående i rehabiliteringen. Metoden bestod av kvällsföreläsningar, mellan halv sju och kvart över åtta, kombinerade med gruppsamtal. Där anhöriga och närstående utgjorde en grupp med en samtalsterapeut från St Lukasstiftelsen som samtalsledare. Denne brukade leda anhörigrupper i andra sammanhang. Den andra gruppen som utgjordes av deltagare hade MedUrs mentorerna som samtalsledare. Kvällsföreläsningarna tog upp angelägna teman som ”Att vara människa – mer eller mindre”, ”Aktivitetsbalans – energi och återhämtning”, ”Hjärnan” och ”Stress”.

### **Social förankring i lokalsamhällets gemenskap.**

En grupp av deltagare har utvecklat en handlingsstrategi som går ut på att de är beredda att ta vilket arbete som helst, bara hälsan medger detta, under förutsättningar att de kan bo kvar i Skellefteå. De sociala banden till vänner, släkt och miljö verkar vara hållbara. Endast ett fåtal deltagare säger sig vara beredda att flytta. Deltagarna verkar i allmänhet vara väl förankrade i de sociala strukturer som reglerar utbyte av tjänster och gentjänster i vardagen. Det är vanligt att deltagarna utöver det egna hushållsarbetet ägnar sig åt att hjälpa anhöriga och släktingar med deras omvårdnads- och hushållsarbete. Av samtliga deltagare är det 41 procent som svarar ja på frågan om de brukar hjälpa någon anhörig eller släkting utanför det egna hushållet



med dennes omvårdnad eller hushållssysslor. Deltagarna förväntar sig samma gentjänster, hela 82 procent uppger att de känner någon nära vän eller anhörig som skulle ställa upp för dem om de blev sjuka, och nästan lika många (78 %) uppger att de känner någon som skulle ställa upp och prata med dem om de hade personliga bekymmer. Något färre (68 %) uppger att de tror att någon skulle ställa upp för att hålla dem sällskap.

### 11.3 Har projektet MedUrs uppnått sina mål?

Som framgått av det tidigare har MedUrs mål i stort sett infriats. När det gäller syftet att utveckla och pröva metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering har detta mer än väl infriats. Det kvantitativa målet om att minst 200 personer får del av projektets insatser har uppfyllts till 87 procent. 173 deltagare ingick i projektet. Av dessa fullföljer 144 deltagare sin rehabilitering under projekttiden och 37 procent, eller 19 män och 34 kvinnor går vidare till studier eller avlönat arbete. Det var dock hela 62 procent av deltagarna som uppgav att insatserna i projektet hade fört dem närmare arbetsmarknaden vilket ska jämföras med det uppsatta målet som låg på 75 procent. MedUrs målgrupp visade sig stå längre bort från arbetsmarknaden och ha mer omfattande behov än man förutsett. Det fick konsekvenser för såväl tiden för rehabiliteringen som insatsernas omfattning.

Ett annat mål var att beskriva erfarenheterna från MedUrs när det gällde rollen som ”coach” eller ”samordnare” av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ett helt kapitel ägnades i utvärderingsrapporten åt detta. Det gemensamma verktyg för arbetsförmågebedömning som skulle utvecklas kom endast till användning inom projektet. Försäkringskassan hade nationellt utvecklat ett verktyg som användes inom deras verksamhet.

Ansträngningar gjordes för att vidga arbetsmarknaden genom information till mer än 100 företag avseende sociala företag och drygt 200 arbetsgivare inspirerades att anställa personer ur projektets målgrupp. Deltagarna i projektet fick även kunskap om hur man startar och driver sociala företag.

Rehabiliteringsprocessen förbättrades genom att utvärderingen knyter de metoder och arbetssätt som utvecklas och de resultat som uppnås till aktuell forskning och beprövad erfarenheter. Utifrån dessa erfarenheter granskades förutsättningarna att skapa en evidensbaserad praktik och för lärande av de egna erfarenheterna av rehabiliteringen.

#### **Fyra förslag som fördes fram under utvärderingen.**

- En reflektion från utvärderingen är att det krävs erfarenhet för att fullt ut dra nytta av den transnationella samverkan. Det verkar handla om en ”interkulturell” kompetens och förmåga att urskilja vilka inslag som går att överföra till en svensk kontext. Urkraft verkar i hög grad ha denna förmåga som förutsätter både

öppenhet för nya intryck men även en vilja till förändring av den egna verksamheten. Hur denna kompetens kan spridas till andra är en utmaning inför framtiden. Kanske något för ESF att studera mer ingående och lyfta upp inför nästa omgång av projekt?

- I många kommuner tvingas ordinarie myndigheter ägna orimligt stor del av sin tid åt sammanträden i projektens styrgrupper. Samordningsförbundet i Skellefteå löste problemet genom att skapa en organisation med en sammanhållen styrgrupp för gemensamt lärande och strategisk ledning av samtliga projekt i kommunen. Genom att sammanträdena hölls på gemensamma tider begränsas påverkan på ordinarie verksamheter. Den bidrar till att samverkan etablerades både på beslutsnivå och på handläggarnivå. Styrgruppens medlemmar framstår som väl förankrade i sina organisationer med en ställning som gör att de har mandat att företräda dessa i projektet.
- Tid som ägnas åt vila och återhämtning borde kunna inräknas i det underlag som medger ersättning. De aktiviteter som ingår i MedUrs arbetslivsinriktade rehabilitering kan för ovana deltagare behöva balanseras mot tid för vila och återhämtning. Särskilt i början av deras deltagande i projektet upplever många deltagare en ökad belastning. Det är vanligt att deltagare inledningsvis överskattar sin förmåga, med påföljd att de riskerar att återfalla i utmattningstillstånd.
- Ett fjärde förslag skulle vara att ESF-rådet stöder implementeringen av en ”*evidensbaserad projektpraktik*” i de projekt som beviljas medel. De konferenser för lärande och erfarenhetsutbyte som arrangeras mellan projekten framstår som steg i rätt riktning. En alternativ utveckling på lokal nivå skulle vara att Skellefteå samordningsförbund stöder utvecklingen av evidensbaserad praktik inom verksamheter och lokala projekt i kommunen. Den organisation för samordning och erfarenhetsutbyte som byggts upp framstår som väl lämpad för uppgiften. Det strategiska tänkandet verkar också finnas i organisationen. Det framgick bland annat av slutkonferensen för projektet.

Resultatet av projektet MedUrs framstår, med hänsynstagande till målgruppens förutsättningar, som framgångsrikt. Önskvärt vore dock om projekt som vänder sig till målgruppen i större utsträckning tar som uppgift att vidga arbetsmarknaden. Glädjande nog har det internationella utbytet gett uppslag till dylika projekt ... men det är en senare historia.

## Referenser

- Alexandersson, K. (2011). *Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem.* (Socialförsäkringsrapport 2011:3). *Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19-20 januari 2011*, s. 86-99. Försäkringskassan.
- Alexanderson, K., Aronsson, G., Floderus, B. & Göransson S. (2005) Selfestimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 37(5), 291-299.
- Alexanderson, K., Hagberg, J., Linder, J., Lundh G., Salmi, P. & Svedberg, P. (2009). Outcome of multidisciplinary investigations of long-term sickness absentees. *Disability and Rehabilitation*, 31(2), 131-137.
- Albertsen, K., Bültmann, U., Christensen, B. K., Jensen, N. J., Labriola, M., Lund, T. & Villadsen, E. (2006). Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work: A journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* vol. 29, 233-238.
- Andersson, O. (2007). *Samverkan för en bättre välfärd – en idétidsskrift om finansiell samordning.* Stockholm: SKL.
- Andersson, B. (1991) *Att förstå drogmissbruk. Praktiken, situationen, processen.* Lund: Arkiv förlag.
- Andersson, J., Axelsson, R., Axelsson, Bihari S., Eriksson, A. & Åhgren, B. (2010). *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering – en sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området.* Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV).
- Anderzén, I. & Hansson, A.-S. (2008). *Slutrapport - NySatsa. Projekt med syfte att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning.*
- Anderzén, I., Hurtigh, A.L. och Andersén, Å. (2011) *Slutrapport – SAMKLANG Samverkan kring långtidssjukskrivna. Ett socialfondsprojekt för att främja samverkan och livskvalitet genom återgång till arbete.* Uppsala: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Enheten för socialmedicin, Uppsala Universitet.
- Angelin A. och Salonen T. (2004) *Man vill ju kunna försörja sig själv – en studie om försörjningspolitik och arbetslöshet bland unga vuxna i Malmö*, Malmö Stad:2004.
- Antonson, S. (2002) *Stödets betydelse –supported employment i kampen för arbete och att bryta utsatthet.* Örebro: Örebro universitet. Universitetsbiblioteket. Skriftserien 71.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium.* Stockholm Natur & Kultur.
- Aronson J. K., Editors' view Compliance, concordance, adherence, *Br J Clin Pharmacol* 2007; 63:4: 383-384
- Bandura, A. (1977) *Social learning Theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baril, R., Clarke, J., et al. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three *Canadian provinces.* *Social Science & Medicine*, 57, 2101-2114
- Berglind, H. (1988). Happy Losers – A study of Laid off Metal Workers and the Swedish Welfare System. In Berglind, H. *Towards an Action Theory for Social Work, No 5*, sid. 87-100. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Bergmark, A. (2007). Riktlinjer och den evidensbaserade praktiken – en kritisk granskning av de nationella riktlinjerna för missbrukarvård i Sverige. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, nr 24 (5) sid. 519-529.
- Blonk, R.W.B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S.E. och Houtman, I.L.D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioral interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress* 20 (2): 129-144.

- Bond, G.R., Drake, R.E. & Becker, D.R. (2008) An update on randomized controlled trials of evidence-based Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Special 10<sup>th</sup> anniversary issue on supported employment. Vol 31(4), Spr 2008, pp. 280-290.
- Brewer, J. & Hunter, A. (1989) *Multimethod Research: A Synthesis of Styles*. Newbury Park: Sage.
- Bordin, E. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. Horvath, & L. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Brehm, S. S. (1981). Psychological reactance and the attractiveness of unobtainable objects: Sex differences in children's responses to an elimination of freedom. *Sex Roles, Volume 7, Number 9*, 937-949
- Burns, T., Catty, C., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Lauber, C., Knapp, M., Rossler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., Wiersma, D., & the EQOLISE Group. (2007) Supported employment for people with severe mental illness: a European multi-centre controlled trial. *Lancet* 370:1146-1152, 2007.
- Bülow, P. och Ekberg, K. 2009. *Avstämningmötet som mötesplats och metod för återgång i arbete - ur ett kommunikationsperspektiv*. Linköpings universitet, IHS-rapport 2009:1
- Bäckström, I. (1997). *Att skilja agnarna från vetet: Om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män*. Umeå: Umeå universitet.
- Cuevas Fernandez, F. J., Marco Carcia, M. T., Rodriguez Alvarez, C., Iglesias Giron, M. J. & Aguirre-Jaime, A. (2007). Is there an association between physical exercise and the quality of life of hypertensive patients? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 17, 348-355.
- Cohen S & Wills T A. (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.* 98:310-57, 1985.
- Danermark. B. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete?* Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- De Board (1984) *Våga lyssna*. Stockholm: Liber förlag.
- Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G. och Sjöbeck, B. (2000) *Gerontologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dexter, L. A. (1970) *Elite and Specialized Interviewing*. Evanston Illinois: Northwestern University Press.
- Ekberg, K. och Sebrant, U. 2007. *Återgång i arbete. Rehabiliteringsprocessen i teori och praktik*. Linköpings universitet, IHS-rapport 2007:2
- Farbring, C. Å. (2010) *Handbok i motiverande samtal: teori, praktik och implementering*. Stockholm: Natur & kultur.
- Feher, F, Heller, A. & Márkus, G. (1983). *Dictatorship over needs*. Oxford: Blackwell.
- Franche, R-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J. (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 607-631.
- Freire P. (1972) *Pedagogik för de förtryckta*. Stockholm: Gummessons förlag
- Fryer, D. (1986). Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects of unemployment. *Social Behaviour* 1(1), 3-23.
- Försäkringskassan (2008). *Strategier för begränsning av sjukfrånvaro och förtidspensionering - erfarenheter från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige 1990-2007*. (Socialförsäkringsrapport 2008:5).
- Gard, G & Larsson, A. (2006) How can cooperation between rehabilitation professionals in rehabilitation planning be improved? A quality study from the employer's perspective. *Work* 26 (2):191-196.

- Gard, G. & Söderberg, S. (2004). How can a work rehabilitation process be improved? – A qualitative study from the perspective of social insurance officers. *Disability and Rehabilitation*, 26,5 ppg 299-305.
- Germundsson, P. (2011). *Lärare, socialsekreterare och barn som far illa. Om sociala representationer och interprofessionell samverkan*. Diss., Örebro Universitet. Kållerød: Intellecta Infolog.
- Grönlund, A. (2004). Flexibilitetsrevolutionen. I *Flexibilitetens gränser*. Umeå: Borea-förlag.
- Hagström, T. (1988) *Arbetslösas beredskap inför arbetslivet. En kartläggning och analys av aktiva-passiva förhållningssätt och betydelsen av olika yttre levnadsförhållanden*. Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen och Arbetsmarknadsdepartementet, Delegationen för arbetsmarknadspolitisk forskning.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1997) *Ethnography Principles in Practise*. London & New York: Routledge.
- Hasselgren, S. (2006). Evidensbaserings – en del av det moderna projektet. *Alkohol & narkotika*, 100, (03), 11-13.
- Haugli, L., Maeland, S. & Magnussen, L.H. (2011) What Facilitates Return to Work? Patients Experience 3 Years After Occupational Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*. Published online 2011 March 26. doi: 10.1007/s10926-011-9304-6. PMID
- Hensing, G. & Peterson, E-L. (2009). *Återgång till arbete. En kunskapssammanställning om metoder och strategier för att underlätta återgång till arbete*. Göteborgs Universitet.
- Ife, J. (2002). Community development. Community-based alternatives in an age of globalisation. Pearson Education Australia.
- Ivarsson, M., Ivarsson, G., Sävenstrand, A. och Axelsson, A. (2013). *Från mötesproffs till utvecklingsmotor. En skrift om framgångsrikt styrgruppsarbete*. SPEL:s rapport nr 11. Örebro: Apel AB.
- Jahoda, M., Lazarfeld, P. & Zeisel, H. (1993/1972). *Marienthal: The Sociography of an Unemployed Community*. London: Tavistock.
- Jenner, H. (1987), *Motivation hos missbrukare och behandlare*. Lund: Studentlitteratur.
- Jeppsson-Grassman, E. (1992) *Arbetslivets krav och människors lidande*. Socialt arbete nr 57. Stockholms universitet. Socialhögskola.
- Jick, J. D. (1979) Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24, sid. 602-611.
- Johnson, B. (2011). *Kampen om sjukfrånvaron*. (Socialförsäkringsrapport 2011:3). *Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19-20 januari 2011*, s. 117-124. Försäkringskassan.
- Juhlin, P. och Tengblad, P. (2004). *Arbetsgivarriktningar i Sverige. Förekomst, funktion och nytta*. Stockholm: Vinnova rapport nr. 11.
- Jönsson L. R. (2003). *Arbetslöshet, ekonomi och skam*. Lund dissertations in social work Lund: 2003.
- Kallings, L. V., Leijon, M., Hellénus, M. L. & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary healthcare: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18, 154-161.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books, pp. 89-103
- Kelly, J.R (1983): *Leisure Identities and Interactions. Leisure and Recreation Studies 1*. George Allen & Unwin (Publishers) Ltd. London UK.

- Klassen, R. M. & Chiu, M.M. (2010) Effects on Teachers' Self-Efficacy and Job Satisfaction: Teacher Gender, Years of Experience, and Job Stress. *Journal of Educational Psychology*. 2010, Vol. 102, No. 3, 741–756.
- Van der Klink, J.J.L, Blonk, R.W.B., Schene, A.H., van Dijk, F.J.H. 2003. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 60: 429-437.
- Koskinen-Hagman, M., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). Swedish Version of the General Self-Efficacy Scale. *Hämtad 2010-11-02*. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/swedish.htm>
- Leijon, M.E., Stark-Ekman, D., Nilsen, P., Ekberg, K., Walter, L., Ståhle, A. & Bendtsen, P. (2010). Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. *BMC Public Health*, 10, 34-41.
- McIntosh, G., Melles, T. & Hall, H. (1995) Guidelines for the identification off barriers to rehabilitation of back injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5; 195-201.
- Marklund, S., Lidwall, U. 1997. Vilka blir långtidssjukskrivna? I: Marklund, S. (red.) *Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. Stockholm: Riksförsäkringsverket redovisar 1997:6.
- Melén, D. 2008. Sjukskrivningssystemet. Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna. Lund Dissertations in Sociology 79.
- Merriam, S: B: (1994) *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Miller, W. R. (2003). Enhancing motivation for change. In R.K.Hester & W.R.Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*, 3rd ed, pp. 131–151. Boston: Allyn & Bacon.
- Miller, W.R. & Baca, L. M. (1983) Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*. 1983;14:441–448.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). Ten Things That Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140.
- Mills. C.W. (1971) *Den sociologiska visionen*. Stockholm: Prisma
- Müssener, U., Festin, K., Upmark, M. & Alexandersson, K. (2008) Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave. *J Rehabil Med*. 2008; 40: 805-811.
- Ockander M, & Timpka T. (2001). A female lay perspective on the establishment of long-term sickness absence. *International Journal of Social Welfare* 2001,10. 74-79
- Ockander, M.K. & Timpka T. (2003) Women´s experience of long term sickness absence: implications for rehabilitation practice and theory. *Scandinavian Journal of Public Health*. 31(2), 143-148.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy– noch einmal. I A. Bergin & S. Garfield (red): *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: John Wiley.
- Paulsson, G., Hallberg, L., Ziegert, K., Svensson, O. och Kjellman, C. (2010) *Hälsa & livsstil: forskning & praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276–288.
- Rantakeisu, U. (2002) *Arbetslöshetens olika ansikten: fyra studier om arbetslöshetens sociala och hälsomässiga yttringar* (Avhandling). Göteborg: Göteborgs universitet.

- Rantakeisu U., Starrin B., Hagquist C. (1997) *Unemployment, shame and ill health – an exploratory study* I Scandinavian Journal of Social Welfare 1997:6 Danmark.
- Reichardt, C. S. & Cook, T. D: (1979) Beyond Qualitative versus Quantitative Methods. I C. S. Reichardt & T. D. Cook (Red.) *Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research*. Beverly Hills: Sage.
- Riksförsäkringsverket (1997). *Risk -frisk-faktorer-sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. Riksrevisionen, RiR (2005:14). *Förtidspension utan återvändo*. Stockholm:Riksrevisionen.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. 1968. *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rossi, J.J. & Filestead, W.J. (1976). "Treating" the treatment issues: Some general observations about the treatment of alcoholism. I Filestead, W. J., Rossi, J. J., Keller, M. (Eds). *Alcohol and alcohol problems: New thinking and new directions*. Cambridge: Ballinger.
- SBU (2007) Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Staten.
- SCB (2004). Svenska folkets levnadsförhållanden. Fritid 1976-2002. Rapport 103.
- Scheff T. J. (1990) *Micro sociology* Chicago: Chicago University Press.
- Schene, A.H., Koeter, M.W.J., Kikert, M.J., Swinkels, J.A., & McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*.
- SFS 1962:381. Lag om allmän försäkring. Socialdepartementet.
- Shaw, W., Hong, Q., Pransky, G. & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 18, no. 1, pp. 2- 15.
- Skogman Thoursie, P. (2011). *Ekonomiska incitament inom sjukförsäkringen. I Mellan arbete och sjukdom. Socialförsäkringsrapport 2011:3*. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011. Försäkringskassan
- Socialstyrelsen. (1999). *Att samverka kring psykiatireformens klienter. Psykiatriuppföljningen 1999:5*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*, presenterades i februari 2008.
- Starrin, B. & Renck, B. (1996) Den kvalitativa intervjun. I P.-G. Svensson och B.Starrin (Red.) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S. och Sjöberg, K. (2009). *Lärande utvärdering genom följeforskning*. Lund: Studentlitteratur 2009.
- Svensson, O. (2001). *På gränsen mellan utbildning och arbete. Om vuxenblivande, utbildning arbetsliv – erfarenheter från 24 EU-projekt i Sverige*. Stockholm: ESF-rådet.
- Svensson, O. och Hallberg, L (2011) Jakten på hälsa, välbefinnande och livskvalitet. I L. Hallberg (Red.) *Hälsa & Livsstil. Forskning & praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, P-G. och Starrin, B. (Red.) (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Theorell T (2008) Introduction. In: After 30 years with the demand-control-support model – how is it used today? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health Suppl* (6):3-5.

- Their, S. (1998). *Det pedagogiska ledarskapet*. Mariefhamn: Mermerus AB.
- Trend, M. G. (1979). On the reconciliation of qualitative and quantitative analysis. A case study. In C. S. Reichardt & T. D. Cook (Red.) *Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research*. Beverly Hills: Sage.
- Waddell G. & Burton A.K. 2006. *Is work good for your health and well-being?* London: TSO.
- Warr, P. (1987) *Unemployment and Mental Health*. Oxford Science Publications.
- Öhrn, I. (2000). *Livet, identiteten och kronisk sjukdom. En socialpsykologisk studie av unga vuxna diabetiker* (avhandling). Göteborg: Göteborgs universitet.

### **Elektroniska källor:**

- Freie Universität Berlin. (u.å.). SPSS Raw Data with 18,000 Participants. Hämtad 19 april, 2012, från <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm/>
- Perkins, N. D. (1986) Thinking frames.  
[http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed\\_lead/el\\_198605\\_perkins.pdf](http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed_lead/el_198605_perkins.pdf) (Tillgänglig 2014-03-29)
- Statskontoret. (2012). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 2.*  
<http://www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2012/201234.pdf> (Tillgänglig 2013-12-30)
- Socialdepartementet. (2008). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren.* <http://www.government.se/content/1/c6/10/05/51/b6695b69.pdf> [Tillgänglig 2013-12-15]
- Socialdepartementet. (2011). *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik (pdf 185 kB).*  
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/08/37/5e80aec2.pdf> [Tillgänglig 2013-12-30]
- <http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/Statistik/H%C3%A4lsa%20p%C3%A5%20olika%20villkor/ekonomiska%20f%C3%B6rh%C3%A5llanden.pdf>. (Tillgänglig 2014 03-15)