

# METODÖVERSIKT

## BILAGA



## Innehållsförteckning

<b>Metodöversikt i MIA-projektet .....</b>	<b>3</b>
Integrerad psykiatri .....	3
Likheter och skillnader mellan de metoderna i MIA .....	4
<b>Case management (CM) .....</b>	<b>4</b>
Metoden Case management i effektutvärderingen .....	6
<b>Supported Employment (SE), Supported Education (SEd) och Individual Placement and Support (IPS) .....</b>	<b>9</b>
Supported Employment (SE) .....	11
Individual Placement Support/Individuella placerings- och stödprogrammet (IPS) .....	14
Supported Education (SEd) .....	15
<b>Bostonmodellen .....</b>	<b>16</b>
<b>Arbetsintegrerande sociala företag – ASF .....</b>	<b>21</b>
<b>Motivational Interviewing/Motiverande samtal (MI).....</b>	<b>22</b>
<b>SIP-Samordnad Individuell Plan.....</b>	<b>23</b>
SAMSIP- ett exempel på utökad SIP .....	28

## **Metodöversikt i MIA-projektet**

Generellt kan man säga om de valda metoderna i MIA att de är personcentrerade och involverar någon form av samarbete. De har fokus på lösningar, att skapa en arbetsallians och att personerna ska vara självbestämmande och ha makten över processen. De evidensbaserade metoder MIA främst valt att arbeta med är Case Management (CM), Supported Employment (SE) och Individual Placement and Support (IPS). Andra metoder/modeller som används inom MIA är Bostonmodellen och arbetsintegrerande sociala företag (ASF).

I översikten presenteras även verktygen MI (motiverande samtal) och Samordnad individuell plan (SIP). MI är en samtalsmetod som används i olika sammanhang för att underlätta förändringsprocesser. SIP är ett verktyg för samverkan mellan landsting och kommun men det finns även exempel från ett samordningsförbund på hur en utökad SIP kan användas. Såväl MI som SIP kan användas som verktyg oavsett metodval.

## **Integrerad psykiatri**

Flera av metoderna i MIA-projektet har sitt ursprung ur det som benämns som integrerad psykiatri. Det är en evidensbaserad samhällsbaserad psykiatri med brukaren i centrum. Beroende på i vilket sammanhang och i vilket syfte metoderna/modellerna används betonas olika aspekter.

Integrerad psykiatri (IP)<sup>1</sup> utvecklades som en rehabiliteringsmodell vilken omfattar att skapa ett ramverk för samverkan medan man samtidigt ger brukaren möjlighet att få ökat inflytande över sin vård, rehabilitering och sitt liv i stort. På systemnivå innebär IP en balanserad integrering av sjukhusvård, psykiatrisk öppenvård, primärvård, socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling m.fl. Ett samhällsbaserat team har det övergripande ansvaret för vård och stöd men utifrån individens behov. Modellerna utvecklades för att kunna tillämpa tidig intervention, behandling och rehabilitering av komplexa och svårare psykiska sjukdomar. Att medverka i IP innebär att fatta gemensamma beslut om hur man tillsammans ska uppnå mål och delmål som brukaren anger.

Idag har IP-modellerna breddats för att kunna användas i andra sammanhang än där de uppstod men där det finns behov av samordning, integrering och personcentrerat stöd i någon form. I MIA är avsikten att använda dessa integrerande och evidensbaserade metoder för att främja samverkan, utgå från individens behov och på ett vis som främjar deltagarna att komma närmre arbetsmarknaden. Målet är att anpassa metoderna (samtidigt som man behåller en metodtrogenhet) till målgrupper som är i behov av samordnad rehabilitering och att leva ett mer självständigt liv.

---

<sup>1</sup> Brain, Cecilia, Landqvist- Stockman, Susan och Olsson, Hasse. (red). *Integrerad psykiatri - Case management i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, 2014.

## **Likheter och skillnader mellan de metoderna i MIA**

### **Likheter**

Samtliga metoder har individen med dess behov i centrum. De främjar självständighet och att arbeta utifrån individens självbestämmande. Metoderna handlar om att finna specifika lösningar, förutsättningar och verktyg utifrån vad individen behöver stöd med och var den befinner sig. Man har tillit till individens egna förmåga och individuella resurser.

### **Skillnader**

Vissa av metoderna (såsom CM, SEd och IPS) har sitt ursprung i integrerad psykiatri och har uttalad samverkan mellan olika aktörer med i sin metodbeskrivning. I MIA-projektet ingår självklart samverkan oavsett metodval.

SE, IPS och ASF är nära förankrade i arbetsliv på olika vis vilket CM och Bostonmodellen är på samma vis.

IPS har en utarbetad programtrogenhetsskala för att mäta metodtrogenhet. När man tittar på metodtrogenhet i de andra metoderna har det varierat mer hur man definierat metodtrogenhet och valt att avgränsa den.

## **Case management (CM)**

Case management (CM) är en av modellerna i integrerad psykiatri. CM är inget entydigt begrepp och många olika funktioner och modeller ryms inom begreppet. Det centrala i alla modeller är att brukaren och dess behov står i centrum. Case managern (benämns även ibland som vård- och stödsamordnare eller enbart samordnare) har en koordinerande funktion och ansvarar för att utreda, planera och att lämpliga insatser genomförs och följs upp med deltagaren. De olika modellerna skiljer sig åt på olika punkter, intensitet, grad av samordning och case managerns roll och syfte. En case managers yrkesbakgrund kan variera och utbildningsbehovet ser olika ut beroende på vilken modell det handlar om. I Sverige finns flera olika aktörer som anordnar utbildningar. Omfattningen på utbildningen kan variera från ett par heldagar till högskoleutbildningar som sträcker sig över hela och ibland flera terminer <sup>2</sup>.

Arbets sättet CM växte fram i USA på 1970-talet för att underlätta för tidigare slutenvårdspatienter att bo kvar ute i samhället. Ursprungligen användes CM framförallt i en målgrupp som kännetecknades av personer med allvarliga psykiska problem såsom psykos, schizofreni eller personlighetsstörning. Den har även använts mycket inom olika behandlingsformer. CM beskrivs enligt

---

<sup>2</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/casemanagement>  
(hämtad 2017-03-20)

Socialstyrelsens hemsida som en insats som samordnar vården för personer med allvarliga psykiska funktionshinder för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt. Numera har användningen av CM utökats och används i olika sammanhang och mot olika grupper, ett sådant nationellt exempel är från effektutvärderingen, detta beskrivs längre fram i texten.

Socialstyrelsen<sup>3</sup> beskriver på sin hemsida följande 6 olika modeller för CM:

1. I den ursprungliga ”mäklarmodellen” har case-managern ingen klinisk expertis och genomför inte egna behandlingsinsatser. Case-managerns främsta uppgift har varit att fastställa och utreda behov, planera vården, samordna, förmedla och följa upp kontakter med aktuella vårdgivare. Case-managern har i denna modell inte en så nära kontakt med klienten.
2. I den ”kliniska case-management”-modellen har personen förutom det samordnande ansvaret också en viss behandlande roll, exempelvis vid social träning, krisintervention och familjestöd.
3. I modellen för ”intensiv case-management” är samordnaren ofta en samtidigt kliniskt verksam terapeut som har tät kontakt med ett relativt litet antal klienter. Den intensiva case management-modellen har många likheter med ACT-modellen. En viktig skillnad är dock att i ACT-modellen arbetar man i ett team kring klienten och i den intensiva case management-modellen är det en enskild case manager
4. Den mest omfattande och intensiva modellen ”Assertive community treatment” (ACT) innebär att hela det samordnande och behandlande ansvaret tas av ett team där exempelvis socialarbetare, sjuksköterska och psykiater ingår. Teamet arbetar aktivt uppsökande med relativt få personer per behandlare och finns tillgängligt dygnet runt. Det är den modell som är mest evidensbelagd.
5. I resursmodellen utgår case-managern mer från klientens egna val och starka sidor vid planeringen av insatser och agerar mer uttalat som patientens ombudsman än i andra modeller. I denna modell vill man stärka och utveckla klientens resurser genom att hitta sammanhang och insatser i samhället där klienten kan utvecklas, till exempel genom boende- och arbetsträning. I modellen är också relationen mellan klienten och Case-managern viktig, Case-managern arbetar mer uttalat som klientens ombudsman. Case-managern försöker både genom egna direkta insatser och förmedling av andra vård- och stödinsatser ge ett stöd så klienten kan nå sina egna mål Här ingår insatsen personligt ombud som är den form av mindre intensiv Case management som används mest i Sverige idag.

---

<sup>3</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/casemanagement>  
(hämtad 2017-03-20)

6. Rehabiliteringsmodellen betonar klientens egna önskemål och val, och inriktas på den typ av färdighetsträning som behövs för att klienten ska nå sina mål.

#### **Case managers uppgift inom IP kan översiktligt beskrivas på följande vis<sup>4</sup>:**

- Etablera och upprätta en bärande arbetsallians med brukare och närstående.
- Tillsammans med vård, brukare och hans närstående genomföra omfattande utredningar/analyser av behov, resurser och problem.
- Bistå brukaren i att formulera sina egna mål.
- Hjälpa brukaren att identifiera betydelsefulla personer som kan nomineras till resursgruppen (en grupp som kan användas som stöd och resurs).
- Samordna alla insatser som brukaren har behov av, både inom teamet och från övriga samarbetspartners såsom t.ex. socialtjänsten, Försäkringskassa, primärvård och arbetsgivare.
- Bedriva psykiatriskt behandlingsarbete, vilket är en viktig och central uppgift för CM inom IP.
- Lära ut strategier som kan bidra till ökade kunskaper och färdigheter.
- Tillvarata patientens intressen och vid behov företräda patienten i de sammanhang som kan bli aktuella, t.ex. i möten med arbetsgivare, Försäkringskassan och socialtjänsten.
- Kontinuerligt utvärdera effekterna av behandling och åtgärder.

#### **Metoden Case management i effektutvärderingen**

I Sverige har Case management (tillsammans med SIUS, en svensk anpassning av metoden Supported Employment) varit en av metoderna i effektutvärderingen<sup>5</sup>. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har haft ett regeringsuppdrag att under två år vetenskapligt effektutvärdera hur insatser enligt metoden Supported Employment påverkar möjligheten till arbetsmarknadsetablering för unga som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Slutrapporten kommer under Mars 2017.

#### **Rollen Case manager i effektutvärderingen beskrivs på följande vis:**

Inom ramarna för projektet är Case managers roll att verka för att individen får de behov och förutsättningar tillgodosedda som på sikt bidrar till förbättrade möjligheter att både få och behålla en anställning på arbetsmarknaden.

---

<sup>4</sup> Brain, Cecilia, Landqvist-Stockman, Susanne och Olsson, Hasse. Integrerad psykiatri - ett strukturerat metodikprogram för samhällsbaserad psykiatri. I *Integrerad psykiatri - Case management i teori och praktik*, Brain, Cecilia, Landqvist-Stockman, Susan och Olsson, Hasse. (red.). 245-292. Lund: Studentlitteratur, 2014.

<sup>5</sup>

[https://www.arbetsformedlingen.se/download/18.4832732c146dd191a4c11a9/1407137725411/%C3%85R\\_Supported\\_Employment\\_regeringskansliet\\_1\\_augusti\\_2014.pdf](https://www.arbetsformedlingen.se/download/18.4832732c146dd191a4c11a9/1407137725411/%C3%85R_Supported_Employment_regeringskansliet_1_augusti_2014.pdf) (hämtad 2017-03-20)

Case managerns roll är att jobba utifrån individens behov och uppdrag och de möjligheter till stöd som finns hos olika aktörer. I detta kan ingå att hjälpa individen att hitta en praktikplats. Case managern ska, i nära samarbete med Arbetsförmedlingen, stödja och motivera individen under sökande efter jobb och bistå i kontakter med arbetsgivare. Ett nära samarbete med Arbetsförmedlingen är i detta skede avgörande då myndigheten ansvarar för insatser och program exempelvis anställningsstöd, arbetshjälpmedel samt beslut om praktikperioder.

Det stöd som case managern ger i processen att få ett arbete formas utifrån individens varierande behov av stöd, det kan bland annat handla om att hjälpa individen att komma i väg till arbetet på morgonen eller att hjälpa individen att ordna barnomsorg för att möjliggöra arbete.

Case management inom effektutvärderingen bygger på följande principer från Resursmodellen<sup>6</sup>:

- Individens egen förmåga att återhämta sig
- Fokus på individens styrkor
- Stödet ges i naturliga miljöer
- Personen styr sin egen process
- Tillitsfull och respektfull relation.

Case management utgår ifrån ett holistiskt perspektiv där individens samtliga livsområden är i fokus. Metoden innebär ett processinriktat arbetssätt med olika faser och aktiviteter, dessa kan se olika ut utifrån varje enskild individ. De olika faserna löper inte linjärt utan utgår ifrån individens aktuella situation och behov.

**Nedan beskrivs de aktiviteter som är kärnan i metoden och som använts i effektutvärderingen.**

### **1. Etablera en relation**

Case management bygger på att Case managern bygger upp en tillitsfull relation till individen för att kunna få ett ömsesidigt förtroende. Man arbetar flexibelt, långsiktigt och med tålamod. Det är viktigt att kunna lägga ned den tid som behövs för varje uppdragsgivare/individ och att kunna arbeta flexibelt i tid.

Det handlar om att tro på individens förmåga, att fokusera på styrkor i stället för svaghet och diagnos. För Case managern innebär detta att stödja till reflektion samt att arbeta för att stärka individen och att stå på individens sida. Viktiga utgångspunkter i detta skede är att lita på varandra samt att vara ärlig och respektfull.

---

<sup>6</sup> Internt metodstödsmaterial från effektutvärderingen

## 2. Upprätta en plan och formulera mål

Case managern arbetar på uppdrag av individen och mot de mål som individen själv vill uppnå. Case managern stödjer individen att kartlägga och formulera rimliga mål i en plan. Det är avgörande för arbetet att individen styr sin egen process genom att vara delaktig i val av insatser och planering. Målformuleringar och uppdrag från individen kan finnas inom alla livsområden och innebär kontakter med olika myndigheter och organisationer, några exempel:

*Boende* – kontakter med t.ex. kommunens boendestöd.

*Hälsa, vård, behandling, hjälpmedel utanför arbetsplatsen* – kontakter med t.ex. vård, psykiatri.

*Ekonomi och försörjning* - kontakter med t.ex. Försäkringskassan, kommunens budget- och skuldrådgivare.

*Nätverk och sociala relationer* – kontakter med t.ex. anhöriga och vänner.

*Fritid, aktiviteter* – kontakter med t.ex. Försäkringskassans handläggare för aktivitetsersättning som i vissa fall kan bevilja ersättning för att delta i olika aktiviteter t.ex. friskvård.

*Arbete* - kontakter med t.ex. Arbetsförmedlingen och arbetsgivare.

Case managerns uppgift är att stödja individen att fokusera på de mål och aktiviteter som lagts in i ”Min plan”. Mål och aktiviteter revideras efter behov och under tid. Genom att såväl arbetsförmedlare som personlig handläggare och Case manager deltar i arbetet att stödja individen att formulera mål i ”Min plan” blir respektive tjänstemans uppdrag och mandat tydligt för individen. Case managern kan till exempel tillsammans med individen fundera över vilka personer som kan vara aktuella att ta med vid planeringen och formuleringen av ”Min Plan”. Case Managerna kan också dela ansvaret för konkreta aktiviteter exempelvis genom att tillsammans med individen träna på att åka kommunala färdmedel om det är ett mål som individen ställt upp.

## 3. Ge stöd att samordna insatser, utan att ta över andra myndigheters ansvar

I Case managerns arbete ingår att lotsa individen rätt i kontakter med myndigheter för att verka för att han eller hon ska få relevanta stödinsatser, exempel på områden som kan bli aktuella beskrivs under stycket ovan (Upprätta en plan och formulera mål). I arbetet är det viktigt att Case managern, på en övergripande nivå, informerar individen om vilken hjälp och möjligheter till stöd som finns i det svenska välfärdssystemet samt bidrar till att skapa goda relationer. Ytterligare en hörnsten är att visa på de valmöjligheter som finns i systemet och involvera individen i processen mot arbete. Förutom att Case managern lotsar individen rätt i välfärdssystemet så ingår att hjälpa individen att samordna de insatser som är nödvändiga för att han eller hon ska kunna leva ett mer självständigt liv och, på sikt, bidra till möjligheter till arbete.



#### 4. Stödja i processen att få ett arbete

Inom ramarna för projektet är Case managers roll att verka för att individen får de behov och förutsättningar tillgodosedda som på sikt bidrar till förbättrade möjligheter att både få och behålla en anställning på arbetsmarknaden. Case managers roll är att jobba utifrån individens behov och uppdrag och de möjligheter till stöd som finns hos olika aktörer. Case managern ska, i nära samarbete med Arbetsförmedlingen, stödja och motivera individen under sökande efter jobb och bistå i kontakter med arbetsgivare. Ett nära samarbete med Arbetsförmedlingen är i detta skede avgörande då myndigheten ansvarar för insatser och program exempelvis anställningsstöd, arbetshjälpmedel samt beslut om praktikperioder. Det stöd som Case managern ger i processen att få ett arbete formas utifrån individens varierande behov av stöd, det kan bland annat handla om att hjälpa individen att komma i väg till arbetet på morgonen eller att hjälpa individen att ordna barnomsorg för att möjliggöra arbete. I Case managers arbete ingår också att, vid behov, stödja individen att bygga upp självkänsla och självförtroende – att hjälpa individen att få syn på sina egna resurser.

Case managern träffar individen i hans eller hennes egna miljöer alternativt på allmän plats, avgörande är att individen själv väljer var man träffas.

#### 5. Uppföljning och avstämning

Genom att individens mål och planerade aktiviteter har formulerats i Min plan sker regelbunden gemensam uppföljning mellan individen, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Case managern. I Min plan dokumenteras individens samtliga pågående insatser samt tidpunkter för avstämning. I Case managers arbetsuppgifter ingår att, tillsammans med individen, följa upp och revidera samordnade insatser och aktiviteter i Min plan.

### **Supported Employment (SE), Supported Education (SEd) och Individual Placement and Support (IPS)**

Supported employment (SE) utvecklades i början i slutet av 70-talet och Individual Placement and Support/Individuella placering- och stödprogrammet (IPS) är en vidareutveckling av metoden som kom i början på 90-talet<sup>7</sup>. Supported Education (SEd) utvecklades under 80-talet och vilar på samma grundantaganden som SE och IPS<sup>8</sup>. SEd beskrivs efter redogörelsen av SE och IPS som inleder

---

<sup>7</sup> Gustavsson, Johanna., *Supported employment i en svensk kontext – förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller ett arbete*. Diss., Örebro universitet, 2014

<sup>8</sup> Bengs, Anna Karin, Borg, Gunilla och Liljeholm, Ulrika. *Studieriktad rehabilitering- Supported Education ur tre perspektiv*. FoU Södertörn: FoU-Södertörns skriftserie nr 116/13

detta avsnitt. SE och IPS utvecklats för olika målgrupper från början och skiljer sig åt till viss del. Från början riktade sig SE uttalat till de med intellektuella funktionsnedsättningar och IPS till de med psykiska funktionsnedsättningar. Numera har målgruppen breddats och omfattar även andra. Begreppet SE används numera ofta synonymt med IPS i många sammanhang och en stor del av den forskning om effektivitet som görs anger principerna i IPS som utgångspunkt<sup>9</sup>.

Metoderna SE och IPS delar en gemensam filosofisk grund som handlar om synsättet på människor och hur arbetsrehabilitering ska bedrivas. Oavsett vad som begränsar svårigheten att få ett arbete handlar det om att stötta människor från en icke-fungerande situation så att de kan få och behålla ett arbete. Stödet utgår från personens intresse och motivation. SE/IPS-handledaren har till uppgift att stötta personen ute på arbetsplatsen men även stötta arbetsgivaren så den kan skapa de bästa förutsättningarna.

Personer med funktionsnedsättningar är ingen homogen grupp. De skiljer sig åt när det gäller vilken typ av arbete de vill ha, vilket slags stöd de vill ha och om de vill berätta om sin funktionsnedsättning för arbetsgivare och arbetskamrater eller inte. SE tar hänsyn till de individuella önskemålen och skräddarsyr tjänsterna efter dem. Dessutom tar man hänsyn till att många har nytta av ett långvarigt stöd när de har börjat arbeta. Därför är tjänsterna inte tidsbegränsade och arbetscoachen kan finnas med i bakgrunden under flera år, samtidigt som man strävar efter att den anställde ska bli så självständig och självgående som möjligt<sup>10</sup>.

Den bakomliggande filosofin bakom SE-metoderna är att alla människor med funktionsnedsättningar eller andra hinder har förmåga att arbeta på den reguljära arbetsmarknaden. Villkoret är att man hittar rätt arbete och rätt arbetsplats. Man satsar på att hitta ett arbete som tar vara på den arbetssökandes starka sidor och motivation och inte går ut på att förändra deltagaren för att passa ett arbete. Inom SE tänker man att rollen som löntagare ofta leder till att självbilden förändras. Att kunna betrakta sig själv som en nyttig medborgare som aktivt bidrar till samhällets utveckling stärker självkänslan och är en grundtanke. Genom att komma in på arbetsmarknaden minskar stigmatiseringen och den sociala acceptansen ökar, i takt med att omgivningen ser att individer med funktionshinder lyckas i arbetslivet.

SE-modellerna är utvecklade i en amerikansk kontext men för att de ska fungera i en svensk krävs att den som arbetar med SE/IPS har god kännedom om olika

---

<sup>9</sup> Gustavsson, Johanna., *Supported employment i en svensk kontext – förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller ett arbete*. Diss., Örebro universitet, 2014

<sup>10</sup> Socialstyrelsen, *Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen – vägledning för arbetscoacher*, Socialstyrelsen: 2012-8-5.

aktörers roller och ansvar. Man bör ha kännedom om aktuellt regelverk och vilket utbud av insatser som finns tillgängliga <sup>11</sup>.

### **Supported Employment (SE)**

SE började användas som alternativ till traditionella sysselsättningsalternativ för personer med intellektuella funktionsnedsättningar. Målet med SE är att stödja personer med funktionsnedsättning att nå framgång i en anställning på den öppna arbetsmarknaden i ett arbete som de själva valt att arbeta i. Metoden utvecklats och har börjat användas för andra målgrupper som de med psykiska funktionsnedsättningar <sup>12</sup>. EUSE (European Union of Supported Employment) <sup>13</sup> beskriver på sin hemsida att de har skapat en verktyglåda för mångfald och att SE kan användas på en bredare grupp såsom till exempel unga som varken arbetar eller studerar, tidigare kriminella och före detta missbrukare.

I Sverige är en av de vanligare SE-modellerna SIUS <sup>14</sup> (särskilt introduktions- och uppföljningsstöd) som riktar sig till arbets sökande personer med funktionsnedsättning. SIUS är en anpassning efter den svenska arbetsmarknadspolitiken och startade som försöksverksamhet på arbetsförmedlingen 1993 men har därefter blivit en av arbetsförmedlingens ordinarie funktioner. Idag finns det ca 800 SIUS-konsulenter i Sverige. Under 2000-talet har SE i allt större omfattning börjat användas som metod inom arbetslivsinriktad rehabilitering i Sverige.

SE utformades utifrån vissa grundläggande principer och värderingar och har centrala utgångspunkter som ligger till grund för arbetet. De värderingar och principer som genomsyrar SE är följande enligt EUSE:

- Individualitet
- Respekt
- Självbestämmande
- Informerade val
- Empowerment
- Konfidentialitet
- Flexibilitet
- Tillgänglighet

---

<sup>11</sup> Magnusson, Birgitta och Jacobson, Anette. Arbetsrehabilitering enligt IPS-det individuella placerings- och stödprogrammet. I *Integrerad psykiatri - case management i teori och praktik*, Cecilia Brain, Susan Landqvist- Stockman och Hasse Olsson (red.). 169-184. Lund: Studentlitteratur, 2014.

<sup>12</sup> Gustavsson, Johanna., *Supported employment i en svensk kontext – förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller ett arbete*. Diss., Örebro universitet, 2014

<sup>13</sup> <http://www.eusetoolkit.eu/> (hämtad 2017-03-20)

<sup>14</sup> Gustavsson, Johanna., *Supported employment i en svensk kontext – förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller ett arbete*. Diss., Örebro universitet, 2014

### Centrala utgångspunkter i SE:

- Individen är självbestämmande över sina stödbehov
- Funktionsnedsättningen ses som miljörelativt
- Arbetsrollen ses som högt värderad
- Stödet ska inriktas på att individen ska få en anställning på öppna arbetsmarknaden
- Integreringen på arbetsmarknaden ska syfta till delaktighet och social inkludering för individen

### 10 kvalitetsindikatorer som bör genomsyra arbetssättet i SE <sup>15</sup>

1. Personen som får stödet når en (utifrån sin egen definition) meningsfull anställning på den öppna arbetsmarknaden där hen har samma villkor som andra anställda på arbetsplatsen.
2. Personen får möjlighet att göra sina egna informerade val och upplever att hen har kontroll över såväl stöd som arbetsförhållanden. Målsättningen är att personen själv känner tillfredsställelse med sina val och sin arbetssituation.
3. De professionella som arbetar med metoden är kunniga i att kunna identifiera och utveckla olika stödformer, såväl fysiska som psykosociala på arbetsplatsen.
4. Stödet ges till de personer som behöver det på grund av att funktionshinder för dem har utgjort en barriär till arbetslivet.
5. Genom metoden nås anställningar på minst 30 timmar i veckan. Den anställde som får stöd upplever sig nöjd med den arbetstid som han eller hon har.
6. Stödorganisationen har de flesta av de personer som de stödjer i anställningar på den öppna arbetsmarknaden.
7. Stödorganisationen behåller en reguljär kontakt med de anställda som får stöd från dem för att övervaka stabilitet i anställningen. Kontakten medför att de kan ge stöd när det behövs. Om inte anställningen kan fortgå ses det som en ny anställning.
8. Stödorganisationen övervakar sin egen kvalitet och kan ge information till de intresserade om anställningsgrad, anställningstid, löner, förmåner samt anställningsförhållanden.
9. De anställda som stödorganisationen stödjer arbetar i arbetssituationer som underlättar fysisk och social interaktion med arbetskamrater. Den anställde känner sig nöjd med integreringen.
10. Stödorganisationen ser sig som en aktör på arbetsmarknaden snarare än en aktör inom social omsorg. Arbetsgivare ses som kunder och stödorganisationen är lyhörd för arbetsmarknadens behov.

---

<sup>15</sup> Gustavsson, Johanna., *Supported employment i en svensk kontext – förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller ett arbete*. Diss., Örebro universitet, 2014

SE- metoden har olika steg<sup>16</sup> och inom dessa finns en mängd varierande aktiviteter och verktyg. Vissa av verktygen och aktiviteterna riktar sig till specifika grupper medan andra är mer generella och fungerar på en bredare grupp.

De fem stegen inom SE-metoden är:

### **1. Överenskommelse med individen**

I detta steg handlar det om att ta reda på information om individen på ett lämpligt sätt och stötta hen i att använda information och lärande för att kunna göra informerade val.

### **2. Yrkesprofil**

Aktiviteterna i detta steg syftar till att få kunskap om de individuella styrkorna, färdigheterna men även sidor som behöver stöd. SE stöttar att i kunna söka arbeten som matchar deras intressen, behov, erfarenheter och hur det ser ut för just dem. I denna planerande fas uppmuntras deltagaren att välja sina egna karriärval och vara delaktig i processen.

### **3. Jobsökande**

I denna fas arbetar man aktivt med aktiviteter som kan påverka arbetsgivare men även säkra en anställning för den jobsökande. Det finns inte bara ett sätt att söka arbete och SE-handläggaren måste överväga vilket som är det bästa för de involverade. Det är inte uttalat vem som ska eller inte ska bedriva jobsökandet men det är viktigt att det hela tiden är den arbetsökande som ska ha kontrollen och ha möjlighet att göra informerade val.

### **4. Arbetsgivarengagemang**

Aktiviteterna i denna fas beror på hur överenskommelsen med arbetsgivaren ser ut. Man gör en överenskommelse med arbetsgivare där man ser på arbetstider, vilken typ av stöd som behövs, vad villkoren för anställningen är osv.

### **5. Stöd på arbetsplatsen**

Stödet på arbetsplatsen utgår utifrån individens behov, förmågor och hur anställningssituationen ser ut. Att stötta är en av grundkomponenterna i SE under alla stadierna av processen. Gradvis ska detta stöd ersättas av stöd från medarbetare. Hur det ska se ut ska planeras och utvärderas med den anställde, medarbetarna och arbetsgivaren. Under denna fas kan man även fundera på utökade arbetsuppgifter, att byta arbete. Man har gått från att fokusera på ett arbete till att ersätta det med att fokusera på en karriär.

---

<sup>16</sup> <http://www.eusetoolkit.eu/> (hämtad 2017-03-20)

## **Individual Placement Support/Individuella placerings- och stödprogrammet (IPS)**

När personer med psykiska funktionshinder ska få, hitta och behålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden är IPS den modell som i internationella studier har visat på de bästa resultaten. Modellen utvecklades i början av 90-talet i USA. Den är en standardiserad och manualbaserad modell av SE som från början utvecklades för personer med allvarliga psykiska störningar och har sitt ursprung i ACT (Assertive Community treatment). Det arbetsrehabiliterande arbetet i IPS är integrerat med det psykiatriska arbetet. Målsättningen är att öka integreringen i samhället för personer med psykiska funktionshinder, förbättra sociala och yrkesmässiga funktioner, minska återfallsfrekvens samt öka tillfredsställelsen i livet<sup>17</sup>.

Utgångspunkten och målsättningen är att vanligt lönearbete kan passa alla, utifrån att rätt förutsättningar skapas. Det är vanligt att personer med svår psykisk ohälsa stått utanför arbetsmarknaden en längre tid. Många andra metoder är inriktade på att först bedöma arbetsförmågan och därefter arbetsträna och stegvis ta sig tillbaka till ett vanligt lönearbete. IPS däremot syftar inte till en stegvis återgång till arbete, utan hjälper brukaren att ta steget direkt och målet är ett vanligt lönearbete.

Ingen blir utestängd på grund av att han eller hon inte är ”redo”, har ”misslyckats” på tidigare arbetsplatser, har funktionsnedsättning eller andra arbetshinder. IPS är till för alla som är intresserade av att arbeta, oavsett psykiatrisk diagnos, symtom, arbetslivserfarenheter eller andra problem som missbruk och kognitiva störningar. Filosofin är att människor med psykisk funktionsnedsättning kan lönearbeta utan tidigare arbetsträning, och att ingen ska utestängas från den möjligheten. Man väntar inte på att personerna först ska bli ”anställningsbara” innan det är dags att ge sig ut på öppna arbetsmarknaden. I stället anser man att de är ”redo” när de säger att de vill arbeta<sup>18</sup>.

### **IPS baseras på följande 8 grundläggande principer:**

1. Målet är en anställning på öppna arbetsmarknaden.
2. Sökande efter arbete påbörjas snabbt i processen.
3. Deltagande i IPS ska vara utifrån individens val och ingen ska exkluderas från IPS på grund av personliga förutsättningar.
4. Arbetsrehabiliteringen ses som en integrerad del av den psykiatriska vården.
5. Stödet ges utifrån individens behov och är inte tidsbegränsat.
6. Individens preferenser och val, snarare än professionella bedömningar styr utformningen av stödet.

<sup>17</sup> Magnusson, Birgitta och Jacobson, Anette. Arbetsrehabilitering enligt IPS-det individuella placerings- och stödprogrammet. I *Integrerad psykiatri - case management i teori och praktik*, Cecilia Brain, Susan Landqvist- Stockman och Hasse Olsson (red.). 169-184. Lund: Studentlitteratur, 2014

<sup>18</sup> Socialstyrelsen, *Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen – vägledning för arbetscoacher*, Socialstyrelsen: 2012-8-5.

7. För att individen ska kunna göra informerade val erbjuds rådgivning kring försörjning och sociala förmåner.
8. Stödorganisationen arbetar systematiskt med att involvera och bygga nätverk med lokala arbetsgivare.

IPS har en utarbetad programtrohetsskala och utarbetade manualer<sup>19</sup>. Programtrohetsskalan anger de viktigaste beståndsdelarna i IPS. Med hjälp av den kan man bedöma i vilken utsträckning en enskild verksamhet följer normerna och riktlinjerna för modellen. Forskningen har visat att verksamheter med hög trohet till modellen är effektivare än verksamheter med låg trohet. Programtrohetsskalan består av 25 kriterier, uppdelade på tre områden: personal, organisation och insatser.

### **Supported Education (SEd)**

Supported education (SEd) är en rehabiliteringsmetod som utvecklades i USA och har samma grundantaganden som Supported employment. Under 1980-talet visade det sig att en stor grupp yngre nyinsjuknade inom psykiatrin hade behov som befintlig verksamhet inte kunde tillgodose. Individerna ville inte delta i grupper med äldre brukare och de tyckte att de psykiatriska verksamheterna var olämpliga och stigmatiserande. För att möta behoven krävdes nytänkande och förändring. Nya tjänster och metoder utvecklades och SEd var en av dessa.<sup>20</sup>

Målsättningen inom SEd är att hjälpa personer med psykisk ohälsa, funktionsnedsättning eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning skall ges samma förutsättningar och möjligheter som andra för att kunna påbörja eller återgå till studier. Det handlar om att välja, skaffa, behålla och slutföra en utbildning. Det är återhämtningsorienterad metod och handlar om personens egna studieval<sup>21</sup>. Stödet är långvarigt precis som i SE och IPS.

#### **Metoden syftar till att uppnå utbildningsmål genom att:**

- Hantera stress
- Öka studieresultat/akademiska kunskaper, problemlösning, självförtroende och karriärutveckling.
- Få studenter att komma över hinder och förhinder till att studera klart.

#### **SEd – metoden följer ”choose-get-keep”- modellen och är baserad på åtta principer<sup>22</sup>:**

1. Tillgång till utbildningsprogram med positiv och gynnande utveckling som mål.

<sup>19</sup> Socialstyrelsen, *Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen – vägledning för arbetscoach*, Socialstyrelsen: 2012-8-5

<sup>20</sup> Anna Karin Bengs, Gunilla Borg och Ulrika Liljeholm. *Studieinriktad rehabilitering- Supported Education ur tre perspektiv*. FoU-Södertörns skriftserie nr 116/13

<sup>21</sup> <http://rsmh.se/unga-som-resurs-meny/unga-som-resurs/supported-education/> (hämtad 2017-03-20)

<sup>22</sup> <https://www.misa.se/for-handlaggare/metoder-arbetsatt/> (hämtad 2017-03-21)

2. Lämpligheten baseras på personens egen vilja.
3. SEd-tjänsten påbörjas direkt efter att person uttryckt intresse av att studera.
4. SEd är integrerat med behandling.
5. Individuellt studiestöd erbjuds så länge som behov finns.
6. Personens preferenser styr processen.
7. SEd är styrkebaserat och förespråkar hopp och utveckling.
8. Återhämtning är en pågående process som underlättas av meningsfulla roller.

**Processen i SEd kan se ut på följande vis <sup>23</sup>:**

Process	Aktiviteter
Välja	1. formulera ett studiemål 2. välja skola, program 3. ansökan till utbildning
Skaffa	4. upprätta en plan (stämna av färdigheter och stöd) 5. se över ekonomi, skaffa studiefinansiering 6. stämna av och utveckla personligt viktiga färdigheter
Behålla	7. stämna av och skaffa tillgång till personligt viktigt stöd 8. göra anpassningar i studiemiljö

### **Bostonmodellen**

Bostonmodellen är en evidensbaserad metod inom psykiatrisk rehabilitering och återhämtning. Metoden<sup>24</sup> syftar till att hjälpa personer med psykiska funktionshinder att förbättra deras funktionsförmåga.

Rehabiliteringsprocessen i modellen avser att stödja människor med psykiska funktionsnedsättningar i beslut om hur och var man vill leva, studera, arbeta, umgås och utöva fritidsintressen. Processen är manualbaserad och relativt enkel. Utmaningen i rehabiliteringsarbetet är inte att lära sig de olika faserna eller verktygen, utan framför allt att lära sig att använda dessa på ett sätt så att man bidrar till att hjälpa personen att bli delaktig och ”empowered”. Process och teknik kräver inte modelltrohet till ”Boston” i övrigt utan kan användas inom ramen för andra modeller och inom olika verksamheter. Flera försök att använda denna teknik i samband med andra modeller har gjorts med framgång, tex ACT.

---

<sup>23</sup> <http://rsmh.se/unga-som-resurs-meny/unga-som-resurs/supported-education/> (hämtad 2017-03-20)

<sup>24</sup> Bogarve, Camilla. Psykiatrisk rehabilitering som professionellt redskap i det återhämtningsinriktade arbetet. I *Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder : möjlighetens metoder för en ny praktik*. David Ershammar, Camilla Bogarve och David Rosenberg (red). 132-157. Stockholm: Gothia, 2012.



## Rehabiliteringsprocessen

Rehabiliteringsprocessen har utvecklats av forskare vid Center for Psychiatric Rehabilitation vid Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation med professor William Anthony i spetsen har sedan lång tid varit ett av de viktigaste kunskapsområdena vad gäller återhämtning och psykiatrisk rehabilitering. Detta är också det enda sammanhang som beskrivit en process och som skapat en teknik som syftar till att stödja individens delaktighet i den egna rehabiliteringen och guida denne genom sin process från att formulera, nå och behålla en målsättning<sup>25</sup>.

När en person i rehabiliteringsprocessen har formulerat en målsättning är nästa steg att stödja personen klargöra de färdigheter och stödresurser som är personligt viktiga och unika i relation till det satta målet.

*Översiktsskild av den psykiatriska rehabiliteringsprocessen som används inom Bostonmodellen*

↓

För-rehabilitering	Rehabiliteringsdiagnos (kartläggning)	Rehabiliteringsplanering	Rehabiliteringsintervention (åtgärd)
Bedöma beredskap	Övergripande Rehabiliteringsmål	Upprätta en rehabiliteringsplan	Färdighetsutveckling
Utveckla beredskap	Funktionsbedömning		Resursutveckling
	Resursbedömning		

↑

<b>Problemlösning</b>
-----------------------

*Antony, Cohen, Farkas, Gagne 2002*

## Att skapa kontakt

Rehabiliteringsprocessen föregås alltid av ett upprättande av en bärande kontakt, en samarbetsallians. I rehabiliteringsutbildning lär sig kursdeltagare vikten av att skapa nära personliga relationer. I rehabiliteringsmaterialet finns teknik, redskap som ger stöd i kontaktskapandet. Detta material omfattar verktyg/färdigheter för professionella som: *Urskilja behov av närhet, Visa förståelse, Inspirera, Vara personlig* och *Be om information*.

<sup>25</sup> Bogarve, Camilla. Psykiatrisk rehabilitering som professionellt redskap i det återhämtningsinriktade arbetet. I *Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder : möjlighetens metoder för en ny praktik*. David Ershammar, Camilla Bogarve och David Rosenberg (red). 132-157. Stockholm: Gothia, 2012.

## För-rehabiliteringsfasen

I *För-rehabiliteringsfasen* hjälper rehabiliteraren personen att bedöma sin *Beredskap till förändring*, helt enkelt att ta reda på om man är redo att påbörja rehabilitering. Man tittar på faktorer som: behov av förändring, vilja, självkänedom, vetskap om valmöjligheter och stöd från andra viktiga personer i omgivningen. Om personen tillsammans med rehabiliteraren gör bedömningen om att vara redo så går man vidare till *Diagnosfasen* för att formulera ett rehabiliteringsmål. I det fall personen inte bedömer sig vara redo men upplever behov av förändring, erbjuds personen stöd i att utveckla sin beredskap till förändring. Strategierna för att utveckla beredskap är helt individuella och tillsammans skräddarsyr man en plan för att Utveckla beredskap kopplat till behov och önskemål hos den person det berör. Här har t ex Träffpunktsverksamheten en viktig funktion att fylla. Dessa kan fungera som trygga platser där individen i sin egen takt med stöd och uppmuntran kan stärka sin beredskap till förändring.

Många personer med psykiska funktionsnedsättningar har en låg beredskap till förändring. Om man hoppar över denna fas och ger sin in en process med att t ex formulera en målsättning kan det vara svårt för personen att bli delaktig i sin egen process.

## Rehabiliteringsdiagnos

I *Diagnosfasen* fastställer personen sitt *Rehabiliteringsmål*. Detta är en process som innehåller en kartläggning av personliga önskemål och en undersökning av alternativa miljöer och sammanhang. Ibland gör personen undersökningarna själv, ibland görs denna gemensamt av brukare och rehabiliterare. Ett rehabiliteringsmål ska vara konkret. Det innehåller en *roll*, en *miljö* och en tidsperiod ex: *Jag ska arbeta som lärare vid Malmö högskola under två år med start februari 2009*. På så sätt blir målet mätbart, personen vet när det är uppnått. Erfarenheter av måluppfyllelse syftar till att stärka individens återhämtningsprocess. Ett *rehabiliteringsmål* kan fungera som det övergripande mål som organiserar övriga vård- och stödinsatser. Om personens mål är att klara att bo i en egen lägenhet kan eller bör alla insatser syfta till att stödja detta mål.

Erfarenheten är att det är vanligt att olika aktörer arbetar med olika mål parallellt. Det kan vara svårt för en person att engagera sig i flera processer samtidigt. I *Diagnosfasen* görs också *Funktions- och Resursbedömning*. Dessa båda bedömningar görs i samarbete mellan klient och rehabiliterare i relation till personens egen målsättning. Här tar man reda på vilka färdigheter och stödresurser som är kritiska och personligt viktiga. Det finns ett syfte med att göra funktionsbedömning efter det att personen formulerat sin målsättning. Målet kan då användas som en "hävstång" för det fortsatta arbetet. När personen har stakat ut riktningen ökar viljan och meningsfullheten med att arbeta med att öka sin funktionsnivå. Ytterligare ett syfte med denna ordning är att funktionsbedömningen kopplas till en specifik roll och miljö. Avsikten med detta är att öka hanterbarheten för personen. Personen behöver inte bli bra på allt, man

avgränsar färdighetsträningen till de färdigheter som är kopplade till det satta målet.

### *Rehabiliteringsplanering*

I *Planeringsfasen* upprättas en plan utifrån den information som framkommit under *Diagnosfasen*. Syftet är att klargöra vad, när, vem och hur länge. Planen ska innehålla övergripande mål, färdigheter och stödresurser och hur utvecklingen av färdigheter och stödresurser ska prioriteras i syfte att personen ska kunna nå och behålla sitt mål. Prioriteringen väljer personen själv. Ofta föreslår rehabiliteraren personen att börja med det som känns lättast och mest lustfyllt. Här avses ge personer upplevelser av framgång utifrån tanken om att framgång föder framgång.

### **Rehabiliteringsintervention**

I *Interventionsfasen* utnyttjas framförallt två olika typer av åtgärder, färdighetsutveckling och resursutveckling:

- I *färdighetsutveckling* utgår man ifrån informationen som framkommit i Funktionsbedömningen. Personen får hjälp att lära sig använda personligt viktiga färdigheter alternativt träna sig på att använda dem mer eller på rätt sätt.
- I *resursutveckling* utgår man ifrån den information som framkommit i *resursbedömningen*. Personen får hjälp och stöd att bli "länkad" till rätt stöd eller att modifiera och anpassa redan befintligt stöd så att det stämmer överens med behov och önskemål. Stödet skräddarsys utifrån det som framkommit vad gäller mål, behov och önskemål i personens rehabiliteringsarbete.

En nyckelprincip bakom utveckling av stödresurser i rehabiliteringsprocesser är att personen måste uppfatta insatsen som ett stöd. Stödet behöver vara långsiktigt och pågå utan tidsbegränsning så länge en person önska och behöver det.

### **Problemlösning**

Problemlösning syftar till att finna lösningar på hinder eller svårigheter som uppkommer under arbetets gång så att personen kan fortsätta arbeta med sin rehabilitering. Exempel på sådana hinder kan vara *sömnbrist, missbruk, relationsproblem eller ekonomiska svårigheter*. I psykiatrisk rehabilitering finns inga misslyckanden utan bara erfarenheter.

### **Livsområden**

Livsområden för förändring kan vara boende, arbete, studier eller socialt umgänge. Detta område väljer personen själv. Erfarenheten är att det är svårt att arbeta med förändring inom flera levnadsområden samtidigt.

## **Manualer och arbetsblad**

Den psykiatriska rehabiliteringsprocessen är utvecklad vid Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University och den är manualbaserad. Det finns en manual och arbetsblad för dokumentation kopplad till varje fas i processen.

## **Dokumentation**

Psykiatrisk rehabilitering dokumenteras på arbetsblad. I varje fas finns arbetsblad på vilka personen och rehabiliteraren för noteringar kring det de kommer fram till under arbetets gång. Dokumentationen avser att stödja personer med kognitiva svårigheter i dennes förändringsprocess och dokumentationen ägs av personen den berör. Personen erbjuds alltid att fylla i arbetsbladen själv.

## **Plats för rehabiliteringssamtal**

Rehabiliteringsprocessen omfattar både samtal och praktiska övningsuppgifter. Personen väljer själv var någonstans samtalen ska ske. En del övningsuppgifter görs gemensamt, andra kan vara uppgifter för personen att träna på hemma mellan samtalstillfällena.

## **Hur ofta och hur länge deltar deltagaren**

Det är individuellt hur ofta personen och rehabiliteraren träffas, hur långa samtalen är och hur lång tid en hel process tar. Det är personens egna val som styr, vanligt är att man träffas en timme per vecka och att en process omfattar 1 – 2 år. Många har inte heller behov av att ”gå igenom” alla steg i processen. Processen anpassas till personen och den börjar där personen själv är (som exempel: personen kanske redan har en målsättning).

## **Rollen som rehabiliterare**

Rollen som rehabiliterare kan variera utifrån det uppdrag man har i den verksamhet man arbetar i. I t ex ett Boendestödteam så kan kanske den sista delen i processen, rehabiliteringsinterventioner, vara den en del som den mest logiska i förhållande till verksamhetens uppdrag och kultur. I en Arbetsrehabiliteringsverksamhet, kan det mest logiska vara att använda hela processen inom levnadsområdena studier och arbete och utelämnade boende och social umgänge/fritid. Oavsett verksamhetens uppdrag omfattar rollen som rehabiliterare alltid uppgiften att stödja och coacha personen i de gemensamma uppgifterna, i riktning mot de satta målen.

## **Arbetsintegrerande sociala företag – ASF**

Sociala företag är företag vars verksamhet och mål handlar om att skapa samhällsnytta. Ett arbetsintegrerande socialt företag har som mål att genom arbete och *delaktighet* integrera människor i samhälle och arbetsliv.

Med begreppet arbetsintegrerande sociala företag (ASF) avses företag som driver näringsverksamhet (producerar och säljer varor och/eller tjänster) och som har ett övergripande ändamål att integrera människor som har stora svårigheter att få och/eller behålla ett arbete, i arbetsliv och samhälle<sup>26</sup>.

Det arbetsintegrerande sociala företagandet skiljer sig därmed från företag med sociala mål i allmänhet, företag med verksamhet inom den sociala sektorn i allmänhet, privata företag som säljer rehabilitering/arbetsträning/arbetsförmedling och offentligt ägda rehabiliterings-/ arbetsträningsverksamheter. Genom sitt ideella syfte och sin självständiga ställning i förhållande till offentlig verksamhet utgör de sociala företagen en viktig del av det civila samhället. Bakom de sociala företagen finns också ofta en huvudman i form av en ideell organisation

Det arbetsintegrerande sociala företaget skapar delaktighet för medarbetarna genom ägande, avtal eller på annat dokumenterat sätt. Delaktigheten är viktig och gör att de arbetsintegrerande sociala företagen skiljer sig från offentlig verksamhet, privata rehabiliteringsföretag och t.ex Samhall. Det har sin grund i den fasta övertygelsen att delaktighet i arbetet, den personliga utvecklingen men också i företagets drift och beslut ger unika förutsättningar för personlig utveckling, empowerment/egenmakt.

Vinsten från företagen återinvesteras i den egna eller liknande verksamheter. ASF är näringsdrivande verksamheter och strävar efter att gå med vinst. Investeringarna syftar till att utveckla verksamheter, integrera fler personer eller utveckla medarbetarna genom kompetensutveckling eller andra insatser. Det övergripande syftet kan alltså beskrivas som ideellt, i likhet med vad som faller inom det civila samhället i stort.

ASF är organisatoriskt fristående från offentliga verksamheter. De är självständiga juridiska personer men har som leverantör, samarbetspart och rörande medarbetarnas försörjning och utveckling en nära relation till offentlig sektor.

De arbetsintegrerande sociala företagen hjälper inte bara människor ”på väg mot arbetsmarknaden”. De sociala företagen *är* på marknaden och är en del av arbetsmarknaden. Det leder helt naturligt att kontakterna med andra företag i lokalsamhället är stora och att inlåsningseffekterna bör vara mindre i jämförelse

---

<sup>26</sup> Blideman, Bosse. *Rapport om samverkan mellan Samordningsförbunden i Stockholms län och arbetsintegrerande sociala företag*, 2017.

med kommunala verkstäder etc. Även delaktigheten och empowerment är generellt sett större, vilket gör att individen har ett mer grundläggande ansvar och möjligheter för att kunna och vilja ändra sin situation med att t ex gå vidare på arbetsmarknaden.

### **Motivational Interviewing/Motiverande samtal (MI)**

MI är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser. Från början användes den främst inom missbruksbehandling men numera är det en spridd samtalsmetod. MI är en personcentrerad form av vägledning och grundas på samarbete. Syftet är att framkalla och stärka personens motivation till förändring<sup>27</sup>.

MI bygger på humanistisk psykologi och är till stor del ett resultat av kliniska erfarenheter. Det finns vissa kopplingar mellan MI och självbestämmandeteorin (self-determination theory, SDT). MI växte fram under 1980-talet och vissa av de delar som fanns med i dess uppkomst används fortfarande.

#### **Nyckelelement i MI-samtal för att skapa MI-anda:**

1. Partnerskap: Att kunna anpassa sig till och kontrollera såväl sina egna förväntningar som klientens. Djup respekt för den andra.
2. Acceptans: Att värdera varje människas inneboende värde och potential.
3. Medkänsla: Att visa medkänsla är att aktivt underlätta för att den andra ska må bra, att ge prioritet åt den andras behov.
4. Framkallande: En resursbaserad förutsättning, att människor redan har mycket av det som behövs inom sig och att din uppgift är att det ska komma fram, framkalla detta.

#### **I motiverande samtal finns några grundläggande samtalsverktyg som MI-samtalaren använder enligt Millner och Rollnick:**

1. Visa empati: Lyssna reflekterande, bekräfta, visa förståelse, ställ öppna frågor och utforska patientens erfarenheter.
2. Utveckla diskrepans: Diskutera skillnaden mellan hur personen lever nu och skulle vilja leva.
3. Följ med i motstånd: Acceptera personens motvilja till förändring som en naturlig del av processen.
4. Uppmuntra till autonom förändring: Sträva efter att patienten bildar sig en egen uppfattning om sin problematik och hittar egna argument till förändring.

---

<sup>27</sup> Miller, William.R. och Rollnick., S. *Motiverande samtal: Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur och Kultur, 2013

MI kommer ursprungligen ur klientcenterade behandlingsformer. Inom MI har utarbetats följande principer att utgå ifrån när man arbetar med klientcenterade behandlingsinriktningar:

1. Uppgiften är att bistå de människor som vi möter i MI-samtalet och inte tvärtom. Klientens behov är prioriterat.
2. Förändring handlar i grunden om att förändra sig själv. Behandlingsinsatser av olika slag (terapi, rådgivning m.m.) underlättar naturliga förändringsprocesser.
3. Människor är experter på sig själva. Ingen känner dem så bra som de själva.
4. Samtalsledaren kan inte på egen hand förändra en annan människa.
5. Samtalaren behöver inte komma på alla goda idéer och förmodligen är det inte behandlaren som har de bästa lösningarna.
6. Människor har sina egna styrkor, sin motivation och sina resurser som är viktiga att aktivera för att förändring ska komma till stånd.
7. Därför fordrar förändring i behandling ett samarbete mellan två jämställda parter- klient och samtalare.
8. Det är viktigt att förstå klientens eget perspektiv på situationen och vad som krävs för att göra en förändring.
9. Förändring är inte en kraftmätning mellan två motparter. Ett samtal om förändring ska kännas som att dansa- inte som att slåss.
10. Motivation för att genomföra en förändring är inget som kan tillföras någon annan. Motivationen ska lockas fram. Den finns redan där och behöver endast lockas fram.
11. Som samtalsledare kan vi inte förändra klientens självständiga val beträffande det egna beteendet. Klienten fattar sitt eget beslut om vad som ska göras och inte göras. Det finns inget förändringsmål förrän klienten fattat beslut om det.

### **SIP-Samordnad Individuell Plan**

SIP (samordnad individuell plan) är lagstadgat sedan 2010 i Socialtjänstlagen och Hälso och sjukvårdslagen och används för att det ska bli tydligt vem som gör vad för såväl brukaren som verksamheterna. SIP används så att kommun och landsting ska samverka<sup>28</sup>. En SIP kan hjälpa till så att en person inte ”faller mellan stolarna” eller blir hänvisad fram och tillbaka mellan verksamheter (KSL's hemsida).

Syftet med en individuell plan är att individen ska ha inflytande och vara delaktig i planeringen och genomförandet av sin vård och omsorg. Den ska även tydliggöra ansvaret mellan olika huvudmän och förbättra den sammanhållande processen. Målet är att individen ska få den hjälp han/hon har behov av och rätt till samt att individens inflytande och delaktighet säkerställs.

---

<sup>28</sup> Material hämtat från <http://www.ksl.se/halsa-och-stod/samordnad-individuell-plan-sip.html> (hämtad 2017-03-21)

## När ska en SIP upprättas? Vem initierar den?

En SIP ska upprättas om en individ har insatser alternativt har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och ett samordningsbehov finns. Bedömningen om ett sådant behov finns, ska göras i varje enskilt fall. Den personal inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården som upptäcker behovet av samordnade insatser, är skyldig att inleda ett arbete med en behovsbedömning om en individuell plan ska upprättas.

Individen och dennes närstående kan också ta initiativ till en SIP. Individens uppfattning om behovet har stor betydelse. Även närståendes synpunkter är viktiga. Det faller dock på huvudmännens verksamheter att slutligt avgöra behovet av en individuell plan.

Exempel på när SIP kan användas:

- När samordning efterfrågas.
- När kompetens behövs från flera verksamheter.
- När ansvarsfördelning behöver tydliggöras.
- När insatser behöver ges samtidigt eller i särskild ordning.
- När en person upplever att hen ”bollas runt”

## Hur ser målgruppen ut?

Den individuella planen är inte begränsad till att gälla individer med omfattande behov, utan kan gälla alla människor som landstingets och kommuners verksamheter kommer i kontakt med, barn, ungdomar, vuxna och äldre.

## Var kan SIP upprättas?

Genom fysiska möten i kommunens eller landstingets lokaler eller i personens hem om den så önskar. Med hjälp av telefon- och webbmöten. Att använda sig av tekniska lösningar för att mötas är ett sätt att försäkra sig om att mötet verkligen blir av trots långa avstånd eller tidsbrist. Ofta känner då de involverade redan till personens situation och behov av insatser.

## Vad ska en SIP innehålla?

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser som respektive huvudmans verksamhet ska ansvara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunens och landstingets verksamheter
- vem av huvudmännens verksamheter som har det övergripande ansvaret för planen
- uppföljning



## **Viktigt med individens delaktighet i sin SIP**

En god relation, även kallad allians, mellan individen och berörd personal har visat sig påverka individens vilja att ta emot vård/stöd/behandling i positiv riktning. Det har också visat sig att en svag relation ökar risken för att individen ska avsluta behandlingen eller insatsen i förtid. Relationens kvalitet är av betydelse för bland annat upplevelsen av att vara en del i sin egen hälsoprocess då individens tilltro till sig själv ökar och även individens motivation till förändring. Denna relation kan utvecklas om:

- personal har kunskap om och efterfrågar individens egna erfarenheter
- personal har förmåga att lyssna aktivt
- personal är villig att göra individen delaktig
- individen upplever sig få ett gott bemötande
- personal anpassar vård/ stöd/behandling till individens vardagliga liv och livssituation

Utgångspunkten är att individen ska ha stort inflytande över planen och planeringen. Informationen som ges ska vara anpassad till individens förutsättningar och individen ska informeras om sina rättigheter, till exempel delaktighet vid upprättande av SIP, att ge sitt samtycke och rätten till tolk vid behov. Informationen ges muntligt och skriftligt.

Närståendes delaktighet är ofta viktig för individen. Ett gott samarbete mellan närstående, individen och personalen är mycket viktigt för individens hälsoprocess. Närstående ska därför ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och individen inte motsätter sig det.

### **Samtycke**

Individen måste samtycka till att samverkande verksamheter utbyter information och samordnar insatser i samband med SIP. Såväl personal från kommunens som landstingets verksamheter ska därför stödja och motivera individen för att få till stånd en SIP då det anses nödvändigt. Om individen säger nej bör en dialog föras kring fördelarna med en SIP. Det är dock individen själv som slutligen avgör. Individens ställningstagande ska dokumenteras (oavsett ja eller nej). Varje deltagande verksamhet måste kunna visa en undertecknad medgivandeblankett. Den samordnande verksamheten tar originalet. Övriga medverkande får en kopia. När samtycke finns, kalla till SIP-möte.

### **Att förbereda ett SIP-möte**

Den verksamhet som initierat mötet ansvarar för förberedelser samt att hålla i det första mötet.

## Vilka ska/får delta?

Personal från den andre huvudmannens verksamheter som blir kallad till samordning är skyldig att delta i upprättandet av den individuella planen. Representanter från olika verksamheter kan delta på mötet även om de inte är skyldiga enligt lag. Exempel på sådana verksamheter är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Kriminalvården, frivilligorganisationer eller personligt ombud. Vid behov ska dessa inbjudas efter samtycke från individen. Om individen vill att närstående ska medverka vid mötet ska samordningsansvarig hjälpa till att kalla dem.

Om individen själv väljer att inte delta i mötet kan mötet ändå genomföras och individen företrädas av någon annan som individen utsett, till exempel närstående eller god man. Denne måste ta reda på individens behov och önskemål innan mötet. Om individen inte förmår delta i planeringen och företräda sig själv till exempel på grund av demenssjukdom eller psykisk sjukdom kan individen företrädas av till exempel god man eller förvaltare.

## Förberedelse tillsammans med individen

- Identifiera viktiga aktörer och vilka som ska delta på mötet
- Gå igenom hur mötet kommer att gå till
- Kom överens om vad som ska tas upp och vilka frågor individen inte vill ska tas upp på mötet
- Fråga individen om vilka behov som är mest akuta, vad han/hon eventuellt vill prioritera, mål och delmål.

## Kontakta berörda huvudmän/aktörer och kalla till möte:

- Ordna mötestid och plats. Mötet kan ske i någon av verksamheternas lokal, hemma hos individen, via telefonmöte eller videomöte.
- Skicka en skriftlig kallelse till mötet. Kallelse via e-post kan endast göras om det finns en säker internetväg eller om personuppgifter är avidentifierade. Varje verksamhet måste själv kontrollera om detta finns. De som kallas ska återkoppla sitt deltagande på mötet.
- Se till att personal som ska medverka på mötet får ta del av väglednings-dokumentet.
- Utse mötessekreterare.

## Viktiga punkter för ett bra möte

- Klargör ramarna för mötet, exempelvis tid, pauser och dagordning
- Ge samtliga deltagare möjlighet att lyssna in varandra
- SIP bör ske i ett flöde: *Vad vill du ha hjälp med? Vart vill du nå? Hur ska vi nå dit? Hur har det gått? Finns det något vi ska ändra på? Fortsätta eller avsluta?*

- Boka alltid in nästa möte vid sittande möte
- Avsluta mötet med att sammanfatta vad som diskuterats och beslutats, vad händer nu? Nästa steg?
- Vid första mötet är det viktigt att planera för uppföljning och vem som ska ha det fortsatta samordningsansvaret
- Alla som deltar på mötet får med sig en skriftlig kopia av SIP:en.

Individen ska delta aktivt i upprättandet av den samordnade individuella planen. Hans/hennes önskemål och behov ska utgöra utgångspunkten för planeringen. Exempel på områden som kan tas upp i en SIP är hälsa, boende, fritid, sysselsättning och sociala relationer. Finns det barn/närstående som behöver uppmärksammas?

### **En SIP bör innehålla:**

- Personuppgifter
- Medverkande på mötet
- Vad är behoven? (beskriv individens resurser, vad fungerar bra, vad kan man bygga på för att nå en positiv förändring, vad fungerar mindre bra?)
- Vad som ska utföras/vilka insatser som behövs
- Mål med åtgärderna/insatserna – vart individen vill nå på kort och lång sikt
- Vilken verksamhet som har ansvar för respektive åtgärd/insats
- Vem som är samordningsansvarig för planen
- När planen ska följas upp
- Underskrifter på de som deltar på mötet
- Datum när planen upprättats

### **Dokumentation**

- Individen ska få en underskriven plan från mötet.
- Alla medverkande parter får var sitt exemplar av planen.
- Individen ska godkänna vilka övriga som ska få ta del av planen.
- Den överenskomna planen ska finnas tillgänglig i respektive verksamhets dokumentation/akt/journal.

### **Uppföljning**

Den gemensamt upprättade planen följs upp och revideras vid behov (skrivs in i planen). Den utsedda samordnaren kallar till och håller i uppföljningsmötet.

## Hur avslutas en SIP?

En SIP avslutas när målen är uppfyllda och det inte längre finns behov av samordning kring insatser. Den kan också avslutas om samtycket dras tillbaka.

### **SAMSIP- ett exempel på utökad SIP**

Samordningsförbundet Samspelet<sup>29</sup> omfattar fyra kommuner i Värmland, Karlstad, Hammarö, Grums och Kristinehamn. De har upprättat en utökad SIP, s.k. SAMSIP som ska användas av samtliga Samspelets parter (landsting, kommun, Arbetsförmedling och Försäkringskassa) och Samspelets finansierade insatser. Instrumentet kan, enligt beslut av parterna i Samspelets beredningsgrupp och styrelse, användas som ett lagstadgande dokument där den part som kallas ska delta på möte inom 3 veckor från att kallelsen skickats. Syftet med att använda SAMSIP är att deltagaren ska kunna få det samordnade stöd, från fler olika parter (än de som vanligen omfattas av SIP), som den har rätt till och behöver.

Utöver ordinarie parter och insatser kan andra personer behöva involveras som t.ex. gode män, förvaltare, praktikhandledare, frivården, anhöriga, grannar, frivilligorganisationer etc.

---

<sup>29</sup> <http://www.samspelet.se/> (hämtad 2017-03-21)