

REHABILITERING TILL ARBETE FÖR PERSONER MED PSYKISKT FUNKTIONSHINDER

ETTÅRSUPPFÖLJNING AV EN VERKSAMHET ENLIGT
SUPPORTED EMPLOYMENT-METODIK I UMEÅ

Ulla Nygren

Urban Markström

Mikael Sandlund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....sidan 3

- Behovet av rehabilitering till arbete
- Psykiskt funktionshinder
- Psykiatrisk rehabilitering
- Effektstudier
- Implementering av SE
- SE-verksamheten i Umeå
- Fidelity
- Utvärdering av SE-projektet i Umeå
- Syfte och frågeställningar

METOD.....sidan 6

- Deltagare
- Klientdata
- Klientstudiens genomförande
- Material från SE-handledarna

RESULTAT.....sidan 10

- Sysselsättningssituationen
- Psykiatriska symtom, självkänsla, livskvalitet och GAF
- Vardagsfungerande
- Utnyttjande av psykiatrisk vård
- Deltagarnas egna upplevelser
- SE-handledarnas egna reflektioner kring vad som försvårar respektive underlättar

DISKUSSION.....sidan 23

REFERENSER.....sidan 25

INTRODUKTION

BEHOVET AV REHABILITERING TILL ARBETE

Allt fler unga personer kom under 2000-talet att beviljas sjuk- och aktivitetsersättning till följd av psykisk sjukdom/psykiskt funktionshinder. Vägen till arbete är dessvärre ofta svår för personerna i denna grupp. Många olika rehabiliteringsaktörer är som regel involverade och samordning är en stor utmaning. För att få vägledning om vad som främjar en framgångsrik rehabilitering till arbete behövs forskning som undersöker arbetsrehabiliteringsprocesser ur de berördas perspektiv. Det finns vetenskapligt stöd för att supported employment-strategin erbjuder en effektiv arbetsrehabiliteringsmetod för personer med psykiskt funktionshinder, men i Sverige saknas ännu kunskap om vilka effekter den kan ge och hur metoden implementeras på bästa sätt.

PSYKISKT FUNKTIONSHINDER

Att vara en person med psykiskt funktionshinder innebär att ha väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas bestå under en längre tid samt är en konsekvens av psykisk störning (Nationell psykiatrisamordning, 2006:5). Arbetslösheten är mycket hög inom gruppen, trots att de flesta skulle vilja arbeta (Hansson & Eklund, 2005). Andelen anställda i gruppen varierar mellan 10 och 15 % bland västvärldens länder och är enligt osäkra svenska uppgifter sannolikt inom det lägre intervallet i vårt land. Nära två av tre i åldersgruppen 16-29 år som år 2004 fick beslut om aktivitetsersättning hade en psykiatrisk diagnos (SOU 2006:100).

1995 års psykiatrireform (Regeringens prop., 1993/94) betonade behovet av rehabilitering och sysselsättning för personer med långvariga psykiska problem, men det har varit svårt att realisera dessa ambitioner. Inom socialtjänsten har det legat närmare till att skapa strukturerade dagliga aktiviteter för personer med psykiskt funktionshinder än verksamheter som syftar till rehabilitering till arbete (Socialstyrelsen, 2001). Nationell psykiatrisamordning konstaterar att det fortfarande råder allvarliga brister inom området arbetsrehabilitering (SOU 2006:100).

PSYKIATRISK REHABILITERING

Det finns en relativt lång tradition av insatser i arbetstränande syfte och arbetslivsriktad rehabilitering i Sverige och i västvärlden (Socialstyrelsen, 2001). Den gemensamma principen för olika typer av insatser har varit att i skyddad miljö stegvis träna olika arbetsfärdigheter innan en arbetsplats på öppna marknaden med reella arbetsuppgifter blivit aktuell. En utvecklad modell för arbetslivsriktad rehabilitering är Supported Employment (SE, Bond, 2004), vilken i form av IPS (Individual Placement and Support) standardiserades och manualiserades för personer med psykiskt funktionshinder av Becker och Drake (1994). Målsättningen med metoden är att få och behålla anställning på öppna arbetsmarknaden. Den enskildes motivation, preferenser och förmåga ska utgöra utgångspunkten och vara vägledande vid valet av arbete och utvecklingen av arbetssituationen. Principen är att personen med psykiskt funktionshinder så snabbt som möjligt får kontakt med ett reellt arbete, där han eller hon får ett behovsbaserat stöd. Stödet, som inte är tidsbegränsat, ges i form

av handledning i själva arbetsuppgifterna och i de arbetssituationer som uppstår. SE innebär således att personen utvecklar färdigheter i det sammanhang där de ska användas och därmed undgår man problemet med att generalisera färdigheter från en träningsituation till en reell arbetssituation. SE-handledarna ska i sitt arbete fokusera på arbetsrehabiliteringen, men bör enligt metodiken ha ett nära samarbete med psykiatrisk behandlingspersonal. Ofta innebär det att SE-funktionen fungerar som en integrerad del i ett psykiatriskt behandlingsteam. Tanken är att de psykiatriska insatserna ska hjälpa klienten att hantera symtom och att få vardagen, och därigenom också arbetsrehabiliteringen, att fungera. Ytterligare en princip som utvecklats de senaste åren är tillgång till information och rådgivning kring frågor relaterade till sjuk- och socialförsäkring, arbetsmarknadsåtgärder, etc.

EFFEKTSTUDIER

Jämförelser mellan olika modeller av arbetsinriktad rehabilitering visar att SE är mer effektivt i meningen att fler personer får konkurrensutsatt arbete i jämförelse med traditionella arbetsinriktade träningsmodeller (Bond, Becker & Drake, 2008; Crowther et al., 2004; Twamley, Jeste & Lehman, 2003). Sannolikheten för att vara kvar i arbete är också betydligt större, samt att personerna har högre inkomst och arbetar fler timmar per månad (Twamley et al., 2003).

I icke arbetsrelaterade mått som till exempel psykiska symtom, självkänsla och psykosocial anpassning, har SE generellt inte visats vara överlägsen de rehabiliteringsstrategier man jämfört metoden med (Bond et al, 2001a). Att befinna sig i reguljärt arbete över tid eller att vara i en situation där denna typ av arbete dominerat under en längre period, är det som visat sig ha effekt på välbefinnandet, oavsett typen av arbetsrehabilitering (Bond et al., 2001b; Mueser et al., 1997).

IMPLEMENTERING AV SE

Supported-employment har främst implementerats i USA och Canada, och en nyligen gjord studie i Europa påvisar resultat i nivå med de nordamerikanska (Burns et al, 2007). I Sverige har man inspirerats av metoden och olika försök har gjorts för att tillämpa den, bland annat inom arbetsförmedlingens SIUS-verksamhet (Särskilt Introduktions- och Uppföljnings-Stöd). Däremot finns ingen ännu redovisad systematiskt genomförd vetenskaplig studie från Sverige om hur SE implementeras och konkret tillämpas och vilka resultat den ger.

SE-VERKSAMHETEN I UMEÅ

Sedan mitten av 1990-talet har det funnits en verksamhet under namnet Nätkraft inom socialtjänsten i Umeå med syfte att utföra arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom. Strategierna har växlat – under 1990-talet inspirerades verksamheten av den s.k. Bostonmodellen. Insatserna bestod både av att ge arbetsträning i egna lokaler och en ”yttre verksamhet” med mål att hitta praktikplatser ute i samhället, som sedan i bästa fall kunde omvandlas till anställningar med stöd av t.ex. lönebidrag.

SE-strategierna har gradvis fått ett ökat inflytande inom Nätkraft och i och med tillkomsten av Samordningsförbundet i Umeå kunde SE börja tillämpas som en grundmodell i verksamheten. I dagsläget bedrivs SE på Nätkraft som en del av Umeås socialpsykiatriska intraprenad och med hittillsvarande huvudsaklig finansiering av Samordningsförbundet, där SE ingår som ett projekt sedan 2006. En särskild styrgrupp

bestående av tjänstemän från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, psykiatrin vid NUS och den socialpsykiatriska intraprenaden finns kopplad till projektet. Samordningsförbundets samordnande tjänsteman ingår också i styrgruppen, liksom en representant från SE-arbetslaget. SE-teamet består av fem heltidsanställda personer med varierande utbildningsbakgrund, bland annat socionom och arbetsterapeut. Arbetsledningen sker via en enhetschef inom intraprenaden.

FIDELITY

Manualbaserade interventioner kan beskrivas i termer av högre eller lägre grad av programtrohet (*fidelity*). Det har kunnat visas att de IPS-verksamheter som har hög grad av programtrohet ger ett bättre utfall (Bond et al, 2008). För att kunna placera in och karakterisera Umeå-teamet utifrån ett sådant synsätt har fidelityskattningar utförts vid tre tillfällen (2007, 2008, 2009), varav den första gjordes strax efter det att projektet startat. De områden som har bedömts handlar om personal, organisation och arbetssätt. Det kan t.ex. handla om hur många klienter personalen arbetar med, om man ger andra insatser än de strikt arbetsrelaterade, om och hur teamet får handledning, i vilken utsträckning insatserna utgår från klientens preferenser och hur personalen hanterar situationer när det inte fungerar på en arbetsplats. Skattningarna visade endast små men positiva förändringar över tid och teamet placerade sig som *fair* IPS, dvs. godtagbar grad av programtrohet (Bond et al, 1997). Alla parametrar i skattningen står inte under teamets egen kontroll. Hit hör grad av integration med andra vård- och stödinsatser, främst psykiatrisk vård- och behandlingspersonal, där de organisatoriska ramarna begränsar Umeå-teamets förmåga att nå full programtrohet. Teamet är även underkastat de kriterier för inklusion som Samordningsförbundet stipulerat, vilka kommer i konflikt med grundprincipen inom SE/IPS att det är individens egen motivation och vilja som ska vara det enda inklusionskriteriet. Emellertid har det initiala kravet på en ålder under 30 år hos klienterna tagits bort.

UTVÄRDERING AV SE-PROJEKTET I UMEÅ

Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten fick efter ett anbudsförfarande uppdraget av Samordningsförbundet i Umeå att utvärdera SE-verksamheten i Umeå. Denna rapport är huvudsakligen en redovisning av utfallet på individnivån efter att deltagarna varit med i SE under ett år. Utöver ettårs materialet kommer vi att ha tillgång till en tvåårsuppföljning, samt material rörande de olika intressenternas erfarenheter av implementeringen av SE i Umeå. SE-teamets erfarenheter av arbetet dokumenteras även och kommer att redovisas utförligare än vad som sker i denna rapport. Muntliga föredragningar har löpande gjorts, både till styrgruppen och till Samordningsförbundet, samt till en bredare grupp av intressenter (dec 2008). Utvärderingen ingår i ett större forskningsprojekt där denna rapportens huvudförfattare, leg arbetsterapeut Ulla Nygren, är doktorand. Projektet finansieras förutom av Samordningsförbundet genom forskningsanslag från Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS), och är kopplat till verksamheten inom Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) vid Lunds universitet. Forskargruppen består av professorerna Lars Hansson och Birgitta Bernspång samt docenterna Urban Markström, Mikael Sandlund och Bengt Svensson.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Utvärderingens främsta syfte är att undersöka hur klienternas situation utvecklas under ett år med SE, och hur klienterna upplever deltagandet. Även personalens bild av hinder och möjligheter i samband med rehabiliteringsprocessen belyses.

Utvärderingen utgår från följande frågor:

Vilka förändringar sker efter ett år relaterat till klienternas:

- Sysselsättningssituation
- Psykiatriska symtom, självkänsla, livskvalitet och funktionsnivå
- Vardagsfungerande
- Utnyttjande av psykiatrisk vård?

Hur upplever klienterna deltagandet i SE?

Vilka är SE-handledarnas upplevelser av underlättande respektive försvårande omständigheter i deras arbete?

METOD

DELTAGARE

Målgruppen för denna utvärdering är samtliga klienter aktuella inom SE-verksamheten vid Nätkraft i Umeå under inklusionsperioden mars 2007 till september 2008. Även personer som redan var inne i verksamheten tillfrågades om att delta, detta även om personen ifråga hade haft stöd via Nätkraft sedan något år.

Totalt tillfrågades 53 personer under tiden mars 2007 och september 2008 om att ingå i studien. Tretton tackade nej och anledningarna var främst att klienterna ville begränsa sig, värna om sin integritet och att de var trötta på att svara på "samma frågor" om och om igen då de blivit utfrågade av så många olika personer under åren. Fyrtio personer kunde inkluderas i studien. Tre personer deltog inte i ettårsuppföljningen. Anledningarna var att en hade flyttat från orten, en var heltidsarbetande och avböjde av familjescäl och en person gick aldrig att nå. Trettien ettårsuppföljningar är genomförda (sept. 2009) och 6 väntar i oktober och november (se tabell 1).

Tabell 1. Deltagare i studien.

Klienter möjliga för inklusion	53
Tackat nej till att delta	13
Bortfall under första uppföljningsåret	3
Hittills 1-årsuppföljda	31
Väntar på 1-årsuppföljning	6
Totalt antal deltagare (1-årsuppf)	37

KLIENTDATA

Deltagarna i studien var mellan 21 och 55 år vid studiens start, där de flesta (60 %) var 30 år eller yngre. Att det finns äldre deltagare beror på att även de klienter som redan var inne i Nätkrafts verksamhet sedan tidigare tillfrågades och detta gjordes i syfte att få med så många som möjligt.

Könsfördelningen visar på något fler män (58 %) än kvinnor (42 %). Vanligtvis är deltagaren ensamstående, bor i hyreslägenhet och har sin försörjning via aktivitets- eller sjukersättning.

Utbildningsnivån är relativt hög, 78 % har gymnasiekompetens, varav sex personer även har en slutförd högskoleutbildning. Av de 20 % som endast har genomfört grundskolan, har de flesta påbörjat gymnasiet men det har inte fungerat av olika skäl. Arbetslivserfarenheten hos deltagarna varierar från att helt saknas eller vara mycket begränsad, till att ha mer än tio års erfarenhet, vilket kan förklaras av den breda åldersfördelningen i gruppen. Det vanligaste är dock att deltagarna har en begränsad erfarenhet av arbete i förhållande till åldern. Den psykiatriska problematiken domineras av ångest- och depressionstillstånd, men även psykos- och bipolära tillstånd är relativt vanliga. De flesta hade sin första kontakt med den psykiatriska vården redan under tonåren (se tabell 2).

Tabell 2. Sociodemografiska och kliniska karakteristika hos deltagarna i studien (n=40)

ÅLDER	F
21 – 25 år	12
26 – 30 år	12
31 – 35 år	7
36 – 40 år	2
> 40 år	7
KÖN	
Män	23
Kvinnor	17
CIVILSTÅND	
Ensamstående	28
Gifta/sambo	12
HAR BARN	6
BOENDESITUATION	
Hyreslägenhet	34
Bostadsrätt	5
Annat	1
UTBILDNINGSNIVÅ	
Grundskola	8
Gymnasium	15
Folkhögskola	5
Påbörjad högskola	5
Högskola	6
Yrkesskola	1

ARBETSLIVSERFARENHET	F
Saknar helt erfarenhet	5
0,5 – 12 månader	10
13 – 24 månader	2
25 – 36 månader	6
37 – 48 månader	3
5 – 10 år	7
> 10 år	7
ÅLDER VID FÖRSTA KONTAKT MED PSYKIATRIN	
< 10 år	1
11 – 18 år	14
19 – 25 år	11
26 – 30 år	4
> 30 år	8
Okänt	2
PSYKIATRISK PROBLEMATIK	
Ångest/depression	15
Psykos/schizofreni	8
Bipolär	7
Personlighetsstörning	4
Neuropsykiatriskt funktionshinder	2
Ätstörning	2
Utmattningsyndrom	1
PTSD (Post-Traumatiskt Stress-Syndrom)	1
HUVUDSAKLIG INKOMSTKÄLLA	
Lön	1
Aktivitets-/sjukersättning	28
Sjukpenning	9
Försörjningsstöd	2

KLIENTSTUDIENS GENOMFÖRANDE

SE-handledarna (personalen inom SE-teamet) informerade klienterna om studiens syfte, upplägg och genomförande. Efter betänketid och eventuellt kompletterande information lämnade klienterna sitt samtycke, både skriftligt och muntligt. Proceduren överensstämmer med den godkända ansökan till etikprövningsnämnden i Umeå. När klienten hade tackat ja, kontaktades han eller hon av Ulla, som gjorde upp om en tid för intervju. Samtycket konfirmerades innan intervjun startade. De klienter som valde att tacka nej kunde oavsett detta fortsätta sin rehabilitering inom SE-teamet.

Intervjuerna genomfördes på den plats som klienten själv valde. Vanligen valde man att bli intervjuad i Nätkrafts lokaler. Några intervjuer gjordes i klientens bostad eller på Ullas kontor på universitetet. De inledande intervjuerna tog vanligen mellan en och 1,5 timmar i anspråk, medan ettårsuppföljningarna ofta tog upp till två timmar att genomföra.

Intervjuerna baserades på följande instrument:

- Bakgrundsformulär (sociodemografiska data; kön, ålder, utbildning, vårderfarenheter, etc.)
- CAN (Camberwell Assessment of Need, skattning av vård- och stödbehov)
- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale, psykiatrisk symtomskattningsskala)
- Min Mening (vardagsaktiviteter, upplevd och värderad förmåga samt miljöns inflytande)
- Delaktighet i din livssituation (engagemang i vardagsaktiviteter)
- Rosenbergs skala för självkänsla (skala för självkänsla)
- MANSA (Manchester Livskvalitetsskala)
- GAF (Global Assessment of Functioning, sammanlagd grov skattning av symtom/funktionsnivå)

I BPRS och GAF registreras professionella skattningar, medan samtliga övriga formulär bygger på klientens självskattning.

Intervjuerna genomförs vid tre tillfällen. Dessa tillfällen är: så snabbt som möjligt efter inkludering i studien (baseline) och efter ett, respektive efter två år. Vid det andra och tredje intervjutillfället genomförs dessutom en kvalitativ intervju kring klienternas upplevelser av att delta i supported employment. Denna del av intervjun tog 25 till 60 minuter i anspråk och fördes runt några teman. Dessa teman redovisas i resultatdelen. De kvalitativa intervjuerna spelades in i de flesta fall för att sedan skrivas ut, men där klienten avböjde inspelning fördes i stället anteckningar under samtalet. Intervjuerna har genomgått en innehållsanalys där materialet sorterats under de bärande teman som intervjun gjordes utifrån.

För de klienter som medgav att journaluppgifter fick inhämtas (35 av 40 personer) registrerades med utgångspunkt i psykiatriska kliniken BMS-journalsystem följande uppgifter:

- Antal slutenvårdsepisoder och antal dagar inlagd under perioden året innan SE, år 1 och år 2 i SE.
- Antal öppenvårdstillfällen under perioden året innan SE, år 1 och år 2 i SE.
- Senaste angivna kliniska diagnos. I de fall ingen slutenvård förekommit kunde den kliniska diagnosen vara inaktuell, varför det i dessa fall gjordes en ny diagnostik utifrån journalmaterialet.

MATERIAL FRÅN SE-HANDLEDARNA

För att kunna fånga och beskriva innehållet i SE-handledarnas arbete utformades ett formulär med en kombination av frågor med fasta svarsalternativ avseende olika typer av arbetsuppgifter och tidsåtgång och öppna frågor om hinder och underlättande faktorer i arbetet. SE-handledarna fyllde i en blankett för varje klient och för varje tvåmånadersperiod, räknat från tiden då klienten inkluderats i vår uppföljning.

Data som ingår i handledaredokumentationen:

- Typ av arbetsrelaterade aktiviteter som klienten deltagit i och antal timmar/vecka
- Totalt antal timmar under perioden som SE-handledaren arbetat med klienten
- Typ och frekvens av insatser som SE-handledaren gjort
- Underlättande respektive försvårande omständigheter som påverkat arbetsrehabiliteringsprocessen

RESULTAT

SYSSELSÄTTNINGSSITUATIONEN

Ett år innan klienterna inkluderades i studien saknade en majoritet av dem en regelbunden sysselsättning. Det fanns dock åtta personer som hade någon typ av sysselsättning. Två personer fanns inom en daglig kommunal verksamhet och tre personer deltog i den psykiatriska klinikkens verksamhet för bedömning av arbete och sysselsättning (BAS). Ytterligare tre personer hade regelbunden sysselsättning genom arbetsträning, ideellt arbete och genom en anställning med hjälp av lönebidrag.

Sex deltagare hade efter 12 månader en anställning av något slag, varav ett vikariat, två tills vidare, två med lönebidrag samt en offentligt skyddad anställning (OSA). Den genomsnittliga arbetstiden var 22 timmar/vecka. Tre deltagare studerade, samtliga på distans och två på heltid till undersköterska och en läste en längre datakurs med varierad studietakt från hel- till halvfart.

De allra flesta (18 personer) var i arbetsprövning ute på en reguljär arbetsplats där arbetstiden i snitt låg på 13 timmar/vecka. En person deltog i en kommunal daglig verksamhet med arbetssysslor.

Nio av deltagarna saknade regelbunden sysselsättning och orsakerna till detta varierade. Fem av dessa hade varit ute och arbetsprövat, men för fyra fungerade det inte av olika anledningar som försämrad psykisk hälsa, sociala omständigheter, arbetsrelaterade faktorer och inlärningssvårigheter. En blev tvungen att sluta på grund av en konjunktursvacka och för att hans arbetsledare och tillika handledare skulle vara ledig under ett halvår. För resterande fem handlade det om alltifrån en komplicerad livssituation med dåligt fungerande vardagsrutiner och sömnproblem till att behöva en lång startsträcka och att ännu inte ha hittat en fungerande arbetsplats (se tabell 3).

Tre deltagare hade avslutats i SE-programmet av olika anledningar; en hade flyttat till annan del av Sverige, en hade fått erbjudande om att få prova en speciell behandling och en hade en alltför dålig psykisk hälsa för att kunna fortsätta med arbetsrehabilitering.

Tabell 3. Sysselsättningssituationen efter 12 månader i SE (n=37)

	ANTAL DELTAGARE	ANTAL TIMMAR/VECKA
Anställning	6	10-40
Arbetsträning	18	6-22
Studier	3	20-40
Daglig kommunal verksamhet	1	6
Saknade regelbunden sysselsättning	9	
Totalt	37	

De arbetsplatser som var aktuella för de deltagare som var i arbete var följande:

Butiker med olika inriktning	Storkök
Idrottsanläggningar	Handelsträdgård
Sveriges Radio	Reklamfirma
Norrlandsoperan	Djuraffär
Fastighetsservice-företag	Second-hand
Personlig assistans	Äldreboende
Hotell	Städfirma

PSYKIATRISKA SYMPTOM, SJÄLVKÄNSLA, LIVSKVALITET OCH GAF

De icke arbetsrelaterade måtten visar på en stor variation inom gruppen både vid baseline och efter ett år. För att få svar på om arbete respektive avsaknad av arbete har någon betydelse för dessa icke arbetsrelaterade mått, gjordes en analys där deltagare i anställning, arbetsträning och yrkesinriktade studier jämfördes med deltagare som saknade sysselsättning eller var i daglig kommunal verksamhet. Resultatet visade att den förstnämnda gruppen hade fått signifikant mindre symptom och en förbättrad generell funktion, samt upplevde en högre självkänsla. Livskvaliteten var däremot relativt oförändrad. När det gäller den andra gruppen som saknade reellt arbete eller studier kunde inga signifikanta förändringar identifieras (se tabell 4 och 5).

Tabell 4. Förändringar över tid av icke arbetsrelaterade mått för deltagare i anställning, arbetsträning och yrkesinriktade studier. Medelvärden och spridning redovisas liksom p-värden för skillnaderna mellan baseline och 1-årsmätningen. (n=24)

	BASELINE		1 ÅR		P-VÄRDE
Psykiatriska symptom	32,2	(26-41)	27,6	(22 – 37)	0,000 ***
Självkänsla	2,3	(1,8 – 2,7)	2,7	(1,2 – 3,8)	0,010 **
Livskvalitet	4,5	(2,8 – 6,0)	4,5	(2,7 – 6,0)	0,505 ns
GAF	57,6	(50 – 72)	61,5	(48 – 71)	0,004 **

Tabell 5. Förändringar över tid av icke arbetsrelaterade mått för deltagare som saknade sysselsättning eller var i daglig kommunal verksamhet. Medelvärden och spridning redovisas liksom p-värden för skillnaderna mellan baseline och 1-årsmätningen. (n=7)

	BASELINE		1 ÅR		P-VÄRDE
Psykiatriska symptom	31,6	(26 – 39)	29,9	(23 – 35)	0,348 ns
Självkänsla	2,4	(2,3 – 2,6)	2,6	(1,8 – 3,2)	0,237 ns
Livskvalitet	4,4	(2,8 – 5,8)	4,4	(3,1 – 5,5)	0,596 ns
GAF	57,3	(50 – 65)	58,7	(52 – 67)	0,345 ns

VARDAGSFUNGERANDE

Här har deltagarna skattat sin upplevda förmåga att utföra olika aktiviteter i vardagen och hur viktigt varje område är, samt något om hur den omgivande miljön fungerar och betydelsen av denna. Totalt handlar det om att ta ställning till 30 olika påståenden. Nedan finns en illustration av hur deltagarna upplevde sin aktivitetsförmåga i relation till vad de tycker är viktigt för dem och miljöns inverkan, vid baseline och efter ett år. De olika påståendena står i hierarkisk ordning, dvs. de som står högst upp skattades allra högst. Om det råder en god överensstämmelse mellan vad som upplevs fungera bra och vad som värderas som viktigast, ger det en uppfattning om klienters tillfredsställelse med sin personliga förmåga eller omgivningens stöd. Om det däremot råder en bristande överensstämmelse, anger värderingen klienters upplevda behov. Se tabell 6 och 7.

Tabell 6. Deltagarnas skattningar av förmåga och omgivning samt värdering av denna vid baseline. De påståenden som kursiverats är det som värderats som viktigt, men inte är så välfungerande. (n=31)

DETTA FUNGERADE BÄST FÖR DELTAGARNA (vid baseline)	DETTA VAR VIKTIGAST FÖR DELTAGARNA (vid baseline)
Ta hand om mig själv (kläder, hygien, utseende)	Sköta min ekonomi
Ta hand om andra	Sköta mina grundläggande behov
Ta mig dit jag behöver	Ta hand om mig själv
Sköta mina grundläggande behov (mat, medicin, hälsa)	Människor som ger mig stöd och uppmuntran
Sköta min ekonomi	Ta hand om andra
Ta hand om mitt hem	Platsen där jag bor
Komma överens med andra	Koncentrera mig på mina uppgifter
Fysiskt kunna utföra det jag behöver göra	Fysiskt kunna utföra det jag behöver göra
Platsen där jag bor	Arbeta mot mina mål

Tabell 7. Deltagarnas skattningar av förmåga och omgivning samt värdering efter ett år. De påståenden som kursiverats är förändringar i upplevd förmåga och nya saker som upplevs som viktiga men inte fungerar så bra. (n=31)

DETTA FUNGERADE BÄST FÖR DELTAGARNA (efter ett år)	DETTA VAR VIKTIGAST FÖR DELTAGARNA (efter ett år)
Ta hand om mig själv	Sköta min ekonomi
Ta mig dit jag behöver	Platsen där jag bor
Komma överens med andra	Sköta mina grundläggande behov
Fysiskt kunna utföra det jag behöver göra	Människor som ger mig stöd och uppmuntran
Ta hand om andra	Grundläggande saker jag behöver för att bo och leva
Sköta min ekonomi	Platser där jag har uppgifter att göra
Sköta mina grundläggande behov	Göra sådant som jag tycker om att göra
Grundläggande saker jag behöver för att leva och bo	Ta hand om andra
Engagera mig som anställd / studerande	Tillfällen att göra saker jag uppskattar och värderar

Det som huvudsakligen går att utläsa i tabellerna ovan är att basala och grundläggande aktiviteter fungerar bäst för deltagarna och värderas också högt både vid baseline och efter ett år. När det gäller vad som värderas högst, är det främst att kunna sköta sin ekonomi och det som tydligast förändras är deltagarnas behov kring att kunna vara aktiv i att göra saker.

UTNYTTJANDE AV PSYKIATRISK VÅRD

Tjugonio personer omfattas av denna mätning (två deltagare medgav inte att vi fick registrera uppgifter ur psykiatrins journalsystem). Besöken i öppen vård har ökat för 8 deltagare, minskat för 13, och är oförändrat för 8 deltagare. I genomsnitt minskade antalet öppenvårdstillfällen från 28 året före SE till 21 tillfällen under första året med SE.

Tabell 8. Vårdkontakter under året före SE samt under det första året med SE för 29 klienter. Inom parentes anges spridningen.

	ÅRET INNAN SE	UNDER ÅR 1 I SE
Antal slutenvårdstillfällen totalt	2	1
Antal slutenvårdsdagar totalt	7	3
Antal öppenvårdstillfällen i genomsnitt per klient	28 (1-132)	21 (1-119)

DELTAGARNAS EGNA UPPLEVELSER

Följande avsnitt är en genomgång av de upplevelser och erfarenheter som de 31 deltagarna i SE beskrivit i de kvalitativa intervjuer som genomfördes i samband med ettårsuppföljningen.

Arbetsätt och kontakt

En helt dominerande uppfattning bland deltagarna är att deras SE-handledare försöker identifiera vad de vill göra och var de kan tänka sig att arbeta eller studera. Det finns olika beskrivningar av hur detta går till, men en vanlig uppfattning är att det används olika formulär och tester som en hjälp i att ringa in intresseområden. Studiebesök, både spontana och planerade, är annat som beskrivs som en viktig hjälp för att upptäcka sina intresseområden och mycket viktigt för att få möjlighet att skapa sig en känsla av framför allt den sociala arbetsmiljön. Det finns också deltagare som betonar hur viktigt det varit att lära känna SE-handledaren och bli sedd och lyssnad till, vilket de menar har betydelse för att våga börja formulera en önskan om vad de vill uppnå och göra bilden av deras individuella förutsättning tydligare. Ord som *dialog*, *bollplank*, *för- och nackdelar*, *alternativ* och *samarbete* nämns ofta. En samstämmig uppfattning hos deltagarna är att SE-handledarna är tillgängliga och flexibla och låter klienterna fatta sina egna beslut.

Frekvensen för träffarna med SE-handledarna är för de flesta en gång i veckan tills dess att en arbetsträning påbörjas, och då kan det se väldigt olika ut. Det finns deltagare som haft en mer intensiv introduktion vilket även inkluderat praktisk vägledning i de aktuella arbetsuppgifterna medan andra deltagare bara haft socialt

stöd första dagen. Ytterligare en grupp har börjat på en arbetsplats helt på egen hand. En annan vanlig beskrivning är att uppföljningar görs en gång i månaden och då även tillsammans med arbetsgivare eller arbetshandledare.

”Vi har pratat jättemycket och så småningom började jag kunna välja och välja bort....sortera bland allt”

”De översätter mina tankar om intressen till verkligheten, vad de skulle kunna motsvara.....vad konkret det kan innebära för typ av jobb”

”Vad klarar jag av här och nu? Vad får mig att komma vidare?”

Samverkan med andra

Den dominerande uppfattningen bland deltagarna är att de är nöjda med hur samverkan skett mellan olika aktörer kring sin rehabiliteringssituation. Detta kan för en del innebära att de har en aktiv så kallad ”Kans” (kontaktansvarig inom psykiatri), som deltar både i de inledande träffarna på SE, vid uppföljningar och avstämningsmöten kring arbetsrehabiliteringen samt visar intresse och engagemang i detta. Därtill att Försäkringskassans (FK) representant finns tillgänglig och kan möjliggöra de olika steg som planeras och kan förklara gällande regler och riktlinjer kring rehabiliteringen. För andra kan det handla om att den kontaktansvarige inom psykiatri mer finns i bakgrunden som ett känslomässigt stöd och att SE-handledaren, arbetsplatshandledaren och FK samarbetar kring personernas arbetsrehabiliteringssituation. Andra deltagare är tillfreds när de samarbetar bra bara med sin SE-handledare och att någon annan SE-kollega kan komma in och ge lite nya perspektiv och att de vet att FK och Arbetsförmedlingen (AF) finns med i projektet, om än inte så påtagligt för dem själva. För några få är situationen sådan att de helt saknar tillgång till en kontaktansvarig, att kontakten inte fungerar som de önskar eller att de inte behöver den kontakten längre.

”Min kontaktperson är en del av min rehabilitering, att komma över den psykiska tröskeln med mitt dåliga självförtroende, att våga komma ut och prova igen”

”Kontaktpersonen är för mig som en peppare och som ett osynligt ryggstöd”

”Bra att alla är med så att man inte bollas mellan olika instanser, man har inte ork att ta reda på saker om vad som händer och hur man gör..... typ regler, riktlinjer, blanketter osv”

Arbetsplatsen och arbetsuppgifterna

Det är vanligt att deltagarna kommit ut på arbetsplatser som de själva är intresserade av och i vissa fall sammanfaller det med att de också har en utbildning inom det området och/eller har arbetat med området tidigare. Det näst vanligaste är att deltagarna valt arbetsplatser där miljön och arbetsuppgifterna antagits kunna bidra till en bättre psykisk hälsa. Det finns också arbetsplatser som valts utifrån att deltagarna trodde att de skulle passa bra, men som senare inte visade sig fungera. I några fall har arbetsplatser valts i första hand för att företaget sagt sig kunna erbjuda anställningar. Det vanligaste är att arbetshandledare kunnat utses på de olika arbetsplatserna och att det fungerat bra, men det förekommer också att deltagarna helt saknat nödvändig handledning eller där denna inte fungerat som planerat eller där deltagaren varit så självgående att specifik

handledning inte behövts. Typen av arbetsuppgifter varierar, men den dominerande uppfattningen bland deltagarna är att de upplever sig ha flera olika arbetsuppgifter och att de genom egna initiativ kan påverka sin arbetsituation. Det finns dock en tredjedel som rapporterar om monotona och enformiga arbeten. De flesta har positiva erfarenheter av sina arbetsgivare och arbetskamrater och kan beskriva dem som lyhörda, öppna och stödjande, men det finns också deltagare som beskriver att de känt sig jämförda med arbetskamrater som kunnat hålla ett högre tempo och därför känt sig dåliga. Det förekommer att deltagare saknat konkret återkoppling på det jobb de utfört och därigenom känt sig osäkra på sin förmåga och vad de kunnat utveckla.

"Jag hade gärna velat träffa fler arbetsgivare, är så engagerad i andra människors hälsa men inte i min egen... bara ibland. Skulle nog ha behövt få upp ögonen för andra områden..."

"Jag klarade av det här tack vare att det var intressant...blev så engagerad, hittade ständigt nåt nytt jag ville lära mig!"

"Blev lite ensamt också då böckerna var lite vid sidan av, de som plockade upp och sorterade kläder var som mer mitt i... bara få byta några ord hade varit bra. Jag skulle vilja utvecklas lite och träffa mer folk"

Tidsperspektiv och timing

Det var ungefär lika många som tyckte att de kom till SE vid en lagom tidpunkt, som de som helst velat börja betydligt tidigare, från ett halvår till flera år tidigare. Samma fördelning mellan ståndpunkterna gällde tidpunkten för när klienterna faktiskt kom ut och påbörjade sin arbetsträning. Tiden fram till introduktionen på en arbetsplats varierade från 0 till 12 månader, men den genomsnittliga tiden låg kring fyra månader. Vanliga kommentarer till frågan om timing var att tidigare försöka hitta en annan arbetsplats när det framkommit att den aktuella arbetsplatsen inte kan erbjuda anställning. Vikten av att individen får arbeta i sin egen takt betonades. Dock uttrycktes en erfarenhet att den takten inte alltid stämmer med hur arbetsmarknaden och det "inre livet" på de konkreta arbetsplatserna ser ut.

"Jag är ivrig och vill att allt ska hända på en dag, men det har nog varit bra att det tog en stund....hann tänka och fundera lite"

".../ att man inte hade lämnat mig ensam under så lång tid och bara provat olika mediciner och sånt... tiden går!"

"Vi fortsatte ändå med våra träffar en gång varje vecka och jag fick prata av mig och vi diskuterade hur man skulle tänka....inte ge upp....fokusera målet...att ha någon sorts milstolpar att förhålla sig till"

Hur SE har påverkat deltagarna

Här beskrivs ett helt spektrum av erfarenheter – alltifrån att inget speciellt förändrats i vardagen eller med dem själva, till att ha gjort en vandring från att ha haft stora svårigheter med att bara ta sig ut till att idag kunna arbeta i en riktig anställning. Det som dominerar är att det skett förändringar både hos dem själva och i hur de lever sitt liv. Det handlar om att känna sig mindre rädd, att inte bara ha sjukrollen, uppleva känslan av att kunna

något, att utträtta något, att ha upptäckt nya intressen och sin egen del i vad som händer samt att självförtroendet och självkänslan stärkts. Det handlar också om att deltagandet i SE motiverat till att skapa en dygnsrytm och fungerande rutiner, liksom anledningar till att börja ta tag i olika saker i tillvaron. Det förekommer också att någon deltagare upphört med tidigare uppskattade fritidsaktiviteter på grund av att arbetet upplevs för påfrestande.

"Jag har i alla fall kommit igång med något och är på väg någonstans...."

"Har upptäckt att jag inte är så korkad och annorlunda än andra ändå, jag är nog inget UFO.....är ganska lika andra tror jag!"

"Idag kan jag säga något annat än att jag är bara sjuk och arbetslös! Istället kan jag säga att jag arbetstränar på XX och då blir jag nog mer intressant och det känns roligare att prata om"

Vad SE är för verksamhet

Samtliga klienter uttrycker att SE är en verksamhet som behövs för att personer med svårigheter ska kunna komma ut i samhället, identifiera vad de vill göra, och ta nödvändiga kontakter. De allra flesta lyfter fram att de fått ett bra bemötande i form av förståelse och respekt och att SE-handledaren inte stressat och forcerat utan förmedlat att det får ta tid.

"En socialpsykiatrisk verksamhet där man har en egen handledare som ser till vem man är som person... vilken erfarenhet man har och vad man vill. Dom lyfter av mycket press som har med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan att göra. Dom har kontakter lite här och var och de som jobbar där är verkligen engagerade"

"För mig är det en verksamhet som innebär att man har någon som tror på en. Det är en verksamhet som är flexibel efter klienterna och med handledare som lyssnar och vill veta och som är intresserade av vad jag tycker och som kan hjälpa mig ut i arbetslivet"

"Det är ingen "vanlig" rehabilitering....det är mer VAD vill man göra? Sen sätta upp mål för det och bryta ner det till att göra målet möjligt"

Det bästa med SE

Här ligger betoningen ofta på SE-handledarnas bemötande där klienterna beskriver personalen som engagerade, intresserade och att de lyssnar på deltagarnas önskemål, reaktioner och åsikter samt att de har en positiv attityd. Förutom bemötandet är det den individuella planeringen för att komma ut i ett arbete och den kontinuitet av stöd som ges för att arbetet eller studierna ska fungera över tid som särskilt lyfts upp.

”Det finns hopp och skratt i huset!”

”Att inte behöva stå där helt ensam, det har nog varit det bästa...och så detta med att alla instanser är involverade”

”På nåt sätt har det känts som att...det har varit få hinder...mycket det att allt är möjligt på nåt sätt och det har väckt känslan av att det här går nog att ordna!”

Det sämsta med SE, förslag på förändringar

Deltagarna är överlag mycket nöjda med sitt deltagande i SE och det finns de som inte kan komma på något alls som de vill ändra på. Den kritik som trots detta förekommer gäller främst den introduktionskurs som deltagarna började med när de kom till SE. Kursen beskrivs som rörig då deltagarna dels inte klart uppfattade syftet och dels upplevde att personer kom och gick eller bara uteblev. Det finns dock ett par undantag från den beskrivningen och det är deltagare som blev mycket inspirerade av den del som handlade om friskvård och även någon som tydligt uppskattade och stimulerades av de nya sociala kontakterna. I övrigt uttrycker deltagarna att de gärna gjort fler studiebesök under introduktionen, främst för att de inledningsvis inte visste vad som fanns ute på arbetsmarknaden som skulle kunna matcha deras intressen, men också för att få inspiration då de inte visste vad som skulle kunna intressera. Ett annat förslag till förändring är att försöka undvika passiv väntan på arbetsplats, då motivationen kan sjunka. Detta kunde åtgärdas genom fler ”arbetsmöten” eller genom andra aktiviteter. Andra synpunkter handlar om ett behov av tydligare återkoppling från arbetsgivare eller arbetshandledare till deltagarna om arbetets utförande och att tydliggöra hur kontakten med SE-handledaren ska se ut och speciellt i perioder mellan olika arbeten för att upprätthålla kursen mot fortsatt arbete. Vikten av information om det psykiska funktionshindret på arbetsplatsen är också något som betonas av några intervjupersoner liksom att inte ha ålderskriterier till SE. Ytterligare synpunkter var att klargöra vad det icke tidsbegränsade SE-stödet i praktiken innebär och att tillförsäkra sig att klienterna känner till vilka regler och riktlinjer som gäller i olika situationer i arbetsrehabiliteringen. Slutligen fanns kommentarer där man beskrev ett behov av att tydliggöra rollerna mellan SE-handledare och kontaktansvariga inom psykiatrin.

”Jag har ingen kunskap om vad som finns därute....vilka finns och vad gör dom? Som ett helt universum av oändliga tillfällen!”

”Vi borde nog ha haft lite mer kontakt där...jag hade behövt få snacka igenom mina arbetsförhållanden”

”Det tog lång tid där emellan...stannar man upp är det tuffare att komma igång igen....det får inte vara för lite innehåll”

Framtidsvision

De allra flesta väljer att försöka överblicka det närmaste året och de som är i arbetsträning vill som regel kunna utöka arbetstiden och få en anställning. De som har lyckats få en anställning funderar över om de kommer att kunna gå upp i arbetstid eller behålla arbetet som det är. Av dem som ännu inte kommit ut i något arbete eller någon arbetsträning, finns en önskan om att få ordning på faktorer som stör deras möjligheter att gå ut i en arbetsträning och att hitta en aktivitet som fungerar och intresserar dem.

”Jag börjar längta efter att det blir något rejält snart och hoppas på att vi ska hitta en arbetsplats! Annars får det bli studier tror jag...”

”Att jag hittar ett riktigt arbete på 25 % som jag klarar av och som skulle stärka mig”

”Jag hoppas på att få en anställning där jag är, för chefen har sagt att han vill ha kvar mig, men man vet ju inte som det är nu...”

SE-HANDLEDARNAS EGNA REFLEKTIONER KRING VAD SOM FÖRSVÅRAR RESPEKTIVE UNDERLÄTTAR

Inom ramen för utvärderingen har SE-handledarna dokumenterat innehållet i sitt arbete med sina respektive klienter med hjälp av en särskilt utformad blankett (se metodavsnittet). Här kunde man också för varje enskilt rehabiliteringsärende ange hinder och svårigheter respektive faktorer som underlättat arbetet. Vi valde att kategorisera dessa kommentarer på följande sätt:

- Kommentarer om *klienten*
- Kommentarer om *de egna insatserna*
- Kommentarer rörande *vård- och stödsystemet* (alla involverade aktörer)
- Kommentarer om *arbetsmarknaden eller arbetsplatsen*

Nedan följer en sammanfattning av de omständigheter och faktorer som identifierades i materialet under det första året. Redovisningen baseras på dokumentationen från arbetet med 31 klienter.

Klienten

Hinder och svårigheter:

Klientens förmåga att engagera sig i sin arbetsrehabilitering begränsas av olika omständigheter. Det handlar dels om psykisk ohälsa i form av oro, osäkerhet, rädslor, trötthet, nedstämdhet och en negativ självvärdering. Dels kan det handla om hela livssituationen med vardagsrutiner som inte fungerar, en ekonomi som inte går ihop, avsaknad av ett stödjande socialt nätverk, olösta problem och i viss mån stressreaktioner på nya krav och förväntningar. Olika typer av fysiska begränsningar kan också utgöra hinder.

Faktorer som underlättat:

Att klienten har motivation till förändring och engagemang i att forma mål och strategier för sin rehabilitering och kan göra det i en öppen dialog med sin SE-handledare, är en viktig grund. Men för detta krävs också insikt och öppenhet hos klienten kring sitt sätt att vara och fungera. Det som också underlättar i arbetsprocessen är att klienten har förmåga att kunna ta egna initiativ och genomföra det som planeras samt reflektera över olika situationer och förändra sina strategier om det visar sig behövas. Framtidstro och en tilltro till den egna förmågan samt en tillit till sitt professionella nätverk är andra viktiga underlättande faktorer, liksom förmågan att marknadsföra sig själv i kontakten med arbetsgivare. När klienten känner sig välkommen och trygg med det som ska göras på arbetsplatsen och dessutom får uppskattning för det som görs, påverkar det både självförtroende och självkänsla på ett positivt sätt, vilket i sin tur stärker den egna motivationen.

Hinder och svårigheter:

Här ställer SE-handledarna framför allt många frågor som de reflekterar kring. Flera av dessa dök upp i samband med att det kom nya direktiv om ökad genomströmning av klienter i verksamheten. Detta väckte oro i arbetsgruppen och en rädsla för att inte längre kunna erbjuda den tid och den stöd och hjälp som behövs för att skapa framgång i arbetslivet för klienterna. Det fanns också funderingar kring hur en klients närhet till arbete egentligen kan bedömas. Därutöver finns det frågeställningar om vad en lämplig vägledningsinsats kan vara för att möjliggöra ett val av arbetsplats för en klient och hur länge sökandet efter en matchande arbetsplats kan pågå innan klientens drivkraft och motivation sjunker och SE-handledaren börjar tvivla på möjligheten att finna ett lämpligt arbete för den enskilde. Även svårigheter i att urskilja vad som påverkar en klients arbetssituation anges, t.ex. vad som beror på individens psykiska ohälsa, faktorer på den aktuella arbetsplatsen eller andra omgivningsfaktorer. SE-handledarna har också funderingar kring hur SE-stödet ska utformas i olika perioder. Vidare beskrivs det som en begränsning att inte ha klientens tillåtelse att själv närvara i konkreta arbetssituationer, vilket innebär att SE-handledaren endast kan förlita sig på klientens och arbetshandledarens beskrivning och bedömning. Detta ställer till problem i de fall det brister i klientens egen insikt och då arbetshandledaren vill skydda klienten från påfrestningar. Det beskrivs även vara svårt att inte engagera sig i de ansvarsområden som främst vilar på psykiatrin, då en klient befinner sig i en svår situation och ingen kontaktperson finns tillgänglig. En annan frågeställning som formuleras är hur man kan utforma ett optimalt stöd för klienter som befinner sig i en studiesituation.

Faktorer som underlättat:

En arbetsallians med klienten, liksom med kontaktpersonerna inom psykiatrin, beskrivs som framgångsfaktorer. Samarbetet med kontaktpersonerna fungerar som bäst när rollerna är tydliggjorda. Arbetet berikas av att arbeta som ett team. Då öppnar man upp för nya perspektiv och kan bredda sökningen av arbete och samtidigt reflektera kring själva SE-metoden. Det som även anges underlätta är när SE-handledaren känner tillit till klientens motivation och dennes egna insatser i sökandet efter en arbetsplats och när det går lätt att få tag i klienten via telefon eller e-post. Att få befinna sig ute på klientens arbetsplats gör det lättare att skapa ett ändamålsenligt stöd och för klienten att beskriva de konkreta situationerna. SE-handledarna betonar hur viktigt det är att ständigt påminna sig själv och klienten om hur studier måste ses som en del i en process mot arbete. Vidare har det underlättat att få kunskap och insikt i klientens livssituation i vardagen för att kunna stödja i hur en nödvändig struktur kan skapas, vilken hjälp som kan sökas och hur detta kan matchas med arbete eller studier.

Vård- och stödsystemet

Hinder och svårigheter:

Hinder beskrivs här i huvudsak som oklarheter kring rutiner, roller, ansvar, regler och riktlinjer för alla involverade i projektet, dvs. SE, Psykiatrin, FK och AF. Det uttrycks ett behov av att skapa rutiner för en tidig konsulterande och rådgivande kontakt med AF och ett förtydligande av de regler och riktlinjer som gäller för olika typer av anställningsformer och uppföljningsansvar. Gällande FK uppkommer ibland osäkerhet kring klienters ersättning vid förändrad aktivitet och när det gäller försäkringsfrågor som rör skador som uppstått under en arbetsträning. Det handlar också om hur arbetsförmåga ska bedömas, t.ex. om en förmåga att arbeta ett visst antal timmar per vecka bara ska gälla för den aktuella arbetsplatsen eller om klienten ska anses redo att stå till hela arbetsmarknadens förfogande. I relation till psykiatrin kan hinder bestå i att viktiga och

långvariga stödkontakter avslutas med följd att man måste ge tid för klienten att bygga upp en trygghet med de nya kontakterna. Det förekommer också att samarbetet med kontaktpersonerna har varit vilande under lång tid och då kan frågan uppstå vem som har ansvaret för att återuppta det. Tillgången till läkartid för medicinsk bedömning kan vara mycket låg, vilket försenar arbetsprocessen. Det har också hänt att klienter som sökt stöd inom psykiatrin mött personal som missbrukat klientens utsatta situation. När det handlar om SE-handledarnas arbete och roll finns det funderingar om hur länge de ska finnas kvar i de fall där det inte finns ett klart uttalat önskemål eller uttryckta behov av deras insatser. Är det rimligt att finnas kvar bara för att samordna andra aktörers insatser?

Faktorer som underlättat:

Här beskrivs främst tillgången till en aktiv och tydlig kontaktperson inom psykiatrin som en starkt underlättande faktor. Kontaktpersonerna behövs för att hjälpa klienten att upprätthålla en nödvändig struktur i vardagen och för att kunna aktivt arbeta med klientens osäkerhet och rädslor. Goda och kända kontakter med handläggare både inom AF och FK är också viktigt och i synnerhet när alla involverade har möjlighet och förmåga att följa en klients rehabiliteringsprocess över tid.

Arbetsmarknaden och arbetsplatsen

Hinder och svårigheter:

Här handlar det främst om svårigheter att få komma in på arbetsplatser för arbetsträning och att framtida anställningsmöjligheter är få på de arbetsplatser som tar emot personer. Det finns också en konkurrens ute på arbetsmarknaden mellan olika former av verksamheter och projekt för arbetsrehabilitering. Det som också kan utgöra ett hinder är den långa tidsrymd som kan finnas mellan ett positivt besked om att få börja arbetsträna på ett företag och den konkreta starten på denna arbetsträning. Väl inne på en arbetsplats handlar de identifierade hindren om både den fysiska och den psykosociala miljön. En stökig och bullrig miljö kan visa sig vara olämplig liksom arbetsplatser där det finns interna konflikter eller en bristande information från chef till arbetshandledare. Ytterligare brister i den psykosociala miljön kan handla om bristfällig kommunikation mellan arbetshandledare och klient eller en hög arbetsbelastning på företaget som bidrar till en otillräcklig handledning. Hindren kan också vara relaterade till själva arbetsuppgifterna, som kan vara för ostrukturerade, innebära för mycket alternativt för lite ensamarbete eller uppfattas som meningslösa eller för krävande.

Faktorer som underlättat:

Att det finns arbetsgivare och arbetsplatser som har en positiv inställning till arbetsrehabilitering och som är införstådda med vad detta innebär beskrivs vara en grundläggande god förutsättning. Det kan handla om arbetsgivare som vill skapa förutsättningar för individers utveckling i en arbetsroll och som aktivt arbetar för att upprätta en god arbetsmiljö, där ingen skillnad görs mellan klienten och andra som startar upp i företaget. För att det ska bli intressant för arbetsgivaren att skapa utrymme för en anställning är det viktigt att klienten får en möjlighet att visa sig användbar för företaget. Det som underlättar här är att tiden för arbetsprövningen är tillräckligt lång för att klienten ska hinna komma upp i tid och därigenom beredas möjlighet att komma in i arbetets olika rutiner och utveckla nödvändiga färdigheter. För att kunna skapa och upprätthålla engagemang och motivation i arbetet är det viktigt att det finns möjligheter att byta arbetsuppgifter för att kunna få mer variation, sociala kontakter och mer utmanande uppgifter. Om arbetsprövningen däremot inte leder till anställning, är det en tillgång för klienten att ett avslut kan göras på ett bra sätt så att erfarenheten blir till

något användbart i den fortsatta arbetsrehabiliteringen, i form av ett arbetsintyg eller att arbetsgivaren kan finnas tillgänglig som referens.

DISKUSSION

Samtidigt som effektfrågorna av naturliga skäl står i förgrunden när man som i det här fallet ska utvärdera en verksamhet som syftar till att medföra ett påtagligt utfall, innebär designen av denna studie ingen möjlighet att i strikt vetenskaplig mening uttala sig om den specifika effekten av SE. Detta hade krävt tillgång till en kontrollgrupp och effekten av SE hade då kunnat beräknas som en skillnad mellan SE-gruppens uppnådda resultat och kontrollgruppens resultat. Uppläggningsen av denna studie baserar sig huvudsakligen på före- och eftermätningar. Deltagarna får på så sätt utgöra sitt eget jämförelsematerial. Erfarenheten i gruppen deltagare av att ha konkurrensutsatt arbete är starkt begränsad, endast en deltagare hade arbetat under året före SE. Således innebär resultatet efter ett år (sex personer i lönearbete) att fem individer uppnått anställning under året med insats från SE. Vi kan inte hävda att detta är en direkt följd av deras deltagande i SE (de kunde ju teoretiskt ha fått jobb även utan SE), men med hänsyn till deras situation innan projektet och deras beskrivna erfarenheter av SE-stödet, förefaller tolkningen att SE möjliggjort inträdet på arbetsmarknaden som rimlig. Två deltagare var efter ett år studerande med yrkesinriktning, och 18 personer gjorde praktik på reella arbetsplatser.

Hur bör dessa resultat värderas? Andelen personer i lönearbete är något lägre än i majoriteten kontrollerade studier av effekterna av IPS. Däremot ligger detta resultat närmare vad man funnit i (europeiska) länder med starkt reglerad arbetsmarknad och med heltäckande trygghetssystem (Burns et al, 2007). Den svenska arbetsmarknaden präglas av en viss anställningstrygghet och åtföljande försiktighet bland arbetsgivare att anställa personer vars förmåga kan vara ifrågasatt. Timanställningar och kortare anställningsförhållanden är relativt sett mindre vanliga, jämfört med t.ex. nordamerikansk arbetsmarknad. Detta bör bidra till en något tyngre uppförsbacke för en svensk SE-verksamhet. Däremot bör det noteras att denna svårare ingång i lönearbete i Sverige kombineras med större förutsättningar att bli kvar i arbete, sedan man väl blivit anställd.

En kontroversiell fråga rör betydelsen av trygghetssystemets förmåga att täcka de basala behov hos personer som står utanför arbetsmarknaden i relation till den enskildes motiv för att börja arbeta. Den europeiska multicenter-studien "Eqolize" (Catty et al, 2008) som tittat på faktorer som förutsäger utfallet av IPS, fann ett samband mellan dåligt tillgodosedda behov hos den enskilde (eftersom trygghetssystemen var klena) och högre framgång i fråga om anställning. Trots att de som står utanför arbetsmarknaden lever sämre än de som har arbete, är det ekonomiska gapet mellan att jobba och inte jobba fortfarande mindre i Sverige än i många andra länder. Konjunkturfaktorer och arbetslöshet påverkar naturligtvis förutsättningarna för att lyckas med arbetsinriktad rehabilitering. För att bedöma den relativa betydelsen av den svåra lågkonjunktur som västvärlden drabbades av hösten 2008 hade tillgång till jämförelsedata från en kontrollgrupp varit nödvändiga. Vi tror dock att arbetsgivarnas benägenhet att anställa personer från SE-teamet påverkades drastiskt. Detta gäller den mindre del av deltagarna som följdes upp under den senare delen av uppföljningsperioden.

Även faktorer inom själva SE-verksamheten måste beaktas när man betraktar utfallet. God programtrohet är en faktor som visats öka de arbetsrehabiliterande effekterna. SE-teamet i Umeå når upp till godtagbar nivå, men saknar några av de egenskaper som skulle ge verksamheten den högsta skattningen (t.ex. integrering med psykiatri och urvalskriterier). Dessa avvikelser från full programtrohet kan utgöra delförklaringar till att utfallet

inte blir bättre vad gäller andel personer i arbete än vad som blir fallet. Samtidigt har valet att inplacera SE-verksamheten inom en myndighet med ansvar för sociala insatser (socialtjänsten i Umeå) varit medvetet i Umeå och både involverade chefspersoner och personalen argumenterar för principen att inte i för hög grad "psykiatisera" SE-stödet. På det sättet ger den organisatoriska hemvisten en viss legitimitet hos intressenterna.

Umeå-exemplet synliggör också frågan om hur man i praktiken ska uttolka den ursprungliga principen om att placera in SE-funktionen som en del inom ett psykiatriskt öppenvårdsteam. Den aktuella klientgruppen framstår som heterogen med avseende på arten av den psykiska ohälsan, varför integreringen i en typ av team förefaller orealistisk. En angelägen metodfråga är i vilken grad ett klientnära samarbete mellan de olika vård- och stödgivarna kan kompensera för frånvaron av en sammanhållen teamorganisation. Vi noterar även att deltagarnas psykiatriska kontakter i genomsnitt har minskat under året med SE. Detta kan eventuellt tolkas som om SE-teamet fyller (eller "vikarierar" för) vissa insatser som SE förutom skulle varit psykiatriska. En alternativ tolkning är att deltagarnas hälsa förbättras, vilket ger upphov till mindre psykiatriska vårdbehov, något som kan sammanhålla med naturalförloppet eller ha samband med att man blir sysselsatt via SE. Jämförelsedata från en kontrollgrupp hade kunnat klargöra vilken av förklaringarna som är mest giltig.

Vår sammantagna bedömning av deltagarnas förändrade sysselsättningssituation är att detta resultat bör betraktas som väsentligen positivt. Cirka en fjärdedel av deltagarna är faktiskt i arbete eller yrkesinriktade studier efter ett år. Till bedömningen bidrar också den mycket positiva värdering som deltagarna uttrycker i intervjuerna. De icke arbetsrelaterade måtten i form av symtom- och funktionsnivå med mera, visar måttliga förändringar mellan baseline och ettårsuppföljning. Men de förändringar som kan identifieras på gruppnivå går i positiv riktning, vilket kan tas som intäkt för att deltagandet i SE främjar klienternas psykiska hälsa, även om arbetsrehabilitering inte är symtombehandling. De måttliga förändringarna når statistisk signifikans i positiv riktning för de deltagare som finns i arbete, arbetsträning eller studier, men inte för den undergrupp som inte nått dit ännu. Så föreställningen att man skulle skada människor genom att konfrontera dem med arbetskrav är en fördom. Samtidigt står det klart, i likhet med vad även andra studier visat, att SE inte primärt ska ses som en behandling i meningen symtomreduktion.

Resultaten måste även betraktas mot bakgrund av deltagargruppens sammansättning. SE-verksamheten i Umeå kom att rekrytera personer med som regel avsevärd psykiatrisk vårdkontakt i sin historia. Diagnostiskt rör det sig uppenbarligen om långvariga tillstånd av psykisk ohälsa, även om allvarliga diagnoser, som psykosjukdomarna, inte utgör en majoritet. Mest enhetlig ter sig gruppen utifrån försörjningsform – vilket i regel är aktivitets- eller sjukersättning. Fler män än kvinnor ingår i gruppen, vilket är ett fenomen som ofta kan ses i arbetsrehabiliteringssammanhang och SE-teamet har medvetet försökt rekrytera fler kvinnor för att jämna ut könsbalansen (fler svenska kvinnor än män uppbär sjuk- och aktivitetsersättning till följd av psykisk sjukdom). Samordningsförbundet har tydligt markerat att SE ska ha en profil mot unga personer, samtidigt som SE-teamets moderorganisation Nätkraft, sedan tidigare hade kontakt med och kännedom om ett antal något äldre personer med stark önskan att komma ut i arbete. Detta avspeglas i den två-puckliga åldersfördelningen i materialet.

Hur går det i fortsättningen? Uppföljningen på individnivå fortsätter och vi kommer inom ett år att ha tillgång till data från tvåårsuppföljningen. Utvärderingen omfattar även systematisk datainsamling på organisationsnivå, vilket ger möjligheter till en analys både av implementeringsprocessen och av SE-teamets strategier för arbetet. Materialet efter två år kan förutses vara starkt påverkade av den ännu rådande lågkonjunkturen i landet och regionen, men förhoppningsvis även av alltmer utvecklade arbetsmetoder och kontaktnät ut mot arbetsgivarna.

REFERENSER

Anthony, W.A., Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Volume 11, number 2.

Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammar, V., Wolenski, J. (1998). *OSA – Occupational Self Assessment*. Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Illinois at Chigago.

(Svensk översättning av Eva Marie Hellsvik, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter 2000, publicerad med tillstånd av Gary Kielhofner.)

Becker, D.R., Drake, R.E. (1994). Individual placement and support: a community mental health centre approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*. Vol.30, no. 2.

Björkman, T., Svensson, B. (2005). Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA).

Nordic Journal of Psychiatry, 59:302-306.

Bond, G.R. (2004). Supported Employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Volume 27, number 4.

Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., Rapp, C.A., Meisler, N., Lehman, A.F., Bell, M.D., Blyler, C.R. (2001a). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, Vol. 52, No. 3.

Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 31, No. 4.

Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., & Vogler, K.M. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40(4), 265-284, 1997.

Bond, G.R., Resnick, S.G., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J., Bebout, R.R. (2001b). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69, No. 3.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Busschbach, J., White, S., Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, Vol. 370, september 29.

Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Busschbach, J., Wiersma, D., Burns, T. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, Vol 192, 224-231.

Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., Huxley, P. (2004). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.

Hansson, L., Eklund, M. (2005). Arbetsinriktad rehabilitering. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Kolakowska, T. *The Brief Psychiatric Rating Scale, (BPRS)*. Oxford University, 1976.

Marrone, J. (1993). Creating positive vocational outcomes for people with severe mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Volume 17, number 2.

Mueser, K.T., Becker, D.R., Torrey, W.C., Xie, H., Bond, G.R., Drake, R.E., Dain, B.J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185: 419-426.

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., *et al.* (1995) The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589 -595.

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *The international Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.

Regeringens proposition 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

Socialstyrelsen. (2006:100). *Vad är psykiskt funktionshinder?* Rapport från Nationell psykiatrisamordning.

Socialstyrelsen. (2001). *Gränsöverskridande rehabilitering – hur gick det sedan?* En uppföljning av 111 verksamheter för personer med psykiska funktionshinder. Uppföljning och utvärdering.

SOU (2006:100). *Ambition och ansvar*. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning.

Twamley, E.W., Jeste, D.V., Lehman, A.F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 16: 139-151.

EN MAJORITET av de människor som har ett psykiskt funktionshinder vill arbeta. Trots detta står de flesta idag utanför den öppna arbetsmarknaden. Orsakerna kan spåras till bl.a. negativa attityder till personerna i målgruppen, en arbetsmarknad som är dåligt anpassad till gruppens behov, och ett bristfälligt stöd från samhällets sida när det gäller rehabilitering till arbete. Supported Employment enligt den s.k. IPS-modellen är en metodik särskilt utformad för att stödja personer med konsekvenser av psykisk sjukdom att skaffa och behålla ett lönearbete. Arbets sättet har med goda resultat de senaste decennierna utprovats i många olika länder. I Sverige är dock metoden ännu inte en etablerad del av utbudet av arbetsrehabiliteringsinsatser till personer med psykiskt funktionshinder.

FÖRELIGGANDE RAPPORT är en ettårsuppföljning av en verksamhet som arbetar enligt Supported Employment-metoden (SE). Syftena med studien är att undersöka hur klienternas situation har utvecklats under ett år efter att de börjat i SE, och hur klienterna har upplevt sitt deltagande. Rapporten redovisar även personalens bild av hinder och möjligheter i rehabiliteringsarbetet.

ETTÅRSUPPFÖLJNINGEN är initierad av Samordningsförbundet i Umeå och är en del i ett forskningsprojekt som drivs av Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten och Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI). Ulla Nygren är leg. arbetsterapeut, adjunkt och doktorand vid Institutionen för samhällsmedicin och Rehabilitering, Urban Markström är docent i socialt arbete, Mikael Sandlund är docent i psykiatri, samtliga vid Umeå universitet. Urban och Mikael är dessutom verksamma vid Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum.

REHABILITERING TILL ARBETE FÖR PERSONER MED PSYKISKT FUNKTIONSHINDER

Ettårsuppföljning av en verksamhet enligt Supported
Employment-metodik i Umeå

Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten 2009