

ARBETE FÖR ALLA? – INFÖRANDE OCH RESULTAT AV SUPPORTED EMPLOYMENT I EN SVENSK KOMMUN

EN STUDIE OM REHABILITERING TILL ARBETE
FÖR PERSONER MED PSYKISKT FUNKTIONSHINDER

Urban Markström

Ulla Nygren

Mikael Sandlund



INLEDNING

SIDA 1

1 ... Uppdraget

1 ... Svensk socialpolitik

2 ... Arbetsmarknadspolitik

2 ... Arbetsmarknadspolitik + Socialpolitik

3 ... Psykiatri och arbete/sysselsättning

3 ... Socialtjänsten och arbete/sysselsättning

4 ... Supported Employment +
Arbetsmarknadspolitik + Socialpolitik

4 ... Individual Placement and Support (IPS)

8 ... SE i Umeå

KLIENTERNA EFTER TVÅ ÅR DEL 1 SIDA 9

9 ... Syfte och frågeställningar

10 ... Klientstudien genomförande

- *Deltagare*

11 ... Resultat

- *Sysselsättningssituationen*

12 ... Psykiska symtom, livskvalitet,
självkänsla och global funktion

12 ... Utnyttjande av psykiatrisk vård

13 ... Deltagarnas upplevda problem

13 ... Diskussion

14 ... Syfte och frågeställningar

15 ... Studiens genomförande

15 ... Forskning om implementering

- *Aktiv och passiv spridning*
- *Behov och förpackning*
- *Strategier för styrning*
- *Nyckelkomponenter vid implementering*
- *Organisation och omgivning*

19 ... Att införa IPS i reguljär verksamhet

- *Underlättande och försvårande omständigheter*
- *Behandlingspersonal som samarbetspart*
- *Kontinuitet och ledning*

20 ... Programtrohet i SE-teamet

- *Stabil och medelgod programtrohet*
- *Försvenskning av modellen?*
- *Resultatens redovisning*

22 ... Metoden

- *Välkänt koncept – oklar tillämpning*
- *Precisering av funktionen*
- *Medveten drift*
- *Kommentar*

25 ... Nyckelkomponenterna och den inre miljön

- *Teamet och dess nätverk*
- *Utbildning och handledning*
- *Arbetsledning och styrning*
- *Underlättande rutiner*
- *Kommentar*

28 ... Organisationsfaktorer

- *Samordningsförbundets betydelse*
- *Oklar aktör på myndighetskartan*
- *De fyra huvudmännen*
- *Kommentar*

32 ... Omgivningsfaktorer

- *Välfärdsområdets ramar*
- *Arbetsmarknaden*
- *Prioritera de unga!*
- *Kommentar*

34 ... Diskussion

- *SE överlever!*
- *Inte enligt regelboken, men det kan bli bra ändå...*
- *Nyckelkomponenter på plats*

36 ... Avslutning

- *Är projektet ett typiskt exempel?*
- *Hur framgångsrikt är exemplet?*
- *SE i svensk kontext - framtiden*

39 ... Referenser

INLEDNING

UPPDRAGET

Denna rapport, som består av två delar, är en slutrapportering av ett utvärderingsuppdrag som Samordningsförbundet i Umeå samt Umeå kommun gav Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten 2006. Uppdraget innebar att följa införandet av metoden Supported Employment (SE) enligt modellen Individual Placement and Support (IPS) ur ett implementeringsperspektiv samt även följa utvecklingen för klienterna i verksamheten. Del 1 i rapporten är en redovisning av klientstudien som omfattar 40 personer med psykiskt funktionshinder som inkluderades från mars 2007 till november 2008. Materialet består bland annat av att klienterna har följts med skattningar via sex strukturerade instrument och via kvalitativa intervjuer. Resultaten efter ett år finns presenterade i en tidigare rapport till Samordningsförbundet (Nygren, Markström och Sandlund, 2009). Del 2 av föreliggande rapport utgörs av en studie där implementeringen av SE undersöktes på organisations- och arbetsgruppsnivå. Materialet samlades in fortlöpande mellan åren 2007-2009. Rapporten inleds med ett avsnitt som sätter in SE-satsningen i ett svenskt social- och arbetsmarknadspolitiskt sammanhang. En sammanfattande diskussion avslutar rapporten, där en syntes av resultaten från klient- respektive implementationsstudien genomförs.

Denna studie ingår i ett forskningsprojekt om Supported Employment i Sverige som görs med stöd av Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS). Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI), under ledning av professor Lars Hansson vid Lunds universitet, koordinerar och delfinansierar projektet. Leg. arbetsterapeut Ulla Nygren är doktorand inom detta projekt. Hennes handledare är docenterna Mikael Sandlund och Urban Markström samt professorn Birgitta Bernspång. Docent Bengt Svensson, CEPI, ingår också i forskargruppen.

SVENSK SOCIALPOLITIK

Den svenska socialpolitiken, och i synnerhet den på funktionshinderområdet, har traditionellt varit mer "omhändertagande" än rehabiliterande (Lindqvist, Markström och Rosenberg 2010). I det svenska folkhemsbygget har (ekonomisk, social) trygghet för alla varit ett starkare tema än delaktighet, detta gäller speciellt på arenan arbetsmarknad. Det kanske tydligaste moderna uttrycket för den svenska handikappolitiken är Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som vid tillkomsten beskrevs som en "pluslag", alltså en lagstiftning som skulle ge personer med omfattande funktionshinder något utöver vad den generella välfärdspolitiken utlovade för alla medborgare (Sandlund, 1997). Detta "något" formulerades som av individen utkrävbara rättigheter, under förutsättning av att vederbörande bedömdes tillhöra någon av personkretsarna för LSS. Personkretstillhörighet uppnås genom en kombination av ålders-, varaktighets-, svårighets-, och orsakskriterier. De mest långtgående rättigheterna ges inom LSS till personer med medfödda eller förvärvade skador på organnivån. Personer med psykiskt funktionshinder (eller funktionsnedsättning), det vill säga personer som till följd av sin psykiska sjukdom har långvariga och genomgripande konsekvenser i den dagliga livsföringen, har till följd av lagens skrivning inte rätt till sysselsättning. Inte någon person som tillhör någon av lagens tre personkretsar ges rätten till arbete. Rättigheterna handlar i stället främst om boende och personligt stöd, och för två av personkretsarna även sysselsättning, dock inte ersatt lönearbete.

Detta är anmärkningsvärt eftersom det generella ålderskriteriet i LSS utesluter personer över 65 års ålder från att inträda i någon av personkretsarna. LSS är således en lag som ska möjliggöra "ett liv som andras" för personer i arbetsför ålder, dock med det undantaget att man inte förväntas arbeta för sin försörjning.

FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (Socialdepartementet, 2008), som skrevs under av Sverige 2009, föreskriver att staten ska verka för att personer med funktionsnedsättning ska kunna delta i arbetslivet på jämlika villkor. Politiken ska utformas för att, via sina myndigheter och andra verksamheter, vara ett föredöme när det gäller att skapa möjligheter för personer i målgruppen att finna, erhålla, behålla eller återgå till anställning.

ARBETSMARKNADSPOLITIK

Den svenska arbetsmarknadspolitiken har på motsvarande sätt som socialpolitiken präglats av en prioritering av trygghet; trygghet mot uppsägning via lagen (1982:80) om anställningsskydd, långtgående arbetarskydd skulle ge trygghet mot skador på jobbet, trygghet vid (tillfällig) arbetsförmåga på grund av sjukdom. Under 2000-talet har en omsvängning inträtt, delvis endast på retorisk nivå men även uttryckt i faktiska regeländringar (Proposition. 2008/09:200). Ingången till denna omsvängning var inte främst ett engagemang för ökad delaktighet i arbetslivet, inte ett steg för att föra handikappolitiken ett steg vidare i normaliseringsprincipens riktning, utan ingången var den prekära situation som uppfattades råda med en alltför stor och ökande andel av befolkningen under 65 år beroende av socialförsäkringen för sin försörjning. Därmed var det logiskt att införa en borte gräns inom sjukförsäkringen och avlägsna längre ersättningsformer som sjukbidrag. Det är också logiskt att ersättningsnivåmässigt "bestrafva" personer inom ersättningsformerna, och "uppmuntra" personer med lönearbete. Hade ingången till omsvängningen varit socialpolitisk, i stället för snarast finanspolitisk, hade arbetsrehabiliteringssatsningar sannolikt legat högre på agendan än vad som nu blev fallet. Trygghetsmotivet som ledande princip har gradvist kommit att ersättas med ett för den enskilde mer krävande förhållningssätt, där grundantagandet är att den enskilde i praktiken måste bevisa sin arbetsförmåga för att under längre tid komma i åtnjutande av socialförsäkringsförmåner.

ARBETSMARKNADSPOLITIK + SOCIALPOLITIK

Området rehabilitering till arbete belastas och försvåras av att det skär tvärs igenom (minst) två skilda politikområden, olika ansvariga departement, och olika ansvariga myndigheter. Det är arbetsmarknadsministern som är ansvarig för arbetsmarknads-politiken, medan (i nuvarande ordning, april 2011) barn- och äldreministern har ansvar för politiken på funktionshinderområdet.

Det mest aktuella uttrycket för samsynen mellan dessa departement och regeringsmaktens viljeinriktning står att finna i dokumentet Arbete för alla – insatser för att underlätta inträdet på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning (Regeringskansliet, uppdaterat februari 2011). Där framhålls det som regeringens grundläggande utgångspunkt att alla människors kompetens och vilja att arbeta ska tillvaratas. Man önskar tillvarata "den kompetens och de resurser som finns i samhället". Bakgrunden till denna nödvändighet beskrivs bland annat vara det arbetskraftsbehov som uppstår när den svenska befolkningen fortlöpande blir allt äldre. Man konstaterar även att sysselsättningsgraden bland personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionshinder stadigt minskat fram till 2006, för att sedan ligga kvar på en låg nivå av ungefär 50 procent. Arbetslösheten (den öppna) i gruppen uppgår till drygt 9 procent. Cirka 525 000 svenskar bedöms enligt SCB ha en funktionsnedsättning av något slag, och nedsatt arbetsförmåga. Detta är cirka 9 % av befolkningen i åldrarna mellan 16 och 64 år.

På åtgärdssidan anges en lång rad tentativa insatsområden med varierande konkretionsgrad. Attityderna gentemot personer med funktionsnedsättning måste förbättras. Lönesubventionerade anställningar inom Arbetsförmedlingens (AF) ansvar (lönebidragsanställningar, trygghetsanställningar) bör "effektiviseras". Tillgänglig statistik påvisar att antalet personer med sådan anställning sedan 2008 stadigt minskat, och nu ligger under 50 000 personer i landet. Trygghetsanställningarnas antal har ökat, och denna anställningsform berör nu runt 10 000 personer totalt. Det sociala företaget beskrivs i positiva

termer. Stödet till arbetshjälpmedel och personligt biträde påpekas vara höjt, liksom att man sätter tilltro, även för den aktuella målgruppen, till generella insatser som nystartsjobb och utvecklingsgarantin. Samhall ska få anställa fler personer. Mer specifikt för personer med psykisk funktionsnedsättning påpekas att kommunerna fått knappt 80 miljoner kronor per år för att upphandla sysselsättningsplatser. AF får upphandla stödtjänster för årligen planerat minst 750 personer i målgruppen, vid årsskiftet 2009/10 hade dock endast 200 personer dittills omfattats.

Sammantaget har den senaste femårsperiodens arbetsmarknadspolitik präglats av en betoning på generella insatser, det vill säga insatser till alla arbets sökande. Ungefär en femtedel av dem som kommer i åtnjutande av dessa insatser har ett funktionshinder. Andelen personer med psykiskt funktionshinder som får arbetsmarknadsåtgärder har av hävd varit låg (runt 5 procent är en skattning i SOU 2006:100), men bedöms som ett uttryck för att den psykiska ohälsan som arbetsfrånvaroorsak under senare år har ökat något.

PSYKIATRIN OCH ARBETE/SYSSELSÄTTNING

Historiskt har sysselsättning haft en stor plats inom psykiatrisk vård. Psykiatri i egentlig mening uppstod i vårt land under 1800-talet (Qvarsell, 1982). Under 1900-talets första hälft skedde en kontinuerlig utbyggnad av institutioner för att hantera problemet med de psykiskt sjuka. Inom det fram till 1966 statliga mentalsjukhusystemet hyllades sysselsättning och arbete som en viktig del av vårdinnehållet. Alla patienter som på något sätt kunde sysselsättas skulle omfattas av dagligt arbete. Männerna gick i utearbete, ofta i form av trädgårdsskötsel eller skogs- och lantbruk. Kvinnorna sysselsattes i vävsalar och i sjukhusets kök (Bergling, 2005). På 1970-talet industrialiserades sysselsättningen på mentalsjukhusen. Industriell arbetsterapi blev ett modernt begrepp. Man byggde industriliknande byggnader och åtog sig legoarbeten i form av montering. En rehabiliteringstanke fanns, och idéer i form av att sysselsättningen skulle medge gradvis ökande svårighetsgrad och ökade kravnivåer för de intagna var vanliga. Om möjligt skulle patienten vid en tänkt senare utskrivning ha förvärvat färdigheter som skulle medge arbete ute i samhället. Av flera strukturella och behandlingsmässiga skäl var dock vårdtiderna ofta långa, inte sällan livslånga på mentalsjukhusen, vilket innebar att tusentals psykiatriska patienter kom att utföra hela sin "yrkesverksamhet" inom sjukhusets väggar.

Landstingens ansvar för arbetsrehabilitering är sedan hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) tillkomst, en oklar fråga. Många sjukvårdshuvudmän uppfattar sitt ansvar så att det främst handlar om behandling, och att rehabiliteringsansvaret inskränker sig till att utreda behov och erbjuda någon form av förberedande träning. Samtidigt är övertygelsen stark i sjukvården att tillgång till arbete är en hälsofaktor, och HSL kräver av landstingen att de ska arbeta för ökad hälsa i befolkningen, vilket på sina håll medfört mer långtgående ansträngningar.

SOCIALTJÄNSTEN OCH ARBETE/SYSSELSÄTTNING

Den skyddade verkstaden, och träningsverksamhet för arbete som idé kom att flytta med ut från sjukhusen i samband med avinstitutionaliseringen. 1995 års psykiatrireform (Socialstyrelsen, 1999) innebar att en rad tidigare landstingsdrivna arbetsrehabiliterings- och sysselsättningsverksamheter kommunaliserades. I många kommuner uppstod dagliga verksamheter för målgruppen före detta psykiatriska långtidspatienter, som inte sällan bemannades med personal med lång erfarenhet från sjukhusmiljön (Socialstyrelsen, 1999; Markström, 2003). Entreprenörskapet var ofta uttalat i dessa verksamheter, och jakten på lämpliga legoarbeten och bra affärlägen för second hand-affärer etc. var en daglig uppgift för drivande personalmedlemmar. Parallellt fanns djärva projekt där relativt isolerade eldsjälar, ofta med förankring i den fackliga rörelsen, arbetade för att placera personer med psykiskt funktionshinder på arbetsplatser. Målet var ofta att dessa personer på sikt skulle kunna erhålla en lönebidragsanställning.

Kommunernas ansvar för arbetsrehabilitering är sedan Socialtjänstlagens (SoL, 2001:453) tillkomst 1982, också en delvis oklar fråga. Att erbjuda kommuninnevånare med behov som inte kan tillgodoses på annat sätt meningsfull daglig sysselsättning är en entydig kommunal uppgift. Lagens allmänna stadganden om att insatserna ska syfta till att den som har behov av

socialtjänsten ska bli så självständig att han eller hon inte längre ska ha dessa behov, har ibland uttolkats som ett krav på kommunalt engagemang i arbetsrehabiliterande riktning. Det finns även en långvarig tradition att ge arbete, och träna till arbete, för personer med missbruksproblem, eftersom denna behovsgrupp särskilt lyfts fram i SoL. Omsorgerna om personer med utvecklingsstörning kommunaliserades i samband med bland annat LSS-lagstiftningens tillkomst, vilket innebar att en rad dagcentralsverksamheter kom under kommunalt huvudmannaskap.

SUPPORTED EMPLOYMENT + ARBETSMARKNADSPOLITIK + SOCIALPOLITIK

Supported employment (SE) bygger på några i grunden enkla och nästan självklara tankar, nämligen att färdigheter bäst förvärvas där de behövs, och att människor som har en uttryckt önskan om att komma ut i lönearbete bör få hjälp med att just göra detta. Därmed kan man se SE som på teoretisk nivå väl anpassad till rådande handlingslinjer inom svensk arbetsmarknadspolitik, medan SE-logiken bryter tämligen kraftigt med traditionen inom svensk socialpolitik, vilken haft trygghet och stabilitet i försörjning som sina främsta mål. Denna trygghetsinriktning har lämnat starka avtryck i verksamheterna ute i landsting och kommuner.

SE har i svensk tillämpning vanligen kallats för Arbete med stöd eller Arbete med bistånd, men även Individanpassat stöd i arbete. Ursprungligen utvecklades SE under tiden kring 1970-1980 för att skapa möjligheter för personer med intellektuella funktionsnedsättningar att få en anställning, men metoden har sedan använts för att också hjälpa andra grupper av personer som har svårt att få och behålla arbete på den öppna arbetsmarknaden. Det är naturligt att metoden SE fått olika namn i Sverige, eftersom det ursprungliga amerikanska begreppet är opraktiskt att använda när man vill att någon ska förstå vad det innebär. Men metoden har också genomgått många olika lokala anpassningar och begreppet SE bör betraktas som ett paraplybegrepp varunder många olika varianter av metoden kan inrymmas.

INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT (IPS)

När det gäller personer med psykiskt funktionshinder, utvecklades i början av 1990-talet en modell av SE i New Hampshire (USA) som fick namnet Individual Placement and Support (IPS), utformad för personer som stod längst ifrån arbetsmarknaden, vilket som regel var personer med allvarlig psykisk sjukdom (Severe Mental Illness, SMI). Vilka personer som tillhör denna grupp är inte helt enkelt att bedöma, då psykisk sjukdom kan vara episodisk till sin natur och variera i svårighetsgrad och över tid. Det finns dock en konsensus kring att tre kriterier bör beaktas för att kunna identifiera personer med SMI och det är vissa psykiatriska diagnoser, viss grad av funktionshinder och viss varaktighet (Bond och Cambell, 2008; Ruggeri et.al., 2000; Schinnar, Rothbard, Kanter och Jung, 1990). Det handlar om svårigheter i att fungera i sociala relationer, självständigt boende och arbete/studier samt att hög frekvens av psykiatriska insatser behövs över utsträckt tid. Schizofreni är den vanligaste psykiatriska diagnosen inom denna population. Vanligtvis använda varaktighetskriterier är minst ett eller två år. Rehabiliteringsforskarna Deborah Becker och Robert Drake har beskrivit de grundläggande principerna och idéerna som IPS utgår ifrån (Becker och Drake, 1994, 2003). De utformade också en manual för att beskriva själva interventionen. Utvecklingen av IPS influerades av flera olika filosofier, främst den som ligger till grund för program för Assertive Community Treatment (ACT) (Stein och Test, 1980; Scott och Lehman, 2001; Dieterich, et.al. 2010) där grundfilosofin är att klienter ska ha tillgång till ett multidisciplinärt team som kan erbjuda en tillgänglig och flexibel service utifrån klienternas viktigaste behov. Andra influenser utgjordes av Supported Employmentrörelsen (Wehman, 1986) och rehabiliteringsfilosofin som lanserats av Boston-universitets center för psykiatrisk rehabilitering (Anthony, Cohen och Farkas, 1990; Anthony, 2007). Denna rehabiliteringsfilosofi bidrog med ett klientcentrerat förhållningssätt där klientens egna val, intressen och resurser fokuseras och där en matchning mellan individ och aktivitet eller arbete görs. Det innebär att klienten ska erbjudas stöd i att klara av de färdigheter som prioriteras och att träning av färdigheterna sker i den miljö och i de sammanhang där de ska användas. Sammantaget resulterade dessa influenser i följande för IPS sex grundläggande principer:

- *Stöd till arbete är en integrerad del i psykiatrisk behandling*

Arbetsrehabilitering och psykiska symtom eller besvär påverkar varandra ömsesidigt. Därför är det viktigt med en psykiatrisk

service som kan erbjuda flexibla insatser i syfte att i möjligaste mån hjälpa personer att upprätthålla sin arbetsroll även när måendet i perioder försämrats. Regelbunden sysselsättning i form av arbete betraktas som en stabiliserande faktor för struktur i vardagen som kan hjälpa och motivera personer att lära sig att hantera sina psykiska symtom.

- *Målet är anställning på den reguljära arbetsmarknaden*

För att försöka motverka stigma, främja normalisering och delaktighet som medborgare med anpassning till reella krav och möjligheter, prioriteras vanliga anställningar inom konkurrensutsatt arbete.

- *Klientens önskan att arbeta är det som startar interventionen*

Det är själva motivationen till arbete som är förutsättningen för att delta i IPS och inte att personerna genomgått olika utredningar och bedömts vara redo för steget arbete.

- *Utgångspunkten är klientens intressen, resurser och behov*

För att optimera klientens chanser att lyckas, är det viktigt att med hjälp av klientens preferenser kunna matcha dessa med lämplig arbetsmiljö och passande arbetsuppgifter.

- *Sökandet efter arbete initieras snabbt*

Kunskapen om klientens förmåga till arbete är något som byggs på de konkreta erfarenheter som görs allt eftersom ute på en riktig arbetsplats. Att snabbt komma ut kan också hålla motivationen för arbete uppe och känslan av att det är på riktigt.

- *Individuellt anpassat stöd utan tidsbegränsning*

I takt med de erfarenheter som klienten får av sig själv i ett konkret arbete utformas ett specifikt stöd, vilket fortlöpande omformas i samarbete med klienten, arbetsgivaren och den psykiatriska vården och som kan pågå över utsträckt tid.

Alltsedan IPS manualiserades 1993 har metoden utvärderats och successivt utvecklats med hjälp av forskningscentret Dartmouth Psychiatric Research Center, som finns i New Hampshire. En ambition hos rehabiliteringsforskarna har varit att främja dialog och samarbete med de personer som praktiserar metoden för att identifiera områden som kan förbättras. Bland annat har en sjunde princip tillkommit som handlar om att erbjuda klienter konsultation och vägledning i ekonomi och försörjning, då detta visat sig vara något som kan skapa mycket oro hos personer och ibland även vara en anledning till att man inte vågar ta klivet in i rehabilitering till arbete. På forskningscentrets hemsida finns olika typer av dokument, artiklar och hjälpmedel inlagda som kan laddas ner för användning (<http://www.dartmouth.edu/~prc/>).

Omfattande utvärderingar av IPS-metodens effektivitet har gjorts, främst i USA och Canada (Crowther, Marshall, Bond och Huxley, 2001), men också i flera europeiska länder (Burns, Catty och Becker, 2007), samt i Australien och Kina (Killackey och Waghorn, 2008; Tsang, Fung och Leung, 2010). Den bedöms utifrån dessa studier vara den mest effektiva metoden som hittills är känd för gruppen personer med psykiskt funktionshinder och betraktas som en evidensbaserad intervention. IPS tillämpbarhet anses även vara överförbar till personer med annat psykiskt funktionshinder än SMI (Drake och Bond, 2008). I de svenska nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen, 2011) ges modellen högsta prioritet och rekommenderas att erbjudas av hälso- och sjukvården och socialtjänsten i samarbete med AF och FK.

Skillnader i kontext där IPS tillämpas kan innebära variationer inom organisation, personal, utbildning, handledning och innehållet i den service som ges (Evans och Bond, 2008). Därför har det visat sig vara väsentligt att utveckla ett verktyg för att identifiera viktiga ingredienser i IPS-modellen och att med hjälp av dessa skatta graden av implementering och programtrohet. En så kallad Fidelity Scale utformades 1997 för detta syfte (Bond, Becker, Drake och Vogler, 1997), men eftersom evidensbaserad praxis är under ständig utveckling och baseras på kunskap från pågående forskning, kom år 2008 en reviderad och utvidgad upplaga av denna. Området organisation har här fått en ökad betydelse och särskilt vikten av samarbete med arbetsförmedling och behovet av stöd med implementering av metoden från viktiga ledare i organisationen. Inom serviceområdet lyfts nu tydligare fram olika delar av processen kring att hitta och skapa anställningsmöjligheter och att stödja klienter i att informera sin arbetsgivare om sitt funktionshinder (Becker, Swanson, Bond, och Merrens, 2008).

Förutom syftet att kunna skilja mellan kvaliteter i olika IPS-praktiker är en programtrohetsskala av betydelse för att kunna identifiera styrkor och svagheter i verksamheten (Bond et.al., 2000) och därigenom skapas möjligheter att kunna ge tydlig återkoppling på hur insatsen kan förbättras (Campbell et.al., 2007).

SE I UMEÅ

SE-verksamheten i Umeå är organisatoriskt placerad inom socialtjänstens verksamhetsområde. Sedan ett antal år finns insatserna till personer med psykiskt funktionshinder samlade under en socialpsykiatrisk intraprenad, med gemensam ledning. SE-verksamheten, som har namnet Nätkraft, ingår i en enhet under intraprenaden som ansvarar för sysselsättning och arbetsrehabilitering.

Verksamheten har en lång historia. År 1996 startade Nätkraft, då som ett rehabiliteringsprojekt med en "inre" verksamhet med bl.a. verkstad, lokalvård och textilavdelning, samt en "yttre" verksamhet med en arbeidskonsulent som arbetade för att hitta praktikplatser eller anställning för klienter. Nätkraft har fått ändrade förutsättningar för sin verksamhet vid flera tillfällen under tiden fram till idag, vilket också gäller för de samarbetsaktörer som finns på rehabiliteringsområdet i övrigt. En sådan förändring några år in på 2000-talet innebar bland annat minskade möjligheter för Nätkraft att sälja platser och rehabiliteringstjänster till försäkringskassan (FK), vilket drog undan en viktig del av finansieringen. I samband med bl.a. Nationell psykiatrisamordnings utredning av psykiatriområdet (SOU 2006:100) kom metodiken SE enligt IPS att särskilt lyftas fram, något som noterades av flera av de lokala aktörerna. Intraprenadens ledning skrev en ansökan om att få utveckla metodiken, som processades med samarbetspartners och Samordningsförbundet i Umeå, dit ansökan skickades. År 2006 startade SE-projektet med huvudsaklig finansiering från Samordningsförbundet, som också bildade en ledningsgrupp för projektet bestående av förbundets samordnare och representanter för socialtjänsten, psykiatrin, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Samordningsförbundet fungerar som en plattform för aktiviteter som är gemensamma för de fyra myndigheterna. Förbundet finansierar utvecklandet av arbetssätt och insatser, men ska inte fungera som en femte myndighet och kan inte själv vara huvudman för någon verksamhet.

Projektet "placerades" inom Nätkraft som på så sätt blev synonymt med SE-satsningen. Tanken var att arbeta utifrån befintliga organisationsstrukturer och se hur SE-modellen skulle fungera enligt svensk modell för att organisera samhällsstöd. Syftet med projektet var enligt ansökan att "utveckla metoden Supported Employment för personer med psykiska funktionshinder i Umeå. Ytterst syftar detta till att målgruppen ska öka sina möjligheter att finna, få och behålla ett arbete". Teamet har under större delen av projekttiden bestått av fem handledare eller SE-coacher samt en arbetsledare på deltid. Arbetsledaren arbetar inte i teamet utan delar uppdraget som SE-teamets chef med funktionen som enhetschef för några andra verksamheter inom intraprenaden. I början bestod teamet av fyra anställda, innan två rekryteringar gjordes under hösten 2006. Under projekttiden kom tre personalmedlemmar att avsluta sina anställningar samtidigt som en ytterligare rekrytering gjordes 2009. Teamet har sin fysiska placering i en lokal som delas med några andra enheter inom intraprenaden (sysselsättning och arbetsträning) och lokalen är belägen ca fem kilometer från centrum. Ärendena skulle enligt en överenskommelse mellan parterna initieras av psykiatriska kliniken och bedömas av en partssammansatt grupp. Formellt skulle dock varje nytt ärende passera en särskilt utsedd handläggare på FK, vars tjänst delvis kom att finansieras via projektet. Eftersom verksamheten till största delen finansierades av Samordningsförbundet kom även inriktningen och avgränsningarna att förankras hos förbundets styrelse. Det beslutades att satsningen skulle ha en betoning på yngre personer med psykiskt funktionshinder i kontakt med vuxenpsykiatrin och som bedömdes ha en närhet till arbetsmarknaden. Urvalet skulle inte göras utifrån några speciella diagnoser, utan baseras på ett behov av stöd från alla samordningsförbundsparter för att nå arbete. Eftersom projektet inte innebar att starta en helt ny verksamhet, kom de redan inskrivna klienterna att följa med in i det nya arbetet. Detta innebar en klientgrupp med en något annorlunda åldersprofil än den som formulerats i projektplanen. Målsättningen var att få ut 35 procent av klienterna i någon form av anställning och att 5 procent av klienterna skulle gå vidare till studier. Därutöver fanns mål om en förbättrad livssituation för klienterna och att de skulle uppleva att insatserna var av god kvalitet och att man haft möjlighet att påverka sin egen rehabilitering.

KLIENTERNA EFTER TVÅ ÅR

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

En första del av utvärderingen kom i oktober 2009 och finns publicerad i rapportform genom Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten (Nygren, Markström och Sandlund, 2009). Denna del syftade till att ge en beskrivning av hur klienternas sysselsättnings- och hälsosituation utvecklats under ett år med SE och hur klienterna upplevt deltagandet. Även personalens bild av hinder och möjligheter i samband med rehabiliteringsprocessen belystes.

Syftet med denna andra del av utvärderingen är att ge en fortsatt och mer samlad beskrivning av hur klienternas sysselsättnings-, hälso- och livssituation utvecklats under hela uppföljningsperioden.

Resultatet baseras på följande instrument:

- *Bakgrundsformulär (sociodemografiska data; kön, ålder, utbildning, vårderfarenheter etc.)*
- *CAN-S (Camberwell Assessment of Need, skattning av vård- och stödbehov)* (Ericson, 1996). Instrumentet bedömer huruvida en person med psykisk ohälsa har svårigheter inom 22 olika områden i livet beträffande hälsa, vardagsaktiviteter och sociala behov. Varje område kan besvaras med Inga problem (0), Inga eller bara mindre problem tack vare pågående insatser (1) eller Allvarliga problem (2). För varje område kan instrumentet skilja mellan "inga behov", "mötta behov" och "icke mötta behov".
- *BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale, psykiatrisk symtomskattningsskala)* (Kolakowska, 1976; Andersen et al. 1989). Skalan sträcker sig mellan 1 (frånvaro av symtom) till 7 (extremt allvarliga symtom). Deltagaren tillfrågas om sina erfarenheter av 18 olika symtom under den sista månaden och bedömaren observerar också beteendet hos deltagaren. Skattningen av samtliga symtom summeras och ett högre värde betyder mer och allvarligare symtom.
- *Rosenbergs skala för självkänsla (skala för självkänsla)* (Rosenberg, 1989). Detta instrument är en självskattningsskala som består av 10 olika påståenden, där fem av dessa är negativt formulerade och fem positivt, och där respondenten svarar genom att använda en 4-poängsskala; Jag instämmer helt (1), Jag instämmer (2), Jag instämmer inte (3) och Jag instämmer inte alls (4). Poängen från de positiva påståendena inventeras innan svaren summeras till en genomsnittspoäng mellan 1 och 4. Exempel på påståenden kan vara: "Jag önskar att jag hade mer respekt för mig själv", "Jag känner att jag har många goda egenskaper". Ju högre poäng, desto högre skattad självkänsla.
- *MANSA (Manchester Livskvalitetsskala)* (Priebe, Huxley, Knight och Evans, 1999; Björkman och Svensson, 2005). Detta är också en självskattningsskala där deltagaren skattar sin tillfredsställelse med livet i allmänhet, likväl som deras tillfredsställelse med 11 olika specifika livsdomäner:

arbete/studier eller avsaknad av sysselsättning, ekonomisk situation, sociala relationer, fritid, boendesituation, personlig säkerhet, människor som personen bor med eller ensamboende, sexliv, familjerelationer, fysisk hälsa och psykisk hälsa. Skattningarna görs på en så kallad Likert-skala som sträcker sig från 1 (kunde inte vara värre) till 7 (kunde inte vara bättre). Genomsnittspoängen av de 12 skattningarna av tillfredsställelse betraktas som en indikator på subjektivt upplevd livskvalitet. Högre värde motsvarar en högre grad av upplevd livskvalitet.

- *GAF (Global Assessment of Functioning, sammanlagd grov skattning av symtom och funktionsnivå)* (Herlofson och Landqvist, 1995). Detta instrument användes i slutet av varje intervju med deltagarna och här görs en skattning på en skala från 0 till 100, där ett högre värde återspeglar bättre social, aktivitets- och psykologisk anpassning.

BPRS och GAF baseras således på professionella skattningar, medan samtliga övriga formulär bygger på klientens självskattning.

KLIENTSTUDIENS GENOMFÖRANDE

Deltagare

De 40 personer som inkluderades under tiden mars 2007 till november 2008 i utvärderingsprojektet av SE i Umeå var mellan 21 och 55 år vid studiens start, där de flesta var 30 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 procent) än kvinnor (42 procent). Vanligtvis är deltagaren ensamstående, bor i hyreslägenhet och har sin försörjning via aktivitets- eller sjukersättning. Utbildningsnivån är relativt hög, 78 procent har gymnasiekompetens, varav sex personer även har en slutförd högskoleutbildning. Av den femtedel 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. Generellt gäller, oavsett deltagarnas psykiatriska diagnos att de har en omfattande erfarenhet av psykiatrisk vård i olika former.

Under det första uppföljningsåret avslutades tre av deltagarna i SE-programmet på Nätkraft; en på grund av flytt till annan ort, en annan på grund av speciell psykiatrisk behandling och den tredje på grund av en alltför dålig psykisk hälsa.

Under det andra uppföljningsåret avslutades 11 personer i SE-programmet och detta av många olika anledningar: För fyra personer försämrades den psykiska hälsan kraftigt, med tillhörande svårigheter att upprätthålla dygnsrytm och nödvändiga aktiviteter i vardagen, vilket omöjliggjorde fortsatt rehabilitering till arbete. En av dessa genomgick även en större neuropsykiatrisk utredning, där tydliga funktionsnedsättningar kunde konstateras. Två personer hade heltidsanställningar som fungerade och var inte i behov av stöd längre. Två var inne i yrkesutbildningar inom universitetet som fungerade bra och var inte heller i behov av stöd. För två personer bedömdes alla insatser vara uttömda och dessa ärenden avslutades därför. En deltagare flyttade till ett annat land av privata skäl, men också för att få möjlighet att prova ett arbete. En gemensam nämnare för de totalt fem personer som avslutades på grund av psykisk ohälsa var att de, förutom psykiatriska insatser, även behövde andra insatser för att klara sin livssituation.

Av de totalt 40 deltagarna vid baseline (den första mätningen i samband med starten på Nätkraft), kunde 36 följas upp efter 12 månader och 32 av dessa deltog även i uppföljningen efter 24 månader. När det enbart gäller data kring deltagarnas sysselsättningssituation, kunde något fler följas, 37 respektive 34 deltagare, och det med hjälp av den dokumentation som SE-handledarna kontinuerligt gjort.

RESULTAT

Sysselsättningssituationen

Året innan deltagarna inkluderades i SE-studien saknade 80 procent en regelbunden sysselsättning, medan det efter två år bara var 18 procent som saknade en regelbunden sysselsättning (se tabell 1). För varje uppföljning har andelen deltagare i anställning successivt ökat, från 7,5 procent vid baseline till 32 procent vid uppföljningen efter 24 månader. Av 11 anställningar utgörs sju av vanliga anställningar, tre med hjälp av lönebidrag och en är en offentligt skyddad anställning (OSA). Arbetstiden för de anställda varierar mellan halv och heltid. De två personer som under uppföljningstiden utbildat sig till undersköterskor har båda fått anställning och de tre som vid den sista uppföljningen studerade gör detta på heltid.

Tabell 1. Sysselsättningssituationen ett år innan inkludering i SE-studien, vid baseline och vid 12 respektive 24 månader.

	Ett år innan SE-studien n=40	Baseline n=40	12 mån n=37	24 mån n=34
Anställning	1	3	6	11
Arbetsträning	2	6	18	14
Studier	0	1	3	3
Daglig kommunal verksamhet el. BAS	5	6	0	0
Saknade regelbunden sysselsättning	32	24	10	6

De sex deltagare som vid 24 månader saknade sysselsättning motsvarades i fem fall av dem som avslutades under det andra året inom SE. För fyra av dessa skedde detta på grund av en försämrad psykisk ohälsa och behov av fler insatser och i ett fall på grund av att de arbetsrehabiliterande insatserna bedömdes vara uttömda. En deltagare kände sig efter två år färdig med själva SE-insatsen och ville söka sig vidare på egna vägar.

De yrken och arbetsplatser som var aktuella för de deltagare som var i anställning efter 24 månader var följande:

- Vaktmästare på idrottsanläggning
- Receptionist inom kulturområdet
- Undersköterska på äldreboende
- Tryckare på reklamtryckföretag
- Trädgårdsarbetare på handelsträdgård
- Personlig assistent inom privat företag
- Lokalvårdare på privat städfirma
- Jordbruksarbetare inom lantbruk
- Undersköterska och personlig assistent inom kommunen
- Tidningsdistributör
- Undersköterska på NUS

PSYKISKA SYMTOM, LIVSKVALITET, SJÄLVKÄNSLA OCH GLOBAL FUNKTION

De icke arbetsrelaterade måtten visar, precis som vid den första uppföljningen, stor variation mellan de individuella deltagarna, oberoende av sysselsättning (se tabell 2 och tabell 3). Däremot finns det på gruppnivå en signifikant skillnad gällande psykiska symtom vid baseline och typ av sysselsättning vid 24 månader. Signifikansprövningen innebär ett statistiskt mått för att avgöra om skillnaden kan förklaras av slumpen och uttrycks som ett p-värde där p mindre än 0,05 (5 % sannolikhet att slumpen förklarar skillnaden) valts som signifikansnivå. Lägre grad av psykiska symtom vid inträdet i SE-studien är i den undersökta gruppen relaterat till anställning eller studier.

När det gäller förändring över tid, har psykiska symtom minskat och psykosocialt fungerande förbättrats signifikant för gruppen deltagare i någon form av sysselsättning. Även självkänslan har för gruppen i arbetsträning ökat signifikant. Däremot kan ingen förändring identifieras i gruppen som saknade regelbunden sysselsättning vid tvåårsuppföljningen. Dessa förhållanden gällde även vid ettårsuppföljningen.

Tabell 2. Icke arbetsrelaterade utfall för de deltagare som vid tvåårsuppföljningen var i arbete eller studier. Spridningen anges inom parantes.

	Baseline (a) n=12	12 mån (b) n=12	24 mån (c) n=12	p-värde (a – b)	p-värde (a – c)
Psykiska symtom	28.5 (26-38)	25.0 (22-39)	25.5 (20-32)	0.019	0.002
Självkänsla	2.4 (1.9-2.7)	2.5 (1.5-2.9)	2.8 (1.5-3.6)	0.905 ns	0.208 ns
Livskvalitet	4.4 (2.8-5.2)	4.8 (2.7-6.1)	4.9 (3.8-6.1)	0.181 ns	0.240 ns
GAF	56 (52-67)	65 (51-71)	73 (55-80)	0.007	0.002

ns = ej signifikant

Tabell 3. Icke arbetsrelaterade utfall för de som vid tvåårs-uppföljningen var i arbetsträning.

	Baseline (a) n=12	12 mån (b) n=12	24 mån (c) n=12	p-värde (a – b)	p-värde (a – c)
Psykiska symtom	35.0 (27-41)	28.0 (24-33)	31.0 (24-34)	0.001	0.002
Självkänsla	2.2 (1.8-2.6)	2.5 (2.0-3.3)	2.9 (1.2-4.0)	0.003	0.019
Livskvalitet	4.2 (2.8-6.0)	4.5 (3.1-5.7)	4.3 (3.5-5.9)	0.380 ns	0.132 ns
GAF	57 (50-72)	61 (54-69)	64 (55-78)	0.020	0.002

ns = ej signifikant

UTNYTTJANDE AV PSYKIATRISK VÅRD

Antal slutenvårdstillfällen har blivit något färre sedan året innan deltagarna inkluderades i SE-programmet och var under det andra året tre (se tabell 4). Ett av dessa tillfällen svarade för 21 dagar och var kopplat till ett försök att sätta ut och förändra en medicinering. Den stora förändringen under hela uppföljningstiden är att det totala antalet dagar inom slutenvård minskat med 83 procent. Gällande antalet öppenvårdstillfällen i genomsnitt, följer det samma mönster, men har inte minskat lika mycket, minskningen är 57 procent. Inom gruppen deltagare varierar utnyttjandet av psykiatrisk vård och service väldigt mycket, från någon enstaka läkarkontakt per år till en frekvent och regelbunden kontakt med kontaktperson eller

terapeut. Den högsta frekvensen av öppenvård året innan baseline (225 vårdkontakter), representerar heltidsvistelse på behandlingscenter, vilket var aktuellt för två av deltagarna. Det kan noteras i tabell 4, att det även finns deltagare som inte har, eller upplever att de inte har, någon kontakt alls med psykiatrisk vård.

Tabell 4. Vårdkontakter under året innan baseline och under det första respektive det andra året med SE, baserat på deltagarnas egna uppgifter. Spridningen anges inom parantes.

PSYKIATRISK VÅRD	Året innan baseline, n=34/40	Under år 1 n=32/36	Under år 2 n=27/32
Antal slutenvårdstillfällen totalt	5	2	3
Antal slutenvårdsdagar totalt	186	11	31
Antal öppenvårdstillfällen i genomsnitt per klient	51 (3-225)	24 (2-96)	22 (4-96)

DELTAGARNAS UPPLEVDA PROBLEM

Vid inträdet i SE-studien kunde följande fem problemområden enligt CAN-skattningen identifieras hos deltagarna som de största och därigenom också de viktigaste behoven att tillfredsställa: psykisk ohälsa, fysisk ohälsa, tillgången till sociala relationer, daglig sysselsättning och information om hälsotillstånd och behandling. Vid tvåårsuppföljningen kvarstod psykisk ohälsa, fysisk ohälsa och tillgången till sociala relationer som de största problemområdena, medan daglig sysselsättning och information om hälsotillstånd och behandling bara för ett fåtal upplevdes som ett problem. Ett delresultat från livskvalitetsinstrumentet MANSA bekräftar att deltagarna som grupp vid 2-årsuppföljningen är signifikant mer tillfredsställda med sin sysselsättningssituation ($p=0.007$) än när de inkluderades i studien.

DISKUSSION

Supported Employment är en insats i syfte att hjälpa personer som önskar arbete på öppen arbetsmarknad att komma ut på denna. Vid ingång hade 80 procent av deltagarna ingen regelbunden sysselsättning, vilket efter två år hade förändrats så att endast 18 procent saknade det. Av de ursprungligen 40 deltagarna hade elva en anställning efter två år, varav sju utan hjälp av arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Tre personer bedrev studier med klar yrkesinriktning. Till detta kommer 14 personer i arbetsträning. Är detta ett bra resultat? Utifrån de målsättningar som formulerades av projektägaren och som angav att 35 procent av deltagarna skulle vara i någon form av anställning är det ett godtagbart resultat. Av de personer som ingick i vår tvåårsuppföljning hade 41 % anställning eller var i studier. I internationell jämförelse ter sig resultatet mindre framgångsrikt. Det ska dock observeras att resultatmått i dessa studier ibland tar fasta på sådant som att man arbetat mot lön under minst en dag under uppföljningsperioden. Vi använder i stället ett betydligt stramare resultatmått som tar sin utgångspunkt i att deltagaren vid uppföljningstillfället hade en anställning respektive bedrev studier på heltid.

Även om SE inte är en insats för att mildra psykiska symtom eller minska vårdbehov, finns ett antagande inom rehabiliteringsområdet att önskad meningsfull sysselsättning är något som kan påverka en människas hälsa i positiv riktning. Av denna anledning och för att det inom behandlande verksamheter inom psykiatrisk vård ibland uttrycks farhågor om att arbetsrehabilitering skulle innebära alltför stora krav och påfrestningar och därmed äventyra den psykiska hälsan, ingår en rad mätningar av sådana aspekter hos deltagarna. Vår undersökning visar att både psykiska symtom och psykosocialt fungerande

förbättras signifikant under uppföljningstiden för deltagare som kommit ut i någon form av sysselsättning, medan ingen förändring sker för gruppen deltagare som saknar regelbunden sysselsättning. Vad gäller självkänsla, är det bara deltagarna inom arbetsträning som uppvisar en signifikant förbättring, medan inga förändringar kan identifieras hos deltagarna gällande livskvalitet. Dock visar delskalan sysselsättnings-situation på en signifikant positiv förbättring i gruppen som helhet. Således finns inga tecken på att ett deltagande i SE-projektet skulle bidra till försämring. Noteras bör att deltagare med lägre grad av psykiska symtom vid ingången till SE-studien hade en signifikant större sannolikhet att komma ut i anställning eller studier, vilket är viktigt att fundera över. Det rör frågor om hur psykiska symtom kan påverka en persons förmåga till arbete eller studier, hur interventioner kan skapas för att hantera besvärande symtom samt hur psykiska symtom kan uppfattas av arbetsgivare och på arbetsplatser.

Den mest påfallande förändringen syns i variabeln psykiatrisk vårdkonsumtion. Även om uppgifterna är självrapporterade och inte hämtade från vårdregister verkar en drastisk minskning ha skett när det gäller både öppen och sluten vård. Denna förändring kan delvis förklaras med att de personer som blev aktuella för SE befann sig i en sådan återhämtningsfas att vårdbehovet var på väg att minska. I avsaknad av kontrollgrupp kan inte den relativa betydelsen av detta förlopp bestämmas. Trots detta tolkar vi resultaten så att SE-deltagandets påverkan på psykiatriskt vårdutnyttjande går i riktning mot att reducera vårdbehovet.

IMPLEMENTERINGEN

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Avsikten med denna delstudie är att kunna ge en inblick i den process det innebär att införa ett nytt arbetssätt på området stöd till arbete för personer med psykiskt funktionshinder. Syftet är att undersöka implementeringen av projektet med särskilt fokus på hur arbetsmetodiken SE tagits emot, ”översatts” och tillämpats i det lokala sammanhanget. De frågeställningar som vi utgått från är:

- Hur har projektet planerats och förankrats hos berörda aktörer?
- Vilka föreställningar och vilken kunskap har funnits om SE-metodiken?
- Vilka styrningsstrategier har används av ledningen för att implementera SE?
- Vilka avsteg från metodiken har gjorts och varför?
- Hur har relationerna mellan SE-teamet och intressenterna sett ut och förändrats under projekttiden?
- Vilken betydelse har interna, organisatoriska respektive omvärldsrelaterade faktorer haft för processen och projektets ställning under och efter projekttiden?

Vi har försökt identifiera faktorer som haft betydelse för implementeringen av detta projekt, och ytterst för SE-metodikens plats i det svenska vård- och stödsystemet. Studien ska i huvudsak betraktas som naturalistisk, dvs. ambitionen från forskarna har varit att följa förloppet i projektet utan att själva gå in och påverka. Detta är en riktig varubeteckning i den meningen att Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum och CEPI inte designat någon del av genomförandet i form av t.ex. utbildning eller metodhandledning. Dock har vi haft regelbunden kontakt med både personal och styrgruppen för projektet, i samband med programtrohetsmätningar, sammanträden och återföring av resultat. På så sätt finns alltså vissa inslag där forskarna, åtminstone hypotetiskt, kan ha påverkat implementeringen, och i så fall i riktningen mot ökad närhet till den manualbaserade grundmodellen.

Utmaningarna med att införa SE som arbetsmetodik i Sverige kan sägas vara relativt stora då insatsen är placerad i ett ansvarsmässigt gråzonsområde mellan berörda myndigheter. Helhetsansvaret för stöd till arbete för denna grupp kan inte på något enkelt sätt adresseras vare sig socialtjänsten, psykiatrin eller någon av de statliga aktörerna Arbetsförmedlingen (AF) och Försäkringskassan (FK). Vi valde att undersöka genomförandet av den lokala satsningen genom framför allt intervjuer med SE-teamet och representanter för de involverade intressenterna, men också med hjälp av s.k. programtrohetsskattningar där både ovanstående källor samt material från klientintervjuer använts som bedömningsunderlag.

STUDIENS GENOMFÖRANDE

Två av författarna (UM och UN) till denna rapport genomförde gruppintervjuer med SE-teamet vid tre tillfällen, maj 2007, juni 2008 och mars 2009. Ambitionen var att få detaljrika beskrivningar av det konkreta klientarbetet, den egna arbetsgruppen, relationerna med samarbetspartners, kontakten med arbetsgivare, projektledning och styrning, kompetensutveckling och stöd samt övriga erfarenheter av projektet. Intervjuerna genomfördes i grupp och med hjälp av en intervjuguide med fasta frågeområden men med stora möjligheter för följdfrågor och fördjupningar. Intervjuerna tog i snitt cirka två timmar och spelades in på band. Dessa skrevs ut ordagrant i efterhand och analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys där utsagorna sorterades efter tidpunkt, delstudiens frågeställningar och efter några teman från relevant implementationsforskning. Dessa teman är metoden, nyckelkomponenter och den inre miljön, organisationsfaktorer och omgivningsfaktorer.

Intressenterna intervjuades vid två tillfällen, åren 2007 och 2009. Intervjuerna genomfördes individuellt och utgick från en intervjuguide med fasta frågeområden rörande arbets sättet och metodiken, organiseringen, arbetsgruppen, samverkan mellan myndigheterna, ledning och styrning samt övriga erfarenheter från projektet. Vid första intervjun ställdes dessutom frågor om bakgrunden till satsningen och vid det andra intervjutillfället efterfrågades synen på framtiden för projektet och arbets sättet. Valet av intressenter gjordes främst utifrån det faktum att projektet finansierades av Samordningsförbundet i Umeå och styrdes genom en särskild ledningsgrupp bestående av representanter från nämnda samordningsförbund, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och psykiatriska kliniken. Informanterna var personer i arbetsledande ställning inom respektive organisation, men i några fall intervjuades även personer utan chefsuppdrag men med en samordnarfunktion. Alla organisationer var representerade i båda intervjuomgångarna. Vid respektive tillfälle intervjuades sex personer. Intervjuerna, som i snitt tog cirka en timme, spelades in på band och skrevs ut i efterhand. Materialet analyserades på samma sätt som vid gruppintervjuerna.

Utöver intervjuerna genomfördes en skattning av programtrohet vid tre tillfällen, 2007, 2008 och 2009. Bedömningarna gjordes med hjälp av The Supported Employment Fidelity Scale (SEFS, den äldre versionen) som är ett instrument med 15 frågor om personal, organisation och service. Vid varje av de 15 frågorna ges en poäng mellan 1-5, där en högre poäng motsvarar en högre grad av programtrohet till modellen. Skattningarna genomfördes av två av författarna tillsammans, där information från intervjuer med personal och klienter vägdes samman. Intervjuerna med personalgruppen i SE-teamet utgjorde en viktig källa, men materialet kompletterades alltid med en längre intervju med en av teammedlemmarna där de specifika bedömningsområdena från skattningsskalan prövades.

I samband med vårt uppdrag att följa och utvärdera SE-initiativet i Umeå har även annan insamlad data som kan vara av betydelse för att förstå och värdera implementationsprocessen tillvaratagits. Materialet från våra delarbeten om resultat för de enskilda individerna och intervjuerna med dessa säger en del om tillämpningen av metodiken och om insatsens plats bland helheten av vård och stöd till målgruppen. Ytterligare material finns att hämta från de blanketter som personalen fyllde i varannan månad, och som rörde insatserna för varje enskild klient. Man fick uppskatta hur mycket tid som ägnats varje klient, och mellan vilka olika aktiviteter som denna tid fördelats på. Eftersom blanketterna samlades in under en längre tidsperiod finns möjligheter att identifiera eventuella förändringar av insatsernas karaktär. En begränsning med det tillgängliga materialet är att det i huvudsak fångar skeendet utifrån teamet och intressenternas erfarenheter. Viktiga aktörer i implementeringen utgörs också av handläggarna inom FK och AF samt behandlingspersonalen inom psykiatrin, vilka inte har intervjuats i denna studie. I viss utsträckning ingår dock personal med klientansvar och insyn i verksamheterna då styrgruppen för projektet även inkluderat personer med sådana funktioner, men det rör sig om ett fåtal nyckelpersoner.

FORSKNING OM IMPLEMENTERING

Aktiv och passiv spridning

En samlad erfarenhet från den forskning som under flera decennier bedrivits om implementering av reformer och metoder på det människobehandlande området skulle kunna sammanfattas i slutsatsen: det blir aldrig som man tänkt sig. Karaktären på de policys och de program som ska realiseras, och den verklighet dessa ska placeras i, tenderar att vara faktorer som

gör en rationell implementering med full måluppfyllelse näst intill omöjlig. Särskilt gäller detta införandet av program eller metoder som är komplexa och som innefattar många aktörer och olika organisatoriska nivåer. Väljer man att specifikt granska det människovårdande arbetet så kompliceras bilden ytterligare då denna typ av praktik med nödvändighet bör få präglas av flexibilitet och individuella hänsynstaganden, något som både principiellt och rent empiriskt kan försvåra ett "instrumentellt" metदानvändande.

Med implementering brukar avses försök att realisera eller att sätta planer, idéer, modeller eller en policy i verket (Guldbrandsson, 2007). Inom hälso- och sjukvårdsområdet har forskningen alltmer kommit att avgränsa betydelsen till att åsyfta de ansträngningar som görs för att en ny (evidensbaserad) metod ska kunna tillämpas i den reguljära driften inom en organisation (Fixen et.al., 2005). Med tiden har kunskapen om implementeringsproblemen ökat, och den rationella synen på en enkel top-down-process har fasats ut till förmån för insikten att individer och organisationer inte självklart tar till sig de bästa tillgängliga metoderna. Människor och organisationer gör "motstånd", och en rad omständigheter som kompetens, ekonomi, administrativa system och lokala normsystem kan direkt motverka att en organisation inför de mest effektiva insatserna (Bhattacharyya et.al., 2009). Till en del påverkas slutresultatet av hur spridningen av en idé eller metod ser ut. Här brukar man skilja på passiva och aktiva typer av spridning. Den passiva strategin (let it happen) präglas av föreställningen om att vissa förändringar sker "av sig självt" och inte kräver några specifika insatser utöver spridning av generell information om den aktuella arbetsmetoden. En mer aktiv hållning, men av indirekt karaktär (help it happen) kan handla om att arrangera seminarier kring ett arbetssätt eller att ge tekniskt stöd för att underlätta ett genomförande. Inga av dessa strategier kan generellt sägas fungera särskilt väl. I stället har allt mer av forskningens intresse riktats mot mer aktiva och planerade ansträngningar (make it happen). Allt utifrån erfarenheten att det inte är tillräckligt med en välfungerande metod – även strategin för implementering måste vara effektiv. Den aktiva taktiken utgår från ledningsstyrda insatser och handlar om att direkt påverka den organisation som ska införa metodiken och att parallellt arbeta med omgivningsrelaterade faktorer av betydelse (Guldbrandsson, 2007; Fixen et.al., 2005).

Behov och förpackning

Den forskning som inriktat sig på implementering av evidensbaserade metoder inom främst hälso- och sjukvård, har från att tidigare betonat hur "allt spelar roll", allt mer inriktats mot vissa nyckelkomponenter av betydelse. I flera forskningsöversikter under de senaste åren har även försök gjorts att, trots den avskräckande mängden faktorer, formulera konkreta råd och anvisningar för hur implementeringsarbete bör bedrivas (Fixen et.al., 2005; Greenhalgh et.al., 2005; Bhattacharyya et.al., 2009; Damschroder et.al., 2009).

En viktig förutsättning för en framgångsrik implementering är att det finns tydligt uttryckta behov av den insats eller metod som ska införas (Guldbrandsson, 2007; Johansson, 2010). Problembeskrivningen behöver i den meningen uppfattas som legitim av viktiga aktörer. Hur denna problembeskrivning växer fram kan variera, den kan initieras genom ett inre tryck i organisationen från brukarföreträdare eller de anställda, eller genom ett yttre tryck skapat ur reformer och politiska beslut. I slutändan behöver produkten, dvs. insatsen, uppfattas som en legitim och motiverad strategi för att möta det identifierade problemet. Förutom behovet, behöver den modell som lanseras vara presenterad och "förpackad" på ett sätt som intressenterna kan attraheras av. Ofta kan en modell som uppfattas som radikal, det vill säga kräver stora förändringar, vara svår att lansera och skapa motstånd inom organisationen. En viktig aspekt kan vara att chefer och personal känner igen grunddraget i en metodik, eller att de har erfarenhet av liknande arbetssätt sedan tidigare. Detta kan skapa en beredvillighet att gå in i ett förändringsarbete, till skillnad från en situation där en nymodighet bara uppfattas som främmande och som ett tillfälligt modeskifte (Czarniawska-Joerges, 1995). Utöver detta bör metoden vara enkel att förstå och använda. En komponent av betydelse är möjligheten att införa metoden utan allt för omfattande arrangemang. Ett arbetssätt som fordrar en helt ny design på organisationen förutsätter mer förankringsarbete än ett alternativ där en prövoperiod är möjlig, och där en "nödutgång" finns om organisationen skulle vilja överge metoden efter en tid (Fixen et.al., 2005; Greenhalgh et.al., 2005; Damschroder et.al., 2009).

Den tidigare beskrivna aktiva hållningen vid implementeringen kräver också uppbackning av vissa resurser. En organisation måste ha utrymme för nödvändiga informationskampanjer och tillräckligt med kompetent personal och ekonomiska resurser för att inte stanna vid det som Fixen och kollegor (2005) benämner ett "halvhjärtat försök". Innan den faktiska driften kan ta

vid krävs ett förankringsarbete där beslutsfattare, chefer och personal motiveras att försöka implementera ett arbetssätt. I detta skede betonar litteraturen nödvändigheten av "möjliggörare" eller "förändringsagenter" som kan fungera som en länk mellan operativ personal och de beslutsfattare eller "arkitekter" som finns bakom en satsning. Denna funktion kan finnas såväl inom som utanför den aktuella organisationen, och ibland vara synonym med en "champion", det vill säga en expert på den aktuella metoden som kan stå för nödvändig input i form av utbildning och handledning (Fixen et.al., 2005).

Strategier för styrning

Inom forskning som intresserat sig för genomförandet av politiska beslut, analyseras ofta de strategier för styrning som används av beslutsfattare och tjänstemän. Vanligtvis görs en åtskillnad mellan "hård" och "mjuk" styrning, där lagstiftning och ekonomi associeras till de hårda styrformerna medan utbildning eller informationsinsatser sammankopplas med mjuka strategier för styrning (Markström, 2003; Maycraft Kall, 2011). Dock är inte denna uppdelning komplett. Ekonomistyrning kan kraftfullt reglera organisationens handlande om den arrangeras som bestraffning eller får direkt inverkan på kärnverksamheten inom kommun eller landsting. Samtidigt är en vanlig strategi på det svenska psykiatriområdet ekonomisk styrning via stimulansmedel, dvs. ett sorts extra tillskott som delas ut till organisationer som är intresserade av t.ex. ett nytt arbetssätt. I den meningen kan ekonomiska anslag användas som en del i en mjuk styrning. Att påverka organisationers beteende genom lagstiftning kan på också göras på olika sätt. Lagar och regler med en hög detaljnivå utgör naturligt ett hårt styrningsinstrument. Samtidigt regleras mycket av människobehandlande verksamhet i Sverige av mer allmänt formulerad lagstiftning, som anger övergripande målsättningar för ett verksamhetsområde men i mindre utsträckning reglerar det precisa innehållet. Ytterst faller många av dessa ramverk tillbaka på den grundlagsstadgade principen om det kommunala självstyret, som medger ett stort handlingsutrymme för den enskilda primär- eller landstingskommunala aktören i förhållande till den statliga nivån. På så sätt kommer en väsentlig del av den statliga regelstyrningen att präglas av en mjukhet i relation till de tänkta utförarorganisationerna (Lindqvist, Markström och Rosenberg, 2010; Maycraft Kall, 2011). Reformeringen av det svenska psykiatriområdet är ett exempel på en process där den statliga nivån främst använt sig av mjuka styrinstrument som till exempel stimulansmedel och information, vilket resulterat i en stor variation mellan lokala utförare när det gäller praktiska uttolkningar av reformens policy (SOU 2006:100; Lindqvist, Markström och Rosenberg, 2010; Melke, 2011).

Överför man begreppsapparaten till området implementering av specifika arbetsmetoder så kan en hård implementering innebära en ledningsambition att ta med alla delar i ursprungsmodellen. Konkret kan det innebära tydligt fokus på existerande skalor eller instrument för mätning av programtrohet (fidelity-scales), som kan fungera som en referens för de aktörer som ska pröva metodiken. Utbildningsinsatser och handledning ges med avsikt att endast i mycket begränsad utsträckning tillåta avvikelser från grundformen. Vid en hård implementering spelar tillgången till "champions" en avgörande roll. Vid en mer mjuk implementering används styrformer som i högre utsträckning möjliggör och lockar till lokala anpassningar och modifieringar av metodiken. Programtrohetsskalor spelar här en mindre central roll, utan uppmärksamheten riktas snarare till filosofin och grundkomponenterna i arbetssättet. Uttrycket "drift" brukar användas för att beskriva de avvikelser som sker i förhållande till en originalmodell (Fixen et.al., 2005). En oönskad drift innebär att oavsedda avvikelser skett som gör att innehållet inte längre överensstämmer med den metod som implementeringen avsåg att introducera och förankra. En önskvärd drift innebär att man medvetet anpassar metodiken efter det specifika organisatoriska sammanhanget, men utan att förändra de grundläggande egenskaperna i metoden. Fixen och kollegor menar att en sådan mjuk anpassning är nödvändig, men att den måste ta hänsyn till de kärnkomponenter (core components) i själva implementeringen som krävs för att den ska bli effektiv.

Nyckelkomponenter vid implementering

Flera forskargrupper har med stöd från befintlig kunskap försökt identifiera de olika faktorer som har betydelse i implementeringen, både sådana som specifikt rör utförarna av interventionen och de organisations- och omgivningsfaktorer som endast mer indirekt påverkar processen. När det gäller själva metoden eller den intervention som förväntas införas så betonar Damschroder och kollegor (2009) betydelsen av att berörda aktörer både har en klar uppfattning om evidensen för metoden (dvs. att den är effektiv) och dess fördelar i förhållande till andra arbetssätt. Metoden bör vidare vara anpassningsbar till de lokala behov som är identifierade och möjlig att pröva via en pilot-testning. Andra egenskaper som påverkar

implementeringen är metodens komplexitet, kostnaderna för att införa den och hur det nya arbetssättet är paketerat.

De nyckelkomponenter som Fixen och kollegor (2005) identifierar för en effektiv implementering är till stor del kopplade till den "inre miljö" som ska förmedla den nya insatsen. En medveten och noggrann rekrytering av teammedlemmarna är av betydelse liksom att denna personal får utbildning och träning i den aktuella metodiken både före och under implementeringen.Handledning bör också ges regelbundet till teamet av experter eller "champions". Övriga nyckelkomponenter som beskrivs är att en regelbunden feedback byggs in i processen, där både personalens arbete och programmets design och innehåll utvärderas i relation till originalmodellen. På så sätt kan graden av programtrohet identifieras och ligga till grund för diskussioner och eventuella justeringar av organisering och arbetsinnehåll. Utöver detta betonas vikten av att underlätta implementeringen av en metod eller ett program genom ett anpassat administrativt stöd. I översiktsartikeln av Damschroder (et.al., 2009) kompletteras bilden av påverkansfaktorer inom den organisation eller enhet som ansvarar för det praktiska utförandet. Man lyfter fram betydelsen av att teamet har rätt "social arkitektur", dvs. att medlemmarna har egenskaper, kompetenser och erfarenheter som tillsammans bildar en välbalanserad helhet. De nätverk och kontaktytor som teamet tillsammans har tillgång till anses också vara en viktig faktor, liksom att "implementationsklimatet" är det rätta. Ett sådant klimat bör präglas av ett intresse för den specifika metoden, en positiv inställning till utbildning och lärande, och av normer och värderingar som ligger i linje med idéerna bakom den aktuella metoden.

Organisation och omgivning

De ovan beskrivna kärnkomponenterna är sådana som både beslutsfattare och projektledare kan ha en relativ kontroll över. Till dessa kommer organisatoriska villkor, som till en del kan vara möjliga att påverka, men inte är det på samma självklara sätt som när det gäller teamets sammansättning och utbildning. En sådan faktor är att ett nytt program optimalt behöver ha en trygg och tillräcklig finansiering och att det har en grundfilosofi som harmonierar med de normer och de policys som finns i moderorganisationen. Till detta kommer också vad som kan kallas kulturellt eller socialt kapital inom organisationen, t.ex. tidigare erfarenheter av liknande arbetssätt, ett särskilt intresse för frågorna eller nätverk som gör att aktörer som politiker, tjänstemannaledning och anställda inom organisationen eller myndigheten kan införliva ett nytt program och driva frågorna framåt. En annan organisatorisk aspekt som är av betydelse är organisationens passform och struktur i förhållande till den nya metoden. Finns en ambition att t.ex. genomföra ett komplext och genomgripande program behöver man kanske designa om moderorganisationens struktur innan en implementering sker, för att inte fastna i återvändsgränder rörande ansvarsfrågor eller administrativa rutiner. Därutöver behöver en framgångsrik implementering också innefatta specifika aktörer eller personer som kan inspirera berörda intressenter, översätta originalmetoden till det lokala sammanhanget och fungera som en sorts guide under genomförandet. Dessa personer har givits olika namn, som "moraliska entreprenörer", "förändringsagenter", "möjliggörare" eller "purveyors" och kan finnas på lite olika nivåer inom en organisation (se t.ex. Markström, 2003; Fixen et.al., 2005; Hasenfeld, 2010). Inte sällan får de en funktion av att sälja in och förankra modellen och samtidigt hålla ihop genomförandet. Funktioner som specifikt har en roll att färdas över organisationsgränser för att samordna och hålla samman en process brukar benämnas "boundary spanners" (Daft, 2007). I vissa fall kan rollen som möjliggörare sammanfalla med den som metodexpert eller "champion", men ofta kopplas den senare funktionen in specifikt i samband med utbildning och handledning (Fixen et.al., 2005).

Utöver dessa faktorer finns naturligtvis andra yttre omständigheter som kommer att påverka en implementationsprocess. Dessa är svåra att undersöka betydelsen av och ligger ofta långt utanför en enskild organisations eller en projektledares handlingsradie. I den tidigare refererade kunskapssammanställningen (Fixen et.al., 2005) görs emellertid försök att ringa in omgivningsfaktorer som kan ha betydelse. Konstruktionen av det välfärdssystem där en intervention ska placeras in har betydelse för hur effektiv en implementering blir. I likhet med vad som påpekades när det gäller organisationsspecifika komponenter så underlättas processen om systemet "stödjer" den aktuella metodiken i fråga om t.ex. ansvarsuppdelning mellan myndigheter, professionernas domäner eller ersättningssystemens utformning. På samma sätt påverkar andra aktörer på det aktuella området utförarorganisationens möjligheter att etablera nya arbetssätt. Ett arbete med att stödja personer med funktionshinder till anställning kan som exempel aldrig på ett framgångsrikt sätt isolerat utföras av en aktör, utan kräver att de delar av det organisatoriska fältet som har delansvar för frågorna också engageras eller åtminstone inte motverkar processen. Politiska beslut på nationell nivå och ekonomiska konjunkturer är andra omgivningsfaktorer av betydelse liksom massmediernas rapportering och opinionens uppfattning i de frågor som rör området.

ATT INFÖRA IPS I REGULJÄR VERKSAMHET

Underlättande och försvårande omständigheter

Om man betraktar IPS som metod och tar hänsyn till de erfarenheter som finns från forskning om implementering, så kan man både identifiera egenskaper i arbetssättet som gynnar respektive försvårar arbetet med att införa IPS i vård- och stödsystemet. En underlättande egenskap är metodens enkelhet och tydliga fokus på en uppgift, dvs. att ge stöd till anställning. Metodiken är tydligt förpackad i form av formulerade grundprinciper och lättanvända manualer för programtrohetsskattningar. IPS kräver inga omständliga fysiska arrangemang då arbetet så gott som uteslutande ska ske ute på reella arbetsplatser. I originalmodellen innebär arbetssättet inte heller att man behöver introducera en helt ny arbetsgrupp eller enhet inom organisationen, utan IPS introduceras genom att man "berikar" ett redan befintligt psykiatriskt vårdteam. Det finns också en normaliseringsideologi inbyggd i programmet som torde ligga i linje med normerna hos många av de organisationer som förväntas vara delaktiga i arbetet. Egenskaper som kan verka försvårande är modellens tydliga avgränsning mellan arbetscoachning och allting annat som utförs hos behandlingsteamet, vilket kan skapa interna klyftor mellan olika professioner, kulturer och synsätt. Arbetssättet utmanar också vad vi tror kan vara relativt utbredda föreställningar om att personer med psykiska funktionshinder inte är kapabla att fungera i reguljärt lönearbete eller föreställningen om att detta ska kunna ske behövs ett långsamt successivt närmande till lönearbete via olika anordnade sysselsättnings- eller träningsformer. När det gäller omständigheter utanför den inre miljön så innebär IPS, åtminstone i en svensk kontext, en intervention i en ansvarsmässig gråzon, vilket ställer krav på nära samverkan mellan flera huvudmän. På så sätt finns en känslighet inbyggd i relationen mellan modellen och välfärdssystemets utformning. En omgivningsfaktor som IPS också är kraftfullt exponerad av är konjunkturen och tillgången till arbetstillfällen – implementeringen kommer att underlättas väsentligt om det råder arbetskraftsbrist och arbetsgivare aktivt måste leta efter personer att anställa. Råder det däremot lågkonjunktur kommer sannolikt många dörrar att vara stängda, och principen om "place then train" blir svår att realisera för många av klienterna.

Supported Employment enligt IPS är ett arbetssätt som idag har introducerats i en rad länder runt om i världen (se tidigare kapitel). De vetenskapliga studier som genomförts har ofta fokuserat på effekter för de enskilda individer som får ta del av insatsen, och den stora mängd data som finns tillgänglig visar generellt på mycket goda resultat i meningen andelar av klienterna som får anställning. På så sätt kan man lite svepande säga att metoden på ett framgångsrikt sätt tycks ha implementerats i olika typer av samhälls- och vårdssystem. Emellertid finns få studier som särskilt ägnat uppmärksamhet åt implementeringsprocessen och de faktorer som påverkar möjligheterna till långsiktig etablering av metodiken. För vårt vidkommande är frågan relevant, då man kan anta att införandet av IPS i Sverige utmanas av en rad frågor – ansvarsgränserna mellan myndigheter, huvudmannaskapet för insatsen, ersättningsystemen, den svenska arbetsmarknadslagstiftningen, mm.

Behandlingspersonal som samarbetspart

I en av få studier som specifikt uppmärksammar implementeringsfrågan studerade Rinaldi och kollegor (2008) införandet av metodiken i Storbritannien. De beskriver svårigheterna i arbetet med att introducera arbetssättet inom psykiatrin, och lyfter särskilt fram utmaningen att få jobbcoacherna att få en plats och trivas i de psykiatriska öppenvårdsteamerna. Samtidigt betonas detta som centralt – när integrationen fungerat blir engagemanget större från behandlingspersonalen, som lär sig att fokusera frågor om arbete och införliva viktig klinisk information även i arbetsrehabiliteringsplanerna. Erfarenheterna var också att driva frågan om en integrering mellan SE-stödet och övriga teamet för att få ett långsiktigt fungerande arbete. Metoden kom att implementeras bäst i de team där den enskildes case manager tog ett stort ansvar även för den långsiktiga kontakten med personer som SE-coacherna lyckats hjälpa till en anställning. Författarna menar att utvecklingen i Storbritannien varit beroende av "purveyors" och "champions" som drivit frågan framåt, och av ambitiösa informationsinsatser och planering tillsammans med involverade aktörer.

I USA genomförde Gowdy och medarbetare (2004) en studie där de försökte hitta av vilka organisatoriska faktorer som skilde IPS-team med hög respektive låg programtrohet. För en effektiv implementering menar författarna att mentaliteten och människosynen i teamet är betydelsefull. Team med hög programtrohet skilde ut sig genom att man (även teamledare och handledare) fokuserade på att hitta anställningar kombinerat med en optimistisk syn på klienternas förmåga. I team

med låg programtrohet tyckte man sig se en mer pessimistisk hållning där uppkomna hinder, som stigma och diskriminering, ofta beskrevs i intervjuerna. Även i denna studie betonas vikten av att vid genomförandet få ihop SE-coachen och behandlingspersonalen till en integrerad helhet där case managern har en aktiv roll. Stöd till arbete bör inte ses som en isolerad insats utförd av endast SE-coacherna, utan även involvera behandlare och terapeuter.

Kontinuitet och ledning

En intressant studie för vårt vidkommande genomfördes av van Erp och kollegor i Nederländerna (2007), då det studerade välfärdssystemet har en del likheter med det svenska. De undersökte implementeringen av IPS i fyra holländska regioner och kunde konstatera en del problem förknippade med de organisatoriska arrangemangen. Finansieringen för satsningen blev otrygg, och det blev svårt att uppnå kontinuitet i teamen då en hög andel jobbcoacher slutade. Cheferna för verksamheterna gavs ett litet utrymme för ledning av verksamheten vilket försvårade metodutveckling och feedback. Från början utmärktes också teamen av en låg programtrohet, och en stor del av det praktiska arbetet gentemot arbetsgivare sköttes genom indirekta kontakter via e-post och telefonsamtal. Andelen personer i anställning var också efter 24 månader lägre än vad som vanligtvis är fallet i andra effektstudier om IPS. Författarna pekar också på en bristfällig matchning mellan IPS-metoden och övriga välfärdsaktörer, framför allt identifierades en inadekvat kommunikation gentemot arbetsförmedlingen. När det gäller omgivningsfaktorer beskrivs det starka anställningsskydd som anställda har i Nederländerna och som man menar skapar en försiktighet hos arbetsgivare. Klyftan mellan ersättningsnivåerna i sjukförsäkringen och ett lönearbete är också jämförelsevis liten, vilket forskarna menar försvagar incitamenten för den enskilde att engagera sig i en arbetsrehabilitering.

De refererade studierna ger några exempel på de utmaningar som kan ligga i översättningen från, i det här fallet, en anglosaxisk modell till det svenska vård- och stödsystemet. I de följande avsnitten kommer vi att presentera resultaten från studien av implementeringsprocessen i Umeå.

PROGRAMTROHET I SE-TEAMET

Stabil och medelgod programtrohet

Som framgått av tidigare avsnitt så genomfördes en mätning av programtroheten i enlighet med IPS-modellen vid tre tillfällen under projekttiden. Vi använde den äldre versionen av skattningsskattningen. Syftet var att placera in den aktuella verksamheten i relation till den evidensbaserade originalmodellen och att kunna identifiera eventuella förändringar över tid. Till skillnad från t.ex. det holländska exemplet så har SE-teamet i Umeå legat relativt stabilt under hela tiden, kanske mest beroende på att man inte startade från noll och att den organisatoriska strukturen inte förändrats. Den programtrohetsskala som vi arbetat efter delas upp i områdena personal, organisation och service. Den består av totalt 15 frågor där varje fråga ger 1-5 poäng, maxpoängen är 75. De bedömningar som gjordes resulterade i poängen 59 (tillfälle ett), 61 (tillfälle två) och 63 (tillfälle tre), vilket visar på viss progression. Resultaten från alla tre mättillfällena ligger dock inom ramen för vad som kallas "fair" eller godtagbar SE enligt IPS-modellen.

Implementeringen av Umeå-projektet följer till stora delar rekommendationerna inom området "personal": man har en låg case-load (dvs. har ett lågt antal klienter per SE-coach) och insatsen har varit specialiserad mot stöd till arbete. Vård- och stödsystemet är dock konstruerat på ett sätt som gör SE-arbetets status otidligt i förhållande till andra aktörer, vilket gjort det svårt för teamet att leva upp till principen om att ansvara för alla faser i rehabiliteringen. I det här fallet ingicks tidigt en överenskommelse om att inte "frikoppla" SE-teamet från redan befintliga processer, utan att ha en formell koppling till den s.k. FAROS-samverkan som finns upprättad mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen. FAROS är en process där FK aktualiserar ett ärende till en beredningsgrupp när en individ uppnått en aktivitetsförmåga motsvarande minst 10 timmar per vecka. AF går sedan in med aktiva och individualiserade insatser under ett år för att matcha individen mot arbetsmarknaden. Denna inordning av SE i myndighetssystemet gör att ett helhetsansvar för alla faser inte är självklart, då aktörer med ett reglerat ansvar förväntas träda in i ett visst skede, om än det sker parallellt med fortsatta insatser från SE.

Det stora avsteget från IPS-modellen kan främst identifieras när det gäller organiseringen av stödet. Teamet har i Umeå varit organiserat som en egen enhet inom socialtjänsten, separerad från den psykiatriska vården. Det har inte heller funnits någon regelbunden och planerad vardagskontakt med behandlingspersonal som att t.ex. sitta med vid behandlingsteamens möten. Denna organisatoriska inplacering har bibehållits under hela projektiden – däremot har relationerna och kontakten med psykiatrins behandlingspersonal återkommande diskuterats. Teamets medlemmar har även i huvudsak haft individuellt ansvar för respektive klient, men det finns exempel där man (i enlighet med vad som rekommenderas enligt metoden) gått in och arbetat tillsammans i ett ärende. Vissa avsteg har också gjorts från principen om att inte ha specifika inklusionskriterier (förutom att man har "severe mental illness" och vill ha ett lönearbete) eller att göra "lämplighetsbedömningar". Här har projektet haft vissa kriterier för inklusion som ålder och närhet till arbetsmarknaden, men en del av dessa har mjukats upp eller övergivits med tiden.

När det gäller innehållet i de insatser som ges uppvisar SE-projektet överlag en hög överensstämmelse med IPS-modellen. Däremot framkom det att man sällan förmedlar fasta och konkurrensutsatta anställningar, utan oftast börjar man med att försöka få till stånd en praktikplacering. Erfarenheterna visade också att det periodvis kunde finnas svårigheter att leva upp till principen om en snabb placering på arbetsplats – ofta kunde det ta flera månader innan coacherna hittade en arbetsplats att börja med.

Försvenskning av modellen?

Sammantaget kan man säga att SE-projektet i Umeå gjorde en "varmstart" då personalen (samt ett antal klienter) fanns på plats liksom en rad kontakter både med arbetsgivare och med samarbetspartners (jfr. Sandlund och Markström, 2003). På så sätt har man undvikit långa perioder av renodlat uppstartsarbete, men samtidigt gått miste om chansen att bygga något helt nytt i meningen mixa ihop ett team, utbilda och träna nya färdigheter. När det gäller programtrohet så finns en stabilitet över tid – samtidigt så har de tydligaste avstegen gjorts på områden som brukar betraktas som betydande för arbetsättets effekter. Framför allt gäller detta principen om att integrera stödet till arbete med vård- och behandlingsinsatser, som också betonas som särskilt betydelsefull i de studier som refererats tidigare i rapporten. Det finns en viss logisk konsekvens i valet av organisatorisk inplacering, framför allt om man uppmärksammar den målgrupp som ingår i projektet. IPS-modellen har oftast praktiserats för målgruppen personer med långvariga psykiska sjukdomar, och coacherna har följaktligen fått bli en del av öppenvårdsteam med inriktning mot patienter med psykosjukdom. Som framgått av våra klientuppföljningar så är målgruppen i Umeå betydligt mer heterogen när det gäller både diagnos och omfattningen av funktionshindret, vilket i sin tur gjort det svårt att hitta en specifik enhet inom psykiatrin som kan fungera som "moderteam". Det finns även på policynivå en föreställning i Sverige om att man inte bör blanda ihop sociala och medicinska insatser, då risken finns att det sociala stödet och normaliseringsmålen blir lidande av att det medicinska perspektivet får dominera. Lagstiftningen ger inte heller något direkt stöd för att insatsen stöd till anställning bör vara en angelägenhet för hälso- och sjukvården. Konsekvenserna av att separera SE-insatsen från psykiatrin kan bli att insatserna i sin helhet blir fragmentiserade och bristfälligt samordnade, men man kan anta att en nära kontakt mellan t.ex. SE-coach och behandlingspersonal kan ha en kompenserande effekt.

Programtrohetsmätningar kan ha en viktig pedagogisk funktion för både ledning och personal då möjlighet ges att utvärdera arbetet och synliggöra specifika områden att utveckla. Samtidigt kan skattningsinstrumenten upplevas som väldigt "tekniska" och förenklande – de säger något om relationen mellan en förlaga och en verklig verksamhet, men lite om de faktiska processer som ett metodutvecklingsprojekt består av.

Resultatens redovisning

I den fortsatta framställningen kommer vi att redovisa resultaten från vår studie av implementeringen av SE, där vi försökt identifiera de faktorer som påverkat processen i underlättande respektive försvårande riktning. Materialet har sorterats grovt efter den indelning i olika kategorier av påverkansfaktorer som Fixen och kollegor (2005) samt delvis Damschroder och kollegor (2009) gjort.

Följande kategorier används:

Interventionen/metoden

Här redovisas information och utsagor som specifikt handlar om SE enligt IPS-modellen. Det kan röra graden av anpassning av metodiken, eller om hur metodens komplexitet eller förpackning påverkar användbarheten.

Nyckelkomponenter, den inre miljön

Under denna kategori samlas det material som rör teamet, deras relationer och kontakter samt nyckelkomponenter så som rekrytering, träning/utbildning och handledning, program- och personalutvärdering, underlättande administrativt stöd, implementeringsklimat samt den närmsta arbetsledningen.

Organisatoriska faktorer, den yttre miljön

Organisationskomponenter innefattar här framför allt samordningsförbundet och de fyra lokala myndigheternas arbete med projektet. Det kan handla om frågor om legitimitet och lokal policy, finansiering, organisatorisk passform, kultur och socialt kapital, ledningen för projektet och tillgången till nyckelpersoner som "förändringsagenter", "möjliggörare" eller "champions".

Omgivningsfaktorer

Kategorin inbegriper information och erfarenheter som rör sådant som teamet eller den lokala ledningen och samordningsförbundet inte helt kan styra över eller påverka, som välfärdssystemets konstruktion, politiska beslut, opinion, massmedia, attityder i samhället eller konjunkturer på arbetsmarknaden.

I huvudsak redovisas resultaten kronologiskt där de tidiga efterenheterna beskrivs först under respektive tema. Ibland förekommer dock utsagor där personer under en intervju i ett sent skede kommenterar ett skeende tidigt i projektet. I sammanställningen presenteras resultaten från intervjuerna med SE-personalen och de olika intressenterna samlat. Analyser av resultaten görs i första hand i slutet av varje avsnitt.

METODEN

Välkänt koncept – oklar tillämpning

Både personalgruppen och flera av intressenterna var överens om att SE-projektet tillkom som en strategi för överlevnad. Man behövde helt enkelt finansiering för att kunna driva Nätkraft vidare. En personal uttrycker att man "tackade ja till konceptet, vi hade inget att välja på". Flera av SE-coacherna uttryckte vid den första intervjun hur man fortfarande ville se möjligheter till förträning för klienterna, eller åtminstone ha ett introduktionsprogram för att inte göra mötet med arbetsmarknaden för brutalt. En grund för denna ståndpunkt var att man fortfarande hade "gamla" klienter kvar i verksamheten, som inte hade samma drivkraft eller önskemål om lönearbete. Samtidigt fanns en medvetenhet om att det nya konceptet föreskrev en placering i reella arbetsmiljöer utan någon förberedande träning, något några beskrev som en svår omställning.

Grundkomponenterna i SE-metodiken var något som flera intervjupersoner angav vara välkända principer sedan länge. Representanten för AF beskrev hur metodiken i olika former funnits hos flera myndigheter sedan mitten på 90-talet, på så sätt menade han att SE hade viss "intellektuell förankring" i Umeå. Samordnaren för Samordningsförbundet menade också att liknande arbetssätt präglade så gott som varje bra projekt för att hjälpa personer utanför arbetsmarknaden att komma in på den. Psykiatrins representant beskrev hur förarbetet gått till med seminarier om metodiken och hur man bjudit upp både forskare och personer inom Nationell psykiatrisamordning för att berätta om arbetssättet och möta Samordningsförbundets styrelse. Personalgruppen tyckte att den första tiden med SE-projektet präglades av oklarheter och brist på ledning när det gällde själva metodiken. Det fanns en allmän kunskap om principerna i arbetssättet, men man fick börja arbetet med de nya klienterna på osäker grund och med ett introduktionsprogram som man internt bestämt sig för att använda.

Vad gör vi med en grupp människor? Jag tror vi snickrade ihop från våra erfarenheter och försökte göra nåt som... dom blev verkligen, som vi pratade om, försökskaniner. Vi höll ju på att bygga upp något som vi inte riktigt visste – hur

jobbar man "supported"? Jag försökte leta kunskap lite överallt. Se ungefär och snickra ihop något eget

(anställd i SE-teamet)

Hos intressenterna fanns också en medvetenhet om att avsteg från originalmodellen skulle komma att göras. Samordningsförbundets representant menade att man hade SE som grundtanke, men att det mycket väl kunde sluta med en lokal "Umeåmodell". Så länge man hade goda argument för en sådan anpassning ansåg han inte att detta behövde ses som ett problem. Tidiga avsteg som identifierades var principen om snabb placering av klienterna i reell arbetsmiljö, som man inte lyckats leva upp till. Tvärtom beskrev teamet (vilket också bekräftas av de skriftliga uppgifter som samlats in regelbundet) hur man det första året ägnade mycket tid till planerande och kartläggande insatser, t.ex. arbetsplatsanalyser, vilket ibland kunde skapa en känsla av att man "fastnade" i förarbetet. Ett annat avsteg, som också synliggjordes vid programtrohetsmätningen, var rekryteringen av klienter. FK-handläggaren i projektet beskrev hur man i den processen kunde säga nej till personer som rekryteringsgruppen bedömde stod för långt från arbetsmarknaden.

Precisering av funktionen

Vid den andra uppföljningen 2008 beskrev personalgruppen vissa negativa konsekvenser av att ha gått in i SE-projektet med en redan existerande verksamhet, och med delvis annan inriktning. För vissa samarbetspartners, framför allt psykiatrin, hade inte inriktningen mot stöd till anställning varit tydlig, utan man utnyttjade SE-teamet även i ärenden där målen inte varit arbete, utan snarare sysselsättning eller för att få struktur på dagen.

När vi tittade igenom listan på deltagare såg vi att det varit otydligt med vad som är målet med projektet. För någon har det varit att prova på. För någon annan har det varit sysselsättning. Där har våra kontakter på psykiatrin hört sig för med kontaktpersonerna om hur man tänker, och då framkommer det att de väl inte riktigt har varit medvetna om att det är så pass arbetsinriktat, att det är arbete som är målet

(anställd i SE-teamet)

Med tiden hade teamet dock, enligt egen utsago, hittat av en större tydlighet gentemot psykiatrin när det gäller inriktningen mot arbete och anställning. Det första året hade man hamnat i lägen där man fick fungera som ett allt-i-allo för klienten och samordna även behandlingsinriktade frågor. Nu försökte man arbeta mer "stramt efter IPS" och endast fokusera på arbetsrehabiliteringen. Denna ökade tydlighet bekräftades senare av representanter från både psykiatrin och socialtjänsten.

Andra förändringar med koppling till metodiken som beskrevs vid den andra intervjun var uppmjukade åldersgränser och särskilda ansträngningar för att få in fler kvinnor i projektet. Ledningsgruppen hade också aktivt gått in och ställt krav på teamet att öka intaget av klienter, då man ansåg att antalet klienter (under 10 klienter per anställd) och den låga genomströmningen negativt påverkade legitimiteten för satsningen. Arbets sättet hade modifierats i bemärkelsen att arbetsplatsanalyserna nu fått stå tillbaka för principen om att snabbt hitta en arbetsplats. Man kunde med ledning av denna prioritering utnyttja även arbetsplatser där det inte fanns några egentliga anställningsmöjligheter (t.ex. ideella föreningar), med argumentet att det var "bättre än ingenting". Under det andra projektåret hade man också avvecklat introduktionsprogrammet för nya klienter.

Medveten drift

Processen mot att hitta av en tydlig "produkt" att erbjuda samarbetspartners beskrevs vidare även i den sista uppföljningen av teamet år 2009. Teamet uttryckte att deras profil mot stöd till arbete blivit ytterligare tydliggjord det sista året, bland annat genom riktade informationssatsningar internt inom den psykiatriska kliniken, utförda av de medarbetare på kliniken som varit involverade i bl.a. projektets rekryterings- respektive ledningsgrupp. Arbetsledaren för teamet bekräftade också att Nätkraft nu uteslutande fick intresseanmälningar från klienter med ett specifikt intresse för anställning och lönearbete. Även yrkesrollen beskrevs ha ytterligare förankrats hos coacherna.

Jag blev tidigare liksom lite smittad av den där behandlingsmodellen eftersom jag själv jobbat inom psykiatrin, mest

med behandlingsjobb förut. Jag känner mer och mer att jag blivit stärkt av att ta avstånd från det, för det är inte vad jag ska jobba med nu. Det som hör psykiatrin till, det skickar jag dit.

(anställd i SE-teamet)

Erfarenheten hos arbetsgruppen av att under tre år försöka tillämpa IPS-modellen lokalt i Umeå var att principen om att snabbt hitta konkurrensutsatta jobb var orealistisk. I praktiken hade det för teamet i stället handlat om att först och främst hitta praktikplatser eller träningsplatser att börja med. Uppdraget att identifiera lämpliga arbetsplatser hade enligt flera informanter försvårats den sista tiden, enligt dem beroende på en sviktande arbetsmarknad och på konkurrerande arbetsmarknadsprojekt. Det begränsade urvalet av arbetsplatser gjorde därför IPS betoning på matchning mellan arbetsplats och individens preferenser svår genomförbart liksom möjligheterna att ställa tydliga krav på arbetsgivare i den tidiga kontakten.

Man får fiska mer för att få napp idag. Jag känner mer och mer, inte att man blir uppgiven, men att det är svårt med klienter som vill ha ett drömjobb. I dagens läge kan man inte sikta på att få ett drömjobb. Har man en möjlighet att prova någonstans så borde man göra det. Det är nästan så att man i stället för att fråga om man vill prova där skulle ställa krav: du ska prova där! Man får revidera, det får bli plan C ibland.

(anställd i SE-teamet)

När intressenterna skulle summera sina erfarenheter från projektets tre år så fanns en återkommande beskriven acceptans för de avsteg från IPS-modellen som gjorts. Främst rörde det sättet att organisera SE-teamet där man var överens om att inplaceringen av teamet inom socialtjänsten var riktig och välmotiverad. Även psykiatrins representanter ansåg att psykiatrisk behandling och arbetsrehabilitering skulle hållas organisatoriskt åtskilda. Representanten för Samordningsförbundet beskrev hur man medvetet valt att inte köra SE-projektet som "ett spår vid sidan om" (läs: inom hälso- och sjukvården) utan placerat det med tydliga kopplingar till FK och AF, som har formellt ansvar för samordning av rehabilitering samt stöd till anställning. Huvudmannaskapet hade förvisso diskuterats under projektiden, men det fanns bred konsensus kring socialtjänsten som ansvarig organisation för verksamheten. En annan orientering från den traditionella användningen av metodiken som varit medveten, är valet av målgrupp. Avgränsningarna mot personer med psykiska funktionshinder, fast med uppskattad närhet till arbetsmarknaden, var explicit och innebar t.ex. att endast en mindre andel av klientgruppen i projektet hade psykosjukdom. Till skillnad från IPS-metodikens principer att exklusivt rikta sig till personer med "severe mental illness" så uttrycktes att åtgärden stöd till arbete för den gruppen oftast inte var realistisk eller tillämpbar. En av socialtjänstens representanter beskrev begränsningarna med de nu använda urvalskriterierna.

Jag känner att det finns en lucka i det här arbetet. Just för dem som inte platsar i SE-projektet, eller i någon av de andra arbetsinriktade verksamheterna för den delen. Där skulle man fått täppa till på något vis – vissa andra verksamheter och projekt har antagligen personer som bättre skulle platsa hos oss och tvärtom.

(representant för socialtjänsten)

Kommentar

SE enligt IPS lanserades aldrig som ett sammanhållet paket i Umeå, utan tycks mest ha används som ett legitimitetsskapande begrepp och som ett koncept i mer bred mening. Att analysera implementeringen av SE i termer av "översättning" blir inte helt rättvisande då den processen förutsätter en produkt som ska översättas. Denna produkt, i form av en detaljerat beskriven originalmodell med tillhörande instrument för programtrohetskattning, fanns inte med som referenspunkt i detta exempel. För att koppla tillbaka till vår forskningsgenomgång kan man karaktärisera den lokala metodspridningen som relativt passiv (Fixen et.al., 2005). Några av grundidéerna i arbetssättet var välbekanta bland de involverade myndigheterna vilket sannolikt underlättade igångsättandet. Bristen på mer detaljerad metodkunskap skapade däremot en osäkerhet hos teamet som förväntades utföra insatserna. Nätkrafts långa erfarenhet av att arbeta med även förberedande träning, och det faktum att man hade med sig en redan befintlig grupp klienter in i projektet, gjorde starten komplicerad. Verksamheten den första tiden i projektet framstår metodmässigt som en sorts hybridform där den nya praktiken skulle växa fram ur den gamla och beprövade.

Implementeringen präglas av en medveten drift av metoden, där tydliga avsteg redan görs vid själva designandet av projektet. Detta gäller främst valet att inte driva SE-arbetet integrerat med ett psykiatriskt öppenvårdsteam, men också avgränsningen mot en delvis annan målgrupp än den IPS har utprovats för. Dessa avsteg framstår som relaterade till varandra då Samordningsförbundets initiala avgränsningar mot yngre personer med närhet till arbetsmarknaden inte med någon självklarhet har en klar mottagare inom den psykiatriska vården. Det finns inget specifikt behandlingsteam att utgå ifrån utan man kan förvänta sig en bred rekrytering från flera delar av kliniken. Nu verkar dock valet att driva verksamheten inom socialtjänsten ha uppfattats som självklart och okontroversiellt redan i planeringsskedet, trots att man nog kan hävda att det är att exkludera en av de absoluta kärnkomponenterna i arbetsmetoden. Ett skäl förefaller vara rent pragmatiskt: det var Nätkraft som riskerade att stå utan finansiering och som deras ledning nu försökte rädda via ny extern finansiering. Ett annat skäl är naturligtvis det oklara ansvarsförhållandet när det gäller den aktuella insatsen, och där en kommunal huvudman har betraktats som "minst fel" i sammanhanget i förhållande till de andra organisationerna. En placering av SE inom socialtjänsten framstår som den minst radikala (jfr. Czarniawska-Joerges, 1995), och därmed den minst krävande strategin att genomföra.

NYCKELKOMPONENTERNA OCH DEN INRE MILJÖN

Teamet och dess nätverk

SE-projektet utgick från det befintliga team som Nätkraft utgjorde, men några månader efter projektstarten gjordes en rekrytering av ytterligare två medarbetare. Representanterna för Samordningsförbundet, AF, FK och psykiatrin uppfattade alla teamet som bra sammansatt och väl balanserat. Några uttryckte särskild belåtenhet med de nyanställda som man bedömde kompletterade det befintliga teamet genom sitt strukturtänkande och kontakter in mot bland annat FK. Just kontaktnätet gentemot AF och FK ansåg bland annat psykiatrins representant hade varit en svag punkt hos den befintliga personalen. AF:s representant lyfte fram mixen av kompetens i teamet där vissa som arbetat länge med frågorna bevakade sin upparbetade praxiskunskap medan mer oprövad personal drev på i riktning mot förnyelse.

Olikheterna mellan personalmedlemmarna beskrevs i stort som en tillgång, men när det gäller synsätt och inställning till SE-arbetet fanns också exempel på tänkbara konfliktområden. Några av intressenterna hade noterat hur personalen, inklusive den inkopplade handläggaren från FK, hade olika syn på hur länge man skulle arbeta med en klient innan man skulle aktualisera honom eller henne till FAROS-processen. Flera i teamet samt handläggaren var motvilliga alternativt väntade länge med att föra över klienten, vilket enligt några utsagor försvårade samarbetet med FK och AF. Föreställningarna om SE och strategierna för arbetet beskrevs inte heller på samma sätt av alla personalmedlemmar. En personal, som kom till verksamheten innan SE-projektet formellt startade men efter det att den inre verksamheten på Nätkraft försvunnit hade reagerat:

Jag hade lite andra förväntningar. När jag kom hit blev det en liten överraskning: är det så här lite klientkontakter man har? Att man bara träffar dem vissa tider. Det blev liksom lite snopet att just den inre verksamheten var borta då. Jag hade förväntat mig, vad ska man säga, liv och rörelse i huset. Det blev väldigt öde.

(anställd i SE-teamet)

Även den personal som funnits på Nätkraft länge tvekade inför nyordningen:

Vi i personalen var ju mycket tveksamma till det här från början. Så upplevde jag det i varje fall. Att vi var tveksamma till att rasera hela det här som vi hade byggt upp under så många år.

(anställd i SE-teamet)

Implementationsklimatet tidigt i projektet var delat när det gäller den specifika SE- och IPS-metodiken. Några av de anställda drev frågan om ett introduktionsprogram (studiecirkel kompletterat med friskvård) som man också prövade en tid innan det togs bort. Andra beskrev ett förhållningssätt där man mer fokuserade insatserna mot att snabbt hitta reella arbetsplatser att knyta kontakt med.

För några av teammedlemmarna fanns redan vid projektstarten upparbetade kontakter, både mot berörda myndigheter och mot arbetsgivare. Dock beskrivs en progress över tid där man vid varje uppföljning angav större nätverk och mer etablerade kontakter. Från början fanns egentligen bara en ingång i FK:s verksamhet då en särskild handläggare var kopplad till projektet. Denna ordning ändrades under den senare delen av projekttiden, vilket innebar att en rad nya relationer behövde upprättas med FK:s ordinarie handläggare. Under större delen av projektet fanns också en uttryckt osäkerhet i kontakten med AF, och frågan om hur samarbetet skulle se ut mellan teamet och framför allt FAROS. Representanter för både socialtjänsten och psykiatrin beskrev också vid uppföljningsintervjuerna hur teamet blivit tydligare i sin roll och stärkt kontakterna med psykiatrins personal.

Kontakterna gentemot arbetsgivare och företag angavs som avgörande för ett framgångsrikt arbete. Teamet beskrev hur man identifierat kunskapsbrister hos sig själva när det gäller förmågan att marknadsföra och "sälja in sig" hos arbetsgivare, vilket resulterade i en utbildning som man anordnade till sig själva i samarbete med arbetsledaren. Man gav också bilden under alla intervjuerna hur viktig personliga relationer med arbetsgivarna var, där man hälsade på hos arbetsplatsen och försökte agera flexibelt, vilket ofta innebar att man i första läget avstod från tydliga krav på anställning.

Utbildning och handledning

Personalgruppen erbjöds, tillsammans med arbetsledning och några samarbetspartners, en utbildning i SE, förmedlad av Örebro universitet. Detta skedde en bit in i projektet, flera månader efter det att nya klienter tagits in. Positiva omdömen om utbildningen handlade om att man fått ett gemensamt språk, en teoretisk förståelse för arbetssättet och att man fick ett forum för en dialog mellan varandra och med de andra aktörerna som deltog. Kritiken rörde bristen på praktikbaserad och konkretion – personalen saknade fallbeskrivningar och inslag som rörde den praktiska tillämpningen av metodiken. Utbildningsanordnarna saknade praktisk förankring i arbetet med den aktuella målgruppen, och några referenser till den specifika IPS-modellen gjordes inte under utbildningen.

I början av 2007 kompletterades utbildningen av metodhandledning vid 15 tillfällen från en privat verksamhet som länge praktiserat SE, men i första hand för personer med neuropsykiatriska funktionshinder och inte enligt IPS-modellen. Personalen uppskattade detta stöd, men beskrev även i detta fall handledningen som relativt teoretiskt inriktad.

Alltså vi får påfyllnad av teorin när vi har handledning. Sen är det komplicerade att matcha det med verkligheten och de krav som finns. Där har jag fått hålla på och vrida och vända. Dom trycker på teorin och vi trycker på: så här ser verkligheten ut.

(anställd i SE-teamet)

Senare under projekttiden bestämde sig personalen för att skaffa handledning som inte var metodspezifisk för SE, utan som i huvudsak rörde individärenden och gruppprocesser. Detta understöddes av arbetsledaren som uttryckte att personalgruppen "var klar med den biten", dvs. den metodorienterade handledningen.

Arbetsledning och styrning

Vid den första intervjun med SE-teamet uttrycktes en frustration över frånvaron av arbetsledning och experter på SE-metoden som kunde ge vägledning i arbetet. Arbetsledaren (tillika projektledaren) inom intraprenaden hade starkt begränsad tid i sin tjänst åt att leda SE-projektet vilket personalen tydligt märkt. Man reagerade också på att denne inte visste mer om metodiken än de själva och att han inte heller hade något egentligt handlingsutrymme som ledare, då projektet var helt beroende av Samordningsförbundet och de myndigheter som fanns i styrgruppen.

Om man kommer in som medarbetare i ett sådant här projekt så tänker man att arbetsledaren borde ligga steget före, och hjälpa till att strukturera upp och beskriva samordningsförbundet struktur och ordning. Vara ett stödjande bollplank.

Men sedan är det också att han är projektledare, och då finns det någon slags makt eller mandat. Men det har han ju inte. Han har ju inget att säga till om över de andra organisationerna FK och AF. Ja, det är ett stort handikapp att det inte är ett fristående projekt, utan en del av en redan befintlig verksamhet (läs: Samordningsförbundet).

(två anställda i SE-teamet)

Situationen framstod senare i projektet som mer tillfredsställande. Vid båda uppföljningarna 2008 och 2009 beskrevs arbetsledaren som mer närvarande och med bättre insyn i verksamheten, vilket denne själv också beskrev vid uppföljningsintervjun 2009. Förändringen hade blivit möjlig genom mer tidsutrymme i arbetsledarfunktionen, regelbundna träffar samt specifika åtgärder för att få mer direkt insyn i klientarbetet. En annan viktig del av arbetsledningen av projektet utgjordes av den styrgrupp som Samordningsförbundets samordnare och projektledaren höll samman. Gruppen bestod av representanter för de fyra huvudmännen samt Samordningsförbundet, och beskrevs från början som engagerad men på distans från teamet. En del personbyten försvårade kontinuiteten i gruppen, framför allt när det gällde representationen från FK och AF. Styrgruppens krav på ett ökat intag av klienter upplevdes negativt av teamet som saknade en dialog med ledningen. Dock förändrades upplevelsen även här under projektiden. Vid uppföljningarna 2009 beskriver både personalgruppen och intressenterna styrgruppen som ett starkt, kunnigt och engagerat forum. Gruppen består både av personer i chefsställning och av några andra representanter som sitter med på grund av sina specifika kunskaper kring arbetsrehabilitering, bl.a. en erfaren kurator från psykiatri och en FAROS-handläggare från AF.

Jag tycker det är roligt att gå dit, alltså det är bra stämning, det finns en väldig ambition att göra någonting bra. Jag har varit med länge i branschen, suttit i olika grupper under åren, och jag tycker det är en helt annan tyngd i det här arbetet jämfört med det mesta jag varit med om tidigare. Här är det fyra organisationer som skriver på att man ska göra någonting bra. Det finns en ambition att lösa problem.

(representant för psykiatri i styrgruppen)

Jag måste säga att de lyssnar, man känner inte det där hotet, eller tvånget att de måste ge direktiv. Jag tycker att de lyssnar rätt, och att de har förståelse, att de vill förstå. Tidigare var det: varför är det så långt kö? Nu får dom en förklaring till varför det är kö, och kan vara lugn med det.

(anställd i SE-teamet)

Den främsta anledningen till den förändrade synen var enligt samstämmiga utsagor beslutet att inkludera en av SE-personalen i styrgruppen. Denna person fungerade som en naturlig informationskanal i båda riktningarna och bidrog till att styrgruppen fick en annan insyn i SE-arbetet i jämförelse med innan. Flera intressenter beskrev hur de nu upplevde sig uppdaterade, och att ledningsarbetet kunde bli mer konkret.

Underlättande rutiner

Arbetet med SE villkoras och påverkas av den struktur och de rutiner som finns kopplad till teamet. I början av projektet utgjorde rekryteringen av klienter en process i flera steg där de avgörande bedömningarna gjordes av en partssammansatt rekryteringsgrupp som träffades en gång per månad. Både personalgruppen och arbetsledningen upplevde detta system som trögt och omständligt, vilket tydliggjordes i samband med att kraven på ett ökat intag lades fram. Kravet blev svårt att praktiskt realisera då de glesa mötena stoppade upp processen.

Att ta in klienter med hjälp av rekryteringsgruppen blev för klumpigt, vi hade ju träffar bara, jag tro det var en gång i månaden. Och i och med att vi skulle öka intaget, ja det föll på sin egen orimlighet – det blev en kö när vi egentligen behövde ha ett löpande intag.

(representant för socialtjänsten)

På arbetsgruppens initiativ ändrades rutinerna under projektidens senare del. Rekryteringen kom nu att göras löpande av teamet själva, som genom kontakter med den enskildes kontaktperson inom psykiatri och med handläggare på FK väsentligt kunde snabba upp processen.

Kommentar

Att döma av utsagorna så har SE-teamet haft en god "social arkitektur" (jfr. Damshroder et.al., 2009) med en mix när det gäller kön, utbildning, erfarenhetsbakgrund och perspektiv på arbetet. Ur implementeringssynpunkt kan man notera det motstånd som funnits i delar av arbetsgruppen när det gäller den aktuella metodiken. Detta kan man tolka som en naturlig konsekvens av att driva igång projektet med "gamal" personal och delvis även "gamla klienter" där nyordningen kan uppfattas som ett underkännande av tidigare valda arbetsätt och perspektiv. Om vi utgår från kunskapssammanställningen från Fixen och kollegor (2005) så har man i detta projekt frångått nyckelkomponenten som innebär att man gör en medveten och noggrann rekrytering av den personal som ska implementera en metod. Två personalmedlemmar rekryterades specifikt för att utföra SE, medan den redan befintliga personalen fått sina anställningar på delvis andra grunder. De olika kulturer och synsätt som har funnits tycks, kombinerat med en mjuk metodstyrning, ha inneburit en tillämpning av arbetsättet som skiljer sig åt mellan teammedlemmarna. Förutsättningarna har alltså inte varit optimala för ett gott implementationsklimat, åtminstone om man förväntar sig ett programtroget arbete. Trots detta tyder det mesta av vårt insamlade material på att teamet utgjort en på det stora hela välfungerande plattform för projektet. En aspekt av att starta ett metodutvecklingsprojekt ur en redan befintlig verksamhet som kan sägas vara positiv, är de kontaktvägar och nätverk som personalen hade med sig in i projektet och som innebar möjligheter till en snabbare uppstart.

Utbildning, träning och metodhandledning lyfts fram som en annan nyckelkomponent för en effektiv implementering (Fixen et.al., 2005). Här har förutsättningarna för SE-projektet varit långt från optimala. Vare sig personal eller ledning har haft någon tillgång till metodexpertis, vare sig i samband med utbildningen eller efteråt, åtminstone om man betraktar IPS som förlaga eller "originalmodell". Det har funnits viss generell kunskap om arbetsättet hos flera aktörer och viktiga personer med anknytning till projektet, men vare sig utbildningen eller handledningen verkar ha haft den "träningsskärpt" som forskningen betonar som central. Däremot har input givits i utbildningen som bidragit till en gemensam teoretisk förståelse, eller ett perspektiv, på SE-arbetet. Sammantaget har det inte funnits den säkerhet i fråga om SE-metodikens "handgrepp" för att kunna genomföra en hård implementering av metoden. I stället har både personalgruppen och ledningen i viss mån fått pröva sig fram utifrån arbetsmodellens grundprinciper, men utan någon expertis eller något inbyggt system för feedback. Emellertid finns det inslag under processen, t.ex. besöket från nationell expertis i samband med planeringen, ett seminarium med fokus på forskningen om SE samt arbetet med programtrohetsbedömningarna, som i viss mån fungerat som både kunskapsstillskott och feedback för ledning och personal.

Upplevelserna av arbetsledningen har också skiftat över tid. Problemen har, likt i flera tidigare studier på området, bestått i för lite utrymme till ledning samt brister i legitimitet och status hos ledningen. I det här fallet komplicerades frågan om ledning och styrning då projektet haft en dubbelkoppling, där intraprenaden varit formell huvudman men Samordningsförbundet finansiär och värd för den kvartett organisationer som stått bakom satsningen. Å ena sidan en arbetsgivare och en arbetsledare, å andra sidan en styrgrupp med representation från stora delar av välfärdssektorn. Den oklara hierarkin och beslutsordningen har även skapats ur frånvaron av auktoriteter på det specifika insatsområdet. Det har inte funnits någon lokal expert eller "moralisk entreprenör" (Hasenfeld, 2010) som projektet kretsat kring. Vårt material visar dock på en utveckling där den relativa autonomin i en projektorganisation har utnyttjats för att komma tillrätta med en del av problemen. En åtgärd var att helt enkelt knyta arbetsledningen hårdare till teamet och prioritera mera utrymme för ledning. Den andra åtgärden, enkel men avgörande, var att bryta upp den vertikala strukturen genom att låta personalgruppen representeras även i projektets styrgrupp. På så sätt byggde man in en informationskanal mellan strateger och utförare, vilket stärkt båda parter i fråga om kulturkompetens, förankring och legitimitet. Dessutom kan risken för isolering reduceras, vilket är en risk i projekt med mjuk styrning och stora avstånd mellan ledning och projektgrupp.

ORGANISATIONSFAKTORER

Samordningsförbundets betydelse

SE-verksamhetens status som ett projekt inom Samordningsförbundet i Umeå är en central omständighet för att förstå implementationsprocessen och verksamhetens position i det lokala välfärdssystemet. När vi i början av projektet frågade

både teamet och intressenterna om detta var förväntningarna höga på förbundets roll. Det kunde utgöra en sammanhållande struktur för alla organisationer med ett delansvar på området "stöd till arbete för personer med psykiskt funktionshinder". Man föreställde sig att inplaceringen skulle innebära stora frihetsgrader för projektet där man kunde ha tillgång till myndigheternas kompetens och funktioner men samtidigt bedriva ett flexibelt och individcentrerat arbete. Till en del realiserades förväntningarna. Vid de senare intervjuerna beskrevs förbundet som en absolut förutsättning för att projektet kunde starta och sedermera även överleva efter projekttiden. Ett skäl angavs vara det både kort- och långsiktiga ekonomiska stödet och att insatsområdet passade in i förbundsstyrelsens policy. Ett annat skäl var samordnaren för Samordningsförbundet. Denne beskrevs som den enskilt viktigaste personen under själva genomförandet, han hade förankrat frågor i förbundets styrelse och fungerat som länk mellan de involverade parterna.

För att få saker att fungera i Samordningsförbundet, då räcker det inte att tota ihop chefer från respektive myndighet. Du kan i och för sig få dem att skapa en positiv dialog, men du måste se till att få en person som kan lägga ner tid på en nätverksstruktur. Att hålla i dagordningen på något sätt. Nu har vi en person som tidigare jobbat övergripande över flera organisationer.

(representant för FK)

Han har varit avgörande för att det ska funka. Han har kunskap och fötter i båda lägren, hans kanaler mot FK och AF har varit ovärderliga. Sedan tror jag att den sammankallande funktionen behövs, för att hålla ihop styrgruppen helt enkelt, även i framtiden.

(representant för socialtjänsten)

Då det aktuella insatsområdet, som tidigare påpekats, inte ansvarsmässigt och i sin helhet kan adresseras en huvudman, förefaller idén att sammanföra aktörerna som en rimlig strategi. Alla intressenter uttryckte också att denna struktur givit legitimitet åt projektet, och skapat ett tryck på myndigheterna att vara lojala och ställa sig bakom satsningen. Dynamiken mellan organisationerna hade dock från början varit präglade av rollfördelningen i samband med ansökan och planeringen av projektet, vilken inte varit optimal enligt flera utsagor. Processen hade enligt en representant för psykiatrin varit stressig och inneburit att alla organisationer, bland annat AF, inte funnits med från början. Projektansökan var i huvudsak en produkt från socialtjänsten och deras socialpsykiatriska intraprenad. Under den första tiden hade också FK:s engagemang sviktat. Frågan kulminerade i ett läge där nämnda organisation inte ville ingå ett nytt avtal (hösten 2007), men löstes efter det att samordnaren agerat och förbundets styrelse markerat vikten av att FK även fortsatt tog aktiv del i projektet.

Representanter från alla fyra organisationerna möttes regelbundet i projektets styrgrupp. Den tidigare beskrivna mixen av chefer, praktiker och sedermera en teammedlem från SE-gruppen, beskrevs inte som ett problem. Gruppen bedömdes, framför allt vid uppföljningsintervjun, som engagerad och präglad av ömsesidig respekt mellan ledamöterna. Flera av intressenterna upplevde att de fått en mer nyanserad och positiv bild av varandras organisationer. Samordnaren beskrev dock vid båda intervjutillfällena utmaningen med att driva ett arbete där så olika kulturer och synsätt fanns. Socialtjänsten och psykiatrin drevs av mjuka värden och arbetade företrädesvis med långa relationer, medan FK och AF styrdes av detaljerade regler och tidsramar där "avslutning är en dygd". Olikheter hade blivit mest tydliga i frågan om hur länge klienterna kunde vara i en bedömnings- eller utredningsfas och i vilka lägen ärenden kunde avslutas. Emellertid uttryckte samordnaren hur polariseringen minskat med tiden.

Oklar aktör på myndighetskartan

Oaktat Samordningsförbundets funktion av att kunna samla myndigheterna och göra projektet till "allas", så har det under de tre projektåren funnits en osäkerhet hos SE-teamet rörande deras roll och handlingsutrymme. Personalgruppen upplevde inte vid första intervjun att de hade vare sig någon särskild frihet eller någon utmejslad position genom sin status som projekt hos samordningsförbundet.

Varje organisation är bunden av sina regelverk. Jag märker av det och påverkas av det i mitt direkta arbete. Det är inte så att jag känner mer frihet i projektet, utan snarare så att Samordningsförbundet styr de kriterier som vi ska följa. Och har de informerat andra organisationer om vad som gäller?

Det känns inte friare, för vet AF hur vi förväntas arbeta, vet psykiatrin, och FK? Har de samma krav på att hjälpa oss? Jag har frågat efter det sedan starten, men jag vet inte ännu vilken roll respektive aktör ska ha i det här (två anställda i SE-teamet)

Erfarenheten från teamet var att man inte hade någon formell legitimitet i stödsystemet att hålla ihop arbetsrehabiliteringen själva, utan man hade att anpassa sig gentemot de regler och rutiner som fanns inom de omkringliggande myndigheterna. Detta handlade framför allt om relationerna till FK, AF och deras s.k. FAROS-samarbete, och kunde konkret röra sig om en osäkerhet om och när en klient i praktiken skulle flyttas över till FAROS eller om hur olika regler påverkade ersättningsnivåerna för den enskilde. Några ur personalen uttryckte en frustration över att arbetet i så hög utsträckning hade kommit att handla om "tekniska" frågor om formella ansvarsgränser, regler och anställnings- och stödformer. Senare under projektiden uttrycktes också en upplevelse hos teamet att stödsystemet var befolkat av ett stort antal liknande arbetsrehabiliteringsinsatser med ambitioner om att leverera "helhetslösningar", och som tenderade att konkurrera och ta ut varandra.

Under de första åren togs rekryteringen av klienter upp som en illustration på hur myndigheterna begränsade SE-teamets handlingsutrymme. Man var beroende av beslut från FK och remiss från psykiatrin, och varje ärende inbegrep handläggare, kontaktpersoner på psykiatrin samt den partsammansatta rekryteringsgrupp som skapats för projektet. Intaget av klienter blev enligt flera av intervjupersonerna både byråkratiskt och utdraget i tid. Som tidigare beskrivits förenklades antagningsproceduren under projektets senare del. Ytterligare en försvårande organisatorisk faktor som betonades i intervjuerna var projektformen, som personalen menade försvårade både klientarbetet och relationerna mot myndigheter och arbetsgivare: man kunde helt enkelt inte lova för mycket i kontakterna då man inte visste om verksamheten skulle finnas kvar.

De fyra huvudmännen

Psykiatrin var en av de organisationer som haft ett tidigt engagemang i projektet, och där fanns också några av de "semi-champions" som specifikt intresserat sig för SE och IPS-modellen. Från början beskrevs psykiatrins personal inte sällan se på SE-coacherna som en sorts exklusiv case manager-funktion, som kunde fungera sammankallande och engagera sig i klientens hela livssituation. Denna bild ändrades med tiden, och vid de senare uppföljningarna beskrevs psykiatrin ofta vara välförberedda och välinformerade i samband med att ärenden initierades. En orsak till denna förändring angav både SE-teamet och flera av intressenterna vara den heltidsresurs (fördelad på nyckelpersonerna nämnda ovan) som samordningsförbundet satsade inom psykiatrin för att internt informera och utbilda om projektet och SE-metodiken (avslutades december 2009). Medlen hade funnits inom samordningsförbundet redan från början av projektiden men styrdes om till nämnda resurs. Följden av satsningen var enligt SE-teamet och psykiatrins representanter att projektet fick mer välförberedda och motiverade klienter där målsättningarna var tydligt angivna till att vara lönearbete.

Försäkringskassan är den organisation som under projektiden haft mest problem med kontinuiteten i styrgruppen och på ledningsnivå. I det praktiska arbetet kom kontakten de första åren att utgöras av en enda person, vars tjänst till delar även finansierades av projektet. Både teamet och handläggaren beskrev hur nära samarbetet varit, och hur handläggaren kommit att i det närmaste betraktas som en i teamet. Svagheten med denna lösning var enligt flera av intressenterna personkänsligheten och den bristfälliga förankringen i FK:s ordinarie verksamhet. Handläggaren riskerade att frikopplas från sin moderorganisation, dessutom beskrev teamet dennes arbetssituation som på sikt ohållbar. Under det sista projektåret förändrades modellen, och ansvaret för kontakten med SE-teamet fördelades ut på alla ordinarie handläggare. Både Samordningsförbundets och FK:s representant i styrgruppen menade att detta varit ett värdefullt beslut för att tydligare koppla på FK:s reguljära organisation i arbetet med SE. Även personalen beskrev kontakten med handläggarna som konstruktiv.

Det är inspirerande just för att det finns en nyfikenhet hos handläggarna, den här viljan att samarbeta, att man lär av varandra. Då menar jag inte att de ändrar på regler och rutiner som de måste följa, men att hitta en planering så att jag och klienten vet vad som gäller när det handlar om t.ex. ekonomin. Men sedan är det egentligen deras ordinarie uppdrag, men det blir mer tydligt nu. Dom gör på samma sätt som med övriga ärenden, det är ingen större skillnad. (anställd i SE-teamet)

Arbetsförmedlingen framstår i materialet som en myndighet där ledningsnivåerna varit relativt osynliga och inaktiva i SE-projektet. Organisationen involverades också sent, och har i liten utsträckning, enligt flera av intressenterna, sett projektet som "sitt". Deras roll bedömdes däremot som mycket central, då grundverksamheten och FAROS överlappar SE-verksamhetens uppdrag och då överenskommelsen föreskrivit en formaliserad kontakt mellan projektet och AF. Denna relation beskrevs under de första åren som oklar och svårmotiverad, då framför allt aktualiseringen av ärenden till FAROS innebar en parallellprocess med samtidiga insatser från två håll för stöd till arbete. Under projekttiden etablerades dock kontakterna mellan SE-personalen och handläggarna, och relationen "institutionaliserades" när en FAROS-handläggare fick en plats i SE-projektets styrgrupp. SE-personalen beskrev vid sista intervjun goda personkontakter och hur man kunde arrangera smidiga övergångar till FAROS, men att känslan av att göra dubbelarbete kunde finnas ibland.

Socialtjänsten fungerar som formell huvudman för Nätkraft och SE-verksamheten, som inordnades under en enhet med verksamheter för sysselsättning och rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder. Det fanns också en lokalmässig samordning. Utöver detta framstod inte socialtjänsten som en nyckelaktör i projektet: remitteringen av ärenden skedde via psykiatrin och det konkreta arbetet med stöd till arbete samordnades främst utifrån det befintliga ansvaret hos FK och AF. Både personal och ledning för SE-projektet betonade återkommande hur projektet skulle betraktas som något skilt från daglig sysselsättning. I intervjuerna förekom sällan exempel där socialtjänstens övriga insatser beskrevs, eller där socialtjänsten fanns med som en tydlig part i samverkan och planering. Representanten för FK uttryckte emellertid i uppföljningsintervjun hur den nyss introducerade "rehabiliteringskedjan" inom sjukförsäkringen kunde innebära att socialtjänstens verksamhet för försörjningsstöd blev en samverkanspart i framtiden.

Kommentar

De organisatoriska faktorerna är betydelsefulla för att förstå implementeringen av SE, inte minst eftersom projektet rört sig i en miljö där en rad aktörer, med sina unika villkor, varit involverade. Som framgått har närvaron av ett samordningsförbund starkt påverkat förloppet. Förbundet har varit helt avgörande för projektet, och logiken med en samordningsfunktion för de fyra huvudmännen kan i en mening sägas vara en optimal lösning för införandet av just den här aktuella arbetsmetoden i det svenska välfärdssystemet. Idéerna bakom SE-metodikerna verkar ha legat i linje med förbundets policy, och projektets genomförande har också underlättats av en god finansiering. Dessutom har denna samordnande struktur kompletterats av det implementationsforskningen kallar för en "purveyor" eller möjliggörare (Fixen et.al., 2005; Guldbbrandsson, 2007). Denna person, förbundets samordnare, har haft ett stort socialt och kulturellt kapital samt breda kontaktytor in mot flera av de involverade myndigheterna. Samordningsfunktionen har kompletterats av en styrgrupp som med tiden blivit allt mer pragmatiskt sammansatt med fokus på projektets syfte, inte på en rutinmässig och hierarkisk chefsrepresentation. Det man förlorar i formell förankring, har man vunnit i engagemang och förståelse för arbetets karaktär. Dessa anpassningar av organiseringen har gjorts fortlöpande, och verkar ha underlättats av den relativa autonomi som ges genom projektformen.

Samtidigt som samordningsförbundet möjliggjort en bred samling av organisationer runt projektet, är den organisatoriska passformen i grunden bristfällig (jfr. Damschroder et.al., 2009). Samordningsförbundet finansierar verksamheten och håller (under projekttiden) samman styrgruppen, men är inte "moderorganisation" i formell bemärkelse. Det är i stället socialtjänsten, vilket motiveras med hänvisning till projektets förhistoria och till det breda ansvaret för medborgarnas levnadsvillkor som regleras i socialtjänstlagen. Verksamheten har inte heller, som framgått tidigare, integrerat stödet till arbete med övriga sociala och psykiatriska insatser. Legitimiteten för SE som projekt tycks med tiden blivit hög, men statusen som formell funktion är oklar. Myndigheterna har inte överlämnat några av sina mandat till teamet, om man bortser från psykiatrens tidiga förväntningar om att SE skulle ta sig an "hela" deras ärenden. Man får i stället anpassa sig helt till den redan uppritade kartan av domäner, och blir på så sätt helt beroende av de andra organisationerna. Detta ställer höga krav hos SE-personalen när det gäller kunskap om gällande regler, rutiner och procedurer hos framför allt FK och AF. Alternativet är att man helt förlitar sig på sina kontakter inom myndigheterna, men det skapar ytterligare beroende och begränsar teamets handlingsutrymme. Dessutom finns risker för dubbelarbete, som i fallet FAROS då man haft dubbla och parallella flöden i stället för att ge SE-teamet helhetsansvaret.

Sammantaget så gör det sektoriserade svenska välfärdssystemet att SE-metodikens tillämpning och resultat till betydande del kommer att vara villkorat av faktorer hos de omkringliggande organisationerna. Till en del handlar placeringen av SE-

projektet på välfärdskartan om den målgrupp som man valt att arbeta med. Nu riktas insatserna till en bredare målgrupp än vad originalmodellen IPS designades för, och därför blir den traditionella lösningen med ett förstärkt psykiatriskt team med inriktning mot psykosjukdom, mindre lämplig. I stället för en tydlig integrering mellan stöd/behandling och jobbcoachning, har insatsen placerats närmare den välfyllda "mainstream"-fåran av olika arbetsrehabiliteringsinsatser som samordnas och erbjuds av aktörer som AF, kommunala arbetsmarknadsenheter, projekt inom samordningsförbunden, jobbcoacher mm. På så sätt blir också konkurrensen från liknande enheter och projekt större.

De enskilda organisationernas agerande gentemot SE-projektet tycks i huvudsak ha underlättat implementeringen. Det har funnits en samarbetsvilja och en öppenhet för projektet, om än kulturskillnader har funnits. Psykiatrin är den organisation som mest offensivt arbetat för att förankra kunskapen om arbetssättet, antagligen för att man har en avgörande roll som "ingång" till SE-insatserna. Här har också funnits vad Daft (2007) kallar "gränsöverskridande personal" som fungerat som budbärare mellan i det här fallet projektledningen och personalen på den psykiatriska kliniken. De har aktivt arbetat med konsultation och utbildning i rehabilitering och SE-metodik, vilket kan ses som en strategi för att kompensera för den icke-integrerade organisationsformen. Enligt vårt material verkar man bland annat ha lyckats åstadkomma en god "beställarkompetens" hos den psykiatripersonal som motiverar klienter och initierar ärenden till projektet. Ansträngningarna har skapat legitimitet för en arbetslinje inom psykiatrin, men då insatsen i sig är organisatoriskt frikopplad från kliniken, kan man anta att denna legitimitet återkommande måste återerövas med nya informationsinsatser.

Ett annat spännande exempel från materialet som rör organisatorisk förankring är de medvetna åtgärderna inom FK under projektets senare del. Man verkar ha sett risken med ett väl hopbyggt samarbete mellan teamet och en enskild handläggare, vilket vid första anblicken kan betraktas som effektivt, men som på lång sikt riskerar att försvaga en bred organisatorisk förankring och legitimitet inom myndigheten. Genom att lägga ut ansvaret på alla handläggare kunde man "normalisera" SE-insatsen och undvika den risk för isolering som finns i frikopplade projektorganisationer (Johansson, Löfström och Ohlsson, 2000; Markström, 2003).

OMGIVNINGSFAKTORER

Välfärdsområdets ramar

Det har även funnits faktorer som vare sig teamet, arbetsledningen eller Samordningsförbundet haft kontroll över, och som påverkat möjligheterna att implementera SE-metodiken. Som tidigare beskrivits angav personalen tydliga ramar för arbetet som sattes av befintliga regler inom de omkringliggande myndigheterna. Det fanns bedömningar inom FK och AF som måste inväntas och fasta tidsgränser gällande flera av de åtgärder man behövde anpassa sina insatser efter. Ersättningsystemen var en annan central faktor som styrde vilka val SE-personalen kunde göra tillsammans med den enskilde, det gällde enligt flera av de anställda att hitta lösningar som gav incitament för arbete och inte innebar att privatekonomin försämrades för klienten i en arbetsrehabilitering eller anställning. Frågan återkom under alla tre intervjuerna med teamet, och handlade vid sista tillfället om den förestående rehabiliteringskedjan och den beslutade bortre gränsen för sjukförsäkringen. Försäkringskassans representant resonerade vid sista intervjun om förhållandet mellan SE-projektet och förändringarna i sjukförsäkringen, och menade att det fanns ett spänningsförhållande mellan teamets icke tidsavgränsade insats och hela systemets (och FK:s) inriktning på korta processer. Ett villkor för klienterna inom SE hade varit att man fick ersättning från FK, men han menade att man på grund av rehabiliteringskedjan skulle bli tvungen att inkludera även personer med försörjningsstöd och därmed förstärka samarbetet med socialtjänsten. Även representanterna för samordningsförbundet och psykiatrin uttryckte en oro för att de nya bestämmelserna i frågor om ersättning för den enskilde skulle komma att störa processen, liksom uttolkningen av begreppet arbetsförmåga för gruppen av människor med psykisk ohälsa.

Arbetsmarknaden

En omgivningsfaktor som en majoritet av informanterna tydligt refererade till var arbetsmarknaden och tillgången till arbetsplatser och anställningar. Den första tiden i projektet var den lokala konjunkturen stark, men vid den sista uppföljningen

mars 2009 (ett halvår innan den globala ekonomiska krisen) beskrev personalen sina erfarenheter av hur arbetsmarknaden drastiskt försämrats.

Det är just det här att företagen slimmar sina organisationer mer och mer. Arbetsgivarna tycker ju att de inte har några möjligheter, att de har det väldigt jobbigt rent ekonomiskt. Framför allt möter jag osäkerheten: vad händer inför det nya året, allt med arbetsträningen kan vara positivt, men vågar jag anställa?

(anställd i SE-teamet)

Det var inte bara anställningar som var svåra att hitta, SE-teamet uttryckte också hur mycket svårare det blivit att ens hitta av en praktikplats för sina klienter.

Sedan känns det också som det är fullt. Det är så himla många aktörer där ute. Vart man än ringer så har de praktikanter som arbetstränar. Det är många som konkurrerar om platserna.

(anställd i SE-teamet)

En omgivningsfaktor som naturligtvis påverkat, och som varit en förutsättning för den aktuella satsningen, är fenomenet finansiell samordning och uppbyggnaden av samordningsförbund. Paradoxalt nog upplevdes Samordningsförbundets övriga satsningar och projekt påverka SE-projektets framkomlighet på den lokala arbetsmarknaden. Både förbundets samordnare och några ur SE-teamet beskrev skillnaderna mellan flera av samordningsförbundsprojekten som otydliga. Både målgrupper (med betoning på unga), arbetsmetodik och organisering kunde vara snarlika och en viss konkurrenssituation hade uppstått. Samtidigt som den rika floran upplevdes hindrande fanns också uttryckta idéer om att bättre samordna sig och utnyttja varandras erfarenheter mellan projekten.

Prioritera de unga!

Ytterligare bakomliggande faktorer som några informanter reflekterade över, var allmänna föreställningar och politiska prioriteringar som styrde både tillkomsten av och inriktningen på projektet. Vid tidpunkten för planeringen av projektet hade frågan om ohälsan och arbetslösheten hos landets unga befolkning förts fram, och en allmän politisk opinion argumenterade för vikten av att unga vuxna bereddes en väg in på arbetsmarknaden. Styrelsen för samordningsförbundet i Umeå markerade redan vid sin tillblivelse att man skulle prioritera insatser för unga människor. Dessa villkor kom att påverka hela inriktningen även av SE-projektet, då Nätkrafts ledning anpassade ansökan efter de explicita prioriteringarna. I efterhand verkar det mindre troligt att förbundets styrelse skulle ha ställt sig bakom en ansökan enligt originalmodellen IPS, med psykiatrisk prägel och med inriktning mot vuxna personer i alla åldrar med psykosjukdom.

Kommentar

I enlighet med forskningssammanställningarna av Fixen (et.al., 2005) och Damschroder (et.al., 2009) påverkas implementeringen av evidensbaserade metoder inte bara av interna omständigheter utan även av faktorer i vår omvärld. Nationella politiska beslut, massmedias rapportering och attityder i samhället kan både verka hindrande och underlättande, men fenomenen ligger oftast utanför en projektlednings handlingsradie. Det är också svårt att vetenskapligt kontrollera vilken påverkan dessa faktorer haft. För vårt vidkommande har vi dokumenterat vad de involverade aktörerna upplevt har påverkat genomförandet av projektet, men man får komma ihåg att denna typ av influenser kan existera utan att de närmast berörda är medvetna om det.

En övergripande faktor som påverkat införandet av SE är ytterst välfärdssystemet och dess konstruktion. Det är den spelplanen som myndigheterna och projektorganisationen har att förhålla sig till, och som är svår att påverka. Den har i det aktuella exemplet tydligt ramat in SE-projektets handlingsutrymme, men också motiverat tillskapandet av en organisatorisk konstruktion som samordningsförbunden. Eftersom vårt system präglas av en ansvarsfördelning mellan en mängd aktörer så har finansiell samordning bedömts som en strategi för att skapa kontakter över myndighetsgränser och optimera samordningen på insatsområden med gråzoner. Med hänsyn till det sektoriserade systemet, är det svårt att föreställa sig

en situation där SE-metodiken kan tillämpas ostört i en bubbla, trots att det ofta kan vara den exklusivitet som utmärker en tidsavgränsad projektorganisation. Här har man placerats inom socialtjänsten, styrts av logiken i ett samordningsförbund, fått sina klienter från psykiatrin och tvingats koppla upp sig och anpassa sig till procedurerna inom FK och AF. Trots rörligheten, och trots alla myndigheternas synpunkter på det egna (begränsade) ansvaret för insatsen SE, har det funnits konsensus kring kommunen som huvudman för verksamheten. Oavsett de synpunkter man kan ha på den placeringen, så har det inneburit en relativ stabilitet åt arbetet.

I övrigt kan man konstatera att satsningen designats genom tydlig påverkan från de politiska prioriteringar som funnits i samhället (och i Samordningsförbundet) vid tidpunkten för projektets planering. Unga personer med närhet till arbetsmarknaden blev fokus för projektet, trots att IPS-metodiken borde leda i viss annan riktning och trots att den befintliga verksamheten hade en redan befintlig grupp av äldre klienter. Alternativet var att stå utan finansiering.

Metoder kan ha olika känslighet för omgivningsfaktorer, beroende på vad som är målen med en insats och i vilken utsträckning en metod förutsätter "hjälp" från omkringliggande organisationer eller sektorer. Inom psykiatriområdet krävs ofta dessutom underlättande sammanhang i termer av tolerans och en inkluderande hållning i samhället och hos allmänhet, för att välfärdsinsatser ska få full effekt. SE är en metodik med mycket hög känslighet för omgivningsfaktorer. Målet med insatserna är anställning, vilket till en del påverkas av t.ex. SE-coachernas förmåga att identifiera arbetsgivare, matcha individen mot arbetsplatsen och ge flexibelt stöd. Dock är några sannolikt mer avgörande faktorer den ekonomiska konjunkturen och tillgången till jobb, samt arbetsmarknadspolitiska satsningar i termer av subventionerade anställningsformer. På så sätt kommer implementeringen av en metod för stöd till arbete att vara nära relaterad till samtida rörelser i omgivningen. Detta beroende kommenteras flitigt av informanterna i vårt material, särskilt när konjunkturen vände neråt, men det är svårt att slå fast i vilken utsträckning detta satte hinder för SE-personalens arbete.

DISKUSSION

SE överlever!

I vår beskrivning av processen med att implementera SE-metodiken i Umeå har framgått att SE-projektet under perioder inte haft någon självklar legitimitet eller tydlig roll på myndigheternas spelplan. Med tiden har det emellertid växt fram en samlad uppfattning om att verksamheten bör drivas vidare. Bland mycket annat, kan detta ses som ett resultat av det tryck som Samordningsförbundets ledning och styrelse har på de involverade myndigheterna. Förbundet fortsätter att finansiera verksamheten, men med en större andel medfinansiering från kommunens sida och med satsningar i termer av tidsutrymme för medarbetare inom de andra organisationerna. Den finansiering som FK från början krävde för sin "ambitionshöjning" har också lyfts bort. Dock bör man påpeka att det finns vissa oklarheter rörande framtida drift, då andelen av kostnaderna som förbundet står för fortfarande är betydande samtidigt som dess primära funktion är att underlätta metodutveckling och stödja projekt, inte att långsiktigt finansiera etablerade verksamheter.

Projektet har alltså överlevt och övergått till en reguljär verksamhet, vilket naturligtvis måste bedömas som en avgörande del i en lyckad implementering! En annan komponent som utgör innehållet i rapportens första del, är resultaten för de personer som fått insatser av projektet. Här kan man göra olika värderingar beroende på vad som utgör referenspunkt. Andelen personer i anställning ligger i nivå med de formulerade målsättningarna i projektet och med resultat från studier med liknande välfärdssystem, men lägre än i merparten av de internationella effektstudier som presenterats. Samtidigt finns andra parametrar att ta hänsyn till än utfallsmåttet anställning. Man bör också ta hänsyn till omgivningsfaktorer som situationen på arbetsmarknaden för att hitta av en balanserad värdering av projektets resultat.

Frågan om implementeringen har lyckats eller inte rör även relationen mellan ursprungsmetoden och den faktiska praktik som utvecklats i ett projekt. Vår studie har visat på en redan tidigt uppnådd godtagbar programtrohet i förhållande till SE enligt IPS-modellen. Däremot har (medvetna) avsteg gjorts från viktiga metodprinciper. Framför allt handlar det om valet att inte organisera insatsen som en del i ett psykiatriskt öppenvårdsteam, vilket försvagar statusen som IPS-verksamhet.

Inte enligt regelboken, men det kan bli bra ändå...

Utgår vi från de faktorer som implementationsforskningen betonat som betydelsefull vid en satsning på metodutveckling var startpunkten för SE-projektet långt ifrån regelboken. Det fanns en redan existerande verksamhet med erfarenheter av en till delar skild praktik från IPS. Man kan naturligtvis utgå från att det fanns behov av det planerade insatserna, men bakgrunden till ansökan låg framför allt i en intern drivkraft att rädda en verksamhet från nedläggning (principen om behov, se bl.a. Guldbbrandsson 2007). Engagemanget från de berörda myndigheterna var skiftande, med allt från aktivt intresserade till milt avståndstagande. Den centrala principen om medveten rekrytering följdes endast till en del då projektet "ärvde" personal som arbetat länge med verksamhetens tidigare inriktning, och som initialt uttryckte motstånd mot delar av projektiden (jfr. Bhattacharyya et. al., 2009). Det Damschroder och kollegor (2009) kallar för "implementationsklimat" var i det avseendet inte optimalt.

En aspekt av betydelse för att kunna karaktärisera en satsning på metodutveckling är vilken inställning som ledningsstrukturerna haft till den specifika metoden och dess spridning. Här skulle man kunna prata om en "mellanhållning" där projektledningen använt sig av strategin "help it happen", med hjälp av viss kunskapsförmedling och aktiviteter i syfte att underlätta användningen av SE (Fixen et.al., 2005). Styrningen av implementeringen har varit relativt mjuk, där man lämnat utrymme för lokala anpassningar och därmed för en drift av metoden, bort från originalmodellen. I frågor om målgrupp och organisationsform har ledningen själva gjort medvetna modifieringar. I rapporten har vi försökt hitta förklaringar till dessa. Projektets förhistoria gjorde det naturligt att välja kommunen som huvudman för SE-verksamheten. Sam-ordningsförbundets policy inverkade starkt på att målgruppen i projektet breddades i förhållande till traditionell IPS-tillämpning, och detta gjorde i sig att en organisatorisk integrering med t.ex. psykiatrins psykosvård var mindre lämplig. Logiken bakom Samordningsförbundet – att alla huvudmän ska vara med – tycks också ha bidragit till projektets begränsade autonomi i förhållande till främst AF och FK:s verksamheter, där en formell anpassning till FAROS gjordes. Därigenom kunde man reducera risken för att projektet skulle frikopplas och driva iväg utan förankring hos respektive part och gentemot moderorganisationen (jfr. Johansson, Löfström och Ohlsson 2000). Denna koppling till organisationerna förstärktes också senare under genomförandet då FK:s specialiserade handläggare ersattes av myndighetens "generalisthandläggare". Strategin att "bygga in" SE i myndighetssystemet har vi sett som en underlättande faktor för legitimitet och därmed för överlevnad. Däremot innebär anpassningen klara begränsningar för teamet att arbeta självständigt och individanpassat.

Kunskap om metoden är en viktig faktor som påverkar implementeringen. Även här har en mjukare form av styrning tillämpats. Till satsningen har det inte funnits någon formell koppling till en expert på metoden eller "champion". En utbildning erbjöds en bit in i projektet som gav vissa redskap både till personalen och vissa samarbetspartners – dock innehöll den inte de inslag som vi beskrivit som typiska för en hård implementering. Som exempel varken introducerades eller användes programtrohetsinstrumentet i utbildningen. Det var något som vi senare introducerade för projektet. Träningen i metodiken har varit på en mer allmän nivå, och inslagen av kontinuerlig metodfeedback har bara funnits under en tid via handledningen och i form av forskarnas återföring av resultat från studien.

Nyckelkomponenter på plats

Så här långt har vi försökt summera mycket av det som varit utmaningar för ett framgångsrikt införande av SE enligt IPS-modellen, och de avsteg från implementeringens "core components" som gjorts (Fixen et.al., 2005). Utan tvivel finns det faktorer som underlättat processen. Av stor betydelse är projektets inre miljö (Damschroder et.al., 2009), dvs. teamet och arbetsledningen. Vi har i materialet fått följa en arbetsgrupp som hittat fram till en fungerande praktik, och som byggt relationer med både arbetsgivare och de olika samarbetsorganisationerna. Vad vi kan bedöma har teamet haft en ändamålsenlig social arkitektur (a.a.) och dynamiken mellan medlemmarna har varit fungerande. SE enligt IPS är en tydligt förpackad (Jfr. Czarniawska-Joerges, 1995) och lättanvänd metodik med tydliga principer som framstår som relativt enkla att införliva – på så sätt är det möjligt att nå god programtrohet utan en hård och rigid styrning. Det är också slående hur teamet, med låg styrning utifrån i form av utbildning och metodhandledning, knappt alls drivit iväg från metodiken när det gäller arbetssätt och innehåll. De tydliga avstegen från IPS var sådant som inte teamet kunde påverka. Efter de frågetecken som initialt fanns hos delar av personalgruppen, när förträning och introduktionsprogram skulle överges, har projektets utförare kommit att framstå som tydliga företrädare för arbetssättet.

Projektets ledning framstår också som en viktig förklaring till både den konstruktiva processen av modifieringar under projekttiden och till SE-verksamhetens överlevnad. Vårt material visade på en ledning öppen för att löpande ompröva både mindre och mer omfattande frågor. Det har handlat om bland annat målgruppen, rutinerna för rekrytering av klienter och styrgruppens sammansättning. Tittar man specifikt på styrgruppen framstår sammansättningen som något okonventionell med en blandning av chefer, samordnare, baspersonal och dessutom en personalrepresentant från SE-teamet. Den brokiga gruppen har kunnat uppvisa transparens och haft möjlighet att fatta genomtänkta beslut då informationskanalerna mellan parterna varit öppna, åtminstone vertikalt mellan t.ex. psykiatrin, FAROS och SE-teamet. Man kan möjligen identifiera en svag förankring på ledningsnivå hos AF och under perioder även hos FK, men detta har kompenseras av Samordningsförbundets reglerande effekt (ingen vågar ta risken att hoppa av samarbetet). Om den avgränsade metodstyrningen varit mjuk så finns här exempel på en relativt fast ledning när det gäller andra frågor. Till detta kommer en engagerad arbetsledning som stått för en kontinuitet under hela projekttiden.

Utöver personalgruppen och ledningsstrukturen så är det lätt att identifiera de nyckelfunktioner och enskilda personer som implementationsforskningen entydigt betonar värdet av. Det lokala fältet har inte bestått av några egentliga metodexperter, men det har funnits en handfull engagerade möjliggörare med en övertygelse om att metodansatsen och de grundläggande principerna är fruktbara. På så sätt har inte projektet varit helt avhängigt en eldsjäl, om än samordnaren på Samordningsförbundet haft en nyckelroll genom att hålla ihop och försvara projektet.

AVSLUTNING

Är projektet ett typiskt exempel?

Denna rapport handlar om en verksamhet i en större svensk kommun (ca 115 000 invånare). Även om samma lagar och förordningar gäller i hela landet, talar många erfarenheter för att de lokala skillnaderna kan vara markerade. Det är bland annat sådant som lokal tradition, organisering och samarbetsklimat som kan ha betydelse för hur centrala mål fäster i lokala verkligheter. Till den aktuella kommunens fördel talar i detta sammanhang en ambitiös socialtjänst, engagerade psykiatrimedarbetare med rehabiliteringsinriktning samt ett välorganiserat samordningsförbund med stark ledning. Kommunstorleken är också en fördel – inte för liten för att sakna bärkraft för specialiserade verksamheter – inte så stor att samordningsproblemen mellan stadsdelar eller kommundelar blir överväldigande. Den relativt sett höga ambitionsnivån kan också ses som ett bekymmer. SE-teamet är utsatt för projektkonkurrens av andra rehabiliteringsverksamheter med snarlik målsättning och som man konkurrerar med, både vad gäller brukare och tänkbara arbetsgivare. En konkurrenssituation som torde kunna igenkännas i många svenska kommuner, inte minst sedan de generella arbetsmarknadspolitiska satsningarna i form av nystartjobb och liknande kommit igång. Näringslivsstrukturen med övervikt på servicesektor och förvaltning är erfarenhetsmässigt en fördel vid denna typ av arbetsplatsansskaffning. Däremot innebär det en begränsning att tillverkningsindustrin har en relativt begränsad plats inom kommunens näringsliv, eftersom många klienter önskar jobb inom denna sektor. Vår sammanfattande bedömning är att den aktuella kommunen, med sina särdrag och sin historia, ändå är tämligen typisk för sin storlek, varför resultaten med viss sannolikhet och med vissa modifikationer kan vara giltiga i andra kommuner av samma storleksklass.

Är projektet i Umeå ett typiskt försök att införa SE enligt IPS för målgruppen i Sverige? De relativt få exempel som finns delar sig grovt i två traditioner. Den ena, med exempel från Göteborg och Malmö, har i princip utgått från att stärka upp landstingspsykiatris rehabiliteringsinsatser genom särskilda enheter eller med förstärkning av befintliga team. Integreringen mellan stöd till arbete och behandlingsinsatserna har på så sätt blivit självklara. Den andra traditionen, med exempel från bland annat Stockholm och flera norrländska kommuner, har sprungit ur kommunernas arbete med sysselsättning och arbetsinriktad rehabilitering. Målgruppen har ofta varit bredare än att bara gälla personer med omfattande psykiska funktionshinder, och en nära koppling till den psykiatriska vården har inte varit självklar. Det är svårt att få en samlad bild över hur relationerna med AF och FK etablerats inom de båda spåren, men klart är att införandet av finansiell samordning och lokala samordningsförbund underlättat samlade initiativ på området. På så sätt kan man bedöma vårt Umeå-exempel, och de valda formerna för finansiering, styrning och organisering, som en relativt naturlig lösning när det gäller implementering av SE. Den svenska hållningen att organisatoriskt hålla sociala insatser åtskilda från sjukvård finns här, men den är kompletterad

med en strategi att införliva psykiatrins kompetens via t.ex. remissgången och i och med kriterierna om antagning till IPS i form av en pågående psykiatrisk kontakt.

Hur framgångsrikt är exemplet?

Vi har i studien försökt att följa både klienterna, teamet, ledningen och samarbetspartners över en tvåårsperiod, för att identifiera olika typer av utfall och samtidigt öka kunskapen om genomförandeprocessen. Graden av framgång kan man bedöma utifrån en rad olika kriterier, men några mer självklara referenspunkter kan vara resultatet för klienterna i fråga om sysselsättningsituation och hälsa, programtrohet i förhållande till IPS-modellen och utfallet i förhållande till projektets formulerade målsättningar. Till detta kommer sådant som "allmän nöjdhet" hos inblandade parter, samt naturligtvis i vilken mån projektet överlevt och fått status som reguljär verksamhet.

I rapporten har vi redovisat en rad resultat på individnivå upp till 24 månader efter att man inkluderades i projektet. Över en tredjedel av deltagarna hade vid den sista uppföljningen anställning eller bedrev studier. Vissa positiva förändringar kunde också visas när det gäller icke-arbetsrelaterade områden som symtom och social funktion. Både utnyttjandet av öppen och slutna psykiatrisk vård hade reducerats. Resultaten ligger i linje med målsättningarna för projektet, och med tanke på att Sverige är ett land med hårt reglerad arbetsmarknad och med ett i internationell jämförelse generöst sjukförsäkringssystem, så bör resultaten ses som goda även i förhållande till befintliga studier från andra välfärdssystem.

Vår ansats har till stor del varit att följa projektets utveckling med IPS-modellen som jämförelse. Vi har regelbundet gjort modelltrohetsmätningar och i rapporten även värderat materialet med det perspektivet. Tittar vi i stället på planen för projektets genomförande och de olika aktörernas "startläge" får vi en annan bild. Utgångspunkten var för Samordningsförbundet och de involverade parterna att försöka utveckla arbetet enligt SE i Umeå. Man utgick inte från den mer specifika och intensiva IPS-modellen, utan hade en mer allmän syn på metodiken, med några grundprinciper som riktmärke. Man gjorde också tydliga avsteg från modellen redan vid organiserandet av projektet. Programtrohetsinstrumentet är något som vi forskare introducerade först i samband med uppföljningarna. Sammantaget har processen framstått som mer naturalistisk än att som verksamhet försöka följa en strikt manual eller vägledas av en metodexpert. Denna mer löst styrda implementering tror vi är typisk för många ansträngningar att införa evidensbaserad metodik i Sverige. Den gör också att vår utvärdering av projektet, som görs i förhållande till originalmodellen, kan uppfattas som missvisande i relation till de lokala projektmålen. Inte desto mindre har SE-teamet blivit en välfungerande och förankrad verksamhet som i betydande utsträckning kan sägas förmedla SE enligt IPS-modellen.

En konsekvens som förefaller logisk då klientresultaten är goda, programtroheten godtagbar och intressenterna nöjda, är att verksamhetens överlevnad säkras. Det har också skett på kort sikt då Samordningsförbundet fortsätter att substantiellt bidra till finansieringen. Därmed kan vi även ur det perspektivet värdera satsningen som framgångsrik. Dock måste man lägga in en brasklapp då hela konstruktionen för den ekonomiska fortlevnaden är bräcklig. Kommunens ansvar är tydligt då man fungerar som formell huvudman för verksamheten, men övriga aktörers roll är mindre klar. Samordningsförbundet är inte en organisation med uppgift att driva verksamhet eller långsiktigt finansiera sådan, och de statliga myndigheterna AF och FK präglas av många och snabba förändringar i regelverk, styrning och uppdrag, vilket försvårar stabila åtaganden. Psykiatrin slutligen, bidrar med viktig input via sin personal, men är långt ifrån en självklar finansiär av SE-teamets basverksamhet. Snarare talar den traditionella svenska modellen med ansvarsmässig boskillnad mellan behandlingsuppdrag som landstingsuppdrag, och sociala uppdrag som socialtjänstuppdrag, för att psykiatrin och landstinget långsiktigt knappast vill finansiera en verksamhet utanför sitt grunduppdrag. Frågan om en stabil och långsiktig finansiering är med andra ord inte löst.

SE i svensk kontext - framtiden

Verksamheten Nätkraft har funnits sedan mitten av 1990-talet, men kom att designas om i samband med det ekonomiska stödet från Samordningsförbundet. Till en del genomfördes förändringarna när det gäller målgrupp och inklusionskriterier som en anpassning till förbundets policy och efter möjligheterna att få projektstöd. Den etablerade praktik som finns år 2011 bygger på ett nära samarbete med psykiatrin, men har en målgrupp som till delar skiljer sig från de internationella förlagorna.

Klienter med severe mental illness ingår förvisso, men är i minoritet i förhållande till gruppen av klienter med psykiska problem i form av t.ex. depression och ångest. Det är naturligtvis svårt att värdera graden av ohälsa och funktionsnedsättning bara utifrån diagnos, men vårt intryck är att en del av klientgruppen tangerar de målgrupper och problemområden som även erbjuds stöd via andra projekt inom finansiell samordning eller inom arbetsförmedlingens övriga processer. På så sätt kan teamets "semi-IPS-inriktning" (samarbete men inte samorganisering med psykiatrin samt en bredare målgrupp än SMI) innebära att man hamnar i en konkurrenssituation med den övriga marknaden av breda, SE-influerade verksamheter och därmed får svårt att profilera sig. Samordningsförbundets prioritering att ge stöd till personer med viss närhet till arbetsmarknaden är svår att förhandla bort – samtidigt ser vi ett värde i att det någonstans i stödsystemet finns verksamhet som ger även de mest utsatta en tillgång till insatser för inkludering och delaktighet, i det här fallet stöd till arbete. Här skulle en renodling mot personer med omfattande och långvariga psykiska funktionsnedsättningar innebära en inmutning med både symboliska och praktiska implikationer för SE-teamet.

Oavsett vilka val som fortsättningsvis görs när det gäller målgrupp är en viktig utmaning att hitta av en tydlig plats åt IPS-funktionen i det lokala välfärdssystemet. Fram till nu har verksamheten betraktats som ett projekt, och fått legitimitet genom att i hög utsträckning anpassa sig till andra organisationer och processer. På så sätt kan verksamheten betraktas som en viktig resurs, men priset betalas i form av förlorad programtrohet och risk för sänkt effektivitet. Den kritiska punkten utgörs utan tvivel av relationen mellan den intensiva IPS-insatsen och de regelverk och funktioner som finns inom arbetsförmedlingen. Arbetet med klienten riskerar nu att återkommande störas genom situationer där hänsyn måste tas till faser och processer inom AF, och där nya handläggare kommer in. Sannolikheten för dubbelarbete är stor, och den enskilde SE-coachen kan komma att fungera som en sorts samordnare eller case manager, snarare än att få fokusera på rollen som specialist på rehabilitering till arbete. Man kommer att hamna i lägen där det inte är klagjort vilken aktör som de facto ska genomföra det konkreta arbetet med att t.ex. kontakta lämpliga arbetsgivare. Denna fråga om IPS-insatsens formella status i förhållande till etablerade myndigheter och relation till aktuellt regelverk är inte bara angelägen att klargöra i det lokala sammanhanget, utan har bäring på nationell nivå.

Personer med funktionshinder till följd av psykiska sjukdomar är idag illa förankrade på arbetsmarknaden. Viljan att arbete för sin försörjning är större än möjligheterna. Varje ansträngning i riktning mot att avlägsna hinder för individer att komma ut i arbete är därför välmotiverade. Insatser kan göras på flera olika nivåer. På samhällsnivå handlar det om attityder bland arbetsgivare och arbetstagare. Även attityderna bland professionella inom välfärdssystemets olika grenar är betydelsefulla. En alltför omhändertagande, och skyddande, snarare än rehabiliterande hållning kan utgöra hinder. Arbetslivet styrs av en mängd regler och avtal. Prioriteringen av anställningstrygghet kan innebära avigsidor i form av försvårat tillträde. Olika föränderliga subventionssystem till arbetsgivare kan innebära osäkerhet, men betyder även möjligheter för dem som saknar arbete. När det gäller insatser till individen bör man naturligtvis tillämpa de såvitt känt mest effektiva metoderna för rehabilitering till arbete. Ett av resultaten i denna utvärdering är att högre nivå av psykiska symtom är en begränsande faktor för individen. Detta aktualiserar betydelsen av nära samarbete med behandlarna, och optimering av behandlingsinsatserna till individerna. En verksamhet för rehabilitering till arbete för personer med psykiskt funktionshinder måste således agera brett, och med respekt för hinder och möjligheter på ett flertal olika nivåer. Man kan inte stänga in sig i sin egen bubbla, men samtidigt är det en utmaning att avgränsa sina insatser till de områden där man besitter kompetens och resurser. I detta spänningsfält, i denna balansakt, har SE-projektet i Umeå hittills funnits och verkat med framgång. Balanserandet är knappast över, och beroendet av omständigheter utanför den egna verksamheten kan förutses bli av än större betydelse.

REFERENSER

- Andersen, J., Larsen, J.K., Schultz, V., Nielsen, B.M., Korner, A., Behnke, K., et al. (1989). The brief psychiatric rating scale. Dimension of schizophrenia—reliability and construct validity, *Psychopathology*, 22: 168–176.
- Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for psychiatric rehabilitation.
- Anthony, W.A. (2007). *Psykiatrisk rehabilitering, (översättning Bodil Lindqvist)*. Halmstad: Landstinget Halland.
- Bergling R (2000). Umedalens sjukhus, I: Sandlund M (red), Umedalens sjukhus - uppsatser om psykiatriens historia och nutid, Socialpsykiatriskt kunskapscentrum, skrifter 2:2000.
- Bhattacharyya O, Reeves S, Zwarenstein M (2009). What is implementation research? Rationale, Concepts and Practices, *Research on Social Work Practice*, 2009, 19, 491-502.
- Becker, D.R. & Drake, R.E. (1994). *Att vara verksam i arbetslivet: det individuella placerings- och stödprogrammet (IPS), (översättning Bodil Lindqvist)*. Karlskrona: Stiftelsen ett helt liv.
- Becker, D.R. & Drake, R.E. (1994). Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30:2, 193-206.
- Becker, D.R. & Drake, R.E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford Press.
- Becker, D.R., Swanson, S., Bond, G.R., & Merrens, M.R. (2008). *Evidence-Based Supported Employment Fidelity Review Manual*. San Diego: University Readers.
- 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., Becker, D.R., Drake, R.E., Vogler, K.M. (1997). A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40: 265-284.
- Bond, G.R., Campbell, K. (2008). Evidence-based practices for individuals with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation*, Vol. 74 (2): 33-44.
- Bond, G.R., Evans, L., Salyers, M.P., Williams, J., Kim, H.K. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2: 75-87.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R., Fioritti, A., Knapp, M., et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, Vol. 370, September 29.
- Campbell, K., Bond, G.R., Gurvey, R., Pascaris, A., Tice, S., Revell, G. (2007). Does type of provider organization affect fidelity of evidence-based supported employment? *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27: 3-11.
- Czarniawska-Joerges, B (1995) *The Three-Dimensional Organization. A Constructionist View*, Lund: Studentlitteratur.
- Daft, R.L. (2007). *Organizational Theory and Design*. 9th ed. Mason: Thomson South-Western.
- Damschroder J.L, Aron D.C, Keith R.E, Kirsh S.R, Alexander J.A, Lowery J.C (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science, *Implementation Science*, 2009, 4:50.
- Dieterich M, Irving CD, Park B, Marshall M (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art No.: CD007906.DOI:10.1002/14651858. CD007906.pub2.
- Drake, R.E., Bond, G.R. (2008). The future of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (3): 367-376.

Ericson, B.G. (1996). Camberwells behovsskattning CAN-S. Svensk version S1.0 1996-10.

Psykologisk Konsult AB/Bo G. Ericson.

van Erp, N., Giesen, F., van Weeghel, J., Kroon, H., Michon, H., Becker, D., McHugo, G., Drake, R. (2007). A multisite study of implementing Supported Employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 11, 1421-1426.

Evans, L.J. & Bond, G.R. (2008). Expert ratings on the critical ingredients of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 31, number 4, 318-331.

Fixsen D.L, Naoom S.F, Blasé K.A, Friedman R.M, Wallace F (2005). Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).

Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Macfarlane F, Kyriakidou O (2005). Diffusion of innovations in health service organisations. A systematic literature review. Oxford: BMJ Books, Blackwell Publishing.

Growdy, E., Carlson, L., Rapp, C. (2004). Organizational factors differentiating high performing from low performing Supported Employment programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 2, 150-156.

Guldbrandsson K (2007). Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst, Statens folkhälsoinstitut 2007: 20.

Hasenfeld, Y. (2010). The attributes of human service organizations. In Y Hasenfeld (ed) *Human Services as Complex Organizations*. 2nd ed. Thousand Oaks, Sages.

Herlofson, J., Landqvist, M. (1995). MINI-D IV diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press. Svensk översättning av: Quick reference to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), APA, Washington D.C., 1994.

Johansson S (2010) Implementering av Västbus. Slutrapport från utvärderingen om införande av ny samverkansmodell kring barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik i Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götalands län, FOU i Väst, Rapport 1:2010.

Johansson, S; Löfström, M; Ohlsson, Ö (2000): Projekt som förändringsstrategi. Analys av utvecklingsprojekt inom socialtjänsten. Stockholm, SNS förlag.

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

Killackey, E., Waghorn, G. (2008). The challenge of integrating employment services with public mental health services in Australia: progress at the first demonstration site. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32:1, 63-66.

The Lewin Group (2003) *Assertive Community Treatment. Implementation Resource Kit, Evidence-based practices, shaping mental health services toward recovery*. Health Care and Financing Administration (HCFA) and Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

Lindqvist, R., Markström, U., Rosenberg, D. (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället. Aktörer, insatser, reformer*. Malmö, Gleerups,

Markström U (2003). Den svenska psykiatireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater, Akademisk avhandling. Umeå, Boréa.

Maycraft Kall, W. (2011). *The Governance Gap. Central-local steering and mental health reform in Britain and Sweden*. Acta Universitatis Upsaliensis 178, Akademisk avhandling.

Melke, A. (2011). *Mental health policy and the welfare state. A study on how Sweden, France and England have addressed a target group at the margins*. Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet. Akademisk avhandling.

Nygren, U., Marlström, U., Sandlund, M. (2009). Rehabilitering till arbete för personer med psykiskt funktionshinder. Ettårsuppföljning av en verksamhet enligt Supported Employment-metodik i Umeå. Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten, skrifter 2:2009.

- 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.
- Proposition. 2008/09:200. Socialförsäkringsbalk.
- Qvarsell, R (1982). Ordning och behandling: Psykiatri och sinnessjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft, Diss. Umeå univ.
- Regeringskansliet (2011). Arbete för alla. Insatser för att underlätta inträdet på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Uppdaterad version februari 2011.
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 50-60.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177: 149-155.
- Sandlund M (1997) LSS och psykiska funktionshinder. Socialstyrelsen, Handikappreformen.
- Sandlund M & Markström U (2003) Ideellt – Professionellt. Utvärdering av regeringens satsning på alternativa stöd- och boendeformer för psykiskt funktionshindrade genom stöd från Allmänna arvsfonden, Socialdepartementet/ Arvsfondsdelegationen.
- Schinnar, A.P., Rothbard, A.B., Kanter, R., Jung, Y.S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147:12.
- Scott J & Lehman A (2001). Case management and assertive community treatment. I: Thornicroft G & Szukler G (eds): *Textbook of Community Psychiatry*. New York, Oxford University Press.
- Socialdepartementet (2008). FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Ds 2008:23
- Socialstyrelsen (1999). Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1
- Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning.
- SOU 2006:100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning
- Stein L, Test M.A (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 37, 392-397.
- Wehman, P. (1986). Supported competitive employment for persons with severe disabilities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17: 24-29.

DE FLESTA MÄNNISKOR som har ett psykiskt funktionshinder står idag utanför arbetsmarknaden. Orsakerna kan spåras till en arbetsmarknad som är dåligt anpassad till gruppens behov, ett bristfälligt stöd från samhällets sida, men även till negativa attityder till personerna i målgruppen. Supported Employment (SE) enligt modellen Individual Placement and Support (IPS) är en metodik utformad för att stödja personer med konsekvenser av psykisk sjukdom att skaffa och behålla lönearbete. Arbetssättet har under de senaste decennierna utprovats internationellt med goda resultat, och lyfts också fram av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni. I Sverige är dock metoden ännu inte en etablerad del av utbudet av rehabiliteringsinsatser till personer med psykiskt funktionshinder.

DENNA RAPPORT handlar om ett projekt i en norrländsk kommun där man infört metodiken. Den första delen av rapporten består av en redovisning av en klientstudie där 40 klienter har följts under en tvåårsperiod. Syftet har varit att göra en samlad analys av hur klienternas sysselsättnings-, hälso- och livssituation har utvecklats under hela uppföljningsperioden. Den andra delen utgörs av en studie där implementeringen av metodiken undersökts på organisations- och verksamhetsnivå. Rapporten belyser också de utmaningar som finns när en internationellt utprövad modell ska införas som en del i det svenska välfärdssystemet.

STUDIERNÄR ÄR INITIERADE 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). Urban Markström är docent i socialt arbete, Ulla Nygren är leg. arbetsterapeut, adjunkt och doktorand vid Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Mikael Sandlund är docent i psykiatri, samtliga vid Umeå universitet. Urban och Mikael är dessutom verksamma vid Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum.

ARBETE FÖR ALLA?

– INFÖRANDE OCH RESULTAT AV SUPPORTED EMPLOYMENT I EN SVENSK KOMMUN

En studie om rehabilitering till arbete
för personer med psykiskt funktionshinder