



IPS - en väg mot arbete

- Vad som påverkar arbetsrehabiliteringen utifrån
IPS-coachers perspektiv

Jessica Kronqvist
Ingrid Markström

Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering
Arbetsterapi
Ht 2010
Självständigt arbete, 15 hp
Handledare: Ulla Nygren

IPS – EN VÄG MOT ARBETE

– Vad som påverkar arbetsrehabiliteringen utifrån IPS-coachers perspektiv

UMEÅ UNIVERSITET

Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering

Arbetsterapi

Självständigt arbete, 15 hp

Jessica Kronqvist

Ingrid Markström

ABSTRAKT

Personer med psykiskt funktionshinder är den persongrupp som statistiskt sett har minst chans att komma ut i arbete. En arbetsrehabiliteringsmetod som enligt internationell forskning visat sig vara den mest effektiva för dessa personer är Individual Placement and Support (IPS), men kunskap om hur metoden fungerar i Sverige är ännu bristfällig. Syftet var att belysa IPS-coachers uppfattning om vad som påverkat arbetsrehabiliteringen för klienter med psykiskt funktionshinder inom två IPS-program i norra Sverige. Metoden som användes var att analysera åtta IPS-coachers dokumentation kring 65 klienters arbetsrehabilitering under totalt två år med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Ett övergripande tema kunde skapas *”Motivation och förmåga att se värdet av IPS möjliggör en fungerande arbetsrehabilitering”*, som bestod av de fyra huvudkategorierna: *”Klientcentrerat arbetssätt för att skapa och upprätthålla klientens motivation*, *”Klientens hälsa, livssituation och strategier för konstruktiv anpassning”*, *”Betingelser för lämplig arbetsplats”* och *”Spelregler i samarbetet”*. Upprätthållandet av motivation visade sig vara mycket komplext då det påverkas av så många aspekter och för personer med psykiskt funktionshinder kan det vara extra svårt. En slutsats är att metoden IPS och arbetsterapi delar flera centrala värderingar. Framför allt att meningsfull aktivitet påverkar människans hälsa och bidrar till utveckling, men också att ett klientcentrerat arbetssätt möjliggör skapandet av flexibla strategier som fungerar för den enskilde klienten i det sammanhang där han eller hon ska utföra sina aktiviteter.

Sökord: arbetsrehabilitering, Individual Placement and Support, Psykiskt funktionshinder, Supported Employment, Motivation

INTRODUKTION

Arbete är den dominerande aktiviteten för de allra flesta vuxna människor och är liksom utförande av andra meningsfulla aktiviteter det som ger livet mening (Kramer, Hinojosa, & Royeen, 2003). Denna mening kan komma av känslan att vara behövd på arbetsplatsen eller av stoltheten att klara ett arbete och kunna försörja sig (Leufstadius, Eklund, & Erlandsson, 2009). I vårt samhälle ger ett arbete oss status, sociala kontakter och är samtidigt en viktig del i identitetsskapandet (Leufstadius et al., 2009; Hillborg, 2010). Arbete och andra tidsbestämda aktiviteter utgör också grundpelare för att skapa rutin och struktur i vardagen. Dessa strukturer och rutiner behövs för en persons välbefinnande och för att möjliggöra en balanserad dygnsrytm samt skapar trygghet (Leufstadius, 2010). I oktober 2010 var 369 000 svenskar arbetslösa (Statistiska centralbyrån, 2010), vilket för dessa innebär förlust av viktiga roller som enligt Vahlne Westerhäll (2010) kan ge negativa effekter på hur en person mår. I Sverige har 900 000 personer någon form av funktionsnedsättning och för 57 procent av dessa innebär det funktionshinder med nedsatt arbetsförmåga (Statistiska centralbyrån, 2010).

Funktionshinder är, enligt ICF, ett omfattande begrepp som innehåller funktionsnedsättningar och strukturavvikelse men också aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar, vilka påverkas av och interagerar med omgivningsfaktorer såväl på individ- som samhällsnivå (Socialstyrelsen, 2003). Nationell psykiatrisamordning har utformat en definition av psykiskt funktionshinder enligt följande: ”En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning” (SOU 2006:5 s. 6). Cirka 50 000 personer i Sverige har ett psykiskt funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga (Statistiska centralbyrån, 2010). Dessa personer har statistiskt minst chans att hitta ett arbete och endast en tredjedel av de som har ett psykiskt funktionshinder arbetar eller studerar (SOU 2006:100).

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2011) är depression en av de största och snabbast växande folksjukdomarna i världen och den största orsaken till funktionsnedsättning. Ångest räknas även som en folksjukdom i det svenska samhället och flera hundratusen människor har så svår ångest att det innebär en funktionsnedsättning (SBU, 2006). Svårigheter finns att beskriva aktivitetsbegränsning-

ar i vardagen för personer med psykiskt funktionshinder då det inte går att generalisera. Därför bör exempel på svårigheter endast betraktas som exempel och inga renodlade sanningar (Sandlund, 2005a). Personer med generella symptom som bland annat ångest, spänning, skuld känslor och motorisk hämning löper stor risk att få en obalanserad dygnsrytm och aktivitetsobalans (Leufstadius, 2010). Personer med hög grad av dessa generella symptom löper stor risk att sova mycket under dygnet eller få en så kallad omvänd dygnsrytm, det vill säga att personen sover på dagen och är aktiv på natten. Vissa får en så kallad låg aktiv dygnsrytm, som innebär att personen utför passiva aktiviteter så som att se på tv eller sova stora delar av dagen (Leufstadius, 2010).

Många personer med psykisk sjukdom har låg självkänsla och kan känna en osäkerhet inför andra människor, vilket kan leda till tillbakadragenhet (Gerle, 1997). Tillbakadragenheten och få sociala kontakter kan leda till svårigheter att förstå omgivningens förväntningar och det kan leda till rädsla. Inlärnings svårigheter kan också vara ett bekymmer för personer med psykiskt funktionshinder tillsammans med svårigheter att generalisera kunskaper. Inlärnings svårigheterna är, enligt Sandlund (2005b), bundna till situation och miljö och vad som där upplevs stressande kan försvåra inläringen. En ökad sårbarhet kan finnas hos många med psykiskt funktionshinder där förmågan att ta in intryck försämras (Gerle, 1997). Detta kan i sig leda till undvikande av situationer och miljöer där många saker inträffar, så som i trafiken eller stora folksamlingar. En annan svårighet som ett psykiskt funktionshinder ofta kan orsaka är att initiera aktivitet (Sandlund, 2005b). Vid depression syns denna initiativlöshet tydligt, då vanliga symptom är minskad glädje och intresse, sömns svårigheter, energibrist och känsla av värdelöshet (Gerle, 1997). När det gäller ångest tillstånd, kan det sänka en persons delaktighet, då ångesten ofta påverkar koncentrationsförmåga, aptit och sömn, vilket i sin tur kan medföra energibrist. En naturlig reaktion är också ett undvikande beteende, vilket även bidrar till minskad delaktighet (Cullberg, 2005).

Många personer med psykiskt funktionshinder upplever stigmatisering och detta kan, enligt Björkman (2005), ha flera orsaker. Genom historiens gång har föreställningar om personer med psykiskt funktionshinder, där dessa ansetts som farliga, opålitliga eller inte kan tas på allvar, integrerats i samhället och massmedias rapporter har ofta förstärkt denna bild. I arbetslivet beskrivs stigma som det största hindret för att personer med psykiskt funktionshinder skulle ha möjlighet att integreras i arbetet gällande exempelvis anställning, social gemenskap och förmåner (Krupa, Kirsh, Cockburn & Gewurtz,

2009). Sänkt självkänsla kan vara en konsekvens av stigma, som kan kvarstå även efter minskade sjukdomssymtom och ökad social interaktion (Link, 1997, 2001).

I två studier (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2010; Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008) där personer med psykiskt funktionshinder fick arbeta under sitt tillfrisknande ökade självförtroendet, motivationen och känslan av att känna sig behövd och kompetent. Kielhofner (2008) skriver även om ökad självkänsla och motivation i samband med insikt om egen kapacitet. Många av deltagarna beskrev också glädjen i att äntligen kunna ge något tillbaka till samhället och familjen (Dunn, et al., 2008; Leufstadius, et al., 2009). Innehav av arbete gör också att en känsla av normalitet uppstår då värderingar, roller och normer uppnås via arbetet och detta ökar i sin tur självkänslan och stärker individens identitet, samt att arbetet utökar personens sociala nätverk genom arbetskollegor (Leufstadius, et al., 2009). Lönen blir ett sätt att få uppskattning för det som utförts och bekräftelse på detta. Den ökade inkomsten kan möjliggöra ökat aktivitetsutförande och förbättrad aktivitetsbalans. Leufstadius et al. (2009) har också funnit att personer med psykisk ohälsa som har arbete, daglig verksamhet eller studerar skattar sin hälsa, livskvalitet och sin kontroll över livet mycket högre än de som inte har någon form av sysselsättning. Uppbådande av motivation är en essentiell faktor för att engagera klienter i meningsfulla aktiviteter (Finlay, 2004). För detta måste klientens individuella intressen och det som personen upplever som meningsfullt bli identifierat (Kramer et al, 2003). Finlay (2004) beskriver detta som extra svårt inom psykiatrin då dessa klienter kan sakna motivation, intressen, hopp, drivkraft och strategier för att hantera svårigheter.

För att kunna ge bästa möjliga stöd till personer med psykiskt funktionshinder krävs ett gott samarbete mellan olika myndigheter där var och en bidrar med sina resurser och kunskaper och har ett helhetsperspektiv (SOU 2006:100). I rehabiliteringen kan flera aktörer till exempel medicinska, yrkesinriktade och sociala insatser ingå beroende på individens behov (Vahlne Westerhäll, Bergroth, & Ekholm, 2009). Myndigheter som kan vara inblandade är socialtjänsten, arbetsförmedlingen, försäkringskassan och hälso- och sjukvården (SOU 2006:100). Dock finns det problemområden i samverkan, då det bland annat är oklart vem som ska betala för olika delar av rehabiliteringen och hur de involverade ska samarbeta (Ekberg, 2004). Även variationer i utbudet av rehabiliteringen varierar både regionalt och mellan olika diagnosgrupper. Dessa oklarheter och varia-

tioner av rehabilitering hindrar rehabiliteringsprocessen och individers återgång till arbete.

Gällande arbetslivsinriktad rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder, finns det två olika huvudinriktningar (Becker och Drake, 2003). I den ena tränas stegvis arbetsfärdigheter i en skyddad eller icke reell arbetsmiljö, medan färdigheterna i den andra inriktningen ska tränas direkt ute på en reell arbetsplats, men med ett individuellt anpassat stöd. Den sistnämnda kallas "Supported Employment" (SE) som på svenska kallas arbete med stöd eller bistånd. Becker och Drake (2003) menar att arbete i en skyddad miljö kan skapa en föreställning att endast klara ett anpassat arbete utanför öppna arbetsmarknaden. Bejerholm och Eklund (2005) menar att ständig vistelse i trygga miljöer kan innebära risk för passivitet och utanförskap. Till skillnad från arbetsförberedande träning utgår SE från ett behovsbaserat stöd (Hansson och Eklund, 2005). SE syftar till att hjälpa personer med psykiskt funktionshinder att hitta och behålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden och utgår från individens resurser och önskemål (Bond, 2004)

Det finns en standardiserad version av SE och den kallas för Individual Placement and Support (IPS), vilken är ett program byggt på de grundläggande principerna i SE som anpassats för personer med allvarlig psykisk störning. (Becker & Drake, 2003). Metoden har visat på mycket lyckade resultat (Bond, Drake, & Becker, 2008; Twamley, et al., 2003). Grundprincipen inom IPS är att det är klientens uttalade vilja och motivation att få ett arbete som är själva startpunkten för intervention. Svåra symptom, diagnos, missbruksproblematik, bristande arbetsbakgrund eller arbetsberedskap är inte exkluderande faktorer (Becker & Drake, 2003), utan IPS-coachen ser till klientens resurser och arbetar utifrån dem. Då metodiken inom IPS är att skapa tillträde till arbete så snabbt som möjligt, startar jobbsökandet tidigt i processen där en optimal matchning med klientens intressen och behov eftersträvas. Tankesättet är sedan att utifrån de situationer som uppkommer på arbetsplatsen utforma lämpligt stöd till klienten, av IPS-coachen och med hjälp av det psykiatriska team som klienten har kontakt med. Det kan handla om träning av strategier eller miljöanpassning.

Psykiatrisk rehabilitering ses snarare som en integrerad del i IPS-program än separerat från arbete och ett nära samarbete mellan aktörerna runt klienten betonas för få en helhetsbild av klientens situation för att på så sätt kunna stötta med lämpliga insatser. IPS-

coachen har en koordinationsroll i samarbetet och stödet från IPS-coachen finns med så länge klienten har behov av det och anpassas efter klientens önskemål och förutsättningar. Exempelvis kan stöd i utbildning ges, transport till arbete eller reflekterande samtal kring arbetssituationen. Stödet bygger på ett samarbete mellan klient och IPS-coach, där upprätthållande av klientens motivation är en viktig beståndsdel. Mötet mellan IPS-coach och klient sker ofta i klientens naturliga miljö som exempelvis arbetsplatsen, hemmet eller på ett café. Detta kan hjälpa IPS-coachen att bedöma vad som motiverar klienten och vilka faktorer som kan verka hindrande på väg mot arbete (Becker, et al., 2003). När rehabiliteringen sker i den miljö där klienten ska utföra sitt arbete, ställs inte samma krav på klientens förmåga att generalisera färdigheter från en situation till en annan och IPS-coachen kan observera klienten i reella situationer, vilket underlättar i valet av stödinsatser (Becker & Drake, 1994). Ett ömsesidigt förtroende i arbetsalliansen är essentiellt menar Finlay (2004) för att samarbetet ska fungera. Då klientens livssituation med psykiatrisk problematik kan vara mycket svår, är det viktigt att bemöta klienterna med hopp och tilltro för att dessa ska kunna bli engagerade och ansvarstagande i sin rehabilitering.

En stor del av forskningen på IPS har gjorts i USA (Burns et al., 1999). Därför har forskning gjorts för att se överförbarheten av metoden, exempelvis en studie där IPS tillämpats i Canada (Latimer et al., 2006), en i Storbritannien (Rinaldi & Perkins, 2007) och en annan på olika kliniker i Europa (Burns & Catty, 2008). Resultaten visade på IPS som en jämförbart bättre metod än andra arbetsrehabiliteringsmodeller. I studien i Europa jämfördes IPS med förberedande arbetsträning och resultatet visade på att dubbelt så många personer inom IPS-program kom ut i arbete på den öppna arbetsmarknaden och dessa personer löpte en mindre risk att åter bli inlagda för psykiatrisk vård.

Trots att IPS-program har visat sig vara mycket framgångsrika, finns det fortfarande många personer med psykiskt funktionshinder som möter väsentliga svårigheter i sin strävan efter att få anställning på öppna arbetsmarknaden (Blitz & Mechanic, 2006). Forskare och praktiker inom området har därför fått ett ökat intresse för att identifiera och beskriva vad dessa svårigheter består i. Då arbetsterapeuter har kunskap om miljöns och uppgiftens påverkan på individen (Kielhofner, 2008) och hur individen interagerar med dessa, är detta ett område där arbetsterapeuter kan använda sin kunskap för att möjliggöra anställning på den öppna arbetsmarknaden. Detta kan ske genom att arbetsterapeuter

peuten kan skapa en bra matchning mellan en individs förutsättningar och behov i relation till vad en arbetsmiljö och dess arbetsuppgifter möjliggör och kräver.

Psykiatriska diagnoser utgjorde den största diagnosgruppen bland de personer som fick någon form av sjukersättning i Sverige 2010 (Goine & Upmark, 2010). Därför är det viktigt att genomföra studier inom arbetsrehabilitering för denna grupp av personer för att underlätta återgång till arbete och öka kunskapen om vad som påverkar arbetsrehabiliteringen. IPS har länge varit en del av arbetsrehabilitering i USA med lyckat resultat, men har ännu inte blivit en etablerad rehabiliteringsform i Sverige. En pågående utvärdering av två sådana verksamheter i norra Sverige (Nygren, Markström, Svensson, Hansson & Sandlund, 2011), visade att 25 procent av deltagarna var i arbete vid något tillfälle under det första året, vilket är ett betydligt lägre resultat än i internationella studier. Det är därför angeläget att undersöka vilka förhållanden som påverkade arbetsrehabiliteringen för att effektivisera denna utifrån de villkor och förutsättningar som finns i Sverige.

Syftet var att belysa IPS-coacher uppfattning om vad som påverkat arbetsrehabiliteringen för klienter med psykiskt funktionshinder inom två IPS-program i norra Sverige.

METOD

Den här studien är genomförd inom ramen för ett utvärderingsprojekt av den evidensbaserade modellen av SE, som pågår i två städer i norra Sverige. Det ena IPS-teamet startade sin verksamhet våren 2006 och det andra våren 2007.

Deltagarna i projektet tillhör inte den målgrupp som IPS ursprungligen är utformad för och som vanligen benämns allvarlig psykisk sjukdom, dit bland annat diagnosen schizofreni och andra psykosjukdomar räknas. Inkluderande kriterier för att delta i projektet var företrädesvis unga vuxna som hade kontakt med psykiatrisk vård och som hade uttryckt en vilja att komma ut i arbete på öppna arbetsmarknaden. Inklusionstiden var mars 2007 till november 2008 och personerna följdes under två år. I projektet ingick 65 deltagare, varav 30 kvinnor. De flesta var under 30 år, men åldern varierade mellan 19 och 55 år. Deltagarna hade olika typer av psykiatriska diagnoser, där de allra flesta hade någon form av ångest- eller depressionstillstånd, men även personer med neuropsykiatriska funktionshinder förekom. Utbildningsnivå och arbetslivserfarenhet varierade bland deltagarna, men en betydande andel hade bara grundskola (38 %) och ingen eller kort

erfarenhet från arbetslivet (46 %). Under projektets gång förekom bortfall bland deltagarna. Under första året slutade fyra personer och under andra året 25 personer av många olika anledningar, exempelvis på grund av flytt till annan ort, sjukdom eller att behovet av IPS ej längre fanns kvar.

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen i denna studie var åtta IPS-coacher som arbetade med cirka tio klienter vardera i arbetsrehabilitering. IPS-coacherna tillhörde var sin IPS-enhet som var organiserad inom respektive kommuns socialtjänst. De arbetade heltid och tillhörde olika yrkesprofessioner, till exempel socionom och arbetsterapeut. I båda kommunerna finansierades deras verksamhet av samordningsförbund, där representanter från involverade rehabiliteringsaktörer som Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialpsykiatrin och Psykiatriska kliniken ingick.

Instrument/material

Datainsamlingen var redan gjord genom ett frågeformulär som IPS-coacherna fyllt i varannan månad för varje klient och skickat in till projektansvarige under två år. Formuläret innehöll frågor om, till exempel, vilka stödinsatser de utfört och hur mycket tid de ägnat klienterna. De frågor som granskades i denna studie var de två avslutande frågorna som handlade om vad de uppfattat underlättat och försvårat arbetsrehabiliteringen under den aktuella två-månadersperioden.

Procedur

Författarna fick information från institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering vid Umeå universitet om olika studier som pågick och som erbjöd sig att dela med sig av sina insamlade data. Kontakt togs med Ulla Nygren, ansvarig för projektet, för att införskaffa ytterligare information om hur en studie kunde se ut utifrån det material som fanns tillgängligt. Efter konsultation beslutades att en analys skulle göras av de data som handlade om hur IPS-coacherna uppfattat respektive klients arbetsrehabilitering. De nedtecknade beskrivningarna av vad som underlättat respektive försvårat klienternas arbetsrehabilitering skrevs av och aidentifierades om namn på personer eller platser fanns med.

Analys

En kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes för att bearbeta materialet på ett strukturerat sätt och för att effektivt identifiera vad IPS-coacherna uppfattat. För att få en känsla och överblick över vad materialet handlade om, lästes det noga igenom i sin helhet efter att det skrivits ner. Under analysens första steg togs meningsenheter ut och markerades i dokumentet. Detta gjordes till en början tillsammans för att skapa ett likartat arbetssätt och sedan delades materialet upp för att minska tidsåtgången. De markerade enheterna placerades i en tabell där de grovt sorterades i fyra grupper, samarbete, arbetsplatsen, klienten och metoden. Därefter kondenserades meningsenheterna till kortare meningar, men fortfarande textnära. Kodningen av meningsenheterna delades upp mellan författarna. Dock hölls kontinuerlig kommunikation för att säkerställa ett likartat arbetssätt. Koderna sorterades sedan utifrån likheter och skillnader i dess innebörder för att hitta gemensamma nämnare. Sedan sorterades de in i fyra huvudkategorier: *Klientcentrerat arbetssätt för att skapa och upprätthålla klientens motivation* som delandes upp i subkategorierna *IPS-coachens strategier* och *Andra aktörers stödinsatser i arbetsrehabiliteringen*, *Klientens hälsa, livssituation och strategier för konstruktiv anpassning*, *Betingelser för lämplig arbetsplats* och *Spelregler i samarbetet* vilken är indelad i två subkategorier *Kommunikation och samordning av insatser* och *Tillit*. Ett övergripande tema kunde därefter skapas *Motivation och förmåga att se värdet av IPS möjliggör en fungerande arbetsrehabilitering* (se tabell 1).

Tabell 1. Exempel på analys

Tema	MOTIVATION OCH FÖRMÅGA ATT SE VÄRDET AV IPS MÖJLIGGÖR EN FUNGERANDE ARBETSREHABILITERING		
Kategori	Betingelser för lämplig arbetsplats	Spelregler i samarbetet	
Subkategori		<i>Kommunikation och samordning av insatser</i>	<i>Tillit</i>
Kod	Arbetsplats anpassningsförmåga	Samarbete med arbetsförmedlingen, fler huvuden som kan tänka	Förtroendefull och erfaren handläggare på försäkringskassan

Etiska överväganden

För att öka konfidentialiteten av identifierades namn och platser i bearbetningen av enkäterna. För att undvika spridning av materialet till obehöriga skedde bearbetningen endast i samma byggnad där det förvarades och lämnades inte obevakat. Samtal om beskrivningarna skedde endast mellan författarna och handledaren.

RESULTAT

Resultatet av det analyserade materialet beskriver vad som påverkat arbetsrehabiliteringen utifrån IPS-coachernas perspektiv. Citat har satts in i resultatet för att illustrera den tolkade texten och dessa är skrivna med indrag och *kursiv stil*. Andra aktörer som nämns i resultatet är alla andra som arbetade och befann sig kring klienten, förutom IPS-coachen, exempelvis försäkringskassan, arbetsförmedlingen, psykiatrin, arbetsgivare m.m.

MOTIVATION OCH FÖRMÅGA ATT SE VÄRDET AV IPS MÖJLIGGÖR EN FUNGERANDE ARBETSREHABILITERING

Det övergripande tema som löpte som en röd tråd genom IPS-coachernas beskrivningar var att samtliga inblandade, IPS-coacherna, klienterna och andra aktörer, behövde kunna se värdet av IPS och uppleva motivation till att arbeta mot dess gemensamma mål för att skapa en fungerande arbetsrehabilitering.

Klientcentrerat arbetssätt för att skapa och upprätthålla klientens motivation

För att möjliggöra en god arbetsrehabilitering till klienterna beskrev IPS-coacherna att det behövdes ett klientcentrerat arbetssätt bland samtliga inblandade runt klienterna för att skapa och upprätthålla klienternas motivation. IPS-coacherna strategier och övriga aktörers förmåga att ge stödinsatser anpassade till individen påverkade klientens motivation.

IPS- coachens strategier

Kunskap om att upprätthålla motivationen hos klienterna var viktig för IPS-coacherna, då klienternas motivation var en stor komponent i arbetsrehabiliteringen som IPS-coacherna kunde påverka. IPS-coacherna beskrev det som en svår och komplex uppgift att upprätthålla motivationen hos klienterna och frågade sig hur de skulle handla för att

motivera en till synes omotiverad klient. Då en klient var rädd att förlora ekonomisk ersättning till följd av arbetet beskrev IPS-coacherna stora svårigheter med att hjälpa klienten att upprätthålla motivationen till arbetsrehabiliteringen.

”Osäkerhet finns om hur motiverad vår deltagare är att ”byta ut” sin trygga tillvaro med aktivitetsersättning.”

En aspekt som IPS-coacherna var tvungna att ofta ha i åtanke var hur denne skulle upprätthålla klienternas motivation under sökandet och väntan på en arbetsplats och vid andra avbrott då risken för passivitet blev stor. Det krävdes därför en bra och noggrann planering under uppehållen för att klienten skulle vidmakthålla sina rutiner i vardagen. För en realistisk och hållbar planering av arbetsrehabiliteringen och rätt anpassade stödinsatser behövdes ett klientcentrerat arbetssätt där både klienterna och IPS-coacherna formulerade målen tillsammans och var överens. En aspekt som var viktig för IPS-coacherna var att ha med i beräkningen att anpassa kraven som ställdes på klienterna för att undvika sänkt motivation. Då kraven på en klient var för höga kunde dennes motivation sänkas utifrån att klienten inte klarade av att nå upp till dem. För att hjälpa klienten att se framsteg var en realistisk målformulering med små och synliga delmål ett bra tillvägagångssätt för att ge klienten bekräftelse på framgången. Kontinuerliga träffar hjälpte IPS-coacherna att anpassa stödet efter den aktuella situationen. Regelbunden muntlig bekräftelse och konstruktiv kritik vid dessa tillfällen var en strategi som hjälpte klienterna att växa in i arbetsrollen och kunde skapa framtidstro.

”J har tagit till sig kritiken angående sitt beteende, har jobbat massivt med sig själv för att bryta mönstret. Har lyckats på ett lysande sätt. Arbetsgivare och arbetskamrater märker stor skillnad.”

I det klientcentrerade arbetet behövde IPS-coachen en tydlig bild av vem klienten var och vilka intressen och behov denne hade. En förtroendefull relation mellan klienten och IPS-coachen möjliggjorde för klienten att kunna vara mer öppen om sin problematik. För en förtroendefull relation beskrev IPS-coacherna det viktigt att göra saker tillsammans med klienten, exempelvis gå och fika. Att vara med ute på klientens arbetsplats för att kunna se den reella situationen och ge ett lämpligt stöd anpassat efter klientens behov i just arbetssituationen var även en hjälp för IPS-coachen att få en bild av klientens situation och kunna sätta in stödinsatser kopplade direkt till det som upplevdes problematiskt. På så sätt kunde förutsättningarna för att klienten skulle lyckas i arbetet förbättras.

Några av de anpassade stödinsatser som IPS-coacherna beskrev som lyckade var hjälp med transport till och från arbete och stöd vid reparationer av transportmedel, då klienterna hade svårt att ta sig till arbetsplatsen eller väckning på morgonen, till klienter som hade svårt att vakna i tid. IPS-coacherna anpassade även kommunikationssättet utifrån vad klienterna tyckte var bäst, exempelvis via sms, mejl eller telefon. Även miljön där möten skedde anpassade IPS-coacherna utifrån klienternas behov och det kunde vara exempelvis i bilen, på kontoret, på ett café eller i klientens hem. Det gav IPS-coachen större chans att få en mer nyanserad bild av klienten och klienten kunde lättare ta till sig stödet från IPS-coachen. En situation där IPS-coacherna beskrev svårigheter att ge lämpligt stöd var i studiesituationen då de ej hade kunskap inom detta område.

”Vi kan konstatera att SE-handledares och kontaktansvarigas stöd ej var tillräckligt. Här skulle kunskap och erfarenhet inom supported education kanske skapat större möjligheter.”

För att möjliggöra ett klientcentrerat arbetssätt beskrev IPS-coacherna ett behov av att kunna distansera sina egna värderingar och tankar om såväl arbetsplatsen, klienten och sig själva för att klienten skulle erhålla så god arbetsrehabilitering som möjligt. Väsentligt att ta i beaktning var även att inte influeras av varandras tankar och känslor då klientens negativa och nedstämda tankar kunde föras över på IPS-coachen och misstro, sänkt motivation och oro hos IPS-coachen påverkade klienten.

”Viktigt av att som SE-handledare försöka ”frigöra sig” från egna värderingar vid val av arbetsplats. Klienten valde den som ej kunde erbjuda anställning men som mötte upp mot andra behov, ur klientens perspektiv rätt val.”

IPS-coacherna beskrev också att det var viktigt att ha förmåga att kunna urskilja klienternas resurser bland hinder och svårigheter och se deras förmåga att klara av sin arbetsrehabilitering samt kunna skaffa och behålla ett arbete.

Svårigheter att veta om rätt stöd gavs till klienten uttalades av IPS-coacherna och när det lämpade sig för ett avslut i IPS, då de inte ville förstöra allt de tillsammans med klienten byggt upp. Dock insåg IPS-coacherna vikten av att klienten fick vara självständig och ville därför inte avsluta för sent, då ett för sent avslut kunde förhindra självständigheten. Stödinsatserna från IPS-coacherna och den trygghet dessa ingav kunde dock finnas kvar ett tag efter avslut endast för att inge klienten trygghet i sin nya livssituation och för att undvika att klienten blev helt utan stöd då denne kunde bedömas som frisk utav andra aktörer.

”SE-stöd vill hon fortsättningsvis ha kvar. Beskriver att bara vetskapen att jag finns tillgänglig när det dyker upp frågor kring arbete/utbildning, utgör ett bollplank, länk vidare utgör en trygghet”

Andra aktörers stödinsatser i arbetsrehabiliteringen

IPS-coacherna beskrev att andra aktörers stödinsatser var lika viktiga som deras och att dessa kunde påverka arbetsrehabiliteringen i hög grad.

Stödinsatser från psykiatrin kunde förbättra klientens livssituation, vilket främjade arbetsrehabiliteringen. Detta skedde genom att psykiatrin stöttade klienten i att skapa och upprätthålla en dygnsrytm med bra mat- och sömnvanor samt aktivitetsbalans, men också genom att stödja klienten i att hitta nya strategier och rutiner för att sedan kunna skapa struktur i vardagen utifrån dessa. Genom att psykiatrin också arbetade utifrån klientens arbetssituation kunde detta öka chanserna för en lyckad arbetsrehabilitering då även hjälp från psykiatrin kunde öka klientens motivation till arbete. Detta kunde öka närvaron på arbetsplatsen. Medicinbyte och samtalsstöd var även några av stödinsatserna från psykiatrin som i hög grad påverkade klientens motivation. Medicinbyte kunde under kortare perioder leda till frånvaro i arbetsrehabiliteringen, men om medicinen sedan fungerade kunde det öka klientens välmående och närvaro på arbetet.

”Satt ut sin medicin pga. hjärtpåverkan, paus från studierna under insättningen av ny medicin. Medicininsättningen/balans tar tid.”

Andra aktörer som gav viktiga stödinsatser till klienterna beskrevs vara, exempelvis, boendestöd, försäkringskassa, arbetsförmedling och det privata nätverket. Stödinsatser från dessa var, exempelvis, lönebidrag som kan hjälpa personen att få en bra struktur på arbetsplatsen eller annan ekonomisk ersättning så som sjukpenning/ersättning eller försörjningsstöd från socialtjänsten. Anhörigas stöd kunde vara en enorm resurs som hjälpte klienten till bättre hälsa, men kunde även medverka till att klienterna mådde sämre och tog dåliga beslut. IPS-coacherna uttryckte en önskan om rätt kompetens hos medverkande aktörer för de nödvändiga stödinsatserna och kunskap om IPS för att klienten skulle få en bra arbetsrehabilitering. Tillgängligheten till stödinsatser från andra aktörer ansåg IPS-coacherna också vara begränsad och kunde förbättras för att möjliggöra bättre hälsa och livssituation för klienterna. En konsekvens av medverkande myndigheters komplicerade byråkrati var att klienter ”föll mellan stolarna” och befann sig utan stöd från myndigheter då klienterna inte passade in i regelverkets ramar. Detta skapade stor oro och sänkt motivation hos klienterna. IPS-coacherna uttryckte därför en önskan om

att myndigheter såsom försäkringskassan och arbetsförmedlingen skulle kunna vara mer flexibla i att anpassa, exempelvis, ekonomisk ersättning utifrån klientens förutsättningar för att undvika att klienten hamnade utan stödinsatser.

Klientens hälsa, livssituation och strategier för konstruktiv anpassning

Klientens hälsa och livssituation beskrevs påverka motivationen och engagemanget i arbetsrehabiliteringen i hög grad. Ohälsa och förändringar i livssituationen, såsom separationer, byte av bostad eller minskat stöd från närstående sänkte motivationen och kunde leda till hög frånvaro på arbetsplatsen och i arbetsrehabiliteringen.

”Klientens livssituation som försvårar arbetsrehabiliteringsprocessen, ej fungerande dygnsrytmer, sömnproblem, biverkningar av medicin – ledbesvär och hudutslag.”

Även klientens ekonomiska situation medförde försämrat välmående och därmed också arbetsrehabiliteringen, då ekonomin ibland inte räckte till bussbiljetter eller lunch på arbetet och inte heller till samtalskontakt på hälsocentralen. Obetalda räkningar hos kronofogden och inkassobolag skapade också mycket oro. Den ekonomiska situationen kunde också leda till att klienten bara ville ha ett arbete och det spelade ingen roll om arbetet passade klienten eller ej, vilket kunde leda till att arbetet inte fungerade i längden. Den ekonomiska situationen kunde också leda till att klienterna inte ville söka arbete då den ekonomiska ersättningen skulle försvinna vid anställning på en arbetsplats.

Insikt om egna reaktioner och känslor uppfattade IPS-coacherna vara väsentligt för klienten, då detta medförde att klienten effektivt kunde söka adekvat hjälp och stöd, vilket minskade avbrotten i arbetsrehabiliteringen och klientens ohälsa. Då klienten skapade strategier och hade kunskap om sin egen ork och energi samt förmågor, förbättrade det självförtroendet och klientens välmående genom att klienten såg sin egen kapacitet. Klienter som skapade egna strategier utifrån reella situationer och vågade använda dessa beskrevs ha tillit till sin egen förmåga och god hälsa. Med ökat självförtroendet kunde klienten sedan sätta gränser och ta för sig på arbetsplatsen och i privatlivet. Ett annat sätt som klienterna ökade sitt självförtroende på var att ställa realistiska krav på sig själva och låta växandet in i arbetsrollen ta den tid som det tog. För högt ställda krav på sig själva, exempelvis gällande energimängd, sänkte klientens självförtroende mycket och orsakade frånvaro på arbetet då kraven inte uppnåddes. Det dåliga självförtroendet innebar också att klienten ej vågade testa sina förmågor och var rädd för att misslyckas.

”Klientens höga krav på sig själv, svårigheter finna balansen mellan att vilja så mycket, vara effektiv, snabb och bejaka sin egen hälsa, att den skall hålla långsiktigt.”

En negativ självbild och för höga krav ledde till att fokuset förflyttades från klientens framsteg till, i klientens ögon, misstag och detta kunde leda till att utvecklingen av arbetsrollen inte kom vidare. Även avbrott i arbetsrehabiliteringen kunde hämma klientens utveckling då det kunde leda till att vardagens struktur rubbades med en störd dygnsrytm och försämrad hälsa som följd. Detta beskrevs av IPS-coacherna inverka väsentligt på klienternas motivation och den energimängd som de kunde bruka under dagen samt klientens förmåga att hantera uppkomna situationer. Orealistiska krav från klienten på arbetsplatsen kunde också bromsa arbetsrehabiliteringen i de fall klienten saknade den utbildning som krävdes eller att en sådan arbetsplats inte fanns tillgänglig. Det var då mycket svårt för IPS-coachen att finna en lämplig arbetsplats. IPS-coachen fann det vara fördelaktigt för klienten att ha en utbildning.

Betingelser för lämplig arbetsplats

En arbetsplats som kunde motsvara klientens behov, intressen och önskemål ökade och möjliggjorde klientens motivation till arbete. Även anställningsmöjlighet på arbetsplatsen var en fördel då klienten blev mycket motiverad av detta. Om arbetsplatsen inte kunde erbjuda en anställning ledde det till sänkt motivation, frånvaro på arbetsplatsen och att sökandet efter en annan arbetsplats påbörjades, vilket kunde vara mycket tidskrävande.

”Personen är besviken när hon slutade på förra platsen men ville själv byta då det inte leder till jobb.”

Då arbetsplatsen var väl strukturerad i sin utformning och det fanns utrymme för klienten att våga be om stöd av arbetskamraterna möjliggjorde det, enligt IPS-coacherna, en bra arbetsrehabilitering och skapade trivsel hos klienten. Även den sociala miljön var viktig då en god gemenskap och känslan att vara ”en i gänget” innebar att klienten trivdes och kände sig trygg på arbetsplatsen. Det trygga och trivsamma klimatet hjälpte klienten att bli mer självständig då klienten vågade göra fel och prova sin egen förmåga att klara av arbetsuppgifterna. Det var viktigt att klienterna kunde erhålla strukturerade och tydliga instruktioner gällande arbetsuppgifterna på arbetsplatsen, men också tillgång till konstruktiv kritik för att utvecklas. IPS-coacherna beskrev även att internut-

bildningar på arbetsplatsen var positiva för klienternas utveckling och ökade deras anställningsbarhet.

Bra betingelser för en arbetsplats, ansåg IPS-coacherna, var ett synsätt som präglades av öppenhet, flexibilitet och engagemang. Öppenheten och flexibiliteten kunde gälla accepterande av anpassningar utifrån klientens behov, vilka exempelvis kunde vara de tider klienten arbetade, arbetsuppgifter, den fysiska miljön, hur instruktioner var uppbyggda, men också hur den sociala miljön kunde anpassas. Engagemanget syntes tydligt då arbetsplatsen kunde erbjuda den handledning som klienterna var i behov av och avsätta tid för detta. Arbetsplatser med tidigare erfarenheter av personer med psykiskt funktionshinder var även positivt då de kunde visa större förståelse för klienternas behov av att få tid för att växa.

”Arbetsgivarens inställning att klienten måste få rätt förutsättningar och mer tid för att kunna nå framgång och möjliggöra en anställningsbarhet.”

Enligt IPS-coacherna var möjligheten att få lön och semester från arbetsgivaren betydelsefullt för klienten, då det kunde vara en belöning för ett gott utfört arbete och ökade klienternas motivation. Lönen kunde också hjälpa klienten att stanna kvar på en arbetsplats även när det uppstod svårigheter. Dock var arbetsplatsens ekonomiska tillgångar en påverkande faktor, eftersom arbetsplatser som hade en osäker ekonomisk situation medförde mycket oro och stress för klienten och ökade risken för psykisk ohälsa, samt sänkt motivation. Klienter kunde även känna sig utnyttjade av arbetsgivaren när ingen anställning blev möjlig efter lång tids arbetsträning på arbetsplatsen. Tidigare volontärarbete innan arbetsträningen minskade chansen för att få en anställning, då arbetsgivare inte ville betala för arbete som tidigare utförts gratis.

Spelregler i samarbetet

För en effektiv arbetsrehabilitering krävdes ett gott samarbete mellan IPS-coacherna, de olika aktörerna och med en klient. IPS-coacherna beskriver att gott samarbete grundar sig i en god kommunikation och tillit till varandra.

Kommunikation och samordning av insatser

En öppen, ärlig och kontinuerlig kommunikation som grundade sig i respekt, acceptans och förståelse för varandra krävdes för att arbetsrehabiliteringen skulle fungera, beskrev IPS-coacherna. Den öppna dialogen krävdes för att alla inblandade skulle kunna samtala

om styrkor och resurser gällande klienterna och aktörerna, men också om svårigheter och problem, vilket i sin tur ledde till att realistiska mål kunde formuleras. Det var också viktigt både i kommunikationen och i målformulerandet att klienten kunde uttala sina behov på ett adekvat sätt som innebar att IPS-coachen och andra aktörer förstod vad dennes behov var. IPS-coacherna beskrev också vikten av att aktörerna kunde beskriva sina resurser och kunskaper dels för klienten, men också för varandra i syfte att kunna utnyttja varandras kompetens på ett effektivt sätt. För att möjliggöra tillväxt och utveckling hos klienten krävdes en öppen kommunikation mellan arbetsgivaren, arbetskamraterna och klienten för att förmedla konstruktiv kritik. För att underlätta samverkan och samarbete beskrev IPS-coacherna det vara av stor betydelse att kommunikationen och informationen mellan olika aktörer och inom varje enhet var tydlig och tillräcklig för att möjliggöra samarbete mot ett gemensamt mål. Speciellt viktigt var det då många aktörer var inblandade samtidigt. Svårighet att få till stånd samverkansträffar försvårade kommunikationen och planeringen av de, ibland, många stödinsatserna runt en klient.

”Svårt att få en överblick över arbetsituationen. Många aktörer/ arbetsgivare och när jag trott att jag fått en klar bild har jag blivit varse om motsatsen.”

En av svårigheterna att få till stånd samverkansträffar var otillgängliga aktörer på grund av tidsbrist eller bristande engagemang. Då överlämning av klient skedde mellan olika aktörer eller mellan IPS-coacher var det extra viktigt att bra och tydlig information förmedlades så att överlämnandet blev effektivt.

Det krävdes även en öppen dialog om vad de olika myndigheterna, exempelvis arbetsförmedlingen och försäkringskassan, ansåg vara tillräcklig arbetsförmåga för att en klient skulle räknas som frisk och därmed klara sig utan stödinsatser, då det ofta skilde sig åt och försvårade för klienten att få rätt stöd och ersättning. För att på ett effektivt sätt arbeta beskrev IPS-coacherna det väsentligt att ansvaret var fördelat jämt på de olika aktörerna och att varje aktör tog sitt ansvar. IPS-coacherna beskrev att när för mycket ansvar låg på dem innebar det minskad tid att arbeta med det arbetsinriktade stödet till klienten.

”Dålig samverkan med psykiatrin. Psykiatrin ”lägger” ärendet/ rehabiliteringen i SE-gruppens ”knä”.”

Det var även av stor vikt att aktörerna, IPS-coachen och klienten hade ett gott samarbete samt arbetade mot samma mål, speciellt i samarbetet med psykiatrin då deras stödinsatser och behandlingar pågick i en parallell process med arbetsrehabiliteringen. För att

alla skulle arbeta mot samma mål krävdes det att alla var delaktiga i planeringen och att den godkändes av alla medverkande. Detta krävde dock att alla aktörer var villiga till att samverka med varandra och engagerade sig för att skapa en så lyckad arbetsrehabilitering som möjligt.

”Bra samverkan, alla organisationer/verksamheter bidrar med sin del för att nå ett gemensamt mål.”

Att känna tillit i samarbetet

Mellan en klient och en stödgivare var en trygg och förtroendefull relation viktigt för att klienten skulle kunna ta emot och tillåta stöd, beskrev IPS-coacherna. I de fall där tillit saknades sattes fokus på rehabiliteringen åt sidan och själva relationen tog dess plats. Detta gjorde att arbetsrehabiliteringen bromsades och risk för ohälsa och motivation hos klient fanns. Klientens medgivande till samarbete mellan aktörerna var även essentiellt för ett gott samarbete.

”Samverkan med FK, klienten har en handläggare som funnits med i processen och som klienten har förtroende för och som nu ser till och ombesörjer för sin klients bästa.”

Tilliten mellan aktörerna och mellan aktörerna samt IPS-coacherna och att de tog sin del av ansvaret var viktig för att samarbete skulle fungera. Dock fanns det tillfällen där aktörerna frågade sig hur ansvaret skulle delas mellan dem, då det inte fanns några direkta riktlinjer att utgå ifrån. IPS-coacherna beskrev tillfällen då det var nödvändigt att ha tillit till andras bedömningar och beskrivningar av situationer då de själva inte hade möjlighet att delta. Om tilliten inte funnits hade mycket tid tagits från arbetsrehabiliteringen till att kontrollera om bedömningarna och beskrivningarna stämde. En förtroendefull relation krävde även att aktörer och klienter var tillgängliga och kom till avtalade möten.

DISKUSSION

Syftet med studien var att belysa IPS-coachers uppfattning om vad som påverkat klienters arbetsrehabilitering inom IPS-program i norra Sverige. En nyckelkomponent i arbetsrehabiliteringen som framkom var motivation och engagemang, vilket gäller klien-

ten främst, men även samtliga inblandade i arbetsrehabiliteringen. Det har även framkommit i andra studier (Blitz & Mechanic, 2006). Temat som skapades under analysen visar även på vikten av att se värdet av IPS för samtliga inblandade för att arbetsrehabiliteringen ska fungera. Genom att förstå värdet av IPS skapar detta också motivation att delta i rehabiliteringen, vilket styrks av Kielhofner (2008) som beskriver individens värderingar som någonting som skapar meningsfullhet och meningsfullhet leder till motivation.

Upprätthållande av motivation visade sig vara mycket komplext då den påverkas av så många aspekter. En viktig faktor är IPS-coachens och klientens arbetsrelation. Finlay (2004) menar att det, hos personer med psykiskt funktionshinder, är extra svårt att frambringa motivation, vilket syns tydligt då IPS-coacherna beskriver svårigheten med att hitta den individuella klientens motivation och intressen. För att finna dessa krävs en öppen och tydlig dialog där klienten och IPS-coachen kan känna sig fria att dela med sig av sig själva, vilket enligt Finlay (2004) kräver en förtroendefull relation. Den öppna dialogen kan användas för att IPS-coachen ska kunna skapa en riktig uppfattning om klienten och är viktig för ett klientcentrerat arbete. Rogers (1951) definierar klientcentrerat arbete som ett arbetssätt som utgår från klientens perspektiv. Dock kan möjligheten att observera klienten i reella situationer vara ett bra komplement till detta för IPS-coachen för att skapa en riktig uppfattning om dennes sätt att fungera, vilket beskrivs som positivt i resultatet. Becker och Drake (2005) betonar värdet av att se klienten utanför sin trygga miljö och patientrollen. Detta kan ses som att arbetsmiljön har erbjudit utmaningar som klienterna har ställts inför. Detta har hjälpt dem att använda sina resurser, vilket en tryggare miljö, såsom hemmet eller vårdmiljöer, där klienten kan få för mycket hjälp, inte kan erbjuda på samma sätt.

I resultatet framkommer att IPS-coacherna använde strategier för att upprätthålla klienternas motivation och bland annat ville de ställa anpassade krav på klienterna utifrån deras förmåga. I en avhandling (Hillborg, 2010) som beskriver hur klienter och aktörer uppfattat arbetslivsinriktad rehabilitering utifrån IPS framkom att om för höga krav ställdes på klienten så medförde det en känsla av att vara på ”ruta ett” och att motivationen sänktes. Genom att istället lyckas i arbetsterabiliteringen och få erfarenheter av detta ökade klienten sin insikt om sin egen förmåga och minskade i flera fall behovet av psykiatriskt stöd och kunde skapa en bättre självbild. Arbetsterapeuter använder sig i rehabilitering av anpassade kravnivåer för att utmana och träna klientens

förmågor (Kramer, Hinojosa & Royeen, 2003). Finlay (1993) beskriver att balanserade kravnivåer, som anpassas efter klientens behov, gör att denne upplever framgång i rehabiliteringen. Arbetsterapeuternas kunskaper om hur miljön och uppgiften påverkar individen och hur individen interagerar med dessa (Kielhofner, 2008), talar för att arbetsterapeuter borde vara en värdefull profession i ett IPS-team.

Andra strategier som IPS-coacherna använde sig av var kontinuitet i träffarna med klienten och stödinsatser anpassade efter den aktuella situationen. Detta möjliggjorde för klienterna att behålla ett arbete, vilket även Becker och Drake (2003) funnit. Bland annat hjälpte IPS-coacherna klienter som hade svårt att ta sig till arbetet med transport, vilket Blitz och Mechanic (2006) beskriver som en viktig stödinsats för att hjälpa klienten som har svårt att ta sig till arbetet och kan öka deras närvaro. Dessa anpassade strategier visar på vikten av förmågan att vara flexibel som IPS-coach.

I resultatet beskrev IPS-coacherna psykiatrin som en aktör som gav viktiga stödinsatser till klienterna. De kunde hjälpa till att förbättra klienternas livssituation och på så sätt öka klienternas närvaro på sina arbetsplatser. En av de stora stödinsatserna psykiatrin gav var att förbättra klienternas rutiner i vardagen. Ett gott psykiatriskt stöd, menar Leufstadius (2005), hjälper en klient att upprätthålla en bra dygnsrytm då klienten får hjälp att skapa strategier för detta. Enligt Becker och Drake (2003) är psykiatrins insatser ett villkor för att IPS-program ska fungera. Hillborg (2010) menar att också klientens privatliv måste fungera tillsammans med rehabiliteringen då dessa tillsammans påverkar varandra i en sammanflätad process. Detta visar på det nära sambandet mellan klienternas livssituation och hälsa i förhållande till de stödinsatser klienterna kan erhålla.

I resultatet beskrev IPS-coacherna hur klienternas insikt om sina känslor påverkade arbetsrehabiliteringen. För att kunna använda sig egen kapacitet på ett effektivt sätt måste en person kunna behärska och förstå sina egna känslor för att utifrån dessa fatta grundade beslut kring sina aktiviteter (Kielhofner, 2008). Även detta visar på psykiatrins viktiga roll i arbetsrehabiliteringen, vilket också Becker och Drake (2003) menar på. Det är inte bara klienternas hälsa som påverkar arbetsrehabiliteringen, utan Hillborg (2010) menar att också tidigare erfarenheter av rehabilitering påverkar klienternas inställning och motivation till rehabilitering.

På arbetsplatsen beskrev IPS-coacherna vikten av att klienten trivdes och kände sig som ”en i gänget”. Den ökade motivationen i och med detta, kan kopplas till Leufstadius et al. (2009) beskrivning om att en känsla av normalitet uppnås via arbete och stärker individens självkänsla. Delaktighet på arbetsplatsen skulle kunna innebära ökad integrering i samhället i och med att klienterna i IPS kan känna sig lika kompetenta som arbetskamraterna och kan minska känslan av stigmatisering, vilket också Hillborg (2010) funnit. Genom de nya roller som skapas på arbetsplatsen kan klienten skapa en ny identitet och utifrån den skapa nya roller, vanor och rutiner utanför arbetslivet (Kielhofner, 2008). Genom att en ny identitet skapas kan personer med psykiskt funktionshinder skapa distans till den vanligt förekommande patientrollen och bli mer delaktig i samhället (Bergerholm & Eklund, 2005).

IPS-coacherna beskrev i resultatet att det fanns svårigheter att hitta arbetsplatser. Samhällets syn på personer med psykiskt funktionshinder kan vara en fråga att belysa och om detta påverkar arbetsplatsers vilja att ta emot klienter för arbetsträning. Detta kan kopplas till den stigmatisering som, enligt Björkman (2005), är integrerad i människors synsätt angående personer med psykiskt funktionshinder. IPS-coacherna uppfattade att arbetsgivare med tidigare erfarenhet av klientgruppen var positiv till arbetsrehabiliteringen. Detta skulle kunna ses som att arbetsgivare som haft kontakt med personer med psykiskt funktionshinder kommit ifrån dessa föreställningar. Erfarenhet och kunskap om denna persongrupp skulle då kunna resultera i mer förstående arbetsgivare som är mer villiga att ta emot klienter med anpassningsbehov.

Svårigheten att hitta en lämplig arbetsplats kunde enligt IPS-coacherna bestå i att få arbetsgivare att vilja ta emot klienter. Det finns också tecken på att arbetsgivare undviker att anställa personer med psykiskt funktionshinder av rädsla för många och dyra sjukperioder (SOU 2006:100). Någon form av positiv uppmärksamhet eller belöning för arbetsgivare som är villiga att ta emot klienter för arbetsträning skulle kunna vara en möjlighet då det kan göra arbetsgivarna mer positivt inställda.

Vid låg anställningsbarhet och svårighet att hitta en arbetsplats kunde utbildning vara en lösning. Enligt Becker och Drake (2003) kan utbildning innebära högre anställningsbarhet, vilket även styrks i en studie där ”jobb-coacher” inom SE fick svara på frågor gällande faktorer som påverkade deras arbete med arbetsrehabilitering och uttryckte där att utbildning ökade möjligheten hos deras klienter att få en anställning (Blitz & Mechanic,

2006). Då det även framkom i resultatet att IPS-coacherna ansåg att utbildning ökade anställningsbarheten, men att de saknade tillräckliga kunskaper om stödinsatser i utbildningssituationer, kan detta vara någonting som bör utvecklas i svenska IPS-program.

Ett problem som beskrevs inom arbetsrehabiliteringen med IPS, var hur ansvaret mellan olika involverade aktörer skulle fördelas, vilket skulle kunna vara en konsekvens av att metoden ännu inte är etablerad i Sverige och därför finns inte tillräckliga rutiner för samverkan. För att möjliggöra skapandet av dessa rutiner kan tydlighet i kommunikationen om aktörernas kunskap och ansvarsområden ses som en betydelsefull beståndsdel, då detta framkommit i resultatet som nödvändigt för en god samverkan. Även bristen på tydliga lagar och regler om vem som ska betala för rehabiliteringen och har huvudansvaret kan vara en orsak till detta (Gustafsson et al., 2004). Hillborg (2010) menar att verksamheter och organisationer i Sverige har för strikta lagar och regler som de styrs av, vilket gör dem till hindrare istället för möjliggörare i arbetsrehabiliteringen. Hjern (2007) menar att aktörerna har förmåga att samverka, men att denna förmåga inte tas tillvara i nuläget på grund av de olika prioriteringar som görs av, exempelvis, chefer inom myndigheter och sjukvård. Detta kan göra att många i behov av hjälp blir utan. Genom att samverkan ej fungerar optimalt blir även insatser till personer med psykiskt funktionshinder splittrade och bristfälliga (SOU 2006:100). Samarbete och samverkan mellan olika myndigheter och företag är något som är mycket komplext och svårt, då det även här finns många faktorer som påverkar hur samarbetet ser ut och fungerar (Wihlman, Stålbj Lundborg, Axelsson, & Holmström, 2008). Därför är det inte underligt att detta även syns i resultatet.

I resultatet framkom att IPS-coacherna anser tillit mellan samtliga inblandade i arbetsrehabiliteringen vara av stor vikt. Tuckman (1965) beskriver att tillit till varandra är väsentligt i en grupp för att framgångsrikt fokusera och arbeta mot ett gemensamt mål, vilket även gäller för gränsöverskridande teamarbete (Axelsson & Axelsson, 2007). Vikten av gemensamt arbete mellan aktörerna utifrån klientens behov kan vara mycket viktigt för att skapa trygghet hos klienten. Detta skulle kunna minska den oro som uppstod när klienterna skulle lämna den trygghet som olika ekonomiska ersättningar kunde innebära. Hillborg (2010) fann att personer med psykiskt funktionshinder oroar sig för att bedömas ha högre arbetsförmåga än vad de själva upplever att de har, vilket kan leda till förlorad ersättning. Dock ökar lön och anställningsmöjlighet motivationen till arbete

och ger välmående menar Leufstadius et al. (2009). Lönen är också viktig för att kunna öka levnadsstandarden, då personer med psykiskt funktionshinder ofta har en mycket låg inkomst (SOU 2006:100). Genom att IPS riktar sig mot arbete på den öppna arbetsmarknaden bidrar det till att personer med psykiskt funktionshinder erbjuds möjligheter att öka sin inkomst utifrån sina egna individuella förutsättningar och kan därigenom få en ökad motivation till att försöka utveckla en fungerande arbetsroll (Becker & Drake, 2003).

Metoddiskussion

Då tillgängliga data var utformade som enkätsvar, vilka ofta var kortfattade, fanns inte möjlighet att ställa fölfrågor för att få mer utförliga svar som vid en intervju. När dataanalysen var gjord sågs en komplex beskrivning om vad som påverkat arbetsrehabiliteringen och det var svårt att helt skilja meningsenheterna åt, då de oftast hörde ihop på något sätt. Väl avgränsade kategorier kunde därför inte skapas.

När enkäterna renskrevs kunde vissa svårigheter uppstå när det gäller att tyda handskrivet material. Ett försök till att se textens helhet gjordes i dessa fall för att uttyda betydelsen. Detta kan ses som en risk för att materialet missförstått på något sätt. Då en del av materialet ej var skrivet direkt under frågorna i enkäten, utan i bilagor i daganteckningar som skulle peka på faktorer som påverkat arbetsrehabiliteringen, var viss tolkning nödvändig gällande relevansen mot syftet. En tolkning gjordes även i innehållsanalysens bearbetning. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innehåller en kvalitativ innehållsanalys alltid en viss grad av tolkning och abstraktion genom kodning och kategorisering. Ett alternativ gällande datainsamling hade kunnat vara intervju av undersökningsgruppen med syfte att belysa deras uppfattning om påverkande faktorer, men då hade det varit svårt att få beskrivningar utifrån alla de 65 deltagarna. Genom att analysera enkäterna gavs därför en större helhetsbild än intervjuer skulle kunnat ge.

Till en början var tanken att material för endast det första året skulle användas för analys. Dock var materialet för andra året betydligt mer omfattningsrikt än det första och författarna i samråd med handledaren ansåg att mängden material för ett år var otillräckligt. Därför inkluderades även andra årets enkäter. Genom att använda material från hela projekttiden kunde förändringar i de påverkande faktorerna urskiljas under processens gång.

Ett bortfall av deltagare sågs under de två årens material med ett högre bortfall under andra året. Detta skulle kunna förstås genom den komplexitet som upprätthållandet av motivation innebär, vilket framkommit i resultatet och vetskapen om att livssituationen förändras över tid. Många av bortfallen berodde också på ökad psykisk ohälsa. En annan orsak till bortfall kan vara svårigheten att finna en lämplig arbetsplats, då detta framkom i resultatet och det kan vara svårare i mindre städer.

Slutsats

En slutsats är att metoden IPS och arbetsterapi delar flera centrala värderingar. Framför allt att meningsfull aktivitet påverkar människans hälsa och bidrar till utveckling, men också att ett klientcentrerat arbetssätt möjliggör flexibla interventioner som skapar individspecifika strategier som fungerar för personen i det sammanhang där han eller hon ska utföra sina aktiviteter (Fisher, 2007). En arbetsrehabilitering som utgår ifrån den enskilda klientens intressen, förutsättningar och behov och som sker i aktivt samarbete med annan rehabilitering eller behandling kan bidra till en förbättrad livssituation, arbetsförmåga och ge klienten ett strukturerat och fungerande arbetsliv.

Studier som denna är aktuella då IPS är en relativt ny metod i Sverige och det är viktigt att förstå vilka faktorer som påverkar arbetsrehabiliteringen för att kunna effektivisera metoden. Nationella psykiatrisamordningen (SOU 2006:100) beskriver att inblandade aktörer ofta saknar kunskap om effektiva metoder i arbetsrehabiliteringen för personer med psykisk ohälsa. En större kunskap om IPS och dess betydelse kan underlätta etablering av metoden då det kan skapa intresse hos ansvariga aktörer. Det är viktigt med fortsatt forskning om IPS och hur arbetsrehabiliteringen påverkas i olika delar av Sverige, då kommunerna och städernas olika former av tidigare samarbete, praxis och riktlinjer påverkar samarbetet mellan olika myndigheter och verksamheter. Även forskning om IPS för personer med lättare psykiska funktionshinder och stöd i utbildningssituationer behövs för att styrka IPS-metodens användbarhet.

REFERENSER

- Axelsson, R., Axelsson S.B. (2007). Folkhälsa i samverkan. R, Axelsson & S.B, Axelsson, (Red.), *Samverkan och folkhälsa – begrepp, teori och praktisk tillämpning*. (s. 11-27). Lund: Studentlitteratur.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual Placement and Support: A Community Mental Health Center. *Community Mental Health Journal*, 30(2), 193-206.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2005). Att leva med psykiska funktionshinder : livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. D, Brunt & L, Hansson (Red.), *Vardagslivet* (s.103-123). Lund: Studentlitteratur.
- Björkman, T. (2005) Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Brunt, D, & Hansson, L. (Red.), *Stigma* (s.57-73). Lund: Studentlitteratur.
- Blitz, C. L., & Mechanic, D. (2006). Facilitators and barriers to employment among individuals with psychiatric disabilities: a job coach perspective. *Work*, 26(4), 407-419.
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 182, 467-468.
- Bond, G. R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345-359.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 280-290.
- Burns, T., & Catty, J. (2008). IPS in Europe: the EQOLISE trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 313-317.
- Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P., & White, I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet*, 353(9171), 2185-2189.
- Cullberg, J. (2005). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dunn, E., Wewiorski, N., & Rogers, E. (2010). A qualitative investigation of individual and contextual factors associated with vocational recovery among people with serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 185-194.

- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59-62.
- Finlay, L. (1993). *Groupwork in Occupational Therapy*. London: Chapman & Hall.
- Finlay, L. (2004). *The practice of psychosocial occupational therapy* (3. ed.). Cheltenham: Nelson Thornes.
- Fisher, A. G., & Nyman, A. (2007). *OTIPM: En modell för ett professionellt resone-mang som främjar bästa praxis i arbetsterapi*. FOU-rapport 07. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter: antagen av Förbundet Sveriges arbetsterapeuters fullmäktige 1992 och reviderad 2004* (2. uppl. ed.). Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA).
- Gerle, M. (2002). Psykiska handikapp - möjligheter och rättigheter. K, Grunewald (Red.), *Vilka är personerna?* (s. 37-53). Stockholm: Liber AB.
- Goine, H., & Upmark, M. (2010). *Missbruk och sjukförsäkringen; kunskapsläge och diskussion kring omfattning och regelverk. Rapport för Missbruksutredningen* (S 2008:4), Stockholm: Socialdepartementet.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Ekberg, K. (2004). *Arbetsliv och hälsa 2004* (1. uppl. ed.). R. Å, Gustafsson., & I, Lundberg (Red.), *Arbetsinriktad rehabilitering* (s. 365-380). Stockholm: Liber idéförlag.
- Hillborg, H. (2010). *Erfarenheter av rehabiliteringsprocessen mot ett arbetsliv-brukarens och de professionellas perspektiv* (Avhandling från Örebro universitet). Örebro: Örebro universitet. Hämtad från: <http://www.avhandlingar.se/avhandling/f6fcfa410d/>
Hämtad: 21/1 2011 kl 16.35.
- Hjern, B. (2007). *Folkhälsa i samverkan*. R, Axelsson & S. B, Axelsson (Red.), *samverkan – inneord eller en utmaning för den svenska modellen* (s. 33-57). Lund: Studentlitteratur.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application* (4. ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kramer, P., Hinojosa, J., & Royeen, C. B. (2003). *Perspectives in human occupation: participation in life*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment *Work*, 33, 413-425.

- Latimer, E. A., Lecomte, T., Becker, D. R., Drake, R. E., Duclos, I., Piat, M., et al. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 65-73.
- Leufstadius, C., & Eklund, M. (2008). Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 15, (1), 23-33.
- Leufstadius, C., Eklund, M., & Erlandsson, L. K. (2009). Meaningfulness in work - experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work* (Vol. 34, pp. 21-32). Netherlands.
- Leufstadius, C., & Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. (2010). *Vardagsliv - aktivitetsbalans och meningsfullhet i dagliga aktiviteter hos personer med psykiskt funktionshinder*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.
- Link, B. G., Struening E. L., Rahav, M., Phelan J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and Social behavior* 38: 177-90.
- Link, B. G., Struening E. L., Rahav, M., Phelan J. C., & Nuttbrock, L. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services* 52:1621-1626.
- Nygren, U., Markström, U., Svensson, B., Hansson, L., & Sandlund, M. (2011). Individual Placement and Support - a model to get employed for people with mental illness. The first Swedish report of outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, in press.
- Rinaldi, M., & Perkins, R. (2007). Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual Placement and Support and non-integrated pre-vocational services in the UK. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27(1), 21-27.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Sandlund, M. (2005b). Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. D, Brunt & L, Hansson (Red.), *Vad är ett psykiskt funktionshinder?* (s. 15-35). Lund: Studentlitteratur.
- Sandlund, M. (2005a). Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. L. C, Hydén. (Red.), *Vad är psykiska funktionshinder* (s. 63-83). Lund: Studentlitteratur.
- Statens beredning för medicins utvärdering. (2006). *Behandling av ångestsjukdomar – Frågor och svar*. Stockholm: SBU. Hämtad från: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/5/angest_fragor_svar.pdf
Hämtad: 22/1 2011 kl 12.14.

- Socialstyrelsen. (1999). *Att inventera psykiskt funktionshindrade personers behov*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*, svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1> Hämtad: 12/1 2011 kl 09.23.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2006:5. *Vad är psykiskt funktionshinder?: Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder*. Sverige: Regeringskansliet.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Sverige: Regeringskansliet.
- Statistiska centralbyrån. (2006). *Ohälsa och sjukvård 1980-2005 [Elektronisk resurs]* Örebro: Statistiska centralbyrån (SCB).
- Statistiska centralbyrån. (2010). Arbetsmarknad. Hämtad från Http://www.scb.se/statistik/publikationer/OV0904_2010A01_BR_12_A01BR1001.pdf Hämtad: 25/11 2010 kl 14.25.
- Tuckman, B. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63(6): 384-389.
- Twamley, E. W., Jeste, D. V., & Lehman, A. F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(8), 515-523.
- Vahlne Westerhäll, L. (2010). *Arbets(o)förmåga: ur ett mångdisciplinärt perspektiv* (2. uppl. ed.). Stockholm: Santérus.
- Vahlne Westerhäll, L., Bergroth, A., & Ekholm, J. (2009). *Rehabiliteringsvetenskap: rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv* (2., [omarb.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Wihlman, U., Stålby Lundborg, C., Axelsson, R. & Holmström, I. (2008). Barriers of inter-organisational integration in vocational rehabilitation. *International Journal of Integrated Care*, June 19.
- World Health Organisation. (2011). Depression. World Health organisation. Hämtad från: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ Hämtad: 22/1 2011 kl 12.10.