

## **Individual Placement and Support (IPS) i en socialpsykiatrisk kontext**

En väg till arbete för personer med psykiskt  
funktionshinder?

Ulla Nygren



Institutionerna för:  
Samhällsmedicin och rehabilitering, arbetsterapi  
Klinisk vetenskap, psykiatri  
Socialt arbete  
Medicinska avhandlingar, Umeå universitet, 2012.

Responsible publisher under swedish law: the Dean of the Medical Faculty  
This work is protected by the Swedish Copyright Legislation (Act 1960: 729)  
ISBN: 978-91-7459-444-7  
ISSN: 0346-6612  
Omslagsfoto: Ulla Nygren  
E-version available at <http://umu.diva-portal.org/>  
Printed by Arkitektkopia  
Umeå, Sweden, 2012

*"The ability to adapt, to cope with the problems of everyday living, and to fulfil age-specific life roles requires a rich reservoir of experiences gathered from direct engagement with both human and non-human objects in one's environment.*

*Doing is a process of investigating, trying out, and gaining evidence of one's capacities for experiencing, responding, managing, creating and controlling.*

*It is through such action with feedback from both non human and human objects that an individual comes to know the potential and limitations of self and the environment and achieves a sense of competence and intrinsic worth"*

*(Fidler & Fidler, 1978, p. 306)*



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>9</b>
<b>FÖRKORTNINGAR .....</b>	<b>11</b>
<b>ORIGINALARTIKLAR.....</b>	<b>12</b>
<b>INLEDNING.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUKTION.....</b>	<b>14</b>
<b>Människan som social aktivitetsvarelse.....</b>	<b>16</b>
Arbetets betydelse.....	18
Occupational justice.....	18
<b>Rehabilitering.....</b>	<b>19</b>
Psykiatrisk rehabilitering .....	20
<b>En socialpsykiatrisk kontext.....</b>	<b>21</b>
En evidensbaserad praktik.....	22
<b>Supported Employment .....</b>	<b>23</b>
Individual Placement and Support .....	23
Processtudier av IPS .....	26
Effektstudier av IPS .....	27
<b>Psykisk sjukdom som barriär mot arbete .....</b>	<b>27</b>
Användningen av begreppen psykisk sjukdom, psykisk ohälsa och psykiskt funktionshinder.....	28
<b>Motiv för avhandlingen.....</b>	<b>30</b>
<b>SYFTE MED AVHANDLINGEN .....</b>	<b>32</b>
<b>METOD.....</b>	<b>33</b>
<b>Kontext .....</b>	<b>33</b>
<b>Deltagare .....</b>	<b>34</b>
Bortfall.....	36
<b>Datainsamlingsprocedur.....</b>	<b>36</b>
<b>Instrument.....</b>	<b>37</b>
<b>Analys och analysmetoder .....</b>	<b>41</b>
Studie I.....	41

Studie II.....	42
Studie III .....	43
Studie IV.....	44
<b>Etiska överväganden .....</b>	<b>46</b>
<b>RESULTAT.....</b>	<b>48</b>
En bild av deltagarna .....	48
Sys­sel­­sättnings­­situa­tionen och rela­tionen till icke arbetsrelaterade utfall.....	48
Variabel som influerade anställning.....	50
Värdering av aktivitetskompetens och upplevd förmåga .....	50
Processer inom IPS-interventionen .....	53
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>56</b>
<b>En mångskiftande målgrupp.....</b>	<b>57</b>
<b>Är IPS en framkomlig väg till arbete? .....</b>	<b>58</b>
<b>Betydelsen av en förändrad sys­sel­­sättnings­­situa­tion .....</b>	<b>59</b>
<b>Psykiatriska symtom och anställning .....</b>	<b>61</b>
<b>Deltagarnas aktivitetsidentitet.....</b>	<b>62</b>
<b>Metoddiskussion.....</b>	<b>63</b>
Design .....	63
Deltagare .....	64
Instrument .....	64
Datainsamlingsproceduren.....	65
Kvalitativ fallstudie och trovärdighet .....	66
<b>Kliniska implikationer .....</b>	<b>67</b>
<b>Fortsatt forskning .....</b>	<b>69</b>
<b>SLUTSATS .....</b>	<b>70</b>
<b>TACK.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>73</b>

# ABSTRACT

## ***Introduction***

Participation in work is a desired and important occupation among the great majority of people for many reasons, but for people with a mental illness inclusion in a working life is limited. In Sweden, the most common reason for receiving sickness benefits is a psychiatric diagnosis and the situation is worst for young people (2011). There are huge needs for rehabilitation to work for people with a mental illness and one attempt is the intervention "Individual Placement and Support" (IPS), which internationally is known to be the one most effective in helping these people to employment. The aim of this thesis was to investigate IPS in a context of social psychiatry considering vocational and non-vocational outcomes, predictors for employment, perceived competence among the participants and finally to elucidate how IPS works as seen through the participants' and staffs' perceptions.

## ***Method***

The context of the research project was two IPS-programmes in two towns of medium size and organised within the municipalities' social service organisations as time-limited projects. Sixty-five men and women with a diversity of psychiatric diagnosis participating in these IPS-programmes were included in the study. Vocational data was reported every two month during two years of follow-up including: type of occupation and extent, kind and range of support given, together with perceived facilitators and hindrances in the work with their clients. Non-vocational data was collected at baseline, at 12 months and at 24 months including: psychiatric symptoms, self esteem, quality of life, global psychosocial functioning, occupational competence and occupational values, and participation in everyday living. The participants were also interviewed at 12 and 24 months. Data were used and analysed in different combinations in the included four studies. Mainly non-parametric statistics were used, but also Rasch-analyses. In the last study a qualitative case study-methodology was used.

## ***Results***

Twenty-five percent were at some time during the first year engaged in open labour market work and an additional 14 percent in regular education. All but four of the participants were for some time in some kind of occupation, mostly practising at a real work place. The number of weeks in employment, education and work practice during the first year varied, from just one week up to 41 weeks, and there was a similar variation in hours occupied. Participants in any kind of occupation at 12 month showed positive changes over time regarding psychiatric symptoms ( $p=0.000$ ) and psychosocial functioning ( $p=0.000$ ). These persons were also more satisfied with their occupational situation ( $p=0.009$ ).

Of three identified predictors for employment, only psychiatric symptoms remained significant at a level of  $p < 0.05$ . A lower level of symptoms increased the odds with 5.5 for gaining employment during one year. It was in general easier for the participants to value occupational behaviours as important, than to perceive them as being well performed. Clinically meaningful gaps were found among the most valued occupational behaviours; *Managing my finances*, *Managing my basic needs* and *Doing activities I like*. Many of the occupational behaviours perceived as most difficult to perform were related to competencies of importance for gaining employment. The case-study illustrated complex processes within the IPS-intervention. One of these showed the importance of reflected experiences for the clients' reconstruction of their occupational identities, and the importance of continuity for doing this.

### ***Discussion***

Participation in the IPS-programmes resulted in occupational changes, but the employment rate was at a low level in relation to most international results. Complex processes occurred towards employment and both cases with and without "success" developed their sense of themselves as actors. IPS is considered evidence based for people with severe mental illness, mostly including people with schizophrenia and other psychotic disorders, but the investigated group of participants was dominated of persons who had conditions of anxiety and depression and also quite many persons with neuropsychiatric disability. In contrast to many other studies, a lower level of psychiatric symptoms was found to be a predictor for being employed. The participants' perceptions of occupational competence and occupational values revealed that there are gaps to pay attention to when promoting the development of valued competence among people suffering from mental illness.

### ***Conclusion***

This thesis represents one of the first attempts to investigate IPS in a Swedish context characterized by social services partly responsible for psychiatric rehabilitation. The intervention shows to be useful, but the design of this study does not permit conclusions on its efficiency. By collecting more detailed information from clients' and IPS-coaches' experiences, it is possible to get sight of IPS-processes and some of the components of importance within the intervention. The consequences of having higher level of psychiatric symptoms seem to be a barrier to be employed. An important prerequisite for realising IPS appears to be coordinated collaborations among the involved actors.



# SAMMANFATTNING

## **Introduktion**

Delaktighet i arbete är för de allra flesta människor en önskad och viktig aktivitet av många olika anledningar, men för personer med en psykisk sjukdom är inklusionen i arbetslivet begränsad. I Sverige är en psykiatrisk diagnos den vanligaste orsaken till sjukskrivning och värst är situationen för unga personer (2011). Det finns ett mycket stort behov av rehabilitering till arbete för personer med en psykisk sjukdom. En metod för detta är Individual Placement and Support (IPS), som internationellt betraktas som den mest effektiva insatsen för att hjälpa dessa personer till anställning. Syftet med denna avhandling är att undersöka IPS i en socialpsykiatrisk kontext med avseende på arbetsrelaterade och icke arbetsrelaterade utfall, prediktorer för anställning och deltagarnas uppfattning om kompetens i vardagen. Ett ytterligare syfte var att beskriva det kvalitativa innehållet i IPS-insatsen ur klienternas och IPS-coachernas perspektiv.

## **Metod**

Forskningsprojektets kontext utgjordes av två IPS-verksamheter, vilka var organiserade i respektive kommuns socialtjänst som tidsbegränsade projekt. Sextiofem män och kvinnor med någon form av psykiskt funktionshinder och som deltog i verksamheternas IPS-program inkluderades i studien. Arbetsrelaterade data rapporterades varannan månad av IPS-coacherna under två års uppföljning och innefattade: typ av sysselsättning och omfattning, typ och omfattning av IPS-insats, samt beskrivningar av vad som underlättat respektive försvårat i arbetet med klienterna. Icke arbetsrelaterade data samlades in vid baseline, vid 12 månader och vid 24 månader: psykiatriska symtom, självkänsla, livskvalitet, generellt psykosocialt fungerande, aktivitetskompetens och aktivitetsvärdering, samt delaktighet. Deltagarna intervjuades också vid 12 och 24 månader. Data analyserades i olika kombinationer i de fyra delstudier som är inkluderade i avhandlingen. Mest användes icke-parametrisk statistik, men också Rasch-analyser. I den sista delstudien tillämpades en kvalitativ fallstudiemetodik.

## **Resultat**

Tjugofem procent var vid något tillfälle under det första året i anställning och ytterligare 14 procent var engagerade i reguljära studier. Alla utom fyra av deltagarna var vid något tillfälle i sysselsättning i någon form, mestadels i arbetsträning på vanlig arbetsplats. Omfattningen av anställning, studier och arbetsträning under det första året varierade mellan endast en vecka till 41 veckor. En liknande variation fanns i antalet timmar i sysselsättning. Deltagare i någon form av sysselsättning vid 12 månader visade positiva förändringar över tid med avseende på psykiatriska symtom ( $p=0.000$ ) och psykosocialt fungerande ( $p=0.000$ ).

Dessa personer var också mer tillfredsställda med sin sysselsättningssituation ( $p=0.009$ ). Tre potentiella prediktorer för anställning kunde identifieras, men bara psykiatriska symtom kvarstod som signifikant på en nivå av  $p<0.05$ . En lägre grad av psykiatriska symtom ökade oddset med 5.5 för att uppnå anställning under ett år. Generellt skattade deltagarna värdet av att kunna utföra olika aktiviteter i vardagen högre än hur de skattade sin förmåga att utföra dessa. Kliniskt meningsfulla glapp återfanns bland de mest värderade som handlade om att kunna sköta sin ekonomi och sina grundläggande behov, samt att kunna göra det man tycker om att göra. Flera av de aktiviteter som uppfattades som svårast att utföra är relaterade till förmågor av betydelse för att uppnå anställning. Fallstudien illustrerade komplexa processer i IPS-interventionen. En av dessa visade på betydelsen av reflekterade erfarenheter för klienters omkonstruktion av sina aktivitetsidentiteter och betydelsen av kontinuitet för att kunna göra det.

### ***Diskussion***

Deltagandet i IPS-programmen resulterade i sysselsättningsförändringar för de allra flesta av deltagarna, men proportionen i anställning var låg i jämförelse med de allra flesta internationella resultat. Komplexa processer uppstod på vägen i riktning mot arbete och både i de framgångsrika och mindre framgångsrika fallen, avseende anställning, förändrades personernas upplevelse av sig själva som aktörer. IPS är betraktad som evidensbaserad för personer med allvarlig psykisk sjukdom, vilket vanligen inkluderar personer med schizofreni och andra psykossjukdomar, men den undersökta gruppen av deltagare dominerades av personer med olika tillstånd av ångest och depression och relativt många personer hade neuropsykiatriska diagnoser. I kontrast till många andra studier av IPS, identifierades en lägre grad av psykiatriska symtom utgöra en prediktor för att bli anställd. Deltagarnas uppfattning om aktivitetskompetens och värdering av kompetens visade att det fanns glapp däremellan, som är viktiga att uppmärksamma när insatser ges i syfte att främja utvecklingen av värderad kompetens bland personer med psykiskt funktionshinder.

### ***Slutsats***

Denna avhandling representerar ett av de första försöken att studera IPS i en svensk kontext som kännetecknas av att det är socialtjänsten som är delvis ansvarig för psykiatrisk rehabilitering. Interventionen kan betraktas som användbar, men designen på denna studie tillåter inte att dra slutsatser om dess effektivitet. Genom att samla mer detaljerad information från klienters och IPS-coachers erfarenheter är det möjligt att få syn på processer som uppstår i en IPS-intervention och några av de komponenter som är av speciell betydelse för denna. Konsekvenserna av att ha högre grad av psykiatriska symtom tycks vara en barriär mot att bli anställd. En viktig förutsättning för att kunna förverkliga IPS uppfattas vara koordinerade samarbeten mellan de involverade aktörerna.

# FÖRKORTNINGAR

AF	Arbetsförmedlingen
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
EBP	Evidence Based Practice
FK	Försäkringskassan
GAF	Global Assessment of Functioning
IPS	Individual Placement and Support
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life
OA	Occupational Adaptation
OSA	Occupational Self Assessment
PEO	Person-Environment-Occupation Model
SE	Supported Employment
SMI	Severe Mental Illness
WHO	Världshälsoorganisationen

## **ORIGINALARTIKLAR**

Avhandlingen bygger på följande artiklar, vilka i texten kommer att refereras till med dess romerska siffror:

- I 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*, 25(3), 591-598.
- II Nygren, U., Markström, U., Bernspång, B., Svensson, B., Hansson, L., Sandlund, M. Predictors of vocational outcomes using Individual Placement and Support. (accepted for publication in *Work*)
- III Nygren, U., Sandlund, M., Bernspång, B., Fisher, A.G. Occupational competence among individuals with psychiatric disabilities in rehabilitation to work. (submitted)
- IV Nygren, U., Markström, U., Bernspång, B. Unique processes towards employment within an IPS-programme. Illustrated by five cases. (manuscript)

Studie I och II är tryckta med tillåtelse av utgivarna.

## INLEDNING

Under 1990-talet och början av 2000-talet arbetade jag som arbetsterapeut på ett behandlingscenter med kognitiv inriktning inom psykiatri och där mötte jag framför allt "unga vuxna" mellan 18 och 30 år. Dessa personer hade oftast varit sjukskrivna en längre tid på grund av sin psykiska ohälsa eller så hade de redan fått sjuk- och aktivitetsersättning. Arbete eller studier uppfattades sannolikt inte som aktuellt inom den närmast överblickbara tiden.

Det förekom sällan att personerna hade någon sysselsättning att gå tillbaka till efter sin behandling, till exempel i form av en arbetsplats eller en vilande studieplats. Det var vanligt att tidigare påbörjade studier hade avbrutits som en konsekvens av den psykiska ohälsan. Det förekom också att utbildningar varit möjliga att fullfölja med stor ansträngning, men att personerna inte kommit vidare till någon anställning. Däremot kunde tidigare erfarenhet av arbete finnas av olika slag, men oftast var det mer kortvariga anställningar.

Personernas olika erfarenheter och förutsättningar innan och under den oftast ganska långa behandlingsperioden både skapade och omskapade deras föreställningar om sig själva och sina möjligheter i tillvaron. Alla hade sina olika intressen, talanger, svårigheter, behov, tillgångar och begränsningar och en varierande tilltro till sin förmåga i olika avseenden.

Vägen från den relativt intensiva behandlingen på heltid till en glesare öppenvårdskontakt i kombination med lämplig sysselsättning kunde se väldigt olika ut. Lösningarna för de olika individerna blev mer eller mindre effektiva och lyckade. Personens specifika förutsättningar och vilja och den aktuella behandlaren tidigare erfarenheter, intresse och kunskaper om att vägleda och stödja i den fortsatta rehabiliteringen, påverkade tillsammans med de olika rehabiliteringsalternativ som fanns tillgängliga, vägen ut i samhället. Ytterst påverkades den av den för tillfället förda socialpolitiken.

Jag har alltid varit intresserad av "bron" från intensiv behandling till ett vardagligt liv. Ett liv som fungerar och känns hanterbart och tillfredsställande för den det gäller. I skrivande stund tänker jag att det är konstruktionen av denna "bro" som varit, och fortfarande är, den stora utmaningen.

## INTRODUKTION

Personer med funktionshinder har, precis som de allra flesta människor utan uppenbara funktionshinder, en önskan och ambition att delta i samhällslivet genom att bland annat hitta ett meningsfullt arbete att engagera sig i. För många personer med psykiskt funktionshinder kan vägen till arbete vara mer svårframkomlig än för andra grupper med funktionshinder. Problemet ser dessutom ut att kunna öka. Antalet beviljade aktivitetsersättningar till följd av psykisk sjukdom ökar bland unga vuxna mellan 19 och 29 år. Den här avhandlingen handlar om de personer som kommit till enheter inom socialtjänsten som arbetar med rehabilitering till arbete med utgångspunkt i metoden Individual Placement and Support (IPS).

Insatser med inriktning mot rehabilitering har sedan psykiatrireformens genomförande med början 1995, varit en ambition på nationell nivå i Sverige. Men redan innan dess gjordes det försök att tillvarata psykiskt funktionshinderade människors potential till aktivitet. Dessa försök var framför allt inspirerade av den forskning som pågick vid Boston University om psykiatrisk rehabilitering.

"Boston-modellen" lyfte fram behovet av att mobilisera varje individs resurser i form av både det som finns hos individen själv och i den personens naturliga miljöer, till exempel i personens sociala nätverk. "Resursmobiliseringsmodellen" var ett svenskt försök att tillämpa grundidéerna från Bostonmodellen och den betonade synen på rehabilitering som en process där det är viktigt att individen får tillgång till de resurser som gör det möjligt för honom eller henne att själv styra sitt liv och sin rehabiliteringsprocess. Ett typiskt uttalande från någon som arbetade enligt denna modell var: *Möjligheterna att påverka en rehabiliteringsprocess ligger framför allt i att mobilisera och samordna resurser av rätt slag, vid rätt tidpunkt och att göra det på rätt sätt!* Tanken var att det behövdes resurser på flera olika nivåer, från individnivå till samhällsnivå, som kunde samordnas bättre. Målet var arbete eftersom denna aktivitet uppfattades som en viktig arena för lärande, utveckling och kompetens.

Att möjliggöra ökad delaktighet i samhällslivet för personer som lever med konsekvenser av psykisk sjukdom genom att stärka den enskildes möjligheter att finna vägar till arbete är en utmaning som ännu på 2000-talets andra decennium är högst aktuell. Trots att "arbetslinjen" varit föremål för många olika utredningar, beslut och försök, har den i verkligheten haft en begränsad genomslagskraft för den aktuella målgruppen. Gruppen personer med psykiskt funktionshinder befinner sig trots de politiska ambitionerna i huvudsak utanför arbetsmarknaden. Dock har en viss optimism börjat skönjas de senaste åren. Orsaken står att finna i metoden IPS, som beskrivits som en effektiv strategi för att

stödja personer även med omfattande funktionsnedsättningar till följd av psykisk sjukdom. Förutom lovande internationella uppföljningsresultat, har arbetssättet också egenskaper som passat in i en aktuell idéströmning som betonar värdet av att arbeta samhällsbaserat och individualiserat med den enskildes preferenser som utgångspunkt. IPS har uppmärksammats genom en rad konferenser och skrifter och lyftes av Socialstyrelsen (2011) fram som en starkt rekommenderad insats i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni. Trots stora förväntningar och ett stort antal satsningar i flera kommuner år 2011, finns ännu en begränsad systematisk erfarenhet av metoden i Sverige. Vid ett första betraktande finns det också utmaningar med att "passa in" arbetssättet i vårt sektoriserade system av myndigheter med avgränsade ansvarsområden och en relativt starkt reglerad arbetsmarknad.

Det här avhandlingsarbetet är resultatet av ett av de första initiativen att vetenskapligt försöka beskriva olika aspekter av IPS i det svenska vård- och stödsystemet och de personer som försöker hitta en väg till ett meningsfullt arbete med hjälp av denna metod.

## **Människan som social aktivitetsvarelse**

Människans upplevelser av sina dagliga aktiviteter bildar basen för hennes känslor om sig själv och sin existens i världen (Bateson, 1996). Hon föds socialt orienterad med potential för aktivitet och med behov av aktivitet för att kunna överleva och utvecklas (Stern, 2003) i ett socialt, kulturellt, fysiskt och institutionellt kontext (Townsend och Polatajko, 2007). Den sociala orienteringen uppfattas skapa förutsättningar för människans uppenbara behov av nära och varaktiga sociala relationer och intresse för socialt samspel livet igenom (Stern, 2003). Potentialen för aktivitet beskrivs bestå av människans mentala och fysiska kapacitet i form av bland annat sinnen, kognitiva processer, emotioner, språk, motorik och cirkulation (Askland och Sataoen, 2003). Människans behov av aktivitet kommer till uttryck i alla de olika aktiviteter som hon dagligen engagerar sig i och utför av olika anledningar.

Arbetsterapiteoretiker har under lång tid intresserat sig för människans aktivitetsliv och bland annat vad det kan vara som motiverar henne till aktivitet, hur det går till när hon utformar och skapar sitt dagliga liv och vad som influerar hennes utförande av aktiviteter (Cole och Tufano, 2008). En gemensam utgångspunkt bland teorierna är att människans aktivitetsliv bara kan förstås utifrån den livskontext som hon är en del av. En annan utgångspunkt är att en människas sätt att utföra en aktivitet beror av interaktionen mellan det som karakteriserar människan, aktiviteten och den miljö i vilken aktiviteten utförs. Person-Environment-Occupation Model (PEO) är en teori som mer specifikt beskriver den komplexitet som råder mellan dessa delar (Law, 1996). Den betonar ömsesidigheten mellan person, miljö och aktivitet och att minsta lilla förändring i någon av komponenterna skapar förändringar i hur aktiviteter utförs. Teorin erbjuder strategier för att identifiera hur en persons kapacitet och egenskaper samspelar med aktuell miljö och den aktivitet som ska utföras, det vill säga hur väl delarna matchar varandra för att utförandet ska bli så välfungerande och tillfredsställande som möjligt för personen.

En av de mest använda teorierna om vad som motiverar, organiserar och möjliggör mänsklig aktivitet är Model of Human Occupation (MoHO) (Kielhofner, 1995, 2002, 2008). Ett grundläggande antagande inom MoHO är att människan är ett dynamiskt system, bestående av tre kompletterande subsystem, som kontinuerligt samspelar med varandra och den omgivande miljön. De tre ingående subsystemen inbegriper vilja, vanor och kroppsfunktioner. I viljesystemet återfinns det som påverkar människans motivation och det innefattar en persons intressen, självbild och tilltro till sin förmåga som aktör, vilka värderingar han eller hon har om vad som är viktigt, meningsfullt och eftersträvansvärt samt vilka förpliktelser personen upplever sig ha. Vanesystemet uppfattas bestå av en människas vanor och rutiner som skapas av henne i relation till de



aktiviteter som är förknippade med de olika roller och funktioner som är aktuella. Vanesystemet anses bidra till att organisera och effektivisera innehållet i vardagen. Till kroppsfunksionsystemet räknas både de objektivt identifierbara fysiska och mentala funktionerna och de subjektiva upplevelser som en person har relaterat till sina kropps-funktioner. De tre subsystemen skapas, utvecklas och förändras enligt MoHO successivt under hela livet genom det människan gör och upplever i relation till sin livskontext. Reflektioner i form av tankar och känslor pågår kontinuerligt och uppfattas ligga till grund för människans uppfattning om sig själv som aktör i olika sammanhang och för hennes val av aktiviteter. Genom dessa processer av förändring beskrivs människan upptäcka och skapa sin identitet samt utveckla sin kompetens för att möta de utmaningar som dagligen uppstår i samspel med omgivningen. Schkade och Schulz (2009) har utvecklat teorin Occupational Adaptation (OA) som fördjupar förståelsen av hur människan handskas med dessa utmaningar som mer eller mindre subtilt aktiverar press och krav på bemästrande. Utmaningarna finns naturligt närvarande i den interaktion som ständigt pågår mellan en människa och hennes livsmiljö. Teorin OA utgår från att det naturliga tillståndet för en människa är en egen inre önskan om att kunna använda sin fysiska och mentala kapacitet, på ett sådant sätt att hon kan bemästra de krav som finns i hennes miljö och därmed successivt utveckla sin adaptiva kompetens.

Enligt Yerxa (1998) behöver människan få utmaningar utifrån sina förutsättningar för att utvecklas och det genom att få tillfällen att engagera sig i ett vardagligt liv med meningsfulla aktiviteter. För att dessa vardagliga utmaningar ska upplevas som meningsfulla behöver det råda viss balans mellan svårigheten i utmaningen och individens förmåga att klara av den (Moneta och Csikszentmihalyi, 1996). En känsla av val och kontroll, samt en stödjande miljö har också identifierats vara av betydelse för en persons benägenhet att anta vardagliga utmaningar och uppleva dem som meningsfulla (Law, 2002).

Ytterligare faktorer som anses påverka människans motivation till aktivitet beskrivs vara att människan är nyfiken, söker efter mening och vill lära känna och behärska sitt livssammanhang (Askland och Sataoen, 2003). Reaktionen från viktiga personer och kulturella värderingar, i form av till exempel vad som uppmuntras och värderas har enligt Vygotskij (i Langford, 2005) också en motiverande inverkan på vad människan väljer att göra. Det som i Sverige och i många andra västländer värderas högt är aktiviteten arbete och svaret på den vanliga sociala konversationsfrågan "Vad gör du?" förväntas ofta av både den frågande och den svarande handla om just görande i form av arbete, vilket vanligen antas berätta något om vem man är (Unruh, 2004).

## Arbetets betydelse

Människans arbete är enligt Karlsson (1986) lika gammalt som människan själv, men han hävdar att begreppet arbete är ungt, vilket han motiverar med att:

*"Människans görande skapar människan. Begreppet görande är överordnat begreppet arbete. Arbetet är görandet i nödvändighetens sfär och görandet kan i princip, och i motsats till arbetet, finnas även i frihetens sfär. Arbetet kan upphävas, så icke görandet, med mindre än att människan upphäves"* (Karlsson, 1986, sid. 42).

Begreppet arbete i betydelsen anställning på den öppna arbetsmarknaden med lön är dock ett aktivitetsområde i livet som, förutom försörjning, för de allra flesta människor innebär upplevelser av meningsfullhet av olika slag (Jones, Blair, Hartery & Jones, 2002). Dessa upplevelser av meningsfullhet beskrevs av Jahoda (1982) som människans känsla av att: Vara aktiv, bidra till något meningsfullt, ha sociala relationer, uppleva status och identitet och få struktur på tiden. Flera studier bekräftar vad Jahoda fann, men beskriver de ingående aspekterna av meningsfullhet på lite olika sätt. Waghorn och Lloyd (2010) beskriver att arbetet organiserar tiden så att en daglig struktur skapas, det ger en social roll och erbjuder möjligheter till sociala relationer och känsla av identitet, tillhörighet och social inkludering i samhället. Det kan också bidra till en människas självkänsla och tillfredsställa behovet av att uppleva sig som duglig och kompetent (Boardman, Grove, Perkins och Shepherd, 2003). Arbete är också något som uppmuntras och värderas av det omgivande samhället idag (Yuill och McMillan, 2002). Bland personer med psykisk sjukdom, har arbete visat sig kunna bidra till en minskning av psykiatriska symtom, förbättrad självbild, ökad tilltro till sin förmåga, högre skattning av välmående, självkänsla och livstillfredsställelse (Mueser, Becker, Torrey, Xie, Bond, Drake, et al., 1997; Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo och Bebout 2001; Provencher, Gregg, Mead och Mueser, 2002; Mancini, Hardiman och Lawson, 2005; Lloyd och Waghorn, 2007). En studie av Eklund (2009) visade dock att arbete i sig hade mindre betydelse för subjektivt skattad livskvalitet, medan tillfredsställande och värderade aktiviteter samvarierade med ett flertal dimensioner av livskvalitet hos den undersökta gruppen av personer med psykisk sjukdom.

## Occupational justice

Att som individ sakna möjlighet att kunna delta och engagera sig i aktiviteter som upplevs nödvändiga och meningsfulla har visat sig leda till negativa hälsokonsekvenser (Townsend och Wilcock, 2004). Syftet med att tillämpa innebörden av begreppet "occupational justice" är att på samhällsnivå uppmärksamma orättvisor gällande tillgången till personligt meningsfulla aktiviteter för alla samhällsmedborgare. På individnivå är syftet att medvetet arbeta för att skapa resurser och adekvat stöd för att

alla människor ska ges möjlighet att utveckla sin potential för att uppleva delaktighet i sin livssituation på det sätt de önskar och kan.

Liknande ambitioner, men uttryckta som att främja alla medborgares aktiva deltagande i samhällslivet, finns inskrivet som ett mål i Socialtjänstlagen (2001:453, 1 kap. 1 § SoL). Huruvida detta ska uppfattas som ett mål som måste uppnås eller endast eftersträvas är dock oklart. För personer med funktionshinder står inskrivet att socialtjänsten skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning (2001:453, 5 kap. 7 §), vilket kan uppfattas som att socialtjänsten är öppen för att samverka med andra aktörer. I Förenta Nationernas (FN) konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FN, 2006; Socialdepartementet, 2008), som Sverige ratificerade 2008, finns två artiklar (26, 27) som tydligt stödjer både innebörden i begreppet "occupational justice" och de två nämnda paragraferna i Socialtjänstlagen om delaktighet. Artikel 26 beskriver rätten till rehabilitering för att personer med funktionsnedsättning ska kunna delta i de aktivitetsarenor som de vill och behöver. I artikel 27 framgår att personer med funktionsnedsättning har rätt till arbete som andra och att de ska få hjälp att välja utbildning och yrke, samt få stöd av Arbetsförmedlingen (AF) som andra. Att Sverige som stat har ratificerat denna konvention innebär att vårt lands riksdag juridiskt förbundit sig till att följa det som anges i artiklarna genom att initiera effektiva åtgärder som kan förverkliga intentionerna.

## Rehabilitering

Enligt Socialstyrelsens termbank (2007) handlar rehabilitering om att skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Rehabiliteringen ska ske utifrån individens behov och förutsättningar. Vidare betonas den enskildes intressen och att rehabilitering handlar om målinriktade insatser där man som rehabiliterare ska beakta och säkra individens möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning. Dessutom ska insatserna kunna fortsätta så länge som individens behov kvarstår.

Världshälsoorganisationen (WHO) (2012) menar att rehabilitering av människor som har funktionshinder är en process som syftar till att möjliggöra för dem att uppnå och upprätthålla sin optimala fysiska, sensoriska, intellektuella, psykologiska och sociala funktion. WHO beskriver också att rehabilitering ska kunna skapa de verktyg som personer med funktionshinder behöver för att kunna nå autonomi och självbestämmande.

## Psykiatrisk rehabilitering

Innebörden i både Socialstyrelsens och WHO:s definition av rehabilitering överensstämmer väl med de övergripande grundtankarna inom psykiatrisk rehabilitering (Corrigan, Mueser, Bond, Drake och Salomon, 2008). I synnerhet när det gäller att skapa goda villkor för ett aktivt deltagande i samhällslivet och att rehabiliteringen är en process där individens intressen och behov är utgångspunkten för målinriktade insatser. Men även att inflytande och självbestämmande ska säkerställas och att insatserna ska kunna fortgå så länge behov kvarstår, är centralt inom den psykiatriska rehabiliteringstraditionen.

Ett sätt att närma sig en mer specifik innebörd av begreppet psykiatrisk rehabilitering är enligt Corrigan et al. (2008) att tänka i termer av de livsutmaningar som uppstår på grund av psykisk sjukdom. Ett kompletterande sätt att förstå vad det handlar om är enligt samma författare att ställa sig frågan: Vem är personen med psykiskt funktionshinder? Författarna menar att personer med psykiskt funktionshinder som grupp är lika komplex och skiftande som övriga befolkningen men personerna i gruppen har, på grund av sin sjukdom, ofta svårigheter att uppnå och fullfölja de livsmål som är typiskt förknippade med olika åldrar, som till exempel studier och arbete i vuxenlivet.

Rössler (2006) lyfter fram att psykiatrisk rehabilitering handlar om att möjliggöra ett normalt liv som inkluderar upplevelser av tillfredsställelse i sociala relationer, arbete och fritid. Vidare beskriver Anthony, Cohen, Farkas och Gagne (2002) att rehabilitering handlar om att tända liv, öppna dörrar till samhället och hjälpa personer att upptäcka sin potential och utforma sitt livskoncept. Det sistnämnda handlar om att hjälpa en person att identifiera och uttrycka hur han eller hon vill leva sitt liv, vilket inte alltid är så enkelt att göra. Rössler (2006) menar att det därför är viktigt att se identifieringen av mål som en process som måste få ta tid, eftersom det är målen som anger själva riktningen i rehabiliteringen och att vägen fram till målen kan väcka hopp och motivation hos personen (Corrigan, 2003).

Enligt Farkas, Gagne, Anthony, et al. (2005) och Rössler (2006) tar psykiatrisk rehabilitering sin utgångspunkt i individens rättigheter som en respekterad partner i allt som rör honom eller henne i alla delar av rehabiliteringsprocessen. De menar också att den terapeutiska arbetsalliansen spelar en avgörande roll för individens engagemang i sin egen planering. Dessa värderingar är förankrade inom den rehabiliteringsfilosofi som inryms i begreppet "recovery" och som kommit att utgöra det övergripande målet med psykiatrisk rehabilitering på senare tid.

Begreppet "recovery" kan betyda både klinisk återhämtning, vilket innebär att en person inte längre upplever de psykiatriska symtomen, och

personlig återhämtning, vilket syftar på den återhämtning som en person kan uppleva trots närvaro av psykiatriska symtom (Slade, 2009). Den senare innebörden är den som överensstämmer bäst med den ovan beskrivna rehabiliteringsfilosofin. Denna har genererats ur många olika individers berättelser från olika länder om vad det är som fått dem att komma vidare bortom rollen som klient med en psykiatrisk diagnos. Även om dessa berättelser är väldigt olika och individspecifika, har studier kunnat identifiera vad som verkar vara centralt för personlig återhämtning. Det är framförallt sådant som kan inge hopp, skapa identitet och upplevelse av mening och känsla av personligt ansvar. Repper och Perkins (2003) menar att personlig återhämtning handlar om att se personers förmågor, intressen och drömmar och att ge stöd i att skapa/återskapa sociala roller och relationer som ger livet värde och mening. Återhämtningsperspektivets nyckelelement är: en kontinuerlig resa från desengagemang till engagemang, från att överleva till att leva och växa, att återhämtningen är komplex och icke-linjär samt att resan inte gärna görs ensam (Repper och Perkins, 2003; Ralph, 2005; Slade, 2009).

## En socialpsykiatrisk kontext

Förändringsprocesser inom den psykiatriska vården pågick parallellt i hela Europa under 1970- och 1980-talen. USA påbörjade redan på 1960-talet de förändringar som syftade till att personer med psykisk sjukdom inte längre skulle vistas på institutioner utan leva ute i samhället som andra (Lindqvist, Markström och Rosenberg, 2010).

För att möta de mångskiftande behoven hos denna heterogena grupp av personer behövde samhället mobilisera resurser. En psykiatriutredning genomfördes som resulterade i en omfattande slutrapport (SOU 1992:73) där normaliserade livsvillkor, integrering, valfrihet och autonomi lyftes fram som viktiga principer för den kommande psykiatireformen. Konsekvenserna av psykisk sjukdom fokuserades, istället för symtom och psykiatrisk behandling, och det i relation till den omgivande miljön (Lindqvist, et al., 2010). Detta perspektiv gjorde det naturligt att se sjukdomens konsekvenser som funktionshinder. Försök gjordes också till att beskriva vilka insatser som var angelägna för målgruppen och däribland insatser för att stärka den enskildes möjligheter till arbete.

I flera av de rapporter som beskrev de återkommande uppföljningar som gjordes av hur psykiatireformen tillämpades, framhölls vikten av rehabilitering och sysselsättning (Socialstyrelsen 1996; 1999; 2001; 2005). De olika rehabiliteringsaktörerna socialtjänsten, landstinget, AF och Försäkringskassan (FK) tillskrevs var och en, men på olika sätt, ett ansvar för den enskildes rehabilitering. Behovet av att dessa aktörer skulle samverka och utveckla en gemensam helhetssyn lyftes därför fram. Även i Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande (SOU 2006:100), lyftes

behovet av arbetsrehabilitering och bristen på samordning upp. Avsaknaden av kunskap om effektiva metoder och en otillräcklig samordning mellan de olika rehabiliteringsaktörerna betraktades som huvudledningarna till att rehabiliteringen fortfarande var ineffektiv och till att den enskilde saknade ett reellt inflytande över sin rehabilitering.

I de flesta kommuner i Sverige idag är det socialtjänsten som ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för personer med psykiskt funktionshinder. Socialtjänsten arbetar vanligen i samverkan med rehabiliteringsaktörer från FK, AF och landstingets psykiatriska verksamhet. Lokala Samordningsförbund kan utgöra en viktig förutsättning för att underlätta och utveckla denna samverkan mellan de olika involverade aktörerna.

Det är emellertid en utmaning att få till stånd en sammanhållen arbetsrehabilitering till målgruppen, då ansvaret för respektive myndighet ofta inte upplevs som tydliggjort (Lindqvist et al., 2010). Risken finns att ingen ser frågorna som en kärnuppgift för den egna organisationen. Det kan få till följd att insatser för stöd till arbete "förhandlas" mellan de olika aktörerna i det lokala sammanhanget. Kvaliteten på insatserna tenderar då att bli beroende av att någon av aktörerna, trots att det rör sig om en ansvarsmässig gräzon, väljer att driva frågorna och ta nödvändiga initiativ. På så sätt finns en känslighet inbyggd i hela rehabiliteringsområdet.

## En evidensbaserad praktik

Kunskap om effektiva metoder är något som idag tydligt eftersträvas och stöds både nationellt och internationellt som ett led i att försöka skapa en evidensbaserad praktik (EBP) (Svanevie, 2011). Ursprunget till EBP kommer från de initiativ som Sackett, Richardson, Rosenberg och Haynes (1997) tog när de reagerade på att många av de medicinska arbetsmetoderna inte grundades på senaste tillgängliga evidens och att praktiken var auktoritär, det vill säga det var läkarna ensamma som bestämde. Liknande kritik kan återfinnas inom bland annat socialtjänstens praktik (Gambrill, 1997). I en EBP förväntas den professionelle ha förmåga att integrera bästa tillgängliga evidens, klientens erfarenhet och önskemål samt sina egna praktiska erfarenheter i arbetet. Detta i syfte att utforma ändamålsenliga interventioner i samarbete med sin klient (Shlonsky och McLuckie, 2008).

Även om den från de statliga myndigheternas sida understödda satsningen på ett evidensbaserat arbetssätt har välkomnats av klienter, professionella och organisationer som Sveriges kommuner och Landsting, har också kritik riktats mot utvecklingen av EBP (Svanevie, 2011). Exempel på sådan kritik är att människan i verkligheten är så komplex att hon inte låter sig fångas i manualer och att evidens ofta är begränsad till att gälla en specifik målgrupp i en bestämd kontext (Ronnby, 2006). En

annan kritik mot EBP, som formulerats av de professionella, är att den kliniska friheten beskärs och att betydelsen av den unika relationen mellan klient och professionell förringas och försvåras vid ett manualbaserat arbetssätt (Svanevie, 2011). Denna kritik har i sin tur bemötts av antagandet och visionen om att en EBP samtidigt innebär unika möten med individer och ambitionen att använda insatser som forskningen visat ökar möjligheten att uppnå ett visst mål (Jergerby och Sundell, 2008).

## **Supported Employment**

Supported employment (SE) är en rörelse som syftar till att hjälpa människor med olika former av funktionshinder att komma ut i ett fungerande arbetsliv och initierades redan under tidigt 1980-tal (Hernes, Stiles och Bollingmo, 1996). En grundläggande filosofi inom denna rörelse är att alla människor med funktionshinder kan utföra meningsfullt och produktivt arbete på vanliga arbetsplatser, om det är något de själva väljer att göra och om de erbjuds nödvändigt stöd (Anthony och Blanch, 1987). SE kan betraktas som ett paraplybegrepp varunder flera olika inriktningar ryms.

## **Individual Placement and Support**

IPS är en av de inriktningar som återfinns inom SE. Det fanns flera olika anledningar till varför IPS skapades. En av dessa var att en omfattande studie i USA visat att drygt 70 procent av de personer med allvarlig psykisk sjukdom som saknade arbete uttryckte intresse av att komma ut i ett arbete (Rogers, Walsh, Masotta och Danley, 1991). Trots detta intresse var det bara en liten andel av personerna som hade fått stöd i att försöka få arbete. En ytterligare anledning var att den samhällsbaserade psykiatriska servicen inte uppmuntrade till och inte såg rehabilitering till arbete som sin uppgift, utan psykiatrin uppfattades snarare vilja skydda sina klienter från stressfyllda situationer som till exempel arbete kan innebära (Black och Kase, 1986).

IPS är en interventionsmodell för rehabilitering till arbete för personer med allvarlig psykisk sjukdom, som utvecklats av Deborah Becker och Robert Drake (1994, 2003). Dessa två personer är specialister inom samhällsbaserad psykiatrisk rehabilitering verksamma vid forskningscentret Dartmouth Psychiatric Research Center i New Hampshire. Förutom den grundläggande filosofin inom SE baseras IPS på antagandet att "misslyckanden" har mindre att göra med en persons sjukdom än ett felaktigt val av arbetsplats, arbetsuppgifter och typen av stöd. Möjligheterna till framgång i ett arbete ses inte isolerat från personens övriga livssammanhang. Därför är en naturlig utgångspunkt inom IPS att även andra insatser behöver erbjudas individen. En andra influens kom därför att bli de multidisciplinära team som arbetar enligt modellen

Assertive Community Treatment (ACT) där grundfilosofin är att klienter ska erbjudas en samhällsbaserad, lätt tillgänglig och flexibel service utifrån hans eller hennes viktigaste behov (Stein och Test, 1980; Dietrich, Irving, Park och Marshall, 2010). En tredje influens kom från den filosofi som utformats vid Boston University Centre for Psychiatric Rehabilitation, där en klients egna val, intressen och resurser fokuseras (Anthony, Cohen och Farkas, 1990; Anthony, 2007). Denna filosofi betonar att de färdigheter som en klient behöver för att klara av en aktivitet som han eller hon prioriterat, ska tränas i de sammanhang där de ska användas. En matchning mellan individ och aktivitet är också något som beskrivs eftersträvas. Dessa tre influenser integrerades och resulterade år 1994 i sex principer (Becker och Drake), vilka idag efter snart tre decenniers kontinuerlig tillämpning och utvärdering i stora delar av världen utökats och består av följande åtta principer (Bond, 2004; Evans och Bond, 2008; Rinaldi, Perkins, Glynn, Montibeller, Clenaghan och Rutherford, 2008; Dartmouth IPS Supported Employment Center, 2012):

### *1. Klientens önskan om att arbeta startar interventionen*

Det är själva motivationen till att vilja arbeta som bedöms vara det kritiska och inte vilken psykiatrisk diagnos eller vilka svårigheter personen har. Därför ska det vara enkelt för en klient att bli aktualiserad inom IPS, det vill säga inget komplicerat remissförfarande. De personer som arbetar inom IPS förväntas också vara förespråkare för att personer med psykisk sjukdom har rättigheten att arbeta.

### *2. Utgångspunkten är klientens intressen, resurser och behov*

Då IPS handlar om att främja människors egna val och möjligheter är detta en princip som ska influera både val av lämplig arbetsmiljö och passande arbetsuppgifter, arbetstider, hur det individspecifika stödet ska utformas i olika skeden samt hur personen vill informera om sitt funktionshinder på arbetsplatsen.

### *3. Konsultation och vägledning i ekonomi och försörjning*

De flesta klienter lever under knappa ekonomiska förhållanden och rädslan för att förlora inkomster är något som kan oroa och ibland vara en avgörande anledning till varför en klient inte vågar ta klivet in i rehabilitering till arbete. Därför ska personen både inledningsvis och vid behov erbjudas korrekt och uppdaterad information om vilka regler och riktlinjer som gäller och vad som är möjligt i det individuella fallet.

### *4. Målet är anställning på den reguljära arbetsmarknaden*

Konkurrensutsatt arbete föredras framför skyddade arbetsplatser för att de flesta klienter visat sig helst vilja arbeta på en "vanlig" arbetsplats med personer utan psykiska funktionshinder. Vanligt förekommande arbeten bedöms också bidra till att främja normalisering och delaktighet som



medborgare, med anpassning till reella krav, förväntningar och möjligheter. Arbetet ska heller inte föregås av någon stegvis träning i skyddad miljö. Personen som vill ut i arbete ska efter en kortare period av kartläggning kring intressen, behov och tidigare erfarenheter få möjlighet att komma ut på en arbetsplats med arbetsuppgifter som matchar personens intressen, förutsättningar och behov.

### *5. Rehabilitering till arbete är en integrerad del i psykiatrisk behandling*

IPS-coacher bör helst finnas integrerade i de psykiatriska team där klienterna behandlas eller på annat sätt ha ett nära samarbete med de psykiatriska kontakter och övriga insatser som personen har. Detta för att alla involverade i personens rehabilitering ska ges förutsättningar att arbeta i riktning mot samma mål. Ett nära samarbete gör det också möjligt att snabbt och flexibelt kunna erbjuda insatser i syfte att hjälpa personen att upprätthålla sin arbetsroll även när måendet i perioder försämras och/eller när vardagens övriga aktiviteter inte fungerar och skapar konsekvenser. Samarbete mellan IPS och vården är också viktigt för att undvika en dysfunktionell kommunikation som drabbar klienten på ett negativt sätt och där det kan bli personen själv som får försöka bringa ordning och klarhet i vad som sagts, gjorts och planerats.

### *6. Sökandet efter arbete initieras snabbt*

Själva processen med att initiera kontakter med arbetsgivare och utforska möjligheter till arbete som matchar klientens intressen och behov påbörjas snabbt, vanligen inom en månad. Anledningarna till att det ska ske så snabbt anses vara flera. Att få komma ut och se vad som görs och finns i det omgivande samhället kan inspirera. Det visar också att IPS-coachen tar klientens mål på allvar och har tilltro till att han eller hon har styrkor och färdigheter som kan användas i ett arbete, vilket kan bidra till att upprätthålla och förstärka klientens motivation. Eftersom det kan vara så att det var ganska länge sedan som personen var ute i arbete och ibland saknas helt erfarenhet av arbete, är det också viktigt att ganska snabbt komma igång för att klienten ska få en uppfattning om sin förmåga och sina behov i en arbetsroll.

### *7. Individuellt anpassat stöd utan tidsbegränsning*

De erfarenheter som personen successivt tillägnar sig på arbetsplatsen är tänkta att fungera som arbetsmaterial utifrån vilket personen och IPS-coachen baserar sin planering. I takt med de erfarenheter som klienten får av sig själv i ett konkret arbete utformas ett specifikt stöd, vilket fortlöpande omformas och kan pågå över utsträckt tid. Alla erfarenheter betraktas som värdefulla och används aktivt för att personen ska tillägna sig kunskap och insikt i både sitt eget sätt att fungera och i hur en arbetsplats kan fungera.

### *8. Bygga relationer med arbetsgivare*

För att skapa goda möjligheter för personer med psykiskt funktionshinder att komma ut i arbete, är det av betydelse att coacherna skapar goda relationer med olika arbetsgivare. Framför allt genom att undersöka arbetsgivarens behov i sitt företag avseende uppgifter som skulle behöva utföras och vilken typ av person som skulle passa in i just deras företag. Det handlar om att skapa förståelse för olika arbetsplatsers behov och att arbetsgivare ska få en så bra uppfattning om IPS att de skulle vilja samarbeta med dem. Detta gör coacherna förutsättningslöst i egenskap av representanter för verksamheten IPS, även om de vid sina besök kanske har någon specifik klient i tankarna.

### Processtudier av IPS

För att göra IPS möjlig att systematiskt utforska utvecklades en så kallad programtrohetsskala (fidelity scale) för att det skulle bli möjligt att konstatera om de undersökta verksamheterna verkligen arbetade i enlighet med modellen (Bond, Becker, Drake och Vogler, 1997). Skalan är också tänkt att användas för att kontinuerligt utvärdera och utveckla arbetssättet genom att identifiera styrkor och svagheter i programmet, samt ge konstruktiv återkoppling till de personer som arbetar i verksamheterna. Skalan består av totalt 15 delar som är fördelade inom tre huvudområden: personal, organisation och service, och innehåller de centrala byggstenarna i metoden. Varje del kan skattas med ett siffrvärde mellan 1-5, där en etta anger ingen implementering och femman full implementering. Skattningarna av de 15 delarna summeras till en totalpoäng mellan 15 - 75 och ett resultat på 66 poäng och däröver innebär en god implementering av IPS eller hög programtrohet. Ett resultat mellan 56-65 indikerar en godtagbar programtrohet, medan en poäng på 55 och därunder innebär att verksamheten inte implementerat IPS. Skattningarna bygger på fördjupade intervjuer med personal, observationer vid teammöten, intervjuer med klienter och verksamhetens dokumentation. Det finns idag en reviderad och utvecklad version av programtrohetsskalan (Becker, Swanson, Bond, Carlson, Flint, Smith, et al., 2008).

Graden av programtrohet vid implementering av IPS-program har visat sig ha betydelse för vilka resultat som kan uppnås (Becker, Xie, McHugo, Halliday och Martinez, 2006; Drake, Bond och Rapp, 2006). Att uppnå en hög programtrohet har konstaterats vara ett kritiskt steg för att nå goda resultat och betydelsen av att hellre försöka implementera de centrala komponenterna i sin IPS-praktik än att anpassa metoden efter lokala förhållanden har framhållits.

## Effektstudier av IPS

Alltsedan metoden IPS manualiserades (Becker och Drake, 1994) har ett stort antal studier genomförts i takt med att metoden successivt utvecklats. En systematisk Cochrane-översikt (Crowther, Marshall, Bond, och Huxley, 2001), omfattande studier genomförda i USA, visade att metoden var betydligt mer effektiv i jämförelse med verksamheter där arbete föregicks av stegvis träning i skyddad miljö. Det utfallsmått som primärt användes var antalet klienter i anställning på den öppna arbetsmarknaden vid något tillfälle under den upp till 18 månader långa uppföljningsperioden. Andelen personer i anställning var mellan två och tre gånger högre i gruppen som deltog i IPS och motsvarade en andel på 31 procent.

I senare studier är jämförelser gjorda i huvudsak med normalt förekommande arbetsrehabiliteringsmetoder. En bland dessa studier gjordes i Canada (Latimer, Lecomte, Becker, et al., 2006) och den visade också att rehabiliteringen till arbete genom IPS var mer effektiv. Där var det 47 procent av deltagarna som under en 12-månaders uppföljning kom ut i arbete vid något tillfälle. För att undersöka om metoden fungerade även utanför den nordamerikanska kontexten har ett antal studier genomförts i Europa (Burns, Catty, Becker, Drake, Fioritti, Knapp., et al., 2007; Hoffman, Jäckel, Glauser och Kupper, 2011), Kina (Wong, Chiu, Tang, Mak, Liu och Chiu, 2008), Australien (Killackey och Waghorn, 2008) och Nya Zeeland (Porteous och Waghorn, 2007). Dessa studier bekräftar metodens effektivitet och proportionen som kom ut i arbete var i genomsnitt cirka 55 procent, där Kina låg högst med 70 procent i anställning, vilket är i nivå med senare studier från USA (Bond, Drake och Becker, 2012). Det finns dock studier som visar på en betydligt lägre andel personer i anställning, till exempel i en rapport från Nederländerna (van Erp, Giesen, van Weeghel, et al., 2007) som följde fyra nystartade IPS-verksamheter under två år och där den verksamhet som lyckades bäst uppnådde 25 procent deltagare i anställning. I denna studie diskuterade författarna hur olika aspekter av den rehabiliteringskontext som IPS var en del av sannolikt påverkade utfallet. Bland annat lyfte de upp aspekter som kulturen kring psykisk sjukdom och arbete, den psykiatriska vården och arbetsrehabiliteringen, samt organisationen i och kring IPS-teamen. Det som författarna identifierade som brister i denna kontext var segregation, bristfälligt samarbete, organisatoriska svårigheter och avsaknad av kontinuitet.

## Psykisk sjukdom som barriär mot arbete

Psykisk sjukdom orsakar i regel nedsättningar i en persons mentala kapacitet under kortare eller längre tid. Dessa nedsättningar kan i olika mån påverka förmågan att utföra aktiviteter (Waghorn och Lloyd, 2010; Lundin och Ohlsson, 2002; Corrigan, et al., 2008). Det gäller framför allt

de kognitiva processer som ligger till grund för människans uppfattning och bearbetning av information där fokuserad och selektiv uppmärksamhet är viktigt, liksom arbetsminne och problemlösning. Dessa nedsättningar försvarar vanligen en persons förmåga att planera och organisera aktiviteter. Det har också visat sig att personer med psykisk sjukdom kan ha svårigheter att upprätthålla mental energi och motivation över tid, liksom att reglera känslor (Andreasen, 2006). Det kan dessutom finnas en ökad känslighet för stress och sårbarhet för psykisk påfrestning. Sammantaget kan dessa nedsättningar i kapacitet utgöra olika barriärer till arbete.

Förutom de individrelaterade hindren finns det faktorer i omgivningen som kan utgöra barriärer mot arbete (Rüsch, Angermeyer och Corrigan, 2005). Det kan handla om okunskap, fördomar och ytterst om diskriminering av gruppen personer med psykiskt funktionshinder, vilket kan hindra personers inträde och etablering på arbetsmarknaden. Dessa faktorer brukar beskrivas i termer av stigma och kan manifesteras både genom allmänhetens attityder och så kallad internaliserad stigma. Det sistnämnda innebär att personen med funktionshinder accepterar omgivningens fördomar om psykisk sjukdom och vänder dem mot sig själv. Detta fenomen bidrar till ett sämre självförtroende och en känsla av oduglighet.

### **Användningen av begreppen psykisk sjukdom, psykisk ohälsa och psykiskt funktionshinder**

Begreppen psykisk sjukdom, psykisk ohälsa och psykiskt funktionshinder betraktas och används bland annat inom hälso- och sjukvården, myndigheter och media ibland som synonyma, vilket beroende på aktuell sammanhang kan vara mer eller mindre funktionellt och ändamålsenligt.

Närvaron av psykisk sjukdom hos en person fastställs vanligen i enlighet med den av WHO utformade International Classification of Disease (ICD) (WHO, 1997), som på svenska är översatt till "Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem" och är den officiella diagnoslistan i Sverige. Nyttan av att en person får sin diagnos fastställd beskrivs vara att den kan ligga till grund för specifik behandling, strategier för fortsatt utredning, ge förväntad prognos och möjliggöra goda råd om livsstilsförändringar (Mengel, Holleman och Fields, 2002). En konstaterad psykisk sjukdom beskriver däremot bara i begränsad omfattning vilka konsekvenser sjukdomen har i den undersökta personens liv och vardag.

I ett försök att även kunna ange konsekvenserna av sjukdom har WHO utformat ett annat klassifikationssystem, International Classification of Functioning (ICF) som i svensk översättning heter "Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa" (Socialstyrelsen 2003). Här placeras sjukdomen in i ett dynamiskt system i relation till

kroppsfunktioner och strukturer, aktivitet och delaktighet. Systemet inbegriper och beaktar även hur omgivningsfaktorer och personliga faktorer påverkar. Konsekvenserna av sjukdom beskrivs med hjälp av ICF i termer av funktionsnedsättningar, strukturavvikelse, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar.

I den internationella litteraturen finns en rik flora av begrepp som används för att beskriva de personer som på olika sätt har allvarliga svårigheter i sin vardag som konsekvenser av psykisk sjukdom. De begrepp som vanligen förekommer inom internationell forskning på området psykiatri och arbetsrehabilitering är: Severe mental illness, Severe mental health problems, Serious mental illness, Persisting mental illness, Enduring mental illness, Long term mentally ill, Enduring and disabling mental ill health, Serious psychiatric disabilities and Chronically mentally ill. Begreppen antyder att studierna handlar om personer med psykiska ohälsotillstånd som är allvarliga, långvariga och till och med ibland betraktas som bestående.

Det förekommer sällan att personer med ångest- och depressionstillstånd eller neuropsykiatriska tillstånd beskrivits i de studier som undersökt rehabilitering till arbete för personer med psykisk sjukdom. Därför är det lätt att få uppfattningen att de internationella begreppen ovan i princip hänför sig till de personer som har någon form av schizofreni eller annan psykossjukdom eller svårare personlighetsstörningar.

Problem med definitioner av de olika begreppen har uppmärksammats under flera decennier eftersom vare sig diagnos, varaktighet och svårigheter konkretiserats tillräckligt tydligt (Wewiorski och Fabian, 2004), vilket försvårat identifieringen av vilka personer som egentligen tillhör vilken målgrupp (Schinnar, Rothbard, Kanter och Jung, 1990). I en studie av Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi och Tansella, (2000) testades två olika definitioner av severe mental illness (SMI) på en undersökningsgrupp med olika diagnoser och funktionsnivå. En med kriterierna psykosdiagnos, psykiatrisk behandlingskontakt under två år eller mer, samt psykosocial funktionsnivå (Global Assessment of Functioning, GAF) på 50 eller under och i den andra definitionen plockades diagnoskriteriet bort. Resultatet visade att båda definitionerna identifierade ungefär samma personer med psykosdiagnos, men att definitionen utan diagnos gjorde det möjligt att även identifiera personer med SMI bland personer med övriga psykiatriska diagnoser. Således kan även personer med till exempel depressions- och ångeststillstånd tillhöra gruppen med SMI.

I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (2011) återfinns ett annat sätt att beskriva svårighetsgraden av en psykisk sjukdom. Där används begreppen lättare och svårare psykisk ohälsa. Där definieras "lättare psykisk ohälsa" som ett samlingsbegrepp för förstämningssyndrom (vanligen depression), ångestsyndrom och stressrelaterad ohälsa. Begreppet "svårare psykisk

ohälsa” relateras till begreppet SMI enligt Ruggeri et al. (2000) och den svenska definitionen på psykiskt funktionshinder (SOU, 2006:5) som föreslagits vara:

*”En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning”* (sid. 6).

Samtidigt beskriver Rehabiliteringsrådet (2011) att begreppet ”lättare psykisk ohälsa” är att betrakta som en bekvämlighetsterm som inbegriper all icke-psykotisk psykisk ohälsa som innebär emotionella problem och/eller beteendeförändringar, men där perception och tolkning av verkligheten är normal. Vidare problematiseras det faktum att de diagnoser som här innefattas egentligen innehåller ett antal vitt skilda tillstånd som kan innebära stora skillnader i svårigheter kopplade till arbetsförmåga. Dessa stora skillnader i svårigheter borde kunna innebära att en del av de personer som anses ha ”lättare psykisk ohälsa” egentligen kan tillhöra dem med en ”svårare psykisk ohälsa”. Detta utifrån den definition av SMI som saknar diagnoskriteriet (Ruggeri, 2000) och utifrån den föreslagna svenska definitionen av psykiskt funktionshinder (SOU, 2006:5).

I avhandlingen används begreppen ”mental illness” (psykisk sjukdom) och ”psychiatric disabilities” (psykiska funktionshinder). Det sistnämnda baserar sig på innebörden i den svenska definitionen av psykiskt funktionshinder/funktionsnedsättning. Relaterat till ICF, som beskriver en persons fungerande utifrån kroppens funktioner och strukturer samt personens aktiviteter och delaktighet, utgör begreppet psykiskt funktionshinder det sammanfattande begreppet för funktionsnedsättning, strukturavvikelse, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning.

Med Rehabiliteringsrådets definitioner inbegrips i min avhandling både lättare och svårare psykisk ohälsa förutsatt att det föreligger väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom något viktigt livsområde, som till exempel arbete eller studier.

## **Motiv för avhandlingen**

I de flesta studier som undersökt och beskrivit arbetsrehabilitering inom det psykiatriska området har deltagarna kategoriserats som tillhörande gruppen med SMI, där diagnoser som schizofreni och bipolära tillstånd har dominerat. Eftersom färsk statistik från FK rapporterar att psykiska sjukdomar generellt är det som ligger till grund för den ständiga ökningen som sker av antalet beviljade aktivitetsersättningar bland unga vuxna i

åldern 19 till 29 år, är det angeläget att undersöka hur IPS kan fungera för personer med olika typer av psykiska funktionshinder.

Sedan tidigare finns IPS huvudsakligen beskriven i form av effektstudier genomförda i främst USA, men även i mer närliggande länder som England, Tyskland, Holland, Schweiz, Italien och Bulgarien. Hur metoden fungerar i Sverige vet vi mindre om än så länge, men en studie pågår i Skåne där IPS undersöks som en integrerad del i ett psykiatriskt team. Däremot saknas helt kunskap om hur IPS fungerar i en svensk kontext när IPS-coacherna visserligen samarbetar med den psykiatriska kliniken, men befinner sig i en separat verksamhet inom socialtjänsten, utanför den organisation som har ansvar för psykiatrisk vård och behandling.

Effektstudierna ger en bild av IPS utifrån information om den insats som ges och de resultat som uppnås efter en viss tid, men kan ofta endast i begränsad utsträckning fånga hur processerna inom interventionen ser ut och upplevs. Därför har det varit angeläget att i detta avhandlingsarbete även inkludera en delstudie som uppmärksammar innehållet i IPS-insatsen ur klienternas och IPS-coachernas perspektiv.

Det finns också behov av att veta något om målgruppens uppfattning om hur olika delar i vardagen fungerar, vad de värderar som viktigast och vad som utgör de största svårigheterna. Kunskap om detta kan bidra till att skapa en ökad förståelse för personernas utmaningar i arbetslivet.

## **SYFTE MED AVHANDLINGEN**

Det övergripande syftet var att undersöka vad IPS kan betyda för personer med olika typer och grader av psykiska funktionshinder och hur metoden fungerar när den utövas av verksamheter inom socialtjänsten.

De specifika syftena var:

Att beskriva en grupp av personer som har kontakt med psykiatri och som har svårigheter att komma in på arbetsmarknaden och därför kommer till IPS-verksamheter (Studie I-IV).

Att undersöka hur deltagarnas sysselsättningssituation förändrades under 12 månader (Studie I).

Att undersöka hur deltagarnas psykiatriska symtom, självkänsla, livskvalitet och generella fungerande hade förändrats efter 12 månader (Studie I).

Att identifiera om det bland de undersökta variablerna fanns sådana som hade påverkat deltagarnas möjlighet att komma ut i en anställning (Studie II).

Att utforska mönstret i deltagarnas uppfattning om sin förmåga att utföra olika aktiviteter i vardagen och vad de värderar som viktigt att kunna utföra (Studie III).

Att belysa IPS inom en socialpsykiatrisk kontext och utanför ett psykiatriskt team genom deltagarnas och IPS-coachernas erfarenheter (Studie IV).



## **METOD**

Den forskningsdesign som använts i det forskningsprojekt som denna avhandling är en del av är en naturalistisk uppföljningsstudie av två IPS-verksamheter inom en socialpsykiatrisk kontext. Detta tillvägagångssätt innebär att vi klev in i två pågående verksamheter utan att medvetet påverka deras sätt att arbeta. För att undersöka i vilken grad de arbetade i enlighet med IPS-principerna genomfördes en skattning av programtrohet (fidelity) vid tre tillfällen (Bond, Becker, Drake och Vogler, 1997). Deltagare inkluderades från mars 2007 till november 2008 och varje deltagare följdes sedan under två år (vid baseline, efter 12 månader och efter 24 månader). Alla fyra delstudierna i denna avhandling baseras på data från denna grupp av deltagare. Dessutom inhämtades kontinuerligt, för varje två-månadersperiod, data från de IPS-coacher som arbetade med deltagarna i deras arbetsrehabilitering. En översikt över de fyra delstudierna visas på sidan 34 (tabell 1).

## **Kontext**

De två IPS-verksamheterna bedrevs i två medelstora städer, en med omkring 115 000 innevånare och en med ca 70 000 personer. Båda verksamheterna var organiserade inom kommunernas socialtjänst som tidsbegränsade projekt. De var finansierade av Samordningsförbund där representanter från Arbetsförmedlingen (AF), Försäkringskassan (FK), Psykiatrin och Socialtjänsten ingick. Det övergripande syftet för Samordningsförbundet i detta sammanhang var att underlätta för företrädesvis unga vuxna att komma in på arbetsmarknaden genom att främja samverkan mellan de olika aktörerna i vård- och stödsystemet. Klienterna remitterades till IPS-verksamheterna från någon av dessa aktörer, men vanligtvis från psykiatrin. En av verksamheterna började implementera IPS under våren 2006 och den andra under våren 2007. De yrkesprofessioner som arbetade inom de två verksamheterna var socionomer, en arbetsterapeut, en beteendevetare och arbetskonsulenter.

Tabell 1. Översikt över avhandlingens fyra delstudier

Delstudie	I	II	III	IV
Fokus	a) Förändring av sysselsättningsituation b) Förändring av icke arbetsrelaterade utfall c) Relationen sysselsättningsituation och icke arbetsrelaterade utfall	Prediktorer för anställning	Upplevd och värderad aktivitetskompetens	Innehåll och processer inom IPS
Deltagare (antal)	a) 65 b) 53 c) 53	60	45	5 IPS-deltagare och deras respektive IPS-coacher
Data /instrument	Arbetsrelaterade: typ av sysselsättning och omfattning  Icke arbetsrelaterade:  BPRS Rosenberg MANSA GAF	Arbetsrelaterade: typ av sysselsättning och frekvens av IPS-insats  Icke arbetsrelaterade:  BPRS Rosenberg MANSA GAF Min Mening Delaktighet	Min Mening	BPRS Rosenberg MANSA GAF Min Mening  Intervjuer med deltagarna  IPS-coachers skriftliga beskrivningar
Analys	Icke parametrisk statistik	Icke parametrisk och parametrisk statistik	Rasch-analyser	Kvalitativ

## Deltagare

Kriterierna för att inkluderas i forskningsprojektet var att ha ett psykiskt funktionshinder, vara motiverad till arbete och delta i en av de två IPS-verksamheterna. Nittioen IPS-klienter tillfrågades om att delta och 26 tackade nej. Anledningarna till att tacka nej var främst att klienterna ville begränsa sig, värna om sin integritet och att de var trötta på att svara på "samma frågor" om och om igen. De upplevde sig ha blivit utfrågade av så många olika personer under åren de varit i kontakt med värden. Det fanns också personer som kände sig obekväma i en intervjusituation och därför valde att tacka nej. De flesta av de 65 kvinnor och män som inkluderades i forskningsprojektet var yngre än 30 år och en majoritet av deltagarna var ensamstående. Utbildningsnivå och tidigare arbetslivserfarenhet varierade bland deltagarna, dock var det en relativt stor andel (drygt 38 %) som endast hade grundskolekompetens och drygt 46 procent hade ingen eller mindre än ett års tidigare arbetslivserfarenhet. Det fanns också

en variation gällande psykiatrisk diagnos, men de vanligaste diagnoserna var olika ångest- och depressionstillstånd (se tabell 2).

Tabell 2. Sociodemografiska data över deltagarna

	n=65	(%)
Ålder		
19 – 24 år	23	(35.4)
25 – 30 år	23	(35.4)
31 – 36 år	10	(15.4)
> 36 år	9	(13.8)
Kön		
Män	35	(53.9)
Kvinnor	30	(46.1)
Civilstånd		
Ensamstående	45	(69.2)
Gift/partner	20	(30.8)
Barn	8	(12.3)
Utbildning		
Ej fullföljt grundskola	1	(1.5)
Grundskola	24	(36.9)
Gymnasium	28	(43.1)
Universitet	6	(9.2)
Folkhögskola	5	(7.8)
Yrkesskola	1	(1.5)
Arbetslivserfarenhet		
Ingen erfarenhet	8	(12.3)
0,5 – 12 månader	22	(33.9)
13 – 24 månader	6	(9.2)
25 – 36 månader	8	(12.3)
37 – 48 månader	6	(9.2)
5 – 10 år	8	(12.3)
> 10 år	7	(10.8)
Psykiatrisk diagnos (ICD-10)*		
Depression, GAD** (F32-34, F40-42)	26	(40.0)
Neuropsykiatrisk störning (F84.5, F90)	11	(16.9)
Personlighetsstörning (F60-61)	10	(15.4)
Bipolära tillstånd (F31)	8	(12.3)
Psykos (F20-29)	7	(10.8)
Åtstörning (F50)	2	(3.1)
Post traumatiskt stressyndrom (PTSD) (F43.1)	1	(1.5)

\* ICD-10 = specifik diagnos inom parantes

\*\* GAD = Generaliserat ångestsyndrom

## Bortfall

Under det första uppföljningsåret avslutades fem personer i IPS-programmen och kunde inte längre följas gällande de arbetsrelaterade utfallen. Tre av dem flyttade till annan ort, en påbörjade en speciell psykiatrisk behandling och den femte avslutades på grund av en alltför dålig psykisk hälsa. Vad gäller uppföljningen av de icke arbetsrelaterade utfallen efter 12 månader, var det ytterligare sju personer som inte kunde följas upp. Anledningarna var flera. Två uttryckte att de helt enkelt inte längre ville vara med, två mätte enligt dem själva psykiskt väldigt dåligt, en var fullt upptagen med att klara sitt arbete och hade begränsad ork och två personer gick aldrig att nå. Vid den tredje och sista datainsamlingen efter 24 månader var det 45 personer som deltog. Den dominerande anledningen till bortfallen var en kraftigt försämrad psykisk hälsa och en komplicerad livssituation. Det förekom också att personer inte gick att nå trots upprepade försök, vilket i några fall kan tolkas som att de inte längre ville vara med.

## Datainsamlingsprocedur

Samtliga IPS-coacher vid de två verksamheterna var välinformerade om syftet och tillvägagångssättet med den planerade uppföljningen av verksamheten. Primärt informerades och tillfrågades klienterna därför av sina respektive IPS-coacher om deltagande i forskningsprojektet. De klienter som tackade ja till att vilja delta och hade skrivit på blanketten om informerat samtycke kontaktades sedan så fort som möjligt av forskaren. Klienten blev då uppringd och fick åter igen förfrågan om att delta och förnyad information om vad som skulle äga rum. Personen hade också möjlighet att välja var intervjuerna skulle ske. Vid första tillfället och vid den första uppföljningen ville de flesta hålla till i lokal som fanns i direkt anslutning till IPS-verksamheterna. Vid den andra och sista uppföljningen ville de flesta som hade geografisk närhet till forskarens arbetsplats att mötet skulle hållas på dennes kontor. Det fanns också några som ville hålla till hemma i sin lägenhet då det var mest praktiskt för dem. Innan datainsamlingen påbörjades informerades deltagarna om vad som skulle göras och hur.

I de flesta fall varade datainsamlingen i mellan 60 och 90 minuter, men det fanns också några deltagare som behövde upp till två timmar. Kompletterande information och förklaringar till självskattningarna gavs när det behövdes. Om någon uttryckte eller visade tecken på trötthet och svårigheter att koncentrera sig gjordes vissa anpassningar i form av kortare paus, något att dricka och justeringar av sittplatsen. Det förekom också i några fall att deltagare ville att jag skulle läsa de olika påståendena

för att de skulle uppfattas tydligare och några behövde täcka över med ett papper för att kunna koncentrera sig på bara ett påstående i taget.

Innan datainsamlingen påbörjades i forskningsprojektet hade en pilotintervju genomförts med en före detta klient till forskaren i syfte att få synpunkter på de instrument som var planerade att användas och det med avseende på relevans, begriplighet, ordningsföljd och tidsåtgång, samt behov av information kring genomförandet.

## Instrument

**Sociodemografiska data** insamlades med hjälp av ett bakgrundsformulär med frågor om ålder, kön, civilstånd, barn, etnisk tillhörighet, boendesituation, utbildningserfarenhet, arbetslivserfarenhet, inkomst, första kontakt med psykiatri, värderfarenheter, diagnos, sociala insatser samt kontakt med myndigheter. Bakgrundsformuläret genomfördes som en strukturerad intervju med deltagaren. Deltagarnas psykiatriska diagnos inhämtades där så var möjligt (tillåtelse av deltagaren) genom att läsa i patientjournalen och där det inte var möjligt användes deltagarens självrapporterade diagnos i bakgrundsformuläret. Det förekom i flertalet fall att diagnosen inhämtades med hjälp av patientjournalen.

**Arbetsrelaterade data** samlades in varannan månad med hjälp av ett strukturerat formulär som IPS-coacherna fyllde i för sina respektive deltagare (Studie I, II och IV).

Data omfattade typ av arbetsrelaterad aktivitet enligt följande fem kategorier:

- 1) Anställning (normalt förekommande arbete med lön)
- 2) Studier (normalt förekommande studier)
- 3) Arbetsträning (oavlönad praktik på en "öppen" arbetsplats)
- 4) Skyddat arbete (arbete på en skyddad arbetsplats inom kommunen eller strukturerad aktivitet vid daglig verksamhet)
- 5) Ingen sysselsättning (ingen regelbunden aktivitet utanför hemmet)

Även uppgifter om antal veckor och antal timmar som deltagarna arbetat eller studerat dokumenterades.

IPS-coacherna dokumenterade också vad de uppfattat som underlättande respektive försvårande omständigheter i deltagarens rehabilitering. Denna dokumentation gjordes i det formulär som rapporterades in varannan månad, där även antalet timmar som ägnats deltagarna

rapporterades och vilka typer av insatser dessa timmar bestått av (Studie II och IV).

Kvalitativa intervjuer genomfördes vid 12 och 24 månaders uppföljning med utgångspunkt i följande frågeteman:

- Arbetsätt och kontakt
- Samverkan med andra
- Sysselsättningssituation
- Arbetsplats / studieplats
- Arbetsuppgifter och arbetsrollen / studieuppgifter och studierollen
- Personlig utveckling
- Betydelse av och uppfattning om IPS
- Tidsperspektiv och timing
- Framtidsvision

Intervjuerna spelades som regel in på en mp3-spelare, men det förekom även att personer önskade att deras svar skrevs ner istället (Studie IV).

**Icke arbetsrelaterade data** samlades in med hjälp av sex instrument, varav fem är etablerade inom forskningsfältet:

*Psykiatriska symtom* skattades med Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) som mäter 18 olika symtom på en skala från 1-7 (Kolakowska, 1976). En skattning på 1 anger frånvaro av symtom och en 7:a indikerar mycket allvarliga symtom. Instrumentet används på så sätt att deltagaren tillfrågas om sina upplevelser av vart och ett av de 18 symtomen och samtidigt observerar också bedömaren personens beteende. Samtliga 18 skattningar summeras till en sammanlagd poäng, där högre poäng innebär mer symtom. God inter- och intra-bedömarreliabilitet har visats, speciellt med hjälp av specialiserad träning. (Andersen, Larsen, Schultz, Nielsen, Korner, Behnke, et al. (1989) (Studie I, II och IV).

*Självkänsla* skattades av deltagaren själv med hjälp av Rosenbergs skala för självkänsla (Rosenberg, 1989). Denna skala består av 10 påståenden, varav fem är negativt formulerade och fem positivt och personen har att ta ställning till vart och ett av dessa. Skattningsskalan sträcker sig från 1-4, där 1 indikerar att personen instämmer helt i påståendet och en 4:a innebär att personen inte alls instämmer. Skattningarna från de positivt formulerade påståendena inverteras, det vill säga 1 blir 4, 2 blir 3 osv. Svaren summeras sedan till en total genomsnittspoäng från 1-4. En högre poäng anger en högre grad av upplevd global självkänsla. Exempel på

påståenden är "Jag känner att jag har många goda egenskaper" och "Jag känner mig då och då helt värdelös". Studier har visat att skalan har god validitet och reliabilitet (Blascovich och Tomaka, 1991; Sinclair, Blais, Gansler, Sandberg, Bistis och LoCicero, 2010) (Studie I, II och IV).

*Livskvalitet* skattades också av deltagaren själv och det genom att använda Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe, Huxley, Knight och Evans, 1999). Här skattar personen både sin tillfredsställelse med livet i sin helhet och hur tillfredsställd man är inom 11 olika livsdomäner: arbete/utbildning eller avsaknad av sysselsättning, ekonomisk situation, sociala relationer, fritidsaktiviteter, boendesituation, personlig säkerhet, personer man bor med, sexliv, familjerelationer samt fysisk och psykisk hälsa. Skattningarna görs med hjälp av en så kallad Likert-skala som sträcker sig från 1 (kunde inte vara värre) till 7 (kunde inte vara bättre). Svaren från de 12 skattningarna summeras och genomsnittspoängen uppfattas vara den subjektivt upplevda livskvaliteten. MANSA inkluderar också fyra påståenden om objektiv livskvalitet: tillgång till vänner, möte med vänner, om man blivit anklagad för brott och utsatthet för brott. Dessa fyra påståenden kan bara besvaras med ja eller nej och dessa analyserades inte i denna studie. Den svenska versionen har testats för reliabilitet och validitet och visat tillfredsställande reliabilitet avseende inre konsistens och konstruktionsvaliditeten var också tillfredsställande (Björkman och Svensson, 2005) (Studie I, II och IV).

*Generellt psykosocialt fungerande* bedömdes med hjälp av Global Assessment of Functioning (GAF) (American Psychiatric Association, 1994) och det var den svenska versionen som användes (Herlofson och Landqvist, 1995). Både symtom och funktion skattas och skalan är indelad i 10 olika intervall och sträcker sig från 1-100, där vart och ett av intervallen anger innebörden av symtom och funktion. Bedömaren börjar med att identifiera aktuellt intervall och därefter skattas vilken grad som bäst överensstämmer med personen. Det är den lägsta skattningen som slutligen bestämmer GAF-värdet. Skalans reliabilitet och validitet bedöms vara tillfredsställande (Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baumann, Baity, Smith, et al., 2000). Skalans reliabilitet är också undersökt inom klinisk verksamhet i Sverige och befunnits ha tillfredsställande reliabilitet förutsatt att användaren har en positiv inställning till att använda den och därigenom är mer angelägen om att göra en noggrann mätning för att kunna identifiera förändringar över tid (Söderberg, Tungström och Armelius, 2004) (Studie I, II och IV).

*Aktivitetskompetens* skattades genom Min Mening (Occupational Self Assessment, OSA) (Baron, Kielhofner, Goldhammar och Wolenski, 1998; Hellsvik, 2000). Detta är ett självskattningsinstrument som utvecklades i ett försök att framför allt hjälpa klienter att reflektera över hur de klarar av olika aktiviteter i vardagen och vad de värderar som viktigast att kunna göra. Min Mening är också ett bedömningsinstrument som är utformat på

ett sådant sätt att det ska vägleda klienten och arbetsterapeuten i deras gemensamma planering av insatser och för att kunna dokumentera uppnådda resultat ur klientens perspektiv. Instrumentet är baserat på en tidigare version av Model of Human Occupation (1995) och består av två delar, en om "Mig själv" och en om "Min omgivning/miljö". Den förstnämnda utgör huvudparten av instrumentet och är den del som används i studien. Denna del består av 21 påståenden som klienten ska reflektera över och besvara genom att rapportera sin uppfattning om både hur bra det fungerar att utföra olika aktiviteter i vardagen (aktivitetskompetens) och hur viktiga dessa aktiviteter uppfattas vara (aktivitetsvärdering). Exempel på påståenden är "Att koncentrera mig på mina uppgifter", "Att genomföra det jag bestämmer mig för att göra" och "Att ha dagliga rutiner som jag är nöjd med". Dessa tre exempel representerar de tre olika delarna i det som Kielhofner (2008) benämner som det mänskliga systemet, vilket förenklat består av kroppsfunktioner, vilja och vanor. När klienten ska rapportera sina uppfattningar används en tregradig skala. Uppfattning om kompetens: 1= fungerar inte så bra, 2= fungerar ganska bra och 3= fungerar bra. Uppfattning om värde: 1= är inte så viktigt, 2= är viktigt och 3= är mycket viktigt. Högre skattning indikerar en högre grad av upplevd aktivitetskompetens och högre grad av aktivitetsvärdering. De individuella påståendena analyseras var för sig, vilket betyder att ingen total eller genomsnittspoäng beräknas. Instrumentets psykometriska egenskaper har testats vid flera tillfällen med hjälp av Rasch-analyser och dessa har gett stöd för både validitet och reliabilitet (Kielhofner och Forsyth, 2001; Kielhofner, Forsyth, Kramer och Iyenger, 2009). Värderingsskalan i den ursprungliga versionen medgav dock en något begränsad *person separation*, vilken är förbättrad i den här använda svenska versionen (Studie II, III och IV).

*Delaktighet i min livssituation*, är ett självskattningsinstrument under utveckling och som baseras på dimensionerna aktivitet och delaktighet i ICF (WHO, 2001), samt är anpassat efter målgruppen. Det har konstruerats av arbetsterapeuter i Sverige som arbetat med klienter som har viss kognitiv funktionsnedsättning (Personlig kommunikation, PhD. Maria Larsson Lund, 20 febr. 2007).

Här förväntas klienten bedöma i vilken utsträckning som de upplever att deras funktionshinder är ett problem för deras delaktighet inom olika aspekter i den dagliga livssituationen. Instrumentet består av totalt 33 påståenden och är indelat i två sektioner:

Sektion 1 innehåller 27 påståenden om dagliga aktiviteter som att till exempel använda kollektiva transportmedel, fokusera sin uppmärksamhet på specifika aktiviteter, och hantera stress och krav som ställs för att genomföra aktiviteter. En femgradig skattningsskala används från 0-4, där 0=inget problem, 1=litet problem, 2=måttligt problem, 3=stort problem och 4=mycket stort problem. Klienten uppmanas att för varje



påstående ringa in den siffra som bäst passar in på hans eller hennes livssituation.

Sektion 2 består av sex påståenden som sammanfattar klientens upplevda delaktighet. Exempel på påståenden är "Att själv kunna utföra mina aktiviteter och uppgifter", "Att vara engagerad i aktiviteter och uppgifter som är meningsfulla för mig", och "Min möjlighet att vara delaktig i min livssituation". Samma skattningsskala som i sektion 1 används i denna andra sektion. De individuella påståendena analyseras var för sig, vilket betyder att ingen total eller genomsnittspoäng beräknas (Studie II).

## **Analys och analysmetoder**

### **Studie I**

I denna första studie undersöktes hur deltagarnas sysselsättningssituation förändrats (arbetsrelaterade utfall) under det första året i IPS-programmet och om och hur psykiatriska symtom, självkänsla, livskvalitet och generellt psykosocialt fungerande förändrats (icke arbetsrelaterade utfall) under samma tid. Eventuell korrelation mellan typ av sysselsättning och icke arbetsrelaterade utfall vid 12 månader undersöktes också.

Vid analys av de arbetsrelaterade utfallen beräknades frekvenser och spridningsmått för att kunna besvara följande frågor:

- 1) Hur många var någon gång under 12 månader i anställning och studier?
- 2) Hur många var i anställning eller studier vid uppföljningen efter 12 månader?
- 3) Hur många veckor var deltagarna sysselsatta inom de olika sysselsättningarna under året och hur många timmar i veckan?
- 4) Hur förändrades sysselsättningssituationen generellt under år 1?

För att analysera förändringar i de icke arbetsrelaterade utfallen för deltagarna inom de fyra olika sysselsättningssituationerna som var aktuella (1, 2, 3 och 5) vid 12 månader, jämfördes data från baseline och uppföljning med hjälp av det icke-parametriska ranksummetestet Wilcoxon (Dawson och Trapp, 2004). En signifikansnivå på  $<0.05$  valdes som gräns för en signifikant förändring. För att identifiera eventuella relationer mellan typ av sysselsättning och icke arbetsrelaterade utfall gjordes två jämförelser: 1) deltagare i anställning, studier och arbetsträning jämfördes med deltagare som saknade daglig regelbunden sysselsättning och 2) deltagare i anställning och studier jämfördes med deltagare i arbetsträning och som saknade sysselsättning. För att göra

dessa två jämförelser användes univariata analyser av varians genom ANCOVA (Dawson och Trapp, 2004), eftersom den analysen gjorde det möjligt att kontrollera för baseline-värdena. Då tillfredsställelse med sysselsättningssituationen uppfattades som central i sammanhanget, undersöktes också denna delvariabel i en separat analys genom det icke-parametriska testet Wilcoxon.

## Studie II

I den andra studien undersöktes om det bland insamlade baseline-data kunde finnas variabler som kunde predicera att deltagare kom ut i en anställning. Fyra olika huvudtyper av data fanns tillgängliga:

**A. Sociodemografiska:** ålder, kön, civilstånd, utbildningsnivå och total mängd arbetslivserfarenhet.

Bakgrundsformulär med sociodemografiska data

**B. Kliniska:** psykiatrisk diagnos, psykiatriska symtom och generellt psykosocialt fungerande.

Patientjournal, bakgrundsformulär, BPRS och GAF

**C. Deltagarnas egna upplevelser:** självkänsla, livskvalitet, aktivitetskompetens och värdering av aktivitetskompetens samt delaktighet i vardagen.

Rosenbergs skala, MANSA, Min Mening och Delaktighet i min livssituation

**D. IPS-insatser:** kvantiteten av stöd som ägnades var och en av deltagarna.

IPS-coachernas strukturerade formulär – insatser i timmar

För att identifiera eventuella prediktorer genomfördes följande 4 analyssteg: Det första steget i analysen var att identifiera potentiella prediktorer bland de undersökta variablerna vid baseline. Det gjordes genom att undersöka var det fanns signifikanta korrelationer på en nivå av  $p \leq 0.1$  mellan variabel och anställning. Samtliga variabler utom antalet IPS-insatser i timmar, dikotomiserades och Chi-2 test genomfördes. Ett oberoende t-test användes för IPS-insatserna. Den 50:e percentilen användes som cut-off värde när en variabel uppmätts med ett instrument

som hade en total summa/genomsnittspoäng (BPRS, GAF, Rosenberg och MANSA): psykiatriska symtom ( $\leq 30=1$ ,  $>30=0$ ), generellt psykosocialt fungerande ( $\geq 55=1$ ,  $<55=0$ ), självkänsla ( $\geq 2.4=1$ ,  $<2.4=0$ ), livskvalitet ( $\geq 4.5=1$ ,  $<4.5=0$ ). Samma princip tillämpades på variabeln ålder ( $\leq 26=1$ ,  $>26=0$ ).

För övriga variabler gjordes följande dikotomiseringar: kön (man=1, kvinna=0), utbildningsnivå ( $\geq$  gymnasium=1,  $<$  gymnasium=0), civilstånd (gift/partner=1, ingen partner=0), arbetslivserfarenhet ( $\geq 12$  månader=1,  $<12$  månader=0), diagnos (depression/ångest=1, alla andra diagnoser=0), aktivitetskompetens (3=1, 1-2=0), värdering av aktivitetskompetens (2-3=1, 1=0), delaktighet (0-1=1, 2-4=0).

Tre variabler uppfyllde kriterierna för att vara potentiella prediktorer för att komma ut i anställning och dessa analyserades vidare i en univariat binär logistisk regression. I ett tredje steg analyserades de tre variablerna i en multivariat logistisk regression. I ett fjärde och sista steg gjordes en stegvis manuell selektering för att eliminera icke signifikanta prediktorer från modellen och bara få fram den eller de prediktorer som var signifikanta på en nivå av  $p < 0.05$ . Den logistiska modellen testades också med hjälp av Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit Test (Dawson och Trapp, 2004) och modellens beräkningar visade sig matcha data på en acceptabel nivå.

### Studie III

Eftersom arbete enligt IPS inte bör vara isolerat från deltagarnas övriga vardag, undersöktes i denna studie hur deltagarna uppfattar sin förmåga att utföra olika vardagsaktiviteter (kompetens) och hur de värderar dessa aktiviteter (värdering). Här användes data från instrumentet Min Mening (Hellsvik, 2000) som gav deltagarna möjlighet att reflektera över sin vardag. De specifika frågor som ställdes till materialet var:

- 1) Vilka aktiviteter uppfattas som enklare respektive svårare att utföra på ett välfungerande sätt?
- 2) Vilka aktiviteter uppfattas som enklare respektive svårare att värdera som viktiga?
- 3) Finns det en signifikant skillnad mellan hur aktiviteter värderas och hur de uppfattas utföras?

Data från samtliga tre mättillfällen användes (baseline, vid 12 månader och vid 24 månader). Den analysmetod som användes var Rasch (Bond and Fox 2007) för att, med hjälp av att transformera ordinaldata till intervalldata, möjliggöra statistiska analyser av deltagarnas skattningar av upplevd kompetens och värdering av kompetensens betydelse .

I ett första steg omvandlades ordinal-rådata från alla tre skattningstillfällena till intervalldata, vilket resulterade i en *kompetensskala* och en *värderingsskala*. WINSTEPS Rasch dataprogram (Linacre 2011) användes för dessa analyser. I nästa steg analyserades samtliga variabler från både kompetensskalan och värderingsskalan tillsammans, för att skapa en gemensam skala för alla variabler. I ett tredje steg separerades kompetensskalan och värderingsskalan igen, men nu med förankring i den gemensamma skalan från det föregående steget. Motivet till att göra en gemensam skala och därefter förankringen i denna för både kompetens- och värderingsskalan, var att möjliggöra en direkt jämförelse av de båda måtten. Därefter gjordes separata analyser för att också generera personvärden för både kompetens och värdering. Fyra deltagare exkluderades från analyserna för att de hade maximala poäng. Påståendet "Att ta hand om andra som jag har ansvar för" exkluderades på grund av en alltför låg svarsfrekvens. I det fjärde och sista steget exporterades värdena för alla påståenden och deltagarnas mått för både kompetens och värdering till statistikprogrammet PASW 18.0.2 (2010) för vidare analyser.

För att besvara fråga 1 och 2 undersökte vi de hierarkier som analyserna skapat av deltagarnas uppfattning om vad som är enklare respektive svårare när det gäller både förmågan att utföra aktiviteter och att värdera dem som viktiga. Kriteriet för att identifiera en aktivitet som enklare eller svårare att utföra respektive att värdera som viktigare var satt till  $>_{\pm}0.50$  logit. Argumentet för att använda detta kriterium är att värden som överstiger  $\pm 0.50$  kan betraktas som att de skiljer sig på ett praktiskt sätt i relation till ett generellt medelvärde av uppfattad kompetens och uppfattad värdering (det vill säga 0.50 logit över eller under medelvärdet 0.00 logit) (Linacre 1994). Den tredje och sista frågan besvarades genom att beräkna de standardiserade skillnaderna (Z) (Wright and Masters 1982) mellan de relaterade variabelernas värden för kompetens och värdering. Eftersom dessa värden var förknippade med låga SE (standard errors) ( $<0.20$ ), användes argumentet av Tristán (2006), att om SE är  $\leq 0.20$  krävs det en skillnad mellan värdena på 0.55 logit för att skillnaden ska vara signifikant ( $Z > 2.00$  or  $< -2.00$ ,  $p < 0.05$ ).

## Studie IV

I denna sista studie belystes IPS som intervention inom en svensk kontext, där IPS-coacherna arbetar utanför ett psykiatriskt team.

En kollektiv instrumentell fallstudie (Stake, 2000) valdes som metod. Detta innebär i korthet att ett antal "fall" väljs ut och undersöks för att förstå det fenomen som är av intresse för studien. Fallen väljs inte för att vara så representativa som möjligt, utan för att de representerar mångfald och variation av det fenomen som ska studeras (Stake, 2000; Yin, 2009).

Den valda metoden avses möjliggöra att undersöka ett komplext fenomen i det sammanhang där det uppträder med hjälp av flera olika källor av data, både kvantitativa och kvalitativa. En fallstudie är både en process av undersökningar och produkten av dessa undersökningar. Den ger möjlighet att utforska en situation som involverar en eller flera personer över tid utifrån många olika aspekter och den kan användas för att förstå och utveckla praxis (Salminen, Harra och Lautamo, 2006).

Valet av de "fall" som skulle studeras för att beskriva det valda fenomenet gjordes med hjälp av en figur som illustrerade samtliga 65 deltagares "rehabiliteringsresa" från baseline till 24 månader avseende sysselsättningssituationen. De kriterier som låg till grund för valet av de fem fallen som kom att studeras var att de skulle ha deltagit vid samtliga tre mättillfällen, bestå av både män och kvinnor, att deras "resor" såg olika ut och att intervjuerna var förhållandevis rika på information, samt att båda IPS-enheterna skulle vara representerade bland fallen.

De data vi valde att undersöka hämtades från tre olika källor:

- 1) IPS-coachernas strukturerade frågeformulär gällande deltagarnas sysselsättningssituation från baseline till 24 månader, beskrivningarna av de underlättande respektive försvärande omständigheterna och IPS-insatsernas omfattning och innehåll.
- 2) Individdata relaterat till de olika instrumenten BPRS, MANSA, Rosenberg, Min Mening och GAF vid baseline och 24 månader.
- 3) Kvalitativa intervjuer som genomfördes vid både 12 och 24 månaders uppföljning.

De kvalitativa intervjuerna analyserades med hjälp av riktad innehållsanalys (Hsieh och Shannon, 2005). Denna metod anses lämplig när en teori eller ett fenomen är ofullständigt beskrivet eller skulle tjäna på att utvecklas med hjälp av ytterligare studier. IPS är en intervention till arbete som bygger på grundläggande principer (Becker och Drake, 2003) och har skattningsskalor för att mäta programtrohet (Bond, Becker, Drake och Vogler, 1997; Becker, Swanson, Bond, Carlson, Flint, Smith, et al., 2008), men metoden befinner sig under kontinuerlig utvärdering och utveckling (Drake och Bond, 2008). Därför bedömdes den riktade innehållsanalysen som en passande analysmetod, med målet att utvidga förståelsen av och kunskapen om vad som sker inom ett IPS-program.

Analyserna genomfördes i fyra steg:

- 1) För att inledningsvis få en inblick och förståelse för vart och ett av fallen, läste samtliga författare noggrant igenom både intervjuerna och den dokumentation som IPS-coacherna gjort över sina insatser och deras reflektioner kring sina klienters rehabilitering. Även en sammanställning av de icke arbetsrelaterade utfallen beaktades.

2) Därefter läste författarna intervjuerna igen och denna gång identifierades situationer, omständigheter och händelser som uppfattades ha haft betydelse för respektive klients IPS-process. Dessa markerades i texten.

3) I ett tredje steg träffades författarna för att delge varandra vad de funnit. Fynden diskuterades grundligt inom gruppen och de åtta IPS-principerna användes som ett första grovt raster för att sortera data. Diskussionen och sortandet pågick tills författarna var eniga om vad som utgjorde det väsentliga i varje "fall".

4) I ett sista steg identifierades latenta teman som var relaterade till det specifika i de IPS-principer som kunnat urskiljas. I detta steg användes teorin om "personal recovery" (Slade, 2009) som en referens.

Dokumentationen från IPS-coacherna analyserades parallellt med intervjuerna i syfte att vidga och fördjupa förståelsen av de IPS-processer som beskrevs av klienterna.

## **Etiska överväganden**

Omfattande data samlades in för relativt många personer och det fanns däribland en del integritetskänsliga uppgifter, som till exempel psykiatrisk diagnos och privata förhållanden. Därför var det viktigt att försöka skapa en trygg och avslappnad samtalsmiljö, ha genomtänkta rutiner för hur data samlades in och hur de hanterades och förvarades på ett säkert sätt. Det var också viktigt att vara lyhörd i datainsamlingsituationen och till exempel ge utrymme för viss avskildhet i rummet när självskattningarna genomfördes, men samtidigt vara uppmärksam närvarande och kunna besvara frågor. Innan mötena avslutades var det även viktigt att fråga upp hur det varit och vara tydlig med att det var OK att höra av sig om det dök upp funderingar i efterhand. Deltagarna kände till att de deltog i en uppföljning av en arbetsrehabiliteringsmetod och att resultatet skulle presenteras både lokalt i deras kommun och i vetenskapliga sammanhang. Att besvara de ingående självskattningsinstrumenten krävde deltagarnas eftertanke och reflektion och det hände att några av dem kom på något som de tyckte var viktigt att få gå vidare med eller ta itu med. Det förekom därför att deltagare ville ha en sammanfattning av det som framkom i självskattningarna och inom forskarlaget kom vi överens om att jag skulle vara generös med återkoppling till dem som efterfrågade en sådan. Dessa sammanfattningar till deltagare innehöll inga personuppgifter om deltagaren, däremot skrevs tydliga kontaktuppgifter till mig som forskare.

Även om besvarandet av alla självskattningar och de kvalitativa intervjuerna skulle kunna upplevas som påfrestande av deltagarna, uppfattade jag att de allra flesta snarare uttryckte intresse för att reflektera över sig själva. Många deltagare uttalade också tydligt sin vilja

av att delta för att kunna påverka situationen till det bättre för andra med psykisk ohälsa. Därför kan nyttan av insamlade data bedömas som större än den eventuella negativa inverkan det hade för deltagarna.

Etiskt tillstånd var sökt och projektet är godkänt av den regionala etikprövningsnämnden vid Umeå universitet (Dnr 07-030M).

## RESULTAT

### En bild av deltagarna

Deltagarnas första kontakt med psykiatrisk vård var i genomsnitt sju år innan starten i IPS-programmet. Antalet öppenvårdstillfällen var under året innan start i genomsnitt 44, men variationen var stor. Det fanns deltagare som inte haft någon regelbunden kontakt alls med psykiatrisk vård, vilket var mest vanligt i den kommun där IPS inte hade någon upparbetad kontakt med psykiatrin och där remisserna främst kom från AF eller Socialtjänsten. Det fanns även personer i studien som däremot hade haft en mycket intensiv och regelbunden kontakt med psykiatrin innan IPS-start, vilket kunde innebära upp till fyra öppenvårdskontakter i veckan .

De allra flesta uppgav vid start att de hade kontakt med åtminstone någon av myndigheterna FK, Socialtjänsten och AF, men vanligen bara några gånger per år. För en tredjedel av deltagarna förekom dessa kontakter åtminstone varje månad. Extra stöd i form av god man, stödfamilj, familjepedagog och boendestöd, samt insatser från ett neuropsykiatriskt stödteam rapporterades för en mindre andel av deltagarna. Vid starten av forskningsprojektet var variationen stor bland deltagarnas självrapporterade psykiatriska symtom, deras skattning av självkänsla och subjektiv livskvalitet, samt bedömda psykosociala fungerande (se tabell 3).

Tabell 3. Baselinevärden för de icke arbetsrelaterade utfallen

	BPRS * n=65	Rosenberg n=65	MANSA n=65	GAF n=65
Median	30	2.4	4.5	55
Min	21	1.8	2.8	44
Max	41	3.9	6.0	75

\* Psykiatriska symptom (BPRS) - lägre värden innebär lägre grad av symtom

### Sysselsättningsituationen och relationen till icke arbetsrelaterade utfall

Vid baseline saknade 71 procent av de 65 deltagarna helt någon form av regelbunden sysselsättning utanför hemmet (se tabell 4). Alla utom fyra av dessa kom någon gång under det första året ut i någon form av sysselsättning, de flesta (29 personer) i arbetsträning på en vanlig arbetsplats under sex månader eller längre. Av de 12 deltagare som fick en anställning under uppföljningstiden, var det 10 personer som var kvar i



denna under sex månader eller längre. Bland de åtta deltagare som påbörjade en utbildning under året, var det fem som fullföljde denna under sex månader eller längre. Generellt var det stor variation i omfattningen av anställning, studier och arbetsträning bland deltagarna under de 12 månaderna totalt. Det varierade mellan en vecka och 41 veckor och på liknande sätt varierade antalet timmar per vecka, från 2 – 40 timmar.

Tabell 4. Sysselsättningssituation vid baseline, under uppföljningstiden och vid 12 månader

Sysselsättnings-situation	Baseline n=65	Vid något tillfälle under 12 mån n=65	Vid 12 mån n=60	Veckor i sysselsättning under 12 mån n=65 Mean (min-max)	Timmar i aktivitet under en vecka i sysselsättning, n=65 Mean (min-max)
Anställning	5 (8%)	16 (25%)	11 (18%)	23.5 (1-41)	17.0 (2-40)
Studier	1 (1%)	9 (14%)	6 (10%)	22.3 (9-33)	23.7 (10-40)
Arbetsträning	6 (9%)	47 (72%)	25 (42%)	20.8 (1-44)	15.8 (4-40)
Skyddat arbete	7 (11%)	9 (14%)	0	9.7 (1-21)	9.6 (4-20)
Ingen sysselsättning	46 (71%)	4 (6%)	18 (30%)		

Under uppföljningstiden 12 månader var det vid något tillfälle 25 procent av deltagarna i anställning och 14 procent i studier (se tabell 4). Av de fem deltagare som vid baseline redan hade någon form av anställning, behöll två av dem dessa arbeten under året. Detta gällde anställningar av mer varaktig karaktär. Två andra deltagare hade tillfälliga timanställningar och för en person utgjorde anställningen vid baseline ett kortare säsonsarbete.

Efter 12 månader fanns det ingen deltagare som var sysselsatt i skyddad verksamhet längre, men det var 18 personer som saknade regelbunden sysselsättning utanför hemmet (se tabell 4). För de personer som var i någon form av sysselsättning vid uppföljningen kunde positiva förändringar över tid identifieras gällande psykiska symtom ( $p=0.000$ ) och psykosocialt fungerande ( $p=0.000$ ) (se tabell 5). Dessa personer var också mer nöjda med sin sysselsättningssituation vid 12 månader ( $p=0.009$ ).

## Resultat

Tabell 5. Icke arbetsrelaterade utfall för deltagare i olika former av sysselsättning vid 12 månader

Icke arbetsrelaterade utfall	Sysselsättningssituation vid uppföljning 12 månader (n=53)							
	Anställning		Studier		Arbets träning		Ingen sysselsättning	
	Baseline (12 mån)		Baseline (12 mån)		Baseline (12 mån)		Baseline (12 mån)	
<b>Psykiatriska symtom</b>								
Median	29	(26)	28	(25)	33	(29)	31	(30)
Min-max	22-34	(22-39)	24-30	(22-31)	26-41	(22-37)	26-39	(23-37)
<b>Självkänsla</b>								
Median	2.6	(2.5)	2.3	(2.5)	2.3	(2.4)	2.3	(2.5)
Min-max	1.9-3.7	(1.5-3.6)	1.8-3.9	(1.8-4.0)	1.8-3.2	(1.5-3.5)	2.0-3.2	(1.9-3.3)
<b>Subjektiv livskvalitet</b>								
Median	4.9	(4.7)	5.1	(5.2)	4.2	(4.4)	4.0	(3.9)
Min-max	4.0-5.6	(3.2-6.1)	3.9-5.8	(4.0-6.3)	2.8-6.0	(2.7-6.2)	2.8-5.7	(2.9-5.4)
<b>Psykosocial funktion</b>								
Median	64	(65)	63	(67)	55	(62)	55	(55)
Min-max	52-75	(51-72)	55-65	(65-72)	50-72	(48-71)	44-63	(45-69)

### Variabel som influerade anställning

Tre av de totalt 14 undersökta variablerna uppfyllde kriteriet ( $p \leq 0.1$ ) för att vara en potentiell prediktor för att få en anställning under de 12 första månaderna. Dessa tre var en lägre grad av psykiatriska symtom (BPRS  $\leq 30$ ), en högre skattad subjektiv livskvalitet (MANSFA  $\geq 4.5$ ) och inga eller små problem med att påbörja och fullfölja flera uppgifter i följd eller samtidigt (Delaktighet  $< 3$ ). Men bara psykiatriska symtom  $\leq 30$  kvarstod som signifikant prediktor på nivån  $p < 0.05$  i den multivariata logistiska regressionen och ökade oddset för att få en anställning under 12 månader med 5.5. De två variabler som inte kvarstod som signifikanta var däremot associerade med varandra och med psykiatriska symtom på en nivå av  $p < 0.01$ , men påverkade inte psykiatriska symtom som prediktor, det vill säga de utgjorde inte så kallade "confounders".

### Värdering av aktivitetskompetens och upplevd förmåga

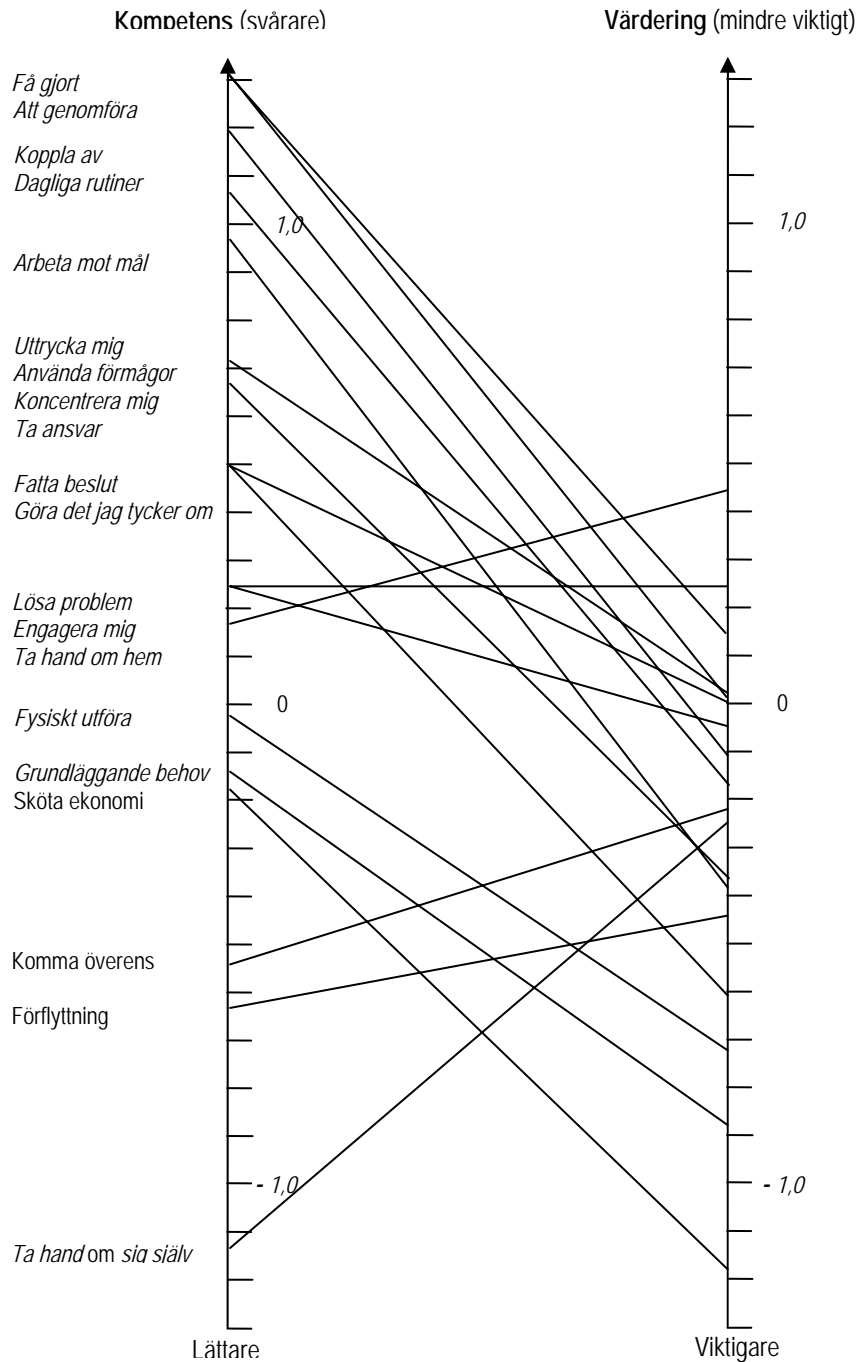
Det som värderades allra högst var att kunna sköta sin ekonomi, sköta sina grundläggande behov som mat, medicin och motion, samt att kunna göra sådant man tycker om att göra (se tabell 6). Bland det som uppfattades som allra svårast att utföra på ett välfungerande sätt var att få gjort det som behöver göras, att genomföra det man bestämmer sig för, att koppla av och roa sig, att ha tillfredsställande dagliga rutiner och att arbeta mot sina mål.

## Resultat

Tabell 6. Kompetensskalans och värderingsskalans hierarkier avseende upplevd svårighet

Kompetens		Item difficulty	SE	Värdering	Item difficulty	SE
Svårare att uppfatta som fungerande ↑ ↓ Lättare att uppfatta som fungerande	Att få gjort det jag behöver göra	1.28	0.15	Att ta hand om mitt hem	0.43	0.15
	Att genomföra det jag bestämmer mig för att göra	1.28	0.15	Att lösa problem i vardagen	0.23	0.15
	Att koppla av och roa mig	1.17	0.15	Att genomföra det jag bestämmer mig för att göra	0.14	0.15
	Att ha dagliga rutiner som jag är nöjd med	1.05	0.15	Att använda mig av mina förmågor på ett bra sätt	0.02	0.15
	Att arbeta mot mina mål	0.93	0.15	Att fatta beslut utifrån vad jag tycker är viktigt	-0.02	0.15
	Att uttrycka mig inför andra	0.71	0.15	Att få gjort det jag behöver göra	-0.04	0.15
	Att använda mig av mina förmågor på ett bra sätt	0.71	0.15	Att engagera mig som anställd, studerande, familjemedlem och/eller i förening	-0.06	0.15
	Att koncentrera mig på mina uppgifter	0.67	0.15	Att koppla av och roa mig	-0.12	0.15
	Att leva upp till förväntningar, klara av det jag ansvarar för	0.60	0.15	Att ha dagliga rutiner som jag är nöjd med	-0.19	0.16
	Att fatta beslut utifrån vad jag tycker är viktigt	0.47	0.15	Att komma överens med andra	-0.23	0.16
	Att göra sådant som jag tycker om att göra	0.46	0.15	Att ta hand om mig själv (hygien, utseende, kläder)	-0.26	0.16
	Att lösa problem i vardagen	0.23	0.15	Att uttrycka mig inför andra	-0.31	0.16
	Att engagera mig som anställd, studerande, familjemedlem och/eller i förening	0.22	0.15	Att fysiskt kunna utföra det jag behöver göra	-0.33	0.16
	Att ta hand om mitt hem	0.14	0.15	Att koncentrera mig på mina uppgifter	-0.38	0.16
	Att fysiskt kunna utföra det jag behöver göra	-0.04	0.15	Att arbeta mot mina mål	-0.40	0.16
	Att sköta mina grundläggande behov (mat, medicin, hälsa)	-0.14	0.15	Att leva upp till förväntningar, klara av det jag ansvarar för	-0.41	0.16
	Att sköta min ekonomi	-0.19	0.16	Att ta mig dit jag behöver komma (gå, åka buss, etc.)	-0.46	0.16
	Att komma överens med andra	-0.57	0.17	Att göra sådant som jag tycker om att göra	-0.62	0.17
Att ta mig dit jag behöver komma (gå, åka buss, etc.)	-0.65	0.17	Att sköta mina grundläggande behov (mat, medicin, hälsa)	-0.91	0.17	
Att ta hand om mig själv (hygien, utseende, kläder)	-1.16	0.18	Att sköta min ekonomi	-1.23	0.19	
						Svårare att värdera som viktigt ↑ ↓ Lättare att värdera som viktigt

Generellt skattade deltagarna värdet av att kunna utföra olika aktiviteter i vardagen högre än hur de skattade sin förmåga att utföra dessa (se figur 1).



Figur 1. Relationen mellan deltagarnas uppfattning om hur de klarar av att utföra olika aktiviteter (kompetens) och hur de värderar förmågan att utföra dessa (värdering).

## Processer inom IPS-interventionen

Av de fem klienter som utgjorde "fallen" i delstudie IV var det bara en som hade en fungerande anställning i en önskad yrkesroll efter uppföljningstiden på 24 månader. Ytterligare en person uppnådde sitt mål att kunna påbörja en yrkesutbildning efter att ha fullföljt sina gymnasiestudier. Övriga tre befann sig i olika situationer där de stod inför att åter igen nyorientera sig. För en av personerna innebar detta ett avslut på en längre tids anställning på grund av att arbetsituationen inte fungerade och hon blev uppsagd på grund av personliga skäl. Hon behövde hjälp med att förstå och förhålla sig till de upptäckter hon gjort om sig själv och sina behov relaterat till sitt funktionshinder, samt skapa en ny plan för vägen till arbete. En annan person hade också haft en anställning och där hade arbetsituationen fungerat bra. Hon blev uppsagd på grund av arbetsbrist och hade efter det svårt för att hitta en lämplig sysselsättning. Det fanns även många oklarheter kring hennes psykiska funktionshinder. Dessutom skulle IPS-projektet avslutas och hon blev hänvisad till AF igen. Den tredje personen hade varit ute på en arbetsplats över längre tid för arbetsträning där hon trivdes bra, men som avslutades på grund av en kraftigt försämrad psykisk hälsa. Hon blev aktualiserad i en samverkan med AF som efter en del missförstånd och förvecklingar ledde fram till en fungerande rehabiliteringsinsats hos en aktör utanför, men på uppdrag av, AF. IPS fanns i det skedet fortfarande kvar för personen, men i bakgrunden.

Vart och ett av de fem fallen illustrerade olika processer av förändring på deras individuella vägar i riktning mot arbete:

*Att finna en manlig förebild och utveckla en alternativ karriär*

*Att kunna fullfölja en plan för första gången som vuxen*

*Att tillägna sig viktiga insikter genom en omvälvande period av arbete och psykiatrisk utredning*

*Att identifiera en positiv självbild och komma i kontakt med vad som är viktigt*

*Att kämpa för arbete och psykisk hälsa, men bli avbruten i sin process av växande och utveckling*

De fem olika individuella förändringsprocesserna ovan var relaterade till följande tre teman som identifierades i analysen av IPS-interventionen:

### **IPS-coachen som en ciceron**

Innehållet i detta tema var grundläggande för hela IPS-interventionen och handlade om vad som utmärkte relationen mellan klienten och IPS-coachen, där coachen uppfattades som en sorts ciceron på klientens resa i

riktning mot arbete. Den här rollen som vägvisare, guide och lots innebar både att emotionellt stödja individen och visa på olika alternativ och lösningar. Detta genom att ställa öppna sokratiska frågor och skapa en dialog, men också genom att konkret "visa världen" genom att besöka olika arbetsmiljöer. Grunden i att vara en ciceron är en tillitsfull relation där IPS-coachen är en intresserad, nyfiken och engagerad samtalspartner. Informanterna beskrev hur de med hjälp av coachen kunde börja tänka i nya banor och upptäcka vad som kunde intressera dem och hur olika miljöer kändes.

Ciceronens funktion var inte bara att vägleda och lotsa individerna till att upptäcka vad som intresserade dem. Enligt informanterna var bara vetskapen om att coachen verkligen fanns där bredvid av stor betydelse för dem. De uppskattade också att bli vägledda på ett sätt som stämde med deras individuella sätt att fungera. Generellt beskrevs värdet av att ha en sann lyssnare med förmåga att både bekräfta och vara kritisk som en mycket viktig grund för att skapa ett konstruktivt samarbete med IPS-coachen.

### **Reflekterade erfarenheter från den "reella" världen**

Innehållet i detta tema inbegriper betydelsen av att som klient få möjlighet att tillägna sig erfarenheter från olika arbetsmiljöer genom aktiv reflektion. Med det menas att regelbundet ha möjlighet att "gå tillbaka" för att i lugn och ro begrunda sina intryck och upplevelser tillsammans med sin ciceron. I beskrivningarna av sökandet och provandet av olika arbetsplatsers miljöer och uppgifter, framträdde IPS-coachen i rollen som ciceron mest påtagligt.

Genom att exponeras för olika miljöer och uppgifter fick klienten tillfällen att komma underfund med vad som skulle kunna vara en passande sysselsättning för honom eller henne. Analyserna visade hur nödvändigt det var för klienterna att få stöd i att bearbeta alla intryck och upplevelser med någon. Värdet av en avbruten anställning, arbetsträning eller avbrutna studier uppkom inte förrän klienten kunde ta ett steg tillbaka och tillsammans med sin coach försöka identifiera vilka lärdomar och insikter som fanns att vinna tack vare de förvärvade erfarenheterna.

En viktig förutsättning för att skapa trygghet och kontroll i dessa kontinuerliga besök och försök i olika hörn av arbetsmarknaden, var den icke tidsbegränsade insatsen. Informanterna beskrev hur de kunde börja i IPS-programmet utan rädsla för att bli utsparkade eller förlora sin sista chans, som en konsekvens av en avbruten anställning eller arbetspraktik. En sådan typ av startpunkt kan skapa en känsla av trygghet och tillräckligt mod för att våga försöka även sysselsättningar som de kände sig osäkra inför.

### **Betydelsen av koordinerade samarbeten**

Ytterligare ett tema som togs fram i analysarbetet handlade om samverkan, vilket främst gällde relationen mellan IPS-programmen och psykiatrin. I några fall gällde det även relationen med de övriga involverade aktörerna. Analyserna visade att varje fall innehöll många och olika situationer, händelser och omständigheter, där antingen annat stöd än IPS var involverat eller där det existerade behov av annat stöd. När det gällde de behov av stöd som deltagarna hade, blev det tydligt att det innebar svårigheter för IPS-teamen att inte vara integrerade med psykiatrin. De olika svårigheter som uppstod under vägen för deltagarna blev ofta påtagliga i de sysselsättningssituationer som de var engagerade i och därför också tydliga för IPS-coacherna. Utmaningen för IPS-coachen kunde bestå i att kunna initiera en för situationen lämplig kontakt inom rimlig tid, skapa en samsyn med andra involverade aktörer kring personens svårigheter och utforma gemensamma strategier. Beroende av om nödvändigt stöd kunde initieras och hur stöden var koordinerade med insatserna från IPS och klientens behov, kunde funktionella samarbeten utvecklas i riktning mot deltagarens mål.

Dessutom kunde ett fjärde tema identifieras som var relaterat till tema ett och två ovan:

### **Konstruktion och omkonstruktion av aktivitetsidentiteten**

I detta tema framträdde deltagarnas förändring i hur de såg på och beskrev sig själva i relation till sina erfarenheter av sysselsättning. Flera olika aspekter av hur de uppfattade sig själva som aktörer beskrevs. Det handlade om att de gjort upptäckter om sig själva och sitt sätt att vara och fungera i en arbetsroll (studieroll) och utifrån det också fått insikter i sina behov för att kunna fungera på en arbetsplats. De beskrivna förändringarna var relaterade till det tidigare beskrivna temat om reflekterade erfarenheter, men var mer fokuserade på de slutsatser som personerna drog från dessa och uttryckte konsekvenser för personernas framtida val av sysselsättning.

## DISKUSSION

Det övergripande syftet var att undersöka vad IPS kan betyda för personer med olika typer och grader av psykiskt funktionshinder och hur metoden fungerar när den utövas av verksamheter inom socialtjänsten.

Diskussionen inleds med en kort sammanfattning av resultaten från de fyra delstudierna.

Sysselsättningssituationen för majoriteten av deltagarna i de två IPS-verksamheterna förändrades i positiv riktning under uppföljningstiden av 12 månader. Detta innebar för de flesta arbetsträning på en vanlig arbetsplats, men det fanns också de som vid något tillfälle var anställda och de som fick en anställning som de kunde behålla över tid. Det fanns också deltagare som påbörjade, upprätthöll och även fullföljde yrkesinriktade studier. Sysselsättningens omfattning under året varierade kraftigt mellan deltagarna.

Bland de variabler som undersöktes (sociodemografiska, kliniska, självskattningar och IPS-insatser) var det endast graden av psykiatriska symtom som visade sig ha påverkat utfallet anställning. En lägre grad av symtom visade sig öka en deltagares chans att få en anställning under uppföljningstiden.

De deltagare som fanns i någon form av regelbunden aktivitet efter 12 månader skattade en signifikant högre tillfredsställelse med sin sysselsättningssituation. De visade också en signifikant minskning av psykiatriska symtom och en förbättrad generell psykosocial funktion över tid. Däremot kunde inga skillnader identifieras gällande självkänsla och subjektiv livskvalitet.

Fallstudien illustrerade vilka komplexa processer som kunde inrymmas i både "lyckade" och "mindre lyckade" utfall under hela uppföljningsperioden av två år. Ett till synes negativt utfall, det vill säga ingen anställning, kunde leda fram till en förändrad självbild med ny tilltro till sin förmåga och med alternativa mål i sikte. Det motsatta förhållandet kunde också identifieras, att anställning kunde uppnås, men blev avslutad på grund av olika omgivningsfaktorer och personliga omständigheter, vilket starkt utmanade personernas omorientering på sysselsättningsområdet. Studien visade också på betydelsen av att en engagerad och intresserad samtalspartner fanns kvar över tid för att en deltagares nya erfarenheter skulle kunna förvaltas och leda personen vidare i utvecklingen. Hur relationen med framför allt psykiatrin, men också AF, fungerade visade sig vara centralt för att tillämpningen av IPS principer för rehabiliteringen till arbete skulle kunna förverkligas.



Deltagarnas uppfattning om och värdering av sin kompetens i vardagen visade att det var lättare för dem att värdera aktiviteter som viktiga än att uppfatta sig som kompetent i att utföra dem. Kliniskt signifikanta skillnader mellan vad de värderade som viktigast att kunna göra och hur de uppfattade sin förmåga identifierades på områdena att sköta sin ekonomi och sina grundläggande behov som mat, medicin och hälsa, samt att kunna göra det man tycker om att göra. Det som deltagarna uppfattade som allra svårast att utföra var främst att få gjort det som behöver göras och att genomföra det de bestämt sig för att göra.

Resultaten kommer nu att diskuteras utifrån följande teman:

- En mångskiftande målgrupp
- Är IPS en framkomlig väg till arbete?
- Betydelsen av en förändrad sysselsättningsituation
- Psykiatriska symtom och anställning
- Deltagarnas aktivitetsidentitet

### **En mångskiftande målgrupp**

Ursprungligen utformades IPS för personer som stod allra längst bort från arbetsmarknaden, personer som hade allvarliga konsekvenser av psykisk sjukdom med behov av olika stödinsatser i sin vardag för att kunna fungera (Becker och Drake, 1994). Därav följde den grundläggande idén om att IPS ska utgöra en integrerad del i ett psykiatriskt team där olika insatser till klienten kan initieras, planeras och samordnas på ett snabbt och flexibelt sätt. Bland de deltagare som ingick i vårt forskningsprojekt fanns det personer med SMI (psykiatrisk behandling under två år eller mer och en GAF  $\leq$  50 (Ruggeri, et al., 2000), men dessa utgjorde bara en mindre andel (9%). Det finns dock studier som valt att använda måttet GAF  $\leq$  60 istället (Howard, Heslin, Leese, McCrone, Rice, Jarret, et al., 2010) och om vi istället antar denna definition av målgruppen, skulle det innebära att 74 procent av våra deltagare tillhörde gruppen personer med SMI vid starten av studien. Således var det en dryg fjärdedel av deltagarna som rapporterade och bedömdes ha mer lindriga symtom och bara vissa funktionsnedsättningar. Värdena för psykosocialt fungerande, psykiatriska symtom, självkänsla och livstillfredsställelse vid baseline, tillsammans med den stora variationen i de psykiatriska insatserna bland våra deltagare under året innan IPS-start, vittnar om en grupp deltagare med stora olikheter i livsutmaningar. Dessa data kan dessutom vittna om att det bland deltagarna kan finnas personer som lever med konsekvenserna av en psykisk sjukdom utan att vara sig de själva, den psykiatriska värden eller involverade myndigheter är riktigt medvetna om innebörden av dessa konsekvenser och de behov som finns

för att personerna ska kunna skapa ett fungerande liv med arbete. Jag tänker här närmast på de personer som vid baseline inte hade någon regelbunden kontakt med psykiatrisk vård, vilket skulle kunna uppfattas som att de inte hade så stora aktivitets hinder i vardagen, men där de flesta tillhörde den grupp av deltagare som avslutades i programmet på grund av en alltför dålig psykisk hälsa och en komplicerad livssituation.

## **Är IPS en framkomlig väg till arbete?**

Kriterier för att inkludera personer i studier av IPS med avseende på sysselsättningssituation har varierat bland olika studier, beroende på om de genomförts under experimentliknande betingelser eller inte. Exempel på kriterier har varit att deltagarna skulle ha varit arbetslösa i minst tre månader (Heslin, Howard, Leese, McCrone, Rice, Jarrett, et al., 2011) eller vara arbetslösa vid tidpunkten för när personen tackade ja till att delta i studien (Hoffmann, Jäckel, Glauser och Kupper, 2012). I naturalistiska studier, genomförda i bland annat Storbritannien, har även personer inkluderats som redan haft en anställning eller varit i reguljära studier (Rinaldi, Mcneil, Firn, Koletsi, Perkins och Singh, 2004; Rinaldi och Perkins, 2007). Baselinevärdena har då utgjorts av de olika sysselsättningar som deltagarna varit involverade i när de inkluderats i studierna och uppföljningar har gjorts för att studera förändringar över tid.

I de internationella studier som uppnått goda resultat, som mer än 60 procent av deltagarna i anställning, har programtroheten varit hög och framför allt inneburit att IPS-coacherna varit integrerade i psykiatriska team (Bond, Drake och Becker, 2012). Graden av programtrohet motsvarade för de två undersökta IPS-verksamheterna i vårt projekt en godtagbar programtrohet.

Med internationella mått mätt är andelen deltagare i anställning under uppföljningstiden 12 månader låg, speciellt med tanke på att även de deltagare som vid baseline hade lönearbete av något slag var inräknade i denna andel. När det gäller omfattning av arbete tycks det däremot inte föreligga några större skillnader mellan resultaten från vår studie och studier genomförda internationellt (Bond, Drake och Becker, 2008). Varaktigheten i anställning tycks däremot vara något längre bland våra deltagare, vilket sannolikt kan förklaras av att personerna sällan anställdes utan att först ha visat sig fungera på arbetsplatsen under en längre tid. Det finns ett antagande inom rehabilitering till arbete för personer med psykiskt funktionshinder internationellt, att det svåraste inte alltid behöver vara att uppnå anställning, utan att bibehållandet av en anställning eller utbildning över tid kan vara en nog så stor utmaning (Mueser, Becker och Wolfe, 2001). I denna svenska kontext var det

sannolikt också mer vanligt att deltagarna valde att vara kvar på de arbetsplatser där de arbetstränade, i positiv förväntan om att det så småningom skulle kunna leda till en anställning om det fungerade bra. Förhållandena på arbetsmarknaden är naturligtvis också av stor betydelse för att bedöma vad som påverkade utfallet i form av anställningar. Tiden för projektets genomförande sammanföll till stora delar med den lågkonjunktur som inföll med början år 2008, vilket gjorde att det blev svårare för IPS-coacherna att hitta arbetsplatser som tog emot personer för arbetsträning och än svårare att hitta arbetsgivare som hade behov och möjligheter att anställa någon.

Den naturalistiska designen på vår studie tillåter inte en bedömning av IPS effektivitet, eftersom kontrollgrupp saknas. Däremot kan vi konstatera att det var personer som kom ut i arbete i betydelsen anställning och då borde svaret på frågan om IPS är en framkomlig väg till arbete vara ja. Ett alternativt sätt att besvara frågan är att undersöka rörelsen inom deltagargruppen över tid. En stor variation kunde identifieras bland deltagarna gällande förändringar i sysselsättning. Därför kan det vara kliniskt meningsfullt att veta vad som till exempel bidrog till att det var fyra av deltagarna som aldrig kom ut i någon form av sysselsättning under det första året. Det kan också vara av värde att titta närmare på de 18 som stod utan sysselsättning vid uppföljningen efter 12 månader. Vilka omständigheter låg bakom att 14 av dem hade avslutat en eller flera sysselsättningar som de haft tidigare under året? Svaren på de ställda frågorna finns att hämta inom flera olika områden som: deltagares fysiska och psykiska ohälsa, väntan på grund av omorganisationer på arbetsplatser, svårigheter i att skapa en fungerande arbetsallians mellan deltagare och IPS-coach, samt svårigheter med matchningen mellan deltagare och sysselsättning. Rörelsen kan sägas återspegla olikheterna i livsutmaningar som fanns bland deltagarna, hur IPS-teamen fungerade, om behov hos deltagarna kunde identifieras och åtgärder initieras och hur samverkan kring deltagarna fungerade, samt hur mottagandet var på arbetsplatser och utbildningar.

## **Betydelsen av en förändrad sysselsättningssituation**

Psykiatriska symtom och psykosocialt fungerande förändrades i positiv riktning över tid och denna förändring sågs bland de deltagare som var i sysselsättning i någon form vid tiden för uppföljning. Dessa deltagare hade alla sin individuella väg mot sysselsättning under året, vilket för någon innebar en lång väntan på sysselsättning, någon annan kunde snabbt komma in i en sysselsättning men som sedan visade sig inte fungera och det uppstod behov av ny kartläggning. En tredje person kan ha hittat rätt väldigt snabbt och även blivit erbjuden anställning som

fungerat under större delen av året. Det innebär att deltagarnas erfarenheter baserades på olika former av sysselsättningar under kortare eller längre tidsperiod.

Tidigare studier har framför allt kunnat visa att personer som varit engagerade i anställning över en längre tid visat förbättringar inom ett flertal områden, däribland psykiatriska symtom, psykosocial funktion, självkänsla och aspekter av livskvalitet direkt relaterat till arbete (Mueser, Becker, Torrey, et al., 1997; Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo och Bebout, 2001:). I dessa två studier gjordes uppföljningar under en 18 månaders period. En angelägen fråga om betydelsen av anställning som Bond med flera (2001) väckte, var vad som i så fall var den aktiva ingrediensen i anställning över en längre tid, det vill säga vilken typ av positiv förändringsprocess som aktiverades av sysselsättningssituationen anställning. Var det förändringen i personens roll som tillät en omtolkning av hans eller hennes identitet och självbild? Bidrog strukturen som skapades av rutinerna kring arbetet till att en person bättre kunde hantera sina psykiatriska symtom? Eller var det den socialisation som inträder när en person integreras på en arbetsplats som var den aktiva ingrediensen i de positiva förändringsprocesserna? Flera kvalitativa studier har sett just den typen av betingelser som betydelsefulla för framför allt personers förmåga att hantera sina psykiatriska symtom och för att utveckla en mer positiv självbild (Kirsh, 2000; Provencher, Mead och Mueser, 2004; Auerbach och Richardson, 2005; Wewiorski och Rogers, 2008).

Vårt resultat kan tolkas som att tillräckligt många bland deltagarna hade varit i sysselsättning under året, som inneburit tillräckliga förutsättningar till förändring för att utfallet skulle bli positivt på gruppnivå. Förutsättningar i betydelsen att den sysselsättning och den miljö i vilken den utövades upplevdes som en meningsfull utmaning och skapade ett behov hos personerna att kunna hantera sina symtom och fungera bland sina arbetskamrater på arbetsplatsen (Yerxa, 1998; Law, 2002). De allra flesta personer som saknade sysselsättning vid uppföljningen hade visserligen varit i sysselsättning tidigare under året, men det fanns flera deltagare i denna grupp som upplevde stora utmaningar i att hitta en fungerande sysselsättning. Detta förhållande bidrog sannolikt till resultatet att psykiatriska symtom och psykosocialt fungerande förändrades i positiv riktning över tid endast i gruppen av deltagare som var i sysselsättning vid tiden för uppföljning.

Självkänsla var en variabel som inte förändrades vid uppföljningen, vare sig kopplat till typ av sysselsättningssituation eller i gruppen av deltagare som helhet. Självkänsla är enligt Rosenberg (1989) definierat som en persons attityd till och bedömning av sig själv i social jämförelse med andra. Kanske är det så att begreppet "självbild" enligt Simmermacher (1989) hade varit mer passande, då detta definieras som hur människor känner och tänker om sig själva som personer. Liknande reflektioner

gjorde Liu, Hollis, Warren och Williamson (2007) när de utforskade personers upplevelser av att delta i ett SE-program. Förändringar i självbild var något som kunde identifieras hos samtliga fall i delstudie 4 och var relaterat till deras gjorda erfarenheter inom IPS. Självbilden är enligt MoHO (Kielhofner, 2008) relaterad till begreppet "personal causation", vilket återfinns i det så kallade viljesystemet och utgör en central komponent i en persons aktivitetsidentitet. Begreppet innefattar en känsla av personlig kapacitet utifrån en persons uppfattning om sina fysiska, intellektuella och sociala förmågor och den tilltro personen tillskriver sig själv som aktör i sitt liv.

Livskvalitet var även det en variabel som inte visade förändring från baseline till uppföljningen. Dock kunde en positiv förändring identifieras när det gällde tillfredsställelse med sysselsättningssituationen och det bland de deltagare som vid uppföljningen var i någon form av sysselsättning. Då IPS syftar till att kunna förbättra en otillfredsställande sysselsättningssituation var detta resultat positivt.

Resultatet från delstudie IV (fallstudien), där deltagarna kunde följas under en tvåårsperiod, illustrerade en mer nyanserad bild av hur sysselsättningssituation och icke arbetsrelaterade utfall kan vara relaterade. De processer som var och en av deltagarna varit engagerade i synliggjordes. De fem fallen hade helt olika utfall gällande sysselsättningssituation under och efter två år och också sin unika profil i hur de icke arbetsrelaterade utfallen förändrades. Det intressanta var att förbättringar gällande psykiatriska symtom, psykosocialt fungerande och upplevd aktivitetskompetens kunde identifieras hos personer med helt olika sysselsättningssituation, men där det gemensamma var en påtagligt förändrad självbild, att de hittat igen det som intresserade dem och att de hade positiva förväntningar inför framtiden.

## **Psykiatriska symtom och anställning**

En lägre grad av psykiatriska symtom visade sig vara förknippat med att få en anställning, men vad innebär då detta? Hur, på vilket sätt kan mindre psykiatriska symtom bidra till att en person uppnår anställning? Vad innebär motsatsen? Vad kan då vara svårt och hur påverkar det förmågan att klara av ett arbete? Enligt Corrigan, et al. (2008) kan psykiatriska symtom generellt påverka de kognitiva funktionerna, motivationen och initiativförmågan hos en person och ju mer symtom desto mer påtagligt. Dessa nedsättningar kan i sin tur försvåra en persons förmåga till socialt samspel, vilket också är centralt när det gäller att uppnå en anställning (Tsang och Li, 2010).

De psykiatriska symtom som framför allt kunde identifieras i vår grupp av deltagare var ångest, spänningar, skuld känslor och depression. Enligt

Leufstadius och Eklund (2008) kan en hög grad av dessa symtom öka risken för att tillbringa mindre tid i arbete och sysselsättning och för att en obalans skapas avseende dagliga aktiviteter. Det kan medföra att det aktivitetsmönster som vanligen formar en persons dygnsrytm påverkas negativt och kan orsaka sömnproblem och svårigheter med att skapa en stödjande struktur i form av regelbundna aktiviteter (Kennedy-Jones, Cooper och Fossey 2005; Dunn, Wewiorski och Rogers, 2008). Detta kan i sin tur inverka på en persons förutsättningar att hantera sina symtom och klara av de utmaningar som ligger i att regelbundet arbeta.

Även om det finns divergerande resultat bland tidigare gjorda studier kring vad som predicerar anställning bland personer med psykiskt funktionshinder och uppfattningen om huruvida psykiatriska symtom påverkar (Tsang, Lam, Ng och Leung, 2000; MacDonald-Wilson, Rogers and Anthony, 2001; Johannesen, McGrew, Griss och Born, 2007), är det uppenbart att det är viktigt att noggrant och omsorgsfullt identifiera hur konsekvenser av olika psykiatriska symtom faktiskt influerar en individs förmåga att utföra arbete. Honey (2003) undersökte hur personer upplevde att psykisk sjukdom påverkade deras arbete och fann att en hel del av de svårigheter som personerna upplevde framför allt bidrog till att arbetet blev svårare och mer energikrävande. Högre grad av psykiska symtom har också visat sig öka risken för högre barriärer för att bli accepterad på en arbetsplats (Corrigan och Watson, 2002; Stuart, 2006).

## **Deltagarnas aktivitetsidentitet**

Deltagarnas uppfattning om hur de klarar av att utföra olika aktiviteter i vardagen och hur de värderar utförandet av dessa, visade generellt på ett mönster av glapp mellan aktivitetsförmåga och värdering. Även om detta är ett förhållande som gäller för gruppen av deltagare, är mönstret väsentligt att uppmärksamma då det indikerar att det råder en bristande överensstämmelse mellan vad personerna upplever är viktigt och betydelsefullt att kunna göra och hur de uppfattar att det fungerar för dem. I synnerhet gäller det de aktiviteter som deltagarna värderade som allra viktigast.

Det kan vara så att personerna har haft svårt för att prioritera bland de olika vardagsaktiviteterna och därför skattat det mesta som viktigt. Men det kan också vara så att deltagarna helt enkelt uppfattar många aktiviteter i vardagen som viktiga, men upplever svårigheter i att klara av dem.

I ett systemteoretiskt sätt att tänka kring en persons aktiviteter (Kielhofner, 2008), hänger hans eller hennes vilja, vanor och kroppsfunktioner ihop och påverkar varandra ömsesidigt och utgör den personens aktivitetsidentitet. Detta kan ungefär översättas till en

sammansatt känsla av vem jag är och vem jag vill bli och säger något om riktningen dit jag strävar. Om det råder osäkerhet inom de delar som hör till aktivitetsidentiteten, ger denna en bristfällig vägledning i en persons val och prioriteringar. Genom att utföra aktiviteter och handlingar blir en person successivt medveten om sin kapacitet och sina preferenser och kan börja föreställa sig själv som aktör i en möjlig framtid (Gewurtz och Kirsh, 2007).

Att delta i rehabilitering till arbete genom IPS innebär utmaningar till utveckling på olika sätt och deltagarna i studien hade olika förutsättningar att ta sig an dessa. Att anta de utmaningar som en förändrad aktivitetssituation innebär och bemästra dem, kräver processer av förändring hos människan. Enligt Schkade och Schulz (2009) innebär närvaron av funktionsnedsättningar att det ställs ännu högre krav på en persons adaptiva processer för att bemästra den naturliga press som skapas mellan de krav som uppstår i en aktivitetssmiljö och den önskan om bemästrande som finns hos personen själv.

Ur ett rehabiliteringsperspektiv borde det vara väsentligt att stödja och uppmuntra personer att reflektera över sina egna behov, önskningar och ambitioner i relation till de krav och förväntningar som finns i de miljöer han eller hon vill och behöver fungera i. Det kan ge förutsättningar för en person att kunna identifiera vad som upplevs som viktigt och värdefullt samt för att utforma strategier med syfte att utveckla önskad och behövd kompetens.

Resultatet från delstudie 4 beskriver två centrala processer inom IPS som påtagligt stödjer deltagarnas utveckling av sin aktivitetsidentiteten. Dessa processer handlar om att med hjälp av IPS-coachen som ciceron undersöka och vidga sin uppfattning om sig själv och omvärlden, samt att aktivt nyttja sina nyvunna erfarenheter. Det sker genom att systematiskt reflektera över upplevelser och intryck och låta upptäckterna ligga till grund för val och planering av den fortsatta vägen till arbete. De IPS-principer som processerna härrör från är att hela rehabiliteringsprocessen ska utgå från klientens preferenser och principen om det individspecifika stödet utan tidsbegränsning (Becker och Drake, 2003).

## **Metoddiskussion**

### **Design**

En naturalistisk design innebär både begränsningar och tillgångar. Begränsningarna ligger främst i att forskaren inte kan kontrollera inflödet av deltagare i studien på samma sätt som i en experimentellt designad studie. Betydelsen av denna begränsning i vårt fall blev att gruppen

deltagare var mycket heterogen och i sin sammansättning olik tidigare gjorda studier av IPS, vilket påverkade möjligheterna att jämföra utfallen. En annan begränsning var att vi saknade en kontrollgrupp att jämföra vårt resultat med. Med tanke på att förändringar inom socialförsäkringen genomfördes under projektets gång, den så kallade "rehabiliteringskedjan", hade en kontrollgrupp som representerat personer med psykiskt funktionshinder utan IPS-insats varit värdefull. Om en sådan kontrollgrupp varit möjlig att skapa, borde de också av etiska skäl ha blivit erbjudna IPS vid ett senare tillfälle om de så önskade.

Fördelarna med att få möjlighet att följa med i en verksamhets arbetsprocess över tid, utan att styra och påverka innehållet, är att de fenomen som uppenbarar sig till största delen är ett uttryck för den kontext som verksamheten naturligt är en del av. De tre intervjuer som gjordes med respektive IPS-team och den dokumentation som coacherna regelbundet gjorde relaterat till sina klienter, bidrog dock sannolikt till att personalen blev mer uppmärksam och medveten om sitt sätt att arbeta och fungera.

### Deltagare

Deltagarna representerar de personer som naturligt blev remitterade till de två IPS-enheterna och utgjorde drygt 70 procent av de personer som var möjliga att inkludera i studien. För att säkerställa att deltagarna verkligen var representativa klienter för verksamheterna hade vi behövt undersöka om de 26 personer som tackade nej till att delta avvek på väsentliga punkter från dem som tackade ja. Detta var dock inte möjligt eftersom inga uppgifter om dessa personer lämnades ut.

Uppföljningstiden av två år var jämförelsevis lång och att totalt 30 procent av deltagarna föll bort under vägen av olika skäl får betraktas som förhållandevis förväntat. Av förklarliga skäl var bortfallen störst från det team där konsekvenserna av en komplex psykiska ohälsa bland deltagarna blev mest påtaglig som ett hinder i rehabiliteringen.

### Instrument

Anledningen till att flera olika icke arbetsrelaterade utfall undersöktes, trots att studien fokuserade rehabilitering till arbete, var dels att det fortfarande finns farhågor för att arbete i oskyddad miljö kan innebära alltför stora påfrestningar som kan äventyra den psykiska hälsan för aktuell målgrupp. Dels för att det också finns en motsatt uppfattning, det vill säga att arbete utgör en mycket viktig arena för att förbättra olika aspekter som anses ha betydelse för den psykiska hälsan och välbefinnandet.

Valet av instrumenten BPRS, GAF, Rosenberg och MANSA har sin huvudsakliga grund i att de är testade för validitet och reliabilitet och



befunnits ha de psykometriska egenskaper som behövs för att fungera tillfredsställande när förändringar över tid ska mätas. Instrumenten är också frekvent använda under svenska förhållanden för målgruppen personer med psykiskt funktionshinder och de har använts i tidigare studier av IPS.

Med den vetskap vi har idag om gruppen av deltagare, hade vi med fördel kunnat använda något instrument som kan fånga även mer psykosomatiska tillstånd, till exempel SCL-90. Detta hade kunnat vidga beskrivningen av de utmaningar som deltagarna hade att hantera och förhålla sig till. Det hade också gett en möjlighet att studera hur dessa eventuellt förändrades i relation till sysselsättningssituation och om någon eller flera variabler var associerade till anställning.

Instrumentet Min Mening valdes för att det kan ge en bild av en persons uppfattning om aktivitetsförmåga i vardagen, där också flera olika aspekter med relevans för arbete ingår. Detta instrument är också vanligt förekommande inom psykiatrisk arbetsterapi och därför av intresse att utforska närmare. De påståenden som ingår i instrumentet är svåra att benämna med ett korrekt begrepp eftersom påståendena är uttryck för förmågor i de olika subsystem som finns i MoHO (vilje- vane- och kroppsfunktions-systemet) (Kielhofner, 2008). I delarbete III benämns de som "occupational behaviours" för att stämma överens med tidigare gjorda studier av instrumentet. Här i den svenska sammanfattningen har jag använt mig av begreppet "aktiviteter", men som avser olika förmågor viktiga i vardagen och som tillsammans skapar konstruktionen "kompetens".

Valet av instrumentet Delaktighet i min livssituation, motiverades av att det var speciellt utformat för personer med vissa kognitiva funktionsnedsättningar, vilket var något som förväntades kunna finnas bland deltagarna. I denna avhandling användes resultatet från detta instrument endast i prediktorstudien, där svaren kunde dikotomiseras. För att kunna göra kliniskt meningsfulla statistiska beräkningar av dessa ordinaldata, behöver skattningarna analyseras med hjälp av Raschanalyser. Eftersom instrumentet är under utveckling kommer dessa analyser också att göras för att undersöka instrumentets psykometriska egenskaper.

## Datainsamlingsproceduren

Under datainsamlingen behövde fem av deltagarna olika typer av stöd för att utföra självskattningarna. Det stöd som gavs var att de olika påståendena lästes högt, att innebörden i ord och meningar förklarades, och att tips gavs om hur uppmärksamhet och fokus kunde skärpas genom att till exempel bara ta ett påstående i taget och täcka för övriga. De olika alternativen förtydligades vid behov för att underlätta valet av alternativ för deltagaren.

De kvalitativa intervjuerna vid 12 och 24 månader genomfördes i direkt anslutning till instrumenten, vilket innebar att jag som forskare redan satt inne med en del information vid ingången till intervjun. Detta gjorde att frågorna fick anpassas efter vad deltagaren redan berättat om och dessa delar fick lyftas in i samtalet genom att relatera tillbaka till dem för att ändå få med innehållet i inspelningen av intervjun. Detta gav samtidigt deltagaren chans att bekräfta, dementera eller utveckla det han/hon berättat om tidigare. Trots detta förfarande var det också nödvändigt att göra kompletterande noteringar som tillägg till intervjuerna för att minnas omständigheterna kring var och en av deltagarna. Att jag som forskare hade möjlighet att få träffa deltagarna vid upprepade tillfällen bidrog till att skapa förutsättningar för en god kontakt vid intervjuerna, vilket underlättar för både intervjuare och informant (Charmaz, 2004).

Den dokumentation som gjordes av IPS-coacherna kring vad som underlättade respektive försvårade klienternas rehabilitering var av varierande kvalitet. Det fanns de som var oerhört detaljerade och rika i sin beskrivning av sina klienters processer, men det fanns också beskrivningar som var mer knapphändiga. Formen på det formulär som användes kan ha bidragit till att ett par personer hade svårt att veta vad de skulle ta upp och beskriva. Formuläret innehöll strukturerade frågor om klienternas sysselsättningssituation och coachernas insatser för att det dels skulle underlätta dokumentationen, men också för att uppgifterna som lämnades skulle vara rapporterade på likartat sätt och därför också vara enklare att sammanställa. Formuläret avslutades med två öppna frågor om vad som uppfattats underlätta respektive försvåra klientens rehabilitering under perioden. Motivet till varför dessa frågor lämnades öppna var en ambition av förutsättningslöshet och öppenhet för den komplexitet som vi vet råder i en rehabiliteringssituation. Visserligen uttrycktes aldrig de öppna frågorna som ett bekymmer, snarare att dokumentationen som sådan upplevdes mindre tilltalande. Därför är det svårt att säga om en annan utformning av de sista frågorna i formuläret hade gjort någon skillnad. Kanske hade det snarare bidragit till att det specifika kring respektive klient gått förlorat.

### Kvalitativ fallstudie och trovärdighet

Valet att göra en kollektiv instrumentell fallstudie (Stake, 2000) upplevdes som nödvändigt för att få kunskap om vad som dolde sig bakom resultaten från de två inledande delstudierna. Att få möjlighet att kombinera olika typer av data för att få syn på "the case" uppfattades som att äntligen få lägga det pussel (IPS inom en svensk kontext utanför ett psykiatriskt team) som de undersökta pusselbitarna (deltagarnas och IPS-coachernas upplevelser och uppfattningar) hörde till. Även om vi visste vad vi ville göra, var det inledningsvis svårt att identifiera och klart definiera vad "the case" egentligen var. Det var lätt att bli engagerad i deltagarnas olika "rehabiliteringsresor" ur olika aspekter, men vad fanns

att finna i dem som kunde utgöra det fenomen som vi ville studera och fördjupa vår kunskap om? Det som bland annat förvirrade var att detta fenomen enligt metodiken kallas "the case" och samtidigt skulle vi bland våra data välja ut de "case" som vi bedömde hade mest att lära oss.

Valet av "case" baserades i vår studie på olikheter med avseende på sysselsättningssituation, både vad gäller ingången till studien, under resans gång och vid studiens avslut efter 24 månader. Enligt vald metodik ska mångfald och variation prioriteras framför representativitet (Stake, 2000; Yin, 2009). Hur man som forskare väljer att uppfatta vad denna mångfald och variation ska bestå av påverkar vilka delar av det valda fenomenet som kommer att belysas.

Hur samtliga steg i en fallstudie genomförs påverkar trovärdigheten, från hur det valda fenomenet definieras, motivet till val av "case", kvaliteten i de data som används, proceduren i hur forskarna tar sig an och analyserar data, till hur data tolkas och rapporteras (Salminen, 2006). Forskarens val av perspektiv och tolkningsparadigm ska också kunna uppfattas (Malterud, 1996). Precis som i all övrig kvalitativ forskning är det framför allt med vilken klarhet en fallstudie kan kommuniceras till läsaren som bidrar till trovärdighet (Salminen, 2006). För att uppnå önskvärd klarhet i delstudie IV behöver det presenterade manuskriptet bearbetas vidare.

Det kan vara en svår avvägning att besluta vad ur, hur mycket av och på vilket sätt resultatet från en fallstudie ska beskrivas, då så mycket mer är lärt än vad som rimligen kan rapporteras (Stake, 2000). Syftet med en fallstudie är att få en fördjupad förståelse för ett valt fenomen i den kontext där det uppträder och har inte som ambition att resultatet ska kunna generaliseras till en större population (Salminen, 2006). Däremot anses de slutsatser som dras från en fallstudie kunna skapa användbara exempel och tjäna som referenser för ett större antal personer (Stake, 2000).

## **Kliniska implikationer**

Även om bara en del av deltagarna hör till definitionen av SMI enligt Ruggeri et al. (2000), så handlar de fyra delstudierna om personer som haft kontakt med psykiatri i flera år och uppenbarligen haft svårt att komma in på arbetsmarknaden av egen kraft, då de blivit remitterade till enheterna som arbetar med IPS. Deltagarna har en förhållandevis begränsad erfarenhet av tidigare arbete och relativt många har bara grundskola som utbildning. Att antalet beviljade aktivitetsersättningar till personer mellan 19 och 29 år fortsätter att öka år från år visar, förutom resultaten, att det finns ett tydligt behov av tillgång till aktiva rehabiliteringsinsatser för att skapa möjligheter för personer med psykiskt funktionshinder att utveckla ett fungerande liv med arbete.

Att som människa inte ha möjlighet att kunna delta och engagera sig i aktiviteter som upplevs nödvändiga och meningsfulla har en negativ inverkan på hälsan (Townsend och Wilcock, 2004). För ett önskat engagemang i ett arbetande liv finns det stora behov av tillgång till arbetsmarknaden och ett icke tidsbegränsat adekvat stöd. Därför behöver effektiva åtgärder initieras på alla nivåer (stat, kommun och landsting) för att förverkliga de intentioner som Sverige som land förbundet sig att följa genom FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FN, 2006; Socialdepartementet, 2008), artikel 26 och 27. En första viktig åtgärd kan vara att tydliggöra vem som har ansvar för att personer med psykiskt funktionshinder ska få möjlighet till rehabilitering till arbete och studier, då det officiella ansvaret är svårt att idag riktigt lokalisera bland de olika rehabiliterande aktörerna.

För att som team kunna arbeta utifrån IPS och utveckla hög programtrohet krävs adekvat metodspezifisk utbildning och handledning, liksom en organisatorisk tillhörighet som möjliggör utövandet av koordinerat samarbete med andra involverade aktörer i riktning mot ett gemensamt mål (Becker, Swanson, Bond, Carlson, Flint, Smith, et al., 2008). För att utveckla den skicklighet som behövs i det nära klientcentrerade arbetssättet, i byggandet av relationer till arbetsgivare och i arbetet med samverkan i vård- och stödsystemet krävs långsiktighet och inte tillfälligt utformade projekt.

Om ett "recovery"-perspektiv (Slade, 2009) genomsyrade vård- och stödsystemet skulle arbetsrehabilitering kunna ingå mer tydligt som en naturlig del inom psykiatrisk rehabilitering och därigenom möjliggöra förutsättningar för en bättre integrering med IPS. År 2011 har Socialstyrelsen gjort en riktad ekonomisk satsning med syfte att understödja tillskapandet av ett antal IPS-verksamheter i landet. Sannolikt kommer en majoritet av dessa projekt att organisera insatsen inom kommunens organisation och alltså inte inom ett psykiatriskt team, det vill säga på samma sätt som för de team som ingått i denna studie. Betydelsen av att ha ett nära samarbete med psykiatri framkom tydligt i delstudie IV och att skapa fungerande lokala lösningar för hur integreringen kan ske är centralt för en framgångsrik rehabilitering.

De möjligheter som en intresserad, nyfiken och engagerad samtalspartner som ciceron på vägen mot arbete kan ge och värdet av att aktivt ta tillvara deltagarnas olika erfarenheter, blev synligt i den sista delstudien. Detta resultat pekar på att kunskap och färdigheter i att medvetet använda sig själv är en viktig grund i arbetet med IPS och är något som kan utvecklas vidare. De olika förändringsprocesser som deltagarna genomgår visar att kunskap om vilka mekanismer som ingår i förändring skulle kunna ge redskap till att hjälpa individen att utveckla en aktivitetsidentitet som ger vägledning i sökandet efter matchande sysselsättning (Kielhofner, 2008).

## Fortsatt forskning

Det finns tillräckligt med internationell evidens för att kunna betrakta IPS som en effektiv intervention till arbete för personer med psykiskt funktionshinder. Däremot behövs det fortsatta studier här i Sverige för att undersöka hur metoden ska implementeras för att bli till den framkomliga väg till arbete som behövs för personerna och för att belysa vilka effekter som kan förväntas i den svenska arbetsmarknads- och vårdkontexten.

Eftersom relationen i det nära klientcentrerade arbetet visade sig vara grundläggande för hela interventionen, vore det intressant att studera det närmare i syfte att kunna identifiera de verksamma komponenterna. Denna kunskap skulle kunna användas för utbildning och handledning av IPS-coacher.

De förändringsprocesser som bidrog till en förändring av deltagarnas upplevelse av sig själva som aktörer, är av central betydelse för vägledningen i riktning mot arbete. Kunskap om dessa fenomen skulle också kunna användas i utbildnings- och handledningssyfte inom området.

Ett ytterligare område för fortsatt forskning är användandet av instrumentet Min Mening. Med hjälp av Raschanalyser identifierades vad deltagarna som grupp uppfattade som det allra viktigaste att klara av och även vad som utgjorde det svåraste för dem att utföra. Glappen mellan vad som värderades och deras uppfattning om vad de klarade av blev tydliga. Att få presentera och diskutera detta resultat med en grupp av personer inom målgruppen skulle kunna vara ett första steg i att undersöka om det finns gemensamma svårigheter inom gruppen och hur dessa i så fall påverkar deras möjligheter att skapa sin vardag.

Sist men inte minst, är fenomenet motivation något som borde ligga inom forskningsområdets intresse eftersom det utgör själva "biljetten" in till IPS. Enligt Becker och Drake (2003) är en person motiverad om han eller hon muntligen uttrycker att "jag vill arbeta". Den bärande principen är att ingen ska exkluderas som har uttryckt en önskan om att få arbeta. Men eftersom motivation är något som dels kan vara baserat på olika grunder (Kielhofner, 2008), och dels påverkas av en mängd olika faktorer, kan den både försvagas och förstärkas under rehabiliteringens gång (Roberts och Pratt, 2007). Därför är forskning som närmare undersöker både begreppet och fenomenet motivation av värde, liksom forskning om hur motivationen till arbete kan stärkas och vidmakthållas.

## SLUTSATS

Resultatet speglar två svenska kommuners sätt att implementera IPS utanför ett psykiatriskt team. Målgruppen karakteriserades av att den i jämförelse med internationella studier av IPS bestod av till stor del unga personer där många olika diagnoser fanns representerade.

I ett rehabiliteringsklimat präglad av intresse, engagemang, nyfikenhet, hopp, trygghet och kontinuitet kan personer med psykiskt funktionshinder omvärdera sig själva som aktörer och börja identifiera sina egna mål i riktning mot arbete. För att det ska ske behöver personen få nya erfarenheter av sig själv i olika miljöer, pröva sin förmåga i olika avseenden och få konstruktiv återkoppling till sin person och till prestationen.

Att utöva IPS innebär att verka på flera olika nivåer i samhällets vård- och stödsystem där en fungerande samverkan är en förutsättning för att de personer som genom IPS försöker hitta sin väg till arbete ska lyckas. Att utöva IPS innebär även mångskiftande interaktion med lokala arbetsgivare.

IPS kan bidra till en viktig process som gäller aktivitetsförändringar. För vissa personer resulterar detta i en framkomlig väg till anställning. För andra personer bidrar IPS till att komma i rörelse i riktning mot arbete, genom att de blir mer förberedda eller rustade för vidare utveckling av sina arbetsförmågor. En av personerna uttryckte det sistnämnda så här:

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

För en mindre grupp av personer kanske IPS inte var den bästa lösningen i den livssituation som var rådande för dem vid tiden för studiens genomförande. Kanske kommer heller aldrig IPS att vara den bästa vägen för dem. "If work doesn't work" får den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kanske växla över till en livsinriktad rehabilitering!

## TACK

Det finns många personer som på olika sätt funnits med mig under de år som jag arbetat med forskningsprojektet och som jag gärna vill tacka!

Någon tanke på att bli doktorand och forska fanns inte ens i min föreställningsvärld år 2007, när jag en dag i januari blev uppringd av en av dem som nu varit mina följeslagare under fem år. Bakom dessa personer stod ytterligare två och det var skåningarna Lars Hansson och Bengt Svensson som representerar CEPI, ett center för evidensbaserade psykosociala insatser. Till er två vill jag rikta mitt första TACK, för utan ert engagemang och finansiering hade denna avhandling inte blivit av!

Mina två chefer, Birgitta Bernspång och Margareta Lindberg, uttryckte aldrig någon tvekan till att jag skulle hoppa på det forskningståg som nu stod och väntade på perrongen som en möjlighet till vetenskaplig skolning och utveckling, så ett varmt tack till er båda för uppmuntran till start!

Väl på tåget väntade möten med alla de personer som valde att tacka ja till att delta i studien. Till er alla vill jag rikta ett stort tack! Utan er hade heller ingen avhandling varit möjlig att göra. Värdefull dokumentation kom till mig med jämna mellanrum från alla er IPS-coacher, tack ska ni ha!

Ni som varit mig nära under hela mitt forskningsäventyr och tillika mina handledare, Mikael Sandlund, Urban Markström och Biggan, vill jag rikta ett mycket varmt tack! Ni har bidragit med det jag behövt på vägen på era olika speciella sätt, både utifrån era yrkesprofessioner, ert vetenskapliga kunnande och era personligheter. Humor, värme, kreativitet och pragmatiska lösningar har varit er specialitet när vi träffats och det har känts gott. Jag har också haft en extra handledare under en period och hon mötte mig på riktigt när det var dags för den studie där jag behövde göra Rasch-analyser. Jag vill tacka dig Anne Fisher för ditt kraftfulla engagemang och för din generositet när vi arbetade tillsammans!

Doktorander, både SG och AT har varit mycket värdefulla i olika skeden av forskarutbildningen, både när vi ibland sammanstrålat i och kring gemensamma kurser och när vi träffats och bara umgåtts kring luncher och fika. Tack alla er för en fin gemenskap och för intellektuellt utbyte!

Ett speciellt tack vill jag rikta till Maria Lindström, som delat nästan hela vägen med mig, men du hann före! Vi har gjort många vandringar i sol, blåst och regn under doktorandären och dryftat både smått och stort. Det har varit värdefullt.

## Tack

---

Alla kollegor på grundutbildningen har också funnits med på ett eller annat sätt. Ibland har jag längtat tillbaka till er på våning 3! Britta Löfgren, du har alltid förmedlat tilltro till min förmåga att klara av detta projekt och det har känts gott. Karin Flodström, som alltid lyssnat till diverse äventyr på min väg och som jag delat mina odlingsfarenheter och trädgårdsdrömmar med. Gun-Marie som jag inte ser så ofta, men du har ändå funnits nära. Osv. Tack till er alla!

Christina Lindberg, vår sekreterare som fixar det mesta och det går snabbt. Monica Edström, en otrolig fixare som tar sig an det mesta. Larry, vår IT-guru som rycker ut när det krisar i systemet!  
Ett stort tack till er!

Min familj har hela tiden funnits med, både i uppförsbackar och nerförsbackar i vardagens alla vindlingar och skeenden. Tack min tålmodige man Göran som funnits vid min sida och mina härliga och kloka söner Niclas och Peter!

Det har också varit så mysigt att få dela avkopplande och sportiga stunder med er tjejer Anna och Elin, jag uppskattar att ni finns!  
Dessutom Lizzagumman, vår lapphundsflicka, som alltid sett till att jag tagit mig ut i friska luften och lockat mig till att hitta på bus hur trött jag än varit.

Jag vill också rikta ett varmt tack till min syster Lena!

Slutligen vill jag tacka för projektets finansiering i sin helhet som kommit från följande:

Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS)  
Samordningsförbundet i Umeå  
Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten  
Västerbottens läns landsting (ALF-medel)  
Umeå universitet  
Psykiatrifonden  
Kempefonden



## REFERENSER

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Fourth edition). Washington, DC: Author.
- 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(2-3), 168–176.
- Andreasen, N.C., Black, D.W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry*. 4<sup>th</sup> edition. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Anthony, W.A., Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 5-23.
- Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for psychiatric rehabilitation.
- Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M.D., Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for psychiatric rehabilitation.
- Anthony, W.A. (2007). *Psykiatrisk rehabilitering*. (översättning Bodil Lindqvist). Halmstad: Landstinget Halland.
- Askland, L., Sataoen, S.O. (2003). *Utvecklingspsykologiska perspektiv på barns uppväxt*. Stockholm: Liber AB.
- Auerbach, E.S., Richardson, P. (2005). The long-term work experiences of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(3), 267-273.
- Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammar, V., Wolenski, J. OSA – Occupational Self Assessment. Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chigago; 1998. (Svensk översättning av Eva Marie Hellsvik, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2000, publicerad med tillstånd av Gary Kielhofner.)
- Bateson, M.C. (1996). Enfolded activity and the concept of occupation. In R. Zemke & F. Clarke (Eds.), *Occupational science: the evolving discipline*. Philadelphia: F.A. Davis.

- 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*. Oxford: University Press.
- Becker, D.R., Swanson, S.J., Bond, G.R., Carlson, L., Flint, L., Smith, G., et al. (2008). *Supported Employment Fidelity Scale*. Unpublished scale (<http://dms.dartmouth.edu/prc/employment/>). Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Becker, D.R., Xie, H., McHugo, G.J., Halliday, J., Martinez, RA. (2006). What predicts supported employment program outcomes? *Community Mental Health Journal*, 42(3), 303-313.
- 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(4), 302-306.
- Black, B.J., Kase, H.M. (1986). Changes in programs over two decades. In B.J. Black (Ed.), *Work as therapy and rehabilitation for the mentally ill*. New York: Altro Health and Rehabilitative Services.
- Blascovich, J., Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J.P. Robinson, P.R. Shaver, L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (p. 115-160). Academic Press, INC: Harcourt Brace Jovanovich, Publishers.
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 182(6), 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.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-38.

- 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(4), 265-284.
- Bond, G.R., Resnick, S.G., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J., Bebout, R.R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 489-501.
- 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*, 370(29), 1146-1152.
- Charmaz, K. (2004). Premises, principles, and practices in qualitative research: Revisiting the foundations. *Qualitative Health Research*, 14(7), 976-993.
- Cole, M.B., Tufano, R. (2008). *Applied theories in occupational therapy : a practical approach*. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach*. New York: The Guilford Press.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R., Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322(7280), 204-208.
- Dartmouth IPS Supported Employment Center. (2012). <http://www.dartmouth.edu/~ips/page66/page70/page70.html>. Hämtad 2012-02-14.
- Dawson, B., Trapp, R.G. (2004). *Basic & Clinical Biostatistics*. (2004). Fourth edition. Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Dieterich, M., Irving, C.D., 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., Rapp, C. (2006). Explaining the variance within supported employment programmes: Comments on: "What

- predicts supported employment outcomes?”. *Community Mental Health Journal*, 42(3), 315-318.
- 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.
- Eklund, M. (2009). Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Quality of Life Research*, 18(2), 163-170.
- 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*, 31(4), 318-331.
- Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-58.
- Fidler, G.S., Fidler, J.W. (1978). Doing and becoming: Purposeful action and self-actualization. *American Journal of Occupational therapy*, 32, 305-310.
- FN. (2006). *Convention on the Rights of People with Disabilities*. Retrieved from <http://www.un.org/disabilities/convention>.
- Gambrill, E. *Social work practice: A critical thinkers guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gewurtz, R., Kirsh, B. (2007). How consumers of mental health services come to understand their potential for work: doing and becoming revisited. *Canadian Journal of Occupational therapy*, 74(3), 195-207.
- 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.
- Hernes, T., Stiles, K., Bollingmo, G. (1996). *Vägen till arbete: Nytt perspektiv på rehabilitering*. Stockholm: Johansson & Skyttmo Förlag AB.
- Heslin, M., Howard, L., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., et al. (2011). Randomized controlled trial of supported employment in

- England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry*, 10(2), 132-137.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baumann, B.D., Baity, M.R., Smith, S.R., et al. (2000). Reliability and validity of DSM – IV Axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157 (11), 1858-1863.
- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S., Kupper, Z. (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(2), 157-167.
- Honey, A. (2003). The impact of mental illness on employment : consumers' perspectives. *Work*, 20(3), 267-276.
- Howard, L.M., Heslin, M., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., et al. (2010). Supported employment: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 404-411.
- Hsieh, H-F., Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge: University Press.
- Jergeby, U., Sundell, K. (2008). Evidensbaserat socialt arbete. In U. Jergeby (Ed.), *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Johannesen, J.K., McGrew, J.H., Griss, M.E., Born, D. (2007). Perception of illness as a barrier to work in consumers of supported employment services. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27(1), 39-47.
- Jones, D., Blair, S., Hartery, T. & Jones, R.K. (2002). *Sociology & Occupational Therapy- an integrated approach*. Churchill Livingstone.
- Karlsson, J.C.H. (1986). *Begreppet arbete. Definitioner, ideologier och sociala former*. ARKIV Avhandlingsserie. Lund: Studentlitteratur.
- Kennedy-Jones, M., Cooper, J., Fossey, E. (2005). Developing a worker role: Stories of four people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(2), 116-126.
- Kielhofner, G. (1995). *A Model of Human Occupation: theory and application*. Second edition. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: theory and application*. Third edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: theory and application*. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. Forsyth, K. (2001). Measurement properties of a client self-report for treatment planning and documenting therapy outcomes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(3), 131-139.
- Kielhofner, G., Forsyth, K., Kramer, J., Iyenger, A. (2009). Developing the Occupational Self Assessment: the use of Rasch analysis to assure internal validity, sensitivity and reliability. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 94-104.
- 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.
- Kirsh, B. (2000). Work, workers, and workplaces: a qualitative analysis of narratives of mental health consumers. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 24-30.
- Kolakowska, T. (1976). *The Brief Psychiatric Rating Scale, (BPRS)*. Oxford University.
- Langford, P. (2005). *Vygotsky's developmental and educational psychology*. Hove: Psychology.
- Latimer, E.A., Lecomte, T., Becker, D.R., Drake, R.E., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St-Pierre, M-S., Therrien, C., Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189(1), 65-73.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640-649.

- 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.
- Linacre JM (2009) Winsteps® Rasch Measurement. Version 3.71.0.1. www.winsteps.com, 02-01-2011.
- Lindqvist, R., Markström, U., Rosenberg, D. (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället: aktörer, insatser, reformer*. Malmö: Gleerups.
- Liu, K.W.D., Hollis, V., Warren, S., Williamson, D.L. (2007). *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(5), 543-554.
- Lloyd, C., Waghorn, G. (2007). The importance of vocation in recovery for young people with psychiatric disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 50-59.
- Lundin, L., Ohlsson, O.S. (2002). *Psykiska funktionshinder – stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar*. Cura Bokförlag.
- MacDonald-Wilson, K., Rogers, E.S., Anthony, W.A. (2001). Unique issues in assessing work function among individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11(3), 217-232.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Mancini, M.A., Hardiman, E.R., Lawson, H.A. (2005). Making sense of it all: Consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48-55.
- Mengel, M.B., Holleman, W.L., Fields, S.A. (2002). *Fundamentals of clinical practice*. Second edition. New York: Kluwer Academic /Plenum Publishers.
- Moneta, G.B., Csikszentmihalyi, M. (1996). The effect of perceived challenges and skills on the quality of subjective experience. *Journal of Personality*, 64(2), 275-310.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10(4), 411-417.

- Mueser, K.T., Becker, D.R., Torrey, W.C., Xie, H., Bond, G.R., Drake, R.E., Dain, B.J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(7), 419-426.
- Porteous, N., Waghorn, G. (2007). Implementing evidence-based employment services in New Zealand for young adults with psychosis: progress during the first five years. *Journal of Occupational Therapy*, 70(12), 521-526.
- 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(1), 7-12.
- Provencher, H.L., Gregg, R., Mead, S., Mueser, K.T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132-144.
- Ralph, R.O. Verbal definitions and visual models of recovery: focus on the recovery model. In R.O. Ralph and P.W. Corrigan (Eds). *Recovery in mental illness. Broadening our understanding of wellness*. Washington DC: American Psychological Association.
- Repper, J., Perkins, R. (2003). *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall.
- 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*, 14(1), 50-60.
- Rinaldi, M., Mcneil, K., Firn, M., Koletsi, M., Perkins, R., Singh, S.P. (2004). What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? *The Psychiatrist*, 28(8), 281-284.
- Rinaldi, M., Perkins, R. (2007). Implementing evidence-based supported employment. *The Psychiatrist*, 31(7), 244-249.
- Roberts, M.M., Pratt, C.W. (2007). Putative evidence of employment readiness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 175-181.
- Rogers, E.S., Walsh, D., Masotta, L., Danley, K. (1991). *Massachusetts survey of client preferences for community support services (Final report)*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Ronnby, A. (2006). Det sociala arbetets konst. *Socionomen*, 6, 29-32.



- 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. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (2), 149-155.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Rössler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry*, 5(3), 151-157.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (1997). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Salminen, A-L., Harra, T., Lautamo, T. (2006). Conducting case study research in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(1), 3-8.
- Schultz, S., Schkade, J.K. (2009). Occupational adaptation. In E.B. Crepeau, E.S. Cohn, B.A. Boyt Schell, eds. *Willard & Spackman's occupational therapy* (11<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scinnar, 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), 1602-1608.
- Shlonsky, A., McLuckie, A. (2008). Betydelsen av professionell expertis i evidensbaserad praktik. In U. Jergeby (Ed.), *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Simmermacher, D. (1989). *Self-image modification*. Deerfield Beach, FL: Communications Press.
- Sinclair, S.J., Blais, M.A., Gansler, D.A., Sandberg, E., Bistis, K., LoCicero, A. (2010). Psychometric properties of the Rosenberg self-esteem scale: overall and across demographic groups living within the United States. *Evaluation & the Health Professions*, 33(1), 56-80.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: University Press.

- Socialdepartementet. (2008). *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Ds 2008:23.
- Socialstyrelsen. (1996). *Psykiatireformen, årsrapport 1996*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:4.
- Socialstyrelsen. (1999). *Välfärd och valfrihet. Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1.
- Socialstyrelsen. (2001). *Gränsöverskridande rehabilitering – hur gick det sedan? En uppföljning av 111 verksamheter för personer med psykiska funktionshinder*. Uppföljning och utvärdering.
- Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF*.
- Socialstyrelsen och Länsstyrelserna. (2005). *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder*. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004.
- Socialstyrelsen. (2007). Socialstyrelsens termbank. <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=2431>, hämtad 2012-02-03.
- SOU (1992:73). *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU (2006:100). *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm.
- SOU (2006:5). *Vad är psykiskt funktionshinder? Rapport från Nationell psykiatrisamordning*.
- SOU (2011:15). *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*. Stockholm.
- Stake, R.E. (2000). Case studies. In N.K Denzin and Y.S Lincoln (eds.) *Handbook of qualitative research*. Second edition. Thousand Oaks, Californien: Sage.
- Stein, L., Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Stern, D.N. (2003). *Spädbarnets interpersonella värld: ett psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv*.

Översättning: Björn Nilsson, 2:a utökade svenska utgåvan.  
Stockholm: Natur och kultur.

- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522-526.
- Svanevie, K. (2011). Evidensbaserat socialt arbete: Från idé till praktik [dissertation]. Umeå University, Department of Social Work.
- Söderberg, P., Tungström, S., Armelius, B.Å. (2004). GAF-skalans reliabilitet i kliniskt arbete. FORSKNINGSRAPPORTER, Institutionen för psykologi vid Umeå universitet, Nr 6. (<http://www.psy.umu.se/forskning/publikationer/Index.htm>) hämtad 2007-03-05.
- Townsend, E., Wilcock, A.A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87.
- Townsend, E.A., Polatajko, H.J. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Tristán A (2006) An adjustment for sample size in DIF analysis. *Rasch Measurement Transactions*, 20, 1070-1071.
- Tsang, H., Lam, P., Ng, B., Leung, O. (2000). Predictors of employment outcome for people with psychiatric disabilities: a review of the literature since the mid 80's. *Journal of Rehabilitation*, 66: 19-31.
- Tsang, H.W.H., Li, S.M.Y. (2010). Work-related social skills and job retention. In C. Lloyd (Ed.) *Vocational rehabilitation and mental health*. Wiley-Blackwell.
- Unruh, A.M. (2004). "So...what do you do?" Occupation and the construction of identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 290-295.
- Waghorn, G., Lloyd, C. (2010). Employment and people with mental illness. In: C. Lloyd, ed. *Vocational rehabilitation and mental health*. Blackwell Publishing Ltd.
- van Erp, N.H.J., Giesen, F.B.M., van Weeghel, J., Kroon, H., Michon, H.W.C., Becker, D., et al. (2007). A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(11), 1421-1426.

- Wewiorski, N.J., Fabian, E.S. (2004). Association between demographic and diagnostic factors and employment outcomes for people with psychiatric disabilities: a synthesis of recent research. *Mental Health Services Research*, 6: 9-21.
- Wilcock, A.A., (1998). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46, 1-11.
- Wong, K.K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J., Chiu, S.N. (2008). A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 59: 84-90.
- World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland; 2001.
- World Health Organisation (WHO). (1997). International classification of diseases and related health problems. Tenth edition.
- World Health Organisation (WHO). (2012). <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en>
- Wright B, Masters GN (1982) *Rating scale analyses*. Chicago: MESA Press.
- Yerxa, E.J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52 (6), 412-418.
- Yin, R.K. (2009). *Case study research – design and methods*. Fourth edition. Thousand Oaks, California: Sage.
- Yuill, C., McMillan, I. (2002). The importance of work. I.D. Jones., S.E.E. Blair., T. Hartery., R.K. Jones. *Sociology and occupational therapy*. Churchill Livingstone.

