



Supported Employment – för sysselsättning och delaktighet



FoU-rapport nr 29/2018
David Matscheck

FoU Nordost är en forsknings- och utvecklingsenhet för de nordostliga Stockholmskommunerna Danderyd, Lidingö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker. FoU Nordost ska genom praktisknära forsknings- och utvecklingsinsatser utgöra en resurs för utveckling och utvärdering inom socialtjänsten som omfattar individ- och familjeomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri, samt för utveckling av vård, omsorg, rehabilitering och stöd och service till äldre personer. Stockholms Läns Landsting är medfinansierare av den verksamhet som rör inriktningen mot äldre.

www.founordost.se

Supported Employment – för sysselsättning och delaktighet

© FoU Nordost 2018

Omslagsfoto: Christina Fleetwood (Rhododendron)

FoU-rapport 29/2018

ISBN 978-91-983772-4-8

Förord

Att ha ett arbete att gå till är för många en självklarhet, för andra är det en dröm.

För att skapa förutsättningar för personer med psykiska funktionsnedsättningar att bli delaktiga i den ordinarie arbetsmarknaden erbjuder kommuner runt om i landet olika typer av insatser. I denna studie har vi undersökt tre kommuner (Lidingö, Vallentuna och Österåker) som alla utgår från samma evidensbaserade teoretiska grund (Supported Employment/Individual Placement and Support, IPS) för sitt arbete med att få ut personer med psykisk funktionsnedsättning på den ordinarie arbetsmarknaden, men som alla anpassat de insatser man erbjuder efter sina lokala förutsättningar.

Att anpassa en evidensbaserad metod efter lokala förutsättningar är ofta helt nödvändigt, men inte alldeles oproblematiskt. En risk är att man ”anpassar bort” de verkningsbara kärnkomponenterna. Att förstå hur den specifika metoden är tänkt att fungera är en absolut grundförutsättning för att undvika detta. En annan förutsättning är att man kontinuerligt följer upp insatserna, och analyserar och drar slutsatser utifrån sina resultat samt anpassar i enlighet med sina slutsatser.

Denna rapport är ett exempel på hur man genom uppföljning kan ta del av verksamheters resultat utifrån en rad olika frågeställningar. Rapporten visar på vikten av att ”hålla i och hålla ut” när det gäller målet att få personer med psykisk funktionsnedsättning delaktiga i den ordinarie arbetsmarknaden. Det kan ta lång tid, kanske år, och alla kommer inte att lyckas. Tid är därför en viktig aspekt som måste beaktas både inför beslut om insatsen Supported Employment och vid uppföljning.

Vi vill tacka arbetscoacherna och arbetsanpassarna på verksamheterna ILSA i Österåkers kommun, Ciceronen och Alfa i Lidingö samt Vallentuna Arbetscoachning, som varit delaktiga i att ta fram underlaget till denna utvärdering.

Danderyd, april 2018

Åsa Hedberg Rundgren, med. dr.
Verksamhetschef, FoU Nordost

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	6
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	7
BAKGRUND – ARBETE SOM MEDEL FÖR INKLUSION	9
Framväxten av Supported Employment.....	12
FORSKNING OM SUPPORTED EMPLOYMENT	14
Internationella studier	14
Svensk forskning om Supported Employment	16
Försöksverksamheter i 32 kommuner – projekt med stöd av Socialstyrelsen	17
Sammanfattning av forskningsläget gällande SE	18
METOD	20
Studiens struktur och design	20
Datainsamling och bearbetning	21
Överväganden – studiens validitet och reliabilitet	21
Etiska frågor	23
Begrepp	23
RESULTAT	25
Hur är insatsen Supported Employment (SE) utformad i respektive kommun?	25
Österåker – verksamheten ILSA	25
Lidingö	27
Ciceronen	27
Alfa	28
Ö-gruppen	28
Vallentuna Arbetscoachning	29
Vilka får insatsen SE och vad har dessa personer för förutsättningar?	30
Funktionsnedsättningar	31
Social situation och fysiska besvär	32
Utbildning och arbetslivserfarenhet	33
Sysselsättning och försörjning	34
Sammanfattning – Vilka personer får insatsen SE?	37
Hur förändras kundernas sysselsättning och hur påverkas deras försörjning?	37
1. Sysselsättning under de sex första månaderna	38
2. Sysselsättning och försörjning under en 18-månadersperiod	39
Påverkar bakgrundsfaktorer sysselsättning efter 18 månader?	42
Sammanfattning – hur kundernas sysselsättning och försörjning förändrades	43
SAMMANFATTANDE ANALYS	44
Studiens resultat i jämförelse med annan forskning om SE	47

DISKUSSION	48
REFERENSER	51
BILAGOR	55
Bilaga 1	55
Bilaga 2	56
Bilaga 3	57
Bilaga 4	58
Bilaga 5	59

Sammanfattning

Denna rapport undersöker Supported Employment (SE) verksamhet i tre kommuner i nordöstra Stockholms län. Dessa kommuner har funnit att de inte har möjlighet att i alla delar uppfylla de krav som ställs för den av Socialstyrelsen rekommenderade metoden för SE ”Individual Placement and Support” (IPS). Det finns evidens inom internationell forskning som visar att IPS kan vara en effektiv metod för att stödja personer med psykisk funktionsnedsättning att komma i arbete och det finns även intressanta forskningsresultat om IPS i Sverige. Enligt grundprinciperna för IPS ska dock stödet vara integrerat i den psykiatriska vården, vilket är svårt att åstadkomma i Sverige där huvudmannaskapet är fördelat mellan stat, kommun och landsting. Därför har dessa kommuner i stället utvecklat egna SE-verksamheter som har stora likheter med IPS.

I studien undersöks hur respektive SE-verksamhet är utformad, vilka personer som får insatsen, hur dessa personers sysselsättning förändras under insatsen samt hur deras försörjning påverkas. Resultaten visar att verksamheterna erbjuder SE till vuxna personer, både kvinnor och män, i alla åldrar. Kunderna är personer med psykisk funktionsnedsättning, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning. Många personer har även olika typer av fysiska besvär. Några enstaka personer har problem med missbruk.

Verksamheterna visas ha varit framgångsrika när det gäller att få många personer i sysselsättning. Förändringarna var ungefär lika för varje grupp oavsett typ av funktionsnedsättning, kön, ålder, utbildning eller arbetslivserfarenhet. Det skedde en tydlig förändring redan inom de första månaderna och effekten bestod, med ungefär samma skillnader efter 18 månader. Den dominerande sysselsättningsformen var praktik. Andelen personer som fick arbete på hel- eller deltid (med eller utan subventioner som t.ex. lönebidrag) ökade från 10 % efter sex månader till 20 % efter 18 månader, vilket indikerar att tidsaspekten kan vara viktig att beakta när insatsen initieras och utvärderas.

Resultaten för de undersökta verksamheterna framstår i jämförelse med annan forskning om SE i Sverige som bra, inte minst om fokus inte endast läggs på lönearbete utan på den bredare frågan om sysselsättning för de berörda grupperna. Kommande studier kan fördjupa kunskapen om värdet av insatsen för brukarna.

Syfte och frågeställningar

Enligt 5 kap 7 § socialtjänstlagen (SoL)(SFS 2001:453) ska socialnämnderna i Sveriges kommuner erbjuda meningsfull sysselsättning för personer med olika former av funktionsnedsättning. När det gäller psykisk funktionsnedsättning är det vanligt att socialtjänsten har verksamhet där dessa personer kan syssla med olika aktiviteter såsom slöjd, matlagning, data, snickeri m.m. Denna typ av verksamhet brukar benämnas ”daglig verksamhet” eller ”sysselsättningsverksamhet” (Lindqvist, Markström & Rosenberg 2010).

Under de senaste åren har alltmer fokus kommit att läggas på en grupp som traditionellt har erbjudits sådana verksamheter och ofta deltagit under lång tid, men som har potential att i stället få sysselsättning på ordinarie arbetsplatser, i någon form och i någon omfattning, om rätt stöd skulle finnas. Dessa personer har dock, på grund av sitt behov av extra stöd, ofta svårt att få hjälp från andra samhällsinstanser som arbetar med sysselsättningsfrågor.

För att möta dessa personers behov har många kommuner börjat inkludera en insats i sin sysselsättningsverksamhet som internationellt kallas för ”Supported Employment” (SE), dvs. arbete med stöd. SE bygger på att snabbt kunna erbjuda en sysselsättning på prov på en ordinarie arbetsplats och med stöd av en arbetskonsulent (som även kan benämnas ”arbetscoach” eller ”arbetsanpassare”). Arbetskonsulentens uppdrag är dels att ordna placering, dels att ge stöd till såväl individen som arbetsplatsen (Nygren 2012).

Principen bakom detta arbetssätt kallas för ”place then train”. Detta är i motsats till ”train then place”, vilket är den bakomliggande principen för traditionella modeller för arbetsrelaterad rehabilitering (Areberg 2013). ”Place then train” innebär att man först hittar en arbetsplats och tränar upp personen där, i stället för att först försöka träna upp personen för att öka arbetskapaciteten och sedan hitta en lämplig plats. ”Place then train” anses leda till bättre resultat, beroende på att personer som tillhör denna målgrupp oftast har bristande tro på sin egen förmåga och därmed får svårt att behålla motivationen när de sedan får vänta på en plats. Det enda kriteriet för att få delta i SE är man är motiverad, dvs. att man vill prova. Det görs inga tester av arbetsförmåga,

däremot är det viktigt att hitta arbetsplatser som passar respektive person. Fördelen för brukaren är att få prestera något och få kontakt med den ordinarie arbetsmarknaden.

Insatsen SE ligger i linje med rekommendationer som utges av Socialstyrelsen enligt de Nationella riktlinjerna för psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen 2011) och remissversionen av de uppdaterade riktlinjerna (Socialstyrelsen 2017), samt de Nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk (Socialstyrelsen 2015). Socialstyrelsen rekommenderar som evidensbaserad metod en särskild modell som kallas för "Individual Placement och Support" (IPS). IPS är en manualbaserad modell för SE som har testats i internationella kontrollerade studier. IPS har dock skapats i USA och är därför anpassad till amerikanska förhållanden (Gustafsson 2014; Markström, Bejerholm, Svensson & Bergmark 2015). Bland annat bygger IPS på samverkansformer som är svåra att åstadkomma med de sektorsindelningar som finns i Sverige.

Flera kommuner i nordöstra Stockholms län har valt att utveckla SE-verksamhet, trots att de inte helt har kunnat uppfylla kriterierna för SE enligt IPS-modellen. Av dessa har Vallentuna, Österåker och Lidingö efterfrågat en utvärdering som sammanfattar de resultat som har kunnat uppnås. Dessa kommuner arbetar även med att erbjuda SE till grupper som inte omfattas av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, bl.a. autistspektrumtillstånd, ADHD och utvecklingsstörning.

Syftet med denna utvärdering är att undersöka insatser för Supported Employment i de berörda kommunerna. Det som undersöks är vad personerna som får insatsen har för förutsättningar inför att söka arbete, hur man arbetar med insatsen för att stödja deras kontakter med arbetsplatser och vilka resultat som uppnås. Följande frågeställningar har varit styrande för studien:

1. Hur är insatsen Supported Employment utformad i respektive kommun?
2. Vilka personer får insatsen SE?
3. Hur förändras dessa personers sysselsättning under tiden för insatsen?
4. Hur påverkas personernas försörjning av insatsen?

Data från verksamheterna i de tre kommunerna har räknats ihop till en gemensam sammanställning, vilken har analyserats och diskuterats. Delrapporter avseende dessa frågor har tidigare rapporterats till respektive kommun.

Bakgrund – arbete som medel för inklusion

Under andra halvan av 1900-talet skedde i Sverige, liksom i många andra länder i västvärlden, en omfattande förändring av synen på personer med funktionsnedsättning och deras levnadsvillkor. I stället för att bo och vårdas i stora institutioner, segregerade från det övriga samhället, skulle dessa personer integreras i samhället och deras levnadsvillkor normaliseras. Denna förändring, eller ”avinstitutionalisering”, innebar att det behövdes olika former av hjälp och stöd för personer med olika typer av funktionsnedsättning – psykiska problem, neuropsykiatriska problem, utvecklingsstörning, fysiska problem m.m. (Topor 2005; Lindqvist 2007; Piuva 2013; Lindqvist, Markström & Rosenberg 2010; Ineland, Molin & Sauer 2009).

Omställningen blev en långsiktig process där även begrepp som använts för att känneteckna grupper, diagnoser och stödformer ändrades och nya begrepp uppfanns. Det tidigare allmänt kända begreppet ”handikapp” ansågs vara stigmatiserande och ersattes av begreppet ”funktionshinder”, som så småningom kompletterades och delvis blivit ersatt av begreppet ”funktionsnedsättning”¹ (Ineland, Molin & Sauer 2009). Psykisk sjukdom kom i den sociala lagstiftningen att i stället karaktäriseras som en funktionsnedsättning (Topor 2016; SOU 1992:73; SOU 2006:100). Dessa nya begrepp framhäver de sociala behoven kring individer, i stället för att tidigare låta medicinska diagnoser, vård och behandling dominera det tänkande och de verksamheter som byggdes upp. I teori och forskning kom detta att kallas för den ”sociala modellen”, att jämföra med den ”individuella” eller ”medicinska modellen”. Medan den individuella modellen fokuserar på hur personen fungerar kroppsligt och kognitivt, ser den sociala modellen i stället funktionshinder som en social konstruktion, vilket betyder att samhället har byggt upp barriärer som exkluderar personer med funktionsnedsättningar från att delta i samhället på lika villkor som andra (Topor 2005, Lindqvist 2004). För personer med psykisk funktionsnedsättning har begreppet ”återhämtning” (eng. recovery) fått allt större spridning. Återhämtning syftar på individens möjligheter att hitta tillbaka

1. Under den senaste tiden har ytterligare ett begrepp, ”funktionsvariation”, börjat användas och fått viss spridning.

till ett socialt liv fränsett hennes eller hans medicinska tillstånd där bl.a. individens egen makt (eng. empowerment) är central (Topor 2004, Tew et al. 2012).

Avinstitutionaliseringen och det nya sociala tänkandet fick stora konsekvenser för de organisationer som har i uppdrag att tillhandahålla stöd och inte minst socialtjänsten fick nya uppdrag. Genom nya skrivningar i socialtjänstlagen året 1990 förtydligades kommunernas och socialtjänstens ansvar för personer med funktionsnedsättning. Dessa skulle ”få möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra” samt erbjudas meningsfull sysselsättning och bostäder som är anpassade efter deras behov (SFS 1980:20, ändrad 1990:1403). Psykiatrireformen 1995 innebar att resurser fördes över från landstingen till socialtjänsten för att utveckla verksamheter inom det område som numera allmänt kallas för ”socialpsykiatri” (SoL 2001:453; Lindqvist, Markström & Rosenberg 2010). Personer som får bistånd till dessa verksamheter har ett brett spektrum av psykiatriska diagnoser som gör att de behöver stöd i t.ex. boende och sysselsättning under en längre tid – bl.a. schizofreni, bipolärt syndrom, depression, personlighetsstörning m.m.

Under 1980- och 1990-talen växte samtidigt en helt ny typ av diagnos fram, de som går under samlingsbenämningen ”neuropsykiatriska diagnoser”. Många personer som tidigare skulle ha diagnostiserats för schizofreni fick i stället diagnoser inom autismspektrum och andra personer fick nya diagnoser såsom ADHD, ADD och Tourettes syndrom (Lugnegård 2012, Thernlund 2013). Sedan 1994 har många personer med dessa diagnoser och även personer med utvecklingsstörning fått stöd genom den nya Lagen om stöd och service (LSS 1993:387), som specificerar tio olika typer av insatser som personer som omfattas av lagen har rätt till. LSS-lagen, liksom SoL, karakteriserar även problem som hör till dessa diagnoser som funktionsnedsättningar och båda lagarna innehåller formuleringen ”möjlighet att leva som andra”.

Sysselsättning är en central del i såväl den aktuella lagstiftningen som den grundläggande normaliserings- och integrationstanken. Socialtjänstlagen slår fast att personer med funktionsnedsättning ska erbjudas ”en meningsfull sysselsättning” och enligt LSS har personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och som omfattas av lagen rätt till ”daglig sysselsättning” (SoL, SFS 2001:453, 5 kap 7 §; LSS, SFS 1993:387 9 § 10 p). Inom både socialpsykiatri och LSS-verksamheter har man därför utvecklat verksamheter som kallas för ”sysselsättningsverksamhet” eller ”daglig verksamhet”. Dessa verksamheter brukar ha ett någorlunda brett utbud av aktiviteter, där vissa – t.ex. snickeri, keramik, matlagning, datakunskap eller olika typer av utflykter – har blivit särskilt vanliga. Ambitionsnivån har skiftat. Ofta har de som kommit dit främst erbjudits trygghet, med ett minimum av arbetsträning. På många håll har dock denna typ av verksamhet utvecklats till att erbjuda större struktur och aktiviteter med mer arbetsliknande innehåll, exempelvis parkarbete eller arbete i second-hand-butik (Lindqvist, Markström & Rosenberg 2010; Ineland, Molin & Sauer 2009).

En återkommande fråga har dock varit huruvida denna typ av sysselsättningsverksamhet, även där den har utvecklats som bäst, är tillräcklig, eller är tillräcklig för alla? Innebär ”meningsfull sysselsättning” sådana aktiviteter och sammanhang som dessa

verksamheter kan erbjuda, eller innebär det egentligen anställning på någon form av offentlig eller privat verksamhet (Piuva, Topor, Bergroth & Åberg 2012)? Den senare tanken, att det snarare torde innebära löneanställning, åtminstone för en del personer, stämmer bättre med den övergripande policyn i Sverige om sysselsättning och försörjning – det som kallas för ”arbetslinjen” (Junestav 2004). Arbetslinjen introducerades som begrepp i sjukförsäkringen under 1990-talet och gäller alla i yrkesverksam ålder. Att arbeta anses som en avgörande del i en rehabiliteringsprocess (Hetzler 2004) där målet anses i första hand vara att komma tillbaka i arbete, även om man är långtidssjukskriven eller har en funktionsnedsättning (Lindqvist 2007).

Psykiatriutredningen (SOU 1992:73), som föregick Psykiatireformen 1995, förespråkade att arbetslinjen skulle gälla även för personer med psykisk funktionsnedsättning. I internationell forskning framhålls arbete också som en viktig del i återhämtningsprocessen då den främjar anknytning till sammanhang inom samhället (Tew et al. 2012). Det finns även forskning som visar att personer som har ett arbete är mer nöjda med sina liv än personer som endast deltar i socialtjänstens sysselsättningsverksamhet (Eklund, Hansson & Ahlqvist 2004). Även för personer med t.ex. utvecklingsstörning finns forskning som visar vikten av att dessa personer ska få möjlighet att arbeta. Det har bl.a. framhållits att arbete är en avgörande del av vad det innebär att utveckla en vuxen identitet (Ineland, Molin & Sauer 2009). Undersökningar visar också att så många som 70 % av personer med psykisk funktionsnedsättning säger sig vilja arbeta (Bejerholm 2012, SOU 2006:100).

Mycket resurser har satsats på att främja arbetslinjen i Sverige och det finns olika former av stöd. Men ett hinder är att ansvaret för sysselsättning ligger på olika aktörer som befinner sig inom olika sektorer. Huvudansvaret för arbetsmarknaden ligger hos staten. Staten är huvudman för Arbetsförmedlingen, som dels förmedlar arbetsplatser, dels administrerar subventionerade former av sysselsättning som t.ex. lönebidragsanställning, Offentligt skyddat arbete (OSA) och aktivitetsersättning (Arbetsförmedlingen 2016). Samhall, ett statligt företag som anställer personer med funktionsnedsättning, finns också (Samhall 2016). Personer som vill ta steget ut från socialtjänstens sysselsättningsverksamheter till arbetslivet och som vill få hjälp genom dessa insatser måste därför söka hjälp hos en helt annan myndighet och ett annat stödsystem än socialtjänsten.

Försök har gjorts att genom samverkan lösa problemet med sektorisering. Efter psykiatireformen fick t.ex. 110 samverkansprojekt statligt stöd, många av dessa var samverkansprojekt mellan kommuner, landstingets hälso- och sjukvård, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (Socialstyrelsen 2001). För att främja en mer långsiktig samverkan kring arbetslinjen kom 2003 lagstiftningen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser ”FINSAM” (SFS 2003:1210), vilket har lett till att de flesta av Sveriges kommuner har avtal med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och landstinget i det aktuella länet om gemensamma ”samordningsförbund”. Genom samordningsförbunden avsätts gemensamma resurser i syfte att ge stöd till personer som står långt ifrån arbetsmarknaden (Försäkringskassan 2016).

Trots dessa försök och initiativ har andelen personer med sysselsättning, i betydelsen arbete med lön, förblivit låg för samtliga grupper av personer med funktionsnedsättning. Sysselsättningsgraden ligger runt 10 %, att jämföra med 80 % av Sveriges totala befolkning i åldrarna 20 – 64 år (Socialstyrelsen 2010). För socialtjänsten innebär detta att många personer blir kvar i sysselsättningsverksamheterna i många år, även om de med rätt stöd skulle vilja och kunna gå vidare till en fristående arbetsplats inom offentlig eller privat verksamhet. Många kommuner har endast en ”daglig verksamhet” att erbjuda. För en person som blir inskriven i en sådan verksamhet i 20-årsåldern kan detta innebära att se fram emot kanske 40 år med ett begränsat antal aktiviteter, kanske alla i samma hus. För kommunen innebär detta samtidigt en fortsatt kostnad som är svår att påverka, utan att ge avkall på att uppfylla lagens krav på att erbjuda ”meningsfull sysselsättning”.

Det är i denna kontext som många kommuner har börjat leta andra arbetssätt, såsom praktik på arbetsplatser och vägar till anställning, även för personer som inte hittar fram genom det statliga stödet som erbjuds av Arbetsförmedlingen eller Samhall.

FRAMVÄXTEN AV SUPPORTED EMPLOYMENT

Begreppet ”Supported Employment” har sina rötter i ett flertal olika program från USA riktade till personer med såväl psykiska nedsättningar som utvecklingsstörning. Exempel är Fairweather Lodge Model, Community Support Movement och klubbhusrörelsen, där Fountain House numera är bäst känd. Dessa program, som fungerade på lite olika sätt, ligger bakom utvecklingen av kärnprinciperna för SE – bl.a. träning på plats (”site-based training” eller ”place then train”), stöd på plats och integrering i arbetsmarknaden. Dessa principer skiljer SE från andra metoder, t.ex. sysselsättning utan anställning (i Sverige kallad för daglig sysselsättning eller sysselsättningsverksamhet, som diskuterades i föregående avsnitt), skyddade verkstäder eller förberedande arbetsträning, som i stället samlar grupper med personer med funktionsnedsättningar i verksamheter åtskilda från övriga samhället (Marrone & Gold 1994).

Vidare är SE inte endast en klinisk metod, utan även en rättighetsfråga och en fråga om social inklusion. Som sådan har den även rötter i amerikansk lagstiftning som the Civil Rights Act of 1964 (för minoriteter), the Education Amendment of 1972 (för kvinnor), the Rehabilitation Act of 1973 och the Americans with Disabilities Act (ADA), som beslutades 1990 (Marrone & Gold 1994). Med denna bakgrund kan SE sägas passa väl in i de integrations- och normaliseringsprocesser som eftersträvas i Sverige.

Gustafsson (2014) framhåller att SE bl.a. bygger på principen om självbestämmande, att individen själv ska ha makten över sin egen process. Medan andra metoder för arbetsrehabilitering ofta utgår ifrån att professionella bedömer personens arbetsförmåga, ses i SE arbetsförmåga som ett relativt begrepp som är beroende av arbetssituation och som inte går att bedöma på förhand. Därför ska den enskildes vilja vara styrande, såväl när det gäller val av arbetsplats som stödets utformning. Vidare förklarar Gustafsson att SE bygger på ett pedagogiskt synsätt där en reell miljö, arbetsplatsen, är den lämpligaste lärande situationen, inte minst för personer med funktionsnedsättningar som innebär kognitiva svårigheter.

I början på 1990-talet färdigställdes en standardisering av SE med tillhörande manual under benämningen "Individual Placement and Support" (IPS). IPS-modellen utgår framför allt ifrån en utveckling i enheter för arbetslivsträning i delstaten New Hampshire i USA (Becker & Drake 1994). IPS bygger på ett antal grundprinciper som har utvecklats och som återges med vissa variationer i olika källor. I Sverige har Socialstyrelsen gett ut en "vägledning" (Socialstyrelsen 2012a) och en "trohetsmanual" (Socialstyrelsen 2012b) för implementering och tillämpning av IPS. Socialstyrelsens vägledning (2012 a, s. 12) anger följande sju grundprinciper för IPS. En åttonde punkt lades till samma år av Dartmouth Supported Employment Centre i USA och används också i Sverige (Areberg 2013):

1. Alla som vill arbeta kan delta
2. Tjänsterna är integrerade i den psykiatriska vården och stödet
3. Målet är ett konkurrensutsatt arbete
4. Ekonomisk vägledning
5. Arbetssökandet börjar så snart personen har uttryckt en önskan om att arbeta
6. Stödet är inte tidsbegränsat
7. Klientens preferenser är a och o
8. Bygga relationer med arbetsgivare

Trohetsmanualen ska användas för att säkra att modellen tillämpas korrekt, i enlighet med grundprinciperna.

Medan IPS och andra former av SE riktar in sig på arbete, finns det även särskilt stöd till studier. Detta kallas för Supported Education (SEd) och bygger på samma grundtänkande som SE på det sättet att utbildning ska ske på vanliga utbildningsinstitutioner, att individens motivation och önskemål ska vara styrande samt att det ska finnas särskilt stöd från studiecoacher (Bengs, Borg & Liljeholm 2013). Det förefaller dock inte vara möjligt att än så länge identifiera en mer preciserad modell för SEd.

Forskning om Supported Employment

INTERNATIONELLA STUDIER

Mycket internationell forskning om SE har fokuserat på IPS-modellen, främst med tillämpning på personer med psykisk funktionsnedsättning. Flera forskningsöversikter har publicerats, bl.a. Crowther, Marshall, Bond och Huxley (2001), Twamley, Jeste och Leyman (2003), samt Bond, Drake och Becker (2008). Dessa översikter omfattar randomiserade studier (s.k. RCT-studier) som jämför en grupp personer som har fått stöd genom IPS med grupper som har fått andra typer av stöd, oftast arbetsförberedande program ("vocational training") eller sedvanlig vård ("standard care" eller "treatment as usual") för att kunna mäta huruvida metoden har effekt (eng. efficacy). De allra flesta studier som granskats i dessa översikter har gjorts i USA, men även enstaka studier från Canada, Australien och Storbritannien ingår. SE enligt IPS-modellen befanns vara effektivare än övriga modeller när det gäller att få arbete på den öppna arbetsmarknaden och en del studier visade också på fler arbetade timmar och högre inkomster för de personer som fått anställning. I Crowther och kollegors (2001) översikt var det samtidigt mindre än hälften av brukarna (34 %) som fått anställning även med IPS-modellen. Bond och kollegors (2008) översikt visar däremot att 61 % hade fått anställning i någon omfattning, vilket författarna anser troligen beror på att högre krav börjat ställas på trohet till modellen.

Under de senaste åren har det kommit forskning om IPS för personer med psykisk funktionsnedsättning från olika länder i Europa. Burns, White och Catty (2008) gjorde en RCT-studie om IPS som omfattade verksamheter i Storbritannien, Tyskland, Italien, Schweiz, Nederländerna och Bulgarien. Denna studie ingick i Bond och kollegors (2008) översikt och resultaten var positiva med liknande mått som de övriga studierna i översikten – 54 % hade fått anställning efter 18 månader. Samtidigt konstaterades att effektiviteten varierade beroende på arbetslöshetsnivån i respektive område, dvs. att det var svårare för personer med psykisk funktionsnedsättning att få anställning i områden där arbetslösheten var hög än i områden där arbetslösheten var lägre.

En annan studie från Nederländerna (van Erp et al. 2007) visar samtidigt att det inte alltid är lätt att implementera IPS-modellen i europeiska sammanhang. Hinder hittades i form av organisatoriska problem samt inadekvat finansiering, ledning och samverkan mellan organisationer. Under senare år har flera studier gjorts i europeiska länder som visar positiva resultat för IPS (Rinaldi et al. 2010; Hoffman, Jäckel, Glauser & Kupper 2012). Det finns däremot åtminstone en studie, från London i Storbritannien, som inte hittade några signifikanta skillnader mellan IPS och sedvanlig vård (Howard et al. 2012).

De positiva effekter som hittades i ovan nämnda studier har att göra med att få och sedan behålla ett reguljärt arbete. Crowther och kollegor (2001) framhåller däremot att man inte har kunnat hitta evidens för att SE bidragit till färre sjukdomssymptom, högre livskvalitet eller bättre socialt fungerande. En annan tidigare undersökning, Bond och kollegor (2001), visar dock att personer som fått reguljärt arbete bl.a. hade mindre sjukdomssymptom, bättre fritid och bättre självbild i jämförelse med personer som hade skyddade arbeten eller som saknade sysselsättning. En mer nyligen gjord forskningsöversikt (Charz'nska, Kucharska & Mortimer 2015) hittade studier som visar att IPS kan ge förbättrad livskvalitet och välbefinnande, även om evidensen inte är helt tydlig. Lövgren, Markström och Sauer (2017) framhåller att internationell forskning betonar värdet av arbete, såväl för individerna som för samhället i stort, men även de mer osäkra effekterna av IPS avseende livskvalitet och t.ex. minskade återfall i sjukdom.

De studier och forskningsöversikter som har refererats ovan har studerat IPS som insats för personer med psykisk funktionsnedsättning och har ofta även omfattat personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, t.ex. ADHD. Det är dock betydligt svårare att hitta studier om IPS eller om andra modeller för SE för personer med andra funktionsnedsättningar. En översikt har gjorts av studier om olika modeller av SE för personer med autismspektrumstörningar (Westbrook et al. 2012), men endast två studier kunde hittas som var av tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas i analysen och författarna kunde inte identifiera tydlig evidens för vilken metod eller modell som fungerar bäst för denna grupp. En ny studie i USA (McLaren et al. 2017) har dock visat lovande resultat för personer med autismspektrumstörningar, även om studien endast omfattade ett litet urval av personer. Noel, Oulvey, Drake och Bond (2017) har hittat liknande resultat för en blandad grupp unga personer med olika funktionsnedsättningar, inklusive utvecklingsstörning och andra kognitiva problem, som tidigare studier hittat för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Lövgren, Markström och Sauer (2017) framhåller dock att forskning om utvecklingsstörning överlag ger mindre vikt till SE och i stället i många fall problematiserar begreppet "arbete" i relation till målgruppen, ofta genom kvalitativa studier.

Forskning om SED ("Supported Education") anses dock än så länge vara för outvecklad för att kunna tala om SED som evidensbaserad eller för att säkert kunna identifiera de viktigaste komponenterna i modellen (Ringeisen et al. 2017).

SVENSK FORSKNING OM SUPPORTED EMPLOYMENT

Socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser vid allvarlig psykisk funktionsnedsättning rekommenderar SE för personer ”som står utanför arbetsmarknaden och har en vilja och motivation till ett reguljärt arbete” (Socialstyrelsen 2011, s. 26)². Det är IPS-modellen som rekommenderas och det med hög prioritet. Rekommendationen bygger på ett vetenskapligt underlag (Socialstyrelsen 2010b), som framför allt omfattar de forskningsöversikter som refererats i föregående avsnitt – Crowther och kollegor (2001), Twamley och kollegor (2003) samt Bond och kollegor (2008). Socialstyrelsen har bedömt forskningsläget som starkt, vilket brukar tolkas som att det finns evidens för att IPS är en effektiv modell för stöd till arbete. Rekommendationen finns även i remissversionen till en uppdatering av riktlinjerna (Socialstyrelsen 2017) samt i de nationella riktlinjerna för personer med missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2015).

Implementeringen av IPS har lett till flera forskningsprojekt som resulterat i ett antal artiklar, de flesta av vilka har ingått i någon av fyra doktorsavhandlingar – Nygren (2012), Areberg (2013), Gustafsson (2014) och Lexén (2014). Nygren (2012) studerade två försöksverksamheter inom socialtjänsten som startades med stöd av ett samordningsförbund i länet. Areberg (2013) gjorde en RCT-studie som jämförde resultat för personer i en IPS-verksamhet som organiserats av ett samordningsförbund med en kontrollgrupp som fick traditionell arbetsförberedande träning³. Gustafssons avhandling (2014) fokuserar på personer som fick lönebidrag med stöd av SE-inspirerade metoder (dvs. inte specifikt IPS). Lexén (2014) studerade de processer som ingår i IPS, bl.a. på arbetsplatsen, och arbetsgivarnas erfarenheter och synpunkter.

Denna forskning visar att det finns viktiga skillnader mellan svenska förhållanden och förhållanden i USA och i andra europeiska länder som påverkar hur SE fungerar. Bidragssystem i Sverige är mer utbyggt än i många andra länder, vilket Areberg (2013) framhåller kan minska motivationen till lönearbete. Areberg framhåller även att villkoren enligt lagen om anställningsskydd (LAS) kan göra arbetsgivare försiktigare med att anställa. Samtidigt finns det i Sverige fler former av subventionerade anställningar, t.ex. lönebidrag och offentligt skyddade anställningar (OSA), än i andra länder och dessa former medräknas oftast i studiernas resultat som lönearbete. Praktik (eng. internship) är också vanligare i Sverige än i många andra länder. Även ersättningsformer kan påverka.

Framför allt Nygren (2012) och Areberg (2013) har studerat hur många personer som får sysselsättning och vilka sysselsättningar de får – dvs. de mått enligt vilka IPS har framhållits vara en evidensbaserad modell för SE. En artikel i Nygrens underlag, Nygren och kollegor (2011), redovisar resultaten för två verksamheter. Där hade

2. Den officiella titeln på dessa riktlinjer är *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, men tillämpningen har allmänt ansetts gälla samtliga personer med psykisk funktionsnedsättning som kommunernas socialtjänst och landstingens psykiatri möter. IPS rekommenderas även i uppdateringen av riktlinjerna, som nu finns i remissversion (Socialstyrelsen 2017).*

3. Denna studie har även publicerats som Bejerholm et al. (2015).

25 % av deltagarna fått någon form av anställning efter ett år. Detta är lägre än i de flesta internationella studier, trots att subventionerade former av anställning är medräknade. Nygren och kollegor kommenterar också att många personer stannade i praktik under långa perioder. Men om man fokuserar på alla former av sysselsättning, i stället för endast lönearbete, framträder en annan bild – 71 % hade vid inskrivning ingen sysselsättning alls, men endast 6 % saknade sysselsättning efter ett år. Ändringen beror framför allt på att 72 % av deltagarna hade fått praktik.

Arebergs (2013) studie visar bättre resultat när det gäller lönearbete. 46 % av gruppen som fick stöd enligt IPS hade efter 18 månader fått anställning, att jämföra med 11 % av gruppen som fick traditionell arbetsförberedande rehabilitering. Areberg framhåller att detta är färre än i flera studier från USA, t.ex. i Bond och kollegors (2008) översikt, men fler än i de europeiska länderna i Burns och kollegors (2008) studie. 34 % hade efter 18 månader praktik och 10 % studerade (Areberg 2013).

Andra resultat från den svenska forskningen visar olika aspekter av SE. En viktig fråga är huruvida och på vilka sätt SE stödjer individens återhämtningsprocesser. Bejerholm och Björkman (2011) har funnit att personer som har ett arbete har en högre grad av engagemang i samhället omkring sig, vilket stämmer med en viktig komponent i återhämtning, det som Tew och kollegor (2012) kallar för ”anknytning” (eng. connectedness). Bejerholm och Björkman (2011) argumenterar att forskning om SE bör inriktas på arbete som ett sätt att främja individens egen makt, ”empowerment”. Areberg (2013) visar också att integration i det lokala samhället ökar med stöd av IPS-modellen. Lexén (2014) skriver under rubriken ”work is recovery” (”arbete är återhämtning”) att IPS ger positiva effekter för många personer i det dagliga livet och även ger hopp inför framtiden. En del resultat är dock osäkra. Nygren och kollegor (2011) fann t.ex. inga förändringar i livskvalitet för personer som hade fått stöd av IPS. Lexén (2014) och Gustafsson (2014) undersökte genom kvalitativa intervjuer även arbetsgivares synpunkter och attityder. De fann en allmänt positiv inställning till SE då arbetscoachernas roll sågs som viktig, även om arbetsgivarna uppgav olika motivationer till att ta emot personer på arbetsplatsen.

Beträffande Supported Education (SEd), finns en kvalitativ studie från forsknings- och utvecklingsenheten FoU Södertörn som bygger på kvalitativa intervjuer med brukare och utbildare i en verksamhet som har satsat på att utveckla SEd som metod (Bengs, Borg & Liljeholm 2013). Resultaten visar att SEd stödjer återhämtning och delaktighet samt att metoden kräver att studiecoacherna är tillgängliga, att det finns tillräckliga kunskaper om psykiska funktionsnedsättningar och att samverkan mellan olika aktörer fungerar väl.

Försöksverksamheter i 32 kommuner – projekt med stöd av Socialstyrelsen

Socialstyrelsen gav under åren 2011–2013 ekonomiskt stöd till 32 kommunala försöksverksamheter som arbetar med IPS. Detta projekt har på uppdrag av Socialstyrelsen utvärderats av Alain Topor, Amanda Ljungberg och Martin Åberg (Socialstyrelsen 2014). Utvärderingen gjordes genom en enkät till försöksverksamheterna

vid ett tillfälle. Den visar att bland deltagarna som varit inskrivna i verksamheterna sex månader eller längre hade 16 % fått anställning när subventionerade former var medräknade (4 % i ordinarie former utan subventioner), 66 % hade någon form av sysselsättning utanför socialtjänstens verksamheter (inkl. praktik och studier) och 23 % saknade helt sysselsättning⁴. 61 % av de som hade fått sysselsättning hade den på halvtid eller mindre. Ett ytterligare resultat var att 19 % av deltagarna uppgav sig ha fått en förbättrad ekonomisk situation sedan de blivit inskrivna, medan 72 % uppgav sig ha oförändrad ekonomi och 4 % hade fått sämre ekonomi (övriga svarade vet ej eller svarade ej).

Utvärderingen omfattade även enkäter till arbetscoacher och brukare. Arbetscoacherna ansåg att modellen var strukturerad och användbar, och brukarna upplevde att de fick respekt från arbetscoacherna samt hjälp i form av snabba, konkreta insatser. Arbetscoacherna upplevde samtidigt flera hinder, dels i förhållanden på den lokala arbetsmarknaden där negativa attityder mot personer med psykisk funktionsnedsättning ibland var ett problem, samt svårigheter i relationer till samverkanspartners inom Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och landstingspsykiatri (Socialstyrelsen 2014).

Markström, Bejerholm, Svensson och Bergmark (2015) utvärderade implementeringen av IPS i 14 av försöksverksamheterna. De framhåller vikten av ett tätt teamarbete med starkt organisatoriskt stöd, men i likhet med Topor och kollegor (Socialstyrelsen 2014) fann de att det delade huvudmannaskapet mellan staten (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan), landstinget (bl.a. psykiatri) och kommunen (socialtjänstens socialpsykiatri) var ett hinder för framgångsrik implementering. Enligt författarna lyckades över hälften av verksamheterna inte alls eller bara till viss del med att etablera en verksamhet med rimlig följsamhet till ursprungsmodellen. Bland annat hade många verksamheter en låg grad av integrering med psykiatri, vilket innebar en modifiering av grundprincipen om integrerad vård.

SAMMANFATTNING AV FORSKNINGSLÄGET GÄLLANDE SE

Socialstyrelsen har på basis av framför allt forskning i USA rekommenderat SE enligt IPS-modellen och spridit uppfattningen att IPS är en evidensbaserad metod. Den forskning som framhållits är oftast gjord i USA och har i huvudsak undersökt hur många personer med psykisk funktionsnedsättning som har fått ett arbete med stöd av IPS, i jämförelse med hur många som har fått ett arbete genom traditionell arbetsförberedande träning eller ”sedvanlig vård”. De studier som har gjorts de senaste åren i europeiska länder visar liknande resultat enligt samma typ av mått, om än inte lika tydligt. Det mesta av forskningen har gjorts på personer med psykisk funktionsnedsättning, vilket ibland har omfattat personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning såsom ADHD, men mer sällan t.ex. autismspektrumstörning eller utvecklingsstörning.

Svensk forskning om SE och IPS har framhållit skillnader i arbetslagstiftning och även i stödssystem. I Sverige finns större inslag av subventionerade anställningsformer

4. Eftersom mätningen gjordes vid ett enda tillfälle, gjordes ingen jämförelse med deltagarnas sysselsättning vid inskrivning.

som t.ex. lönebidrag och större förekomst av praktikformer än i de länder som omfattats av den internationella forskningen. Men om subventionerade anställningsformer är medräknade finns även i svensk forskning tendenser till att många hittar sysselsättning på ordinarie arbetsplatser. Dessutom får många personer som tidigare saknat sysselsättning praktik. Forskningen stödjer också i stort tanken att stöd till arbete är, eller kan vara, ett sätt att stödja återhämtningsprocesser för individerna.

Samtidigt visar forskning att sektoriseringen i det svenska systemet är ett hinder för att effektivt implementera SE. Detta är särskilt ett problem om SE ska implementeras i enlighet med IPS, eftersom en av grundprinciperna som IPS-modellen bygger på är att stödet ska vara integrerat med den psykiatriska vården. Relationer till andra huvudmän, framför allt Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, har också funnits utgöra ett hinder. Vissa IPS-verksamheter har organiserats inom ramarna för samordningsförbund, där dessa parter med stöd av FINSAM-lagstiftningen har ingått ett gemensamt huvudmannaskap enligt särskilda avtal.

Metod

STUDIENS STRUKTUR OCH DESIGN

Studiens design utarbetades i samråd med en referensgrupp med representanter från respektive verksamhet. Dessa representanter fungerade som länk till verksamheterna.

De studier om SE enligt IPS-modellen som ligger till grund för Socialstyrelsens riktlinjer är s.k. RCT-studier ("randomized controlled trials"). I en RCT-studie jämförs resultaten för en kontrollgrupp som får t.ex. sedvanliga insatser med en grupp som får SE enligt IPS. I denna studie har det saknats möjligheter att göra denna typ av kontrollerade jämförelser. Därför används i stället en fallstudie-design, här som en "single study", där verksamheterna först beskrivits och resultaten för de sammanlagda verksamheterna sedan aggregerats. Eventuellt kommer dessa resultat att kompletteras genom en kvalitativ intervjustudie (Yin 2009).

Fråga 1, avseende hur insatsen SE är utformad, har undersökts genom en beskrivning av respektive verksamhet och arbetssättet som verksamheten tillämpar.

Frågorna 2 till 4 har undersökts genom inhämtande av kvantitativa data. Fråga 2 är beskrivande på aggregerad nivå. Uppgifter om bl.a. typ av funktionsnedsättning, kön, ålder, familjeförhållande och boende samt sysselsättning och försörjning har sammanställts för de personer som var inskrivna i respektive verksamhet under en viss begränsad period.

Frågorna 3 och 4 är inriktade på eventuella förändringar i sysselsättning och försörjning. Frågorna har undersökts kvantitativt för undersökningsgruppen. Inskrivningen i respektive verksamhet för varje person användes som baslinje. Först undersöktes hur sysselsättningen utvecklats under de första sex månaderna för respektive person som hade skrivits in under datainsamlingsperioden. Sedan följdes sysselsättningen och försörjningen upp för de personer som fortfarande var inskrivna efter 18 månader eller som hade avslutats under den tiden.

DATAINSAMLING OCH BEARBETNING

Underlag till fråga 1 har inhämtats genom intervjuer som FoU-projektledaren har genomfört med arbetsanpassare eller arbetscoacher i respektive verksamhet. Projektledaren har även fått tillgång till dokument och blanketter som verksamheterna använde i arbetet.

Underlag till frågorna 2, 3 och 4 har inhämtats via en enkät som utarbetats i samråd med projektets referensgrupp. Arbetsanpassarna/arbetscoacherna har enskilt utifrån personlig kännedom eller tillsammans med den berörda personen fyllt i enkäten. Ett formulär lämnades för varje person vid inskrivning, ett var sjätte månad för uppföljning, och ett särskilt formulär om personen avslutats i verksamheten inom datainsamlingsperioden.

Uppgifter samlades in om samtliga personer som var aktuella i verksamheterna under insamlingsperioden. Verksamheterna som studerats är pågående och har inte kunnat följas från start, vilket har försvårat arbetet med att hitta ett gemensamt urval och en gemensam datainsamlingsperiod. SE i Österåker och Lidingö startades för över tio år sedan, medan Vallentuna Arbetscoachning gjorde en nystart för SE i september 2015. Österåker och Lidingö hade därmed färre personer som kunde följas från inskrivning, medan Vallentuna hade färre personer som kunde följas så länge som 18 månader. För att delvis kompensera för denna skevhet, påbörjades datainsamling i Österåker och Lidingö 2015-09-15 och avslutades 2016-06-30, men omfattade även retroaktiva uppgifter från och med 2014-01-01.

Uppgifter om personer som redan var aktuella i verksamheterna innan 2014-01-01 rapporterades också in och dessa uppgifter har inkluderats i underlaget till fråga 2. För frågorna 3 och 4 har däremot endast personer som skrivits in tidigast 2014-01-01 inkluderats. I Vallentuna skedde datainsamling i stället under perioden 2015-01-01 (eftersom några personer fick stöd några månader innan den officiella nystarten) till och med 2017-06-30, vilket gjorde att fler personer kunde följas i sex respektive 18 månader.

Inkomna data har sammanställts och bearbetats av FoU-projektledaren med hjälp av dataprogrammet SPSS. Fråga 2 belyses genom beskrivande statistik i korstabeller. I vissa tabeller där skillnader mellan grupper kan vara av intresse har signifikansberäkningar gjorts enligt Chi-square. Frågorna 3 och 4 belyses dels genom beskrivande statistik för samma period som för fråga 2, dels genom att beräkna skillnader mellan rapporteringstillfällen vid inskrivning, sex månader respektive 18 månader. För dessa mätningar har beräkningar gjorts i korstabeller med signifikansberäkningar gällande skillnader mellan respektive mättillfälle enligt Kendalls tau-b (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen 2003).

ÖVERVÄGANDEN – STUDIENS VALIDITET OCH RELIABILITET

Designen bygger således på en beskrivande frågeställning om verksamheternas utformning, en beskrivande frågeställning om de personer som fått insatsen samt två frågeställningar om förändringar i sysselsättning och försörjning.

Att slå ihop data från verksamheter i tre kommuner har den huvudsakliga fördelen att det ger ett större underlag än att endast utvärdera varje verksamhet för sig.

Delrapporterna till respektive kommun baserades på 55 till 70 personer. Genom att sammanställa data har i stället som mest 170 personer ingått och ytterligare beräkningar har kunnat göras som inte kunde göras eller inte var intressanta med delrapporterna var för sig som underlag.

Det som kan ifrågasättas är huruvida verksamheterna har samma arbetssätt.

RCT-studierna som har granskats i de olika forskningsöversikterna och studierna som hänvisats till ovan (t.ex. Crowther et al. 2001; Burns, White & Catty 2008) har studerat verksamheter som anses ha tillämpat SE enligt IPS-modellen med stor eller åtminstone acceptabel trohet till modellens grundprinciper. Att verksamheterna följer grundprinciperna säkras genom att de följer en manual som ska användas av alla som använder sig av IPS. Verksamheterna i de tre kommunerna i den aktuella studien är i stället inspirerade av IPS, eller helt enkelt av SE som princip. De har utvecklats åt var sitt håll och har ingen gemensam modell. Däremot, vilket framkommer i resultatdelen nedan, så arbetar de på sätt som till mycket stora delar liknar varandra och som förefaller mycket likartat grundprinciperna för IPS, förutom principen om integrerat stöd och vård.

En annan fråga rör sättet på vilket data har samlats in, genom arbetsanpassarna/arbetscoacherna i stället för direkt av FoU-projektledaren. Studiens data utgörs därför till stor del av andrahandsinformation som ej har efterkontrollerats. Detta var en praktisk lösning för att säkra studiens genomförbarhet inom tillgängliga resurser. I alla tre undersökta verksamheter ingår det i arbetscoachens uppgifter att göra en kartläggning av varje kunds situation och arbetscoacherna har därför informationen som efterfrågats i enkäten. Att det rör sig om ej kontrollerad information är viktigt att beakta rörande uppgifter om t.ex. typ av funktionsnedsättning (psykisk eller neuropsykiatrisk), utbildning eller arbetslivserfarenhet. Även om enkäten ofta fylldes i tillsammans med kunden, kan studiens reliabilitet därför inte anses vara optimal.

Studiens data är i flera avseenden oprecis. Detta gäller bland annat den exakta typen eller graden av svårigheter, där uppgifterna stannar vid breda kategorier av funktionsnedsättning. Avseende försörjning har uppgifter samlats in endast om vilken typ av inkomst dessa personer hade – lön av arbete, sjukersättning, försörjningsstöd etc. – eftersom arbetscoacherna inte hade tillgång till exakta siffror om inkomster. Med tanke på dessa oklarheter bör studiens resultat tolkas med viss försiktighet.

Studiens generaliserbarhet i förhållande till verksamheter i andra kommuner eller hos andra typer av huvudmän begränsas av bristen på en tydlig gemensam modell i de tre kommunerna. Med en sådan modell, t.ex. en som använder den typ av manual och trohetsskalor som används för IPS (Socialstyrelsen 2012a och 2012b), skulle man med större stringens kunna säkra att samma arbetssätt verkligen använts och på samma målgrupper. Däremot kan det eventuellt vara möjligt att tillämpa ”analytisk generalisering”, vilket innebär att föra ett resonemang kring likheterna och skillnaderna mellan verksamheterna i studien och andra verksamheter, och huruvida resultat för dessa verksamheter torde likna varandra (Kvale & Brinkmann 2013, s. 282).

ETISKA FRÅGOR

Studien har genomförts på uppdrag av de berörda kommunerna, som alla har avtal med FoU Nordost. Projektledaren på FoU Nordost har sammanställt data samt gjort analyser och i denna rapport redovisat resultat.

När det gäller fråga 1, om verksamheternas utformning, finns inga särskilda etiska frågor att ta hänsyn till. God forskningsetisk praktik har givetvis använts i relation till de arbetscoacher/konsulenter som har intervjuats.

När det gäller frågorna 2 till 4 har projektledaren endast fått del av aidentifierade uppgifter genom numrerade formulär som har fyllts i av arbetskonsulenter. Uppgifterna är faktarelaterade och har redan dokumenterats av arbetskonsulenten eller personens biståndshandläggare/socialsekreterare. Därför innehåller uppgifterna inga bedömningar eller värderingar rörande den enskilda personen. Arbetsanpassaren/arbetscoachen har lämnat information såväl skriftligt som muntligt till samtliga berörda personer som förklarar att de ingår i studien och syftet med utvärderingen. Intervjupersonernas deltagande har varit frivilligt.

BEGREPP

FUNKTIONSNEDSÄTTNING. I denna rapport används begreppet ”funktionsnedsättning”. Personerna som berörs har underliggande diagnoser, men arbetscoacherna kan inte förutsättas ha egen information om detta. Dessutom torde det vara viktigt att använda sociala begrepp för frågor som berör socialtjänstverksamheter. Funktionsnedsättning (och tidigare ”funktionshinder”) är också begrepp som tillämpas bl.a. i lagarna SoL och LSS (Ineland, Molin & Sauer 2009).

PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING. I underlaget till denna rapport finns personer med psykosrelaterade diagnoser, depressioner, bipolär sjukdom eller andra typer av diagnoser (Topor 2016; SOU 1992:73; SOU 2006:100). Många personer hade två eller fler psykiatriska diagnoser. I denna rapport redovisas frekvensen med vilken olika typer av diagnos förekom, men i övrigt endast resultat för den totala gruppen personer som hade psykisk funktionsnedsättning, eller som hade både psykisk och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, oavsett specifik diagnos.

NEUROPSYKIATRISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING. I underlaget finns personer med autismspektrumstörning, ADHD, Tourettes syndrom m.fl. diagnoser. I denna rapport redovisas resultat endast för den totala gruppen personer som har neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, eller som har både psykisk och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, oavsett specifik diagnos. (Egidius 2018)

UTVECKLINGSSTÖRNING. Utvecklingsstörning kallas också för ”intellektuell funktionsnedsättning” och hör inte till autismspektrum eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i övrigt (även om en del personer har båda typer av funktionsnedsättning) (Ineland, Molin & Sauer 2009). Verksamheterna i studien tar emot personer med utvecklingsstörning och en verksamhet, Ö-gruppen i Lidingö,

har inriktning mot denna grupp. Antalet personer i underlaget med denna typ av funktionsnedsättning är dock ganska liten. Då samma arbetssätt används för denna grupp och resultaten för denna lilla grupp förefaller likartade, inkluderas i denna rapport personerna med utvecklingsstörning i gruppen neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

PERSON, KUND, ELLER BRUKARE. Olika benämningar används för de personer som på olika sätt får hjälp av socialtjänsten. I verksamheterna i studien används i regel ordet "kund". I rapporten hänvisas oftast i stället till "personen" eller "personerna", men också "kund" eller "kunderna". (Shanks 2016)

Resultat

HUR ÄR INSATSEN SUPPORTED EMPLOYMENT (SE) UTFORMAD I RESPEKTIVE KOMMUN?

I detta avsnitt beskrivs hur SE-verksamhet är utformad i de tre kommuner som ingår i studien. Underlag har inhämtats genom intervjuer med arbetsanpassare/arbetscoacher i respektive verksamhet samt genom dokument och blanketter som verksamheterna använder i arbetet.

Österåker – Verksamheten ILSA

ILSA (Individen Livskunskap Samhälle Arbetsliv) startades 2004 som en daglig sysselsättning enligt Lagen om stöd och service (LSS) för personer som inte ville ha traditionell daglig verksamhet. Kunderna på ILSA ville komma ut till ordinarie arbetsplatser med stöd av handledare. SE-verksamheten på ILSA startades innan IPS-modellen hade blivit känd i Sverige och därför utvecklade arbetscoacherna, som hos ILSA kallas för ”arbetsanpassare”, tillsammans med kunderna en egen arbetsmodell. ILSA kallas för en SE-verksamhet och arbetsanpassarna har också vid senare tillfällen utbildats i SE.

Målgruppen var då vuxna personer (18–65 år) med beslut enligt LSS – vilken framför allt omfattar personer med autismspektrumtillstånd, utvecklingsstörning eller hjärnskada – men som utvidgades år 2007 till att även omfatta vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning. Vissa personer har utöver sina funktionsnedsättningar problem med missbruk och en del har olika former av fysiska funktionsnedsättningar eller sjukdomar.

Sysselsättning genom ILSA beviljas som ett bistånd enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen (SoL) och personerna som får insatsen kallas för ”kunder”. Biståndsbesluten är tidsbegränsade och förlängs innan periodens slut, förutsatt att kunden är i fortsatt behov av och vill ha stödet. I juni 2016 hade ILSA 10 anställda arbetsanpassare som arbetade med totalt 104 kunder, vilket uppgavs vara några färre än tidigare. Cirka 60 av dessa kunder hade någon form av praktik eller hade fått anställning, medan de

övriga kunderna fick annan hjälp till daglig sysselsättning. Det är den förstnämnda gruppen som omfattas av denna studie. Varje arbetsanpassare arbetar med mellan 7–15 kunder, vilket ger utrymme för ett intensivt stöd vid behov.

Kunderna som är aktuella för inskrivning i ILSA står inte till arbetsmarknadens förfogande. För många har det gjorts tidigare försök att hitta arbete utan att lyckas. Det stöd som erbjuds genom ILSA omfattar framför allt praktik. När kunden så småningom närmar sig anställning samarbetar ILSA med Arbetsförmedlingen och arbetsgivaren för att hitta en bra anställningsform. ILSA kan ge fortsatt stöd en kortare tid efter anställning via ett fortsatt LSS/SOL-beslut eller under längre tid genom att arbetsgivaren betalar ILSA för fortsatta insatser. Arbetsgivaren kan i sin tur få ett bidrag från Arbetsförmedlingen som finansierar insatsen (vilket kallas för stöd till personligt biträde). ILSA ger inget riktat stöd till studier, men enstaka personer tar upp studier under sin tid i verksamheten.

ILSAs stöd till kunden följer en process som beskrivs i stöddokumentet ”ärendets gång”. Här beskrivs att personen först tas emot för ett studiebesök hos ILSA. Sedan måste beslut om bistånd fattas av biståndshandläggaren och uppdrag i ärendet ges till ILSA. Processen fortsätter sedan med en kartläggning där verktyg (kortfattade formulär) används för att få en bild av bl.a. vilken typ av arbetsplats kunden önskar, hur kunden lättast kan ta emot arbetsinstruktioner (t.ex. muntligt, skriftligt eller genom bilder), kundens matvanor och sömn samt hur kunden hanterar stress. Det görs även en bedömning om kunden behöver annat stöd, t.ex. god man eller samtal enligt Motivational Interviewing (MI). Olika pedagogiska eller kommunikationshjälpmedel används vid behov.

Kartläggningsprocessen beräknas ta fem till tio möten, två möten i veckan. Inom en månad efter att insatsen inletts ska en genomförandeplan för stödet skrivas tillsammans med kunden. Sedan följer en matchningsprocess där man söker en lämplig praktik/arbetsplats. Hela bredden av arbetsplatser inom såväl den offentliga som den privata sektorn omfattas. Under åren har ILSA byggt upp en egen platsbank, där uppgifter om arbetsplatser är dokumenterade. Det kan vara information om t.ex. kontakter, arbetsplatsens behov, policy, önskemål, och arbetsuppgifter som kommer till användning i detta skede.

Ett viktigt mål är att kunden ska vara delaktig i hela processen, vilket innebär att han eller hon gör så mycket som möjligt själv. Hur detta ter sig i praktiken anpassas från person till person. Vissa kunder tar t.ex. kontakt med arbetsplatser själva, medan andra får hjälp med detta. Kontakten med den tilltänkta arbetsplatsen inleds med ett studiebesök. Eftersom det handlar om praktikplatser skrivs oftast inte personligt brev eller CV. När det har bestämts att kunden ska börja sin praktik på en viss arbetsplats görs en plan för hur omfattande praktiken ska vara (oftast handlar det om deltid), vilka uppgifter kunden ska få och hur det individuella stödet ska utformas. Praktiken följs upp löpande, i synnerhet i början, men efter tre till fem veckor ska det alltid göras en utvärdering som kan innebära antingen en fortsättning av praktiken, en justering av arbetstid, ändrade arbetsuppgifter, byte av arbetsplats eller annan ändring.

Insatsen kan avslutas när helst kunden önskar det. Anledningar till avslut kan vara att kunden fått anställning, att kunden blivit sjuk eller att man tillsammans med biståndshandläggaren bestämt att ILSA just för tillfället inte är rätt insats.

ILSA samarbetar med den psykiatriska mottagningen i enskilda ärenden och deltar i samverkansmöten tillsammans med psykiatrin och biståndshandläggarna en gång i veckan. ILSA har även regelbundna kontakter med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det finns dock inget formellt samverkansteam för SE.

Lidingö

SE i Lidingö började för ca tio år sedan då det gjordes en kartläggning av behovet av sysselsättning. Många ville "ut" från den dagliga sysselsättningen till arbetsplatser. De blivande arbetscoacherna gick en gemensam utbildning med biståndshandläggarna och personal på den psykiatriska mottagningen – mottagningen tillhör landstinget men ligger i kommunen. Inställningen är att IPS-modellen ska användas så långt som möjligt, även om den inte kan tillämpas fullt ut på grund av sektorsindelningen mellan socialtjänsten och psykiatrin. Arbetscoacherna har dock nära kontakter med den psykiatriska mottagningen. Ny personal utbildas i SE/IPS-metoden och en känd utbildare i IPS har under hela perioden varit engagerad som handledare.

De personer som får SE/IPS kallas för "kunder". De har ett vanligt SoL-beslut om sysselsättning som fattats av en biståndshandläggare. Tidigare krävdes ett särskilt beslut om stöd i arbete och man kunde ha två beslut om sysselsättning, en "inne" i verksamheten och en på IPS/SE-platser utanför. Kravet på ett särskilt beslut är nu borttaget, vilket underlättar för att snabbt kunna ge kunden information om SE/IPS, så snart han eller hon visar intresse. Vissa personer har tidsbestämda beslut, medan andra har beslut som är tillsvidare med uppföljning minst en gång om året.

SE erbjuds genom verksamheterna Ciceronen, Alfa respektive Ö-gruppen och inte, som i Österåker och Vallentuna (se nedan), som en egen verksamhet. Nedan sammanfattas beskrivningar av respektive verksamhets inriktning och arbetssätt när det gäller SE/IPS, enligt uppgifterna som samlats i intervjuerna med respektive arbetscoach samt de foldrar och arbetsdokument som används i verksamheterna.

Ciceronen

Ciceronen arbetar mot personer med psykisk funktionsnedsättning och har fyra sysselsättningshandledare samt två arbets- och studiecoacher. Det "optimala" antalet kunder per arbetscoach anses vara 17, maximumantalet är 20. Tidigare arbetade arbetscoacherna i samma hus som den övriga sysselsättningsverksamheten och hade därmed närmare till verksamheten. Nu har de ett eget kontor, men har fortfarande täta kontakter med verksamheten.

När biståndsbeslutet har fattats sker allt efter kundens önskemål. En kartläggning görs av kundens behov, vilken kan variera i både omfattning och tidsperspektiv. Därefter görs en planering och arbetet påbörjas. Hur arbetet går vidare beror på om det är praktik, studier eller arbete som efterfrågas. Arbetscoacherna har ett nära

samarbete med stadens HR (Human Resources) -enhet, vilket innebär att kunden kan erbjudas en "provintervju" för att träna på att bli intervjuad och presentera sig. I övrigt kan processerna se väldigt olika ut och stödet anpassas efter kundens önskemål. Uppföljning görs regelbundet.

Enligt arbetscoachen brukar det gå bra att hitta praktikplatser, men det är svårare att hitta arbetsplatser som anställer. Ciceronen har tillsammans med Alfa, Ögruppen och arbetsmarknadsverksamheten OSA (offentligt skyddade anställningar) ett nätverk för att samarbeta kring att hitta och fördela praktikplatser. Hela bredden av arbetsplatser inom såväl den offentliga som den privata sektorn omfattas.

Arbetscoacherna arbetar även aktivt med Supported Education (SEd) på samma grunder och med samma processer som SE, men med syftet att stödja kunder i att söka till och genomföra studier, t.ex. på Komvux. Coacherna samarbetar med studievägledningen på skolorna.

Alfa

ALFA arbetar med personer som har neuropsykiatriska problem, vilket omfattar framför allt diagnoserna autismspektrumtillstånd, ADHD och Tourettes syndrom. Kunderna kan ha biståndsbeslut enligt antingen LSS eller SoL.

Alfa har åtta arbets- och studiecoacher samt en sysselsättningshandledare. Hos Alfa har man valt att inte ha en särskild SE-coach, utan kunden får stöd av samma person oberoende av om han eller hon är med i den "dagliga sysselsättningen", på praktik enligt SE/IPS, eller med i båda samtidigt. Arbetscoacherna har olika fokusområden. Till exempel arbetar vissa mer mot arbetsgivare och vissa mer med studier (SEd). Alfa strävar efter att coacherna ska ha olika grundkompetenser som kompletterar varandra. Detta eftersom det är viktigt för coacherna att ha kunskap om olika branscher, för att kunna veta vad det finns för möjligheter.

När en kund får SE/IPS görs först en kartläggning och en genomförandeplan. Ibland används pedagogiska och kommunikationsmetoder som t.ex. bilder. Stöd ges utifrån behov och önskemål. Liksom Ciceronen samarbetar Alfa med HR-enheten kring prov-anställningsintervjuer.

Alfa arbetar individuellt med kunden kring önskemål och behov, oavsett om det gäller arbete, studier eller praktik. Om kunden önskar hjälper coachen till att förklara kundens behov av t.ex. anpassning, tydliga instruktioner och sociala koder för arbetsgivaren. Arbetscoachen som intervjuats beskriver ett tre-partssamarbete mellan Alfa, kunden och arbetsgivaren. Det händer att arbetscoachen föreläser för praktikplatsens personal. Alfa följer kundens process, och stannar kvar så länge kunden önskar.

Ö-gruppen

Ö-gruppens målgrupp är personer med utvecklingsstörning eller förvärvad hjärnskada. En person i arbetsgruppen har delvis varit arbetscoach och delvis arbetat i den dagliga sysselsättningen.

Ö-gruppen arbetar med SE/IPS utifrån samma grund som Ciceronen och Alfa, men modifierat med anpassningar till kundernas kognitiva funktionsnedsättningar. Till exempel förs många samtal med hjälp av olika former av alternativa kommunikativa verktyg. Enligt arbetscoachen ligger en stor del av arbetet i att underlätta för kunderna att göra informerade val. Enligt henne tenderar världen omkring att vara mer skyddande och samtidigt mer bedömande av personer med denna typ av funktionsnedsättning, även på arbetsplatser. Men dessa personer blir oftast väl mottagna på praktikplatserna och ses som en resurs. Arbetsuppgifterna måste dock oftast anpassas utifrån kundens förmågor och behov.

När en praktikplats hittats börjar man oftast med en provperiod på cirka tio arbetsdagar. De flesta arbetar inte fem dagar i veckan, utan snarare t.ex. tre dagar i veckan. Sedan görs en genomförandeplan som oftast följs upp efter sex månader, men även detta kan variera mellan cirka tre månader till tolv månader. Många pedagogiska hjälpmedel används, t.ex. scheman, tekniska hjälpmedel som påminner om tider, bilder m.m.

Vallentuna Arbetscoachning

Den första ansatsen till SE-verksamhet i Vallentuna startades 2008 under namnet ”SIKTA”. SIKTA var knuten till Svedjans arbetscenter (daglig sysselsättning inom socialpsykiatri) och hade bara en arbetscoach. Den personen var arbetsterapeut och gjorde en arbetsterapeutisk bedömning av respektive kund. Parallellt med SIKTA utvecklade LSS-verksamheten MIVA sin egen verksamhet med praktikplatser. Efter några år gjordes ett försök till samarbete mellan SIKTA och MIVAs praktikverksamhet under benämningen STUTSA.

2015 gjordes en nystart för SE-verksamheten, som en egen sammanhållen enhet under det nuvarande namnet Vallentuna Arbetscoachning. Det fanns behov av att effektivisera SE-verksamheten för att åstadkomma snabbare placeringar på arbets- och praktikplatser och ge stöd till fler personer. Målet för verksamheten är att minska socialnämndens kostnader genom att den enskilde efter avslutad insats har ett pågående arbete, praktik eller studier, eller har fått annan relevant och vägledande hjälp. Verksamheten ska ha ett tydligt fokus på förebyggande arbete och ska etablera ett nära samarbete med skolor, kommunens ”Resurscentrum” för unga, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, näringslivet, samt andra verksamheter och myndigheter i kommunen.

Vallentuna Arbetscoachning tar emot personer 18–65 år genom biståndsbedömning inom socialpsykiatri, LSS och försörjningsstöd samt ibland även från enheterna missbruk eller barn och unga. Verksamheten ska arbeta med personer som redan har hamnat utanför arbetslivet och som behöver stöd och coachning för att komma in på arbetsmarknaden eller ut i studier, men som inte har tillräcklig arbetsförmåga alternativt inte kan leva upp till Arbetsförmedlingens krav på egen hand. Socialförvaltningens myndighetsavdelning beviljar tidsbegränsat bistånd till Vallentuna Arbetscoachning. Biståndsbeslutet förlängs innan periodens slut, förutsatt att kunden är i fortsatt behov av och vill ha stödet.

Under 2013 fick 15 personer, personal från Svedjans Arbetscenter och MIVA, utbildning i SE i syfte att öka kunskapen om SE inom dessa verksamheter. Den 1 september 2015

startades Vallentuna Arbetscoachning som en egen verksamhet. I september 2017 hade verksamheten fem arbetscoacher och cirka 70 kunder. Varje arbetscoach beräknas kunna stödja cirka 13 personer.

Arbetet sker enligt SE med inspiration från modellen IPS. Skillnaden är framför allt att landstingspsykiatrin inte är en deltagande huvudman för verksamheten och att samverkan med psykiatrin inte är så nära som skulle krävas för en hög grad av trohet till modellen.

Vallentuna Arbetscoachning arbetar efter ett metodkompendium som utvecklats inom verksamheten och som omfattar:

- Överenskommelse med kunden (den enskilde brukaren). Detta avsnitt inkluderar presentation, genomförandeplan samt kundens nätverk.
- Yrkesprofil. Omfattar kartläggning av bl.a. kundens bakgrund, vardag och ekonomi, områden såsom kundens styrkor och svagheter, eventuella diagnoser m.m., samt kundens personliga mål.
- Jobbsökande och matchning, inklusive t.ex. CV och rollspel om intervjuer, samt kontakt med samarbetspartners som t.ex. psykiatrin, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.
- Arbetsgivarengagemang. Detta omfattar utforskandet av arbetsplatsen, kontakter och uppföljning samt stöd till arbetsgivaren.
- Stöd till kunden på och utanför arbetet.

Pedagogiska hjälpmedel och kommunikationshjälpmedel används vid behov.

Arbetsplatser hittas såväl inom kommunen som inom det privata näringslivet. Verksamheten hade vid tiden för intervjutillfället en platsbank i kommunens gemensamma mappsystem men höll på att, i samarbete med Socialförvaltningens avdelning för kvalitet och utveckling, ta fram en förbättrad platsbank med möjlighet till sökbarhet och loggbok kring kontakter med arbetsgivare.

Nya kunder får träffa arbetscoacherna en till två gånger i veckan. Efter att praktik eller arbete har inletts sker uppföljning cirka en gång i månaden, men oftare om det behövs eller mer sällan om det inte behövs. Stöd ges även till studier. Två personer i personalen har gått en utbildning i modellen Supported Education (SEd) och efter det tagit fram material som det är tänkt att verksamheten ska arbeta utifrån i fortsättningen när det gäller kunder som har behov av stöd i studier. En ny arbetscoach med utbildning som studie- och yrkesvägledare hade vid intervjutillfället nyligen anställts.

VILKA FÅR INSATSEN SE OCH VAD HAR DESSA PERSONER FÖR FÖRUTSÄTTNINGAR?

För att ge en bild av vilka som omfattas av verksamheterna sammanställs nedan uppgifter som rapporterades om de personer som fick stöd i form av SE i Österåker

och Lidingö under perioden januari till juni 2016, samt i Vallentuna från januari till juni 2017. Detta var den sista halvårsperioden för datainsamling. För att ytterligare visa en bild av verksamheterna har även sammanställts uppgifter om vilken sysselsättning som dessa personer då hade och hur de försörjde sig.

Totalt 170 personer var då aktuella: 55 personer i Österåker, 45 i Lidingö och 70 i Vallentuna. I såväl Österåker som Lidingö hade över hälften varit inskrivna i två år eller längre. I Vallentuna, där en nystart hade gjorts i september 2017, hade 17 % varit inskrivna så länge⁵. (Tabell 1)

Tabell 1. Hur länge personen har varit inskriven i verksamheten (%)

	Österåker n = 55	Lidingö n = 45	Vallentuna n = 70	Totalt n = 170
Nyinskriven	4	2	11	6
6 månader	25	11	19	19
12 månader	5	13	19	13
18 månader	14	9	34	22
24 månader (2 år) eller längre ⁶	51	64	17	41

Funktionsnedsättningar

30 % av dessa personer uppgavs ha haft psykisk funktionsnedsättning, knappt hälften hade neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och knappt en femtedel hade båda typer av funktionsnedsättningar. Utvecklingsstörning är inte en typ av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, men medräknas här på grund av det relativt lilla antalet (18 personer eller 15 %). Två procent (tre personer) var inskrivna av andra skäl⁷. (Tabell 2)

Tabell 2. Andelen kunder med olika typer av funktionsnedsättning % (n = 170)

Funktionsnedsättning	Antal
Psykisk funktionsnedsättning	30
Neuropsykiatrisk nedsättning ⁸	49
Både psykisk/neuropsykiatrisk nedsättning	19
Annat	2

5. Dessa personer hade antingen förts över från den tidigare verksamheten i Vallentuna eller, då en arbetscoach redan fanns på plats, fått påbörja insatsen tidigare under 2015.

6. Inklusive personer som skrivits in i verksamheten innan datainsamlingsperioden (2014 resp. 2015).

7. En person hade konstaterat missbruk, en person hade förvärvat hjärnskada, en person hade endast fysiska problem och en person var en ungdom med ospecifiserade problem.

8. Personer med utvecklingsstörning har inkluderats under neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Se ovan under "Begrepp".

Social situation och fysiska besvär

Uppgifter om kundernas kön och ålder samt förekomsten av fysiska besvär redovisas i Tabell 3. En majoritet (55 %) var män, men också många kvinnor fick insatsen. Kunderna var mellan 18 och 65 år. Drygt tre fjärdedelar var födda 1970 eller senare. En klar tendens var att personer med endast psykisk funktionsnedsättning oftare var äldre, medan personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller båda typer av funktionsnedsättning oftare var yngre. 41 % av personerna med psykisk funktionsnedsättning tillhörde de äldsta grupperna, födda 1940–1969, men enbart 10 % av personerna med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ingick i dessa. Endast 4 % av personerna med psykisk funktionsnedsättning var födda 1990–1997, medan 40 % av personerna med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och 39 % av personerna med både psykisk och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning var födda under denna period.

En fjärdedel av kunderna hade fysiska besvär. Dessa var av olika karaktär, t.ex. höftleds- eller knäproblem, hjärtfel, smärta eller olika sjukdomar. Fler personer med psykisk funktionsnedsättning hade fysiska besvär än personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Tabell 3. Beskrivande faktorer rörande kön, ålder samt fysiska problem (%)

	Psykisk funktionsneds. n = 51	Neuropsyk. funktionsneds. n = 83	Både psykisk och neuropsyk. funktionsneds. n = 33	Totalt n = 170 ⁹
Kön				
Kvinnor	57	36	52	45
Män	43	64	48	55
Ålder (födelseår)				
1940 – 1959	6	4	3	5
1960 – 1969 ***	35	6	18	17
1970 – 1979 *	31	13	21	21
1980 – 1989	23	37	18	29
1990 – 1997 ***	4	40	39	28
Fysiska besvär				
Andel med fysiska besvär	37	17	21	24

* $p < 0,05$

*** $p < 0,001$, andelen personer med psykisk funktionsnedsättning i jämförelse med andelen personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller båda typer av funktionsnedsättning.

9. Tre personer var inskrivna av andra skäl.

Sett till alla tre grupper var 57 % ensamstående, 16 % var gifta eller bodde tillsammans med en partner och 26 % beskrev sina familjeförhållanden som sammanboende med föräldrar, släkt eller annan vuxen. Majoriteten (82 %) av kunderna hade inga barn. Hälften hade ordinärt boende och en del av dessa hade insatser i form av boendestöd eller personlig assistent. 16 % bodde på särskilt boende eller i gruppboende. En fjärdedel bodde hos föräldrar eller annan släkting. (Bilaga 1)

En skillnad som kunde noteras var att gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning oftare hade eget boende, ibland med boendestöd eller med socialkontrakt. Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning bodde oftare i särskilt boende eller hos föräldrar eller släktingar. Personer med båda typer av funktionsnedsättningar hade en jämnare fördelning mellan dessa typer av boende. (Bilaga 1)

Utbildning och arbetslivserfarenhet

Uppgifter om utbildning och arbetslivserfarenhet visas i Tabell 4. 42 % av den totala gruppen hade gymnasium som högsta utbildning, 34 % hade grundskola som högsta utbildning och 2 % hade ingen utbildning alls. 12 % av personerna med psykisk funktionsnedsättning hade fullföljt högskola, vilket är fler än i de övriga två grupperna (2 % resp. 3 %).

En tredjedel av den totala gruppen hade ingen eller mindre än sex månaders arbetslivserfarenhet, medan en fjärdedel hade arbetat fem år eller längre. Det fanns en tendens till att personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning hade mindre arbetslivserfarenhet. 43 % av personerna med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning hade ingen eller mindre än sex månaders erfarenhet, att jämföra med 16 % av de med psykisk funktionsnedsättning. 39 % av personer med psykisk funktionsnedsättning hade däremot fem års eller längre arbetslivserfarenhet, att jämföra med 16 % av personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Personer med båda typer av funktionsnedsättning hade en jämn fördelning mellan dessa typer av arbetslivsbakgrund. (Tabell 4)

Tabell 4. Utbildning och arbetslivserfarenhet (%)

	Psykisk funktionsneds. n = 51	Neuropsyk. funktionsneds. n = 83	Både psykisk och neuropsyk. funktionsneds. n = 33	Totalt n = 170 ¹⁰
Högsta utbildning				
Ingen	4	0	3	2
Grundskola	22	39	39	34
Säskola/gymnasium	2	5	3	4
Gymnasium	43	45	36	42
Folkhögskola eller komvux, yrkesskola	8	5	6	6
Högskola *	12	2	3	6
Ej känd	8	5	9	7
Arbetslivserfarenhet				
Ingen eller mindre än 6 månader **	16	43	33	33
6 – 12 månader	14	14	12	14
13 – 24 månader	12	8	12	10
2 – 5 år	10	5	3	6
5 år eller längre **	39	16	34	27
Ej känd	8	13	6	10

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$, andelen personer med psykisk funktionsnedsättning i jämförelse med andelen personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller båda typer av funktionsnedsättning.

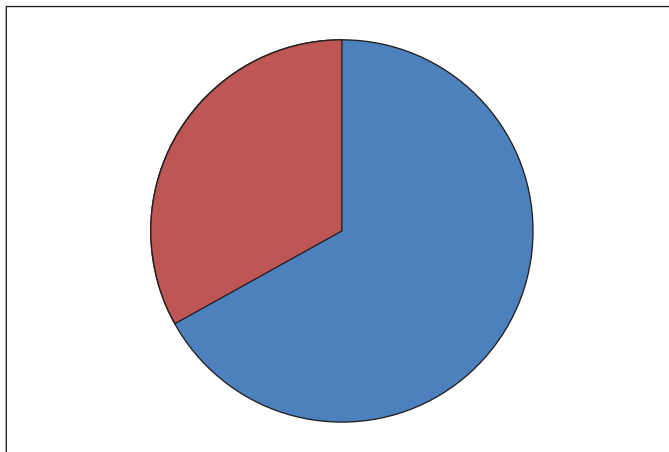
Sysselsättning och försörjning

Två tredjedelar av de 170 personer som var inskrivna i verksamheterna under den för studien aktuella perioden hade antingen praktik eller anställning på en arbetsplats, eller studerade. De övriga antingen saknade sysselsättning eller hade sysselsättning enbart inom socialtjänstens verksamheter. (Figur 1)

10. Tre personer var inskrivna av andra skäl.

Figur 1. (%), n = 170

- Personer utan sysselsättning eller med sysselsättning enbart inom socialtjänstens verksamheter (33 %)
- Personer med praktik, anställning eller studier (67 %)



Knappt en femtedel saknade sysselsättning och 13 % hade sysselsättningsverksamhet enligt SoL eller LSS. Hälften hade praktik eller praktik i kombination med daglig sysselsättning. 12 % hade anställning antingen på heltid eller deltid och 5 % studerade på hel- eller deltid. (Tabell 5)

Tabell 5. Sysselsättning under sista halvåret i studien (%) n = 170

Sysselsättning	Antal
Ingen eller mindre än 6 månader	18
Sysselsättningsverksamhet SoL eller LSS	13
Öppen verksamhet	2
Praktik	32
Praktik o sysselsättningsverksamhet SoL eller LSS	17
Anställning heltid ¹¹	3
Anställning deltid	9
Studier heltid	2
Studier deltid	3

En majoritet av praktikplatserna var hos privata arbetsgivare och drygt en fjärdedel var på kommunala arbetsplatser. Knappt tre fjärdedelar av kunderna var på praktikplatsen halvtid eller mindre. En femtedel var på praktik mer än halvtid och 9 % var på praktikplatsen minst 30 timmar i veckan. (Bilaga 2)

11. Minst 30 tim/vecka.

22 personer hade hel- eller deltidsanställning. Av dessa hade 23 % (fem personer) en ordinarie anställning, 36 % (åtta personer) hade lönebidrag och 9 % (två personer) hade eget företag. Övriga personer med anställning hade Offentligt skyddat arbete (OSA), arbetade hos Samhall eller ett socialt företag, eller hade någon form av tillfällig anställning. (Tabell 6)

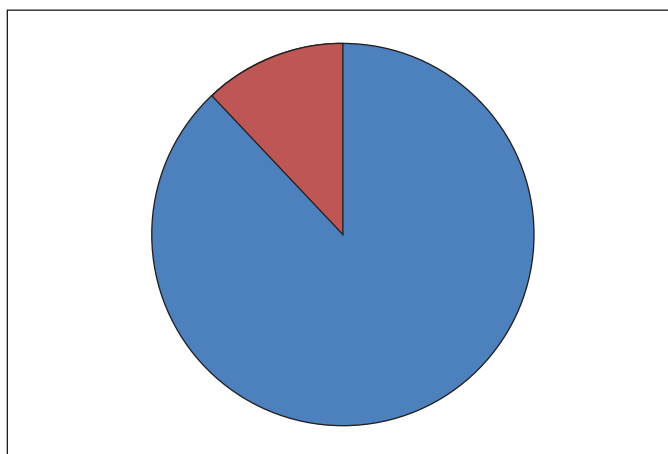
Tabell 6. Typ av anställning (%), $n = 22$

Typ av anställning	Antal
Ordinarie anställning	23
Egen företagare	9
Lönebidrag	36
Offentligt skyddat arbete (OSA)	14
Samhall	9
Socialt företag	4
Tillfällig anställning	4

Figur 2 visar att 87 % av de 170 personerna som var aktuella hade sin försörjning helt genom offentliga medel från Försäkringskassan eller försörjningsstöd eller genom anhöriga, medan 13 % hade någon del av sin försörjning genom lön av arbete¹².

Figur 2. (%), $n = 170$

- Personer med försörjning helt genom offentliga medel eller genom anhörig (87 %)
- Personer med försörjning helt eller delvis genom arbete (13 %)



12. 2 % hade annan inkomstkälla eller inkomstkällan var inte känd.

71 % av kunderna hade sin huvudförsörjning genom Försäkringskassan i form av sjukersättning, aktivitetsersättning eller sjukpenning och 8 % delvis genom Försäkringskassan. 14 % hade sin försörjning helt och 2 % delvis genom försörjningsstöd. 3 % försörjdes av sina anhöriga. 3 % försörjde sig helt genom arbete och 8 % delvis genom arbete. (Bilaga 3)

SAMMANFATTNING – VILKA PERSONER FÅR INSATSEN SE?

De personer som fick insatsen SE hade olika typer av psykiska och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och vissa hade utvecklingsstörning. Något fler personer hade neuropsykiatrisk funktionsnedsättning än psykisk funktionsnedsättning och en femtedel hade båda typer av funktionsnedsättning. Många personer hade två typer av psykisk funktionsnedsättning och vissa hade två typer av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Flertalet personer med psykisk funktionsnedsättning var äldre, var kvinnor och bodde i eget boende (med eller utan stöd), och fler hade ganska lång arbetslivserfarenhet. En del, dock en minoritet, hade högskoleutbildning. Flertalet personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning var yngre, var män och bodde i särskilt boende eller hos föräldrar eller släktingar. Färre hade högskoleutbildning och fler hade ingen arbetslivserfarenhet. Det ska dock framhållas att detta är tendenser och att det fanns många personer med olika bakgrund och förhållanden i båda grupperna. I gruppen personer med båda typer av funktionsnedsättning saknas i stort sett dessa skillnader. En majoritet av alla tre grupper hade inga barn, men det fanns även personer i alla grupper som hade egna barn. Många personer hade varit inskrivna i verksamheterna i över två år.

En majoritet hade sysselsättning, oftast i form av praktik på deltid, ibland i kombination med socialtjänstens sysselsättningsverksamhet. Vid mättillfället hade 12 % anställning, oftast på deltid och oftast genom subventionerade former såsom t.ex. lönebidrag, och några personer studerade. Försörjning var oftast genom Försäkringskassans sjukersättning eller aktivitetsersättning, ibland genom socialtjänstens försörjningsstöd, och ibland helt eller delvis genom lön av arbete.

HUR FÖRÄNDRAS KUNDERNAS SYSSELSÄTTNING OCH HUR PÅVERKAS DERAS FÖRSÖRJNING?

För att svara på denna utvärderings tredje och fjärde frågeställningar, om hur kundernas sysselsättning och försörjning förändrats under insatsen, följdes utvecklingen för personer som skrevs in under datainsamlingsperioden på två olika sätt.

1. Hur sysselsättning och försörjning för de personer som skrevs in i verksamheterna under datainsamlingsperioden utvecklades under de första sex månaderna i verksamheten. Detta omfattar 142 personer av de totalt 170 personer som ingick i studien.
2. Hur sysselsättning och försörjning utvecklades för de personer som skrevs in i verksamheterna under datainsamlingsperioden och fortfarande var inskrivna

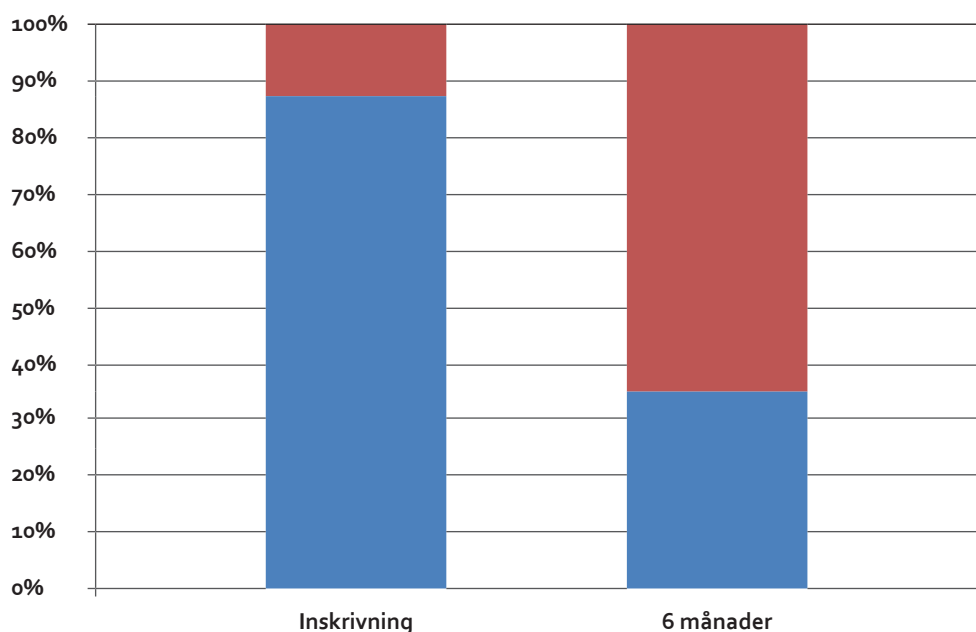
efter 18 månader eller hade avslutats i verksamheten under den tiden. Detta omfattar 94 av de 142 personerna under punkt 1. Övriga 48 personer blev inskrivna för sent under undersökningsperioden för att hinna vara inskrivna så länge som 18 månader.

1. Sysselsättning under de sex första månaderna

142 personer var inskrivna i minst sex månader under datainsamlingsperioden. I Figur 3 visas en överblick över hur sysselsättningen förändrades under dessa första sex månader. Andelen som antingen saknade sysselsättning eller endast hade sysselsättning genom verksamhet som organiserades av socialtjänsten (öppen verksamhet eller sysselsättningsverksamhet) minskade från 88 % till 34 %. Andelen som hade sysselsättning på någon form av arbetsplats (lönearbete, praktik eller studier) ökade således från 12 % till 66 %.

Figur 3. Sysselsättning efter sex månader (%), $n = 142$ ***

- Personer utan sysselsättning eller med sysselsättning enbart inom socialtjänstens verksamheter
- Personer med praktik, anställning eller studier



*** $p < 0,001$

Tabell 7 bryter ner de större kategorierna i Figur 3 för att visa mer specifikt vilka typer av sysselsättningar personerna hade vid inskrivning respektive efter sex månader. Andelen som helt saknade sysselsättning minskade från 55 % till 15 % och andelen som hade sysselsättning enbart genom socialtjänstens verksamheter minskade från 31 % till 17 %. Andelen som hade hel- eller deltidsanställning ökade från 2 % till 10 % och andelen som studerade i någon omfattning ökade från 0 till 7 % (vilket motsvarar 10 personer).

Tabell 7. Sysselsättning vid inskrivning jämfört med efter 6 månader (%), $n = 142$

Sysselsättning	Inskrivning	6 månader
Ingen eller mindre än efter 6 månader ***	55	15
Sysselsättningsverksamhet SoL eller LSS	31	17
Öppen verksamhet	2	2
Praktik eller praktik och sysselsättningsverksamhet ***	10	50
Anställning hel- eller deltid **	2	10
Studier hel- eller deltid	0	7

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

De personer som fick ett lönearbete kunde försörja sig helt eller delvis genom sin lön. Tabell 8 visar förändringen efter sex månader för andelen som hade sin försörjning helt genom offentliga medel från antingen Försäkringskassan eller genom försörjningsstöd eller anhöriga, och för andelen som hade någon del av sin försörjning genom lön av arbete. Ändringen är inte statistiskt signifikant.

Tabell 8. Försörjning vid inskrivning jämfört med efter 6 månader (%), $n = 142$

Försörjning	Inskrivning	6 månader
Offentliga medel eller anhörig helt	93	88
Lön av arbete helt eller del	2	9
Annat	5	3

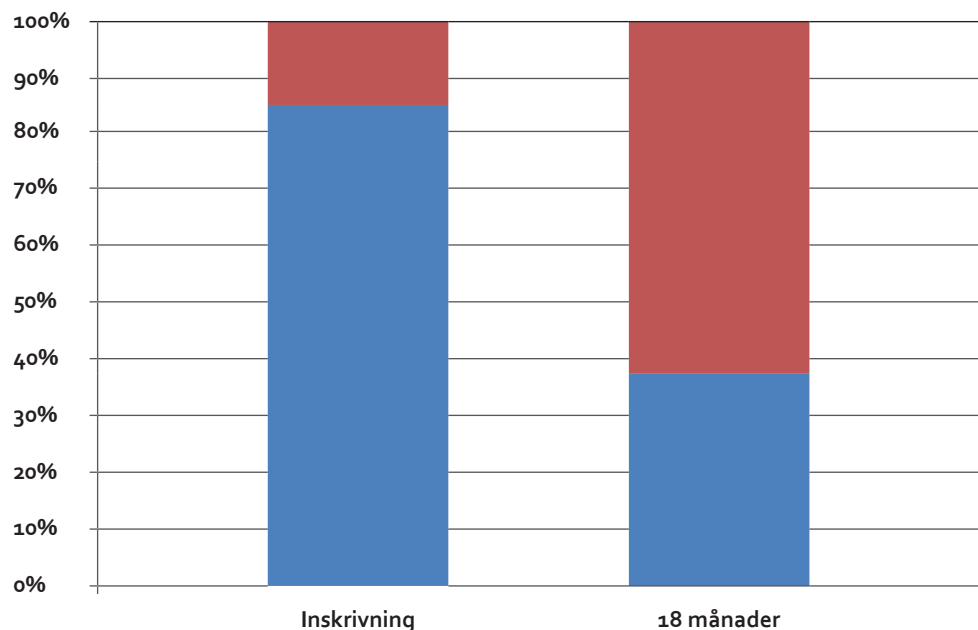
2. Sysselsättning och försörjning under en 18-månadersperiod

Sysselsättning och försörjning följdes upp för de personer som skrevs in i verksamheterna under datainsamlingsperioden och fortfarande var inskrivna efter 18 månader eller hade avslutats under den tiden. Detta omfattar 94 av de 142 personerna i Tabell 6 i föregående avsnitt.

I Figur 4 visas hur sysselsättning förändrades. Efter 18 månader hade andelen som hade antingen ingen sysselsättning eller sysselsättning genom socialtjänstens verksamheter minskat från 84 % till 38 %, medan andelen som hade sysselsättning på någon form av arbetsplats (lönearbete, praktik eller studier) hade ökat från 16 % till 62 %.

Figur 4. Sysselsättning vid inskrivning jämfört med efter 18 månader, (%), $n = 94$ ***

- Personer utan sysselsättning eller med sysselsättning enbart inom socialtjänstens verksamheter
- Personer med praktik, anställning eller studier



*** $p < 0,001$

Tabell 9 visar vilka typer av sysselsättningar personerna hade vid inskrivning i jämförelse med efter 18 månader. Andelen som helt saknade sysselsättning minskade från 48 % till 21 % och andelen som endast hade sysselsättning genom socialtjänstens verksamheter minskade från 34 % till 15 %. Andelen som hade praktik eller praktik i kombination med sysselsättningsverksamhet ökade från 15 % till 37 %. Andelen som hade heltidsanställning ökade från 0 till 5 % och andelen som hade deltidsanställning ökade från 1 % till 14 %. Andelen som studerade i någon omfattning ökade från 0 till 4 %.

Av de personer som hade arbete eller praktik, hade drygt 40 % en arbetsplats eller praktikplats under hela perioden, medan övriga bytte praktikplats en, två eller i vissa fall tre gånger.

Tabell 9. Sysselsättning vid inskrivning jämfört med efter 18 månader inkl. personer som avslutats. (%), $n = 94$.

Sysselsättning	Inskrivning	18 månader
Ingen eller mindre än efter 6 månader ***	48	21
Sysselsättningsverksamhet SoL eller LSS ***	34	15
Öppen verksamhet	2	2
Praktik eller praktik och sysselsättningsverksamhet ***	15	37
Anställning hel- eller deltid ***	1	20
Studier hel- eller deltid	0	4
Annat	0	1

*** $p < 0,001$

Tabell 10 visar att andelen som hade någon del av sin försörjning genom lön av arbete ökade från 1 % till 20 % efter 18 månader. Andelen som hade sin försörjning helt från offentliga medel eller anhörig minskade från 96 % till 78 %.

Tabell 10. Försörjning vid inskrivning jämfört med efter 18 mån (%), $n = 94$

Försörjning	Inskrivning	18 månader
Offentliga medel eller anhörig helt ***	96	78
Lön av arbete helt eller del ***	1	20
Annat	3	1

*** $p < 0,001$

Andelen som hade sin försörjning helt genom Försäkringskassan minskade från 81 % till 71 %, medan andelen som försörjde sig delvis från Försäkringskassan ökade från 1 % till 11 %. Andelen som försörjde sig helt genom försörjningsstöd minskade från 13 % till 4 %. 2 % försörjde sig delvis genom försörjningsstöd. Andelen som försörjde sig helt genom lön av arbete ökade från 0 till 9 % och andelen som försörjde sig delvis genom lön ökade från 1 % till 11 %. (Tabell 11)

Tabell 11. Försörjning vid inskrivning jämfört med efter 18 månader inkl. personer som avslutats (%), $n = 94$ ¹³

Försörjning	Inskrivning	18 månader
Sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning helt	81	71
Sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning del	1	11
Försörjningsstöd helt	13	4
Försörjningsstöd del	0	2
Anhörig	1	2
Lön helt	0	9
Lön del	1	11
Studiemedel	0	1
Annat, ej känt	4	1

Signifikans har inte beräknats på grund av de små antalen i flertalet kategorier.

Påverkar bakgrundsfaktorer sysselsättning efter 18 månader?

Ändringarna i sysselsättning undersöktes för personer med olika utbildning och arbetslivserfarenhet. Endast tre av de 94 personerna i urvalet hade högskoleutbildning, vilket gjorde det omöjligt att beräkna eventuell påverkan av högre studier. I Tabell 12 visas ändringarna för personer utan utbildning eller med grundskoleutbildning i jämförelse med personer med gymnasieutbildning eller motsvarande. Personer med längre utbildning kom oftare ut till praktik, anställning eller studier, men båda grupperna hade starkt signifikanta förändringar.

Tabell 12. Utbildning och sysselsättning vid inskrivning jämfört med efter 18 månader (%). Andelen personer med praktik, anställning eller studier, hel- eller deltid.

Utbildning	Inskrivning	18 månader
Ingen utbildning, grundskola eller särskola ($n=34$) ***	9	51
Högskola, gymnasium, komvux, folkhögskola eller yrkesskola ($n=49$) ***	20	68

*** $p < 0,001$

Vidare undersöktes ändringar i sysselsättning i förhållande till eventuella skillnader i typ av funktionsnedsättning (psykisk, neuropsykiatrisk eller båda), kön och ålder.

Ändringarna var signifikanta för samtliga grupper. (Bilaga 4)

Personer utan arbetslivserfarenhet och personer med fem år eller längre erfarenhet hade liknande förändringar. Ändringen var starkt signifikant för alla tre grupperna. (Tabell 13)

13. Det totala procenttalet uppgår till mer än 100 % då en del personer hade flera former av försörjning.

Tabell 13. Sysselsättning vid inskrivning jämfört med efter 18 månader för personer med olika lång arbetslivserfarenhet (%). Andelen personer med praktik, anställning eller studier, hel- eller deltid.

Arbetslivserfarenhet	Inskrivning	18 månader
Ingen arbetslivserfarenhet eller mindre än 6 månader (n=31) **	26	65
6 månader till 4 års arbetslivserfarenhet (n=24) *	8	42
5 års eller längre arbetslivserfarenhet (n=29) ***	10	65

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

I studien undersöktes även om personer med längre arbetslivserfarenhet oftare hade fått lönearbete. Ingen sådan tendens kunde noteras (Bilaga 5).

SAMMANFATTNING – HUR KUNDERNAS SYSSELSÄTTNING OCH FÖRSÖRJNING FÖRÄNDRADES

Av de 142 personer som kunde följas i sex månader kunde signifikanta förändringar noteras. Andelen som hade sysselsättning på en arbetsplats ökade från 12 % till 66 %. 49 % hade fått en praktikplats, 10 % hade anställning på hel- eller deltid och 7 % studerade på hel- eller deltid. Andelen som helt saknade sysselsättning minskade från 55 % till 15 %. En liten, dock inte statistiskt signifikant, förändring kunde noteras i kundernas försörjning, då 9 % försörjde sig helt eller delvis genom lön efter sex månader i jämförelse med 2 % vid inskrivning.

Andelen av de 94 personerna som kunde följas i 18 månader (eller som avslutades under den perioden) som hade sysselsättning på en arbetsplats ökade i jämförelse med inskrivning från 16 % till 62 %, vilket är snarlikt förändringen efter sex månader. Men andelen som hade anställning på hel- eller deltid ökade från 1 % till 20 %, vilket var en signifikant förändring och klart fler än efter sex månader. Ändringarna var signifikanta oavsett typ av funktionsnedsättning (psykisk, neuropsykiatrisk eller båda), kön eller ålder. Samma tendenser gällde oavsett utbildning (med förbehållet att få personer i den undersökta gruppen hade högskoleutbildning) och oavsett längden av arbetslivserfarenhet.

Förändringarna i försörjning efter 18 månader var mindre, men statistiskt signifikanta. Andelen som helt hade sin försörjning från Försäkringskassan minskade något liksom även andelen som försörjde sig genom försörjningsstöd. Andelen som försörjde sig helt eller delvis genom lön ökade, om än från en låg nivå.

Sammanfattande analys

Avseende studiens första fråga, om hur insatsen ”Supported Employment” (SE) är utformad i de tre kommunerna, har framhållits i avsnittet om metodöverväganden att alla tre kan anses ha stora likheter med IPS-modellen (Individual Placement and Support), men att verksamheterna har utvecklats åt var sitt håll och det inte finns någon gemensam modell.

Inspirationen från IPS är tydligast i Lidingö, som har eftersträvat att följa IPS så nära som möjligt. Sektorsindelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården har hindrat verksamheterna från att följa IPS grundprinciper fullt ut, framför allt i att man inte kan arbeta så nära i team med psykiatrien som man hade velat. Ändå hade man i Lidingö, när arbetet med SE startades, en gemensam utbildning där även medarbetare från psykiatrien deltog. I Österåker startades SE-verksamhet lite tidigare än i Lidingö, utan att man var medveten om att IPS-modellen fanns. I Vallentuna gjordes 2015 en nystart för SE-verksamhet där den främsta skillnaden mot IPS förefaller vara att den nära och helst i team utformade samverkan med psykiatrien inte har kunnat tillämpas.

Österåker, genom ILSA, och Vallentuna, genom Vallentuna Arbetscoachning, har samlat SE inom särskilda enheter. Lidingö har i stället kopplat arbetscoacherna till respektive sysselsättningsverksamhet för psykiska och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar respektive utvecklingsstörning. Dessa organisatoriska skillnader förefaller dock inte ha påverkat arbetssättet nämnvärt, om alls. De anpassningar som görs, t.ex. i form av pedagogiska eller kognitiva hjälpmedel, är i stället kopplade till arbetscoachernas professionella grundkompetens, vilket kan vara olika eftersom det inte finns någon gemensam grundutbildning för arbetscoacher.

Verksamheterna har även egna utarbetade arbetskompendier som alla liknar IPS i att de syftar till att snabbt kartlägga respektive persons förutsättningar och intressen samt det stöd han eller hon kommer att behöva på arbetsplatsen. De flesta av IPS grundprinciper enligt Socialstyrelsen (2012a, s. 12) följs, i princip: 1) Alla som vill arbeta får delta, 4) personerna får ekonomisk vägledning, 5) arbetssökandet börjar inom mycket kort tid, 7) klientens preferenser är centrala, samt även 8) att bygga

relationer med arbetsgivare (se Areberg 2013). Det går även att säga att 3), målet är ett konkurrensutsatt arbete, också följs, men studiens resultat visar att denna princip behöver problematiseras.

Den huvudsakliga skillnaden mot IPS, vilket har framhållits ovan, gäller grundprincipen 2), att arbetscoachernas arbete inte har kunnat integreras i den psykiatriska vården. Problemet med sektorsindelningen är även ett av de huvudsakliga problemen som kommuner som implementerat IPS har haft att hantera (Markström et al. 2015). Även princip 6), att stödet inte ska vara tidsbegränsat, är på grund av socialtjänstens tillämpning av biståndsbedömning enligt 4 kap 1 § SoL inte självklar, men förefaller ha kunnat hanteras utan större svårigheter.

Vallentuna Arbetscoachning hade störst antal personer inskrivna, men eftersom verksamheten hade gjort en nystart 2015 hade mindre än en femtedel varit inskrivna så länge som två år. Hos ILSA i Österåker och de aktuella verksamheterna i Lidingö, där SE-verksamhet har funnits i sin nuvarande form sedan många år, hade över hälften varit inskrivna för SE i två år eller längre.

Avseende studiens andra frågeställning, om vilka personer som omfattas av stödet, tog verksamheterna emot personer som hade tre huvudsakliga typer av funktionsnedsättning: psykisk, neuropsykiatrisk respektive utvecklingsstörning. Nästan en femtedel av de aktuella personerna hade både psykisk och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Personer med utvecklingsstörning utgjorde 15 % av den totala gruppen, men på grund av det begränsade antalet har dessa personer räknats i studien till den stora gruppen personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, trots att utvecklingsstörning inte är den typen av funktionsnedsättning. Såväl psykisk som neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är breda grupper som inkluderar många typer av psykiska funktionsnedsättningar, såväl psykosrelaterade som andra, bl.a. depressioner eller bipolära nedsättningar. Personer med neuropsykiatriska nedsättningar hade bl.a. autismspektrumstörning eller ADHD, ibland i kombination.

Det var också stor spridning i ålder bland kunderna, från personer födda på 1950-talet till personer födda på 1990-talet.

Utbildningsnivån låg för en majoritet mellan grundskola som lägst och gymnasium som högst. En liten grupp, huvudsakligen personer med psykisk funktionsnedsättning, hade högskoleutbildning. Det var dock stor spridning när det gäller arbetslivserfarenhet. En tredjedel av den totala gruppen hade ingen eller mindre än sex månaders arbetslivserfarenhet, medan drygt en fjärdedel hade arbetat fem år eller längre. Det fanns en tendens, fast inte statistiskt signifikant, till att personer med psykisk funktionsnedsättning hade arbetat längre medan fler personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning inte hade arbetat alls.

I övrigt kan nämnas att en majoritet av den totala gruppen var ensamstående utan barn, men det fanns även personer i parförhållanden och 5 % hade egna hemmaboende barn. Fler personer med psykisk funktionsnedsättning bodde i ordinärt boende, ibland med boendestöd eller assistans, medan fler personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

bodde i särskilt boende eller hos föräldrar eller släktingar. Många personer hade också fysiska besvär. 5 % hade problem med missbruk.

Resultaten avseende studiens tredje frågeställning, rörande förändringar i sysselsättning, visar att verksamheterna har varit framgångsrika när det gäller att få många personer i sysselsättning samt att förändringarna var ungefär lika för varje grupp oavsett typ av funktionsnedsättning, kön, ålder, eller arbetslivserfarenhet. Det skedde en tydlig förändring redan inom de första sex månaderna, då andelen som helt saknade sysselsättning vid inskrivning var 55 % vilket minskat till 15 % efter sex månader, och andelen som hade sysselsättning enbart genom socialtjänstens sysselsättningsverksamheter också minskat, från 31 % till 17 %. Effekten bestod, med ungefär samma skillnader efter 18 månader.

Den dominerande sysselsättningsformen var praktik. Det fanns dock en klar och statistiskt signifikant tendens till att längre inskrivning ledde till att fler fick arbete, då denna andel ökade från 10 % efter sex månader till 20 % efter 18 månader.

Det var stor spridning såväl när det gäller arbetsplatser som omfattningen av sysselsättning. De flesta praktikplatser var hos privata arbetsgivare, men även många kommunala verksamheter tog emot för praktik. De som hade praktik hade oftast halvtid eller mindre, ibland i kombination med socialtjänstens sysselsättningsverksamhet, men en del var på praktik 30 timmar i veckan eller mer. Bland de som fick arbete hade knappt en fjärdedel (23 %) ordinarie anställning, några hade startat eget företag och några arbetade på sociala företag, medan de övriga hade olika former av subventionerade anställningar – lönebidrag, Offentligt skyddat arbete (OSA) eller anställning via Samhall. Ungefär hälften av de som fick anställning arbetade heltid (30 timmar i veckan eller mer). Några få studerade. Av de tre verksamheterna arbetade endast Lidingö aktivt med Supported Education (SEd).

Studien visar även att SE är en långsiktig insats. Många personer i studien hade varit inskrivna i tre år eller längre. Men trots att data samlades in för en period om två och ett halvt år, har det inte varit möjligt att få fram uppgifter om hur stor andel av kunderna som så småningom får ett arbete efter längre tid än 18 månader, hur länge de kunde behålla ett arbete, eller hur länge de som hade praktik oftast var på sina praktikplatser.

Avseende studiens fjärde frågeställning, rörande hur försörjningen påverkades för de personer som fick sysselsättning, visar resultaten att de flesta har någon form av ersättning från Försäkringskassan som huvudförsörjning även efter sex månader eller 18 månader med SE. De personer som fick arbete har dock även helt eller delvis kunnat försörja sig genom sin lön. En liten ökning kunde noteras redan efter sex månader och andelen ökade ytterligare till en signifikant ändring efter 18 månader till 20 %. Samtidigt minskade andelen som försörjde sig helt genom socialtjänstens försörjningsstöd – från 13 % vid inskrivning till 4 % efter 18 månader.

STUDIENS RESULTAT I JÄMFÖRELSE MED ANNAN FORSKNING OM SE

Internationell forskning om SE har ofta fokuserat på andelen personer som får anställning enligt IPS-modellen. Där kan siffror mellan 34 % och 61 % hittas, framför allt i studier gjorda i USA (Crowther et al. 2001, Bond et al. 2008), medan en stor europeisk studie (Burns, White & Catty 2008) visar på 54 %. I en sådan jämförelse framstår resultaten i de tre kommunerna i nordöstra Stockholm, där 19 % av personerna i studien hade anställning efter insatsen, som sämre. Här ska dock påpekas att resultaten varierar, t.ex. visade en studie i Storbritannien (Howard et al. 2012) inte på några skillnader alls mellan IPS och sedvanlig vård. Dessutom är evidensen för IPS-modellens effektivitet stark, framför allt när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning men svagare för de övriga grupperna som verksamheterna i nordöstra Stockholm arbetar med – neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och utvecklingsstörning.

En jämförelse med forskning om SE i Sverige är angelägen, med anledning av skillnaderna mellan svenska förhållanden och förhållanden i andra länder där SE och IPS har studerats, inte minst när det gäller förekomsten av praktik och subventionerade anställningsformer såsom t.ex. lönebidrag. I Arebergs studie (2013), som är den enda RCT-studie om IPS som gjorts i Sverige, hade 46 % fått anställning efter 18 månader med IPS och 11 % i kontrollgruppen. I jämförelse med detta är resultaten i de tre kommunerna i nordöstra Stockholm, där 19 % hade fått anställning efter 18 månader, klart sämre. De är dock i närheten av Nygren och kollegors (2011) resultat, då 25 % hade fått anställning efter ett år, och bättre än de samlade resultaten för de 32 försökskommunerna i Socialstyrelsens IPS-projekt, där 16 % hade fått anställning vid mättillfället (Socialstyrelsen 2014).

Samtidigt ska noteras att, om man betraktar den bredare frågan om sysselsättning, dvs. när hänsyn tas till antalet personer i praktik, finns liknande tendenser i samtliga dessa studier. I Nygren och kollegors (2011) studie, hade t.ex. 71 % ingen sysselsättning alls vid baslinje, men efter ett år hade den siffran sjunkit till 6 %, vilket framför allt berodde på att 72 % hade fått praktik. Även i Arebergs (2013) studie bidrog det faktum att många hade fått praktik till den stora minskningen i antalet personer som saknade sysselsättning.

Diskussion

Denna utvärdering visar att verksamheterna i studien erbjuder stöd genom Supported Employment (SE) till vuxna personer, både kvinnor och män, i alla åldrar. Kunderna är personer med psykiska och/eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, inklusive utvecklingsstörning. Många kunder har även olika typer av fysiska besvär. Några enstaka kunder har problem med missbruk.

Sammantaget visar resultaten att verksamheterna kan hjälpa personer med funktionsnedsättning som saknar sysselsättning, eller som enbart har sysselsättning genom daglig verksamhet inom socialtjänsten, att hitta sysselsättning på ordinarie arbetsplatser. Vissa av dessa personer får möjlighet att gå vidare till olika former av anställning och kan därmed helt eller delvis sköta sin egen försörjning. Dessa resultat gäller oavsett ålder, arbetslivserfarenhet eller (i den grad det har kunnat undersökas) utbildningsbakgrund.

Utbyggnaden av verksamheter som erbjuder SE utgör en mycket intressant utveckling inom socialtjänsten, inte minst därför att insatsen förefaller ge resultat för alla de studerade grupperna – såväl personer med psykisk funktionsnedsättning som neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och även (också här i den grad det har kunnat undersökas) personer med utvecklingsstörning. Många personer som helt saknar sysselsättning kan med denna insats få en sådan, och många personer som annars har sysselsättning enbart inom socialtjänstens verksamheter kan få någon form av plats på ordinarie arbetsplatser. En fördel för kommunerna är dessutom att antalet personer som är beroende av försörjningsstöd kan minska något. Det är också intressant att många unga vuxna personer omfattas av insatsen.

Samtidigt ska framhållas att det även i fortsättningen kommer att finnas ett behov av traditionella sysselsättningsverksamheter enligt SoL och LSS. En del personer återgår till dessa verksamheter efter att ha provat SE och andra går kvar parallellt med praktik. Till dessa kan läggas de personer som går på sysselsättningsverksamheterna och inte söker sig till SE.

Det ska också framhållas att SE är en långsiktig insats. Många personer är kvar i praktik under lång tid och förefaller kontinuerligt behöva stöd från en SE-arbetscoach.

Studiens resultat visar att andelen personer som får sysselsättning genom anställning kan öka med tid. Antalet som hade fått anställning var 10 % efter sex månader, men hade ökat till 20 % efter 18 månader. Denna tendens kan eventuellt gälla även för längre perioder.

Samtidigt finns det frågor som kan fördjupas och problematiseras. Kommande studier skulle kunna belysa brukarnas perspektiv på SE. Vad är det i SE som hjälper – eller som inte hjälper – hos arbetscoachen, hos arbetsgivaren, eller hos andra som personen kommer i kontakt med? För de som har fått anställning – hur gick det till att bli anställd och hur har det fungerat?

Inte minst behövs en fördjupning kring värdet av praktik. Endast en femtedel av alla personer i denna studie hade fått anställning efter 18 månader. Många hade praktik på en enda arbetsplats under långa perioder, medan andra bytte praktikplats flera gånger, utan att få anställning. Hur ska man då se på målet med SE som insats? Ska målet för denna typ av verksamhet alltid vara det som gäller enligt IPS grundprincip 3) – ett konkurrensutsatt arbete på den ordinarie arbetsmarknaden, det vill säga ett icke-subventionerat ordinarie lönearbete? Många personer har innan SE helt saknat sysselsättning och ytterligare andra har besökt socialtjänstens sysselsättningsverksamheter under lång tid, ibland under många år. Skulle det i stället vara ett adekvat mål för dessa personer att få en, som det heter i SoL (SFS 2001:453) ”meningsfull sysselsättning” – i dessa fall t.ex. praktik hos en privat eller kommunal arbetsgivare? Här ska dock också påpekas att praktik inte innebär någon ändring i försörjning eftersom personer som har praktik fortfarande är beroende av bidrag antingen från Försäkringskassan eller från socialtjänsten.

Att alla tre verksamheter i studien arbetar med inspiration från IPS, eller i varje fall på ett sätt som har stora likheter med IPS, leder naturligtvis till frågan om resultaten framför allt avseende antalet personer som får anställning skulle ha blivit bättre om IPS hade kunnat implementeras fullt ut. Jämförelser med annan forskning, som diskuterats ovan, ger ingen tydlig ledning i denna fråga. Även i Markström och kollegors (2015) utvärdering av Socialstyrelsens försöksverksamheter fick många verksamheter modifiera IPS-modellen avseende punkten om integrerad vård och stöd.

För närvarande är detta dock inte aktuellt, eftersom verksamheterna inte har eller har haft förutsättningar för en nära teambaserad samverkan med psykiatri och även med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som en sådan implementering skulle innebära. Syftet med denna studie har i stället varit att undersöka SE-verksamheterna i sin nuvarande form, och resultaten visar att verksamheterna uppnår positiva förändringar för många personer med funktionsnedsättning avseende deras situation vad gäller sysselsättning.

Eventuellt kan förutsättningarna för SE komma att ändras i dessa kommuner. Österåker är redan medlem i Samordningsförbundet Södra Roslagen och förslag finns på att även Vallentuna ansluter sig. Om samordningsförbundet engagerar sig i de personer som idag får stöd i de existerande SE-verksamheterna kan det eventuellt finnas möjlighet att uppfylla även IPS grundprincip om integrerad vård och stöd, och det kan så småningom finnas möjlighet att jämföra resultaten från en sådan verksamhet

med de resultat som visas i denna studie. För att en IPS-verksamhet inom ramarna för Samordningsförbundet Södra Roslagen ska kunna ersätta de existerande SE-verksamheterna skulle krävas även att denna verksamhet får tillräckliga resurser för att ta emot lika många personer som nu får stöd i kommunerna, vilket enligt uppgift inte är aktuellt för närvarande. Samordningsförbundet skulle snarare kunna utgöra en länk mellan de olika parterna för att underlätta samverkan.

Sammantaget förefaller SE-verksamheterna utgöra ett viktigt verktyg i arbetet med större integration och delaktighet för personer med funktionsnedsättningar i samhället – att dessa personer ska få ”leva som andra”.

Referenser

- Arbetsförmedlingen** (2016). *Arbetsförmedlingens årsredovisning 2016*.
- Areberg, C.** (2013). *Individual Placement and Support for Persons with Severe Mental Illness – outcomes of a randomised controlled trial in Sweden*. Diss. Lund University.
- Becker, D.E. & Drake, R.E.** (1994). Individual Placement and Support: A Community Health Center Approach to Vocational Rehabilitation. *Community Health Center Journal*, Vol. 30 (2): 193–206.
- Bejerholm, U. & Björkman, T.** (2011). Empowerment in supported employment research and practice: Is it relevant? *International Journal of Social Psychiatry*, 57 (6), 588–595.
- Bejerholm, U.** (2012). Arbetsrehabilitering enligt IPS. I Bogarve, C., Ershammar, D. & Rosenberg, D. (red.) *Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder*. Stockholm: Gothia.
- Bengs, A.K., Borg, G. & Liljeholm, U.** (2013). *Studieinriktad rehabilitering – Supported Education ur tre perspektiv*. Tullinge: FoU Södertörn.
- 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.
- Bond, G.R., Drake, R.E. & Becker, D.R.** (2008). An Update on Randomised Controlled Trials of Evidence-based Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31 (4), 280–290.
- Burns, Tom, White, S.J. & Catty, J.** (2008). Individual Placement and Support in Europe: The EQOLISE trial. *International Review of Psychiatry* 20 (6), 498–502.
- Charzńska, K., Kucharska, K. & Mortimer, A.** (2015). Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? – A review of the existing evidence. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28 (3): 407–418.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R. & Huxley, P.** (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review). *The Cochrane Library* (11).
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O.** (2003). *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

- Egidius, H.** (2018). *Psykologilexikon*. Natur & Kultur.
<https://www.psykologiguident.se/psykologilexikon/>. Avläst 2018-01-21.
- Eklund, M., Hansson, L. & Ahlqvist, C.** (2004). The Importance of Work as Compared to Other Forms of Daily Occupations for Well-being and Functioning for Persons with Long-Term Mental Illness. *Community Mental Health Journal* 40 (5), 465–477.
- Försäkringskassan** (2016). *Årsredovisning 2016*. Försäkringskassan.
- Gustafsson, J.** (2014). *Supported employment i en svensk kontext – förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller ett arbete*. Doktorsavhandling. Studies from The Swedish Institute for Disability Research 59. Örebro universitet.
- Hetzler, A.** (2004). Rehabilitering och de långtidssjukskrivna. I Lindqvist, R. & Hetzler, A. (red.) *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur.
- Hoffman, H., Jäckel, D., Glauser, S., & Kupper, Z.** (2012). A randomized controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125, 157–167.
- Howard, L.M., Heslin, M., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., Spokes, T., Huxley, P. & Thornicroft, G.** (2012). Supported employment: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 196, 404–411.
- Ineland, J., Molin, M. & Sauer, L** (2009). *Utvecklingsstörning, samhälle och välfärd*. Malmö: Gleerups.
- Junestav, M.** (2004). *Arbetslinjer i svensk socialpolitisk debatt och lagstiftning 1930–2001*. Doktorsavhandling. Uppsala Studies in Economic History, 72. Uppsala: Acta Universitatis Upsalienis.
- Kvale, S. & Brinkmann, S.** (2013). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lexén, A.** (2014). *Work and Psychiatric Disabilities: A person, environment and occupation perspective on Individual Placement and Support*. Diss. Lund University.
- Lindqvist, R.** (2004). Teoretiska perspektiv på funktionshinder och rehabilitering. I Lindqvist, R. & Hetzler, A. (red.) *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, R.** (2007). *Funktionshindrade i välfärdssamhället*. Malmö: Gleerups.
- Lindqvist, R., Markström, U. & Rosenberg, D.** (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället*. Malmö: Gleerups.
- Lugnegård, T.** (2012). *Asperger syndrome and schizophrenia*. Diss. Lund University.
- Lövgren, V., Markström, U. & Sauer, L.** (2017). Towards employment: What Research Says about Support to Work in Relation to Psychiatric and Intellectual Disabilities. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation* 16 (1), 14–37.
- Markström, U., Bejerholm, U., Svensson, B. & Bergmark, M.** (2015). *Implementering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni – exemplen IPS och ACT*. Lunds universitet. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI).
- Marrawath, S. & Johnson, S.** (2004). Schizofrenia and employment – A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 337–349.
- Marrone, Joe & Gold, Martine** (1994). Supported Employment for People with Mental Illness: Myths and Facts. *Journal of Rehabilitation*. Vol. 60: 38–47.

- McLaren, J., Lichtenstein, J.D., Lynch, D., Becker, D. & Drake, R.** (2017). Individual Placement and Support for People with Autism Spectrum Disorders: A Pilot Program. *Administration Policy and Mental Health* (44): 365–373.
- Noel, V.A., Oulvey, E., Drake, R.E. & Bond, G.R.** (2017). Barriers to Employment for Transition-age Youth with Developmental and Psychiatric Disabilities. *Administration Policy and Mental Health* (44), 354–358.
- 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), 591–598.
- Nygren, U.** (2012). *Individual Placement and Support (IPS) i en socialpsykiatrisk kontext – En väg till arbete för personer med psykiskt funktionshinder?* Umeå University Medical Dissertations, New Series No 1509. Umeå Universitet.
- Piiva, K.** (2013). Happy without reason – mental illness and the “right” to happiness in Sweden. In Marklund, C. (red.) *All Well in the Welfare State? Welfare, well-being and the politics of happiness*. NordWel Studies in Historical Welfare State Research. Helsinki: NordWel.
- Piiva, K., Topor, A., Bergroth, M. & Åberg, M.** (2012). *Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Socialstyrelsen. Artikelnr. 2012-5-27.
- Rinaldi, M., Perkins, R., McNeil, K., Hickman, N. & Singh, S.P.** (2010). The Individual Placement Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK. *Journal of Mental Health* 19 (6): 483–491.
- Ringeisen, H., Langer Ellison, M., Ryder-Burge, A., Biebel, K., Alikhan, S. & Jones, E.** (2017). *Psychiatric Rehabilitation Journal* 40 (2), 197–206.
- Samhall** (2016). *Årsredovisning 2016*.
- SFS 1980:620**. Socialtjänstlagen (SoL), ändrad 1990:1403.
- SFS 1993:387**. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- SFS 2001:453**. Socialtjänstlagen (SoL).
- SFS 2003:1210** Lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting (FINSAM).
- Shanks, E.** (2016). *Managing social work – Organisational conditions and everyday work for managers in the Swedish social services*. Doctoral Thesis. Stockholm studies in social work 33. Department of Social Work, Stockholm University.
- Socialstyrelsen** (2001). *Gränsöverskridande rehabilitering – hur gick det sedan?* En uppföljning av 110 verksamheter för personer med psykiska funktionshinder. Artikelnr. 2001-103-6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen** (2010a). *Alltjämt ojämlikt: Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*. Socialstyrelsen. Artikelnr. 2010-06-21.
- Socialstyrelsen** (2010b). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2010. Preliminär version*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen** (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr 2011-1-3.
- Socialstyrelsen** (2012a). *Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen – vägledning för arbetscoacher*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr. 2012-8-5.
- Socialstyrelsen** (2012b). *Manual för att bedöma programtroheten för individanpassat stöd till arbete – enligt modellen Individual placement and support*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen** (2014). *Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner – Individual Placement and Support, individanpassat stöd till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr. 2013-12-19.
- Socialstyrelsen** (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr. 2015-4-2.
- Socialstyrelsen** (2017). *Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning*. Nationella riktlinjer – remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr. 2017-10-34.
- SOU 1992:73**. *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Statens offentliga utredningar.
- SOU 2006:100**. *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Statens offentliga utredningar.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C.** (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work* 42, 443–460.
- Thernlund, G.** (red.) (2013). *ADHD och autismspektrum i ett livsperspektiv – en klinisk introduktion till utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Topor, A.** (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Topor, A.** (2005). Återhämtning från svåra psykiska problem – bidragande faktorer. I Sundgen, M. & Topor, A. (red.) *Socialpsykiatri*. Stockholm: Bonniers.
- Topor, A.** (2016). En social förståelse av psykiska problems uppkomst och utveckling. I Andersson, G., Bulöw, P., Denhov, A. & Topor, A. *Från patient till person. Om allvarliga psykiska problem – vardag, vård och stöd*. Lund: Studentlitteratur.
- Twamley, E.W., Jeste, D.V. & Lehman, A.F.** (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191 (8), 515–523.
- Van Erp, N.H.J., Giesen, F.B.M., van Weeghel, J., Kroon, H., Michon, H.W.C., Becker, D., McHugo, G.J. & Drake, R.E.** (2007). A Multisite Study of Implementing Supported Employment in the Netherlands. *Psychiatric Services* 58 (11), 1421–1426.
- Westbrook, J.D., Nye, C., Fong, C.J., Wan, J.T., Cortopassi, T. & Martin, F.H.** (2012). *Adult Employment Assistance Services for Persons with Autist Spectrum Disorders: Effects on Employment Outcomes*. Campbell Systematic Reviews, 2012 (5).
- Yin, R.K.** (2009). *Case Study Research – Design and Methods*. 4th ed. London: Sage.

Bilagor

BILAGA 1

Beskrivande faktorer rörande familjeförhållanden, barn samt boende (%)

	Psykisk funktionsneds. n = 51	Neuropsyk. funktionsneds. n = 83	Både psykisk och neuropsyk. funktionsneds. n = 33	Totalt n = 170 ¹⁴
Familjeförhållanden				
Ensamstående	65	49	64	57
Gift/partner	22	14	12	16
Med föräldrar, släkt eller annan vuxen **	14	35	24	26
Ej känt	0	1	0	1
Barn				
Inga barn	76	89	76	82
Egna hemmaboende	4	6	10	5
Andra barn hemmaboende	2	0	3	1
Egna barn ej hemma eller hemma ibland **	18	4	30	11
Ej känt	0	1	0	1
Boende				
Eget boende ¹⁵ ***	80	39	57	55
Särskilt boende/gruppboende	8	23	12	16
Hos föräldrar eller släkt *	12	35	30	27
Tillfälligt hos vänner	0	2	0	1
Ej känt	0	1	0	1

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

14. Tre personer var inskrivna av andra skäl.

15. Inklusive personer med socialkontrakt, eller med hjälp av boendestöd eller assistent.

BILAGA 2

Antal personer på respektive typ av praktikplats (%)

Typ av praktikplats	Antal personer (%)
Kommunal	28
Landsting	1
Privat	63
Ideell	8

Antal timmar per vecka för personer på praktikplats (%), n = 91

Antal timmar per vecka	Antal personer (%) (samtlige)
1 – 5 timmar	20
6 – 10 timmar	23
11 – 20 timmar	30
21 – 29 timmar	11
30 – 40 timmar	9
Ej rapporterat	8

BILAGA 3

Försörjning under mätperioden (%), n = 170 ¹⁶

Försörjning	Antal personer (%)
Sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning helt	71
Sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning del	8
Försörjningsstöd helt	14
Försörjningsstöd del	2
Anhörig	3
Lön helt	3
Lön del	8
Studiemedel	1
Annat, ej känt	2

16. Det totala procenttalet uppgår till mer än 100 då en del personer hade flera former av försörjning.

BILAGA 4

Förändring i sysselsättning vid inskrivning jämfört med efter 18 månader (%), fördelade per typ av funktionsnedsättning, kön och ålder. Andelen personer med praktik, anställning eller studier, hel- eller deltid.

	Inskrivning	18 månader
Typ av funktionsnedsättning		
Psykisk funktionsnedsättning (n=32) *	12	50
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (n=48) ***	19	68
Psykisk och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (n=13)**	15	67
Kön		
Kvinnor (n=43) ***	14	61
Män (n=51) ***	18	63
Ålder		
Födda 1950 – 1969 (n=20) *	20	65
Födda 1970 – 1979 (n=21) *	14	52
Födda 1980 – 1989 (n=26) ***	19	73
Födda 1990 – 1997 (n=27) ***	11	56

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

BILAGA 5

Andelen personer med olika arbetslivserfarenhet som hade hel- eller deltidsanställning efter 18 månader eller avslut (%).

Arbetslivserfarenhet	Anställning efter 18 månader
Ingen eller mindre än 6 månader (n=31)	19
6 månader – 4 år (n=23)	22
5 år eller längre (n=29)	10