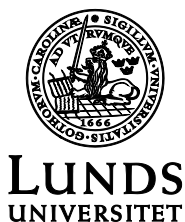


**IMPLEMENTERINGEN AV
ARBETSREHABILITERING ENLIGT IPS-
MODELLEN I ETT VÅRDTEAM FÖR
NYINSJUKNADE I PSYKOS
– EN ÖVERSIKTLIG RAPPORT**

Ulrika Bejerholm & Helene Hillborg



Copyright: Ulrika Bejerholm, professor i psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforskning, Lunds universitet; Helene Hillborg, doktor i handikappvetenskap, Lunds universitet; 2016

Form och design: Anna K Blomgren, 2016

Förord

Vi vill först rikta ett stort tack till Socialstyrelsen som beviljade medlen för vår satsning och Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI), forskare Ulrika Beijerholm och Helene Hillborg, som följt satsningen och skrivit denna rapport.

Utän deras engagemang, kunskap och utifrånperspektiv hade projektet inte gett oss de erfarenheter som vi nu har förmånen att ta del av.

Lite om bakgrunden till projektsamarbetet

Misa AB, enhet Fridhemsplan, och Midhagen öppenvårdsmottagning 1 inom Norra Stockholms Psykiatri diskuterade under åren 2012-2013 möjligheterna att skapa ett gemensamt samverkansprojekt runt gruppen unga med förstagångspsykos. Gemensamt för båda organisationer var att det under lång tid upplevts hur rigida tidsramar och snäva uppdrag kunde leda till att individer som behövde snabba insatser mot inkludering i arbetsmarknaden föll mellan stolarna.

En idé utvecklades utifrån Midhagens behov av att hitta en samarbetspart för klienter som snabbt ville komma ut i yrkeslivet under återhämtningsfasen

Midhagens mottagning har ett stort upptagningsområde med många handläggare inom socialtjänsten. En stor utmaning låg i att kommunerna hade svårt att koordinera klienter till insatser enligt IPS-metoden, speciellt i Stockholm stad där endast ett fåtal klienter kunde erbjudas denna möjlighet.

Individual Placement and Support (IPS) är en evidensbaserad metod och en insats som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen har i en rapport påtalat att patienter med långvarig svår psykisk störning riskerar att inte få denna insats då insatsen i så fall måste knytas närmare den psykiatriska behandlingen.

Misas enhet Fridhemsplan hade inhämtat egen erfarenhet i metoden IPS och forskningsmässig evidens där tonvikten och framgångsfaktorn i metoden var att ha ett nära samarbete med psykiatriskt öppenvårdsteam runt de enskilda klienterna. De samarbeten som Misa utvecklade med psykiatri-team skapades runt enskilda individer utifrån IPS-metoden. Dock var dessa mer informella utan gemensam plan.

Även om IPS som metod och form succesivt fått ökad spridning i Sverige ansåg både Misa och Midhagen att det fanns behov av att kunna stärka erfarenheterna av, och påvisa vinsterna med, att knyta IPS- insatsen närmare den psykiatriska behandlingen och därmed originalmodellen där integrering av IPS i det psykiatriska teamet är en viktig princip.

Vi ansåg vidare att det skulle vara en viktig erfarenhet att se specialistpsykiatrin samverka med en erfaren aktör specialiserad på IPS och ”steget till arbete” och även hur samsarbetsformerna kunde utvecklas.

Socialstyrelsen utlyste stadsbidrag 2013 där Midhagen och Misa gemensamt sökte medel. Huvudsakligen fokuserades ansökan på att utvärdera den 5:e principen i IPS, d.v.s. principen att arbetskonsulent specialiserad på IPS fanns att tillgå direkt i det psykiatriskateamet. Projektbidraget beviljades 2014.

För att tillförsäkra en bra uppföljning kontaktade den nybildade styrgruppen Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) och fick då kontakt med Ulrika Beijerholm och Helene Hillborg. Utifrån denna kontakt utvecklades idén om ett parallellt forskningsprojekt i syfte att bättre kunna följa utvecklingen och effekten av samarbetet. Detta är också anledningen till denna rapport.

¹ Midhagen heter sedan 1/1-2016 ”Mottagningen för nydebuterade psykosjukdomar”

Projektet startade under hösten 2015 och varade i 12 månader.

Reflektioner efter att satsningen är genomförd.

Vi kan nu blicka tillbaka på en period där vi fått styrkt det som framkommit i andra liknande forskningsprojekt. Ett regelbundet samarbete mellan psykiatri-team och specialister som arbetar med IPS i strukturerad form ger positiva effekter för klienter.

För ett flertal klienter var det första gången de erhöll individuellt utformat stöd både i medicinskt avseende parallellt med stöd i arbetslivsområdet. För vissa innebar stödet att de snabbt kom ut i praktik, för andra en väg till studier och för några blev anställning en realitet.

Vi såg också hur samarbetet mellan Misa och Midhagen utvecklades från att vara två ganska disparata organisationer med olika arbetskulturer till att bli ett team som snabbt kunde lösa och stödja enskilda individers utmaningar såväl som att överbygga problem med organisationsgränserna.

Vi såg tydligt att styrkan var att de två organisationerna i nära vardagssamarbete kunde bistå med sin specialistkunskap och att summan vart mer än de olika organisationerna hade var för sig. Projekterfarenheterna visar således att det är fullt möjligt för två organisationer att utveckla effektiva IPS-samarbeten även om det startas upp på en relativt kort tid, förutsatt att engagemang och vilja finns.

Vi ser framför oss att vårt projektsamarbete kan vara ett gott exempel på hur psykiatrin kan utveckla samarbetsformer med syfte att skapa bra förutsättningar för unga med förstagångspsykos för att de snabbt ska kunna komma vidare i sin rehabilitering.

Om Misa:

Misa grundades 1994 i syfte att främja att personer med arbetshinder skulle få möjlighet att delta i det ordinarie arbetslivet. En stark strävan att förändra attityden i samhället för att skapa "ett arbetsliv för alla" har sedan starten genomsyrat Misa och Misas verksamhet.

Inom Misa finns en tro på att en plats i det ordinarie arbetslivet ger människor styrka, självförtroende och möjlighet att vara delaktiga i det ordinarie samhällslivet. Förutom egenförsörjning öppnar arbete även dörren till en värld av situationer och relationer som ger människor möjligheter till ett rikt liv.

Misa erbjuder individuellt utformat stöd till personer så att de kan ta steg vidare mot det ordinarie arbetslivet. Den huvudsakliga metoden som används är "Supported Employment" och IPS är en utveckling av SE-metoden som riktat till personer med psykisk funktionsnedsättning.

I och med att Misas uppdrag är bidra till ett inkluderande arbetsliv investerar företaget årligen resurser för att stödja interna och externa satsningar i syfte att stärka alla människors position i samhället och på arbetsmarknaden.

Samarbetet med Midhagen och bidrag till att följa denna satsning har varit ett sådant initiativ.

www.misa.se

Om Midhagen:

Midhagen är en mottagning inom Norra Stockholms Psykiatri med inriktning mot förstagång-insjuknade i psykos mellan 18-45 år och startade sin verksamhet hösten 2009 då två tidigare enheter för förstagångsinsjuknade slogs ihop. Mottagningen har ett basansvar för ca 350 000 invånare i de centrala och västra delarna av Stockholm (5 stadsdelar) samt Ekerö, men tar även emot valfrihets-patienter från andra delar i länet.

På mottagningen arbetade ett multiprofessionellt team och mottagningen arbetar evidensbaserat utifrån befintliga styrdokument såsom psykosociala riktlinjer vid schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd.

I riktlinjerna står bl.a. att patienterna ska erbjudas stöd till ett arbete på öppna marknaden utan mer omfattande föregående bedömning och arbetsträning enligt Individual Placement and Support modellen (IPS). De arbetscoacher som arbetar enligt IPS-metoden ska integreras eller arbeta i mycket tätt samarbete med det psykiatriska teamet.

För mottagningen har det varit svårt att erbjuda patienterna denna insats då ansvaret för beslut om och genomförande av IPS-insatser har legat på en annan huvudman. Konsekvensen av detta är att många patienter inte får det stöd som de har rätt till för att komma till det ordinarie arbetslivet.

www.norrastockholmspsykiatri.se/vard-hos-oss/Oppenvard/Mottagning-for-nydebuterade-psykossjukdomar/

Innehållsförteckning

FÖRORD	3
BAKGRUND	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
METOD	10
Kontext	10
Urval, datainsamling och analys	10
RESULTAT	11
Intervjustudierna	11
Programtrohet	14
Individuppföljning av arbetsstatus, hälsa och skattning av insats	14
AVSLUTANDE REFLEKTIONER	16
REFERENSER	18
BILAGOR	20
Bilaga 1. IPS-principerna	20
Bilaga 2. Supported Employment Fidelity Scale (SEFS) (Becker et al, 2008)	21

Bakgrund

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni har rekommenderat att Individual Placement and Support (IPS) ska erbjudas de som vill arbeta (place-then-train), i motsats till traditionella arbetsrehabiliteringsinsatser som endast rekommenderas i enstaka fall (Socialstyrelsen, 2011). IPS är en evidensbaserad insats nationellt och internationellt (Bejerholm et al, 2015; Bond et al, 2008; Bond et al, 2012; Burns et al, 2007; Campbell et al, 2009). I traditionella insatser ingår omfattande för-rehabilitering och arbetsförmågebedömningar innan målet att arbeta kan bli ett realistiskt steg att ta (train-then-place) (Bejerholm et al, 2011). I IPS söks arbete direkt utifrån det individen vill och klarar av samtidigt som hen får stöd under arbetsåtergången och i förhållande till arbetsplatsen (Bilaga 1).

Åren 2012-2014 stimulerade socialstyrelsen Sveriges kommuner att implementera IPS i sina verksamheter. Resultatet av satsningen sammanfattas i en CEPI-rapport (Markström et al, 2015). Satsningen hade goda intentioner och idag erbjuder flertalet kommuner IPS till sina invånare med psykisk ohälsa. Utifrån rapportens programtrohetsmätningar går det att nå upp till en god programtrohet. Samtidigt når kommunerna inte målgruppen för IPS, de med schizofreni och psykos. Dessutom integreras inte deras IPS-verksamheter med den psykiatriska behandlingen. Detta är ett problem eftersom kompetensen psykiatrin har utgör en viktig del av IPS för att deltagaren ska kunna arbeta och ha psykisk hälsa (Bejerholm et al, 2015).

Hittills finns inget vetenskapligt stöd för hur IPS kan implementeras i ett nyinsjuknade team för personer med psykos inom svensk sjukvård. Att studera överföringen av evidensbaserade metoder till praktik är centralt för att förstå betydelsen av dessa insatser (Corrigan et al, 2001; Fixsen, 2005). I den här övergripande rapporten beskrivs implementeringen av IPS i ett psykiatriskt sjukvårdsteam för nyinsjuknade i psykos under ett år. Vi följer personalens såväl som deltagarnas erfarenheter, verksamhetens programtrohet och individmått på arbete, praktik eller studier. Att studera om deltagarna mår bättre, når sina personliga mål och uppskattar den terapeutiska alliansen är också något rapporten tar upp, och som är viktigt för att förstå insatsers betydelse som helhet (Slade, 2009). Resultatet kommer att presenteras i vetenskapliga publikationer i internationella tidskrifter men sammanfattas i denna rapport.

Ulrika Bejerholm, professor i psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforskning, Lunds universitet och Helene Hillborg, doktor i handikappsvetenskap, Forskning och Utveckling Landstinget Västernorrland. Institutionen för Hälsovetenskaper, Forskargrupp Arbete och Psykisk Hälsa, Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI).

Lund 2016

Syfte och frågeställningar

Projektets övergripande syfte var att genom en longitudinell interventionsstudiedesign (1 år) studera implementeringen av IPS i ett nyinsjuknande team och dess effekt.

Frågor som ställdes var:

- 1) Vilka främjande och hindrande faktorerer finns för implementeringen utifrån sjukvårdspersonalens, IPS-arbetspecialisternas och deltagarnas perspektiv,
- 2) Hur upplever personalen och deltagarna implementeringen av IPS i teamet,
- 3) Till hur stor del uppnår verksamheten programtrohet enligt IPS-modellen,
- 4) Förändras deltagarnas arbetsstatus (inkl. praktik studier), arbetstimmar, och inkomst,
- 5) Förändras deltagarnas symtom, psykosociala funktion, sociala roller, egenmakt och livskvalitet (hälsorelaterade mått), och
- 6) Hur skattar deltagarna sin syn på insatsen och den terapeutiska alliansen mellan dem och IPS-arbetspecialisterna?

Metod

Kontext

Projektidén initierades 2014 av MISA AB (etablerad arbetsrehabiliteringsverksamhet) och Midhagens mottagning för nyinsjuknade i psykos i Stockholm. Studiens design och genomförande gjordes av forskarna från Lunds universitet. En styrgrupp formades och representerade de tre parterna i syfte att diskutera centrala frågor under projektets gång. Forskningskontexten var Midhagens mottagning. Insatsen pågick oktober 2014-oktober 2015. Projektet avslutades 2016 i samband med att den sista datainsamlingen samlades in och sammanställdes.

Urval, datainsamling och analys

I personalkategorin ingick tre IPS-arbetspecialister från MISA och i stort sett hela mottagningen, i.e., enhetschef, psykiater, psykolog, sjuksköterska, arbetsterapeut, skötare, kurator och sekreterare. Målet var att inkludera 20 deltagare, som var patienter på mottagning och som ville arbeta. Ingen exkluderades på grund av symtom eller svårighetsgrad av psykos. Informerat samtycke tillämpades och projektet är godkänt av etikprövningsnämnden i Lund (Dnr 2014-577).

Data samlades in vid baslinjen, efter 6 och 12 månader. Både kvalitativa och kvantitativa metoder användes. För frågeställning 1-3 användes individuella, grupp- och fokusgruppsintervjuer. För frågeställning 4 registrerade IPS-arbetspecialisterna all data och för resterande frågor användes standardiserade självskattningsinstrument, förutom när det gällde bedömning och skattning av symtom och funktion. Denna gjordes av psykiater och psykolog/psykoterapeut. De områden som skattades var livskvalitet (Priebe et al, 1999), sociala roller (Priebe et al, 2008), psykosocial funktion (Jones et al, 1995), egenmakt (Rogers et al, 1997), arbetsroll (Ekbladh et al, 2005) och symtom (Kay et al, 1987).

Kvalitativ data analyseras med hjälp av innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Beskrivande och jämförande statistik används dessutom.

Resultat

Intervjustudierna

Personalens erfarenheter

Implementeringen av IPS i vården kan beskrivas som en lärandeprocess där teamet och arbetsspecialisterna behövde pröva, värdera, anpassa, omvärdera och pröva det nya samarbetet och det nya sättet att arbeta. Under fokusgruppsintervjuerna framkom att integreringen av IPS i teamet skapade nya förutsättningar för personer som nyinsjuknat i psykos att nå och få ett arbete och främjade deras återhämtning. Teamet tyckte IPS hade underlättat deras arbetsbörda samt skapat en ökad kunskap och insikt i att rehabilitering till arbete är en mycket viktig del i patientens behandling och återhämtning.

Insikten är starkare. Skillnaden är att vi håller på mer aktivt med det nu. Istället för att bara säga det så kan vi faktiskt slå näven i bordet, så är det. Arbete är viktigt!; IPS är den insats som man hör patienterna tala gott om även om de inte fått jobb (teamet).

Teamet såg med tiden stora fördelar med att arbetsspecialisternas insats var mer återhämtningsinriktad - ett viktigt komplement till deras medicinska perspektiv. I sin tur tyckte IPS-arbetsspecialisterna att teamets kunskap var ett mycket viktigt komplement till deras arbete med att möjliggöra arbetsåtergång för deltagarna. Både teamet och arbetsspecialisterna såg fördelar med att psykiatrin var huvudansvarig för att initiera arbetsrehabiliteringen, enligt IPS. Samarbetet upplevdes övervägande mycket positivt även om det under projektets gång funnits både utmaningar och tvivel bland såväl arbetsspecialister som i teamet.

Psykiatrin ska vara med så att det blir hållbart på sikt [...] Vi vet att patienten behöver det här av medicinska skäl. Som det är nu (traditionella insatser) är det alldeles för krångligt och IPS minskar krånglet, det byråkratiska krånglet, och det är närmare vården (teamet).

De olika perspektiven som teamet respektive arbetsspecialisterna hade (sjukdom, symtom, behandling kontra återhämtning och rehabilitering) förenades inte fullt ut under implementeringen. Däremot utvecklades en samsyn, förståelse och kunskap om varandras kompetens och uppdrag och gemensamma arbetsformer för att ge deltagaren stöd till arbete.

Främjande och hindrande faktorer enligt personalen

Främjande faktorer beskrevs vara kontinuiteten i samarbetet. Arbetsspecialisterna och teamet träffades varje vecka vilket medförde ett succesivt utökat samarbete förknippat med upplevelser av enkel dialog och enkelhet att nå varandra. Legitimiteten för IPS var generell hög och intresset för modellen, det nya arbetssättet och en kunskap om varandras kompetens, ökade efterhand. Dessutom utvecklades en samlad kunskap om varandras kompetens kring exempelvis rättigheter vid rehabilitering, behov av psykiatriskt stöd och behandling hos deltagarna vid arbete, psykosjukdomar, stöd till arbete och deltagarnas kapacitet att kunna arbeta. Att IPS är

en byråkratisk process som minskar administration och ledtider för rehabiliterande insatser uppskattades av teamet.

Det positiva med IPS är att det går smidigare, snabbare, och vi har en närhet tillvarandra (teamet). Jag har blivit överraskad över att de (deltagarna) klarar så mycket, så bra. Det har lärt mig jättemycket faktiskt (teamet).

Hindrande faktorer beskrevs framförallt i förhållande till hur samarbetet organiserades mellan teamet och arbetsspecialisterna. Under implementeringsprocessen fanns en oenighet och otydlighet kring hur samarbetet skulle se ut. Inga tydliga direktiv utvecklades och frågor som rörde de båda uppdragen, vård och rehabilitering, var flera. Huruvida behandlingskonferenser var ett bra forum för arbetsspecialisterna var till exempel ett återkommande samtalsämne.

Vad är delad information? Vad är adekvat att veta i förlängningen; Hur mycket information ska det finnas på de här mötena? Det är ju inte som en vanlig vårdplanering kanske, där man drar upp alla bekymmer. Utan vad är det de behöver veta för att det ska bli bra? (teamet).

Även hur arbetet skulle organiserades för den enskilde i teamet skapade problem. Några beskrev en osäkerhet kring roller och uppgifter relaterade till IPS. Flera saknade arbetsledning och möjlighet till reflektion i vad IPS innebär i det dagliga teamarbetet.

Hur långt ska vi finnas med, var går vår yttre gräns och vad kan vara delat mellanområde? Vad ska hjälpen bestå av och hur mycket tid ska vi lägga ner? (teamet).

Hög arbetsbelastning i teamet var ett annan hinderande faktor. Utöver de ordinarie uppgifterna var de delaktiga i ett antal projekt som löpte före, parallellt och efter implementeringen av IPS, och krävde uppmärksamhet. Det var tydligt att intressent för IPS varierade från personal till personal i teamet och baserades på en uppfattning eller attityder om huruvida arbetsåtergång är förenligt med en behandlingsinriktad organisation.

Deltagarnas erfarenheter

Överlag uppfattade deltagarna implementeringen av IPS i teamet som mycket positivt. De beskrev sin rehabilitering som en lärande process där de över tid ökade sin egenmakt, självständighet och fick tillbaka tron på sin egen förmåga att arbeta

Då kunde jag komma med förslag, var jag ville jobba. De kom ju inte med "du ska vara där" eller sätter en i ett fack liksom. På det sättet är det bra att man får påverka också; Det var positivt att "komma ut" så fort. För annars blir man ju psykiskt sjuk, av att bara vara hemma. Att ha något att se fram emot när man vaknar är bra; Jag har lärt mig på vägen. Förut trodde jag att jag verkligen var intresserad av att arbeta med människor. Nu har jag insett att det inte passar mig. Det är en bearbetande process; Jag har skött allting själv den här gången, med min arbetsgivare. Men i början var det ett jättebra stöd. Men sedan mer och mer, ju bättre jag mådde och ju bättre jag kunde hantera situationen så...(fyra deltagare)

De deltagare som hade ett arbete upplevde också att det, trots problem eller svårigheter under processens gång, varit en framgångsrik insats där de själva uttrycker att deras roll som arbetare stärkts.

Har mitt andra jobb nu. Jag trivs jättebra och har verkligen kommit in i gänget; Det känns rätt självklart att jobba nu faktiskt; Nu har man ju mer självförtroende och ser sig själv som en arbetande person, det gör det lättare att gå in i nästa steg. (tre deltagare).

Deltagarna var också positiva till samarbetet med att IPS integrerades i teamet och såg en vinst i att psykiatrin tar ett större ansvar i deras rehabilitering mot arbete. De menade att teamet har kunskapen om hur de fungerar och kunskap om vilka behov de har för att kunna må bra på arbetet.

Jag känner att psykiatrin har ett ansvar. Läkaren har ju ett ansvar för min medicin, men min kontaktperson, hon är ju kontaktperson för allt när det gäller mig. Hon ska prata med min läkare när det gäller mediciner, med min arbetspecialist när det gäller jobb, och hon hjälper mig med arbetsförmedlingen. [...] hon har varit den som stöttat mig i olika processer som jag har gått igenom.

Främjande och hindrande faktorer enligt deltagarna

Främjade faktorer beskrevs vara den jobbmatchning och sökandet efter arbete som startade tidigt i processen. Deltagarna uppskattade arbetspecialisternas stöd mycket eftersom deras önskemål och intressen togs på allvar och skapade en känsla av tillit, kontroll, hopp och förtröstan. Stödet från arbetspecialisten var viktigt för att driva processen framåt och för att ta fram deras resurser.

De fick mig att se att jag kanske kan börja jobba liksom. Annars tänkte jag ju att det här kommer aldrig att hända; Han vill ju verkligen att jag ska få ett jobb. Jag litar verkligen på honom och han känner mig nu (två deltagare).

Deltagarna beskrev också att teamets fortsatt var en viktig del i deras liv, även när de fått en anställning, eftersom de har kunskap om deras symtom, mediciner och livssituation. Långsiktigt stöd från både teamet och arbetspecialister skapade en trygghet och var central för utvecklingen av tilltro till sig själv, arbetsförmåga och psykisk hälsa.

Jag tycker att det har en stor betydelse för mig. Jag går till psykologen, hjälper mig att rensa och prata om allt. Sen träffar jag läkaren, hon hjälper mig med medicinen och nu har jag trappat ner lite. Att hålla balansen. Det är jätteviktigt, så jag behöver fortfarande stödet från psykiatrin; Man mår inte jättebra hela tiden. Jag kan komma i svackor också, och då behöver jag verkligen stödet härifrån för att kunna klara av jobbet; Det är bra för då har man koll på bägge bitarna, måendet och medicinering [...] samtidigt som jobbet ska hanteras [...] man mår jättebra (två deltagare).

Hindrande faktorer fanns framförallt hos individen själv och hur de betraktade sig själva. De hade oftast en negativ självuppfattning och självbild. Osäkerhet gällande den egna arbetsförmågan, kontakten med arbetsgivare, hur arbetsmarknaden ser ut och vilka stödinsatser som finns var vanligt förekommande. Det framkom att tidigare erfarenhet av stöd till arbete från arbetsförmedlingen och socialtjänsten inte varit anpassat till deras behov och önskemål, vilket påverkade deras syn på sin arbetsförmåga negativt. Arbetsmarknaden och arbetsförmedlingens arbetsstödjande insatser medförde också att praktik blev det första steget mot arbete. Det fanns dock deltagare som uppskattade denna gång. De med högre utbildning beskrev svårigheter att finna ett arbete som överensstämde med deras utbildningsnivå.

Programtrohet

Programtrohetsskattningar gjordes under studiens gång för att följa hur satsningen förhöll sig till originalmodellen (Becker et al, 2008; Bond et al, 2012; Socialstyrelsen, 2012). Skattningen omfattar 25 frågor om personal, organisation och tjänster. Totalpoängen kan variera mellan 25 och 125 poäng (Bilaga 2). Vid *baslinjen* skattades IPS-arbetspecialisterna (MISA) och Midhagens team var för sig. Då hade MISA 91 poäng vilket motsvarar att de delvis arbetade enligt IPS, med lägre poäng för integrering med psykiatrin, riktigt arbete i fokus, och långsiktigt stöd på arbetsplatsen. Teamet skattades ha 42 poäng vilket inte motsvarar IPS, att de inte hade arbetsfokus i behandlingen vid start. Efter 6 månader gjordes en gemensam skattning av insatsen. Här når man 102 poäng vilket motsvarar bra överensstämmelse med IPS. Vid 12 månader jobbade verksamheten ännu mer evidensbaserat och landade på 108 poäng. Vad gäller den huvudsakliga bedömningen i projektet om integrering av IPS i teamet gick skattningen från 1-3-4 mellan baslinjen, 6 och 12 månader.

Individuppföljning av arbetsstatus, hälsa och skattning av insats

Deltagarna

Det framgick att de 22 rekryterade deltagarna var 28 år i snitt, de flesta var män (75%), 30% hade schizofreni eller annan psykosdiagnos och samtliga medicinerade. Majoriteten var ogift och hade inga barn. Hälften bodde med anhöriga (föräldrar) eller partner. Fem hade immigrerat till Sverige. De flesta hade gått ut gymnasiet och varit kontakt med arbetsmarknaden (ca 2 år sedan). Endast fyra deltagare hade någon sysselsättning eller arbetsrehabiliterande insats. De hade runt 8000 SEK att röra sig med per månad. Det var ungefär 2 år sedan deltagarna insjuknade och de var då 25 år, i snitt. De hade varit inlagda 1-2 gånger och de flesta hade ihållande symtom.

Av 22 rekryterade personer arbetade arbetspecialisterna och teamet med 20 deltagare. Två deltagare påbörjade inte sitt deltagande i IPS. Tre var vilande från 0-6 månader, och två från 6-12 månader.

Arbetsstatus

Andelen deltagare i arbete, praktik eller studier förändrades under interventionstiden. Redan efter 3 månader var 3 deltagare (15%) anställda och 11 (55%) hade praktik. De arbetade i snitt 20 timmar och hade arbetat i mer än 6 veckor. Vid 6 månader var 6 deltagare (30%) ute i anställning och 10 (50%) hade praktik. En deltagare (5%) hade påbörjat studier. Vid 9 månader var 6 deltagare (30%) fortfarande anställda och något färre praktiserade (35%), medan två studerade (10%). Vid sista uppföljningen hade 5 deltagare (25%) kvar sin anställning, fyra praktiserade (20%) och tre studerade (15%).

Omfattning av *tid i arbete, praktik eller studier* ändrades även över tid. Efter 3, 6, 9, och 12 månader arbetade deltagarna i snitt 14, 22, 24 och 28 timmar i veckan. Vid samma tidsintervaller praktiserade de i snitt 18, 16, 15 och 19 timmar i veckan. De tre deltagarna som studerade gjorde det 8, 10 respektive 40 timmar i veckan vid 12 månader.

Inkomsten var 8058 SEK i snitt vid baslinjen men ökade efter 6 och 12 månader till 11014 respektive 12554 SEK. Den lägsta och högsta inkomsten vid 12 månader var 4000-23000 SEK. Inga separata beräkningar gjordes för gruppen som arbetade, praktiserade eller studerade utan resultatet speglar gruppens inkomst som helhet.

Hälsa

Livskvalitet, sociala roller, psykosocial funktion, egenmakt, arbetsroll och symtom skattades. Under interventionens gång ökade deltagarnas livskvalitet, sociala roller samt psykosociala funktionsnivå och resultatet var statistiskt signifikant. Redan efter 6 månader fanns en förbättring av livskvalitet och sociala roller (som fortsatte att öka fram till avslut), medan den psykosociala funktionen utvecklades jämnare. Deltagarna skattade sin arbetsroll högre över tid, likaså egenmakten, men ingen statistisk signifikant skillnad fanns mellan mättillfällena.

Intressant nog ändrades även skattningen av symtom över tid och medelvärde var 10 skalsteg mindre vid 12 månader jämfört med baslinjen. Beträffande delskalorna ändrades skattningen av de positiva symtomen minst, de generella symtomen minskade något (mellan baslinjen och 6 månader), och de negativa symtomen minskade mest, och en statistisk signifikant trend konstaterades med hjälp av icke-parametrisk statistik mellan baslinjen och 12 månader. Vid användandet av parametrisk statistik fanns statistiskt signifikanta skillnader av symtom.

Syn insats och terapeutisk allians

Deltagarnas syn på insatsen som helhet och terapeutiska allians (McGuire et al, 2007) skattades högt av deltagarna generellt. Samtliga skattade båda områden med antingen en 4:a eller 5:a (skala 1-5).

Avslutande reflektioner

Implementeringen av IPS i ett vårdteam för nyinsjuknade med psykos var en process som uppskattades av personal såväl som av deltagare. I den gemensamma organisationen var legitimiteten av IPS hög och behovet av insatsen fanns redan från början. Däremot var inte passformen mellan de olika arbetsfälten överensstämmande, vilket överensstämmer med tidigare forskning (Bejerholm et al, 2011; Hasson et al, 2011). Personalen (arbetsspecialister och team) hade inte heller någon vana att utföra IPS tillsammans. Graden av integrering av IPS och behandling och samsyn hos personalen ökade dock succesivt, även om det var en utmaning att förena de ursprungliga arbetsfälten med olika perspektiv (medicinskt kontra personlig återhämtning) och uppdrag gentemot patienten (vård kontra rehabilitering).

Projektet var inte lika förankrat hos all personal i teamet. Det var inte alla som intresserade sig, tog del av samarbetet och utförde insatsen. Det kan bero på att samspelet i förändringsprojekt är beroende av hur man kan identifiera sig med det (Alvesson & Svenningsson, 2014). Inte alla kunde se att behandlande insatser för att deltagarna kunde arbeta var förenligt med deras medicinska perspektiv och uppdrag i vården. Teamet var även redan överbelastat och det fanns inga utarbetade strategier för hur de skulle prioritera arbetet med IPS. Men eftersom IPS utgår från vad deltagaren vill och behöver hittade teamet bra arbetsformer över tid. De menade att IPS faktiskt frigjorde resurser för teamet samtidigt som "patienterna" mådde bättre, fick arbete, praktik eller studier och fick fler sociala roller i samhället, vilket även individuppföljningen i rapporten visade. Efter 12 månader var både teamet och IPS-arbetsspecialisterna rörande ense om att insatserna behöver integreras för att deltagarna ska nå arbete och behålla sin anställning över tid, för ett hållbart arbetsliv. Deltagarna tyckte samma sak och menade att psykiatrin behövs för den psykiska hälsan och behöver ingå som ett kontinuerligt stöd i IPS. Personalen framhöll även att psykiatrin behöver vara huvudman för insatsen eftersom de kan patienterna och har den först kontakten samt ger stöd över tid, även om det stödet i princip avtar eller blir vilande tills behov finns.

Resultatet om arbete, praktik och studier visar att det är en slingrig väg mot arbete. Praktik är en viktig del i arbetsmarknadspolitiska program men det finns en risk att deltagarna valsar runt i det systemet och tappar sin motivation och ork (Bejerholm et al. 2011). Även om 60 % av deltagarna hade arbete, praktik eller studier efter ett år är det viktigt att se en karriärutveckling sker över tid och inte är något som kan lösas med att en deltagare för anställning. Denna kunskap stärker betydelsen av att implementera IPS i vården och i psykiatriska team för nyinsjuknade, att en hållbar karriärutveckling sker över tid och behöver mogna. Att sätta nya mål, att starta en personlig återhämtningsprocess kräver att de mål individen har integreras med den psykiatriska vården på ett naturligt sätt. För de som sätter arbete som ett viktigt mål för återhämtning är det särskilt viktigt att de erbjuds evidensbaserade insatser och effektiv arbetsrehabilitering som stärker dessa mål.

Projektet har varit särskilt gynnsamt för implementeringen av IPS i teamet eftersom det lett till att en IPS-arbetsspecialist integrerades i teamet fullt ut. Dessutom pågår en aktuell studie som syftar till kombinera NECT (Narrative Enhancement and Commitment Therapy) med IPS i två nyinsjuknade team för att stärka deltagarnas självbild och motverka själv-stigma i den initiala fasen av IPS. Just deltagarnas låga självförtroende och skeva självbild i förhållande till arbete utgjorde det största hindret för återgång i arbete i projektet enligt deltagarna. Att stärka deltagarnas egenmakt är därför centralt (Bejerholm & Björkman, 2011; Hillborg et al, 2010, Slade, 2009).

Mot bakgrund av denna översiktliga rapport vill vi framhäva att IPS behöver implementeras i nyinsjuknade team i svensk psykiatri idag. IPS fungerar preventivt genom att den stärker ungas möjligheter till ett hållbart

arbetsliv trots psykisk ohälsa. Både målgruppen och huvudmannen är rätt i förhållande till den forskningsevidens som finns, till skillnad från kommunernas verksamheter som inte når målgruppen i stor utsträckning och har svårigheter att etablera samarbete med psykiatrin (Markström et al, 2015). Vi rekommenderar psykiatrin att öppna upp för nya och flexibla sätt att samarbeta och bedriva psykiatri på. Att stärka patienters förutsättningar till aktiviteter, roller och miljöer de vill utvecklas i borde vara centralt för framtidens psykiatri. I det finns en vinst för deltagarna, psykiatrin och samhället i stort.

Referenser

- Alvesson, M. & Svenningsson, S. (2014). *Förändringsarbete i organisationer. Om att utveckla företag (2:a uppl.)*. Stockholm: Liber
- Becker DR, Swanson S, Bond GR, Merrens MR. (2008). Evidence-based supported employment manual. Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Centre.
- Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M (2015). Individual Placement and Support in Sweden — a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 57-66
- Bejerholm U, Björkman T. (2011). Empowerment in supported employment research and practice: Is it relevant? *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 588-595.
- Bejerholm U, Larsson L, Hofgren C. (2011). IPS illustrated in the Swedish welfare system: A case study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35, 59-72.
- Bond GR, Drake RE, Becker D. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 280–290.
- Bond GR, Drake R, Becker D. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11, 32 -39.
- Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake RE. (2012). Validation of the revised Individual Placement and Support fidelity scale. *Psychiatric Services*, 63, 758-763.
- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, m fl. (2007). EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370, 1146-1152.
- Campbell K, Bond GR, Drake R (2009). Who benefits from supported employment: A meta-analytic study. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 370-380.
- Catty J, Koletsi M, White S, Becker T, Fioritti A, Kalkan R, m.fl. (2010). Therapeutic relationships: their specificity in predicting outcomes for people with psychosis using clinical and vocational services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1187-93.
- Corrigan PW, Steiner L, McCracken SG, Blaser B, Barr M. (2001). Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treats people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1598–1606.
- Ekbladh E, Haglund L, Thorell L-H. (2004). The Worker Role Interview—Preliminary data on the predictive validity of return to work of clients after an insurance medicine investigation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14(2):131-141.
- Fixsen DL, Naoom SF, Blasé KA, Friedman RM, Wallace F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Graneheim UH, Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24,105-112.
- Hasson H, Andersson M, Bejerholm U. (2011). Barriers in implementation of evidence-based practice: Supported employment in Swedish context. *Journal of Health Organization and Management*, 25(3), 332-345.
- Hillborg H, Svensson T, Danermark B. (2010). Expectations, visions and sense of empowerment: in the face of a vocational rehabilitation process for people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 12(2), 109-24.
- Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 66(5), 654-659.
- Markström U, Bejerholm U, Svensson B, Bergmark M. (2015). *Implementeringen av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni: exemplen IPS och ACT*. Lund: Lunds universitet.
- McGuire R, McCabe R, Catty L, Hansson L, Priebe S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37, 85-95.
- Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.

- Priebe S, Watzke S, Hansson L, Burns T. (2008). Objective social outcomes index (SIX): a method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118:57-63.
- Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8),1042-1047.
- Slade M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge, Cambridge University Press
- Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2011-1-3.
- Socialstyrelsen. (2012). *Manual för att bedöma programtroheten för individanpassat stöd till arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Bilaga 1

IPS-principerna



Bilaga 2

Supported Employment Fidelity Scale (SEFS) (Becker et al, 2008)

Poäng enligt programtrohetsskalan för IPS, skattas 1-5 p

Personal

1. Klientgruppens storlek
2. Arbetsspecialisternas sysselsättning
3. Arbetsspecialisternas helhetsansvar

Organisation

1. Arbetsrehabiliteringen integrerad i den psykiatriska behandlingen genom kopplingen till behandlingsteam
2. Arbetsrehabiliteringen integrerad i den psykiatriska behandlingen genom tät kontakt med behandlingsteam
3. Samarbete mellan arbetspecialist och arbetsförmedlare
4. Arbetsgrupp
5. Handedarens roll
6. Inga uteslutningskriterier
7. Verksamheten fokuserar på reguljärt arbete
8. Ledarna för verksamheten stödjer IPS

IPS-verksamheten

1. Ekonomisk vägledning
2. Frivilligt att berätta om funktionsnedsättningen
3. Kontinuerliga bedömningar av klientens arbetserfarenheter
4. Snabbt sökande efter ett reguljärt arbete
5. Individuellt arbetssökande
6. Utveckla arbeten – täta besök hos arbetsgivare
7. Utveckla arbeten – skapa relationer till arbetsgivare
8. Olika slags arbeten
9. Olika arbetsplatser
10. Permanenta arbeten

11. Uppföljande stöd anpassat efter individen
12. Uppföljande stöd under obegränsad tid
13. Samhällsbaserade tjänster
14. Aktivt uppsökande verksamhet

Totalpoäng:

115–125 poäng = stämmer mycket bra överens med IPS

100–114 poäng = stämmer bra överens med IPS

74–99 poäng = stämmer delvis överens med IPS

73 och mindre = stämmer inte överens med IPS

**IMPLEMENTERINGEN AV ARBETSREHABILITERING ENLIGT IPS-MODELLEN
I ETT VÅRDTEAM FÖR NYINSJUKNADE I PSYKOS**