IMPLEMENTERINGEN AV NATIONELLA RIKTLINJER FÖR PSYKOSOCIALA INSATSER VID SCHIZOFRENI – EXEMPLEN IPS OCH ACT

Urban Markström, docent, Umeå universitet

Ulrika Bejerholm, docent, Lunds universitet
Bengt Svensson, docent, Lunds universitet
– båda verksamma vid Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI)

Magnus Bergmark, doktorand, Umeå universitet

Copyright: Urban Markström, docent i socialt arbete, Umeå universitet; Ulrika Bejerholm, docent i arbetsterapi, Lunds universitet; Bengt Svensson, docent i psykiatrisk vårdvetenskap, Lunds universitet samt Magnus Bergmark, doktorand i socialt arbete vid Umeå universitet; 2015

ISBN 978-91-7623-254-5

Form och design: Anna K Blomgren, 2015

Förord

Vård, stöd och service för personer med psykisk funktionsnedsättning är ett verksamhetsområde där kommuner och landsting har ett delat ansvar för sociala respektive psykiatriska insatser. Samtidigt finns en internationell trend med arbetsmodeller där dessa typer av insatser integreras i en och samma organisation. År 2011 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni. Två av de integrerade modeller som starkast rekommenderades var Individual Placement and Support (IPS) och Assertive Community Treatment (ACT).

I den här rapporten studeras i vilken omfattning och med vilka resultat som ACT och IPS kan implementeras i en svensk välfärdskontext, samt vilka omständigheter som haft betydelse för process och resultat. Av särskilt intresse har varit frågor om vilka implementationsfaktorer som har betydelse, vad som kännetecknar den svenska tillämpningen i förhållande till originalmodellerna, i vilken utsträckning de lokala försöken har omfattat den grupp av människor som modellerna utformats för och vilka förändringar som kan identifieras hos de individer som fått insatser. Materialet består bland annat av återkommande intervjuer med chefer, brukare och personal, registerdata och annan skriftlig dokumentation samt regelbundna programtrohetsskattningar. Studien omfattar 14 IPS-försöksverksamheter samt en verksamhet med ambition att arbeta i enlighet med ACT-modellen.

Urban Markström, docent i socialt arbete, Umeå universitet; Ulrika Bejerholm, docent i arbetsterapi, Lunds universitet samt Bengt Svensson, docent i psykiatrisk vårdvetenskap, Lunds universitet (båda verksamma vid Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI)). Magnus Bergmark, doktorand i socialt arbete vid Umeå universitet.

Lund 2015

Sammanfattning

Rapporten baseras på ett uppdrag från Socialstyrelsen att undersöka implementeringen av de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser för personer med schizofreni. För att göra frågan mer greppbar valdes två av de insatser som beskrivs i riktlinjerna ut, Individual Placement and Support (IPS) och Assertive Community Treatment (ACT). Urvalet gjordes utifrån angelägenhetsgrad och modellernas kännetecken. IPS är en modell för att stödja personer med psykisk funktionsnedsättning till lönearbete, genom ett individuellt anpassat stöd som sker integrerat med den psykiatriska behandlingen och direkt på reella arbetsplatser utan föregående träning. ACT är en uppsökande, intensiv och integrerad vård- och stödform riktad till personer med mycket stora och komplexa behov, där ett tvärprofessionellt team arbetar med hög tillgänglighet och ansvar för en rad olika insatser som samordnas och erbjuds inom teamet. Båda modellerna är utvecklade i Nordamerika och internationellt väletablerade med stark forskningsförankring. I riktlinjerna utmärks de båda av att erhålla prioritet 1, d.v.s. högsta möjliga angelägenhetsgrad. Modellerna utmärks vidare av en integrerad ansats. Både IPS och ACT innebär att samtidigt ge behandlingsinsatser och socialt och arbetslivsinriktat stöd genom en sammanhållen organisation.

Det övergripande syftet har varit att undersöka i vilken omfattning och med vilka resultat som ACT och IPS kan implementeras i en svensk välfärdskontext, samt vilka omständigheter som haft betydelse för process och resultat. Av särskilt intresse har varit frågor om vilka implementationsfaktorer som har betydelse, vad som kännetecknar den svenska tillämpningen i förhållande till originalmodellerna, i vilken utsträckning de lokala försöken har omfattat den grupp av människor som modellerna utformats för och vilka förändringar som kan identifieras hos de individer som fått insatser.

IPS studerades genom att följa 14 försöksverksamheter som fått ekonomiskt stöd från Socialstyrelsen för att utveckla metoden. Här genomfördes intervjuer med nyckelpersoner och programtrohetsskattningar vid två tillfällen samt en individuppföljning där information samlades in fortlöpande. Därutöver genomfördes en fördjupningsstudie på tre orter. ACT studerades genom en fallstudie av en försöksverksamhet, där processen följdes över tid genom upprepade intervjuserier och programtrohetsskattningar samt genom en individuppföljning bestående både av intervjuer och information från socialtjänst- och sjukvårdsregister. Implementationsprocessen analyserades genom en modell som inkluderade faktorer på system-, organisations- och utförarnivå samt aspekter som rör fortlöpande stöd.

Målgruppen för insatserna

De nationella riktlinjerna rör personer med schizofreni. Stuiden visar att IPS bara delvis nått denna målgrupp men i hög utsträckning när det gäller ACT-verksamheten. Andelen deltagare med schizofreni var i IPS-materialet endast cirka 10 procent, en siffra som på vissa ställen kan förklaras av höga ambitioner som inte förverkligats, men som på andra ställen är resultatet av en mer eller mindre tydlig bortprioritering av gruppen. Modellen tycks från både de statliga och lokala aktörerna ha uppfattats vara en generellt fungerande strategi för en bred grupp av personer som befinner sig utanför den reguljära arbetsmarknaden. Undantagen utgörs av kommuner med hög lokal kunskap om modellen och framför allt initiala beslut att prioritera ursprungsgruppen. Personer med stora konsekvenser av psykossjukdom är en mycket utsatt grupp med låg tillgång till både arbetsrehabilitering och integrerat stöd. Det är då angeläget att modeller som är utformade särskilt för dem, och som visat på god effekt, verkligen blir tillgängliga.

Viktiga faktorer vid implementering

Studien visar att de både modellerna går att implementera med acceptabel (IPS) eller till och med mycket god (ACT) programtrohet i Sverige, och med relativ långsiktighet. Slutsatsen bör beaktas i ljuset av tidigare diskussioner där det svenska sektoriserade välfärdssystemet har bedömts radikalt försvåra en plats för integrerade modeller. Studien utgick från frågeställningar om betydelsen av faktorer på organisationsnivå, utförarnivå samt faktorer rörande fortlöpande stöd. Analysen av resultaten från de olika försöksverksamheterna visade på betydelsen av omständigheter på flera nivåer.

Viktiga *faktorer på utförar- eller teamnivå* var kunnig och engagerad personal och operativt ansvariga chefer eller projektledare. Noggrann rekrytering av projektledare och personal samt en medveten sammansättning av teamet är därför, tillsammans med träning och utbildning i den aktuella metoden, viktiga kritiska moment. Kunskapen och intresset av att arbeta i enlighet med modellerna verkar kunna tillföras både genom personalens tidigare erfarenheter, utbildning, handledning eller genom utrymme för metoddiskussioner inom teamet. Delstudien om implementeringen av IPS visade också på att ingredienserna på utförarnivå ofta fanns på plats hos försöksverksamheterna genom till exempel noggrann rekrytering och utbildning i IPS-modellen.

Omständigheter på lokal organisatorisk nivå visade sig också vara av betydelse. Ansvariga bör till exempel vinnlägga sig om att den aktuella modellen svarar upp mot ett identifierat lokalt behov, ha en strategi för en relevant organisatorisk inplacering av verksamheten, formulera en realistisk finansieringsplan samt formera ett partssammansatt lednings/implementationsteam med tillgång till expertis rörande både modellen, lokala förhållanden och implementering. Dessa omständigheter visade sig göra skillnad vid en jämförelse mellan de försöksverksamheter i studien som överlevde projekttiden och de som lades ner. Vid en jämförelse med faktorer på utförarnivå tycktes också de organisatoriska faktorerna utgöra en större utmaning.

Faktorer kopplade till *fortlöpande stöd* framstod också som av betydelse vid en jämförelse mellan etablerade och nedlagda försöksverksamheter. Intryck från intervjumaterialet har varit att det framför allt rört möjligheterna till fortsatt metodutveckling genom handledning, fortbildning eller tid för reflektion i teamet. Här tycks små verksamheter med få anställda ha en utsatt position. I materialet var ett genomgående drag hos de verksamheter som lyckades etablera sig och uppnå hög programtrohet att de fortlöpande diskuterade sitt arbetssätt. Några viktiga omständigheter var här en intresserad arbetsgrupp, tid för reflektion och programtrohetsmanualer.

Det delade huvudmannaskapet ett hinder

Slutsatsen är att det går att implementera integrerade stödmodeller som IPS och ACT i det svenska systemet, men att det kräver både vissa grundförutsättningar och ansträngningar på flera nivåer. Man bör komma ihåg att över hälften av de IPS- försöksverksamheter vi följde inte alls eller bara till en del lyckades etablera en verksamhet med rimlig följsamhet till ursprungsmodellen. I båda modellerna så är den stora utmaningen det delade huvudmannaskapet. Denna mis-match mellan det organisatoriska landskapet och modellens karaktär har skapat svackor i utförandet, men som på vissa ställen har visat sig kunna kompenseras av andra faktorer. Några verksamheter hade relativt hög programtrohet, men det handlade fortfarande om en IPS-praktik med flera tydliga modifieringar. En sådan är den genomgående låga graden av integrering med psykiatrin – något som i bästa fall kan kompenseras med ett mycket nära samarbete på klientnivå mellan arbetsspecialisterna och psykiatrins medarbetare. En annan modifiering rör tillgången till riktiga anställningar, där de svenska teamen nästan uteslutande hänvisats till ett arbetssätt som använder sig av subventionerade anställningsformer och praktikplaceringar utan löfte om anställning som en initial grundstrategi.

I fråga om ACT så kan den verksamhet som följts bilda modell för ett implementeringsarbete som är välförankrat och målmedvetet. Den höga medvetenheten har funnits på flera nivåer och de involverade aktörerna har inkluderat alla ingredienser som man med egen kraft kan påverka – matchningen behov-metod, gemensamt ansvarstagande, lokala beslut och planer, noggrann rekrytering, utrymme för utbildning och handledning, mm. Även i detta exempel utgör myndigheternas olika ansvarsområden det mest påtagliga hindret – ett förhållande som det är svårt att överbrygga på lokal nivå. I praktiken handlar det om att ACT-modellens fullservice-ansats, och därmed teammedlemmarnas handlingsradie, har begränsats. Utan möjligheter till gemensam dokumentation

eller utrymme att fatta myndighetsbeslut kan inte ACT-modellens potential utnyttjas fullt ut. Emellertid faller detta hinder primärt tillbaka på den nationella nivån, där lösningar för att möjliggöra integrerade verksamhetsformer mellan landsting och kommuner behöver identifieras och effektueras.

Resultat på individnivå

Resultaten visade på ett tydligt mönster där de IPS-verksamheter som implementerats på ett effektivt sätt, och där man medvetet strävat efter att följa principerna, i högre utsträckning får ut deltagarna i jobb, praktik och studier. Deltagarna tenderar också att få högre inkomst och att skatta insatsen, alliansen med arbetsspecialisten samt sin hälsa högre. Resultaten för en del av försöksverksamheterna låg väl i nivå med tidigare studier av IPS i en mer psykiatrisk kontext, och visar på modellens potential även i svensk kommunal regi. Däremot visade å andra sidan en rad av de enheter som haft sämre förutsättningar på endast marginella förbättringar i fråga om att stödja deltagarna till lönearbete.

ACT-teamet som ingick i studien hittade en målgrupp med i vissa avseenden extremt svår och komplex problematik, där alternativet till ACT-insatsen i många fall endast var institutionsvård. Detta kan ses som ett värdefullt resultat i sig men innebär också att man bör tona ner förväntningarna på snabba resultat då bara etablerandet av en kontakt många gånger visade sig vara mycket tidskrävande. Materialet visade dock på positiva resultat när det gäller att minska nyttjandet av slutenvård. Dessutom uppskattade deltagarna teamets uppsökande och praktiskt orienterade insatser. Ingenting tyder egentligen på att ACT-modellen i ett svenskt vård-organisatoriskt landskap på sikt skulle leverera sämre utfall för deltagarna i jämförelse med internationella förlagor.

Nationella initiativ har betydelse

Den nationella nivån verkar ha en viktig roll i implementeringen av evidensbaserade insatser. En nyckelfaktor utgörs av statlig ekonomisk styrning liksom stöd i form av utbildningsmaterial och tillgängligt expertis. För sällsynta exempel där det lokala utvecklingsarbetet utgår från en situation med alla gynnsamma organisatoriska ingredienser på plats, så behövs inga externa ekonomiska resurser. I de flesta fall tycks de emellertid ha betydelse. För att öka träffsäkerheten i investeringar borde de nationella aktörerna basera sitt stöd på analysmodeller liknande den som använts i denna rapport – för att identifiera vilka organisationer som har realistiska förutsättningar för en effektiv implementering. Samtidigt är det viktigt att inte förvägra organisationer med sämre förutsättningar stimulans och resurser för metodutveckling. Dock borde det initiala stödet snarast rikta in sig på att stimulera och stärka dessa förutsättningar i stället för att bygga på förväntningar om full implementering. Ett sådant stöd kunde lägga större tonvikt vid förmedling och konsultation kring kunskap om implementering, så att de lokala aktörerna kan bygga upp en beredskap för organisationsförändringar och metodimplementering. Här har också de nationella aktörerna ett viktigt ansvar att bedriva sitt styrningsarbete på ett medvetet sätt. De nationella riktlinjerna refererades ofta i materialet – ofta som något man lokalt använt sig av för att motivera satsningarna. Men med några undantag har riktlinjerna inte i sig haft den avgörande betydelsen för de lokala initiativen. Dessa initiativ har ofta förutsatt andra lokala omständigheter eller statliga ekonomiska satsningar.

Contents

Förord 3

Sammanfattning 4

Målgruppen för insatserna 4

Viktiga faktorer vid implementering 5

Det delade huvudmannaskapet ett hinder 5

Resultat på individnivå 6

Nationella initiativ har betydelse 6

Inledning 9

Insatser i samhället 9

Nationella riktlinjer 9

Uppdraget 10

Syfte och frågeställningar 11

Beskrivning av IPS- och ACT-modellen 11

Metod och genomförande 14

Design och urval av försöksverksamheter 14

IPS - metod, material och procedur 14

ACT - metod, material och procedur 18

Analys av implementeringsprocessen 19

IPS - resultat 23

Omständigheter på systemnivå 23

Implementeringen av IPS i 14 försöksverksamheter 24

Fördjupningsstudie på tre orter 27

Programtrohet 33

Individuppföljningen 35

Sammanfattning 40

ACT - resultat 42

Omständigheter på systemnivå 42

Implementeringen av ACT i en svensk storstad 42

Programtrohet 50

Individuppföljningen 52

Sammanfattning 56

Slutsatser och diskussion 58

Studiens begränsningar 58

Målgruppen för insatserna 58

Det går att implementera IPS och ACT i Sverige 59
Integrerat stöd i ett sektoriserat system 59
Individerna då? 60
Staten, pengarna och riktlinjerna 61
Referenser 62
Bilaga 1 65
TMACT 65
Bilaga 2 67
Supported Employment Fidelity Scale (SEFS) 67
Bilaga 3 69
Skattningsinstrument i individuppföljningen 69
Bilaga 4 70
Tabell över resultaten 14 IPS-verksamheter 70

Inledning

Insatser i samhället

Stödet till personer med svår och långvarig psykisk ohälsa har påtagligt ändrat karaktär under de senaste decennierna. Den mest påtagliga förändringen är utvecklingen av system som i hög utsträckning erbjuder insatser ute i samhället. I Sverige har mycket av uppmärksamheten ägnats huvudmannafrågan. År 1995 trädde den så kallade Psykiatrireformen i kraft, vilket genom framförallt justeringar i Socialtjänstlagen (SoL) innebar ett förtydligat kommunalt ansvar för boende och sysselsättning (prop. 1993/94: 218; Markström, 2003). Under de senaste tio åren har det varit möjligt att identifiera en ny inriktning på det socialpsykiatriska fältet. Internationellt har konceptet *återhämtning* (recovery) fått genomslag både på policynivå och när det gäller det praktiska utformandet av service (Slade, 2009). Inriktningen har inneburit ökat fokus på den enskildes individuella process och upplevelsen av ett tillfredsställande liv, oaktat kvarvarande sjukdomssymtom (Schön, 2012). I Sverige har den första generationen av samhällsbaserade lösningar delvis blivit ifrågasatt och problematiserad. Det har då främst handlat om kritik mot att de insatser som ersatt mentalsjukhusen i hög utsträckning förmedlats via skyddade och standardiserade arrangemang som försvårar återhämtning och integrering i det öppna samhället (Andersson, 2009; Rosenberg, 2009; Grönberg Eskel, 2012). Lösningarna formuleras idag snarare som att ge ett individualiserat stöd i naturliga miljöer, som det egna boendet eller på den riktiga arbetsplatsen.

Ett annat kännetecken är utvecklandet av nya samhällsbaserade modeller och arbetsmetoder. Om de tidiga strategierna mest handlade om en fysisk förflyttning av brukarna, har det idag utvecklats en rad modeller med både genomarbetad filosofi, organisation och procedurer som prövats i praktiken. I takt med att verksamhetsområdet ”samhällsbaserad psykiatri” expanderat har också forskningen kunnat ge allt tydligare vägledning åt beslutsfattare och praktiker. Framtagandet av nationella riktlinjer har utvecklats till en etablerad strategi för kunskapsstyrning i Västvärlden (Gaebel m.fl., 2005). Vanligtvis drivs arbetet av företrädare för psykiatrins professioner. I Sverige har riktlinjearbetet genomförts av Socialstyrelsen i samarbete med olika intressegrupper.

Nationella riktlinjer

Regeringen gav 2008 Socialstyrelsen uppdrag att utarbeta riktlinjer för psykosociala insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (S2008/2009/HS). År 2011 publicerades riktlinjerna efter ett flerårigt arbete med så kallade öppna vertikala prioriteringar, där ett stort antal forskare och organisations- och professionsföreträdare varit engagerade (Socialstyrelsen, 2011). En av utgångspunkterna var att lyfta fram fungerande evidensbaserade insatser för att målgruppen skulle kunna få tillgång till vård och omsorg av god kvalitet. Syftet med riktlinjerna var att de skulle fungera som stöd för beslutsfattare i kommuner och landsting i deras prioriteringsarbete. Dokumentet omfattade totalt 43 rekommendationer på ett dussin insatsområden som till exempel tidiga åtgärder för nyinsjuknade personer, psykologisk behandling, kognitiv träning, arbetslivsinriktad rehabilitering samt boende och åtgärder i form av anpassat stöd.

Ambitionen med riktlinjerna är att stimulera berörda huvudmän att erbjuda den aktuella målgruppen de insatser som har hög prioritet och som anses ha starkt vetenskapligt stöd. I takt med att allt fler modeller och metoder med vetenskapligt stöd blivit tillgängliga på området, har implementeringsfrågan aktualiserats. Hur överför man den bästa tillgängliga kunskapen till en lokal praktik? I stort präglas forskningen om implementering av psykosociala insatser till personer i den aktuella målgruppen av nedslående resultat. Erfarenheter från USA visar hur riktlinjer endast i begränsad utsträckning bidragit till användningen av de rekommenderade metoderna (Lehman & Steinwachs, 1998). I en annan studie (Corrigan m.fl. 2001) beskrevs problem på både behandlar-

och teamnivå som hinder, liksom brister i fråga om tillgänglig utbildning och träning i de aktuella modellerna. Till de utmaningar som är nära kopplade till genomförandenivån ska läggas problem som rör ledarskap och samarbete mellan berörda organisationer (Rosenheck, 2001). Forskning om implementering av evidensbaserad praktik (EBP) har betonat värdet av att stödja en aktiv hållning i implementeringsarbetet. Nationella riktlinjer i sig kan svårligen ha någon genomgripande effekt på utförarnivå, så länge inte de formulerade rekommendationerna kompletteras med olika former av stimulans- och stödåtgärder för en effektivare implementering. Här kan tillgänglig forskning på området samhällsbaserade insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning illustrera både problemen till följd av statliga rekommendationer utan stödinsatser (Liu, 2011; Drake & Latimer, 2012) och de ibland positiva erfarenheter som gjorts när riktlinjer kompletterats med tillgång till expertis och träning (McHugo m.fl., 2007; Torrey m.fl., 2011).

Av de modeller som beskrivs i de svenska riktlinjerna så utgörs en betydande del av arbetssätt som är utvecklade i en annan kontext än det svenska välfärdssystemet. Detta har aktualiserat frågan om det rimliga i förväntningar om ett programtroget användande av metoderna och om nödvändiga nationella eller lokala anpassningar.

Uppdraget

Föreliggande rapport baseras på ett uppdrag från Socialstyrelsen att undersöka implementeringen av de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser för personer med schizofreni. Frågan om riktlinjernas genomslag handlar om de nationella aktörernas strategier och strategiernas räckvidd, om varje enskild modells egenskaper och om mottagligheten och förhållandena på lokal och regional nivå. Ambitionen att fånga de nämnda aspekterna är vidhäftad med många metodologiska problem. Ett exempel är skilda uppfattningar om när en specifik insats kan sägas vara ”på plats” eller erbjudas i tillräckligt programtrogen form, vilket gör att material som utgörs av kommunernas och landstingens självskattningar blir svåra att värdera.

För att göra frågan mer hanterlig har därför två av de insatser som beskrivs i riktlinjerna valts ut. Fokus har därmed förflyttats något från riktlinjernas specifika inverkan till möjligheterna att implementera två internationellt väletablerade modeller. Modellerna är Individual Placement and Support (IPS) och Assertive Community Treatment (ACT). Urvalet gjordes utifrån angelägenhetsgrad och utifrån modellernas kännetecken. IPS är en modell för att stödja personer med psykisk funktionsnedsättning till lönearbete, genom ett individuellt anpassat stöd som sker integrerat med den psykiatriska behandlingen och direkt på reella arbetsplatser utan föregående träning. ACT är en uppsökande, intensiv och integrerad vård- och stödform riktad till personer med mycket stora och komplexa behov, där ett tvärprofessionellt team arbetar med hög tillgänglighet och ansvar för en rad olika insatser som samordnas och erbjuds inom teamet. Det som förenar modellerna är att de är utvecklade i USA, är internationellt väletablerade och har stark forskningsförankring. I riktlinjerna utmärks de båda av att de erhåller prioritet 1, d.v.s. högsta möjliga angelägenhetsgrad. Det innebär att i rekommendationerna formuleras att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

> ”inom ramen för sitt ansvar och i kontakt med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda personer med schizofreni som står utanför arbetsmarknaden och som har en vilja och motivation till ett arbete med lön, individanpassat stöd enligt IPS-modellen” (Socialstyrelsen, 2011, s 34)

> ”erbjuda personer med schizofreni som är högkonsumenter av vård, riskerar att ofta bli inlagda på psykiatrisk vårdavdelning eller avbryta vårdkontakter, intensiv case management enligt ACT-modellen” (Socialstyrelsen, 2011, s 40

Vidare utmärks modellerna av en integrerad ansats. Både IPS och ACT innebär att samtidigt ge behandlingsinsatser och socialt och arbetslivsinriktat stöd genom en sammanhållen organisation. Översatt till svenska förhållanden skulle såväl IPS som ACT innebära en organisatorisk ”sammansmältning” av kommunernas och landstingens insatser. Dessa inslag av integrering och tätt samarbete är en utmaning för det svenska välfärdssystemet, präglat av sektorisering och tydliga ansvarsgränser mellan landstingens och kommunernas verksamhet.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet är att undersöka i vilken omfattning och med vilka resultat som de rekommenderade insatserna i riktlinjerna, Assertive Community Treatment (ACT) och Individual Placement and Support (IPS), kan implementeras i en svensk välfärdskontext samt att undersöka vilka omständigheter som haft betydelse för process och resultat. De frågeställningar som studien ska belysa är:

– Vilka strategier för styrning har de nationella aktörerna i riktlinjearbetet avseende de två aktuella modellerna?

– Vilka faktorer på lokal organisationsnivå har haft betydelse för implementeringen av IPS och ACT?

– Vilka faktorer på lokal team- och utförarnivå har haft betydelse för implementeringen av IPS och ACT?

– Vilka faktorer rörande fortlöpande stöd har haft betydelse för implementeringen av IPS och ACT?

– Vad kännetecknar den svenska tillämpningen av IPS och ACT och hur förhåller sig denna praktik till de ursprungliga modellerna? På vilka områden finns störst programtrohet? På vilka områden görs avsteg?

– I vilken utsträckning har de lokala försöken omfattat den grupp av människor som modellerna utformats för?

– Vilka förändringar kan identifieras hos de individer som tar emot de rekommenderade insatserna? De identifierade primära resultatmåtten för IPS är anställning på öppna arbetsmarknaden och för ACT sjukvårdskonsumtion samt deltagarnas uppfattning om de båda insatserna.

Beskrivning av IPS- och ACT-modellen

IPS-modellens kännetecken

Individual Placement and Support är en evidensbaserad variant av Supported Employment (SE) särskilt utvecklad för att stödja personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning till lönearbete. IPS definieras genom en skattningsskala för programtrohet (Socialstyrelsen, 2012). Grundidén i IPS är att ge skräddarsytt stöd till arbete för de personer som vill arbeta. Arbetssökandet grundar sig på personens resurser, preferenser och intressen. Det finns inga kriterier för exkludering, främst eftersom forskningen visat att symtom, sjukdomens svårighetsgrad, kön, ålder och funktionsförmåga inte kan förutsäga eller är avgörande för om en person kan arbeta (Campbell m.fl., 2009). Endast tidigare arbetserfarenhet, och en viss motivation, har visat sig ha betydelse för om en person kommer ut i arbete eller inte (Catty m.fl., 2010). IPS-modellen syftar till att ge individen stöd i att finna och behålla ett arbete med lön, baserat på individens egna val och preferenser. Modellen utvecklades under 1990-talet i USA och bygger på en place-then-train-ansats, vilket innebär att den person som vill arbeta får stödet direkt på en reell arbetsplats i stället för att stegvis träna upp sin förmåga (*train-then-place*-ansats), med början i en skyddad miljö. I övrigt utmärks modellen av strategin att integrera de arbetslivsinriktade insatserna med den psykiatriska behandlingen och det psykosociala stödet, och det är på denna punkt insatsen främst skiljer sig från traditionell SE. IPS bygger på åtta principer som successivt utvecklats i takt med praktiska erfarenheter och nya forskningsresultat. Den personal som arbetar med modellen kallas *arbetsspecialister*.

1. Målet med IPS är arbete på den öppna arbetsmarknaden
2. Sökandet efter arbete påbörjas i ett tidigt skede
3. Lämplighet grundar sig på individens egen vilja att arbeta
4. Arbetssökandet grundar sig på individens val, intresse och preferenser
5. Stödet är individanpassat och ges så länge det behövs
6. Insatserna integreras med verksamheten i det psykiatriska teamet
7. Rådgivning kring bidrag och försörjning ges i ett tidigt skede
8. Systematisk rekrytering av arbetsplatser som bygger på relationsskapande och stöd till arbetsgivare

Principerna utförs inte i någon kronologisk ordning men är tydligt operationaliserade i de instruktioner och instrument för programtrohetsskattning som utvecklats (Becker m.fl., 2008; Socialstyrelsen, 2012). IPS är en välstuderad modell som prövats och etablerats inte bara i USA utan också i bland annat Europa, Australien och delar av Asien. En översikt av Bond med kollegor (2012) visar att IPS är effektivare jämfört med arbetsförberedande modeller. I RCT-studier från USA uppnådde i genomsnitt 62 procent av deltagarna i IPS en anställning och 25 procent i kontrollgruppen, medan genomsnittet för länder utanför USA var 47 respektive 20 procent. I den svenska RCT-studien (IPS-insatsen hade mycket hög programtrohet, var placerad inom psykiatrin, och fokuserade på psykospatienter framkom att 46 procent av IPS-deltagarna fick arbete efter 18 månader, jämfört med 11 i kontrollgruppen (Bejerholm m. fl., 2014).

När andelen personer i praktik eller studier lades till kom 90 procent av deltagarna ut i produktiva aktiviteter ute i samhället. I jämförelsegruppen hade 23 procent anställning, praktikplats eller studerade, medan 77 procent fanns kvar i skyddade miljöer eller förberedande rehabiliteringsinsatser. I en annan studie där IPS implementerades i två norrländska kommuner, som erbjöds en bredare målgrupp än den i Skånestudien och hade medelgod IPS, visade uppföljningarna efter ett år att 25 procent fick anställning och 14 procent började studera, dvs. sammanlagt 39 procent (Nygren m.fl., 2011).

Dessa olikheter från de svenska studierna vittnar om att effektiviten skiljer sig åt beroende på i vilken kontext och för vilken målgrupp man implementerar IPS. De IPS-principer som har visats sig svårast att implementera i en svensk välfärdskontext har hittills varit att skräddarsy verksamheten utifrån individens behov istället för de regelverk som styr den egna organisationen, ofta präglade av en train-then place-ansats (Bejerholm m.fl., 2011; Hasson m.fl., 2011). Implementeringen är en angelägen fråga även internationellt, eftersom olika länder har olika vård- och stödsystem, arbetsmarknadspolitiska regelsystem och sociala bidragssystem som påverkar effektiviteten i IPS (Bond m.fl., 2012). I denna rapport fokuserar vi särskilt på hur implementeringen av IPS ser ut när den placeras i en kommunal kontext och vilka faktorer som i sin tur påverkar implementeringen lokalt.

ACT-modellens kännetecken

ACT beskrivs ofta som en intensiv modell av Case Management (CM). CM är ingen enhetlig metodik utan snarare en paraplyterm för ett arbetssätt som utvecklats i olika riktningar. CM utgår från principen om en funktion som samordnar och håller ihop insatser för personer som har behov av olika typer av insatser. Syftet är både att erbjuda rätt typ av insatser och kontinuitet i de olika vård- och stödkontakterna. Grovt sett kan man kategorisera CM i lågintensiva modeller, där antalet klienter per case manager är högt och stödet till största delen består av förmedling av kontakter, och högintensiva modeller, där antalet klienter per case manager är lågt och där stödet även består av direkta behandlingsinsatser. ACT började utvecklas i slutet av 1970-talet i USA och bygger på tanken att via ett tvärprofessionellt sammansatt team samordna och erbjuda de flesta eller alla insatser som klienter har behov av, i stället för att i huvudsak hänvisa till andra vård- och stödgivare (Stein & Test, 1980).

Trots att många modifieringar gjorts av modellen sedan det första pilotprogrammet, finns en rad grundkomponenter kvar. Dit hör insatser för att tillgodose individens grundläggande behov och rättigheter, en inriktning mot att öka funktionsförmågan, kontroll över symtomhantering och medicinering, ett uppsökande arbetssätt och ett individualiserat stöd som är uthålligt och ges över lång tid. Insatserna förmedlas i huvudsak av medlemmarna i teamet, som bland annat består av psykiater, sjuksköterskor och socialarbetare. Det ska också finnas vissa specialistfunktioner i teamet, till exempel en specialist på missbruksvård och en specialist på arbetsrehabilitering. Teamet ska vara tillgängligt dygnet runt. Ansvaret för klienterna delas mellan temamedlemmarna och insatserna ska vara täta och ske in vivo (McGrew & Bond, 1995). ACT som vårdform är kostsam och bör reserveras för personer i behov av intensiva insatser och tillsyn som vanligtvis endast kan erbjudas inom psykiatrisk slutenvård. Modellen har studerats i en lång rad studier, och i en forskningsöversikt från 2010 ingick 38 randomiserade kontrollerade studier från bland annat USA, Europa och Australien (Dieterich m.fl., 2010).

Resultaten visade fördelar för klienter som erbjudits ACT i jämförelse med standardvård med avseende på minskad användning av slutenvård, att få arbete, att få en högre allmän funktion, att undvika hemlöshet och att stanna kvar i behandlingen. Det har funnits en diskussion om ACT- modellens giltighet för vårdsystem utanför det amerikanska, inte minst till följd av brittiska studier där modellen inte visat på bättre resultat än mindre intensiva CM-alternativ (Thornicroft m.fl, 1998; Killaspy m.fl., 2009). Senare forskningsöversikter har dock

nyanserat bilden när det gäller målgrupp, programtrohet och de olika vårdsystemen. Wright och kollegor (2004) visade hur faktorer som att ge uppsökande insatser i klientens egen miljö och att teamet inbegriper både sociala insatser och sjukvård, inklusive tillgång till psykiater, var särskilt betydelsefulla för att uppnå målen om minskad slutenvård. Burns och kollegor (2007) visade att effekterna av ACT inte var relaterade till vilket vårdsystem som studerats, utan till hur mycket slutenvård som deltagarna i studierna använt sig av vid den första mätningen.

Modellen hade störst effekt för de personer som var storkonsumenter av slutenvård och som ofta avbrutit vårdkontakterna. Trots de inte alltid entydiga resultaten från den befintliga forskningen betraktas ACT idag som en modell med starkt vetenskapligt stöd om den används för rätt målgrupp. Internationellt hör också modellen ofta till basutbudet i det samhällsbaserade arbetet med personer med psykisk funktionsnedsättning.

Metod och genomförande

Design och urval av försöksverksamheter

Utgångspunkten för studien har varit att genom en prospektiv mixed-methods-design följa försök att implementera de två modellerna genom att samla in och kombinera olika typer av data. Den givna tidsramen har gjort oss hänvisade till projekt och försöksverksamheter som startat under den perioden. När det gäller IPS så sammanföll uppdraget med en nationell satsning på att utveckla modellen. Regeringen beslutade (S2011/6380/FST) att ge Socialstyrelsen uppdrag att fördela statsbidrag till ett urval av svenska kommuner med målet att anordna försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Trots den initiala formuleringen om meningsfull sysselsättning valdes en inriktning mot IPS. Enligt utvärderingen av satsningen (Socialstyrelsen, 2013) så var den beslutade inriktningen ett led i införandet av de nationella riktlinjerna. Mellan 2011 och 2013 fick Socialstyrelsen årligen 35 miljoner att fördela på kommunala försöksverksamheter. Sammanlagt gavs medel till 32 projekt, geografiskt fördelade över hela landet. Efter ett kort ansökningsförfarande under hösten 2011 fattades beslut om att stödja en första omgång av 16 försöksverksamheter. Alla dessa orter kontaktades och inbjöds att delta i studien. Av de tillfrågade tackade 14 av de 16 försöksverksamheterna initialt ja till att delta. Det handlade om försöksverksamheter fördelade över hela landet.

Någon liknande nationell satsning på ACT var inte aktuell vid tiden för studien. Emellertid fanns flera tidigare satsningar som berörde så kallad *case managment*-metodik (CM), en funktion som innebär att ansvara för att kombinera egna stödinsatser med samordning och koordinering av alla berörda aktörers insatser. ACT-modellen bygger också på idén att (främst mellan teamets olika specialistfunktioner) integrera olika insatser till en fungerande helhet. I Sverige har CM framför allt förknippats med personligt ombud, som först prövades som försöksverksamhet i samband med psykiatrireformens genomförande och som blivit en etablerad del av vård- och stödsystemet sedan början av 2000-talet (Socialstyrelsen, 2014). I ett senare skede har en mer kliniskt orienterad CM-metodik utvecklats, som syftat till att förmedla ett koordinerat och sammanhållet stöd inom stödsystemet. En sådan modell är Integrerad Psykiatri som bygger på en rad tillgängliga sociala och psykiatriska insatser som erbjuds individen med utgångspunkt från en så kallad resursgrupp, där stödet planeras i ett samarbete mellan brukaren och viktiga personer och aktörer. Modellen har sedermera lanserats under namnet Resource-group Assertive Community Treatment (RACT) (Nordén m.fl., 2012). Inför den här studien gjordes en kartläggning av befintliga nationella initiativ på området som kunde vara lämpliga att följa. Ovan nämnda verksamhetstyper, med uttalade syften att erbjuda en annan CM-insats än den ACT-modell som beskrivs i riktlinjerna, bedömdes falla utanför studiens fokus. Däremot identifierades ett initiativ i Malmö, där en arbetsgrupp med representanter från bland annat Region Skåne, Malmö stad och Lunds universitet under en tid planerat för att starta en ACT-verksamhet. Verksamheten startade under våren 2012 och accepterade att ingå i studien. Implementeringen av ACT i Sverige har sålunda undersökts med hjälp av en prospektiv fallstudie som omfattat en tidsperiod på cirka 30 månader. Genom urvalet av detta fall kan vi få en illustration till ”hur långt man kan komma”, och vilka faktorer som kan ha betydelse vid ett försök till full implementering av ACT.

IPS - metod, material och procedur

Implementeringen av IPS har studerats genom återkommande intervjuer och analys av dokument som rör relevanta implementationsfaktorer, regelbundna skattningar av programtrohet och uppföljningar av de deltagare som ingår i IPS-programmen. Informationsbrev om studien skickades ut under våren 2012 till alla projekt som ingick i Socialstyrelsens satsning (dvs. den första omgången med 16 projekt). Två kommuner tackade nej på grund av bristande möjligheter att kunna leverera data.

Intervjuer om implementeringen

En kontakt etablerades med hjälp av de kontaktadresser som fanns hos Socialstyrelsen, och efter dialog bestämdes vem eller vilka personer som skulle intervjuas. Den första intervjuomgången genomfördes hösten 2012 med 11 försöksverksamheter (de tre fördjupningsorterna undantagna, se nästa avsnitt) i ett läge då alla orter kommit igång med sin verksamhet. Intervjuerna genomfördes per telefon och tog mellan 50 och 90 minuter. I åtta fall intervjuades projektledaren eller ansvarig enhetschef, i tre fall deltog två personer i intervjun. I två av dessa intervjuer deltog projektledare tillsammans med en arbetsspecialist, i ett fall deltog projektledare tillsammans med enhetschef. Intervjun baserades på en checklista med följande teman: tidigare projekt med liknande metodik och målgrupp, förkunskaper om IPS, ansökan till SoS/problembild, målgruppen, organisationen för projektet inklusive ledning, finansiering, rekrytering, utbildning, handledning, utvärdering och system för feedback, administrativt stöd, förankring inom kommunen, kommunikation gentemot samarbetspartners, samt en öppen fråga om vad man upplevt svårt och negativt respektive lätt och positivt i samband med planering och projektstart. Alla personer informerades om syftet med intervjun och gav sitt muntliga samtycke till ett deltagande.

Mellan april och augusti 2014 genomfördes en uppföljande intervju med försöksverksamheterna. Tiden var vald för att fånga in situationen en tid efter det att den externa finansieringen från Socialstyrelsen upphört. I 10 fall genomfördes intervjun med projektledare eller motsvarande. I två av intervjuerna deltog även en arbetsspecialist. Intervjuerna tog mellan 20 och 60 minuter. Checklistan vid den uppföljande intervjun bestod av följande teman: Projektets status, organisatorisk placering, inriktning, anställda, ledning och styrgrupp, finansiering, fattade beslut, administrativt stöd, målgrupp, samverkan, klimat, lokala anpassningar, handledning/fortbildning och riktlinjerna. Intervjuerna kompletterades med genomgångar av de ansökningar och projektplaner som kommunerna skrev till Socialstyrelsen beträffande projektmedel.

Fördjupning på tre orter

Syftet med delstudien var att få detaljerad och fördjupad information om implementeringsprocessen i tre unika försöksverksamheter och om de omständigheter som påverkar hur etableringen av IPS går till och vad den resulterar i. I urvalet eftersträvades en variation med avseende på geografisk placering och kommunstorlek. Urvalet blev en större stad i Sydsverige, ett kluster av fyra förortskommuner till en storstad i Mellansverige och en glesbygdskommun i Norrland (enligt SKL:s kommungruppsindelning). Under våren 2012 genomfördes planeringsträffar där studien förankrades och där formerna för den första datainsamlingen slogs fast.

De första besöken för datainsamling genomfördes på de tre orterna mellan maj och juni månad. Fokus vid dessa intervjuserier låg på förutsättningarna för projekten, erfarenheterna från planeringen av projekten samt uppstarten. På varje ort genomfördes ett tiotal halvstrukturerade intervjuer under två dagar, både individuellt och i grupp. För varje kategori av intervju togs en särskild frågeguide fram. Alla intervjuer spelades in och skrevs ut ordagrant. Samma procedur återupprepades 2013 och 2014. Den sista omgången av intervjuer genomfördes cirka sex månader efter det att den statliga finansieringen hade upphört. Alla personer informerades om syftet med intervjun och gav sitt muntliga samtycke till ett deltagande. Totalt genomfördes 51 stycken intervjuer vid de tre omgångarna, individuellt och i grupp. Nedan följer en förteckning av de personer som intervjuades fördelade på ort, år och kategori/organisation (tabell 1).

Tabell 1. Intervjupersoner i fördjupningsstudien

	Fördjupningsort								
	Större stad			Förortskommuner			Glesbygdskommun		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Intervjupersoner									
Projektledare	1	1	1	2	2	1	1	1	1
Arbetsspecialister	4	4	4	5	5	2	2	2	2
Psykiatrirepr.	2	2	2	3	2	-	2	2	1
Kommunrepr.	2	2	3	4	4	2	1	1	2
Försäkringskassan	1	-	1	2	2	-	1	1	-
Arbetsförmedlingen	-	1	1	-	-	-	1	-	-
Brukarorganisation	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Totalt:	**11**	**10**	**12**	**16**	**15**	**5**	**9**	**7**	**6**

Värt att notera är att IPS-verksamheten i den större staden inrättades som en ordinarie insats i kommunen, medan verksamheterna i förortskommunerna och glesbygdskommunen lades ned efter projekttiden. Detta faktum satte sin prägel på det sista uppföljningstillfället, då endast ett fåtal personer från framförallt satsningen i förortskommunerna ställde upp på intervju eller gjorde sig tillgängliga.

Programtrohetsskattningar

Vid sidan om intervjustudierna tillfrågades verksamheterna om att delta i programtrohetsskattningar. Syftet med att använda dessa skattningar i studien var att undersöka hur den uppbyggda praktiken förhåller sig till IPS-principerna och vilka områden som varit lätta respektive svåra att leva upp till. Resultaten från skattningarna kan också tillsammans med intervjumaterialet och individuppföljningen ge kunskap om lokala anpassningar som gjorts och i vilken utsträckning de varit medvetna eller ofrivilliga. Det instrument som användes för datainsamling var Supported Employment Fidelity Scale (SEFS) (Becker m.fl., 2008), vilken sedan 2011 finns tillgänglig på svenska (Socialstyrelsen, 2012, se bilaga 2). Skattningen omfattar 25 frågor och berör bedömningsområdena personal, organisation och tjänster. Varje fråga skattas på en femgradig poängsskala och kriteriet för varje skalsteg är noggrant beskrivet. Till exempel, ett snabbt sökande efter arbete är en femma om den första kontakten med en arbetsgivare sker inom en månad, medan en etta representerar en fördröjning på upp till ett år. En högre poäng indikerar alltså att verksamheten följer IPS bättre. Totalpoängen kan variera mellan 25 och 125 poäng.

– 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 lägre= stämmer inte överens med IPS

Skattningarna ägde rum efter att försöksverksamheterna varit igång under ett respektive två år. Samma skattningsprocedur gjordes vid båda tillfällena. Efter det att forskarna skickat ut skattningsmanualen gjordes en första skattning av personer på plats i den aktuella kommunen. Ofta handlade det om projektledaren eller någon form av lokal resurs, t.ex. en kvalitets- eller vårdutvecklare. Därefter arrangerades en konsultation där dessa tillsammans med någon av forskarna i projektet (UB, UM) gick igenom skattningen för en bedömning och validering. Båda forskarna har tidigare erfarenhet av skattning enligt manualen. Som ett sista led i proceduren

ställdes skattningen mot en dokumentanalys. Analysen registrerade individernas sysselsättning, omfattning och innehåll av IPS-arbetsspecialisternas stöd, målgrupp, kontakt med psykiatrisk vård och deltagarnas nedskrivna berättelser om verksamheten. Den första skattningen omfattade 13 av de 14 verksamheterna. Bortfallet utgjordes av en verksamhet som uppgav att man av tidsskäl inte hade möjlighet att genomföra en skattning. Den andra skattningen år 2014 omfattade 10 verksamheter. Bortfallet bestod av verksamheter som lagts ned

Individuppföljningen

I individuppföljningen ingick deltagare från 14 IPS-verksamheter. Utöver det har fyra orter ingått i en mer omfattande individuppföljning. Samtliga deltagare fick både muntlig och skriftlig information om att deltagandet var frivilligt, inte påverkade det ordinarie stödet och att de uppgifter som samlades in hanterades konfidentiellt. Samtliga IPS-deltagare i individuppföljningen gav sitt skriftliga medgivande till att delta. Datainsamlingen startade våren 2012 och avslutades hösten 2014. Tre mättillfällen ingick, vid noll och efter ett och två år. I individuppföljningen insamlades information om bakgrundsfaktorer, sysselsättnings- och återhämtningsmått samt om deltagarnas syn på hur IPS-insatsen fungerat.

Kodlista och bortfallsregistrering har använts för att avidentifiera deltagarna samt registrera förekomst av bortfall och anledningen till det. Kontaktpersonen för varje ort har ansvarat för denna registrering. *Bakgrundsinformation* har samlats in för samtliga deltagare i början av projektet. Eventuell förändring av status har registrerats vid ett och tvåårsuppföljningen. Formuläret inkluderade frågor om ålder, kön, diagnos, boende-, utbildnings- och sysselsättningsstatus, arbetshistorik, inkomst och ersättningsform samt aktuell kontakt med psykiatri, kommun och primärvård. *Arbets- och sysselsättningsmått* har följts upp kvartalsvis för samtliga deltagare. Arbetsspecialisterna har registrerat i ett standardiserat formulär med början tre månader efter start. Arbete, praktikplats, studier, daglig sysselsättning och IPS-stödet har registrerats, i vilken omfattning och utsträckning deltagarna haft sysselsättningen, samt vilken inkomst och bidragsform de haft. *Återhämtningsmått,* eller mått på hälsa, har samlats in vid samtliga tillfällena för deltagarna i de fyra verksamheter som ingick i den fördjupade individuppföljningen. Syftet var att mäta förändringar av hälsa och grad av återhämtning mellan tillfällena. Även skattningar av terapeutisk allians och syn på vård och stöd gjordes. De instrument som har använts beskrivs i bilaga 3.

Totalt inkluderades 365 personer i individuppföljningen. Några verksamheter deltog så länge de hade finansiering från Socialstyrelsen. Andra implementerade IPS i någon form i sin ordinarie verksamhet. Det betyder att vi inte haft samma förutsättningar att följa upp alla deltagare. Dessutom har inte alla deltagare varit med i projektet lika länge eftersom inkludering pågick under 18 månader. Deltagarna följdes upp fram till minst sex månader. Det bortfall som registrerades uppgick till 68 deltagare (18.6 %) och anledningen till att inte vilja ha mer IPS-stöd var i fallande ordning: anställning, studier på annan ort, daglig sysselsättning, annan rehabiliteringsaktör, praktik, föräldraledighet, stadigvarande sjukersättning, flytt, ingen motivation till arbete, samt en person som avled under uppföljningstiden. De tre fördjupningsorterna A, B och C (motsvarar kod 5, 10 och 14, se tabell i bilaga 4) som valts ut för att nyansera den i övrigt samlade bilden av verksamheterna utgjorde 30 % av deltagarna. Vi inkluderade även en fjärde ort (kod 7) för att kunna få ett mer representativt urval vad gäller mått på återhämtning och hälsa, terapeutisk allians och syn på insatsen.

Individuppföljningsmaterialet har lagts upp i 14 SPSS-databaser, en för varje ort, och inkluderat 446 variabler. Utöver detta finns en databas för programtrohetsmätningarna. För varje resultatområde har databaserna slagits samman och relevanta variabler valts ut. Materialet har bearbetats statistiskt med betoning på deskriptiv och jämförande statistik.

ACT - metod, material och procedur

Intervjuer om implementeringen

Implementeringsprocessen har studerats genom intervjuserier på plats vid tre tillfällen. Information har samlats runt teman med koppling till viktiga implementeringsfaktorer och utgått från intervjuguider utformade för kategorierna verksamhetsledare, personal, chefer och samarbetspartners. Verksamheten kontaktades under vintern 2012 och ett första möte arrangerades där uppläggningen av studien presenterades och diskuterades med projektledaren och teamet. Senare under våren genomfördes ett besök på två dagar där en serie intervjuer genomfördes. Proceduren återupprepades med besök hösten 2013 och hösten 2014. Totalt genomfördes sex intervjuer med 14 personer år 2012, sex intervjuer med 12 personer år 2013 samt sex intervjuer med 14 personer år 2014. Nedan visas en sammanställning av det material som samlades in (tabell 2).

Tabell 2. Antal intervjuer genomförda 2012-2014

	2012	2013	2014
Intervjupersoner			
Processledare	1	1	1
Teammedlemmar	6	4	8
Psykiatrirepresentanter	1	2	1
Kommunrepresentanter	4	2	2
Repr. privat psykiatri	1	1	1
Samordningsförbundet	1	1	-
Brukarorganisationerna	-	1	1
Totalt	**14**	**12**	**14**

Varje intervju tog 30-120 minuter att genomföra. Samtliga intervjuer spelades in på band och skrevs ut ordagrant. Intervjuguiderna omfattade följande teman: bakgrund till projektet, behov, tidigare initiativ, planeringen, målgruppen, projektets organisering, rekrytering, utbildning, handledning, finansiering, förankring, samarbete och det konkreta klientarbetet. De uppföljande intervjuserierna rörde i huvudsak den aktuella situationen, förutom vid sista intervjuomgången då det under alla intervjuer ställdes en fråga om att sätta ihop en ”topplista” över de faktorer man upplevt haft störst betydelse för genomförandet. Alla personer informerades om syftet med intervjun och gav sitt muntliga samtycke till ett deltagande.

Programtrohetsmätning

Programtrohetsmätningar har genomförts 6 månader, 18 månader och 24 månader efter att teamet startade sin verksamhet. Mätningarna har följt de anvisningar som finns i ”Tool for measuring assertive community treatment (TMACT) (Monroe-DeVita M, 2012). Metoden bygger på strukturerade intervjuer med teamledare, psykiater, övriga teammedlemmar och brukare. Dessutom ingår genomgång av dokumentation. Mätningen bygger på en genomlysning av organisation och struktur, identifiering av kärnkomponenter i ACT, specialistfunktioner i teamet, vårdens innehåll, användning av evidensbaserad praktik och vårdplaneringens utformning och innehåll. Manualen för TMACT innehåller detaljerade anvisningar om vilka informationskällor som ska användas vid bedömningar av de olika områdena och även förslag på vilka frågor som ska ställas vid de olika intervjuerna. Varje frågeställning bedöms på en femgradig skala med detaljerade ankarpunkter. Intervjuerna har genomförts av två bedömare (UM, BS), som efter att ha gjort självständiga skattningar av programtroheten diskuterat fram en konsensus för slutresultaten. För en sammanställning av bedömningsområden och fråge-ställningar i TMACT, se bilaga 1.

Individuppföljning

Uppföljningen utgår från personer som av psykiatriska verksamheter inom sjukvården och stadsdelsförvaltningarna i Malmö bedömts vara i behov av intensiv case management. Då ACT-verksamheten var nystartad utgör den studerade gruppen de första personerna som kommit i fråga för insatsen. Om gruppen i ett mer långsiktigt perspektiv kommer att visa sig vara representativ för dem som kommer att vårdas av ACT-teamet är inte möjligt att uttala sig om med nuvarande dataunderlag. De brukare som behandlats av ACT-teamet har studerats genom data kring områden som i tidigare forskning visat konsistenta förändringar (Mueser, m.fl., 2013). Dessa är: att stanna kvar i behandlingen, bättre allmän funktion, att få arbete, att inte vara hemlös och att ha kortare sjukhusvistelser. Uppgifter om antalet dagar inom slutenvård hämtades från Region Skånes sjukvårdsregister. För brukare antagna till ACT 2012 insamlades data för den tvåårsperiod som föregick antagningen och för de två år brukaren vårdats av ACT-teamet. För brukare antagna under 2013 kunde motsvarande data samlas in för perioden ett år före antagning och för det år deltagaren fått ACT. Från stadsdelarnas avdelningar för individ-och familjeomsorg har information om antalet insatser från socialtjänsten inhämtats. Individ-och familjeomsorg beviljar insatser i form av försörjningsstöd, boende i lägenhet, dygnsboende (innefattar hotell, härbärge, boende för personer med dubbeldiagnos), kontaktperson, institutionsboende via SoL och tvångsinsatser enligt lagen om vård av missbrukare (LVM). Insatser enligt LSS och boendestöd beviljas av enheterna för vård- och omsorg och har inte gått att inhämta via socialtjänsten, men viss information har gått att få via ACT-teamet.

Övriga individdata samlades in med ”Objective Social Outcomes Index (SIX) (Priebe m.fl 2008). SIX är en skala som täcker fyra livsdomäner: arbete, boendesituation, familjesituation och vänner, se bilaga 3. Bedömningar enligt SIX gjordes vid baseline, ett år efter antagning och för dem antagna 2012 även två år efter antagning. När det gäller statistiska analyser har före- och eftermätningarna analyserats med Wilcoxon signed rank test och jämförelser mellan grupper med Mann-Whitney U Test.

För att få en uppfattning om brukarnas erfarenheter av att vara patient i ACT-teamet gjordes kvalitativa intervjuer med elva brukare. Nio intervjuer gjordes i brukarens bostad och två på psykosmottagningen. Vid intervjun användes en semistrukturerad intervjuguide med öppna och specifika frågor. ”Berätta om hur du hade det innan du fick kontakt med teamet”, ”Vad tycker du förändrats sedan du fick kontakt med teamet?”, ”Är det något som är särskilt bra?”, ”Tycker du att det finns några nackdelar?”. De specifika frågorna hämtades ur TMACT-manualens beskrivning av frågor till brukare. Frågorna gav information om i vilken utsträckning brukaren har träffat teamets medlemmar, vilken nytta brukaren tillskriver dessa kontakter, i vilken utsträckning brukarens anhöriga involverats i behandlingen, och vilken hjälp man fått när det gäller boendestöd och personlig planering. Slutligen ställdes frågor kring i vilken utsträckning brukaren upplevde att hans/hennes oberoende och självbestämmande hade uppmuntrats. Brukarnas erfarenheter sammanfattades utifrån principerna för innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Då många av deltagarna uttryckte stor motvilja mot att lämna sin namnteckning valdes en så kallad *opt out*-strategi för att inhämta informerat samtycke. Med *opt out* menas att deltagaren ger ett allmänt samtycke och säger till om han/hon vill gå ur en studie. Brukarnas samordnare överlämnade ett informationsbrev och talade samtidigt om att uppgifter kring deltagarnas utnyttjande av vård- och stödinsatser skulle användas vid en undersökning om ACT-teamets arbete. Man frågade också om brukaren hade invändningar mot att uppgifterna användes för detta ändamål. I informationsbrevet fanns även kontaktuppgifter till den som ansvarade för studien. Om brukaren inte motsatte sig att uppgifterna samlades in betraktades detta som ett medgivande. I den kvalitativa delen av studien tillfrågades brukarna av sin samordnare om de ville delta i en intervjustudie. I samband med att intervjun gjordes informerade intervjuaren (BS) om vilka frågor som skulle ställas och syftet med studien. Därefter inhämtades ett muntligt medgivande. I redovisningen av den kvalitativa resultatdelen har antalet citat i texten minimerats av forskningsetiska skäl. Detta för att minska risken för att respondenterna ska kunna identifieras.

Analys av implementeringsprocessen

Det finns en omfattande forskning som rör förverkligandet av både politiska målsättningar och överföringen från forskning till lokal praktik. Studiet av implementering av policy har förankring i forskning om socialpolitik och

offentlig förvaltning. Här har fokus legat på kritiska steg som t.ex. policyns utformning, den vertikala styrningen, den lokala nivåns inställning till centrala initiativ, dynamiken mellan olika aktörer på den lokala nivån samt brukarnas inställning till den aktuella policyn (Hill & Hupe, 2009: Johansson, 2010; Nilsen m.fl., 2013). Denna forskningstradition har utmärkts av att förlägga mycket av analysen till en övergripande systemnivå, vilket till en del även kan vara relevant för att förstå hur nationella riktlinjer eller specifika modeller tas om hand i ett lokalt sammanhang. De senaste decennierna har forskning som specifikt fokuserar på implementeringen av EBP utvecklats. Idag finns en rad forskningsöversikter som försöker identifiera kritiska komponenter eller nyckelfaktorer för en framgångsrik implementering av vetenskapligt utprövade modeller (Greenhalgh m.fl., 2004; Fixen m.fl., 2005; 2009; Durlak & DuPre, 2008; Damschroder m.fl., 2009; Meyers m.fl., 2012). Vissa konkreta moment i processen, som t.ex. rekrytering av personal, träning och utbildning i metoden och administrativt stöd, återkommer i alla sammanställningar, medan faktorer som rör organisatoriska förutsättningar eller omständigheter utanför organisationen kan skifta något. Konsensus tycks också råda i fråga om att många nyckelkomponenter kan fungera kompensatoriskt i förhållande till varandra.

I denna studie såg vi det som angeläget att ha en modell för analysen av data som rör implementeringen av IPS och ACT. Som ett första steg gjordes en noggrann genomgång av några av de forskningssammanställningar som finns på området. De arbeten vi utgick från var Damschroder och kollegor (2009), Durlak och DuPre (2008), Fixen och kollegor (2009) samt Meyers, Durlak och Wandersman (2012). För varje arbete gjordes en lista och beskrivningar av de implementeringsfaktorer som betonas som betydelsefulla. Därefter kondenserades och grupperades dessa efter tematik och analysnivå. Slutresultatet utgjordes av ett antal bedömningspunkter sorterade i följande kategorier: *Omständigheter på systemnivå, omständigheter på lokal organisatorisk nivå, omständigheter på utförarnivå* samt *fortlöpande strategier för stöd*. Dessutom identifierades ett antal resultatvariabler som på olika sätt kunde ange ”produkter” av implementeringen i termer av utfall för individerna, programtrohet och försöksverksamhetens överlevnad. Nedan presenteras matrisen.

A. Omständigheter på systemnivå (gemensamt för alla projekt)

1. Det vetenskapliga stödet för metoden
2. Metodens tydlighet (principer, komponenter)
3. Metodens anpassningsbarhet och flexibilitet
4. Politik och lagstiftning
5. Nationell policy (riktlinjer, m.m.) på insatsområdet
6. Aktuella nationella satsningar på området
7. Föreställningar om målgruppen, attityder

B. Omständigheter på lokal organisatorisk nivå

1. Bedömningar och beskrivningar av behov som modellen kan tillgodose
2. Erfarenhet av liknande arbetssätt
3. Metoden uppfattas som legitim och i linje med organisationens värderingar
4. Finns en plats för modellen i organisationen, anpassningsbarhet
5. Implementeringsklimat, organisationen uppkopplad mot omvärlden
6. Samarbetskultur, erfarenhet av samverkan
7. Förankring hos opinionsledare och beslutsfattare
8. Tillgång till experter (eller ”champions”) på ledningsnivå
9. Tillgång till externa champions
10. Politiska beslut och strategier för lokal finansiering

11. En medvetet sammansatt och kompetent ledningsgrupp som ansvarar för och följer satsningen
12. Samarbetspartners stödjer satsningen

C. Omständigheter på utförarnivå

1. Medveten rekrytering och sammansättning av personalgruppen
2. Kontinuitet vad gäller personal och chefer
3. Närvarande ledare som tror på metoden
4. Samarbetspartners som underlättar klientarbetet
5. Informationsinsatser för att öka kunskapen om modellen
6. Återföring av erfarenheter och resultat till beslutsfattare
7. Utbildning och träning i metoden

D. Fortlöpande strategier för stöd

1. Fortbildning till personalen
2. Fortlöpande handledning och/eller konsultation i modellen
3. Återkommande programtrohetsskattningar
4. Tid och utrymme för reflektion och utvärdering
5. Tekniskt och administrativt stöd

Vi har bedömt alla punkter som relevanta utifrån tillgänglig forskning om implementering, och för sektionerna B, C och D har vi operationaliserat varje punkt eller komponent. Orsaken till att vi inte gjorde på samma sätt för sektion A (systemnivån) är att den rör mer övergripande frågor som inte på ett tydligt sätt är kopplat till det empiriska material som samlades in, och därmed blir svårare att mäta. Däremot görs en initial analys av omständigheter på systemnivå baserat på tillgängliga källor som t.ex. regeringsuppdrag i särskilda avsnitt i rapporten. En viktning av varje komponent gjordes i tre steg: 1) *Inte, 2) Delvis* och 3) *I hög utsträckning*. Modellen har använts vid analysen av intervjumaterialet och styrt sorteringen av båda intervjustudierna om IPS och den rörande ACT. För intervjumaterialet innebär det att vi använt oss av en riktad innehållsanalys där komponenterna fungerat som guidande koncept i vår analys.

Viktningen har använts vid analysen av intervjuer och skriftligt material från de 14 IPS-verksamheterna och ACT-teamet, och genomförts enligt en konsensusmodell där forskarna (UM, UB, MB, BS) diskuterat tills de varit överens om en bedömning. Följande exempel kan illustrera hur operationaliseringarna har sett ut.

<u>B 1</u>

Bedömningar och beskrivningar av behov som IPS kan tillgodose: 1) Inte: Inga beskrivna kartläggningar eller bedömningar där man konstaterat att det finns en lokal målgrupp med behov av IPS; 2) Delvis: Behov har beskrivits internt och kan baseras på någon typ av inventering, men det finns oklarhet i kopplingen mellan behovsbeskrivningar och IPS som specifik insats. Ingen bred förankring hos intressenterna om att IPS fyller ett stort och icke tillgodosett behov och 3) I hög utsträckning: Det finns inventerade och kartlagda behov som fler än en intressent är överens om kan tillgodoses med IPS som specifik insats.

B 2

Vana av liknande arbetssätt: 1) Inte: Erbjudit traditionell sysselsättning för målgruppen 2) Delvis: Vissa erfarenheter av arbetsinriktad rehabilitering, men antingen mer allmänt Supported Employment-influerade och/eller för andra målgrupper. 3) I hög utsträckning: Försök med IPS/SE för den aktuella målgruppen och i samarbete med andra intressenter.

De flesta bedömningar har varit enkla att göra, med tillgänglig och tydlig information och med samstämmiga bedömningar. Några bedömningar har emellertid varit svårare. Det har då oftast rört delskalan om omständigheter på organisationsnivå och punkter som till exempel B3, B4 och B5, men även bedömningen om kontinuitet när det gäller personal och chefer, C2. Här blev det längre diskussioner i fyra-fem fall vilka framförallt berörde gränsdragningen mellan ”inte” och ”delvis”, där det i praktiken kom att handla om att ”inte” även tenderade att inbegripa ”i liten utsträckning”.

Bedömningar om abstrakta fenomen som ”implementeringsklimat” är svåra att göra, och här krävs ytterligare arbete för att öka precisionen på skattningarna i analysmodellen. För att pröva skalstrukturen i analysmodellen för implementeringsfaktorer i kategorierna B, C och D och för de 14 IPS-verksamheterna prövades den interna konsistensen i de tre delskalorna med Cronbach´s alpha. För samtliga 3 delskalor och hela skalan visades en godkänd intern konsistens (Alpha $\geq$ .80 Corrected item-total correlation < .30, Alpha if item deleted, små skillnader). För att undersöka skillnader mellan grupper av verksamheter användes Mann-Whitney U-test. Med tanke på det låga n-talet måste resultaten från dessa analyser tolkas med försiktighet. En post-hoc power analys för icke parameteriska test med programmet G-power med $p<.05$ som signifikanskriterium visade dock en hög power i de olika analyserna (.89-.99). Därutöver användes Spearmans korrelationstest för att pröva samband mellan programtrohet och implementeringsfaktorerna i analysmodellen

IPS - resultat

Omständigheter på systemnivå

Vilka omständigheter påverkar möjligheterna att implementera IPS i Sverige? I analysmodellen (s.16) anges den aktuella modellens egenskaper utgöra viktiga faktorer för en framgångsrik implementering. Som tidigare framgått har IPS ett sammantaget starkt vetenskapligt stöd framförallt när det gäller att få deltagarna ut i lönearbete. Detta framgår också av riktlinjerna, där IPS ges högsta prioritet – något som kan antas öka de lokala aktörernas drivkraft att satsa på modellen. En annan egenskap hos IPS som underlättar en bred spridning är modellens tydlighet. Principerna är lätta att förstå, och det finns i Sverige både manualer och arbetsböcker tillgängliga på svenska där principerna har brutits ner till en hög grad av konkretion. Ytterligare en underlättande egenskap är att modellen framstår som relativt anpassningsbar. Principerna förväntas fungera styrande, men insatsen kräver få specifika yttre arrangemang och mycket av kvaliteterna ligger i arbetsspecialisternas självständiga arbete. En omständighet som begränsar möjligheterna till en effektiv implementering är tillgången till metodexpertis. Det finns ett begränsat antal personer som är utbildade i metoden eller som har praktisk erfarenhet av att pröva IPS i ett svenskt sammanhang. Totalt rör det sig om en handfull personer som kan fungera som kvalificerade utbildare eller handledare. I samband med Socialstyrelsens satsning på finansiering till IPS-verksamhet initierades emellertid en universitetskurs vid Lunds universitet med inriktning på modellen. Denna utbildning kom att bli attraktiv för personal i försöksverksamheterna och har utgjort en viktig förutsättning för det lokala utvecklingsarbetet. Utbildningen tillsammans med de genomförda försöksverksamheterna kan på sikt leda till att antalet tillgängliga experter på IPS ökar.

Andra omständigheter på systemnivå är politikens inriktning och utformningen av statliga satsningar på området. Det har funnits en politisk vilja att prioritera stödinsatser för personer med psykisk funktionsnedsättning, vilket bland annat kommit till uttryck genom Regeringens satsning PRIO – handlingsplan för psykisk ohälsa 2012-2016 (Regeringskansliet, 2012). De nationella riktlinjerna är också ett tydligt initiativ för att stödja de lokala huvudmännen att utveckla effektiva vård- och stödinsatser, bland annat IPS. När det gäller gruppen personer med funktionsnedsättningar finns också en statlig ambition att underlätta övergång till arbete med hjälp av olika former av subventionerade anställningar. De nämnda exemplen visar på hur implementeringen av IPS kan underlättas med hjälp av politiska beslut och initiativ på central nivå. Samtidigt finns också inslag som kan göra situationen mindre gynnsam. En av de stora utmaningarna i sammanhanget utgörs av det svenska välfärdssystemets struktur, som utgår från en tydlig uppdelning mellan hälso- och sjukvården och kommunernas ansvarsområde. Till detta kommer även AF och FK med specifika uppdrag och rutiner, vilka kan vara bristfälligt anpassade efter kommunerna och landstingens arbetssätt. I fallet med IPS blir denna sektorisering särskilt utmanande då modellen bygger på en integrering mellan sociala, arbetslivsinriktade och psykiatriska insatser, vilket skulle kräva en organisatorisk sammansmältning eller åtminstone ett nära samarbete. Studier från de första IPS-försöken i Sverige indikerar också problem i såväl kontakten mellan psykiatrin och socialtjänsten som i kontakten mellan IPS-verksamheten och AF (Markström m.fl., 2011; Hasson m.fl., 2011). Huvudmannafrågan fick ny aktualitet genom Socialstyrelsens satsning på IPS. Det statsbidrag på 35 miljoner kronor som betalades ut var riktat till kommunerna, och dessutom formulerat som ett försök att utveckla meningsfull sysselsättning (i och för sig med inriktning mot IPS-modellen). På så sätt styrdes satsningen mot kommunen som huvudman, men den innehöll en oklar syftesformulering där arbetsinriktningen inte framgick tydligt. Socialstyrelsens sätt att designa satsningen kan ha bidragit till att styra stödet för den planerade IPS-praktiken bort från en originalmodell, som bygger på att insatsen integreras i det psykiatriska teamet, och i viss mån bort från en renodlad arbetsinriktning.

Ytterligare ett exempel på hur designen på statliga initiativ påverkar implementeringen på lokal nivå är tidsramarna för den aktuella satsningen. Statsbidraget utlystes under hösten 2011 och kommunerna fick endast några få månader på sig att förankra och färdigställa ansökan. Fördelningen av de statliga medlen över de tre åren tillsammans, tid för rekrytering och utbildning gjorde att den faktiska försöksperioden snarare blev två år än tre (Socialstyrelsen, 2013). I den meningen kan utformningen ha reducerat satsningens långsiktiga effekter, samtidigt som initiativet i sig naturligtvis ökade möjligheten att utveckla modellen i ett svenskt sammanhang.

Till de ovan beskrivna faktorerna kan man lägga till ytterligare en omständighet, nämligen föreställningar och attityder till personer med psykisk funktionsnedsättning. Negativa attityder till målgruppen, både hos allmänheten, de professionella och hos de drabbade själva, har beskrivits som hinder för ett effektivt stöd och ett liv som alla andras i samhället. I exemplet IPS kan en utmaning utgöras av attityderna hos de arbetsgivare som ytterst avgör om individerna får en anställning. En annan utmaning är föreställningarna hos professionella och myndighetspersoner som är involverade i arbetsrehabiliteringen. Om synen på att personer med schizofreni inte kan återhämta sig eller klara av ett lönearbete dominerar, kommer det också påverka hur stödet förmedlas till klienterna. En pessimistisk grundsyn kan leda till fortsatta insatser enligt en *train-then-place*-ansats, där skyddade arrangemang får företräde framför reella arbetsplatser.

Implementeringen av IPS i 14 försöksverksamheter

I det följande avsnittet kommer resultaten från studien om implementeringen i de 14 försöksverksamheterna att redovisas och analyseras. I bilaga 4 finns en översiktstabell som presenterar resultaten för varje försöksverksamhet, baserat på analysmodellen. Där ingår också poängen från de genomförda programtrohetsskattningarna (som diskuteras längre fram) samt uppgift om verksamheternas status hösten 2014 (bilaga 4). I tabell 3 redovisas hur fördelningen av skattningar såg ut för verksamheterna på varje bedömningspunkt i analysmodellen som avser organisation- och utförarnivå samt fortlöpande stöd.

I tabellen redovisas resultaten från de totalt 25 olika bedömningspunkter som ingått i analysmatrisens delskalor. Vi prövade den interna konsistensen i de tre delskalorna vi konstruerat och för analysmodellen som helhet. Den interna konsistensen mätt med Cronbach´s alpha låg i alla skalorna över .08, vilket gjorde att vi kunde summera till poäng för respektive skala (se tabell i bilaga 4). En etta står för ”inte”, en tvåa för ”delvis” och en trea för ”i hög utsträckning”. Den maximala poängen för hela skalan var 75 poäng. Dessutom har en skattning gjorts med avseende på den målgrupp som försöksverksamheten riktat insatsen till. Här innebär en etta att man erbjudit insatsen till andra än personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. En tvåa innebär att man delvis erbjudit insatsen till målgruppen ovan, men att den är i tydlig minoritet. En trea innebär att försöksverksamheten haft en uttalad strategi att nå målgruppen, och att den utgör ungefär hälften eller mer än hälften av deltagarna. I bedömningen har vi haft en liberal tolkning av målgruppen personer med schizofreni och även inkluderat vad som internationellt brukar benämnas ”severe mental illness” eller ”personer med långvarig och allvarlig psykisk funktionsnedsättning”, eller i enlighet med PRIO-planen, ”personer med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik”. Betoningen har legat på allvarliga och långvariga konsekvenser av psykossjukdom.

Av de försöksverksamheter som följdes hade sex av dem etablerats i den kommunala organisationen vid den sista uppföljningen under 2014. Det innebar att de via politiska beslut eller beslut inom förvaltningen drevs vidare som reguljär verksamhet efter det att projektpengarna eller projekttiden var slut. I de flesta fallen var det ett resultat av särskilda politiska beslut. Fem försöksverksamheter hade lagts ned. Tre av försöksverksamheterna bedömdes ha etablerats till viss del. I kommun 1 hade den småskaliga IPS-verksamheten reducerats och uppgått i en annan enhet som ansvarade för att stödja unga personer med försörjningsstöd. Styrgruppen lades ned i samband med avslutningen av projektet. I kommun 2 lades projektet ner, men samtidigt fanns beskrivningar av en nystartad verksamhet influerad av IPS-modellen där nya medarbetare skulle arbeta som vägledare för alla personer som omfattades av biståndsbeslut. I kommun 12 hade IPS-verksamheten övergått till reguljär verksamhet genom ett politiskt beslut, men utrymmet för den från början småskaliga verksamheten hade ytterligare reducerats och IPS-insatsen kombinerades också med andra uppgifter efter projektet.

Tabell 3. Bedömningar gjorda efter analysmodellen för de 14 försöksverksamheterna

Bedömningspunkter i analysmodellen (n=14 för varje punkt)	Antal verksamheter skattade som ”inte”	Antal verksamheter skattade som ”delvis”	Antal verksamheter skattade som ”i hög utsträckning”
B. Organisationsnivån			
1. Baserat på behov	4	5	5
2. Erfarenhet av metoden	6	6	2
3. Uppfattas som legitim	4	6	4
4. Plats i organisationen	4	6	4
5. Implementationsklimat	7	2	5
6. Samarbetskultur	1	10	3
7. Förankring hos ledning	3	6	5
8. Expert på ledningsnivå	6	6	2
9. Extern expert	6	4	4
10. Framtidsstrategi, beslut	7	3	4
11. Styrgrupp	3	7	4
12. Samarbetspartners	0	13	1
C. Utförarnivån			
1. Medveten rekrytering	1	4	9
2. Kontinuitet, personal	5	2	7
3. Engagerad ledare	3	4	7
4. Samarbete på klientnivå	0	9	5
5. Informationsinsatser	0	7	7
6. Återföring till ledning	1	7	6
7. Utbildning i metoden	0	5	9
D. Fortlöpande stöd			
1. Fortbildning	5	7	2
2. Metodhandledning	1	7	6
3. Programskattningar	2	5	7
4. Tid för reflektion	1	4	9
5. Administrativt stöd	0	2	12
Målgruppen schizofreni	8	4	2

Medelvärdet för hela skalan låg på 53,5 poäng med en spridning mellan 37 och 74 poäng. Medelvärdet för de verksamheter som etablerat sig efter projekttiden låg på 65,6 poäng. Motsvarande värde för övriga var 44,4 poäng.

Omständigheter på lokal organisatorisk nivå

Denna del bestod av totalt 12 stycken bedömningspunkter och den maximala poängen för viktningen var 36 poäng. Bedömningarna resulterade i en spridning mellan 14 och 36 poäng. Medelvärdet var 23 poäng. Tabell 3 visar att de organisatoriska faktorerna var de som försöksverksamheterna hade svårast att få på plats. Särskilt handlade det om sådant som tidigare erfarenhet av arbetssättet, långsiktiga strategier, ett gott implementeringsklimat samt tillgången till experter och engagerade personer på ledningsnivå.

Medelvärdet för de sex etablerade verksamheterna var 30.2 poäng med en spridning mellan 24 och 36 poäng. För de försöksverksamheter som lades ner efter projekttiden låg medelvärdet på 18.2 poäng med en spridning mellan 14 och 25 poäng.

Som framgår (se bilaga 4) visade resultaten på ett mönster där de etablerade verksamheterna hade starkare organisatoriska förutsättningar i jämförelse med de verksamheter som sedermera lagts ned. En signifikansprövning av skillnader mellan etablerade och nedlagda verksamheter visade också signifikanta skillnader mellan dessa grupper (Mann Whitney u-test, p=.001). Resultaten måste bedömas som förväntade med tanke på det befintliga kunskapsläget, där stegen innan en modell börjar erbjudas klienterna har beskrivits som betydelsefulla och ”kritiska” (Meyers m.fl., 2012). De kommuner med de högsta skattningarna (kommunerna 3, 4, 5) beskrev alla hur det funnits en gemensam uppfattning inom organisationen (och i viss mån även inom psykiatrin) om IPS som en modell som skulle kunna tillgodose de kartlagda behoven. IPS har legat i linje med organisationens värderingar, och man har haft en idé om hur en implementering skulle genomföras och var insatsen skulle inplaceras i organisationen. Dessa kommuner hade också en organisation för försöksverksamheten med en partssammansatt styrgrupp och med tydliga nyckelpersoner som särskilt ansvarade för att driva implementeringen framåt.

Tittar man på de verksamheter som sedermera lades ner så framgår bristerna på ovanstående områden tydligt. Här fanns generellt sett sämre förutsättningar i fråga om tidigare erfarenheter av arbetssättet och tillgången till drivande personer, men bristerna syntes också i fråga om mer påverkbara faktorer som att formulera en framtidsstrategi, planera för en lämplig organisatorisk placering av IPS eller att sätta samman en styrgrupp som engagerar sig i projektet.

Omständigheter på utförarnivå

Denna del omfattade sju bedömningspunkter där den maximala poängen i delskalan var 21 poäng. Resultaten fördelades mellan 12 poäng och maximala 21 poäng. Medelvärdet var 17 poäng, baserat på resultaten från andra intervjuomgången. Tabell 3 visar hur faktorerna på utförarnivå varit starka i förhållande till de ovan beskrivna omständigheterna på organisationsnivå, inte minst gäller det sådant som rekrytering, utbildning och försöksverksamheternas arbete med informationsspridning.

Medelvärdet för de sex etablerade verksamheterna var 19.5 poäng, med en spridning mellan 17 och 21poäng. Medelvärdet för de försöksverksamheter som lades ner efter projekttiden låg på 14 poäng, med en spridning mellan 12 och 19 poäng.

En signifikansprövning av skillnader mellan etablerade verksamheter och de som lagts ned gjordes även för denna delskala och den visade signifikanta skillnader mellan dessa grupper (Mann Whitney u-test, p=.003). Detta indikerar att även faktorer nära kopplade till själva utförandet av insatserna, som personalens kvaliteter, personalgruppens sammansättning, chefens närvaro och engagemang samt utbildning i metoden har betydelse för modellens långsiktiga implementering. De flesta försöksverksamheter har haft tillgång till utbildning som varit inriktad på IPS-modellen. Däremot visade intervjuerna olika ambitionsnivåer och strategier när det gäller sammansättningen av de personer som skulle leda och förmedla arbetet med IPS. Alla kommuner bland de etablerade, förutom en, utmärktes av att de på ett medvetet och ambitiöst sätt rekryterat personal till försöksverksamheterna. Man använde explicita kriterier som legat i linje med IPS-modellens krav.

Intervjuerna vittnar om betydelsen av att ha en arbetsledning med kunskap om arbetssättet och med närvaro och engagemang. I flera av fallen med de etablerade verksamheterna var projektledarna eller de närmsta cheferna ”champions”, i meningen personer som initierat satsningen och drivit frågan om metodutveckling i riktning mot IPS. I ett fall (kommun 7) var projektledaren uttalad expert på modellen. I en annan kommun (kommun 8) utnyttjade projektledaren sitt handlingsutrymme och drev försöksverksamheten framåt utan någon egentlig styrgrupp, men lyckades med tiden förankra och placera in verksamheten i ordinarie verksamhet.

Fortlöpande stöd

I denna del av analysmodellen inkluderades olika aspekter av fortlöpande stöd till IPS-verksamheterna. Totalt ingick fem bedömningspunkter. Resultaten fördelades mellan 6 och 15 poäng, med ett medelvärde på 12 poäng.

Medelvärdet för de etablerade verksamheterna var 13.8 poäng. Den lägsta skattningen låg på 12 poäng och den högsta på 15 poäng. För de verksamheter som lades ner efter projekttiden låg medelvärdet på 9.8 poäng, med en spridning mellan 6 och 13 poäng.

Även här visade signifikansprövningen av skillnader mellan etablerade verksamheter och de som lagts ner på signifikanta skillnader mellan dessa grupper (Mann Whitney u-test, p=.001). Tillgången till adekvat tekniskt och administrativt stöd har gällt i princip alla deltagande försöksverksamheter. Likaså visade intervjuerna överlag att det fanns ett stort utrymme för reflektion kring metodfrågor – i verkligheten begränsades emellertid det utrymmet på de orter där IPS-verksamheten bara utgjordes av ett fåtal arbetsspecialister (1-2 stycken) eller där ledningen hade valt att inte strikt schemalägga sådana träffar. Exempel på kommuner med de förutsättningarna var kommun 6, 9 och 13, vilka alla lades ner efter projekttiden. Insatser i form av fortbildning varierade mellan kommunerna, precis som arten av och intensiteten på extern handledning. Dock utmärktes de etablerade verksamheterna av att de alla aktivt använt programtrohetsskattningar som utgångspunkt för fortlöpande metoddiskussioner, och som underlag för modifieringar av arbetssättet.

Fördjupningsstudie på tre orter

I följande avsnitt redovisas resultaten från de intervjuserier som gjorts på tre fördjupningsorter. Först ges en sammanfattande beskrivning av respektive försöksverksamhet, därefter redovisas materialet baserat på analysmodellen, men i en ordning och med underrubriker som anpassats efter resultaten från respektive ort. Namn på personer har ersatts med ett X, Y eller Z.

Fördjupningsort A

Försöksverksamheten (kod 5 i tabellen, bilaga 4) genomfördes i en större stad i södra Sverige. Kommunen erhöll drygt tre miljoner kronor i projektmedel. Personalsammansättningen i IPS-projektet bestod av en projektledare på deltid och tre arbetsspecialister. Projektledaren ansvarade för rekryteringen av arbetsspecialisterna. I den processen prioriterades främst en mix av olika erfarenheter, att personerna kunde arbeta självständigt och uppfattade IPS som en attraktiv arbetsmetod. Organisatoriskt lades projektet under socialförvaltningen och stationerades i en egen lokal centralt belägen i huvudorten. Utifrån ett tidigare projekt inom ett närliggande område fanns det redan en partssammansatt beredningsgrupp på handläggarnivå, vilken också kopplades till IPS-projektet för att ta emot remisser och fatta beslut om inskrivningen av deltagare. På chefsnivå fanns en motsvarande arbetsgrupp kopplad till IPS-projektet. När projekttiden tog slut övergick IPS-satsningen till att bli en permanent verksamhet i den befintliga organisationen.

En etablerad samverkanskultur

År 2008 fattades ett politiskt beslut om att kommunen skulle ställa om från sysselsättningsverksamheter till att i första hand prioritera yrkesrehabilitering. Samma år startades via det lokala samordningsförbundet ett projekt för personer med olika typer av arbetshinder eller ohälsa. Inom det projektet fördes diskussioner om att det var svårt att nå målgruppen med psykossjukdomar, och man såg även insatsens tidsbegränsning som problematisk. Dessutom fanns det idéer om att i större utsträckning utgå från klientens vilja och att satsa mer på att etablera kontakter med företag. När IPS presenterades i de nationella riktlinjerna upplevdes modellen ligga i linje med de befintliga planerna. Och när statsbidragen senare utlystes vidtog en skyndsam process: Chefen för kommunens rehabiliteringsverksamhet utsågs till projektledare och deltog i den grupp som skrev ansökan. I det skedet togs även kontakt med andra chefer och myndigheter. Deras inställning uppfattades som positiv, dock fattades inga formella beslut om deras deltagande i projektet. Årsskiftet 2011-2012 tog socialförvaltningen över driften av det befintliga rehabiliteringsprojektet. Enligt flera intervjupersoner bidrog de erfarenheter och den organisation som fanns i det tidigare projektet till att IPS-verksamheten kunde komma igång snabbt och enkelt. En arbetsspecialist beskrev att ”Vi var ju lite varmstartade, vi kom från ett annat projekt och vi hade med oss en del deltagare in i det”.

De intervjuade kommuncheferna menade att projektledarens egenskaper hade stor betydelse vid projektets uppstart. Vid första intervjutillfället beskrev de honom ”som klippt och skuren för den här uppgiften – han har nätverk, han är entreprenör och han är chef”. Projektledaren ansågs också ha ett stort engagemang för både rehabilitering och samordning. Även om han hade erfarenheter av rehabilitering och SE sågs han knappast som en expert på IPS- metoden. Istället var det arbetsspecialisterna som stod för specialistkompetensen, och de hade stort mandat att påverka verksamhetens utformning och att fatta egna beslut. Att de redan var vana vid att arbeta utifrån idéerna i SE bidrog till att samtliga var positiva till att ta steget vidare till IPS: ”I vårt fall är det nog så att vi har hittat en metod som har passat oss istället för tvärtom”.

Projektledaren ansåg att det fanns svårigheter att uppnå hög IPS-programtrohet på grund av myndigheternas skilda arbetssätt och regelverk. Trots detta var förmågan att samverka både inom och mellan organisationer något som intervjupersonerna ville lyfta fram som positivt på orten. Samverkan underlättades av att det fanns en uppmuntrande kultur som sträckte sig långt tillbaka i tiden, något som cheferna på kommunen värderade högt:

> Mycket bygger nog på att vi tillsammans har hittat det här att här finns en stor grupp människor som står utanför och det är allas gemensamma problem, och vi kan inte skicka runt dem utan vi måste göra det tillsammans.

Kontaktvägarna underlättades genom att cheferna inom de olika myndigheterna kände varandra sedan förut, eftersom de arbetat tillsammans på det mentalsjukhus som tidigare fanns på orten. Projektledaren beskrev kontakten med psykiatrin:

> Personliga relationer där också, X och jag har känt varandra i många år nu också, i olika sammanhang. Och Y känner jag också sen länge. […] Och de har känt till sysselsättning under rätt så lång tid. Jag har jobbat i 14 år med detta, hela tiden varit den inom kommunen de ska kontakta när det gäller sysselsättning eller arbetsrehabilitering, så de har känt till vägarna.

När det gäller styrning kopplades en beredningsgrupp till projektet för att ta emot remisser och fatta beslut om inskrivning av deltagare. Denna grupp var gemensam för IPS och ett närliggande projekt och bestod av representanter på handläggarnivå från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, socialtjänsten, psykiatrin och de båda projekten. På chefsnivå fanns en motsvarande partssammansatt arbetsgrupp. Angående långsiktig finansiering fanns från början inget konkret beslut. Däremot var projektledarens plan redan från starten att i linje med det kommunpolitiska beslutet om att ställa om från sysselsättning till rehabilitering, lägga om finansieringen i samma riktning. I maj 2013 fattades också beslut om att IPS-verksamheten efter projekttiden skulle bli en del av kommunens ordinarie utbud.

Team med kompetens och erfarenhet

Projektledaren beskrevs av ett flertal intervjupersoner som mycket engagerad i verksamheten. Dock hade han, särskilt i början av projekttiden, många parallella uppdrag och satt även i en annan lokal än IPS-teamet. Projektledaren fick relativt fria händer när det gällde att rekrytera personal till teamet – personalen handplockades från den egna organisationen. Personalens erfarenheter och huvudkompetens låg framför allt i att arbeta med olika arbetsmarknadsinsatser och de hade ett väl uppbyggt kontaktnät inom området. Arbetsspecialisterna hade dock inga större kunskaper när det gäller psykiatri, vilket inte bara uppfattades som problematiskt. De intervjuade psykiatricheferna lyfte fram att arbetsspecialisternas kompetensprofil var en underlättande faktor för ett brett samarbete.

Den främsta strategin för att sprida information om IPS och projektet var att arbetsspecialister och projektledare besökte olika samarbetsorganisationer och konferenser för att berätta om verksamheten. Projektledaren skötte återföring och information till högre chefer och till socialnämnden. Kontinuiteten på personalsidan var god under projektet, med undantag för kortare perioder av sjukfrånvaro och någon föräldraledighet. Teamet hade sedan tidigare gått utbildning i SE och hade även erfarenhet av att arbeta utifrån den metodiken. Med anledning av projektet gick de en IPS-utbildning vid Lunds Universitet. Delar av personalen har också utbildat sig i samtalsmetodik som exempelvis Motivational Interviewing (MI). Personalen hade ingen extern handledning under projekttiden. Planer fanns på det, men teamets uppfattning var att de hade så stor nytta av den utbildning de gått att handledning inte behövdes. Det praktiska och administrativa stödet

motsvarade de behov som fanns, och teamet uttryckte även en nöjdhet beträffande rutiner som veckomöten och återkommande programtrohetsskattningar.

Fördjupningsort B

Kommunen (kod 10 i tabell bilaga 4) är en norrländsk glesbygdskommun som erhöll cirka 3 miljoner kronor i projektmedel. Personalen i IPS-projektet bestod av en projektledare och två arbetsspecialister. Projektledaren rekryterades inom organisationen och arbetsspecialisterna tillsattes via en extern rekrytering. Arbetsspecialisterna gick en IPS-utbildning under fem dagar och har även gått vidareutbildningar i Integrerad Psykiatri (IP), MI och lösningsfokuserat arbete. Projektledaren fungerade som handledare för personalen, och de behov som funnits av tekniskt och administrativt stöd har ansetts tillgodosedda. Sedan tidigare fanns det på orten en partssammansatt samverkansgrupp för psykiatrifrågor där ledare från kommun, psykiatri, AF, FK och en brukarorganisation fanns representerade. Ambitionen från initiativtagarna till IPS var att denna grupp även skulle fungera som styrgrupp för projektet. I en beredningsgrupp fanns motsvarande organisationer representerade på handläggarnivå. Organisatoriskt låg IPS-projektet under socialförvaltningens socialpsykiatriavdelning. Projektet lades ner årsskiftet 2013-2014 i samband med att projektmedlen tog slut.

Organisatoriska förutsättningar

Tidigare hade det inte funnits något projekt riktat mot den aktuella målgruppen och mot stöd till anställning. Det som hade funnits var en biltvätt där ett par brukare arbetade, och kommunen hade drivit ett allaktivitetshus som hade inslag av strukturerad sysselsättning. Kommunens insatser mot arbetslöshet i allmänhet innefattade sedan tidigare dessutom en verksamhet som arbetade utifrån idéerna i SE.

Utlysningen av pengar tycks ha haft en avgörande betydelse för IPS-projektets uppstart. Den chef som fick Socialstyrelsens mail om utlysningen fattade intresse och påbörjade en diskussion med en enhetschef som ansågs vara den i kommunen som var mest drivande inom området, och också hade vana av att driva projekt. De två cheferna skrev projektansökan tillsammans, och enhetschefen var den som senare blev projektledare. Även om det sedan tidigare inte fanns något som motsvarade IPS varken metod- eller målgruppsmässigt, så hade kommunen haft fokus på brukarstyrning av verksamheter och på återhämtning. Faktorer som initiativtagarna betraktade som viktiga för att satsa på projektet var att IPS värderades högt i riktlinjerna samt att det ingick uppföljning från Socialstyrelsens sida. Förhoppningarna var att detta skulle leda till att IPS fick hög legitimitet och sågs som en långsiktig satsning. Intervjupersonerna beskrev projektledaren som en person med kunskap och engagemang, både när det gällde själva projektet och IPS som metod. Dessutom ansågs han ha stor erfarenhet av att arbeta med målgruppen och vana vid att driva verksamheter. På högre beslutsfattande nivåer fanns ingen motsvarande expertis.

Förankring och legitimitet

Frågan om förankring och legitimitet tycks ha haft stor inverkan på projektets utveckling. Innan ansökan skrevs berättade verksamhetschefen om projektidéerna i ledningsgruppen för psykiatrisamverkan, där psykiatrin, AF, FK, brukarorganisation och socialtjänst var representerade. De två chefer som tog initiativ till satsningen planerade att den ledningsgruppen även skulle fungera som styrgrupp för IPS. Enligt verksamhetschefen ställde sig styrgruppen positiv till själva projektidén, dock var intresset för att ta på sig rollen som styrgrupp oklart. Vid den andra intervjuomgången beskrev projektledaren att han hade fört en diskussion med styrgruppen om vilken roll den skulle ha. Där framkom att projektledare och styrgrupp hade olika bilder av styrgruppens uppgift. Projektledaren såg styrgruppen som ett forum där han skulle kunna lyfta frågor som de olika aktörerna i styrgruppen skulle föra vidare, eftersom det var de som hade mandat att fatta beslut i respektive organisation. Hans upplevelse blev dock att styrgruppen aldrig blev drivande på det sättet när det gäller IPS-projektet. IPS-teamet hade liknande upplevelser när det gällde diskussionerna i beredningsgruppen. Till exempel uttrycktes där tveksamheter om IPS verkligen kunde räknas som en kompetenshöjande verksamhet när det inte fattades biståndsbeslut för deltagaren och när individens vilja skulle styra i så stor utsträckning, istället för traditionella bedömningar och utredningar.

Projektledaren och arbetsspecialisterna använde sig av ett flertal strategier för att sprida information om IPS, till exempel skickade de ut nyhetsbrev om verksamheten till styrgruppens representanter och gjorde informationsfolders som de lade ut i väntrum. De informerade om verksamheten, bland annat till FK, AF, psykiatrin och olika boenden. Genomgående var bilden som förmedlades av försöksverksamheten att arbetsspecialisterna och projektledaren hade ansträngt sig hårt för att implementera IPS, men de hade upplevt att de varit ganska ensamma om att se projektet som något högprioriterat. Parallellt med IPS hade det även bedrivits en liknande verksamhet inom kommunens försörjningsstödsenhet. Det var oklart hur denna omständighet påverkade möjligheterna för IPS att få fotfäste i organisationen, men utifrån intervjuerna att döma tycktes det ha uppstått en konkurrenssituation. Projektledare och arbetsspecialister upplevde att det riktiga engagemanget för att satsa på IPS inte hade funnits:

> För att det här ska blomstra på något vis så behöver både arbetsförmedlingen och försäkringskassan och psykiatrin vara med, […] nu är det som ett ganska tomt skelett som finns där som man kan hänga upp alla delar på, men det behövs fler som kommer dit och liksom är med på riktigt, inte liksom bara nödtorftigt för att hålla någon slags metodtrohet.

Samtliga intervjupersoner uppfattade IPS som ett sympatiskt arbetssätt som var värdefullt för deltagarna, men en genomgående åsikt var också att IPS-verksamheten var svår att passa in i olika myndigheters riktlinjer och befintliga rutiner. Projektledaren uttryckte att ”alltså vi känner ju att vi skaver lite grann, att vi emellanåt blir vi lite provocerande för traditionella verksamheten…”

Samverkansproblem

Vid den andra intervjuomgången beskrev intervjupersonen från psykiatrin att IPS var ett uppskattat inslag inom hans organisation, men att intresset för arbetsrehabilitering varierade inom personalgruppen eftersom de i första hand såg sig själva som en behandlingsinriktad organisation. Projektledaren upplevde att IPS och psykiatrin stod långt ifrån varandra. För att lösa det hade IPS-teamet utgått från strategin att personalen skulle ha gemensamma behandlingskonferenser, ett upplägg som psykiatripersonalen såg som problematiskt:

> Jag tänker att det funkar ju inte i och med sekretess och sådant. Man vill ju inte att de ska sitta med och lyssna på alla andra patienter […] det är inte deras eller vårt fel att det är så här, det är bara det att vi inte är riktigt i jämn fas (chef inom psykiatrin).

IPS och AF hade haft väldigt begränsad kontakt med varandra, något som intervjupersonen från AF bland annat förklarade med att de inte vände sig till samma målgrupp och att AF hade egna riktlinjer som de i första hand var tvungna att följa. Samverkan med FK hade fungerat bra för projektet, och initiativet hade även välkomnats av brukarorganisationen på orten. En svårighet inom den egna organisationen hade varit att det uppfattades vara en konkurrenssituation mellan IPS och Individ- och familjeomsorgens verksamhet som vände sig till brukare med försörjningsstöd.

Personalen

Arbetsspecialisterna tillsattes genom en öppen rekrytering. De två personer som anställdes var kända av cheferna, eftersom de redan arbetade inom kommunen som boendestödjare. Båda hade stor erfarenhet av att arbeta med den tänkta målgruppen, men mindre när det gällde jobbcoachande och nätverksbyggande. Detta sågs av rekryterarna som en rimlig prioritering, eftersom de bedömde att det fanns en förankring av projektet hos FK och AF, medan samverkan med psykiatrin inte var lika etablerad.

De som arbetade i projektet uttryckte en hög ambitionsnivå och vilja att lösa de svårigheter som fanns när det gällde att implementera IPS med hög programtrohet. Vid det andra intervjutillfället beskrev personalen att de förutom skattningar även genomförde egna kvartalsuppföljningar för att identifiera förbättringsområden. Ett exempel på ett sådant förbättringsområde var den för IPS-coacherna nya och ovana arbetsuppgiften att arbeta utåtriktat mot arbetsplatser. Där diskuterades olika strategier för att på bästa sätt ta kontakt med arbetsgivare, presentera upplägget och att ”sälja in personer som en resurs”. Både projektledare och personal menade att utvecklingen på utförarnivå hade varit gynnsam, och att det också skedde en kontinuerlig progression gällande de mål som fanns uppsatta för projektet som sådant.

Tidsaspekten

Initiativtagarna till projektet ansåg att den snäva tidsramen hade haft stor betydelse för projektets utveckling; i och med att det var väldigt ont om tid när ansökan skulle skrivas blev det svårt att förankra och förbereda projektet på ett önskvärt sätt. När projektet väl drog igång tog det ett antal månader att rekrytera personal, ordna med lokaler, gå utbildningar, knyta kontakter etc. Projektets sista halvår kunde beskrivas som en nedtrappningsperiod då inga nya deltagare togs emot och kontakten med samarbetspartners snarare tunnades ut än förstärktes. Huvudfokus under denna period låg istället på att hitta långsiktiga lösningar för de deltagare som redan var inskrivna i projektet. I praktiken pågick den konkreta verksamhetsutvecklingen snarare i ett år istället för tre, vilket hade varit ambitionen från början.

Fördjupningsort C

Försöksverksamhet C (kod 14 i tabell bilaga 4) drevs som ett samverkansprojekt av fyra kommuner i Mellansverige. En av dessa kommuner hade rollen som projektägare. Kommunen erhöll totalt cirka 11 miljoner kronor i statsbidrag, vilket i princip innebar en helt externt finansierad verksamhet. Inför projektet utlystes fyra tjänster genom rekrytering internt och externt: projektledare, administratör, skuld- och budgetrådgivare samt arbetsterapeut. Projektledar- och administratörstjänsten delades av två personer, som anställdes både som projektledare och administratörer. Projektets arbetsspecialister utsågs lokalt av respektive kommun. IPS-teamet utgjordes således av en arbetsspecialist i vardera kommunen, projektledare/administratör, arbetsterapeut och en ekonomirådgivare som arbetade kommunövergripande. I samband med projektstarten gick den ena av de två projektledarna IPS-utbildning, medan den andra projektledarens tidigare utbildning i SE ansågs tillräcklig.

För att planera och styra projektet utnyttjades först och främst en befintlig central ledningsgrupp, där socialchefen från vardera av de fyra kommunerna samt motsvarande representanter från psykiatrin, FK och AF var representerade. I varje kommun fanns dessutom en lokal styrgrupp med motsvarande områdeschefer representerade från samma verksamheter som i den centrala styrgruppen. På handläggarnivå i vardera kommunen fanns en remitteringsgrupp med representanter från kommun, psykiatri, FK, AF, IPS-coach, studie- och yrkesvägledare samt projektledare. När remitteringsgruppen aktualiserade ärenden bildades ett ”mini-team” runt den enskilde deltagaren. I mini-teamen ingick de funktioner som bedömdes vara lämpliga utifrån individens stödbehov. Projektet lades ner i samband med att projektmedlen tog slut.

Tidigare projekterfarenheter

Det fanns sedan tidigare ett stort samverkansprojekt, ”Projekt K”, på orten. Det syftade till att ge stöd till studier, praktik och arbete för personer som stod utanför arbetsmarknaden. Projekt K ansågs ha bidragit till ökad samverkan mellan flera myndigheter på orten, bland annat genom bildandet av partssammansatta styrgrupper. Projekt K avslutades årsskiftet 2011-2012. Initiativtagarna till IPS-projektet berättade att det från flera håll fanns en vilja att behålla den samverkan som byggts upp. Erfarenheterna från Projekt K var också att det hade varit svårt att nå personer med psykisk funktionsnedsättning. Utlysningen av stimulansbidrag kom på så sätt i rätt tid, och när beslutet var taget att skriva en ansökan gick allt fort. Ett mindre antal personer stod för utformningen av ansökan, vilken sedan skickades runt bland de olika kommuner som var delaktiga i Projekt K. Då det projektets avslut redan var en aktuell fråga så mottogs idén om att söka bidrag för att starta en IPS-verksamhet positivt.

Försöksverksamheten var ett stort projekt med många människor inblandade, bland vilka attityderna till IPS som metod delvis skiljde sig åt. Någon beskrev metoden som ”hand i handske”, medan någon annan beskrev IPS-principerna som orealistiska. Flera menade att principen som handlade om att ge stöd utan tidsbegränsning inte kändes riktigt ärlig mot deltagarna, eftersom satsningen var ett tidsbegränsat projekt och det redan vid den andra intervjuomgången fanns signaler om en nedläggning vid projekttidens slut. Andra principer som det rådde delade meningar om var de som handlar om att komma ut i arbete snabbt och att klienten själv ska välja. En del av personalen uppskattade den enkelhet och ”pang på”-approach som dessa principer bidrar till, medan andra såg såväl praktiska som etiska svårigheter. Följande citat från den andra intervjun med några arbetsspecialister illustrerar dessa upplevda svårigheter:

> […] när man märker att det faktiskt inte funkar. Vilket är bäst, ska man inleda någonting som man sedan får avbryta eller ska man redan från början säga att det här ser vi […], vilket är bäst för klienten?
>
> Intervjuare: Hur har ni tänkt om det?
>
> IPS-coach: Jag tycker att det är bättre att vägleda till något annat först, för man inger så mycket hopp. En del tror till och med att det bara är att stå i kö så är det klart, jag har ett jobb med 25 000 i månaden, det är inte realistiskt, det är inte okej. Det är flera som har kommit med sådana ambitioner.

De grupper som fanns för att styra IPS-projektet utgick från Projekt K:s upplägg, med vissa justeringar. En skillnad var att psykiatrin involverades på ett tydligare sätt, därför var de också delaktiga redan när projektansökan skrevs. Utformningen av de lokala styrgrupperna var inte exakt likadan i de olika kommunerna, men bestod i stora drag av områdeschefer från samma verksamheter som i den centrala styrgruppen. Ungefär halvvägs in i projekttiden avbröts AF:s representation i dessa grupper på grund av en omorganisation och byte av chefer.

En komplex organisation

De båda projektledarna hade formellt sett gott om tid avsatt för sitt uppdrag. Deras uppfattning var dock att arbetet avsevärt försvårades på grund av stora geografiska avstånd, en otymplig projektorganisation samt brist på mandat att fatta beslut. Dessa förutsättningar bidrog till att även projektledarnas närhet och tillgänglighet för arbetsspecialisterna varierade.

Det är svårt att göra en kortfattad beskrivning av projektets samverkan och betydelsefulla nätverk, då det förekom stora skillnader både mellan olika kommuner och mellan olika myndigheter. Vissa funktioner var kopplade till en specifik kommun, medan andra var projektövergripande. Till exempel utgick inte AF, FK och Psykiatrin från samma regionala indelning. Denna komplexitet i organisationen påverkade utfallet av projektet. Organisationen och olika ansvarsområden var svåröverblickbara, något som även den personal som ingick i projektet upplevde. Den myndighetskontakt som i en kommun beskrevs som lättetablerad beskrevs i en annan kommun som obefintlig eller svår att få till. Ett exempel på sådana olikheter var samverkan med psykiatrin. En person beskrev att ”jämfört med Projekt K så är den stora fördelen nu att vi har med oss psykiatrin på ett helt annat sätt nu, att de är med”, medan en av arbetsspecialisterna målade upp en motsatt bild: ”När det gäller min kontakt mot psykiatrin, X då, som är länken in i psykiatrin, där har det varit ganska knöligt att få tag i henne, för jag måste ringa genom växeln och stå i kö som patienterna”.

Tidsaspekten och nedläggningen av Projekt K var faktorer som ett flertal intervjupersoner ansåg hade bidragit till svårigheterna för IPS-projektet. Många hade förhoppningen att IPS skulle ersätta det tidigare projektet, men eftersom det inte alls tagit emot samma volym av deltagare ledde det istället till besvikelse bland samarbetsparterna. Nedanstående intervjuutdrag från en av IPS-coacherna illustrerar detta:

> Det känns som att projektet inte riktigt fick luft. Det var ju lite såhär i början, det skulle ta vid efter Projekt K och vi skulle kunna använda oss av det som hade byggts upp av Projekt K, kände jag, men att luften gick ur. Det är så litet och det försvann liksom. Nu kom ju jag där mitt i sommaren och var lite ny och folk var på semester, men det tog jättelång tid innan folk ens visste vad IPS var. Och sen rasslade det till och man fick deltagare från Projekt K som skulle läggas ned och sen när de här olika, typ psykiatrin och försörjningsstöd och alla olika, kunde höra av sig, då var det redan fullt och då har det bara känts pinsamt, de frågar: hur går det med IPS, kan man få remittera in någon? Nej men jag har fullt. Det blev lite konstigt.

Projektledarna hade rollen som handledare och informerade även styrgrupperna och psykiatrin om metoden. Efter en tids drift av projektet gick personalen IPS-utbildning, via ett privat företag, vilket man även anlitade för handledning. Personalen och projektledarnas bild av det faktiska arbetet i projektet var att det fanns bristande organisatoriskt stöd och för lite utrymme för reflektion. De stora avstånden, den spretiga organisationen med oklara målsättningar och mandatfördelningar samt samverkanspartners som inte var insatta i varandras arbete hade enligt flera intervjupersoner bidragit till en otydlighet i projektet. Många inblandade hade lagt mycket energi på driften av projektet som sådant, medan andra hade varit nöjdare och haft större möjlighet att fokusera på arbetet med deltagarna.

Ur ett administrativt perspektiv var försöksverksamheten *ett* projekt, men organisatoriskt och personalmässigt låg det närmare till hands att betrakta satsningen som fyra samverkande IPS-projekt med gemensam

projektledning. Det var svårt att identifiera en enskild person med mandat att fatta viktiga beslut som samtidigt brann för att driva IPS-satsningen vidare. Då projektet var stort, ur ekonomisk synpunkt och beträffande personalstyrka, hade det förekommit en del rörelser bland personalen. Några hade under projekttiden bytt till andra arbeten, några hade varit sjukskrivna. Dessutom hade det skett omorganisationer i flera av kommunerna, vilket tycks ha påverkat både ansvarsfördelningen och förutsättningarna för samverkan och lättillgänglighet.

Programtrohet

Resultaten från programtrohetsmätningarna (tabell 4) visar att verksamheterna efter ett och två år i de flesta fall ”stämmer delvis överens med IPS=74-99 poäng”. Spannet mellan de lägsta och högsta skattningarna visade dock på en stor variation i materialet. Vi illustrerar variationen mellan orterna längre fram i rapporten när vi profilerar fördjupningsorterna i förhållande till programtrohet och individmått. I tabell 4 belyser vi även variationen genom redovisning av standardavvikelse och det antal orter som skattar lågt, måttligt och högt för respektive variabel.

De IPS-områden som överlag skattades lågt var integrering av IPS med psykiatrins verksamhet, handledning i IPS, att snabbt börja söka efter arbete och att göra frekventa besök hos arbetsgivare. Områden som skattades högt var klientgruppens storlek (att en arbetsspecialist ska arbeta med högst 20 deltagare), valfriheten för klienten att berätta om sin psykiska ohälsa på arbetsplatsen och att olika typer av arbetsplatser involverades. Efter två år hade verksamheterna blivit något bättre på bland annat att integrera sin insats med psykiatrin, handleda enligt IPS och att fokusera på riktiga anställningar. Jämförelsen mellan ett och två-årsskattningen visade att det fanns en signifikant statistisk skillnad i programtrohet, p=.02 (Wilcoxon Signed Rank Test). Det visar att de verksamheter som etablerat IPS hade högre programtrohet efter två år.

Tabell 4. Skattning av medelvärde av SEFS-variabler och nivå av programtrohet på variabelnivå efter 1 och 2 år.

					Antal orter per skattningsnivå					
	M	SD	M	SD	L	M	H	L	M	H
	1 år (n=13)		2 år (n=9)		1 år (n=13)			2 år (n=9)		
Personal										
1. Klientgruppens storlek	5.00	0.00	4.89	0.33	0	0	13	0	1	8
2. Arbetsspecialisternas sysselsättning	4.31	0.95	4.56	1.33	2	4	7	1	0	8
3. Arbetsspecialisternas elhetsansvar	4.69	0.48	4.89	0.33	0	4	9	0	1	8
Organisation										
4. Integrering av IPS med det psykiatriska teamet	1.46	0.78	2.22	1.20	13	0	0	7	2	0
5. Kontakt med det psykiatriska teamet	1.23	0.44	1.89	0.93	13	0	0	9	0	0
6. Kontakt med arbetsförmedling	4.08	0.86	4.22	0.83	4	4	5	2	3	4
7. Arbetsgrupp	3.62	1.32	4.33	1.41	5	4	4	1	1	7
8. Handledarens roll	2.31	1.11	3.22	1.09	11	2	0	4	5	0
9. Inga uteslutningskriterier	3.31	1.11	3.67	1.32	8	3	2	4	2	3
10. Verksamheten fokuserar på anställning/arbete	3.23	1.36	3.78	1.09	8	1	4	4	2	3
11. Stöd från ledningen	2.92	1.16	3.67	0.71	8	5	0	4	4	1
Verksamhet										
12. Ekonomisk vägledning	4.62	0.65	4.78	0.67	1	3	9	1	0	8
13. Frivilligt att berätta om psykisk ohälsa	5.00	0.00	4.33	1.41	0	0	13	2	0	7
14. Kontinuerliga bedömningar av arbetserfarenheter	4.08	0.64	4.44	0.73	2	8	3	1	3	5
15. Snabbt sökande efter anställning/arbete	2.85	0.90	3.44	0.88	11	1	1	5	3	1
16. Individuellt arbetssökande	4.54	0.66	4.44	0.73	1	4	8	1	3	5
17. Utveckla arbetstillfällen- kvant. kontakt med AG	2.08	0.95	2.89	0.93	11	1	1	8	0	1
18. Utveckla arbetstillfällen- kvalitet i kontakt med AG	3.15	1.28	4.11	0.78	6	6	1	2	4	3
19. Olika slags arbeten	4.46	0.78	4.67	0.50	2	3	8	0	3	6
20. Olika arbetsplatser	4.69	0.63	4.22	1.56	1	2	10	2	0	7
21. Permanenta arbeten	1.08	0.28	1.22	0.44	13	0	0	9	0	0
22. Uppföljande stöd utgår från individen	4.54	0.52	4.67	0.50	0	6	7	0	3	6
23. Uppföljande stöd under obegränsad tid	4.31	0.48	4.44	0.73	0	9	4	1	3	5
24. Samhällsbaserade insatser	3.08	1.12	4.00	1.00	10	1	2	4	1	4
25. Aktivt uppsökande verksamhet	4.15	0.80	4.22	0.83	3	5	5	2	3	4
25 variabler	3.55	0.32	3.89	0.37						
25 variabler summamått	88.77	7.95	97.22	9.23						

IPS: Individual Placement and Support. M: medelvärde. SD: standard deviation. AG: arbetsgivare.
L=Låg programtrohet, 1-3; M=Måttlig programtrohet, 4; H=Hög programtrohet, 5, enligt Bond m fl, (2012)

Individuppföljningen

Bakgrundinformation om målgruppen

Enligt litteraturen är IPS utvecklad för den grupp som har schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och är en insats som integreras med psykiatrin. I de randomiserade kontrollerade studierna, som till exempel den svenska (Bejerholm m.fl., 2014) och den europeiska (Burns m.fl., 2007), uppgår andelen deltagare som har schizofreni och psykos till ca 70-80 %, där resten vanligtvis har bipolär sjukdom och annan affektiv problematik där funktionsnedsättningen är svår och överstiger 2 år i tid. Således är IPS evidensbaserad för en grupp som i huvudsak rekryteras från psykiatrin, där också IPS-insatsen finns integrerad. I det aktuella projektet har IPS implementerats i en annan kontext än den psykiatriska, inom kommunerna.

I tabell 5 visas bakgrundsvariablerna för deltagarna från samtliga verksamheter. Den största gruppen är den med neuropsykiatriska diagnoser (ca 30 %). I fallande ordning kommer sedan gruppen med affektiv problematik (ca 25 %), psykos (ca 18 %), annan diagnos, tvång eller personlighetsproblematik samt ingen diagnos. Samtidigt framgår det inte att det varierar från kommun till kommun vad gäller målgruppen. I tabellen, bilaga 4, som återger implementeringen av de 14 verksamheterna, framkommer till vilken grad (1-3) verksamheterna i huvudsak rekryterat personer med psykos och schizofreni. De som riktade sig mot den målgruppen var de tre kommuner som rekryterade sina deltagare från psykiatrin och integrerade sin insats med den. Där hade mellan 37 och 50 % schizofreni eller psykos, medan fyra andra kommuner inte inkluderade någon alls med den problematiken. Fem orter riktade in sig mot den neuropsykiatriska gruppen (40-50 %), medan ingen diagnos eller annan social problematik, såsom missbruk till exempel, utgjorde den största gruppen för tre verksamheter.

Eftersom flera av IPS-verksamheterna som tilldelats medel från Socialstyrelsen redan hade någon form av arbetsrehabiliteringsverksamhet vid införandet av IPS, och redan hade deltagare i sin verksamhet, hade cirka 25 % redan arbete, praktik eller studier vid start (tabell 6). Endast en person av de 323 registrerade hade stöd i form av SE via AF, även om aktivitetsersättning var den främsta inkomstkällan för majoriteten av deltagarna. Detta speglar att personer med långvarig psykisk ohälsa inte är en prioriterad grupp för SE-verksamheten inom AF och talar för att IPS (den evidensbaserade varianten av SE) behövs inom både kommun och psykiatri för att täcka behovet av effektiv arbetsrehabilitering för personer med schizofreni eller annan långvarig psykisk ohälsa. Resultatet visade även att 46 % inte hade någon sysselsättning eller rehabilitering alls vid start. Denna siffra är hög med tanke på att gruppen vill arbeta men inte hade haft någon form av insats som stöttade dem i den målsättningen. De allra flesta hade arbetat någon gång, men i snitt hade de inte arbetat de senaste sju åren och de flesta inte mer än 3-4 år sammanlagt. Deras ekonomiska situation var därför ansträngd, med en medelinkomst i månaden på cirka 9 500 kr. Dock var spridningen stor (0-22 000 SEK). Den vanligaste ersättningsformen var aktivitetsersättning följt av försörjningsstöd och stadigvarande sjukersättning. Många deklarerade även att de hade bostadsbidrag eller bostadstillägg. Aktivitetsersättningen samvarierade med åldern, medan försörjningsstöd och stadigvarande sjukersättning främst var relaterat till att deltagarna rekryterades via kommunen.

Tabell 5. Bakgrundsfaktorer för målgruppen (*n*=365)

Variabel	*n*	%
Ålder (*n*=343) m(min-max)	34.26 (18-62)	10.76 (SD)
Kön (*n*=339)		
Male	**175**	**51.2**
Female	167	48.8
Etnicitet (*n*=345)		
Svensk	**292**	**84.6**
Svensk, immigrerad	53	15.4
Diagnos (*n*=335)		
Schizofreni/psykos	62	18.3
Schizofreni	37	10.9
Psykos	25	7.4
Affektiv problematik	85	25.1
Bipolar	29	8.6
Depression	56	16.5
Personlighetsstörning / Tvångssyndrom	32	9.4
Personlighetsstörning	19	5.6
Tvångssyndrom	13	3.8
Neuropsykiatrisk problematik	98	28.9
Aspergers syndrom	40	11.8
ADHD	**58**	**17.1**
Annan diagnos/symtom*	48	14.2
Ingen diagnos	14	4.1
Bostadssituation (*n*=332)		
Självständigt boende	**269**	**81**
Boende med stöd mindre än 24h	43	13
Boende med stöd mer än 24h	14	4.2
Utan bostad	6	1.8
Utbildningsnivå (*n*=326)		
Grundskola	104	31.9
Gymnasium	**165**	**50.6**
Högskola	57	17.5
Kontakt vård/kommun		
Psykiatri (*n*=338) (ja)	247	73.1
Kommun (*n*=336) (ja)	**338**	**100**
Primärvård (*n*=304) (ja)	79	26

*ADD, generaliserat ångestsyndrom, högfungerande autism, svag begåvning, missbruk, självskadebeteende, förvärvad hjärnskada, dyslexi, dystymi, downs syndrom.
Fetstil i N och %-kolumn anger det högsta värdet inom respektive variabelområde om applicerbart.

Tabell 6. Sysselsättning, arbetshistorik och inkomst vid start (n=365).

	n	**%**
Sysselsättningsstatus vid start (*n*=323)		
Arbete, praktik eller studier	80	24.8
Arbete med lön	16	5
Praktikplats	51	15.8
Studier	13	4
Insatser FK/AF	39	12.2
Utredning av arbetsförmåga/förberedande arbetsrehabilitering via AF/FK	38	11.8
Supported Employment via AF (SIUS)	1	0.3
Daglig sysselsättning, Fontänhus, Socialt kooperativ	55	17
Ingen	**149**	**46.1**
Arbetshistorik		
Arbetserfarenhet (*n*=335)(ja/nej)	258/77	77/23
Antal år sedan arbete (*n*=234) m(min-max)	7(0-30)	5.74(SD)
Månader i arbete (*n*=251) m, mdn(min-max)	88.44, 42(0-660)	108.69(SD)
Inkomst (SEK) (*n*=273) m(min-max)	9 464.30(0-22000)	3 879.78(SD)
Typ av inkomst (*n*=332)		
Lön	9	2.7
Sjukpenning	42	12.7
Stadigvarande sjukersättning	59	17.8
Aktivitetsersättning	**91**	**27.4**
Försörjningsstöd	70	21.7
Annan	43	13
Ingen	16	4.8

Fetstil anger det högsta värdet inom respektive variabelområde om applicerbart.

Arbete, praktik och studier

En sammanställning av hur stor andel av deltagarna som kom ut i arbete presenteras i tabell 7. Eftersom deltagarna rekryterades under 18 månader har de följts upp olika länge. Därför kan inte arbetsmåtten anses vara ett resultat över hur många deltagare som fick arbete, såsom i en longitudinell studie där alla deltar lika länge. Istället kan resultatet betraktas som ett tvärsnitt av hur det ser ut för deltagare från 10 verksamheter som varit med i IPS i minst ett år (bortfall: n=68, 18.6 %). Mot bakgrund av detta kan just ettårsuppföljningen sägas vara mest representativ för hur stor andel av deltagarna som fick arbete.

Tabell 7. Arbetsmått för deltagare i 10 kommuner* (n=312).

Arbete**	0 mån	3 mån	6 mån	9 mån	1 år	15 mån	18 mån	2 år
Deltagare (n)	16	25	36	49	52	46	35	30
Inkluderade deltagare (%)	4.9	8	11.5	15.7	16.7	14.7	11.2	9.6
Registrerade deltagare (%)	5.3 (n=312)	8 (n=287)	13.8 (n=224)	22.2 (n=172)	30.4 (n=171)	35.4 (n=130)	47.3 (n=74)	54.5 (n=55)
Arbetstimmar veckan (m)	-	22.20	24.68	25.40	26.75	28.16	29.94	29.76
Arbetstimmar period (m)	-	174.95	243.64	251.75	315.41	345.64	382.93	412.03 1 032***
Inkomst (m) (SEK)	9 473	14 156	15 713	14 104	14 647	15 709	15 733	16 837

*De fyra kommuner som inte registrerat deltagares arbetsmått eller endast fram till sexmånadersuppföljningen är exkluderade.
** Tillsvidare-, visstids-, tim- (>10h/veckan i snitt), och behovsanställning, nystartsjobb (en av fyra tillsvidare- och visstidsansanställningar är osa-anställningar eller med lönebidrag, dvs. arbetsmarknadspolitisk åtgärd). m=medelvärde.
***Medelvärde av antal arbetstimmar totalt.

Om vi utgår från samtliga 312 personer som deltagit i projektet hade 16,7 % arbete efter ett år, något fler hade praktik (17,3 %), och en mindre andel, 6,7 %, studerade (enstaka kurs, masterstudier, yrkesutbildning vid högskola, studier på folkhögskola eller komvux). Det betyder att 40,7 % av de 312 som deltog fick arbete, hade praktik eller studerade efter ett år. Samtidigt ska detta resultat ställas mot att 25 % av personerna hade arbete, praktik eller studier när de gick med i projektet. Det fanns en signifikant korrelation mellan verksamheternas programtrohetsskattning och andelen deltagare som hade arbete efter ett år (p=0.018). De verksamheter som hade färre än tio deltagare (där andelen procent blev för stor i förhållande till antalet deltagare), eller inte hade registrerat arbetsmått vid ett år ingick inte i beräkningarna. Utgår vi från deltagarna som kunde följas upp ledde IPS till att nästan en tredjedel (30,4 %) fick arbete. Lägger man sedan till praktik (32,3 %) och studier (12,7 %) uppgår andelen som har produktiva aktiviteter i det öppna samhället till 75 % efter ett år. Dessutom var andelen deltagare som hade arbete större än andelen som hade praktik efter två år. I tabell 7 framgår också att antalet arbetstimmar per vecka och period samt inkomst ökade succesivt i medelvärde. Även en ökning (mellan baslinjen och tvåårsuppföljningen) av praktik- och studietimmar i veckan (16-26 tim., 16-25 tim.) och för varje period kunde iakttas. Att notera är att inkomsten inte ökade för deltagarna i praktik (9 473-9 509 SEK). Däremot ökade den för dem som studerade (med 2 500 SEK), framförallt eftersom ersättningsformen kunde kompletteras med eller ersättas av studiemedel och studiebidrag via Centrala Studiestödsnämnden (CSN).

Mått på återhämtning och hälsa, samt terapeutisk allians och syn på IPS-stödet

Efter ett år hade de deltagare som var kvar i IPS, dvs. de som inte hoppat av studien eller IPS- verksamheten (verksamheterna med kod 5, 7, 10, 14), skattat sin livskvalitet (MANSA) högre jämfört med i början (tabell 8). Samma sak gällde för dem som följdes upp efter två år (verksamheterna med kod 5, 7). Anledningen till att verksamheterna 10 och 14 inte ingick i tvåårsuppföljningen var att de hade lagts ned. Skillnaden mellan mätpunkterna var statistiskt signifikant. Deltagarna var även, utifrån självskattningar av sina tidsdagböcker, mer engagerade i meningsfulla aktiviteter och delaktiga i samhället efter ett år (POES-S). Att skillnaden var störst mellan start och fram till ett-årsuppföljningen kan sannolikt förklaras med att IPS-insatsen (arbetssökande aktiviteter eller arbete, praktik eller studier) leder till en ökad aktivitetsrepertoar i ett större socialt nätverk och i fler fysiska och geografiska miljöer. Utöver detta hade deltagarna bättre kontakt med vänner och familj samt eget boende och arbete i ökad utsträckning (SIX) efter både ett och två år jämfört med baslinjemätningen. Härmed visar resultaten att IPS inte endast leder till arbete och ökad sysselsättning utan även till återhämtning av olika sociala roller i samhället och till upplevelsen av bättre hälsa. IPS-insatsens inflytande på hälsa har tidigare visats i en svensk RCT-studie (Areberg & Bejerholm, 2013). Deltagarna var också nöjda med den terapeutiska alliansen

mellan dem och IPS-arbetsspecialisten och med själva IPS-insatsen efter både ett och två år. Däremot framkom ingen statistiskt signifikant skillnad mellan mättillfällena beträffande dessa variabler. Det beror med största sannolikhet på att såväl alliansen som synen på service skattades högt vid båda mättillfällena.

Tabell 8. Översikt av återhämtnings- och hälsomått samt skattning av terapeutisk allians och syn på stöd och service vid baslinjen samt efter ett och två år.

Instrument	Baslinjen	1 år	2 år	B-1* (p-värde)	B-2* (p-värde)	1-2* (p-värde)
Livskvalitet (1-7) mdn(n;m;SD)(1-7)	4.08 (117;4.06;.84)	4.41 (80;4.42;.80)	4.46 (24;4.66;1.0)	0.000	0.030	-
Aktivitetsengagemang och delaktighet (1-4) (1-4) mdn (n;m;SD)	2.67 (101;2.63;.59)	3 (77;2.88;.50)	3.28 (22;3.15;.60)	0.002	0.105	-
Objektivt socialt summamått (1-6) mdn (n;m;SD	3.26 (114;.83)	3.99 (79;.97)	4.75 (24;1.15)	0.000	0.000	
Terapeutisk allians (1-5) mdn (n;m;SD	-	4.25 (42;4.09;.49)	4.25 (22;3.94;.60)	-	-	0.177
Syn på insats (1-5) mdn (n;m;SD	-	4.90 (45;4.75;.37)	5 (23;4.66;.55)	-	-	0.401

Mdn=median, m=medelvärde, n=antal, SD=standardavvikelse. *Wilcoxon signed rankt test.
Notera: Skillnaden i antalet individer mellan baslinjen och 1 år utgörs av bortfall (olika orsaker). Skillnaden i antalet individer mellan 1 och 2 år utgörs av bortfall som i huvudsak beror på att två verksamheter lagts ner efter 1 år.

Tre fördjupningsorter - tre verksamhetsprofiler

Resultaten från intervjuerna i fördjupningsstudien analyserades i förhållande till programtrohets- och individuppföljningsmaterialet. Syftet med att ställa olika delar mot varandra var att nyansera bilden av deltagargruppen och de identifierade förändringar som ges i tabellerna samt att visa på mönster som kunde finnas i jämförelsen mellan försöksverksamheterna.

Fördjupningsort A:

Bra IPS-programtrohet med fokus på arbete, samarbete med psykiatrin och en stödjande ledning är de faktorer som främst karaktäriserar verksamhetsprofilen för ort A (kod 5 i tabell bilaga 4) och som särskiljer den från ort B och C. Enligt tidigare forskning är viktiga ingredienser för att IPS-deltagarna ska få arbete bland annat att snabbt söka efter arbete, att fokusera på reguljära konkurrensutsatta lönearbeten och att ofta besöka arbetsgivare och utveckla arbetstillfällen. Verksamhet A var den kommun bland de 14 som lyckades rekrytera flest arbetstillfällen efter både ett (50 %) och två år (53 %) för de 32 deltagare som var med i uppföljningen. Även om inte schizofreni eller psykos var den största diagnosgruppen hade de flesta en allvarlig psykiatrisk problematik (affektiv problematik, schizofreni/psykos, personlighetsstörning, tvångssyndrom). Deltagarna rekryterades uteslutande från psykiatrin, som IPS-teamet integrerade sina insatser med, trots att man inte satt i samma lokaler.

Samtliga arbetsspecialister och delar av ledningen gick också IPS-utbildning, vilket sannolikt stärkte förutsättningar för att implementera IPS med hög programtrohet. Resultaten från skattningen visade en enad organisation med stöd från ledningen. Arbetsspecialisterna spelade även en aktiv roll i det IPS-nätverk som startades i södra Sverige. När det gäller skattad hälsa och upplevelsen av meningsfulla roller i samhället var det deltagarna i fördjupningsort A som redovisade de mest positiva förändringarna över tid. Däremot utmärkte man sig inte när det gäller terapeutisk allians och syn på vård och service, där skattningarna låg högt för samtliga deltagare i alla tre fördjupningsorterna.

Fördjupningsort B:

Stämmer delvis överens med IPS. En passiv organisation med fokus på praktik för personer med neuropsykiatrisk problematik. Ingen av deltagarna hade någon form av psykos, men cirka 30 % av dem hade stöd i sitt boende och i genomsnitt var det 11 år sedan någon arbetade. Dessutom hade ingen deltagare någon pågående rehabiliteringsinsats eller daglig sysselsättning. Sammantaget visade detta på en eftersatt grupp som hade haft långvarig psykisk ohälsa utan tillgång till arbetsrehabiliterande insatser. Såväl intervjumaterialet som programtrohetsskattningen visade en svagt utvecklad organisation beträffande insatsens integrering med psykiatrin. Skattningen visade också en svagt utåtriktad verksamhet som varken fokuserade på arbetssökande och utveckling av arbetstillfällen (5 %) eller på frekventa kontakter med arbetsgivare, även om 30 % av deltagarna hade praktik efter ett år. Samtidigt var kärnverksamhetens arbetsgrupp, två arbetsspecialister och en enhetschef, väl uppbyggd, och deltagarna skattade den terapeutiska alliansen (Star) och själva IPS-insatsen högt (Min Syn). I den skriftliga delen av Min Syn berättade deltagarna om sin frustration över att andra myndigheter hade en annan syn på rehabilitering och samverkan, men framför allt om det positiva med att bli sedd och kunna bygga arbetsrehabiliteringen utifrån sin egen förmåga. Deltagarna skattade sin livskvalitet högre efter ett år, men ingen skillnad fanns vad gäller aktivitet och delaktighet i samhället (POES-S). Det senare kan förklaras med att majoriteten inte fick ökad sysselsättning ute i samhället och att verksamheten i huvudsak inte var utåtriktad. Ambitionerna var dock höga, kärnverksamheten väl utformad och deltagarna mådde bättre, men det tycks inte ha funnits tillräckligt starka förutsättningar i organisationen för att ansträngningarna skulle ha effekt.

Fördjupningsort C:

Stämmer delvis överens med IPS. En splittrad organisation med fokus på studier, praktik och neuropsykiatrisk problematik. Till verksamhetsprofilen för ort C hörde att få hade schizofreni eller psykos (6,3 %) och att så många som 12 av 58 deltagare hade praktik eller studier redan vid start. Verksamhetens inriktning var instabil och IPS-insatsen såg olika ut i de fyra kommuner som ingick i försöksverksamheten. Eftersom verksamheten fungerade i så kallade mini-team, där bland annat psykiatrin var representerad, skattades kontakten med psykiatrin relativt högt. Samtidigt ingick inte alltid psykiatrin i det IPS-stödjande nätverket eller deltog i insatsen på ett engagerat sätt. Följsamheten till IPS-principerna varierade även mellan kommunerna. Vad som framkom i arbetsspecialisternas redovisning var att det fanns studiekonsulenter knutna till mini-teamet, vilket var utmärkande i förhållande till andra försöksverksamheter. Även arbetsterapeuter utgjorde ett viktigt inslag i rehabiliteringen för att stötta deltagarna med deras vardagsstruktur och aktivitetsbalans och för att utnyttja kognitiva och tekniska hjälpmedel. Redan efter ett halvår var cirka 17 % av deltagarna i studier. Snabbt sökande efter arbete och täta besök hos arbetsgivare skattades lågt, vilket torde ha varit en bidragande orsak till den låga andelen deltagare i anställning. Fortlöpande handledning och stöd från ledningen skattades också lågt. Eftersom verksamheten lades ner var de insamlade arbetsmåtten i viss mån missvisande (6,9 % av 58 deltagare). Resultatet visade att de som kom i arbete, praktik eller började studera framförallt gjorde det mellan den tredje och nionde månaden. Med tanke på organisationen med mini-team hade verksamheten goda förutsättningar för att implementera IPS och ambitionen var periodvis hög. Precis som i fördjupningsort B fanns där en signifikant skillnad, till det bättre, vad gäller deltagarnas skattning av sociala faktorer och livskvalitet, men ingen förändring i aktivitetsengagemang och delaktighet i samhället kunde identifieras. Deltagarna skattade även den terapeutiska alliansen högt liksom själva IPS-insatsen.

Sammanfattning

IPS-modellen har starkt vetenskapligt stöd, metodiken är tydlig men även möjlig att anpassa efter olika fysiska och organisatoriska sammanhang. Modellen passar också väl in i aktuell svensk socialpolitik och understöds av flera satsningar, både på psykiatri- och arbetsmarknadsområdet. Försvårande omständigheter på systemnivå utgörs av oklarheter kring huvudmannaskap för insatsen och den begränsade expertis som finns på området. Av de undersökta 14 verksamheterna lyckades sex stycken att etablera IPS-modellen lokalt. Dessa utmärktes av att de uppvisade bättre organisatoriska förutsättningar och hade fler viktiga ingredienser på plats när det gällde sådant som rekrytering, ledarskap, utbildning och tillgången till stödstrukturer för försöksverksamheten. Fördjupningsstudierna visade bland annat värdet av att ha en tydlig organisation, en engagerad och medvetet sammansatt

styrgrupp samt att tidigt formulera en strategi för verksamhetens finansiering och organisatoriska hemvist. Även programtroheten var relaterad till implementeringsfaktorerna. Här visade verksamheter med en effektiv implementering en högre programtrohet, vilket i några fall innebar en hög överensstämmelse med principerna för IPS. När det gäller målgruppen för insatsen erbjöds den i de flesta fall en betydligt bredare grupp än personer med schizofreni. Individuppföljningarna visade skiftande resultat. Dock kunde de verksamheter som lyckades etablera sig visa goda resultat när det gäller andelen deltagarna i arbete, praktik och studier.

Analysen av hela individmaterialet visade också högre inkomst, högre skattad livskvalitet, högre delaktighet i samhället samt tillfredsställelse med den terapeutiska alliansen med arbetsspecialisterna vid uppföljningarna. Resultaten från några av försöksverksamheterna visade att det är möjligt att etablera en svensk IPS-praktik med hög programtrohet och goda resultat för den målgrupp som modellen är utformad för. För detta krävs emellertid specifika förutsättningar och ansträngningar.

ACT - resultat

Omständigheter på systemnivå

ACT är likt IPS en modell med starkt vetenskapligt stöd och med en framskjuten plats i de nationella riktlinjerna, vilket utgör goda förutsättningar för att modellen ska förespråkas i ett lokalt sammanhang. Tillgången till metodlitteratur och detaljerade programtrohetsskattningar på svenska är också en omständighet som kan underlätta implementeringen. Det finns nationella experter på området när det gäller mindre intensiv CM, men få personer med erfarenhet av att driva och utföra intensiv CM i form av ACT. Till skillnad från IPS har ACT en relativt avancerad struktur med krav på vissa organisatoriska egenskaper, specialistkompetenser och procedurer som ska följas. Vidare är insatsen både personalintensiv och specialiserad, vilket kan kräva tydliga prioriteringsbeslut, betydande ekonomiska satsningar och en ambitiös rekrytering för att identifiera de personalkategorier och funktioner som behövs för ett fullt utbyggt ACT-team. Den stora utmaningen utgörs dock av modellens integrerade arbetssätt, som översatt till svenska förhållanden kräver ett mycket tätt samarbete mellan främst psykiatri och socialtjänst. En programtrogen praktik förutsätter i princip beslut om en ny organisatorisk form, där psykiatrisk behandlingspersonal och socialarbetare kan arbeta tillsammans i ett team. Denna typ av organisation kan i praktiken initieras först när parterna har övertygats om modellens fördelar i förhållande till den redan befintliga verksamheten. I praktiken behövs ett betydande planeringsarbete, och det är lätt att satsningar begränsas till några delar av modellen utan långtgående organisatoriska modifieringar. Till detta kommer det faktum att ACT är särskilt utformad för en grupp personer med mycket stora och komplexa behov, vilket gör att på många orter är modellen inte relevant – de saknar helt enkelt ett tillräckligt underlag av presumtiva klienter. Det finns alltså flera aspekter av ACT-modellen som gör en implementering av programtrogen verksamhet svår i Sverige. Om man däremot endast fokuserar på den grundläggande CM-funktionen att samordna stöd och vård, och breddar målgruppen för insatsen, förefaller det lätt att anpassa konceptet till det svenska vård- och stödsystemet.

På policynivå finns konsensus om värdet av att samordna och integrera stöd till personer med komplexa behov, vilket uttryckts i flera av de senare årens nyckeldokument på psykiatriområdet (SOU 2006:100; Regeringen, 2008; Regeringskansliet, 2012), och som även manifesterats i lagstiftningen i form av krav på samordnad individuell planering och överenskommelser mellan huvudmännen. CM-metodiken har rönt nationellt intresse sedan mer än 20 år tillbaka, och statliga satsningar har genomförts både för att stödja införandet av personligt ombud och för en mer kliniskt inriktad CM. I det senare initiativet användes resultat från studier om ACT som argument för satsningen, samtidigt som uppläggningen redan på planeringsstadiet innebar avsteg från modellen när det gällde teamorganisationen och målgruppen (Markström & Grape, 2011). Grundidéerna bakom ACT tycks alltså väl förankrade och legitima i Sverige, däremot finns en uttalad tveksamhet om det realistiska i att specifikt implementera ACT-modellen.

Implementeringen av ACT i en svensk storstad

Följande sammanställning av försöket med implementeringen av ACT-modellen i Malmö utgår från den tidigare beskrivna analysmodellen och består av data från de intervjuserier som genomförts vid tre tillfällen. Resultatet från intervjuerna har sorterats under de olika bedömningspunkterna i analysmodellen och redovisas inte strikt kronologiskt. Vid varje bedömningspunkt finns även den numeriska skattningen angiven.

Beskrivning av processen

Redan några år innan starten av verksamheten hade en planeringsgrupp med olika intressenter etablerats, där frågan om en satsning på CM diskuterades. ACT-teamet startade våren 2012 efter att ett fyraårigt samarbetsavtal mellan Region Skåne, Malmö stad och den privat drivna psykiatrin hade ingåtts, och efter att projektmedel från det lokala samordningsförbundet hade beviljats. Planeringsgruppen ombildades till en styrgrupp och en person som tidigare anlitats som expert i arbetsgruppen rekryterades som processledare. Driftsansvarig blev vuxenpsykiatrin Region Skåne och teamet samlokaliserades med psykosmottagningen. Malmö stad bidrog med två tjänster samt hälften av driftskostnaderna. Övriga tjänster, bland annat läkare, arbetsterapeut, skötare och sjuksköterskor tillsattes genom internt ansökningsförfarande i kombination med överflyttning av personal i samband med nedläggning av en enhet inom psykosvården. Det första året präglades av brister i kontinuitet hos personalen, bland annat genom sjukdom och föräldraledighet. Efterhand anställdes ytterligare arbetsterapeuter, sekreterare samt en så kallad brukarspecialist. Hösten 2014 bestod teamet av elva anställda.

Teamet startade utan någon förberedande utbildning men hade ett generöst utrymme i form av tid och ekonomiska resurser för egenstudier och studiebesök. Man anordnade egna utbildningar och deltog på internationella studiebesök och konferenser. Intagningen av deltagare började i nära anslutning till projektstart och har i enlighet med modellen skett i långsam takt. Efter 2 ½ år hade man kontakt med cirka 60 deltagare, vilket är färre än de cirka 100 personer som teamet var planerat att ansvara för. Teamet har redan från början haft ambitionen att arbeta enligt ACT-modellen. Detta avser också valet av deltagare, vilket i huvudsak inneburit deltagare med svår och långvarig psykossjukdom och med stora och sammansatta behov. Skattningarna av programtrohet har visat en utveckling i riktning mot hög programtrohet, där en god organisation och struktur funnits på plats redan från start. Den sista mätningen hösten 2014 visade mycket hög trohet till ACT-modellen. De utmaningar som särskilt betonats har rört frågor i relation till huvudmannagränserna. Arbetstidsavtalen mellan huvudmännen har sett olika ut; socialsekreterarna har inte haft tillgång till journal- och dokumentationssystemen och de har inte heller haft mandat att fatta myndighetsbeslut. Under senare delen av projekttiden har det även uppmärksammats att de individuella sociala insatser som förmedlas av teamet kräver biståndsbeslut från socialtjänsten.

Teamet flyttade efter egna önskemål ut från psykosmottagningens lokaler under hösten 2014 till en annan lokal i samma byggnad. Ledningsfunktioner inom både psykiatrin och kommunen uttrycker stöd för verksamheten och betraktar den som en långsiktig strategi för stöd till målgruppen. Inte minst inom övriga delar av psykiatrin finns ett starkt förtroende för teamet och deras arbete. Tabell 9 visar resultaten från skattningen av de implementeringsfaktorer som ingår i analysmodellen.

Tabell 9. Resultat från skattningen av implementeringsfaktorer, ACT-teamet

Bedömningspunkter – Organisationsnivå	**Resultat** 1=inte 2=delvis 3=i hög utsträckning	**Bedömningspunkter – utförarnivå samt fortlöpande stöd**	**Resultat** 1=inte 2=delvis 3=i hög utsträckning
B. Organisationsnivån		**C. Utförarnivån**	
1. Baserat på behov	3	1. Medveten rekrytering	3
2. Erfarenhet av metoden	3	2. Kontinuitet, personal	2
3. Uppfattas som legitim	3	3. Engagerad ledare	3
4. Plats i organisationen	2	4. Samarbete på klientnivå	2
5. Implementeringsklimat	3	5. Informationsinsatser	3
6. Samarbetskultur	3	6. Återföring till ledning	2
7. Förankring hos ledning	3	7. Utbildning i metoden	3
8. Expert på ledningsnivå	3		
9. Extern expert	3	**D. Fortlöpande stöd**	
10. Framtidsstrategi, beslut	3	1. Fortbildning	3
11. Styrgrupp	3	2. Metodhandledning	3
12. Samarbetspartners	3	3. Programskattningar	3
		4. Tid för reflektion	3
		5. Administrativt stöd	2
		Målgruppen schizofreni	3
			Summa: 69 p

Omständigheter på organisationsnivå

Bedömning av behov (3 p)

ACT-projektet byggde på en välgrundad bedömning av behov som delades av både Malmö stad, Region Skåne och den del av psykiatrin som bedrivs privat. En av initiativtagarna till projektet hade som praktiserande psykiater regelbundet besökt Stadsmissionen och identifierat stora behov av integrerat stöd hos hemlösa personer med svår psykisk sjukdom, en uppfattning som delades av stadens hemlöshetskoordinator. Den planeringsgrupp som sattes samman inbegrep chefer från huvudmännen och vetenskaplig expertis på området. Dessutom konsulterades efterhand en person med praktisk och vetenskaplig erfarenhet av ACT-orienterade insatser till personer med samsjuklighet. Kommunen beskrevs i intervjuerna som drivande i detta skede. Från början fanns tanken på en mindre intensiv CM-modell, men efter ett tag kom man överens om att inrikta sig på personer med schizofreni eller bipolär sjukdom som hade komplexa behov och som varit svåra att engagera i vård- och stödåtgärder. Man bedömde att den gruppen bestod av cirka 100 personer i Malmö och att ACT var den modell som bäst skulle kunna tillgodose gruppens behov. Den tidigare nämnde psykiatern hade en klar bild över vad som skulle behövas: ”De som är svårt sjuka och svåra att engagera i vården, de är ju väldigt svåra att nå om man inte har en organisation och ett arbetssätt som förutsätter väldigt mycket uppsökande verksamhet”.

Vana av liknande arbetssätt (3 p)

Flera av medlemmarna i styrgruppen beskrev hur arbetssätt med en liknande inriktning hade börjat få fäste i staden sedan en tid tillbaka. Det hade arrangerats utbildningar kring olika CM-modeller och det hade funnits en mobil verksamhet med nära samverkan mellan kommun och landsting. Vissa erfarenheter kunde också spridas med hjälp av den ACT-expertis som fanns i planeringsgruppen. Flera i teamet beskrev att de hade viss erfarenhet av ett uppsökande arbetssätt när det gällde personer med komplexa tillstånd och i svåra livssituationer.

Metoden uppfattas som legitim och i linje med organisationernas värderingar (3 p)

Modellen framstod som legitim att döma av utsagorna från kommunen och landstinget. Styrgruppen argumenterade starkt för ACT och hänvisade bland annat till ett uttalat stöd från ledningen för Region Skåne och från ett kommunalråd som drivit frågan. De nationella riktlinjerna hade fungerat som ett stöd i argumentationen enligt processledaren och chefen för den privata psykiatrin. Den integrerade formen framstod inte heller som något konstigt enligt två av kommunens styrgruppsledamöter. Vid sista intervjuomgången beskrev de hur det fanns flera sådana verksamheter sedan tidigare, och att man gärna ville ha fler verksamheter med gemensam drift. Modellen upplevdes av teammedlemmarna ha en hög legitimitet. Den osäkerhet som flera informanter uttryckte om arbetssättet handlade om det låga antalet deltagare, som till en början hade väckt lite frågor hos kollegorna inom psykiatrin, och som kunde väcka associationer till en sorts ”lyx-verksamhet”.

Metoden passar in i organisationen (2 p)

Den integrerade modellen, med två huvudmän, begränsades av att myndighetsutövningen inom kommunen låg hos stadsdelarna, vilket innebar att socialsekreterarna i teamet inte hade rätt att fatta biståndsbeslut. Till detta kom problem med olika arbetstidsavtal och med delegationsrätten gällande medicinhantering. Vid sista intervjuomgången hade man utrett ACT-modellens juridiska förutsättningar, och utredningen visade att teamet utan biståndsprövning inte hade rätt att ge insatser som till exempel boendestöd och ledsagning. Flera av intervjupersonerna, inklusive representanter från psykiatrins ledning, ansåg att socialsekreterarna borde ha större mandat. Även kommunens representanter såg problemen.

> I den mån det uppstår frustration i teamet så är det nog så att de psykiatrianställda tycker att socialarbetarna inte haft möjlighet att erbjuda den hjälp som man anser att man borde komplettera med, som försörjningsstöd, hjälp med tillfälliga boenden eller vad det kan handla om. I stället har man då varit tvungen att söka sig till respektive socialbyrå för biståndsbeslut, och det kan uppfattas som omständligt (chef inom Malmö stad, medlem i styrgruppen)

Modellens bristande passform i förhållande till den befintliga organisationsstrukturen illustrerades också genom att teamets ledning utgjordes av tre olika chefer (en för socialsekreterarna, en för läkaren och en för övrig

psykiatripersonal) samt att processledaren formellt inte hade en chefsfunktion i teamet. Under planeringsarbetet hade kommunen varit tilltänkt som huvudman för projektet genom sin stora projektvana, men diskussionerna om målgruppen samt karaktären på majoriteten av insatserna gjorde att psykiatrin i slutändan bedömdes vara mer lämplig. Flera av representanterna för kommunen och för Region Skåne beskrev vid de två senare intervjuomgångarna hur teamets huvudfokus passade väl in i psykiatrins organisation, med etablerad psykosvård och en egen psykosklinik. Passformen gentemot kommunen ansågs däremot bristfällig, framförallt på grund av det stora antalet stadsdelar.

Implementeringsklimat (3 p)

Båda organisationerna och medlemmarna i styrgruppen beskrev att de sedan länge var vana vid metodutvecklingsprojekt. I styrgruppen och i ledningen för projektet fanns tillgång till expertkunskaper samt betydande nätverk inom landet och internationellt. De medel som fanns tillgängliga för metodutveckling och utbildning inom projektet utnyttjades i hög utsträckning genom kontakter med forskare och praktiker med erfarenhet av ACT i andra länder. Även processledaren och teamet uttryckte redan vid de första intervjuerna ett starkt intresse av att försöka bygga upp en programtrogen verksamhet, och man refererade bland annat till den tid man haft till förfogande för att på detaljnivå diskutera frågor om modellens lokala tillämpning.

Samarbetskultur (3 p)

Även på denna punkt fanns erfarenheter av gemensamma initiativ på psykiatriområdet, bland annat med avseende på psykiatrisk rehabilitering, samsjuklighet och hemlöshet. Dessutom hade framförallt kommunen stor vana vid att initiera och driva projekt. En kontakt som lyftes fram av flera intervjupersoner var den mellan psykiatrins högste chef och kommunens psykiatrisamordnare. Trots att samarbetet mellan dem beskrevs som gott betonades senare i projektet den utmaning som de formella hindren för samverkan hade utgjort. Det handlade om de tidigare nämnda problemen med olika dokumentationssystem och en begränsad handlingsradie, i synnerhet för socialtjänstens personal i ACT-teamet.

Förankring hos opinionsbildare och beslutsfattare (3 p)

Styrgruppen framstod som en stark och självständig grupp, men några av medlemmarna beskrev det som en utmaning att tillskansa sig utrymme inom de högsta beslutande församlingarna. Som tidigare nämnts fanns emellertid flera starka politiker, till exempel ett kommunalråd, bland den skara personer som drivit frågan om metodsatsningar på målgruppen med de mest komplexa behoven. Flera av de viktiga personerna hade också deltagit på utbildningsdagar och studieresor. Chefen för det lokala samordningsförbundet, som var adjungerad i styrgruppen, förfogade i sin tur över en bred grupp av höga tjänstemän och politiker och hade ett brett nationellt kontaktnät. En utmaning bestod i att förankra satsningen hos ledningen för de 10 stadsdelar som var med från början. Antalet stadsdelar kom att reduceras under projekttiden genom en omorganisation. En återkommande erfarenhet som uttrycktes vid sista intervjuomgången var att ACT-verksamhetens förankring hade stärkts allt eftersom de olika intressenterna hade lärt känna metoden och teamets arbete. En av cheferna inom psykiatrin uttryckte hur de goda erfarenheterna hos psykiatrins medarbetare ”på golvet” hade smittat av sig på ledningsnivåerna.

Expertis på ledningsnivå (3 p)

Flera av ledningsrepresentanterna för både den offentligt och privat bedrivna psykiatrin hade goda och aktuella kunskaper om integrerade stödformer och ACT, liksom kommunens psykiatrisamordnare. Dessutom fick medlemmarna i planerings-/styrgruppen input från en professor med psykosociala insatser som expertområde och från den person som sedermera rekryterades som processledare.

Tillgång till extern expertis (3 p)

Initialt fungerade den ovan nämnda professorn och den blivande processledaren som externa experter, men efterhand kompletterades de med kontakter med forskare och praktiker från bland annat Norge, Danmark och Nederländerna.

Politiska beslut (3 p)

I planeringsarbetet var parterna överens om att tänka långsiktigt redan från början. De ville inte starta ett tillfälligt projekt utan ha en tydlig strategi bortom projekttiden.

> När vi såg det här behovet av ett intensivt case management team tänkte vi också att vi inte skulle dra igång något utan att veta att det fanns en permanent tanke i det, så att man inte startade det som ett projekt. Det var liksom ett viktigt grundläge. Och då tar det ju lite tid innan man fått stött och blött och känna att idén bär (Kommunens psykiatrisamordnare).

Ett flerårigt samarbetsavtal ingicks mellan Malmö stad och den offentliga och privata psykiatrin. Starten av verksamheten samordnades med nedläggningen av ett befintligt mobilt team, där man alltså tydligt valde att prioritera verksamheten i enlighet med ACT-modellen. Kommunen och landstinget satsade fasta resurser i verksamheten, men de ansökte om och beviljades kompletterande projektmedel från Samordningsförbundet. Trots de långsiktiga besluten betonade flera av de intervjuade styrgruppsmedlemmarna den viktiga skarven när projektmedlen upphör vid utgången av 2015. De var överens om att man då skulle bli tvungen att besluta om en hållbar plan för framtiden. Ingen av intervjupersonerna kunde se att verksamheten skulle läggas ner.

Medvetet sammansatt implementeringsteam (3 p)

Som framgått bildades en styrgrupp för ACT-satsningen, vars bas utgjordes av medlemmarna i den tidigare planeringsgruppen. Här ingick chefer från Malmö stad, från den offentliga och privata psykiatrin samt representanter från brukarorganisationerna. Dessutom tillkom adjungerade medlemmar som till exempel chefen för samordningsförbundet och vetenskaplig expertis. Processledaren har ansvarat för att sätta samman dagordningen för mötena, som ägt rum 4-5 gånger per år. Allt som allt framstod gruppen som engagerad och väl sammansatt, något som enligt vissa utsagor hade stärkts genom de konferensresor och studiebesök som gruppen gjort tillsammans. Förutom ansvariga tjänstemän och experter på modellen så hade några av medlemmarna också lång erfarenhet av projektorganisationer och frågor gällande implementeringen av nya verksamheter.

Samarbetspartners stödjer satsningen (3 p)

Satsningen var ett gemensamt initiativ mellan framförallt Malmö stad och regionen, som tillsammans hade planerat och satsat resurser med utgångspunkt från ett samarbetsavtal kring den aktuella verksamheten. Även representanter för brukarorganisationerna uttryckte sitt stöd för verksamheten. De betonade ledningens lyhördhet, vilket hade möjliggjort en ökad tjänstgöringstid för den brukarspecialist som ingick i teamet. Trots det gemensamma ansvaret för ACT-teamet uttryckte kommunen att teamet i högre utsträckning associerades till psykiatrin än till deras verksamhet. Främst handlade det om att teamet organisatoriskt och fysiskt var placerat inom Region Skånes psykosvård. Trots detta var representanterna från kommunen tydliga i sitt stöd, om än de kunde problematisera frågan om kommunens ”vinst” i sammanhanget.

> Alltså man kan säga att från socialtjänstens perspektiv så tror jag det är större resultat för de enskilda individerna som får den här insatsen än vad det är på ett strukturellt plan för socialtjänsten. Det är svårt att säga i vilken omfattning de skulle konsumera andra tjänster om de inte fick ACT. Men man kan ponera att de annars behövt omfattande stöd av annat slag. Men när vi ser ekonomiska vinster för socialtjänsten? Njae, det får vi nog se långsiktigt (chef inom Malmö stad, medlem i styrgruppen)

Omständigheter på utförarnivån

Rekrytering av personal med rätt kompetens (3 p)

Rekryteringen av processledaren bedömdes av alla inblandade som en avgörande del i implementeringen. Hon var en av få personer i landet med erfarenhet av att ha byggt upp och arbetat i en ACT-inriktad verksamhet. Kommunens representanter i styrgruppen liksom medlemmarna i teamet rekommenderade andra som ville starta ett ACT-team att rekrytera en sådan person.

> Det är avgörande att ha en ledare som är väldigt kunnig på området och som brinner för att hålla ihop det hela. Annars riskerar det hela att flyta ut när det gäller samarbetet och programtroheten. Man måste vara väldigt dedikerad (chef inom Malmö stad, medlem i styrgruppen)

Teammedlemmarna från psykiatrin rekryterades utifrån intresse men delvis på oklara premisser, då några överfördes från en verksamhet som var tänkt att arbeta med en mindre intensiv form av CM men som lades ner när ACT-verksamheten startade. Läkaren rekryterades internt, utifrån intresse. Socialsekreterarna anställdes efter ett rekryteringsförfarande med drygt ett hundratal sökande. Vid första intervjun med teamet uttryckte medlemmarna att de i flera frågor hade olika synsätt i fråga om arbetssättet, men redan vid första uppföljningen beskrev de en bättre balans och rollfördelning. De rekryteringar som gjorts senare, av till exempel arbetsspecialist och sjuksköterska, genomfördes baserade på en rad kriterier och där bland annat brukarorganisationerna fanns representerade i rekryteringsgruppen. Processledaren uttryckte sig på följande vis när det gäller erfarenheter av rekryteringsarbetet och personalen:

> Man ska inte ta in personer som inte är ordentligt informerade när man startar upp, utan man behöver veta vad man ger sig in på när man börjar arbeta i ett ACT-team. Man måste ha en öppenhet till att förändras, och det gäller både psykiatri- och socialtjänstpersonal. Man måste tycka det är roligt att arbeta på ett annorlunda sätt, annars blir det jobbigt /…/ Man behöver också vara både intellektuell och praktiker på något vis, man behöver tänka långsiktigt samtidigt som man är här och nu. Alltså det är faktiskt ett svårt jobb, och det räcker inte alltid med utbildning /…/ Och alltså jag kan räkna upp var och en i teamet faktiskt, så det är en kompetent personal som förstår vad ACT är och som förstår att möta människor med svår problematik.

Teammedlemmarnas egenskaper och sätt att fungera tillsammans beskrevs som en viktig faktor i implementeringen. Teammedlemmarna själva lyfte fram det personliga engagemanget och drivkraften att arbeta efter arbetssättet. I synnerhet betonade de möjligheten att få arbeta relationsbaserat och ta ett helhetsansvar, genom att utnyttja teamets hela kompetens. De poängterade också värdet av sitt oberoende och möjligheten att skapa handlingsutrymme åt sig själva:

> Vad som varit viktigt är kampen och värnandet om teamets självständighet och autonomi. Ingen har lyckats säga till oss uppifrån att ni får ta det här eller det här fallet. Vi har lyckats upprätthålla att vi avgör vilka som vi ska ge insats till, det är i teamet vi ska kunna säga ja eller nej. Här har X (processledaren) varit en viktig faktor, att liksom se till att skapa det självförtroende i teamet som vi tycker att vi har (Teammedlem).

Läkarens funktion i teamet betonades av både teammedlemmar och processledaren. Det handlade om att funktionen var integrerad i teamet och därmed innebar att läkaren kunde agera snabbt och flexibelt. Läkaren beskrevs ha mycket lämpliga egenskaper för att arbeta enligt ACT-modellen.

Kontinuitet (2 p)

Kontinuiteten när det gäller personalen var bristfällig under en period av cirka ett år. Det handlade om föräldraledighet och om sjukskrivning samt om att några av tjänsterna i teamet inte tillsattes förrän verksamheten hade varit igång under en tid. Enligt teammedlemmarna innebar det att man vid flera tillfällen kände hur man fick ”starta om”. Situationen stabiliserades senare och beskrevs vid sista intervjuomgången som gynnsam för den nyrekryterade personalen, då de frekventa teammötena gjorde det lätt att slussas in i arbetet.

Närvarande ledare som tror på metoden(3 p)

Processledaren var som tidigare redovisats en nyckelperson och värderades högt av både teamet och styrgruppen. Hon hade under det första året en delvis splittrad roll då hon fick ta ansvar för administrationen i verksamheten. Senare överfördes det administrativa arbetet till en teamsekreterare, vilket gav processledaren mer utrymme för arbetsledning och metodutveckling. De teammedlemmar som var anställda av psykiatrin hade en enhetschef vid psykosmottagningen som närmaste chef, vilken beskrevs som stödjande. Läkaren hade områdeschefen för psykosvården som chef, vilken också beskrevs som insatt och engagerad. Socialsekreterarna hade en sektionschef för ett samsjuklighetsboende inom socialtjänsten som chef. Denne hade ansvar för administrativa aspekter av teammedlemmarnas arbete och beskrevs ha en aktiv och stödjande hållning.

Samarbetspartners som underlättar (2 p)

Den tydliga trenden i materialet var att utsagorna för varje intervjuomgång blev allt mer positiva när det gällde psykiatrins syn på ACT-teamet. Teamet hade vid sista uppföljningen en stark ställning hos framförallt den psykiatriska heldygnsvården, att döma av uttalanden från både chefer och ACT-teamet. Detta innebar i sin tur en förenklad kontakt mellan vårdpersonal och teammedlemmar, något som underlättade teamets arbete.

> Kollegorna har fått ett allt mer positivt intryck. Ansvariga överläkare på slutenvården säger till exempel att man nu på ett helt annat sätt kan skriva ut patienten när man vet att man lämnar till teamet. Då behöver man inte vara orolig över hur det kommer att gå, därför att patienten nästan hämtas på mottagningen och sedan är uppföljningen redan planerad (Chef för psykosvården).

Kontakten med socialtjänsten upplevdes som mer oklar. Där fanns inga direkta, fasta kontakter på klientnivå, dels på grund av socialtjänstens stora organisation och dels på grund av att teamet upplevde att kommunens personal ofta tenderade att dra sig tillbaka när teamet involverades. En kontakt som beskrevs som problematisk, av både intervjupersoner från kommunen och Region Skåne, var den mellan ACT-teamet och kommunens LSS-boenden. Redan i planeringsskedet hade delar av planeringsgruppen ifrågasatt om teamet skulle arbeta med deltagare som fanns i dessa boenden, då det skulle strida mot idén om teamets ambition att ge heltäckande service. Vid alla intervjutillfällen lyftes exempel fram på oklarheter i kontakten med boendena, skillnader i synsätt på deltagarna eller vilka insatser som skulle prioriteras. Vid den sista intervjuomgången hade möten arrangerats mellan teamet och enhetscheferna på LSS-boendena för att hitta fungerande samarbetsformer.

Informationsarbete (3 p)

Processledaren och teammedlemmarna beskrev hur de i perioder arbetat intensivt med informationsmöten och andra forum för att berätta om verksamheten och för att peka på möjligheterna att ansöka om insats. Man angav att kontakten med kommunen var ganska svår, då man inte i övrigt hade daglig kontakt och därför att personalomsättningen kunde vara hög. Kontakten med psykiatrin beskrevs som betydligt enklare, eftersom man tillhörde organisationen och dessutom fysiskt träffade kollegor inom psykiatrin på daglig basis. Förutom informationsmöten spred man också broschyrer med information om ACT-modellen och teamets arbete.

Återföring till finansiärer och beslutsfattare (2 p)

Den återföring som främst beskrevs under uppföljningstiden var kontinuerliga rapporter till styrgruppen, inklusive till samordningsförbundet. Däremot tycktes styrgruppens ledamöter agera självständigt, och det fanns ingen samlad eller regelbunden återföring från dem till den högsta beslutsfattande nivån hos respektive huvudman.

Utbildning och träning i metoden (3 p)

Inför starten av verksamheten anordnades ingen samlad utbildning om ACT-modellen, utan man utgick från processledarens specialistkunskap och tillgängligt material om modellen. Dessutom hade både läkaren och flera andra teammedlemmar erfarenhet av liknande arbetssätt. Därför skedde utbildningen via informella interna seminarier samt diskussioner i samband med de täta teamträffar som modellen förespråkar. Den relativt långsamma intagningen av deltagare innebar gott om tid för självstudier och metodreflektioner, vilket teammedlemmarna vid sista intervjun såg tillbaka på som något betydelsefullt. Strukturen på arbetet i form av dagliga möten beskrevs som grogrunden för metodutvecklingen. Utöver det interna arbetet skapade projekt-medlen från samordningsförbundet utrymme för både studieresor och besök på internationella konferenser om ACT, vilket beskrivits tidigare. Till dessa initiativ kom vissa specifika utbildningsinsatser, som KBT-steg ett för en medarbetare, utbildningar i Motivational Interviewing (MI) och IPS samt systemisk familjeterapi.

Fortlöpande stöd

Fortbildning (2 p)

Teamet erbjöds vissa fortbildningsinslag, se punkten ovan. Vid sista intervjutillfället uttrycktes emellertid en viss utbildningströtthet hos flera av medlemmarna.

Fortlöpande handledning och konsultation (3 p)

Processledaren hade erfarenhet av arbetssättet och fungerade som en konsultativ kraft, särskilt under den första tiden i verksamheten. Från början erbjöds teamet handledning av en KBT-utbildad psykolog utan djupare kunskaper om ACT-modellen. Men teammedlemmarna upplevde att det fanns brister i förståelsen hos handledaren när det gällde deras arbetsvillkor och önskemål. Sedermera etablerades kontakt med en person från Danmark med lång erfarenhet av ACT, vilken regelbundet kom att ge teamet ärendehandledning. Något som teammedlemmarna uttryckte sig vara nöjda med.

> Det är en sådan handledning som kanaliserar vårt arbete inom teamet. Där vi också ber om att få ta del av hennes erfarenhet om hur de skulle ha sett på våra situationer i hennes team. Det är inte så ofta, men ibland önskar vi lite bekräftelse på att vi är på rätt spår. Men oftast handlar det om att få igång en diskussion och få lite instick från henne. Det funkar liksom (Teammedlem)

Återkommande programtrohetsskattningar (3 p)

Målsättningen om programtrohet hade teamet tagit till sig på ett tidigt stadium. De frekventa mötena och det tilltagna utrymmet för metodstudier ansågs vara viktiga förutsättningar. Teamet hade satt sig in i skattningsinstrumentet långt innan den första skattningen genomfördes, och de beskrev hur de aktivt arbetat med resultaten från de tre skattningarna. Resultaten hade fått ligga till grund för flera av de modifieringar av arbetssättet och organisationen som gjordes efterhand. Det handlade om att säkra vissa av de rekommenderade specialistfunktionerna, att möjliggöra ett utrymme för sekreterare/administrativt stöd samt att utveckla arbetet med individuella planer. Det handlade emellertid också om att medvetet göra avsteg från principen i ACT-modellen om tillgänglighet dygnet runt.

Tid och utrymme för reflektion (3 p)

Teamets arbete innebar täta möten och generöst med utrymme för diskussion. Detta innebar enligt teamet och processledaren tid för både konkret planering av varje deltagare och tid för andra mer övergripande frågor relaterade till modellen.

Tekniskt och administrativt stöd (2 p)

Placeringen på psykosmottagningen hade enligt chefer inom psykiatrin, processledaren och teamet skapat förankring hos den psykiatriska organisationen och kollegor inom verksamheten. Frågan om lokaler hade dock diskuterats flitigt inom styrgruppen. En representant för kommunen i styrgruppen tyckte att man borde ha gjort annorlunda: ”Det var olyckligt att de fick lokal här på psykiatrin. För det blir väldigt mycket hälso- och sjukvårdsfokus. Jag tror att en sådan här verksamhet ska vara på en mer neutral plats”. Under hösten 2014 flyttade teamet ut från psykosmottagningen till lokaler på ett annat ställe i samma byggnad. Teammedlemmarna liksom processledaren beskrev att de var nöjda med lösningen.

Som tidigare framgått kom en sekreterare på plats efter ett år, vilket beskrevs som mycket betydelsefullt eftersom tjänsten avlastade teamet och ökade tillgängligheten för deltagarna. Ett problemområde var psykiatrins dokumentationssystem som socialsekreterarna inte hade tillgång till. Detta innebar att man fick använda omständliga rutiner som involverade både sekreteraren och processledaren, och som gjorde att socialsekreterarna inte kände sig som fullvärdiga teammedlemmar. För att kunna arbeta flexibelt och uppsökande i enlighet med modellen hade teamet tillgång till bilar och cyklar samt taxi- och busskort, vilket upplevdes ha fungerat bra.

Målgruppen *(3 p)*

När verksamheten startade var den uttalade målsättningen att inkludera deltagare med svåra och långvariga psykossjukdomar som hade komplexa behov och som konsumerade mycket slutenvård, trots att de ofta motsatte sig stödinsatser. Det var också denna grupp som teamet kom att arbeta med. Till en del förklarades detta med den tydlighet som teamet uppvisade gentemot omgivningen om att koncentrera sig på just den målgruppen. Det fanns emellertid en pågående diskussion om målgruppsfrågan. Den juridiska utredningen pekade på kravet för ACT-teamet att ha biståndsbeslut som grund för de sociala insatser som förmedlades till deltagarna. Detta skulle kunna innebära ett uttalat krav på motivation hos den enskilde, vilket enligt teamet riskerade att förflytta fokus från de allra mest utsatta och svårengagerade personerna.

> Om vi bara ska ha personer som är motiverade, som ska biståndsbedömas och som själva ska ansöka, då är ju risken att vi kommer att tappa en del av den ursprungliga målgruppen och att den typen av deltagare inte skulle bli aktuella framöver. Det är något jag kan bli bekymrad över (Teammedlem).

Resultat av skattningen

Resultatet av skattningen i sin helhet (se tabell 9) blev för ACT-verksamheten 69 poäng av maximala 75, vilket kan jämföras med 65,5 poäng i medelvärde för de etablerade IPS-verksamheterna som redovisades i tabell 3. Summan för delskalan om organisatoriska omständigheter blev 35 poäng, vilket också klart ligger över medelvärdet för de etablerade IPS-verksamheterna. Medelvärdet för delskalorna om utförarnivån och fortlöpande stöd låg på 18 respektive 13 poäng, vilket var strax under värdena hos etablerade IPS-verksamheter men klart över snittet för övriga försöksverksamheter. Sammantaget visade skattningen på en process där de flesta ingredienserna för en framgångsrik implementering funnits på plats. Förutsättningarna på organisatorisk nivå framstod som särskilt goda.

Programtrohet

Programtrohetsmätningar genomfördes 6, 18 och 24 månader efter att ACT-teamet började sin verksamhet. En översikt av teamets utveckling avseende resultat redovisas i tabell 9. För varje skattningsområde redovisas indexvärdet (skala 1-5). Enligt dokumentationen kring TMACT (Monroe-DeVita m.fl., 2012) anses ett programtrohetsindex på 4,0 som hög trohet till ACT.

Tabell 10. Förändringar av programtrohet 6, 18 och 24 månader efter programmets start. Värdena i cellerna anger medelvärdet för det skattade området (1-5), och programtrohetsindex anger medelvärdet för samtliga områden.

	6 månader	18 månader	24 månader
Organisation och struktur	3,9	4,2	4,6
Kärnkomponenter i teamet	3,3	4,4	4,0
Specialister i teamet	2,6	4,2	4,9
Kärnverksamhet	3,6	4,0	4,0
Evidensbaserad praktik	3,6	4,1	4,4
Individinriktad planering	2,2	3,2	4,2
Programtrohetsindex	3,2	4,02	4,35

Organisation och struktur

Området innehåller frågor kring teamets organisation och arbetsformer men även vilken kontroll man har över antagning och överföring av patienter till andra enheter (se bilaga 1). Som framgår av tabellen hade teamet redan under sin uppbyggnadsfas en god organisation och struktur. Förbättringarna som redovisas i tabellen förklarades av att teamet hade utvecklat sitt teamarbete, man samarbetade mer kring sina brukare och fler av teammedlemmarna hade varit inblandade i vårdinsatser för enskilda brukare. Vid mätningen 24 månader efter start rapporterades ett mycket större kollektivt ansvarstagande för brukargruppen i stort. Man hade även utvecklat rutiner för antagning av patienter, inläggning i slutenvård och planerade utskrivningar från densamma. Mellan mätningen vid 18 månader och 24 månader hade man även fått en sekreterare som administrativt stöd, vilket framgår av tidigare resultatredovisning.

Kärnkomponenter i teamet

Området beskriver närvaron av och rollen för personalkategorier som i vetenskapliga studier visat sig vara avgörande för att teamet ska kunna förmedla vård och stöd av hög kvalitet. Dessa innefattar teamledare, psykiater och psykiatrisjuksköterskor. Vid första mätningen hade teamet begränsad tid för psykiatern och funktionen uppfyllde inte kraven som anges i TMACT. Dessutom innebar avsaknaden av administrativt stöd att teamledarfunktionen belastades av administrativa uppgifter. Vid andra och tredje mätningen uppfylldes kraven för psykiater både avseende omfattning och funktion. Teamet har under hela perioden haft tillräcklig tillgång till sjuksköterskor. Däremot har funktionen präglats av personalförändringar, vilket begränsat möjligheterna att uppnå högsta skattning för området.

Specialister i teamet

I teamet ska finnas ett antal specialister, dvs. en missbruksspecialist, en arbetsspecialist och en brukarspecialist. De olika specialisterna ska fungera som stöd för patienterna och för teamet inom dessa områden. Specialistfunktionerna i teamet utvecklades tydligt under arbetets gång. Trots att teamet sammantaget hade hög kompetens för missbruksbehandling hade de i början svårt för att identifiera någon missbruksspecialist. Denna roll hade växt fram på ett tydligare sätt vid mätningen vid 24 månader. Vid starten fanns endast tillgång till en arbetsspecialist på 20 procent, men arbetstiden var betydligt utökad vid 24 månader. Brukarspecialisten hade utökat sin arbetstid från halvtid (initialt) till heltid (vid 24 månader) och fyllde dessutom de funktioner som krävs i TMACT.

Kärnverksamhet

Kärnverksamheten innebär att ett ACT-team ska ha täta kontakter med sina patienter i deras naturliga miljö. Vidare ska teamet förmedla huvuddelen av den vård och behandling som behövs samt ha kontakt med för patienten viktiga personer. Slutligen ska teamet även ha hög krisberedskap vid akuta händelser. Krisberedskapen under kontorstid var hög. Teamet hade stora möjligheter att med kort varsel omdirigera sina resurser för att agera när någon behövde en krisintervention. Av personalmässiga och ekonomiska skäl hade teamet aldrig planerat att erbjuda krisberedskap dygnet runt alla dagar i veckan. Däremot hade man hög programtrohet när det gällde täta kontakter med patienter i deras naturliga miljö och att förmedla i princip all vård och behandling. En svaghet som togs upp under teamets utveckling var kontakten med närstående. Initialt hade denna varit begränsad till brukare som själva tagit initiativ till sådan kontakt, men vid sista mätningen erbjöd teamet ett regelmässigt aktivt stöd.

Evidensbaserad praktik

Evidensbaserad praktik betyder att teamet levererar alla vårdinsatser för behandling av samsjuklighet, arbetsrehabilitering och insatser för att främja återhämtning. Det sistnämnda innebär att teamet ger psyko-

pedagogisk utbildning om sambandet mellan psykisk sjukdom och stress-sårbarhet, bygger upp ett socialt stöd och lär ut hur man minskar återfall, hur man använder medicinen på ett effektivt sätt, hur man handskas med påfrestningar samt hur man får sina behov tillgodosedda av den psykiatriska vården och tar vara på övriga möjligheter till samhällsstöd. Från att initialt ha begränsningar både beträffande omfattning och innehåll byggde teamet succesivt på med resurser och kompetens. All behandling, med undantag för psykoterapi, gavs av teamet. Det fanns dock externa resurser knutna till teamet som kunde utnyttjas för att ge psykoterapeutisk behandling. Vad gäller boende och boendestöd gav teamet brukarna mycket hjälp i deras vardag och boenden. Däremot hade teamet inget mandat för att via SoL eller LSS påverka brukarnas boendesituation.

Individinriktad planering

I planeringen ska det framgå att teamet bistår inom de flesta livsområden där stöd kan behövas. Det ska finnas ett brett utbud av insatser. Vidare ska det ges stöd och uppmuntran till oberoende och eget beslutsfattande, och brukarnas styrkor och resurser ska tydligt framgå av behandlingsplanerna. Från teamets start till mätningen vid 18 månader utarbetades olika former av behandlingsplaner. Dessa var i allmänhet inriktade på brukarens brister och vårdbehov, medan resurser och styrkor inte dokumenterades. Det förhållandet förbättrades betydligt under teamets senare utveckling. I samband med arbetsspecialistens genomgångar gjordes tydliga bedömningar av resurser och styrkor hos brukarna. Bedömningarna var dock begränsade till starka sidor som hade med arbete att göra och täckte inte tillräckligt många livsområden. Teamet angav att området hade en fortsatt utvecklings-potential.

Sammanfattning av programtrohet vid ACT

Programtrohetsmätningarna beskriver teamets utveckling, från att verksamheten varit igång i sex månader till att den varit igång under två och ett halvt år. Trenden har varit att funktionerna och rollerna som de anställda i teamet ska uppfylla succesivt har operationaliserats till att uppnå hög programtrohet. Bristerna som fortfarande fanns vid sista mätningen gällde främst avsaknaden av tillräckligt administrativt stöd, otillräcklig krisberedskap och begränsningar i att ge effektivt stöd kring boendet. Detta kan hämma möjligheterna att bedriva effektiv vård när det maximala antalet patienter (10/1) är konstant och många behöver ett omfattande stöd.

Individuppföljningen

Personer antagna till ACT-teamet

Under projekttiden hade 100 brukare anmälts till ACT-teamet och blivit bedömda. Eftersom teamet hade mandat att på egen hand besluta vilka som skulle tas emot blev 26 av dem aldrig antagna. Skälen för återremitteringen varierade. Fyra personer bedömdes befinna sig i ett så stresskänsligt tillstånd att de inte skulle klara av den behandlingsintensitet som ACT innebär. Övriga exkluderades då deras vårdbehov lika väl kunde tillgodoses inom den vanliga psykiatriska vården (11 st.) eller på grund av att de inte uppfyllde diagnoskriterierna (11 st.). Totalt antogs 74 personer. Av dem har teamet avslutat kontakten med 17 deltagare. Två lyckades teamet aldrig träffa, trots upprepade försök. Sex deltagare överfördes till annan vård, åtta vägrade konsekvent all kontakt med teamet under nio månaders försök att engagera dem och en deltagare avled under tiden. Antalet deltagare som hade fått insatser av teamet hösten 2014 var 57 stycken. Av de deltagare som följts upp (n=34) var 6 kvinnor och 28 män, medianåldern var 45 år (medelvärde 43,7, spridning 24-68 år). Samtliga deltagare hade en huvud-diagnos inom schizofrenispektrat.

Sjukvårdskonsumtion

Data kring konsumtion av slutenvård inhämtades via Region Skånes patientregister. Tjugo deltagare som antogs under 2012 kunde följas upp två år före påbörjad behandling och under de två år då de vårdats av ACT-teamet. På motsvarande sätt kunde data för fjorton deltagare antagna under 2013 följas ett år innan påbörjad behandling och under det år de vårdats av ACT-teamet. Trenden var att antalet dagar i slutenvård minskade väsentligt för båda grupperna. Dygnskostnaden för en slutenvårdplats inom psykosvården i Malmö beräknas vara 5 000 kr (Sven-Erik Andersson, verksamhetschef, personlig kommunikation).

Om man kalkylerar den minskade kostnaden per år för gruppen som helhet innebär detta en minskning med 3 257 000kr per år och motsvarar 651,4 vårddygn inom psykosvården. Vid en statistisk beräkning var minskningen inte signifikant (Wilcoxon signed rank test, ett år p = 0,114, två år p = 0,156). I vardera gruppen fanns en person som starkt avvek från den övriga trenden genom att båda hade en påtagligt större konsumtion av slutenvård under ACT än de haft perioden före antagningen till teamet. Den ena personen hade antagits till ACT men konsekvent vägrat att träffa eller släppa in någon från teamet i sin lägenhet. I stället hade personen fortsatt att gå till den psykiatriska akutmottagningen, blivit inlagd vid upprepade tillfällen och var det under hela uppföljningstiden. Den andra personen var inlagd när teamet fick kontakt. Vid permissioner från slutenvården orsakade personen en rad störningsanmälningar från grannar och blev vräkt efter en lång process i hyresnämnden. Det dröjde länge innan teamet tillsammans med socialtjänsten hittade ett lämpligt boende för personen, och under den tiden kvarstannade patienten i slutenvård. Då n-talet är litet och statistisk power väldigt svag gjordes även analyser där dessa ”outliers” exkluderades.

Med ”outliers” exkluderade motsvarar den årliga minskningen för gruppen totalt 799,9 slutenvårdsdygn och en kostnadsminskning med 3 999 950 kr. Den statistiska beräkningen visar även en signifikant minskning av både kostnader och antal dagar i slutenvård (Wilcoxon signed rank test, ett år p = 0,038, två år p = 0,049).

Förändringar i social anpassning

Förändringarna som mättes med ”Objective Social Outcomes Index, SIX” visade mycket små förändringar under vårdtiden. En person kunde inte bedömas på grund av bristande kontakt och upprepade vistelser i slutenvård. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan den grupp som följts upp ett år och den som följts två år, varken vid baseline eller vid ettårsuppföljningen. Värdena redovisas i tabell 12.

Tabell 11. Skattning av livsdomäner enligt ”SIX”, skalvärden 0 – 6 där 6 speglar hög social anpassning.

Medelvärden (std)	Baseline (n=31)	1 år (n=31)	2 år (n=19)
Arbete	0	0	0
Boendesituation	1.10 (0.95)	0,64 (0.88)	0.53 (0.84)
Familjesituation	0.10 (0.30)	0.16 (0.37)	0.11 (0.31)
Vänner	0.52 (0.51)	0.58 (0.50)	0.68 (0.48)
Summa SIX	1.71 (1.1)	1.35 (0.3)	1.31 (0.7)

Ingen av deltagarna hade arbete och som framgår av tabellen så försämrades den sociala situationen under tiden med ACT. Försämringen förklaras huvudsakligen av en försämrad boendesituation. Vid baseline rapporterades att 38,7 % var hemlösa eller i boende med stöd 24 timmar, vid ettårsuppföljningen var procentandelen 64,5 % och för gruppen som kunde följas upp under två år 68,4 %. I sammanhanget ska påpekas att hemlöshet och LSS-boende bedöms på samma sätt i SIX-skalan. Därför inhämtades information om förändringar av deltagarnas boendesituation av ACT-teamet. För 20 personer hade boendet varit oförändrat under vårdtiden, av dessa bodde 8 i LSS-boende. En person hade fått LSS-boende under vårdtiden. I övrigt visar resultaten en stabilt låg funktionsnivå.

Förändringar i insatser från socialtjänsten

De 34 deltagare som vårdats av ACT-teamet följdes upp via socialtjänsten. Insamlade data berör försörjningsstöd, boende i lägenhet, dygnsboende (hotell, härbärge), kontaktperson, institutionsvård enligt SoL, institutionsvård enligt LVM och övriga insatser ifall sådana förekommit. Under uppföljningstiden före påbörjad vård av ACT-teamet (1 år alternativt 2 år) hade 12 personer fått insatser via socialtjänsten. Under tiden de vårdades av teamet fick 16 personer olika insatser. Det var i stor utsträckning samma personer som fick stöd både före och under ACT (n=10). När det gäller försörjningsstöd noterades att två deltagare haft ett konstant sådant under både tvåårsperioden före ACT och under de två åren med ACT. En person som inte hade försörjningsstöd före ACT hade det under hela uppföljningstiden med ACT (24 månader). Detta innebär att tre personer stått för 77 % av kostnaderna för försörjningsstöd bland de sex personer som uppburit sådant. Den största förändringen vad gäller insatser från socialtjänsten rör dygnsboende. Före ACT hade fem personer haft dygnsboende i sammanlagt 24 månader. Hälften av dessa månader hade utnyttjats av en person som själv stod för 12 månaders dygnsboende. Samma person stannade sedan kvar i dygnsboende under två års uppföljning med ACT. Sammanlagt beviljades 13 personer dygnsboende under ACT-uppföljningen, vilket motsvarar 106,8 månader. Två personer i tvåårs-uppföljningen och två i ettårsuppföljningen hade under hela vårdtiden bott i dygnsboende. En person hade haft institutionsvård enligt Socialtjänstlagen under 12 månader före ACT men ingen under ACT, och en person hade haft 14 månaders institutionsvård under pågående ACT. Vad gäller LVM så vårdades en person enligt den lagen i två månader före ACT och i sex månader under tiden med ACT. En vårdades åtta månader innan men inte alls under ACT. Slutligen vårdades en person enligt LVM under en månad med ACT. Boende i lägenhet minskade, från 3 personer under 22 månader till 2 personer under 5 månader med ACT. En översikt av insatser per individ finns i tabell 12.

Tabell 12. Personer som fått insatser från individ-och familjeomsorg (n=18). Antalet månader som insatsen getts, uppföljningstiden före och efter ACT. Varje rad motsvarar en deltagare.

Tid (år)	Försörjnings-stöd		Boende (lägenhet)		Dygnsboende		Kontaktperson		Inst. Vård SoL		Inst. Vård LVM	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
1						12			12			
1				4	2	6						
1	1				2	5						
1						5						
1				1		3						1
2	24	24			12	24						
2	13						24	14				
2	24	24										
2		24				24						
2	24	6				1						
2										14	2	6
2			19									
2					6	6						
2	13											
2						10						
2		0.9				2.5						
2						0.3						

Sammanfattningsvis visar resultaten, likt tidigare studier (Mueser m.fl. 2013), att ACT minskat behovet av sluten psykiatrisk vård, vilket inneburit en avlastning för slutenvården. Teamets tillblivelse har även underlättat för slutenvården att skriva ut patienter då man vet att de är omhändertagna när de kommer ut. Minskningen av antalet vårddagar beror sannolikt på färre intagningar men också på kortare vårdtider. Betydelsen som ACT kan ha för insatser från socialtjänsten är svåra att bedöma utifrån de resultat som inhämtades. Det var färre personer än förväntat som fått insatser både före och med ACT, och av dem som fått insatser beviljade var det ett fåtal personer som stod för huvuddelen. Underlaget är för litet för att kunna aggregeras till något som kan visa tendenser i någon riktning. Resultaten från SIX understryker gruppens komplexa behovsprofil och bekräftar bedömningen i programtrohetsmätningen om att rätt målgrupp var föremål för interventionen.

Intervjuer med deltagare

Sammanlagt gjordes kvalitativa intervjuer med 11 deltagare. Nio av intervjuerna gjordes i deltagarnas bostad och två på mottagningen. Av deltagarna var tio män och en kvinna. Deltagarna hade varit i kontakt med ACT-teamet mellan ett och två år. Nio av intervjuerna spelades in och skrevs ut för analys, vid de övriga två gjordes anteckningar under intervjun. Orsaken i båda fallen var att deltagaren inte ville att samtalet spelades in. Intervjuernas längd varierade mellan 45 och 80 minuter. Kvaliteten på intervjuerna skiftade, och ofta var det svårt att få tydliga svar på frågorna då deltagarna gärna berättade helt andra saker än det som efterfrågats. Mycket information om deltagarnas livssituation, utöver den efterfrågade, kom därför fram i intervjuerna. Denna information redovisas tillsammans med observationerna som gjorts i samband med intervjuerna.

Tre av deltagarna hade egen bostad, övriga bodde i stödboenden, boende för hemlösa eller LSS-boenden. Två deltagare hade vid intervjutillfället uttalade psykotiska symtom i form av inkoherens (påtagligt osammanhängande och fragmenterat tal) eller uttalade paranoida upplevelser. Sex deltagare rapporterade ett massivt missbruk i sin sjukhistoria, varav två hade ett aktivt pågående missbruk. Två deltagare var intagna för institutionsvård vid intervjutillfället. Deltagarnas boendemiljö präglades i de flesta fall av torftighet, oordning och tecken på bristande egenvård. Det var vanligt att deltagarna på kort tid och vid ett flertal tillfällen bytt bostad på grund av vräkning eller hot om vräkning eller att man flyttats på grund av ändrade insatser från socialtjänsten. Flera deltagare beskrev en sjukhistoria präglad av upprepade tvångsintagningar och perioder där de tvångsvårdats inom psykiatrisk slutenvård, i vissa fall även med stöd av LVM.

Praktiskt stöd i vardagen

Eftersom deltagarnas behandlingstid i ACT-teamet varierade skiftade även de insatser som kommit igång. Det var tydligt att målgruppen var svår att engagera, vilket innebar en tämligen lång kontaktfas. Deltagarna rapporterade att de tyckte att teamet hjälpt dem med en rad saker som de tidigare aldrig fått hjälp med. Man uppskattade i hög grad praktisk hjälp och stöd i vardagen och såg teamets tillgänglighet som en stor tillgång. Vid behov kunde man ha dagliga kontakter med teamet, man kunde ta kontakt med sin samordnare via telefon för råd och även få handfast hjälp med praktiska göromål. Det kunde handla om att få hjälp med att flytta, att få kartonger med tillhörigheter magasinerade eller få hjälp med att ringa polisen för att avhysa oönskade personer från sin bostad. Även hjälp med enkla vardagssysslor som att gå och köpa mat hade för en del varit av stor betydelse under vissa perioder. I många fall verkade teamets ansträngningar med att skapa ett behandlingsengagemang hos deltagarna ha börjat med insatser i deras praktiska vardag.

Bemötande

Förutom den praktiska inriktningen uppfattades teamet i allmänhet som följsamt i bemötandet. Man upplevde sin samordnare som intresserad av vad man själv ville. I de flesta fall ställde man detta som motsats till sina upplevelser från psykiatrisk slutenvård där man ofta känt sig överkörd, tvångbehandlad och aldrig kunnat göra sin röst hörd. Bemötandet från teamet och samordnaren beskrevs som respektfullt, lyssnande och uppmuntrande. Erfarenheterna varierade, från att man tyckte att teamet hade ”ryckt upp en” och att man kommit ur ett töcken som man levt i till att man ibland var lite trött på förslagen om att ”aktivera sig eller ta något skitjobb”. Ibland kunde teamets lyhördhet för önskemålen upplevas som allt för stor. Man menade att teamet ibland tog initiativ

till saker man i och för sig sagt sig önska men inte hunnit tänka igenom tillräckligt. Det upplevdes då som kravfyllt och påträngande.

Tillgång till flerprofessionellt stöd

I allmänhet hade man kontakt med ett flertal personer från teamet. Alla angav att de träffade sin samordnare regelbundet och att frekvensen varierade efter behov. Periodvis kunde det vara flera gånger per dag och ibland en gång i veckan. Sedan angav man att man träffade psykiater, sjuksköterska, arbetsspecialist och brukarspecialist i lite olika utsträckning. Vissa hade tät kontakt och rapporterade att de hade ett bra samarbete kring sin medicinering och att deras erfarenheter togs på allvar. Det visade sig även att man vände sig till teamet vid somatisk ohälsa, alltifrån att man råkat ut för sårskador till andra kroppsliga besvär. Det konstaterades att tillgängligheten var hög när det gällde att få hjälp på en rad olika sätt. ”De kan fixa det mesta, behöver man träffa en läkare kan de ordna det, har man problem med socialen så får man hjälp med det. Man behöver inte sitta i telefonköer i timmar.” Vissa värdesatte täta kontakter med arbetsspecialisten, medan andra tyckte att brukarspecialisten tillförde ”en ny dimension” i vården. Socialarbetarnas förmåga att hitta konstruktiva lösningar kring bidragssystemens uppbyggnad i relation till förutsättningar för arbetsträning eller studier hade ibland gett möjligheter till sysselsättning, vilket uppskattades mycket.

Kontakter med närstående

Brukarnas behov av hjälp kring kontakter med närstående varierade stort. Somliga hade ingen kontakt alls med sina närstående och ville inte heller ha någon. I de fallen rapporterade man att frågan ibland tagits upp från teamets sida, eller att man överhuvudtaget inte pratat om det. Andra uppgav att det fanns kontakter med närstående som man var ganska eller mycket nöjd med. Samtidigt uttrycktes en ambivalens kring frågan som ibland innefattade sorg över förlorade anhörigkontakter och där man kanske skulle vilja få hjälp med återknytning. Att uppnå en större förståelse hos närstående hade ibland varit önskvärt: ”Finns visst hopp om min far men min syster är helt förlorad”.

Upplevd nytta

Den vanligaste upplevelsen som rapporterades var känslan av att vara sedd och uppmärksammad: ”De bryr sig om min person och hur jag har det”. Det fanns en tacksamhet över att få besök och att ha någon att prata med. Den praktiska hjälpen i vardagen hade bidragit till en bättre livssituation för många. För några även till arbete i form av praktikplats eller självvalda studier. Man hade uppnått större självständighet genom att inte behöva förvaltare eller god man längre. Även om en stor del fortfarande behövde denna hjälp hade samarbetet med förvaltare förbättrats för några. Minskat missbruk av alkohol som en följd av ändrad medicinering rapporterades, även om drickandet enligt utsagor varierade lite över tid. Ett stort bekymmer var boendesituationen, som för många var ett hinder för fortsatt rehabilitering. Med flera vräkningar bakom sig såg man sig som ett hopplöst fall på bostadsmarknaden. Man var hänvisad till tillfälliga boendelösningar eller LSS-boenden och inga av dessa kändes tillfredsställande.

Övriga erfarenheter

Det framkom inga direkt negativa erfarenheter av teamets insatser. Däremot uttrycktes missnöje med att inte få tillräckligt med benzodiazepiner, upplevelsen av att inte behöva vård, att vara feldiagnostiserad och upprördhet över begränsningar i form av förvaltarskap. Trots en massiv kritik kring sin livssituation och ibland upplevelsen av att ”alla är emot mig” tyckte man att det var bra att någon ”tittat till en ibland”.

Sammanfattning

ACT-modellen har ett starkt vetenskapligt stöd men ställer höga krav på organisatorisk struktur och ett intensivt och integrerat arbetssätt, vilket kan verka utmanande i ett svenskt välfärdssammanhang. Den försöksverksamhet som studerades visade ett välplanerat, förankrat och ambitiöst implementeringsarbete med tillgång till spets-

kompetens och med en långsiktig strategi. De goda organisatoriska förutsättningarna kompletterades med en kompetent och väl sammansatt personalgrupp och ledning samt utrymme och resurser för att hitta fram till fungerande arbetssätt. Hindren utgjordes främst av administrativa gränser mellan huvudmännen, vilket bidrog till att begränsa handlingsutrymmet för flera av funktionerna i teamet.

Verksamheten uppvisade en hög överensstämmelse med ACT-modellen. Individuppföljningarna visade en tillfredställelse över insatsen hos deltagarna, minskad slutenvård men även en fortsatt mycket utsatt social situation för deltagarna. Teamet hade i enlighet med modellen rekryterat deltagare med en mycket allvarlig och komplex problematik. De sammantagna resultaten visade tydligt hur ACT-modellen, med rätt förutsättningar, kan implementeras i det svenska vård- och stödsystemet.

Slutsatser och diskussion

Studiens begränsningar

Denna studie beskriver implementeringen av de nationella riktlinjerna genom två metoder som utmärks av både hög prioritet och egenskaper som gör en etablering i det svenska välfärdssystemet utmanande. Studien ger ingen information om den inverkan riktlinjerna har på det svenska psykiatriområdet. Däremot kan vi ge en bild av både process och resultat från implementeringen av två internationellt väletablerade modeller. Studien följer verksamheterna under cirka 30 månader. Även om det är relativt lång tid i vetenskapliga sammanhang ger det föga information om verksamheternas framtida status. I fallet med både IPS och ACT finns emellertid en del material (t.ex. politiska beslut eller avsiktsförklaringar) som talar för verksamheternas framtida status för de närmaste åren. Forskning om olika omständigheters betydelse för implementeringen av nya arbetssätt bygger till en del på svårfångade begrepp och skattningar i avsaknad av objektiva mått. Vi har försökt att i möjligaste mån operationalisera de olika faktorerna och diskutera rimliga skattningar. Vår analysmodell är konstruerad i samband med denna studie, vilket kan innebära brister i precision. Om skalan ska användas i framtida studier krävs att den testas på ett större material. Till osäkerheten med analysmodellen ska läggas att materialet baseras på en fallstudie där begränsningen i antal verksamheter och individer, samt bortfall i fråga om individer, gör att slutsatserna bör bedömas med försiktighet.

Målgruppen för insatserna

De nationella riktlinjerna rör personer med schizofreni. Vår utvärdering visar att IPS bara delvis nått denna målgrupp men i hög utsträckning när det gäller ACT-verksamheten. Andelen deltagare med schizofreni var i vårt IPS-material endast cirka 10 procent, en siffra som på vissa ställen kan förklaras av höga ambitioner som inte förverkligats, men som på andra ställen är resultatet av en mer eller mindre tydlig bortprioritering av gruppen. En tolkning är att de statliga initiativen, främst den aktuella IPS-satsningen, kan ha styrt utvecklingsarbetet bort från den ursprungliga målgruppen genom sin uttalade inriktning på kommunerna som huvudman och genom sin otydlighet när det gäller målgrupp. Modellen har sedan i det lokala sammanhanget fått leva upp till aktuella behov och prioriteringar när det gäller frågor om till exempel unga vuxna utan sysselsättning, förstärkning av arbetsrehabilitering för funktionshindergruppen i stort eller insatser för att minska kostnaderna för försörjningsstöd. Modellen tycks från både de statliga och lokala aktörerna ha uppfattats vara en generellt fungerande strategi för en bred grupp av personer som befinner sig utanför den reguljära arbetsmarknaden. Undantagen utgörs av kommuner med hög lokal kunskap om modellen och framför allt initiala beslut att prioritera målgruppen. Detta gäller också ACT-verksamheten. Vår ståndpunkt är att det finns skäl att stödja en inriktning mot den ursprungliga målgruppen. Ett skäl är att ha en inriktning som ligger i linje med det aktuella forskningsläget. Ett annat skäl handlar om att undvika så kallad ”cream skimming”, det vill säga en prioritering av i det här fallet personer som huvudmännen tror står närmare arbetsmarknaden och som lättare kan göra en IPS-satsning ”lönsam”. Dels är IPS utformad som en intensiv modell för personer med samtidiga behov av arbetsrehabilitering och kvalificerad och långvarigt psykiatriskt stöd – i den meningen är den inte samhällsekonomiskt motiverad att erbjudas personer som skulle bli hjälpta genom en mindre resurskrävande och intensiv insats. Dels riskerar felaktiga föreställningar om att personer med psykossjukdom inte kan klara av ett lönearbete innebära att de bortprioriteras till förmån för andra grupper, där det oftast redan finns existerande arbetsmarknadspoliska åtgärder. Personer med stora konsekvenser av psykossjukdom är en mycket utsatt grupp med låg tillgång till både arbetsrehabilitering och integrerat stöd. Det är då angeläget att modeller som är utformade särskilt för dem, och som visat på god effekt, verkligen blir tillgängliga.

Det går att implementera IPS och ACT i Sverige

Studien visar att de båda modellerna går att implementera med acceptabel (IPS) eller till och med mycket god (ACT) programtrohet i Sverige, och med relativ långsiktighet. Denna slutsats kan verka banal, men bör beaktas i ljuset av tidigare diskussioner där det svenska sektoriserade välfärdssystemet har bedömts radikalt försvåra en plats för integrerade modeller. Pessimismen har varit särskilt tydlig när det gäller intensiva CM-modeller som ACT, där statliga satsningar, direkt eller indirekt, har styrt implementeringen i riktning mot modifierade och mindre intensiva modeller.

Studien utgick från frågeställningar om betydelsen av faktorer på organisationsnivå, utförarnivå samt faktorer rörande fortlöpande stöd. Vilka nivåer tycks särskilt viktiga? Vilka ingredienser verkar svårast att få på plats i ett implementeringsarbete? Analysen av resultaten från de olika försöksverksamheterna visade betydelsen av omständigheter på flera nivåer. Kunskapen om *faktorer på utförar- eller teamnivå* har varit etablerad inom vetenskapssamhället sedan länge, och i vårt material har värdet av kunnig och engagerad personal och operativt ansvariga chefer eller projektledare blivit tydligt. Dessa faktorer utgör ”grundmaterian” vid en framgångsrik implementering och är också aspekter som organisation och ledning kan påverka. Noggrann rekrytering av projektledare och personal samt en medveten sammansättning av teamet är därför, tillsammans med träning och utbildning i den aktuella metoden, viktiga kritiska moment. Kunskapen och intresset av att arbeta i enlighet med modellerna verkar kunna tillföras både genom personalens tidigare erfarenheter, utbildning och handledning och genom utrymme för metoddiskussioner inom teamet. Vår delstudie om implementeringen av IPS visade också att ingredienserna på utförarnivå ofta fanns på plats hos försöksverksamheterna genom till exempel noggrann rekrytering och utbildning i IPS-modellen.

Omständigheter på lokal organisatorisk nivå visade sig också vara av betydelse. Vissa aspekter rör svårpåverkade saker som tidigare erfarenheter av liknande arbetssätt, samverkansrelationer och implementeringsklimat, medan andra omständigheter i allra högsta grad kan optimeras inför en metodimplementering. Man bör till exempel vinnlägga sig om att den aktuella modellen motsvarar ett identifierat behov, ha en strategi för en relevant organisatorisk inplacering, formulera en realistisk finansieringsplan samt formera ett partssammansatt ledningS-/implementeringsteam med tillgång till expertis rörande både modellen, lokala förhållanden och implementering. Dessa omständigheter visade sig göra skillnad vid en jämförelse mellan de försöksverksamheter i vår studie som överlevde projekttiden och de som lades ner. Vid en jämförelse mellan faktorer på organisationsnivå och utförarnivå tycktes de förstnämnda utgöra en större utmaning.

Faktorer kopplade till *fortlöpande stöd* framstod också som betydelsefulla vid en jämförelse mellan etablerade och nedlagda försöksverksamheter. Vårt intryck från intervjumaterialet har varit att det framför allt rört möjligheterna till fortsatt metodutveckling genom handledning, fortbildning eller tid för reflektion i teamet. Här tycks små verksamheter med få anställda ha en utsatt position. I vårt material var ett genomgående drag hos de verksamheter som lyckades etablera sig och uppnå hög programtrohet att de fortlöpande diskuterade sitt arbetssätt. Några viktiga omständigheter var här en intresserad arbetsgrupp, tid för reflektion och programtrohetsmanualer. Det sistnämnda kan framstå som ett ytligt och instrumentellt redskap, men vår erfarenhet är att arbetet med programtrohetsskattningar i bästa fall fungerade som utgångspunkt för nyanserade och utvecklande diskussioner, som i förlängningen kunde leda till en ökad medvetenhet om arbetsmetod och vidhäftade frågor som t.ex. bemötande och samverkan. I vissa fall kunde till exempel programtrohetsskattningarna leda till tydligare motiveringar om varför vissa lokala avsteg från modellen faktiskt upplevdes som nödvändiga.

Integrerat stöd i ett sektoriserat system

Vår slutsats är alltså att det går att implementera integrerade stödmodeller som IPS och ACT i det svenska systemet, men att det kräver både vissa grundförutsättningar och ansträngningar på flera nivåer. Man bör komma ihåg att över hälften av de IPS- försöksverksamheter vi följde inte alls eller bara delvis lyckades etablera en verksamhet med rimlig följsamhet till ursprungsmodellen. I båda modellerna så är det följaktligen det delade huvudmannaskapet som utgjort den stora utmaningen. Denna bristfälliga överensstämmelse mellan det organisatoriska landskapet och modellens karaktär har skapat svackor i utförandet, men som på vissa ställen har visat sig

kunna kompenseras av andra faktorer. I fallet med IPS vet vi från den enda svenska RCT-studien att en modell med arbetsspecialisten som en del i ett psykiatriskt öppenvårdsteam är möjligt. Dock rörde studien en experimentell kontext och en verksamhetsform som inte etablerades i reguljär drift. Tidigare exempel med kommunen som huvudman för IPS-modellen har visat en moderat programtrohet och en bred målgrupp. I vårt material har vi sett exempel på verksamheter som kan komma längre, men det handlar fortfarande om en IPS-praktik med flera tydliga modifieringar. En sådan är den genomgående låga graden av integrering med psykiatrin – något som i bästa fall kan kompenseras med ett mycket nära samarbete på klientnivå mellan arbetsspecialisterna och psykiatrins medarbetare. En annan modifiering rör tillgången till riktiga anställningar, där de svenska teamen nästan uteslutande hänvisats till ett arbetssätt som använder sig av subventionerade anställningsformer och praktikplaceringar utan löfte om anställning som en initial grundstrategi. Den mest grundläggande anpassningen till svenska förhållanden handlar dock om det kommunala huvudmannaskapet, som i den studerade satsningen har varit en förutsättning given av den statliga finansiären. Som framgått tycks detta ha bidragit till försvagad trohet till IPS-principerna. Samtidigt kan vi inte bedöma vad konsekvenserna blivit om en statlig satsning i stället riktat stödet till en IPS-verksamhet med psykiatrin som huvudman. Kanske hade ett uppdrag att erbjuda arbetsrehabilitering inom landstinget uppfattats som udda och apart i förhållande till organisationens grunduppdrag? Kanske är det så att den kommunala organisationen, med sin tradition av arbetsmarknadsinriktat stöd, har varit en nödvändig kompromiss för att skapa legitima verksamheter med en rimlig överlevnadspotential?

I fråga om ACT så kan den verksamhet som vi följt i flera avseenden bilda modell för ett implementeringsarbete som är välförankrat och målmedvetet. Den höga medvetenheten har funnits på flera nivåer och de involverade aktörerna har inkluderat alla ingredienser som man med egen kraft kan påverka – matchningen behov-metod, gemensamt ansvarstagande, lokala beslut och planer, noggrann rekrytering, utrymme för utbildning och handledning m.m. Även i detta exempel utgör myndigheternas olika ansvarsområden det mest påtagliga hindret - ett förhållande som det är svårt att överbrygga på lokal nivå. I praktiken handlar det om att ACT-modellens fullservice-ansats, och därmed teammedlemmarnas handlingsradie, har begränsats. Utan möjligheter till gemensam dokumentation eller utrymme att fatta myndighetsbeslut kan inte ACT-modellens potential utnyttjas fullt ut. Emellertid faller detta hinder primärt tillbaka på den nationella nivån, där lösningar för att möjliggöra integrerade verksamhetsformer mellan landsting och kommuner behöver identifieras och effektueras.

Individerna då?

När det gäller båda modellerna så har både omfattningen på vårt material och uppföljningstiderna varit begränsade. I stora drag kan man dock se ett tydligt mönster där de IPS-verksamheter som implementerats på ett effektivt sätt, och där man medvetet strävat efter att följa principerna, i högre utsträckning får ut deltagarna i jobb, praktik och studier. Deltagarna tenderar också att få högre inkomst och att skatta insatsen, alliansen med arbetsspecialisten samt sin hälsa högre. Resultaten för en del av försöksverksamheterna låg väl i nivå med tidigare studier av IPS i en mer psykiatrisk kontext och visar modellens potential även i svensk kommunal regi. Däremot visade å andra sidan en rad av de enheter som haft sämre förutsättningar endast marginella förbättringar i fråga om att stödja deltagarna till lönearbete.

ACT-teamet som ingick i studien hittade en målgrupp med i vissa avseenden extremt svår och komplex problematik, där alternativet till ACT-insatsen i många fall endast var institutionsvård. Detta kan ses som ett värdefullt resultat i sig men innebär också att man bör tona ner förväntningarna på snabba resultat, då bara etablerandet av en kontakt många gånger visade sig vara mycket tidskrävande. Materialet visade dock positiva resultat när det gäller att minska nyttjandet av slutenvård. Dessutom uppskattade deltagarna teamets uppsökande och praktiskt orienterade insatser. Ingenting tyder egentligen på att ACT-modellen i ett svenskt vård-organisatoriskt landskap på sikt skulle leverera sämre utfall för deltagarna i jämförelse med internationella förlagor. Det förutsätter dock sannolikt förutsättningar och en ambitionsnivå i paritet med exemplet från Malmö.

Staten, pengarna och riktlinjerna

Systemnivån ingick inte i den del av vår analysmodell som innebar konkreta skattningar av de lokala verksamheterna. Däremot gjordes en mer allmän analys, baserad på till exempel befintliga sammanställningar och regeringsbeslut, systemfaktorer som kunde ha en påverkan på arbetet med att implementera de båda modellerna. Ser man till de nationella aktörernas initiativ på området, och noterar den lokala nivåns medvetenhet om dessa initiativ, så framstår det tydligt hur den nationella nivån har en roll i implementeringen av evidensbaserade insatser. En nyckelfaktor utgörs av statlig ekonomisk styrning, liksom stöd i form av utbildningsmaterial och tillgänglig expertis. I sällsynta fall, där det lokala utvecklingsarbetet utgår från en situation med alla gynnsamma organisatoriska ingredienser på plats, behövs inga externa ekonomiska resurser. I de flesta fall tycks de emellertid spela en viktig roll. För att ta exempel från vårt material så skulle en del av IPS-verksamheterna enligt intervjuade ledningspersoner aldrig ha startats utan det tillgängliga statsbidraget. Å andra sidan kan man föreställa sig att de starka orterna med tiden själva hade drivit igång förändringsarbetet alternativt hittat annan extern finansiering. I ett sådant perspektiv kan man tvärtom ifrågasätta en generell fördelning av medel, då en betydande del riskerar att riktas till organisationer utan realistiska förutsättningar att genomdriva en effektiv implementering. För att öka träffsäkerheten i investeringar på implementering av evidensbaserade modeller borde de nationella aktörerna sålunda basera sitt stöd på analysmodeller liknande den som vi använt i denna rapport.

Samtidigt är det viktigt att inte förvägra organisationer med bristfälliga förutsättningar för en effektiv implementering stimulans och resurser för metodutveckling. Dock borde det initiala stödet snarast rikta in sig på att stimulera och stärka dessa förutsättningar i stället för att bygga på förväntningar om full implementering. Ett sådant stöd kunde lägga större tonvikt vid förmedling och konsultation kring kunskap om implementering, så att de lokala aktörerna kan bygga upp en beredskap för organisationsförändringar och metodimplementering. Här har också de nationella aktörerna ett viktigt ansvar att bedriva sitt styrningsarbete på ett medvetet sätt. Den IPS-satsning som utgjort en av våra utgångspunkter kan utgöra ett illustrativt exempel på hur *utformningen* av de statliga initiativen har inverkan på de lokala resultaten. Det valda upplägget innebar att huvudmannaskapet för IPS helt styrdes mot kommunerna samt att försöksverksamheterna gavs begränsat med tid att ordentligt planera och förankra försöksverksamheterna eller att fullt ut pröva arbetssättet innan det ekonomiska stödet tog slut.

De nationella riktlinjerna refererades ofta i vårt material – ofta som något man lokalt använt sig av för att motivera satsningarna. Men med några få undantag har riktlinjerna i sig inte haft den avgörande betydelsen för de lokala initiativen. Dessa initiativ har ofta förutsatt andra lokala omständigheter eller statliga ekonomiska satsningar. Här bör man slutligen påpeka att vår studie utgått från sammanhang där lokala aktörer redan bestämt sig för att ta sig an en modell som rekommenderats i riktlinjerna. För att analysera riktlinjernas inverkan i sin helhet på det svenska vård-och stödsystemet behöver man använda sig av en annan ansats, som både kartlägger det som görs och det som *inte* görs på lokal nivå i anslutning till riktlinjerna.

Referenser

Anderssson G. (2009). *Vardagsliv och boendestöd: En studie om människor med psykiska funktionshinder.* Rapport i socialt arbete nr 131, 2009. Akademisk avhandling, Institutionen för social arbete, Stockholms universitet.

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 (2014). Individual Placement and Support in Sweden — a randomized controlled trial. Nordic Journal of Psychiatry, doi:10.3109/08039488.2014.929739

Bejerholm U, Larsson L, Hofgren C. (2011). IPS illustrated in the Swedish welfare system: A case study. Journal of Vocational Rehabilitation, 35, 59-72.

Bejerholm U, Hansson L, Eklund M. (2006). Profiles of occupational engagement in people with schizophrenia (POES): The development of a new instrument based on time-use diaries. British Journal of Occupational Therapy, 69, 58-68.

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.

Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall, M. (2007).Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 335, 336–340.

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.

Damschroder JL, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science, 2009, 4:50.

Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10.

Durlak J, DuPre E. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. Am J Community Psychol 41: 327-350.

Drake RE, Latimer E. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in North America. World Psychiatry , 11, 47–51.

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).

Fixsen DL, Naoom F, Blasé KA, Friedman RM, Wallace F. (2009). Core Implementation Components. Research on Social Work Practice, 19: 531.

Gaebel W, Weinmann S, Sartorios N, Rutz W, Mcintyre J. (2005). Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. The British Journal of Psychiatry, 187, 248-255.

Graneheim UH, Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 24:105-112

Greenhalgh T, Robert G, Macfarlande F, Bate P, Kyriakidou O. (2004). Diffusion of innovations in service organisations. systematic review and recommendations. The Milbank Quarterly, 82, 4, s. 581-629.

Grönberg Eskel M (2012). Från slutna institutioner till institutionaliserat omhändertagande. Doktorsavhandling, Karlstad University Studies 2012:54.

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.

Hill M, Hupe, P. (2009). Implementing Public Policy, 2nd ed.; Sage Publications: Los Angeles.

Johansson S. (2010). Implementing evidence-based practices and programs in the human services: Lessons from research in public administration. Eur. J. Soc. Work, 13, 109–125.

Killaspy H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M. (2009). Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes, The British Journal of Psychiatry, 195, 81-82.

Lehman AF, Steinwachs DM (1998). Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. Schizophrenia Bulletin 24: 11-20.

Liu, H.N. (2011). Policy and Practice: An Analysis of the Implementation of Supported Employment in Nebraska. Ph.D. Thesis, University of Nebraska, Lincoln, NE, USA, 2011.

McGrew JH, Bond GR. (1995). Critical ingredients of assertive communitytreatment: Judgments of the experts. Journal of Mental Health Administration, 22, 113-125.

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.

McHugo, G.J.; Drake, R.E.; Whitley, R.; Bond, G.R.; Campbell, K.; Rapp, C.A.; Goldman, H.H.;

Lutz, W.J.; Finnerty, M.T. (2007). Fidelity outcomes in the National Implementation Evidence-Based Practices Project. Psychiatric Services, 58, 1279–1284.

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

Markström U, Grape O. (2011). Metod på drift. En studie om implementeringen av en nationell utbildningssatsning om case management enligt ACT-metoden för personer med psykiskt funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr 2011-9-20.

Markström U, Nygren U, Sandlund M. (2011). Arbete för alla? Införande och resultat av supported employment i en svensk kommun. En studie om rehabilitering till arbete för personer med psykiskt funktionshinder. Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten och CEPI

Markström U. (2014). Staying the course? Challenges in implementing evidence-based programs in community mental health services. Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11, 10752-10769

Meyers DC, Durlak JA, Wandersman A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. Am. J. Community Psychol, 50, 462–480.

Monroe-DeVita M, Teague GB, Moser LL. (2012). The TMACT: a new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. Journal of American Nurses Association, 17:17-29.

Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi J. (2013). Psychosocial treatment for Schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology, 9:25.1 – 25.33

Nilsen P, Ståhl C, Roback K, Cairney P. (2013). Never the twain shall meet? A comparison of implementation science and policy implementation research. Implementation Science, 8, doi:10.1186/1748-5908-8-63.

Nordén T, Malm U, Nordlander T. (2012). Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 8, 144-151.

Nygren U, Markström U, Svensson B, Hansson L, Sandlund M. (2011). Individual Placement and Support – A Model to Get Employed for People with Mental Illness – The First Swedish Report of Outcomes. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25 (3): 591–598.

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

Regeringens proposition 1993/94:218. Psykiskt störda villkor.

Regeringens proposition 2009/10: 176. Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet.

Regeringens skrivelse 2008/09:185. En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Regeringskansliet. (2012). PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016.

Rosenberg D. (2009). Psychiatric disability in the community. Surveying the social landscape in the post-deinstitutional era. Doctoral thesis, Department of Social Work, Umeå University.

Rosenheck RA. (2001). Organizational process: a missing link between research and practice. Psychiatric Services, 52, 1607-1612.

Schön A-K. (2012). Vad avses med återhämtning? I C Bogarve, D Ershammar & D Rosenberg (red) Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder. Stockholm, Gothia Förlag.

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.

Socialstyrelsen. (2013). Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner. Individual Placement and Support, individanpassat stöd till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning. Artikelnr 2013-12-19.

Socialstyrelsen. (2014). Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning – uppföljning av verksamheter med personligt ombud. Artikelnr 2014-3-23.

SOU 2006:100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell Psykiatrisamordning

Stein L, Test MA. (1980). Alternative to mental hospital treatment. Arch. Gen. Psychiatry, 37, 392–397.

Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szmukler G. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. British Journal of Psychiatry, 173, 423–427.

Torrey CT, Bond GR, McHugo GJ, Swain K. (2012). Evidence-based practice implementation in community mental health settings: The relative importance of key domains of implementation activity. Adm. Policy Ment. Health, 39, 353–364.

Wright C, Catty J, Watt H, Burns TA. (2004). Systematic review of home treatment services. Classification and sustainability. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol, 39, 789–796.

Bilaga 1

TMACT

Tool for measuring assertive community treatment (TMACT). Schema över datainsamling

Område	Frågeställningar
Organisation och struktur	Brukare per teammedlem Teamets arbetsmetod Dagliga teammöten (frekvens, deltagande) Programstorlek Målgrupp Aktiv rekrytering Långsam intagningstakt Successiv överföring/utskrivning Låg bortfallsfrekvens Samordning vid sluten vård Kanslifunktion
Kärnkomponenter	Teamledare Teamledare som behandlare Psykiater Psykiaterns roll i behandlingen Psykiaterns roll i teamet Sjuksköterskor Sjuksköterskors roll i teamet
Specialister i teamet	Missbruksspecialist Missbruksspecialistens roll i behandlingen Missbruksspecialistens roll i teamet Arbetscoach Arbetscoachens roll i behandlingen Arbetscoachens roll i teamet Brukarspecialist Brukarspecialistens roll
Kärnverksamhet	Samhällsbaserade insatser Aktivt uppsökande verksamhet Varaktighet i möten med brukare Täta möten med brukare Täta kontakter med närstående och stödpersoner Ansvar för krisinterventioner Ansvar för psykiatriska insatser Ansvar för rehabiliterande insatser
Evidensbaserad praktik	Behandling av samsjuklighet (missbruksspecialist) Arbetsinriktade insatser Insatser kring egenvård och återhämtning Integrerad behandling vid samtidigt missbruk (teamet) SE enligt IPS-modellen Värva och utbilda närstående Kunskapsbaserad psykoterapi Stöd till boende

Individinriktad planering	Individens starka sidor avspeglas i behandlingsplanen Individbaserad behandling Insatser täcker många livsområden Individens självbestämmande och egenansvar framhålls

Bilaga 2

Supported Employment Fidelity Scale (SEFS)

Programtrohetsskala för IPS 2008

Poäng enligt programtrohetsskalan för IPS, skattas 1-5 p

Personal

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

Organisation

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

IPS-verksamheter

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

Bilaga 3

Skattningsinstrument i individuppföljningen

- *Livskvalitet* skattades av deltagarna med hjälp av Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe m.fl., 1999). Instrumentet har 16 frågor som skattas 1 – 7 där ett högre värde anger bättre livskvalitet. Frågorna är indelade i domäner om arbete, ekonomi, socialt nätverk, fritidsaktiviteter, boende, personlig säkerhet, familjeförhållanden, sexliv samt fysisk och mental hälsa.
- *Objektivt socialt utfallsmått* (Objective Social Outcomes Index, SIX) (Priebe m.fl., 2008) användes för att skatta förekomst av arbete, boendesituation, familjesituation och vänner vid samtliga mättillfällen. De olika domänerna skattas enligt följande: Arbete – inget arbete = 0, skyddat arbete/arbetsträning/arbetsrehabilitering = 1, reguljärt arbete = 2; Boende – hemlös eller boende med stöd 24 timmar = 0, boende med stöd < 24 timmar = 1, självständigt boende = 2; Familjesituation – bor ensam = 0, bor med partner eller familj = 1; Vänner – inte träffat en vän senaste veckan = 0, träffat minst en vän den senaste veckan = 1. Skalan fylls i av behandlare och täcker de områden som är relevanta för förändringar vid behandling av ett ACT-team. Konstruktörerna av skalan rekommenderar att den summeras till ett index 0 – 6.
- *Aktivitetsengagemang och delaktighet i samhället* skattades med hjälp av Profiles of Occupational Engagement of people with Severe mental illness-Self-rating scale (POES-S) (Bejerholm m.fl., 2006) vid samtliga mättillfällen. POES består dels av en tidsdagbok på 24 timmar, där aktivitet, social och fysisk miljö, samt reflektioner registreras under ett dygn, och dels av en skattning av 9 område enligt en fyrapoängsskala. Ett högre värde betyder ett ökat engagemang i olika typer av meningsfulla aktiviteter i olika sociala och geografiska miljöer i samhället.
- *Terapeutisk allians* i en kommunal kontext skattades med hjälp av Scale To Assess therapeutic Relationships in community mental health care (STAR) patient version (McGuire-Snieckus m.fl., 2007). Självskattningsskalan har tre domäner, samarbete, återkoppling och stöd av behandlaren (arbetsspecialisten), och fem svarsalternativ. Skalan fylldes i vid ett- och två-årsuppföljningen.
- Syn på vård och service (Min Syn) (Socialstyrelsen, 2013) följdes upp vid ett- och tvåårsuppföljningen. Tio frågor med fem svarsalternativ (tar avstånd från- instämmer helt) om bland annat bemötandet, inflytandet och samarbetet bland aktörerna skattades av deltagarna.

Bilaga 4

Tabell över resultaten 14 IPS-verksamheter

Tabell Skattning av de 14 försöksverksamheterna, baserat på analysmodellen (s.15-16)

Försöks-verksamhet	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
Org.nivå														
Behov	3	1	3	3	3	1	2	2	1	2	3	1	2	2
Vana	1	1	3	2	2	1	2	3	1	1	2	2	1	2
Legitim	2	1	3	3	3	1	3	2	1	2	2	1	2	2
Passform	2	2	3	3	3	1	2	3	1	1	2	1	2	2
Klimat	1	1	3	3	2	1	3	3	1	1	3	1	1	2
Sam.kultur	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Förankring	2	2	3	3	3	2	3	2	1	2	2	1	1	3
Champion	2	2	3	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2
Ext champ	1	2	3	3	2	1	3	1	1	2	3	1	1	2
Strategi	2	1	3	3	3	1	3	1	1	1	2	1	2	1
Styrgrupp	1	2	3	3	3	2	3	2	1	1	3	2	2	2
Sam.part	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Delsumma	*20*	*18*	*36*	*33*	*31*	*16*	*30*	*24*	*14*	*18*	*28*	*16*	*19*	*25*
Utf.nivå														
Rekrytering	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	1	2
Kontinuitet	1	1	3	2	3	1	3	3	1	3	3	2	3	1
Ledare	1	2	3	3	3	2	3	3	1	3	3	2	1	2
Samar.part	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2
Infoarbete	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2
Återföring	3	2	3	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2
Utbildning	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2
Delsumma	*17*	*16*	*21*	*20*	*20*	*13*	*20*	*17*	*12*	*19*	*19*	*15*	*13*	*13*
Fort. stöd														
Fortbildning	1	1	2	3	2	1	2	2	1	2	3	2	1	2
Handledning	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	1	3
Progr.skatt	2	2	3	3	3	1	3	3	2	3	3	2	1	2
Reflektion	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	1	1	2
Tekn.stöd	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2
Delsumma	*11*	*11*	*14*	*15*	*13*	*9*	*14*	*12*	*10*	*13*	*15*	*11*	*6*	*11*
Målgrupp	1	1	3	1	2	1	3	2	1	1	2	1	2	1
Summa	*49*	*46*	*74*	*69*	*66*	*39*	*66*	*55*	*37*	*51*	*64*	*43*	*40*	*50*
Fidelity 1	92	83	97	86	102	80	101	88	77	81	93	82	-	89
Fidelity 2	100	80	104	92	108		110	96	-	67	100	89	-	-
Etablerad	Del-vis	**Del-vis**	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Del-vis	Nej	Nej