

Brukarutvärdering projekt Columbus

*Beskrivning av 97 deltagare vid inskrivning
och resultat hos 34 deltagare vid utskrivning*

Rapport fas 2: 2006-12-14 t.o.m. 2008-03-06

*Sammanställd av
Magnus L Elfström, fil dr, leg psykolog*

Innehållsförteckning

Sammanfattande kommentarer.....	s 3
Inledning.....	s 4
I utvärderingen använda metoder.....	s 4
Beskrivning av 97 deltagare vid inskrivning.....	s 9
Resultat hos 34 deltagare vid utskrivning.....	s 20
Referenser.....	s 30

Sammanfattande kommentarer

Denna halvtidsrapport beskriver 97 deltagare vid inskrivning i Columbus och 34 deltagare vid utskrivning ur Columbus, vilka alla besvarat utvärderingsfrågor till och med början av mars 2008. Av de 34 avslutade hade 24 genomgått en eller flera av Columbus insatser, medan 10 stycken hade visat sig ha ett mer omfattande behandlingsbehov än vad Columbus var tänkt att möta och därför remitterats vidare till adekvat instans utan att genomgå Columbus insatser. Sammanfattningsvis utgjorde deltagarna vid inskrivningen i Columbus en i flera avseende mycket belastad grupp. De 24 deltagare som genomgått Columbus var däremot tydligt till väldigt tydligt förbättrade i relation till projektmålen. Några sammanfattande kommentarer om vart och ett av projektmålen:

Uppnå eller öka förmåga till förvärvsarbete: De deltagare som genomgått projektet hade en klart ökad upplevelse av aktivitetsförmåga, kraftigt förbättrat sin tro på den egna förmågan och sin upplevda energitillgång samt klart ökat sin känsla av meningsfullhet. Deltagarnas psykiska och kunskapsmässiga begränsningar av arbetsförmågan hade minskat kraftigt. Däremot hade deltagarnas upplevda fysiska förmåga inte ökat och inte heller hade upplevda fysiska begränsningar av arbetsförmågan minskat. Detta kan dock ses som naturligt eftersom fysiska besvär inte betonas i projektarbetet utan målgruppen för Columbus är unga vuxna som i första hand har psykisk ohälsa.

Förbättrad livskvalitet: Deltagarna hade vid inskrivning i Columbus låga till extremt låga nivåer inom samtliga de tio livskvalitetsområden som mätts, inklusive mycket lågt psykiskt välbefinnande. En förkrossande majoritet av deltagarna uppvisade tecken på psykiska besvär som motiverar regelrätt psykoterapi. De deltagare som genomgått projektet hade kraftigt förbättrat sin allmänna livstillfredsställelse, sin tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättnings-situationen, ekonomin och fritiden. Dessa deltagare hade överlag närmast sig svenska befolkningen i stort. Men fortfarande var den allmänna livstillfredsställelsen och tillfredsställelsen med den egna ekonomin sämre än för befolkningen i övrigt. Det vore knappast realistiskt att förvänta sig ökad livskvalitet inom alla de livskvalitetsområden som mätts. Det kan noteras att de statistiskt signifikanta förbättringarna finns inom områden som kan antas hänga nära samman med förankringen på arbetsmarknaden. De deltagare som genomgått projektet hade ett kraftigt förbättrat psykiskt välbefinnande efter Columbus, och behovet av regelrätt psykoterapi hade minskat drastiskt.

Den psykiska ohälsans bakomliggande orsaker ligger utanför denna utvärdering. Man kan dock notera att många deltagare vid inskrivningen uppgav sig vara utan arbete, i behov av ekonomiskt bidrag från kommunen, under minst ett års tid ha behövt stödinsatser från olika aktörer, ha låg utbildning och vara ensamstående. Detta är faktorer som i forskningen visat sig ha samband med försämrad psykisk hälsa, men vad som är hönan och ägget är en oavslutad diskussion. Det står dock klart att den i utvärderingen medverkande gruppen av Columbus-deltagare kommer från projektets målgrupp.

Stärkt social kompetens: Efter Columbus bedömde deltagarna som genomgått projektet att deras förmåga till socialt samspel och kommunikation förbättrats. Denna förändring var inte lika stor som förändringen i livskvalitet men ändå statistiskt säkerställd.

Rundgång mellan myndigheter: Det var en relativt hög andel (36%) deltagare som vid inskrivningen uppgav att de upplevt det som ett problem att ha blivit runtskickade. Bland dem som genomgått projektet ansåg en tydlig majoritet (79%) att Columbus minskat problemet.

Inledning

Föreliggande utvärdering av projektdeltagarnas erfarenheter av projekt Columbus har tillkommit efter ingående förberedelser tillsammans med Columbus-teamet. Trots förberedelsernas omfattning är denna rapport ändå att betrakta som preliminär. Detta eftersom ännu bara en mindre del av de tänkta projektdeltagarna hunnit bli klara med sin medverkan i Columbus. I nästa års slutrapport kommer den slutliga brukarutvärderingen att presenteras.

Den nu föreliggande andra delrapporten ger en bild av deltagarnas utgångsläge när de skrivs in i Columbus men koncentreras på att beskriva de avslutade deltagarnas effekter av sitt projektdeltagande. Utvärderingen baseras på enkäter. Personer med missbruksproblematik eller omfattande psykisk ohälsa besvarar ofta inte sådana enkäter (och ingår inte heller i den grupp Columbus ska arbeta vidare med). Därför är det verkliga antalet personer som skrivits in och avslutats större än vad som redovisas i denna utvärdering. Det totala antalet deltagare redovisas av teamet i en separat redovisning.

Rent praktiskt har data samlats in genom att projektdeltagarna vid första kontakterna med Columbus har fyllt i både blanketter med bakgrundsuppgifter (s.k. SUS-blanketter) samt en enkät (Enkät 1) med standardiserade psykometriska instrument, en del enskilda frågor ur sådana instrument och för utvärderingen särskilt konstruerade frågor. I samband med projektdeltagandets upphörande fyller deltagarna i en enkät (Enkät 2) som till innehållet i stort överensstämmer med Enkät 1. Enkäterna är försedda endast med ett löpnummer; deltagarnas namn och persondata är alltså ej tillgängliga för utvärderaren.

I utvärderingen använda metoder

För att få en uppfattning om deltagarnas bakgrund och socioekonomiska förhållanden används uppgifter från de s.k. SUS-blanketterna inkluderande om deltagarna är födda i Sverige eller utomlands, ev. inflyttningsår till Sverige, deltagarnas utbildning, hushållstyp, ohälsa och missbruksproblem, andra arbetshinder, huvudsaklig sysselsättning före Columbus, tidigare stöd från AF/A-kassa/FK/Sjukvård/Socialkontor samt försörjning före Columbus. SUS-blanketterna har använts eftersom Columbus varit ålagda att använda dem och det vore onödigt att belasta deltagarna med snarlika frågor i Enkät 1 och Enkät 2. Bakgrundsdata i form av ålder och kön efterfrågas i början av Enkät 1.

De av Samordningsförbundet Göteborg Centrum fastlagda målen för verksamheten i Columbus har varit helt avgörande för de mått som denna utvärdering använder sig av. I tabell 1 på nästa sida ges en schematisk beskrivning av utvärderingsmått relaterade till de för denna utvärdering relevanta projektmålen. Därefter ges en kort beskrivning av de olika måtten.

Tabell 1. Projekt mål och mått

Mål	Mått	Sida i <i>Enkät 1 och 2</i>
uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet: valda delar ur DOA • Tro på den egna förmågan: GSES • Energitillgång: valda frågor ur HAD- och Zung-skalorna • Meningsfullhet: valda frågor ur HAD- och KASAM-skalorna • Fysiska, psykiska eller kunskapsmässiga hinder: Enkät-specifika frågor 	5-6 4 7 (nr 1-2) 7 (nr 3-4) 8 (nr 5-7)
förbättrad livskvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden: LiSat-9 (LSQ) • Psykisk hälsa inriktat mot psykiskt välbefinnande: GP-CORE 	2 3
stärkt social kompetens	<ul style="list-style-type: none"> • Förmåga till samspel och kommunikation (förmåga till aktivitet) ur DOA 	6 (nr 15-20)
undvika rundgång mellan olika myndigheter	<ul style="list-style-type: none"> • Enkät-specifika frågor 	1

Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete

Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet: Dialog om aktivitetsförmåga riktad mot arbete (DOA) är ett relativt nyutvecklat svenskt instrument som syftar till att skatta förmågan att utföra aktiviteter av arbetsliknande karaktär (Norrby & Linddahl, 2001). En fördel med DOA i förhållande till andra arbetsförmågespeglade instrument är att respondenterna inte måste ha eller ha haft ett arbete för att kunna besvara frågorna som ställs. DOA har utvecklats inom psykiatrisk arbetsrehabilitering av Eva Norrby och Iréne Linddahl, båda arbetsterapeuter i Jönköping. De inledande reliabilitets- och validitetsundersökningarna har utfallit till belåtenhet (Linddahl, Norrby, & Bellner, 2003; Norrby & Linddahl, 2006). På grund av att Columbus målgrupp på goda grunder kan antas skilja sig från psykiatrisk arbetsrehabilitering samt under beaktande av instrumentets psykometriska egenskaper har ett urval av frågor gjorts i denna utvärdering. I sin originalutformning består DOA av 34 frågor indelade i fem huvudkategorier:

Självkännedom, intressen och värderingar (9 frågor – för Columbus används 4)
– Som speglar individens vilja till aktivitet.

Roller och vanor (8 frågor – för Columbus används 4)
– Som speglar individens vana vid aktivitet.

Fysisk förmåga (4 frågor – för Columbus används 1)
– Som speglar individens förmåga att aktivera sig.

Organisations- och problemlösningsförmåga (6 frågor – i Columbus används 5)
– Som speglar individens förmåga att aktivera sig.

Förmåga till samspel och kommunikation (7 frågor – för Columbus används 6) – Som speglar individens förmåga att aktivera sig. Denna kategori används för att spegla Columbus projekt mål att stärka deltagarnas sociala kompetens.

Svarsskalan har sex steg numrerade från 0 till 5, där 0 representerar en låg grad av aktivitetsförmåga och 5 en hög grad. Utvärderingen av instrumentet är i första hand tänkt att ske genom en dialog mellan den berörda individen och ansvarig arbetsterapeut. Detta är dock en mycket resurskrävande arbetsmetod, som inte heller sammanfaller med Columbus-teamets personalsammansättning. Normvärden saknas. För utvärdering på gruppnivå rekommenderar instrumentutvecklarna jämförelser av medianvärden för respektive frågor vid första och andra skattningstillfället (i Columbus fall före resp. efter projektdeltagande). Analyser under instrumentutvecklingen (Linddahl et al., 2003) tyder dock på att det även går att summera respektive huvudkategori samt en totalpoäng, vilka kan jämföras före och efter en given insats. Analyser på data i denna utvärdering bekräftar att det är rimligt att summera de olika frågorna i respektive huvudkategori (Cronbachs alfa > 0.80 för samtliga kategorier vid både för- och eftermätning, undantaget roller och vanor vid förmätningen där alfa = 0.58). Analyser i denna utvärdering gav också ett klart stöd för att använda en totalpoäng (Cronbachs alfa > 0.90 vid både för- och eftermätning).

Tro på den egna förmågan: General Self-Efficacy Scale (GSES) speglar respondentens tro på att kunna hantera stora och små påfrestningar i livet (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Skalan innehåller tio påståenden som respondenten tar ställning till på en fyrgradig skala. Poängen (1-4 per fråga) kan summeras till en totalpoäng, eller så kan ett medelvärde beräknas. I båda fallen indikerar höga poäng en optimistisk tro på den egna hanteringsförmågan. Skalan finns översatt till en rad språk, däribland svenska, och har använts i 29 länder. De psykometriska egenskaperna har visat sig tillfredsställande (Luszczynska, Gutiérrez-Dona, & Schwarzer, 2005; Scholz, Gutiérrez-Dona, Sud, & Schwarzer, 2002). Det finns detaljerade normvärden i form av s.k. T-poäng för en blandad vuxengrupp om 1660 tyskar, 3494 tyska "high school" studenter samt 1594 vuxna amerikaner.

Energitillgång: Två frågor från etablerade depressionsinstrument (1 fråga från Hospital Anxiety and Depression, HAD, scale och 1 fråga från Zungs depressionsskala). På grund av att frågorna plockats ut ur sina respektive instrument finns inga normvärden att tillgå, men man kan ändå göra en grov uppskattning av svarsfördelningen i förhållande till en blandad grupp ur befolkningen (en s.k. normalgrupp). Båda frågorna kodas 1-4, låg energitillgång indikeras i HAD-frågan av låg poäng men av hög poäng i Zung-frågan.

Meningsfullhet: Här används 1 fråga från Hospital Anxiety and Depression scale (kodad 1-4) och 1 fråga från KASAM-skalan (KASAM = känsla av sammanhang; kodad 1-7). Liksom för frågorna om energitillgång finns inte heller här normvärden. Liten meningsfullhet indikeras av hög poäng i HAD-frågan men låg poäng i KASAM-frågan.

Fysiska, psykiska eller kunskapsmässiga hinder: Tre frågor har framtagits på basen av erfarenheter från liknande utvärderingar och i diskussion med Columbus-teamet. Svarsskalan har sju steg markerade med 1-7 och ändpunkterna markeras även med "I låg grad" resp. "I hög grad". På grund av frågornas natur får man i sin tolkning enbart bedöma den aktuella

svarsfördelningen, jämförelsematerial finns ej. Man bör dock notera att mittenalternativet ”4” inte innebär frånvaro av hinder utan snarare en medelnivå av dylika svårigheter.

Förbättrad livskvalitet

När det gäller livskvalitet krävs först en kort bakgrundsbeskrivning. Det råder idag samstämmighet mellan livskvalitetsforskare om att begreppet livskvalitet är ett paraply under vilket en rad olika områden (domäner) ryms. Den grövsta indelningen av dessa områden är fysiska aspekter, psykiska aspekter, sociala aspekter och generell livskvalitet. De fysiska, psykiska och sociala områdena kan i sin tur indelas i en rad olika domäner. På grund av denna livskvalitetsbegreppets mångskiftande natur blir det därför i praktiken oftast nödvändigt med avgränsningar. Inom Columbusprojektet finns en naturlig avgränsning i beskrivningen av målgruppen; nämligen ungdomar med psykisk ohälsa. Insatserna är i första hand av psykologisk och social natur. Härav följer att det blir viktigast att mäta olika psykiska domäner, samt i viss mån sociala domäner och möjligen även den generella livskvaliteten.

Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden: Life Satisfaction Checklist i versionen med 9 frågor (LiSat-9) används för att mäta generell livskvalitet, denna version har tidigare också kallats Life Satisfaction Questionnaire (LSQ). De 9 frågorna tar upp allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden, inkluderande yrkes-/sysselsättningssituation, ekonomi, fritidssituation, socialt umgänge, sexliv, grundläggande förmåga att sköta sig själv, familjeliv och parrelationer. Varje fråga har en svarsskala från 1 (mycket otillfredsställande) till 6 (mycket tillfredsställande). Det finns tillgängliga jämförelsevärden från en svensk normalpopulation i åldersspannet 18-64 år (Fugl-Meyer, Melin, & Fugl-Meyer, 2002). Jämförelsevärdena är redovisade fråga för fråga som den procentuella andelen svar inom respektive svarsalternativ.

Psykisk hälsa inriktat mot psykiskt välbefinnande: General Population Clinical Outcomes in Routine Evaluation (GP-CORE) mäter psykiska aspekter på livskvalitet i form av psykisk hälsa (Sinclair, Barkham, Evans, Connell, & Audin, 2005). Det är en kortversion av en längre skala utvecklad i England av en grupp psykoterapeutiskt inriktade forskare och kliniker med Chris Evans i spetsen. Syftet med GP-CORE är att mäta psykisk hälsa med särskild inriktning på psykiskt välbefinnande på ett sätt som är användbart och meningsfullt i icke-kliniska grupper. Det finns en fyllig hemsida med information om instrumentet (www.coreims.co.uk) och översättningar till en rad språk är på väg. En grupp med anknytning till Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet tog kontakt med Evans och han har samarbetat med den för att få fram en svensk version. Underlag för svenska normer är under insamling, bl.a. i primärvården i Göteborg. Hittills gjorda reliabilitetsberäkningar ligger nära de värden som redovisats för det engelska originalformuläret. Instrumentet består av 14 frågor.

Välbefinnande (totalt 2 frågor)

Problem/symptom (totalt 4 frågor)

ångestproblem (1 fråga)

depressionsproblem (1 fråga)

fysiska (somatiska) problem (2 frågor)

Fungerande (totalt 8 frågor)
i nära relationer (2 frågor)
allmänt (4 frågor)
socialt (2 frågor)

Utvärderingen av instrumentet görs i första hand genom att svaren kodas från 0 till 4 för att därefter sammanställas som medelvärde för samtliga frågor. Låga värden tyder på ett gott psykiskt välbefinnande och höga värden indikerar psykisk ohälsa. Svenska normvärden finns alltså ännu inte, men man kan ha stor hjälp av uppgifter från två stora engelska studentmaterial, dels en ”normalgrupp” med 768 personer, dels en klinisk grupp (studenter före psykoterapeutisk behandling inom studenthälsovård) med 610 personer. Evans och medarbetare har även publicerat gränsvärden (”cut-off”) för övergången mellan de två grupperna. Det finns också vissa nivåskillnader mellan män och kvinnor, varför gränsvärdet för kvinnor är 1.63 och för män 1.49.

Stärkt social kompetens

Av resonemanget ovan om livskvalitet kan man kanske förstå att begreppet social kompetens till viss del överlappar de sociala aspekterna av livskvalitet. Av hänsyn till projektmålen har dock social kompetens här redovisats separat. För att spegla den sociala kompetensen används kategorin *Förmåga till samspel och kommunikation* ur DOA (se ovan).

Undvika rundgång mellan olika myndigheter

För att spegla i vad mån Columbus bidragit till att undvika rundgång mellan olika myndigheter används två enkätspecifika frågor i Enkät 1 och tre frågor i Enkät 2. För att få en fullständigare, mera opartisk, avläsning av detta projektmål bör man lämpligen komplettera denna utvärderings självrapporterade data med någon form av registerjämförelse. En sådan ligger dock utanför ramen för denna utvärdering.

Avslutande öppen fråga

Deltagarna ges också utrymme för egna fria kommentarer sist i Enkät 1 och Enkät 2.

Metodövervägande: Hur väl mäter måtten projektmålen?

För utvärderingen har använts olika typer av mått: uppgiftsblanketter (SUS), enkätfrågor specifikt utformade för utvärderingen, valda delfrågor ur standardinstrument och slutligen standardiserade mätinstrument för arbetsförmåga, livskvalitet och psykisk hälsa. De olika måtten kan sägas ligga på ett kontinuum från acceptabel säkerhet till mycket god säkerhet när det gäller hur pass väl de kan sägas spegla det de avser mäta.

Beskrivning av 97 deltagare vid inskrivning

Data från mätningar som gjorts vid inskrivningen i Columbus föreligger för 97 deltagare. De har inlett sin kontakt med Columbus från och med 2006-12-14 till och med 2008-02-19. Av dessa 97 har 93 fyllt i Enkät 1, och 75 har besvarat de s.k. SUS-blanketterna. Den relativt låga andelen besvarade SUS-blanketter är ett problem, men med tanke på SUS-blanketternas utformning är bortfallet inte förvånande.

Bakgrund och socioekonomiska förhållanden

Könsfördelning: Av de 93 deltagare som besvarat Enkät 1 (där köns- och åldersfrågorna finns) var 52 kvinnor (55.9%) och 41 män (44.1%). *Kommentar:* I liknande vårdssammanhang brukar könsfördelningen vara sned, med stor andel kvinnor. Andelen män i gruppen är således anmärkningsvärt högre än brukligt i sammanhang där man söker hjälp/vård för psykiska eller psykosomatiska besvär.

Åldersfördelning: De yngsta deltagarna var 18 år, de äldsta 29. Medelåldern låg på cirka 23.2 år (standardavvikelse 3.0 år). *Kommentar:* Deltagarna befinner sig alltså inom det för Columbus stipulerade åldersspannet.

Hushållstyp: Fördelningen på olika hushållstyper framgår av tabellen nedan. *Kommentar:* Man noterar att den absoluta majoriteten av deltagarna var ensamstående utan barn. En svaghet i SUS-frågans utformning är att svarsalternativen inte innehåller möjligheter att markera boende som stöds eller drivs av kommunen samt att de som bor hemma hos sina föräldrar inte heller kan markera detta. Inte minst det senare boendevalternativet kan vara förenat med upplevelser av stress och påfrestning hos unga vuxna.

Hushållstyp	Antal	Procent
Ensamstående utan barn	59	78,7
Ensamstående med barn (0-19 år)	1	1,3
Sammanboende utan barn	11	14,7
Sammanboende med barn (0-19 år)	1	1,3
Givit mer än ett svar på frågan	1	1,3
Totalt antal svarande	73	97,3
Ej svarat på denna fråga	2	2,7
Totalt SUS-frågorna	75	100,0

Etniskt ursprung: Av de 75 personer som besvarat SUS-blanketterna har 61 (81,3%) angivit Sverige som sitt födelseland, 5 (6.7%) har angivit att de är födda i ett annat land. Nio personer (12.0%) har lämnat frågan obesvarad. Av de 5 personer som angivit utländsk härkomst angav 4 inflyttningsår på 1980-talet och 1 person 1999. *Kommentar:* Den höga andelen ofullständiga svar är ett problem, men med tanke på SUS-blanketternas utformning är bortfallet inte förvånande.

Utbildning: Fördelningen över olika typer av utbildning framgår av tabellen nedan:

Utbildning	Antal	Procent
Grundskola -9 år	20	26,7
Gymnasium 0-2 år	10	13,3
Gymnasium 3- år	30	40,0
Eftergymnasial utbildning < 3 år	11	14,7
Eftergymnasial utbildning > 3 år	4	5,3
Totalt SUS-frågorna	75	100,0

Kommentar: En förhållandevis hög andel hade endast grundskola, medan andelen med högre utbildning (efter gymnasiet) var liten (i relation till unga vuxna i befolkningen i stort). Med tanke på kraven på dagens arbetsmarknad har alltså många deltagare ett rejält hinder, i form av låg utbildning, att ta sig över för att närma sig arbetsmarknaden. En svaghet i SUS-frågans utformning är att det inte finns något tydligt svarsalternativ för dem som ej avslutat grundskolan.

Ohälsa och missbruksproblem: Som framgår av tabellen nedan var det psykiska besvär som helt dominerade bland orsakerna till att deltagarna kommit till Columbus. Läger man härtill psykiska besvär i kombination med andra problem blir andelen 78.7%. *Kommentar:* Deltagarnas egna uppfattningar om varför de kommit till Columbus överensstämmer alltså med projektets inriktning.

Ohälsa och missbruksproblem	Antal	Procent
Ingen bidragande orsak till insatsen	7	9,3
Psykiska besvär	48	64,0
Missbruksproblem	1	1,3
Fysiska och psykiska besvär	8	10,7
Psykiska besvär och missbruksproblem	3	4,0
Givit mer än ett svar på frågan	7	9,3
Totalt antal svarande	74	98,7
Ej svarat på denna fråga	1	1,3
Totalt SÚS-frågorna	75	100,0

Annat arbetshinder: När det gäller kompletterande arbetshinder, förutom de huvudhinder som angivits ovan, så var bristande utbildning/yrkeserfarenhet framträdande (se tabellen nedan).

Annat arbetshinder	Antal	Procent
Ingen bidragande orsak till insatsen	21	28,0
Bristande utbildning/yrkeserfarenhet	33	44,0
Kulturella faktorer/sociala faktorer	2	2,7
Bristande utb./yrkeserf. och kulturella/sociala faktorer	1	1,3
Annat	7	9,3
Totalt antal svarande	64	85,3
Ej svarat på denna fråga	11	14,7
Totalt SUS-frågorna	75	100,0

Kommentar: Även på denna SUS-fråga noterar man en relativt stor andel ofullständiga svar. Med tanke på det tämligen byråkratiskt-professionella språkbruket i svarsalternativen är detta inte alldeles förvånande. Endast tre personer har angivit att de har ytterligare kompletterande arbetshinder förutom de ovan redovisade.

Huvudsaklig sysselsättning före Columbus: Deltagarnas olika huvudsysselsättningar före Columbus framgår av tabellen nedan. Den största gruppen var utan arbete och utan daglig sysselsättning. Endast en liten andel studerade eller förvärvsarbetade (18,7%). *Kommentar:* Även i detta avseende förefaller deltagarna falla inom målgruppen för Columbus.

Huvudsaklig sysselsättning	Antal	Procent
Förvärvsarbetande	2	2,7
Arbetssökande i åtgärd	7	9,3
Arbetssökande utan daglig sysselsättning	30	40,0
Sjuk men i rehabilitering	3	4,0
Sjuk utan daglig sysselsättning	12	16,0
Hemarbetande (t.ex. barnledig)	1	1,3
Studerande	12	16,0
Annat	4	5,3
Givit mer än ett svar på frågan	4	5,3
Totalt SUS-frågorna	75	100,0

Tidigare stöd från AF/A-kassa/FK/Sjukvård/Socialkontor: Längden på de perioder deltagarna varit i behov av stöd från olika aktörer varierar (se tabellen nedan). Den största gruppen, knappt hälften, hade haft behov kortare än ett år. Men man noterar att så många som 48.1% av deltagarna hade haft behov av stödinsatser ett år eller längre (lägg samman %-siffrorna 1 år t.o.m. mer än 5 år!). *Kommentar:* Med tanke på att det är en ung grupp deltagare är det desto allvarsammare att majoriteten haft behov av stödinsatser ett år eller längre. De som haft behov i 3 år och längre har följaktligen behövt stöd en stor del av sitt hittillsvarande vuxna liv.

Tidigare stöd	Antal	Procent	Kumulativ procent
Inget behov tidigare	4	5,3	5,3
Mindre än 1 år	35	46,7	52,0
1 år	9	12,0	64,0
2 år	9	12,0	76,0
3 år	3	4,0	80,0
4 år	5	6,7	86,7
5 år	2	2,7	89,3
Mer än 5 år	8	10,7	100,0
Totalt SUS-frågorna	75	100,0	

Försörjning före Columbus: Den helt dominerande försörjningsformen före Columbus har varit ekonomiskt bistånd från kommunen (tabell nedan). *Kommentar:* Man noterar den lilla andelen med ersättningar som kräver en nuvarande eller tidigare anknnytning till arbetsmarknaden. En svaghet i SUS-frågans utformning är att det inte finns något svarsalternativ för studiemedel, sannolikt döljer svaret "Annat" en del sådan försörjning. Inte heller ekonomiskt stöd från föräldrar finns bland SUS-svarsalternativen.

Försörjning senaste månaden	Antal	Procent
Förvävarsarbete utan lönesubvention	1	1,3
A-kassa	3	4,0
Utbildningsstöd	4	5,3
Sjukpenning	9	12,0
Sjukersättning/aktivitetsersättning	2	2,7
Ekonomiskt bistånd från kommunen	39	52,0
Annat	16	21,3
Totalt antal svarande	74	98,7
Ej svarat på denna fråga	1	1,3
Totalt SUS-frågorna	75	100,0

Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete

Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet: När det gäller DOA finns som tidigare nämnts inte några normvärden att jämföra projektdeltagarnas svar med. Redovisningen av DOA blir därför mest intressant när det finns mätningar efter projektdeltagarnas utskrivning ur Columbus att jämföra med, vilket redovisas i denna rapportens avslutande del (under rubriken ”Resultat hos 34 deltagare vid utskrivning”).

Medianvärdet för DOA-kategorin självkännetdom, intressen och värderingar (som speglar deltagarnas vilja till aktivitet) var 13.0 (variationsvidd 2.0 – 20.0) av 20.0 möjliga maxpoäng. Medianvärdet för DOA-kategorin roller och vanor (som speglar deltagarnas vana vid aktivitet) var 14.0 (variationsvidd 4.0 – 20.0) av 20.0 möjliga maxpoäng. Den enskilda DOA-frågan om individens fysiska förmåga att aktivera sig (som speglar deltagarnas upplevelse av förmåga att aktivera sig) hade median 3 (variationsvidd 0 – 5) av 5 möjliga maxpoäng. Medianvärdet för DOA-kategorin organisations- och problemlösningsförmåga (som speglar deltagarnas upplevelse av förmåga att aktivera sig) var 15.0 (variationsvidd 2.0 – 25.0) av 30.0 möjliga maxpoäng. Medianvärdet för DOA:s totalpoäng (som speglar deltagarnas bedömning av aktivitetsförmågan generellt sett) var 66.0 (variationsvidd 23.0 – 95.0) av 100.0 möjliga maxpoäng. *Kommentar:* Sammanfattningsvis kan man säga att deltagarnas skattningar varierar ganska mycket, det fanns alltså en stor individuell variation i deltagarnas bedömning av den egna aktivitetsförmågan. Det fanns också en tendens hos många deltagare att skatta sin aktivitetsförmåga i positiv riktning (medianvärdena!), möjligen ryms en viss överskattning här eftersom många deltagare på grund av ungdom och arbetslöshet inte haft arbetserfarenheter att relatera till.

Tro på den egna förmågan: I fråga om GSES så var medelvärdet av deltagarnas totalpoäng 23.3 (standardavvikelse 5.4; Median = 23.0; variationsvidd: 10-40) av 40 möjliga maxpoäng. Deltagarnas medelvärde ligger alldeles vid den nedre gränsen för normalvariationen, oavsett vilken jämförelsegrupp man väljer. *Kommentar:* Detta betyder att deltagarna som grupp betraktat är jämförbar med den lite mer luttrade delen av befolkningen i stort. Knappt 40% av Columbus-deltagarna hade en lägre tro på sin egen förmåga än jämförelsegrupperna.

Energitillgång: Då det gäller frågorna som valts för att spegla deltagarnas grad av energitillgång noterar man att drygt 60% av de svarande har valt svarsalternativ som tyder på höga nivåer passivitet och energilöshet (sammanlagt 61.8% ”Nästan jämt” eller ”Mycket ofta” resp. 61.9% ”Ofta” eller ”Alltid eller för det mesta” enligt tabellerna nedan). Kommentar : Jämfört med vad man kunde förvänta sig av en blandad grupp ur befolkningen är det en mycket hög andel som anger höga nivåer passivitet och energilöshet.

Jag känner mig som om jag gick på "lågt varv"

	Antal	Procent
Nästan jämt	24	24,7
Mycket ofta	36	37,1
Ibland	28	28,9
Inte alls	4	4,1
Totalt antal svarande	92	94,8
Ej svarat på denna fråga	5	5,2
Totalt denna utvärdering	97	100,0

Jag blir trött utan anledning

	Antal	Procent
Sällan eller Aldrig	8	8,2
Ibland	23	23,7
Ofta	38	39,2
Alltid eller för det mesta	22	22,7
Totalt antal svarande	91	93,8
Ej svarat på denna fråga	6	6,2
Totalt denna utvärdering	97	100,0

Meningsfullhet: När deltagarna svarade på de frågor som valts för att spegla i vad mån de upplevde mening i sin tillvaro så angav drygt hälften en låg grad av meningsfullhet (54.6% (ser nästan inte alls fram mot saker eller klart mindre än förr; 50.5% känner mycket ofta eller ganska ofta inte någon mening i sitt dagliga liv – svar 1 och 2; tabeller nedan). *Kommentar:* Även här är svaren i betydligt högre utsträckning negativa jämfört med vad som kan förväntas i en blandad grupp ur befolkningen.

Jag ser fram emot saker och ting med glädje

	Antal	Procent
Lika mycket som förut	14	14,4
Något mindre än jag brukade	24	24,7
Klart mindre än jag brukade	40	41,2
Nästan inte alls	13	13,4
Totalt antal svarande	91	93,8
Ej svarat på denna fråga	6	6,2
Totalt denna utvärdering	97	100,0

Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?

	Antal	Procent
1 mycket ofta	22	22,7
2	27	27,8
3	16	16,5
4	12	12,4
5	10	10,3
6	4	4,1
7 mycket sällan/aldrig	1	1,0
Totalt antal svarande	92	94,8
Ej svarat på denna fråga	5	5,2
Totalt denna utvärdering	97	100,0

Fysiska hinder: En betydande minoritet (36.1% – svarsalternativ 4+5+6+7 i tabellen nedan) av deltagarna anger att deras arbetsförmåga påtagligt begränsas av deras kroppsliga hälsotillstånd. *Kommentar:* Sannolikt finns en del s.k. psykosomatiska besvär bland de kroppsliga hälsotillstånd som här åsyftas av deltagarna. Med tanke på att Columbus inte har som mål att arbeta direkt med fysisk hälsa i sig är det bra att de fysiska hindren inte är mer uttalade.

Hur mycket anser du att din arbetsförmåga begränsas av ditt nuvarande kroppsliga hälsotillstånd?

	Antal	Procent
1 låg grad	25	25,8
2	21	21,6
3	12	12,4
4	17	17,5
5	8	8,2
6	5	5,2
7 hög grad	5	5,2
Totalt antal svarande	93	95,9
Ej svarat på denna fråga	4	4,1
Totalt denna utvärdering	97	100,0

Psykiska hinder: I enlighet med Columbus syfte var fyra femtedelar (79.4% – svarsalternativ 4+5+6+7 i tabellen nedan) av deltagarna av åsikten att deras psykiska hälsotillstånd påtagligt begränsar deras arbetsförmåga. *Kommentar:* Ett observandum är att så många som 32.0% använde det starkaste svarsalternativet för att ange att det psykiska hälsotillståndet begränsade arbetsförmågan. Läger man här till de 25.8% som använde det näst starkaste svarsalternativet så framtonar ett starkt budskap från deltagarna om att de upplevde att deras psykiska hälsa kraftigt beskar deras arbetsutbud.

Hur mycket anser du att din arbetsförmåga begränsas av ditt nuvarande psykiska hälsotillstånd?

	Antal	Procent
1 låg grad	1	1,0
2	5	5,2
3	10	10,3
4	13	13,4
5	8	8,2
6	25	25,8
7 hög grad	31	32,0
Totalt antal svarande	93	95,9
Ej svarat på denna fråga	4	4,1
Totalt denna utvärdering	97	100,0

Kunskapsmässiga hinder: Drygt två tredjedelar av deltagarna (68.1% – svarsalternativ 1+2+3+4 i tabellen nedan) uppgav att de hade brister i sina kunskaper om arbete eller studier. *Kommentar:* Den delvis förvånande stora andel som angav brist på kunskaper om hur de kan komma vidare blir möjligen mer förståelig om man betänker den tidigare redovisade låga utbildningsnivån och att många deltagare varit utanför arbetslivet relativt länge.

Tycker du att du har tillräckliga kunskaper om hur du kan gå vidare med arbete eller studier?

	Antal	Procent
1 låg grad	9	9,3
2	18	18,6
3	27	27,8
4	12	12,4
5	13	13,4
6	6	6,2
7 hög grad	8	8,2
Totalt antal svarande	93	95,9
Ej svarat på denna fråga	4	4,1
Totalt denna utvärdering	97	100,0

Förbättrad livskvalitet

Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden: Deltagarnas tillfredsställelse med livet i allmänhet, med sin yrkes-/sysselsättningssituation samt ekonomi var dramatiskt mycket sämre än andra svenskers grad av tillfredsställelse. Det statistiska jämförelsemåttet chi-två blir i tur och ordning 586.4, 763.7, 419.9 (df = 5; p > 0.001) vid jämförelserna med normvärdena från svenska befolkningen. *Kommentar:* För få något att jämföra med kan nämnas att det hade räckt med chi-två värden på 11.1 för att belägga en statistiskt säker skillnad mellan deltagarna och normvärdena från svenska befolkningen. Här rör vi oss alltså med siffror som är flera hundra gånger större.

Även i fråga om fritidssituation, socialt umgänge, sexliv, grundläggande förmåga att ta hand om sig själv, familjeliv och parrelationer var deltagarnas tillfredsställelse klart lägre än vad andra svenskar uppger (chi-två varierar mellan 188.3 och 92.7; df = 5; p > 0.001). *Kommentar:* Deltagarnas livskvalitet var alltså lägre än andra svenskers inom samtliga områden.

Nedan illustreras skillnaderna i allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättningssituationen. (Läshjälp ges i texten efter tabellerna!)

Livet i allmänhet är för mig

Svarsalternativ	Antal faktiska svar	Antal förväntade svar	Residual
1 mycket otillfredsställande	7	,9	6,1
2 otillfredsställande	28	1,8	26,2
3 ganska otillfredsställande	27	4,5	22,5
4 ganska tillfredsställande	23	20,7	2,3
5 tillfredsställande	4	41,4	-37,4
6 mycket tillfredsställande	2	21,6	-19,6
Totalt	91	91	0

Min yrkes-/sysselförhållningssituation är

Svarsalternativ	Antal faktiska svar	Antal förväntade svar	Residual
1 mycket otillfredsställande	58	4,5	53,5
2 otillfredsställande	22	5,3	16,7
3 ganska otillfredsställande	8	8,0	,0
4 ganska tillfredsställande	2	24,1	-22,1
5 tillfredsställande	0	31,2	-31,2
6 mycket tillfredsställande	0	16,9	-16,9
Totalt	90	90	0

I tabellerna jämförs deltagarnas antal svar inom respektive svarsalternativ (Antal faktiska svar) med hur många svar som "borde" ha hamnat inom respektive svarsalternativ (Antal förväntade svar) om deltagarna fördelat sina svar på samma sätt som svenskar i allmänhet gör. Skillnaderna mellan de faktiska svaren och de förväntade svaren kallas residualer och dessas storlek kan användas för att bedöma om differensen är statistiskt säker eller ej.

Psykisk hälsa inriktat mot psykiskt välbefinnande: Medelvärden i GP-CORE för deltagarna var 2.20 (standardavvikelse 0.48). För kvinnor var medelvärdet 2.23 (standardavvikelse 0.45) och män 2.18 (standardavvikelse 0.52). Vid en närmare granskning av deltagarnas värden kunde utläsas att enbart 5 kvinnor (5.1% av 97) och 4 män (4.1% av 97) rapporterade en psykisk hälsa som var lika bra som en normalgrupp. Resterande deltagare, 83 stycken eller 85.6%, indikerade psykiska besvär av en sådan art att regelrätt psykoterapi skulle vara motiverad (5 personer, 5.2%, har ej besvarat GP-CORE). Kommentar: Deltagarna hade en anmärkningsvärt låg livskvalitet vid inskrivningen, andelen som hade en så dålig psykisk hälsa att regelrätt psykoterapi var motiverad var extremt hög.

Stärkt social kompetens

I den del av DOA som speglar förmåga till samspel och kommunikation med andra människor gäller samma iakttagelser och överväganden som för övriga delar av DOA (redovisade ovan). Medianvärdet för DOA-kategorin förmåga till samspel och kommunikation (som speglar deltagarnas förmåga att aktivera sig socialt) var 21.0 (variationsvidd 3.0 – 30.0) av 30.0

möjliga maxpoäng. *Kommentar*: Man kan notera att många av deltagarna hade en klart positiv syn på sin egen sociala kompetens, medianvärdet visar ju att hälften av deltagarna skattade sig på skalans högre värden. Liksom i fallet med övriga DOA-frågor ovan kan man även här undra om det inte ryms en viss orealistisk överskattning från deltagarnas sida.

Undvika rundgång mellan olika myndigheter

Hela 34.0% av deltagarna rapporterade att de blivit skickade mellan olika icke-samarbetande myndigheter ganska eller väldigt mycket (se tabellen nedan). *Kommentar*: Det förefaller vara en betydande andel som upplevt sig runtskickade.

Före projekt Columbus, har du upplevt att du blivit skickad mellan olika myndigheter utan att de samarbetat?

	Antal	Procent
Inte alls	21	21,6
Lite	39	40,2
Ganska mycket	21	21,6
Väldigt mycket	12	12,4
Totalt antal svarande	93	95,9
Ej svarat på denna fråga	4	4,1
Totalt denna utvärdering	97	100,0

35 personer (36.0%) ansåg att det varit ett ganska stort eller mycket stort problem att ha blivit runtskickad mellan myndigheter:

Om du svarat Lite, Ganska eller Väldigt mycket: Tycker du att det varit ett problem att ha blivit runtskickad?

	Antal	Procent
Nej, inget	7	7,2
Ja, litet	28	28,9
Ja, ganska stort	24	24,7
Ja, mycket stort	11	11,3
Totalt antal svarande	70	72,2
Ej svarat på denna fråga	27	27,8
Totalt denna utvärdering	97	100,0

Kommentar: Det måste anses vara en hög andel som upplevt det som ett problem att ha blivit runtskickade.

Avslutande öppen fråga

Svaren på den öppna avslutande frågan redovisas här i sin helhet. Som brukligt vid öppna frågor var det endast en mindre andel deltagare, som avgav svar. Frågan löd *Är det något du vill tillägga?* och till hjälp för respondenterna gavs ytterligare två rubriker, *Positivt* resp. *Negativt*. Här nedan redovisas i princip alla svar in extenso, undantaget en del spridda kommentarer om specifika enkätfrågor.

Positivt:

- *Bra å se vart man ungefär vet vart man ligger psykiskt å fysiskt.*
- *...de kroppsliga symptomen (trötthet, h-värk) kommer av mitt psykiska hälsotillstånd.*
- *Jag har i grunden ambitioner att förändra min situation och utvecklas*
- *Är på uppgång sedan starten på Columbus (kort tid).*
- *Sista veckorna mycket ökat min tro på att framtiden kommer bli bättre.*
- *Jag vill och tänker bli bra!*

Negativt:

- *Har precis gjort slut med min pojkvän efter 4 år; därför är jag extra deppig...*
- *Jag har svårt att fokusera och hitta motivation*
- *Jag har svårt att våga pröva på studier i rädsla att misslyckas.*
- *Vet inte exakt vad jag vill arbeta/studera med.*

Resultat hos 34 deltagare vid utskrivning

I början av mars (2008-03-06) fanns uppgift om 34 utskrivna deltagare som besvarat Enkät 2. Av dessa var 24 avslutade efter att ha genomgått en eller flera av Columbus insatser, medan 10 stycken hade visat sig ha ett mer omfattande behandlingsbehov än vad Columbus var tänkt att möta. Av dessa 10 blev sex personer överförda till specialistpsykiatri, två slussats vidare till adekvat instans på grund av missbruk och ytterligare två på grund av övriga skäl. De jämförelser som i det följande görs mellan mätningar före och efter projektdeltagande omfattar i första hand de 24 deltagare som visade sig tillhöra den grupp projekt Columbus var tänkt att arbeta vidare med.

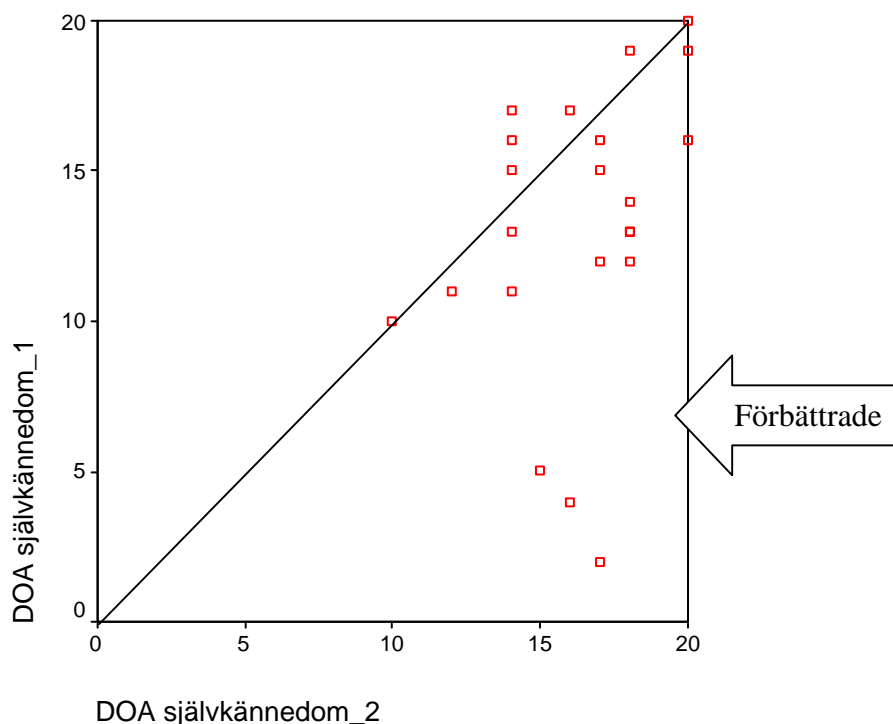
När det gäller de 10 deltagare som ej genomgått insatser i projekt Columbus är denna grupp för liten för att göra en meningsfull och säker beskrivning i statistiska termer. Det fanns indikationer på att denna grupp hade en sämre psykisk hälsa än de deltagare som genomgick projektet. De 24 som genomgått projektet skiljde sig inte från övriga deltagare vid inskrivning avseende projektmålen, d.v.s. deras aktivitetsförmåga, livskvalitet o.s.v. var varken bättre eller sämre än för övriga inskrivna i projektet. Ej heller i bakgrundsdata fanns någon skillnad.

Uppnä eller öka förmågan till förvärvsarbete

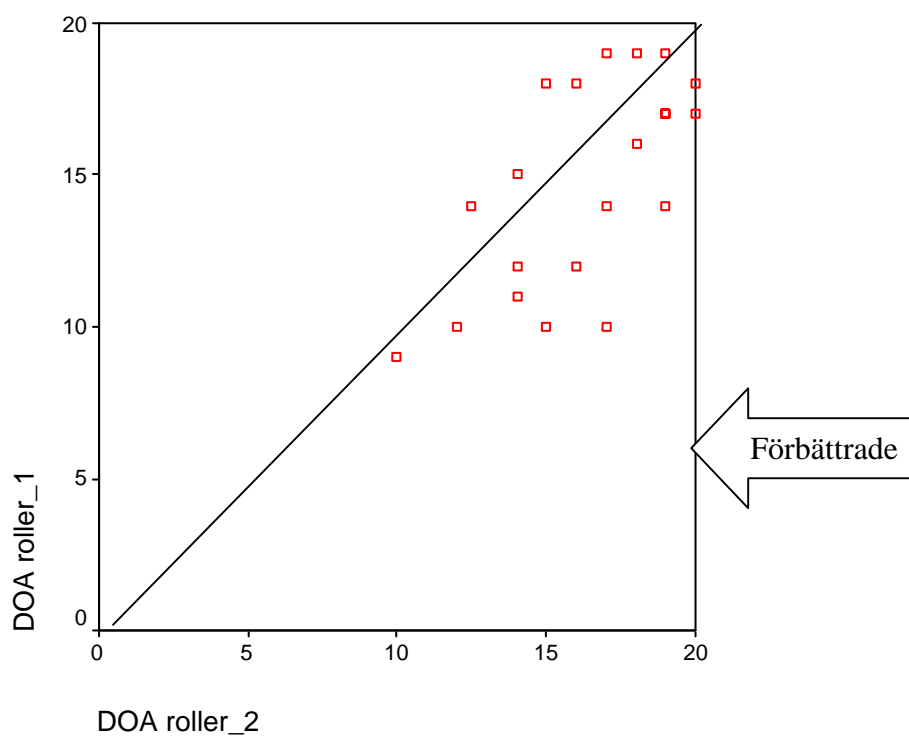
Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet: Efter Columbus bedömde deltagarna sin aktivitetsförmåga högre än vad de bedömt före Columbus i samtliga huvudkategorier i DOA. Även totalpoängen i DOA speglade en högre bedömning av aktivitetsförmågan efter Columbus. Dessa analyser illustreras nedan (läshjälp avseende

illustrationerna i nästa stycke!). Endast den enskilda frågan avseende fysisk förmåga nådde inte statistisk signifikans (Wilcoxons parameterfria test, $p = 0.494$). Kommentar: Huvudresultatet avseende deltagarnas aktivitetsförmåga är att denna förbättrats på ett statistiskt säkerlagt sätt. Med tanke på att Columbus inte har som mål att direkt arbeta med att förbättra den fysiska hälsan i sig är det naturligt att deltagarna svarade att deras fysiska aktivitetsförmåga inte förbättrats. Resultaten i DOA utgör också en indikation på att utvärderingsfrågorna, eller åtminstone DOA, klarat av att spegla förändringen hos deltagarna på ett giltigt sätt eftersom signifikanta skillnader kunde beläggas inom de områden som Columbus är inriktat mot medan det område Columbus inte arbetar direkt med (fysisk hälsa) inte uppvisade någon signifikant förändring. Skulle alla jämförelser ha utfallit signifikanta kunde man ha befarat att deltagarna oreflekterat och/eller onyanserat hade besvarat alla enkätfrågor i en positiv riktning.

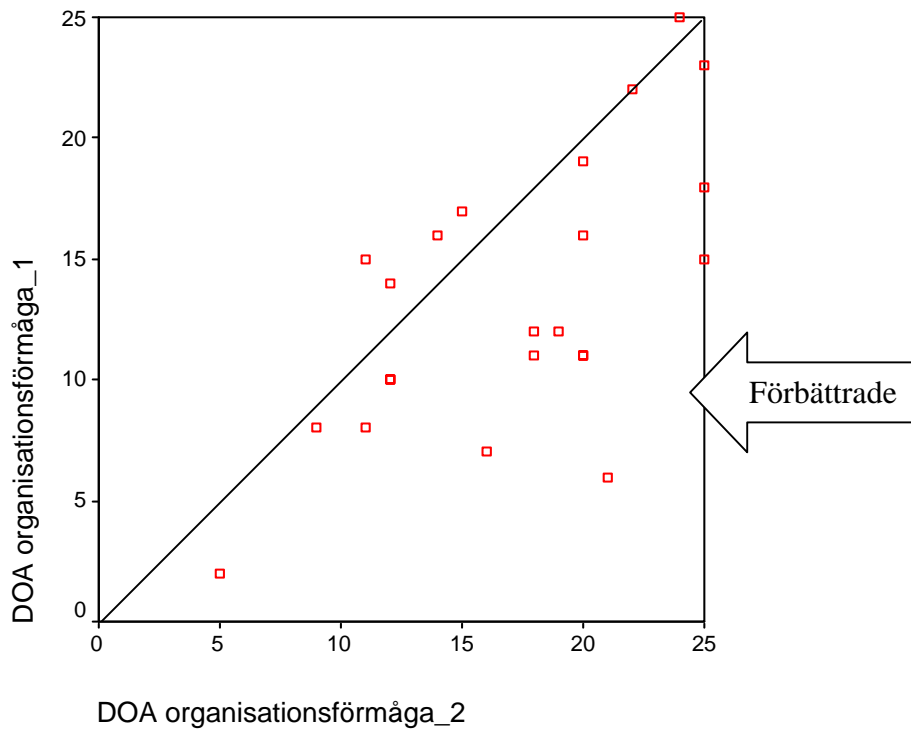
Förändringarna i aktivitetsförmåga före-efter illustreras alltså i graferna nedan. Individens skattning före Columbus anges på den lodräta axeln och skattningen efter Columbus på den vågräta axeln. Varje individ representeras av en liten fyrkant. De individer som placerar sig tydligt nedanför den sneda linjen har förbättrats, tydligt över linjen tyder på en försämring och i närheten av linjen indikerar ett väsentligen oförändrat läge. Nedanför respektive graf anges de beräkningar som gjorts, det är dels test om skillnaden före-efter är signifikant (Wilcoxons parameterfria test) och dels den s.k. effektstorleken (ES), vilken anger storleken på skillnaden. En skillnad kan nämligen vara signifikant samtidigt som den är så liten att den är betydelslös. Effektstorlekar bedöms enligt följande standardkriterier: $< 0,20$ trivial effekt; från $0,20$ till $0,50$ liten effekt; från $0,50$ till $0,80$ moderat effekt; $> 0,80$ stor effekt (Cohen, 1988).



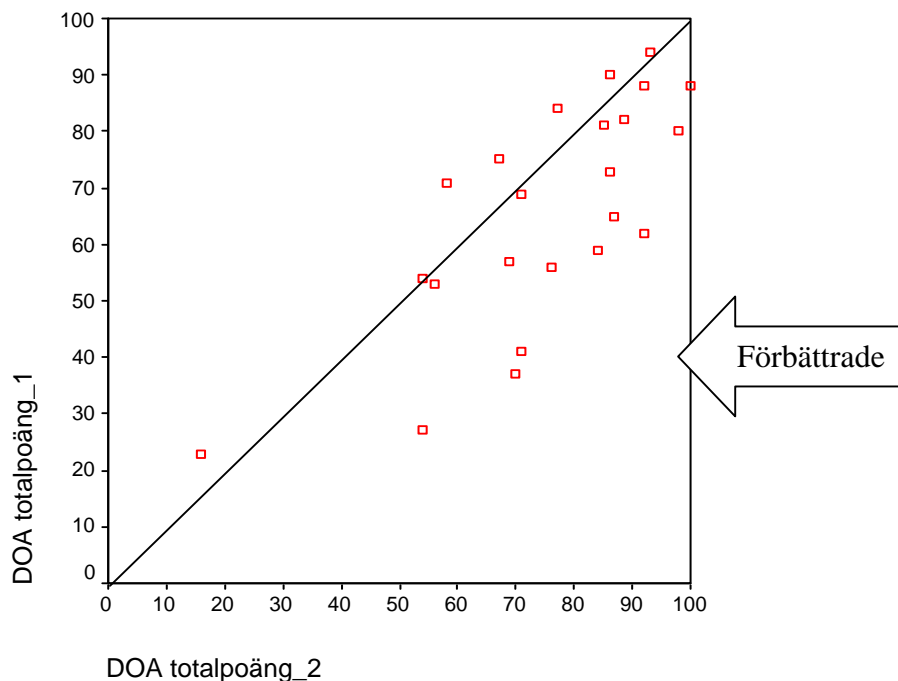
Medianvärden: Före 13.0 – efter 17.0 (Wilcoxons parameterfria test, $p = 0.005$) av 20 möjliga maxpoäng. Effektstorlek 0.71. Kommentar: Grafen visar att DOA-kategorin självkänedom, intressen och värderingar speglar deltagarnas ökade vilja till aktivitet. Uttryckt som effektstorlek var skillnaden moderat.



Medianvärden: Före 15.0 – efter 17.0 (Wilcoxons parameterfria test, $p = 0.009$) av 20 möjliga maxpoäng. Effektstorlek 0.46. Kommentar: Grafen visar att DOA-kategorin roller och vanor speglar deltagarnas ökade vana vid aktivitet. Uttryckt som effektstorlek var skillnaden liten, vilket knappast förvånar med tanke på att en arbetsroll rimligen tar lång tid att väsentligen förändra och Columbus kan endast påbörja denna förändring.



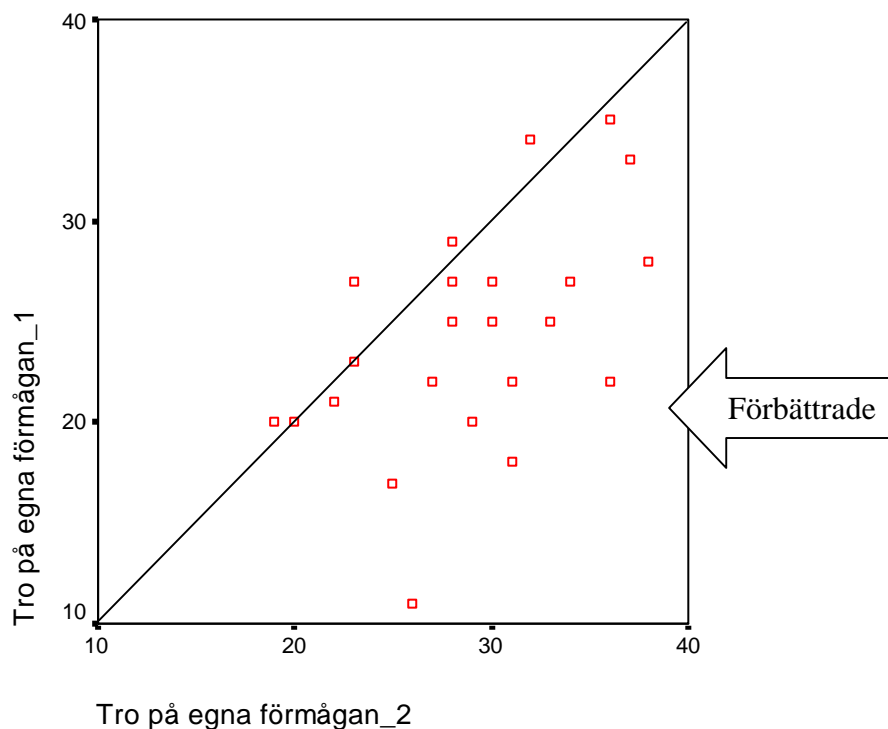
Medianvärden: Före 12.0 – efter 18.5 (Wilcoxon's parameterfria test, $p = 0.003$) av 25 möjliga maxpoäng. Effektstorlek 0.67. Kommentar: Grafen visar att DOA-kategorin organisations- och problemlösningsförmåga speglar deltagarnas upplevelse av ökad förmåga att aktivera sig. Uttryckt som effektstorlek var skillnaden moderat.



Medianvärden: Före 69.0 – efter 80.5 (Wilcoxon's parameterfria test, $p = 0.009$) av 100 möjliga maxpoäng. Effektstorlek 0.50. Kommentar: Grafen visar att DOA:s totalpoäng speglar deltagarnas ökade bedömning av aktivitetsförmågan generellt sett. Uttryckt som

effektstorlek var skillnaden moderat. Den som eventuellt hellre hade velat se en stor effektstorlek bör reflektera över två förhållanden. För det första, aktivitetsförmåga i arbete kräver rimligen ett arbete för att i grunden kunna bedömas och utvecklas – Columbus innebär att deltagarna kan börja närma sig arbetslivet men de är ingalunda fast förankrade bara genom projektet. För det andra, många deltagare hade en till synes överoptimistisk syn på sin aktivitetsförmåga vid inskrivningen, så utrymmet att markera förbättring i DOA-svaren blev därmed begränsat.

Tro på den egna förmågan: Efter Columbus bedömde deltagarna sin tro på den egna förmågan starkare än vad de bedömt före Columbus.



Medianvärden: Före 25.0 – efter 29.5 (Wilcoxon's parameterfria test, $p = 0.001$) av 40 möjliga maxpoäng. Effektstorlek 0.82. Kommentar: Grafen visar att GSES totalpoäng speglar deltagarnas ökade tro på den egna förmågan att hantera svårigheter och påfrestningar. Uttryckt som effektstorlek var skillnaden stor.

Även om deltagarna förbättrats på ett signifikant sätt och förändringen var stor så kan man fråga sig hur deras tro på sin egen förmåga efter Columbus står sig i jämförelse med en normalgrupp. En förändring från riktigt uruselt till ”bara” dålig tro på den egna förmågan kan ge en stor effektstorlek men fortfarande skulle gruppen kunna ha en lägre tro på den egna förmågan än befolkningen i allmänhet. Vid mätningen efter projektdeltagandet blev medelvärdet i GSES 29.0 (standardavvikelse 5.3). I förhållande till jämförelsegrupperna ligger detta värde mitt i normalvariationen. Kommentar: Förbättringen i tron på den egna förmågan avspeglas också genom att deltagarna inte på något sätt avviker från jämförelsematerialet. Det betyder att dessa deltagare har en tro på den egna förmågan som är jämförbar med befolkningen i stort.

Energitillgång: Deltagarnas upplevda energitillgång hade ökat både enligt HAD-frågan (Wilcoxons parameterfria test, Medianvärden: Före 2.0 – efter 3.0, $p = 0.001$) och enligt Zung-frågan (Wilcoxons parameterfria test, Medianvärden: Före 3.0 – efter 2.0, $p = 0.002$). Effektstorlekar 0.85 respektive 0.95. *Kommentar:* Uttryckt som effektstorlekar var alltså deltagarnas ökning av den upplevda energitillgången stor.

Meningsfullhet: Deltagarnas upplevelse av mening i sin tillvaro hade ökat både enligt HAD-frågan (Wilcoxons parameterfria test, Medianvärden: Före 3.0 – efter 1.0, $p = 0.032$) och enligt KASAM-frågan (Wilcoxons parameterfria test, Medianvärden: Före 2.0 – efter 5.0, $p = 0.000$). Effektstorlekar 0.53 respektive 1.7. *Kommentar:* Uttryckt som effektstorlekar var förändringen alltså stor till det bättre för KASAM-frågan om meningsfullhet i vardagslivet medan HAD-frågan om glädje visade en moderat förbättring.

Fysiska, psykiska eller kunskapsmässiga hinder: Deltagarnas upplevelse av begränsning i arbetsförmågan på grund av kroppsliga hälsobesvär var inte förändrad på något statistiskt säkert sätt (Wilcoxons parameterfria test, Medianvärden: Före 3.0 – efter 2.0, $p = 0.144$). *Kommentar:* Liksom i fallet med den fysiska aktivitetsförmågan i DOA är det naturligt att deltagarna svarade att deras fysiska arbetsförmåga inte förbättrats. Det är ju ett område Columbus inte arbetar direkt med. Skulle alla jämförelser ha utfallit signifikanta kunde man ha befarat att deltagarnaoreflekterat och/eller onyanserat hade besvarat alla enkätfrågor i en positiv riktning.

Däremot hade deltagarnas upplevelse av begränsning av arbetsförmågan på grund av psykiska hälsobesvär minskat (Wilcoxons parameterfria test, Medianvärden: Före 6.0 – efter 3.0, $p = 0.003$). Effektstorlek 0.90. *Kommentar:* Uttryckt som effektstorlek var deltagarnas minskning av de psykiska arbetshindren stor. Detta är viktigt eftersom det måste anses vara centralt för Columbus att motverka ett beskuret arbetsutbud till följd av psykiska besvär.

Upplevelsen av att ha tillräckliga kunskaper om hur man kan gå vidare med arbete eller studier hade ökat (Wilcoxons parameterfria test, Medianvärden: Före 3.0 – efter 5.0, $p = 0.002$). Effektstorlek 0.82. *Kommentar:* Uttryckt som effektstorlek var deltagarnas ökning av kunskaper om hur de skulle kunna gå vidare stor.

Några citat med anknytning till arbetsförmåga ur de öppna frågorna om det fanns något speciellt positivt i Columbus eller något som deltagarna haft särskilt stor nytta av:

- *Att få hjälp utifrån min egen förmåga.*
- *Främst praktikplats som jag fick ordnat för mig, vilket gick väldigt fort. Samt support och "pushing" både före, under och efter.*
- *Hjälpen jag fick att hitta arbete, den extra pushen!*
- *Att man fick samtalskontakt, som jag uppskattade väldigt mycket. Det har gjort så jag nu studerar och kommit en liten bit på vägen.*
- *Det var bra med motiverande samtal och helt fantastiskt att Columbus hjälpte mig att samordna praktik, socialtjänsten och min handledare för samtal. Otroligt bra med träningskort!*

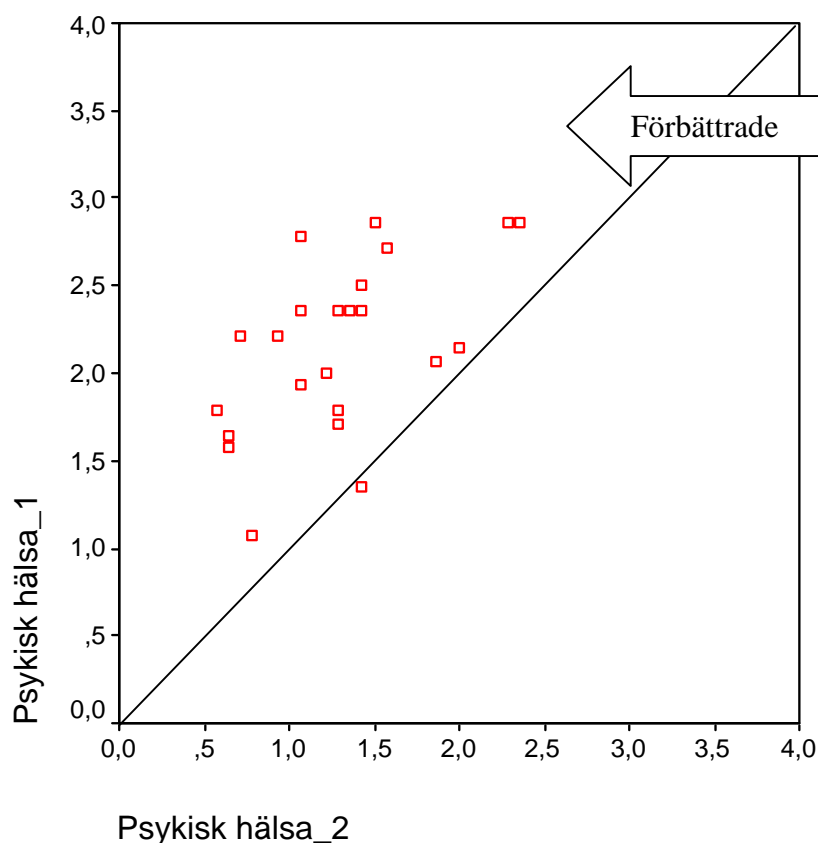
Förbättrad livskvalitet

Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden: Deltagarnas allmänna livstillfredsställelse, tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättningsituationen, ekonomin och fritiden hade ökat på ett statistiskt säkert sätt (Wilcoxon's parameterfria test, $p = 0.000$ resp 0.000 resp 0.000 resp 0.006). Effektstorlekarna var i tur och ordning 1.17, 4.16, 2.13 och 0.92.

Det fanns en tendens, dock ej statistiskt säkerställd, till att tillfredsställelsen med sexlivet, den grundläggande förmågan att sköta sig själv och familjelivet också hade ökat (Wilcoxon's parameterfria test, $p = 0.083$ resp 0.068 resp 0.082). Däremot var tillfredsställelsen med det sociala umgänget och parrelationer oförändrat (Wilcoxon's parameterfria test, $p = 0.101$ resp 0.105). *Kommentar:* Det vore knappast realistiskt att förvänta sig ökad livskvalitet inom alla de nio livskvalitetsaspekter som mäts. Det kan noteras att de statistiskt signifikanta förbättringarna finns inom områden som kan antas hänga nära samman med förankringen på arbetsmarknaden. Dessa ökningarna av livskvaliteten var (uttryckt som effektstorlekar) stora.

I jämförelse med den svenska befolkningen i stort var det efter Columbus enbart avseende allmän livstillfredsställelse ($\chi^2 = 12.4$, $df = 5$, $p = 0.030$) och ekonomi ($\chi^2 = 13.5$, $df = 5$, $p = 0.019$) som deltagarna på ett statistiskt säkert sätt hade en sämre livstillfredsställelse. *Kommentar:* Man noterar även att dessa två signifikanta skillnader inte alls var lika stora som de var före Columbus. Samtidigt illustrerar dessa resultat den poäng som gjordes ovan angående tron på den egna förmågan, att en visserligen stor förbättring av allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse med den egna ekonomin ändå kan betyda att deltagarna i jämförelse med befolkningen i allmänhet inte har det så bra. Deltagarna hade alltså tagit sig upp ur från en riktigt usel livskvalitet till "bara" en dålig. Men med tanke på att deltagarna näppeligen har uppnått en fast förankring på arbetsmarknaden bara genom Columbus finns möjligheter för deltagarna att fortsätta närma sig befolkningen i stort. Notabelt är också att deltagarna inte skiljde sig från befolkningen i stort avseende de andra livskvalitetsområdena i LiSat, inklusive yrkes-/sysselsättningsituationen!

Psykisk hälsa inriktat mot psykiskt välbefinnande: Deltagarnas psykiska välbefinnande var bättre efter Columbus än före, skillnaden var statistiskt säker (Wilcoxon's parameterfria test, $p = 0.000$). Effektstorlek 1.74. Skillnaden illustreras i grafen nedan, på grund av att låga värden indikerar bättre psykisk hälsa så är det i denna graf deltagarmarkeringar tydligt *ovanför* den sneda linjen som är förbättringar, markeringar tydligt *nedanför* den sneda linjen är försämringar och markeringar nära linjen är oförändrade mellan mätningarna.



Kommentar : Uttryckt som effektstorlek var förbättringen av det psykiska välbefinnandet stor. Notabelt är också att ingen deltagare uppvisade ett försämrat psykiskt välbefinnande.

Liksom i fallet med tron på den egna förmågan och generell livstillfredsställelse finns det för GP-CORE tillgång till normvärden som gör det möjligt att undersöka hur deltagarna förhåller sig till hur en normalgrupp skulle ha svarat. Kvinnorna i Columbus hade ett medelvärde på 1.31 (standardavvikelse 0.48). Vid en närmare granskning av de 15 kvinnorna var det 12 (80.0%) som hade ett så pass gott psykiskt välbefinnande att det inte längre förelåg något behov av regelrätt psykoterapi. Männens medelvärde var 1.26 (standardavvikelse 0.55). Bland männen var det 75% (6 av 8) som hade ett så pass gott psykiskt välbefinnande att det inte längre förelåg något behov av regelrätt psykoterapi. Kommentar : I förhållande till läget vid inskrivningen måste detta anses vara en mycket påtaglig förändring till det bättre. Man kan påminna sig att vid inskrivningen var förhållandena i det närmaste omvända, med endast några få procent av deltagarna som inte var i behov av regelrätt psykoterapi.

Några citat ur de öppna frågorna med anknytning till livskvalitet:

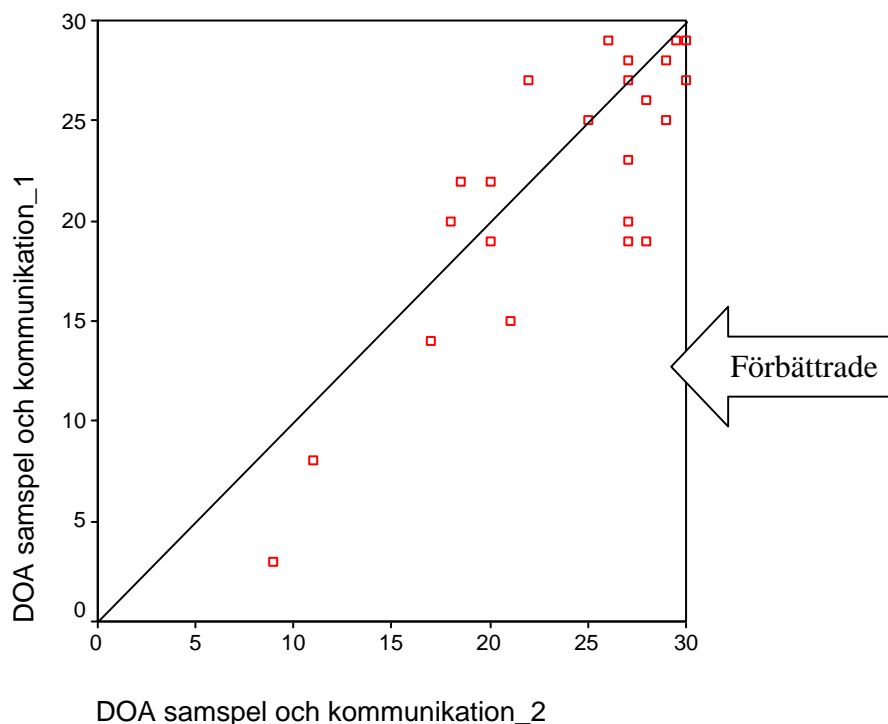
- *Har blivit mer medveten och informerad om vad som egentligen händer i/med kroppen/psyket. Någon att prata med som förstår.*
- *Columbus har hjälpt mig att se min roll i det hela. Få mig sluta klandra mig själv för den jag är.*
- *Jag utvecklades mer på Columbus, allt gick bättre.*
- *[något speciellt positivt i Columbus?] Att jag till slut fick den samtalshjälp jag var ute efter & var i behov av.*
- *[något du hade särskilt stor nytta av?] Lära sig bli mer närvarande känslomässigt*

– Det faktum att columbus existerar är fantastiskt. Jag har genom de här människorna kunnat börja om, och bygga upp mitt liv!

Stärkt social kompetens

Förmåga till samspel och kommunikation: Efter Columbus bedömde deltagarna sin förmåga till socialt samspel och kommunikation bättre än vad de bedömt före Columbus.

Här är det återigen markeringar tydligt under den sneda linjen som indikerar förbättringar.



Medianvärden: Före 23.0 – efter 27.0 (Wilcoxon's parameterfria test, $p = 0.042$) av 30 möjliga maxpoäng. Effektstorlek 0.30. Kommentar: Grafen visar att DOA-kategorin förmåga till samspel och kommunikation speglade deltagarnas upplevelse av ökad förmåga att aktivera sig socialt. Uttryckt som effektstorlek var skillnaden liten. Även om förbättringen i social kompetens verkar vara mindre än ökningen i aktivitetsförmåga så är den ändå statistiskt säker. Man bör notera att många deltagare hade en relativt hög skattning av sin sociala kompetens vid inskrivningen i Columbus, så utrymmet att förbättra sin skattning var relativt begränsat. Om skälen till deltagarnas förhållandevis höga tilltro till sin sociala förmåga vid inskrivningen kan man endast spekulera. Möjligen var det så att deras skattningar före Columbus inte var alldeles realistiska? Många unga personer tenderar att överskatta sina förmågor eftersom de ännu inte haft tillfälle att pröva dem i arbetslivet.

Undvika rundgång mellan olika myndigheter

För att få en fullständig avläsning av om rundgången mellan olika myndigheter minskat bör man lämpligen komplettera denna utvärderings självrapporterade data med någon form av registerjämförelse. En sådan ligger dock utanför ramen för denna utvärdering.

Av de 24 avslutade deltagarna besvarade alla första frågan om rundgång mellan myndigheter. Drygt 60% (15 st) tyckte att de blivit runtskickade utan att myndigheter utan att dessa samarbetat.

Före projekt Columbus, har du upplevt att du blivit skickad mellan olika myndigheter utan att de samarbetat?

	Antal	Procent
Inte alls	4	16,7
Lite	5	20,8
Ganska mycket	8	33,3
Väldigt mycket	7	29,2
Totalt antal svarande	24	100,0
Ej svarat på denna fråga	0	0
Totalt denna utvärdering	24	100,0

16 personer (66.7%) ansåg att det varit ett ganska stort eller mycket stort problem att ha blivit runtskickad mellan myndigheter:

Om du svarat Lite, Ganska eller Väldigt mycket: Tycker du att det varit ett problem att ha blivit runtskickad?

	Antal	Procent
Nej, inget	0	0
Ja, litet	4	16,7
Ja, ganska stort	10	41,7
Ja, mycket stort	6	25,0
Totalt antal svarande	20	83,3
Ej svarat på denna fråga	4	16,7
Totalt denna utvärdering	24	100,0

19 personer (79.1%) ansåg att Columbus minskat problemet med rundgång ganska eller väldigt mycket.

Om Ja: Tycker du att Columbus minskat problemet?

	Antal	Procent
Nej, inte alls	0	0
Ja, lite	3	12,5
Ja, ganska mycket	11	45,8
Ja, väldigt mycket	8	33,3
Totalt antal svarande	22	91,7
Ej svarat på denna fråga	2	8,3
Totalt denna utvärdering	24	100,0

Kommentar: I denna lilla grupp avslutade deltagare ansåg en tydlig majoritet, fyra femtedelar, att Columbus minskat problemet med rundgång.

Några citat från den öppna frågan "På vilket sätt har Columbus minskat problemet?"

– Man blir tagen på allvar, vilket många andra instanser ej har gjort.

– På Projekt Columbus har jag blivit stöttad och peppad till att själv lösa de svårigheter jag befunnit mig i. Jag har fått hjälp med papper & enkäter som jag tidigare inte varit kapabel till att gå genom själv.

– Har varit jättebra att ha en arbetscoach som har hjälpt till att kommunicera med de olika myndigheterna (AF och socialtjänsten) samt att ha en psykolog i samma hus som arbetscoachen och psykiatern eftersom de sinsellan har kunnat kommunicera utan att jag har behövt upprepa allt.

– Columbus har hjälpt mig att veta vart jag ska vända mig med olika saker. Vilka myndigheter som har ansvar för vilka problem, och vilka olika möjliga lösningar som finns.

– Helt enkelt att få de olika myndigheterna att samarbeta för mig. Också genom att förklara de regler som finns, bena ut begreppen. Att hjälpa till att kontakta berörda personer då jag själv inte orkat.

– Columbus hjälpte till att samla alla på ett ställe och diskutera fram en lösning.

Referenser

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 239-246.
- Linddahl, I., Norrby, E., & Bellner, A. (2003). Construct validity of the instrument DOA: a dialogue about ability related to work. *Work*, 20, 215-224.

- Luszczynska, A., Gutiérrez-Dona, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology, 40*, 80-89.
- Norrby, E., & Linddahl, I. (2001). *Dialog om aktivitetsförmåga: DOA - riktad mot arbete*. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Norrby, E., & Linddahl, I. (2006). Reliability of the instrument DOA: dialogue about ability related to work. *Work, 26*, 131-139.
- Scholz, U., Gutiérrez-Dona, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18*, 242-251.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Sinclair, A., Barkham, M., Evans, C., Connell, J., & Audin, K. (2005). Rationale and development of a general population well-being measure: psychometric status of the GP-CORE in a student sample. *British Journal of Guidance & Counselling, 33*, 153-173.