

# **Brukarutvärdering av projekt Rehabilotsen**

*Slutrapport för perioden 2008-09-12 t.o.m. 2010-10-29*

*Sammanställd av  
Magnus L Elfström, fil dr, leg psykolog  
magnus.elfstrom@telia.com*

## Innehållsförteckning

Slutsatser .....	2
Sammanfattning av utvärderingen .....	2
Inledning.....	3
I utvärderingen använda metoder .....	4
Metoder: Uppnå eller öka förmågan till förvärsarbete och/eller studier för deltagaren.....	5
Metoder: Förbättrad livskvalitet för deltagaren .....	6
Metoder: Stärkt social delaktighet och kompetens för deltagaren .....	8
Metoder: Undvika rundgång mellan olika myndigheter.....	8
Metoder: Avslutande öppna frågor .....	8
Metodövervägande: Hur väl mäter måtten projektmålen?.....	9
Metodöverväganden: dataanalyser .....	9
Antal deltagare i utvärderingen .....	10
Bortfallsanalys .....	10
Bakgrund och sociodemografi hos 63 deltagare vid inskrivning.....	11
Sociodemografi vid utskrivning av 63 deltagare .....	15
Resultat i projektmålen vid utskrivning.....	16
Resultat: Uppnå eller öka förmågan till förvärsarbete och/eller studier för deltagaren.....	16
Resultat: Förbättrad livskvalitet för deltagaren .....	20
Resultat: Stärkt social delaktighet och kompetens för deltagaren .....	23
Resultat: Begränsa rundgång mellan olika myndigheter (genom att effektivisera handläggningen kring deltagaren) .....	24
Resultat: Fria svar på öppna frågor om något saknats i projektet samt vad som varit nyttigt för deltagarna .....	26
Referenser .....	28
Bilaga 1 .....	30

## Slutsatser

Ur ett brukarperspektiv har:

- Förmågan till förvärvsarbete och/eller studier ökat
- Livskvaliteten förbättrats
- Social delaktighet och kompetens stärkts
- Rundgångsproblem mellan myndigheter minskat

Dock föreligger ett klart behov av fortsatta hjälp- och stödinsatser.

## Sammanfattning av utvärderingen

Denna slutrapport beskriver 63 deltagare vid inskrivning i Rehabilotsen, och uppnådda resultat i projektmålen för 43 deltagare. Deltagarna har besvarat utvärderingsenkäter under perioden 2008-09-12 t.o.m. 2010-10-29.

Sammanfattningsvis utgjorde deltagarna vid inskrivningen i Rehabilotsen en i många avseenden mycket belastad grupp. Minst fyra femtedelar ( $\geq 80\%$ ) av deltagarna uppgav vid inskrivningen en eller flera psykosociala påfrestningar såsom arbetslöshet, ensamhushåll och ekonomisk försörjning från Försäkringskassa eller kommun. Härtill upplevde omkring två tredjedelar (67%) att de hade ett kvarvarande behandlingsbehov, och ungefär lika många hade haft offentlig försörjning i sex år eller mer.

Deltagarna visade högre grad av ohälsa än förväntat vid inskrivning, vilket har medfört att den grupp som genomgått hela projektet är relativt liten. Även förändrade budgetramar har spelat roll. För att få ett tillräckligt stort underlag för statistiskt säkra slutsatser har därför även deltagare som inte genomgått alla delar av projektet medtagits i beräkningarna av uppnådda projektnätat. Detta riskerar samtidigt att försämra resultaten, eftersom de senare deltagarna kanske ännu inte kommit så långt i relation till projektmålen som de skulle gjort om de gått genom hela projektet.

Här nedan ges några sammanfattande kommentarer om läget vid inskrivning för vart och ett av de fyra projektmål som berör brukarna:

**Uppnä eller öka förmågan till förvärvsarbete och/eller studier för deltagaren:** Deltagarnas arbetsförmåga hade ökat på ett statistiskt säkert sätt. Förbättringarna inkluderade deltagarnas bedömningar av den egna aktivitetsförmågan, tron på den egna förmågan, den upplevda energitillgången, upplevelsen av meningsfullhet och arbetshindrande psykiska och kunskapsmässiga hinder. Förbättringarna var dock relativt modesta, vilket bör ses i ljuset av att inte alla deltagare haft möjligheter, eller resurser, att inom den planerade tidsramen gå genom hela projektet.

**Förbättrad livskvalitet för deltagaren:** Deltagarna hade vid inskrivningen anmärkningsvärt sämre livskvalitet än befolkningen i allmänhet inom samtliga de tio områden som mätts. Särskilt dålig var den generella psykiska hälsan samt tillfredsställelsen med livet i allmänhet, tillfredsställelsen med sysselsättningssituationen, tillfredsställelsen med den egna ekonomin och tillfredsställelsen med det sociala umgänget. Efter projektet hade deltagarna statistiskt säkert förbättrats avseende generell psykisk hälsa samt tillfredsställelsen med sysselsättnings-

situationen, i båda fallen på ett tydligt sätt. I förhållande till befolkningen i övrigt var dock deltagarnas psykiska hälsa och övriga livskvalitetsaspekter fortfarande klart under befolkningens nivåer; vilket tydligt indikerar ett behov av fortsatta hjälp- och stödinsatser.

***Stärkt social delaktighet och kompetens för deltagaren:*** Både aktivitetsnivån i arbetsrelaterad sysselsättning och deltagarnas uppfattning om sin förmåga till socialt samspel och kommunikation ökade statistiskt säkert. Aktivitetsnivån mycket tydligt och samspelsförmågan mera modest.

***Begränsa rundgång mellan olika myndigheter:*** Av de deltagare som gått genom hela eller stora delar av projektet, ansåg 37% att de blivit skickade mellan olika myndigheter som inte samarbetat. Ungefär lika många hade upplevt det som ett problem att bli runtskickad. Drygt hälften av deltagarna tyckte att Rehabilotsen påtagligt hade minskat problemet med rundgång.

## Inledning

Föreliggande utvärdering av projektdeltagarnas erfarenheter av projekt Rehabilotsen utgör den slutliga brukarutvärderingen för projektet. Omfattningen i föreliggande rapport är samtliga deltagare som skrivits in från projektstart (i praktiken fr.o.m. 2008-09-12) till och med projekttidens slut (i praktiken t.o.m. 2010-04-10).

I beskrivningarna av projektet anges att syftet med Rehabilotsen har varit att erbjuda vuxna personer med psykisk ohälsa och långvarigt bidragsberoende samt behov av samlat stöd från tre eller fler myndigheter arbetslivsinriktad rehabilitering. Behovsgruppens gemensamma nämnare är multiproblematik. Fokus för Rehabilotsen har varit omställning och förberedande arbetslivsintroduktion.

Målen för Rehabilotsen har varit att öka livskvaliteten, utforska och förbättra aktivitets- och arbetsförmåga, social delaktighet och kompetens samt minska rundgång mellan myndigheter. Deltagarna har mötts av ett tvärprofessionellt team som i samarbete utför (1) processinriktad utforskning av deltagarens individuella resurser och hinder genom (2) gruppaktivitet och arbetsplatspraktik varvat med samtalsstöd och myndighetssamordning från rehabcoachen. Vid behov har utökad kontaktmöjlighet med psykolog, psykiater, sjukgymnast och arbetsterapeut funnits. Sedan har (3) arbetsträning skett ute på praktik på arbetsplats. Avslut med samlad teambedömning och slutrapport till handläggande myndighet. För mer information om projekt Rehabilotsen, se Bilaga 1 samt projektets Självvärderingsrapport.

Utvärderingen baseras på enkäter. Rent praktiskt har data samlats in genom att projektdeltagarna vid första kontakterna med Rehabilotsen har fyllt i en enkät (Enkät 1) med standardiserade psykometriska instrument, en del enskilda frågor ur sådana instrument och för utvärderingen särskilt konstruerade frågor. I samband med första kontakterna med teamet har respektive handläggare dokumenterat bakgrundsuppgifter i enlighet med SUS- och DiS-systemen. I samband med projektdeltagandets upphörande har deltagarna fyllt i en enkät (Enkät 2) med samma frågor som Enkät 1, samt några kompletterande frågor.

Enkäterna har varit försedda med löpnummer, men inga personuppgifter; deltagarnas namn och persondata har inte varit tillgängliga för utvärderaren. Deltagarna har besvarat och lämnat

ifrån sig enkäterna på ett sådant sätt att enskilda deltagares enkätsvar inte har varit tillgängliga för projektpersonalen.

## I utvärderingen använda metoder

För att få en uppfattning om deltagarnas bakgrund och socioekonomiska förhållanden har uppgifter från SUS och DiS använts, inkluderande om deltagarna är födda i Sverige eller utomlands, deltagarnas hushållstyp, deltagarnas högsta avslutade utbildning, samt försörjning och sysselsättning före Rehabilotsen. SUS och DiS har använts eftersom Rehabilotsen varit ålagda att använda dem, och det vore onödigt att belasta deltagarna med snarlika frågor i enkäterna. Bakgrundsdata i form av ålder och kön har efterfrågats i slutet av Enkät 1.

De av Samordningsförbundet Göteborg Centrum fastlagda målen för verksamheten i Rehabilotsen har varit helt avgörande för de mått som denna utvärdering använt sig av. I Tabell 1 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. Projektmål, operationaliseringar och mått**

Mål	Operationaliseringar: Mått	Sidor i <i>Enkät 1 och 2</i>
Uppnä eller öka förmågan till förvärvsarbete och/eller studier för deltagaren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet: valda delar ur DOA</li> <li>Tro på den egna förmågan: GSES</li> <li>Energittillgång: valda frågor ur HAD- och Zung-skalorna</li> <li>Meningsfullhet: valda frågor ur HAD- och KASAM-skalorna</li> <li>Fysiska, psykiska eller kunskapsmässiga hinder: Enkät-specifika frågor</li> </ul>	<p>6-7 (nr 1-14)</p> <p>5</p> <p>8 (nr 1-2)</p> <p>8 (nr 3-4)</p> <p>9 (nr 7-11)</p>
Förbättrad livskvalitet för deltagaren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden: LiSat-9</li> <li>Generell psykisk hälsa: CORE-OM</li> </ul>	<p>2</p> <p>3-4</p>
Stärkt social delaktighet och kompetens för deltagaren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktivitetsnivå i arbetsrelaterad sysselsättning och i fritidssysselsättningar: Enkät-specifika frågor</li> <li>Förmåga till samspel och kommunikation (förmåga till aktivitet): vald del ur DOA</li> </ul>	<p>9 (nr 5-6)</p> <p>7 (nr 15-20)</p>
Begränsa rundgång mellan olika myndigheter (genom att effektivisera handläggningen kring deltagaren)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Upplevelse av att ha blivit skickad mellan myndigheter som ej samarbetat: Enkät-specifika frågor</li> </ul>	<p>1</p>

## **Metoder: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete och/eller studier för deltagaren**

**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).

Under beaktande av instrumentets psykometriska egenskaper har ett urval av frågor gjorts i denna utvärdering. Samma urval har även använts i brukarutvärdering av projekt Columbus. I sin originalutformning består DOA av 34 frågor indelade i fem huvudkategorier:

*Självkänedom, intressen och värderingar* (9 frågor – Rehabilotsen använder 4)  
– Som speglar individens vilja till aktivitet.

*Roller och vanor* (8 frågor – Rehabilotsen använder 4)  
– Som speglar individens vana vid aktivitet.

*Fysisk förmåga* (4 frågor – Rehabilotsen använder 1)  
– Som speglar individens förmåga att aktivera sig.

*Organisations- och problemlösningsförmåga* (6 frågor – Rehabilotsen använder 5)  
– Som speglar individens förmåga att aktivera sig.

*Förmåga till samspel och kommunikation* (7 frågor – Rehabilotsen använder 6)  
– Som speglar individens förmåga att aktivera sig. Denna kategori används för att spegla Rehabilotsen projekt mål att stärka deltagarnas sociala delaktighet och 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. Normvärden saknas.

Analyser under instrumentutvecklingen (Linddahl, et al., 2003) tyder på att det även går att summera respektive huvudkategori samt en totalpoäng; ju högre poäng desto bättre aktivitetsförmåga. Analyser på data i denna utvärdering bekräftar att det är rimligt att summera de olika frågorna i respektive huvudkategori (Cronbachs alfa  $\geq 0,70$  för samtliga kategorier). Analyser i denna utvärdering gav också ett klart stöd för att använda en totalpoäng (Cronbachs alfa = 0,95 före och 0,93 efter ).

**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. Po-

ängen (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). I denna utvärdering var den interna konsistensen (Cronbachs alfa) 0,90 före och 0,93 efter. Det finns detaljerade normvärden i form av s.k. T-poäng för en blandad vuxengrupp om 1594 vuxna amerikaner. Svenska jämförelsevärden saknas.

**Energitillgång:** Två påståenden från etablerade depressionsinstrument har använts; 1 påstående från Hospital Anxiety and Depression, HAD, scale (Zigmond & Snaith, 1983) och 1 påstående från Zungs depressionsskala (Zung, 1965). Påståendena lyder ”Jag känner mig som om jag gick på ’lågt varv’” respektive ”Jag blir trött utan anledning”. På grund av att påståendena plockats ut ur sina respektive instrument finns inga normvärden att tillgå. Båda påståendena besvaras på fyrgradiga svarsskalor, vilka kodas 1-4. Låg energitillgång indikeras i HAD-påståendet av låg poäng men av hög poäng i Zung-påståendet.

**Meningsfullhet:** Här används 1 påstående från HAD-skalan (kodat 1-4) och 1 fråga från KASAM-skalan (KASAM = känsla av sammanhang; (Antonovsky, 1993); kodad 1-7). Påståendena lyder ”Jag ser fram emot saker och ting med glädje” respektive ”Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?”. Liksom för frågorna om energitillgång finns inte heller här normvärden. HAD-påståendet besvaras på en fyrgradig skala, medan KASAM-frågan besvaras på en sjugradig skala. Liten meningsfullhet indikeras av hög poäng i HAD-påståendet men låg poäng i KASAM-frågan.

**Fysiska, psykiska eller kunskapsmässiga hinder:** Fyra frågor har framtagits på basen av erfarenheter från liknande utvärderingar och i diskussion med Rehabilitsen-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. Frågornas lydelse framgår av resultatredovisningen nedan.

## **Metoder: Förbättrad livskvalitet för deltagaren**

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 Rehabilitsenprojektet finns en naturlig avgränsning i beskrivningen av målgruppen; nämligen vuxna 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 påståenden (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-/sysselsättningsituation, ekonomi, fritidssituation, socialt umgänge, sexliv, grundläggande förmåga att sköta sig själv (ADL), 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.

**Generell psykisk hälsa:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) är en skala utvecklad i England av en grupp psykoterapeutiskt inriktade forskare och kliniker (Barkham, et al., 1998; Evans, et al., 2002; Evans, et al., 2000). Syftet är att mäta psykisk hälsa på ett sätt som är användbart och meningsfullt inom skiftande verksamheter inriktade på psykologiska behandlingsinsatser. Det finns en fyllig hemsida med information om instrumentet ([www.coreims.co.uk](http://www.coreims.co.uk)). Instrumentet består av 34 påståenden indelade i fyra huvudkategorier:

*Välbefinnande* (Subjective well-being; 4 påståenden)

*Problem/symptom* (12 påståenden)

- ångestproblem (4 påståenden)
- depressionsproblem (4 påståenden)
- fysiska (somatiska) problem (2 påståenden)
- traumarelaterade problem (2 påståenden)

*Fungerande* (Life functioning; 12 påståenden)

- i nära relationer (4 påståenden)
- allmänt (4 påståenden)
- socialt (4 påståenden)

*Risker* (6 items)

- risker för den egna personen (4 påståenden)
- risker mot andra (2 påståenden)

Svaren kodas från 0 till 4. Sammanställningen görs i första hand genom medelvärden för de fyra huvudkategorierna, medelvärde för samtliga 34 påståenden och medelvärde för samtliga påståenden utom Risk-frågorna (på grund av deras speciella karaktär). Låga värden tyder på en god psykisk hälsa och höga värden indikerar psykisk ohälsa. Den sammanställningsform som har bäst stöd i forskningslitteraturen är medelvärdena för samtliga items utom Risk-frågorna, med Risk-frågorna separat redovisade (Bedford, et al., 2010; Lyne, Barret, Evans, & Barkham, 2006).



Svenska normvärden finns i preliminär form för en svensk s.k. normalgrupp med 229 personer. Det finns även gränsvärden ("cut-off") för övergången mellan klinisk respektive normalgrupp. Gränsvärdena är framtagna ur en jämförelse mellan den svenska normalgruppen och en svensk klinisk grupp om 619 patienter i psykoterapi inom olika öppenvårdsinrättningar (Elfström, et al., 2010).

I denna utvärdering har den interna reliabiliteten för de fyra huvudkategorierna och de sammanlagda totalmedelvärdena (med resp. utan Risk-frågorna) med varit tillfredsställande till mycket god (dvs. Cronbachs alfa  $\geq 0,70$  för samtliga totalmedelvärden och kategorier, endast undantaget välbefinnande vid förmätningen som var 0,68).

### **Metoder: Stärkt social delaktighet och kompetens för deltagaren**

Social delaktighet speglas genom två enkätspecifika frågor, vilka även tidigare använts inom Rehab Söder. En fråga rör aktivitetsnivå i arbetsrelaterad sysselsättning och en fråga rör aktivitetsnivå på fritiden. Deltagarna får på en sju-steps skala ange hur aktiva de är i förhållande till sin egen vilja och kapacitet; ju högre värde, desto mer upplevelse av aktivitet.

Av den tidigare beskrivningen av aktivitetsförmåga kunde man kanske förstå att begreppet social kompetens till viss del överlappar de sociala aspekterna av aktivitetsförmågan, åtminstone när det gäller sociala färdigheter. På samma sätt finns en viss överlappning med de sociala aspekterna av livskvalitetsbegreppet. 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).

### **Metoder: Undvika rundgång mellan olika myndigheter**

För att spegla i vad mån Rehabilotsen bidragit till att undvika rundgång mellan olika myndigheter används två enkätspecifika frågor i Enkät 1 och tre frågor i Enkät 2. I Enkät 2 kan deltagarna också fritt med egna ord beskriva om det var något specifikt i Rehabilotsen som minskat rundgången. Frågorna är, i lätt modifierad form, desamma som tidigare använts för utvärdering av projekt Columbus. Frågornas lydelse framgår av resultatredovisningen nedan. 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.

### **Metoder: Avslutande öppna frågor**

Deltagarna ges också utrymme för egna fria kommentarer sist i Enkät 1 och Enkät 2. I Enkät 1 har det varit helt fritt att ange positiva resp. negativa synpunkter, medan det i Enkät 2 specifikt har efterfrågats dels om det var något deltagarna saknade i projektet, dels om det var något i projektet som deltagarna hade särskilt stor nytta av.

## **Metodövervägande: Hur väl mäter måtten projektmålen?**

För utvärderingen har använts olika typer av mått: handläggarsamlade uppgifter (SUS och DiS), 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 (handläggardata och enkätspecifika frågor) till mycket god säkerhet (standardiserade instrument), när det gäller hur pass väl de kan sägas spegla det de avser mäta.

## **Metodöverväganden: dataanalyser**

De analyser som ligger till grund för utvärderingen redovisas endast i sammanfattning. Intresserade läsare kan vända sig till utvärderaren för att få tillgång till mer detaljerad statistik.

För samtliga variabler har datakvaliteten undersökts med gängse metoder. Datakvaliteten var god, men den redovisas enbart undantagsvis för att spara utrymme i rapporten.

Effekten av Rehabilotsen har beräknats statistiskt för samtliga deltagare som avslutats (s.k. distributionsbaserad förändring). Beräkningen gjordes genom att jämföra deltagarnas svar på utvärderingsmåtten i samband med inskrivning i projektet med deras svar på måtten i samband med utskrivning ur projektet. Den övergripande statistiska analysmetoden var parametrisk testning av beroende stickprov när måtten uppfyllt de statistiska kraven för parametrisk testning, i annat fall har parameterfria metoder använts. Härtill har även storleken på effekten beräknats med hjälp av s.k. effektstorlekar.

Effektstorleken (ES) anger storleken på en skillnad. En skillnad kan nämligen vara signifikant samtidigt som den är så liten att den är betydelslös; en situation som inte är alldeles ovanlig i analyser av stora grupper med tusentals personer. Omvänt kan en skillnad vara relativt stor utan att nå upp till statistisk signifikans; ibland förekommande i små grupper såsom i föreliggande utvärdering. Effektstorlekar bedöms enligt följande standardkriterier (Cohen, 1988):

- $< 0,20$  är triviala effekter
- från  $0,20$  till  $0,50$  är små effekter
- från  $0,50$  till  $0,80$  är moderata effekter
- från  $0,80$  och uppåt är stora effekter.

Effekten av Rehabilotsen åskådliggörs också i form av normbaserad förändring. Det innebär jämförelse av deltagarna med för befolkningen representativa grupper (LiSat-9 och CORE-OM), eller relevanta jämförelsegrupper (GSES), där sådana värden eller grupper finns att tillgå.

## Antal deltagare i utvärderingen

### Deltagare i utvärderingen från och med 2008-09-12 till och med 2010-10-29

c:a 102	Inledande kontakter med Rehabilotsen
-8	Från Rehab Söder (har ej ingått i projektmodellen)
-25	Utanför målgruppen (konsultationsfall som hänvisats vidare)
-4	Utanför målgruppen (komplex psykiatribedömning gjorts)
= 65	Inskrivningar i projektet under perioden: DIS-uppgifter finns
-2	Ej besvarat Enkät 1
= 63	Besvarat utvärderingsenkäter (Enkät 1) i samband med inskrivning
-11	Avslutats efter inledande utforskningsfas
-9	Ej besvarat utvärderingsenkäter (Enkät 2) efter Rehabilotsen (för sjuka, vill inte)
= 43	Besvarat utvärderingsenkäter både före och efter Rehabilotsen (Enkät 1 + Enkät 2)

*Kommentar: I beskrivningen av bakgrundsförhållanden vid inskrivningen nedan framkommer att många deltagare hade en mycket svag resurssida vid inskrivning. Läger man här till den usla livskvaliteten (inkl. riktigt dålig psykisk hälsa) som också framkommer i resultatet nedan, så är deltagarflödet att betrakta som rimligt.*

## Bortfallsanalys

De personer som inte skrivits in i projektet faller utanför ramen för en bortfallsanalys avseende brukarutvärdering; dessa personer hörde inte till Rehabilotsens målgrupp. Det är enbart små bortfall från de 65 personer inom målgruppen som skrivits in. Det är därför inte statistiskt meningsfullt att göra analyser avseende bortfallet ur själva utvärderingen (dvs. personer som ej besvarat enkäterna trots projektdeltagande).

*Kommentar: Det viktigaste resultat i bortfallsanalysen var att det var ett litet bortfall i utvärderingen.*

Här görs en jämförelse av läget vid inskrivningen för, å ena sidan de 11 personer som avslutats efter den inledande utforskningsfasen, å andra sidan de 52 som genomgått hela eller stora delar av projektet (utforskning och arbetsprövning samt ev. också arbetsträning). Vidare jämförs de som genomgått hela projektet (20 personer) och de som avslutats efter arbetsprövningen (32 personer).

Vid jämförelsen av läget vid inskrivningen för, å ena sidan de 11 personer som avslutats efter den inledande utforskningsfasen, å andra sidan de 52 som genomgått hela eller stora delar av projektet, visade sig de 11 som avslutats efter utforskningen statistiskt säkerlagt kännetecknas av:

- Kortare tid i projektet (naturligt nog!).
- Fler med kommunal försörjning, färre med försörjning från FK, dock fler via Af. Följaktligen hade fler försörjningsstöd, och färre S/A-ersättning.

- Lägre grad av självskattad aktivitet i arbetsrelaterad sysselsättning.
- Lägre grad av självskattad arbetsförmågebegränsning p.g.a. psykisk ohälsa.
- Bättre tillfredsställelse med fritid och sexliv.

Dessutom framkom indikationer på bättre psykosocial funktionsförmåga och mer upplevelse av mening i sin tillvaro hos de tidigt avslutade.

*Kommentar: De tidigt avslutade tenderade att uppge en något starkare resurssida avseende psykisk hälsa och livskvalitet. Flera av dem kan därmed antas ha chanser att tillgodogöra sig andra rehabiliteringsformer, alternativt var de inte redo för projektet.*

Vid jämförelsen av läget vid inskrivningen för de som genomgått hela projektet (20 personer) kontra de som avslutats efter arbetsprövningen (32 personer), visade sig de som avslutats efter arbetsprövningen statistiskt säkerlagt kännetecknas av:

- Senare inskrivningsdatum (naturligt nog, projektet avslutas i förtid).
- Kortare tid i projektet (naturligt nog!).
- Fler med kommunal försörjning.
- Lägre allmän livstillfredsställelse men bättre tillfredsställelse med parrelation.

Dessutom framkom indikationer på lägre grad av meningsfullhet hos de som avslutats efter arbetsprövningen.

*Kommentar: Som förväntat hade de som avslutats efter arbetsprövningen inskrivits senare och varit kortare tid i projektet. Denna grupp hade också fler kommunalt försörjda och något sämre allmän livstillfredsställelse. Skillnaderna var dock så pass små och få till antalet, att det kan anses rimligt att slå samman grupperna när resultatet avseende projektmålen beräknas.*

## **Bakgrund och sociodemografi hos 63 deltagare vid inskrivning**

Data från mätningar som gjorts vid inskrivningen i Rehabilotsen föreligger för 63 deltagare. De har inlett sin kontakt med Rehabilotsen från och med 2008-09-12 till och med 2010-04-10.

**Könsfördelning:** Av de 63 deltagarna var 43 (68,3 %) kvinnor och 20 (31,7 %) män.

*Kommentar: I liknande vårdsammanhang där man söker hjälp/vård för psykiska eller psykosomatiska besvär brukar också kvinnor dominera. Könsfördelning var ur detta perspektiv inte anmärkningsvärd.*

**Åldersfördelning:** De yngsta deltagarna var 32 år, den äldsta 60, med en tämligen jämn fördelning av deltagare i åldrarna däremellan. Medelåldern låg på 43,3 år (standardavvikelse 7,2 år).

*Kommentar:* Deltagarna befann sig alltså inom det för Rehabilotsen stipulerade åldersspannet. Ingen särskild åldersgrupp dominerade.

**Hushållstyp:** Fördelningen på olika hushållstyper framgår av tabellen nedan. Fyra femtedelar (80,9 %) av deltagarna var ensamstående, med eller utan barn.

Hushållstyp	Antal	Procent
Ensamstående med barn (0-19 år)	21	33,3
Ensamstående utan barn	30	47,6
Sammanboende med barn (0-19 år)	8	12,7
Sammanboende utan barn	3	4,8
Totalt antal uppgifter	62	98,4
Ingen uppgift	1	1,6
Totalt	63	100,0

**Etniskt ursprung:** 50 personer (79,4 %) har angivit Sverige som sitt födelseland medan 12 (19,0 %) har angivit att de är födda i ett annat land (för en person saknas uppgift).

*Kommentar:* Personer födda utom Sverige var således en liten grupp. Men andelen motsvarar ungefärligen andelen i Rehabilotsens upptagningsområde.

**Utbildning:** Fördelningen över olika typer av utbildning framgår av tabellen nedan. Drygt två femtedelar (44,4 %) hade gymnasial utbildning och lika många (44,5 %) hade eftergymnasial utbildning.

Vilken är deltagarens högsta avslutade utbildning?	Antal	Procent
Grundskola -9 år	3	4,8
Gymnasium 0-2 år	15	23,8
Gymnasium 3- år	13	20,6
Eftergymnasial utbildning < 3 år	9	14,3
Eftergymnasial utbildning > 3 år	19	30,2
Totalt antal uppgifter	59	93,7
Ingen uppgift	4	6,3
Totalt	63	100,0

*Kommentar:* Utbildningsnivån var relativt god. I upptagningsområdet är också utbildningsnivån relativt hög. Men för projektdeltagarnas vidkommande kan det vara relevant att fråga sig om utbildningen är arbetsmarknadsrelevant? Tyvärr förekommer inte någon fråga i utvärderingen som gör det möjligt att bedöma arbetsmarknadsrelevans. En svaghet i SUS-frågans utformning är att det inte finns något tydligt svarsalternativ för dem som ej avslutat grundskolan.

**Stadsdel:** Deltagarnas fördelning på de olika stadsdelarna framgår av tabellen nedan. Majorna var flitigast företrädna, därefter Centrum.

Stadsdel	Antal	Procent
Centrum	17	27,0
Härlanda	6	9,5
Linnestaden	9	14,3
Majorna	26	41,3
Örgryte	5	7,9
Totalt	63	100,0

**Aktualisering:** Hälften av deltagarna hade aktualiserats av Försäkringskassan. Kommunen stod för knappt en tredjedel av deltagarna.

Aktualisering	Antal	Procent
Af	2	3,2
Eget initiativ	2	3,2
FK	31	49,2
Kommun	20	31,7
Primärvården	2	3,2
Privata vårdgivare	2	3,2
Öppenpsykiatri	4	6,3
Totalt	63	100,0

**Försörjande myndighet vid inskrivning:** Följdriktigt stod Försäkringskassan för försörjningen hos en klar majoritet av deltagarna.

Försörjning IN	Antal	Procent
Af	5	7,9
FK	38	60,3
Kommun	19	30,2
Saknar inkomst/bidrag	1	1,6
Totalt	63	100,0

**Specifik försörjning vid inskrivning:** I linje med Försäkringskassans dominerande roll som försörjande myndighet hade hälften av deltagarna tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning. Lägger man härtill de övriga ersättningsformer som FK ansvarar för blir FK:s dominerande ställning som försörjningskälla ännu klarare.

Specifik försörjning IN	Antal	Procent
Uppgift saknas	1	1,6
A-kassa	1	1,6
Aktivitetsstöd	2	3,2
Förlängd sjukpenning	6	9,5
Försörjningsstöd	19	30,2
Sjukpenning	3	4,8
Tidsbegränsad S/A	31	49,2
Totalt	63	100,0

**Antal år med offentlig försörjning:** Den genomsnittliga tid som deltagarna haft offentlig försörjning har, av flera skäl, varit svår att avgöra exakt. En försiktig beräkning av de uppgifter som föreligger säger att deltagarna haft offentlig försörjning under i medeltal 6,5 år (standardavvikelse 2,9 år) före Rehabilotsen. Av tabellen nedan kan man utläsa att 63,5% av deltagarna hade haft offentlig försörjning sex år eller längre före projektet.

År med offentlig försörjning före Rehabilotsen	Antal	Procent
2	4	6,3
4	16	25,4
6	11	17,5
9	22	34,9
> 10	7	11,1
Totalt antal uppgifter	60	95,2
Ingen uppgift	3	4,8
Totalt	63	100,0

*Kommentar:* Trots en försiktig bedömning av de ungefärliga uppgifter som förelagat, hade ändå så mycket som nästan två tredjedelar av deltagarna haft offentlig försörjning i sex år eller längre. Det är en mycket lång tid. Den tid deltagarna varit utanför den reguljära arbetsmarknaden kan utifrån dessa uppgifter dessutom, på goda grunder, antas vara lika lång, eller ännu längre.

**Sysselsättning vid inskrivning:** Drygt fyra femtedelar av deltagarna var arbetslösa vid inskrivning i Rehabilotsen.

Sysselsättning IN	Antal	Procent
Annat	5	7,9
Anställd	4	6,3
Arbetslös	53	84,1
Studerande	1	1,6
Totalt	63	100,0

*Kommentar:* I praktiken var inte någon deltagare i arbete vid inskrivning; posterna "Annat" och "Anställd" fångar formella arbetsanknytningar, men inte arbeten som deltagarna kunde gå tillbaka till.

### Sociodemografi vid utskrivning av 63 deltagare

**Försörjning vid utskrivning:** Vid utskrivning hade Af tredubblats som försörjande myndighet jämfört med inskrivningen, medan Kommunen halverats och FK minskat med en knapp tredjedel. Dock fanns en mindre grupp pågående ärenden. Eftersom denna brukarutvärdering fokuserar deltagarnas resultat i de brukarorienterade projektmålen görs inga statistiska jämförelser med försörjning vid inskrivning. För ekonomiska analyser hänvisas till den separata samhällsekonomiska utvärderingen.

Försörjning UT	Antal	Procent
Pågående ärende	7	11,1
Af	16	25,4
Egen	3	4,8
FK	27	42,9
Kommun	9	14,3
Saknar inkomst/bidrag	1	1,6
Totalt	63	100,0



Status vid avslut	Antal	Procent
Pågående ärende	7	11,1
Aktuell Af	6	9,5
Annan övrigt	3	4,8
Arbete	2	3,2
Ej rehab	5	7,9
Rehab-arbetsförberedande	30	47,6
Rehab/behandling-medicinsk/social	9	14,3
Utb-yrke	1	1,6
Totalt	63	100,0

## Resultat i projektmålen vid utskrivning

Deltagarna som genomgått projektets alla delar (utforskning, arbetsprövning, arbetsträning; se Bilaga 1) är för få (20 stycken, varav 18 besvarat enkäter både före och efter projektet) för att dra säkra statistiska slutsatser om resultat i förhållande till projektmålen.

*Kommentar: Antalet som gått genom hela projektet är inte orimligt med tanke på den svaga resurssidan hos många deltagare vid inskrivning; det tar längre tid att rehabilitera om rehabiliteringsbehovet är stort. Även förändrade budgetramar kan ha spelat roll.*

För att få ett beräkningsbart underlag för analyser av resultaten i projektmålen inkluderas både de som genomgått alla projektdelar, och de som genomgått stora delar av projektet (utforskning, arbetsprövning; se Bilaga 1). De som genomgått stora delar av projektet var 32 personer, varav 25 besvarat båda enkäterna, varför det totala antalet personer blir 43 i beräkningen av resultaten avseende projektmålen.

*Kommentar: Det är inte optimalt att slå samman deltagare som gjort olika saker, men statistiskt nödvändigt. De relativt modesta skillnaderna mellan de båda grupperna vid inskrivningen (se Bortfallsanalys) säger att grupperna hade ungefärligen samma utgångsläge när de började projektet.*

### Resultat: Uppnä eller öka förmågan till förvärvsarbete och/eller studier för deltagaren

**Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet:** Sammanfattningsvis bedömde deltagarna efter Rehabilotsen sin aktivitetsförmåga som högre än vad de bedömt före Rehabilotsen, speglat i totalpoängen i DOA. Även de tre underkategorierna i DOA speglade en högre bedömning av aktivitetsförmågan efter Rehabilotsen. Det var dock enbart förbättringarna i totalpoängen och självkännedomskategorin som var statistiskt signifikanta.

*Kommentar: Huvudresultatet avseende deltagarnas aktivitetsförmåga är att denna förbättrats på ett statistiskt säkerlagt sätt. Förbättringen var dock, uttryckt som effektstorlek, liten (se en mer detaljerad redovisning i punktform nedan).*

*Det kunde noteras en tendens hos många deltagare att skatta sin aktivitetsförmåga i positiv/hög riktning före Rehabilotsen. Genomgående låg deltagarnas medianer vid inskrivning nära 75% av maxvärdena i DOA-kategorierna. Annorlunda uttryckt kunde sägas att många deltagare hade stark vilja till aktivitet, och ett hopp som även kan ha understötts av de informationsmöten om Rehabilotsen som föregått deras svar i utvärderingen. En konsekvens av den initiala överskattningen är att utrymmet att förbättras i sina svar inte blir så stort. Därmed kan deltagarnas förbättrade aktivitetsförmåga inte speglas på ett rättvisande sätt i DOA; förbättringen underskattas därför sannolikt något.*

*Ett ytterligare bidrag till statistiskt underskattad förbättring kommer också från den grupp på omkring en handfull deltagare som sänkt sina skattningar efter Rehabilotsen; utifrån data kunde ett antagande göras om att de kunde ha "realitetsanpassat" sina bedömningar. Det datagrundade antagandet jämfördes med personalens ställningstagande till vilka personer som, enligt personalens erfarenhet, fått en mer realistisk – mer begränsad – uppfattning om sin aktivitetsförmåga. Personalen gjorde sina ställningstaganden utan att veta vad det datagrundade antagandet var för de olika deltagarna. Det datagrundade antagandet och de erfarenhetsbaserade ställningstagandena sammanföll i fem fall.*

Här nedan redovisas resultaten för varje DOA-kategori, i första hand för alla deltagare som genomgått hela eller stora delar av projektet. Resultatet beräknat utan de fem personer som fått en mer realistisk syn på sin aktivitetsförmåga nämns också.

Redovisat per kategori i DOA blev resultatet:

- Före Rehabilotsen var medianvärdet för DOA:s totalpoäng (som speglar deltagarnas bedömning av aktivitetsförmågan generellt sett) 67,5 (variationsvidd 1,0 – 100,0) av 100,0 möjliga maxpoäng. Efter Rehabilotsen var medianvärdet 71,5 (variationsvidd 19,0 – 100,0). Förbättringen var signifikant (Wilcoxon's parameterfria test,  $p = 0,048$ ). Effektstorlek 0,21. Utan de fem som realitetsanpassat sin bedömning blev effektstorleken 0,33.
- Före Rehabilotsen var medianvärdet för DOA-kategorin självkänedom, intressen och värderingar (som speglar deltagarnas vilja till aktivitet) 14,0 (variationsvidd 0,0 – 20,0) av 20,0 möjliga maxpoäng. Efter Rehabilotsen var medianvärdet 15,0 (variationsvidd 4,0 – 20,0). Förbättringen var signifikant (Wilcoxon's parameterfria test,  $p = 0,009$ ). Effektstorlek 0,34. Utan de fem deltagare som realitetsanpassat sin bedömning blev effektstorleken 0,44.
- Före Rehabilotsen var medianvärdet för DOA-kategorin roller och vanor (som speglar deltagarnas vana vid aktivitet) 15,0 (variationsvidd 0,0 – 20,0) av 20,0 möjliga maxpoäng. Efter Rehabilotsen var medianvärdet också 15,0 (variationsvidd 3,0 – 20,0). Förbättringen var inte signifikant (Wilcoxon's parameterfria test,  $p = 0,134$ ). Effektstorlek 0,19. Utan de fem som realitetsanpassat sin bedömning blev förbättringen signifikant, och effektstorleken 0,32.
- Före Rehabilotsen var medianvärdet för den enskilda DOA-frågan om individens fysiska förmåga att aktivera sig (som speglar deltagarnas upplevelse av förmåga att aktivera sig)

3,0 (variationsvidd 0,0 – 5,0) av 5,0 möjliga maxpoäng. Efter Rehabilotsen var medianvärdet också 3,0 (variationsvidd 0,0 – 5,0). Förbättringen var inte signifikant (Wilcoxon's parameterfria test,  $p = 0,137$ ). Effektstorlek 0,16. Utan de fem som realitetsanpassat sin bedömning blev förbättringen signifikant, och effektstorleken 0,31.

- Före Rehabilotsen var medianvärdet för DOA-kategorin organisations- och problemlösningsförmåga (som speglar deltagarnas upplevelse av förmåga att aktivera sig) 14,75 (variationsvidd 0,0 – 25,0) av 25,0 möjliga maxpoäng. Efter Rehabilotsen var medianvärdet 16,0 (variationsvidd 2,0 – 25,0). Förbättringen var nära signifikant (Wilcoxon's parameterfria test,  $p = 0,076$ ). Effektstorlek 0,24. Utan de fem som realitetsanpassat sin bedömning blev förbättringen signifikant, och effektstorleken 0,35.

*Kommentar: Sammanfattningsvis kan man säga att deltagarnas DOA-skattningar i de olika kategorierna varierade ganska mycket, det fanns alltså en stor individuell variation i deltagarnas bedömning av den egna aktivitetsförmågan. Om man räknar bort de personer som med stor sannolikhet överskattat sin aktivitetsförmåga vid inskrivning blir den statistiska bilden av ökad aktivitetsförmåga stärkt; samtliga DOA-kategorier förbättrades signifikant, med små effektstorlekar.*

**Tro på den egna förmågan:** Efter Rehabilotsen bedömde deltagarna sin tro på den egna förmågan starkare än vad de bedömt före Rehabilotsen. Medelvärdet förbättrades från 24,12 till 26,14. Ökningen var statistiskt signifikant (tvåsidig t-testning;  $p = 0,010$ ). Effektstorlek 0,35.

*Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var förbättringen av deltagarnas tro på sin egen förmåga liten. Ett närmare studium av gruppen deltagare visade dock att det på samma sätt som för DOA ovan, fanns en grupp på fem personer som minskat tron på den egna förmågan efter Rehabilotsen. Kliniskt sett är det mycket rimligt att en del personer "realitetsanpassar" sin tro på den egna förmågan, dessa personer har helt enkelt haft en för optimistisk syn på sin egen förmåga vid inskrivningen. Därmed minskas dock den statistiska förbättringen i gruppen som helhet, varför effektstorleken sannolikt något underskattar förbättringen hos flertalet deltagare.*

Utan de fem deltagare som realitetsanpassat sin bedömning blev effektstorleken 0,53, vilket utgör en moderat effektstorlek.

Även om deltagarna förbättrats på ett signifikant sätt, så kan man fråga sig hur deras tro på sin egen förmåga efter Rehabilotsen står sig i jämförelse med en normalgrupp. En förändring från riktigt uruselt till "bara" dåligt tro på den egna förmågan kan ge en signifikant förbättring men fortfarande skulle gruppen kunna ha en lägre tro på den egna förmågan än befolkningen i allmänhet. Både före och efter Rehabilotsen hade deltagarna en signifikant lägre tro på sin egen förmåga än vad jämförelsegruppen hade. Före var skillnaden, uttryckt som effektstorlek, 1,04, efter 0,65.

*Kommentar: Förbättringen i tron på den egna förmågan avspeglas också genom att deltagarna efter Rehabilotsen närmat sig jämförelsegruppen. Deltagarnas tro på den egna förmågan var dock lägre än jämförelsegruppens även efter deltagande; skillnaden minskade från stor effektstorlek till moderat effektstorlek.*

**Energitillgång:** Deltagarnas upplevda energitillgång hade ökat både enligt HAD-påståendet (Wilcoxons parameterfria test;  $p = 0,002$ ) och enligt Zung-påståendet (Wilcoxons parameterfria test;  $p = 0,001$ ). I båda fallen var ökningen signifikant. Effektstorlekarna var 0,71 respektive 0,65.

*Kommentar:* Uttryckt som effektstorlekar var alltså deltagarnas ökning av den upplevda energitillgången moderat. Det innebär en tydlig förbättring.

**Meningsfullhet:** Deltagarnas upplevelse av mening i sin tillvaro hade ökat både enligt HAD-påståendet (Wilcoxons parameterfria test;  $p = 0,003$ ) och enligt KASAM-frågan (Wilcoxons parameterfria test;  $p = 0,060$ ). I första fallet var ökningen signifikant, medan den i andra fallet var nära signifikans. Effektstorlekarna var 0,57 respektive 0,28.

*Kommentar:* Uttryckt som effektstorlek var alltså deltagarnas ökade upplevelse av mening i sin tillvaro moderat, och därmed tydlig, med ett mått från ett depressionsinstrument. Men i måttet på känsla av sammanhang var förbättringen mera blygsam.

**Fysiska hinder:** Deltagarnas upplevelse av begränsning i arbetsförmågan på grund av kroppsliga hälsobesvär var inte förändrad efter deltagande i Rehabilotsen (Wilcoxons parameterfria test;  $p = 0,367$ ). Effektstorlek 0,11.

*Kommentar:* Det är naturligt att deltagarna svarade att deras fysiska arbetsförmåga inte förbättrats. Det är ju ett område Rehabilotsen inte arbetat direkt med. Skulle denna jämförelse av frågor före-efter Rehabilotsen ha utfallit signifikant kunde man ha befarat att de i utvärderingen använda måtten generellt sett inte rättvisande speglar gruppens förändringar.

**Psykiska hinder:** Deltagarnas upplevelse av begränsning av arbetsförmågan på grund av psykiska hälsobesvär hade minskat signifikant (Wilcoxons parameterfria test;  $p = 0,001$ ). Effektstorlek 0,45.

*Kommentar:* Uttryckt som effektstorlek var deltagarnas egen uppskattade minskning av de psykiska arbetshindren liten, men statistiskt säker. Detta kan delvis förstås utifrån att den psykiska hälsan vid inskrivning var riktigt dålig (se livskvalitetsmålet nedan), delvis kan det förstås utifrån att gruppen deltagare i analysen till stor del utgörs av personer som inte gått genom hela projektet. Det är också möjligt att ställa frågan huruvida den ovan diskuterade "realitetsanpassningen" även kan spela in i denna bedömning. Vidare har enkäten efter projekt-deltagande fyllts i när deltagaren förs över till Af, en situation som är behäftad med osäkerhet för många deltagare, vilket kan ha återaktualiserat psykisk problematik kopplad till arbetsförmågan.

I anslutning till frågan om psykiska arbetshinder har deltagarna vid inskrivningen också svarat på en fråga som indikerar kvarvarande behandlingsbehov hos deltagaren. Av svarsfördelningarna i tabellen nedan kan utläsas att drygt en tredjedel ( $16,7 + 19,0 = 35,7\%$ ) i låg grad ansåg sig ha fått behövlig behandling på sin vårdcentral. Slår man samman de svarsalternativ som indikerar en låg till ganska låg grad av tillfredsställt behandlingsbehov (alternativ 1 till och med 4), blir andelen deltagare två tredjedelar (66,6%).

Har du fått den behandling du behöver på din vårdcentral?	Antal	Procent
1 I låg grad	7	16,7
2	8	19,0
3	3	7,1
4	10	23,8
5	4	9,5
6	3	7,1
7 I hög grad	5	11,9
Antal svarande	40	95,2
Ej svar	2	4,8
Totalt	42	100,0

*Kommentar:* Här framkommer ytterligare en möjlig delförklaring till den lilla förbättringen av psykiska arbetshinder i föregående fråga; nämligen att fler än hälften av deltagarna upplevde sig ha kvarvarande behandlingsbehov vid inskrivning.

**Kunskapsmässiga hinder:** Upplevelsen av att ha tillräckliga kunskaper om hur man kan gå vidare med arbete eller studier hade ökat signifikant (Wilcoxons parameterfria test;  $p = 0,012$ ). Effektstorlek 0,54.

*Kommentar:* Uttryckt som effektstorlek var deltagarnas ökning av kunskaper om hur de skulle kunna gå vidare moderat, och därmed tydlig.

## Resultat: Förbättrad livskvalitet för deltagaren

**Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden:** Deltagarnas tillfredsställelse hade efter Rehabilotsen ökat inom samtliga livskvalitetsområden. Det var dock endast ökningen avseende tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättningssituationen som var signifikant (Wilcoxons test;  $p = 0,001$ ). Effektstorleken var 0,64.

Ökningen avseende tillfredsställelsen med livet i allmänhet var nära signifikans (Wilcoxons test;  $p = 0,090$ ). Effektstorleken var 0,23.

*Kommentar:* Förbättringen av tillfredsställelsen med yrkes-/sysselsättningssituationen var tydlig. Detta livskvalitetsområde måste anses ligga i centrum för vad Rehabilotsen kunnat påverka. Det vore inte realistiskt att förvänta sig kraftigt ökad livskvalitet inom alla de nio livskvalitetsaspekter som mättes; utgångsläget var för dåligt, dels utifrån den svaga resurssida som framkommit i beskrivningen av bakgrundsförhållandena vid inskrivningen, dels utifrån det mycket skrala livskvalitetsläget jämfört med befolkningen i övrigt (se här nedan).

Före Rehabilotsen hade deltagarna signifikant lägre livstillfredsställelse än svenska befolkningen i övrigt; avseende allmän livstillfredsställelse såväl som de åtta delområdena, (chi-två

varierade mellan 262,87 och 65,50;  $fg = 5$ ;  $p = 0,000$ ). Deltagarna hade alltså sämre livstillfredsställelse än svenska befolkningen avseende:

- allmän livstillfredsställelse
- yrkes-/sysselsättningssituation,
- ekonomi,
- fritidssituation,
- socialt umgänge,
- sexliv,
- grundläggande förmåga att sköta sig själv (ADL),
- familjeliv,
- parrelationer.

De största skillnaderna mellan deltagarna och befolkningen förelåg avseende allmän livstillfredsställelse ( $\chi^2$ -två = 262,87), yrkes-/sysselsättningssituationen ( $\chi^2$ -två = 231,37), ekonomin ( $\chi^2$ -två = 178,47) och socialt umgänge ( $\chi^2$ -två = 230,93). För få något att jämföra med kan nämnas att det hade räckt med  $\chi^2$ -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 skillnader som är omkring tjugo gånger större.

*Kommentar: Deltagarna hade en dramatiskt sämre livskvalitet än svenska befolkningen i övrigt vid inskrivning. Skillnaderna var särskilt stora avseende allmän livstillfredsställelse, yrkes-/sysselsättningssituationen, ekonomin och socialt umgänge.*

Efter Rehabilotsen var fortfarande livstillfredsställelsen signifikant lägre än svenska befolkningen i övrigt avseende allmän livstillfredsställelse såväl som de åtta delområdena. Skillnaderna hade dock minskat ( $\chi^2$ -två varierade mellan 282,95 och 30,69;  $fg = 5$ ;  $p = 0,000$ ). De mest påtagliga minskningarna återfanns för yrkes-/sysselsättningssituationen (mer än halverad skillnad), parrelationer (halverad skillnad) och socialt umgänge (nästan halverad skillnad).

*Kommentar: Deltagarna hade efter Rehabilotsen tydligt närmare sig befolkningen, men hade fortfarande signifikant sämre livskvalitet. Skillnaderna var fortfarande betydande, vilket inte är så konstigt med tanke på den svaga resurssidan och det usla livskvalitetsläget vid inskrivning. Härtill kan endast en öppen fråga ställas gällande vad ändrade regelverk i sjukförsäkringssystemet under projektiden kan ha spelat för roll för deltagarnas bedömning av sin livssituation?*

**Generell psykisk hälsa:** Deltagarna förbättrades signifikant i alla CORE-kategorier. Förbättringarna i medelvärden framgår av tabellen nedan (tvåsidigt t-test;  $p$  varierade från  $< 0,001$  till  $0,016$ ). I absoluta tal var förbättringarna nära 0,5 poäng.

<b>CORE-kategori</b> (bäst-sämst = 0-4)	<b>Före Rehabilotsen</b> (n = 43)	<b>Efter Rehabilotsen</b> (n = 43)	<b>Effektstorlek</b>	
<b>Välbefinnande</b>	2,41	1,98	,54	Moderat
<b>Problem/symtom</b>	2,52	2,15	,52	Moderat
<b>Fungerande</b>	2,04	1,57	,75	Moderat
<b>Risker</b>	0,73	,30	,74	Moderat
<b>Totalt utom risker</b>	2,30	1,88	,67	Moderat
<b>Totalt Psykisk hälsa</b>	2,02	1,60	,72	Moderat

*Kommentar:* Uttryckt som effektstorlekar var förbättringarna av den psykiska hälsan moderata, dvs. tydliga. Förbättringarna kan också beskrivas utifrån att kategorierna förbättrats med nästan ett halvt skalsteg (0,5 poäng), vilket i CORE-litteraturen anges vara en kliniskt betydelsefull skillnad.

Både före och efter Rehabilotsen var medelvärdena i de olika kategorierna av CORE-OM signifikant lägre för deltagarna än de värden som finns från en svensk normalgrupp (tvåsidigt parametriskt t-test,  $p < 0,001$  för samtliga jämförelser). Skillnaderna illustreras i tabellerna nedan. Efter hade dock skillnaderna minskat, för Risk-kategorin allra mest.

<b>CORE-kategori</b> (bäst-sämst = 0-4)	<b>Före Rehabilotsen</b> (n = 43)	<b>Svensk normalgrupp</b> (n = 229)	<b>Effektstorlek</b>	
<b>Välbefinnande</b>	2,41	1,15	1,67	Stor
<b>Problem/symtom</b>	2,52	1,15	1,95	Stor
<b>Fungerande</b>	2,04	0,94	1,82	Stor
<b>Risker</b>	0,73	0,14	1,37	Stor
<b>Totalt utom risker</b>	2,30	1,06	2,06	Stor
<b>Totalt Psykisk hälsa</b>	2,02	0,90	2,09	Stor

<b>CORE-kategori</b> (bäst-sämst = 0-4)	<b>Efter Rehabilotsen</b> (n = 43)	<b>Svensk normalgrupp</b> (n = 229)	<b>Effektstorlek</b>	
<b>Välbefinnande</b>	1,98	1,15	1,09	Stor
<b>Problem/symtom</b>	2,15	1,15	1,40	Stor
<b>Fungerande</b>	1,57	0,94	1,04	Stor
<b>Risker</b>	,30	0,14	,46	Liten
<b>Totalt utom risker</b>	1,88	1,06	1,35	Stor
<b>Totalt Psykisk hälsa</b>	1,60	0,90	1,32	Stor

*Kommentar:* Uttryckt som effektstorlekar var skillnaden mellan Rehabilotsens deltagare och den svenska normalgruppen stor, både före och efter projektet. Det är dock notabelt att

*skillnaderna uttryckta i effektstorlekar var så stora som de var före Rehabilotsen; ifråga om totalmedelvärdena mer än dubbelt så stora som skulle ha krävts för att effektstorlekarna skulle räknas som stora. Projektdeltagarna hade alltså före projektet en anmärkningsvärt dålig generell psykisk hälsa i jämförelse med svenska befolkningen i stort, och efter projektet var hälsan "enbart" dålig. Förbättringen var alltså tydlig. Risk-frågorna avvek från detta mönster; skillnaden var liten efter projektet. Det är viktigt eftersom riskfrågorna fångar destruktiva tankar och beteenden. Medelvärdena i CORE-OM tyder inte på att tung psykisk ohälsa, motsvarande slutenpsykiatrisk vård, skulle förevara i någon nämnvärd utsträckning.*

En närmare granskning av de enskilda deltagarnas totalvärden (utan Risk-frågorna) har gjorts i förhållande till gränsvärdena för vad som kännetecknar en klinisk grupp (i specialiserad psykologisk behandling). Det kunde utläsas att cirka 90% av deltagarna före projektet indikerade psykisk ohälsa av en sådan art att psykologisk eller psykiatrisk behandling skulle vara motiverad; eftersom problem av den här omfattningen och varaktigheten inte går över av sig själva utan tenderar att kroniceras. Som jämförelse kan nämnas, att i den svenska normalgruppen indikerade en dryg femtedel (22%) av de enskilda deltagarna samma ohälsolivåer som den kliniska gruppen. Efter Rehabilotsen var det 57% av männen, och 76% av kvinnorna, som hade lika allvarlig psykiska ohälsa som en klinisk grupp.

På Risk-frågorna var det före projektet 76% av männen, och 63% av kvinnorna, som svarade i nivå med en klinisk grupp. Efter projektet var 21% av männen, och 38% av kvinnorna, i nivå med en klinisk grupp.

*Kommentar: Andelen som hade en så dålig psykisk hälsa att psykologisk eller psykiatrisk behandling var motiverad var extremt hög före projektet, men minskade efteråt. Männen förefaller ha förbättrats något mer än kvinnorna i projektet.*

## **Resultat: Stärkt social delaktighet och kompetens för deltagaren**

**Aktivitetsnivå i arbetsrelaterad sysselsättning:** Vid inskrivning angav 85% av deltagarna att de var påtagligt mindre aktiva i arbetsrelaterad sysselsättning än de ville eller kunde vara. Efter projektet var det 43% som var påtagligt mindre aktiva. Deltagarna ökade därmed signifikant sin aktivitetsnivå efter Rehabilotsen (Wilcoxon's parameterfria test;  $p = 0,000$ ). Effektstorlek 1,20.

*Kommentar: Aktivitetsnivån i arbetsrelaterad sysselsättning var mycket låg före Rehabilotsen, men ökade mycket tydligt.*

**Aktivitetsnivå i fritidssysselsättning:** Deltagarna ökade sin aktivitetsnivå efter Rehabilotsen, men inte signifikant (Wilcoxon's parameterfria test;  $p = 0,116$ ). Effektstorlek 0,27.

*Kommentar: Aktivitetsnivån i fritidssysselsättningar ökade, men inte signifikant. Eftersom fokus för projektet har varit arbetslivet, inte fritiden, är resultatet helt naturligt.*

**Förmåga till samspel och kommunikation:** Efter Rehabilotsen bedömde deltagarna sin förmåga till socialt samspel och kommunikation som signifikant bättre än vad de bedömt före



projektet. Före Rehabilotsen var medianvärdet 20,0 (variationsvidd 1,0 – 30,0) för DOA-kategorin förmåga till samspel och kommunikation (som speglar deltagarnas förmåga att aktivera sig socialt) av 30,0 möjliga maxpoäng. Efter Rehabilotsen var medianvärdet 22,0 (variationsvidd 7,0 – 30,0). Förbättringen var signifikant (Wilcoxon's parameterfria test,  $p = 0,014$ ). Effektstorlek 0,24. Utan de fem deltagare som realitetsanpassat sin bedömning blev effektstorleken 0,38. (ang. realitetsanpassning, se resultatmålet öka förmågan till förvärvsarbete ovan)

*Kommentar: Man kan notera att många av deltagarna hade en klart positiv syn på sin egen sociala kompetens före Rehabilotsen, 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 anta att det ryms en viss överskattning från deltagarnas sida eftersom många av dem inte haft tillfälle att i närtid testa sin sociala kompetens i arbetsituationer. Detta kan delvis förklara varför förbättringen, uttryckt som effektstorlek, blev liten.*

### **Resultat: Begränsa rundgång mellan olika myndigheter (genom att effektivisera handläggningen kring deltagaren)**

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.

Nästan två femtedelar (37,2%) tyckte att de ganska eller väldigt mycket blivit skickade mellan myndigheter utan att dessa samarbetat (se tabell nedan).

<b>Före du träffade din handläggare i Rehabilotsen, har du upplevt att du blivit skickad mellan olika myndigheter utan att de samarbetat?</b>	Antal	Procent
Inte alls	7	16,3
Lite	18	41,9
Ganska mycket	11	25,6
Väldigt mycket	5	11,6
Antal svarande	41	95,4
Ej Svar	2	4,6
Totalt	43	100,0

Drygt två femtedelar (44,2%) ansåg att det varit ett ganska eller mycket stort problem att ha blivit runtskickad mellan myndigheter (tabell nedan).

Tycker du att det varit ett problem att ha blivit runtskickad?	Antal	Procent
Nej, inget	1	2,3
Ja, litet	13	30,2
Ja, ganska stort	12	27,9
Ja, mycket stort	7	16,3
Antal svarande	33	76,7
Ej svar	10	23,6
Totalt	43	100,0

Drygt hälften (51,2%) ansåg att Rehabilotsen minskat problemet med rundgång ganska eller väldigt mycket.

Tycker du att Rehabilotsen minskat problemet?	Antal	Procent
Nej, inte alls	1	2,3
Ja, litet	10	23,3
Ja, ganska mycket	15	34,9
Ja, väldigt mycket	7	16,3
Antal svar	33	76,7
Ej svar	10	23,6
Totalt	43	100,0

*Kommentar: Ganska stora andelar av deltagarna ansåg att de blivit skickade mellan olika myndigheter som inte samarbetat, och/eller hade upplevt det som ett problem att bli runtskickad mellan myndigheter. Drygt hälften tyckte att Rehabilotsen påtagligt minskat problemet med rundgång, vilket måste anses vara ett gott betyg.*

De som svarat att Rehabilotsen i någon mån minskat rundgångsproblemet fick svara på den öppna frågan ”På vilket sätt har Rehabilotsen minskat problemet?”. Det var 17 personer (40%) som svarade, deras svar redovisas här ordagrant:

- Behövde komma ut och arbetsträna (komma vidare), nu arbetstränar jag. (Ursäkta, har svårt formulera mig idag..) (Sådana här projekt behöver stabilitet och brett samarbete mellan olika instanser. Ni tog ett bra steg i rätt riktning!)
- De andra insatserna har lämnat mig ifred och jag har kunnat koncentrera mig på Rehabilotsen
- Det har varit skönt att ha ett ställe man hör till
- Genom att allt finns på samma plats

- Genom coachen NN har jag känt ett viktigt stöd - (inte råd eller prat som ger skuld-känslor). Hon hjälper mig stärka självkänslan/tilliten som får sig en knäck efter alla dessa år av kämpande hamna mellan nya stolar... förstärker den negativa spiralen - knäcker mig och sönder sk. nätverket. Hur få stopp på detta= se problemet och se "möjligheter" - att förändra.. NN har varit med mig hos olika "personer" - där jag blir blockerad av dåliga erfarenheter och hon har verkligen stöttat med rätt info... Om det nu blir klargjort om min framtida handlingsplan som sammanställs hur jag skall fortsätta min rehab och försörjning av psykolog kommer allt att gå åt rätt håll= det var någon mening med möjligheterna
- Har fått mycket hjälp. Jag har för det mesta alltid kommit till samma plats/ställe. Inte blivit runtskickad. Alla aktiviteter har ägt rum i samma ställe och Rehabilotsen har hjälpt mig när jag har haft frågor och när jag har fastnat i något, för att när man är sjukskriven klarar man inte allting själv.
- Har underlättat att ha en samordnare, kontakt, och som stöd
- Jag har fått örtagård rehabilitering!
- Jag tycker att promenadgruppen är positiv. Men det känns mycket frustrerande att inte vet var jag är "påväg" någonstans.
- Man har fått den hjälp man behöver. "problemet" har inte flyttats till någon annan myndighet. Bra och empatisk personal som förstår individens behov.
- Man har haft stöd och hjälp under en längre tid, känt att man kan pröva sig fram efter ens egen förmåga
- Man har någon som håller i allt vilket är skönt och tryggt
- Personalen på RL är jämställda med diverse myndigheter vilket jag inte är
- Problemet har minskat tack vare att tillgången till myndighetspersonerna arbetat "under samma tak". De har samarbetat sinsemellan och har var och en på sitt sätt kunskap om de regler jag behövt information om, sådant som kan vara svårt för mig att ens tänka på och således inte heller söka information om
- Rehabilotsen har hjälpt mig i kontakten med Försäkringskassan och Af ( och läkaren)
- Under den tid, kände jag mig för det mesta väl bemötad, och hade fått träffa en bra psykolog som fick mig känna mig lite mer tryggt. Andra personalen på det här stället är både kunniga och snäklla att bemöta folk, tycker jag.
- Är det ett problem man har så behöver man inte berätta/upprepa samma saker flera gånger. Man får bra hjälp med vart man skall vända sig om man har frågor man vill ha svar på, men vet inte vart man ska gå.

*Kommentar: Citaten illustrerar och ger exempel på vad deltagarna uppfattade hjälpte dem att minska problemet med rundgång mellan myndigheter.*

## **Resultat: Fria svar på öppna frågor om något saknats i projektet samt vad som varit nyttigt för deltagarna**

På den öppna frågan "Fanns det något du saknade i Rehabilotsen?" avgav 29 deltagare (67%) ett svar. Det vanligaste svaret var olika varianter av "Nej"; så svarade 16 personer (37%). Övriga svar redovisas ordagrant nedan, de olika "Nej"-svaren har ej medtagits:

- \*Få prata om hur man ska få allting att gå ihop - "livspusslet"
- \*Få prata om hur arbetsprovningen fungerar. (i grupp) ( och enskilt för det känsligaste)
- \*Började i praktik på caféet ni samarbetar med, kändes bra. Sedan kändes det som det (känslan att vara på väg) avstannade, hade behövt fortsätta utan avbrott under så trygga former.
- \*OBS! Tror att alla sådana här projekt borde samarbeta med el. konsultera personer med vår bakgrund för att få värdefull "input" om upplägget. Släpp in vår kunskap mer!

- APU- arbetspsykologisk utredning
- Att det varade längre man behöver längre tid med mycket hjälp
- Att Rehabilotsen skall "läggas ner"
- Flexibilitet. Positiv peppning. Ibland tron på personens egna förmåga att veta vad som är bra för henne
- Hade velat haft psykologstöd under tiden för att kunna bättre förstå och bli bättre i min relation till arbetslivet och få bättre självkänsla
- Ibland fick jag information OM aktiviteter, föreläsningar(jag hade en del aktiviteter utanför rehhablotsen) 7-8 mån gick bort för mig efter diagnos bröstcancer var ej med i någon regelrätt grupp/vet ej om bra el dåligt
- Inte som jag kan komma på...jo! större tillgång till läkare/psykiatiker.
- Jag hade velat att man mer såg utanför ens sjukdomsbild och vem man var som person mer. Att få sitt intellekt och intresse stimulerade på ett sätt. Sen tyckte jag att dröjde väl länge mellan samtal och möten ibland. Det kunde ha snabbats upp ibland. Som helhet ganska bra men det hade kunnat stramats ihop mer.
- Kanske en coaching mera konkret än lyssnande, jag hade också en förväntan om att mera få bolla mina styrkor o förmågor - så att jag därigenom hittade en bra praktikplats och en nyinriktning i livet.
- Kanske en coaching i "vad jag ska bli när jag blir stor"
- Min soc.sekr ej informerad om vad RL har arr erbjuda varför jag verkar hamnat fel. Ni inte anser Er kunna bidra. Hänvisning till lämplig vägledning då ni inte anser Er ha detta, utifrån mina behov. Dvs bolla detta vidare till där jag kom ifrån. DVs soc.kontor& Af=känns som slöseri på tid! Inget resultat
- psykologsamtal. Riktig arbetsmiljöträning
- Tereapeutiska samtal & aktiviteter t ex bildterapi

*Kommentar: Det var en hög andel av deltagarna som avgav ett svar. Normalt är det bara en mindre del av som brukar svara på öppna frågor i enkätundersökningar. Detta tyder på ett engagemang för projektet. Det vanligaste svaret var att man inte saknade något. Övriga svar varierade ganska mycket i vad deltagarna saknat. Sammantaget kan svaren tas som indikationer på att det inte var några systematiska luckor i vad Rehabilotsen erbjudit deltagarna.*

På frågan "Var det något i Rehabilotsen som du tyckte du hade särskilt stor nytta av?" svarade 31 personer (72%). Svaren återges här ordagrant:

- \*Lyhördhet-inkännandet-empatin
- \*att aktivt få vara med i planeringen av min rehabilitering
- \*psykologkontakt
- Allt som min kontaktperson gjorde för mig
- att de har funnits tillhands, när man har behövt dom
- Att det fanns stöd och förståelse, och att man hade tid på sig och prova sig fram
- Att göra en plan för att komma ut i arbetsträning. Att det bestäms att nu ska det göras och att man skriver papper på hur länge man ska vara där. Det ger en struktur som är nödvändig för att jag skulle klara av det. Framför allt känner man att FK är med på det. Vilket nog har varit viktigaste. Psykologsamtal.
- Att slippa gå till flera olika myndigheter hela tiden för att säga samma sak. Arbetsprövningen där jag började i få timmar som blev fler efter hand. Känna att man har en stödperson bakom sig, speciellt i vissa situationer var det bra.
- Att träffa folk som jag kände mig tryggt med, träffa psykologen, kände mig till nytta när jag bakade och särskild klarade av uppgiften.
- De gav mig möjligheten att hitta alternativa lösningar när det gäller rehabilitering. Positivt tänkande
- Det mesta.
- Då jag bara har genomgått utredning så har nyttan varit på sådan nivå.

- Eftertanke & Brainstorm. Samtal.
- Fått upp mitt självförtroende, se framtiden. Jobba med mig själv. Våga möta andra människor. Inte känna mig värdelös.
- gruppverksamhet=gemenskap-rutiner-kontinuitet. Möjligheten att prova mig fram. Stöd från personalen
- Har fått stor hjälp att se klarare på mig själv, och fått nya redskap att hantera mitt liv. Här finns mycket kunskap! Är glad att jag fick hjälp att "hitta" Ateljé Trädet. Är glad för allt stöd jag har fått.
- Jag hade nytta av att det fanns lyhörda, empatiska människor som såg helhetsbilden av en som människa där man fick koppla ihop arbetssidan av sig med andra delar av en och hur det hänger ihop. Jag kände mig förstådd på många sätt kan jag se så här efteråt
- Jag har haft nytta av allt. Det har varit en perfekt alans och lyhördhet av och när krav skall ställas på mig.
- Jag har lärt mig nya saker, som jag kan utöva å min fritid!
- Jag har mkt nytta av min coach
- Kontakten med min coach funkade väldigt bra
- Min coach som fungerade som en sambandscentral vilket underlättade alla kontakter med myndigheter/praktik. Hade bra kunskap om FK:s regler osv
- Min mentor, förståelsen, kontakten hon hade med möten med datorn o FK så man slapp vara spindeln i nätet utan kunde fokusera på mig själv
- Möjligheten att få lägga upp en hållbar struktur gnm olika "aktiviter", dvs inplanerade promenader, samtals- och aktivitetsgrupper. Haft stor nytta av den kunskap som finns vad som gäller info/reglerna för återgång till arb.livet. Haft stor nytta av "coach", dvs någon som objektivt kan se på min situation och vad jag behöver och kan få för stöd hos F-kassa,arb.givare, vård och som jag kunnat "bolla" tankar med och ställa frågor till.
- Personalen och deltagarna
- NN/coachning, samverkan mellan olika instanser trots undvarande politiker. Arbetsprövning - praktikplats och ev försörjning över existensminimum. Mänsklig förståelse när myndigheter sparkar på den som ligger.
- Psykiater NN har hitintills varit mkt behjälplig och ett stöd. NNs stöd o coaching första 6 mån.
- Rehablotsen har varit en fantastisk tillgång för mig! Underbara människor, engagerade.
- Sociala kontakter. Qiong. \*var med i Örtagård grupp med start efter bröstcanceroperation 2,5 mån 2,5 dag/vecka
- Stöd & närvaro. Uppföljning. Professionella. Vänlighet & förståelse. Vishet & uppmuntran. Vålvilja. Fin atmosfär.
- Stödet som jag fick
- Träffa människor

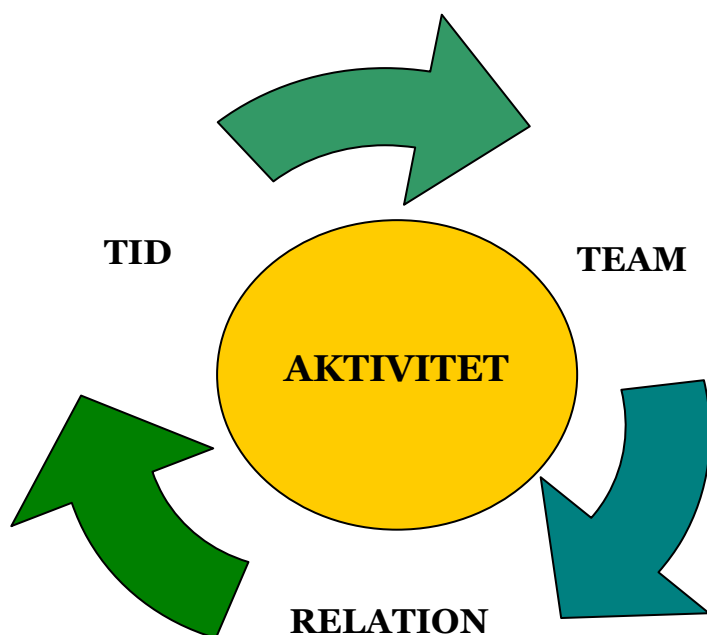
*Kommentar: Det var en mycket hög andel av deltagarna som avgav ett svar. Detta tyder på ett stort engagemang för projektet. De olika förslagen varierar ganska mycket, möjligen åter- speglade den komplexa variationen bland deltagarna.*

## Referenser

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Barkham, M., Evans, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D., et al. (1998). The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health*, 7, 35-47.

- Bedford, A., Watson, R., Lyne, J., Tibbles, J., Davies, F., & Deary, I. J. (2010). Mokken scaling and principal components analyses of the CORE-OM in a large clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *17*, 51-62.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2010). Validation of the Swedish Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Submitted*.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., et al. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 51-60.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., et al. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, *9*, 247-255.
- 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.
- Lyne, K. J., Barret, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*, 185-203.
- 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.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, *67*, 361-370.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, *12*, 63-70.

## Bilaga 1



**Rehablotsen** - ett projekt inom Samordningsförbundet Göteborg Centrum under perioden april 2008-2010. Projektägare är Primärvården Göteborg Centrum. Samverkande myndigheter är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassa, Göteborgs Stad genom socialtjänsten i stadsdelarna Örgryte, Härlanda, Centrum, Majorna och Linnéstaden samt Västra Götalandsregionen/primärvård och psykiatri i Göteborg.

### Bakgrund

Rehablotsen riktar sig till dem som efter en kartläggning, gjord av Samordningsförbundet år 2007, visade sig ha behov av att hitta en väg till arbete och egen försörjning eller annan meningsfull sysselsättning.

Uppdraget för en verksamhet som byggs upp i samverkan mellan flera myndigheter är att utveckla nya arbetsmetoder och att vara flexibel och anpassas efter behoven hos de personer som utgör målgrupp.

Rehablotsen utvecklades från vissa redan befintliga verksamheter inom samordningsförbundet samt kompletterades med nya verksamhetsdelar.

Ambitionen var att skapa en gemensam verksamhet för samordnad rehabilitering för vuxna personer med psykisk ohälsa och/eller långvarigt bidragsberoende.

Befintliga projektverksamheter var

- Projekt VerKSAMt som bestod av två handläggarteam med en gemensam processledare som startade 2006 och
- Rehab Söder som införlivades i förbundet den 1 april 2007 från SDF Härlanda.

Nya verksamhetsdelar var

- gemensam projektledare
- samordnare – privata vårdgivare
- tre rehablotsar i form av sjukgymnast, arbetsterapeut och arbetspsykolog
- psykiatrikonsult

## **Målgrupp**

- Personer över 30 år med psykisk ohälsa och/eller långvarigt bidragsberoende
- Behov av ett samlat stöd i arbetslivsinriktad rehabilitering från tre eller fler av de samverkande myndigheterna
- Deltagaren ska bo i Örgryte, Härlanda, Centrum, Majorna eller Linnéstaden.
- Inga pågående insatser sker inom specialist-/öppenvårdspsykiatri och ingen beroendeproblematik till alkohol eller andra droger föreligger.

## **Behovsgruppen i rehabkedjan**

Insatsen befinner sig i en utredningsfas mellan sjukvård och socialtjänst med en komplex blandning av social problematik, somatik och psykiatri. Gemensam nämnare är multiproblematik.

## **Syfte**

Att erbjuda vuxna personer med psykisk ohälsa arbetslivsinriktad rehabilitering med fokus på omställning och förberedande arbetslivsintroduktion.

## **Mål**

- samordna myndigheternas arbete kring deltagarens behov av rehabilitering
- begränsa rundgång mellan olika myndigheter genom att effektivisera handläggningen kring deltagaren
- öka kvalitén i rehabiliteringen genom ett tvärprofessionellt synsätt i ett samverkande teamarbete
- skapa ett nytt gemensamt instrument genom att skapa en gemensam rehabiliteringsplan
- ge en heltäckande bedömning av problem, möjligheter och arbetsförmåga för deltagaren som kommuniceras i den gemensamma rehabiliteringsplanen.
- genom praktisk prövning uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete och/eller studier för deltagaren
- förbättrad livskvalitet för deltagaren
- stärkt social delaktighet och kompetens för deltagaren

Därutöver skall kunskaper om de vuxnas möjligheter, problematik och situation samlas och spridas tillbaka till de samverkande myndigheterna för att förebygga psykisk ohälsa och långvarigt bidragsberoende framöver.

## **Medarbetare**

Ett tvärprofessionellt team med socionomer, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykiatriker och projektledare som representerar sin profession och hemmaorganisations kompetens men har projektets gemensamma målbild och synsätt.



## Genomförande och utvärderingsplaner

Projektledare och team samlades efterhand i provisorisk lokal från maj 2008 och utarbetade gemensamt arbets- och förhållningssätt med Rehab Söder- modellen som förebild och utifrån Projektplanens ramar.

Deltagare togs in på hösten och efter två flyttar har verksamheten varit på plats i ändamålsenliga lokaler under drygt ett år. Arbete med deltagare har utförts under drygt två års tid fram till intervjuperioden för denna samhällsekonomska utvärdering. Härutöver genomförs samtidigt en extern brukarutvärdering med två mättillfällen (före- och eftermätning) med frågor relaterade till hälsa och funktionsförmåga. En självvärderingsrapport kompletterar bilden av Rehabilotsen för att kunna ge en rättvisande kunskapsöverföring av erfarenheter och nyvunnen kunskap från projektet till samverkande myndigheter.

## Metod ”Rehabilotsmodellen”

Verksamheten består av kartläggning av tidigare insatser och huvudsakligen processinriktad utforskning av deltagarens individuella resurser med fokus på möjligheter och utveckling av förmågor snarare än hinder. Praktisk förberedande arbetsträning erbjuds fortast möjligt genom anpassade omställningsaktiviteter efter deltagarens egna förutsättningar. Därefter sker arbetsträning ute på praktik på arbetsplatser som man gemensamt letar fram som en del i omställningsarbetet. Sammanlagt tar alla aktiviteterna i modellen ca ett år men med behov av individuell anpassning har det visat sig, då komplexa psykosociala behov ofta framträder under utredningsprocessen. Det helhetsperspektiv som teamet kan ge över tid visar sig vara öppningen till nyorientering hos deltagaren. Kärnan är ett tvärprofessionellt team som erbjuder ändamålsenlig växelverkan mellan samtal och samordnad aktivitet utifrån ett förhållningssätt som bygger på relation, respekt och samarbete.

Rehabilotsen erbjuder

- individuell coachning mot praktik/arbete eller studier (supported employment) och koordinering av myndighetsinsatser (case manager) av rehabcoacher som inte har en handläggroll.
- stödsamtal och fördjupad utredning av specialistkompetenser
- gruppverksamheter utifrån deltagarnas behov

Rehabilotsen bidrar till att

- stimulera tvärsektoriell samverkan och minska rundgång
- öka kunskapen om målgruppens behov

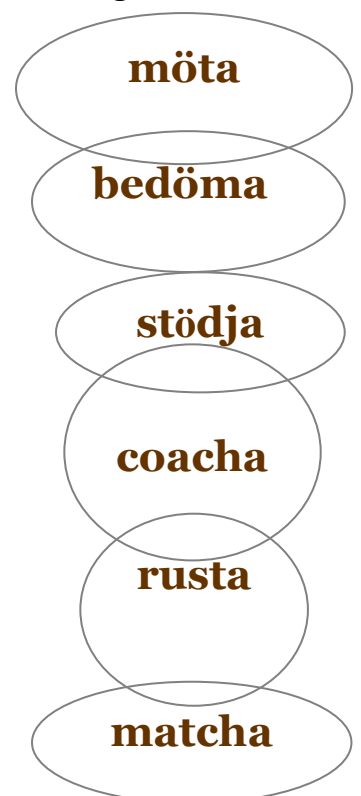
## Framgångsfaktorer

😊 **Tvärprofessionella team - Komplexa behov**

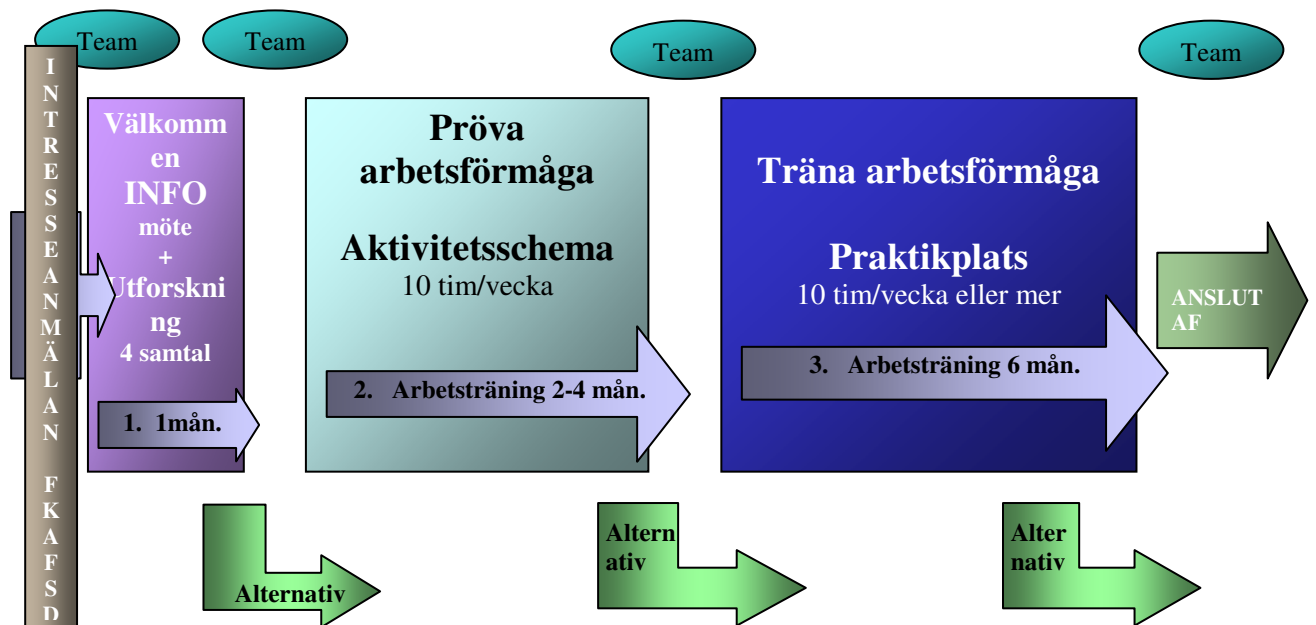
😊 **Aktivitet & Relation**

😊 **Tid & Tålamod & Timing**

- Rehabilitering som tillåter deltagarna att växa ”i sin egen takt”
- Samlokalisering av team och aktiviteter
- Samarbete med myndighetsutövande handläggare



- Invänta rätt läge för att starta ny insats genom risk för energi förluster vid oro för försörjning och att "Nästa steg" kan te sig oerhört stort vid byte av myndighet
- Anslut till nästa myndighet med överlappning genom noggrann planerad överlämning och parallella insatser för att skapa kontinuitet
- Acceptans och resurser för långa insatser i verksamheten



Göteborg 2010-11-24  
 Projektledare Bie Holtz