

ENTER

Kartläggning - Beskrivning av gruppen

November 2015

Anna Liljestam Hurtigh

Nikodemus Enger

Linnea Molin

Innehållsförteckning

Projekt ENTER	2
Unga med aktivitetsersättning	2
Gruppen unga med aktivitetsersättning i Uppsala län	2
Arbete och hälsa	2
Målgrupp	3
Arbetsätt i projektet	5
Syfte och metod	5
Bakgrundsfaktorer	6
Kön	6
Ålder	7
Skäl till exklusion	7
Boende	8
Socialt kontaktnät	9
Tidigare erfarenheter av arbete	10
Tidigare studier	10
Kontakt med kommunen	11
Fysisk aktivitet	12
Mål med deltagande i projektet	12
Tidigare vårdkontakter	13
Diagnoser	14
Individer med antal diagnoser	16
Samsjuklighet	16
Diagnoser bland inkluderade och exkluderade	17
Formulär	18
<i>HAD – Hospital Anxiety and Depression scale</i>	18
<i>MADRS-S - Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale</i>	19
<i>AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test</i>	19
<i>DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test</i>	19
<i>SWLS – Satisfaction with Life Scale</i>	19
<i>EQ5D - Hälsoenkät</i>	19
<i>ISI – Insomnia Severity Index</i>	20
Resultat från mätningarna vid bedömningsamtal	20
Sammanfattning av kartläggningen	21
Referenser	22

Projekt ENTER

Projektet ENTER har finansierats av Samordningsförbundet i Uppsala län. Projektet har pågått från november 2013 till och med november 2015. Huvudprojektägare har varit Arbetsförmedlingen (AF) i Uppsala län och som genomfört projektet i samverkan med Försäkringskassan (FK) och Landstinget i Uppsala län (LUL), vilka båda varit projektägare. ENTER har vänt sig till målgruppen unga vuxna (19-29 år) med aktivitetsersättning och haft som syfte att underlätta inträde på arbetsmarknaden eller påbörjande av studier. Landstinget i Uppsala län har, förutom det operativa uppdraget med stöd och behandling till målgruppen, även haft i uppdrag att genomföra en kartläggning av gruppen med aktivitetsersättning som medverkat i projektet. Denna rapport är en sammanställning av denna kartläggning.

Unga med aktivitetsersättning

Aktivitetsersättning är en ersättning från Försäkringskassan som är till för unga vuxna mellan 19 och 29 år som inte kommer att kunna arbeta heltid på minst ett år, beroende på sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Grunden till att erhålla aktivitetsersättning kan antingen vara förlängd skolgång (i vanlig eller särskola) eller nedsatt arbetsförmåga. Detta innebär att arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst en fjärdedel i alla arbeten på hela arbetsmarknaden. Under tiden en individ erhåller aktivitetsersättning planeras för olika insatser som kan hjälpa individen att kunna delta i arbets- och samhällslivet.¹

Enligt Inspektionen för Socialförsäkringen har antalet unga med aktivitetsersättning ökat kraftigt under de senaste tio åren. I juli 2010 uppgick över 30 000 individer aktivitetsersättning. Denna trend delar Sverige med ett flertal länder och ses mot bakgrund av förändringar av regler och institutioner men även tuffare arbetsmarknad med högre arbetslöshet, försämrad psykisk hälsa samt förskjutningar av attityder i användning av sjukförsäkring antas kunna ha haft inverkan på utvecklingen.²

Gruppen unga med aktivitetsersättning i Uppsala län

I Uppsala län, år 2012, hade 978 individer beviljats aktivitetsersättning. Av dessa var 53 % män och 47 % kvinnor. Majoriteten var i åldern 19-24 år. I upptagningsområdet för projekt Enter fanns vid projektets start 539 individer i Uppsala, 133 individer i Enköping samt 76 individer i Knivsta. Av dessa hade 168 individer daglig verksamhet (vilket var ett exkluderingskriterium för att kunna delta i projekt Enter enligt projektplanen). Majoriteten av individerna hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga (75 %, 735 individer) och psykisk ohälsa (77 %, 755 individer).³

Arbete och hälsa

Arbete fyller många olika funktioner för unga individer. Att arbeta kan ses som del i individens utveckling mot att bli en självständig individ och samtidigt även anpassa sig till en social gemenskap.⁴ Arbete innebär upplevelser av meningsfullhet, en känsla av att vara aktiv

¹ Försäkringskassan, 2014.

² Inspektionen för Socialförsäkringen. 2011.

³ Inspektionen för Socialförsäkringen. 2011.

⁴ Gillberg. 2010.

och bidra, ha sociala relationer, uppleva status och identitet och ha struktur på tiden.⁵ Det är i åldrarna 20-26 år som de flesta etablerar sig i arbetslivet. Unga individer som lider av psykisk ohälsa är dock i större utsträckning arbetslösa än andra. Dessa individer har ofta svårare att ta sig ur arbetslöshet, etablera sig på ett nytt arbete och avancera inom arbetslivet jämfört med individer som inte lider av psykisk ohälsa. De upplever även en högre grad av allvarliga konflikter på arbetsplatsen samt får mindre ansvar på arbetet.⁶ Idag råder det en svår arbetsmarknad med osäkra arbetsvillkor för unga.⁷ Återkommande och längre perioder av arbetslöshet i unga år får ofta en rad långsiktiga och negativa konsekvenser. Exempelvis så tenderar kunskaper och färdigheter som inte används att blekna och försvinna vilket minskar individens attraktivitet och produktivitet. Arbetslöshet påverkar även lönen under flera år framåt. Nio av tio individer som har aktivitetsersättning fram till och med trettio års ålder övergår till sjukersättning, vilket innebär att denna grupp riskerar att hamna i varaktig ekonomisk låg standard.⁸ Effekterna av arbetslöshet har även negativa effekter på hälsa och välmående. Forskningen visar också att arbetslöshet ökar risken för depression, skapar förlust av självförtroende och ökad upplevelse av hjälplöshet, höjer risken för självmord och ger en försämrad fysisk hälsa med exempelvis en ökad risk för hjärtinfarkt.⁹

Målgrupp

Enter vänder sig till unga vuxna i åldern 19-29 år som uppbar aktivitetsersättning. Det övergripande projekt målet är att via samordnade insatser från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och landstinget i Uppsala län ge unga vuxna en ökad möjlighet att närma sig arbetsmarknaden eller påbörja studier, och därmed ge möjlighet till egen försörjning.

Inklusionskriterier för att delta i projektet:

- 19-29 år.
- Uppsala, Enköping, Knivsta och Tierp.
- Ska ha möjlighet att ha aktivitetsersättning kvar i minst ett år.
- Vill komma tillbaka till arbetslivet

Exklusionskriterier för att inte delta i projektet:

- Aktivt missbruk
- Obehandlad psykotisk episod
- Obehandlad bipolärt skov
- Daglig verksamhet

Individer kunde även exkluderas om psykologen utifrån bedömningsamtalen inför deltagande bedömde att individen inte skulle kunna tillgodogöra sig innehållet i projektet så som det var utformat. Exempelvis kunde en individs kognitiva förmågor eller allmänna funktionsnivå bedömas vara på en alltför låg nivå för att ta till sig innehållet i gruppträffarna. Bedömningen tog även i beaktande att den presumtive deltagaren skulle fungera med andra

⁵ Westerholm et al. 2012.

⁶ Forsell. 2006.

⁷ Temagruppen Unga i Arbetslivet. 2014.

⁸ Goine. 2014.

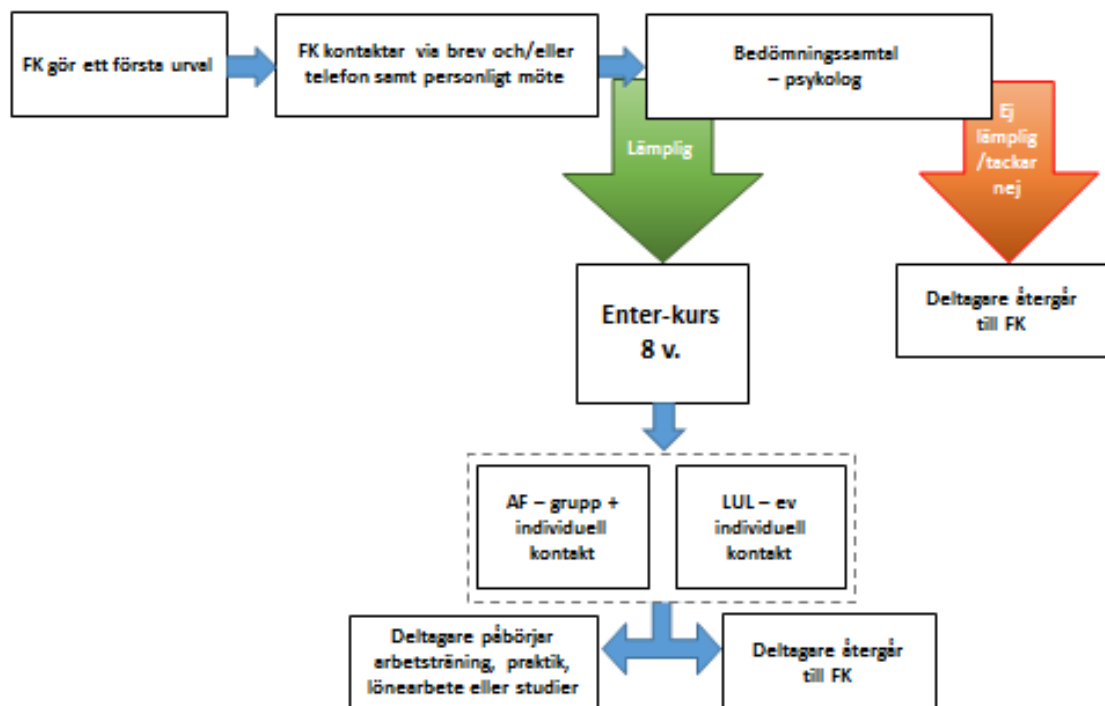
⁹ Bell & Blanchflower. 2009.

deltagare i grupp, liksom att individen skulle ha möjlighet att närvara vid de veckovisa gruppträffarna.

Mål med projektet:

- Att underlätta för unga personer med aktivitetsersättning att komma ut i arbetslivet eller till studier.
- Att hjälpa deltagarna att uppleva förbättrad hälsa, tilltro till den egna förmågan samt motivation till arbete.
- Att kartlägga gruppen

Projektet har under projekttiden haft 76 individer i bedömning (65 individer från Uppsala och 11 individer från Enköping). Av dessa 76 individer har totalt 15 individer exkluderats utifrån psykologbedömningen med varierande anledningar. Nedanstående *flödesschema* visar hur individens process i projekt Enter sett ut.



Figur 1. Flödesschema i projekt Enter.

FK har stått för ett urval och kontaktat individen via brev och/eller telefon. Därefter gjordes en psykologbedömning och utifrån den togs ställning till huruvida individen var lämplig för deltagande eller ej (om individen inte ansågs uppfylla inklusionskriterierna återgick individen till FK). Individ som tackat ja till deltagande tog del av gruppaktiviteter och kontakter med

AF och LUL, vid behov erbjöds individuell kontakt. Individ som deltog i projekt Enter påbörjade antingen arbetsträning, praktik, lönearbete eller studier alternativt återgick till FK.

Arbetsätt i projektet

Arbetsätt som inkluderat KBT-interventioner i kombination med andra arbetsmarknadsinriktade åtgärder har i studier visat sig effektiva. Man har kunnat observera goda resultat av liknande arbetsätt och att det varit en effektiv metod för att hjälpa individer ut till den reguljära arbetsmarknaden.¹⁰ I projektet Enter har personal (psykologer, arbetsterapeut och sjukgymnast) från LUL tillsammans med handläggare från AF och FK samverkat med individen. Man har arbetat med bland annat beteendeterapi i form av Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT är en vetenskapligt förankrad form av klinisk beteendeanalys som inräknas i begreppet Kognitiv beteendeterapi (KBT). Målet i ACT är att öka livskvaliteten genom värderingsorienterad beteendeaktivering, men även mindfulness- och acceptansstrategier är komponenter som ingår i behandlingen.¹¹ En viktig del i arbetsättet har varit samverkan med olika myndigheter och aktörer som varit inblandade i deltagarens rehabilitering och vård. Där handlade det om att få till och följa upp en gemensam handlingsplan för att underlätta individens återgång i arbete. Ett uttalat mål var att deltagaren själv i största möjliga mån skulle styra sin egen rehabiliteringsprocess.¹²

Syfte och metod

Denna rapport har som syfte att på gruppnivå beskriva de individer som genomgått bedömningssamtal (n=76). Kartläggningen syftar till att skapa en bild av individernas förutsättningar, situation och behov. Enligt tidigare utförda analyser av utvärderingar av liknande ungdomsprojekt behövs detta för att kunna bedöma huruvida utfallet av metod och arbetsätt är tillräckligt intressant för att implementera. I rapporten Lärdomar från arbetsmarknadsprojekt för unga konstaterar man att ”in- och utskrivningsformulär som används för att mäta deltagares ’status’ före och efter deltagandet” kan vara en sätt att dokumentera deltagares egenskaper samt deras förflyttning närmare arbetsmarknaden. Man ger exempel på att det som kan vara av värde att dokumentera är bakgrundsfaktorer så som utbildningsnivå, tidigare kontakter med Arbetsförmedling, de ungas egna bedömningar av hur långt ifrån arbete eller studier som de står.¹³ En rad bakgrundsfaktorer samt kontinuerlig information om närvaro och framsteg i projektet har insamlats av behandlare i projektet och sammanställs i en patientdatabas. Det är den information gällande bakgrundsfaktorer som ligger till grund för denna beskrivning av gruppen i Enter.

Denna beskrivning av gruppen utgår från den patientdatabas som upprättats kring de individer som passerat bedömningssamtal i projektet. Patientdatabasen återfinns hos Landstinget i

¹⁰ Westerholm et al. 2012.

¹¹ Ibid

¹² Försäkringskassan. 2014.

¹³ Temagruppen Unga i Arbetslivet. 2014.

Uppsala län med godkännande från Datainspektionen. Patientdatabasen är inte en uttömmande beskrivning av gruppen som sådan. I vissa fall saknas information under de förekommande rubrikerna, antingen på grund av den enskilda psykologens bedömning, oklarheter kring kartläggningsuppdraget under den första perioden i projektet eller på grund av individens egna val av vilken information han/hon har önskat dela med sig och i vilken utsträckning han/hon godkänt tillgång till befintlig medicinsk journal. Nedanstående rubriker omfattar den beskrivning av gruppen som redovisas i denna rapport.

Bakgrundsfaktorer

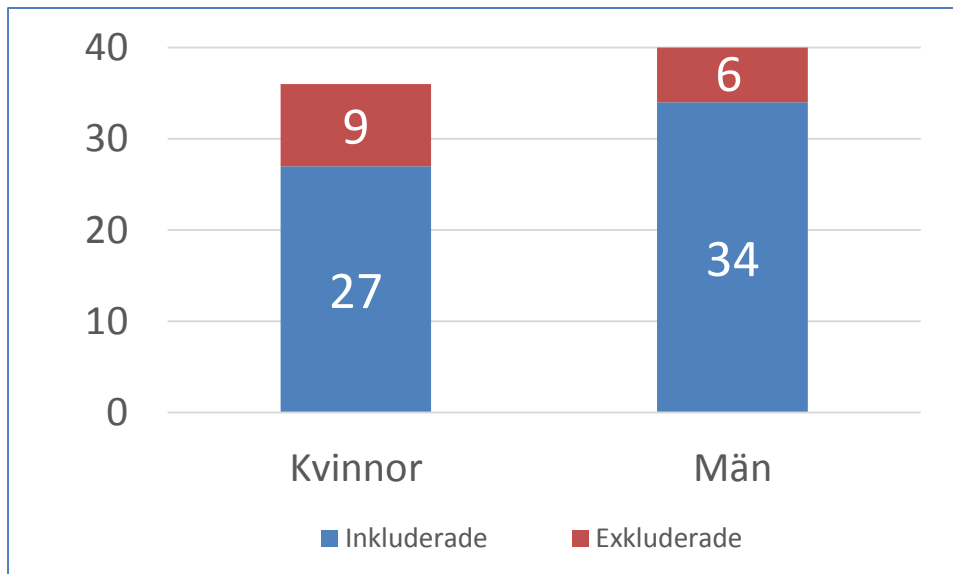
Utifrån de bedömningssamtal som genomförts har följande bakgrundsfaktorer för individerna samlats in:

- **Kön**
- **Ålder**
- **Boende**
- **Skäl till exklusion**
- **Tidigare erfarenheter av arbete**
- **Tidigare studier**
- **Kontakt med kommun**
- **Tidigare kontakt med vården**
- **Mål**
- **Socialt kontaktnät**
- **Fysisk aktivitet**
- **Diagnoser**

Kön

Kön har i projektet operationaliserats som antingen man eller kvinna. Av de 76 individer som passerat bedömning (n=76) är 40 män (53 %) och 36 kvinnor (47 %). Av de individer som inkluderades i projektet var 34 män (56 %) och 27 kvinnor (44 %). I samtliga länder som har denna typ av ersättning är andelen män större än kvinnor, i Sverige är dock skillnaden mellan könen mindre än i övriga länder.¹⁴ Det ska dock tas i beaktande att de individer som kommer till bedömning redan är ett urval från Försäkringskassan vilket kan innebära att de som aktualiserats för projektet redan kan vara snedfördelade.

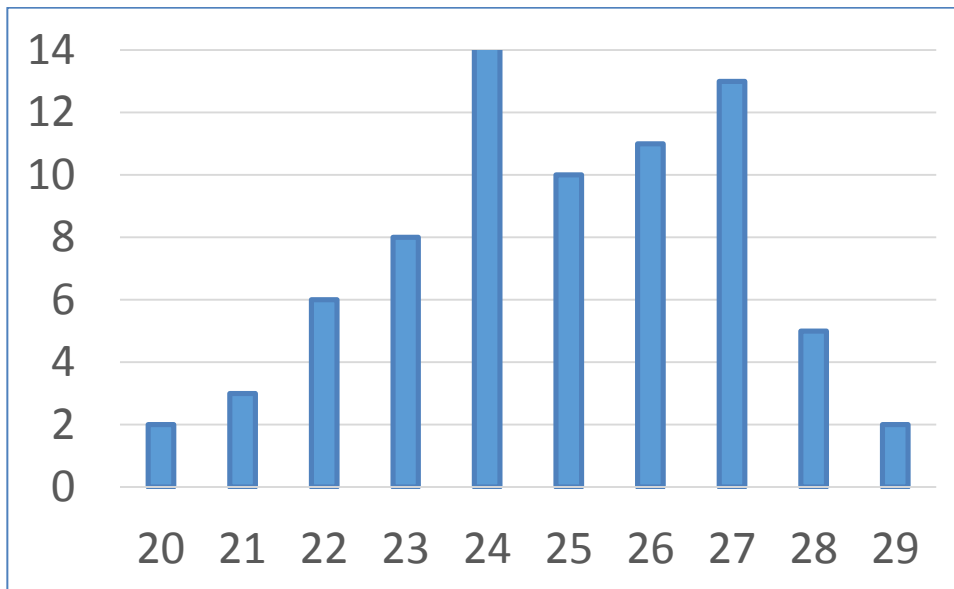
¹⁴ Inspektionen för Socialförsäkringen. 2011.



Figur 2. Fördelning kvinnor och män som inkluderats respektive exkluderats i projekt Enter.

Ålder

Ålder anges i kartläggningen i antal hela år. Åldersfördelningen i den kartlagda gruppen (n=76) visar på en medelålder på 24,5 år och en tyngdpunkt åt det något äldre skiktet i det enligt projektplanen accepterade åldersspannet (19-29 år).

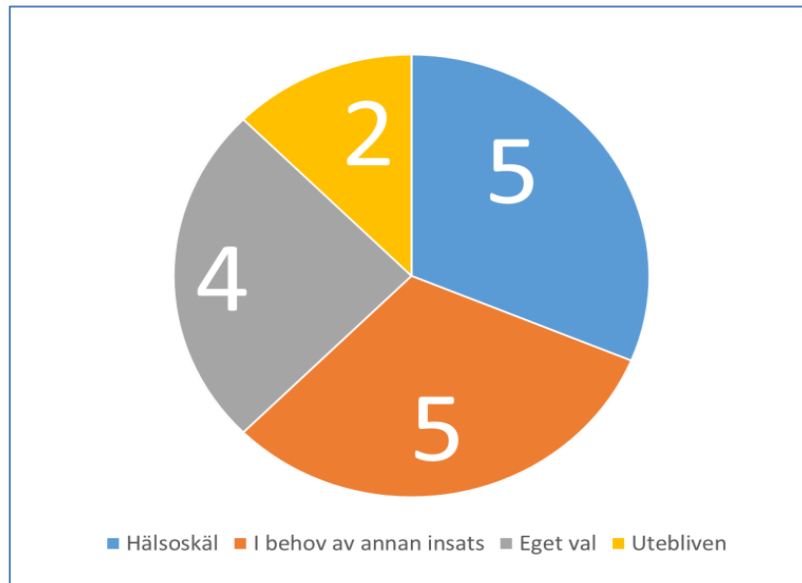


Figur 3. Åldersfördelningen i projekt Enter.

Skäl till exklusion

Individer som bedömdes inte kunna tillgodogöra sig projektets insatser var 15 (n=15) till antalet (9 kvinnor och 6 män). 5 individer exkluderades på grund av hälsoskäl, 5 individer

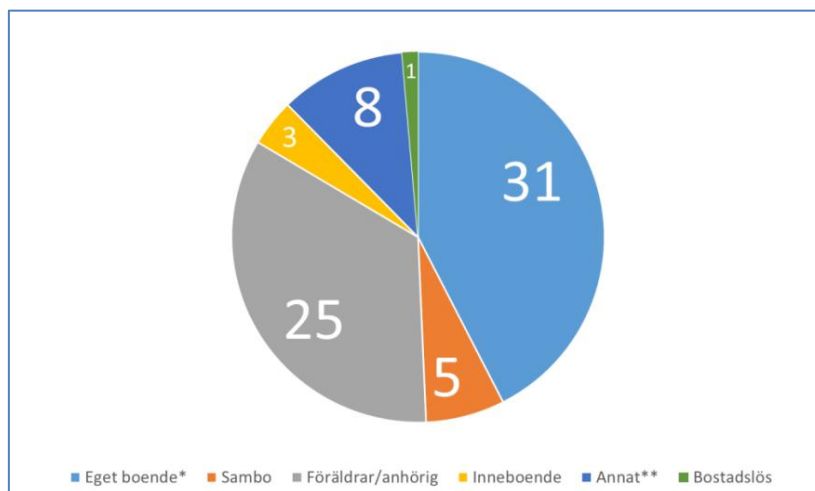
bedömdes vara i behov av annan insats, 4 valde själva att inte delta och 2 individer påbörjade aldrig projektet. 1 individ bedömdes vara i behov av annan insats och var inte heller intresserad av deltagande. Denna individ har sålunda registrerats under både *I behov av annan insats* samt *Eget val* (därav antalet 16 i diagrammet).



Figur 4. Skäl till exklusion/att ej delta i projekt Enter.

Boende

Information om boendeform finns för 73 individer (n=73). Denna bakgrundsfaktor har efterfrågats på olika sätt av bedömande psykologer. Ibland finns information kring vilken upplåtelseform som individen har på sitt boende, men ofta finns endast information kring den sociala aspekten av boendet, dvs. huruvida boende formen är exempelvis inneboende, sambo eller ensamboende.

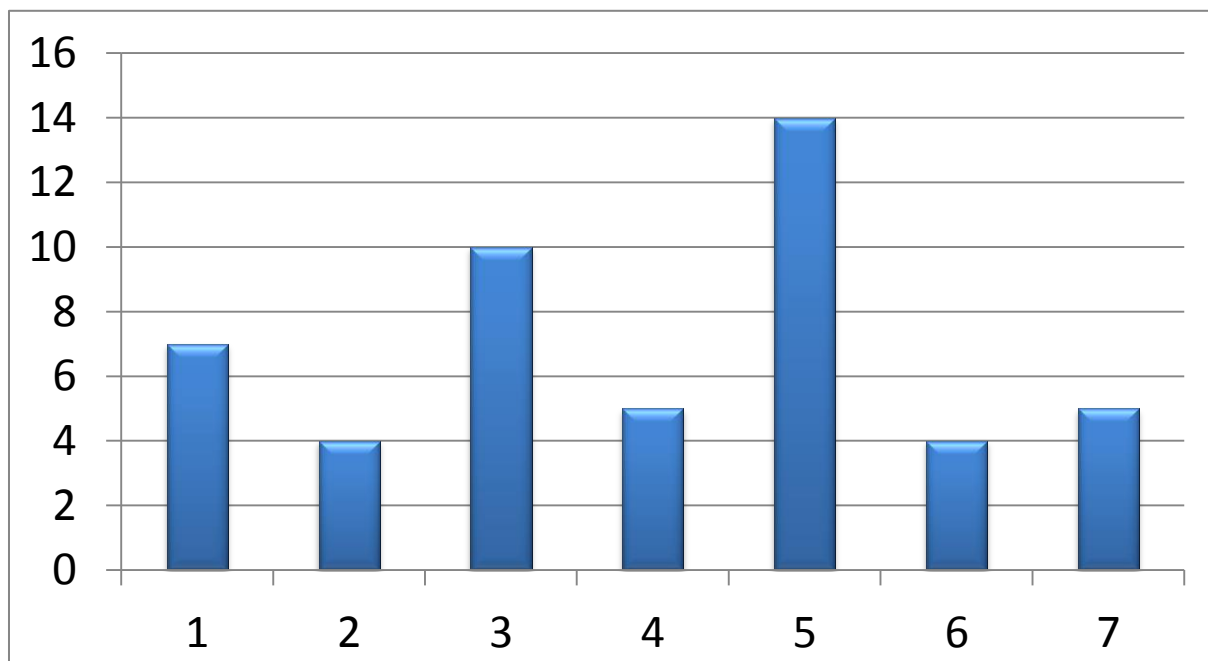


Figur 5. Boendeform för individerna i projekt Enter.

36 individer (47 %) har eget boende eller bor med sambo. 25 individer (33 %) bor hos föräldrar/anhörig. 8 individer (11 %) bor i någon form av vårdboende eller gruppboende som exempelvis utslusningsboende och HVB-hem. 3 individer (4 %) bor inneboende hos exempelvis kamrater eller bekanta. 1 individ har uppgett sig vara bostadslös. För 3 individer saknas uppgift om boende. För de individer som har eget boende eller bor med sambo (och den typen av information finns tillgänglig) är hyresrätt den övervägande upplåtelseformen.

Socialt kontaktnät

Vad gäller kartläggningen av det sociala kontaktnätet är även detta en bakgrundsfaktor där det inte finns information för samtliga bedömda individer. Mätningen avseende socialt kontaktnät är genomförd för 49 (n=49) individer (64 %). För 27 individer (36 %) saknas alltså uppgift avseende denna mätning eller är ej genomförd. Information om individens relationer och sociala kontaktnät har operationaliserats till huruvida individen i fråga är nöjd eller missnöjd med de sociala kontakter som han/hon har i dagsläget. Denna information hämtas ur Bullseye-skattningen där individen får uppge hur nöjda de är på en skala från 1-7. En självskattad 7a indikerar ”långt ifrån så som jag vill ha det”, och en 1a indikerar att den sociala situationen är ”precis som jag önskar”. Detta säger alltså inget om exempelvis hur många vänner individen har eller hur nära kontakt de har med familj eller anhöriga. Det handlar istället om hur nöjda de är med den sociala situation som de faktiskt befinner sig i, oavsett om de inte har några vänner alls (vilket förekommer) eller har en social situation som innefattar både familj, kärleksrelation, vänner och bekanta.



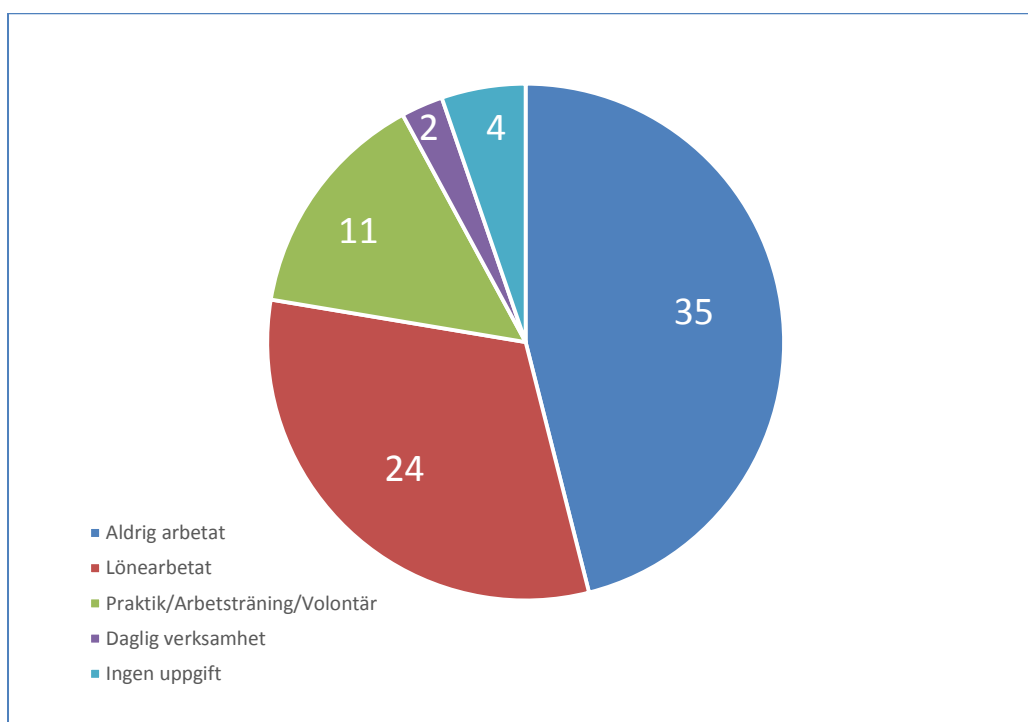
Figur 6. Individernas skattningar avseende sociala relationer.

47 % av de 49 individer som denna mätning är genomförd på skattar sig själva mellan 5-7 på skalan, vilket kan beskrivas som en övervikt mot upplevelsen av att relationer ligger längre

ifrån det önskvärda. De flesta skattar sig således mer missnöjda med sina sociala relationer. Alltför långtgående slutsatser bör dock inte dras av så små skillnader och ett sådant litet stickprov.

Tidigare erfarenheter av arbete

Denna del av kartläggningen beskriver huruvida individen arbetat tidigare eller inte samt om de har haft andra typer av aktiviteter innan de kommit till bedömning inför deltagande i projekt Enter. Vad gäller arbete så kartläggs vilken form av arbete (exempelvis lönearbete eller praktik) som individen utfört.



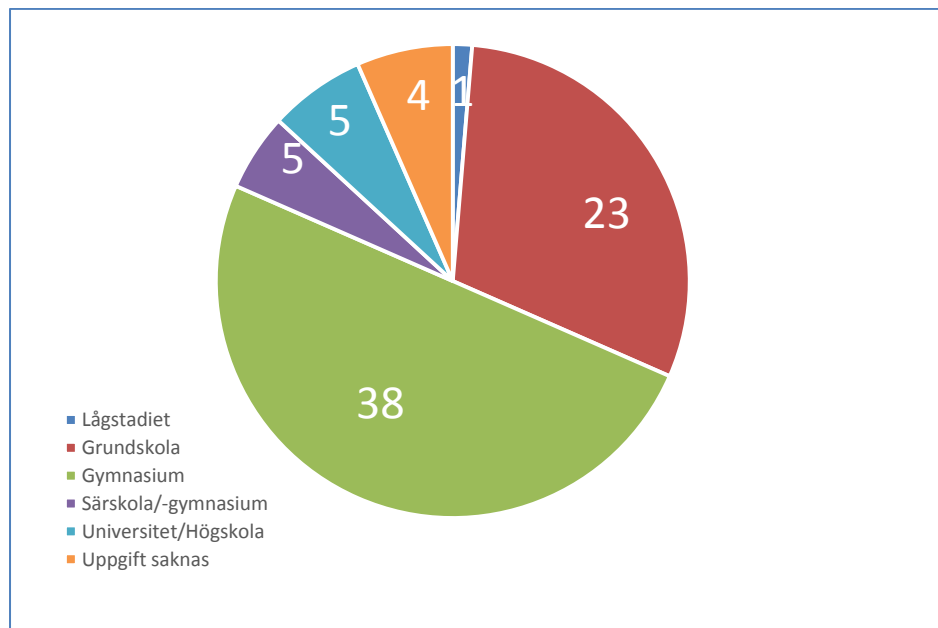
Figur 7. Individernas tidigare erfarenheter av arbete.

Vad gäller arbete fanns information för 58 av individerna (n=58). Av dessa hade 35 individer aldrig arbetat (46 %), 24 individer (32 %) hade haft någon form av lönearbete tidigare (en individ hade ett uppstartat eget företag varur han kunde plocka lön). 11 Individer (14 %) hade genomgått någon form av praktik eller arbetsträning innan deltagande i Enter, 2 individer (3 %) hade haft daglig verksamhet. För 4 individer (5 %) saknas uppgift om tidigare arbetslivserfarenhet.

Tidigare studier

Sjuttio två individer är kartlagda vad gäller tidigare studier (n=72). Av dessa hade 23 individer (30 %) avklarat grundskola och 38 individer (50 %) hade slutfört sina gymnasiestudier. 5 individer (7 %) hade gått i särskola-särgymnasium och avslutat dessa studier. 5 individer (7 %) hade läst och avslutat enstaka kurser på universitet eller högskola. För 4 individer (5 %)

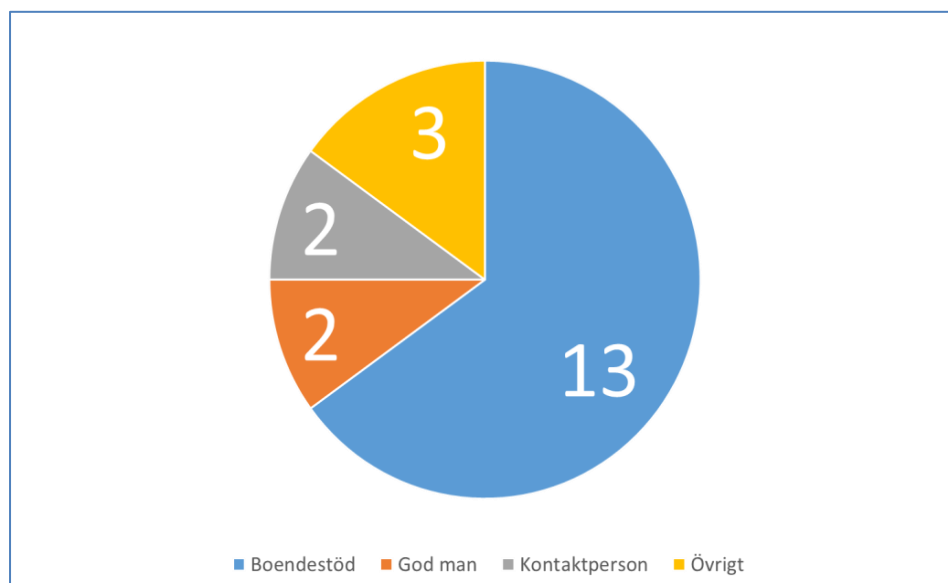
saknas det uppgift om tidigare studier. 1 individ hade inte avslutat mer än lågstadiet varpå detta klassificeras som ingen avslutad utbildning.



Figur 8. Individernas tidigare studier.

Kontakt med kommunen

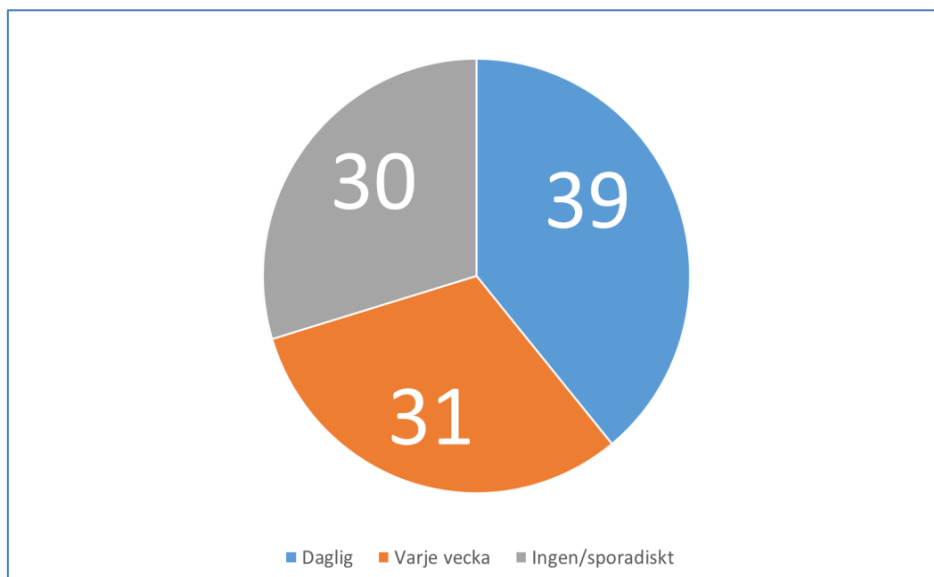
Det finns uppgift avseende kontakt med kommunen för 20 individer (n=20). 13 individer (17 %) har boendestöd, 2 (3 %) individer har en god man, 2 individer (3 %) har en kontaktperson och 3 individer (4 %) har kategoriserats under övrigt. En 1/4 av individerna har således uppgett att de har stöd från kommunen och 2/3 av dessa i form av boendestöd.



Figur 9. Individernas kontakt med kommunen.

Fysisk aktivitet

Denna del av kartläggningen saknar en del operationalisering och är något oklart kartlagd i patientdatabasen. Kategorin fysisk aktivitet har antingen definieras som antal gånger individen tränar (exempelvis löpning, gym, dans eller jympa) eller som att individen rör sig åtminstone trettio minuter per dag. Dessa trettio minuter kan således bestå av ett par korta promenader och en deltagare upplevde att hon uppfyllde detta kriterium då hon städade hemma. Att individen ägnar sig åt daglig fysisk aktivitet behöver alltså inte innebära att han eller hon aktivt tar sig ut till lokal och tränar varje dag. Man bör därför väga in att hur individen svarar på dessa frågor under bedömningsamtalet kan spegla social önskvärdhet kring ämnet.



Figur 10. Fysisk aktivitet hos individerna i projekt Enter, andelar i procent.

Av de individer som är kartlagda avseende fysisk aktivitet uppgav 39 % att de har en fysisk aktivitet (här definierat som minst en halvtimme sammanhängande fysisk aktivitet ("lägsta nivå": promenad eller motsvarande). 31 % uppgav att de tränar 4-5 gånger/vecka. 30 % uppgav att de inte tränar eller tränar sporadiskt.

Mål med deltagande i projektet

Denna del av kartläggningen är kvalitativ och utan fasta svarsalternativ. Frågan har ställts under bedömningen och individen har svarat precis vad det som den själv önskar. För att sammanställa data så har materialet reducerats ned till övergripande kategorier. Nedan följer en kort sammanfattning av vad varje kategori innefattar samt exempel på det som individen gett uttryck för i varje kategori.

Arbete: få hjälp att hitta arbete eller praktik, hur man gör på en arbetsintervju, hjälp med att starta eget.

Studier: studievägledning.

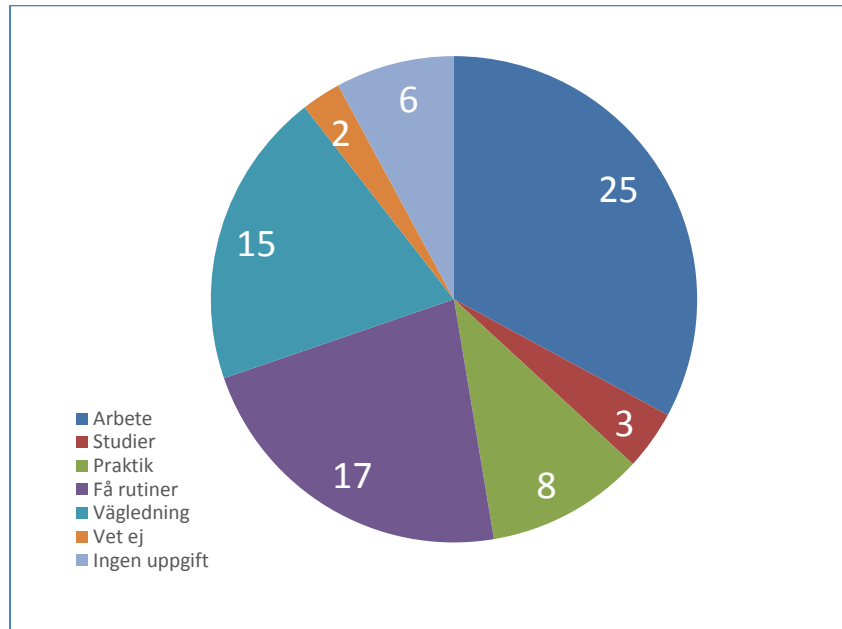
Praktik: få hjälp att hitta en praktikplats/arbetsträning

Rutiner/Struktur: få något att göra, hjälp med att komma igång, balans mellan fritid och övriga livsområden, komma igång med fysisk träning.

Vägledning: komma underfund med vad man ska göra, kartlägga styrkor, hitta något som passar just mina förutsättningar.

Vet ej: Vet inte.

Ingen uppgift: Ej besvarat

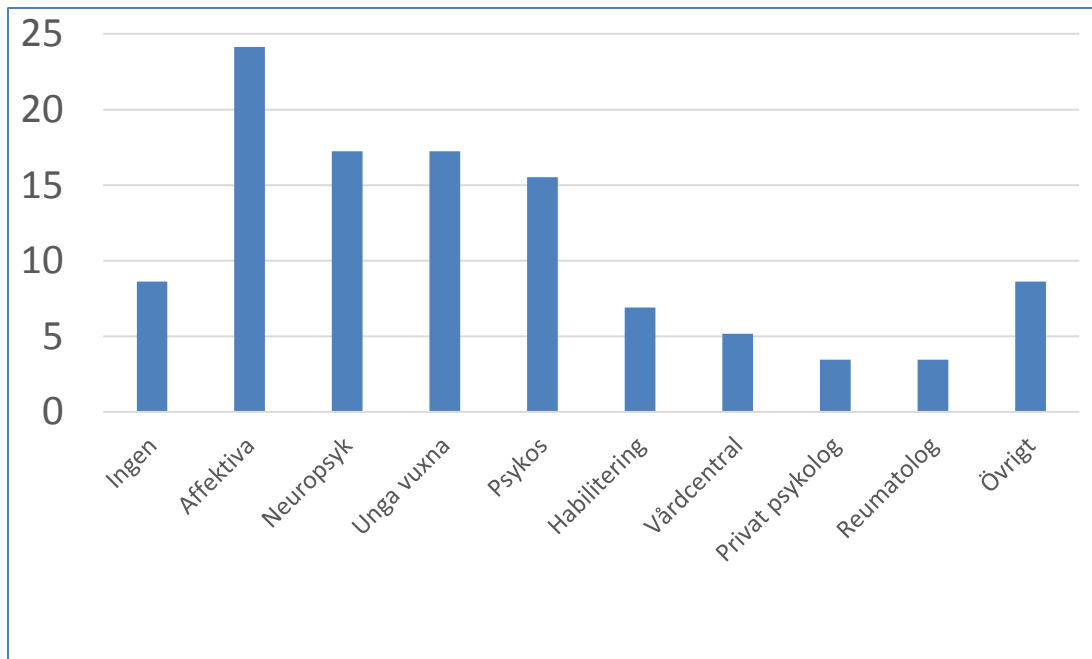


Figur 11. Individernas mål med sitt deltagande i projekt Enter i procent.

De främsta målen med projekt Enter som individen uppgav var att få hjälp med att hitta arbete eller praktik vilket 33 individer uppgav (43 %). Att få rutiner och struktur på sin vardag uppgav 17 individer (22 %) och vägledning uppgav 15 individer (20 %). Detta kan tolkas som att individerna ger uttryck för vilja att bryta isolering och hemmasittande, vilket var vardag för många av dem. Även fysisk och psykisk hälsa framkommer som viktiga mål för målgruppen. Att få hjälp att påbörja fysisk träning (kategoriserats under rutiner) är en aspekt av detta som kan uppfattas att det tangerar tidigare nämnda önskan om att bryta den egna isoleringen och passiviteten. 3 individer (4 %) uppgav önskemål om studier. 2 individer (3 %) uppgav att de inte visste vad deras mål var och vad projektet kunde bidra med. För 6 individer (8 %) fanns inga uppgifter om mål.

Tidigare vårdkontakter

Av de individer som vid bedömning haft kontakt med olika vårdinstanser uppgav 24 % att de haft kontakt med Affektiva, 17 % med Neuropsykiatri, 17 % med Unga Vuxna, 16 % med Psykos, 7 % med Habilitering, 5 % med vårdcentral, 3 % med privat psykolog, 3 % med reumatolog och 8 % övrigt.



Figur 12. Procentuell andel individer i kontakt med respektive vårdinstans.

Diagnoser

I den kartläggning som genomförts gällande diagnoser i gruppen beskrivs följande:

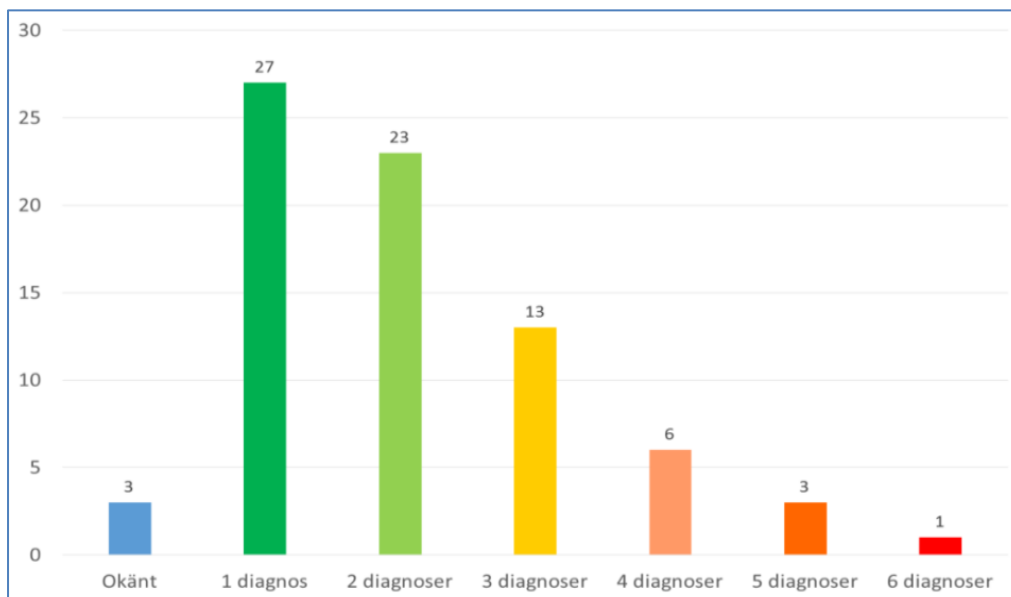
- **Typer av diagnoser i gruppen**
- **Individer med antal diagnoser**
- **Samsjuklighet**
- **Diagnoser bland inkluderade respektive exkluderade individer**

Av de individer som genomgick bedömningssamtal saknas uppgift om diagnos för tre stycken, vilket innebär att uppgifter rörande diagnoser presenteras för 73 individer (n=73). Det totala antalet diagnoser för dessa individer är 157, vilket ger ett genomsnitt på 2,2 diagnoser per individ. Diagnoser för varje individ har erhållits genom sökningar i Uppsala läns landstings journalsystem Cosmic. Det är de diagnoser som var aktuella vid bedömningssamtalet som registrerats för varje individ, alltså inte barndomsdiagnoser eller tidigare ställda diagnoser som idag inte uppfylls. De tre största diagnosgrupperna är neuropsykiatriska diagnoser, ångestrelaterade diagnoser samt förstämningsrelaterade diagnoser. Nedan följer en kortfattad beskrivning i punktform av de diagnoser som återfinns hos de bedömda individerna, tillsammans med en redovisning för antalet individer med respektive diagnos.

- Neuropsykiatriska diagnoser (44 diagnoser fördelade på 33 individer)
 - ADHD/ADD (23 st): svårt med uppmärksamhet, koncentration, uthållighet, organisation; impulsivitet, hyperaktivitet (vid ADHD)
 - Störningar inom autismspektrat (inklusive Aspergers syndrom) (19 st): svårigheter med social interaktion, skifte av perspektiv och förändringar; specialintressen; sensoriska avvikelser
 - Tourettes (2 st): vokala och/eller kroppsliga tics
- Förstämmningsrelaterade diagnoser (29 diagnoser fördelade på 28 individer)
 - Depression (17 st): nedstämdhet, initiativlöshet, upplevelse av meningslöshet, och hopplöshet, suicidtankar (i allvarigare fall även planer och/eller försök)
 - Bipolaritet (12 st): pendlar mellan perioder av depression och perioder av förhöjt stämningsläge
- Ångestrelaterade diagnoser (35 diagnoser fördelade på 24 individer)
 - Tvångsrelaterade (12 st): tvångstankar/-handlingar (OCD); upptagenhet med upplevd utseendedefekt (BDD); rycka ut hårstrån (trikotillomani)
 - Panikrelaterade (6 st): återkommande plötsliga panikattacker
 - PTSD (3 st): traumarelaterad ångest, mardrömmar, återupplevande
 - Övrigt (14 st): generell ångest (GAD), social fobi och andra ångeststörningar
- Psykosjukdomar (12 diagnoser fördelade på 12 individer)
 - Förvrängd verklighetsuppfattning, hallucinationer, vanföreställningar, kognitiva nedsättningar, avflackning av känslor
- Personlighetsstörningar (9 diagnoser fördelade på 9 individer)
 - Emotionellt instabil personlighetsstörning (IPS) (5 st): kraftiga svängningar i stämningsläge, självdestruktivitet, svart-vitt tänkande, tomhetskänslor
 - Andra personlighetsstörningar (4 st): fobisk personlighetsstörning, schizoid personlighetsstörning
- Utvecklingsrelaterade (9 diagnoser fördelade på 9 individer)
 - Psykisk utvecklingsstörning, begåvningshandikapp, mental retardation: bristande intellektuell/kognitiv förmåga
- Ätstörningar (3 diagnoser fördelade på 3 individer)
 - Ätstörning UNS: symtom angränsande till anorexia eller bulimi, problem med ätande, överdriven upptagenhet kring vikt och kost, ortorexi ("tränings-/hälsonarkomani")
- Övrigt (16 diagnoser fördelade på 12 individer)
 - Psykiska och fysiska funktionsnedsättningar av olika slag, ex förvärvade hjärnskador, epilepsi, smärtproblematik, diskbråck, hjärt- och kärlsjukdomar samt sjukdomar i matsmältningssystemet.

Individer med antal diagnoser

Antal diagnoser de bedömda individerna hade redovisas nedan (se Figur 13).

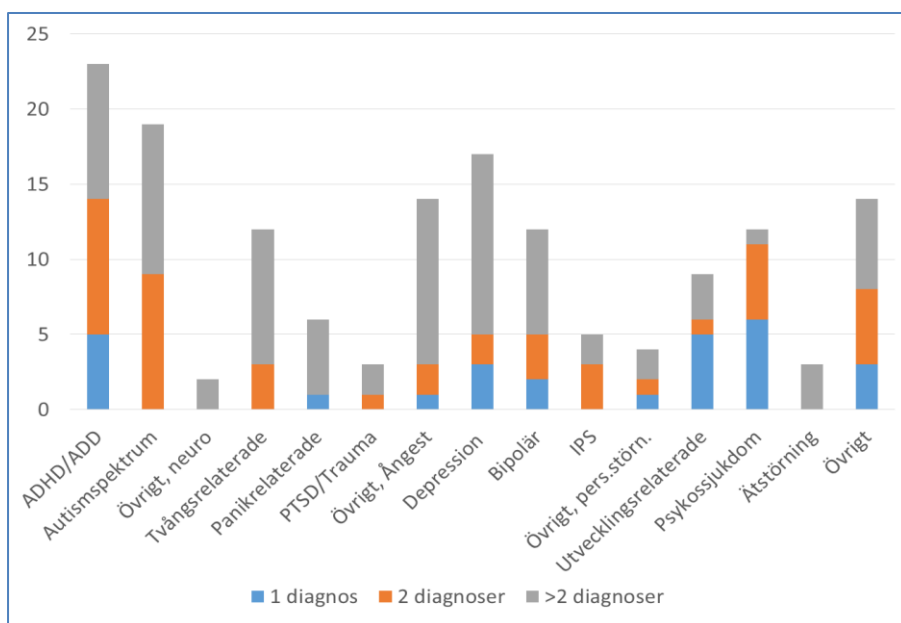


Figur 13. Individer med antal diagnoser

Ur figuren kan utläsas att 27 individer hade en diagnos, 23 individer hade två diagnoser, 13 individer hade tre diagnoser, sex individer hade fyra diagnoser, tre individer hade fem diagnoser och en individ hade sex diagnoser. För tre individer saknas uppgift om antal diagnoser. Sammantaget gäller att för individerna med kartlagda diagnoser har nära två tredjedelar av individerna minst två diagnoser.

Samsjuklighet

Som framgått har alltså majoriteten av de individer som bedömdes fler än en diagnos. Hur denna samsjuklighet fördelade sig redovisas i figur 14.

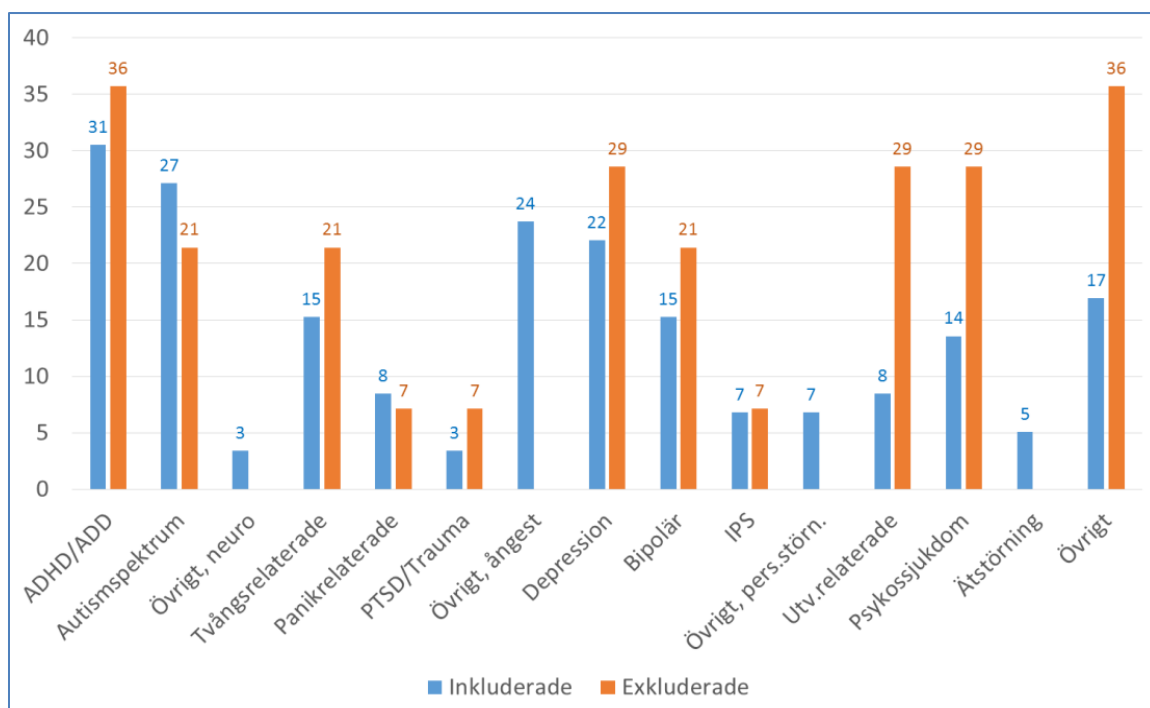


Figur 14. Fördelning av samsjuklighet hos individerna i projekt Enter.

I figuren åskådliggörs hur samsjukligheten ser ut för respektive diagnos. Exempelvis beskriver stapeln längst till vänster att totalt 23 individer har en ADHD- eller ADD-diagnos. Av dessa har fem individer endast denna diagnos (den blå delen av stapeln), nio individer har ytterligare en diagnos (orange del) och nio individer har minst två ytterligare diagnoser (grå del). Gällande ångest- och depressionsdiagnoser har majoriteten fler än två ytterligare diagnoser. Detsamma gäller kategorierna autismspektrumstörningar, övriga neuropsykiatriska störningar och ätstörningar. Diagnoserna med minst samsjuklighet återfinns inom utvecklingsrelaterade störningar samt psykossjukdomar.

Diagnoser bland inkluderade och exkluderade

Att klargöra hur diagnoserna skiljer sig mellan de individer som inkluderats respektive exkluderats kan ge en fingervisning om vad som är en lämplig målgrupp för liknande framtida projekt. Resultatet från en sådan jämförelse återfinns i figur 15.



Figur 15. Procentuell andel individer med respektive diagnos bland inkluderande och exkluderade.

Utvecklingsrelaterade diagnoser är kraftigt överrepresenterade bland de individer som exkluderades från projektet. 29 % av dessa har en diagnos inom detta område jämfört med åtta procent bland de som deltog. Även gällande psykossjukdomar och diagnoser som sorteras under kategorin övrigt är skillnaden mellan grupperna stor. Det är dubbelt så vanligt med dessa diagnoser hos de individer som exkluderats i jämförelse med de som inkluderats.

Formulär

Vid det inledande bedömningssamtalet ombads den potentiella deltagaren att fylla i ett antal självskattningsformulär som avser att mäta olika aspekter av hälsa och mående. Nedan följer en genomgång av formulären som användes. Notera att även om det i nedanstående text anges gränsvärden för olika grad av problematik kan inte formulärsvaren i sig ligga till grund för en diagnos. En diagnos sätts av läkare eller psykolog utifrån en helhetsbedömning. Formulär kan utgöra en del av en sådan bedömning och används då ofta i screeningsyfte för att indikera områden där problem kan finnas.

HAD – Hospital Anxiety and Depression scale

HAD betyder Hospital Anxiety and Depression scale och är ett enkelt självskattningsformulär som ger ett mått på patientens sinnesstämning. Instrumentet värderar ångest och depression samtidigt och ger separata poäng för vardera område. Skalan består av sju frågor om depression och sju frågor om ångest.¹⁵ För båda dessa delskalor används följande gränsvärden i kartläggningen: ≤ 7 inga problem, 8-10 måttliga problem, och ≥ 11 allvarliga problem.

¹⁵ Tolkning av HAD för bedömning av depression och ångest. Doktorerna.com.

MADRS-S - Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

MADRS-S är självskattningsversionen av MADRS. Detta instrument används för bedömning av depression eller depressiva symtom samt för att följa förloppet vid depression. MADRS-S innehåller 9 frågor. Frågorna kan ge mellan 0 och 6 poäng, maxpoängen är således 54 poäng.¹⁶ 0-12 poäng indikerar ingen eller mycket lätt depression, 13-19 lätt depression, 20-34 måttlig depression, och ≥ 35 svår depression.

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Instrumentet är ursprungligen utarbetat av World Health organisation (WHO). Syftet med AUDIT är att snabbt och enkelt kunna identifiera personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion. AUDIT består av ett frågeformulär med tio frågor, avsedda att mäta tre domäner: konsumtion, beroende och alkoholrelaterade skador.¹⁷ Gränsvärdena ser ut som följer: Gränsvärde för att riskbruk, skadligt bruk eller beroende föreligger: män: 8 poäng, kvinnor: 6 poäng. Riskbruk: 8-15 poäng, Skadligt bruk: 16-20 poäng, Beroende: över 20 poäng.

DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) är ett frågeformulär bestående av 11 frågor som syftar till att ta reda på konsumtionsmönster och drogrelaterade problem av olika slag. Enligt Socialstyrelsen ligger gränsvärdet för män på 6 poäng eller fler medan för kvinnor är motsvarande 2 poäng.¹⁸

SWLS – Satisfaction with Life Scale

Det formulär som använts i projektet är en svensk översättning av frågeformuläret Satisfaction with Life Scale. Frågeformuläret består av fem påståenden med en sju gradig skala från ”Stämmer mycket dåligt” till ”Stämmer mycket bra”. Exempel på två påståenden är ”Jag är tillfreds med mitt liv” och ”Mina livsvillkor är utmärkta”. Individens anger på skalan hur han/hon upplever varje påstående.¹⁹ Självskattningen rättas enligt följande: 5–9 Extremt missnöjd, 10–14 Missnöjd, 15–19 Något missnöjd, 20 Neutral, 21–25 Delvis nöjd, 26–30 Nöjd, 35–31 Mycket nöjd.

EQ5D - Hälsoenkät

EQ5D är ett livskvalitetsinstrument som är standardiserat för att mäta och beskriva hälsoutfall. Själva mätinstrumentet består av ett beskrivande frågeformulär där individen kan klassificera sin hälsa i fem olika dimensioner i tre olika allvarlighetsgrader, samt en termometerliknande skala, en så kallad vertikal visual analogue scale (EQ VAS).²⁰ Den del av EQ5D som kartläggs är den VASskala som inkluderas i självskattningen. Denna

¹⁶ MADRS-S tolkning för bedömning av depression. Doktorerna.com.

¹⁷ Socialstyrelsen. 2014.

¹⁸ Socialstyrelsen. 2014.

¹⁹ Banker. 2009.

²⁰ Burström. 2002.

självskattning av upplevt hälsotillstånd sker på en skala från 0 till 100, där 100 indikerar bästa tänkbara hälsa.

ISI – Insomnia Severity Index

ISI är ett självskattningsformulär som avser att mäta sömnsvårigheter. Skalan består av sju frågor som utvärderar exempelvis sömnen under natten, känslan av att vara utvilad och hur sömnmönstret bekymrar individen. Individen ska vid varje fråga ta ställning till hur de upplevt sina sömnvanor de senaste två veckorna och därefter ange svaren på en femgradig Likertskala från 0 till 4, där 0 står för ”inte alls” och 4 står för ”våldigt mycket”. Totalsumman kan vara från 0 till 28 poäng. Höga poäng indikerar svårare sömnbesvär.²¹ De gränsvärden som används i föreliggande studie är 0-7 inga kliniska besvär, 8-14 vissa besvär, 15-21 klinisk insomni (måttlig), och 22-28 klinisk insomni (allvarlig). Värt att nämnas här är dock att även om ISI inte använts konsekvent från början av bedömningsstart i projektet har frågan om sömn, sömnvanor och sömnsvårigheter alltid ingått som del i psykologbedömningen.

Resultat från mätningarna vid bedömningsamtal

En översiktlig bild av hur de presumtiva deltagarna besvarat formulären i samband med bedömningsamtalen återfinns i tabell 1.

	Skala	Medelvärde	Noterbart gällande ENTER
Upplevd hälsa	EQ-5D (VAS)	56,7	
Ångest	HADS	10,4	Måttlig + svår: 52 %
Depression	HADS	6,5	Måttlig + svår: 20 %
	MADRS-S	16,8	Måttlig + svår: 35 %
Alkohol	AUDIT	4,3	Missbruk + beroende: 3 % Riskbruk inkluderat: 23 %
Droger	DUDIT	1,2	Problem + beroende: 14 % 30 % besvarar positivt
Tillfredsställelse med livet	SWLS	17,6	Missnöje + extremt missnöje: 38 %
Sömnproblem	ISI	10,3	Måttlig + svår: 28 %

²¹ Carlbring, 2005.

²² Karolinska Institutets folkhälsoakademi. 2010

Tabell 1. Översiktlig bild av hur individerna besvarat formulären i samband med bedömningssamtal.

Strax över hälften deltagarna (52 %) upplever sig ha måttliga till svåra problem av ångest, skattade på HADS-skalan. En femtedel upp till en tredjedel upplever sig ha en måttlig till svår grad av depression. (Båda formulären HADS och MADR-S mäter olika grad av depression). Mer än en tredjedel av individerna uttrycker missnöje eller starkt missnöje med livet. Över en fjärdedel av individerna upplever sig ha måttliga eller svåra sömnproblem. 14 procent av de individer som bedömts rapporterar drogrelaterade problem eller drogberoende och tre procent rapporterar att de har ett missbruk eller är beroende av alkohol. Noterbart är att nästan en tredjedel av individerna uppger att de vid något tillfälle provat andra droger än alkohol. Den självupplevda hälsan har ett medelvärde på 56,7 poäng, på en skala mellan 0-100. Det värdet kan jämföras med resultatet från en folkhälsoundersökning i Stockholms län som genomfördes 2010 vilken visar på ett medelvärde på drygt 80 för kvinnor och män i åldern 18-44.²²

Sammanfattning av kartläggningen

Resultaten i denna kartläggning grundar sig enbart på de individer som genomgått bedömningssamtal i projekt Enter. Gruppen är förhållandevis liten och motsvarar ca 14 % av den totala andelen individer med aktivitetsersättning i upptagningsområdet. Det är därför av viktigt att betona att denna kartläggning endast utgör en beskrivning av gruppen som genomgått bedömningssamtal i projektet Enter och därmed inte av gruppen unga med aktivitetsersättning i stort. Det går inte att generalisera resultaten utan de ger endast en begränsad bild av gruppen unga med aktivitetsersättning. Resultaten visar även på hur individerna upplevde sin situation när de skrevs in i projektet – alltså har kartläggningen inget med utfallet eller den förändring som eventuellt hänt hos individerna efter avslutat projekt.

Andelen kvinnor och män som genomgått bedömningssamtal och som deltagit i projektet är ungefär lika stor. Medelålder är 24,5 år och med en tyngdpunkt åt det något äldre skiktet. Detta är naturligt då projektet haft som mål att försöka stödja de personer som legat i riskzonen att hamna utanför socialförsäkringssystemet då aktivitetsersättningen upphör i och med personen fyller 30 år. Hälften av individerna har eget boende men värt att notera är dock att en fjärdedel bor hemma hos sina föräldrar. Cirka hälften av individerna har inte gymnasiekompetens. En stor andel av individerna skattar sig missnöjda och långt ifrån hur man vill ha det med sina sociala relationer. Dock är det ett stort bortfall på denna fråga. Det finns en stor samsjuklighet hos individerna och ca en tredjedel av individerna har en diagnos medan större delen av individerna har två eller flera diagnoser. De tre största diagnosgrupperna är inom neuropsykiatriska diagnoser, ångestrelaterade diagnoser samt förstärkningsrelaterade diagnoser. De flesta av individerna har också tidigare haft en kontakt med vården. Resultaten av de skattningsskalor som använts i projektet visar även att upplevelsen av ångest och depression är hög bland individerna. Hela 38 % av individerna upplever sig missnöjda alternativt extremt missnöjda med livet. Glädjande att notera är att de flesta av individerna ställer sig positiva till att hitta en aktivitet, bryta invanda mönster och få rutiner och struktur på sin tillvaro.

Uppsala Universitet genomför även en kvantitativ utvärdering av projektet vilken utgör en mycket värdefull informationskälla för projektet. Den rapporten kommer att vara klar i januari 2016.

Referenser

Banker, Å. 2009. *”Three Good Things Exercise” som en teknik för att öka det subjektiva välbefinnandet och minska depressiva symptom – en interventionsstudie med distriktsköterskor*. Institutionen för psykologi. Lunds Universitet.

Bell, D.N.F., Blanchflower, D.G. 2009. *What should be done about rising unemployment in the OECD?* IZA DP No. 4455. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit Institute for the Study of Labor. <http://ftp.iza.org/dp4455.pdf> (Hämtad 2014-07-14).

Burström, K. 2002. *Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D – beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län*. Socialmedicin, samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
<http://folkhalsoguidenslso.episerverhosting.com/upload/folkh%C3%A4lsoarbete/H%C3%A4lsorelaterad%20livskvalitet%20m%C3%A4tt%20med%20EQ-5D.pdf>. Hämtad 2014-07-21.

Carlbring, P. 2005. *(Namn okänt)*. Institutionen för psykologi.
<http://www.carlbring.se/form/formularsammanstallning.pdf>. Hämtad 2014-07-21.

Forsell, Yvonne. 2006. *Vilka konsekvenser har psykisk ohälsa för unga människor i ett treårsperspektiv? Data från PART-studien*. Centrum för Folkhälsa, Epidemiologiska enheten Avdelningen för socialmedicin och epidemiologi.

Försäkringskassan. 2014. Aktivitetsersättning.
<http://www.forsakringskassan.se/privatpers/funktionsnedsattning/aktivitetsersattning>. (Hämtad 2014-07-07).

Gillberg, Gunnar. 2010. *Individualiseringens villkor - Unga vuxnas föreställningar om arbete och självförverkligande*. Skrifter från Institutionen för arbetsvetenskap, Nr 7, Göteborgs universitet.
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21996/1/gupea_2077_21996_1.pdf (Hämtad 2014-07-10).

Goine, Hans. 2014. På väg in: Ungdomars liv och försörjning. Rapport från forskarseminariet i Umeå 15-16 januari 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:3. *Tio år med aktivitetsersättning – en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga*. Försäkringskassan.
http://www.soch.lu.se/images/Socialhogskolan/Pavagin_Ungdomarslivoforsorjning.pdf#page=17 (Hämtad 2014-07-14)

Inspektionen för Socialförsäkringen. Stockholm, 2011. Rapport 2011:10. Unga med aktivitetsersättning – den senaste utvecklingen och hypoteser om orsakerna till utvecklingen.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2010:4. 2010. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län - öppna jämförelser 2010.

MADRS-S tolkning för bedömning av depression. Doktorerna.com - <http://doktorerna.com/tolkning/mads-s-tolkning/>. Hämtad den 2014-07-21.

Samordningsförbundet. 2012. Unga vuxna till aktivitet – kartläggning av antalet unga vuxna i Uppsala län som i oktober 2012 har aktivitetsersättning.

Socialstyrelsen. 2014. AUDIT. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/audit>. Hämtad 2014-07-21.

Socialstyrelsen. 2014. DUDIT. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/duditdrugusedisordersidentific>. Hämtad 2014-07-21.

Temagruppen Unga i Arbetslivet. 2014. *Lärdomar från arbetsmarknadsprojekt för unga – en samlad analys av 61 utvärderingar av ungdomsprojekt finansierade av Europeiska socialfonden 2007-2013*. Ungdomsstyrelsen. ISBN 978-91-85933-77-8.

Tolkning av HAD för bedömning av depression och ångest. Doktorerna.com – startsidan för Sveriges läkare, <http://doktorerna.com/tolkning/had-tolkning/>. Hämtad 2014-07-21.

Westerholm, P., Lundberg, I., Anderzén, I., Lytsy, P., Fredriksson, K., Rehfisch, P., Helgesson, M., Gustafsson, M., Zaar, K. 2012. *Aktivitetsersättning – en väg till arbete? En systematisk litteraturöversikt*. Arbets- och Miljömedicin, Uppsala Universitet, på uppdrag av Försäkringskassan.