UPPSALA
UNIVERSITET

Dnr 2013/211

Slutrapport - ENTER

Ett samverkansprojekt med huvudsyfte att underlätta för unga med aktivitetsersättning att komma ut i arbetslivet eller studier.

Januari 2016

Författare:
Åsa Andersén, Doktorand
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,
Uppsala Universitet

Innehåll

1. Inledning 5

1.1 Arbete och hälsa 5

Unga med funktionsnedsättning 5

Aktivitetsersättning 5

Arbetslivsinriktad rehabilitering 6

1.2 Bakgrund till projektet 6

1.3 Mål med projektet 7

1.4 Utvärdering 7

1.5 Rapportens innehåll 7

2. Metod 9

2.1 Projektets arbetssätt 9

Steg 1: Rekrytering och urval 10

Steg 2: Kartläggning och bedömning 10

Steg 4: Arbete/studier/fortsatt arbetslivsinriktad rehabilitering 13

2.2 Datainsamling 14

Enkät 14

Registerdata och projektdokumentation 14

2.3 Dataanalys 14

2.4 Etiska aspekter 15

3. Resultat 16

3.1 Enkäter besvarade av deltagare 16

Bakgrundsdata 16

Bakgrundsdata och jämförelser mellan gruppen deltagare i ENTER och referensgruppen, vid inklusion. 17

Ekonomi 17

Hälsa och funktion 17

Arbetsförmåga och nytta av åtgärder 23

3.2 Deltagarnas svar på öppna frågor om ENTER 26

Basenkät (inklusion) 26

Uppföljningsenkät 1 27

Uppföljningsenkät 2 28

3.3 Redovisning av register- och projektdata 30

Data från FK 30

Erhållna aktiviteter via ArbetsRehab 32

4. Diskussion 34

4.1 Metoddiskussion 36

4.2 Slutsats _____ 36

5. Referenser _____ 37

Författaren till denna rapport vill tacka alla deltagare, medarbetare, personer i ledningen och i projektet för att de avsatt tid för att besvara enkäter, svara på frågor och givit oss tillgång till verksamheten. Med förhoppning om att resultaten kommer till användning i organisationernas fortsatta arbete med verksamhetsutveckling i syfte att öka förutsättningarna för målgruppen unga arbetslösa med funktionsnedsättning att få ett hälsosammare liv, möjlighet till arbete och därmed egen försörjning.

Uppsala, januari 2016
Åsa Andersén

1. Inledning

1.1 Arbete och hälsa

Arbete är en viktig faktor för att människor ska uppleva delaktighet i samhället (Ungdomsstyrelsen, 2012). Arbete kan innebära upplevelser av meningsfullhet, en känsla av att vara aktiv, att bidra, att ha sociala relationer, uppleva status och identitet samt ha struktur på tiden (Westerholm et al., 2012). Återkommande och längre perioder av arbetslöshet i unga år får ofta en rad långsiktiga och negativa konsekvenser genom att kunskaper och färdigheter som inte används bleknar och går förlorade. Detta i sin tur medför att individens attraktivitet och produktivitet på arbetsmarkanden minskar (Goine, 2014). Individer som inte inkluderas i arbetsmarknaden riskerar också att få en försämrad psykisk hälsa och hälsoutveckling (Hallsten, 1997; Bell & Blanchflower, 2009).

Unga med funktionsnedsättning

Unga som inte arbetar eller studerar utgör en utsatt grupp i samhället och för dem som uppbär ersättning till följd av funktionsnedsättning eller sjukdom är situationen extra svår.

"Funktionsnedsättning är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av en sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara både bestående eller övergående" (Socialstyrelsen, 2016).

Personer med funktionsnedsättning är i högre utsträckning arbetslösa jämfört med övriga befolkningen (Ungdomsstyrelsen, 2012). Bland de unga som varken arbetade eller studerade 2010 hade de med funktionsnedsättning med stöd från Försäkringskassan (FK), vanligen aktivitetsersättning, i lägre grad än övriga påbörjat arbete eller studier ett år senare (Temagruppen Unga i Arbetslivet, 2013).

Aktivitetsersättning

Aktivitetsersättning är en tidsbegränsad ersättning som kan beviljas individer i åldern 19–29 år som av medicinska skäl har en nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel under minst ett år. Ersättningen kan även beviljas för förlängd skolgång för individer som till följd av funktionsnedsättningen inte avslutat sin grundskole- eller gymnasieutbildning (Försäkringskassan, 2015a).

Efter avslutad förlängd skolgång finns det möjlighet att bli beviljad aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Flertalet av dem som beviljats aktivitetsersättning har en funktionsnedsättning som är stadigvarande och som innebär att de kan komma att beviljas sjukersättning den dag de fyller 30 år och inte längre kan få aktivitetsersättning (Inspektionen för Socialförsäkringen, ISF, 2015). Andelen individer som beviljas aktivitetsersättning ökar. Det är fler män än kvinnor som beviljas aktivitetsersättning, även om ökningen procentuellt sett varit högre för kvinnorna under senare tid. Psykiska diagnoser utgör den största gruppen av diagnoser bland nybeviljade

aktivitetsersättningar och står för 86 % av orsaken till aktivitetsersättning hos männen. Motsvarande siffra för kvinnorna är 80 % (Försäkringskassan, 2015b).

I en nyligen genomförd uppföljning framgår att av de individer som lämnat aktivitetsersättningen i samband med att de fyllt 30 år, hade omkring 65 % sjukersättning sex månader senare. Utöver detta hade 13 % beviljats sjukpenning i särskilda fall och ytterligare 22 % hade en annan form av ersättning. Bland dessa individer var totalt 11 % inskrivna på Arbetsförmedlingen (Försäkringskassan, 2015c).

Försäkringskassan påtalar att stödet till unga med aktivitetsersättning inte är tillräckligt och att tidig identifiering och samordning behöver förbättras för att stödja och hjälpa dessa individer att komma vidare i rehabilitering och ut i arbetslivet (Försäkringskassan, 2012).

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Personer som bor i Sverige omfattas av Socialförsäkringen vilket ger rätt till olika försäkringar som ska ge ekonomiskt skydd vid bland annat sjukdom och funktionsnedsättning (Försäkringskassan 2012). FK har det samordnande ansvaret för rehabilitering av den försäkrade (Svensk författningssamling [SFS], 2010a, 30 kap. 8§). Detta inkluderar även arbetslivsinriktad rehabilitering, vilket innefattar insatser som syftar till att en försäkrad som drabbats av ohälsa ska återvinna sin arbetsförmåga och därmed få förutsättningar till egen försörjning genom förvärvsarbete (SFS, 2010b, 29 kap. 2§).

Andra aktörer som är involverade i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen med olika ansvarsområden är; hälso- och sjukvården som har det medicinska ansvaret, Arbetsförmedlingen (AF), som ansvarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen och kommunen som ansvarar för den sociala rehabiliteringen. Därutöver har även arbetsgivaren ett ansvar om sådan finns. Även individen som omfattas av rehabilitering ska medverka i processen (Statens Kommuner och Landsting, SKL, 2009).

1.2 Bakgrund till projektet

I ansökan för projekt ENTER framgår att unga med funktionsnedsättning som uppbär aktivitetsersättning är konstant och tenderar att öka över tid. Unga med aktivitetsersättning från FK riskerar att hamna i utanförskap då stödet för att hjälpa dessa unga att etablera sig på arbetsmarkanden idag är otillräckligt. Detta kan medföra negativa effekter på hälsan.

Det bedöms finnas stora vinster med- och ett behov av att samverka kring unga med funktionsnedsättning i ett tidigare skede än vad som sker idag, för att kunna förbättra stödet och förutsättningar för dem på vägen mot arbete, studier eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

AF har under perioden november 2013 – november 2015 genomfört projektet ENTER i Uppsala län som innefattat kommunerna Uppsala, Knivsta, Enköping och Håbo. Projektet har finansierats med stöd av Samordningsförbundet i Uppsala län och genomförts i samarbete med FK och Landstinget i Uppsala län (LUL) vilka också varit projektägare. Tanken med projekt ENTER var att skapa en bättre samverkan mellan

olika myndigheter, vården och individen för att kunna bidra till att öka möjligheten för unga med funktionsnedsättning att närma sig arbetsmarknaden eller studier. För att individerna ska kunna uppnå detta ska de genom projektet få stöd med att; bryta inaktivitet, upprätta rutiner, själva ta ansvar för att leva hälsosamt samt få en ökad kunskap om hur det egna beteendet påverkar individen men även omgivningen och möjligheten till arbete/studier.

Huvudsyftet med projektet ENTER var att underlätta för unga med aktivitetsersättning att komma ut i arbetslivet eller studier, att uppleva förbättrad hälsa, öka tilltron till den egna förmågan och motivationen till arbete. Målgruppen för projektet har varit unga personer i åldern 19-29 år och som uppbar aktivitetsersättning.

1.3 Mål med projektet

Huvudmålet med ENTER var att via samordnade insatser av deltagande organisationer ge unga med aktivitetsersättning ökad möjlighet till arbetsåtergång och därmed egen försörjning.

På övergripande nivå har syftet med projektet varit att öka kunskapen om målgruppen hos deltagande organisationer och att skapa en samsyn mellan dessa för att ge deltagarna möjlighet att förbereda sig inför arbetslivet. Antagandet har varit att arbetssättet i projektet ska bidra till förbättrad livskvalitet för deltagaren och ett ökat mervärde för samhället.

1.4 Utvärdering

Uppsala universitet och forskare vid Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap har haft i uppdrag att genomföra en effektutvärdering av projektet på individnivå. Följande frågeställningar har legat till grund för utvärderingen:

- Vilken effekt har den arbetslivsinriktade rehabiliteringsmodell som utvecklas i projektet på följande utfallsvariabler: hälsa, livstillfredsställelse, funktionsnivå, tilltro till egen förmåga, arbetsförmåga samt motivation till arbete/studier?
- Hur stor andel av personer med aktivitetsersättning kommer ut i arbete/studier efter avslut i projektet?
- Vilka insatser kan ha bidragit till att unga med aktivitetsersättning påbörjar arbete eller studier?

Resultaten i ENTER har i de fall det varit möjligt jämförts med en referensgrupp från ett tidigare samverkansprojekt. Referensgruppen består av deltagare från samma målgrupp (unga med funktionsnedsättning) och har erhållit sedvanlig hantering av FK och AF. Referensgruppen var kontrollgrupp i ESF-projektet *Ungas Mobilisering inför Arbetslivet*, UMiA (Larsson, Andersén, Anderzén, 2014).

1.5 Rapportens innehåll

Rapporten inleds med en beskrivning av projektets arbetssätt. Därefter redogörs för de metoder som använts för insamling och analys av data, etiska aspekter samt en redovisning av resultaten. Resultaten baseras på följande material:

- enkäter som besvarats av deltagare
- registerdata från FK (grund till beslut, grad av aktivitetsersättning samt ersättningsform i samband med avslut i ENTER)
- projektdokumentation från AF (deltagande i olika aktiviteter)
- dokumentation från ArbetsRehab vid Landstinget (deltagande i olika aktiviteter)
- en kontrollgrupp från ett liknande samverkansprojekt kommer att användas som jämförelsegrupp i de fall gemensamma variabler finns

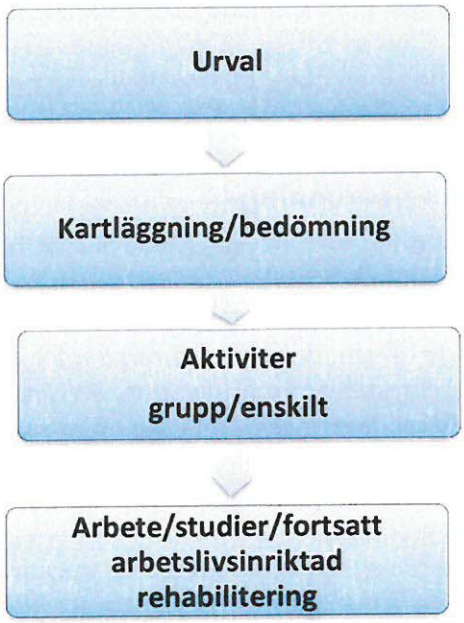
Rapporten avslutas med en diskussion och slutsats.

2. Metod

2.1 Projektets arbetssätt

Arbetsförmedlare från AF och personal (psykologer, sjukgymnast, arbetsterapeut och socionom) från *Kompetenscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering,* ArbetsRehab, vid Landstinget i Uppsala län har arbetat i en gemensam arbetsgrupp tillsammans med deltagarna i ENTER. Projektet har genomförts i både Uppsala och Enköping men med det största antalet deltagare i Uppsala. Projektet har haft tillgång till egna lokaler i vilken projektets arbete och olika aktiviteter till största del genomförts. I Enköping delade ENTER lokal med ett annat samverkansprojekt (SARA). Arbetet i ENTER har genomförts i nära samarbete med FK med gemensamma teammöten innefattande de medverkande aktörerna.

Arbetssättet i ENTER har genomförts i följande fyra steg: 1) *Urval,* 2) *Karläggning och bedömning,* 3) *Aktiviteter i grupp och enskilt,* samt 4) *Arbete/studier/fortsatt arbetslivsinriktad rehabilitering* (se Figur 1).



Figur 1. *De olika stegen i ENTER:s arbetssätt.*

Steg 1: Rekrytering och urval

Presumtiva deltagare till ENTER identifierades via FK:s ärendehanteringssystem och genomgång av befintliga underlag. Identifieringen genomfördes av en särskilt utsedd person på FK som ansvarade för urval i samråd med ordinarie handläggare. Vid behov av komplettering av underlag träffade utsedd person vid FK den presumtiva deltagaren. Utsedd person vi FK ansvarade också för delgivande av information, syfte och mål med projektet till de presumtiva deltagarna, samt inhämtade samtycken från de individer som önskade delta i ENTER. Vid behov bokades även vidare möten. Identifiering av presumtiva deltagare kom med tiden att i första hand ske av ordinarie handläggare vid FK vilka i nästa steg tog kontakt med utsedd person för vidare hantering. Det kunde även komma externa förslag från vården samt andra projekt, gällande presumtiva deltagare för projektet. Se Figur 2, för beskrivning av urvalsprocessen.

Inklusionskriterier för deltagande:

- individer i åldern 19 - 29 år som hade minst 1 år kvar med aktivitetsersättning (alternativt annan sammanhängande ersättning), med prioritet på de äldsta i målgruppen
- utifrån bedömning ha förmåga och vilja/motivation att komma ut i arbete

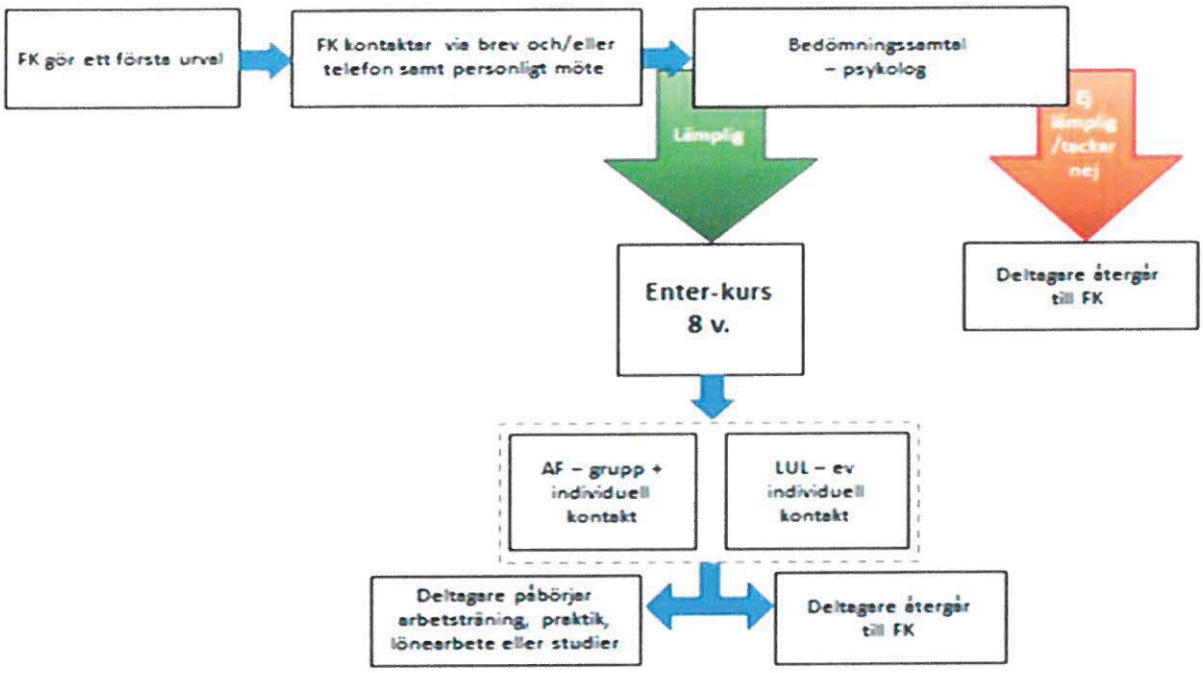
Exklusionskriterier för deltagande:

- pågående missbruk
- vid beslut om daglig verksamhet
- pågående obehandlad psykotisk episod eller bipolärt skov

Pågående vård- och behandlingskontakter tillfrågades om lämpligheten gällande individens deltagande i projektet.

Steg 2: Kartläggning och bedömning

Efter att en individ samtyckt till att delta i projektet ENTER bokade utsedd person vid FK en tid för bedömningssamtal med psykolog från ArbetsRehab vid Landstinget. Bedömningsprocessen syftade till att säkerställa att påtänkta deltagare var lämpliga för projektet. Bedömning skedde i form av en strukturerad intervju. Individen fick vid detta tillfälle även fylla i ett antal formulär som avsåg att mäta olika aspekter av framför allt psykiskt mående. Vid behov kunde ytterligare bedömningssamtal bokas in och fler professioner kopplas in. I anslutning till bedömningssamtalen kunde psykologen även använda sig av befintliga journaler för att bilda sig en uppfattning om individens besvär. En noggrann kartläggning och dokumentation gjordes av psykologerna. Se Figur 2, för bedömningsprocessen.



Figur 2. *Flödesschema för urvals- och bedömningsprocessen i ENTER.*

Om det under bedömningsprocessen framkom att personen uppfyllde något av exklusionskriterierna meddelades individen liksom utsedd person vid FK om detta, och individen avskrevs från projektet. Individer kunde även exkluderas om psykologen bedömde att individen inte skulle kunna tillgodogöra sig projektets innehåll

Totalt bedömdes 76 individer, varav 15 individer exkluderades till följd av bl.a. hälsoskäl alternativt bedömdes vara i behov av annan insats (Samordningsförbundet, 2015).

Deltagare som uppfyllde inklusionskriterierna och inte uppfyllde något av exklusionskriterierna samt bedömdes vara lämpliga för deltagande i projektet fick information och erbjudande om att delta i utvärderingen av ENTER via personal vid ArbetsRehab. Skriftligt samtycke inhämtades från deltagare som önskade delta. Av de 61 deltagare som deltog i ENTER valde 48 (79 %) att ingå i utvärderingen.

Steg 3: Aktiviteter i grupp och enskilt

Gruppaktiviteter

Arbetet tillsammans med deltagarna har dels skett via gruppaktiviteter bestående av schemalagda träffar under en period på åtta veckor. I varje grupp deltog ca åtta deltagare. Personal vid ArbetsRehab, vid Landstinget har ansvarat för gruppverksamheten, vilken planerats gemensamt med- och även bemannats av AF. Gruppaktiviteterna har innefattat samtal och föreläsningar om bl.a. sömn, fokusträning, kost, ekonomi och motion. Ansvarig person för urval vid FK har även medverkat vid gruppträffar för att informera om socialförsäkringen och olika ersättningar (bl.a. om deltagarnas möjlighet att ansöka om ersättning för aktiviteter som kan bidra till bibehålla- eller främja hälsotillståndet). Informationen har anpassats efter individernas

behov med utrymme för frågor. Innehållet i gruppaktiviten har varierat över tid beroende på individernas behov och önskemål.

Gruppträffarna har varit täta men korta, inledningsvis fyra gånger en timme per vecka. Om deltagarna önskade kunde de få en påminnelse om gruppaktiviteten via SMS. Avsikten med gruppaktiviteten var bland annat att aktivera deltagarna och bidra till att underlätta övergången till arbetslivet. Deltagare i Enköping har inte kunnat erbjudas samma kurs som gavs i Uppsala då deltagarantalet där var begränsat. Deltagarna i Enköping erbjöds gruppträffar minst en gång per vecka under tiden för projektet.

Individuella kontakter

Parallellt med gruppverksamheten har deltagarna även fått individuellt stöd från såväl arbetsförmedlarna som från vårdpersonal vid ArbetsRehab, baserat på egna behov och önskemål.

Arbetsförmedlarna arbetade hela tiden både individuellt och i grupp med deltagarna i syfte att så tidigt som möjligt fånga upp motivation till arbete/studier. Yrkesvägledning har varit centralt i arbetsförmedlarnas arbete med deltagarna vilka jobbat utifrån ett lösningsfokuserat förhållningssätt som utgått från varje enskild deltagare. Den individuella kontakten med arbetsförmedlarna har inneburit coachande samtal och arbete med att efterforska och uppsöka möjliga arbetsträningsplatser. Deltagarna var hela tiden delaktiga i processen. Arbetsförmedlarna gav även stöd i samband med eventuell arbetsträning. Vid arbetsträning tillämpade arbetsförmedlarna liknande arbetssätt som i *Särskilt Introduktions- och Uppföljnings Stöd*, SIUS. SIUS innebär stöd i att: 1) hitta en lämplig arbetsplats och 2) kunna behålla en påbörjad anställning. En tredje funktion är att ge stöd till arbetsgivaren.

De deltagare som så önskade kunde träffa psykologer enskilt för samtal utifrån *Acceptance and Commitment Therapy,* ACT[1], med ett arbetslivsrehabiliterande fokus. De flesta av dessa rehabiliterande samtal skedde i ENTER:s lokaler, men de kunde även ske i form av hembesök. Kontakten kunde fortlöpa så länge som deltagaren var inskriven i projektet.

Deltagarna i ENTER hade även möjlighet att få individuella samtal med en socionom vid ArbetsRehab. Utifrån deltagarnas behov kunde socionomen ge ekonomisk rådgivning, samtalsstöd, information kring socialförsäkringen, ge praktisk lotsning och stöd i t ex myndighetskontakter, vara en kontakt mot andra aktörer, initiera och

[1] *Acceptance and Commitment Therapy* ACT är en vetenskapligt baserad psykoterapeutisk modell vilken ingår inom tredje vågen av *kognitiv beteende terapi*, KBT. ACT ger upphov till nya sätt att se på olika psykologiska problem och genom dess förändrade perspektiv kan svårigheter som bottnar sig i psykologiska problem mildras. Genom att lära individen att anamma nya förhållningssätt kan effekterna av problemen lindras vilket därmed bidrar till att ta avlägsna hinder som ligger till grund för begränsningar i individens tillvaro. Metoden går ut på att förändra individens förhållningssätt till sina problem utifrån tre huvudprinciper; *medveten närvaro* (mindfulness), *acceptans* och *grundläggande värderingar* (Hayes & Smith, 2005).

samordna sociala- och rehabiliterande insatser (såsom ex boendestöd eller kontaktperson) samt vid behov initiera SIP-möten[2] och nätverksmöten.

Sjukgymnast i ENTER kunde erbjuda individuell kontakt med de deltagare som så önskade. Sjukgymnasten hade ett arbetslivsrehabiliterande fokus och utgick ifrån varje enskild deltagares behov. Kontakterna kunde bestå av sjukgymnastiska behandlingsåtgärder som kroppskännedomsträning, ofta i anslutning till psykologsamtal eller tillsammans med psykolog vid vilka sjukgymnast även kunde belysa och handleda kring kroppsliga uttryck för psykisk ohälsa. Sjukgymnast medverkade även i bedömning och rådgivning samt gav instruktioner gällande träning för att påverka somatisk ohälsa som exempelvis belastningsrelaterade besvär från nacke, skuldror och rygg. Sjukgymnasten initierade och deltog även i samverkansmöten, som t ex SIP samt förmedlade vid behov kontakter inom den somatiska sjukvården. Ibland följde sjukgymnasten med deltagare på läkarbesök för att stödja deltagaren och för att underlätta vid kontakten med övriga vården.

Under första året som ENTER pågick hade deltagarna även tillgång till en arbetsterapeut. Arbetsterapeuten kunde kartlägga individens aktivitetsmönster såsom dagliga aktiviteter, aktivitetsnivå/intensitet, återhämtning/sömn, matvanor, boendemiljö och fritidsaktiviteter. Utifrån dessa uppgifter kunde en bedömning göras gällande hur individens aktivitetsförmåga påverkades av hälsoproblemet, vilka aktivitetsresurser individen hade samt vilka behov av insatser som behövdes för att stärka individens aktivitetsförmåga. Arbetsterapeuten kunde även göra en arbetsrelaterad bedömning.

Under tiden för deltagande i projektet hade deltagarna kontakt med sin ordinarie handläggare inom FK. Denna kontakt var fortlöpande utifrån deltagarens behov. Utifrån aktiviteter som planerades inom ramen för ENTER upprättades en plan (*Min plan*) tillsammans med den personliga handläggaren vid FK. Detta efter godkännande från FK om att få genomföra de samordnade insatser som planerades. Min plan kunde även ligga till grund för ansökan om särskilda ersättningar för kostnader i samband med de planerade arbetsinriktade insatserna/aktiviteterna.

Steg 4: Arbete/studier/fortsatt arbetslivsinriktad rehabilitering

I steg 4 var syftet främst att hjälpa individerna att få och behålla en anställning. Detta gjorde arbetsförmedlarna genom att arbeta på liknande sätt som SIUS. I detta steg kunde även studier i form av arbetsmarknadsutbildning alternativt reguljär utbildning vara aktuellt. Arbetsförmedlarna sökte arbetsplatser på den reguljära arbetsmarkanden till deltagarna. Vid arbetslivsinriktad rehabilitering kunde ordinarie insatser för målgruppen "personer med funktionsnedsättning" erbjudas via AF.

Vidare kunde de olika professionerna från ArbetsRehab, erbjuda behandling eller insatser om detta behov inte kunde tillgodoses av ordinarie vårdkontakter. För att öka möjligheterna för individer att stanna kvar i studier eller arbete erbjöds olika former av stöd och insatser. Detta kunde exempelvis innebära arbetsplatsbesök av sjukgymnast för

[2] *Samordnad Individuell Plan,* SIP. Individer som är i behov av stöd från Hälso- och sjukvården samt Socialtjänsten och som har ett behov av en plan för hur dessa behov ska tillgodoses ska få en SIP upprättad. Även aktörer så som Försäkringskassan kan delta i arbetet med SIP (Socialstyrelsen, 2016).

bl. a. ergonomisk rådgivning och uppföljning, ibland tillsammans med sjukgymnast eller arbetsterapeut från AF. Arbetet kunde även innebära att öka individens och nätverkets förståelse för de svårigheter som kunde uppkomma i samband arbete/studier. Syftet med insatserna i steg 4 var att underlätta för individen att vara kvar på arbetsmarknaden, fortsätta med studier eller att kunna fortsätta arbetslivsinriktad rehabilitering vid AF.

Steg 3 och 4 i arbetsprocessen går inte helt att särskilja då de till viss del överlappat varandra.

2.2 Datainsamling

Enkät

Data samlades in via webbaserade enkäter (Webropol) som deltagarna fick besvara under tiden för projektets genomförande. Enkäten innefattade frågor om deltagarnas bakgrund, hälsa, funktionsnivå, self-efficacy och arbetsförmåga. De skalor och mätinstrument som användes i enkäterna är vetenskapligt utvärderade och har tidigare använts inom liknande forskningsområden. Enkäten innefattade även några enskilda studiespecifika frågor om motivation till arbete/studier samt tilltro till åtgärder från ENTER. Instrumenten och frågorna presenteras vid respektive instruments resultat (se avsnitt 3, Resultat).

Deltagarna tillfrågades om att besvara enkäten vid tre tillfällen;

1) vid inklusion (basenkät)
2) i samband med ENTER-kursens avlutande (uppföljning 1), samt
3) 6 månader efter inklusion (uppföljning 2)

I samtliga tre enkäter fanns det utrymme för deltagarnas egna kommentarer om eventuell nytta med ENTER och vad som saknats i projektet.

Registerdata och projektdokumentation

Registerdata inhämtades från FK avseende grund till beslut, grad av aktivitetsersättning samt ersättningsform i samband med avslut i ENTER. Uppgifter om deltagande i olika aktiviteter under projekttiden har inhämtats från AF:s projektdokumentation samt från Landstingets (ArbetsRehab) dokumentation.

2.3 Dataanalys

Data från enkäter analyserades med deskriptiv statistik för beskrivning av frekvenser. För jämförelser mellan grupper, inom grupper och över tid användes Chi^2-test, respektive ANOVA samt ANOVA för upprepad mätning. Signifikansnivån har satts till $p<0.05$. Kommentarer från enkäter sammanställdes och analyserades med meningskategorisering.

2.4 Etiska aspekter

Projektet ENTER är godkänt av Forskningsetiska kommittén, vid Uppsala universitet (Dnr. 2013/481). Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om syfte och mål med ENTER via FK. På uppdrag av Uppsala universitet gav personal vid ArbetsRehab skriftlig och muntlig information om utvärderingen i ENTER samt inhämtande av samtycke till deltagande i denna. Av informationen framgick syftet med utvärderingen och att deltagandet var frivilligt. Alla personuppgifter behandlades konfidentiellt och avidentifierades inför analys. All data redovisas på gruppnivå.

3. Resultat

I detta avsnitt redovisas resultatet av enkäterna från deltagarna. Antal presenteras med *n*, och signifikansvärde med *p*.

3.1 Enkäter besvarade av deltagare

Resultatet omfattar de besvarade enkäter som inkommit t o m 151105. Totalt deltog 48 deltagare i utvärderingen. Av dessa besvarade 46 deltagare basenkäten, 38 deltagare besvarade uppföljningsenkät 1 och 30 besvarade uppföljningsenkät 2.

Bakgrundsdata

Tabell 1. *Bakgrundsdata vid inklusion för deltagare i projekt ENTER och en referensgrupp bestående av samma målgrupp som erhållit sedvanlig hantering av FK och AF.*

	Deltagare i ENTER *n* = 48		Referensgrupp *n* = 71		
Kön:	n	%	n	%	*p-värde*
Kvinnor, n, %	24	50.0	30	41.0	
Män, n, %	24	50.0	41	58.0	
Ålder, medelålder, spridning	25.1	20-29	25.3	19-30	
Födelseland:					
Född i Sverige, n, %	41	85.4	52	81.0	
Född utomlands, n, %	7	14.6	12	19.0	
Bosatt i Sverige, medelvärde antal år, spridning	17.5	3-23	17	2-30	
Boende:					
Ensamboende, n, %	25	52.1	26	40.0	
Sammanboende/gift, n, %	8	16.7	2	3	
Särbo, n, %					
Bor hos föräldrar/förälder, n, %	12	25.0	26	40.0	
Annat boende, n, %	3	6.3	11	17.0	<.05
Hemmavarande barn, n, %	4	8.3	6	8.5	
Andra närstående som behöver omsorg, n, %	3	6.3	7	9.9	<.05
Utbildning:					
Grundskola, inte slutförd, n, %	1	2.2	11	15.5	
Grundskola/Komvux, n, %	8	17.4	12	16.9	
Särskolegymnasium, n, %	1	2.2	8	11.3	
Gymnasium, n, %	31	67.4	27	38.0	
Folkhögskola, n, %	-	-	1	1.4	
Högskola/universitet	4	8.7	5	7.0	
Annat, n, %	1	2.2	2	2.8	<.05

Bakgrundsdata och jämförelser mellan gruppen deltagare i ENTER och referensgruppen, vid inklusion.

De skillnader som framkom vid inklusion mellan deltagarna i ENTER och referensgruppen var att det var det var fler i referensgruppen som hade annat boende och närstående som behövde deras omsorg, samt färre som hade genomgått gymnasium.

Ekonomi

Vid inklusion i projektet uppgav 70 % av deltagarna i ENTER att de ofta- eller ganska ofta känt sig oroade över ekonomin. Det fanns ingen skillnad mellan män och kvinnor eller mellan personer födda utomlands och svenskfödda avseende ekonomisk oro. Motsvarande andel i referensgruppen var 47 % som upplevde en oro ofta eller ganska ofta, vilket visar att denna oro var högre för deltagarna i ENTER, $p<0.05$. Vid uppföljning 2 (sex månader efter inklusion) fanns ingen skillnad mellan hur deltagarna i ENTER och deltagarna i referensgruppen upplevde sin oro över ekonomin.

Hälsa och funktion

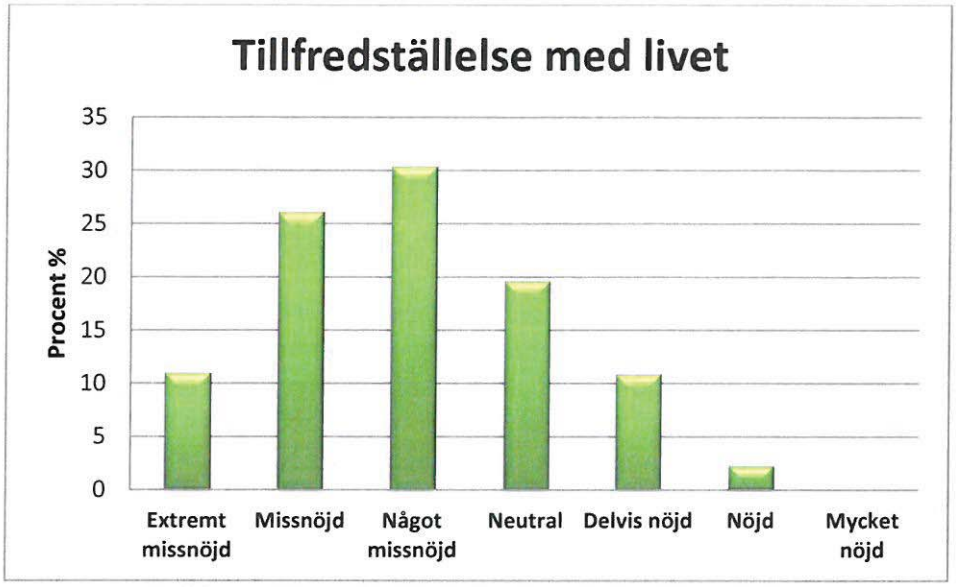
Upplevd hälsa

För att mäta deltagarnas självskattade hälsa användes den enskilda frågan *"Hur skulle du vilja säga att din hälsa är"*, vilken skattas på en skala från 1=mycket god hälsa till 5=mycket dålig hälsa (Liv & hälsa, 2008). Vid inklusion ansåg 43.1 % av deltagarna i ENTER att deras hälsa var mycket god eller god och 19.5 % att deras hälsa var dålig eller mycket dålig. Övriga angav att deras hälsa varken var god eller dålig. Det framkom ingen skillnad i självskattad hälsa mellan deltagarna i ENTER och referensgrupp vid inklusion.

Vid uppföljningstillfälle 1 och 2 framkom ingen signifikant förändring av hälsan vid jämförelse med inklusion för deltagarna i ENTER.

Tillfredsställelse med livet

För att mäta deltagarnas subjektiva välbefinnande användes *Satisfaction with Life Scale* (SWLS). Instrumentet innehåller fem påståenden med svar på en sjugradig skala från 1= instämmer inte alls till 7=instämmer helt. Individen besvarar varje påstående genom att ange det alternativ på skalan som bäst överensstämmer dess egen uppfattning (Pavot & Diener, 2008). Svaren på frågorna summeras till en totalpoäng och dividerades med fem och tolkas enligt följande: 1=extremt missnöjd med livet, 2=missnöjd, 3=något missnöjd, 4=neutral, 5=delvis nöjd, 6=nöjd, 7=mycket nöjd med livet (Diener, 2006). Vid inklusion angav närmare 40 % av deltagarna i ENTER att de upplevde sig extremt missnöjda eller missnöjda med livet (se Figur 3).



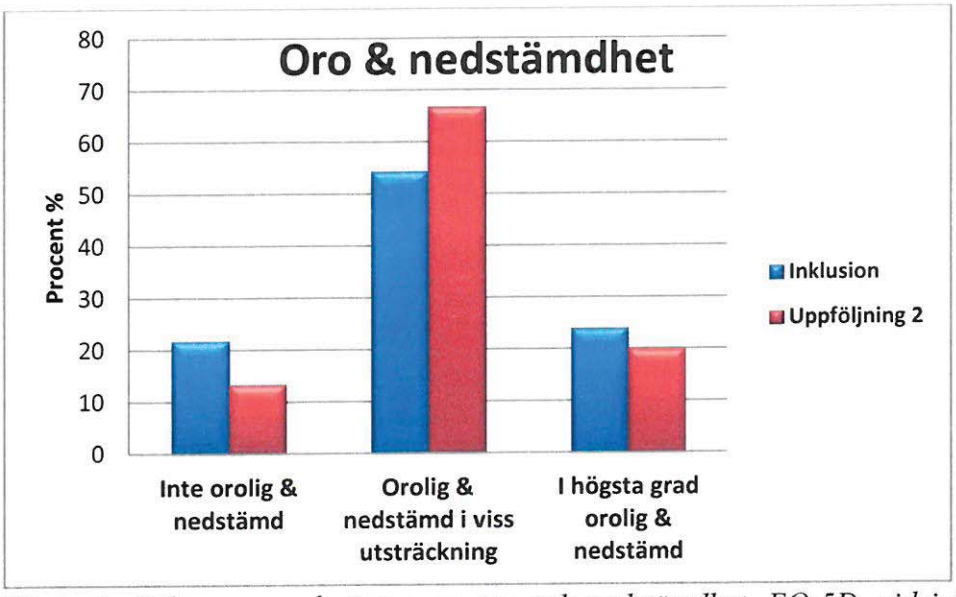
Figur 3. *Fördelningen av deltagarnas skattning av tillfredsställelse med livet vid inklusion.*

Det var ingen skillnad mellan kvinnor och mäns skattning avseende tillfredsställelse med livet, däremot upplevde personer födda utomlands en signifikant högre tillfredsställelse med livet (*Medelvärde*=6.1) jämfört med deltagare som var svenskfödda (*Medelvärde*=3.4), $p<0.05$. Det fanns en signifikant ökning i upplevelse av tillfredställelse med livet hos de deltagare som deltog vid uppföljning 2, från 3.4 till 3.7 i medelvärde $p<0.05$. Även om tillfredsställelse med livet hade ökat, upplevde deltagarna dock fortfarande ett missnöje med denna.

EQ-5D

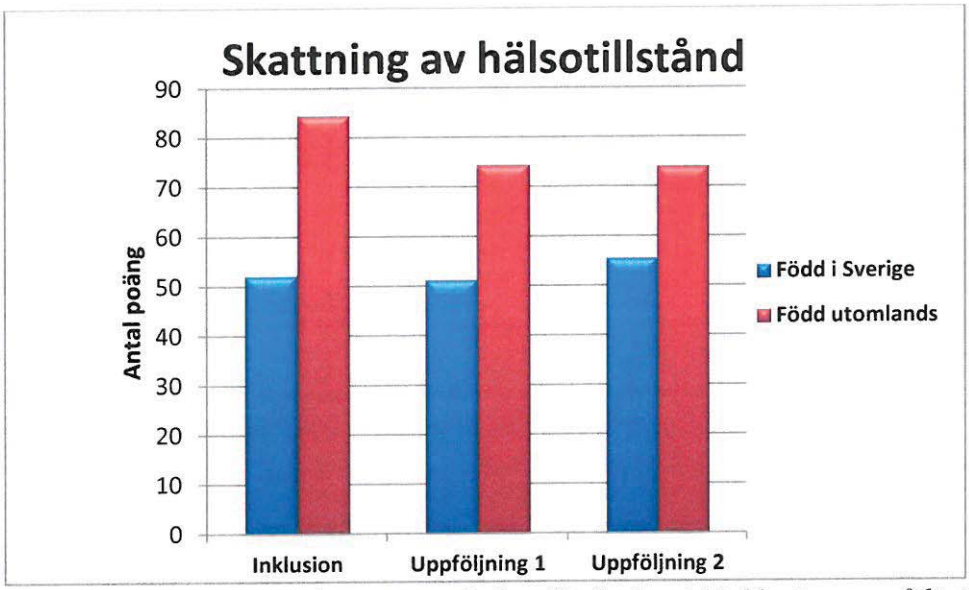
För att mäta hälsorelaterad livkvalité användes *EQ-5D*. Instrumentet innehåller ett beskrivande frågeformulär genom vilka individen kan klassificera sitt hälsotillstånd i fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet på en tregradig skala (inga, måttliga respektive svåra problem). *EQ-5D* innehåller även en vertikal visual analouge scale (EQ VAS), denna del kan liknas en termometer på vilken individen får skatta sitt hälsotillstånd från 0=sämsta tänkbara hälsa till 100=bästa tänkbara hälsa (Landstinget i Uppsala Län, 2014).

Resultaten på EQ-5D visar att majoriteten av deltagarna (ca 80 %) i ENTER inte har svårigheter med rörlighet samt att de inte behöver hjälp med sin dagliga hygien. 61 % anger dock att de har svårigheter att klara av sina huvudsakliga aktiviterer och över 50 % anger att de har måttliga till svåra besvär med smärta. Vid inklusion angav omkring 54 % av deltagarna att de är oroliga eller nedstämda i viss utsträckning och 24 % att de i hög grad är oroliga eller nedstämda. Vid uppföljning 2 hade andelen deltagare som inte upplevde någon oro och nedstämhet minskat från ca 22 % till 13 % (se Figur 4).



Figur 4. *Deltagarnas skattning av oro och nedstämdhet, EQ-5D, vid inklusion och uppföljning 2.*

På frågan om deltagarnas nuvarande hälsotillstånd, vilken värderades från 0-100, var medelvärdet för deltagarnas skattning vid inklusion 57.1. Det fanns ingen skillnad mellan män och kvinnors skattning i hälsotillstånd. Det framkom inte heller någon skillnad i skattningen av hälsotillståndet över tid. Vid inklusion skattade utlandsfödda sitt hälsotillstånd signifikant högre jämfört med deltagare som var födda i Sverige (medelvärde=84.3 respektive 52.1, $p<0.05$). Denna skillnad kvarstod inte vid uppföljning 2 (se Figur 5).

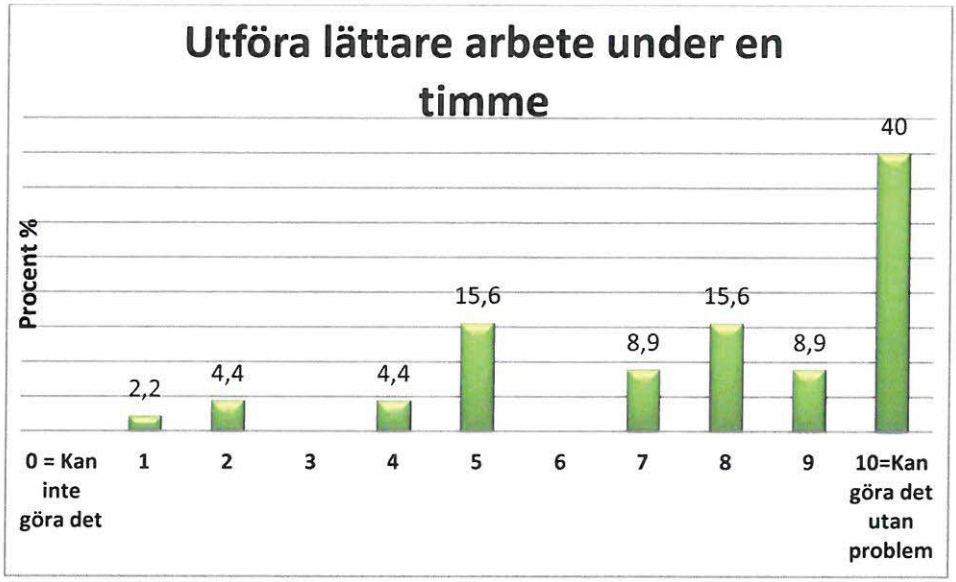


Figur 5. *Deltagarnas skattning av hälsotillståndet vid inklusion, uppföljning 1 och uppföljning 2, basaerat på födelseland.*

Funktionsnivå

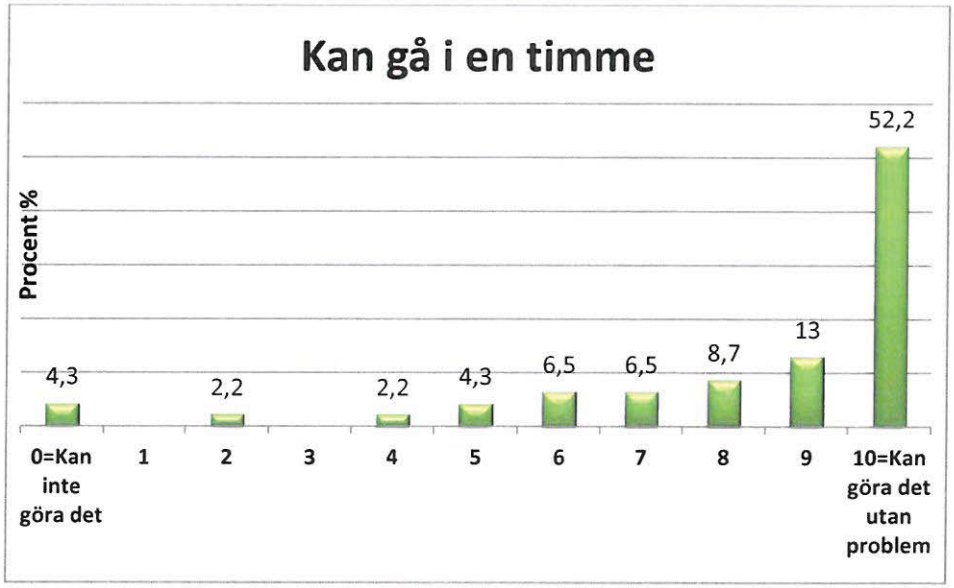
För att mäta funktionsnivån har fem frågor som hämtats från *Activities of Daily Living for Patients with Chronic Pain Scale* använts (Linton, 1999). Frågorna mäter förmåga

att utföra olika dagliga sysslor, på en skala från 0=kan inte göra det till 10=kan göra det utan problem. Vid inklusion skattade 40 % av deltagarna i ENTER att de kunde utföra lättare arbete under en timme utan problem (Figur 6).

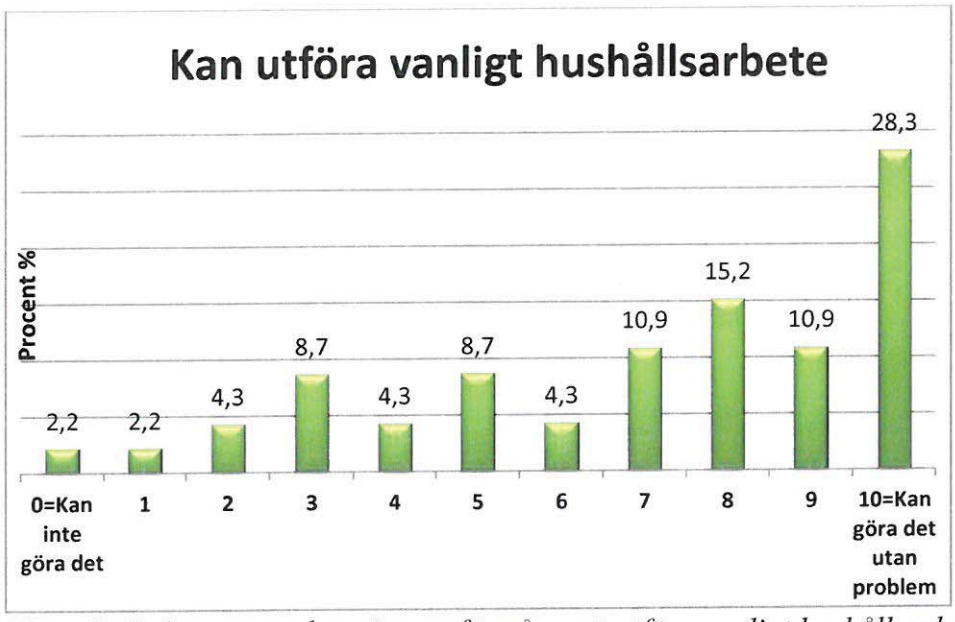


Figur 6. *Deltagarnas skattning av förmåga att utföra lättare arbete under en timme.*

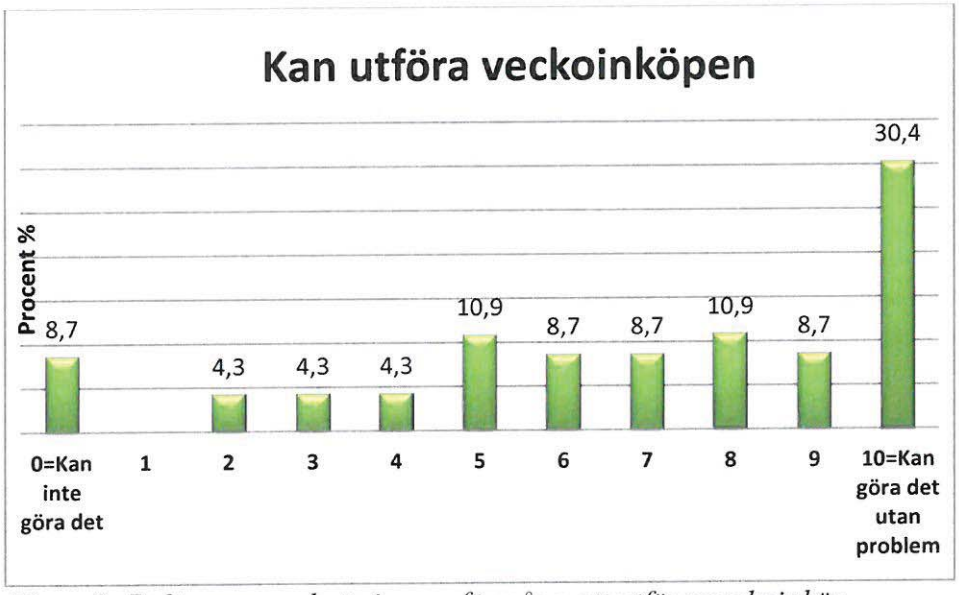
Omkring 52 % angav att de utan problem kunde gå i en timme, drygt 28 % att de kunde utföra vanligt hushållsarbete och 30 % att de utan problem kunde utföra veckoinköpen (Figur 7–9).



Figur 7. *Deltagarnas skattning av förmåga att gå i en timme.*

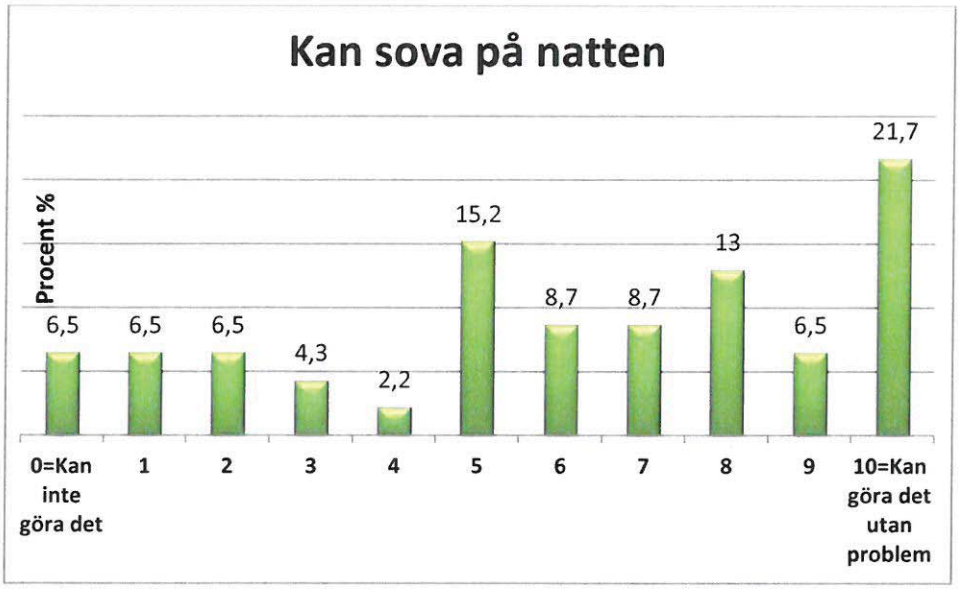


Figur 8. *Deltagarnas skattning av förmåga att utföra vanligt hushållsarbete.*



Figur 9. *Deltagarnas skattning av förmåga att utföra veckoinköp.*

Omkring 22 % av deltagarna uppgav att de kunde sova utan problem på natten (Figur 10).



Figur 10. *Deltagarnas skattning av förmåga att kunna sova på natten.*

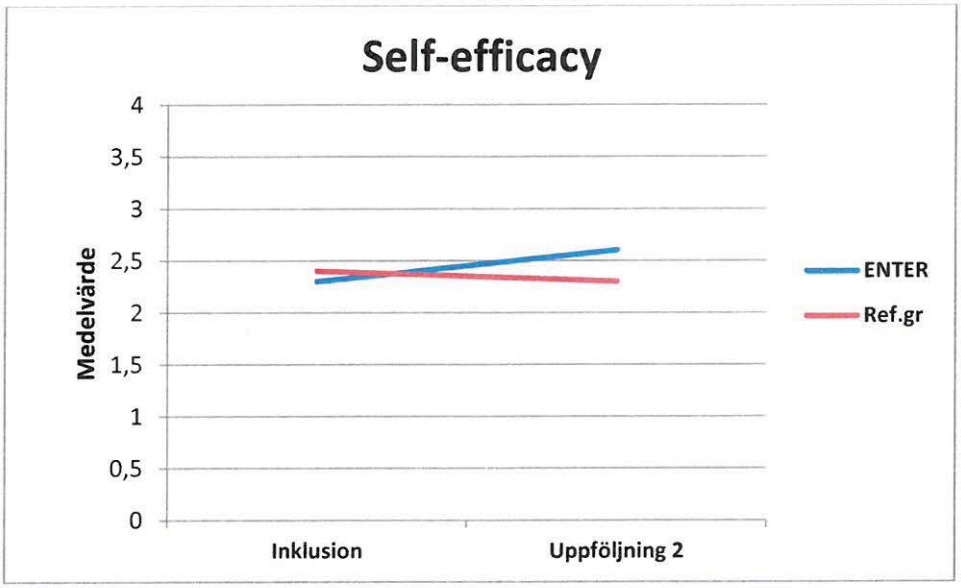
När frågorna om vardagsaktiviteter analyserades som ett index hade ENTER deltagarna ett medelvärde på 7.2. Det framkom inga skillnader i index mellan kvinnor och män vid inklusion i ENTER. Däremot fanns det en signifikant skillnad i skattad funktionsnivå mellan deltagare som var födda utomlands (*Medelvärde*=9.3) och de som var födda i Sverige (*Medelvärde*=6.7), $p<0.05$. Personer födda utomlands skattade sin funktionsnivå högre jämfört med de personer som var svenskfödda. Det kunde inte påvisas någon ökning i funktionsnivå över tid för deltagarna i ENTER.

Self-efficacy

Self-efficacy kan kortfattat beskrivas som en individs tilltro till sin egen förmåga att utföra en specifik handling (Bandura, 1997). För att mäta self-efficacy användes *The General Self-Efficacy Scale,* GSE (Jerusalem & Schwarzer, 1981). GSE-skalan innehåller tio slutna frågor där ett av fyra svarsalternativ anges för varje fråga. Frågornas svar är rangordnade utifrån en fyrgradig ordinalskala och poängsätts från 1–4 (Schwarzer, 2011). Det finns ingen brytpunkt för vad som räknas som högt- respektive lågt self-efficacy, men ett medelvärde på 2.9 kan användas som referensvärde (Schwarzer, 2011; Löve, Crystal, Dea Moore & Hensing, 2011).

Vid inklusion hade deltagarna i ENTER ett medelvärde på 2.4 i self-efficacy. Det framkom ingen skillnad i self-efficacy mellan kvinnor (*Medelvärde*=2.3) och män (*Medelvärde*=2.5) vid inklusion i projektet. Det var en signifikant skillnad i self-efficacy mellan deltagare som var utlandsfödda (*Medelvärde*=3,2) jämfört med deltagare som var svenskfödda (*Medelvärde*=2.3), $p<0.05$, vid inklusion.

Self-efficacy ökade signifikant vid uppföljning 2 jämfört med self-efficacy vid inklusion (*Medelvärde*=2.3 till *Medelvärde*=2.6, $p<0.05$). Det fanns inga skillnader i skattningen av self-efficacy mellan deltagarna i ENTER och referensgruppen, vid inklusion. Det kunde inte påvisas någon ökning i self-efficacy över tid för referensgruppen (Figur 11).



Figur 11. *Skattning av self-efficacy vid inklusion samt uppföljning 2 fördeltagarna i ENTER respektive referensgrupp.*

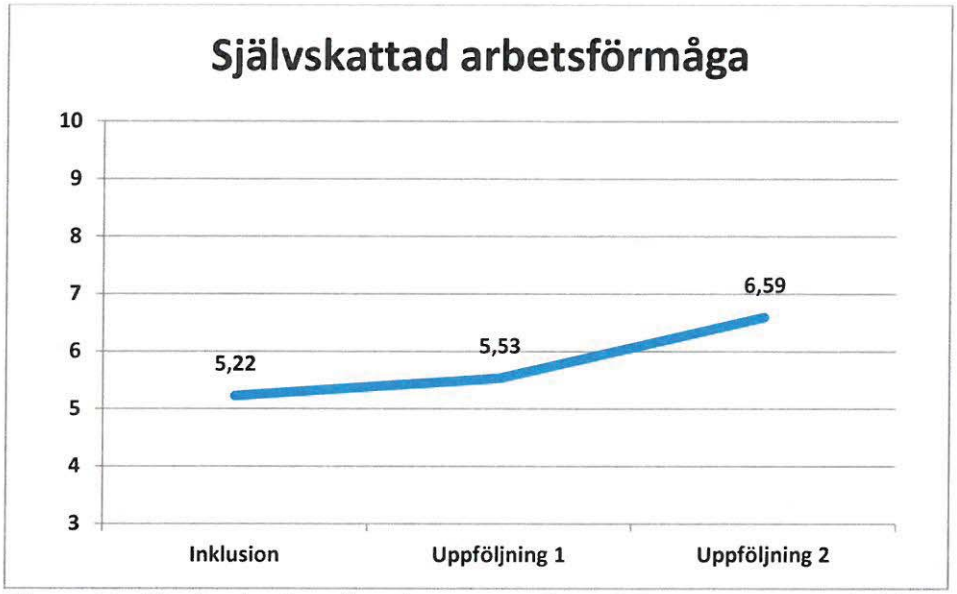
Arbetsförmåga och nytta av åtgärder

I denna del återges deltagarnas svar på frågor rörande deras upplevelse av egen arbetsförmåga. Enskilda studiespecifika frågor användes för att undersöka deltagarnas vilja till arbete, uppfattning om möjligheten att kunna arbeta eller studera nu och om ett år samt tilltro nyttan av insatserna och åtgärder från ENTER.

Arbetsförmåga

Självupplevd arbetsförmåga mättes med den enskilda frågan "Nuvarande arbetsförmåga jämfört med då den är som bäst" från instrumentet *Work Ability Index*, WAI (Ilmarinen, 2007). Frågan värderas från 0=kan inte arbeta alls till 10=arbetsförmåga då den är som bäst. Poängtalen kategoriseras enligt följande: WAI ≤2=dålig; 3–6=dålig eller måttlig; 7–8=måttlig eller bra; och 9–10=bra eller utmärkt (Ahlstrom, Grimby-Ekman, Hagberg, Dellve, 2010).

Vid inklusion skattade deltagarna sin arbetsförmåga till ett medelvärde på 5.2. Det fanns ingen skillnad i upplevelse av arbetsförmåga mellan kön. Däremot fanns en statistisk skillnad i upplevelse av arbetsförmåga mellan personer födda utomlands (Medelvärde=8.0) jämfört med personer födda i Sverige (Medelvärde=4.7), $p<0.05$. Det var en signifikant ökning i upplevd arbetsförmåga över tid hos deltagarna födda i Sverige ($p<0.05$)(se Figur 12).



Figur 12. *Upplevd arbetsförmåga över tid för deltagare som var födda i Sverige.*

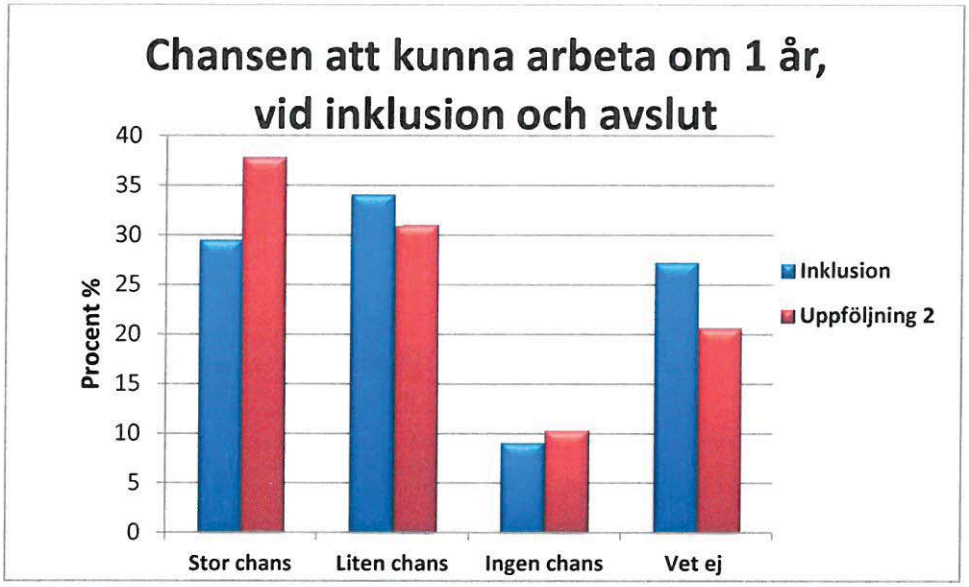
Viljan att arbeta och uppfattningen om möjligheten att kunna arbeta eller studera i nuläget

Vid inklusion angav 83 % av deltagarna i ENTER att de absolut ville kunna arbeta/återgå i arbete och 11 % angav att de kanske ville arbeta/återgå i arbete. Omkring hälften av deltagarna (51 %) ansåg att de absolut eller kanske skulle kunna arbeta nu. Närmare 30 % svarade nej knappast eller nej absolut inte på frågan om de skulle kunna arbeta nu, 20 % svarade att det inte visste. På motsvarande fråga om studier svarade 40 % att de absolut eller kanske skulle kunna studera nu. Nästan lika stor andel (37 %) svarade nej knappast eller absolut inte på frågan, 13 % svarade att de inte visste.

Det fanns inga skillnader mellan deltagarna i ENTER och referensgruppens svar på frågan om de ville kunna arbeta/återgå i arbete och på frågan om deltagarna skulle kunna arbeta nu, vid inklusion. Det kunde inte heller påvisas någon skillnad mellan grupperna på frågan om deras möjligheter att kunna studera i nuläget.

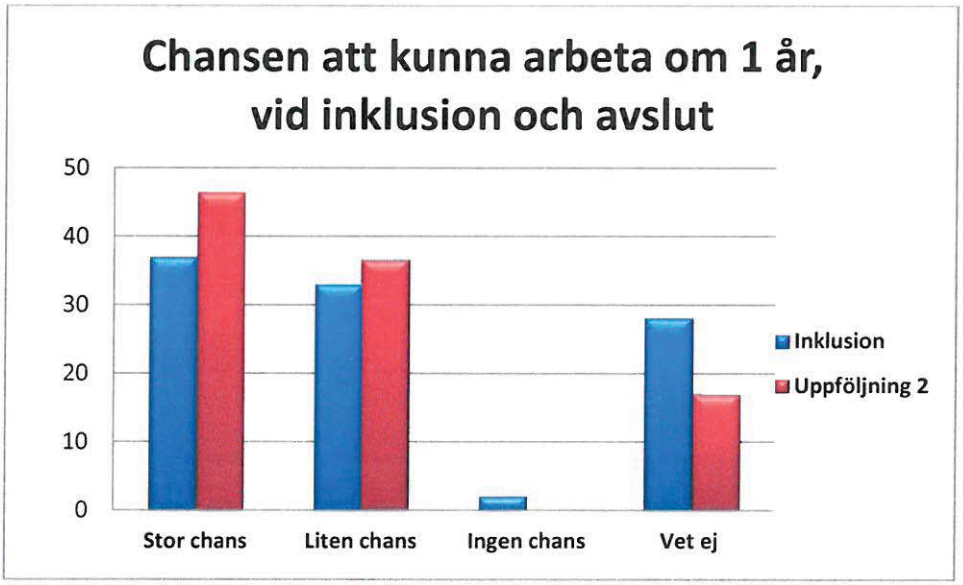
Uppfattning om chansen att kunna arbeta/studera om ett år

Vid inklusion svarade 70 % av deltagarna att de trodde att de hade stor eller liten chans att kunna arbeta om ett år. Närmare 30 % svarade vet ej på frågan, 2 % trodde inte att de skulle ha någon chans att kunna arbeta om ett år. Vid uppföljning 2 i ENTER svarade 83 % av deltagarna att de trodde att de hade stor eller liten chans att kunna arbeta om ett år, vilket motsvarde en ökning på 13 % (se figur 13).



Figur 13. *Deltagarnas uppfattning om möjligheten att kunna arbeta om ett år, vid inklusion och uppföljning 2.*

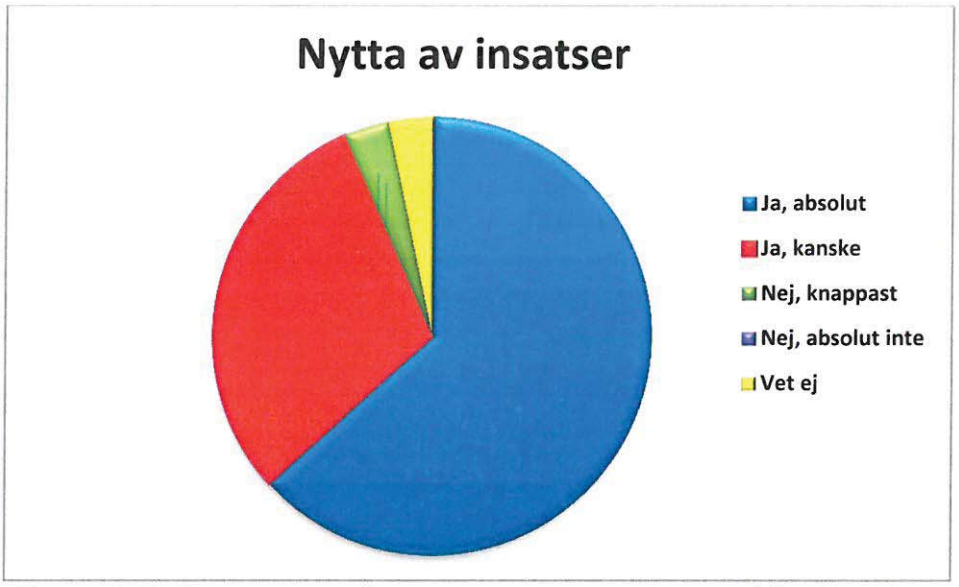
På frågan om chansen att kunna studera om ett år svarade 64 % av deltagarna att de såg sig ha stor eller liten chans till detta. Omkring 10 % av deltagarna såg sig inte kunna ha den möjligheten och närmare 30 % angav att de var osäkra i frågan. Vid uppföljning 2 i ENTER angav 69 % av deltagarna att de såg sig ha stor eller liten chans att studera om ett år, 10 % ansåg sig fortfarande inte ha den möjligheten och omkring en femtedel (21 %) var osäkra på detta (Figur 14).



Figur 14. *Deltagarnas uppfattning om möjligheten att kunna studera om ett år, vid inklusion och vid uppföljning 2.*

Nytta av åtgärder och insatser från ENTER

Vid inklusion trodde 94 % av deltagarna att åtgärder från ENTER absolut eller kanske skulle kunna hjälpa dem att få ett arbete eller att påbörja studier. Övriga deltagare (6 %) svarade att de inte visste. På frågan om deltagarna ansåg att de hade haft nytta av insatserna i ENTER i uppföljningsenkät 2, svarade 93 % ja, absolut eller ja, kanske, 3.5 % svarade nej, absolut inte på frågan och lika stor andel svarade att de inte visste (Figur 15).



Figur 15. *Deltagarnas uppfattning om nyttan av insatser från ENTER, uppföljningsenkät 2.*

3.2 Deltagarnas svar på öppna frågor om ENTER

I samtliga tre enkäter fanns det utrymme för deltagarna att skriva egna kommentarer till tilltro till nyttan av åtgärder från ENTER (basenkät), vilka av insatserna de haft nytta av och vad som saknades (uppföljning 1 och uppföljning 2).

Basenkät (inklusion)

Tilltro till ENTER

Av kommentarerna (n=10) i den första enkäten gällande frågan om deltagarna trodde att åtgärder från ENTER kunde hjälpa dem att få ett arbete eller kunna påbörja studier, framgår att det fanns en förhoppning bland deltagarna om att ENTER skulle kunna bidra till att deltagare kom ut i en sysselsättning.

> *"Det vore fantastiskt, jag vill försöka vara hoppfull så gott det går."*

ENTER i kombination med andra insatser uppfattas kunna ge möjlighet till arbete/studier. I sammanhanget betonar deltagare vikten av individuell anpassning. Deltagare tror att ENTER kan vara ett stöd på vägen mot arbete och studier, dock förekommer det en viss oro kring att de egna hälsoproblemen kan komma att stå i vägen för detta.

Uppföljningsenkät 1

Nytta av insatser i ENTER

I den uppföljande enkäten lämnade 32 deltagare kommentarer kring frågan om vilka insatser de haft nytta av i ENTER. Deltagarna beskrev att de haft nytta av ENTER på olika sätt. På samma sätt beskrivs gruppaktiviteterna ha haft olika betydelse genom att ge möjlighet att träffa andra, att bryta isolering, bidra till aktivering eller att finnas med i ett sammanhang. För andra var det viktigt att få bekräftat att det fanns andra i liknande situation som dem själva och att kunna utbyta erfarenheter med varandra.

> *"Att få träffa personer som har liknande erfarenheter och att känna att man inte är ensam."*

Flera deltagare upplever att de haft nytta av de ACT insatser som funnits att tillgå i ENTER. Särskilt mindfulness beskrivs ha varit av betydelse men även kroppskännedom och acceptans omnämns. Flera deltagare beskriver också att de fått hjälp med hur de ska hantera stress. För andra innebar deltagande i projektet en minskad stress då de kunde få hjälp via ENTER om det uppstod några svårigheter.

> *"Stress försvann aningen för man kände att man lätt kunde få hjälp om komplikationer uppstod."*

Överlag beskrivs alla medverkande aktörer ha varit betydelsefulla även om behoven varierat, där en del beskriver att de haft nytta av ergonomisk anpassning medan andra har haft nytta av rådgivning kring ekonomin eller information om olika kommunala insatser. Tillgängligheten till de olika myndigheterna i ENTER omnämns också ha varit betydelsefull.

> *"Närvaro av mina aktiva myndigheter, alltså Landsting och Försäkringskassan."*

Arbetsförmedlarna beskrivs ha varit en tillgång i ENTER. Genom kontakten med arbetsförmedlarna har deltagarna haft möjlighet att; ställa frågor om arbete, träffa studievägledare, få stöd med studieförberedelse, arbetsträna och få stöd kring anställning. Arbetsförmedlarna beskrivs ha lyssnat till deltagarna och skapat sig en uppfattning om deltagarnas egenskaper och begräsningar. Vidare anges att arbetsförmedlarna arbetat mer flexibelt i ENTER jämfört med hur arbetsförmedlare i ordinarie verksamhet arbetar.

> *"De vågar ju faktiskt tänka utanför ramarna här till skillnad från på den "vanliga" Arbetsförmedlingen."*

I övrigt beskrivs ENTER ha inneburit att deltagare skaffat sig nya kunskaper eller stöd i att hantera sin vardag och att skapa sig rutiner. Deltagare beskriver även att de fått ett gott bemötande och uppmuntran i ENTER.

Vad saknades?

Totalt lämnade 24 deltagare kommentarer på frågan om vad deltagarna ansåg saknades i ENTER. Av dessa framgår det att flertalet deltagare önskade få mer arbetsinriktade aktiviteter såsom fler studiebesök, möjlighet att träffa och ställa frågor till arbetsgivare, få förslag om sysselsättningar och jobb samt möjlighet till studievägledning. Därutöver efterfrågades mer tid med arbetsförmedlarna samt möjligheter till praktik och arbete.

Vidare framkom önskemål om ett större fokus på- och ett mer aktivt arbete för att få ut deltagare i arbete/studier.

> *"Allt arbete mot att faktiskt försöka få ut oss i jobb/studier."*

En del deltagare ansåg sig ha behov av individuella samtalsstöd, andra saknade inget, andra visste inte vad de saknade och för en del var det inte tydligt vad ENTER kunde bidra med.

> *"Bättre information om vad för slags hjälp man kunde få och hur mycket hjälp man kunde få."*

Det fanns även deltagare som upplevde att samtalen var otydliga och att dessa behövde vara mer konkreta. Det fanns även önskemål om att projektet skulle ha samverkat mer med aktörer utanför ENTER och att mindre tid skulle ha ägnats åt ACT. Flera deltagare uttryckte att de ville ha längre tid per dag i projektet och att det kunde behövas mer tid för att kunna sätta sig in i olika ämnen.

> *"Jag tyckte att det är för kort tid med 1,5 timme per dag. Mycket tid försvinner med fikapausen och jag tycker att det var svårt att komma in i ämnet för dagen innan dagen redan var slut."*

Uppföljningsenkät 2

Nytta av insatser i ENTER

I den avslutande enkäten (uppföljning 2) lämnade 23 deltagare kommentarer på frågan om nyttan av insatserna i ENTER. Av dessa framgår att deltagandet i ENTER uppfattas ha bidragit till nya kunskaper. För någon deltagare hade ENTER ingivit hopp. ENTER angavs även vara en god grund för vidare utvecklig. Genom ENTER kunde deltagare skapa rutiner och få möjlighet att träffa andra samt bryta isolering. Genom de gemensamma aktiviteterna i projektet fick deltagarna träffa andra som befann sig i liknande situationer som de själva. ENTER innebar även att ha en plats att gå till och vara på under dagen.

> *"Mest av att komma ut ur isolation men också att kunna prata med andra människor."*

ENTER har inneburit stöd och hjälp att komma framåt och deltagarna har haft möjlighet att utvecklas i sin egen takt och att ställa frågor i olika avseenden. Samarbetet mellan de olika medverkande aktörerna och stödet från de olika professionerna i projektet beskrivs ha varit värdefullt.

> *"den nära kontakten med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och vård teamet"*

> *"Framförallt möjligheten till arbetsträning i kombination av andra hjälpmedel som psykologkontakt, sjukgymnast och socionom" ...*

Kontakten med arbetsförmedlarna har inneburit att deltagare fått hjälp med arbetsträning, åka på studiebesök, coachning, kartläggning och stöd i att finna egna mål samt stöd i att utforska vad de vill arbeta med. Vidare har deltagare fått utbildning i hur de ska agera i olika situationer som kan uppstå på en praktik- eller arbetsplats. Av kommentarerna framgår även att kontakten med psykologerna varit av betydelse. Genom psykologerna har deltagare kunnat få hjälp med att hantera ångest, styra sina tankar och känslor samt erhållit kunskaper om ACT.

> ... *"hur jag ska styra mina känslor och tankar m.m."*

Vad saknades?

Totalt lämnade 16 deltagare kommentarer kring vad som saknades i ENTER. För någon hade det till en början varit oklart vad som skulle komma att ske efter ENTER-kursen, samt vilket stöd som därefter kunde erhållas. Flera deltagare visste inte vad de saknade i ENTER, andra inte ansågs sig sakna något. Det som främst angavs saknas var mer insatser med inriktning på arbete såsom: genomgång av CV, möte med studievägledare samt stöd i att söka arbete.

> *"En studievägledare som kan hjälpa en med frågor och ansökan. Mer konkreta saker man kan göra t.ex. hjälp att söka arbete, lista ut vad man skulle vilja studera eller jobba med."*

Vidare beskrivs att det funnits svårigheter med att hitta arbetsträningsplatser, här fanns det deltagare som önskat att de hade varit mer delaktiga i att finna en arbetsplats. Vidare fanns uppfattningen om att sökområdet hade kunnat utvidgas. Någon ansåg att ENTER-kursen var för kort och att de enskilda mötena hade kunnat starta tidigare. Någon önskade fler gruppträffar per vecka.

> *"Mer gruppträffar, kanske 2 ggr i veckan"*

Några deltagare önskade att det funnits mer utrymme för personlig anpassning, där någon hade behov av ett lugnare tempo, en annan önskade mer enskilda samtal. För någon hade den tidigare hjälpen från ENTER inte kunnat erhållas efter att hen fyllt 30 år. Vidare framhölls att det saknades viss kunskap om olika sjukdomstillstånd och som projektpersonalen hade kunnat ta mer hänsyn till.

> *"Mer individuella diskussioner om personlig utveckling"*

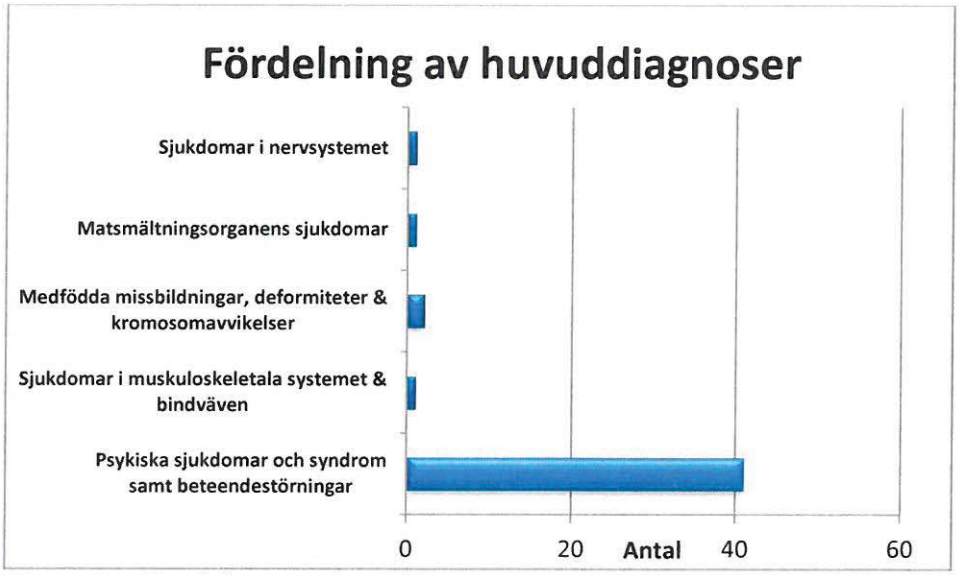
3.3 Redovisning av register- och projektdata

Data från FK

Av deltagarna i ENTER samtyckte 47 deltagare till att registeradata inhämtades från FK avseende grund för beslut (huvuddiagnos) till aktivitetsersättning samt uppgift om ersättningsform vid inklusion och avslut i projektet. Deltagarna kunde ha flera diagnoser utöver sin huvuddiagnos men detta har ej studerats inom ramen för utvärderingen. För en deltagare saknades dessa uppgift om diagnos och ersättningsform vid avslut.

Huvuddiagnoser

Utifrån uppgifter om diagnos framgår att 89 % (n=41) av deltagarna hade diagnoser som enligt *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning* (ICD-10-SE) klassificeras som psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (Socialstyrelsen, 2010). Den vanligaste diagnosen som låg till grund för beslut till aktivitetsersättning var Aspbergers syndrom (24 %, n=11). Sammanlagt hade 11 % (n=5) av deltagarna fysiska diagnoser som låg till grund för deras beslut om aktivitetsersättning (se Figur 16). Se rapport *Kartläggning – Beskrivning av gruppen* (Samordningsförbundet, 2015) för detaljerad information om målgruppens diagnoser inom de olika diagnosgrupperna.



Figur 16. *Fördelning av huvuddiagnoser som låg till grund för deltagarnas beslut om aktivitetsersättning.*

Ersättningsform vid inklusion och avslut

Vid jämförelse av deltagarnas ersättningsform vid inklusion jämfört med vid projektets avslut framgår att 17 % (n=8) av deltagarna har bytt ersättningsform helt eller delvis. Av dessa hade tre deltagare påbörjat studier, två deltagare hade påbörjat arbete på hel eller deltid och ytterligare två deltagare hade påbörjat ett arbetsmarkandspolitiskt program vid AF och fick aktivitetsstöd. En deltagare hade beviljats vilande aktivitetsersättning för att prova arbete eller studier.

Erhållna insatser via AF

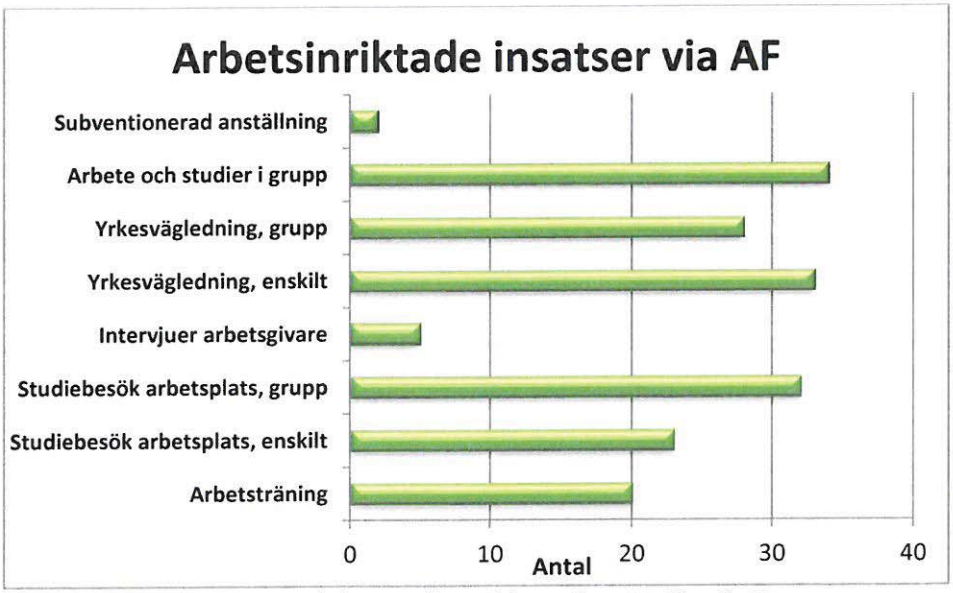
Totalt samtyckte 35 deltagare till att uppgifter inhämtades från AF:s projekt-dokumentation gällande erhållna insatser under projekttiden. Resultatet bygger därmed bara på 73 % av det totala antalet deltagare som var med i utvärderingen.

Arbetsinriktade insatser

Dokumentationen visar att 34 av deltagarna hade deltagit vid gruppträffar som ordnades under temat arbete och studier inom vilka de även erhållit vägledning i grupp. Sammanlagt hade 33 av deltagarna fått individuell yrkesvägledning, 28 av deltagarna hade fått detta i grupp. Vägledningen innefattade samtal, övningar och studiebesök och utifrån deltagarnas intressen påbörjades arbetet med att utforska arbetsmarknaden.

Majoriteten av deltagarna deltog i studiebesök. Dessa kunde ske enskilt eller i grupp. Totalt genomförde 23 deltagare ett individuellt studiebesök på en arbetsplats, 32 deltagare deltog vid gemensamma studiebesök i grupp. Avsikten med studiebesöken var att få mer kunskap om en bransch, bidra till inspiration och motivation samt ligga till grund för en eventuell arbetsträning. Därutöver genomförde fem deltagare intervjuer med arbetsgivare i syfte att erhålla en bra- och realistisk uppfattning om ett yrke.

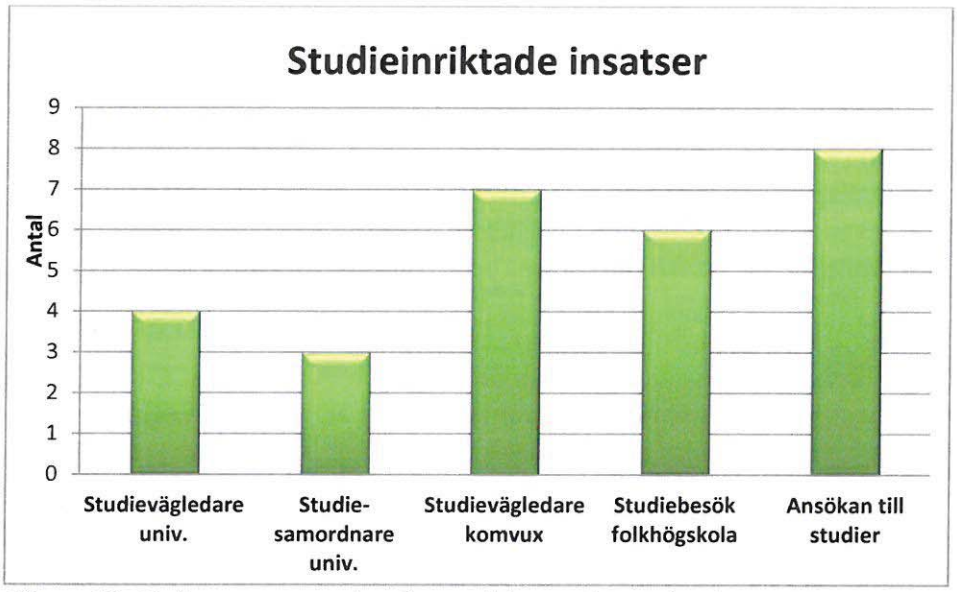
Bland deltagarna påbörjade 20 en arbetsplatsträning. Längden på arbetsplatsträningarna varierade och kunde ske hos en eller flera arbetsgivare. Arbetsträningsplatserna letades upp på den reguljära arbetsmarkanden inom såväl privat, ideell och offentlig sektor med utgångspunkt från deltagarnas intressen och förutsättningar. Arbetsträningen följdes upp av projektpersonalen i ENTER vilka kunde erbjuda stöd till både deltagare och handledare på arbetsplatsen. Två deltagare påbörjade en subventionerad anställning under projekttiden och aktualiserades hos AF men var fortfarande inskrivna i ENTER. Se Figur 17, för deltaganden i de olika arbetsinriktade insatserna.



Figur 17. *Deltagarnas deltagande i olika arbetsinriktade insatser.*

Studieinriktade insatser

De studieinriktade aktiviteterna kunde innefatta besök hos studievägledare för information inför ansökan till studier på universitetet (n=4) eller Komvux (n=7). Några deltagare (n=3) besökte även en studiesamordnare för att få information om möjligheten till individuellt stöd baserat på egna behov under eventuella framtida studier. Flera deltagare genomförde studiebesök vid Folkhögskola (n=6). Syftet med studiebesöket kunde vara att få inspiration till- eller information om möjligheten till studier på folkhögskola eller ligga till grund för en kommande ansökan. Flera deltagare (n=8) fick även praktisk hjälp med ansökan till studier (Figur 18).



Figur 18. *Deltagarnas medverkan i olika studieinriktade insatser.*

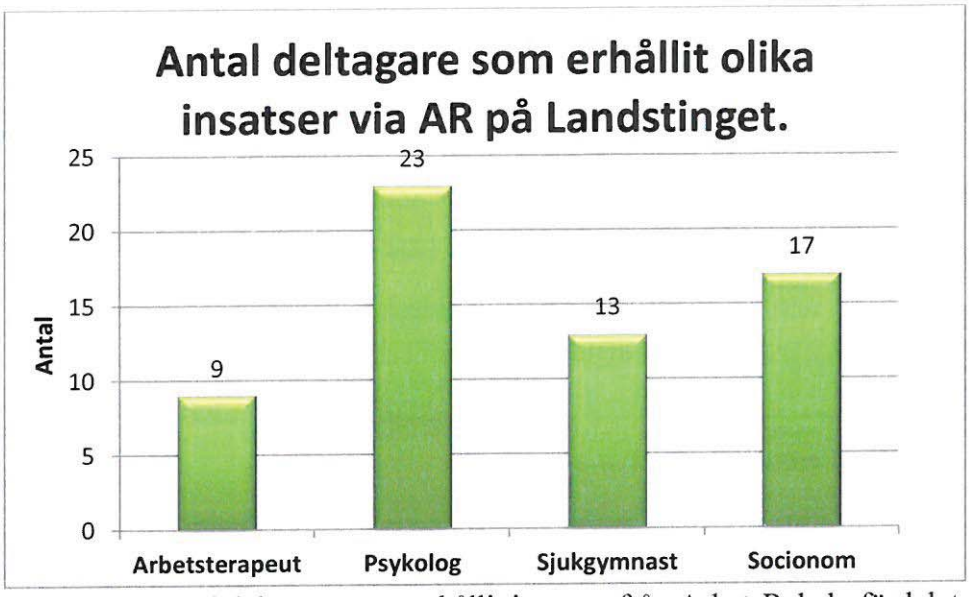
Övriga insatser

Några av deltagarna (n=4) fick via sin arbetsförmedlare i ENTER, hjälp att skapa kontakt med en biståndshandläggare för information om eventuella möjligheter till stöd. Bland deltagare som hade en god man, eller ett ombud alternativt bodde i ett utslussningsboende har arbetsförmedlarna kunnat ha en pågående kontakt med dessa under projekttiden i syfte att ge deltagarna ett optimalt stöd. Även föräldrar eller personliga assistenter har kunnat vara delaktiga i kontakten med arbetsförmedlarna. En deltagare fick stöd i att ansöka om en kontaktperson. Några deltagare (n=3) fick även stöd via arbetsförmedlarna att göra studiebesök vid träffpunkter eller inom daglig verksamhet. Samtliga deltagare (n=35) deltog i samverkansmöten. Dessa innefattade allt från uppföljnings- och avstämningsmöten (med FK, arbetsförmedlaren och deltagaren) till SIP-möten vid vilka hela deltagarens nätverk deltog.

Erhållna aktiviteter via ArbetsRehab

Följande avsnitt baseras på registerdata och innefattar uppgifter om vilka insatser deltagarna (n=48) har tagit del av via ArbetsRehab vid Landstinget.

Figur 19 nedan visar fördelningen av antal deltagare som haft individuell kontakt med arbetsterapeut, psykolog, sjukgymnast och socionom vid ArbetsRehab. Personal vid ArbetsRehab genomförde även hembesök (n=4) samt arbetsplatsbesök (n=3).



Figur 19. Antal deltagare som erhållit insatser från ArbetsRehab, fördelat på profession.

Figur 19 visar endast på antalet deltagare som haft kontakt med någon av de olika professionerna vid Landstinget. Antalet kontakter med respektive profession varierade utifrån individuellt behov och deltagarna kan ha haft kontakt med flera av professionerna under tiden för projektet. Antalet individuella kontakter med psykolog varierade från 1 – 22 tillfällen.

4. Diskussion

I Sverige uppskattas omkring en tredjedel av unga med funktionsnedsättning ha en ohälsa som är påverkbar och därmed benämns som "onödig ohälsa". Denna onödiga ohälsa hänger samman med en rad kända bestämningsfaktorer för ohälsa. Några av dessa är brist på inflytande, diskriminering, osunda levnadsvanor, brist på tillgänglighet samt ekonomisk otrygghet (Folkhälsoinstitutet, 2009). Arbete och sysselsättning är av stor betydelse för välbefinnandet och hänger samman med delaktighet och inflytande i samhället (Folkhälsoinstitutet, 2013).

Projektet ENTER har haft som huvudsyfte att underlätta för unga med aktivitetsersättning att komma ut i arbetslivet eller studier. Ett annat viktigt syfte med projektet var att bidra till förbättring i hälsa, ökad tilltro till egen förmåga samt motivation till arbete.

I resultaten från utvärderingen gällande deltagarnas ersättningsform framgår att tre deltagare påbörjade studier, två påbörjade arbete motsvarande hel- eller deltid och två påbörjade ett arbetsmarknadspolitiskt program vid AF. Ytterligare en deltagare hade sin aktivitetsersättning vilande under tiden denne provade att arbeta eller studera. Sammantaget visar detta att 17 % av deltagarna i ENTER hade kommit ut i någon form av arbete eller studier alternativt var inskriven vid AF. Den självskattade arbetsförmågan ökade över tid för deltagargruppen som helhet.

Hälsa och funktionsnivå

Hela 89 % (n=41) av deltagarna hade diagnoser inom spektra psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (Socialstyrelsen, 2010). Den vanligaste diagnosen som låg till grund för beslut till aktivitetsersättning var Aspbergers syndrom.

Gällande deltagarnas hälsotillstånd och funktionsförmåga framkom det att ca 60 % av deltagarna hade svårigheter med att klara av sina huvudsakliga aktiviteter och över hälften hade besvär med smärta. Endast 22 % av deltagarna angav att de kunde sova utan svårigheter, vilket tyder på att det fanns en del besvär med sömnen inom gruppen. Omkring hälften av deltagarna upplevde oro eller nedstämdhet i viss utsträckning och en fjärdedel var i hög grad oroliga eller nedstämda. En stor del av deltagarna i ENTER (70 %) uppgav att de kände oro över sin ekonomi vid inklusion, vid uppföljning 2 hade denna oro minskat. Ungdomsstyrelsen ungdomsenkät (2012) visar också att unga med funktionsnedsättning i högre utsträckning än unga utan funktionsnedsättning haft problem med att betala hyra eller räkningar det senaste året samt i högre grad erhöll ekonomiskt bistånd. Den oro som beskrivs skulle kunna ha samband med de sömnbesvär som deltagarna rapporterade.

En stor andel av deltagarna (40 %) uppgav att de upplevde missnöje med livet. Även om det skedde en signifikant ökning i upplevelse av tillfredsställelse med livet över tid så kvarstod dock ett missnöje med livet vid uppföljning 2. Detta missnöje skulle även kunna ha betydelse för hur man ser på sin framtid. Trots de besvär som deltagarna rapporterade kring smärta, sömn och oro så uppgav drygt 40 % av deltagarna vid projektstart att de hade en mycket god eller god hälsa. Detta visar att en funktionsnedsättning inte automatiskt behöver innebära dålig hälsa även om en sådan

kan utgöra en hälsorisk. Det kunde inte påvisas att ett deltagande i ENTER hade några effekter på deltagarnas hälsa över tid.

Self-efficacy, som mäter tilltro till egen förmåga, ökade över tid för deltagarna i ENTER, från ett medelvärde på 2.3 till 2.6. För referensgruppen skedde ingen ökning av self-efficacy över tid. Detta tyder på att projektets arbetssätt fungerat bra för att stärka deltagarnas självtillit. Forskning har visat att self-efficacy påverkas negativt av långvarig sjukskrivning (Sommer, Thomsen & Labriola, 2013) och har visat sig ha betydelse i samband med återgång i arbete (Brouwer et al., 2009; Franche & Krause, 2002). För att nå framgång i arbetet med att stödja unga med funktiosnedsättning att få och behålla ett arbete är det viktigt att professioner inom olika verksamheter ger stöd i form av tilltro och tillit till de ungas förmåga (Antonsson & Stål, 2009).

Skillnader mellan utlansfödda och svenskfödda deltagare

Det bör uppmärksammas att det fanns skillnader mellan deltagare födda utomlands och deltagare födda i Sverige. Deltagare födda utomlands upplevde en högre tillfredsställelse med livet samt skattade sitt hälsotillstånd högre jämfört med de svenskfödda deltagarna. Det skedde en förbättring i hälsotillståndet över tid för de svenskfödda deltagarna medan denna försämrades något för deltagare födda utomlands. Vid uppföljning 2 kvarstod ingen skillnad mellan grupperna. Deltagare födda utomlands skattade även sin funktionsnivå och self-efficacy högre jämfört med deltagare födda i Sverige.

Motivation till arbete/studier samt nytta av åtgärder från ENTER

Motivationen till att komma ut i arbete var hög redan vid inklusion till projektet. Tidigare genomförda arbetsmarknadsprojekt har visat att motivation utgör en viktig framgångsfaktor bland unga (Ungdomsstyrelsen, 2014).

Det fanns även en optimism bland deltagarna gällande deras bedömning av möjligheten att kunna arbeta/studera om ett år, vilken även ökade under tiden i projektet, och tilltron till nyttan av åtgärderna som projektet hade att erbjuda var hög. Hela 93 % av deltagarna ansåg att de haft stor nytta av insatserna i projektet. Detta visar att projektet levt upp till deltagarnas förväntningar på ENTER.

Samverkan

I projektet ENTER har flera olika myndigheter samverkat (FK, AF och Landstinget) och det är svårt att uttala sig om vad som haft störst effekt för deltagarna. Deltagarnas öppna svar i enkäten beskriver att samarbetet mellan de olika medverkande aktörerna, tillgängligheten till dessa och stödet från de olika professionerna i projektet har varit värdefullt. Deltagarna beskriver att de haft olika behov och att de därmed haft nytta av projektet på olika sätt. Deltagarna är till stor del nöjda med hur upplägget i ENTER varit. De betonar vikten av individuell anpassning och att ENTER gav dem möjlighet att bryta isolering och träffa andra deltagare i liknande situation. Det har inneburit stöd och hjälp att komma framåt och deltagarna har haft möjlighet utvecklas i sin egen takt och att ställa frågor i olika avseenden. Kontakten med arbetsförmedlarna lyfts fram som en tillgång i projektet genom vilka deltagarna fått stöd och hjälp med bl.a. arbetsträning, coachning, stöd i att finna egna mål etc. Arbetsförmedlarna beskrivs även ha haft ett flexibelt arbetssätt. Även kontakten (både den individuella och den i grupp) med psykologerna omnämns ha varit betydelsefull genom att bl. a. ha hjälpt deltagarna med

att hantera ångest och styra tankar samt känslor mot en riktning som varit positiv för dem. Via projektmedarbetare har flera av deltagarna även fått stöd och hjälp med att etablera en vårdkontakt.

Det som saknades

Det som främst angavs saknas var mer insatser med inriktning på arbete såsom: genomgång av CV, möte med studievägledare, möjlighet till praktik samt stöd i att söka arbete. Just bristen på studie- och yrkesvägledning har visat sig vara ett hinder för unga med funktionsnedsättning att komma ut på arbetsmarknaden (Molin, 2008). Detta måste därmed anses vara en viktig komponent i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. En tidigare genomförd litteraturöversikt visar att framförallt *Individual Placement and Support* (IPS) främjar anställningsbarhet hos personer med funktionsnedsättning (Westerholm et al., 2012). Denna metod bygger på att individen får stöd av en coach i att söka arbete, som baseras på individens egna val och preferenser utan föregående arbetsträning eller bedömning av arbetsförmåga. I motsats till ENTER baseras denna metod inte på någon förberedande mobilisering inför senare introduktion i arbete.

4.1 Metoddiskussion

Då deltagarantalet i utvärderingen är begränsad kan inga generella slutsatser dras från de resultat som redovisas. Över tid har det även skett ett bortfall av enkäter för de olika mättillfällena. Det krävs en längre tids uppföljning för att studera eventuella effekter över tid avseende påbörjan av arbete/studier samt förändringar i hälsa och livskvalitét. För ett antal utfallsvariabler, t ex påbörjan av arbete/studier, har det inte varit möjligt att göra jämförelser med referensgruppen som fick sedvanlig handläggning vid FK och AF, då sådana uppgifter saknas.

4.2 Slutsats

Deltagarna i ENTER är i hög grad nöjda med projektet som tycks ha motsvarat deltagarnas förväntningar väl. Framförallt beskrivs samarbetet mellan de olika medverkande aktörerna, tillgängligheten till dessa och stödet från de olika professionerna i projektet ha varit värdefullt. Det deltagarna saknade i projektet var fler arbetsinriktade insatser. Även om ENTER inte hade några effekter på deltagarnas hälsa över tid så tycks sättet att arbeta i projektet haft betydelse genom att: öka upplevelse av tillfredsställelse med livet, minska oro och nedstämdhet samt öka tilltron till den egna förmågan. Det krävs en längre tids uppföljning än denna för att kunna studera eventuella effekter av projektet på deltagarnas hälsa och påbörjan av arbete eller studier.

5. Referenser

Jeppsson Grassman, E., Antonson, S., Stål, R., Svedberg, L. (2003). *Att drabbas och att forma sitt liv. Om strategier bland funktionshindrade och arbetslösa.* Lund: Studentlitteratur. (Kapitel: Antonson, S. & Stål, R: Supported employment i en orytmisk föränderlighet.)

Ahlstrom, L., Grimby-Ekman, A., Hagberg, M., Dellve, L. (2010). The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health--a prospective study of women on long-term sick leave. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 36 (5), 404-412.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; The exercise of control.* (kap.1). (5:euppl.). New York: W.H. Freeman & Company.

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. Hämtad den 10 december, 2015 från: http://ftp.iza.org/dp4040.pdf

Brouwer, S., Bültmann, U., Franche, R-L., Groothoff, W. J., Krol, B., Reneman, F. M. van der Klink, J. J. (2009). Behavioural determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence; an application of theory of planned behaviour. *Journal of Occupational Rehabilitation,* vol. 19 (2), 166-174.

Diener, E. (2006). *Understanding Scores on the Satisfaction with Life Scale. Hämt*ad den 23 december, 2015 från: http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Understanding%20SWLS%20Scores.pdf

Folkhälsoinstitutet (2013). *Folkhälsans utveckling – elva målområden.* Hämtad den 27 januari, 2016 från: http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/

Folkhälsoinstitutet (2009). *DEN NATIONELLA KARTLÄGGNINGEN AV BARNS OCH UNGAS PSYKISKA HÄLSA ÅR 2009. Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsättning.* Hämtad den 27 januari, 2016 från: http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12662/A-2011-08-Halsan-hos-barn-o-unga-m-funktionsnedsattning-1-2.pdf

Franche RL. & Krause N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation,* vol. 12, 233-256.

Försäkringskassan (2012). *Tio år med aktivitetsersättning en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.* Hämtad den 10 december, 2015, från: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/93422ec2-78fc-4535-96bf-ecc789f486ca/10_ar_med_aktersattning.pdf?MOD=AJPERES

Försäkringskassan (2015a). *Socialförsäkringen i siffor.* Hämtad den 10 december, 2015, från: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/7409a3e3-ffbd-498d-a35d-1f0afceebfad/socialforsakringen_i_siffror_2015.pdf?MOD=AJPERES

Försäkringskassan (2015b). *Socialförsäkringsrapport 2015:6. Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1, 2015.* Hämtad den 11 december, 2015, från: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/8b7498aa-f1ef-4062-bf1a-f2d18f4d1907/socialforsakringsrapport_2015_06.pdf?MOD=AJPERES

Försäkringskassan (2015c). *Socialförsäkringsrapport 2015:11. Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 2, 2015.* Hämtad den 11 december, 2015, från: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/c6bac185-3ef9-4f25-96e7-850697ac1df9/socialforsakringsrapport_2015_11_del2.pdf?MOD=AJPERES

Goine, H.(2014). *På väg in: Ungdomars liv och försörjning.* Rapport från forskarseminariet i Umeå 15-16 januari 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:3. Hämtad den 13 januari, 2016: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d1c1378f-3204-44ef-82b0-4f350edbc09b/socialforsakringsrapport-2014-03.pdf?MOD=AJPERES

Hallsten, L. (1997). *Arbetslöshet och psykisk ohälsa 1980-1996: En meta-analys.* Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Ilmarinen, J. (2007). The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine,* vol. 57 (2), 160.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2015). *Rapport 2012:1. Aktivitetsersättning. Från förlängd skolgång till nedsatt arbetsförmåga.* Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringen.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1981). *The General Self-efficacy Scale.* Hämtad den 4 december, 2012, från http://www.ralfschwarzer.de/

Larsson, K., Andersén, Å., Anderzén, I. (2014) *UMiA. Ungas mobilisering inför arbetslivet. Ett samverkansprojekt med målet att stödja unga personer med funktionedsättning att komma ut i arbetslivet.* Uppsala: Uppsala universitet

Linton, S.J. (1999). *Manual för frågeformuläret till Örebros screening av musculoskeletal smärta – tidig identifiering av patienter i riskzonen för kronisk smärta.* Örebro: Närke Tryck.

Liv & hälsa (2008). *Liv & hälsa 2008 – en undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor.* Hämtad den 4 december, 2012, från: http://www.liv.se/sidkat/10996/Livhalsa2008skarm.pdf

LUL (2014). *EQ-5D Hälsoenkät.* Hämtad den 23 december, 2015 från: http://www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Sjukvard1/HalsoarbeteLivsstil-2/EQ-5Dformular/

Löve, J., Crystal, Dea Moore, C., Hensing, G. (2011). Validation of the Swedish translation of the general self-efficacy scale. *Quality of Life Research*, 21, 1249-1253.

Molin, M. (2008). *Delaktighet i olika världar - om övergången mellan gymnasiesärskola och arbetsliv.* Trollhättan: Högskola i Väst, Forskningsrapport 2008:02

Pavot, W. & Diener, E. (2008). The satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology,* vol. 3 (2), 137-152.

Samordningsförbundet (2015). *ENTER. Kartläggning – Beskrivning av gruppen. November 2015.* Uppsala: Samordningsförbundet.

Schwarzer, R. (2011). *Everything you wanted to know about the General Self-efficacy Scale but were afraid to ask.* Hämtad den 13 januari, 2016, från: http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf

Socialstyrelsen (2011). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2011 (ICD-10-SE).* Hämtad den 21 januari, 2016 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18172/2010-11-13.pdf

Socialstyrelsen (2016*). Frågor och svar om funktionsnedsättning och funktionshinder, användning av begreppen.* Hämtad den 13 januari, 2016, från: https://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio#anchor_3

Sommer, B., Thomsen, GF., Labriola, M. (2013). Sygefravaer kan svaekke troen pa egen formaen. [Sickness absence may impair self-efficacy]. *Ugeskrift for laeger,* 175, 1555-1559.

Svensk författningssamling (2010a). *Socialförsäkringsbalken (2010:110). Rehabilitering.* Hämtad den 10 december, 2015, från Sveriges Riksdags webbsida för publikationer av lagar: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialforsakringsbalk-201011_sfs-2010-110/#K30

Svensk författningssamling (2010b). *Socialförsäkringsbalken (2010:110). Innehåll och allmänna bestämmelser.* Hämtad den 10 december, 2015, från Sveriges Riksdags webbsida för publikationer av lagar: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialforsakringsbalk-201011_sfs-2010-110/

Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Arbetslivsinriktad rehabilitering: Arbetsgivares ansvar för rehabilitering och arbetsanpassning i kommuner, landsting och företag.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting

Ungdomsstyrelsen (2012:3). *Fokus 12. Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning.* Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ungdomsstyrelsen (2013). *Temagruppen Unga i Arbetslivet. 2013 års uppföljning av antalet unga som varken arbetar eller studerar.* Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ungdomsstyrelsen (2014). *Temagruppen Unga i Arbetslivet. Lärdomar från arbetsmarkandsprojekt för unga. En samlad analys av 61 utvärderingar av ungdomsprojekt finansierade av Europeiska socialfonden 2007–2013.* Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Westerholm, P., Lytsy, P., Helgesson, M., Lundberg, I., Fredriksson, K., Gustafsson, M., Anderzén, I., Rehfisch, P., Zaar, K. (2012). *Aktivitetsersättning – en väg till arbete. En systematisk litteraturöversikt.* Uppsala: Uppsala universitet.