

Brukarutvärdering Columbus

*Beskrivning av 73 deltagare vid inskrivning
och resultat hos 39 deltagare vid utskrivning*

Rapport för år 2011 och år 2012

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

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	3
I utvärderingen använda metoder	3
Metoder: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete	4
Metoder: Förbättrad livskvalitet	6
Metoder: Stärkt social kompetens	7
Metoder: Undvika rundgång mellan olika myndigheter	7
Metodövervägande: Hur väl mäter måtten verksamhetsmålen?	8
Metodöverväganden: dataanalyser	8
Beskrivning av 73 deltagare vid inskrivning	9
Bakgrund och socioekonomiska förhållanden	9
Inskrivningsläge i verksamhetsmål: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete.....	11
Inskrivningsläge i verksamhetsmål: Förbättrad livskvalitet.....	15
Inskrivningsläge i verksamhetsmål: Stärkt social kompetens.....	16
Inskrivningsläge i verksamhetsmål: Undvika rundgång mellan olika myndigheter	16
Resultat hos 39 deltagare vid utskrivning.....	17
Bortfallsanalys.....	18
Uppfyllelse av verksamhetsmål: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete	18
Uppfyllelse av verksamhetsmål: Förbättrad livskvalitet	21
Uppfyllelse av verksamhetsmål: Stärkt social kompetens	24
Uppfyllelse av verksamhetsmål: Undvika rundgång mellan olika myndigheter	24
Förbättringsområden.....	25
Förbättringspotential i förhållande till målen för verksamheten	25
Utskrivning mot arbetsmarknaden	26
Formen för brukarutvärdering	27
Referenser	27

Sammanfattning

Denna rapport beskriver 73 deltagare vid inskrivning i Columbus och 39 deltagare vid utskrivning, vilka alla besvarat utvärderingsenkäter under perioden 2011-2012. Sammanfattningsvis framträder samma grad av förbättringar hos de deltagare som genomgått verksamheten, och besvarat utvärderingsenkäter, som de som framkommit i förgående utvärderingar. Denna gång är förbättringarna avseende deltagarnas aktivitetsförmåga dock mer framträdande än tidigare.

Vid inskrivning var könsfördelningen tämligen jämn, vilket betyder att andelen män var klart högre än vad den brukar vara i andra verksamheter som arbetar med psykisk ohälsa. I den inskrivna gruppen var drygt hälften 23 år eller yngre. I fråga om levnadsförhållandena var deltagarna i många avseenden belastade. Vanliga levnadsomständigheter innefattade att deltagarna var arbetslösa utan daglig sysselsättning, hade offentlig eller oklar försörjning, samt hade haft behov av offentliga stödinsatser minst ett år. Drygt en femtedel hade enbart grundskola.

De 39 deltagare som utvärderats efter sitt deltagande var mycket tydligt förbättrade i relation till verksamhetsmålen. Samtliga förbättringar var statistiskt säkra. Här nedan ges några sammanfattande kommentarer om vart och ett av de fyra verksamhetsmål som berör brukarna:

Uppnä eller öka förmågan till förvärvsarbete: De 39 deltagare som utvärderats hade mycket tydligt ökad upplevelse av aktivitetsförmåga, upplevd energitillgång, tro på den egna förmågan, känsla av meningsfullhet i sin tillvaro, samt kunskaper om möjliga arbets- och studievägar. Deltagarnas psykiska begränsningar av arbetsförmågan hade minskat mycket tydligt.

Förbättrad livskvalitet: Deltagarna hade vid inskrivning i Columbus radikalt sämre livskvalitet än svenskar i allmänhet inom samtliga de tio områden som mätts, inklusive mycket lägre psykiskt välbefinnande. De 39 deltagare som utvärderats hade mycket tydligt förbättrat sin allmänna livstillfredsställelse, sin tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättningsituationen, och fritiden. Även avseende övriga livskvalitetsområden hade de som genomgått Columbus generellt närmast sig svenska befolkningen. Men fortfarande var livskvaliteten överlag sämre än för befolkningen i övrigt. Skillnaderna var dock inte alls lika stora som före Columbus. De deltagare som genomgått verksamheten hade också ett mycket tydligt förbättrat psykiskt välbefinnande, och deltagarna var efter Columbus nästan jämförbara med en svensk normalgrupp.

Stärkt social kompetens: Efter Columbus bedömde de 39 deltagare som utvärderats att deras förmåga till socialt samspel och kommunikation tydligt hade förbättrats.

Undvika rundgång mellan olika myndigheter: Nästan hälften av deltagarna angav vid inskrivningen att de hade upplevt problem med att ha blivit skickade mellan myndigheter. Bland de 39 som utvärderats efter deltagande tyckte drygt 50% att Columbus påtagligt hade minskat problemen.

Inledning

Föreliggande utvärdering av deltagarnas erfarenheter av verksamheten i Columbus behandlar erfarenheter från deltagare inskrivna under perioden år 2011 till och med år 2012. I några fall är deltagare som inskrivits före 2011 med, eftersom de utskrivits under perioden. Dels beskrivs deltagarnas utgångsläge när de skrivs in i Columbus, dels beskrivs de avslutade deltagarnas effekter av sitt deltagande. Utvärderingen baseras på enkäter.

Det totala antalet personer som skrivits in och avslutats i Columbus under perioden 2011-2012 är större än vad som redovisas i denna utvärdering. Denna diskrepans är dock inte att betrakta som bortfall ur utvärderingen. Skillnaden beror dels på att rena konsultationsfall ej medtagits i utvärderingen, dels har personer som efter en tids kontakt visat sig ligga utanför den grupp Columbus ska arbeta vidare med, t.ex. på grund av missbruk eller svår psykisk sjukdom, ofta en problematik som gör att de inte besvarar enkätfrågor. Den totala genomströmningen redovisas av teamet i en separat redovisning.

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

I utvärderingen använda metoder

För att få en uppfattning om deltagarnas bakgrund och socioekonomiska förhållanden har uppgifter använts från det myndighetsgemensamma och reviderade SUS-systemet, inkluderande deltagarnas utbildning, hushållstyp, ohälsa och missbruksproblem, andra arbetshinder, huvudsaklig sysselsättning före Columbus, tidigare stöd från AF/A-kassa/FK/Sjukvård/Socialkontor samt försörjning före Columbus. Bakgrundsdata i form av ålder och kön har efterfrågats i början av Enkät 1.

SUS är en förkortning för *sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*. Försäkringskassan äger systemet SUS, men systemet är myndighetsgemensamt för Arbetsförmedlingen, kommuner, landsting och Försäkringskassan. SUS beskrivs mer ingående på hemsidan www.susam.se. SUS har använts eftersom Columbus varit ålagda att använda det, och det vore onödigt att dessutom belasta deltagarna med snarlika frågor i Enkät 1 och Enkät 2.

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

Tabell 1. Verksamhetsmål och mått

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

Metoder: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete

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

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

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

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

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

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

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

Tro på den egna förmågan: General Self-Efficacy Scale (GSES) speglar respondentens tro på att kunna hantera stora och små påfrestningar i livet (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Skalan innehåller tio påståenden som respondenten tar ställning till på en fyrgradig skala. Poängen (1-4 per fråga) kan summeras till en totalpoäng, eller så kan ett medelvärde beräknas. I båda fallen indikerar höga poäng en optimistisk tro på den egna hanteringsförmågan. Skalan finns översatt till en rad språk, däribland svenska, och har använts i 29 länder. De psykometriska egenskaperna har visat sig tillfredsställande (Luszczynska, Gutiérrez-Dona, & Schwarzer, 2005; Scholz, Gutiérrez-Dona, Sud, & Schwarzer, 2002). I denna utvärdering var den interna konsistensen (Cronbachs alfa) vid för- och eftermätning god. Det finns tyvärr inga svenska normvärden, men däremot värden från fler stora studier i Tyskland och USA; Columbus-deltagarna jämförs både med 3494 tyska gymnasieungdomar och med 1594 vuxna amerikaner.

Energitillgång: Här används två påståenden från etablerade depressionsinstrument; 1 påstående från Hospital Anxiety and Depression, HAD, scale (Zigmond & Snaith, 1983) och 1 påstående från Zungs depressionsskala (Zung, 1965). På grund av att påståendena plockats ut ur sina respektive instrument finns inga normvärden att tillgå, men man kan ändå göra en grov uppskattning av svarsfördelningen i förhållande till en blandad grupp ur befolkningen (en s.k. normalgrupp). Båda påståendena kodas 1-4, låg energitillgång indikeras i HAD-påståendet av låg poäng men av hög poäng i Zung-påståendet.

Meningsfullhet: Här används 1 påstående från HAD-skalan (kodat 1-4) och 1 fråga från KASAM-skalan (KASAM = känsla av sammanhang; (Antonovsky, 1993); kodad 1-7). Liksom för frågorna om energitillgång finns inte heller här normvärden. Liten meningsfullhet indikeras av hög poäng i HAD-påståendet men låg poäng i KASAM-frågan.

Fysiska, psykiska eller kunskapsmässiga hinder: Tre frågor har framtagits på basen av erfarenheter från liknande utvärderingar (Carlsson, 2001) och i diskussion med Columbus-teamet. Svarsskalan har sju steg markerade med 1-7 och ändpunkterna markeras även med ”I låg grad” resp. ”I hög grad”. På grund av frågornas natur får man i sin tolkning enbart bedöma den aktuella svarsfördelningen, jämförelsematerial finns ej. Man bör dock notera att mittenalternativet ”4” inte innebär frånvaro av hinder utan snarare en medelnivå av dylika svårigheter.

Metoder: Förbättrad livskvalitet

När det gäller livskvalitet krävs först en kort bakgrundsbeskrivning. Det råder idag samstämmighet mellan livskvalitetsforskare om att begreppet livskvalitet är ett paraply under vilket en rad olika områden (domäner) ryms. Den grövsta indelningen av dessa områden är fysiska aspekter, psykiska aspekter, sociala aspekter och generell livskvalitet. De fysiska, psykiska och sociala områdena kan i sin tur indelas i en rad olika domäner (Sullivan, 1992; Sullivan, Karlsson, & Taft, 1999). På grund av denna livskvalitetsbegreppets mångskiftande natur blir det därför i praktiken oftast nödvändigt med avgränsningar. Inom Columbus finns en naturlig avgränsning i beskrivningen av målgruppen; nämligen ungdomar med psykisk ohälsa. Insatserna är i första hand av psykologisk och social natur. Härav följer att det blir viktigast att mäta olika psykiska domäner, samt i viss mån sociala domäner och möjligen även den generella livskvaliteten.

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

Psykisk hälsa inriktat mot psykiskt välbefinnande: General Population Clinical Outcomes in Routine Evaluation (GP-CORE) mäter psykiska aspekter på livskvalitet i form av psykisk hälsa (Sinclair, Barkham, Evans, Connell, & Audin, 2005). Det är en kortversion av en längre skala utvecklad i England av en grupp psykoterapeutiskt inriktade forskare och kliniker. Syftet med GP-CORE är att mäta psykisk hälsa med särskild inriktning på psykiskt välbefinnande på ett sätt som är användbart och meningsfullt i icke-kliniska grupper. Det finns en fyllig hemsida med information om instrumentet (www.coreims.co.uk) och översättningar till en rad språk har gjorts. En grupp med anknytning till Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet har översatt instrumentet till svenska och samlat in underlag för svenska normer, vilket bl.a. resulterat i en svensk normalgrupp om 229 personer (Elfström, et al., 2012). Instrumentet består av 14 påståenden.

Välbefinnande (totalt 2 frågor)

Problem/symptom (totalt 4 frågor)

ångestproblem (1 fråga)

depressionsproblem (1 fråga)

fysiska (somatiska) problem (2 frågor)

Fungerande (totalt 8 frågor)

i nära relationer (2 frågor)

allmänt (4 frågor)

socialt (2 frågor)

Utvärderingen av instrumentet görs i första hand genom att svaren kodas från 0 till 4, för att därefter sammanställas som medelvärde för samtliga frågor. Låga värden tyder på ett gott psykiskt välbefinnande och höga värden indikerar psykisk ohälsa. I denna utvärdering var den interna konsistensen god (Cronbachs alfa vid både för- och eftermätning). De svenska normvärdena är ännu aningen tentativa, men man kan ha stor hjälp av uppgifter från två stora engelska studentmaterial, dels en normalgrupp med 768 personer, dels en klinisk grupp (studenter före psykoterapeutisk behandling inom studenthälsovård) med 610 personer. Det finns publicerade gränsvärden ("cut-off") för övergången mellan de två grupperna. Det finns också vissa nivåskillnader mellan män och kvinnor, varför gränsvärdet för kvinnor är 1,63 och för män 1,49 (Sinclair, et al., 2005).

Metoder: Stärkt social kompetens

Av den tidigare beskrivningen av aktivitetsförmåga kunde man kanske förstå att begreppet social kompetens till viss del överlappar de sociala aspekterna av aktivitetsförmågan, åtminstone när det gäller sociala färdigheter. På samma sätt finns en viss överlappning med de sociala aspekterna av livskvalitetsbegreppet. Av hänsyn till målen har dock social kompetens här redovisats separat. För att spegla den sociala kompetensen används kategorin *Förmåga till samspel och kommunikation* ur DOA (se ovan).

Metoder: Undvika rundgång mellan olika myndigheter

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

Metodövervägande: Hur väl mäter måtten verksamhetsmålen?

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

Metodöverväganden: dataanalyser

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

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

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

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

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

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

En sista analys-kommentar gäller deltagarnas fria svar på de fem öppna frågor som finns in utvärderingsenkäterna. Dessa frågor har inte analyserats i föreliggande utvärdering. Skälen är dels att deltagargruppen, främst avseende Enkät 2, är ganska liten, och dels att den kvalitativa analysen redan gjorts vid flera utvärderingar, senast för 214 deltagare vid inskrivning och 123 deltagare vid utskrivning, vilket medför att en kvalitativt mättad analys redan finns (Elfström, 2011).

Beskrivning av 73 deltagare vid inskrivning

Från perioden 2011-01-02 till och med 2013-01-23 föreligger inskrivningsdata omfattande 73 personer. Av dessa har 72 (99%) fyllt i Enkät 1, medan det finns uppgifter om bakgrunds-förhållanden för 55 (75%). Av dem som inte lämnat bakgrundsuppgifter handlar det i de flesta fall om ett aktivt val från deltagarens sida. *Kommentar: Värderingen av andelen bakgrundsdata måste förstås i relation till hur dessa data samlas in; de utgör en del av det administrativa system som deltagaren kan välja att inte medverka i.*

Bakgrund och socioekonomiska förhållanden

Könsfördelning: Av de 73 deltagarna var 41 kvinnor (56%) och 31 män (43%), för 1 person (1%) saknas denna uppgift. *Kommentar: I denna grupp således en nära jämn könsfördelning. Andelen män i gruppen är anmärkningsvärt högre än brukligt i sammanhang där man söker hjälp/vård för psykiska eller psykosomatiska besvär. Detta tyder på att Columbus, i enlighet med verksamhetsintentionerna, nått en annan målgrupp än den som traditionellt söker vård för psykiska besvär.*

Åldersfördelning: De yngsta deltagarna var 19 år, de äldsta 29. Drygt hälften av deltagarna, 53% (38 st.) befann sig i åldersspannet 21 t.o.m. 23 år. Det var totalt 68% (48 st.) som var 23 år eller yngre. Medelåldern låg på 23,1 år (standardavvikelse 2,7 år). *Kommentar: De yngre åldrarna dominerade, men deltagarnas åldrar vid inskrivning låg inom det för Columbus stipulerade åldersspannet.*

Utbildning: Största gruppen, drygt 40%, hade någon form av gymnasial utbildning, c:a 22% hade enbart grundskola, medan knappt 10% hade någon form av eftergymnasial utbildning (se tabell nedan).

Utbildning	Antal	Procent
Grundskola -9 år	16	21,9
Gymnasium 0-2 år	2	2,7
Gymnasium 3- år	30	41,1
Eftergymnasial utbildning < 3 år	6	8,2
Eftergymnasial utbildning > 3 år	1	1,4
Totalt antal svarande denna fråga	55	74,3
Ej besvarat denna fråga	18	24,7
Totalt	73	100,0

Kommentar: Med tanke på att deltagarna dominerades av personer som var 23 år och yngre är den låga andelen högre utbildade inte orimlig. Dock var andelen med högre utbildning betydligt lägre än jämfört med den unga vuxna i befolkningen i stort. Dessutom, med tanke på kraven på dagens arbetsmarknad, hade många deltagare ett rejält hinder, i form av låg utbildning, att ta sig över för att närma sig arbetsmarknaden. En svaghet i uppgifterna är

att det inte finns någon information om de angivna utbildningsnivåerna innebär avslutade utbildningar.

Huvudsaklig sysselsättning före Columbus: Den klart största gruppen (59%) var utan arbete och utan daglig sysselsättning (se tabell nedan).

Huvudsaklig sysselsättning	Antal	Procent
Förvärvsarbetande	1	1,4
Arbetsökande i åtgärd	0	0
Arbetsökande utan daglig sysselsättning	43	58,9
Sjuk men i rehabilitering	0	0
Sjuk utan daglig sysselsättning	0	0
Hemarbetande (t.ex. barnledig)	0	0
Studerande	0	0
Annat	1	1,4
Totalt antal svarande denna fråga	45	61,6
Ej besvarat denna fråga	28	38,4
Totalt	73	100,0

Kommentar: Även i detta avseende förefaller deltagarna falla inom målgruppen för Columbus. Andelen som lämnat uppgifter får sättas i relation till hur data samlas in.

Tidigare stöd från AF/A-kassa/FK/Sjukvård/Socialkontor: Den största gruppen, drygt hälften (53%), hade haft behov kortare än ett år (se tabell nedan).

Tidigare stöd	Antal	Procent
Inget behov tidigare	14	19,2
Mindre än 1 år	25	34,2
1 år	4	5,5
2 år	2	2,7
3 år	1	1,4
4 år	2	2,7
5 år	0	0
Mer än 5 år	1	1,4
Totalt antal svarande denna fråga	49	67,1
Ej besvarat denna fråga	24	32,9
Totalt	73	100,0

Kommentar: Längden på stödperioderna passar ganska väl in på den av yngre personer dominerade deltagargruppen. Majoriteten av deltagarna har kommit i kontakt med Columbus innan de länge varit behov av stöd.

Försörjning före Columbus: Den vanligaste försörjningsformen före Columbus har varit ekonomiskt bistånd från kommunen (tabell nedan).

Försörjning senaste månaden	Antal	Procent
Förvärvsarbete utan lönesubvention	3	4,1
Förvärvsarbete med lönesubvention	0	0
A-kassa	3	4,1
Utbildningsstöd	1	1,4
Sjukpenning	3	4,1
Sjukersättning/aktivitetsersättning	12	16,4
Ekonomiskt bistånd från kommunen	22	30,0
Annat	11	15,1
Totalt antal svarande denna fråga	55	75,2
Ej besvarat denna fråga	18	24,7
Totalt	73	100,0

Kommentar: En svaghet i frågans utformning är att det inte finns något svarsalternativ för studiemedel eller stöd från föräldrar, sannolikt döljer svaret "Annat" sådan försörjning.

Inskrivningsläge i verksamhetsmål: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete

Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet: När det gäller DOA finns som tidigare nämnts inte några normvärden att jämföra deltagarnas svar med. Redovisningen av DOA blir därför mest intressant när det finns mätningar efter deltagarnas utskrivning ur Columbus att jämföra med, vilket redovisas i denna rapport av avslutande del (under rubriken "Resultat hos 21 deltagare vid utskrivning"). För den intresserade redovisas här nedan ändå DOA-värdena för deltagarna vid inskrivningen.

Medianvärdet för DOA-kategorin självkännedom, intressen och värderingar (som speglar deltagarnas vilja till aktivitet) var 12,1 (variationsvidd 2,0 – 19,0) av 20,0 möjliga maxpoäng. Medianvärdet för DOA-kategorin roller och vanor (som speglar deltagarnas vana vid aktivitet) var 13,4 (variationsvidd 7,0 – 19,0) av 20,0 möjliga maxpoäng. Den enskilda DOA-frågan om individens fysiska förmåga att aktivera sig (som speglar deltagarnas upplevelse av förmåga att aktivera sig) hade median 3,0 (variationsvidd 0 – 5) av 5 möjliga maxpoäng. Medianvärdet för DOA-kategorin organisations- och problemlösningsförmåga (som speglar deltagarnas upplevelse av förmåga att aktivera sig) var 13,6 (variationsvidd 4,0 – 22,0) av 25,0 möjliga maxpoäng. Medianvärdet för DOA:s totalpoäng (som speglar deltagarnas bedömning av aktivitetsförmågan generellt sett) var 62,9 (variationsvidd 32,0 – 91,0) av 100,0 möjliga maxpoäng.

Kommentar: Sammanfattningsvis kan man säga att det fanns en stor individuell variation i deltagarnas bedömning av den egna aktivitetsförmågan. Dock kan det noteras en tendens hos många deltagare att skatta sin aktivitetsförmåga i positiv/högre riktning (medianvärdena!). En tolkning av detta är att det ryms en viss överskattning av aktivitetsförmågan i deltagarnas svar, eftersom många av dem på grund av ungdom och arbetslöshet inte haft så många tillfällen att faktiskt pröva vad de klarar av. Å andra sidan är en alternativ tolkning att det finns faktiska aktivitetsförmågor, som ännu inte funnit sitt utlopp i arbetslivet.

Tro på den egna förmågan: I fråga om GSES så var medelvärdet av deltagarnas totalpoäng 21,8 (standardavvikelse = 5,4) av 40 möjliga maxpoäng.

Columbusdeltagarna hade vid inskrivning signifikant lägre tro på den egna förmågan än vad båda jämförelsegrupperna hade (oberoende t-test, $p < 0,001$ i båda fallen). Effektstorlekarna var 1,49 resp. 1,93.

Kommentar: Columbusdeltagarna hade en mycket tydligt sänkt tro på den egna förmågan vid inskrivning. Uttryckt som effektstorlekar var skillnaden stor mot jämförelsegrupperna.

Energitillgång: Då det gäller frågorna som valts för att spegla deltagarnas grad av energitillgång noterar man att drygt 60% av de svarande har valt svarsalternativ som tyder på höga nivåer passivitet och energilöshet ("Nästan jämt" eller "Mycket ofta" resp. "Ofta" eller "Alltid eller för det mesta" enligt tabellerna nedan).

Jag känner mig som om jag gick på "lägt varv"	Antal	Procent
Nästan jämt	23	31,5
Mycket ofta	24	32,9
Ibland	22	30,1
Inte alls	3	4,1
Totalt antal svarande denna fråga	72	98,6
Ej besvarat denna fråga	1	1,4
Totalt	73	100,0

Jag blir trött utan anledning	Antal	Procent
Sällan eller Aldrig	6	8,2
Ibland	12	16,4
Ofta	34	46,6
Alltid eller för det mesta	20	27,4
Totalt antal svarande denna fråga	72	98,6
Ej besvarat denna fråga	1	1,5
Totalt	73	100,0

Kommentar: Jämfört med vad man kunde förvänta sig av en blandad grupp ur befolkningen var det en mycket hög andel som angav höga nivåer passivitet och energilöshet.

Meningsfullhet: När deltagarna svarade på de frågor som valts för att spegla i vad mån de upplevde mening i sin tillvaro så angav runt 70% en låg grad av meningsfullhet (svarsalternativen ”ser nästan inte alls fram mot saker” eller ”klart mindre än jag brukade”; samt svar 1, 2 och 3; tabeller nedan).

Jag ser fram emot saker och ting med glädje	Antal	Procent
Lika mycket som förut	5	6,8
Något mindre än jag brukade	14	19,2
Klart mindre än jag brukade	35	47,9
Nästan inte alls	16	21,9
Totalt antal svarande denna fråga	70	95,9
Ej besvarat denna fråga	3	4,1
Totalt	73	100,0

Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?	Antal	Procent
1 mycket ofta	21	28,8
2	20	27,4
3	16	21,9
4	7	9,6
5	2	2,7
6	5	6,8
7 mycket sällan/aldrig	1	1,4
Totalt antal svarande denna fråga	72	98,6
Ej besvarat denna fråga	1	1,4
Totalt	73	100,0

Kommentar: Avseende meningsfullhet var svaren i mycket hög utsträckning negativa jämfört med vad som kunde förväntas i en blandad grupp ur befolkningen.

Fysiska hinder: Knappt en tredjedel (32%; svarsalternativ 4+5+6+7 i tabellen nedan) av deltagarna angav att deras arbetsförmåga påtagligt begränsades av deras kroppsliga hälsotillstånd (se tabell nedan).

Hur mycket anser du att din arbetsförmåga begränsas av ditt nuvarande <u>kroppsliga</u> hälsotillstånd?	Antal	Procent
1 låg grad	19	26,0
2	16	21,9
3	13	17,8
4	5	6,8
5	10	13,7
6	4	5,5
7 hög grad	4	5,5
Totalt antal svarande denna fråga	71	97,3
Ej besvarat denna fråga	2	2,7
Totalt	73	100,0

Kommentar: Sannolikt finns en del s.k. psykosomatiska besvär bland de kroppsliga hälsotillstånd som här åsyftas av deltagarna. Med tanke på att Columbus inte har som mål att arbeta direkt med fysisk hälsa i sig är det bra att de fysiska hindren inte är mer uttalade.

Psykiska hinder: I enlighet med Columbus syfte var nästan exakt 90% av deltagarna av åsikten att deras psykiska hälsotillstånd påtagligt begränsade deras arbetsförmåga (svarsalternativ 4+5+6+7 i tabellen nedan).

Hur mycket anser du att din arbetsförmåga begränsas av ditt nuvarande <u>psykiska</u> hälsotillstånd?	Antal	Procent
1 låg grad	0	0
2	5	6,8
3	1	1,4
4	7	9,6
5	14	19,2
6	20	27,4
7 hög grad	25	34,2
Totalt antal svarande denna fråga	72	98,6
Ej besvarat denna fråga	1	1,4
Total	73	100,0

Kommentar: Förutom att 90% angav påtaglig begränsning av arbetsförmågan till följd av det psykiska hälsotillståndet, så bör det noteras att det var strax över 60% som använde det starkaste eller näst starkaste svarsalternativet för att ange hur mycket det psykiska hälsotillståndet begränsade arbetsförmågan.

Kunskapsmässiga hinder: Drygt 70% (svarsalternativ 1+2+3+4 i tabellen nedan) uppgav att de hade brister i sina kunskaper om arbete eller studier.

Tycker du att du har tillräckliga kunskaper om hur du kan gå vidare med arbete eller studier?	Antal	Procent
1 låg grad	6	8,2
2	11	15,1
3	20	27,4
4	16	21,9
5	9	12,3
6	8	11,0
7 hög grad	2	2,7
Totalt antal svarande denna fråga	72	98,6
Ej besvarat denna fråga	1	1,4
Totalt	73	100,0

Kommentar: Den delvis förvånande stora andel som angav brist på kunskaper om hur de kan komma vidare blir mer förståelig om man betänker den låga åldern hos majoriteten i gruppen, den låga utbildningsnivån och att många deltagare inte varit inne i arbetslivet.

Inskrivningsläge i verksamhetsmål: Förbättrad livskvalitet

Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden: Deltagarnas livstillfredsställelse var signifikant sämre än svenska befolkningens grad av tillfredsställelse inom alla områden som mättes. Det statistiska jämförelsemåttet chi-två blev i tur och ordning ($df = 5$; $p = 0,000$):

- tillfredsställelse med livet i allmänhet = 610,1
- tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättningssituation = 300,6
- tillfredsställelse med egen ekonomi = 274,8
- tillfredsställelse med fritidssituation = 138,4
- tillfredsställelse med socialt umgänge = 98,5
- tillfredsställelse med sexliv = 74,2
- tillfredsställelse med grundläggande förmåga att ta hand om sig själv = 166,8
- tillfredsställelse med familjeliv = 195,8
- tillfredsställelse med parrelationer = 46,2

För få något att jämföra med kan nämnas att det hade räckt med chi-två-värden på 11,1 för att belägga en statistiskt säker skillnad mellan deltagarna och normvärdena från svenska befolkningen. Här rör vi oss alltså med siffror som i sex av nio livskvalitetsaspekter är 12 till 55 gånger större.

Kommentar: Deltagarnas generella livskvalitet var alltså mycket lägre än andra svenskers. Sammantaget över alla nio områden i LiSat-9 hade deltagarna en anmärkningsvärt låg livskvalitet vid inskrivningen. Skillnaden var särskilt dramatisk avseende allmän livstillfredsställelse, tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättningssituationen och tillfredsställelse med egen ekonomi.

Psykisk hälsa inriktat mot psykiskt välbefinnande: Medelvärdet i GP-CORE var 2,33 för kvinnor och 2,09 för män (standardavvikelse 0,61 resp. 0,45). Vid en närmare granskning av deltagarnas värden kunde utläsas att enbart 12% av kvinnorna (5 st.) och 7% av männen (2 st.) rapporterade en psykisk hälsa som var lika bra som en normalgrupp. Resterande deltagare indikerade psykiska besvär i samma grad som en klinisk grupp. *Kommentar: Andelen som hade en så dålig psykisk hälsa att regelrätt psykoterapi var motiverad var extremt hög.*

I jämförelse med den svenska normalgruppen hade Columbusdeltagarna ett signifikant lägre psykiskt välbefinnande (oberoende t-test, $p < 0,001$). Effektstorlek 1,51. *Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var skillnaden stor mellan Columbusdeltagarna och den svenska jämförelsegruppen avseende psykiskt välbefinnande. Columbusdeltagarna hade alltså ett mycket lågt välbefinnande i jämförelse med svenska befolkningen i stort.*

Inskrivningsläge i verksamhetsmål: Stärkt social kompetens

I den del av DOA som speglar förmåga till samspel och kommunikation med andra människor gäller samma iakttagelser och överväganden som för övriga delar av DOA (redovisade ovan). Medianvärdet för DOA-kategorin förmåga till samspel och kommunikation (som speglar deltagarnas förmåga att aktivera sig socialt) var 21,0 (variationsvidd 12,0 – 30,0) av 30,0 möjliga maxpoäng. *Kommentar: Man kan notera att många av deltagarna hade en klart positiv syn på sin egen sociala kompetens, medianvärdet visar ju att hälften av deltagarna skattade sig på skalans högre värden. Liksom i fallet med övriga DOA-frågor ovan kan man även här fundera över om det ryms en viss överskattning från deltagarnas sida eftersom många av dem inte haft tillfälle att testa sin sociala kompetens i arbetsituationer. En alternativ tolkning skulle vara att här finns aktivitetsförmåga som inte funnit sitt utlopp i arbetslivet.*

Inskrivningsläge i verksamhetsmål: Undvika rundgång mellan olika myndigheter

Drygt 40% av deltagarna rapporterade att de blivit skickade mellan olika icke-samarbetande myndigheter ganska eller väldigt mycket (se tabellen nedan). *Kommentar: En betydande andel deltagare har upplevt sig runtskickade.*

Före projekt Columbus, har du upplevt att du blivit skickad mellan olika myndigheter utan att de samarbetat?	Antal	Procent
Inte alls	19	26,0
Lite	23	31,5
Ganska mycket	21	28,8
Väldigt mycket	9	12,3
Totalt antal svarande denna fråga	72	98,6
Ej besvarat denna fråga	1	1,4
Totalt	73	100,0

Nästan hälften (48%) ansåg att det varit ett ganska stort eller mycket stort problem att ha blivit runtskickad mellan myndigheter (se tabell nedan). *Kommentar: Det var en hög andel som upplevt det som ett problem att ha blivit runtskickade.*

Om du svarat Lite, Ganska eller Väldigt mycket: Tycker du att det varit ett problem att ha blivit runtskickad?	Antal	Procent
Nej, inget	0	0
Ja, litet	18	24,7
Ja, ganska stort	20	27,4
Ja, mycket stort	15	20,5
Totalt antal svarande denna fråga	53	72,6
Ej besvarat denna fråga	20	27,4
Totalt	73	100,0

Resultat hos 39 deltagare vid utskrivning

Från perioden 2011-2012 finns enkätdata (Enkät 2) på totalt 45 personer vid utskrivning. Av dessa 45 hade dock 2 inte besvarat Enkät 1. Av de 43 som besvarat både Enkät 1 och Enkät 2 var 39 avslutade efter att planenligt ha genomgått en eller flera av Columbus insatser, medan 4 var avslutade av andra skäl utan att stå till arbetsmarknadens förfogande. Av de 39 som genomgått en eller flera av Columbus insatser hade 21 (54% av 39) skrivits in under åren 2011-2012, medan 18 (46% av 39) hade skrivits in före år 2011. De jämförelser som i det följande görs mellan mätningar före och efter deltagande omfattar i första hand de 39 deltagarna.

Bortfallsanalys

De 4 som var avslutade av andra skäl än att de stod till arbetsmarknadens förfogande är ej att betrakta som ett bortfall ur denna utvärdering; de tillhörde ej målgruppen. De 2 som ej besvarat Enkät 1 är för få för att på ett meningsfullt sätt jämföras med de 39.

Uppfyllelse av verksamhetsmål: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete

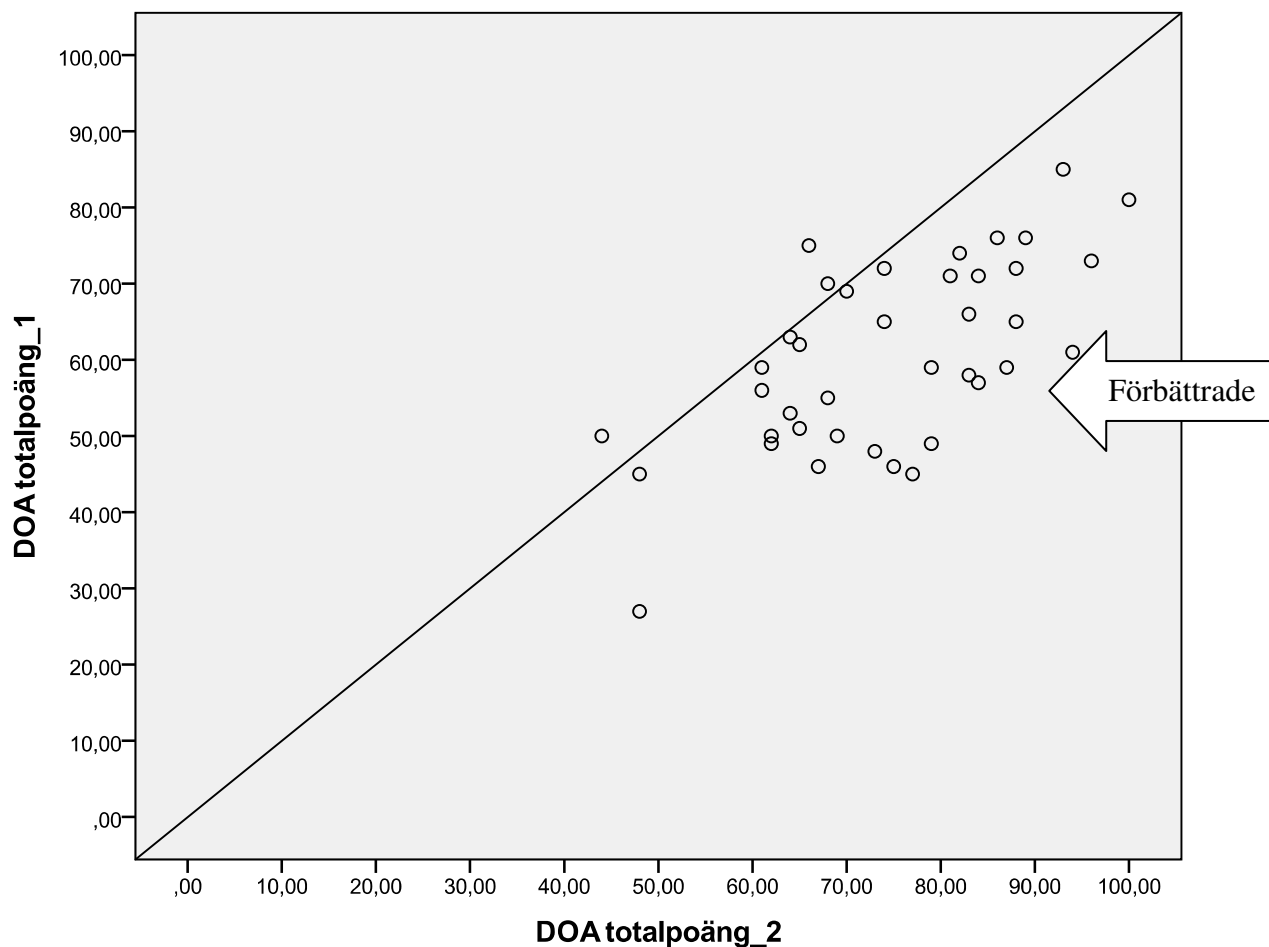
Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet: Efter Columbus bedömde deltagarna sin aktivitetsförmåga högre än vad de bedömt före Columbus i samtliga huvudkategorier i DOA. Även totalpoängen i DOA speglade en högre bedömning av aktivitetsförmågan efter Columbus. Samtliga dessa förbättringar var statistiskt signifikanta. Även förbättringen avseende fysisk förmåga var statistiskt säker. För de olika kategorierna i DOA var värdena följande:

- Självkänedom, intressen och värderingar (beroende t-test, medel före 11,7 – efter 15,6, $p = 0,000$): Effektstorlek på förbättringen = 1,39.
- Roller och vanor (beroende t-test, medel före 13,2 – efter 15,6, $p = 0,000$): Effektstorlek på förbättringen = 0,89.
- Fysisk förmåga (beroende t-test, medel före 3,00 – efter 3,46, $p = 0,043$): Effektstorlek på förbättringen = 0,41.
- Organisations- och problemlösningsförmåga (beroende t-test, medel före 12,8 – efter 17,1, $p = 0,000$): Effektstorlek på förbättringen = 1,00.
- Totalpoäng aktivitetsförmåga (beroende t-test, medel före 60,5 – efter 74,4, $p = 0,000$): Effektstorlek på förbättringen = 1,08.

Kommentar: Huvudresultatet avseende deltagarnas aktivitetsförmåga är att denna förbättrats på ett mycket tydligt sätt. Uttryckt som effektstorlekar var förbättringarna stora. Det spelar mindre roll att förbättringen avseende fysisk förmåga enbart var moderat, eftersom fysisk förmåga ligger helt utanför fokus för Columbus insatser.

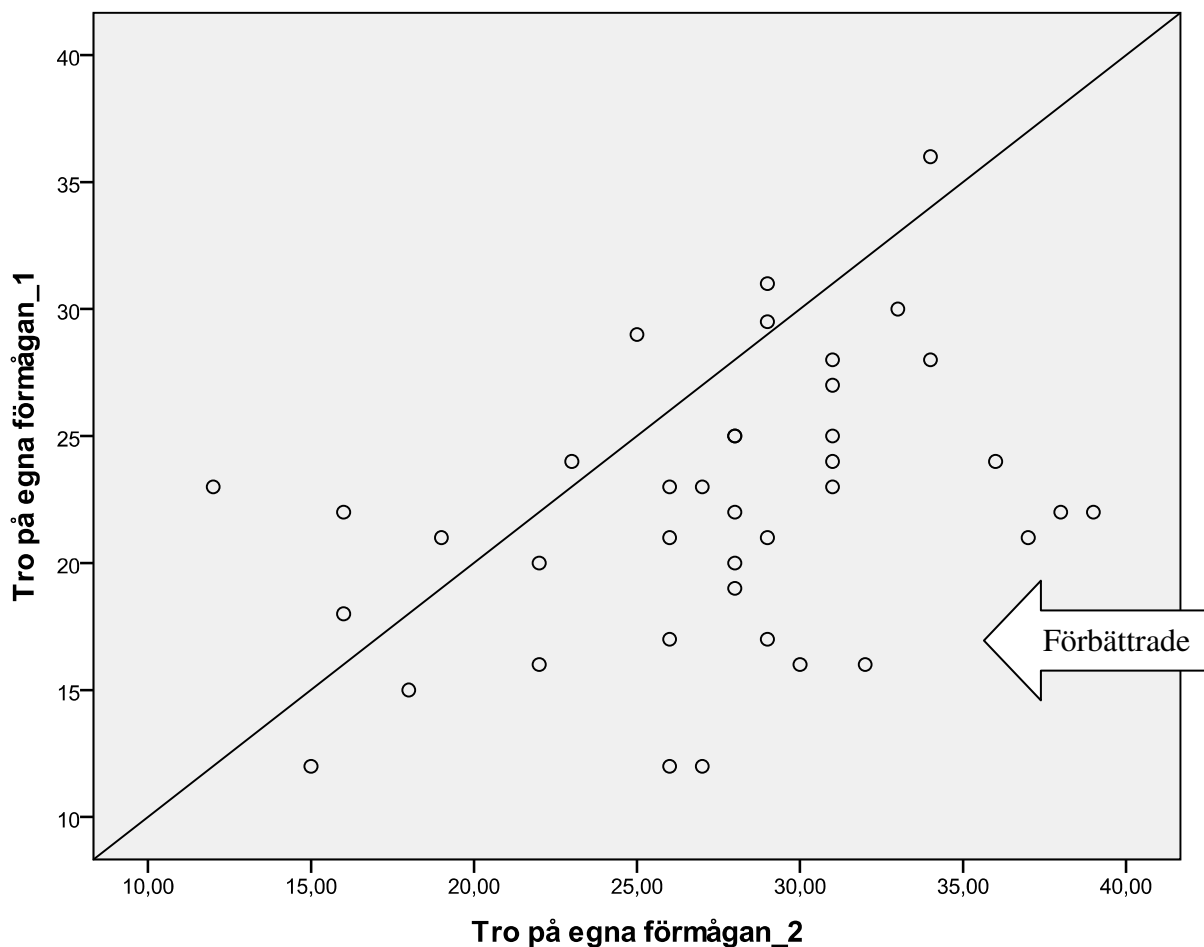
I jämförelse med tidigare brukarutvärderingar i Columbus var effekterna i avseende aktivitetsförmåga denna gång märkbart större. Det relativt lilla antalet deltagare denna gång gör dock att skillnaden jämfört med tidigare brukarutvärderingar är svårtolkad.

Förändringarna i generell aktivitetsförmåga (totalpoäng i DOA) illustreras i grafen nedan. Individens skattning före Columbus anges på den lodräta axeln, och skattningen efter Columbus på den vågräta axeln. Varje individ representeras av en liten cirkel. De individer som placerar sig tydligt nedanför den sneda linjen har förbättrats, tydligt över linjen tyder på en försämring, och i närheten av linjen indikerar ett väsentligen oförändrat läge.



Kommentar: Grafen visar hur DOA:s totalpoäng speglar deltagarnas ökade bedömning av aktivitetsförmågan generellt sett. Ungefär en fjärdedel av individerna visade ingen tydlig förbättring, medan övriga gjorde det.

Tro på den egna förmågan: Efter Columbus bedömde deltagarna sin tro på den egna förmågan starkare än vad de bedömt före Columbus. Ökningen var statistiskt signifikant. Medelvärde före var 22,0 och efter 27,4, av 40 möjliga maxpoäng (beroende t-test, $p = 0,000$). Effektestorlek 0,92. Grafen nedan illustrerar deltagarnas ökade tro på den egna förmågan att hantera svårigheter och påfrestningar:



Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var förbättringen stor.

Även om deltagarna förbättrats på ett signifikant sätt, och förbättringen var stor, så kan man fråga sig hur deras tro på sin egen förmåga efter Columbus står sig i jämförelse med en normalgrupp. En förändring från riktigt uruselt till ”bara” dålig tro på den egna förmågan kan ge en stor effektstorlek, men fortfarande skulle gruppen kunna ha en lägre tro på den egna förmågan än befolkningen i allmänhet. Vid jämförelse med de båda jämförelsegrupperna hade deltagarna efteråt fortfarande en lägre tro på sin egen förmåga än jämförelsegrupperna (oberoende t-test), dock var skillnaden uttryckt i effektstorlekar mer än halverad jämfört med inskrivning. Effektstorlekarna var 0,40 och 0,54. *Kommentar:* Förbättringen i tron på den egna förmågan avspeglas också genom att deltagarna efter Columbus tydligt närmade sig jämförelsegrupperna. Uttryckt som effektstorlek var skillnaderna moderata mellan deltagarna och jämförelsegrupperna efter Columbus, före Columbus var skillnaderna däremot stora.

Energitillgång: Deltagarnas upplevda energitillgång hade ökat både enligt HAD-påståendet (beroende t-test, medel före 1,79 – efter 2,74, $p = 0,000$) och enligt Zung-påståendet (beroende t-test, medel före 3,05 – efter 2,18, $p = 0,000$). I båda fallen var ökningen signifikant. Effektstorlekar 1,23 respektive 1,10. *Kommentar:* Uttryckt som effektstorlekar var alltså deltagarnas ökning av den upplevda energitillgången stor.

Meningsfullhet: Deltagarnas upplevelse av mening i sin tillvaro hade ökat både enligt HAD-påståendet (beroende t-test, medel före 2,89 – efter 1,63, $p = 0,000$) och enligt KASAM-frågan (beroende t-test, medel före 2,44 – efter 4,54, $p = 0,000$). I båda fallen var ökningen signifikant. Effektstorlekar 1,54 respektive 1,43. *Kommentar: Uttryckt som effektstorlekar var alltså deltagarnas ökade upplevelse av mening i sin tillvaro stor.*

Fysiska, psykiska eller kunskapsmässiga hinder: Deltagarnas upplevelse av begränsning i arbetsförmågan på grund av kroppsliga hälsobesvär hade minskat något (beroende t-test, medel före 2,72 – efter 2,23, $p = 0,113$), dock inte signifikant. Effektstorlek 0,30. *Kommentar: Att denna analys inte utföll signifikant beror sannolikt på en ganska liten underliggande förbättring i kombination med ett, statistiskt sett, ganska litet antal individer i analysen.*

Däremot hade deltagarnas upplevelse av begränsning av arbetsförmågan på grund av psykiska hälsobesvär minskat signifikant (beroende t-test, medel före 5,68 – efter 3,42, $p = 0,000$). Effektstorlek 1,36. *Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var deltagarnas reduktion av de psykiska arbetshindren stor. Detta är viktigt eftersom det måste anses vara centralt för Columbus att motverka ett beskuret arbetsutbud till följd av psykiska besvär.*

Upplevelsen av att ha tillräckliga kunskaper om hur man kan gå vidare med arbete eller studier hade ökat signifikant (beroende t-test, medel före 3,41 – efter 5,13, $p = 0,000$). Effektstorlek 1,22. *Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var deltagarnas ökning av kunskaper om hur de skulle kunna gå vidare stor.*

Uppfyllelse av verksamhetsmål: Förbättrad livskvalitet

Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden: Deltagarnas tillfredsställelse hade ökat inom alla områden, men sexliv, familjeliv och parrelationer utföll inte signifikant. Jämförelserna utföll enligt följande för tillfredsställelse med:

- livet i allmänhet (beroende t-test, medel före 2,69 – efter 3,82, $p = 0,000$): effektstorlek 1,09.
- yrkes-/sysselsättningssituation (beroende t-test, medel före 1,87 – efter 3,68, $p = 0,000$): effektstorlek 1,68.
- ekonomi (beroende t-test, medel före 1,92 – efter 2,84, $p = 0,001$): effektstorlek 0,78.
- fritidssituation (beroende t-test, medel före 2,97 – efter 4,18, $p = 0,000$): effektstorlek 1,07.
- socialt umgänge (beroende t-test, medel före 3,69 – efter 4,33, $p = 0,004$): effektstorlek 0,50.
- sexliv (beroende t-test, medel före 3,26 – efter 3,56, $p = 0,194$): effektstorlek 0,18.
- grundläggande förmåga att ta hand om sig själv (beroende t-test, medel före 4,69 – efter 5,23, $p = 0,012$): effektstorlek 0,43.

- familjeliv (beroende t-test, medel före 3,96 – efter 4,33, $p = 0,071$):
effektstorlek 0,28.
- parrelationer (beroende t-test, medel före 4,39 – efter 4,56, $p = 0,331$):
effektstorlek 0,16.

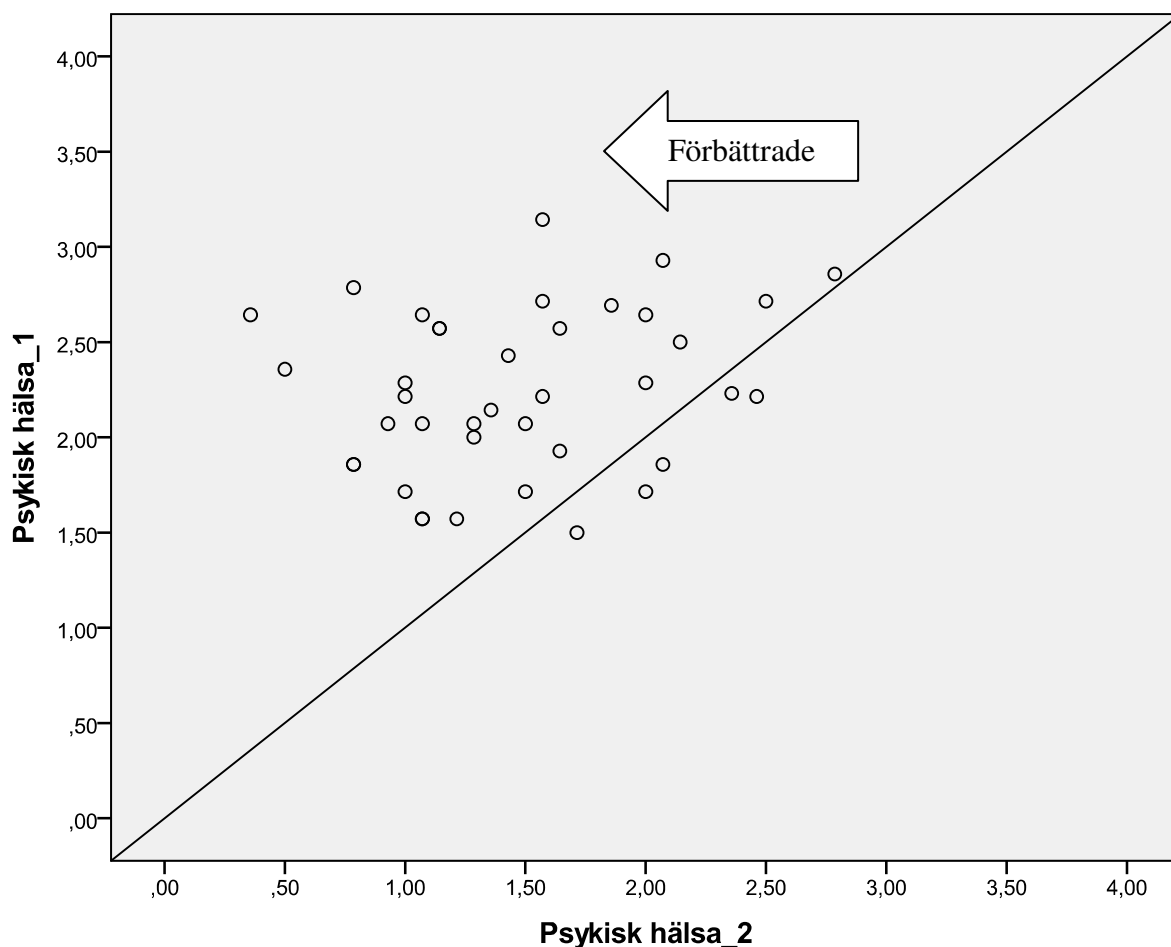
Kommentar: Uttryckt som effektstorlekar var förbättringarna av livskvaliteten stora när det gäller allmän livstillfredsställelse, yrkes-/sysselsättningssituationen, fritidssituationen och nära gränsen för stor vad gäller ekonomi. Särskilt de två första livskvalitetsaspekterna får anses centrala för verksamhetens insatser. Det vore inte realistiskt att förvänta sig kraftigt ökad livskvalitet inom alla de nio livskvalitetsaspekter som mättes.

I jämförelse med den svenska befolkningen i stort var det efter Columbus fortfarande signifikant lägre tillfredsställelse hos deltagarna inom alla områden (chi-två varierade mellan 12,67 och 49,46, $df = 5$, p varierade mellan 0,027 och 0,000), utom socialt umgänge. Däremot hade deltagarna tydligt närmat sig befolkningen. Det största chi-två-värdet var nu 4,5 gånger större än vad det hade behövt vara för signifikans; vid inskrivning var det *minsta* chi-två-värdet ungefär 12 gånger större än det hade behövt vara för signifikans. De största skillnaderna förelåg för allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse med ekonomin.

Kommentar: Det kan noteras att de signifikanta skillnaderna i förhållande till befolkningen inte alls var lika stora som de var före Columbus. Deltagarna hade påtagligt närmat sig befolkningen.

Psykisk hälsa inriktat mot psykiskt välbefinnande: Deltagarnas psykiska välbefinnande var bättre efter Columbus än före, och skillnaden var statistiskt säker (beroende t-test, medelvärde före 2,24 – efter 1,47, $p = 0,000$). Effektstorlek 1,54.

Skillnaden mellan före och efter illustreras i grafen nedan; på grund av att låga värden indikerar bättre psykisk hälsa så är det i denna graf deltagarmarkeringar tydligt *ovanför* den sneda linjen som är förbättringar, markeringar tydligt *nedanför* den sneda linjen är försämringar och markeringar nära linjen är oförändrade mellan mätningarna.



Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var förbättringen av det psykiska välbefinnandet stor. Fyra individer hade marginellt försämrade värden.

Kvinnorna i Columbus (26 st.) hade ett medelvärde på 1,41 (standardavvikelse 0,51). Vid en närmare granskning av kvinnorna var det 70% som hade ett så pass gott psykiskt välbefinnande att deras svar var likvärdiga med en normalgrupp. Männens medelvärde (13 st.) var 1,57 (standardavvikelse 0,68). Bland männen var det 46% som hade ett så pass gott psykiskt välbefinnande att deras svar var likvärdiga med en normalgrupp. *Kommentar: I förhållande till läget vid inskrivningen måste detta anses vara en mycket påtaglig förändring till det bättre. Man kan påminna sig att vid inskrivningen var förhållandena i det närmaste omvända, med endast 12% av kvinnorna respektive 7% av männen som svarade likvärdigt med en normalgrupp. Givet den lilla gruppen män är det inte meningsfullt att analysera könsskillnaden.*

I jämförelse med den svenska normalgruppen var deltagarnas psykiska hälsa något sämre, skillnaden var strax över vad som krävs för signifikans (oberoende t-test, $p = 0,05$). Effektstorlek 0,36. *Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var skillnaden mellan Columbusdeltagarna och den svenska jämförelsegruppen avseende välbefinnande liten. Som grupp betraktat var alltså Columbusdeltagarna nästan jämförbara med svenska befolkningen i stort avseende psykiskt välbefinnande.*

Uppfyllelse av verksamhetsmål: Stärkt social kompetens

Förmåga till samspel och kommunikation: Efter Columbus bedömde deltagarna sin förmåga till socialt samspel och kommunikation som signifikant bättre än vad de bedömt före Columbus. Medel före 20,26 – efter 22,84 av 30 möjliga maxpoäng (beroende t-test, $p = 0,001$). Effektstorlek 0,53. *Kommentar:* Uttryckt som effektstorlek var förbättringen moderat.

Uppfyllelse av verksamhetsmål: Undvika rundgång mellan olika myndigheter

Av de 39 avslutade deltagarna inom Columbus målgrupp som besvarat Enkät 2 och avslutats mot arbetsmarknaden, uppgav nästan 40% att de väldigt eller ganska mycket blivit skickade mellan myndigheter utan att dessa samarbetat (se tabell nedan).

Före projekt Columbus, har du upplevt att du blivit skickad mellan olika myndigheter utan att de samarbetat?	Antal	Procent
Inte alls	10	25,6
Lite	14	35,9
Ganska mycket	10	25,6
Väldigt mycket	5	12,8
Totalt	39	100,0

En ungefärligen lika stor andel (41%) ansåg att det varit ett ganska eller mycket stort problem att ha blivit runtskickad mellan myndigheter (tabell nedan).

Om du svarat Lite, Ganska eller Väldigt mycket: Tycker du att det varit ett problem att ha blivit runtskickad?	Antal	Procent
Nej, inget	3	7,7
Ja, litet	12	30,8
Ja, ganska stort	10	25,6
Ja, mycket stort	6	15,4
Totalt antal svarande denna fråga	31	79,5
Ej svar denna fråga	8	20,5
Totalt	39	100,0

Strax över 50% ansåg att Columbus minskat problemet med rundgång ganska eller väldigt mycket (se tabell nedan).

Om Ja: Tycker du att Columbus minskat problemet?	Antal	Procent
Nej, inte alls	0	0
Ja, litet	8	20,5
Ja, ganska mycket	6	15,4
Ja, väldigt mycket	14	35,9
Totalt antal svarande denna fråga	28	71,8
Ej svar denna fråga	11	28,2
Totalt	39	100,0

Kommentar: Av de avslutade deltagarna inom Columbus målgrupp ansåg c:a 40% att de blivit skickade mellan olika myndigheter, lika många hade upplevt det som ett problem att bli runtskickad. Drygt 50% tyckte att Columbus minskat problemet med rundgång.

Förbättringsområden

När det gäller förbättring eller utveckling gäller det förstås att fråga sig i relation till vad. För Columbus del är målen för verksamheten ett naturligt område att börja söka förbättringspotential inom. Kanske kan utskrivning mot arbetsmarknaden (studier eller arbete i någon form) vara ett överordnat mål som också är relevant när det gäller att söka förbättringspotential. Ett område av relevans för framtida förbättringar är att anpassa formen för brukarutvärderingen till verksamhetens aktuella utvecklingsfas.

Förbättringspotential i förhållande till målen för verksamheten

Eftersom de 39 deltagare som under perioden 2011-2012 avslutats mot arbetsmarknaden och samtidigt besvarat Enkät 2 statistiskt sett är ganska få, är denna grupp för liten för att dra säkra slutsatser om förbättringspotential i verksamheten. Ett betydligt säkrare underlag finns i föregående brukarutvärdering för åren 2006-2012 (Elfström, 2011), och då närmare bestämt de 123 deltagare som genomgått en eller flera av Columbus insatser, skrivits ut mot arbete eller studier, samt besvarat Enkät 2.

Eftersom de 123 deltagarna förbättrat sig påtagligt i samtliga mål för verksamheten vid en jämförelse före-efter Columbus, bör ett sökande efter förbättringsområden riktas mot jämförelsen mellan deltagarna och befolkningen i övrigt. Den tydligaste skillnaden mellan deltagarna och befolkningen gällde livskvalitet. Eftersom ett brett spektrum av livskvalitetsaspekter speglas i enkäterna, bör man fokusera de aspekter som ligger närmast Columbus verksamhetsområde. Då utskiljer sig den tydligt lägre livskvaliteten när det gäller den egna ekonomin (sju gånger sämre än befolkningen), livet i allmänhet (fem gånger sämre än befolkningen) och yrkes-/sysselsättningssituationen (tre gånger sämre än befolkningen).

Kommentar: Innan man beslutar sig för att fokusera insatser mot att öka livskvalitetsaspekter bör man dock väga av mot det faktum att deltagarna startat från positioner väldigt långt från arbetsmarknaden. Livskvalitetsaspekterna är dessutom till en betydande del sekundära till yrkes-/sysselsättningssituationen, varför man kan anta en viss fortsatt förbättring allteftersom deltagarna fortsätter sitt närmande till arbetsmarknaden efter Columbus. För denna tolkning talar tidigare samhällsekonomiska uppföljningar av deltagarna, i vilka ett fortsatt positivt närmande till arbetsmarknaden varit tydligt för flertalet. Slutsatsen blir att det är tveksamt att lägga till ytterligare insatser mot livskvalitetsaspekter.

Utskrivning mot arbetsmarknaden

Eftersom de deltagare som under perioden 2011-2012 avslutats mot arbetsmarknaden och samtidigt besvarat Enkät 2 statistiskt sett är ganska få, har det samlade utvärderingsmaterialet från Columbus samtliga verksamhetsår använts för att få underlag till säkra resultat i ett antal analyser. Det har förelegat utvärderingsdata i någon form för 288 personer, då de som ännu inte skrivits ut ur verksamheten borträknats återstod en grupp på 241 avslutade personer.

Analyser har utförts för att belysa vilka variabler vid inskrivning i Columbus som kan bidra till att förutsäga om en individ kommer att ha svårt att ta del av verksamheten och därför skrivas ut av andra skäl än övergång mot arbetsmarknaden (arbete eller studier). Analysmetoden för dessa analyser har varit multipel logistisk regression. Resultatet av logistiska regressioner brukar oftast anges i termer av hur mycket sannolikheten ökar för en viss händelse om vissa förhållanden föreligger. I Columbus fall handlar det om att analysera i vad mån inskrivningsdata (speglade förhållanden som föreligger före Columbus) ökar sannolikheten för att en individ ska skrivas ut mot annat än arbetsmarknaden ("händelsen").

Eftersom resultaten av en logistisk regression handlar om hur mycket sannolikheter (för händelsen utskrivning mot annat än arbetsmarknaden) ökar eller minskar om vissa förhållanden föreligger, är det inte alldeles lätt att intuitivt värdera resultaten. Vanligen brukar man ange med hur många procentenheter ett visst förhållande ökar eller minskar sannolikheten för händelsen, för varje enhet/skalsteg som förhållandet förändras. Eftersom det handlar om procentenheter blir summan av procenttalen inte 100. Istället kan, teoretiskt sett, ett enskilt förhållande öka sannolikheten för en händelse med flera hundra procentenheter. Det är detta som ligger bakom att man ibland hör sägas att vissa faktorer mångdubblar risken för en händelse.

De förhållanden vid inskrivning som, på ett statistiskt säkerlagt sätt ($p < 0,05$), bidrog till att förutsäga utskrivning mot annat än arbetsmarknaden var:

- *Utbildning*: högre utbildning minskade sannolikheten med drygt 35 procentenheter
- *Psykisk hälsa*: sämre psykisk hälsa ökade sannolikheten med 35 procentenheter
- *Tidigare stöd från offentlig aktör*: längre tid med stöd ökade sannolikheten med drygt 20 procentenheter
- *Erfarenhet av rundgång*: mer omfattande upplevelse av rundgång ökade sannolikheten med drygt 10 procentenheter
- *Vana vid aktivitet*: vana vid aktivitet minskade sannolikheten med c:a 10 procentenheter

- *Vilja till aktivitet*: vilja till aktivitet minskade sannolikheten med 6 procentenheter

Kommentar: Av storleken på sannolikhetsförändringarna kan man se att det inte var några kartlagda förhållanden vid inskrivning som på ett starkt sätt förändrade sannolikheten för att individen skulle skrivas ut mot annat än arbetsmarknaden. Det inskrivningsförhållande som ökade sannolikheten för utskrivning mot annat än arbetsmarknaden var framförallt dålig psykisk hälsa, medan högre utbildning motverkade i ungefär samma omfattning, omvändningen av inverkan av utbildning gäller också – d.v.s. låg utbildning ökar sannolikheten för utskrivning mot annat än arbetsmarknaden. Men inget av dessa förhållanden förändrade sannolikheten med mer än 35 procentenheter.

Formen för brukarutvärdering

Mot bakgrund av att det totala antalet personer som skrivits in och skrivits ut under perioden inte fångas i nuvarande form för brukarutvärdering, kunde former för att mer fullständigt spegla deltagarflödet övervägas. Omkring 40 deltagare har avslutats under perioden, utan att besvara Enkät 2. Att öka andelen deltagare som besvarar Enkät 2, oavsett utskrivningsorsak, vore då det bästa. En annan åtgärd, som teamet själv äger, till skillnad från ifyllandet av enkäter där deltagaren har ett fritt val, är att skapa en mer heltäckande variabel över utskrivningsorsaker för samtliga individer.

Något som kunde övervägas för att öka andelen deltagare som besvarar Enkät 2 är en förkortning av enkäterna, så att respondentbördan minskade. Under bibehållande av att samtliga verksamhetsmål alltjämt speglas, är det möjligt att ta bort flera frågor ur nuvarande enkäter.

Med tanke på att Columbus nu är att betrakta som en etablerad och utvärderad verksamhet, kan man fråga sig om innehållet i enkäterna speglar den typ av frågeställningar som är aktuella för verksamheten. Då graden av psykisk ohälsa visat sig vara hög, samtidigt som den i viss mån kan predicera om deltagare skrivs ut mot arbetsmarknaden eller ej, finns skäl att överväga en bredare och mer detaljerad mätning av psykiska problem. Det kunde också finnas skäl att överväga frågor om vad deltagaren tyckt varit hjälpsamt inom verksamheten. Tidigare brukarutvärderingar (Elfström, 2011) har genererat förslag på inslag i verksamheten som deltagarna skulle kunna få bedöma utifrån hur stor hjälp deltagaren haft av dem.

Referenser

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Carlsson, S. G. (2001). *Psykologi i primärvården*. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum.
- Elfström, M. L. (2011). *Brukarutvärdering projekt Columbus: Beskrivning av 214 deltagare vid inskrivning och resultat hos 123 deltagare vid utskrivning*. Göteborg: Samordningsförbundet Göteborg Centrum.

- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2012). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE). *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1788
- Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *34*, 239-246.
- Linddahl, I., Norrby, E., & Bellner, A. (2003). Construct validity of the instrument DOA: a dialogue about ability related to work. *Work*, *20*, 215-224.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Dona, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, *40*, 80-89.
- Norrby, E., & Linddahl, I. (2001). *Dialog om aktivitetsförmåga: DOA - riktad mot arbete*. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Norrby, E., & Linddahl, I. (2006). Reliability of the instrument DOA: dialogue about ability related to work. *Work*, *26*, 131-139.
- Scholz, U., Gutiérrez-Dona, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, *18*, 242-251.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Sinclair, A., Barkham, M., Evans, C., Connell, J., & Audin, K. (2005). Rationale and development of a general population well-being measure: psychometric status of the GP-CORE in a student sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, *33*, 153-173.
- Sullivan, M. (1992). Quality of life assessment in medicine. *Nordic Journal of Psychiatry*, *46*, 79-83.
- Sullivan, M., Karlsson, J., & Taft, C. (1999). How to assess quality of life in medicine: rationale and methods. In B. Guy-Grand & G. Ailhaud (Eds.), *Progress in obesity research: 8* (pp. 749-755). London, UK: John Libbey.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, *67*, 361-370.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, *12*, 63-70.