

Brukarutvärdering projekt Columbus

*Beskrivning av 214 deltagare vid inskrivning
och resultat hos 123 deltagare vid utskrivning*

Rapport för år 2006 t.o.m. år 2010

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

Innehållsförteckning

Slutsatser	2
Sammanfattning	3
Inledning	4
I utvärderingen använda metoder	4
Metoder: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete	5
Metoder: Förbättrad livskvalitet	7
Metoder: Stärkt social kompetens	8
Metoder: Undvika rundgång mellan olika myndigheter	8
Metodövervägande: Hur väl mäter måtten projektmålen?	9
Metodöverväganden: dataanalyser	9
Beskrivning av 214 deltagare vid inskrivning	10
Bakgrund och socioekonomiska förhållanden	10
Inskrivningsläge i projektmål: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete	14
Inskrivningsläge i projektmål: Förbättrad livskvalitet	19
Inskrivningsläge i projektmål: Stärkt social kompetens.....	20
Inskrivningsläge i projektmål: Undvika rundgång mellan olika myndigheter.....	20
Avslutande öppen fråga.....	21
Resultat hos 123 deltagare vid utskrivning.....	22
Bortfallsanalys.....	22
Uppfyllelse av projektmål: Uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete.....	23
Uppfyllelse av projektmål: Förbättrad livskvalitet.....	28
Uppfyllelse av projektmål: Stärkt social kompetens.....	32
Uppfyllelse av projektmål: Undvika rundgång mellan olika myndigheter	33
Könsperspektiv på resultaten	35
Referenser	36

Slutsatser

Ur ett brukarperspektiv har:

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

Sammanfattning

Denna slutrapport beskriver 214 deltagare vid inskrivning i Columbus och 123 deltagare vid utskrivning ur projektet, vilka alla besvarat utvärderingsenkäter till och med 2010-12-31. Sammanfattningsvis befästs i denna rapport de resultat som framkommit i förgående utvärderingar.

Sett till levnadsförhållandena var deltagarna i Columbus vid inskrivningen en i många avseenden mycket belastad grupp. Vanliga levnadsomständigheter innefattade att deltagarna var ensamstående, inte hade högre utbildning, var arbetslösa utan daglig sysselsättning, hade offentlig försörjning och tidigare hade haft behov av offentliga stödinsatser minst ett år.

De deltagare som genomgått projektet var tydligt till mycket tydligt förbättrade i relation till projektmålen. Samtliga förbättringar var statistiskt säkra. I svar på öppna frågor kunde utläsas att bidragande till förbättringarna var projektets individanpassade stöd och bemötande, samt att deltagarna uppfattade Columbus som motivationsskapande. Bortfallsanalyser tyder på att resultaten för deltagarna som genomgått projektet går att generalisera till dem som ännu inte blivit klara eller ej besvarat enkäter. Här nedan ges några sammanfattande kommentarer om vart och ett av de fyra projektmål som berör brukarna:

Uppnä eller öka förmågan till förvärvsarbete: De deltagare som genomgått projektet hade en tydligt ökad upplevelse av aktivitetsförmåga och upplevd energitillgång. De hade kraftigt förbättrat tron på den egna förmågan och känslan av meningsfullhet i sin tillvaro. Deltagarnas psykiska begränsningar av arbetsförmågan hade minskat mycket tydligt. Kunskaperna om möjliga arbets- och studievägar hade ökat mycket. I svar på öppna frågor framstod möjligheten att pröva sin egen förmåga som särskilt viktigt för ökad arbetsförmåga.

Förbättrad livskvalitet: Deltagarna hade vid inskrivning i Columbus radikalt sämre livskvalitet än svenskar i allmänhet inom samtliga de tio områden som mätts. Nästan 90% av deltagarna uppvisade vid inskrivningen tecken på psykiska besvär likvärdiga med personer i början av behandling för psykisk ohälsa. Deltagarna hade följaktligen mycket lägre psykiskt välbefinnande än svenska befolkningen i allmänhet. De deltagare som genomgått projektet hade mycket tydligt förbättrat sin allmänna livstillfredsställelse, sin tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättningssituationen, ekonomin och fritiden. Även avseende övriga livskvalitetsområden hade de som genomgått Columbus generellt närmat 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 projektet hade också ett mycket tydligt förbättrat psykiskt välbefinnande, och projektdeltagarna var efter projektet nästan jämförbara med en svensk normalgrupp. I svar på öppna frågor framstod psykoterapiinslaget i projektet som särskilt viktigt för ökad livskvalitet.

Stärkt social kompetens: Efter Columbus bedömde deltagarna som genomgått projektet att deras förmåga till socialt samspel och kommunikation tydligt hade förbättrats.

Undvika rundgång mellan olika myndigheter: En tredjedel av deltagarna angav vid inskrivningen att de hade upplevt problem med att ha blivit skickade mellan myndigheter. Bland dem som genomgått projektet tyckte drygt hälften att Columbus påtagligt hade minskat problemen, andelen som inte angav någon förbättring var mycket liten. I svar på öppna frågor framstod hjälp med samordning och kommunikation med myndigheter, samt information om regler och myndigheter som särskilt viktigt för minskade rundgångsproblem.

Inledning

Föreliggande utvärdering av projektdeltagarnas erfarenheter av projekt Columbus behandlar erfarenheter från deltagare inskrivna från och med projektstart år 2006 till och med år 2010. Dels beskrivs deltagarnas utgångsläge när de skrivs in i Columbus, dels beskrivs de avslutade deltagarnas effekter av sitt projektdeltagande. Jämförelser mellan deltagare från tidigare utvärderingar, inskrivna 2006-2008, och nytillkomna deltagare, inskrivna 2009-2010, görs både vad gäller läget vid inskrivning och effekter av projektdeltagandet. Utvärderingen baseras på enkäter.

Det totala antalet personer som skrivits in och avslutats i Columbus 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 projektdeltagarna vid första kontakterna med Columbus har fyllt i både blanketter med bakgrundsuppgifter (s.k. SUS-blanketter) samt en enkät (Enkät 1) med standardiserade psykometriska instrument, en del enskilda frågor ur sådana instrument och för utvärderingen särskilt konstruerade frågor. I samband med projektdeltagandets upphörande 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 från de s.k. SUS-blanketterna använts, inkluderande om deltagarna är födda i Sverige eller utomlands, ev. inflyttningsår till Sverige, deltagarnas utbildning, hushållstyp, ohälsa och missbruksproblem, andra arbetshinder, huvudsaklig sysselsättning före Columbus, tidigare stöd från AF/A-kassa/FK/Sjukvård/Socialkontor samt försörjning före Columbus. 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-blanketterna har använts eftersom Columbus varit ålagda att använda dem, och det vore onödigt att dessutom belasta deltagarna med snarlika frågor i Enkät 1 och Enkät 2. Sedan andra halvåret 2010 har dock uppgifterna i SUS förändrats.

De av Samordningsförbundet Göteborg Centrum fastlagda målen för verksamheten 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 projektmålen. Därefter ges en kort beskrivning av de olika måtten.

Tabell 1. Projekt mål och mått

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

Svarsskalan har sex steg numrerade från 0 till 5, där 0 representerar en låg grad av aktivitetsförmåga och 5 en hög grad. Utvärderingen av instrumentet är i första hand tänkt att ske genom en dialog mellan den berörda individen och ansvarig arbetsterapeut. Detta är dock en mycket resurskrävande arbetsmetod, som inte heller sammanfaller med Columbus-teamets personalsammansättning. Normvärden saknas. För utvärdering på gruppnivå rekommenderar instrumentutvecklarna jämförelser av medianvärden för respektive frågor vid första och andra skattningstillfället (i Columbus fall före resp. efter projektdeltagande). Analyser under instrumentutvecklingen (Linddahl, et al., 2003) tyder dock på att det även går att summera respektive huvudkategori samt en totalpoäng, vilka kan jämföras före och efter en given insats. Analyser på data i denna utvärdering bekräftar att det är rimligt att summera de olika frågorna i respektive huvudkategori (Cronbachs alfa $\geq 0,77$ för samtliga kategorier vid både för- och eftermätning, undantaget Roller och vanor där alfa vid förmätningen blev 0,58 men vid eftermätningen 0,74; exklusion av ett item i Roller och vanor leder visserligen till ett höjt alfa-värde men inga andra förändringar av resultaten i analyserna). Analyser i denna utvärdering gav också ett klart stöd för att använda en totalpoäng (Cronbachs alfa ≥ 0.90 vid både för- och eftermätning).

Tro på den egna förmågan: General Self-Efficacy Scale (GSES) speglar respondentens tro på att kunna hantera stora och små påfrestningar i livet (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Skalan innehåller tio påståenden som respondenten tar ställning till på en fyrgradig skala. Poängen (1-4 per fråga) kan summeras till en totalpoäng, eller så kan ett medelvärde beräknas. I båda fallen indikerar höga poäng en optimistisk tro på den egna hanteringsförmågan. Skalan finns översatt till en rad språk, däribland svenska, och har använts i 29 länder. De psykometriska egenskaperna har visat sig tillfredsställande (Luszczynska, Gutiérrez-Dona, & Schwarzer, 2005; Scholz, Gutiérrez-Dona, Sud, & Schwarzer, 2002). I denna utvärdering var den interna konsistensen (Cronbachs alfa) 0,88 vid för- och 0,89 vid eftermätning. 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 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) rymms. 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 Columbusprojektet finns en naturlig avgränsning i beskrivningen av målgruppen; nämligen ungdomar med psykisk ohälsa. Insatserna är i första hand av psykologisk och social natur. Härav följer att det blir viktigast att mäta olika psykiska domäner, samt i viss mån sociala domäner och möjligen även den generella livskvaliteten.

Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden: Life Satisfaction Checklist i versionen med 9 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 är på väg. En grupp med anknytning till Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet samlar in underlag för svenska normer, vilket bl.a. resulterat i en svensk

normalgrupp om 229 personer. Hittills gjorda reliabilitetsberäkningar ligger nära de värden som redovisats för det engelska originalformuläret (Elfström, et al., 2010). 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 = 0,77 vid för- och 0,88 vid eftermätning). De svenska normvärdena är alltså 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 projektmålen har dock social kompetens här redovisats separat. För att spegla den sociala kompetensen används kategorin *Förmåga till samspel och kommunikation* ur DOA (se ovan).

Metoder: Undvika rundgång mellan olika myndigheter

För att spegla i vad mån Columbus bidragit till att undvika rundgång mellan olika myndigheter används två enkätspecifika frågor i Enkät 1 och tre frågor i Enkät 2. I Enkät 2 kan deltagarna också fritt med egna ord beskriva om det var något specifikt i Columbus som minskat rundgången. För att få en fullständigare, mera opartisk, avläsning av detta projektmål bör man lämpligen komplettera denna utvärderings självrapporterade data med någon form av registerjämförelse. En sådan ligger dock utanför ramen för denna utvärdering.

Metoder: Avslutande öppna frågor

Deltagarna ges också utrymme för egna fria kommentarer sist i Enkät 1 och Enkät 2. Detta görs med öppna frågor om deltagarna vill tillägga något, om det funnit något speciellt positivt eller negativt i Columbus samt om det varit något i projektet som deltagarna haft särskild nytta av.

Metodöverbäggande: Hur väl mäter mätten projektmålen?

För utvärderingen har använts olika typer av mått: uppgiftsblanketter (SUS), enkätfrågor specifikt utformade för utvärderingen, valda delfrågor ur standardinstrument och slutligen standardiserade mätinstrument för arbetsförmåga, generell livskvalitet och psykisk hälsa. De olika mätten 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.

Metodöverbägganden: 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 utvärderingsmåten i samband med inskrivning i projektet med deras svar på måten i samband med utskrivning ur projektet. Den övergripande statistiska analysmetoden var parameterfri testning av beroende stickprov, när de statistiska kraven för parametrisk testning uppfyllts har sådana metoder använts. Härtill har även storleken på effekten beräknats med hjälp av s.k. effektstorlekar.

Effektstorleken (ES) anger storleken på en skillnad. En skillnad kan nämligen vara signifikant samtidigt som den är så liten att den är betydelselös; 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.

Beskrivning av 214 deltagare vid inskrivning

Under perioden från och med 2006-11-14 till och med 2010-12-21 har 214 personer inom målgruppen inskrivits i Columbus för vidare åtgärder. Av de 214, inskrevs 132 personer (61,7%) under åren 2006-2008, medan 82 personer (38,3%) inskrevs under åren 2009-2010. Bland de 214 inräknas inte konsultationsärenden, vilka redovisas av teamet separat. Personer som inte fyllt i någon enkät, och som efter en tids kontakt visat sig ligga utanför projektets målgrupp är endast i ringa utsträckning medräknade bland de 214. Av de 214 har 201 deltagare (93,9%) fyllt i Enkät 1, och 178 (83,2%) har besvarat de s.k. SUS-blanketterna.

Kommentar: Med tanke på att SUS-blanketterna under nästan hela projekttiden har haft en mindre optimal utformning, är den lägre svarsfrekvensen avseende dem inte förvånande. Bortfallet från Enkät 1 är tämligen lågt, med tanke på målgruppen.

Bakgrund och socioekonomiska förhållanden

Könsfördelning: Av de 214 deltagarna var 121 kvinnor (56,5%) och 81 män (37,9%), för 12 personer (5,6%) saknas denna uppgift. Det var inte någon skillnad i könsfördelning mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (chi-två test, $p = 0,231$). *Kommentar: I liknande vårdsammanhang brukar andelen kvinnor vara betydligt högre än här. Andelen män i gruppen är således anmärkningsvärt högre än brukligt i sammanhang där man söker hjälp/vård för psykiska eller psykosomatiska besvär. Detta är positivt och tyder på att Columbus, i enlighet med projektintentionerna, nått en annan målgrupp än den som traditionellt söker vård för psykiska besvär.*

Åldersfördelning: De yngsta deltagarna var 18 år, de äldsta 29, med en tämligen jämn fördelning av deltagare i åldrarna däremellan. Medelåldern låg på 23,6 år (standardavvikelse 3,0 år). Det var inte någon skillnad i åldersfördelning mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (tvåsidigt oberoende t-test, $p = 0,092$). *Kommentar: Deltagarnas åldrar vid inskrivning låg alltså inom det för Columbus stipulerade åldersspannet. Ingen särskild åldersgrupp dominerade.*

Hushållstyp: Fördelningen på olika hushållstyper framgår av tabellen nedan. Majoriteten av deltagarna var ensamstående utan barn. En mycket liten andel deltagare hade barn i hushållet. Det var inte någon skillnad avseende hushållstyp mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (chi-två test, $p = 0,066$).

Hushållstyp	Antal	Procent
Ensamstående utan barn	129	60,3
Ensamstående med barn (0-19 år)	7	3,3
Sammanboende utan barn	34	15,9
Sammanboende med barn (0-19 år)	1	0,5
Totalt antal svarande denna fråga	171	79,9
Ej besvarat denna fråga	43	20,1
Totalt	214	100,0

Kommentar: Gruppen ensamstående dominerar helt. Den relativt stora grupp som inte svarat består till drygt hälften av personer för vilka SUS avskaffats; de har alltså inte kunnat svara. En svaghet i SUS-frågans utformning är att svarsalternativen inte innehåller möjligheter att markera boende som stöds eller drivs av kommunen samt att de som bor hemma hos sina föräldrar inte heller kan markera detta. Inte minst det senare boendevalternativet kan vara förenat med upplevelser av stress och påfrestning hos unga vuxna.

Etniskt ursprung: 148 personer (69,2%) angivit Sverige som sitt födelseland medan 12 (5,6%) har angivit att de är födda i ett annat land. För 54 personer (25,2%) finns ingen uppgift. Det var inte någon skillnad i etniskt ursprung mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (chi-två test, $p = 0,078$). Av de personer som angivit utländsk härkomst angav de flesta inflyttningsår på 1980-talet. *Kommentar:* Personer födda utom Sverige är således en liten grupp, vilket är ganska likt förhållandena i upptagningsområdet.

Utbildning: Fördelningen över olika typer av utbildning framgår av tabellen nedan. Drygt 20% hade någon form av eftergymnasial utbildning, c:a 45% någon form av gymnasieutbildning, c:a 16% enbart grundskola. Det var inte någon skillnad avseende utbildning mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxons test, $p = 0,078$).

Utbildning	Antal	Procent
Grundskola -9 år	34	15,9
Gymnasium 0-2 år	21	9,8
Gymnasium 3- år	77	36,0
Eftergymnasial utbildning < 3 år	31	14,5
Eftergymnasial utbildning > 3 år	15	7,0
Totalt antal svarande denna fråga	178	83,2
Ej besvarat denna fråga	36	16,8
Totalt	214	100,0

Kommentar: Jämfört med den unga vuxna i befolkningen i stort, och med tanke på kraven på dagens arbetsmarknad, hade alltså relativt många deltagare ett rejält hinder, i form av låg utbildning, att ta sig över för att närma sig arbetsmarknaden. En svaghet i SUS-frågans utformning är att det inte finns något tydligt svarsalternativ för dem som ej avslutat grundskolan.

Ohälsa och missbruksproblem: Som framgår av tabellen nedan var det psykiska besvär som helt dominerade bland orsakerna till att deltagarna kommit till Columbus. Läger man här till psykiska besvär i kombination med andra problem stiger andelen ännu mer. Det var inte någon skillnad avseende uppfattning om orsaker till insatsen mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (chi-två test, $p = 0,241$).

Ohälsa och missbruksproblem	Antal	Procent
Ingen bidragande orsak till insatsen	15	7,0
Psykiska besvär	121	56,5
Missbruksproblem	2	,9
Fysiska och psykiska besvär	18	8,4
Psykiska besvär och missbruksproblem	5	2,3
Totalt antal svarande denna fråga	161	75,2
Ej besvarat denna fråga	53	24,8
Totalt	214	100,0

Kommentar: Deltagarnas egna uppfattningar om varför de kommit till Columbus överensstämmelse alltså med projektets inriktning.

Annat arbetshinder: När det gäller kompletterande arbetshinder, förutom de huvudhinder som angivits ovan, så var bristande utbildning/yrkeserfarenhet framträdande (se tabellen nedan). Det var skillnad avseende kompletterande arbetshinder mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (chi-två test, $p = 0,026$). Skillnaden bestod i att gruppen inskriven 2009-2010 hade en något högre andel ”Ingen bidragande orsak till insatsen”, medan gruppen inskriven 2006-2008 hade en något högre andel ”Bristande utbildning/yrkeserfarenhet”.

Annat arbetshinder	Antal	Procent
Ingen bidragande orsak till insatsen	55	25,7
Bristande utbildning/yrkeserfarenhet	65	30,4
Språksvårigheter	1	,5
Kulturella faktorer/sociala faktorer	8	3,7
Bristande utb./yrkeserf. och kulturella/sociala faktorer	4	1,9
Annat	15	7,0
Totalt antal svarande denna fråga	148	69,2
Ej besvarat denna fråga	66	30,8
Totalt	214	100,0

Kommentar: Helt i linje med iakttagelsen ovan om låg utbildningsnivå så var bristande utbildning eller bristande yrkeserfarenheter det vanligaste tillkommande arbetshindret. På denna SUS-fråga kan noteras att en relativt stor andel deltagare inte svarat. Med tanke på det tämligen byråkratiskt-professionella språkbruket i svarsalternativen är detta inte alldeles förvånande. Skillnaden mellan inskrivna 2009-2010 kontra inskrivna 2006-2008 tyder på att Columbus de senaste åren fått fler deltagare där psykisk ohälsa varit det avgörande arbetshindret.

Huvudsaklig sysselsättning före Columbus: Deltagarnas olika huvudsysselsättningar före Columbus framgår av tabellen nedan. Den klart största gruppen var utan arbete och utan daglig sysselsättning. Endast en liten andel studerade eller förvärvsarbetade i någon grad. Det var inte någon skillnad avseende sysselsättningar mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (chi-två test, $p = 0,546$).

Huvudsaklig sysselsättning	Antal	Procent
Förvärvsarbetande	6	2,8
Arbetsökande i åtgärd	16	7,5
Arbetsökande utan daglig sysselsättning	77	36,0
Sjuk men i rehabilitering	5	2,3
Sjuk utan daglig sysselsättning	26	12,1
Hemarbetande (t.ex. barnledig)	3	1,4
Studerande	29	13,6
Annat	12	5,6
Totalt antal svarande denna fråga	174	81,3
Ej besvarat denna fråga	40	18,7
Totalt	214	100,0

Kommentar: Även i detta avseende förefaller deltagarna falla inom målgruppen för Columbus.

Tidigare stöd från AF/A-kassa/FK/Sjukvård/Socialkontor: Längden på de perioder deltagarna varit i behov av stöd från olika aktörer varierar (se tabellen nedan). Den största gruppen, drygt hälften, hade haft behov kortare än ett år. Knappt hälften av deltagarna hade haft behov av stödsatser ett år eller längre. Det var inte någon skillnad avseende tidigare stöd mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon's test, $p = 0,720$).

Tidigare stöd	Antal	Procent
Inget behov tidigare	14	6,5
Mindre än 1 år	74	34,6
1 år	22	10,3
2 år	23	10,7
3 år	15	7,0
4 år	10	4,7
5 år	3	1,4
Mer än 5 år	17	7,9
Totalt antal svarande denna fråga	178	83,2
Ej besvarat denna fråga	36	16,8
Totalt	214	100,0

Kommentar: Med tanke på att det är en ung grupp deltagare är det desto allvarsammare att hälften haft behov av stödinsatser ett år eller längre. Ett år utgör en stor del av en ung vuxens vuxna liv.

Försörjning före Columbus: Den helt dominerande försörjningsformen före Columbus har varit ekonomiskt bistånd från kommunen (tabell nedan). Det var inte någon skillnad avseende försörjning före Columbus mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon test, $p = 0,849$).

Försörjning senaste månaden	Antal	Procent
Förvärvsarbete utan lönesubvention	3	1,4
Förvärvsarbete med lönesubvention	1	,5
A-kassa	9	4,2
Utbildningsstöd	15	7,0
Sjukpenning	14	6,5
Sjukersättning/aktivitetsersättning	9	4,2
Ekonomiskt bistånd från kommunen	81	37,9
Annat	43	20,1
Totalt antal svarande denna fråga	175	81,8
Ej besvarat denna fråga	39	18,2
Totalt	214	100,0

Kommentar: Andelen med offentlig försörjning var ganska nära 100%. En svaghet i SUS-frågans utformning är att det inte finns något svarsalternativ för studiemedel, sannolikt döljer svaret "Annat" en del sådan försörjning. Inte heller ekonomiskt stöd från föräldrar finns bland SUS-svarsalternativen och även detta kan rymmas bakom "Annat"-svaren.

Inskrivningsläge i projektmål: Uppnä eller öka förmågan till förvärvsarbete

Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet: När det gäller DOA finns som tidigare nämnts inte några normvärden att jämföra projektdeltagarnas svar med. Redovisningen av DOA blir därför mest intressant när det finns mätningar efter projektdeltagarnas utskrivning ur Columbus att jämföra med, vilket redovisas i denna rapportens avslutande del (under rubriken "Resultat hos 123 deltagare vid utskrivning"). För den intresserade redovisas här nedan ändå DOA-värdena för deltagarna vid inskrivningen.

Medianvärdet för DOA-kategorin självkänedom, intressen och värderingar (som speglar deltagarnas vilja till aktivitet) var 13,0 (variationsvidd 2,0 – 20,0) av 20,0 möjliga maxpoäng. Medianvärdet för DOA-kategorin roller och vanor (som speglar deltagarnas vana vid aktivitet) var 14,0 (variationsvidd 3,0 – 20,0) av 20,0 möjliga maxpoäng. Den enskilda DOA-frågan om individens fysiska förmåga att aktivera sig (som speglar deltagarnas upplevelse av förmåga att aktivera sig) hade median 3,0 (variationsvidd 0 – 5) av 5 möjliga maxpoäng. Medianvärdet för DOA-kategorin organisations- och problemlösningsförmåga (som speglar

deltagarnas upplevelse av förmåga att aktivera sig) var 14,0 (variationsvidd 2,0 – 25,0) av 25,0 möjliga maxpoäng. Medianvärdet för DOA:s totalpoäng (som speglar deltagarnas bedömning av aktivitetsförmågan generellt sett) var 66,0 (variationsvidd 23,0 – 95,0) av 100,0 möjliga maxpoäng. Det var inte någon skillnad i DOA-kategorierna mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon's test, p varierade mellan 0,580 och 0,994).

Kommentar: Sammanfattningsvis kan man säga att deltagarnas DOA-skattningar varierar ganska mycket, det fanns alltså en stor individuell variation i deltagarnas bedömning av den egna aktivitetsförmågan. Det fanns också en tendens hos många deltagare att skatta sin aktivitetsförmåga i positiv/högre riktning (medianvärdena!). Möjligen ryms en viss överskattning av aktivitetsförmågan här eftersom många deltagare på grund av ungdom och arbetslöshet inte haft så många tillfällen att faktiskt pröva vad de klarar av.

Tro på den egna förmågan: I fråga om GSES så var medelvärdet av deltagarnas totalpoäng 23,2 (standardavvikelse = 5,6; median = 23,0; variationsvidd: 10 – 40) av 40 möjliga maxpoäng. Det var inte någon skillnad i tro på den egna förmågan mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (oberoende t-test, p = 0,651).

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 1,22 resp. 1,57.

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). Det var inte någon skillnad avseende energitillgång mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon's test, p = 0,367 resp. 0,570).

Jag känner mig som om jag gick på "lågt varv"	Antal	Procent
Nästan jämt	52	24,3
Mycket ofta	79	36,9
Ibland	59	27,6
Inte alls	9	4,2
Totalt antal svarande denna fråga	199	93,0
Ej besvarat denna fråga	15	7,0
Totalt	214	100,0

Jag blir trött utan anledning	Antal	Procent
Sällan eller Aldrig	15	7,0
Ibland	52	24,3
Ofta	82	38,3
Alltid eller för det mesta	50	23,4
Totalt antal svarande denna fråga	199	93,0
Ej besvarat denna fråga	15	7,0
Totalt	214	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 drygt hälften en låg grad av meningsfullhet (svarsalternativen ”ser nästan inte alls fram mot saker” eller ”klart mindre än jag brukade”; samt svar 1 och 2; tabeller nedan). Det var inte någon skillnad i upplevelse av meningsfullhet mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon test, $p = 0,981$ och $0,518$).

Jag ser fram emot saker och ting med glädje	Antal	Procent
Lika mycket som förut	24	11,2
Något mindre än jag brukade	58	27,1
Klart mindre än jag brukade	91	42,5
Nästan inte alls	26	12,1
Totalt antal svarande denna fråga	199	93,0
Ej besvarat denna fråga	15	7,0
Totalt	214	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	45	21,0
2	63	29,4
3	35	16,4
4	20	9,3
5	21	9,8
6	9	4,2
7 mycket sällan/aldrig	6	2,8
Totalt antal svarande denna fråga	199	93,0
Ej besvarat denna fråga	15	7,0
Totalt	214	100,0

Kommentar: Även avseende meningsfullhet var svaren i betydligt högre utsträckning negativa jämfört med vad som kunde förväntas i en blandad grupp ur befolkningen.

Fysiska hinder: En betydande minoritet (svarsalternativ 4+5+6+7 i tabellen nedan) av deltagarna angav att deras arbetsförmåga påtagligt begränsades av deras kroppsliga hälsotillstånd. Det var inte någon skillnad i fysiska arbetshinder mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxons test, $p = 0,238$).

Hur mycket anser du att din arbetsförmåga begränsas av ditt nuvarande <u>kroppsliga</u> hälsotillstånd?	Antal	Procent
1 låg grad	53	24,8
2	40	18,7
3	34	15,9
4	28	13,1
5	14	6,5
6	11	5,1
7 hög grad	17	7,9
Totalt antal svarande denna fråga	197	92,1
Ej besvarat denna fråga	17	7,9
Totalt	214	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 tre fjärdedelar (svarsalternativ 4+5+6+7 i tabellen nedan) av deltagarna av åsikten att deras psykiska hälsotillstånd påtagligt begränsade deras arbetsförmåga. Det var inte någon skillnad i psykiska arbetshinder mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxons test, $p = 0,850$).

Hur mycket anser du att din arbetsförmåga begränsas av ditt nuvarande <u>psykiska</u> hälsotillstånd?	Antal	Procent
1 låg grad	3	1,4
2	10	4,7
3	25	11,7
4	25	11,7
5	20	9,3
6	56	26,2
7 hög grad	58	27,1
Totalt antal svarande denna fråga	197	92,1
Ej besvarat denna fråga	17	7,9
Total	214	100,0

Kommentar: Ett observandum är att nästan 30% använde det starkaste svarsalternativet för att ange att det psykiska hälsotillståndet begränsade arbetsförmågan. Lägger man här till de 26,2% som använde det näst starkaste svarsalternativet så framtonar ett starkt budskap från deltagarna om att de upplevde att deras psykiska hälsa kraftigt beskar deras arbetsutbud.

Kunskapsmässiga hinder: Nära 70% (svarsalternativ 1+2+3+4 i tabellen nedan) uppgav att de hade brister i sina kunskaper om arbete eller studier. Det var inte någon skillnad i kunskapsmässiga arbetshinder mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon's test, $p = 0,259$).

Tycker du att du har tillräckliga kunskaper om hur du kan gå vidare med arbete eller studier?	Antal	Procent
1 låg grad	15	7,0
2	37	17,3
3	56	26,2
4	34	15,9
5	30	14,0
6	13	6,1
7 hög grad	13	6,1
Totalt antal svarande denna fråga	198	92,5
Ej besvarat denna fråga	16	7,5
Totalt	214	100,0

Kommentar: Den delvis förvånande stora andel som angav brist på kunskaper om hur de kan komma vidare blir möjligen mer förståelig om man betänker den tidigare redovisade låga utbildningsnivån och att många deltagare aldrig kommit in i arbetslivet eller varit utan arbete relativt länge.

Inskrivningsläge i projektmål: 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 = 1204,4
- tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättningssituation = 1303,4
- tillfredsställelse med egen ekonomi = 885,1
- tillfredsställelse med fritidssituation = 367,4
- tillfredsställelse med socialt umgänge = 231,6
- tillfredsställelse med sexliv = 170,3
- tillfredsställelse med grundläggande förmåga att ta hand om sig själv = 331,0
- tillfredsställelse med familjeliv = 342,3
- tillfredsställelse med parrelationer = 113,4

För få något att jämföra med kan nämnas att det hade räckt med chi-två-värden på 11,1 för att belägga en statistiskt säker skillnad mellan deltagarna och normvärdena från svenska befolkningen. Här rör vi oss alltså med siffror som är 10 till 100 gånger större.

Kommentar: Deltagarnas generella livskvalitet var alltså mycket lägre än andra svensks. 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.

Det var enbart en statistiskt säker skillnad mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010; de inskrivna 2006-2008 var mindre tillfredsställda med sin yrkes-/sysselsättningssituation (Wilcoxon's test, $p = 0,005$; för övriga jämförelse varierade p mellan 0,151 och 0,985). *Kommentar:* En enskild skillnad mellan två grupper utgör ingen säker grund för generella slutsatser. Huvudslutsatsen avseende de olika inskrivningsåren är att det inte föreligger några avgörande skillnader. Det viktiga resultatet avseende generell livskvalitet framkom i jämförelsen med normvärdena för svenska befolkningen ovan.

Psykisk hälsa inriktat mot psykiskt välbefinnande: Medelvärdet i GP-CORE var 2,17 för både kvinnor och män (standardavvikelse 0,47 resp. 0,52). Vid en närmare granskning av deltagarnas värden kunde utläsas att enbart 13% av kvinnorna (16 st.) och 12% av männen (10 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.

Det var inte någon skillnad avseende psykiskt välbefinnande mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (oberoende t-test, $p = 0,127$).

I jämförelse med den tentativa svenska normalgruppen hade Columbusdeltagarna ett signifikant lägre psykiskt välbefinnande (oberoende t-test, $p < 0,001$). Effektstorlek 1,55.

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 projektmål: 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 22,0 (variationsvidd 3,0 – 30,0) av 30,0 möjliga maxpoäng. Det var inte någon skillnad avseende samspel och kommunikation mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxons test, $p = 0,769$). *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 anta att det ryms en viss överskattning från deltagarnas sida eftersom många av dem inte haft tillfälle att testa sin sociala kompetens i arbetssituationer.*

Inskrivningsläge i projektmål: Undvika rundgång mellan olika myndigheter

Nästan 30% av deltagarna rapporterade att de blivit skickade mellan olika icke-samarbetande myndigheter ganska eller väldigt mycket (se tabellen nedan). Inskrivna 2006-2008 angav något mer rundgång jämfört med inskrivna 2009-2010, men denna skillnad var inte så stor att den blev statistiskt signifikant (Wilcoxons test, $p = 0,064$). *Kommentar: Det förefaller vara en betydande andel som upplevt sig runtskickade.*

Före projekt Columbus, har du upplevt att du blivit skickad mellan olika myndigheter utan att de samarbetat?	Antal	Procent
Inte alls	68	31,8
Lite	69	32,2
Ganska mycket	40	18,7
Väldigt mycket	23	10,7
Totalt antal svarande denna fråga	200	93,5
Ej besvarat denna fråga	14	6,5
Totalt	214	100,0

En tredjedel ansåg att det varit ett ganska stort eller mycket stort problem att ha blivit runtskickad mellan myndigheter (se tabell nedan). Det var inte någon skillnad avseende problem med rundgång mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxons test, $p =$

0,631). *Kommentar: Det måste anses vara en hög andel som upplevt det som ett problem att ha blivit runtskickade.*

Om du svarat Lite, Ganska eller Våldigt mycket: Tycker du att det varit ett problem att ha blivit runtskickad?	Antal	Procent
Nej, inget	15	7,0
Ja, litet	46	21,5
Ja, ganska stort	48	22,4
Ja, mycket stort	21	9,8
Totalt antal svarande denna fråga	130	60,7
Ej besvarat denna fråga	84	39,3
Totalt	214	100,0

Avslutande öppen fråga

Svaren på den öppna avslutande frågan i Enkät 1 redovisas här i sin helhet. Som brukligt vid öppna frågor var det endast en mindre andel deltagare, som avgav svar. Frågan löd *Är det något du vill tillägga?* och till hjälp för respondenterna gavs ytterligare två rubriker, *Positivt* resp. *Negativt*. Här nedan redovisas i princip alla svar in extenso, undantaget en del spridda kommentarer om specifika enkätfrågor och något enstaka politiskt ställningstagande.

[Positivt:]

- *Positiv till min nya praktikplats. Mer rutin i mitt liv har bidragit mycket.*
- *Jag känner att jag deltar i fler sociala situationer än tidigare och mår bättre eller lika bra som när jag hade jobb fast inte hade lika många sociala kontakter och troligtvis kommer jag m ännu bättre när jag får ett jobb att gå till.*
- *Tror att stödet får här kommer höja min motivation en bra bit. De anställdas stor erfarenhet att hjälpa ynglingar som mig ut i arbetslivet.*
- *Känner mig kapabel till arbete och studier.*
- *Känner att jag precis börjat inom projektet, har ingen åsikt!*
- *Bra å se vart man ungefär vet vart man ligger psykiskt å fysiskt.*
- *...de kroppsliga symptomen (trötthet, h-värk) kommer av mitt psykiska hälsotillstånd.*
- *Jag har i grunden ambitioner att förändra min situation och utvecklas*
- *Är på uppgång sedan starten på Columbus (kort tid).*
- *Sista veckorna mycket ökat min tro på att framtiden kommer bli bättre.*
- *Jag vill och tänker bli bra!*
- *Struktur, mål*
- *Produktiv + deltar i samhällslivet, jobbar*

[Negativt:]

- *Ekonomiska tillståndet fortfarande detsamma.*
- *Det är väl att jag inte har något jobb och känner mig omotiverad och odisciplinerad till att ta mig an saker och känner mig ofta trött och hängig. De mest vardagliga sysslor blir svåra och jobbiga att ta sig an.*
- *Inget jag hittills sett.*
- *Kan inte komma igång, känner ingen motivation.*

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

Resultat hos 123 deltagare vid utskrivning

Vid årsskiftet (2010-12-31) hade totalt 179 personer skrivits ut, och besvarat minst en av enkäterna. Av dessa 179 var 154 avslutade efter att ha genomgått en eller flera av Columbus insatser, medan 25 stycken hade visat sig ha ett mer omfattande behandlingsbehov än vad Columbus var tänkt att möta. Av de 25 blev 18 personer överförda till specialistpsykiatri medan 5 hade slussats vidare till adekvat instans på grund av missbruk; 2 personer hade avslutats av andra skäl. Av de 154 som genomgått en eller flera av Columbus insatser hade 123 (79,9% av 154) besvarat Enkät 2. De jämförelser som i det följande görs mellan mätningar före och efter projektdeltagande omfattar i första hand de 123 deltagare som visade sig tillhöra den grupp projekt Columbus var tänkt att arbeta vidare med. *Kommentar: Med tanke på målgruppen och de klara inslag av klinisk verksamhet som Columbus haft är dessa siffror helt naturliga.*

Bortfallsanalys

De 25 som visat sig ha ett mer omfattande behandlingsbehov än vad projektet varit avsett för är ej att betrakta som ett bortfall ur denna utvärdering; de tillhörde ej målgruppen.

En jämförelse av läget vid inskrivning i Columbus har gjorts mellan de 154 avslutade deltagare som genomgått en eller flera av projektets insatser och de 35 deltagare som var kvar i projektet vid årsskiftet 2010-12-31. De 154 som genomgått projektet skiljde sig inte från övriga deltagare vid inskrivning, vare sig avseende bakgrundsdata eller projektmålen

Kommentar: De som genomgått projektet var vid inskrivningen varken bättre eller sämre än de som är kvar i projektet avseende bakgrundssituation, aktivitetsförmåga, livskvalitet, social kompetens eller upplevelse av svårigheter med rundgång mellan myndigheter. Jämförelsen av deltagare som genomgått Columbus med dem som ännu är kvar i projektet tyder på att de resultat som gäller för dem som genomgått projektet kan antas komma att gälla även för dem som ännu är kvar i projektet.

De 123 avslutade deltagare som genomgått en eller flera av Columbus insatser och besvarat Enkät 2 har jämförts vid inskrivningen med de 31 deltagare som också genomgått Columbus men utan att besvara Enkät 2. Grupperna skiljde sig inte vad gäller bakgrundsdata. I projektmålen utföll endast tre jämförelser signifikanta; de som genomgått Columbus men ej besvarat Enkät 2 hade en högre energinivå, var mer tillfredsställda med sin yrkes-/sysselsättningssituation och mer tillfredsställda med sitt sociala umgänge (Wilcoxon's test, $p = 0,048$ resp. $0,017$ resp. $0,002$). *Kommentar: De som tillgodogjort sig en eller flera av Columbus insatser, men inte besvarat Enkät 2, tycks närmast ha haft en något bättre situation vid inskrivning än de som genomgått Columbus och besvarat Enkät 2. Huvudresultatet var*

dock att grupperna var likvärdiga vid inskrivning i projektet. Detta är ett stöd för att resultaten efter Columbus hos de 123 som besvarat Enkät 2 kan gälla samtliga som genomgått en eller flera av projektets insatser.

Uppfyllelse av projektmål: Uppnä eller öka förmågan till förvärvsarbete

Vilja till aktivitet, vana vid aktivitet och förmåga till aktivitet: Efter Columbus bedömde deltagarna sin aktivitetsförmåga högre än vad de bedömt före Columbus i samtliga huvudkategorier i DOA. Även totalpoängen i DOA speglade en högre bedömning av aktivitetsförmågan efter Columbus. Samtliga ökningarna var statistiskt signifikanta. Det var inte någon skillnad i DOA-kategorierna mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxons test, p varierade mellan 0,348 och 0,769). För de olika huvudkategorierna var värdena följande:

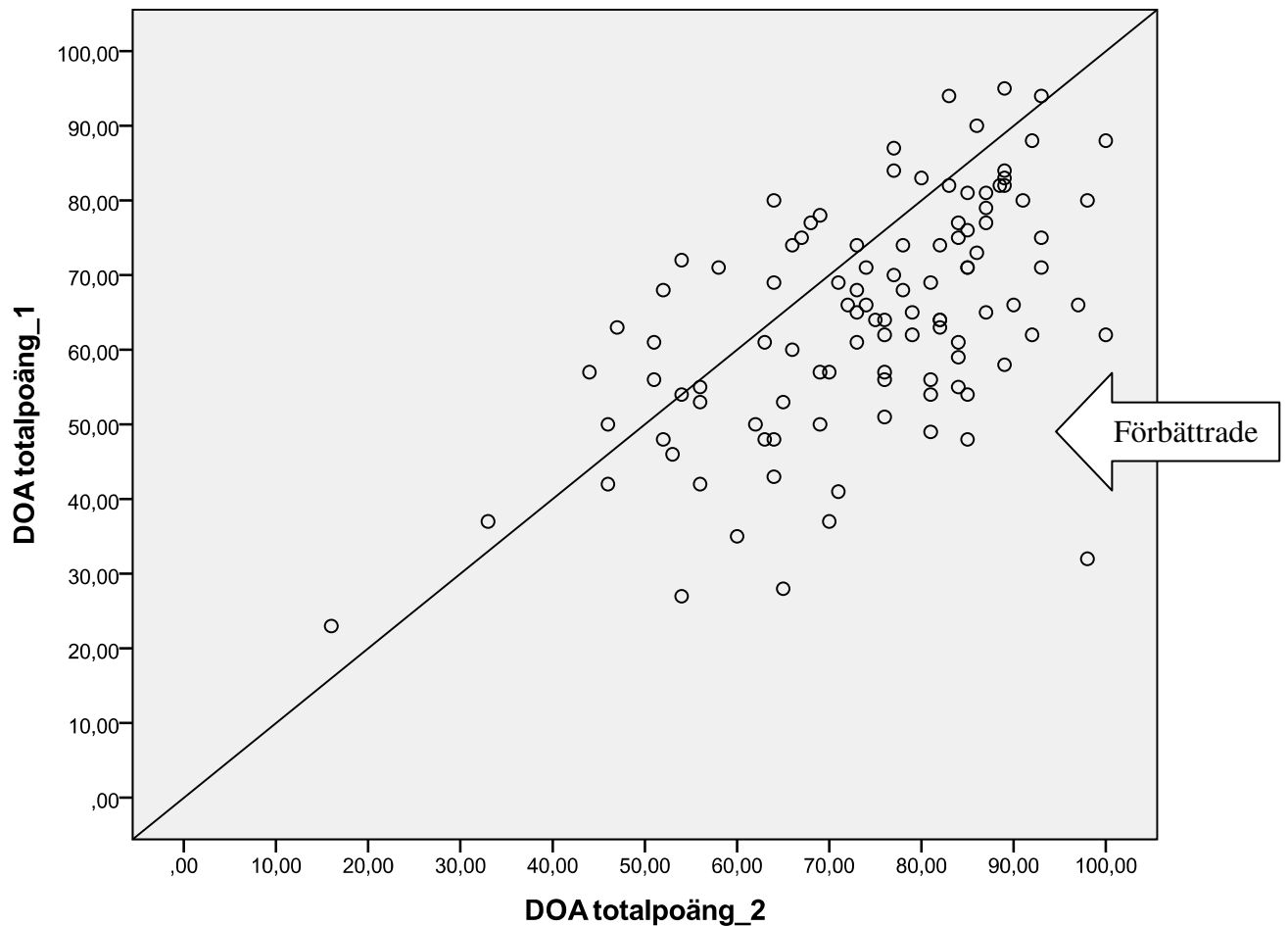
- Självkänedom, intressen och värderingar: median före 12,0 – efter 16,0 av 20 möjliga maxpoäng (Wilcoxons parameterfria test, $p = 0,000$). Effektstorlek 0,73.
- Roller och vanor: median före 14,0 – efter 16,0 av 20 möjliga maxpoäng (Wilcoxons parameterfria test, $p = 0,000$). Effektstorlek 0,47.
- Fysisk förmåga: median före 3,0 – efter 4,0 av 5 möjliga maxpoäng (Wilcoxons parameterfria test, $p = 0,001$). Effektstorlek 0,37.
- Organisations- och problemlösningsförmåga: median före 13,0 – efter 18,0 av 25 möjliga maxpoäng (Wilcoxons parameterfria test, $p = 0,000$). Effektstorlek 0,74.
- Totalpoäng aktivitetsförmåga: median före 64,5 – efter 77,0 av 100 möjliga maxpoäng (Wilcoxons parameterfria test, $p = 0,000$). Effektstorlek 0,69.

Kommentar: Huvudresultatet avseende deltagarnas aktivitetsförmåga är att denna förbättrats på ett statistiskt säkerlagt sätt. Uttryckt som effektstorlekar var förbättringarna små för Roller och vanor samt Fysisk förmåga. Den senare ligger dock helt utanför fokus för Columbus insatser, varför en liten eller trivial effekt är helt naturlig. Uttryckt som effektstorlekar var förbättringarna moderata för Självkänedom, intressen och värderingar, Organisations- och problemlösningsförmåga samt totalpoängen.

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

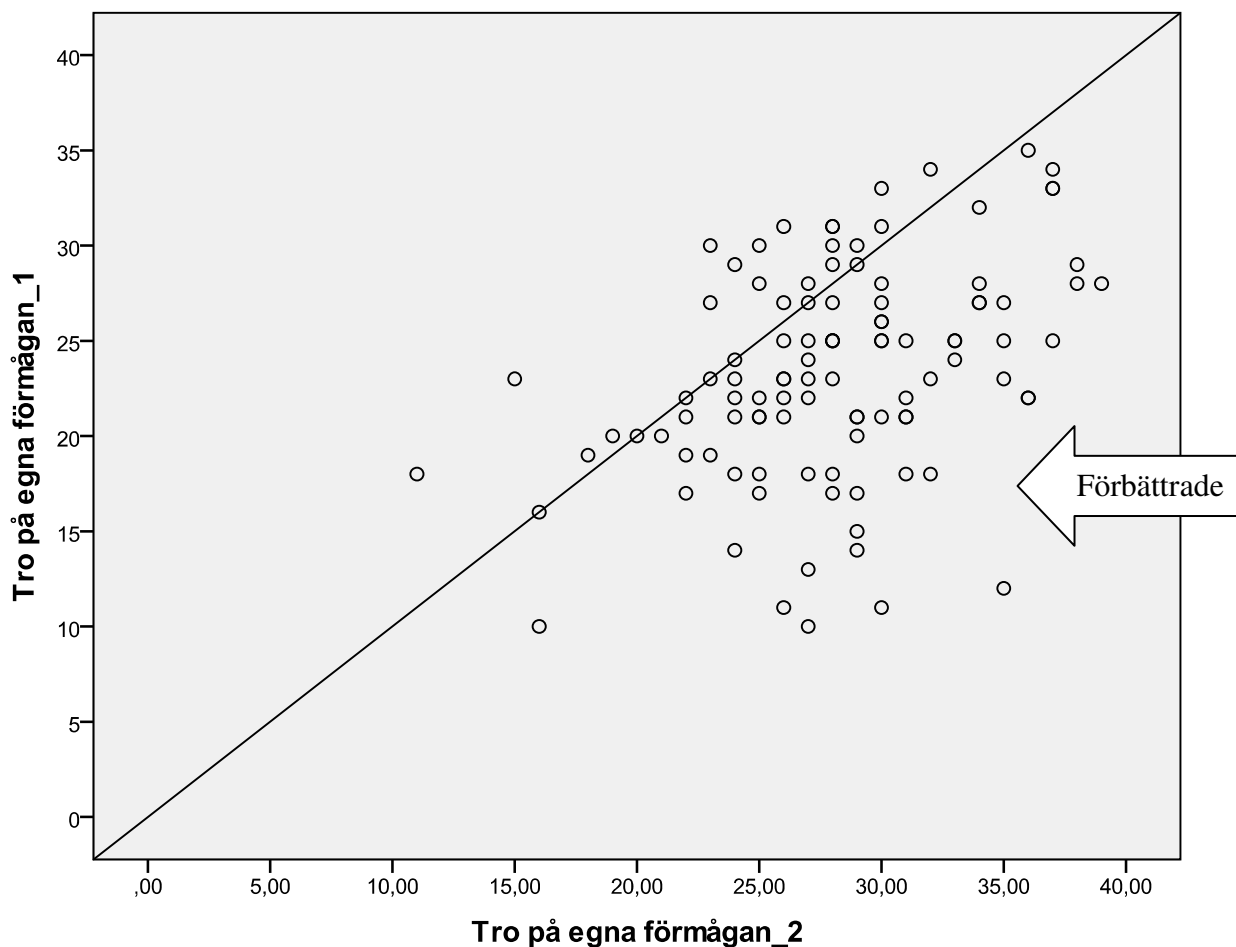
Det måste ses som en viktig förändring att totalpoängen, speglade generell aktivitetsförmåga, på ett tydligt sätt förbättrats.

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 att DOA:s totalpoäng speglar deltagarnas ökade bedömning av aktivitetsförmågan generellt sett. Ökningen av aktivitetsförmågan var moderat sett till hela gruppen deltagare, trots att grafen visar att omkring ett dussin deltagare sänkt sin bedömda aktivitetsförmåga efter projektet. Kliniskt sett är det mycket rimligt att en del personer "realitetsanpassar" sin bedömning, dessa personer har helt enkelt haft en för optimistisk syn på sin egen förmåga vid inskrivningen.

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. Medianen före var 23,0 och efter 28,00 av 40 möjliga maxpoäng (Wilcoxon's test, $p = 0,000$). Effektsstorlek 0,89. Det var inte någon skillnad i tro på egen förmåga mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (oberoende t-test, p varierade mellan 0,515). Grafen nedan illustrerar deltagarnas ökade tro på den egna förmågan att hantera svårigheter och påfrestningar:



Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var förbättringen stor. Ökningen av tron på den egna förmågan var stor sett till hela gruppen deltagare, trots att grafen visar att en handfull deltagare minskat tron på den egna förmågan. Kliniskt sett är det mycket rimligt att en del personer "realitetsanpassar" sin tro på den egna förmågan, dessa personer har helt enkelt haft en för optimistisk syn på sin egen förmåga vid inskrivningen.

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 projektdeltagarna även efteråt en signifikant lägre tro på sin egen förmåga (oberoende t-test, $p < 0,01$). Effektstorlekarna var 0,27 och 0,37. *Kommentar:* Förbättringen i tron på den egna förmågan avspeglas också genom att deltagarna efter Columbus tydligt närmade sig jämförelsegrupperna. Uttryckt som effektstorlek var skillnaderna små mellan projektdeltagarna och jämförelsegrupperna efter projektet, före projektet var skillnaden stor.

Energitillgång: Deltagarnas upplevda energitillgång hade ökat både enligt HAD-påståendet (Wilcoxon's parameterfria test, medianvärden före 2,0 – efter 3,0, $p = 0,000$) och enligt Zung-påståendet (Wilcoxon's parameterfria test, medianvärden före 3,0 – efter 2,0, $p = 0,000$). I båda fallen var ökningen signifikant. Effektstorlekar 0,74 respektive 0,79. Det var inte någon skillnad i energitillgång mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon's test,

$p = 0,529$ och $0,577$). *Kommentar: Uttryckt som effektstorlekar var alltså deltagarnas ökning av den upplevda energitillgången moderat, nära gränsen till stor. Detta måste tolkas som en tydlig förbättring.*

Meningsfullhet: Deltagarnas upplevelse av mening i sin tillvaro hade ökat både enligt HAD-påståendet (Wilcoxon's parameterfria test, medianvärden före 3,0 – efter 1,0, $p = 0,000$) och enligt KASAM-frågan (Wilcoxon's parameterfria test, medianvärden före 2,0 – efter 5,0, $p = 0,000$). I båda fallen var ökningen signifikant. Effektstorlekar 1,11 respektive 1,04. Det var inte någon skillnad i upplevd meningsfullhet mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 enligt HAD-påståendet, men inskrivna 2009-2010 angav något mer meningsfullhet enligt KASAM-frågan (Wilcoxon's test, $p = 0,318$ och $0,038$). *Kommentar: Uttryckt som effektstorlekar var alltså deltagarnas ökade upplevelse av mening i sin tillvaro stor. Således en mycket tydlig förbättring.*

Fysiska, psykiska eller kunskapsmässiga hinder: Deltagarnas upplevelse av begränsning i arbetsförmågan på grund av kroppsliga hälsobesvär hade minskat något (Wilcoxon's parameterfria test, medianvärden före 3,0 – efter 2,0, $p = 0,043$). Effektstorlek 0,23. Det var inte någon skillnad i fysiska arbetshinder mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon's test, $p = 0,714$). *Kommentar: Det är naturligt att minskningen av fysiska arbetshinder var liten, på gränsen till trivial, eftersom Columbus inte explicit arbetat med fysiska arbetshinder. Att denna analys utföll signifikant beror sannolikt på en liten underliggande förbättring i kombination med ett, statistiskt sett, någorlunda stort antal individer i analysen.*

Däremot hade deltagarnas upplevelse av begränsning av arbetsförmågan på grund av psykiska hälsobesvär minskat signifikant (Wilcoxon's parameterfria test, medianvärden före 6,0 – efter 3,0, $p = 0,000$). Effektstorlek 1,03. Det var inte någon skillnad i psykiska arbetshinder mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon's test, $p = 0,072$). *Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var deltagarnas minskning av de psykiska arbetshindren stor. Detta är viktigt eftersom det måste anses vara centralt för Columbus att motverka ett beskuret arbetsutbud till följd av psykiska besvär.*

Upplevelsen av att ha tillräckliga kunskaper om hur man kan gå vidare med arbete eller studier hade ökat signifikant (Wilcoxon's parameterfria test, medianvärden före 3,0 – efter 5,0, $p = 0,000$). Effektstorlek 0,87. Det var en skillnad i kunskapsmässiga arbetshinder mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010 (Wilcoxon's test, $p = 0,005$); deltagare inskrivna 2009-2010 angav att de hade mer kunskaper än deltagare inskrivna 2006-2010. *Kommentar: Uttryckt som effektstorlek var deltagarnas ökning av kunskaper om hur de skulle kunna gå vidare stor. Detta är viktigt eftersom många deltagare varit utanför arbetsmarknaden länge i förhållande till sin ålder. Deltagare inskrivna under de två senaste åren tyckte sig ha mer kunskaper om hur de kunde gå vidare med arbete eller studier.*

Deltagarnas fria kommentarer: Som avslutning på avsnittet om arbetsförmåga behandlas deltagarnas egna fria kommentarer på de avslutande öppna frågorna i Enkät 2. Först redovisas resultatet av en sammanfattande kvalitativ innehållsanalys som beskriver faktorer som av olika deltagare uppfattats som ”framgångsfaktorer”, d.v.s. delar i Columbus som enligt olika deltagare upplevts positiva och bidragande till tillfredsställelse med projektdeltagandet. Den sammanfattande analysen avser alltså Columbus som helhet. Sedan redovisas en specifik

framgångsfaktor för projekt målet arbetsförmåga. Slutligen anges ett illustrerande urval av svar ordagrant (endast utelämnande namn på personal). Resultaten från föregående utvärdering har validerats i de tillkommande enkäterna från åren 2009-2010.

Gemensamma "framgångsfaktorer" för Columbus

- Individanpassat stöd (inklusive bekräftelse), t.ex. deltagaren har fått hjälp på sina egna villkor utan att känna sig tvingad, deltagaren har blivit peppad, deltagaren har blivit stöttad att lösa de svårigheter han/hon befunnit sig i
- Individanpassat bemötande, t.ex. deltagaren har känt sig lyssnad på, deltagaren har blivit tagen på allvar, deltagaren har upplevt ett mänskligt möte
- Motivationsskapande, t.ex. deltagaren har genomgått motivationsskapande samtal, deltagaren har slutat klandra sig själv, deltagaren har upplevt att motivationen stigit

Tillkommande "framgångsfaktor" för målet att öka arbetsförmågan

- Möjligheter att pröva sin egen förmåga, t.ex. få praktikplats, göra praktik i en annan bransch, stöd före-under-efter praktik

Kommentar: De kvalitativa resultaten kan läsas som förslag på vad som, ur deltagarnas perspektiv, varit verksamma delar i Columbus när det gäller projektmålen. Det är viktigt att förstå att en kvalitativ analys av det här slaget inte alls ger möjlighet att generalisera till samtliga deltagare. Detta är en avgörande skillnad mot de statistiska beräkningarna, vilka gäller för hela gruppen deltagare.

Slutligen ett illustrativt urval fria kommentarer som anknyter till arbetsförmågemålet:

- *Det bästa var att dom gav mig motivation att kämpa vidare med jobbsökning & mitt egna liv.*
- *Jag och min coachs samarbete gav mig motivation och ork till handlingskraft i olika ärenden.*
- *Det fanns alltid någon att prata med. Att man inte blev bedömd utan hjälpt utifrån situationen man befann sig på.*
- *De hjälpte mig få en praktikplats som jag trivdes jättebra på. Fanns alltid där om jag behövde stöttande och vi träffades ofta under praktiken för att kolla så allt funkade bra.*
- *Att få hjälp utifrån min egen förmåga.*
- *Främst praktikplats som jag fick ordnat för mig, vilket gick väldigt fort. Samt support och "pushing" både före, under och efter.*
- *Hjälpen jag fick att hitta arbete, den extra pushen!*
- *Att man fick samtalskontakt, som jag uppskattade väldigt mycket. Det har gjort så jag nu studerar och kommit en liten bit på vägen.*
- *Det var bra med motiverande samtal och helt fantastiskt att columbus hjälpte mig att samordna praktik, socialtjänsten och min handledare för samtal. Otroligt bra med träningskort!*
- *Mötena var mycket bra.*
- *Att var lite mer PÅ. Ta kontakter. Besöka arb.platser. Våga prat m. chefer & arbetsgivare.*
- *Trevlig stödperson. Positiv inställning till arbete. Roligt att åka dit.*
- *Det är bra att fläta samman myndigheter & försöka få alla att dra åt samma håll.*
- *Att det bara är omtänksamma personer som hjälper till att få arbete.*
- *Jag fick den hjälpen och stödet som jag behövde. Det var på mina villkor, så jag kände mig aldrig tvingad till något. Utan jag fick komma med mina önskemål o jag blev lyssnad på!*

- Jag fick prova på och göra praktik i en annan bransch
- Att dom finns där för dig, speciellt NN. Mycket hjälpsamma o att dom faktiskt bryr sig!
Lätta att komma i kontakt med.
- Allt.
- Hjälpen med att skaffa praktikplats, kontakten med soc.
- Tillslut fick jag hjälp med att hitta en praktikplats som jag trivdes med.

[negativt i Columbus?]

- Nej.
- vill ha stöd mera, inte sätta så stora förväntningar, resultat. ta det långsammare
- Inte som jag kan komma på.
- Nej!
- Nej!
- Jag hade ingen direkt personkemi med coachen, annars vet ej.
- NEJ
- NEJ
- Nej
- En liten brist på förståelse kring mina tankar om lönebidrag o vad det innebär för min självkänsla
- Det tog på tok för lång tid att hitta något som passade mig. Innan detta fick jag gå till en syverkstad som jag vantrivdes med. Tyckte inte riktigt jag blev lyssnad på när jag uttryckte mitt missnöje.
- Nej!

Uppfyllelse av projektmål: Förbättrad livskvalitet

Allmän livstillfredsställelse och tillfredsställelse inom åtta olika livsområden: Deltagarnas tillfredsställelse hade ökat inom alla områden utom parrelationer. Samtliga ökningar var statistiskt säkra (Wilcoxons test, $p = 0,000$; undantaget sexliv $p = 0,028$ och parrelationer $p = 0,321$). Det var inte några betydelsefulla skillnader avseende tillfredsställelse mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010. Endast två signifikanta skillnader framkom; inskrivna 2009-2010 var mer tillfredsställda med sitt sociala umgänge och sitt familjeliv (Wilcoxons test, $p = 0,044$ resp. $0,004$). Medianer och effektstorlekar för alla deltagare före jämfört med efter utföll enligt följande för tillfredsställelse med:

- livet i allmänhet: median före 3,0 – efter 4,0; effektstorlek 1,17
- yrkes-/sysselsättningssituation: median före 1,0 – efter 4,0; effektstorlek 1,93
- ekonomi: median före 1,0 – efter 3,0; effektstorlek 1,06
- fritidssituation: median före 3,0 – efter 4,0; effektstorlek 0,83
- socialt umgänge: median före 4,0 – efter 5,0; effektstorlek 0,60
- sexliv: median före 3,0 – efter 3,0; effektstorlek 0,21
- grundläggande förmåga att ta hand om sig själv: median före 5,0 – efter 6,0; effektstorlek 0,48
- familjeliv: median före 4,0 – efter 5,0; effektstorlek 0,65

- parrelationer: median före 4,0 – efter 5,0; effektstorlek 0,40

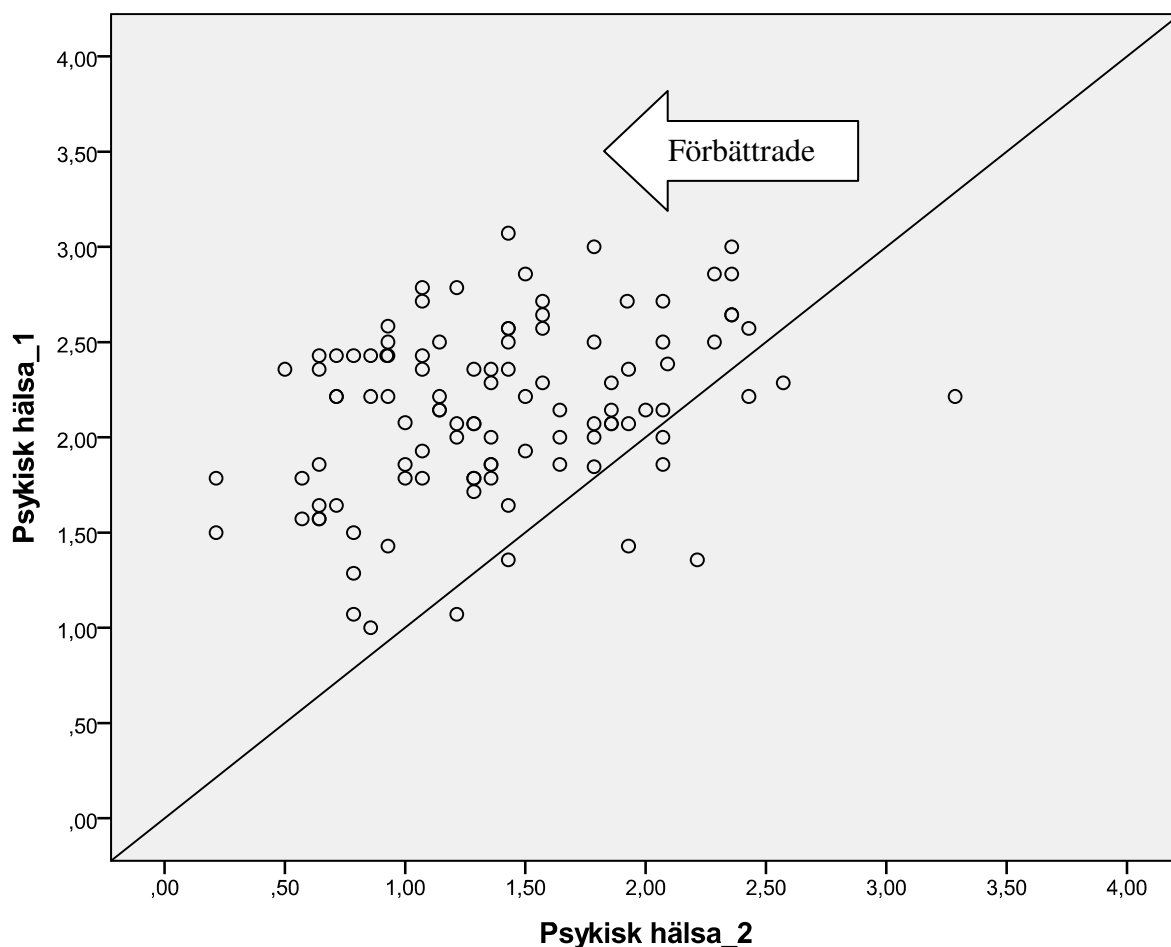
Kommentar: Uttryckt som effektstorlekar var förbättringarna av livskvaliteten stora när det gäller allmän livstillfredsställelse, yrkes-/sysselsättningssituationen, ekonomin och fritidssituationen. Förbättringen avseende yrkes-/sysselsättningssituationen var särskilt framträdande, vilket måste anses vara ett gott betyg åt Columbusinsatserna, som rimligen i första hand borde märkas inom just detta livskvalitetsområde. Det vore inte realistiskt att förvänta sig kraftigt ökad livskvalitet inom alla de nio livskvalitetsaspekter som mättes. Istället måste de moderata till små effektstorlekarna för övriga livskvalitetsaspekter ses som tecken på positiva "överspridningseffekter" av Columbus, samt som indikationer på att utvärderingsfrågorna klarat att spegla förändringarna bland deltagarna på ett rättvisande sätt. Att den moderata förbättringen av parrelationer inte nådde signifikans förklaras sannolikt av att den analysen baserar sig på ett mindre antal individer än de övriga analyserna, frågan har endast besvarats av de 44 deltagare som hade en parrelation.

I jämförelse med den svenska befolkningen i stort var det efter Columbus fortfarande signifikant lägre tillfredsställelse hos projektdeltagarna inom samtliga områden (chi-två = varierade mellan 16,61 och 79,08, df = 5, p varierade mellan 0,005 och 0,000). Dock hade projektdeltagarna tydligt närmare sig befolkningen. Det största chi-två-värdet var nu enbart ungefär 7 gånger större än vad det hade behövt vara för signifikans; vid inskrivning var det *minsta* chi-två-värdet ungefär 10 gånger större än det hade behövt vara för signifikans. Efter Columbus förelåg den minsta skillnaden för fritidssituationen, den största skillnaden förelåg för sexuallivet.

Kommentar: Det kan noteras att de signifikanta skillnaderna inte alls var lika stora som de var före Columbus. Samtidigt illustrerar dessa resultat den poäng som gjordes ovan angående tron på den egna förmågan; att visserligen stora förbättringar av allmän livstillfredsställelse, tillfredsställelse med yrkes-/sysselsättningssituationen, egna ekonomin samt fritidssituationen ändå kan betyda att deltagarna i jämförelse med befolkningen i allmänhet inte har det lika bra. Deltagarna hade alltså tagit sig upp från en riktigt usel livskvalitet till "bara" en dålig. Men med tanke på att deltagarna näppeligen har uppnått en fast förankring på arbetsmarknaden bara genom Columbus, finns möjligheter för deltagarna att fortsätta närma sig befolkningen i stort.

Psykisk hälsa inriktat mot psykiskt välbefinnande: Deltagarnas psykiska välbefinnande var bättre efter Columbus än före, och skillnaden var statistiskt säker (Wilcoxon's parameterfria test, medianvärden före 2,21 – efter 1,36, p = 0,000). Effektstorlek 1,50. Det var inte någon säker skillnad avseende psykiskt välbefinnande mellan inskrivna 2006-2008 jämfört med 2009-2010, även om det fanns en antydning till bättre välbefinnande hos den senare gruppen (oberoende t-test, p = 0,084).

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. Notabelt är också att endast en handfull deltagare uppvisade ett försämrat psykiskt välbefinnande, av dessa var det enbart tre som hade mer än marginellt försämrade värden.

Liksom i fallet med tron på den egna förmågan och generell livstillfredsställelse finns det för GP-CORE tillgång till normvärden som gör det möjligt att undersöka hur deltagarna förhåller sig till hur en normalgrupp skulle ha svarat. Kvinnorna i Columbus hade ett medelvärde på 1,33 (standardavvikelse 0,57). Vid en närmare granskning av kvinnorna var det 73,8% som hade ett så pass gott psykiskt välbefinnande att deras svar var likvärdiga med en normalgrupp. Männens medelvärde var 1,49 (standardavvikelse 0,59). Bland männen var det 55,5% som hade ett så pass gott psykiskt välbefinnande att deras svar var likvärdiga med en normalgrupp. Skillnaden mellan män och kvinnor var inte statistiskt säker, se vidare under rubriken köns-perspektiv på resultaten. *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 drygt 10% av deltagarna som svarade likvärdigt med en normalgrupp, efter hade denna andel sju- resp. femdubblats.

I jämförelse med den tentativa svenska normalgruppen utföll det statistiska signifikanstestet precis över gränsen för vad som räknas som signifikant (oberoende t-test, $p > 0,05$). Columbusdeltagarna som grupp skiljde sig alltså inte längre tydligt från normalgruppen. Effektstorlek 0,23. *Kommentar:* Uttryckt som effektstorlek var skillnaden mellan Columbusdeltagarna och den svenska jämförelsegruppen avseende välbefinnande liten, nära gränsen till

trivial. Som grupp betraktat var alltså Columbusdeltagarna nästan jämförbara med svenska befolkningen i stort avseende psykiskt välbefinnande.

Deltagarnas fria kommentarer: Som avslutning på avsnittet om livskvalitet anges här den ”framgångsfaktor” från den sammanfattande kvalitativa innehållsanalysen som närmast anknöt till livskvalitetsmålet. Resultatet från tidigare utvärdering har validerats i enkäterna från åren 2009-2010. Därefter anges ett illustrativt urval av deltagarnas svar in extenso, undantaget namn på personal.

Tillkommande faktor för målet att öka livskvaliteten (inklusive den psykiska hälsan)

- Psykoterapi, t.ex. lära sig bli mer närvarande känslomässigt, mer medveten om vad som händer med kroppen och psyket, se sin egen roll

Kommentar: Liksom tidigare påpekats kan det kvalitativa resultatet läsas som förslag på vad som, ur deltagarnas perspektiv, varit verksamma delar i Columbus när det gäller livskvalitetsmålet.

Slutligen ett illustrativt urval av fria kommentarer som anknyter till livskvalitetsmålet:

- *Samtalen som ledde till insikt för att komma vidare. Insikten att det inte är jag som är problemet.*
- *Har blivit mer medveten och informerad om vad som egentligen händer i/med kroppen/psyket. Någon att prata med som förstår.*
- *Columbus har hjälpt mig att se min roll i det hela. Få mig sluta klandra mig själv för den jag är.*
- *Jag utvecklades mer på Columbus, allt gick bättre.*
- *Det faktum att Columbus existerar är fantastiskt. Jag har genom de här människorna kunnat börja om, och bygga upp mitt liv!*

[något speciellt positivt i Columbus?]

- *...övning att bli medveten om mig själv i förhållande till andra.*
 - *Man kände att man kan må som man ville och de var okej för man får alltid stöd därifrån.*
 - *blivit mer medveten om mig själv. fått mig att tänka*
 - *Att jag till slut fick den samtalshjälp jag var ute efter & var i behov av.*
 - *Haft en bra kontakt och att man kunnat skicka mail m.m. Att man fick gå och träna om man ville på fysiken.*
 - *Bra peppning och många goda råd. Bra att kontakten fortsatt ”när arbetet kom igång”!!*
 - *Trevlig, vänlig personal. Ger råd hur man kan handskas med situationer/problem.*
 - *Min psykolog var det bästa nånsin. Utan honom hade det mesta gått åt helvete.*
 - *Samtalsterapin!*
 - *Det är som det är och det är bra.*
 - *NN, mänskligt möte, stöd, bekräftelse, uppmuntran.*
 - *Bra bemötande, duktig psykolog.*
 - *Ja mycket är positivt, man känner sig ”hemma”, och dom lyssnar på ens problem om allt...*
- Bara positiva saker
- *Tålmod och ärlighet hos anställda*
 - *Positiva, hjälpsamma. (Personal.)*
 - *Kontakten m. psykiater har funkat bra när den kom igång, överlag har det känts som att personalen bryr sig.*

– NN

[något du hade särskilt stor nytta av?]

- *Samtal med psykolog*
- *Man har växt som människa*
- *För mig var terapin väldigt användbar.*
- *Medveten närvaro och den regelbundna samtalskontakten och hjälpen jag fick att trappa ut medicinen.*
- *Lära sig bli mer närvarande känslomässigt*
- *Att jag såg allt lite enklare*
- *Psykologen! Coachen*
- *Min samtalskontakt*
- *Alla kontakter jag fått genom Columbus. alla självinsikter.*
- *Det hjälpte mig att få upp motivationen.*
- *psykolog & psykiatriker...*
- *Allt...*
- *NN... är helt underbar.*
- *Ja, mina samtal har alltid varit givande*
- *Att prata ut av mig bara...*
- *En bok jag fick låna av NN*
- *Jag var med i en "självhjälps" grupp mot ångest. Det var bra att få sitta och prata med andra i min ålder med samma eller liknande problem.*

[negativt i Columbus?]

- *Stressen att komma ut i arbete.*
- *1 års tidsgräns.*
- *Jag trodde att när jag kom dit att jag skulle få mer hjälp. men jag fick i princip bara tala med en psykolog (vilket i sig var bra)*
- *Det var bra i början m. 3 mån kort på fysiken. Hade behövt mer peppning när det gäller att träna avslappning t.ex. kroppskänedom. Alltså helheten kropp – psyke.*

Uppfyllelse av projektmål: 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. Median före 22,0 – efter 25,0 av 30 möjliga maxpoäng (Wilcoxon's parameterfria test, $p = 0,000$). Effektstorlek 0,54. *Kommentar:* *Uttryckt som effektstorlek var förbättringen moderat. Liksom vid övriga DOA-kategorier (se projektmålet Uppnä eller öka förmågan till förvärvsarbete) bör det noteras att många deltagare hade en hög skattning av sin sociala kompetens vid inskrivningen i Columbus (medianen!), så utrymmet att förbättra sin skattning var begränsat. Om skälen till deltagarnas förhållandevis höga tilltro till sin sociala förmåga vid inskrivningen kan man endast spekulera. Möjligen var det så att deras skattningar före Columbus inte var alldeles realistiska? Många av deltagarna hade ännu inte haft tillfälle att pröva sina förmågor i någon högre grad i arbetslivet.*

Uppfyllelse av projekt mål: Undvika rundgång mellan olika myndigheter

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

Av de 123 avslutade deltagarna inom Columbus målgrupp uppgav ungefär en tredjedel att de väldigt eller ganska mycket blivit skickade mellan myndigheter utan att dessa samarbetat (se tabell nedan). Det var inte någon skillnad mellan inskrivna 2006-2008 och 2009-2010 avseende om man upplevt sig skickad mellan myndigheter som ej samarbetat (Wilcoxon's test, $p = 0,263$).

Före projekt Columbus, har du upplevt att du blivit skickad mellan olika myndigheter utan att de samarbetat?	Antal	Procent
Inte alls	28	22,8
Lite	40	32,5
Ganska mycket	22	17,9
Väldigt mycket	18	14,6
Totalt antal svarande denna fråga	108	87,8
Ej svar denna fråga	15	12,2
Totalt	123	100,0

Lite drygt en tredjedel ansåg att det varit ett ganska eller mycket stort problem att ha blivit runtskickad mellan myndigheter (tabell nedan). Det var en liten skillnad mellan inskrivna 2006-2008 och 2009-2010 avseende upplevelse av problem med rundgång; de senare inskrivna deltagarna uppgav något mindre problem (Wilcoxon's test, $p = 0,049$).

Om du svarat Lite, Ganska eller Väldigt mycket: Tycker du att det varit ett problem att ha blivit runtskickad?	Antal	Procent
Nej, inget	4	3,2
Ja, litet	33	26,8
Ja, ganska stort	22	17,9
Ja, mycket stort	20	16,3
Totalt antal svarande denna fråga	79	64,2
Ej svar denna fråga	44	35,8
Totalt	123	100,0

Drygt hälften ansåg att Columbus minskat problemet med rundgång ganska eller väldigt mycket. Det var en liten skillnad mellan inskrivna 2006-2008 och 2009-2010 avseende om Columbus minskat rundgångsproblem; de senare inskrivna deltagarna uppgav att Columbus bidragit något mer till minskade problem (Wilcoxon's test, $p = 0,019$).

Om Ja: Tycker du att Columbus minskat problemet?	Antal	Procent
Nej, inte alls	1	,8
Ja, litet	12	9,8
Ja, ganska mycket	30	24,4
Ja, väldigt mycket	36	29,3
Totalt antal svarande denna fråga	79	64,2
Ej svar denna fråga	44	35,8
Totalt	123	100,0

Kommentar: Av de avslutade deltagarna inom Columbus målgrupp ansåg nära en tredjedel att de blivit skickade mellan olika myndigheter, ungefär lika många hade upplevt det som ett problem att bli runtskickad. En majoritet tyckte att Columbus minskat problemet med rundgång.

Deltagarnas fria kommentarer: Som avslutning på avsnittet om rundgång anges här de ”framgångsfaktorer” från den sammanfattande kvalitativa innehållsanalysen som närmast anknöt till rundgångsmålet. Resultaten från föregående utvärdering har validerats i enkäter från åren 2009-2010. Därefter anges ett illustrativt urval av deltagarnas svar in extenso, undantaget namn på personal.

Tillkommande faktorer för målet att motverka rundgång

- Information/förklaringar till deltagaren om regler och myndigheter
- Hjälpt med samordning mellan myndigheter
- Hjälpt med kommunikation med myndigheter

Kommentar: Liksom tidigare påpekats kan det kvalitativa resultatet läsas som förslag på vad som, ur deltagarnas perspektiv, varit verksamma delar i Columbus när det gäller rundgångsmålet.

Slutligen ett illustrativt urval fria kommentarer som anknyter till rundgångsmålet:

– Har jag haft problem med t.ex försäkringskassan, har jag både fått hjälp att samtala om det och fått hjälp när jag behövt ringa F.K. och även fått stöd och sällskap när jag haft ett möte hos F.K. (dvs. min coach har följt mig dit).

– Hjälpt mig hitta rätt och förklarat saker bättre.

– Columbus har minskat problemen, då man har en långvarig kontakt med en person där det finns tillit. Relationen är bärande och ytterst nödvändig. Vidare hjälp har varit ett ställe har den information som behövts, då jag blivit mer nedstämd av att bli tvungen att ta flera och nya kontakter.

– Man blir inte lika stressad. Och man har samma handledare hela tiden.

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

- På Projekt Columbus har jag blivit stöttad och peppad till att själv lösa de svårigheter jag befunnit mig i. Jag har fått hjälp med papper & enkäter som jag tidigare inte varit kapabel till att gå genom själv.
- Har varit jättebra att ha en arbetscoach som har hjälpt till att kommunicera med de olika myndigheterna (AF och socialtjänsten) samt att ha en psykolog i samma hus som arbetscoachen och psykiatern eftersom de sinsellan har kunnat kommunicera utan att jag har behövt upprepa allt.
- Columbus har hjälpt mig att veta vart jag ska vända mig med olika saker. Vilka myndigheter som har ansvar för vilka problem, och vilka olika möjliga lösningar som finns.
- Helt enkelt att få de olika myndigheterna att samarbeta för mig. Också genom att förklara de regler som finns, bena ut begreppen. Att hjälpa till att kontakta berörda personer då jag själv inte orkat.
- Columbus hjälpte till att samla alla på ett ställe och diskutera fram en lösning.
- Det har känts bekvämt, nära o bra, trevlig miljö och trevliga människor som förstår.
- Fasta rutiner, bra trevlig, kompetent personal.
- Jag skulle nog inte klarat av att leva ett konstruktivt liv utan Columbus. Jag fick veta vad sinnesfrid var genom Columbus hjälp.
- Columbus har bidragit till bättre kommunikation mellan alla inblandade parter.
- Då det är första gången jag fått en riktig diagnos så känns det lättare att hitta en väg till en konkret lösning!
- samordning...
- Bekräftat mig i min process. Varit stöd under väntan på annan behandling.
- Bemötandet har varit otroligt bra. Individuellt, och helt anpassat till där jag har varit.
- Jag har varit hos Columbus och där får man hjälpen man behöver och det är underbara människor som jobbar där...
- De har hjälpt till att prata och samordna möten
- Columbus har hjälpt mig ut på praktik som sedan ledde till säsongsjobb. Har ställt upp om man stött på problem osv. Hjälpt till med papper och liknande från försäkringskassan osv.
- Det har varit skönt och en bra känsla att få prata ut av mej. På sådant sätt.
- Här fanns både psykologhjälp samt praktisk hjälp med jobbsökandet. Bra!
- Skapat kontakt mellan psykiater o arbetsförmedling o soc.

Könsperspektiv på resultaten

Efter utvärderingens planläggning har könsperspektivet blivit alltmer centralt i Samordningsförbundets arbete. Det som är möjligt och meningsfullt att göra med resultaten i denna utvärdering ur ett könsperspektiv är att jämföra kvinnor och män i projektmålsmåten vid in- respektive utskrivning. Det blir då en stor mängd jämförelser; 26 vid inskrivning och 27 vid utskrivning. Genom ren slump kan i en så stor mängd jämförelser statistiska skillnader uppkomma som inte motsvarar verkliga skillnader. Därför brukar man tillämpa en striktare nivå för vad som ska räknas som statistiskt signifikant, utifrån en s.k. Bonferroni-korrektion som i dessa analyser skulle ge signifikansnivån 0,0019.

Vi inskrivning angav män en något högre fysisk aktivitetsförmåga (Wilcoxons test, $p = 0,002$; effektstorlek = 0,43), en aning högre tro på den egna förmågan (Wilcoxons test, $p = 0,05$; effektstorlek = 0,25), något bättre energitillgång (enbart i Zung-frågan; Wilcoxons test, $p = 0,000$; effektstorlek = 0,60) och hade upplevt något mindre problem med rundgång (Wilcoxons test, $p = 0,002$; effektstorlek = 0,55). Kvinnor angav något bättre kunskaper om hur man

kan gå vidare med arbete eller studier (Wilcoxon's test, $p = 0,012$; effektstorlek = 0,36) samt högre tillfredsställelse med grundläggande förmåga att ta hand om sig själv (Wilcoxon's test, $p = 0,004$; effektstorlek = 0,44). Tillämpar man den strängare signifikansnivån enligt Bonferroni-korrekturen, är det dock enbart skillnaden i den upplevda energitillgången som är statistiskt säker. Skillnaderna i fysisk aktivitetsförmåga och upplevda problem med rundgång låg nära signifikans.

Vid utskrivning angav kvinnor något mer upplevelse av meningsfullhet (Wilcoxon's test, $p = 0,022$; effektstorlek = 0,42) och en högre tillfredsställelse med den grundläggande (ADL-) förmågan att ta hand om sig själv (Wilcoxon's test, $p = 0,001$; effektstorlek = 0,68). Tillämpar man den strängare signifikansnivån enligt Bonferroni-korrekturen är det dock enbart skillnaden avseende tillfredsställelsen med den grundläggande förmågan att ta hand om sig själv som är statistiskt säker.

Kommentar: Slutsatsen av jämförelsen mellan män och kvinnor avseende resultaten är att könsskillnaderna var små; i fråga om de uppnådda resultaten efter Columbus så små att de i praktiken torde vara försumbara. Det är, rent sannolikhetsmässigt, rimligt att en del skillnader uppkommer i en så stor mängd jämförelser. Men ser man mer i detalj till storleken på skillnaderna uttryckt i effektstorlekar, var nästan alla skillnader små. Av särskild betydelse är att resultaten efter Columbus är fria från genomgripande eller systematiska skillnader mellan män och kvinnor.

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., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2010). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). Manuscript submitted for publication. *Mälardalen University*.
- 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.