

Förstudie: IPS för personer med missbruksproblematik

- Mars 2022

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Förstudie: IPS för personer med missbruksproblematik | 3 |
| Bakgrund och syfte med insatsen | 4 |
| Befintliga IPS-verksamheter i Stockholmsområdet | 4 |
| Alfa | 4 |
| Integrering av IPS i psykosvården | 4 |
| Botkyrka | 5 |
| Huddinge | 5 |
| Södertälje | 6 |
| Vägen in i studien | 8 |
| Socialsekreterare vuxenenhet och ekonomiskt bistånd | 8 |
| Remiss | 8 |
| Implementeringsplanering | 8 |
| Informationsmöte med arbetsspecialist | 9 |
| Randomisering | 10 |
| Under pågående IPS-insats | 10 |
| Förankring | 11 |
| Roller | 12 |
| Projektledare | 12 |
| Arbetsspecialister | 12 |
| Socialsekreterare i stadsdelarna | 12 |
| Forskningsansvarig | 12 |
| Enhetschef | 12 |
| Samverkansstruktur | 13 |
| Projektorganisation | 13 |
| Projektgrupp | 13 |
| Styrgrupp | 13 |
| Urvalsprocess, urvalskriterier och randomisering | 14 |
| Urvalsprocess | 14 |
| Uppföljning och utvärdering | 14 |
| Exklusionskriterier | 15 |
| Inklusionskriterier | 15 |
| Randomiseringsförfarande | 15 |
| Kartläggning vid inskrivning av deltagare i studien | 16 |
| Antal deltagare | 16 |
| Bortfallsanalys | 17 |
| Studiedesign | 17 |
| Utfallsmått och indikatorer | 17 |
| Primära utfallsmått | 17 |
| Arbetsrelaterade | 17 |
| Sekundära utfallsmått | 18 |
| Ekonomiska | 18 |
| Addiction Severity Index (ASI) | 18 |
| Process- och implementeringsmått | 19 |
| Datainsamling och datakällor | 20 |
| Ekonomisk konsekvensanalys | 21 |
| Statistisk analys | 22 |
| Etikansökan | 22 |
| Personalresurser | 23 |
| Utbildning och handledning IPS | 23 |
| Resurser och bemanning | 23 |
| Potentiella risker för studiens implementering | 25 |
| Jämställdhets-, tillgänglighets- och mångfaldsperspektiv | 27 |
| Planerade tidsramar för studien | 27 |
| Resultatspridning | 28 |
| Implementeringsplan vid lyckat resultat | 28 |
| Referenser | 29 |



Förstudie: IPS för personer med missbruksproblematik

RISE Research Institutes of Sweden är ett statligt forskningsinstitut med uppdrag att vara innovationspartner till näringsliv och offentlig sektor. RISE har med sin grupp Social & Health Impact Center (SHIC) byggt upp en nationell kunskapsnod kring att stödja implementering och utvärdering av sociala insatser. SHIC har i samverkan med SKR tidigare producerat en förstudie om IPS och sociala utfallskontrakt¹ och argumenterat för att IPS borde kunna komma till nytta för fler målgrupper än psykisk funktionsnedsättning, som är vanligast förekommande och mest studerat i tidigare forskning.

Förstudien har genomförts på uppdrag av socialförvaltningen Stockholms stad. Målet med förstudien har varit att ta fram ett underlag för att göra en ansökan till Samordningsförbundet Stockholms stad för en studie på IPS för personer med missbruksproblematik.

Förstudien har arbetats fram under januari-mars 2022. En projektgrupp sattes samman initialt och har utökats med fler representanter för relevanta aktörer längs förstudiearbetets gång. Projektgruppen har haft avstämningar varannan vecka. Utöver detta har ett omfattande intervjuarbete genomförts med kommunala, regionala och privata aktörer, samt personer med missbruksproblematik. Befintlig forskningslitteratur kring IPS har granskats, både svensk och internationell. Projektgruppen har bestått av representanter från socialförvaltningen och arbetsmarknadsförvaltningen (inklusive Alfa som har IPS-verksamhet idag) i Stockholms stad, Beroendecentrum, och Samordningsförbundet Stockholms stad.

All text i denna förstudie är att betrakta som RISE perspektiv på den insamlade informationen, med syfte att fungera som vägledande underlag för ansökan om finansiering.

Bakgrund och syfte med insatsen

Missbruk och arbetslöshet är två faktorer som ofta påverkar varandra ömsesidigt. Missbruk kan medföra ökad risk att en individ blir arbetslös samtidigt som arbetslöshet är en riskfaktor för missbruk². På samma sätt kan ett pågående missbruk minska individens chanser att få eller behålla arbete och att själva arbetslösheten kan öka risken för återfall. För att bryta denna negativa spiral och öka sannolikheten att personer med ett missbruk får anställning och blir drogfria har ett antal verksamheter prövat att erbjuda den evidensbaserade insatsen Individual Placement and Support^{3,4} till personer som har missbruksproblematik. IPS har hittills huvudsakligen erbjudits till personer med psykisk funktionsnedsättning, och svensk forskning saknas gällande hur IPS fungerar för målgruppen med missbruksproblematik.

För att få en bättre förståelse kring nuläge och potential för IPS för personer med missbruksproblematik har det gjorts en kartläggning av pågående och tidigare IPS-insatser för personer med missbruksproblematik, med fokus på Stockholmsområdet.

Målsättningen med att genomföra en studie på IPS för målgruppen med missbruksproblematik är att bredda tillämpningen av IPS och förhoppningsvis visa att insatsen är både kostnadseffektiv för samhället och leder till en snabbare och mera positiv utveckling för personer med missbruk jämfört med att inte ta del av IPS-insatsen. Studiens resultat kan utgöra ett beslutsunderlag för vidare satsningar på att tillgängliggöra IPS för missbruksmålgruppen i ytterligare stadsdelsförvaltningar och även andra städer.

Befintliga IPS-verksamheter i Stockholmsområdet

Nedan följer information från intervjuer med ett antal befintliga IPS-insatser i Stockholmsområdet och beskrivning av deras verksamhet. Arbetspecialist är titeln på den professionelle som ansvarar för IPS-insatsen och arbetar med personer med missbruksproblematik. Personer med missbruksproblematik benämns som klient eller deltagare.

Alfa

Alfa är en del av Arbetsmarknadsförvaltningen i Stockholm och erbjuder IPS till personer med långvarig funktionsnedsättning på grund av psykisk ohälsa⁵. För att kunna ta del av insatsen ska man vara 18–64 år och bosatt i Stockholm, samt ha kontakt med enheten för socialpsykiatri i en kommun/stadsdel eller ha en pågående vårdkontakt inom specialistpsykiatri. För att få ta del av IPS från Alfa ska man inte omfattas av LSS eller ha försörjningsstöd. För närvarande krävs det inte ett biståndsbeslut för att kunna få insatsen, men det kommer att ändras under sommaren 2022.

Integrering av IPS i psykosvården

Integrering av IPS i psykosvården är ett pågående treårigt projekt finansierat av Samordningsförbundet i Stockholms stad⁶, som startade 2018. Syftet med projektet är att möjliggöra för patienter som vill arbeta eller studera att delta i arbetsinriktad rehabilitering enligt IPS-metoden. IPS erbjuds av arbetspecialister som arbetar integrerat med de psykiatriska teamen på följande 5 psykosmottagningar:

- Mottagningen för psykosjukdomar, Alviks strand, Norra Stockholms Psykiatri
- Mottagningen för psykosjukdomar, Serafen, Norra Stockholms Psykiatri

- Mottagningen för nydebuterade psykossjukdomar, Serafen, Norra Stockholms Psykiatri
- Södermalms psykosmottagning, Psykiatri Södra Stockholm
- Gubbängens psykosmottagning, Psykiatri Södra Stockholm

För att kunna driva projektet finns det en samverkan mellan Arbetsmarknadsförvaltningen och Socialförvaltningen Stockholms stad, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Region Stockholm.

Botkyrka

Ett exempel på IPS riktat till personer med missbruksproblematik finns i Botkyrka kommun där man sedan ett och ett halvt år har drivit denna verksamhet. Verksamheten startade i juni 2020 och under det första året fungerade insatsen som en pilot. För att få IPS fick personer med missbruksproblematik först gå via kommunens öppenvård. Med tiden ökade kännedomen om IPS och allt fler aktörer inom kommunen hänvisade personer med missbruksproblematik till IPS-verksamheten. Detta ledde till att det blev många som kom in i IPS-processen samtidigt, vilket bidrog till svårigheter att skapa rutiner för verksamheten. Initialt räknade kommunen med att inkludera cirka 15 deltagare men på grund av att insatsen blev känd i kommunen omfattades 24 deltagare under pilotåret, varav endast tre kvinnor. Sex deltagare fick anställning under pilotåret. En annan utmaning i Botkyrka var att det fanns deltagare som visade sig inte vara redo för att ta del av IPS-insatsen. Det berodde oftast på att deltagaren inte hade fått tillräcklig information om vad IPS innebär och de förväntningar som finns kring gemensamt arbete och aktivt deltagande. Många deltagare som inkluderades i Botkyrka hade otillräcklig motivation vilket ledde till att arbetsspecialister behövde lägga mycket tid på att engagera deltagare, och ungefär en tredjedel av deltagarna hoppade av från insatsen. Det uttrycks i Botkyrka att det finns ett behov av förberedande arbetsrehabiliteringsinsatser för de som inte är redo för IPS. Metodtrogenhetsmätningar har inte gjorts i Botkyrka.

I Botkyrka är erfarenheten att insatsen fungerar bäst för deltagare som har en stabil boendesituation. Deltagare som bor på ett behandlingshem kunde komma långt i processen så länge de fick stöd från behandlingshemmet. Om de sedan bytte till en annan boendeform förlorade de stöd och processen försvårades, vilket ofta resulterade i bortfall från IPS. I Botkyrka är det intern samverkan mellan kommunala aktörer involverade i IPS-verksamheten. I Botkyrka har det upplevts svårt att lära känna varandra när man arbetar i olika lokaler och enbart hade möjlighet till digitala möten. Hög personalomsättning gjorde att det krävdes återkommande informationsinsatser för att förklara och förankra syfte, roller och ansvar inom IPS. Kännedom om vad IPS innebär och vilka roller, förväntningar och ansvar som finns kring verksamheten är en avgörande faktor hos såväl deltagaren som involverade aktörer.

Huddinge

Huddinge har erbjudit IPS för missbruksproblematik sedan 2016. En majoritet av alla klienter får ta del av IPS och vid intresse sker ansökan om deltagandet via socialsekreteraren som skickar en remiss till enheten för socialpsykiatri eller beroende. I dagsläget förekommer det kö, vilket innebär att klienten behöver vänta innan IPS insatsen kan sättas i gång. Detta medför en risk att klienten hinner tappa motivation till deltagande i insatsen. Medan klienten väntar på beslut kan denne i vissa fall få andra förberedande insatser under tiden. Beslutet om deltagande i IPS fattas när det finns möjlighet att ta emot en ny deltagare. Totalt har 60 personer deltagit i IPS, varav 19 varit kvinnor. Statistik för bortfall/avhopp finns ej, men bilden är att det är något vanligare i missbruksmålgruppen än inom gruppen med psykisk funktionsnedsättning. Detta beror oftast på allvarigare återfall där personen behöver HVB-placeras och inte alltid återkommer till IPS efter placeringen.

Metodtrogenhetsskattningar av IPS i Huddinge har visat goda resultat och man har inte upplevt något behov av att göra förändringar i IPS-arbetsättet för att passa målgruppens behov.

För att få tillgång till IPS krävs ett biståndsbeslut. När en klient har genomgått utredning och fått en remiss för att ingå i IPS-verksamheten så är det få som blir exkluderade. Det har endast förekommit två tillfällen där en klient bedömts inte kunna ta del av insatsen. Ena fallet var på grund av våld mot en tjänsteperson under tiden klienten introducerades till insatsen. I det andra fallet hade klienten varit dömd för ett grovt brott kort innan ansökan om deltagande i IPS. Att minimera exklusionskriterierna medför att heterogeniteten bland IPS-deltagare blir relativt stor. Det kan förekomma olika psykiatriska diagnoser hos deltagare vilket kan göra arbetet svårare och även personer som är hemlösa får möjligheten att delta.

Trots att olikheterna inom missbruksmålgrupp kan leda till extra utmaningar upplevs insatsen ha haft en positiv påverkan på de flesta deltagare genom att insatsen bidrar med rutiner i deltagarens liv och skapar motivation till förändring. Det har förekommit fall där beroendeproblematiken har varit för stor och då har detta meddelats av arbetsgivaren. I fall en deltagare uteblir flera gånger från möten eller arbetstid och inte har förmågan att aktivt delta i IPS-insatsen brukar insatsen avslutas i Huddinge.

Inom psykosprogrammet i Huddinge (psykiatri sydväst inom regionen) har ett samarbete etablerats där samtliga aktörer träffas en gång i månaden. Under detta möte finns direkt kontakt med case-managern och det finns möjlighet att ställa frågor som har uppkommit under arbetets gång. Bland aktörerna finns boendestödjare och handläggare, samt att det råder tät kontakt med beroendehandläggare. Arbetsspecialisterna finns i samma lokaler som övriga verksamheter vilket gynnar en nära samverkan och ger bättre möjligheter för att exempelvis snabbt fånga upp deltagaren vid ett återfall.

Samordningen med Arbetsförmedlingen anses i stor utsträckning pågå på individnivå och har enligt kommunen varit bättre än den är idag. Detta beror framför allt på att det tidigare fanns en representant från Arbetsförmedlingen som ingick i samverkansgruppen, som bytte uppdrag och som ej blivit ersatt. Även gällande samverkan med Beroendecentrum tycks det som att samverkan försämrats, vilket kan bero på att Beroendecentrum inte längre finns lokalt.

Enligt IPS-metoden bör det finnas en styrgrupp bestående av chefer från de olika involverade aktörer. I dagsläget finns det ingen sådan grupp i Huddinge kommun men däremot finns det en grupp som arbetar med lokal samverkan.

Södertälje

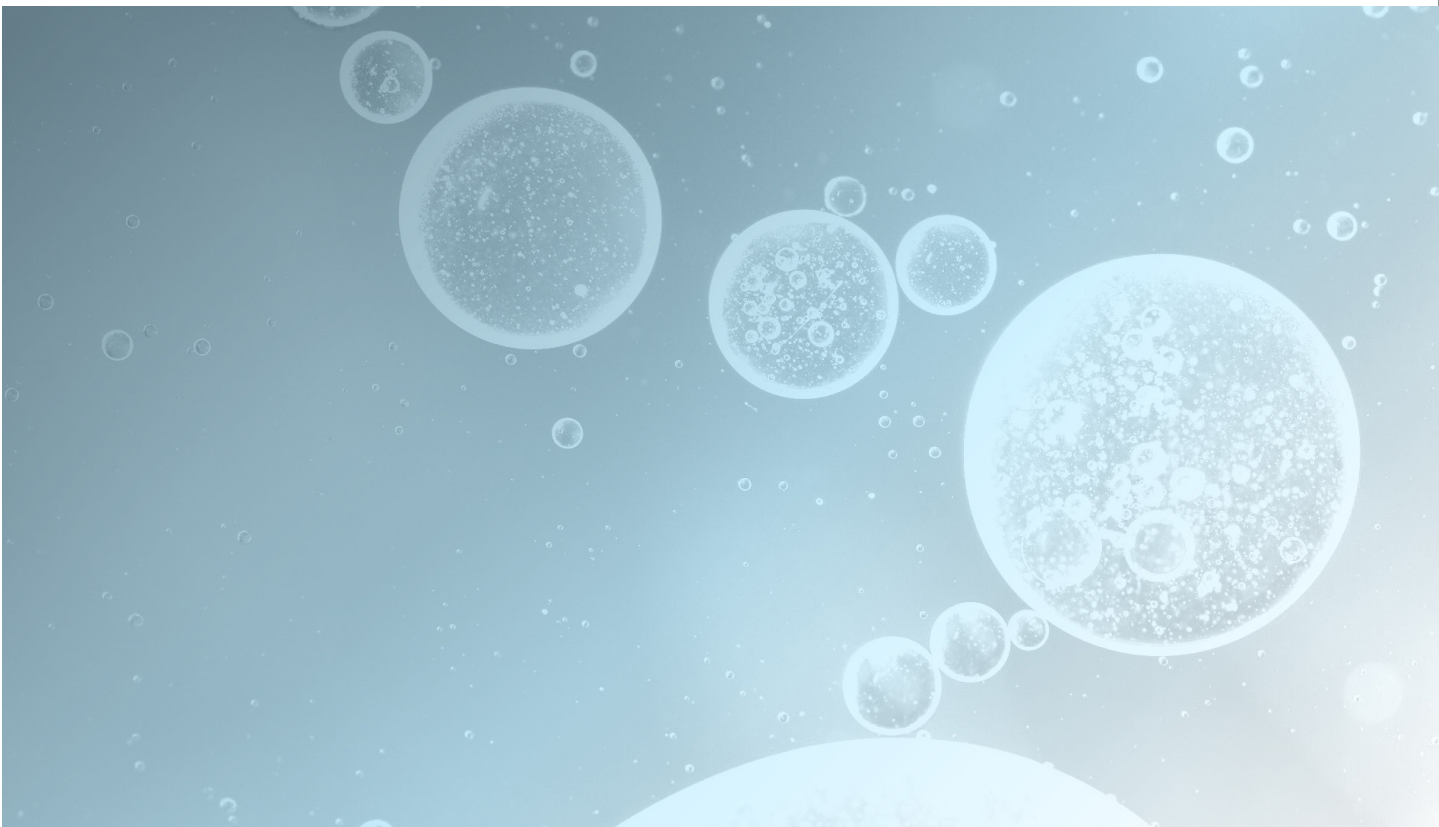
I Södertälje riktar sig IPS-verksamheten delvis till personer med missbruksproblematik. Att tillgängliggöra insatsen till missbruksmålgruppen i Södertälje kommun startade som ett projekt i 2018, och implementerades i ordinarie verksamheter 2019. För att ta del av IPS krävs ett biståndsbeslut. Verksamheten är centrerad kring Enheten för arbetsrehabilitering som tillhandahåller så kallade arbetskonsulenter, det vill säga arbetsspecialister, som stöttar deltagaren på vägen till arbete. IPS-verksamheten riktad mot personer med missbruksproblematik tar emot ca 70 deltagare om året. Under piloten var 40% av de 30 platserna reserverade för kvinnor⁷. Vidare erbjuds IPS via Alis-verksamheten⁸, som främst riktar sig till personer mellan 18–25 år, men Alis riktar sig inte primärt till missbruksmålgruppen. Metodsattningar görs separat för Södertäljes fyra olika IPS-verksamheter där den senaste mätningen för missbruksmålgruppen visade goda resultat. Mätningarna genomförs av arbetsspecialisterna själva med handledning från utbildningen vid Lunds universitet.

IPS finns tillgänglig för personer med aktivt missbruk, även om det finns krav på att individen inte är påverkad på möten eller under arbetstid. Utifrån kommunens verksamhet har man uppfattningen att insatsen har en rehabiliterande effekt som även påverkar missbruket positivt, och att deltagaren motiveras av möjligheten till arbete. Eftersom insatsen i Södertälje är biståndsbedömd sker en kartläggning av socialsekreterare innan personen hänvisas till IPS-verksamheten. Om en klient inte har kontakt med socialtjänsten kan andra aktörer hänvisa till socialtjänsten som sedan utreder personen. Vid det första mötet mellan arbetsspecialist och klient hämtar man samtycke för nätverkskontakter och gör en gemensam plan för IPS-insatsen.

IPS-insatsen har ett delvis annat upplägg för personer med missbruksproblematik. Biståndsbeslut fattas för en period på ett år för att ingå i IPS-insatsen, istället för sex månader som annars är standard för biståndsbeslut i Södertälje kommun.

Uppföljning sker var tredje månad. Södertälje kommun menar att den täta uppföljningen är en framgångsfaktor för IPS, eftersom missbruksmålgruppen i större utsträckning har en varierande motivation, samt att ett stort antal aktörer är involverade.

I samtal med arbetsspecialist från Södertälje framhålls vikten av att skapa en gemensam handlingsplan för att hantera återfall, eftersom återfall kommer inträffa under IPS-arbetet. Handlingsplanen i Södertälje omfattar frågor om missbruket och de substanser som använts och i vilka sammanhang för att få en bild av de positiva upplevda aspekterna för deltagaren. Detta ger ett underlag för att diskutera hur deltagaren ska hantera känslor som uppkommer då deltagaren tidigare hanterat känslor genom att missbruka, men nu kommer tvingas hantera situationer och känslor på andra sätt. Det kan framkomma att vissa arbetsplatser som exempelvis är stressiga eller inkluderar många mänskliga kontakter inte lämpar sig för vissa och därmed inriktas arbetssökandet på andra typer av arbetsplatser. Denna dialog upplever Södertäljes arbetsspecialist som en framgångsfaktor i den arbetsrehabiliterande processen. En annan framgångsfaktor är att försöka undvika yrken som deltagaren tidigare verkat inom eftersom det upplevs öka risken för återfall och att falla in i gamla beteendemönster.



Implementeringsplanering

Nedan följer en sammanfattning av den information som samlats genom kontakt med representanter från Stockholms stad, Botkyrka kommun, Huddinge kommun, Södertälje kommun, Street Business, Beroendecentrum Stockholm, Prima Maria, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Vägen in i studien

Socialsekreterare vuxenhet och ekonomiskt bistånd

Ingången till IPS för personer med missbruksproblematik sker genom kontakt med enheterna för ekonomiskt bistånd i de medverkande stadsdelarna i ett nära samarbete med respektive vuxenhet. IPS behöver ske i anslutning till befintliga behandlingar och stödinsatser för att kunna ge ett optimalt stöd till deltagarna. Det krävs aktualitet vid både enheten för ekonomiskt bistånd och vuxenheten för att en klient ska kunna ingå i IPS-insatsen. Även om en klient har pågående stödinsatser hos såväl ekonomiskt bistånd som vuxenheten behöver man se över personens situation och om det är lämpligt att informera om möjligheten till deltagande i IPS. Denna avstämning handlar delvis om att välja ut möjliga deltagare till IPS och även att se till att IPS-insatsen inte krockar med andra pågående stödinsatser.

I detta skede bör socialsekreterare beakta följande exklusionskriterier gällande deltagande i studien:

- annan pågående arbetsrehabiliteringsinsats
- akut avgiftning
- akut hemlöshet^a
- pågående rättsprocess som sannolikt kommer att resultera i frihetsberövande som är längre än tre månader

Formen av missbruk spelar inte in på urvalet, vilket innebär att det inte behöver vara ett substansmissbruk som föreligger, utan även kan vara fråga om spelmissbruk.

Även Beroendecentrum och Prima Maria kan utgöra en väg in i studien genom att hänvisa klienter som hör till någon av de deltagande stadsdelarna till att söka kontakt med sin socialsekreterare och diskutera lämpligheten av att ta del av IPS-insatsen.

Remiss

En remiss kan antingen tas upp på de gemensamma ärendedragningarna på enheterna i de medverkade stadsdelarna, eller genom kontakt med arbetsspecialist via till exempel telefon eller mejl. Tidigare bör socialsekreteraren ha beaktat exklusionskriterierna innan den hänvisar och remitterar klienten till IPS. Efter hänvisning bokas ett första möte in med arbetsspecialisten där klienten får utförlig muntlig och skriftlig information om IPS-insatsen och möjlighet att ställa frågor. Om det förekommer kö för att ta del av IPS i stadsdelen kan det dröja innan informationsmötet kan äga rum.

Remissen kan förutom de ovan nämnda exklusionskriterierna innehålla en beskrivning av aktuellt beroende, social situation, hälsostatus (fysisk och psykisk), samt riskanalys och en lista med pågående insatser.

^a Definition enligt Stockholms Stad: "Med akut hemlöshet menas här att vara hänvisad till akuta boendelösningar som exempelvis akutboenden, hotell, vandrarhem eller att sova ute."

Innan remissen skickas behöver skriftligt samtycke inhämtas från klienten för att dela informationen i remissen med mottagande arbetsspecialist. Detta är inte samma som samtycket till deltagande i studien, utan rör enbart remissen.

Informationsmöte med arbetspecialist

Det är av stor vikt att klienten får fullständig information om vad ett deltagande i IPS innebär och vilket ansvar det medför. Tidigare verksamheter med IPS för missbruksmålgruppen har visat att det finns en risk att klienten får otillräcklig information och att hen går med i en process utan att vara införstådd i krav och innebörd kopplat till IPS. Information om IPS ska ges av en arbetspecialist. Klientens motivation ska grunda sig i att hen verkligen vill delta i IPS och inte gör detta på grund av upplevd press från andra personer. Motivationen till deltagande är ett centralt kriterium för deltagandet. Om det under IPS-insatsen visar sig att deltagaren inte klarar av de krav som ställs på aktivt deltagande kan det vara bättre att hen avslutar sitt deltagande och börjar om med IPS i ett senare skede när hen är mer redo. En sådan bedömning bör göras av arbetspecialist i samråd med socialsekreterare och deltagare.

Informationen som ges till klienten omfattar bland annat följande grundprinciper och regler:

IPS 8 grundprinciper:

1. Ett arbete på den öppna arbetsmarknaden är målet
2. Lämpligheten baseras huvudsakligen på personens motivation att komma i arbete
3. Arbetssökande inleds tidigt, helst inom en månad efter att klienten blir beviljad deltagande i IPS
4. IPS ska vara en del i det psykiatriska/missbruksbehandlande teamets arbete
5. Deltagarens preferenser, intresse och val är styrande i processen till arbete
6. Ekonomisk rådgivning ska ges i ett tidigt skede i processen
7. Tillgång till kontinuerligt stöd ges från en arbetspecialist. Stödet är inte tidsbegränsat.
8. Systematiskt etablera kontakt med arbetsgivare och skapa arbetstillfällen. Detta gör klient och arbetspecialist tillsammans.

Samt information om:

- Nolltolerans kring hot och våld i verksamheten
- Vikten av att passa tider och dyka upp på möten, eller på förhand meddela att man inte kan delta
- Att det kommer vara ett nätverk kring klienten och att nätverket behöver få dela information med varandra
- Att klienten inte får vara påverkad på möten eller under arbetstid, utan ska då boka om tiden istället.
- Att IPS-insatsen pågår inom ramen för en forskningsstudie och att deltagande är frivilligt, men det är inte möjligt att få IPS-insatsen utan att delta i studien.

Genom att ge tydlig och komplett information om vad IPS innebär för en deltagare, samt att bedöma om klienten har tillräcklig med motivation kan risken för avhopp i ett senare skede minska. Motivationsbedömningen görs av arbetspecialisten tillsammans med klienten. Om en klient inte erbjuds IPS på grund av randomisering eller exkluderas utifrån någon av urvalskriterierna (se sidan 13) är det arbetspecialisten som ska förmedla beslutet.

Om det uppstår tveksamheter kring en deltagares motivation under IPS-insatsens genomförande finns en checklista som beslutsstöd, samt möjlighet att vid veckovisa handledningsmöten diskutera hur detta kan hanteras. För att säkerställa att bedömningen av potentiella deltagare blir likvärdig är det viktigt med utbildning och kontinuerligt metodstöd till arbetsspecialister.

Under informationsmötet lämnas information ut om GDPR, frivilligt deltagande, och samtycke till datainhämtning. Här är det centralt att informera om att det finns en randomiseringsprocess, att det kan innebära att en person som uppfyller kriterier för deltagande ändå inte kommer erbjudas insatsen, och förklara varför detta är nödvändigt i studien för att kunna säkerställa forskningsresultat.

Socialsekreteraren bör bjudas in till informationsmötet, särskilt i början av studien. Det är en viktig del i förankringsarbetet och bidrar till att skapa en gemensam bild av hur IPS-insatsen fungerar.

Randomisering

För att kunna genomföra en forskningsstudie kring IPS-insatsen för missbruksmålgruppen behöver deltagare randomiseras för att skapa en kontrollgrupp med minsta möjliga skillnad mellan de som får IPS-insatsen och de som inte får det.

Randomiseringen innebär dock att klienter kan exkluderas från deltagande i IPS-insatsen trots deras motivation och beredskap uppfyller kriterierna. Om inga systematiska skillnader föreligger mellan den grupp av klienter som randomiseras till insatsgrupp och därmed tar del av IPS metoden, och kontrollgruppen kan det motiveras att förändringen som observeras i analyserad utfallsvariabel kan tillskrivas deltagandet i IPS. Tillvägagångssätt för randomisering, definition av indikatorer och mätverktyg för utvärdering av ekonomiska och sociala/sysselsättningsrelaterade utfall redogörs för längre ned i rapporten.

Om klienten inte inkluderas i IPS-insatsen utifrån motivationsbedömning eller exkluderas i randomiseringen är det viktigt att andra stödinsatser planeras och vidtas, i synnerhet om randomisering lett till exklusion. Detta för att ta till vara på klientens motivation och ge möjlighet att utveckla sina kompetenser för att komma i arbete.

En klient som vid ett tillfälle bedömts inte vara redo för IPS kan få en ny möjlighet att delta. Vid uppvisad motivation kan klienten med samma förfarande som tidigare få en ny remiss till Alfa. Detta kan ske tidigast 3 månader efter den initiala exkluderingen.

Under pågående IPS-insats

Det är viktigt att det finns en helhetsbild av vilka aktörer som är involverade i deltagarens vardag. Deltagare har ofta kontakt med flera olika aktörer och alla behöver känna till deltagandet i IPS och vad detta innebär för deltagaren. Aktiviteter hos olika parter påverkar varandra och detta berör även IPS-processen. För att se till att det finns bra samverkan mellan de involverade parterna kan det vara hjälpsamt om en person med spetskompetens inom missbruksproblematik kan samordna de olika insatserna. Denna individ kan vara arbetsspecialisten eller socialsekreteraren, beroende på vad man kommer överens om i det enskilda fallet. Vidare rekommenderas att upprätta en samordnad individuell plan (SIP)⁹ eller ordna nätverksmöten för att koordinera den enskildes professionella nätverk. Vid dessa möten är det viktigt att diskutera och komma överens om roller, planering och förväntningar, samt att dokumentera vad som beslutats.

Under informationsinhämtandet från befintliga IPS-verksamheter har det uttryckts att arbetsspecialisten som arbetar med deltagaren med fördel kan ha ett samordnande ansvar. Det krävs att arbetsspecialisten har kompetens kring missbruksproblematik för att denna ska kunna stötta deltagaren på ett bra sätt. För att få en bra samverkan mellan olika aktörer bör dessa kunna besöka varandra. Under flera intervjuer har deltagande i fysiska möten lyfts fram som en framgångsfaktor för samverkan mellan olika aktörer. Ett konkret exempel på detta är att arbetsspecialister från Alfa bör vara mobila och att de kan utgå från medverkande stadsdel.

I befintliga IPS-insatser i Stockholms stad har både Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen en roll när deltagaren kommit längre fram i processen. Under samtal med representanter från båda parter har deras befintliga roller och ansvar lyfts och identifierades framgångsfaktorer samt förbättringsmöjligheter som bör tas hänsyn till. För en välfungerande samverkan

med Arbetsförmedlingen krävs det förståelse för vilken roll aktören får och kan ta. Under dialog med Arbetsförmedlingen kring tidigare samverkan i IPS-projekt har det framkommit att det är viktigt att Arbetsförmedlingen kommunicerar innebörden av de regelverk och direktiv som de har att förhålla sig till. Därutöver behöver det föras en dialog kring vilka deltagare som är inskrivna vid arbetsförmedlingen.

Varken Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan kan betala ut ersättning till personer med pågående missbruksproblematik om inte individen är under behandling. Huruvida en person har missbruksproblematik är inte något som myndigheterna alltid har vetskap om, men om det framkommer i kontakt med myndigheterna behöver det i journal eller medicinska intyg framkomma att personen är under behandling för att vidare kunna erhålla ersättning. I intervju med Arbetsförmedlingen framkom att det görs en individuell bedömning beroende på det enskilda fallets beskaffenhet huruvida ersättnings kan betalas ut till en individ som deltar i missbruksbehandling. Behandling behöver inte vara ett hinder för ersättning om det framkommer att individen varit drogfri under en tid.

På grund av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans regelverk som gör att de inte betalar ut ersättning till personer med pågående missbruksproblematik förväntas det inte vara vanligt förekommande att deltagare i IPS-insatsen har etablerad kontakt med dessa myndigheter. Deltagare som är aktuella på enheter för ekonomiskt bistånd kan inte ha samtidig ersättning från Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan, vilket innebär att inga deltagare kan ha ersättning från Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan när de påbörjar IPS.

Förankring

Lokala informationsmöten om studien och IPS-verksamhet för personer med missbruk behöver hållas hos de tre stadsdelarna och Alfa, helst på plats. Även Beroendecentrum och Prima Maria, samt lokala beroendemottagningar behöver informeras och ges ett kortfattat skriftligt underlag för när det kan vara aktuellt att hänvisa en klient till IPS via sin socialsekreterare. Detta gäller dels inför uppstart av studien, och bör upprepas 3-4 månader efter studien börjat, och ev. på årlig basis efter det. Genom att genomföra återkommande besök ökar sannolikheten att korrekt information finns om IPS, att nytillkommen personal inkluderas, och att eventuella missförstånd reds ut på plats.

I projektet *Integrering av IPS i psykosvården* befinner sig arbetsspecialisterna på mottagningarna fyra dagar i veckan. Arbetsspecialisterna ses tillsammans en dag i veckan för gemensamma handledningsmöten på Alfa tillsammans med projektledaren. Att vara på plats i medverkande stadsdelar i stor utsträckning har identifierats som en framgångsfaktor för samverkan. Handledningsmöten fungerar som metodstöd och motverkar risken att arbetsspecialisten känner sig ensam eller otrygg i sin ställning och på arbetsplatsen. Gemensamma möten utgör även en möjlighet att lyfta frågor till projektledaren eller gemensam diskussion om man stöter på problem.

En annan faktor som har nämnts som central för en framgångsrik IPS-insats är att arbetsspecialisten tror på och kommunicerar deltagarens förmåga att utvecklas och komma i arbete. Fokus från arbetsspecialisten på förmågor och styrkor hos deltagaren upplevs skapa förtroende och allians mellan deltagare och arbetsspecialist, samt stärka deltagarens tro på sig själv. Detta har lyfts fram som viktigt för att deltagaren ska våga testa nytt och skapa nya vanor i den rehabiliterande processen från missbruk och är i linje med metoden Motiverande Samtal (MI) som av flera yrkesverksamma inom IPS har beskrivit som grundläggande för arbetsspecialistens arbets- och förhållningssätt. Vid implementering av IPS för personer med missbruksproblematik är det önskvärt att ha kunskaper om och erfarenhet av MI, och det kan ses som meriterande vid rekryteringsurval. MI är också ett förhållningssätt som socialtjänsten i Stockholm stad arbetar med sedan många år tillbaka.

Tät kontakt och uppföljning, förslagsvis minst var tredje månad, med socialsekreterare bedöms också vara en framgångsfaktor för missbruksmålgruppen och rekommenderas därför för projektet.

Roller

Projektledare

Projektledaren anställs av Alfa. Rollen som projektledare omfattar även mätansvar och IPS-metodansvar. I det senare ingår att handleda arbetsspecialisterna vid veckomöten och månads-/kvartalsavstämningar, samt att se till att metodtrogenhetsskattningar genomförs. Mätansvar medför att stötta och följa upp processen kring all datainsamling, och vid behov efterfråga data och påminna arbetsspecialister eller enhetschefer (angående ASI). Utforma informationsmaterial, både till potentiella deltagare och professionella. Hålla regelbundna förankrande informationsmöten om projektet i medverkande stadsdelar/enheter. Utformar remiss i samråd med enhetschefer. Ansvarar för säkert förvar av kodnyckel som kopplar personkod till personnummer.

Arbetsspecialister

Arbetsspecialisten förväntas bidra till datainsamling i studien genom att löpande samla in information utifrån mallar som tillhandahålls av forskningsansvarig. Dokumentation kring anledningar till bortfall. Har helst kunskaper i MI och erfarenhet av att arbeta med missbruksproblematik. Samordning av deltagarens kontakter utifrån överenskommelse med övriga aktörer. Kommunicerar med forskningsansvarig kring randomisering för urval.

Socialsekreterare i stadsdelarna

Lokala enheter för ekonomiskt bistånd i samråd med respektive vuxenenheter är ansvariga för den initiala ingången till IPS genom remiss till Alfa. Socialsekreterare ska genomföra ASI grund och ASI uppföljning. Den senare genomförs var sjätte månad så länge deltagaren är aktiv i studien. Om möjligt bör uppföljning genomföras var tredje månad (även om ASI görs var sjätte månad). På varje medverkande enhet ska det finnas en socialsekreterare som fungerar som mentor/kontaktperson för arbetsspecialisterna (utses av enhetschef).

Forskningsansvarig

Skriver etikansökan och hanterar denna, samt utformar samtyckesblanketter och -förfarande. Ansvarar för randomisering vid urval. Har övergripande ansvar för datainsamling och stämmer löpande av med mätansvarig/projektledare.

Kvalitetskontrollerar data genom tidig insamling (förslagsvis 6 månader in i studien när ASI uppföljning har gjorts för några deltagare) av den data som dittills är tillgänglig, inklusive register-/journalutdrag.

Enhetschef

Tillhandahålla arbetsplats för arbetsspecialisterna samt utse kontaktperson/mentor som kan guida vid behov. Inkludera arbetsspecialister i ärendedragningar/behandlingskonferenser och teammöten/arbetsplatsträffar. Meddelar arbetsspecialist när behov finns av att informera nyrekryterad personal om IPS, eller om oklarheter rörande IPS råder på enheten. Medverkar i styrgrupp. Stöttar socialsekreterare i tätare uppföljningar och att ASI grund och ASI uppföljning genomförs enligt tidplan.

Samverkansstruktur

För samordning mellan involverade aktörer samt IPS-insatsen är det av stor vikt att tydliggöra roller, planering och förväntningar som finns på organisationer och roller inom organisationerna. Det ska finnas en tydligt definierad ansvarsfördelning där det är socialsekreterare som har fortsatt huvudansvar för deltagaren, medan det praktiska ansvaret för samordning kan innehas av arbetspecialist om man kommer överens om detta. Arbetspecialisten är ansvarig för kommunikation och uppföljning med deltagaren som direkt rör IPS-insatsen eller studien.

Den som är mätansvarig i projektet (projektledaren) ska ha löpande avstämning med lokala kontakter som är ansvariga för datakällor och inrapportering. Kontakten bör vara tätare i början av projektet för att säkerställa att allt fungerar och för att vid behov kunna adressera eventuella utmaningar.

Samverkan mellan Beroendecentrum, Prima Maria och öppenvårdsmottagningar ser idag olika ut på olika stadsdelsförvaltningar. En samordnad individuell plan (SIP) bör upprättas om både kommun och region är involverade för att tillhandahålla insatser till en person. SIP är till för att regionen och kommun ska kunna samordna insatser då det bedöms att det finns ett sådant behov. För att en SIP ska upprättas krävs det samtycke från personen vars behov och önskemål ska vara i fokus för planen.

I varje deltagande stadsdel behöver det finnas någon som kan uppfylla rollen av en mentor/kontaktperson för arbetsspecialisterna, i syfte att bistå i praktiska frågor och lära ut arbetsplatsens rutiner. Samtidigt behöver den medverkande stadsdelen tillgängliggöra arbetsplats för arbetsspecialisterna. Vidare behöver arbetsspecialisten integreras i enhetens arbete, där det är viktigt att kunna närvara på veckovisa ärendedragningar eller behandlingskonferenser. Förslagsvis behandlas IPS-ärenden i början av en behandlingskonferens så att arbetsspecialisten kan delta och sedan lämna mötet för att inte bryta sekretess för personer som inte är deltagare i IPS.

Projektorganisation

Projektgrupp

Enhetschefer från ekonomiskt bistånd och vuxenenheter i de medverkande stadsdelsförvaltningarna och projektledare, samt vid behov forskningsansvarig. Har initialt möten varannan vecka tills projektet är i rullning, därefter månadsvis. Projektgruppen har en operativ roll och har mandat att fatta beslut om exempelvis deltagande i studie vid svårigheter, men ej omfattande förändringar i förfarande utan att samråda med styrgrupp.

Styrgrupp

Representanter från socialförvaltningen och arbetsmarknadsförvaltningen samt Beroendecentrum, Samordningsförbundet Stockholms stad, projektledare och forskningsansvarig. Styrgruppen har avstämningsmöten kvartalsvis.

Uppföljning och utvärdering

Urvalsprocess, urvalskriterier och randomisering

Urvalsprocess

1. lokal enhet för ekonomiskt bistånd (i samråd m. vuxenenheten utifrån exklusionskriterier 2-5, se längre ner) remitterar till IPS/Alfa ->
2. arbetspecialist ger information om IPS + genomför motivationsskattning (här kan exklusion ske) ->
3. erbjudande från Alfa om deltagande i **studien** (ej i IPS) ->
4. samtycke ges från klient till deltagande i studien ->
5. inskrivningssamtal (se längre ner, kan medföra exklusion) ->
6. randomisering görs av forskningsansvarig (här kan exklusion från IPS-insatsen ske genom sortering till kontrollgrupp)

Motivationsskattningen görs i samråd mellan arbetspecialist och klient. Vid exklusion är det oavsett skäl och steg i processen ovan alltid arbetspecialisten som meddelar detta till deltagare.

En forskningsartikel av Holmås och kollegor¹⁰ beskriver användning av ratio 2:1 för randomiseringsprocessen i början av studien för att se till att IPS-insatsen kommer igång snabbare. Det innebär att dubbelt så många individer randomiseras till insatsen jämfört med kontrollgruppen. Vi rekommenderar att 2:1 används genom hela studien tills totalt 90 individer inkluderats i interventionsgruppen och 45 i kontrollgruppen. Se resonemang om statistisk power längre ner som argument för antalet deltagare. Ett visst överintag kan göras, om kapacitet finns hos arbetspecialisterna.

Utfallet av randomiseringen bör följas upp när 30 individer inkluderats i interventionsgruppen (och kontrollgruppen därmed har 15 individer) för att undersöka köns- och åldersfördelningen. Om ojämlikheter utifrån förväntad fördelning föreligger kan stratifiering därefter läggas till randomiseringsförfarandet för den följande tredjedelen som rekryteras.

Även bortfall bör följas upp och analyseras på samma vis efter att första och andra tredjedelen deltagare inkluderats i studien för att se om det finns mönster som behöver bemötas i procedurändringar under studiens gång. Om bortfallet visar sig vara större än 33% kan överintag bli aktuellt för både interventions- och kontrollgrupp, vilket inte bör påverka projektbudgeten eftersom deltagare som avslutat sitt deltagande ersätts.

Person som blir exkluderad på grund av motivationsskattningen kan söka IPS-insats igen om det gått minst 3 månader.

Person som blir randomiserad till kontrollgrupp kan ej få IPS-insats förrän studien avslutats. Förslagsvis skapas en väntelista för att ge dessa individer förtur efter studiens avslut, förutsatt att resurser fortsatt finns för arbete med IPS (väntelistan ska nämnas i det informerade samtycket) och att det finns motivation till deltagande. Om studiens resultat vid halvtidsanalys är otvivelaktligen positiva kan det finnas etiska skäl att inte längre undanhålla IPS-insatsen från deltagare i kontrollgruppen som är motiverade att delta.

Exklusionskriterier

- otillräcklig motivation
- annan pågående arbetsrehabiliteringsinsats
- akut avgiftning
- akut hemlöshet^b
- pågående rättsprocess som sannolikt kommer att resultera i frihetsberövande som är längre än tre månader

En deltagare som inkluderats i studien kan senare bli exkluderad under studiens gång om den utövar hot och/eller våld.

Om en deltagare blir frihetsberövad under insatsen kommer deltagandet att pausas eller avslutas beroende på straffets längd. Förslagsvis dras en gräns vid tre månader.

Inklusionskriterier

- Individen är arbetslös eller arbetssökande
- Pågående missbruksproblematik och kontakt med vuxenhet missbruk
- Individen ska ha ett beslut om ekonomiskt bistånd

Urvalsprocessen kan behöva justeras under studiens gång utifrån erfarenheter av hur den i förhand tänkta processen fungerar i praktiken. Etikansökan behöver inkludera ett resonemang om viss flexibilitet.

Randomiseringsförfarande

En metod för att generera individuella koder behöver skapas. Förslagsvis bygger koden på en bokstav för att identifiera arbetsspecialisten som arbetar med deltagaren, inskrivningsdatum (MMDD), kön, och ett slumpstal. Denna kod kan mailas till randomiseringsansvarig, som fyller i individkoden i ett excel-ark där randomiseringsurvalet görs och återkopplar till arbetsspecialisten huruvida individen kommer få möjlighet att ta del av IPS-insatsen eller blir del av kontrollgruppen. Som tidigare nämnt rekommenderas en ratio om 2:1, där dubbelt så många deltagare får IPS-insats jämfört med antalet deltagare i kontrollgruppen. Framtagande av randomiseringstabell sker lämpligen med oberoende instans utifrån forskningsansvarigs preferenser och befintliga rutiner vid lärosätet.

Arbetsspecialisten genererar en kod för varje individ och dokumenterar den så det blir möjligt att identifiera individens data. Eftersom forskningssamtycke alltid ska inkludera möjligheten för en deltagare att avbryta sin medverkan är det viktigt att kunna identifiera data för att kunna radera dem om deltagaren önskar den. Arbetsspecialisten delar kod och personnummer med projektledaren, så att projektledaren har kodnyckeln medan forskningsansvarig bara har tillgång till koderna utan möjlighet till identifikation av individer, samt randomiseringstabell och data (som ingen annan har tillgång till).

Lagring av personuppgifter, kodnycklar och data behöver beskrivas utförligt i etikansökan för att överensstämja med forskningsetik och GDPR-lagstiftning, och ligger utanför förstudiens detaljnivå.

^b Definition enligt Stockholms Stad: "Med akut hemlöshet menas här att vara hänvisad till akuta boendelösningar som exempelvis akutboenden, hotell, vandrarhem eller att sova ute."

Kartläggning vid inskrivning av deltagare i studien

Nedan följer frågor som arbetsspecialisten bör ta upp i samband med informationsmöte, förutsatt att motivationsskattningen indikerat att individen kan inkluderas i studien.

1. Fråga om tidigare deltagande i IPS-insats (ja/nej)
2. Fråga om ev. pågående rättsprocess (ja/nej)
3. Informera om nolltolerans för hot och våld
4. Fråga om barn/familjesituation - diskutera hur insatsen kan komma att påverka familjen. Arbetsspecialist har skyldighet att orosanmäla till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa, därför uppmuntras denna diskussion vid inskrivning av deltagare.
5. Fråga om kriminalitet – vid behov beställa utdrag ur belastningsregistret och diskutera om/hur detta påverkar sökande efter lämplig arbetsplats. Vissa arbetsplatser kräver utdrag ur belastningsregister, vilket påverkar möjligheten till anställning och den arbetssökande processen. (Rutin för hantering bör tas fram av projektledare i samråd med enhetschefer)
6. Tydliggöra rutiner om vad som händer ifall deltagare inte dyker upp på möten – exempelvis kontakt med socialsekreterare och sammankalla till gemensamt möte med deltagare.
7. Tidigare arbetslivserfarenhet behöver kartläggas kortfattat (hur lång, hur många arbetsplatser, etc.).

ASI grund bör ha genomförts av socialsekreterare vid remitterande vuxenhet innan deltagaren hänvisats till IPS-studien. Se sektionen om Utfallsmått och indikatorer för mera information om ASI.

Antal deltagare

SBU:s genomgång av IPS-forskning³ indikerar att det primära utfallet att ha fått anställning på den konkurrensutsatta arbetsmarknaden har större effekt vid uppföljning efter högst ett år (Relativ Risk, RR = 2,61) än vid uppföljning som är längre än ett år (RR = 1,96). Eftersom studien som planeras har längre löptid används det senare värdet i beräkningar av önskvärd sampelstorlek. RR 1,96 motsvarar Cohen's d = 0.37, vilket med en riktad hypotes (att IPS ger bättre resultat än kontrollgruppen) ger 82% power med 60 deltagare (30+30) och alpha på 0,05, vilket är en rimlig miniminivå. Ovanpå detta behöver förväntat bortfall, d.v.s. deltagare som inte fullföljer studien (oavsett skäl), beräknas och läggas till.

En svensk IPS-forskningsartikel av Bejerholm och kollegor¹¹ resonerar kring sampelstorlek utifrån tidigare studier att det är önskvärt med 60 personer i vardera grupp, och räknade med 30% bortfall (faktiskt bortfall blev 28%, med 41+46 deltagare kvar efter 18 månader). Kontakt med Botkyrkas IPS-verksamhet har gett information om att liknande andel bortfall sker i deras reguljära verksamhet, dock antagligen kopplat till en mindre strikt motivationsskattning i urvalsprocessen. Det kan vara större bortfall i en studie än i reguljär verksamhet, så vi bör vänta oss 30-35% bortfall.

Vi ser det som nödvändigt att bygga kapacitet för att inkludera fler deltagare i studien än vad som behövs enligt powerberäkningen, delvis beroende på att beräkningen lutar sig på tidigare studier med en annan målgrupp. Det är därför rimligt att låta interventionsgruppen vara större än kontrollgruppen. Tidigare kapacitetsberäkningar¹ menar att det en arbetsspecialist maximalt kan arbeta med 20 deltagare parallellt och den planerade studien avser att involvera sex arbetsspecialister. Det förefaller sannolikt att missbruksmålgruppen kan vara mera krävande än målgruppen med psykisk funktionsnedsättning och det kan föreligga högre risk för bortfall. Således rekommenderas att räkna med 15 individer per arbetsspecialist som maxkapacitet samtidigt. Förslagsvis är ambitionen att totalt inkludera 90+45 individer i studien, vilket med 33% bortfall skulle innebära 60+30 individer som finns med för utvärdering och statistisk analys. Utifrån tidigare beskrivet resonemang

(under urvalskriterier) kan bortfallsanalys längs projektets gång medföra att ett behov för ytterligare rekrytering föreligger för att uppnå tillräcklig mängd deltagare som fullföljer IPS-insatsen. Deltagarantalet skulle vara möjligt att uppnå även med endast fem arbetsspecialister, även om det medför att studien blir mera sårbar.

Bortfallsanalys

IPS har i tidigare svenska studier haft bortfall på ca 30%, och det förväntas vara minst lika stort i denna studie. Kontakt med IPS-verksamheten i Huddinge ger också stöd för att bortfallet kan förväntas vara större för missbruksmålgruppen jämfört med psykisk funktionsnedsättning. För att möjliggöra bortfallsanalyser och på sikt kunna öka sannolikheten att deltagare kan fullfölja IPS-insatsen är det viktigt att bortfall dokumenteras med tillräcklig information för att kunna sammanställa omständigheter och anledningar som lett fram till bortfallet. Arbetsspecialisten är ansvarig för denna dokumentation.

Studiedesign

Studien kommer använda sig av en design med randomisering till deltagande eller kontrollgrupp, där utfallsmåtten jämförs mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp. Upprepade mätningar görs med ASI var 6:e månad. Kontrollgruppen får "treatment-as-usual", vilket kan skilja sig åt mellan stadsdelarna. Deltagande för individer i kontrollgruppen i arbetsmarknadsinsatser bör noteras av socialsekreterare så att denna information blir tillgänglig i journaldata. Förslagsvis får även kontrollgruppen den tätare uppföljning med socialsekreterare som rekommenderas för interventionsgruppen (var 3:e månad), för att ge en form av ökat stöd.

Studiedeltagare har en arbetsspecialist som primär motpart i studien, vilket innebär att vi behöver ta hänsyn till att individer som har samma arbetsspecialist inte är oberoende. Data från individer som delar arbetsspecialist ska betraktas som klustrade under arbetsspecialisten när analyser genomförs. Datainsamlingen behöver ge möjlighet att koppla samman dem, förslagsvis genom siffror eller bokstäver i kodnyckel som identifierar individens gruppstillhörighet. Vi behöver även registrera vilken stadsdel deltagare tillhör (både boende och vårdval). Dessa analysnivåer blir också relevanta när vi undersöker hur metodtrogenhet hos arbetsspecialist samt hur studiedeltagarens grad av deltagande i interventionen påverkar utfallet.

Anställning/arbete som binärt utfall (arbetar/arbetar inte) bör följas upp vid varje mätpunkt med ASI, vilket möjliggör att följa sannolikheten över tid och jämföra mellan grupperna. Kriteriet vara tydligt, exempelvis att det räcker med att ha arbetat en dag under en tidsperiod för att det ska räknas som uppfyllt. Arbetsspecialist bör notera detta utfall på månadsbasis för interventionsgruppen.

Utfallsmått och indikatorer

Primära utfallsmått

Arbetsrelaterade

1. Antal dagar från randomisering till arbetsgivarkontakt (när hade man första arbetsgivarkontakten)
2. Antal dagar från randomisering av insats till anställning
3. Ha arbetat 1 dag på en arbetsplats (ej praktik etc.)
4. Antal arbetade dagar totalt under insatsen, i relation till hur lång insats individen haft
5. Kontinuerligt arbete (t.ex. arbetat 3 månader i sträck)

6. Antal anställningar under insatsen -
7. Omfattning på arbetet (deltid, heltid)

Ovanstående punkter 1-3 behöver samlas löpande in av arbetsspecialist och en mall bör tas fram för att underlätta datainsamlingen. Punkt 4-7 sammanställs retrospektivt vid kvalitetskontroll av data, samt förslagsvis halva studiens tid, och när studien avslutas.

Sekundära utfallsmått

Ekonomiska

1. Bistånd/ersättning (summa pengar över tidsperiod)
2. Inkomst av arbete (före skatt, över tidsperiod)
 - a) självförsörjande (ja/nej)
3. Stödbehov (exempelvis besök/kontakter/insatser/ behandling/ medicinering)

En hypotes är att IPS minskar behovet av stödinsatser, vilket antas indikera bättre hälsa och även medför positiva samhällsekonomiska effekter. Detta benämns ofta i forskningen som "vårdkonsumtion" och kan avse allt från olika typer av besök, behandlingsinsatser och medicinkostnader. Antalet besök eller kontakter (telefon/SMS, etc.) går vanligtvis att extrahera från journaldata, liksom behandlingsinsatser som individuell psykoterapi eller gruppbehandling, samt medicinering.

Det är önskvärt att ta fram historik minst ett år bakåt i tiden för samtliga ovanstående utfallsmått för att kunna göra baslinj jämförelser. För detta behövs tidsperiod och schablonkostnader för aktiviteter/besök identifieras och fastställas för de olika aktuella aktörerna. Primärt kan detta baseras på journaldata från socialtjänst och regionen (alt. privat leverantör), vilket bör medges med etikansökan och samtycke.

Addiction Severity Index (ASI)

ASI är ett kartläggnings- och uppföljningsverktyg som rekommenderas av Socialstyrelsen¹² och används av socialtjänsten i Stockholm (version ASI-5). Det finns både en grundversion och en uppföljningsversion. ASI omfattar sju områden för vilka det kan beräknas ett s.k. "composite score", en indexpoäng, utifrån frågorna som ingår i respektive område. Dessa områden är

- Fysisk hälsa
- Arbete/försörjning
- Alkohol
- Narkotika
- Kriminalitet
- Familj/umgänge
- Psykisk ohälsa

Missbruksutredningens kapitel 6 innehåller omfattande information om ASI och hur data kan användas¹². Samtliga delskalor bedöms som relevanta som utfallsmått för studien.

För att ASI ska kunna fungera som utfallsmått behöver uppföljningarna göras var 6:e månad för både deltagare i interventionsgrupp och kontrollgrupp, så länge deltagaren har en pågående insats. Historiska data från olika stadsdelar indikerar att ASI uppföljning genomförs i varierande grad och med varierande tidsintervall, där ett år är vanligare än 6 månader. Det kommer att vara viktigt att mätansvarig följer upp och vid behov stöttar och påminner för att säkerställa att data samlas in med regelbundenhet.

Process- och implementeringsmått

Processmått är sådant som i stor utsträckning samlas in under projektets gång. Återkoppling från processmått kan medföra att man väljer att göra smärre justeringar i metodik och arbetssätt, vilket är viktigt att dokumentera i detalj om det blir aktuellt. Aktuella processmått redogörs för nedan. Eftersom programtrohet är en viktig del av IPS metodiken behandlas detta ytterligare i avsnitt

1. Deltagande i aktiviteter (per deltagare)
2. Metodtrogenhetsmätningar
3. Mötesprotokoll från styrgrupps- och projektgruppsmöten

Arbetspecialist registrerar deltagande och frånvaro på individnivå, sammanställer och rapporterar in detta i samband med kvartalsmöten (via projektledare till forskningsansvarig).

Det finns gediget forskningsstöd för att IPS är en effektiv metod³ och en viktig del i att arbeta evidensbaserat är att följa upp och mäta metodtrogenhet. För att göra en metodtrogenhetsbedömning finns en manual att följa som är specifik för IPS. Nedanstående punkter utgår från IPS-manualen där målgruppen har psykisk funktionsnedsättning. Anpassning av manualen för metodtrogenhet för missbruksmålgruppen görs lämpligast av IPS-metodspecialist.

- Observationer av teammöten på mottagningen och IPS-arbetsgruppens möten.
- Gruppintervju med ledningsgrupp bestående av till exempel klinikchef, sektionschef eller motsvarande, medicinskt ansvarig läkare, enhetschef och/eller kvalitetssäkringsansvarig.
- Individuella intervjuer med IPS-handledare, mottagningens chef, psykiatripersonal (till exempel case manager eller samordnare), psykiatriker, och arbetsspecialister. I den amerikanska manualen anges även en bidragshandläggare, som möjligen kan motsvaras av en försäkringsutredare, rehabkoordinator, kurator eller liknande.
- Individuella intervjuer med ett antal deltagare alternativt en gruppintervju i en liten grupp deltagare som tagit del av IPS-insatser.
- Individuell intervju med minst en anhörig, men helst flera.
- Observationer av arbetspecialister som utvecklar arbetstillfällen (besöker arbetsgivare för att hitta arbetstillfällen till IPS-verksamhetens deltagare).
- Genomgång av IPS-verksamhetens statistik, däribland information om antalet jobbstarter, protokoll från verksamhetens möten rörande kvalitet och utveckling, arbetsgivarloggar, handlingsplan för programtrohetsarbete, hur lång tid det tar från att en IPS-insats startar till dess att deltagare möter en arbetsgivare, med mera.
- Genomgång av deltagardokumentation.

Intervjuer genomförs med metodstödjare, deltagare arbetspecialister + deras chefer i den organisation de är anställda, medarbetare i det psykiatriska teamet, chefer inom psykiatri samt högsta ansvariga. Intervjuerna sker när granskaren besöker verksamheten sex månader efter att IPS mätningen startat och påbörjar datainsamlingen. Programtrohetsmätningar

genomförs därefter var sjätte månad tills en programtrohet på 100 poäng uppnåtts, därefter genomförs mätningar en gång per år. Intervjuerna kompletteras sedan med aktgranskning.

Mellan mätningarna arbetar verksamheten med förbättringsområden som formulerats i handlingsplan. En metodhandledare ansvarar för att samordna metodtrohetsarbete medan styrgrupp ansvarar för att facilitera.

Nedanstående implementeringsområden belyses till stor del med intervjuer som görs både under studiens gång och i slutet av studien. Intervjuer utförs antingen av forskningsansvarig eller av externa personer som forskningsansvarig anlitar och handleder.

- Acceptability (Hur upplever målgrupp och professionella att arbeta med metoden?)
- Adoption (Hur många väljer att ta del?)
- Appropriateness (Hur väl passar IPS målgruppen?)
- Feasibility (Hur passar IPS in i verksamheternas nuvarande arbete?)
- Penetration (Hinder som uppstår i implementeringen? Framgångsfaktorer som är viktiga för spridning?)
- Sustainability (Hur kan IPS upprätthållas över tid med metodtrogenhet intakt?)

Datainsamling och datakällor

Vi rekommenderar att fokusera på ett fåtal centrala utfall som utgår från datakällor som redan finns och används. Arbetspecialisten har en viktig roll i insamling av data där de befintliga systemen inte registrerar det som efterfrågas, eller där registerdata kan ha för låg tidsupplösning (exempelvis deklaration med årsinkomst), samt ASI.

Samtliga stadsdelsförvaltningar använder samma system, *paraplysystemet*. Avseende förändring i ekonomiskt bistånd/ ersättning verkar det dock inte vara helt oproblematiskt att få ut data från systemet i den form som är önskvärd. På stadsövergripande nivå kan antal hushåll följas samt personer som beviljats bistånd. Denna data kan dock enbart brytas ned på stadsdelsnivå men inte på personer. Därtill har varje stadsdel endast behörighet för att se aktualitet och beslut för sin egen stadsdel. Övergripande trender i antal hushåll/individer som beviljas bistånd är intressant att följa även framåt, för att kunna relatera till eventuell förändring för deltagarna i studiegrupperna. Detta gäller även eventuella politiska beslut som kan ha övergripande påverkan.

För datainsamling gällande stödbehov/vårdkonsumtion behövs data från både socialtjänst och regionala aktörer. Från paraplysystemet som socialtjänsten använder framgår att data över vårdkonsumtion går att få ut från systemet givet att klienten ger sitt tillstånd. För att följa förändring i vårdkonsumtion behövs emellertid också data från regionen (Beroendecentrum, psykiatri samt vanlig vård). Regionen uppger att det rent praktiskt går att hämta ut data kring vårdkonsumtion (profession, grupp/enskilda möten osv) så länge man vet namn och personnummer så går det att se bokningsfrekvens. Denna möjlighet behöver förankras med sektionschef.

Arbetspecialist loggar varje deltagares arbetstimmar/-dagar i samband med möten med deltagaren. Dessa loggar bör initialt rapporteras in månadsvis (för att säkerställa att data samlas in) till mätansvarig, och kan sedan ske på kvartalsbasis om det minskar arbetsbördan. Uppföljningen rekommenderas samlas i ett eget system där projektdata således registreras kontinuerligt, förutsatt att detta är möjligt utifrån etikansökan och GDPR.

Ekonomisk konsekvensanalys

Holmås och kollegor¹⁰ räknar på antalet fler arbetade månader som IPS-gruppen har jämfört med kontrollgruppen per år. Slår man samman år 1 och 2 blir det $(0,245+0,465)$ 0,71 månader, medan om man lägger till år 3 blir summan $(+0,55)$ 1,26 månader. Den växande effektstorleken är talande för utvecklingspotentialen hos IPS-insatsen, och det finns således goda samhällsekonomiska skäl att söka medel för att studien ska kunna pågå i 3 år.

I RISE tidigare förstudierapport om IPS och sociala utfallskontrakt¹ skapades en teoretisk ekonomisk konsekvensanalys. För att möjliggöra beräkning av ekonomiska konsekvenser mäts huruvida deltagaren är sysselsatt, om deltagaren är sysselsatt efter sex, tolv och arton månader, och hur mycket individen faktiskt tjänar. På så vis blir individens lön måttet på det värde som skapas av att individen fått ett arbete, och hänger också samman med den sammanlagda tiden i arbete. Beräkning av värdet sker genom att anta en minimilön för målgruppen på 129 kronor i timmen. En aspekt som lyfts i förstudien är eventuellt lönebidrag. Trots komplexiteten i att estimerar lönebidrag behöver eventuell nedsättning i arbetsförmåga tas hänsyn till. Detta görs genom att skriva ned arbetsförmågan. I den tidigare förstudien antas den genomsnittliga nedsättningen i arbetsförmåga ligga på drygt 70 procent^c. Det innebär att individen då har en timlön på ca 55 kronor i timmen (exkl. bidrag).

För att beräkna värdet av att individen deltar på arbetsmarknaden mäts antalet timmar som målgruppen arbetat. Med utgångspunkt i ovan genomsnittliga timlön kan värdet av arbetet beräknas, samt relateras till kontrollgrupp. För att dra slutsatser kring i vilken omfattning som deltagandet i IPS bidragit till värdet bör målgruppens arbetade timmar relateras till kontrollgruppens. Skillnad i arbetade timmar kan beräknas mellan insatsgrupp och kontrollgrupp, allt annat lika.

För att återkoppla till Holmås artikel¹⁰ kan värdet av en månads extra anställning beräknas, i stället för att räkna på timlön. Värdet av den taxerade inkomsten behöver då ta hänsyn till subventionsgrad (lönebidrag), och värdet av en månads extra anställning ges då av ekvationen nedan:

Värde en månads extra anställning =

(Anställningens omfattning) x (genomsnittlig månadslön) x (1 + arbetsgivaravgifter) x (1 - subventionsgrad)

Det är viktigt att ha i åtanke att det finns flera faktorer som i ovan beskrivna modeller inte beaktas men som rör värdet av ökad andel med sysselsättning hos målgruppen. Dessa är bland annat eventuella undanträngningseffekter^d.

Vidare, eftersom syftet med IPS metoden är att individen ska få ett arbete på öppna arbetsmarknaden, ingår inte sysselsättning i form av praktikarbete, daglig verksamhet, eller liknande, i den ekonomiska modellen. Slutligen, om individen som gått från arbetslös till anställd tidigare uppburit någon form av ekonomisk ersättning (ekonomiskt bistånd tex) innebär det en minskad kostnad för staten samt minskad intäkt för individen. Vad nettot blir för individen av denna transferering beror på om lönen överstiger nivån på biståndet.

Även förändringar i kostnader för stödbehov/vårdkonsumtion kan vägas in i den ekonomiska konsekvensanalysen. För detta krävs kostnadsuppskattningar för de olika insatser som räknas in.

^c Eventuell nedsatt arbetsförmåga för missbruksmålgruppen behöver nödvändigtvis inte motsvara 70 procent, utan anpassas därefter.

^d Med undanträngningseffekt åsyftas att den insats som ges en målgrupp medför att möjligheten för andra målgrupper att nå samma utfall minskas. I detta fall innebär undanträngningseffekter att deltagare i IPS ökar sin chans till arbete samtidigt som chansen att andra arbetslösa personer ska få ett jobb minskar.

Statistisk analys

RISE rekommenderar att genomföra en förregistrering av studieprotokoll, hypoteser och analysplan.

Hierarkiska klusternivåer förekommer i data och behöver undersökas för stadsdel -> arbetspecialist -> individ. Jämförelse av statistiska modeller (med exempelvis ICC och BIC) kommer att visa om det är meningsfullt att klustra på alla tre nivåer, men det är sannolikt relevant att åtminstone klustra deltagare under "sin" arbetspecialist, och med longitudinella data (fler mätningar per individ) bör även data klustras inom individ. Det är sannolikt viktigt att låta deltagarna ha individuella intercept och slopes i modellen, eftersom målgruppen förväntas ha stor spridning på utgångsläge och förutsättningar. General eller generalized linear mixed model rekommenderas.

Complier average causal effect (CACE^{13,14}) är sannolikt ett bättre alternativ till ITT (intent-to-treat), inte minst med tanke på det förväntade bortfallet. Både compliance i form av metodtrogenhet (arbetspecialist) och gällande deltagare. Det senare kan göras utifrån en sammantagen bedömning som både skattas kvalitativt av arbetspecialist, och genom kartläggning av deltagande i/frånvaro från planerade möten med arbetspecialist. Förslagsvis delas compliance in i maximalt tre nivåer, för både metodtrogenhet och deltagande, motsvarande "låg, mellan, hög", men detta beslut bör tas utifrån data.

Tidigare arbetslivserfarenhet kan vara en moderator för individers resultat i studien och är viktigt att samla information om inför deltagandet.

Etikansökan

Om studien erhåller finansiering behöver en ansökan omedelbart göras till Etikprövningsmyndigheten. Ansvarig forskare bör reservera arbetstid i sin kalender i närhet till datumet när besked lämnas om finansiering.

Resurser och bemanning

I detta avsnitt beräknas ungefärlig tidsåtgång för olika aktiviteter samt kostnader för dessa där en uppskattning finns.

Personalresurser

- Arbetsspecialist, 5-6 st (100% tjänst)
- Projektledare (100%), har även roll som
 - o IPS-handledare
 - o Mätansvarig för uppföljning av utfallsmått
- Granskare program -och metodtrogenhet (se nedan)
- Forskare/forskarassistent (i genomsnitt ca 20-25%)

Insatsen från forskare beräknas vara mest intensiv under uppstart och avslut av studien. Vi antar att ca 40% behövs under första och sista halvåret, medan tidsperioderna däremellan har betydligt lägre genomsnittligt resursbehov.

Etikansökan kostar 5 000 kr att få prövad hos Etikprövningsmyndigheten. Vid kompletteringar av godkänd etikansökan tillkommer en kostnad på 2 000 kr. Det är inte ovanligt att man under projekttiden vid längre projekt upptäcker behov av att adressera någon kompletterande frågeställning eller identifierar en ny datakälla som kräver komplettering, så denna kostnad bör räknas in.

Utbildning och handledning IPS

Inom ramen för projektet krävs att arbetsspecialisterna utbildas. I detta fall är såväl när i tid IPS-utbildningen tillhandahålls, om det är fasta tillfällen eller behovsstyrt, och vilken framförhållning som är nödvändig vid bokning av utbildningsplatser aspekter som behöver beaktas i planering av studiestarten. Därtill är faktorer som vad IPS-utbildningen kostar samt hur många dagar den tar i anspråk viktiga delar.

Utbildning av arbetsspecialister sker när arbetsspecialisten är rekryterad och har påbörjat sitt arbete. Tid för rekrytering beräknas ta sammanlagt drygt fem veckor, två veckor för annons samt 2-3 veckor för urval och intervjuer. Vanligtvis har sökande personer uppsägningstid på 1-3 månader, vilket också bör beaktas.

Efter rekrytering behöver arbetsspecialisterna utbildas i IPS. Den utbildning som rekommenderas är **Arbetsrehabilitering enligt IPS^e** som tillhandahålls av Lunds universitet, medicinska fakulteten. Utbildningen är på 7,5 hp och kostar 19 tkr exkl. moms. Kursen är webbaserad och ges på halvfart under tio veckor, vilket innebär att inga rese-/boendekostnader tillkommer. Arbetsspecialisterna kommer under utbildningsperioden att arbeta praktiskt med deltagare med IPS.

En möjlig alternativ IPS-utbildning är en webbaserad kurs som ges av **IPS Employment Center^f**. Denna kurs brukar snabbt bli full. Nästa omgång startar 20 september 2022 och har registrering öppen under perioden 9/8-3/9. Det rekommenderas vidare att addera utbildning i **Supported Education**. Om detta görs tar IPS-utbildningen 15 veckor. Om **Supported Education** delen inte tas med tar utbildningen 12 veckor. Kurserna beräknas under dessa veckor ta drygt 25-30 procent i arbetstid i

e Mera information finns på hemsidan: <https://www.medicin.lu.se/uppdragsutbildning/ihv/utbildningar/arbetsrehabilitering-enligt-ips-75hp>

f Mera information finns på hemsidan: <https://ipsworks.org/index.php/training-courses/practitioner-skills-course/>

anspråk. Kostnaden för båda dessa kurser är totalt 390 dollar, exklusive *Supported Education* delen uppgår kostnaden för utbildningen till 350 dollar. Med rådande dollarkurs motsvarar dessa kostnader ungefär 3 600 kr respektive 4 000 kr.

För skattningar av metodtrogenhet bedöms tidsåtgången för datainsamlingen uppgå till 1,5–2 arbetsdagar. Utöver tid för datainsamling behövs därtill 1-2 dagar för att bearbeta data och sammanställa till en rapport. Sammanlagt bedöms program- och metodtrohetsbedömningen per mätning ta motsvarande en veckas arbetstid i anspråk. Rekommendationen är att två personer utför arbetet för att få en mer valid bedömning, men det förekommer ofta att en person ansvarar för programtrohetsbedömningen. Det föreligger inget krav att en extern granskare utför bedömningen även om det är önskvärt då det finns flera fördelar med detta, framför allt för programtrohetsmätningens trovärdighet.

Som framgått tidigare rekommenderas att sex stycken arbetsspecialister rekryteras inom ramen för studien och att de utbildas i IPS-metodiken parallellt med att de börjar arbeta. Arbetsspecialisterna rekommenderas därtill ha regelbundna möten med IPS-handledare. Handledaren har dels till uppgift att hålla i dessa möten med arbetsspecialisterna, dels att leda en arbetsgrupp varje vecka. De regelbundna mötena med arbetsspecialisten syftar till genomgång av deltagarstock, arbetsgivarkontakter, med mera. Handledningen sker företrädesvis en gång per månad, men minst en gång per kvartal. På gruppmöten är fokus på deltagare, problemlösning kring eventuella problem som uppstått i kontakten med dessa men också att fira framgångar.

De veckovisa gruppmötena tar ungefär 3 timmar per vecka medan handledningen av arbetsspecialisten uppskattas ta ungefär 1,5 timme per gång, beroende på erfarenhet hos arbetsspecialist samt hur många deltagare den enskilde arbetsspecialisten ansvarar för.

Om önskvärt kan utöver ovan handledare också en extern handledare dessutom tas in för per specifikt stöd i KBT-tekniker.

Potentiella risker för studiens implementering

Här listas potentiella risker som bör beaktas i projektplan och genomförande.

- För snabb uppskalning kan ställa till problem. Om alltför många deltagare involveras i IPS-insats samtidigt kan det leda till problem för både arbetsspecialisterna med belastning av att ha många i samma fas samtidigt, och även ökad risk att samordningsproblem uppstår.
- Kommunikation och tydlighet kring syfte, roller och ansvar inom IPS verksamheten. Det finns en risk att relevanta aktörer inte involveras tillräckligt i processen eller att det inte finns någon part som samordnar kommunikationen vilket kan medföra att vissa dialoger inte inträffar och förankringen brister.
- När det kommer till syfte, roller och ansvar kan otydligheter leda till att det uppstår missförstånd kring vem som gör vad och att felaktig information sprids. Denna risk minskar om man använder sig av SIP eller nätverksmöte, men i samtal med många aktörer har det framhållits att det är en fråga värd att lyfta upprepade gånger för att minska risken för bristande samverkan mellan aktörer.
- Samordning kring kommunikationen mellan aktörerna bör genomföras av arbetsspecialisten, medan Socialförvaltningen och Alfa kan bära ett övergripande ansvar för projektet. Styrgrupp och projektgrupp är sammanhang där detta kan diskuteras.
- Bristande uppföljning och återkoppling är en övergripande risk för alla processer som ingår i studien. Projektplan och mötesagendor behöver tydligt beskriva när och hur detta ska ske för att minimera risken att något glöms eller för mycket ansvar läggs på individnivå.
- Utifrån historiska data om antal individer med ekonomiskt bistånd kan det uppstå en situation där det blir stora skillnader mellan stadsdelarna i antalet aktuella deltagare. Trots att det kapacitetsmässigt kan räcka med en arbetsspecialist knuten till en stadsdel är det viktigt att två arbetsspecialister är kopplade till varje stadsdel, både för redundans och samverkan. Det kan medföra att arbetsspecialister som är verksamma i två stadsdelar har en något reducerad total kapacitet jämfört med en arbetsspecialist som enbart arbetar vid en stadsdel/enhet. Detta vägs rimligtvis upp av sekundäreffekter som arbetsmiljöfördelen av att ha en arbetsspecialist-kollega, möjligheter att föra över erfarenheter mellan stadsdelar/enheter, samt minskad sårbarhet för studien om någon arbetsspecialist blir sjuk eller av annan anledning har omfattande frånvaro.
- Samverkan med Beroendecentrum och Prima Maria. Innan avstämning sker mellan enheten för ekonomiskt bistånd och vuxenheten för en deltagares eventuella deltagande i IPS kartläggs om personen får en behandling hos Beroendecentrum eller Prima Maria. I fall det finns en sådan behandling bör en samverkan med Beroendecentrum eller Prima Maria upprättas genom SIP.

- ASI uppföljning behöver göras med regelbundenhet var 6:e månad, vilket utifrån inhämtad statistik inte alltid sker i verksamheterna. Det rekommenderas extra uppmärksamhet, stöttning och uppföljning för att säkerställa att detta fungerar.
- Datainsamling för kontrollgruppen kan kräva extra uppmärksamhet och uppföljning.
- När arbetsspecialist ska ha ledighet/semester eller blir sjuk behöver det finnas en plan för hur kontakten med deltagare täckas upp under frånvaron. Denna planering behöver inkludera deltagaren och helst ske med framförhållning.
- Rutin för hantering av längre återfall behöver tas fram i samverkan mellan arbetsspecialist och socialtjänsten. Projektledare ansvarar för att detta sker och samordnas mellan medverkade stadsdelar/enheter.
- Om pandemin blossar upp igen kommer det att påverka förutsättningarna för studien. Eftersom kontrollgruppen ändå bör påverkas på samma sätt som interventionsgruppen bör det gå att fortsätta studien, men de absoluta resultaten (alltså ej IPS jämfört med kontrollgrupp) kommer sannolikt bli sämre.
- Tolkbehov – verkar vara litet enligt samtal med stadsdelarna som planeras ingå i studien.
- Om klienten flyttar under IPS-insatsen och aktualiseras i annan stadsdel avslutas individens deltagande i studien. Det blir för resurskrävande att inkludera en till stadsdelsförvaltning i datainsamling och samordning.
- Omsättning av personal på stadsdelsförvaltningarna kan komma att kräva kontinuerliga informationsinsatser och förnyade diskussioner för att tydliggöra fördelningar av roller och ansvar. Ett introduktionsmaterial om IPS kan med fördel tas fram, exempelvis skriftligen och i videoformat, för att underlätta och systematisera.

Jämställdhets-, tillgänglighets- och mångfaldsperspektiv

Målgruppen med missbruksproblematik består idag av ca 70% män och 30% kvinnor¹⁵. Det är därför rimligt att förvänta sig en liknande könsfördelning i målgruppen som medverkar i IPS-studien. Samtidigt befinner kvinnorna denna grupp sig ofta i en mer utsatt situation vilket bland annat syns i att 40% av dödsfall relaterade till missbruk handlar om kvinnor¹⁵. Under samtal med Stockholms stads jämställdhetsstrateg bekräftades bilden av att det finns könsskillnader bland missbruksmålgruppen som behöver adresseras när man vill erbjuda IPS. Män med missbruksproblematik uppvisar ofta mer utagerande beteenden än kvinnor, vilket leder till att män i behov av hjälp kan identifieras snabbare. I arbetet med målgruppen behöver man ta hänsyn till dessa skillnader som kan förekomma mellan könen för att kunna erbjuda rätt stöd. Här är det viktigt att förstå könsfördelningen och att den tillhörande problematiken ser olika ut, samt ha en förståelse för varför det är så.

Att kvinnor i missbruk brukar befinna sig i mer utsatta situationer än män beror enligt jämställdhetsstrategen bland annat på att de oftare är utsatta för våld i till exempel nära relationer. Det finns fler män bland gruppen hemlösa, samtidigt som kvinnor ofta är hemlösa på ett annat sätt¹⁶. Detta innebär bland annat att män oftare än kvinnor sover på gatan och att kvinnor i större utsträckning bor på ett vandrarhem eller hotell. Män möts enklare i uppsökande verksamhet då de oftare är akut hemlösa, medan kvinnor bor hos någon de känner eller någon som utsätter dem för våld. Trots att det är färre kvinnor än män som är akut hemlösa är det ofta mer utsatt för kvinnor att befinna sig i den miljön.

När det gäller skillnader mellan personer med annan könsidentitet, könsuttryck eller sexualitet saknas statistiskt underlag. RISE kunskapssammanställning om risk- och skyddsfaktorer för unga¹⁷ visar att individer som identifierar sig tillhöra HBTQI-gruppen har högre risk för problematik inom missbruk och psykisk ohälsa, och även utsatthet för våld.

Planerade tidsramar för studien

Om ansökan för finansiering av studien erhåller ett positivt besked kommer arbete med etikansökan omedelbart att startas. Den beräknas ta 1-2 veckor att sätta samman, och Etikprövningsmyndigheten tar upp till 60 dagar på sig att lämna besked om godkännande.

Parallellt kan rekrytering av arbetsspecialister startas upp och informationsmöten hållas på deltagande verksamheter. Rekrytering av deltagare till studien beräknas därför påbörjas under hösten 2022.

Studien bör söka medel för att pågå under 3 år, även om 2 år kan vara en rimlig omfattning om det föreligger behov av att hålla nere kostnaderna.

Resultatspridning

Delrapportering efter halva studietiden. Slutrapport sätts samman efter avslutat projekt. Fokus på beslutsunderlag för politiker för fortsatt satsning vid goda resultat.

En populärvetenskaplig sammanfattning av resultat kan tillgängliggöras via pressrelease, lämpligen i samverkan mellan medverkande lärosätes pressavdelning och Stockholms stad.

En eller flera forskningsartiklar bör författas för publicering i vetenskaplig tidskrift med Open Access, alltså att artikeln blir fritt tillgänglig att ladda ner. Detta är särskilt viktigt när studien finansieras med offentliga medel. Publicering av preprint på till exempel Open Science Foundation rekommenderas starkt i samband med att artikel skickas in till tidskrift för

Implementeringsplan vid lyckat resultat

Ett första steg är att permanenta arbetssättet med IPS och missbruk i de stadsdelar/enheter som medverkar i studien. Därefter bör information om den framgångsrika studien spridas till både verksamheter och beslutsfattare för att skapa intresse. Det är viktigt att anpassa materialet till mottagaren. Exempelvis kan politiker och beslutsfattare ha ett större intresse av de ekonomiska aspekterna än vad professionella i verksamheterna har.

Det är viktigt att en uppskalning görs med försiktighet och utan att tumma på det viktiga förarbetet med lokal förankring på alla nivåer, och därefter metodtrogenhet. Studier har visat att uppskalning kan medföra problem med just metodtrogenhet vilket resulterar i försämrad effekt över tid¹⁸. En god förebild finns i Norge där man lyckats med spridning av evidensbaserat föräldraskapsstöd med bibehållen metodtrogenhet och effekt över tid¹⁹.

Medverkande från RISE som arbetat med förstudien:

Magnus Johansson, forskare

Marit Preuter, analytiker

Karin Johansson, analytiker

Miriam Lind, praktikant.

Referenser

1. RISE Research Institutes of Sweden, Sveriges Kommuner och Regioner. *Förstudie: IPS Och Sociala Utfallskontrakt – Stockholm*. RISE Research Institutes of Sweden; 2020. Accessed March 28, 2022. <https://www.ri.se/sites/default/files/2020-10/Forstudie-Stockholm.pdf>
2. Janlert U. *Arbete, Arbetslöshet Och Jämlik Hälsa – En Kunskapsöversikt*. Kommissionen för Jämlik Hälsa; 2016. Accessed March 28, 2022. http://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2016/11/2.-arbete-arbetsloeshet-och-jaemlik-haelsa_en-kunskapsoeversikt.pdf
3. SBU. *Individanpassat stöd till arbete (IPS) för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2020. https://www.sbu.se/2020_10
4. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Socialstyrelsen; 2019:144. Accessed March 28, 2022. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>
5. Alfa – för dig med psykisk ohälsa (ej LSS) - Stockholms stad. Accessed March 21, 2022. <https://socialtstod.stockholm/hitta-arbetsmarknadsinsats/arbetsmarknadsinsats/alfa-for-dig-med-psykisk-ohalsa-ej-lss/>
6. Integrering av IPS i psykosvården. Samordningsförbundet. Accessed March 28, 2022. <https://samordningstockholm.se/insatser/integrering-av-ips-i-psykosvarden/>
7. IPS-projektet 2018 – ett projekt delfinansierat av Samordningsförbundet i Södertälje. Published online 2018. Accessed March 29, 2022. <https://sfris.se/wp-content/uploads/2018/10/Faktablad-IPS-2018.pdf>
8. Alis. Samordningsförbundet i Södertälje. Accessed March 21, 2022. <https://sfris.se/finansierade-insatser/alis/>
9. Samordnad individuell plan, SIP. Accessed March 28, 2022. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/samordnadindividuelltplansip.samordnadindividuelltplan.html>
10. Holmås TH, Monstad K, Reme SE. Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme. *Soc Sci Med*. 2021;270:113691. doi:10.1016/j.socscimed.2021.113691
11. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual Placement and Support in Sweden—A randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(1):57-66. doi:10.3109/08039488.2014.929739
12. Missbruksutredningen S. *Missbruket, kunskapen, vården: Missbruksutredningens forskningsbilaga : delbetänkande av Missbruksutredningen*. Fritzes; 2011.
13. Peugh JL, Strotman D, McGrady M, Rausch J, Kashikar-Zuck S. Beyond intent to treat (ITT): A complier average causal effect (CACE) estimation primer. *J Sch Psychol*. 2017;60:7-24. doi:10.1016/j.jsp.2015.12.006
14. Yau LHY, Little RJ. Inference for the Complier-Average Causal Effect From Longitudinal Data Subject to Noncompliance and Missing Data, With Application to a Job Training Assessment for the Unemployed. *J Am Stat Assoc*. 2001;96(456):1232-1244. doi:10.1198/016214501753381887
15. Missbruk slår hårdare mot svenska kvinnor. Socialstyrelsen. Accessed March 29, 2022. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/debattartiklar/missbruk-slar-hardare-mot-svenska-kvinnor/>
16. *Kartläggning - Personer i Hemlöshet i Stockholms Stad*. Socialförvaltningen Stockholm stad; 2020.
17. RISE Social & Health Impact Center. *Risk- Och Skyddsfaktorer – Vad Vet vi Och Vad Kan Göras Med Kunskapen?* RISE Research Institutes of Sweden; 2021. Accessed December 10, 2021. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/935B6>
18. Weisz JR, Ng MY, Bearman SK. Odd Couple? Reenvisioning the Relation Between Science and Practice in the Dissemination-Implementation Era. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(1):58-74. doi:10.1177/2167702613501307
19. Askeland E, Forgatch MS, Apeland A, Reer M, Grønlie AA. Scaling up an Empirically Supported Intervention with Long-Term Outcomes: the Nationwide Implementation of GenerationPMTO in Norway. *Prev Sci*. 2019;20(8):1189-1199. doi:10.1007/s1121-019-01047-9



SH
IC SOCIAL & HEALTH
IMPACT CENTER



RI.
SE