



”Vi kan inte göra det själva”

Implementering av Individual Placement and Support i svensk psykosvård

Ingrid Witte och John Brauer

Working Papers and Reports Social Work



Ingrid Witte och John Brauer

"Vi kan inte göra det själva"

**Implementering av Individual Placement and Support i svensk
psykosvård**

Författare: Ingrid Witte och John Brauer

Titel: "Vi kan inte göra det själva" Implementering av Individual Placement and Support i svensk psykosvård

Utgivare: Örebro universitet, 2026

www.oru.se/publikationer

ISBN: 978-91-89875-36-4

Sammanfattning

I denna rapport presenteras resultat ur en utvärdering av projektet IPS-integrering i vårdteam. Projektet och utvärderingen pågick under perioden 2023-03-01 - 2026-02-28 och finansierades av Europeiska Socialfonden. Utvärderingen är baserad på intervjuer med yrkesverksamma och deltagare i projektet. Syftet med rapporten är att belysa dels möjligheter och hinder som uppstår i implementeringen av IPS, dels deltagares erfarenheter av att vara med i IPS, samt med utgångspunkt i dessa resultat föreslå förbättringsförslag och viktiga områden att ta hänsyn till vid implementering av IPS i Sverige.

Utvärderingens huvudsakliga slutsatser är:

- Det går att implementera IPS inom psykiatriska team i Sverige där arbetsspecialisterna inte är anställda av psykiatrin men det tar tid och kräver kontinuitet.
- Externa faktorer är betydande för möjligheten att implementera IPS för psykosvårdens målgrupp. De inkluderar inte minst ersättningssystemens påverkan samt psykiatris organisering. Samtidigt är det viktigt att följa förändringar i ersättningssystem då det kan uppstå glapp mellan å ena sidan praktikers och patienters farhågor, exempelvis för indragen ersättning och å andra sidan myndigheters faktiska tillämpning.
- Den långsiktiga implementeringen av IPS inom Region Örebro län är oviss. Det är viktigt att klargöra ansvarsfrågan i relation till frågan huruvida IPS är en rehabiliterande vårdinsats eller en arbetsmarknadsinsats. Fokuset på arbete, och då inte minst det arbetsgivarorienterade arbetssättet, innebär att IPS utmanar synen på hälso- och sjukvårdens arbete.
- De deltagare som intervjuats är i huvudsak nöjda med IPS-insatsen. Arbetet koordineras mellan psykosvården och arbetsspecialister utan större behov av mer deltagarintensiv samverkan. Detta har i huvudsak uppfattas som positivt av deltagare. Dock är en risk att deltagares delaktighet förbises om det

uppstår ett glapp mellan den enskildes upplevelse av insatsen och arbetsspecialistens uppfattning om deltagarens deltagande.

- På grund av nedsatt arbetsförmåga har IPS-insatsen i praktiken kommit att erbjuda sysselsättning, med liten eller ingen chans för anställning, åt en stor andel deltagare. Å ena sidan innebär det en avvikelse mot IPS-metoden. Å andra sidan uttrycker de intervjuade deltagarna att sysselsättningen varit stärkande och ett viktigt komplement till socialpsykiatrins dagverksamhet.

Utvärderingen är genomförd av Ingrid Witte och John Brauer. Ingrid Witte är fil.dr. i funktionsnedsättning och samhälle, universitetslektor i socialt arbete vid Örebro universitet samt deltidsanställd vid Stiftelsen Activa. John Brauer är fil.dr. och universitetslektor i socialt arbete vid Örebro universitet.

Innehållsförteckning

Introduktion	7
Vad är IPS?	8
Om projektet	10
Utgångspunkter	11
Tillvägagångssätt	13
Resultat	17
Praktikernas perspektiv	17
Lyckad integrering i psykiatriskt team trots brister	17
Externa regulatoriska förutsättningar och det viktiga myndighetssamarbetet	20
IPS fyller ett insatsglapp, men till vem ska insatsen riktas?	22
Implementering framåt	25
Deltagarnas perspektiv	28
Lyckad integrering – framgång med möjlig baksida?	28
Ersättningssystem som påskyndande och bromsande faktor	30
Övergången från praktik till arbete	32
Sysselsättning i stället för arbete – misslyckande eller mål i sig?	34
Diskussion	37
Huvudsakliga fynd	37
Fördjupad diskussion	38
IPS –arbetsmarknadsinsats eller hälso- och sjukvård?	38
Fortsatt implementering av IPS – kvalitet eller kvantitet?	41
Vilket eller vilka behov fyller IPS?	42
Integreringen av IPS på psykosvården ur ett deltagarperspektiv	43
Slutsatser	44
Referenslista	46

Introduktion

Enligt 26 § i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättningar är ett hållbart arbetsliv en rättighet. För personer med svår psykisk sjukdom såsom schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är det dock ingen självklarhet att få tillgång till arbetsmarknaden. En av de insatser inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som utformats för att personer med svår psykisk sjukdom i större utsträckning ska få tillgång till arbetsmarknaden är den evidensbaserade metoden *Individual Placement and Support* (IPS, på svenska även benämnt som *Individanpassat stöd till arbete*). IPS har både internationellt och i Sverige visats vara mer effektiv än andra metoder inom arbetslivsinriktad rehabilitering.¹ Socialstyrelsen² rekommenderar sedan 2011 metoden för svensk vård avseende personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Trots att IPS är evidensbaserad och rekommenderas av Socialstyrelsen har metoden varit svårt att implementera i Sverige i större omfattning och kunskapen om hur metoden kan implementeras i Sverige är fortfarande knapp.³

I denna rapport presenteras resultatet av en utvärdering avseende ett försök att implementera IPS inom psykosvården i Region Örebro. Försöket genomfördes som ett projekt med finansiering av Europeiska Socialfonden⁴ (ESF) under perioden mars 2023 till och med februari 2026. Det övergripande syftet med utvärderingen har varit att undersöka implementeringen av IPS i en svensk kontext där psykiatri och icke-statliga organisationer samarbetar kring personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Syftet med rapporten är att belysa dels möjligheter och hinder som uppstår i implementeringen av IPS, dels deltagares erfarenheter av att vara med i IPS, samt med utgångspunkt i dessa resultat föreslå förbättringsförslag och viktiga områden att ta hänsyn till vid implementering av IPS i Sverige.

Utvärderingen är genomförd av Ingrid Witte och John Brauer. Ingrid Witte är fil.dr. i funktionsnedsättning och samhälle, universitetslektor i socialt arbete vid Örebro universitet samt deltidsanställd vid Stiftelsen Activa. John Brauer är fil.dr. och universitetslektor i socialt arbete vid Örebro universitet.

Vad är IPS?

Som nämndes i inledningen är IPS en akronym för *Individual Placement and Support* vilket brukar översättas till *Individanpassat stöd till arbete*. IPS är en undergren av *Supported Employment* (SE)⁵ som är en metod utvecklad för personer med olika former av funktionsnedsättning och utgår från idén ”placera, träna, behålla”. Idén är att deltagare snabbt ska komma ut på den arbetsplats där målsättningen är att hen ska få ett arbete. Detta som kontrast till många arbetslivsinriktade insatser där deltagare initialt placeras i särskilda verksamheter, exempelvis kommunal arbetsmarknadsenhet, för att testa samt utveckla förmågor. Den grundläggande ambitionen är alltså att deltagare ska få arbete på den öppna arbetsmarknaden genom att placeras där från start.

IPS utvecklades särskilt för personer med psykisk ohälsa men Socialstyrelsen⁶ rekommenderar även metoden till andra målgrupper, exempelvis personer med missbruk och beroende samt personer med autism. Likt SE utgår IPS från idén att deltagare tidigt placeras inom den öppna arbetsmarknaden på en arbetsplats där deltagaren kan tänka sig arbeta. I jämförelse med SE har IPS högre grad av standardisering inklusive ett mätverktyg för att tillsäkra implementeringens metodtrogenhet. Mätverktyget inkluderar en programtrohetsskala med 25 indikatorer vilka tillsammans mäter hur väl implementeringen överensstämmer med metodens intentioner.⁷ Som vi återkommer till omgärdas implementeringen av IPS både inom och utanför Sverige med begränsningar som gör att IPS-insatser i praktiken sällan uppfyller samtliga krav som specificeras av programtrohetsskalan. Det är viktigt att ha med sig i nästa stycke där IPS beskrivs på ett teoretiskt plan.⁸

IPS bedrivs via team där de arbetsrehabiliterande inslagen är integrerade med psykosocialt och medicinskt stöd. Det vill säga att arbetsspecialisten, som ansvarar för IPS-insatsen, arbetar tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal som läkare, kurator och arbetsterapeut. Arbetsspecialistens uppgift är att tillsammans med deltagaren hitta en lämplig arbetsplats, utifrån deltagarens önskemål, samt därefter stötta deltagaren och arbetsgivaren när deltagaren börjar arbeta. Därtill ingår

ekonomisk rådgivning, inte minst för att undvika negativa konsekvenser som indragen ersättning vid deltagande i IPS. Deltagaren ska få tillgång till stöd så länge den önskar, även efter att den påbörjat en faktisk anställning. Utgångspunkten är att alla som uttrycker en vilja att arbeta kan delta i IPS.

IPS har implementerats i Sverige på olika sätt, såväl i projektform som ordinarie insats. Huvudmannaskap varierar från kommunalt, regionalt till icke-offentlig aktör samt genom samverkan, exempelvis via samordningsförbund. Vikten av IPS har betonats på nationellt plan. Exempelvis avsatte regeringen under 2011-2013 medel för att utveckla kommunernas arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering för personer med psykisk funktionsnedsättning vilket resulterade i försöksverksamheter med IPS inom 32 kommuner och drygt 1 000 deltagare. De kommunala företrädarna var positiva till arbetet men uttryckte svårigheter att få till samverkan med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och arbetsgivare – inte minst för att IPS bröt med den etablerade organiseringen av arbetslivsinriktad rehabilitering.⁹ Därefter har IPS som konstaterat bedrivits i olika former, men trots att Socialstyrelsen¹⁰ rekommenderar IPS till personer med schizofreni och schizofreniliknade tillstånd som önskar arbete har implementeringen i Sverige gått tämligen trögt och endast cirka en tredjedel av Sveriges kommuner erbjuder IPS vilket Socialstyrelsen¹¹ också påpekat är en för låg siffra. Den forskning¹² som bedrivits på IPS i Sverige påvisar både möjligheter och utmaningar. Om det implementeras väl kan IPS överbrygga uppdelningen mellan arbetsmarknadspolitiska insatser och hälso- och sjukvården genom målsättningen inom IPS att integrera dessa stödsystem, vilket i internationell forskning¹³ också visat sig bidra till en mer framgångsrik arbetslivsinriktad rehabilitering. Samtidigt finns återkommande rapporter om svårigheter att på ett långsiktigt sätt lyckas med denna integrering i Sverige vilket härleds till projektformatet, de olika huvudmännens uppdrag och intressen samt svårigheter kopplade till regelverk exempelvis vad gäller sekretess mellan aktörer.

Om projektet¹⁴

Grunden för IPS-projektet är psykosvårdens öppenvård (härefter psykosvården) i Region Örebro län som betjänar cirka 300 000 invånare. Psykosvården har omkring 600 patienter med schizofreni och/eller schizofreniliknande tillstånd. Projektet finansierade totalt 1,75 heltidstjänster för arbetsspecialister som skulle ge arbetsinriktat stöd enligt IPS-principerna. Arbetspecialisterna var anställda vid Stiftelsen Activa, en stiftelse som ägs av Region Örebro och Örebro kommun vilken erbjuder Supported Employment-tjänster i cirka 30 år, samt Fontänhuset Örebro. Activa agerade även projektledare samt ansvarade för att rekrytera arbetsgivare genom en arbetsspecialist. Syftet med projektet var att ge IPS-stöd till 70 patienter vid psykosvården och att 40 % av dessa skulle nå anställning eller påbörja studier.

För att möjliggöra integrering inom psykosvården försågs arbetsspecialisterna med ett kontor på psykosvården där de kunde träffa patienter och klinisk personal. Vidare fick arbetsterapeuterna vid psykosvården huvudansvaret för IPS vid enheten, inklusive att förmedla deltagare till arbetsspecialisterna. Arbetspecialisterna och arbetsterapeuterna hade möten varannan vecka för att planera för potentiella deltagare och följa upp redan inskrivna deltagare. Arbetspecialisterna deltog också månadsvis i psykosvårdens behandlingskonferens, där även all klinisk personal deltog, för att informera om IPS, deltagarnas framsteg samt diskutera potentiella nya deltagare.

För att utvärdera programtroheten mellan projektet och IPS-metoden genomförde projektledarna och arbetsspecialisterna tillsammans med Ingrid Witte en programtrohetsmätning ett år in i projektet utifrån den svenska versionen av programtrohetsskalan.¹⁵ Programtrohetsmätningen gav ett resultat på 99 av 125 poäng, vilket indikerar delvis överensstämmelse med IPS-metoden. Poängavdragen bestod främst i det bristande samarbetet med Arbetsförmedlingen, som inte tillät arbetsökande i ESF-finansierade projekt, samt att de två arbetsuppgifterna att stödja deltagare och rekrytera arbetsgivare delats upp mellan arbetspecialisterna.

Målsättningen att ge IPS-stöd till cirka 70 patienter på psykosvården uppnåddes knappt efter 3 års projekt. Dock uppfylldes inte

målsättningen att 40 % av deltagarna skulle nå anställning eller studier. Efter 3 års projekt hade endast en handfull av deltagarna fått anställning eller påbörjat studier. Detta utfall, som är avsevärt sämre jämfört med det genomsnittliga utfallet av IPS, diskuteras nedan i resultatdelen av rapporten utifrån praktikernas perspektiv.

Den 12 december 2025, det vill säga under projektets avslutande kvartal fattades beslut, i Chefsgrupp för samverkan social välfärd samt vård och omsorg¹⁶ om finansiering av utvecklingsarbete avseende IPS i Örebro län. Utvecklingsarbetet ska finansieras via statliga psykisk hälsa-medel och pågå under 2026 med möjlighet till förlängning under 2027. I protokollet från mötet framgår att *upphandling och val av utförare genomförs utifrån gällande upphandlingsregler (LOU)*.

Utgångspunkter

Denna rapport vägleds av ett nyinstitutionellt organisationsperspektiv¹⁷ vilket innebär ett dubbelt fokus. Dels rör det formella regelverk som begränsar organisationers arbete och uppdrag, exempelvis sekretesslagstiftning och budgetramar. Dels tar perspektivet fasta på betydelsen av informella antaganden i form av kulturella och normativa föreställningar vilka – medvetet eller omedvetet – begränsar organisationer och dess medarbetare. Dessa föreställningar tenderar att vara föregivettagna, eller institutionaliserade, och därför svåra att överbrygga eller bryta med. Ett exempel, vilket är centralt för IPS, är definitionen av sjukvård.¹⁸ Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag vilken innehåller övergripande mål och riktlinjer för regionernas hälso- och sjukvård, och regionerna har ett stort utrymme att själva forma insatser efter lokala behov. Även om exempelvis Socialstyrelsens riktlinjer bidrar till att begränsa detta utrymme finns möjligheter för regionerna att prioritera och värdera insatser olika utifrån föregivettagna föreställningar om vilka insatser som bör prioriteras inom hälso- och sjukvården.

¹ Suijkerbuijk m.fl., 2017; Nøkleby m.fl., 2017

-
- ² Socialstyrelsen, 2018
- ³ Socialstyrelsen, 2022a
- ⁴ Diarienummer vid ESF: 22-015-S10
- ⁵ Utförligare beskrivningar av IPS och SE finns exempelvis via Svenska Föreningen för Supported Employment (SFSE, u.å.)
- ⁶ Socialstyrelsen, 2019; Socialstyrelsen, 2024
- ⁷ Socialstyrelsen, 2022a
- ⁸ Drake m.fl., 2012; Socialstyrelsen 2022b
- ⁹ Socialstyrelsen, 2013
- ¹⁰ Socialstyrelsen, 2018
- ¹¹ Socialstyrelsen, 2022a
- ¹² Exempelvis Bergmark m.fl., 2016; Hillborg m.fl., 2021
- ¹³ Bond, 2004
- ¹⁴ Beskrivningen utgår från projektansökan, vilken finns tillgänglig via det Svenska ESF-rådet, projektägarens slutrapport (Activa, 2026) samt det intervjumaterial som samlats in inom ramen för utvärderingen
- ¹⁵ Socialstyrelsen, 2022b
- ¹⁶ Region Örebro, 2026
- ¹⁷ Scott, 2014
- ¹⁸ SFS 2017:30

Tillvägagångssätt

Uppdraget till utvärderarna var att *analysera processer och deltagarnas utveckling*.¹⁹ Den initiala utvärderingsdesignen kombinerade olika former av data. Dels ingick en återkommande enkät med deltagare, arbetsspecialister och arbetsterapeuter för att mäta deltagarens progression. Dels ingick intervjuer med deltagare och personal för att förstå projektets olika processer. Dock avbröts enkätinsamlingen i dialog med projektledarna under 2024 eftersom antalet deltagare som samtyckte till att delta i enkätstudien var för få för att genomföra en meningsfull kvantitativ analys. Utvärderingen blev därefter mer processororienterad genom att antalet intervjuer med praktiker utökades jämfört med den ursprungliga designen. Genom semistrukturerade intervjuer med deltagare och praktiker involverade i projektet har projektet väglett av syftet att belysa dels möjligheter och hinder som uppstår i implementeringen av IPS, dels deltagares erfarenheter av att vara med i IPS, samt med utgångspunkt i dessa resultat föreslå förbättringsförslag och viktiga områden att ta hänsyn till vid implementering av IPS i Sverige

De intervjuade praktikerna inkluderar de två projektledarna, de fyra arbetsspecialisterna samt fem arbetsterapeuter²⁰ vid psykosvården. Dessa 11 praktiker, som utgjorde en totalpopulation av kärnpersonalen i projektet, intervjuades två gånger, efter ett år av projektet och efter 2,5 år av projektet. Därtill intervjuades två chefer på psykosvården samt fyra av fem hälso- och sjukvårdskuratorer på psykosvården cirka två år efter projektstart. Kuratorerna inkluderades efter genomförda deltagarintervjuer där det framkom att kuratorerna var viktiga för deltagarnas medverkan i projektet. Cheferna på psykosvården inkluderades efter att forskarna hade deltagit i ett styrgruppsmöte för projektet, där det blev tydligt att cheferna skulle ha viktig information att förmedla angående implementeringen av IPS. Totalt intervjuades 17 praktiker, varav 11 intervjuades två gånger, vilket resulterade i sammanlagt 28 intervjuer.

Intervjuerna med deltagarna i IPS omfattade 12 deltagare som vid intervjutillfället deltagit minst ett år i IPS-insatsen. IPS-deltagarna tillfrågades av sina arbetsspecialister om de ville delta i en intervju om

projektet. Vi har därför inte själva gjort urvalet av IPS-deltagare att intervjua och därför bör resultatet tolkas med försiktighet. Könsfördelningen var 50 % kvinnor och 50 % män. Medelålder var 40 år; den yngsta var 30 år och den äldsta 58 år. 11 av 12 var ensamstående och en gift. Sju hade inga barn, fyra hade vuxna barn och en hade barn placerat hos anhörig. Nio var födda i Sverige, två flyttade till Sverige som tonåringar och en adopterades som spädbarn. Samtliga utom en hade arbetat även om omfattningen varierade. Ersättning i samband med att de påbörjade deltagandet i IPS framgår av tabell 1.

Tabell 1. De intervjuade deltagarnas ersättningsform i samband med att de påbörjade aktiviteten

Ersättning	Antal
Försörjningsstöd	4
Sjukersättning	4
Sjukpenning	3
Sjukpenning i särskilda fall	1

Samtliga intervjuer, utom en med en av IPS-deltagarna, spelades in och transkriberades sedan för vidare analys. Praktikerintervjuerna och deltagarintervjuerna har analyserats separat med kvalitativ innehållsanalys²¹

Den initiala utvärderingsdesignen genomgick prövning vid Etikprövningsmyndigheten²² (EPM) innan datainsamling påbörjades. Förändringarna av utvärderingsdesignen, inklusive det utökade antalet intervjuer, bedömdes inte kräva tilläggsansökan till EPM då den ursprungliga ansökan tagit höjd för ett större antal intervjuer med praktiker.

¹⁹ Avtal upprättat 2023 mellan Stiftelsen Activa och Örebro universitet

²⁰ Vid projektets inledning var sex arbetsterapeuter anställda inom psykosvården. En slutade strax efter att projektet startade och ersattes inte av någon ny

²¹ Graneheim & Lundman, 2004

²² Diarienummer vid Etikprövningsmyndigheten: 2023-00347-01

Resultat

Resultatet av utvärderingen inleds med praktikernas perspektiv; därefter presenteras deltagarnas perspektiv.

Praktikernas perspektiv

Efter analys av de 28 intervjuerna med de 17 praktikerna i projektet framkom fyra teman vilka presenteras i tabell 2 samt i separata underrubriker.

Tabell 2. Teman i intervjuer utifrån praktikernas perspektiv.

Lyckad integrering i psykiatriskt team trots brister

Externa regulatoriska förutsättningar och det viktiga myndighetssamarbetet

IPS fyller ett insatsglapp, men till vem ska insatsen riktas?

Implementering framåt

Lyckad integrering i psykiatriskt team trots brister

Den samlade bilden från intervjuerna var att integreringen av arbetspecialisterna på psykosvården fungerat väl samt att arbetet med IPS gynnats av integreringen. Detta illustreras i följande citat av en arbetsterapeut respektive en arbetsspecialist:

IPS här tycker jag ju blir väldigt, jag tycker det förenklar arbetet mycket. Man vet vilka alla är. Man har en struktur för att träffas. Man har samtycke att prata med varandra. Och jag menar, alla bidrar ju med olika delar då, så att säga. [...] Jag har nog aldrig varit med om så smidigt liksom samarbete.

Arbetsterapeut 2, Intervjutillfälle 1

Och det händer ju också att vi från vår sida undrar hur vi ska tänka kring en person och nu tar vi hjälp av arbetsterapeuterna "Vad tänker ni? Vad vet ni? Är det något som inte har framkommit?". Precis så som jag tycker att det ska vara! Utifrån olika professioner så tänker vi ihop, för det är inte alltid det är så enkelt. Verkligen inte.

Arbetspecialist 4, Intervjutillfälle 1

Samarbetet tycks ha vilat på en utbredd uppfattning inom psykosvården om att arbete eller sysselsättning har en inneboende rehabiliterande effekt, samt att IPS bör erbjudas i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer. Därtill har psykosvårdens personal stort förtroende för arbetspecialisterna och deras kompetens. Alla intervjupersoner uppgav också att IPS är fördelaktigt för patienterna på psykosvården. Både personalen på psykosvården och arbetspecialisterna uttryckte att samarbetet underlättades i och med att arbetspecialisterna lokaliserades till psykosvården. Sekretesslagstiftningen var inte något stort problem eftersom den löses genom samtycke från patienten som deltar i IPS.

Integreringen av arbetspecialisterna på psykosvården var dock varken fullständig eller problemfri. Det grundläggande problemet var att arbetspecialisterna endast deltog på plats i verksamheten deltid. En arbetspecialist reflekterade över ofullständigheten i integreringen:

Vi är ju integrerade till viss del nu på psykosvården. Men det jag ser, det är ju egentligen att man skulle ju vara där hela tiden som man är med i patientarbetet. Alltså, så att man inte bara är någon som är där ibland, utan då ska man ju egentligen vara med på, ja, men kanske alla möten kring en patient. Alltså så som man är en del av teamet. Det är man ju inte nu.

Arbetspecialist 1, intervjutillfälle 2

Medan arbetsterapeuterna är mycket engagerade i IPS, varierar engagemanget för IPS bland övrig personal inom psykosvården. En arbetsterapeut ger ett exempel från en behandlingskonferens:

Ibland, det som kan vara negativt, är väl ibland när...eller lite otacksamt, kan jag tycka, när arbetspecialisterna berättar i början på behandlingskonferensen om hur det går för

IPS-deltagarna. Och sen så tycker nån ”Jaha, men ska vi inte gå vidare med det vi egentligen ska prata om, eller vi har ju ärenden att prata om.” liksom lite så här.

Arbetsterapeut 3, Intervjutillfälle 1

Citatet illustrerar idén om en åtskillnad mellan psykosvårdens kärnuppdrag och IPS. Kärnuppdraget, med tyngdpunkt på medicinska aspekter, ges högre prioritet medan den arbetsrehabiliterande ambitionen inom IPS nedprioriteras.

Alla intervjupersonerna är överens om vikten av att arbetsspecialisterna deltar på behandlingskonferenserna på psykosvården, men att det varit ett ständigt pågående arbete att hitta rätt struktur och omfattning samt att få hela personalgruppen på psykosvården engagerad i IPS. Detta pågående arbete berör också frågan om tidsaspekten. Det tar tid att integrera IPS inom psykosvården, vilken samma arbetsterapeut reflekterar över vid det andra intervjutillfället:

Jag tänker också att eftersom det har ändå funnits med ett tag, IPS, och att det är liksom en möjlighet. Så har vi nog alla ändå mer närmare till, eller liksom har det mer naturligt, vad ska man säga, mer nära att komma på ”Ja, men det här kanske är en patient för IPS”, tänker jag än vad vi hade kanske i början, då var det lite mer så här, det krävdes lite mer ”Just det, IPS”, och så tänka efter, vem skulle kunna. Nu är det mer en naturlig del, att man tänker, det är ju, det är något vi kan erbjuda.

Arbetsterapeut 3, Intervjutillfälle 2

Något som kan komma att påverka det fortsatta arbetet är en omorganisation, inklusive personalnedskärningar, som är under genomförande inom psykosvården. Vid tidpunkten för det andra intervjutillfället pågick en halvering av rehabiliteringspersonalen (arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer), samtidigt som fler sjuksköterskor och skötare anställdes. Det ökade medicinska fokuset skapade oro inom rehabiliteringspersonalen för negativa effekter på det psykosocialt orienterade arbetet inklusive IPS. De intervjuade arbetsterapeuterna konstaterade att eftersom de nu skulle vara tre,

jämfört med sex när projektet startade, skulle de få mindre tid att hitta lämpliga deltagare till IPS.

Externa regulatoriska förutsättningar och det viktiga myndighetssamarbetet

Alla intervjupersoner berättade om hur externa regulatoriska förutsättningar påverkade arbetet med IPS och hur viktigt samarbetet med myndigheter såsom Försäkringskassan var. Merparten av IPS-deltagarna är beroende av välfärdssystemet för sin försörjning. De flesta ersättningarna medförde inga problem för deltagande i IPS. Detta gällde sjukpenning och aktivitetsersättning från Försäkringskassan samt kommunalt försörjningsstöd. Det fanns dock också vissa ersättningar som skapade problem för potentiella deltagare. Om en patient inom psykosvården var inskriven på Arbetsförmedlingen kunde patienten inte delta i IPS, eftersom IPS inte var en upphandlad aktör hos Arbetsförmedlingen. Därför kunde dessa patienter gå miste om stöd, inklusive arbetslöshetskassa. Som en av arbetsspecialisterna uttrycker det:

Det kan vara att de är inskrivna på Arbetsförmedlingen och har a-kassa eller är med i något program. Då kan de inte heller vara med i projektet. Så jag tänker att de som egentligen skulle få väldigt bra hjälp av projektet stoppas av de reglerna. För man måste ju fortfarande, man är ju rädd om sin försörjning också.

Arbetsspecialist 3, Intervjutillfälle 1

Patienter som hade anställning men samtidigt var sjukskrivna och fick sjukpenning kunde inte heller delta i IPS. Men även om regelverken kring ersättningar via Arbetsförmedlingen och sjukpenning vid anställning var problematiska för deltagande i IPS, var de förutsägbara och lättbegripliga. Det ersättningssystem som väckte mest oro var sjukersättning. Eftersom sjukersättning är en stadigvarande ersättning som ger ekonomisk trygghet för deltagaren, tvekade vissa deltagare eller avstod helt från att delta i IPS av rädsla för att förlora sjukersättningen:

Det finns vissa fall som, en deltagare som har sjukersättning men kanske är rädd att förlora ersättningen, liksom vill inte

riskera att förlora ersättningen. Så de backar och vill inte delta i projektet.

Arbetspecialist 2, Intervjutillfälle 1

Denna rädsla, vilken belyses ur ett deltagarperspektiv nedan, skapade ett dilemma för arbetspecialister och psykosvårdens personal med avseende på i vilken grad de skulle uppmuntra patienter att delta i IPS. Å ena sidan innebar rädslan för indragen ersättning att patienter blev utan stödet från IPS. Å andra sidan är indragen ersättning förknippat med stor ekonomisk och emotionell press. Både arbetsspecialisterna och psykosvårdens personal gav uttryck för en försiktig hållning där risken för indragen ersättning värderades över de gynnsamma effekter som kunde följa av IPS, varför potentiella deltagare avrådes från - eller inte tillfrågades om - att delta.

Samarbete med olika myndigheter varierade både i omfattning och smidighet. Det fanns knappt något samarbete med Arbetsförmedlingen vilket som konstaterats berodde på myndighetens regelverk vilket förhindrade deltagande. Samarbetet med Försörjningsstöd fungerade i allmänhet väl. Socialsekreterare var vanligtvis bara glada över att något erbjöds deras klienter enligt intervjupersonerna. Även om samarbetet med Försäkringskassan generellt sett beskrivs som välfungerade uttrycktes också vissa utmaningar i samarbetet. Framför allt för patienter med sjukersättning var det svårt att få entydiga besked från Försäkringskassan om möjligheten till deltagande, vilket en av arbetsterapeuterna förklarar:

Man har olika kontakt med olika handläggare som har olika erfarenhet. Men har du sjukersättning så har du ju ingen [egen] handläggare heller och de kan ju sitta var som helst i Sverige och har inte koll på IPS och så ska de försöka tolka in det här och vet inte exakt vad det är och så får man försöka förklara och sen kanske vi förklarar olika beroende på vem som har kontakt med dem och sen så blir det snurrigt. Och så fattar alla olika beslut för att ingen riktigt vet.

Arbeterapeut 1, Intervjutillfälle 2

Den här svårigheten att få entydiga svar från Försäkringskassan ledde till att projektpersonalen alltid behövde kontrollera med

Försäkringskassan innan någon kunde börja i IPS. Det ledde också till ett behov av hög kompetens om regelverket – särskilt bland arbetsspecialisterna – och även behov av mycket noggranna dialoger om vilken typ av insats IPS är med de handläggare de kom i kontakt med, vilket en av arbetsspecialisterna förklarar:

Jag tycker ändå att jag haft en bra dialog med de på Försäkringskassan också. Det verkar vara lite kanske olika i olika ärenden. Men, när de får klart för sig att det här är en insats via vården, då tycker de att, nej men då ser de det som att det här är okej. Då blir det som en del i vårdinsats eller en del i rehabilitering. Men skulle man säga att det här är en arbetsmarknadsinsats. Då är det klart att de skulle kunna ifrågasätta varför ska personen då vara sjukskriven. [...] Om man är noga med att det här är IPS och att [deltagarna] är remitterade från vården. Då har det varit lugnt.

Arbetspecialist 3, intervju 2

IPS fyller ett insatsglapp, men till vem ska insatsen riktas?

Merparten av intervjupersonerna var överens om att IPS fyllde ett glapp i serviceutbudet för patienterna inom psykosvården, eftersom det saknas insatser som leder till arbete för målgruppen. Inte minst ifrågasattes Arbetsförmedlingens stöd till målgruppen:

Jag upplever inte att Arbetsförmedlingen eller många andra ställen har den uppbackningen och förstår inte riktigt vad våra patienter behöver. Det märker vi när vi har patienter som har stöd från Arbetsförmedlingen, man har inte uppföljning, man har inte, ser kanske inte eller vet kanske inte hur man ska följa upp en patient, där vi då får gå in och ha ganska mycket kontakt. Så, därför så tycker jag att IPS har väldigt många funktioner som jag kan sakna i andra organisationer.

Kurator 2

Anledningen till att IPS fyller det här insatsglappet verkar vara den täta sammanflätningen mellan hälso- och sjukvården och arbetsmarknadsinsatser:

Det som är viktigast är ju samarbetet mellan vården och stöd mot jobb. Alltså att man har med både vården och hur det funkar, hur mår den här patienten, hur funkar den här personen utifrån sin sjukdom, tillsammans med kunskap om arbetsmarknaden och vad finns det för möjligheter till jobb, och kontakter framför allt. För att vi...Ja, man behöver ju båda för att det ska vara möjligt.

Arbetsterapeut 3, intervjutillfälle 1

Flera av de intervjuade, särskilt projektledarna, påpekar också att IPS är en evidensbaserad metod som fungerar bättre än andra insatser inom det här området och att den rekommenderas av Socialstyrelsen. Många av de intervjuade framhåller dessutom att IPS erbjuder möjligheter för patienterna som de annars inte skulle få:

Vår patientgrupp är ju inte i så hög grad personer som driver sina egna rättigheter och frågor i samhället och så. Det behöver ju andra göra åt dem. För de är ingen röst på det sättet. Men de är en ganska stor grupp och en ganska så samhällsekonomiskt tung. Det kostar oss mycket pengar. De bidrar inte på något sätt till våra skatteintäkter, men de kostar oss väldigt mycket. Och det gör dem ju lite ointressanta på ett sätt också, om man ska hårdra det. Så det tycker jag är väldigt fint att det här är en skillnad där. Att de blir också samhällsmedborgare, precis som vi andra. Att de är på arbetsplatserna och får en plats där. Så det tycker jag är en viktig poäng med projektet. Att man, som alla andra, ska få prova det i alla fall och ses som en resurs och tillgång.

Enhetschef 1

Flera av de intervjuade betonar att IPS inte borde vara ett tidsbegränsat projekt. Detta dels eftersom processerna för att nå anställning ofta är långdragna, dels eftersom många patienter behöver avsevärd tid innan de ens kan överväga att delta i en insats som IPS:

Jag tänkte i somras då att "Ja, men nu har jag nog några som har varit med eller som liksom man har pratat med under några år och tänkte att nu är det dags." Men en tyckte att nej men hon var fortfarande alldeles för sjuk för att kunna

komma ut till någonting. En annan som nej men hon är sjukskriven och får sjukpenning och är jättenöjd med det.

Arbetsterapeut 5, Intervjutillfälle 2

Även om det var nästan fullständig enighet bland intervjupersonerna om fördelarna med att erbjuda IPS till patienterna inom psykosvården, uttryckte en kurator vissa tvivel. Kuratorn påpekade att hon inte visste så mycket om IPS, men tyckte att andra insatser också hade varit bra för patienterna och visste därför inte om IPS verkligen tillförde något nytt.

Personalen på psykosvården upplevde svårigheter med att rekrytera patienter till IPS. De beskrev sin patientgrupp som att den stod långt från arbetsmarknaden då få av patienterna var intresserade av arbete eller var för sjuka för att klara av en anställning:

Ja, alltså det är ju få av våra patienter som verkligen vill ha ett jobb. Ja, jag tänker att många har haft ett jobb och sen tänker de tillbaka till vad de gjorde då och vad de klarade då och nu inser de, att de har inte samma funktion längre.

Arbetsterapeut 5, Intervjutillfälle 2

Svårigheterna med att rekrytera deltagare krockade med projektformatet. Finansieringen från ESF med betoningen på mätbarhet i termer av deltagarantal manifesterades i ett behov att uppfylla projektets deltagarantal. Detta behov verkar ha inneburit att ett betydande antal deltagare haft sämre förutsättningar att få ett arbete i jämförelse med de som brukar ta del av IPS i Sverige. Många deltagare i projektet hade sjukersättning, en ersättningstyp som vanligtvis innebär att individen inte ens övervägs för IPS då de redan har bedömts sakna arbetsförmåga permanent. För deltagare långt ifrån arbetsmarknaden, konstaterade praktikerna, var det endast med tveksamhet deltagandet kunde betraktas som IPS. Detta utifrån det starka fokuset på att uppnå anställning inom IPS:

Vi har ju sett också att det är många som står otroligt långt ifrån. Alltså, vi har vissa som, ja, som jag sa, haft sjukersättning och under 20 års tid kanske, och inte varit ute i någonting. Så där kanske det inte har varit just anställning. Men man ser liksom att personer mår gott av att komma ut i ett

socialt sammanhang. Alltså, komma till en plats och få arbetskollegor. Ja, men det här att bryta isoleringen för många. Ja, man blir ensam, liksom. Så att, visst har man liksom anställning i bakhuvudet. Men, inte i alla fall jobbar vi inte mot anställning. Och det är också för att personerna själva inte har det målet. Så rent krasst så jobbar vi ju faktiskt med personer då som inte är IPS. Alltså, eftersom IPS då är det ju anställning eller studier.

Arbetspecialist 1, Intervjutillfälle 2

Rekryteringen till IPS verkade också vara beroende av hur den psykiatriska vården och andra rehabiliteringsinsatser var organiserade inom regionen. Flera av intervjupersonerna nämnde att många av de förstagångspsykospatienter som borde hänvisas till psykosvården inte gör det, utan i stället stannar kvar inom andra psykiatriska enheter. Enligt de intervjuade är detta annars en grupp som skulle ha stor nytta av IPS. En annan grupp som troligen också skulle dra nytta av IPS, enligt de intervjuade, är de som får arbetslivsinriktad rehabilitering via Arbetsförmedlingen. Men ingen av dessa två grupper kan få IPS i den nuvarande organiseringen av psykiatrin. Dessa omständigheter har lett till att chefer och projektledare vill bredda IPS till att omfatta alla psykiatriska enheter, så att IPS kan erbjudas till fler personer som kan ha nytta av det.

Implementering framåt

Alla intervjupersoner verkade vilja att IPS skulle implementeras långsiktigt. De trodde också att det skulle vara samhällsekonomiskt fördelaktigt om fler av patienterna inom psykiatrin hade kunnat arbeta. De påpekade dock också att det finns vissa översättnings- och överföringsproblem med IPS till den svenska kontexten, bland annat vad gäller en jämförelsevis omfattande arbetsrättslig lagstiftning som innebär att en anställning är förknippat med stort arbetsgivaransvar. Men det största problemet verkar ändå vara hur IPS ska kunna fungera i enlighet med det svenska välfärdssystemet:

Jag menar, nu är det här framtaget i en amerikansk kontext och de har ju inte välfärdssystem på samma sätt som man har i Sverige. Och jag kan också förstå det, om man tar

Försäkringskassan som exempel, att de måste ju vara med och tycka utifrån att de betalar ut skattemedel, att det finns en viss täckning och att det ska vara på ett visst sätt och att det ska vara korrekt och så. Men det kan också försvåra för individerna att faktiskt pröva på. Och det här med den ekonomiska delen i det. Det är inte helt lätt att lotsa rätt faktiskt och hur gör vi.

Arbetspecialist 4, Intervjutillfälle 1

En liknande frågeställning är vilken aktör inom välfärdssystemet som ska ta ansvar för en insats som IPS. Eftersom IPS innefattar både hälso- och sjukvård samt arbetsmarknadsinsatser finns det inget självklart svar:

Jag tror att det väl är lite oklart också vem i samhället som ska ta i den här frågan. Är det hälso- och sjukvården? Är det Försörjningsstöd? Är det Socialpsykiatri? Är det Arbetsförmedlingen? Det finns liksom ett hål, ett glapp, för våra patienter.

Kurator 1

Flera av intervjupersonerna från psykosvården påpekade också att deras uppdrag är att jobba med hälso- och sjukvård och att det är oklart om IPS ingår där. En av cheferna på psykosvården påpekade också att även om hälso- och sjukvården skulle ta på sig ansvaret för IPS, så saknar de kompetens när det gäller arbetsmarknadsdelen:

Den här metoden är viktig. Men den är svår att uppfylla själv. Vi bedriver ju vård. Och det som har varit bra med Activa som har hållit på med det här ett tag, det är att de också har upparbetat ett jättestort kontaktnät med arbetsgivare. [...] Vilket jag tror är en förutsättning. Skulle jag eller vi i vården sitta och försöka hitta en arbetsplats utan kontaktnät så kommer metoden snabbt att tappa i effektivitet. Och det är det som är det lilla kruxet här. [...] Vi kan inte göra det själva.

Enhetschef 2

Eftersom IPS är rekommenderat av Socialstyrelsen finns det ett stort tryck på att implementera metoden inom psykosvården, och vid tiden för det andra intervjutillfället med kärnpersonalen i projektet verkade

det finnas finansiering för en fortsättning av projektet. Regionen och alla intervjuade hade förhoppningar om någon form av implementering. Under våren 2025 kunde projektet inte ta in nya deltagare i IPS eftersom medarbetarna inte visste vad som skulle hända efter projektets slut. Men när det andra intervjutillfället genomfördes under hösten 2025 hade de fått besked om att det skulle bli en fortsättning och att de återigen kunde ta in nya deltagare i IPS. Därtill att IPS skulle breddas till fler psykiatriska enheter. Tillvägagångssättet för denna implementering var dock fortfarande mycket oklart vilket påverkade arbetet med potentiella deltagarna:

Den information vi har fått nu det är att ja, det kommer bli fortsättning men inte i vilken form, hur det kommer se ut. Men det gör ju också att man blir lite försiktig med att föreslå IPS till patienter. [...] Det blir lite så här osäkert om man inte vet formen. [...] Och då ska man förklara för en patient. Förut har man kunnat sagt att ja men arbetspecialisten är här på torsdag, eller vi kan boka ett besök. Och nu vet man ju inte, arbetspecialisten kommer den sitta här? Eller ska vi boka ett besök på Activa? Eller ska det komma att sitta en person på sjukhuset? Eller hur kommer det se ut?

Arbets terapeut 5, Intervjutillfälle 2

En annan oro kring implementeringen efter projektavslut var möjligheten att integrera arbetet i de psykiatriska teamen vid breddning till flera psykiatriska enheter, samt att breddningen till fler enheter skulle begränsa möjligheten till att arbeta metodtroget i enlighet med IPS:

Jag tror att vi är överens om att vi vidgar till andra målgrupper. Fast vi går ifrån det här teamtänkandet som är IPS. Det är väl egentligen bara psykosvården som har ett teamarbete. Alltså där man har en hel... Alla professioner kring patienterna.

Projektledare 1, Intervjutillfälle 2

Ytterligare ett orosmoment kring implementeringen var att det hade tagit lång tid för IPS att bli en inarbetad och erkänd insats av alla yrkesverksamma på psykosvården. När IPS nu skulle implementeras vid flera psykiatriska enheter efterfrågade arbetspecialisterna utbildning i

IPS för samtliga psykiatriska enheter för att möjliggöra en smidigare implementering.

Deltagarnas perspektiv

I likhet med praktikerintervjuerna resulterade analysen av intervjuerna med deltagare i fyra teman vilka presenteras nedan.

Tabell 3. Teman i intervjuer utifrån deltagarnas perspektiv

<i>Lyckad integrering – framgång med möjlig baksida?</i>
<i>Ersättningssystem som påskyndande och bromsande faktor</i>
<i>Övergången från praktik till arbete</i>
<i>Sysselsättning i stället för Arbete – misslyckande eller mål i sig?</i>

Lyckad integrering – framgång med möjlig baksida?

Flera deltagare ger uttryck för att IPS och arbetsspecialisterna tillfört något till psykosvårdens ordinarie stöd, detta i form av utökat fokus på arbete och sysselsättning. Här återfinns, likt i praktikerintervjuerna, en bild av att psykosvården utgår från en snäv tolkning av sitt uppdrag där frågor om arbete och sysselsättning kommer i skymundan:

-Jag tror psykiatrin tänker att ”psykiatri är psykiatri”. Nu vet jag att de har arbetsterapeuter och sånt där, men jag tycker nog psykiatrin borde ställa frågan...

-Om arbete och sysselsättning?

-Ja, precis.

Deltagare 10

IPS-projektet tycks ha bidragit till att bredda psykosvårdens fokus till att även inkludera frågor om arbete och sysselsättning som en

integrerad del av behandlingen. Flera deltagare uttryckte att de uppskattat att bli erbjudna stöd i frågor om arbete och sysselsättning. Därtill uttryckte merparten av deltagarna att uppstart, inklusive kartläggning och val av arbetsplats, flutit på väl även om tiden mellan projektstart och påbörjad arbetsträning ibland blev utdragen. Orsaker till denna fördröjning varierade, från behov av att klargöra medicinska förutsättningar, svårigheter att hitta lämplig arbetsplats samt personliga händelser som inföll under kartläggningstiden.

Deltagarna informerades inför start om att arbetspecialist och psykosvårdens personal har löpande kontakt. Flertalet deltagare ger uttryck för en lyckad integrering i bemärkelsen att de kände förtroende för att samarbetet löpte på mellan arbetsspecialisterna och sjukvårdspersonal.

Det har inte varit några konstigheter. Men jag har ju vetat att det hela tiden är konstant samarbete därifrån.

Deltagare 1

Därtill uttryckte deltagare att de uppfattade möjlighet till mer omfattande samverkan vid behov:

Men hade jag sagt det [trepartsmöte], eller föreslagit att det kanske är bra att vi diskuterar med min arbetsterapeut då hade vi nog liksom ordnat det.

Deltagare 9

Citaten illustrerar deltagarnas medvetenhet om att arbetet koordineras mellan de involverade organisationerna; en koordinering vilken förebyggde behovet av trepartsmöten eller andra mer ingående samverkanstrukturer. Samtidigt fanns möjligheten att initiera samverkan, mellan arbetspecialist, kontaktperson inom psykiatri och deltagaren, om behovet skulle ha uppstått.

Samtidigt som merparten av intervjupersonerna uttryckte tillfredsställelse med koordineringen mellan arbetspecialisterna och psykosvårdens personal återfanns även önskemål om mer ingående samverkan:

Det här ju liksom andrahandsinformation som de har fått från arbetsspecialisten...jag skulle vilja se mycket mer delaktighet. För det är ändå mig det handlar om.

Deltagare 8

Deltagaren gav uttryck för att i stort vara nöjd med insatsen, inklusive koordineringen mellan arbetsspecialist och företrädare för psykosvården. Deltagaren pekade dock på en potentiell risk med arbets sättet. Integreringen bygger på att arbetsspecialisten har tät kontakt med deltagare och arbetsgivare samt rapporterar löpande till personal på psykosvården. Arbetsspecialisten blir på detta sätt en länk mellan IPS-deltagaren och vården. Om arbetsspecialisten och deltagaren har olika uppfattningar om hur deltagandet fortskrider uppstår en risk att deltagarens perspektiv inte når psykosvården. Återigen rör det sig för den citerade deltagaren om en hypotetisk risk. Ingen av de intervjuade deltagarna uttryckte en liknande farhåga.

Ersättningssystem som påskyndande och bromsande faktor

Som berördes ur ett praktikerperspektiv ovan har regelverken för olika ersättningssystem en inverkan på möjligheten att medverka i IPS. Denna inverkan framkom även i deltagarintervjuerna där både erfarenhet av tidigare kontakt respektive den pågående kontakten med Försäkringskassan eller Försörjningsstöd tycktes påskynda eller bromsa deltagande i IPS. Här är det viktigt att betona det begränsade urvalet. Det är inte givet att de intervjuade deltagarnas erfarenheter är representativt för individer med schizofreni och/eller schizofreniliknande tillstånd.

Likt vid praktikerintervjuerna framkom en bild av Försäkringskassan som mest problematisk. Utgångspunkt för denna problematik var ofta föreställningar om att myndigheten kan dra in eller reducera ersättningen till individer som påbörjar arbetsrehabiliterande insatser. Dessa föreställningar genererade en oro för konsekvenserna av att medverka i projektet:

Jag har ju hört, eller innan jag började så hörde jag att man kunde bli av med sin [sjuk]ersättning... Jag var orolig för det. För man vill ju inte bli av med det.

Deltagare 11

I praktiken visade sig dock oron vara obefogad för flera intervjupersoner. De vittnar om att Försäkringskassan varit positiva till IPS-deltagande utan uttalad risk för indragen eller reducerad nedsättning. Deltagaren konstaterade:

Och sen har jag fått en jättebra handläggare på Försäkringskassan också som är med och skriver upp och skickar ut papper på Kivra att [deltagarens namn] arbetstränar så här mycket, så många timmar och att det är okej.

Deltagare 11

Ytterligare ett exempel där Försäkringskassan var mer flexibel än vad deltagaren kanske förväntade sig gällde en deltagare som genom projektet fick en anställning på halvtid:

Jag pratade med Försäkringskassan och får vara sjukskriven på 50% och få sjukpenning extra... Så att de var helt, de var nöjda med den dealen, så att säga.

Deltagare 1

Den citerade deltagaren ger uttryck för en pragmatisk hantering från Försäkringskassans sida som möjliggjorde arbetsmarknadsdeltagande på deltagarens villkor. Vad citaten visar är att de farhågor som både praktiker och deltagare ger uttryck för inte alltid motsvarar Försäkringskassans handläggning vilken ibland visat sig möjliggöra IPS i högre grad än vad intervjupersonerna trott.

Vad gäller försörjningsstöd är bilden mer samstämmig. Intervjupersoner som uppbär försörjningsstöd uppger att socialsekreterare tenderar att ställa sig positiva till deltagande. Det återfinns även exempel på att socialsekreteraren föreslagit deltagande som en lämplig åtgärd.

Övergången från praktik till arbete

Som framgick av beskrivningen till IPS är metodens utgångspunkt att deltagare placeras på en arbetsplats med ambitionen att uppnå en anställning inom ett ”konkurrensutsatt arbete” snarare än arbeten som är ”tillfälliga eller tidsbegränsade (exempelvis praktikplatser).”²³ I intervjuerna återfinns dock flera utsagor som tyder på att deltagarna upplever IPS mer som en ordinarie praktikplats, snarare än ett försteg till faktiskt arbete. Dessa upplevelser uppstår inte minst när möjligheten till att faktiskt få arbete verkar vara stängd i praktiken. Det kommer till uttryck när arbetsgivare undviker att ge konkreta svar på möjligheten för deltagare att gå från praktik till lönearbete:

Till och med kollegorna tyckte ”Nu är det kanske dags att börja anställa dig” för det här känns inte schysst.

Deltagare 1

Citatet följer på en längre redogörelse där Deltagare 1 beskriver en långt gången diskussion med arbetsgivaren om anställning men där kontraktsskrivandet drog ut på tiden. Deltagaren uppfattade att den utdragna processen var ett uttryck för att arbetsgivaren ville förhålla processen med målet att deltagaren skulle fortsätta att arbeta utan ersättning. Efter en period valde deltagaren efter samråd med arbetspecialist att söka sig till en annan arbetsplats; en arbetsplats där deltagaren senare anställdes på halvtid.

Ytterligare ett tillfälle då IPS i praktiken blev en ordinarie praktikplats uppstod när arbetsgivare uttryckligen uppger att de inte kan anställa deltagare:

Arbetsplatsen har ju sagt att eftersom de är i en omorganisation så kan de inte anställa. Och då skulle ju det egentligen, om man nu skulle gå för jobb, då måste jag ju byta arbetsplats.

Deltagare 8

Då frågade [arbetsspecialisten] min chef om det fanns möjlighet till anställning. Och där fanns det inte. För det verkar inte som att de har budget. Och sen har jag förstått det som att de ringer in personal från deras andra verksamhet. Och det är väl för att minska kostnaderna... Sen sa ju chefen att det är möjligt att längre fram eller något sånt där.

Deltagare 10

Dessa två citat illustrerar de ekonomiska och organisatoriska hinder som – trots lyckad arbetsträning – kan motverka att IPS-medverkan leder till anställning. Risken är att IPS-deltagande i slutändan blir en praktikplats dit deltagaren är välkommen så länge det inte är förknippat med kostnader och andra mer långtgående åtaganden för arbetsgivaren. Som konstaterat uppstår därmed ett glapp mellan idén om IPS, som en insats vilken syftar till konkurrensutsatt arbete och omsättningen av idén till praktiskt arbete då deltagarnas relativt låga konkurrensförmåga på arbetsmarknaden är en nackdel för dem.

Flera intervjupersoner betonar vikten av att potentiella arbetsgivare tydliggör förutsättningarna, gällande möjligheten att få arbete, i ett tidigt skede:

Alltså, det som jag tycker är viktigt. Det är att, man inte får gå och arbetsträna hos en arbetsgivare när det inte finns... Eller nej, men så kan man inte säga. Men då måste de vara väldigt tydliga. Alltså arbetsgivaren måste vara väldigt tydlig från början. Och säga, nej, men vi kommer inte ge någon anställning.

Deltagare 11

Citatet illustrerar att det inte måste vara ett problem att arbetsgivare tar emot deltagare när det saknas förutsättningar att anställa. Det viktiga är att klargöra detta så att deltagaren inte blir besviken. Detta klargörande kan ses mot bakgrund av nästa tema, som fokuserar på de positiva bieffekter som kan uppstå för deltagare trots att målet om anställning inte uppnås.

Sysselsättning i stället för arbete – misslyckande eller mål i sig?

Konsekvenserna av det nämnda glappet, mellan IPS som idé och som praktik i projektet, var inte entydigt negativa. Även de deltagare som i samband med intervju var långt ifrån en faktisk anställning uttryckte fördelarna med att ändå delta i sysselsättning. IPS-projektet tycks ur flera deltagares perspektiv ha breddat samhällets stöd genom mer arbetslivsnära sysselsättning vilket välkomnas som ett viktigt komplement till exempelvis dagverksamhet via socialpsykiatri eller daglig verksamhet via LSS:

Och sen dess har jag snurrat runt i kommunens vad ska vi säga hägn och de och det var ju då daglig verksamhet och den där dagliga verksamheten det var ingenting för mig för jag tillhör kanske inte riktigt den kategorien och jag säger inte att daglig verksamhet är dålig men det var inte utefter mina förutsättningar och mina behov.

Deltagare 8

Även de deltagare som upplevde att arbetsgivare givit falska förhoppningar om anställning betonar värdet av den dagliga aktiviteten. Även om dessa deltagare uttryckte en besvikelse uppgav några att sysselsättningen, som IPS-deltagandet innebar, var värdefull i sig:

[Arbetsplatsen hade inte möjlighet att anställa] Men jag tyckte det var så roligt så jag ville jobba med det.

Deltagare 3

Flera deltagare har erfarenhet av långvariga perioder utan sysselsättning och vittnar om att arbetsträningen via IPS-deltagandet givit dem en daglig struktur och ett socialt sammanhang. Ett exempel är deltagare 1 som var på en arbetsplats där det inte var aktuellt att anställa hen:

Så jag sa det då till [deltagarens arbetsspecialist] att jag är gärna kvar här. Jag trivs ändå. Men jag ville vara kvar under tiden tills vi hittar någonting annat. Jag vill inte ha ett avbrott.

Deltagare 1

Citaten visar på att även om projektets mål, att deltagaren skulle få en anställning, inte alltid uppfylldes så kunde deltagare uppleva projektmederkan som positiv. Även om dessa deltagare främst ville påbörja en anställning med lön såg de daglig sysselsättning i det öppna arbetslivet som mer gynnsamt i jämförelse med att vara utan sysselsättning. Utöver struktur, menade flera deltagare att den dagliga aktiviteten gav dem struktur, ett socialt sammanhang samt en upplevelse av duglighet. Eller som Deltagare 3 uttryckte det som ett svar på vad det bästa med deltagandet var:

Gemenskapen. Att träffa andra människor och göra saker ihop. Det bästa. Känna att man kanske är på väg någonstans. Istället för att man är vilsen och inte gör någonting.

Eller som det uttrycks av Deltagare 11:

Man känner sig såhär, alltså, stolt och glad och sådär. Och bara, ja, nu är jag tillbaka på banan.

Deltagare 11

Båda dessa deltagare har lång erfarenhet av att inte delta i mer kontinuerlig sysselsättning. Även om deltagandet inledningsvis uppfattades som krävande, och omställningen gjorde dem trötta, uttrycker båda deltagarna att deras ork ökat och måendet förbättrats under arbetsträningen. Andra deltagare vittnar om samma upplevelse men betonar också vikten av individanpassning. I intervjumaterialet finns exempel där deltagare ökat antal arbetstimmar eller dagar i en för hög takt vilket resulterat i bakslag. Här får arbetspecialisten en central uppgift i att kommunicera deltagarens behov med arbetsgivaren för att bättre anpassa deltagandet och därigenom minska de långsiktiga konsekvenserna av bakslaget.

²³ Socialstyrelsen, 2022a, s. 107

Diskussion

Syftet med den här rapporten har varit att belysa dels möjligheter och hinder som uppstår i implementeringen av IPS, dels deltagares erfarenheter av att vara med i IPS, samt med utgångspunkt i dessa resultat föreslå förbättringsförslag och viktiga områden att ta hänsyn till vid implementering av IPS i Sverige. I detta avsnitt sammanfattas samt diskuteras studiens huvudsakliga resultat. Inledningsvis summeras de huvudsakliga resultaten. Därefter presenteras en fördjupande diskussion. Avsnittet avslutas med att studiens slutsatser presenteras.

Huvudsakliga fynd

Det går att implementera IPS inom psykiatriska team i Sverige där arbetsspecialisterna inte är anställda av psykiatrin, i det här fallet från två civilsamhällesorganisationer. Dock var inte implementeringen inom psykosvården problemfri och praktikerna framhåller också att implementering tar tid.

Externa faktorer är betydande för möjligheten att implementera IPS för psykosvårdens målgrupp. De inkluderar inte minst ersättningssystemens påverkan på vilka som kan delta samt hur psykiatrins organisering, utifrån vilka enheter som har vårdteam och var patienter lämpliga för IPS befinner sig inom psykiatrin.

Vad avser implementeringen av IPS framåt inom Region Örebro län är den fortfarande ovisst, åtminstone på sikt. Här verkar ansvarsfrågan och hur IPS betraktas ur ett institutionellt perspektiv vara av stor vikt - är IPS en rehabiliterande vårdinsats eller är det en arbetsmarknadsinsats? IPS verkar vara en svår insats för en hälso- och sjukvårdande institution att bedriva på egen hand. Detta inte minst givet det arbetsgivarorienterade arbetssätt, inklusive att rekrytera och upprätthålla kontakt med arbetsplatser, som IPS utgår från och som skiljer den avsevärt från övrigt hälso- och sjukvårdsarbete.

De deltagare som intervjuats ger i huvudsak uttryck för att vara nöjda med IPS-insatsen. Dock finns vissa områden som kan vara värda att lyfta fram. De intervjuade deltagarna har generellt varit nöjda med samarbetet mellan psykosvården och arbetsspecialisterna som sker i

bakgrunden av deras deltagande. Det finns dock en risk för att deltagares delaktighet förbises med detta arbetssätt. Detta om det uppstår ett glapp mellan den enskildes upplevelse av insatsen och arbetsspecialistens uppfattning om deltagarens deltagande.

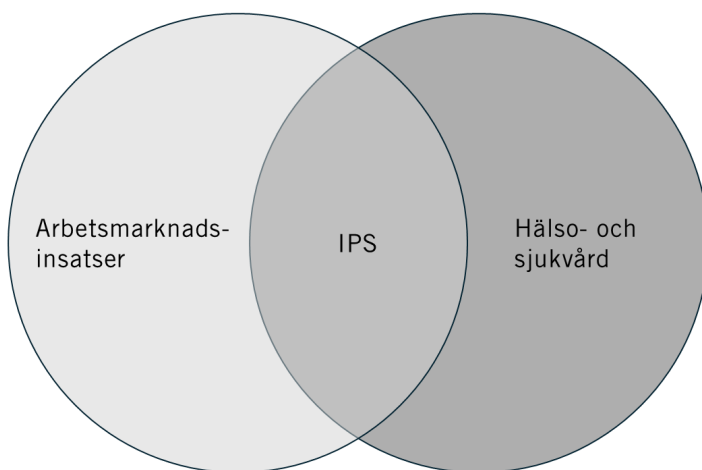
Deltagarna har också, åtminstone till viss del, uppmärksammat ersättningssystemens både möjliggörande och hindrande inverkan på deras möjligheter att faktiskt förändra sin situation. Samtidigt är det inte alltid som deltagares oro besannas. Exempelvis har deltagare beskrivit att Försäkringskassans handläggning och regelverk kring sjukersättning möjliggjort deltagande i IPS – återigen i kontrast mot deltagarnas oro men också praktikernas farhågor.

Deltagarna lyfter också att de sysselsättningsalternativ som finns för dem ofta är begränsade till socialpsykiatrins dagverksamhet. IPS erbjuder ett alternativ vilket, även om det inte alltid leder till jobb, ger deltagare möjlighet till social stimulans samt bryter med håglöshet som kan uppstå vid inaktivitet. Hur IPS som insats hanterar spänningsfältet mellan arbete och sysselsättning för de som inte visar sig klara arbete är något oklart, men ofta så avslutas deltagaren utifrån IPS-metodiken. Och vad händer då med deltagaren?

Fördjupad diskussion

IPS –arbetsmarknadsinsats eller hälso- och sjukvård?

IPS-metoden utgår från att arbetet ska vara integrerat i den psykiatriska vården – det vill säga en del av hälso- och sjukvården.²⁴ Flera praktiker konstaterar dock att IPS är en sammanflätning av å ena sidan arbetsmarknadsinsatser och å andra sidan mer traditionell hälso- och sjukvård. Annorlunda formulerat uppstår IPS i gränsytan mellan två stödssystem, vilket illustreras i Figur 1.



Figur 1. IPS i skärningspunkten mellan arbetsmarknadsinsatser och hälso- och sjukvården.

Dess gränsöverskridande karaktär innebär en risk att IPS betydelse nedprioriteras inom hälso- och sjukvården. I praktikerintervjuerna framkom en bild av att medarbetare inom psykosvården uppfattar IPS som en insats utanför verksamhetens kärnuppdrag. Denna bild återkom även i praktikernas beskrivning av psykosvårdens omorganisering, med minskning av rehabiliterande personal samt ökningen av sjuksköterskor. Omorganiseringen kan ses som ett stärkande av det medicinska fokuset på bekostnad av sociala och rehabiliterande inslag, där IPS står tillbaka till förmån för medicinsk diagnosticering och behandling.

Att IPS syftar till att överskrida gränsen mellan arbetsmarknadsinsatser respektive hälso- och sjukvård innebär även att metoden överlappar politiskt-administrativa nivåer. I det svenska välfärdssystemet ansvarar regionerna för huvudparten av hälso- och sjukvården inklusive öppenvård psykiatri.²⁵ Samtidigt är det huvudsakliga ansvaret för den aktiva arbetsmarknadspolitiken statligt, via Arbetsförmedlingen. Därtill har kommunerna blivit alltmer centrala i att organisera insatser för försörjningsstödstagare²⁶ utöver att även ha ett ansvar för socialpsykiatri.²⁷ I intervjumaterialet framkommer att IPS överskrider uppdelningen

mellan (regional) hälso- och sjukvårdsinsats respektive en renodlad (statlig och kommunal) arbetsmarknadsinsats. Det kan göra metoden sårbar för nedprioriteringar till förmån för ”kärnuppdrag”, ur ett regionalt perspektiv, respektive andra målgrupper, exempelvis personer närmare arbetsmarknaden vilka ur Arbetsförmedlingens och kommunernas perspektiv kan vara enklare att bistå i jämförelse med psykosvårdens patienter.

Ytterligare en aspekt som aktualiseras när insatser överskrider etablerade gränser är att den samhällsekonomiska vinsten inte alltid tillfaller den eller de organisationer som erbjuder insatsen. Omvänt finns det ofta starka drivkrafter för organisationer att utveckla och uppmuntra till insatser för att minska det egna klientantalet. Exempelvis påvisar tidigare forskning att kommunernas delaktighet inom arbetsmarknadspolitiken vuxit som ett svar på ökade (kommunala) kostnader för försörjningsstöd.²⁸ Denna typ av organisatoriska incitamentsstrukturer kan bidra både till att påskynda och bromsa insatser. Exempelvis kan IPS i kommunal regi framstå som mer angeläget för kommunerna om deltagare har försörjningsstöd medan deltagare som uppbär ersättning från Försäkringskassan kan uppfattas som en övervältring²⁹ från stat till kommun.

Riskerna med det överlappande ansvaret har uppmärksammats av Socialstyrelsen som betonar vikten av samverkan mellan berörda myndigheterna:

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen (individual placement and support) till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och ingen eller svag arbetsmarknadsanknytning (prioritet 1).³⁰

Socialstyrelsen rekommendationer till trots, blir det i praktiken svårt att avgöra vem som faktiskt ska stå för insatsen. Därtill löser inte huvudmanfrågan samtliga implementeringsproblem; insatsen behöver ske i samverkan mellan aktörer inom hälso- och sjukvården, socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. Att denna samverkan är en förutsättning för lyckad implementering av IPS framgår av

intervjumaterialet, både vad gäller att säkerställa deltagares ekonomiska situation och att undvika dubbelarbete.

Både hälso- och sjukvården³¹ och kommunernas socialtjänst³² ska jobba i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta torde gynna IPS i förhållande till andra insatser inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Men den låga graden av implementering i Sverige ger vid handen att så inte är fallet. Återigen är en förklaring till denna motstridighet att IPS, trots Socialstyrelsens rekommendationer, inte bedöms vara hälso- och sjukvård av regionerna medan Arbetsförmedlingen och kommunerna inte prioriterar insatsen. Den otydliga ansvarsfrågan uppstår sammanfattningsvis då IPS är en hybrid mellan två system med olika kulturer och synsätt vilket skapar hinder i samverkan mellan hälso- och sjukvårdsorganisationer och arbetsmarknadsorganisationer för implementering.

Fortsatt implementering av IPS – kvalitet eller kvantitet?

Som påtalades i intervjuerna med praktiker så är det svårt att översätta IPS från den amerikanska till den svenska kontexten. Detta gäller såväl regelverk gällande ersättningsystem och arbetsrätt, som psykiatrins organisering. Flera av dessa svårigheter i den svenska välfärdskontexten har påpekats i tidigare forskning³³ där regelverk kring sekretess, svårigheter att samordna flera välfärdsorganisationer och regelverk kring ersättningsystemen har uppmärksammats. Svårigheterna gjorde sig även påmind i det studerade projektet. Patienter som enligt psykosvårdens personal skulle gynnas av IPS kunde inte delta då de antingen hade ersättningar, mestadels via Arbetsförmedlingen, som inte tillät deltagande, eller var inskrivna inom andra delar av psykiatri där IPS inte erbjöds. Att förändra Arbetsförmedlingens är ytterst en fråga på regeringsnivå. Däremot är organisering av psykiatrisk vård inklusive IPS en regional fråga, möjlig att förändra och som aktualiseras i diskussionen om den fortsatta implementeringen i Region Örebro.

Detaljerna för den fortsatta implementeringen av IPS inom Region Örebro är i skrivande stund fortfarande under utveckling. Utifrån den muntliga information vi tagit del av ska IPS vidgas till att omfatta flera psykiatriska enheter men med bibehållen resurstilldelning för arbetspecialister. Å ena sidan kan breddningen till fler psykiatriska enheter

innebära att patienter som bättre överensstämmer med målgruppen för IPS kan ta del av insatsen. Detta inte minst genom att patienter med schizofreni och/eller schizofreniliknande tillstånd som vårdas inom andra delen av psykiatrien kan inkluderas i IPS. Å andra sidan innebär breddning med bibehållen resurstilldelning en begränsning av möjligheten för integrering av arbetsspecialisterna på de olika psykiatriska enheterna. Denna begränsning innebär i sin tur en minskad metodtrogenhet vilket bör minska effekten av insatsen. Detta framstår som ett dilemma mellan kvalitet och kvantitet; frågan inställer sig om vad som är bäst: att arbeta metodtroget enligt IPS eller att erbjuda en nedbantad version till fler patienter inom psykiatrien?

Vilket eller vilka behov fyller IPS?

Som beskrivits är målet för IPS anställning på den öppna arbetsmarknaden utifrån deltagarens önskemål och förutsättningar. I innevarande IPS-projekt hade många av deltagarna sjukersättning vilket tycks vara ovanligt inom IPS-insatser i Sverige. För att ha rätt till sjukersättning ska Försäkringskassan gjort bedömningen att förmånstagaren på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga i förhållande till hela arbetsmarknaden och rehabiliterande åtgärder ska inte kunna återge arbetsförmåga.³⁴ Detta betyder åtminstone två saker: dels att personer med sjukersättning i de allra flesta fall står långt ifrån arbetsmarknaden, dels att indragen ersättning innebär en förlust av ekonomisk grundtrygghet. I innevarande IPS-projekt avstod potentiella deltagare från att delta på grund av rädsla för indragen sjukersättning.

De personer med sjukersättning som faktiskt deltog hade svårt att komma vidare till arbete, men tycktes mycket uppskatta möjligheten till sysselsättning utanför de mer traditionella sysselsättningsformerna inom socialpsykiatrien som dagverksamhet. Denna avvikelse från målet med IPS innebar ett dilemma för arbetsspecialisterna. De jobbade långsamt, om ens alls, mot anställning för dessa deltagare. Samtidigt önskade deltagarna ofta att fortsätta på sina praktikplatser vilket innebar minskad metodtrogenhet och måluppfyllelse. Därtill uppstod frågan hur länge deltagaren skulle arbetsträna när det inte är aktuellt med arbete. Denna situation talar för att IPS fyller olika behov för olika

patienter inom psykosvården. För vissa deltagare har insatsen, i enlighet med modellen, resulterat i anställning på den öppna arbetsmarknaden. För andra deltagare fyller IPS snarare ett insatsslapp för patienter som av någon anledning inte vill ingå i socialpsykiatrins sysselsättningsinsatser men som inte klarar av ett reguljärt arbete. Här bör det betonas att en sådan breddning av syftet med IPS påverkar insatsens effekt, åtminstone i termer av ökat arbetsmarknadsdeltagande. Det behöver dock inte förta betydelsen av deltagandet i IPS för patienter med sämre arbetsmarknadsutsikter. Flera deltagare påvisade en ökad livskvalitet genom sysselsättningen som IPS innebar. Huruvida denna ökade livskvalitet är samhälls- och hälsoekonomiskt gynnsam är dock utanför syftet med denna rapport att fastställa. Därtill går det att väcka frågan hur länge deltagare ska ingå i IPS om målet inte är anställning?

Integreringen av IPS på psykosvården ur ett deltagarperspektiv

Både arbetsterapeuterna på psykosvården och arbetsspecialisterna på Activa och Fontänhuset uttryckte att samverkan kring IPS-deltagare var mycket god. Merparten av deltagarna upplevde också detta och uttryckte att de kände sig trygga med att psykosvårdens personal och arbetsspecialisterna uppdaterade varandra utan behov av deltagarens aktiva inblandning. Men som också skildrades ur ett deltagarperspektiv är det viktigt att väga en smidig process mot deltagarnas delaktighet.

Tidigare forskning³⁵ har visat att personers tillfredställelse med insatser inom arbetslivsinriktad rehabilitering (inklusive Supported Employment-insatser) delvis beror på deras upplevelse av hur delaktiga de är i insatsen. Det smidiga samarbetet mellan psykosvården och arbetsspecialisterna, i det studerade projektet, kan innebära minskad delaktighet och därmed minskad tillfredställelse med insatsen för deltagarna samt därmed också minskad måluppfyllelse. För att undvika denna fara behöver praktikerna ständigt återvända till målsättningen med IPS-metoden, vilket är att stödet ska vara individanpassat.³⁶ Praktikerna måste arbeta tillsammans med deltagaren för att utröna vilket arbetssätt som passar den enskilde deltagaren – oavsett om det rör sig om samverkan vilken sker i bakgrunden eller via nära samarbete med deltagaren.

Slutsatser

- Det går att implementera IPS inom psykiatriska team i Sverige där arbetsspecialisterna inte är anställda av psykiatrin men det tar tid och kräver kontinuitet.
- Externa faktorer är betydande för möjligheten att implementera IPS för psykosvårdens målgrupp. De inkluderar inte minst ersättningssystemens påverkan samt psykiatrins organisering. Samtidigt är det viktigt att följa förändringar i ersättningssystem då det kan uppstå glapp mellan å ena sidan praktikers och patienters farhågor, exempelvis för indragen ersättning och å andra sidan myndigheters faktiska tillämpning.
- Den långsiktiga implementeringen av IPS inom Region Örebro län är oviss. Det är viktigt att klargöra ansvarsfrågan i relation till frågan huruvida IPS är en rehabiliterande vårdinsats eller en arbetsmarknadsinsats. Fokuset på arbete, och då inte minst det arbetsgivarorienterade arbetssättet, innebär att IPS utmanar synen på hälso- och sjukvårdens arbete.
- De deltagare som intervjuats är i huvudsak nöjda med IPS-insatsen. Arbetet koordineras mellan psykosvården och arbetsspecialister utan större behov av mer deltagarintensiv samverkan. Detta har i huvudsak uppfattas som positivt av deltagare. Dock är en risk att deltagares delaktighet förbises om det uppstår ett glapp mellan den enskildes upplevelse av insatsen och arbetsspecialistens uppfattning om deltagarens deltagande.
- På grund av nedsatt arbetsförmåga har IPS-insatsen i praktiken kommit att erbjuda sysselsättning, med liten eller ingen chans för anställning, åt en stor andel deltagare. Å ena sidan innebär det en avvikelse mot IPS-metoden. Å andra sidan uttrycker de intervjuade deltagarna att sysselsättningen varit stärkande och ett viktigt komplement till socialpsykiatrins dagverksamhet.

Noter

²⁴ Drake m.fl., 2012

²⁵ SFS 2017:30

²⁶ Brauer, 2022

²⁷ SFS 2025:400

²⁸ Brauer, 2022

²⁹ Jmf. Salonen, 1997

³⁰ Socialstyrelsen, 2018, s. 33

³¹ SFS 2010:659

³² SFS 2025:400

³³ Bergmark m.fl., 2018; Hillborg m.fl., 2021

³⁴ SFS 2010:110

³⁵ Gustafsson & Witte, 2025

³⁶ Drake m.fl., 2012

Referenslista

- Activa (2026). *Slutrapport för genomförandeprojekt 22-015-S10*. Activa.
- Bergmark, M., Bejerholm, U., Markstrom, U. (2018). Critical Components in Implementing Evidence-based Practice: A Multiple Case Study of Individual Placement and Support for People with Psychiatric Disabilities. *Social Policy & Administration*, 52(3), 790-808. <http://doi.org/10.1111/spol.12243>
- Bond, G. R. (2004). Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345–359. <https://doi.org/10.2975/27.2004.345.359>
- Brauer, J. (2022). *Labour Market Policies: Structure and Content, Space and Time*. Avhandling. Örebro universitet.
- Drake, R. E., Bond, G. R., & Becker, D. R. (2012). *Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gustafsson, J., & Witte, I. (2025). Analysis of factors influencing satisfaction with vocational rehabilitation services for young persons with disabilities in Sweden. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 6, Article 1573753. <https://doi.org/10.3389/fresc.2025.1573753>
- Hillborg, H., Bergmark, M., & Bejerholm, U. (2021). Implementation of individual placement and support in a first-episode psychosis unit: A new way of working. *Social Policy and Administration*, 55(1), 51-64. Doi: <http://doi.org/10.1111/spol.12611>
- Nøkleby, H., Blaasvær, N., & Berg, R. C. (2017). *Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. Rapport*. Folkehelseinstituttet.
- Region Örebro (2026). *Minnesanteckningar för Chefsgrupp för samverkan social välfärd samt vård och omsorg*. Region Örebro.

- Salonen, T. (1997). *Övervärlringar från socialförsäkringar till socialbidrag*. Lunds universitet.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations: ideas, interests and identities*. SAGE Publications.
- SFS 2010:110. *Socialförsäkringsbalk*.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*.
- SFS 2017:30. *Hälsö- och sjukvårdslag*.
- SFS 2025:400. *Socialtjänstlag*.
- SFSE (u.å.). *Läsbart*. <https://www.sfse.se/toolkit/>
- Socialstyrelsen (2013). *Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner. Individual Placement and Support, individanpassat stöd till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022a). *Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – 2022. Huvudrapport med förbättringsområden*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022b). *Manual för att bedöma programtroheten för IPS – individanpassat stöd till arbete*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024). *Nationella riktlinjer 2024 – adhd och autism – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälsö- och sjukvården eller socialtjänsten*. Socialstyrelsen.
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajarvi, A., Corbiere, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, Cd011867. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>