

# Evaluering av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om Individuell jobbstøtte (IPS)

**Forfattere:**

Tonje Fyhn, Olaug Øygarden, Karin Monstad, Martin Skagseth



Rapporttittel	Evaluering av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om Individuell jobbstøtte (IPS)
Prosjektnummer	103040
Institusjon	NORCE Helse og NORCE Samfunn
Oppdragsgiver	Arbeids- og sosialdepartementet
Gradering	Åpen
Rapportnr	1-2021
ISBN	978-82-8408-154-0
Antall sider	78
Publiseringsdato	April 2021
CC-lisens	CC BY 4.0
Sitering	Fyhn, T., Øygarden, O., Monstad, K., & Skagseth, M. Evaluering av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten i Individuell Jobbstøtte (IPS). NORCE, 1-2021.
Bildekreditering	Colourbox
Geografisk område	Bergen
Stikkord	Individuell jobbstøtte, integrerte team, tverrsektorielt samarbeid, metodeveilder, behandler, arbeidsgiver, deltaker.

# Innhold

Figur- og tabelliste.....	5
1. Innledning .....	6
1.1. Sammendrag .....	7
1.2. Prosjektadministrative forhold .....	8
1.2.1. Forskergruppen .....	8
1.2.2. Referansegruppe .....	9
1.2.3. Tilråding fra NSD.....	10
2. Bakgrunn for prosjektet.....	11
2.1. Tidligere forskning på tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid .....	14
2.2. Tidligere forskning på integrerte tjenester i IPS.....	15
2.3. Evalueringens formål og problemstillinger .....	17
3. Metode .....	18
3.1. Integrerte team .....	20
3.1.1. Rekruttering .....	20
3.1.2. Datainnsamling.....	20
3.1.3. Analyse .....	21
3.2. Metodeveiledere .....	21
3.2.1. Rekruttering .....	21
3.2.2. Datainnsamling.....	21
3.2.3. Analyse .....	21
3.3. Ledere av behandlingsteam .....	22
3.3.1. Rekruttering .....	22
3.3.2. Datainnsamling.....	22
3.3.3. Analyse .....	22
3.4. Deltakere .....	22
3.4.1. Rekruttering .....	22
3.4.2. Datainnsamling.....	23
3.4.3. Analyse .....	23
3.5. Arbeidsgivere .....	23
3.5.1. Rekruttering .....	23
3.5.2. Datainnsamling.....	23
3.5.3. Analyse .....	23
3.6. Analyse av registerdata fra randomisert studie.....	24
4. Resultater .....	25
4.1. Hvordan samarbeider behandlere og jobbspesialister i integrerte team?.....	25
4.1.1. Kjennetegn .....	25
4.1.2. Samarbeidsformer.....	26
4.1.2.1. Hovedutfordringer for samarbeid .....	30
4.1.3. Forutsetninger for et godt, tverrfaglig samarbeid .....	42
4.1.4. Hva bidrar samarbeidet til?.....	51
4.2. Hvordan opplever deltakerne de integrerte tjenestene?.....	55
4.3. Hvordan opplever arbeidsgivere bistanden de mottar gjennom integrerte tjenester? .....	56

4.3.1.	Om arbeidsgiverne .....	56
4.3.2.	Tilfredshet med IPS-tjenesten .....	57
4.4.	Analyse av registerdata fra randomisert studie .....	59
5.	Oppsummering og konklusjoner .....	68
6.	Referanser .....	72
7.	Appendiks .....	75
	Appendiks A, Intervjuguider .....	75
	Appendiks B, tabell 1 Kjennetegn ved deltakere ved pilotsentre .....	76

## Figur- og tabelliste

Figur 1. De åtte IPS-prinsippene som metoden bygger på.....	13
Figur 2. Studiedesign. Hvilke datakilder som belyser ulike problemstillinger.....	19
Figur 3. Utfordringer for jobbspesialister i integrerte team. Fordeling av responser i de ulike tematiske kategoriene.....	30
Figur 4. Arbeidsgiveres tilfredshet med kontakten med jobbspesialist.....	58
Figur 5. Registeranalyser. Andelen som er i ordinær jobb i henholdsvis kontroll- og behandlingsgruppen.....	60
Tabell 1. Kjennetegn ved IPS-tjenester og integrerte team.....	25
Tabell 2. Barrierer for samhandling. Gjennomsnitt, standardavvik og median, fordelt på IPS metodeveiledere og behandlingsteamledere.....	31
Tabell 3. Inklusjon ved ulike IPS-tjenester i det randomiserte forsøket.....	61
Tabell 4. Bruk av lønnstilskudd de første 12 månedene etter inklusjon, i henholdsvis kontroll- og behandlingsgruppene ved de 6 sentrene. (n=327) .....	62
Tabell 5. Effekt av IPS ved de ulike sentrene på utfallet ordinær sysselsetting.....	64
Tabell 6. Ulik organisering av pilotsentrene som deltok i effektevalueringen.....	67
Appendiks, tabell 1. Kjennetegn ved deltakere.....	76

## 1. Innledning

Mange personer med psykiske lidelser ønsker å arbeide (McQuilken et al., 2003; Ramsay et al., 2011; Secker & Seebohm, 2001). Mangfoldige randomiserte kontrollerte studier av metodikken Individuell Jobbstøtte (IPS; Individual Placement and Support) har vist at tett, langvarig oppfølging basert på individets egne ønsker, hjelper flere personer inn i det ordinære arbeidsmarkedet sammenlignet med andre metoder (Brinchmann et al., 2020; Modini et al., 2016). Studier har også påvist at mange opplever bedre håndtering av symptomer og lavere symptomtrykk ved å komme i arbeid (Bond et al., 2001; Ginexi, Howe, & Caplan, 2000).

I 2013-2016 gjennomførte Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet i samarbeid en pilotering av IPS i seks norske fylker, og daværende Uni Research (nå NORCE) gjennomførte en effektevaluering av piloteringen. Resultatene fra forskningen viste at IPS var mer effektiv enn vanlig oppfølging i NAV-systemet: 37,1% av deltakerne som fikk IPS hadde jobb ved 18 måneders oppfølging, mot 27,4% i kontrollgruppen (Reme et al., 2016).

Prosessevalueringen, som undersøkte aspekter knyttet til implementeringen av IPS i de seks fylkene, konkluderte med at metoden var tatt i bruk med tilfredsstillende kvalitet i henhold til IPS-manualen (Reme et al., 2016). Prosessevalueringen identifiserte i midlertid også at deler av metodikken var krevende å implementere, og en av disse delene var integrering av IPS med behandling i helsetjenesten. Det var nytt for mange at en jobbspesialist skulle sitte i behandlingsteamet, og både de helsefaglige profesjonene og jobbspesialistene måtte finne en måte å jobbe sammen på for å tilby integrerte tjenester til pasientene.

I årene etter at sluttrapporten fra IPS-piloteringen ble publisert, har bruken av IPS-metoden blitt kraftig oppskalert, ved hjelp av økt finansiering i statsbudsjettet, og av den grunn økt satsing på metoden i både NAV og helse- og omsorgstjenesten. Fra en håndfull IPS-tjenester i 2013, eksisterer det nå nærmere 80 IPS-tjenester over hele landet. De fleste tjenestene er finansiert av Helsedirektoratet, og noen finansieres av NAV, eller i samarbeid mellom disse. I tillegg er noen tjenester finansiert av kommuner, og noen utføres av arbeidsmarkedsbedrifter. Tjenestenes organisering er et resultat av flere forhold, slik som regelverk knyttet til tilskudd, og øvrige føringer og reguleringer i etatene. Dette kan få noe å si for hvor smidig det lar seg gjøre å integrere arbeidsrettede tjenester og helsetjenester. Graden av integrasjon kan variere fra at jobbspesialisten er samlokalisert med behandlere på behandlingsinstitusjonen og at IPS forstås som et behandlingstilbud med arbeidsfokus, til at behandlingstjenester og arbeidsrettede

tjenester foregår mindre integrert, fordi jobbspesialisten mangler jevne møtepunkt med behandlingsteamet, og har få kommunikasjons- og informasjonskanaler inn mot behandlere. De fleste IPS-tjenester befinner seg et sted mellom disse to scenariene. Man kan anta at friksjonen rundt integrasjon av tjenester i en startfase er størst der hvor ulike etater skal samarbeide om å tilby IPS, men problemstillingen kan også være aktuell der hvor hele IPS-tjenesten er organisert under en behandlingstinstitusjon, fordi profesjonskulturer kolliderer.

Selv om effekten av IPS sammenlignet med andre arbeidsrettede tjenester er ubestridt, er det allikevel mange IPS-deltakere som ikke får jobb. Det er fremdeles kunnskapshull knyttet til hvordan man kan unngå forsinkede implementeringsprosesser knyttet til for eksempel integrering av arbeidsrettede tjenester med helse- og omsorgstjenester (Bonfils, 2020, Moen, 2020). Den foreliggende evalueringen søker å gi utfyllende svar på hva som kjennetegner god samhandling mellom jobbspesialisten og de øvrige ansatte i behandlingsteamet, og hva som er hemmende og fremmede faktorer for å tilby IPS ut fra disse teamene. Målet er å danne et kunnskapsgrunnlag som kan bidra til gode fremtidige implementeringsprosesser av metodikken, så den kan komme flere individer til gode i form av en helhetlig, individuell arbeidsrettet oppfølging basert på personens egne premisser.

## **1.1. Sammendrag**

Prosjektet «Evaluering av samhandlingen mellom NAV og helsetjenesten i samarbeidet om Individuell jobbstøtte (IPS)» har blitt utført mellom slutten av september 2020 og slutten av april 2021, på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet.

Evalueringens hovedmål er å gi svar på hvordan behandlere og jobbspesialister samarbeider i integrerte behandlingsteam som tilbyr IPS. Dette besvares gjennom 9 intervjuer med behandlingsteam som samarbeider om IPS-tjenester, og spørreskjemaer til metodeveiledere og ledere av behandlingsteam i helse- og omsorgstjenesten som tilbyr IPS. Metodeveiledere er ansvarlige for faglig kvalitetssikring og veiledning av jobbspesialister i henhold til IPS-metodikken. Vi har også nyttiggjort oss oppfølgingsdata fra effektevalueringen i 2016, og ser på hvordan langtidseffekten av IPS er for de ulike pilotsentrene som den gang var med i studien.

To supplerende perspektiver på integrerte tjenester er hentet inn i evalueringen: Pasienter/brukere av IPS, og arbeidsgivere som har vært i kontakt med IPS-tjenester. Gjennom

intervjuer har vi undersøkt hva pasienter/brukere mener utgjør god bistand, og tilbudets forbedringspotensial sett fra disses ståsted. Vi har også gjennomført en spørreundersøkelse blant arbeidsgivere om hvordan de opplever kontakten med jobbspesialistene i IPS.

Resultatene fra datainnsamlingen blant integrerte team, metodeveiledere og behandlingsteamledere belyser en rekke faktorer som hemmer eller fremmer det tverrsektorielle samarbeidet om IPS. Hovedutfordringer sett fra metodeveiledere sitt ståsted handler om formelle hindre, manglende felles forståelse av IPS, manglende inkludering av jobbspesialist i behandlingsteamet, og profesjonsmotsetninger. Behandlingsteamledere nevner på sin side faktorer som er avgjørende for suksess i integrerte team som inkluderer rammebetingelser, felles kultur og forståelse, likeverdighet i teamet, pasientens ønsker og motivasjon, og tid til å jobbe seg sammen. I tillegg var temaer som samlokalisering, ansettelsesforhold, og rolleavklaring viktige temaer i intervjuene med de integrerte behandlingsteamene.

Intervjuene med deltakerne viser at de opplevde at samhandlingen mellom helsearbeider og jobbveileder var naturlig og at de var koordinerte. Flere av informantene trakk frem at de opplevde samhandlingen som trygg og helhetlig.

Spørreskjemaundersøkelsen blant arbeidsgivere som har eller har hatt samarbeid med en IPS-tjeneste viser at de aller fleste er godt fornøyd med kontakten. De fleste arbeidsgiverne som har deltatt i undersøkelsen er ledere i små bedrifter i privat sektor. De setter pris på den tette oppfølgingen de og ansatte får av jobbspesialisten, og en del har også hatt direkte kontakt med den ansattes behandler. Dette har gitt dem bedre forståelse for den ansattes situasjon og behov, og eventuell tilrettelegging. Arbeidsgiverne har ikke konkrete tilbakemeldinger på forbedringspotensialet for IPS.

## **1.2. Prosjektadministrative forhold**

### **1.2.1. Forskergruppen**

Forskergruppen ved NORCE har bestått av forskere fra avdelingene Helse og Samfunn: Tonje Fyhn (leder), Olaug Øygarden, Karin Monstad, og Vigdis Sveinsdottir. Martin Skagseth har blitt fasett inn i prosjektets siste måneder for å bidra inn i sluttrapport-arbeidet. Sveinsdottir har i samme periode gått over i en kvalitetssikrer-rolle. Gruppen ønsker å takke Jon Opsahl for bistand med spørreskjemaer; referansegruppen for nyttige innspill og verdifulle diskusjoner, og Kine Nan Lium



og Karl Petter Gjeterud i NAV for god praktisk hjelp underveis. Takk også til alle studiedeltakere som har bidratt med sine synspunkter og erfaringer i intervjuer og spørreskjemaer.

### **1.2.2. Referansegruppe**

Oppdragsgiver har satt sammen en referansegruppe bestående av representanter fra Arbeids- og sosialdepartementet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, og to erfaringskonsulenter fra henholdsvis Helse Bergen og Hadeland IPS. Hensikten med referansegruppen er å få innspill fra relevante aktører gjennom prosjektfasen, og å sikre best mulig overføring av kunnskap fra forskningsprosjektet til praksisfeltet. Første referansegruppemøte ble holdt 2. desember 2020, og andre møte ble holdt 22. mars 2021. Begge møter ble holdt på Teams. Forskergruppen ved NORCE presenterte prosjektets formål og forskningsdesign på første møte, og referansegruppen gav gode innspill og praksiskunnskap forskerne ellers ikke ville hatt innsikt i. På andre referansegruppemøte ble foreløpige resultater knyttet til de ulike spørsmålene presentert og diskutert. Referansegruppemedlemmene har relevant bakgrunn og et engasjement for tematikken, og drøftingene i møtet bar tydelig preg av dette. Mot slutten av prosjektperioden fikk referansegruppen tilsendt utkast til sluttrapport med mulighet for å gi tilbakemelding på denne.

Referansegruppen har bestått av følgende personer:

Anne Blindheim (Helse Bergen, erfaringskonsulent)

Nina Kristin Skåningsrud (Hadeland IPS, erfaringskonsulent)

Kine Nan Lium (Arbeids- og velferdsdirektoratet)

Randi Røed Andersen (Helsedirektoratet)

Anna Villa (Helse- og omsorgsdepartementet)

Stine Bjertnæs (Arbeids- og sosialdepartementet)

John Petter Bøe (Arbeids- og sosialdepartementet)

Marit Mørkved (Arbeids- og sosialdepartementet; kun første møte)

Nikka Husom Vonen (Arbeids- og sosialdepartementet; kun andre møte)

I tillegg deltok forskergruppen ved NORCE.

### 1.2.3. Tilråding fra NSD

Det ble søkt tilråding fra NSD fortløpende etter prosjektoppstart, etter at intervjuguiden og spørreskjema var utviklet og rekrutteringsplanen var avklart med kontaktpersoner knyttet til IPS i Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Det meste av rekrutteringen for å nå de endelige målgruppene for datainnsamlingen måtte gå via flere ledd, med utgangspunkt i metodeveilederne i IPS-teamene rundt om i landet. Dette er fordi det ikke eksisterer samlede oversikter over f.eks. ledere av integrerte behandlingsteam som tilbyr IPS, og fordi Arbeids- og velferdsdirektoratet og IPS-tjenestene av personvern hensyn ikke uten videre kan utlevere kontaktinformasjon om datainnsamlingens ulike målgrupper. De ulike målgruppene (arbeidsgivere, brukere, ledere av behandlingsteam) måtte derfor samtykke til metodeveilederne til at vi kunne få utlevert deres kontaktinformasjon, før vi kunne forespørre dem om deltakelse. Det gjør at personvern hensynene måtte vurderes nøye for hver enkelt målgruppe. Dette drøydde noe i tid, og endelig tilråding fra NSD kom først 4. januar 2021 (prosjektreferanse 622883). Rekrutteringen begynte fortløpende.

## 2. Bakgrunn for prosjektet

Individuell jobbstøtte (IPS) er den arbeidsrehabiliteringsmetoden som eksisterer med best dokumentert effekt (Modini, 2016; Brinchmann, 2020). Metoden er effektevaluert i nærmere 30 randomiserte kontrollerte studier i en rekke ulike kulturer, med overveiende positive resultater sammenlignet med tradisjonell arbeidsrettet oppfølging. Randomiserte forsøk regnes som den mest pålitelige måten å undersøke effekten av et tiltak eller en behandlingsmåte på. Dette forskningsdesignet er nærmere forklart i avsnitt 3.6.

IPS-metoden involverer bestemte aktører i arbeidet med å formidle deltakerne til ordinært arbeidsliv. Disse er de mest sentrale aktørene i metoden:

- *Deltakere.* Deltakere i IPS er personer i behandling for psykisk sykdom, med eller uten rusavhengighet. Kriteriet for å få IPS-tilbudet baserer seg på deltakerens egne ønsker om å motta IPS for å få ordinært arbeid, og det skal ikke gjennomføres vurderinger av deltakerens skikkethet eller sannsynlighet for å få arbeid. Deltakere avskrives ikke fra programmet basert på diagnose, symptomtrykk eller rusavhengighet.
- *Jobbspesialist.* Dette er en person som er trent i IPS-metoden, og som fungerer som en veileder for deltakeren. Jobbspesialisten skal i følge IPS-manualen bruke 65% av tiden sin utenfor kontoret, for å følge opp deltakeren i sitt lokalsamfunn og for å bygge relasjoner i det lokale arbeidsmarkedet. Jobbspesialisten er medlem av et IPS-team med andre jobbspesialister, og ett eller flere behandlingsteam som tilbyr behandling til pasienter med psykisk sykdom.
- *Metodeveileder.* Hvert IPS-team har en metodeveileder, som har ansvar for opptil 10 jobbspesialister. Metodeveilederen er faglig ansvarlig for etterlevelsen av metoden, og gir ukentlig veiledning til jobbspesialistene.
- *Behandlingsteam, inkludert leder av behandlingsteam.* I følge IPS-manualen skal jobbspesialistene være en del av behandlingsteamet/ene i helsetjenestene som følger opp IPS-deltakerne. IPS-metoden forutsetter ikke en bestemt form for behandling, så lenge det etableres et samarbeid med helsetjenesten. Jobbspesialisten skal i følge manualen være samlokalisert med behandlingsteamet, delta på minst ett behandlingsmøte i uken, og være til stede hele møtet for å sørge for jobbfokus i drøftingene, og diskutere potensielle nye IPS-deltakere.

- *Arbeidsgivere.* Målet for IPS-deltakerne er ordinært arbeid på samme vilkår som andre arbeidstakere. Dette forutsetter blant annet en god jobbmatch mellom kandidatens interesser og kompetanse, og arbeidsgivers behov. Det er jobbspesialistens oppgave å sette seg inn i og være oppdatert på disse behovene, og i den grad deltakeren ønsker det, være en kontaktperson inn mot arbeidsgiver. Ikke alle arbeidsgivere har direkte kontakt med jobbspesialisten, dette er det deltakeren som avgjør.

IPS som arbeidsrehabiliteringsmetode ble utviklet i USA på 90-tallet, med utspring i den såkalte recovery-bevegelsen (Drake, 1998). Recovery betegner et paradigme, eller et tankesett, innen psykisk helsevern som fokuserer på individets selvbestemmelse, personlig utvikling og ressurser, og det å fungere i meningsfulle roller (slik som ektefelle eller arbeidstaker). Målet med behandlingen er følgelig å legge til rette for at individet kan leve et meningsfullt liv på tross av symptomer, ikke i fravær av symptomer (Storm & Edwards, 2013). Spørreundersøkelser blant personer med psykisk sykdom har over tid vist at minst halvparten av de spurte anser det å fungere i arbeidslivet som et ønsket mål i livet (Gühner et al., 2021; Ramsay et al., 2011; McQuilken et al., 2003), og IPS har som fokus å hjelpe deltakerne å nå dette målet.

IPS-metoden er strukturert rundt åtte prinsipper:



Figur 1. De åtte prinsippene som metoden Individuell Jobbstøtte (IPS) er strukturert rundt. Kilde: Bond et al., 2012; Sveinsdottir et al., 2020.

I hovedsak har forskningen på IPS konsentrert seg om effekten av tiltaket sammenlignet med andre arbeidsrettede tiltak, eller ingen tiltak (Modini et al., 2016; Suijkerbuijk et al., 2017). De fleste studier som handler om implementeringen av IPS benytter kvalitetsmålingene, kalt IPS Fidelity review som grunnlag for å vurdere hvorvidt IPS ble implementert som planlagt (Becker, Swanson, Reese, Bond, & McLeman, 2015; Bonfils, Hansen, Dalum, & Eplov, 2017). Selv om kvalitetsmålingene er grundige evalueringer som viser sammenheng med økt arbeidsdeltakelse, er hovedvekten på kvantifiserte mål, og det er mindre fokus på kvalitative mål på kontekst, kvaliteten på samhandlingen i de integrerte teamene, eller deltaker- og arbeidsgivererfaringer (Becker et al., 2015; de Winter, Couwenbergh, van Weeghel, Bergmans, & Bond, 2020; Kim, Bond, Becker, Swanson, & Langfitt-Reese, 2015). Med årene har det derfor kommet til en del kvalitative studier hvor man har gjennomført intervjuer med jobbspesialister, behandlere og deltakere for å

frembringe kunnskap om erfaringer med implementering og deltakelse i IPS (Bonfils et al., 2017; Moen, Walseth, & Larsen, 2020). Den foreliggende evalueringen baserer seg delvis på disse funnene, men undersøker også nye problemstillinger. I det følgende vil vi kontekstualisere den foreliggende evalueringen innenfor tidligere forskning på tverrfaglige og tverrsektorielle team, og tidligere forskning på integrerte tjenester i IPS.

## **2.1. Tidligere forskning på tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid**

Effektivt teamarbeid krever at team-medlemmene har evne til å samarbeide gjennom å anerkjenne og respektere andres innspill og være villig til å revurdere eget ståsted, å være i stand til å hevde egne meninger, delta i beslutnings- og planleggingsprosesser, å kommunisere presist, og å kunne koordinere gruppens oppgaver effektivt (Norsen, Opladen, & Quinn, 1995). Å samle flere yrkesgrupper i tverrfaglige team gir et bredere spekter av kunnskap (Williams & O'Reilly III, 1998), bedre forutsetninger for innovative løsninger (Fay, Borrill, Amir, Haward, & West, 2006), og mindre duplisering og fragmentering av tjenester. Selv om en etablerer team, kan barrierer for kunnskapsdeling mellom yrkesgruppene fortsatt hemme teamprestasjon (Mitchell, Parker, & Giles, 2011).

Tidligere påviste barrierer for teamprestasjon er ulike oppfatninger av hva teamarbeid er, ulike logikker, ulike ferdigheter som er viktige i teamarbeid og ubalanse i makt mellom yrkesgruppene, som over tid kan bli forsterket (Atwal & Caldwell, 2006; Gadolin & Wikström, 2016; Oborn & Dawson, 2010). I tillegg spiller faglig identitet en viktig rolle (Fitzgerald & Teal, 2004; Mitchell et al., 2011). Yrkesgruppenes holdninger til hverandre kan bidra til fiendtlighet og mangel på samarbeid og informasjonsdeling (Gebert, Boerner, & Kearney, 2006).

Når teamene i tillegg til å være tverrfaglige også er tverrsektorielle, kan grensene mellom de ulike fagene være ekstra krevende å overkomme. Helse- og sosialfagene har ulike ansvarsområder, behovsforståelser, kunnskapsgrunnlag og forskningstradisjoner (Barnes, Green, & Hopton, 2007), og det at team-medlemmene har ulike grunnleggende verdier og teoretiske ståsteder kan påvirke samarbeidet i slike team negativt (Reese & Sontag, 2001; Rämngård, Blomqvist, & Petersson, 2015). Dersom nye former for tverrfaglig samarbeid oppleves som en trussel mot yrkesidentiteten, kan samholdet innad i profesjonene bli forsterket og forsvaret av grensene mellom yrkesgruppene skjerpes (Badea, Jetten, Czukor, & Askevis-Leherpeux, 2010; Hornsey & Hogg, 2000; Norris, 2001). En sterk teamidentitet vil dra i motsatt retning. Forpliktelse til teamet og opplevd samhørighet

styrker samarbeidsatferd, oppfattelsen av delte mål, mer integrerte handlinger, nysgjerrighet på andres kunnskap og kunnskapsdeling (Chen & Tjosvold, 2002; Eckel & Grossman, 2005).

I det videre skal vi se at disse faktorene gjenspeiles i forskningen som er gjort på samhandlingen mellom helsetjenester og arbeidsrettede tjenester i IPS, men at det fremdeles finnes kunnskapshull som den aktuelle evalueringen vil bidra til å dekke.

## **2.2. Tidligere forskning på integrerte tjenester i IPS**

Integrerte tjenester vurderes som et kritisk prinsipp i utførelsen av IPS (Bond et al., 2001).

Integrerte tjenester betyr at jobbspesialisten, som utøver IPS, er en del av et behandlingsteam i helsetjenesten. Jobbspesialisten er i de fleste tilfeller ansatt i NAV eller i helsetjenesten, men kan også være ansatt i kommunen eller i en arbeidsmarkedsbedrift som har kompetanse på IPS. I følge IPS-manualen skal jobbspesialisten være samlokalisert med behandlingstjenestene, men i praksis har dette vist seg å ikke være fullt ut gjennomførbart, og mange har kontor for eksempel hos NAV når de har NAV som arbeidsgiver. Fordelen med å ha kontor på behandlingsstedet er nærhet til behandlere, mulighet til fortløpende avklaringer, og formelle tilganger til systemer.

Samtidig som prinsippet om integrering av arbeidsrettede tjenester og behandling er sentralt for utøvelsen av metoden, har en mengde forskningsstudier rapportert at nettopp dette prinsippet er krevende å implementere (de Winter et al., 2020; Fyhn, Ludvigsen, Reme, & Schaafsma, 2020; Killackey & Waghorn, 2008; Bonfils et al., 2020) At metoden i mange tilfeller krever tverrsektoriell samhandling representerer en utfordring mot etablerte måter å arbeide på, profesjonskultur og institusjonell logikk hos de involverte aktørene (Bonfils, 2020). Det er derfor viktig å få gyldig kunnskap om hva disse utfordringene består i, hvordan de endrer seg over tid, og hva som er «best practice» der hvor integrerte team lykkes best.

Selv om forskningen på implementerings-aspekter ved IPS har økt i omfang de senere årene, fremstår forskningsfeltet fragmentert på grunn av ulike tilnærminger, begrepsoperasjonalisering, og uklare analytiske metoder (Bonfils et al., 2017; Fyhn et al., 2020). Svært få studier har sett utelukkende på samhandling mellom helsetjenester og arbeidsrettede tjenester, men det finnes en del kvalitative studier hvor denne samhandlingen dukker opp som et tema i intervjuer (Areberg & Bejerholm, 2013; Fyhn et al., 2020; Shepherd, Lockett, Bacon, & Grove, 2012). I den store norske IPS-studien (Reme et al., 2016) fant man fire gjentakende temaer i intervjumaterialet fra behandlere og jobbspesialister: 1) Formelle hindre, knyttet til taushetsplikt og ulike journalsystem;

2) Ulike arbeidsmåter på klinikkene hva gjaldt organisering av behandlingsteam; 3) Engasjement fra behandlere, som kunne variere mellom og innad i behandlerteam; og 4) Styringsmessige utfordringer, som handlet om at de ulike sektorene hadde ulike mål og prioriteringer å styre etter.

Disse punktene gjenspeiles i den internasjonale forskningslitteraturen, som stort sett er basert på kvalitative metoder. På lokalt og nasjonalt nivå finner man utfordringer knyttet til at sektorenes mål og tilnærming til dels motarbeider samarbeidet som IPS forutsetter, for eksempel gjennom ulike tidsrammer for oppfølging, etablert organisering av møteaktiviteter som ikke samsvarer med krav i IPS-metoden, og progresjon i oppfølgingen (Bonfils, 2020; Bonfils et al., 2017; Knaeps, DeSmet, & Van Audenhove, 2012; van Erp et al., 2007). Dette kan bidra til å utvanne metodikken, fordi tilpasningene av IPS-prinsippene blir for store (Bonfils, 2020; Reme et al., 2016). På lokalt og individuelt nivå ser man at lederskap, villighet til organisasjonsutvikling (Bonfils et al., 2017; Marshall, Rapp, Becker, & Bond, 2008; Rinaldi, Miller, & Perkins, 2010), samlokasjon av aktører, holdninger og forståelse av målgruppens behov (Bonfils, 2020; Marshall et al., 2008; Quimby, Drake, & Becker, 2001; Reme et al., 2016; Shepherd et al., 2012; van Erp et al., 2007), og en opplevelse av likeverdighet i beslutningsprosesser i teamet er viktig (Moen et al., 2020; Reme et al., 2016). De aller fleste av disse studiene løfter frem tidsaspektet ved vellykket integrering av tjenester. Noen studier finner mangelfull integrering i starten, men at dette forbedres over tid. Dette ser ut til å handle om å utvikle en felles forståelse av målsetning og samarbeidsform, og finne løsninger på formelle barrierer slik som taushetsplikt, men også en endring i oppfatning av IPS på behandlerens side etter hvert som man så at oppfølging og arbeidsdeltakelse fungerte (Bonfils, 2020; Marshall et al., 2008; Moen et al., 2020; Reme et al., 2016; Rinaldi et al., 2010; Shepherd et al., 2012).

Til tross for at samhandlingen mellom helsetjenester og arbeidsrettede tjenester anses som avgjørende for å oppnå gode resultater med IPS, er det bare et fåtall studier som har konsentrert seg utelukkende om denne samhandlingen, og kun én de senere årene (Bonfils, 2020). De ovennevnte resultatene inngår i studier med et mer generelt fokus, og har derfor ikke undersøkt integreringsproblematikken i dybden. Videre er den analytiske fremgangsmåten nokså uklar i en del av studiene, noe som truer resultatenes validitet. I tillegg er de aller fleste studiene gjennomført i en annen kulturell kontekst. To nyere nordiske publikasjoner finner for eksempel at et recovery-perspektiv på behandling er mer fremtredende hos behandlere nå enn de internasjonale studiene skal ha det til (Bonfils, 2020; Proba, 2016). Det indikerer et behov for mer dyptgående studier i en norsk kontekst, noe den foreliggende evalueringen bidrar med.



### 2.3. Evalueringens formål og problemstillinger

Evalueringens hovedmål er å gi svar på hvordan behandlere og jobbspesialister samarbeider om IPS i integrerte behandlingsteam. Gjennom spørreskjemaer og i gruppe-intervjuer har vi spurt *behandlere, metodeveiledere og jobbspesialister* hva de vurderer som avgjørende for et godt samarbeid, hva som er hovedutfordringer, hvordan de oppfatter at integrerte tjenester er til hjelp for deltakeren, og hvordan teamene er organisert.

Evalueringen skal også gi svar på hvordan *pasientene/brukerne* opplever de integrerte tjenestene. For å belyse dette har vi intervjuet 6 individuelle deltakere over telefon om deres erfaringer, og hvordan IPS-tilbudet eventuelt kan forbedres.

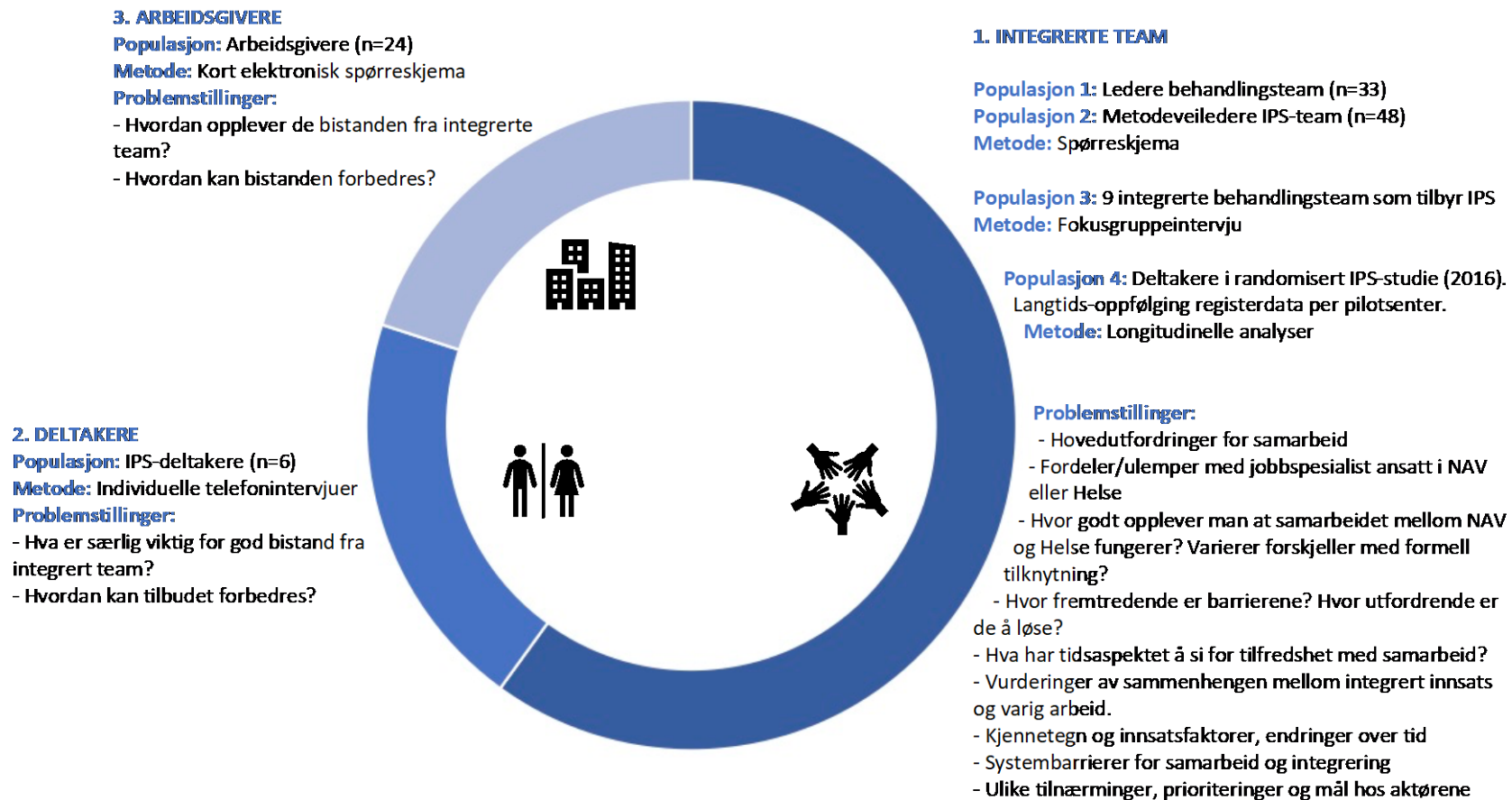
I tillegg har vi sendt ut spørreskjema til *arbeidsgivere* som har eller har hatt kontakt med ulike IPS-tjenester rundt om i landet for å belyse hvordan de opplever bistanden de mottar gjennom integrerte tjenester.

### 3. Metode

Evalueringen er designet som en mixed methods-studie. Et slikt design gjør at problemstillingene besvares ved bruk av komplementære kvantitative og kvalitative metoder. I denne studien har vi brukt fokusgruppeintervjuer (integreerte behandlingsteam), spørreskjemaer (IPS metodeveiledere, behandlingsteamledere, og arbeidsgivere), og individuelle intervjuer (brukere/pasienter). Figur 1 viser hvilke datakilder som belyser de ulike problemstillingene. *Behandlingsteam* betegner det integrerte behandlingsteamet som består av helse- og sosialfaglige profesjoner, og en jobbspesialist som er trent i IPS-metoden. *IPS-team* betegner jobbspesialistenes eget team, som ledes av en metodeveileder. I denne evalueringen er det hentet inn data fra metodeveiledere, men ikke IPS-team. Det er de *integreerte behandlingsteamene* i helse- og omsorgstjenestene som er hovedfokus for evalueringen.

De ulike datakildene knyttet til integrerte team (teamintervjuer, spørreskjema metodeveiledere og behandlingsteamledere) integreres i tolkning og presentasjon av resultater. Her har spørreskjema-data blant metodeveiledere og behandlingsteamledere vært veiledende for deler av fremstillingen, på den måten at temaer som er særlig fremtredende i spørreskjemaene, undersøkes nærmere i fokusgruppeintervju-materialet. Samtidig er det temaer i intervjuene som ikke er behandlet i spørreundersøkelsene, som blir selvstendig behandlet og presentert. Kort oppsummert ser analyseprosessen av datakildene knyttet til integrerte team slik ut:

1. *Spørreskjema*data fra metodeveiledere og behandlingsteamledere oppsummeres.
2. Temaer som peker seg ut i *spørreskjemaene*, indikert ved stor oppslutning/respons, brukes som analyselinse på *intervjudataene* fra integrerte team.
3. I tillegg gjøres tematisk analyse på samme *intervjudata* basert på intervjuguide for å fange opp andre relevante problemstillinger.
4. Samlede resultater presenteres tematisk, og de ulike datakildene synliggjøres fremstillingen.



Figur 2. Studiedesign. Hvilke datakilder som belyser ulike problemstillinger.

### **3.1. Integrerte team**

#### **3.1.1. Rekruttering**

Rekrutteringen av integrerte behandlingsteam var opprinnelig tenkt å gjøres basert på de tilknyttede IPS-teamenes resultater på overgang til arbeid. Tidlig i prosjektperioden ble dette endret til at integrerte behandlingsteam ble rekruttert til intervjuer basert på den siste kvalitetsmålingen i den tilknyttede IPS-tjenesten, nærmere bestemt leddene som måler integrasjon med helsetjenester (ledd 1 og 2 under Organisasjon). I starten ble denne strategien fulgt, men på grunn av noen avslag og noen manglende responser, ble vi nødt til å også rekruttere team som ikke pekte seg ut på disse to leddene, for å få gjennomført nok intervjuer. Rekrutteringen tok imidlertid hensyn til geografisk variasjon, og variasjoner i hvor lenge det var siden IPS-tjenesten ble etablert.

Rekrutteringen tok utgangspunkt i en oversikt over IPS-tjenester over hele landet, formidlet av Arbeids- og velferdsdirektoratet. Metodeveileder for aktuelle IPS-team ble kontaktet med forespørsel om å formidle videre kontakt til ledere for integrerte behandlingsteam i helsetjenesten som de samarbeider med. To IPS-tjenester hadde ikke kapasitet til å opprette kontakt, og fem tjenester har vi ikke fått respons fra. Blant de som svarte positivt (11 tjenester), var det kun i to av tilfellene at rekrutteringsprosessen stoppet hos behandlingsteamleder. De aller fleste behandlingsteamlederne som ble forespurt, takket altså ja til deltakelse. Av 18 henvendelser endte vi dermed opp med 9 avtaler om intervju.

#### **3.1.2. Datainnsamling**

Det ble gjennomført 9 digitale intervjuer, som varte i rundt 90 minutter. Mellom 3 og 7 personer deltok i intervjuene, totalt deltok 45 informanter, og i alle intervjuene deltok en jobbspesialist. Behandlingsteamene representerte både spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester, og det var god variasjon mellom teamene hva gjaldt jobbspesialistens ansettelsesforhold, behandlingsteamets innretning, og samarbeidets organisering. Se Appendiks A for en liste med overordnede temaer som ble drøftet i intervjuene.

Alle intervjudeltakere fikk tilsendt informasjonsskriv om prosjektet i forkant, som utgjorde grunnlaget for informert samtykke. Det ble også innledningsvis gitt mulighet til å stille spørsmål til forskerne. Intervjuene ble gjennomført som videosamtaler, tatt opp på bånd, og transkribert i etterkant.

### **3.1.3.      Analyse**

Intervjudataene er analysert ved bruk av malbasert analyse (King, 2012). Denne analysemetoden tar utgangspunkt i en liste med datakoder som er deduktivt utarbeidet på grunnlag av eksisterende forskning, temaene som inngår i prosjektets problemstillinger og i intervjuguiden, samtidig som listen av koder kontinuerlig suppleres med temaer eller elementer som induktivt trer fram fra intervjudataene. Fordelen med denne metoden er at en kan fange opp også uforutsette temaer og aspekter ved teamarbeidet som informantene forteller om.

## **3.2.        Metodeveiledere**

### **3.2.1.      Rekruttering**

Arbeids- og velferdsdirektoratet formidlet epost-adresser til metodeveiledere, basert på en nylig intern undersøkelse. I tillegg ba vi fylkeskontaktene, som følger opp IPS-tjenestene i sitt fylke, om å sende oss epost-adresser for å fange opp metodeveiledere som ikke stod på den første listen.

### **3.2.2.      Datainnsamling**

Eposter ble sendt ut til hele adresselisten, med lenke til spørreskjemaet. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om lokalisering og ansettelsesforhold blant jobbspesialistene i IPS-teamet, og eventuelle barrierer for god samhandling med helsetjenestene. Spørreskjemaet inneholdt enkelte åpne svaralternativer, for å fange opp faktorer som ikke ble nevnt i de øvrige spørsmålene. Skjemaet var anonymt, og respondentene samtykket til å delta ved å krysse av i en boks før de begynte utfyllingen. Responsraten for spørreskjemaet blant metodeveiledere var 69% (n=48).

### **3.2.3.      Analyse**

Svarene på de kvantitative spørsmålene oppsummeres ved bruk av deskriptive analyser, mens de åpne spørsmålene er kategorisert ved bruk av tematisk analyse (Joffe & Yardley, 2004). Hvert tema er operasjonalisert og eksemplifisert ved bruk av sitater fra responsene. De ulike temaene har blitt kodet til numeriske kategorier for å oppsummere hvor hyppig forekommende temaet er i datamaterialet. Temaene er så sammenstilt med temaer fra spørreundersøkelsen blant behandlingsteamledere, for å synliggjøre overlapp og avvik.

### **3.3. Ledere av behandlingsteam**

#### **3.3.1. Rekruttering**

I utsendelsen av spørreskjema-lenke til metodeveiledere ble disse bedt om å videresende lenke til behandlingsteamledere de samarbeidet med, og gi tilbakemelding på hvor mange personer de hadde videresendt lenken til, slik at forskerne kunne regne ut responsrate for denne gruppen. Metodeveilederne kunne som et alternativ forespørre behandlingsteamlederne om samtykke til å videreformidle epost-adresser til forskerne, som da ville foreta utsendelsen, men de aller fleste valgte å videresende lenken til behandlerne direkte.

#### **3.3.2. Datainnsamling**

Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om tilhørighet i sektor (spesialisthelsetjeneste eller kommunal), organisering og sammensetning av teamet, deltakende instanser, oppfattelse av eventuelle barrierer for god samhandling i teamet, og nødvendige innsatsfaktorer for god samhandling. Spørreskjemaet inneholdt enkelte åpne svaralternativer, for å fange opp faktorer som ikke ble nevnt i de øvrige spørsmålene. Skjemaet var anonymt, og respondentene samtykket til å delta ved å krysse av i en boks før de begynte utfyllingen. Responsrate på spørreskjemaet sendt ut til behandlingsteamledere var 49% (n=33).

#### **3.3.3. Analyse**

Svarene på de kvantitative spørsmålene oppsummeres ved bruk av deskriptive analyser, mens de åpne spørsmålene er kategorisert ved bruk av tematisk analyse, som beskrevet under tidligere utvalg. De ulike temaene har blitt kodet til numeriske kategorier for å oppsummere hvor hyppig forekommende temaet er i datamaterialet. Hvert identifiserte tema operasjonaliseres og eksemplifiseres ved bruk av sitater fra responsene. Temaene er så sammenstilt med temaer fra spørreundersøkelsen blant metodeveiledere, for å synliggjøre overlapp og avvik.

### **3.4. Deltakere**

#### **3.4.1. Rekruttering**

Metodeveiledere i enkelte IPS-tjenester forespurte deltakere i sin tjeneste, og basert på deltakernes samtykke deres kontaktopplysninger videreformidlet til forskergruppen. En forsker i prosjektgruppen tok direkte kontakt med informasjon om studien og formell forespørsel om å delta, og intervjuer ble avtalt fortløpende.

### **3.4.2. Datainnsamling**

Individuelle intervjuer ble gjennomført med 5 personer som har deltatt eller enda deltar i IPS. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om erfaringen med samhandlingen mellom IPS og helsetjenesten, hva som har fungert godt og mindre godt, og eventuelle forbedringsforslag. Intervjuene ble gjennomført over telefon.

### **3.4.3. Analyse**

Intervjuene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse, som beskrevet under tidligere utvalg, for å identifisere tema og kategorier i informasjonen gjennom en deskriptiv og induktiv tilnærming.

## **3.5. Arbeidsgivere**

### **3.5.1. Rekruttering**

Metodeveiledere som var tilknyttet de integrerte teamene som deltok i intervjuer, ba noen av arbeidsgiverne de samarbeider med om samtykke til å videreformidle deres epost-adresser til forskergruppen. Det ble ikke foretatt noen seleksjon av arbeidsgivere. Responsraten for spørreskjemaet blant arbeidsgivere var 73% (n=24).

### **3.5.2. Datainnsamling**

Spørreskjemaet ba om noe bakgrunnsinformasjon om bedriftens størrelse og bransje, og spurte om tilfredshet med samhandlingen med jobbspesialist, nytten av integrerte team rundt den ansatte, og eventuelle forbedringsforslag. Noen av spørsmålene ble målt kvantitativt med skåringer på en skala, og noen ble målt ved bruk av åpne svarkategorier for å fange opp faktorer som ikke ble nevnt i de øvrige spørsmålene. Skjemaet var anonymt, og respondentene samtykket til å delta ved å krysse av i en boks før de begynte utfyllingen.

### **3.5.3. Analyse**

Resultater fra kvantitative spørsmål er sammenfattet ved bruk av deskriptive analyser, mens svarene fra de to åpne spørsmålene gjengis slik de er oppgitt av respondentene. Det var ikke mange respondenter som benyttet seg av disse, og det ble for lite tekstmateriale til å gjennomføre en tematisk analyse.

### 3.6. Analyse av registerdata fra randomisert studie

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet sørget i samarbeid for at det i årene 2013-2016 ble gjennomført en pilotering IPS i seks norske fylker, som ble effektevaluert av forskere ved daværende Uni Research (nå NORCE) (Reme et al., 2016). Senere er det, ved hjelp av registerdata, gjort analyser som undersøker effekten av IPS over en periode på 43 måneder (Holmås, Monstad og Reme, 2021). Effekten på sysselsetting blir analysert ved hjelp av data fra NAV.

Målgruppen for tiltaket var personer med moderate og alvorlige psykiske lidelser, og i effektevalueringen sammenlignes utfall for to grupper som fikk tilbud om ulike tiltak: enten IPS (IPS-gruppen) eller en høykvalitets versjon av ordinær oppfølging i form av øvrige tiltak og tjenester i NAV og helsetjenesten (kontrollgruppen). For å sikre at en eventuell forskjell i utfall mellom IPS-gruppen og kontrollgruppen kan tilskrives selve tiltaket, var det viktig å gjøre de systematiske forskjellene mellom gruppene så små som overhodet mulig. Derfor ble et randomisert design valgt. Ved en randomisering vil det være tilfeldig om en person som er aktuell for tiltaket, får tilbud om IPS, eller blir inkludert i kontrollgruppen. For å ytterligere gjøre disse to gruppene så sammenlignbare som mulig når effekten måles, tar analysen hensyn til bakgrunns-kjennetegn ved individene, i tillegg til kalenderår og -måned.

Utvalget er 327 deltakere i den opprinnelige studien, som ble randomisert enten til kontrollgruppe eller IPS-gruppe, ved seks ulike sentre. I denne rapporten undersøker vi trekk ved langtids-effekten av IPS ved hvert av de seks pilotsentrene, og gjengir hovedtrekkene ved organiseringen av pilotsentrene. Det er viktig å understreke at mens randomiseringen sikret at det ikke var noen systematiske forskjeller i bakgrunns-kjennetegn mellom IPS- og kontrollgruppen *samlet sett*, vil dette ikke nødvendigvis gjelde for IPS- og kontrollgruppen ved hvert enkelt senter. Dette vil vi utdype i avsnitt 4.1.6.



## 4. Resultater

### 4.1. Hvordan samarbeider behandlere og jobbspesialister i integrerte team?

#### 4.1.1. Kjennetegn

Spørreundersøkelsene blant metodeveiledere og ledere av integrerte behandlingsteam belyser organisering og kjennetegn ved IPS-tjenestene og samarbeidet i integrerte behandlingsteam (se tabell 1).

	Prosent	Antall
<i>Metodeveiledere (n=48)</i>		
Jobbspesialist ansatt i NAV	87%	99
Jobbsp. ansatt i helsetjenesten	10%	11
Jobbsp. ansatt i kommunen	3%	4
Jobbsp. lokalisert i NAV	22%	29
Jobbsp. lokalisert i helsetjenesten	73%	95
Jobbsp. lokalisert hos kommunen	5%	7
<i>Ledere integrerte behandlingsteam (n=33)</i>		
Hører til i kommunehelsetjenesten	27%	9
Hører til i spesialisthelsetjenesten	61%	20
Hører til i begge sektorer	3%	1
Har 1 jobbspesialist	63%	20
Har 2 jobbspesialister	13%	4

	Prosent	Antall
Har 3 eller flere jobbspesialister	25%	8
Har 7 eller flere helse- og/eller sosialfaglige personer	63%	20
	Ja	Nei
Jobbspesialist deltar på alle behandlingsmøter	75% (n=24)	25% (n=8)
Jobbsp. deltar på alle deler av behandlingsmøter	69% (n=22)	31% (n=10)

Tabell 1. Kjennetegn ved IPS-tjenester og integrerte team.

Gjennomsnittlig antall år som IPS-tjenesten hadde eksistert var 2.85 (SD 2), noe som tilsvarer 2 år og 10 måneder. Tjenesten som hadde kortest fartstid ble etablert for et halvt år siden, mens tjenesten med lengst fartstid ble etablert for 9 år siden.

#### 4.1.2 Samarbeidsformer

Som tabellen over viser, er de fleste jobbspesialistene ansatt i NAV, men har kontorplass eller tilgang til kontorplass i helsetjenesten. De fleste integrerte team hører til i spesialisthelsetjenesten, har 1 jobbspesialist og 7 eller flere helse- og/eller sosialfaglige personer i teamet. I tre av fire tilfeller deltar jobbspesialist på alle behandlingsmøter, og de fleste deltar på alle deler av behandlingsmøtene. På den ene siden kan man si at disse tallene er høye, samtidig vil det si at i om lag 25% av teamene er jobbspesialist ikke godt integrert i teamet. Der hvor jobbspesialist ikke deltar på alle møter eller alle deler av møter, begrunnes dette med taushetsplikten, at man ikke anser det som nødvendig, eller at man har daglige møter og jobbspesialisten deltar på ett av disse i løpet av en uke. Disse temaene dukket ofte opp i intervjuene med integrerte team, og vil behandles mer dyptgående i senere avsnitt.

Ulike deltakende instanser utenfor teamets arbeidsplass deltar i de integrerte teamene, de fleste (72%) på fast basis, resten rapporterer at disse deltar etter behov. For integrerte team i spesialisthelsetjenesten inkluderer deltakende instanser FACT/ACT-team, ulike enheter for rusbehandling, og NAV. I tillegg nevnes enkeltvis kommune, sykehus og prestetjeneste. For

integreerte team i kommunehelsetjenesten nevnes FACT, enheter som arbeider med psykisk helse og rus, og DPS.

I intervjuene speiles variasjonen i organisering av IPS og samarbeidsformer i behandlingsteamene. Intervjuene dekker behandlingsteam som har samarbeidet om IPS i kortere og lengre tid. Noen steder er IPS fortsatt organisert som prosjekt, mens det andre steder er gått over i fast drift, enten som en organisatorisk integrert del av helsetjenesten eller i samarbeid med NAV. Videre dekker intervjuene behandlingsteam som har jobbspesialist ansatt i NAV, eller i Helse. Noen steder finner vi en kombinasjon av disse to organiseringsformene. Noen jobbspesialister er samlokalisert med teamene, andre er lokalisert et annet sted, og noen veksler mellom ulike kontorsteder i løpet av uken. Det varierer også hvorvidt jobbspesialisten har tilgang til samme journalsystemer og digitale kommunikasjonskanaler som behandlerne, hvor omfattende tilgangen er, og om de er knyttet til ett eller flere behandlingsteam, som igjen kan være organiserte og arbeide på ulike måter.

Jobbspesialistene i de intervjuede behandlingsteamene deltar stort sett i faste behandlingsmøter. Hvordan de deltar, og måten IPS er gjort til en del av møtene på, varierer. Det er med andre ord rimelig å anta at dette fører til variasjon i hvorvidt det oppstår friksjon i oppfattelsen av roller og mål innad i behandlingsteamet som har integrert IPS. Noen forteller om faste, ukentlige eller daglige møter hvor jobbspesialist deltar i hele møtet, og en fastsatt del av møtet er dedikert til IPS, samtidig som det gjøres til tema i drøftinger om enkeltpasienter. Andre beskriver ukentlige møter hvor jobbspesialisten selv velger hvor store deler av møtet den vil delta på, i noen av disse har IPS-relaterte temaer likevel en fast plass på agendaen. Andre igjen praktiserer behandlingsmøter hvor det ikke er satt av fast tid til IPS, men at det diskuteres på lik linje med andre tema når det er relevant. Noen jobbspesialister får bare delta i de delene av møtet hvor pasienter som er IPS-deltakere eksplisitt er tema. I møtene diskuterer og avklarer man veien videre for IPS-deltakere, diagnoser, jobbspesialistens og behandlernes forståelse av hver enkelt pasient/deltaker og dennes situasjon, og potensielle nye deltakere. Disse møtene er også en arena hvor en kan be om råd i krevende saker, og hvor jobbspesialisten kan informere om og (over tid) overføre kunnskap til behandlerne om IPS-metodikken der hvor dette er et behov. I tillegg kan jobbspesialisten fange opp saker den ønsker å være med og drøfte.

*«Det kan jo også være om det har skjedd noe i livet til den personen. Om det har vært noen endringer. Går det bra? Skal vi satse og hvor mye?»  
(Behandler, i intervju.)*

*«Det er ikke et eget punkt som er IPS, dessverre. Det er lagt opp sånn at en tar en runde på alle behandlerne om de har noe som de trenger å ta opp. Det er jo mye diagnosesetting. Selvfølgelig at de tar en vurdering av*

*hva som skal gjøres videre i behandling. At det kanskje kan være behov for spesialistvurdering og sånn. (...) I forbindelse med drøfting av hvilken behandling som kan være aktuell, så kommer de jo inn med IPS da.»  
(Behandler, i intervju.)*

*«På starten av møtet så har vi en runde der alle melder inn om de har noe spesielt som de ønsker å dele. Så der kan jobbspesialisten på eget initiativ si at de har innspill eller har en sak de ønsker å drøfte. Ellers så kan de kommentere underveis på lik linje som behandlerne. De er med som likeverdige i de teammøtene.» (Behandler, i intervju.)*

Behandlerne forteller at de ikke bruker mye tid på IPS i sitt daglige arbeid, men alle informantene forteller om samarbeid mellom jobbspesialisten og behandlere utover de faste behandlingsmøtene. Behandlerne og jobbspesialister deltar i felles informasjonsmøter om IPS med potensielle deltakere, og de møtes i trepartsmøter underveis i forløpet. Informantene beskriver videre at samarbeidet foregår gjennom avklaringsamtaler mellom jobbspesialist og behandler ved behov. Dette kan dreie seg om IPS-deltakere som møter på utfordringer i jobbsituasjonen, saker der jobbspesialisten trenger råd om hvordan en best kan hjelpe en deltaker videre, eller samtaler om hvilke pasienter som bør prioriteres inn i IPS. Både behandlerne og jobbspesialister fremhever denne delen av samarbeidet som viktig.

*«Det har hendt at hvis man ser at det blir for lite tid på behandlingsmøte eller at det dukker opp noe før eller etter et behandlingsmøte, så har det vært veldig greit å bare se om man får tak i noen av behandlerne. Som regel så finner man tid et eller annet sted i hver sin kalender til å ta en kort prat. Du trenger ikke å vente en hel uke hvis det er noe du absolutt skulle ha drøftet ganske kjapt, plutselig.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Jeg har i hvert fall tre pasienter som blir tett fulgt opp av jobbspesialisten nå i det siste. Da har vi jo både telefonkontakt og gule lapper eller meldingsutveksling i journalsystemet, og vi har hatt miniteam rundt de som hun følger tett opp, og som jeg og har et ansvar for å følge opp. Og også samkjøring av avtaler, hvor de kanskje får time samme dag. At vi deler oss. Hun har første delen av timen og hun andre halve eller at vi sitter felles. Så jeg synes jo at det har fungert veldig godt.» (Behandler, i intervju.)*

Ut over samarbeidet som foregår direkte mellom jobbspesialist og behandlere kan behandlere bruke andre arenaer i behandlingen, som for eksempel gruppeterapi, til å informere om og gjøre pasienter trygge på IPS, og jobbspesialisten kan delta på slike arenaer for å bli bedre kjent med deltakerne.

*«Har jo et eksempel i fra forrige gruppe, da. Da var det en pasient som fikk telefon fra jobbspesialisten om at de skulle treffes. Hun ble veldig engstelig og tar det da opp i gruppen. Så sitter det to andre der som har litt lengre erfaring med jobbspesialisten. Dermed så kan jeg da spørre om hvem jobbspesialisten er og om de kan fortelle litt til henne. Så da går det i fra å være en veldig spent og litt sånn nervøs holdning, så blir hun veldig positiv, da. Så det er et samarbeid som jeg synes fungerer godt.» (Behandler, i intervju.)*

*Jobbspesialisten skal jo være med litt i undervisningen og, for å få litt innblikk i vår metode. (...) I undervisning til pasientene. (...) Da får man innblikk i den metoden som vi jobber etter. Få litt innblikk i den. Kanskje se pasientene på en annen arena. Litt i gruppesammenheng og, da. Det tror jeg og er nyttig. (Behandler, i intervju.)*

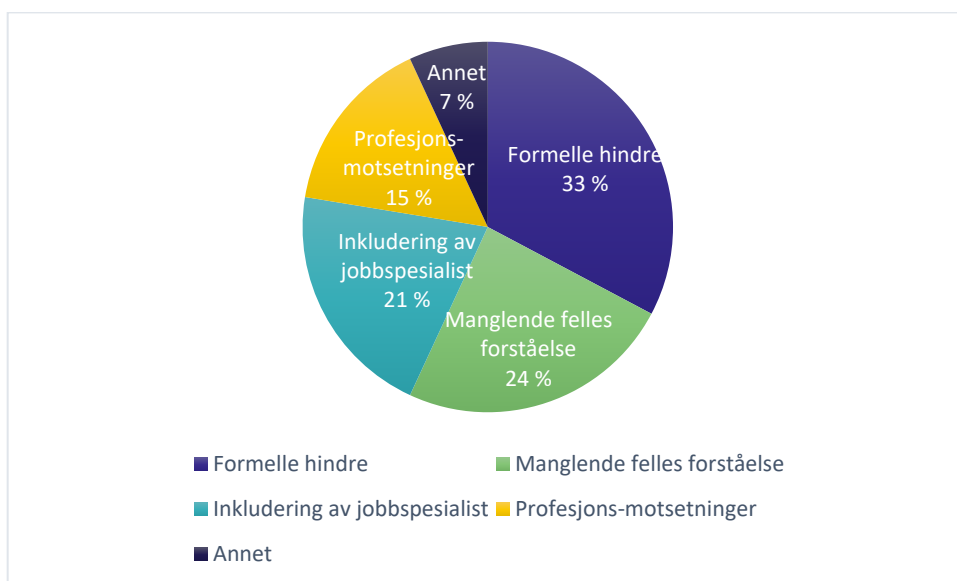
Det varierer i hvilken grad de intervjuede jobbspesialistene har tilgang til digitale journalsystemer på lik linje med behandlerne. Noen har fått full tilgang, mens andre har opplevd å ha slik tilgang i en oppstartsfasen, men at den senere er blitt begrenset eller trukket tilbake. Andre igjen har ingen tilgang. De forteller også at de kjenner til at dette løses på flere ulike måter for kolleger andre steder.

*«Jeg vet at andre plasser så har man mye mer tilgang, mens noen plasser er det begrenset. Så det er jo litt variert. Men det blir jo opp til hvert enkelt sted å avgjøre det, da.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

Dette temaet vil diskuteres mer inngående i avsnittet «Formelle hindre for samarbeid og integrering» i kapittel 4.1.2.

#### 4.1.2. Hovedutfordringer for samarbeid

I spørreskjemaet til IPS metodeveiledere ble det stilt et åpent spørsmål med fri tekstrespons om hva de anså som de viktigste utfordringene for de jobbspesialistene de ledet, med å jobbe i integrerte team. 63 enheter med tekst ble kodet inn i kategoriene *formelle hindre*, *manglende felles forståelse*, *inkludering av jobbspesialist*, og *profesjonsmotsetninger* (se figur 3).



Figur 3. Utfordringer for jobbspesialister i integrerte team. Fordeling av responser i de ulike tematiske kategoriene.

De ulike barrierene fordeler seg relativt jevnt, men formelle hindre nevnes hyppigere enn de andre.

I spørreskjemaet til både metodeveiledere og behandlingsteamledere inkluderte vi fire forhåndsdefinerte barrierer som var hentet fra prosessevalueringen i 2016-studien (Reme et al., 2016). Disse barrierene bestod av formelle hindre, ulike arbeidsmåter på de forskjellige klinikkene (kun metodeveiledere), engasjement for jobbdeltakelse for pasienter, og styringsmessige utfordringer. Respondentene ble bedt om å vurdere hver barriere på en skala fra 0 til 10, hvor 0=ikke-eksisterende og 10=svært fremtredende. Tabell 2 viser resultatene fra henholdsvis metodeveiledere og behandlingsteamledere.

Barrierer (fra 2016-studie)	IPS Metodeveiledere		Behandlingsteamledere	
	<i>Gj.snitt (std.avvik)</i>	<i>Median</i>	<i>Gj.snitt (std.avvik)</i>	<i>Median</i>
Formelle hindre (taushetsplikt, ulike journalsystem osv.)	4.4 (SD 3.5)	4	3.1 (SD 2.9)	2
Ulike arbeidsmåter på klinikkene	4.5 (SD 3.2)	5	n/a	n/a
Engasjement for jobbdeltakelse for pasienter	4.8 (SD 3)	4,5	4.3 (SD 3.1)	3,5
Styringsmessige utfordringer (sektorene har ulike mål og prioriteringer)	5.5 (SD 3)	6	2.9 (SD 2.3)	2

Tabell 2. Barrierer for samhandling. Gjennomsnitt, standardavvik og median, fordelt på IPS metodeveiledere og behandlingsteamledere.

Som vi ser er de fleste barrierene vurdert til å være omtrent midt på skalaen, med unntak av styringsmessige utfordringer, som ligger på øvre delen av skalane, og dermed oppleves mer fremtredende. Behandlingsteamlederne ser gjennomgående ut til å ikke oppleve de nevnte barrierene som særlig fremtredende. Det er verdt å merke seg at standardavvikene er nokså høye i begge populasjonene, noe som tyder på at det er stor spredning i svarene. Derfor oppgis også median.

Det at formelle hindre kommer hyppigst frem i figur 3, samtidig som snittet av skårene på formelle hindre i tabell 2 ligger midt på treet, er ikke nødvendigvis motsetninger. Det kan tolkes slik at selv om dette er den mest fremtredende barrieren, har mange funnet måter å jobbe seg rundt den på som fungerer i hverdagen. Dette støttes av intervjudata, som viser hvordan man finner enkelte alternative løsninger når man møter på systembarrierer.

I det følgende vil vi diskutere utfordringene som fremkom av fritekst-responsene til spørsmålet om viktigste utfordringer (figur 3). Disse er ikke basert på forhåndsdefinerte kategorier og er kanskje enda mer treffsikre på å beskrive dagens situasjon for samarbeidet om IPS. Innholdet i de ulike kategoriene drøftes og eksemplifiseres med sitater fra spørreskjema og intervju.

## Formelle hindre for samarbeid og integrering.

Dette temaet betegner barrierer som vanskeliggjør arbeidsflyt, samarbeid og integrerte tjenester, som ikke er knyttet til individene som samhandler, men til rammene de opererer under.

Respondentene i spørreskjemaene nevner faktorer som taushetsplikt, manglende tilgang til journalsystemer, og manglende samlokalisering som hemmende faktorer i dette henseendet. Uklarhet rundt taushetsplikt kan for eksempel resultere i at jobbspesialisten kun kan delta på de delene av møtet hvor IPS-deltakere omtales, og manglende tilgang til journalsystemer gjør at jobbspesialisten er forhindret fra å se deltakernes kalendre og dagsprogram. En respondent setter ord på det slik:

*«Kontorplassering, tilgang i datasystemene, avtale møter da vi ikke har tilgang til å se brukernes kalendere, inkludering i behandlingsteam pga personvern. I starten deltok vi på lik linje, men pga juridiske betraktninger får vi bare delta der vi har brukere som er i gang med tjenesten.» (Metodeveileder, i spørreskjema)*

Også i intervjuene var formelle hindre et hyppig forekommende tema. Flere informanter trakk frem lokalisering av jobbspesialist som ett eksempel. Flere har kontor plass et annet sted enn behandlingsteamet, og både behandlere og jobbspesialister opplever at dette begrenser spontant samarbeid og forsinker enkle avklaringer. Dette er ikke nødvendigvis knyttet til ansettelsessted, det vil si at NAV-ansatte jobbspesialister i en del tilfeller likevel er lokalisert sammen med behandlingsteamet.

*«Det er helt klart fordeler med sånn umiddelbarhet, sånn jeg og husker det. Det er bedre å kunne stikke innom i døren. Jeg heller vet helt ærlig ikke hvor du sitter nå.» (Behandler, i intervju.)*

*«Det er mye som må løses ganske kjapt, egentlig. For når ting skjærer seg og ting blir vanskelig og utfordrende for en pasient, så er det om å gjøre å hive seg litt rundt her og nå. Er man da tett på behandlerne så fungerer det bedre. Jeg har jo noen ganger bare troppet opp på kontoret og bare tatt en kort prat. En prat som kanskje blir på en halvtime og som kanskje blir litt sånn forstyrrende for behandlerne også, men som likevel er viktig, tenker jeg. Så den synligheten og tilstedeværelsen har vi drøftet mye: Skal vi ha den kontorplassen på NAV eller skal vi ha kontorplassen på behandlingsstedet? At det kan være bedre.» (Jobbspesialist, i intervju.)*



Noen jobbspesialister opplever at de flyttes fra kontor til kontor, noe som kan gjøre det utfordrende å holde tett kontakt med behandlingsteamet.

*«Da brukte vi bare å si «hvis døren er åpen, så kan du komme inn og så tar vi en prat.» Men det kan man jo ikke nå, for jeg har skjønnet det slik at de fleste ikke vet hvor vi sitter. Tror ikke vi nesten selv vet hvor vi sitter lenger. Vi har jo blitt flyttet rundt så mye.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

For de fleste handlet dette om knappe kontorressurser der plass til jobbspesialisten ikke prioriteres på lik linje med behandlernes behov, og/eller omorganiseringer som gjorde at behandlere hadde blitt plassert på nye kontorer, mens jobbspesialisten ikke ble tatt med i vurderingene i like stor grad da kabalen ble lagt. I ett team ble det imidlertid sagt eksplisitt at det ikke var behov for at jobbspesialisten var samlokalisert med det integrerte teamet. Dette teamet så ikke hvilken hensikt det skulle tjene, selv om jobbspesialisten hadde signalisert at dette var ønskelig.

Et annet forhold knyttet til formelle hindre var tilgang til journalsystemet som behandlerne brukte. Jobbspesialister som ikke har slik tilgang kan ikke lese behandlernes IPS-relaterte notater om pasienter, og heller ikke legge inn informasjon selv. Deling av slik informasjon må derfor skje gjennom andre tilleggskanaler, for eksempel via eposter med anonymisert informasjon. Dette var ikke en hensiktsmessig løsning, da det ikke var gitt at mottakeren husket hvilken deltaker dette gjaldt. Behandlere og jobbspesialister har heller ikke innsyn i hverandres kalendere eller avtalebøker. Dette opplever jobbspesialistene, og til dels behandlerne, at fører til ekstraarbeid, til at informasjonsflyten begrenses og forsinkes, og til at det er tungvint å avtale felles møtepunkter i samarbeidet.

*«(Det var) mye motstand i forhold til hvor mye tilgang vi skulle ha. Så da ble det begrenset slik at man kun hadde skrive- og lesetilgang til det du skrev selv. Men så er det litt vanskelig å se det som du skanner inn (...), du er bestandig nødt til å be de som skanner inn (sekretærene) om å skanne det inn slik at du kan se det. Så det er veldig tungvint. Så vet jeg også at det er noen behandlere som gjerne skulle ønske at vi kunne sett når begge to hadde ledig i timebøker ved å se i hverandre sine timebøker, men der har ikke jeg eller noen andre jobbspesialister tilgang. Det har vi jo prøvd å si, men det er liksom ikke så mye å få gjort med det. Jeg har prøvd å ta det opp på høyere hold, men foreløpig så er det ingen som vil ta det videre.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Vi har jo et krav om å levere en god del dokumentasjon både til NAV og til behandlere. Når den dokumentasjonen betyr at vi må skrive det ut, ta*

*det med fysisk og levere det, eventuelt få en underskrift hvis det er avgjørende, papirer skal gås gjennom og sånt, og så tilbake igjen og skanne det inn i NAV-systemet, så skjønner jo alle at det blir en propp. Det er et lite hinder, rett og slett. Vi føler at vi ikke får gjort det godt nok, dessverre. (...) I en sånn IPS-hverdag hvor man skal være både hos behandlere, arbeidsgivere, pasienter og snakke med NAV-veiledere, så blir ikke det en prioritet.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Og det er jo et behov også i andre deler av psykisk helsevern og kanskje også i somatikken, det å ha tettere samarbeid med NAV. Det er jo umulig for oss som klinikere å få tak i de NAV-ansatte, og så er det umulig for de NAV-ansatte å få tak i oss. Så, ja. Jeg mener ikke at vi skal dele journal med alle og enhver, men at det hadde vært lettere tilgang til hverandre gjensidig for å utveksle informasjon som er nødvendig. For det er jo et veldig tungrodd system med postgang og det tar tjue dager i fra du leverer og til at mottakende enhet har fått opplysningene. Det er liksom tilbake på 1800-tallet liksom, føles det av og til.» (Behandler, i intervju.)*

Flere peker på at disse begrensningene er avgjort så langt oppe i organisasjonene at det ikke er noe en selv kan gjøre for å løse utfordringen. Noen behandlere plasserer motstanden mot tilgang på systemnivå, men ser selv på jobbspesialisten som en «med-behandler» som burde hatt tilgang.

*«Det er jo vanskelig. Det blir jo på Bent Høie-nivå. Hvem skal kunne være helsepersonell? Altså, du må være helsepersonell for å få tilgang til helseinformasjon. Men på sett og vis så er det bare et pennestrøk, for de skal jo uansett gjøre samme jobben da.» «Så er det kunnskapen om at arbeid er så viktig som det er for helse. At det også er det for sykehusvesenet. For i sykehusvesenet så tror jeg det trengs mer kunnskap om hvorfor det er så viktig at vi jobber med dette her. Ikke bare i festtaler i fra direktoratet og departementer, liksom.» (To behandlere, i intervju.)*

Andre behandlere forteller om, eller ytrer selv, motstand fra behandlerens side mot både tilgang til journalsystemet begrunnet i taushetsplikt. For jobbspesialistene, derimot, fremstår dette som et tema det bør være mulig å komme rundt. De etterlyser ikke tilgang til all informasjon om pasienten, men ønsker en enklere måte å dele den informasjonen de trenger på.

Formelle hindre som mangel på samlokalisering, tilgang til journalsystemer og taushetsplikt-problematikk gjør seg særlig gjeldende når jobbspesialisten er ansatt i NAV.

*«Nå har vi jo akkurat fått litt sånn foten litt satt ned da. For den NAV-ansatte (jobbspesialisten) må ut (av behandlingsmøtet) og kan ikke høre på andre enn de hun har i egen portefølje.» (Behandler, i intervju.)*

I flere av intervjuene trekkes også ressursmangel frem som en utfordring for samarbeidet, særlig knyttes dette til mangel på nok tid, og for noen til mangel på kontorplasser og muligheter for samlokalisering. Felles behandlingsmøter er relativt korte og skal dekke mange ulike behov, behandlere er travle og flere nevner at de i oppstartsfasen var skeptiske til at IPS skulle komme inn som en ekstra arbeidsoppgave.

*«Litt av grunnen til at det var litt reservert da, det var jo litt motstand mot det, på en måte. Både at eksterne folk skulle komme inn taushetspliktmessig, og liksom det at de skulle spise opp litt av møtet og sånn.» (Behandler, i intervju.)*

*«Den siste tiden hos oss (...), så har det vært en del sykefravær, folk har sluttet. Da har det vært litt sånn: "Ja, men vi kan ikke bare snakke om IPS. Altså, folk er kjempesyke. Vi må få tid til å snakke om de dårligste." (Behandler, i intervju.)*

*«Så det er det med tid, at vi har ventelister. Så har vi press i fra ledelsen på at vi skal ta inn nye pasienter. Da blir de sakene som kanskje vi hadde avsluttet hvis ikke IPS hadde vært inne, men som vi da har et samarbeid med IPS på, som sier at vi skal være inne så lenge de er inne fordi at de trenger veiledning og samarbeid med oss. Da kan det bli en sånn konflikt.» (Behandler, i intervju.)*

Jobbspesialistene har heller ikke kapasitet til å ta inn alle aktuelle deltakere til enhver tid, og en må prioritere hvem som skal få plass.

*«Jeg skulle jo selvfølgelig ønske at det ikke var ventetid, men det er mange som ønsker tilbudet. Så jeg har dessverre ikke... Jeg tenker at det er viktig at man får gjort en god jobb med de som jeg har inne. Jeg har ganske mange inne, da. Jeg skulle jo ønske at jeg fikk plass til alle med en gang.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

Til sist mener flere av informantene at manglende ledelsesforankring og engasjement fra ledere på høyere organisatoriske nivåer skyldes at også disse lederne har stort arbeidspress og mangler nok tid til å sette seg inn i og bidra til å løse utfordringer knyttet til IPS.

## Inkludering av jobbspesialist

Temaet «Inkludering av jobbspesialist» gikk igjen i om lag en femtedel av spørreskjema-responsene blant metodeveiledere. Disse responsene handlet om manglende eller vanskelig tilgang til behandlingsmøter for jobbspesialisten. Noen beskrev at jobbspesialisten ikke fikk lov til å være til stede, eller at man ble glemt i innkallinger. For en del av sitatene knyttet dette til taushetsplikt, som tidligere diskutert, og at behandlere ikke ønsker å risikere å bryte denne ved å la en utenforstående komme inn i møtet. Samtidig tyder flere sitater på at det er varierende kvalitet også i selve møte-samhandlingen, selv om jobbspesialisten er til stede rundt bordet:

*«Vi har jobbet mye med å få tilgang til å delta på tverrfaglige møter på de ulike enhetene. (...) Jobbspesialistene melder om at det fortsatt er vanskelig bli sett på som en likeverdig deltaker i disse møtene, og opplever noen ganger at de hoppes over når alle blir spurt i møtet.»*

*(Metodeveileder, spørreskjema)*

En annen metodeveileder satte ord på at behandlere ikke leste seg opp på jobbspesialistens dokumentasjon, noe som også kan tyde på manglende inkludering av jobbspesialisten i teamet.

Også i intervjuene er det bekymring knyttet til informasjonsdeling med en jobbspesialist, og at dette er en utfordring særlig i tidlige faser av IPS-samarbeidet. Jobbspesialister kan også oppleve at ulike behandlingsteam i ulik grad inkluderer jobbspesialisten i arbeidet sitt, og at dette kan henge sammen med den eksisterende samarbeidsformen i behandlingsteamet.

*«Jeg tror at noen av oss var litt spørrende til at det kan være nødvendig at IPS-konsulentene skulle komme her og være med på behandlingsmøtet. Synes jo ikke at det var helt rett. (...) Det handler vel om at vi sitter og snakker om ganske mye informasjon på de møtene, og vi snakker overhodet ikke om ting som har med jobb og IPS å gjøre. Og det sitter jo i at vi ikke skal dele mer informasjon enn det som er nødvendig.»*

*(Behandler, i intervju.)*

## **Manglende felles forståelse: ulike tilnærminger, prioriteringer og mål hos aktørene.**

Om lag en femtedel av fritekst-responsene når det gjaldt utfordringer med å jobbe i integrerte team handlet om manglende felles forståelse for hva IPS er, hva som er jobbspesialistens rolle, og hva man skal hjelpe pasienten med. Respondentene beskrev at de ønsket mer tid til å reflektere sammen rundt hva IPS er, å få en felles forståelse av at IPS-tilbudet gjelder alle pasienter – ikke bare de som er «friske nok» - og at jobbspesialisten ikke ble sett på som en som bare kom innom møtene, men som en del av behandlingsteamet. Uten en felles forståelse ville IPS-oppfølgingen bli et parallelt, og ikke integrert, løp.

*«Få behandlere til å se på arbeid som aktivitet på lik linje med andre aktivitetstilbud innenfor en recovery-orientert tenkning. Tanken om at "alle" kvalifiserer til ordinært arbeid, kun basert på et ønske om å komme ut i arbeid.»*  
(Metodeveiledere, i spørreskjema)

Manglende felles forståelse ble også tilskrevet at de ulike sektorene har ulike mål og prioriteringer, som motarbeider en felles forståelse av hensikten med integrerte tjenester:

*«Rammene til spesialisthelsetjenesten passer ikke med IPS-metodikken. Det er et ønske/ mål /krav om gjennomstrømming, dette gjør at samhandlingen blir vanskelig. (...) Dette gjør at vi har ulik målsetting som vanskeliggjør samarbeid, vi får mange løp som enten må avbrytes eller følges opp uten støtte fra behandler.»*  
(Metodeveileder, i spørreskjema)

Jobbspesialister opplevde at manglende forståelse for IPS også gjorde seg gjeldende i NAV. Jobbspesialister med ansettelse i NAV kunne oppleve det krevende å skulle jobbe integrert i et helseteam samtidig som man møtte uforandrede krav hos NAV:

*«NAV som arbeidsgiver har mange forventninger til jobbspesialistene ift. dokumentasjon i fagsystemene til NAV, samt integrering i NAV-kontoret. Dette gjør integreringen i helseteamene vanskelig. Mangel på kunnskap hos NAV om IPS som metode, gjør at jobbspesialistene sidestilles med øvrige NAV-ansatte mtp. krav og forventninger»*  
(Metodeveileder, i spørreskjema)

Også i intervjuene fortalte en jobbspesialist om til dels store utfordringer i samarbeidet med andre NAV-konsulenter som var skeptiske til IPS sett opp mot andre arbeidstiltak NAV tilbyr.

*«Dette var jo folk som hadde vært lenge i gamet da. Jeg tenker de var fastlåst i... Altså, når vi tidligere snakket om behandlere som var fastlåst i gamle mønster og hvile seg frisk, så tenker jeg at dette var NAV-rådgivere som var fastlåst i en gammel arbeidsmetode i NAV og som gjerne hadde veldig gode relasjoner til tiltaksbedrifter, og som uten tvil mente at arbeidstrening var best. At alt arbeid skulle starte med trening. Du kunne slå de i hodet med all verdens statistikk og forskning som viser at arbeidstrening ikke fungerer, men det var ikke hjelp. De ville ikke ha oss trakkende i bedene. Dette var deres sitt område. "Dette her er mitt. Dette her er mine bedrifter. Dette her er mitt område. Det er min kommune. Det er jeg som skal hjelpe mine folk ut i arbeid." Det var sånn helt eksplisitt uttrykt da. Så det var ganske utrivelig.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

Overordnet sett finner vi liten motstand mot IPS-metodikken blant behandlerne som har deltatt i intervju. Jobbspesialistene har imidlertid ofte erfaring fra flere behandlingsteam enn det de deltar i intervju sammen med. Disse kan fortelle om at de har opplevd denne typen motstand i noen tilfeller, og at manglende forståelse mellom gruppene og ulike perspektiver oppleves som en utfordring. Dette kan dreie seg om at prinsippene i IPS-metodikken ikke blir forstått av behandlerne, og at jobbspesialistens rolle og viktigheten av integrering ikke er like tydelig for alle. Det at en opererer med hvert sitt fagspråk kan også være en utfordring for å skape felles forståelse, og et hinder fagfolk fra alle grupper må gjøre en innsats for å komme over.

*«Det er veldig enkelt å tenke at en driver behandling, og så kommer jobbspesialisten inn på slutten av behandlingen når vedkommende har blitt så frisk at "nå kan en tenke videre her". Så da lempet en over den oppgaven. "Nå kan jobbspesialisten overta". Det er jo kanskje en vanlig fallgrube å gå i, og som gjør at sjansen for å lykkes blir mindre. (...) En vet jo det at IPS er ferskvare og at en gjerne kan glemme hva det er, og vi må huske nye behandlere og sånne ting. Men det å få det under huden og at behandlerne skjønner hva IPS er og hvordan jobbspesialist og behandlerne skal jobbe i lag, det er jo det som liksom er kneiken å komme over. Men den kneiken har vi jo kommet over. Så er det jo selvfølgelig forskjell på behandlerne. Noen har jo til de grader skjønt det, men så er det kanskje noen som ikke helt har skjønt det enda. Uten at vi kan forklare hvorfor, da. Men det tror jeg og er et vanlig fenomen.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Jo, det var jo utfordrende i begynnelsen. Alle bransjer har jo sitt stammespråk. Så det er klart at uten helseutdanning, til tross for høyere*

*akademisk utdanning, så var jo ikke det et område jeg hadde vært innom. Så i starten så var det jo ofte jeg ikke skjønnte hva de mente, men da spurte jeg jo bare. Helt sånne enkle ting som for eksempel "lang latenstid". "Ja vel. Lang latenstid, ja?" Så man må jo bare spørre, ikke sant. Tørre å gjøre det. Så nå har vi jo lært oss det meste. Så en lærer seg det, men en må bare tørre å spørre så en ikke sitter der og ikke skjønner hva de snakker om.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

Utfordringer med manglende forståelse kan også handle om manglende innsikt fra behandlingsteamets side i jobbspesialistens behov, for eksempel når det gjelder systemtilgang, som gjør det utfordrende å løse praktiske problemer. Videre kan det handle om ulike perspektiver på hvilket tidspunkt i et pasientforløp det er formålstjenlig å trekke inn aktiviteter som IPS.

*«Kanskje (...) vi må jobbe litt med å forstå at fordelene med IPS er at det hjelper oss med å tenke på det tidligere. For eksempel ved å si at det er motivasjon og ikke nødvendigvis tilstanden eller symptombildet som er det viktigste. (...) Så jeg prøver å ha det i bakhodet, men det er ikke sikkert at jeg tenker på det tidlig nok.» (Behandler, i intervju.)*

I spørreskjemaet var det to fritekst-responser knyttet til at de ulike sektorene hadde forskjellige målsetninger, og at dette skapte problemer som vanskelig lot seg løse på team-nivå. Dette handlet om at jobbspesialist og behandlere var forventet å levere på mål som er for ulike, og at jobbspesialister endte med å fire på krav i IPS-metoden for å imøtekomme krav i helsetjenesten. Systemene på overordnet nivå opplevdes delvis uforenelige med en jobbspesialists hverdag. Også i intervjuene forteller flere informanter om utfordringer knyttet til ulike målsetninger, særlig vektlegges konflikten mellom målet om korte forløp, og den mer langvarige oppfølgingen som ligger i IPS som metodikk.

*«(I noen tilfeller kommer jeg) inn helt i slutten av forløpet. Vi prøver jo å si at vi må inn tidlig, for hvis ikke så gå jo tiden. Når man kommer inn i slutten så blir det jo sånn at vi føler at vi må forlenge litt fordi at vi skal holde på å få til en god løsning. Så det er viktig at vi kommer inn tidlig. Vi har jobbet litt med å få til det. Så det er mer en utfordring med kortere løp, ja. Absolutt.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

*«De som kommer inn her har ofte gjerne kortere vedtak. Et halvt år til opp mot et år, sånn i utgangspunktet. Så er det jo sånn at man bruker jo første tiden til å bli litt kjent og finne ut hva man skal jobbe med og hvilke verktøy man skal bruke. Hvis da IPS kommer inn med en tanke om at man skal sette det inn, så kan det bli litt sånne motsetninger i forhold til at IPS alltid har et lengre løp. Så må du liksom tilpasse dette her, og*

*da kan det bli en del utfordringer i forhold til dette her med venteliste og hvor lenge man hadde tenkt. Man må liksom argumentere for forlenging.» (Behandler, i intervju.)*

## **Profesjonsmotsetninger**

Temaet profesjonsmotsetninger betegner at ulike fagkompetanser vektet ulikt i behandlingsteamet, og at dette motvirker samhandlingen. I spørreskjemaet blant metodeveiledere kom det frem at dette faglige hierarkiet stod sterkt i enkelte team, og da var det krevende for en jobbspesialist å bli en del av teamet.

*«I starten var det en utfordring å komme inn i et fagmiljø med høy kompetanse, der ikke alle så verdien av jobbspesialister. Det har også vært utfordringer knyttet til behandleres ønske om å ikke drøfte saker med jobbspesialist til stede på grunn av taushetsplikt - til tross for at jobbspesialist har signert den samme taushetspliktaftalen.»  
(Metodeveileder, i spørreskjema)*

Som en følge av faglig hierarki kan profesjonsmotsetninger også gi seg utslag i manglende anerkjennelse for hverandres kompetanse, rolle, og arbeidsinnsats.

*«At jobbspesialistene skal få en likeverdig rolle som resten av behandlingsteamet. Jobbet med å få arbeidsfokuset som en naturlig del av møtene, og ikke bare først IPS og så resten.»  
(Metodeveileder, i spørreskjema)*

For noen handler de profesjonelle motsetningene om en grunnleggende ulik forståelse av hva som er til det beste for pasientene. Tradisjonelt har helsetjenester vært opptatt av å redusere symptomer og ikke utsette pasienten for stressende situasjoner som kan skape tilbakefall. IPS, på sin side, er fundert på et recovery-perspektiv, som setter pasientens egen motivasjon, funksjon i meningsfulle roller, og selvbestemmelse i sentrum.

*«Ulike perspektiver, det at jobbspesialistene tenker ressurser, mens behandlere tenker forebygging og det å minimere stress.»  
(Metodeveileder, i spørreskjema)*

*«Jeg tenker videre at det er en generell utfordring for mange behandlere å tenke jobbmuligheter for en gruppe mennesker som har alvorlig psykisk lidelse, når kulturen har vært at dette er mennesker som i utgangspunktet er for syke. (...) Vi har kommet langt, men det er fortsatt*



*en del igjen.»*  
*(Metodeveileder, i spørreskjema)*

I intervjuene kommer også profesjonsmotsetninger frem som en utfordring i tilfeller hvor behandlerne har vært, eller fortsatt er, skeptiske til å dele informasjon med og inkludere jobbspesialister ansatt i NAV i behandlingsmøter, fordi disse ikke er helsepersonell. Dette begrunnes formelt, eller ved å henvise til at pasientene kan være opptatte av at NAV ikke skal få tilgang til for mye informasjon om utfordringene deres. Det fortelles også om skepsis, særlig i tidlige faser av samarbeidet, til om en jobbspesialist uten faglig bakgrunn innenfor psykisk helse forstår nok om pasientenes situasjon til at de vil kunne bidra til å hjelpe dem på en god og forsvarlig måte.

*«Det er vanskelig å si akkurat hva som butter imot, men jeg tenker jo det (er) det at man er vant til å jobbe alene med sakene. Så er det nok kanskje det at man er vant med å tenke at det kommer inn en jobbspesialist som ikke er utdannet som noe psykolog eller psykiater, og skal på en måte gå inn og blande seg i disse menneskene.»*  
*(Jobbspesialist, i intervju.)*

### **Manglende ledelsesforankring**

Manglende forankring, samt manglende kunnskap og samarbeid om IPS på viktige ledernivåer, både i NAV og i helse- og omsorgstjenestene, trekkes frem som en utfordring i flere av intervjuene. Dette kan vise seg i at IPS-relatert arbeid, som styringsgruppemøter, ikke blir prioritert, at både jobbspesialister og behandlere opplever utilstrekkelig drahjelp knyttet til formelle hindre eller engasjement og forståelse for IPS blant andre behandlere, og i at det er lite tverretattlig samarbeid om IPS på ledernivå. Flere informanter er tydelige på at sterkere IPS-fokus fra ledere på organisatoriske nivåer over behandlingsteamet er ønskelig.

*«På helsesiden har det helt i fra starten av vært litt vanskelig å få til å ha møter med lederne eller få lederne med på alle møtene. (...) Så har kanskje ikke helt den delen vært at du føler at du har fått noe implementert på helsesiden i forhold til ledelsen. For ledelsen vet kanskje ikke så mye om hva som skjer med IPS, egentlig.»* (Jobbspesialist, i intervju.)

*«Så tror jeg det er sånn: ”Ja, dere har IPS. Det er fint. Så jobb videre med det. Vi vet det er bra.” Så vet de egentlig ikke hva det er for noe eller hvordan det ser ut en vanlig tirsdag.»* (Behandler, i intervju.)

Dette kan særlig være en utfordring ved utskiftninger i ledelsen, hvor nye ledere ikke nødvendigvis kjenner til IPS fra før. Det kan da bli opp til den enkelte jobbspesialisten å sørge for at nye ledere får kunnskap om IPS og forstår hva som kreves for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere.

### **Hvor fremtredende er barrierene, og hvor utfordrende er de å håndtere?**

I intervjuene deler informantene mange eksempler på at en del av utfordringene lar seg løse lokalt. De aller fleste forteller om at man har tilpasset og justert samarbeidsformer over tid, som for eksempel at man innfører IPS som fast punkt i behandlingsmøter etter å ha sett at en ikke klarer å inkludere jobbspesialistens saker og behov godt nok uten. Jobbspesialister som samarbeider med team på flere ulike steder, og derfor ikke kan samlokaliseres fullt ut med teamene, låner kontorer og deler tiden sin mellom ulike kontorer. I noen tilfeller hvor en har møtt på utfordringer knyttet til systemtilgang har man ansatt jobbspesialisten midlertidig eller i nullprosent-stillinger i helseforetaket for å sikre slik tilgang, eller man benytter andre omveier, som e-post, for å dele nødvendig informasjon. Dersom korte behandlingsforløp er en utfordring for mer langvarig oppfølging av IPS og jobbspesialist drøftes det i spesielle tilfeller om man kan forlenge behandlingsforløpet for å sikre kontinuitet. Flere jobbspesialister forteller også om at de jobber aktivt i behandlingsteamene med å spre kunnskap om IPS-metodikken og om hvordan jobbspesialistene arbeider, samtidig som møtene er en viktig læringsarena for jobbspesialistene, og at dette over tid fører til bedre og mer felles forståelse.

#### **4.1.3. Forutsetninger for et godt, tverrfaglig samarbeid**

##### **Innsatsfaktorer fra behandlingsteamlederens perspektiv**

I spørreskjemaet til behandlingsteamledere (n=33) var det inkludert et spørsmål med fritekst-respons, som handlet om hva de så på som innsatsfaktorer for at et integrert team skulle fungere til det beste for pasienten. På grunn av færre tekstenheter (23) er ikke svarene kvantifisert, men temaene som gikk igjen presenteres her:

- Rammer (økonomi, tverretattlig ledelse, tilrettelagte rammer, kapasitet hos IPS, styringsdokumenter)
- Felles kultur og forståelse
- Pasientens ønsker og motivasjon
- Likeverdig samarbeid mellom aktørene
- Tid

Flere av disse faktorene er temaer i intervjuene med behandlingsteamene, og gir et mer utfyllende bilde av hvordan innsatsfaktorene spiller en rolle i å få til et godt fungerende samarbeid om IPS.

Det er nærliggende å sette disse innsatsfaktorene i sammenheng med metodeveiledernes svar på hovedutfordringer knyttet til samarbeidet om IPS (formelle barrierer, felles forståelse, profesjonsmotsetninger, inkludering av jobbspesialist). Hemmende og fremmende faktorer kan peke på to sider av samme sak. Det kan tyde på at behandlingsteamledere og metodeveiledere – hvertfall de som har svart på spørreskjemaene – har komplementære forståelser av hva som skal til for å få det meste ut av å samarbeide i integrerte team. Dette er i tilfelle lovende. Det viser at utfordringene og løsningene kretser om et mindre antall temaer, og gir indikasjoner på hvor innsatsen bør legges inn tidlig i et implementeringsløp. I det følgende skal vi se på hvilke forståelser av forutsetninger godt samarbeid i integrerte team som kom frem i fokusgruppeintervjuene.

### **Samlokalisering**

Informantene fra behandlingsteam som enten er eller har erfaring med å være samlokalisert med jobbspesialisten fremhevet i intervjuene at det var nyttig og ønskelig å ha denne tilgjengelig i samme bygg. Det gav lav terskel for raske avklaringer, og for drøftinger om situasjonen til enkeltdeltakere, så man kom videre i oppfølgingen. Samlokalisering oppleves å forenkle samarbeidet, man blir bedre kjent, mer tilgjengelig for hverandre, og IPS kommer høyere på dagsorden i behandlingsteamet. Det opplevdes spesielt nyttig for behandlere at jobbspesialisten hadde god oversikt over pasientene og deres forløp, og at dette bidro til et godt samarbeid om pasienten.

*«Da brukte vi å ha døren oppe, og da brukte folk å stikke innom og spørre om vi hadde fem minutter til å snakke om en spesiell kandidat som kanskje akkurat hadde kommet på. Da brukte vi bare å si: «Hvis døren er åpen, så kan du komme inn og så tar vi en prat.»  
(Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Det å trykke behandlerne og IPS tidlig inn behandlingsplanen og også i kriseplanene og i de individuelle planene som pasienten har, det blir stadig viktigere. Det synes jeg at vi får til veldig godt i helse da, når jobbspesialistene fysisk er integrert og fysisk sitter i helse. De er plassert i samme gang som behandlerne.» (Behandler, i intervju.)*

*«Det som er veldig positivt med at dere sitter her og som jeg i hvert fall setter veldig stor pris på, det er at terskelen for å ha fellessamtaler med pasienten er ganske lav. At vi kan møtes i gangen og si: "Du, hadde det vært nyttig med en fellessamtale?" Så kan man ta det på sparket uten at*

*det trenger å planlegges i så god tid i forveien. For da kan det være et eller annet som har oppstått på jobben eller som har kommet frem litt annerledes til jobbspesialisten enn til behandler. Så går det an å ta tak i det der og da, slik at alle får en felles forståelse for hva det er vi jobber mot da. Som jeg synes er kjempenyttig, rett og slett.» (Behandler, i intervju.)*

Samtidig fremhever en informant at det er fordeler også med at jobbspesialisten er lokalisert hos NAV.

*«Jeg kunne nok tenkt meg begge deler. For det er helt klart fordeler med å sitte på NAV. Det er egentlig litt det samme der. For de sakene vi har hvor NAV-tekniske ting står litt fast eller vi skal ha rigget et eller annet lønnskudd mot arbeidsgiver, eller sosialhjelp som er viktig her og nå fordi at den økonomien ikke skal ødelegge for en progresjon i forhold til jobb, ikke sant. For oss så er begge deler like viktige. Det hender jo at behandlerne spør oss om ting som vi kan løse for de og, eller sammen med de da. Så begge deler er like viktige.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

### **Systemtilgang**

Likeverdig tilgang for jobbspesialist til journalsystem forenkler også samarbeidet, på samme måte – men med motsatt fortegn – som når manglende tilgang kan bli en utfordring slik det er beskrevet under 4.1.2. Flere informanter forteller om gode erfaringer med journalsystem som felles samarbeidsplattform.

*«Så skriver vi jo i journal i Dips. Det er jo og en viktig arena i forhold til å kommunisere med behandler. Vi ser jo alt det som behandlerne skriver om hvordan pasienten har det. Vi ser jo gjerne om det er et arbeidsrettet fokus i behandling. Alt det vi dokumenterer av det som er standardisert i IPS-malene, det blir jo skannet inn i journal. Så det skal være transparent. At vi ikke holder på med våre ting og så kan ikke behandleren se det, da. Det hadde vi selvsagt ikke på plass for fem år siden i begynnelsen, men dette er nå godt etablert og fungerer godt.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Det tilfører pasientene noe utrolig positivt, da. Nettopp å ha den muligheten med å ha den nærheten og at jobbspesialisten også kan gå inn og bare skimme gjennom journalnotater. Kanskje har det vært noe spesielt, kanskje har det skjedd noe på en av jobbene, som er viktig at de og vet før de har en samtale med pasienten. Da oppdaterer man seg på en helt annen måte, enn hvis det var opp til meg å formidle det mellom hver samtale hvis det er et eller annet.» (Behandler, i intervju.)*

## Ansettelsesforhold

Flere informanter beskriver at jobbspesialistens lokalisering er viktigere enn hvilken tjeneste den er ansatt i, men at det tverrfaglige samarbeidet forenkles når jobbspesialisten er ansatt i Helse. Dette vil, i mange tilfeller og i alle fall i deler av arbeidstiden, bety at en får til samlokalisering, og at jobbspesialisten i større grad får tilgang til journalsystemene.

*«I og med at jobbspesialisten er ansatt i denne avdelingen, DPS, så er det jo større mulighet for å dele informasjon enn hvis hun for eksempel hadde kommet i fra NAV.» (Behandler, i intervju.)*

*«Det er i hvert fall viktig at den fysiske lokaliseringen er i helse. Vi har jo eksempler på der det har vært vanskelig å få til med NAV-jobbspesialistene, og da er det litt vanskelig å få til godt, integrert behandlingstilbud.» (Behandler, i intervju.)*

Noen informanter forteller imidlertid om fordeler også med jobbspesialist ansatt i NAV, blant annet kan det da være enklere å opprettholde en brobyggerrolle mellom de to tjenesteområdene. Jobbspesialister med tette bånd til NAV kan bidra med kompetanse og nettverk til å løse utfordringer som oppstår for pasienten, og med å øke forståelsen for behandlingssiden hos NAV.

*Sånn i utgangpunktet så skulle jo IPS-saker være (...) alvorlige, langvarige og komplekse. Så en av de sakene som jeg og jobbspesialisten har samarbeidet mye om, så har det vært veldig avgjørende med hennes kontakt inn i NAV også. Hvor det har bidratt til at det har gått litt "smoother" sånn i forhold til søknader og sånt. Det har vært en veldig syk pasient hvor det har vært mye motstand. Da er det så viktig at den prosessen med NAV på en måte ikke er enda en stressfaktor som bidrar til forverring da. Der har jobbspesialisten liksom manøvrert seg fint mellom kontaktene på NAV og vært sånt mellomledd da.» (Behandler, i intervju.)*

*«Jeg tror det er veldig fint for de NAV-veilederne og, for de får en annen forståelse for hva ofte psykisk helse handler om og hvorfor ikke man kan presse på så hardt. Heller ikke sanksjonere med økonomiske ytelser fordi at de ikke vil være med i IPS lengre. Det er jo det som er veldig fint med IPS da. Der man kan ikke lage noen sanksjoner hvis ikke deltakerne ønsker å komme i jobb så fort eller at ting skjærer seg eller at de ikke møter opp. Det er mye, mye større fleksibilitet med IPS enn med andre tiltak også. Vi kan være en brobygger på flere nivåer, faktisk.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

## Team-identitet og inkludering av jobbspesialist

De fleste jobbspesialistene er tydelige på at de opplever seg inkludert i teamet, og mange informanter både blant behandlere og jobbspesialister mener dette er avgjørende for et godt samarbeid. Helhetsbildet viser at det imidlertid varierer hva dette betyr i praksis. Deltagelse i faste behandlingsmøter på lik linje med behandlerne fremheves som en viktig form for inkludering. I tillegg til at en i disse møtene drøfter og løser IPS-relaterte arbeidsoppgaver i fellesskap, får jobbspesialisten større innblikk i og forståelse for behandlernes fag og arbeid, og et nyttig overblikk over potensielt nye IPS-deltakere.

*«(Vi er) likeverdige medlemmer av teamet. Det føler vi jo absolutt. Det var jo og det som var tanken fra starten av. Selv om det ikke er noen av oss som har helsebakgrunn og har en helt annen utdanning, så var det meningen at vi skulle være likeverdige. Så vi får slippe til med våre saker. Selvfølgelig så går ikke vi inngående inn på diagnoser og sånne ting, for det har jo vi ikke greie på. Så da må vi prøve å kjenne vår besøkelsestid der.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Fordelene med IPS inn i et behandlingsmøte da, det er at det er ganske mye å lære av at vi drøfter andre saker og, tenker jeg. Jeg tror at hvis du har vært med i mange behandlingsmøter og sånn, så får man også innblikk i hva slags saker vi står i, og forhåpentligvis lærer en del.» (Behandler, i intervju.)*

Flere behandlere beskriver usikkerhet i oppstartsfasen knyttet til jobbspesialistens rolle i behandlingsteamet og i forhold til pasientene. Det har vært viktig for dem at rollene etter hvert blir mer tydelige for at samarbeidet skal fungere, og flere jobbspesialister beskriver også at de har vært bevisste på å klargjøre sin rolle i teamet.

*Jeg har vært veldig tydelig på at det er jobb som er fokuset. Det er veldig fint at jeg kan konsentrere meg om jobb, kontra at da kan behandler få lov til å holde på med behandling. Der er begge to best. Jeg er best på jobb og de er best på behandling.» (Jobbspesialist, i intervju)*

I de behandlingsteamene hvor IPS og jobbspesialisten gis fast plass på agendaen i disse faste møtene er informantene også tydelige på at dette legger til rette for et tett og grundig samarbeid hvor en blir godt kjent med hverandre, utvikler en team-identitet, og det er rom for å ta opp både større og mindre temaer.

*«Så er det bare å sette av et kvarter, fordi da vet man at den tiden er reservert til IPS. Så da må det ikke være så, så kjempeviktig, fordi at det skal være til sånne saker uansett.» (Behandler, i intervju.)*

*«Det er lavterskel å ta opp ting, uansett hva det er. Det er ikke noen som sier at det ikke er vesentlig eller at det ikke er viktig. Så jeg er veldig fornøyd med å kunne drøfte egentlig alt mulig i forhold til kandidater.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

Utover faste behandlingsmøter som tverrfaglig arena kommer det også frem eksempler på at jobbspesialisten inkluderes i arbeidet ved for eksempel å delta i undervisning som tilbys pasienter, og på at det foregår en tett, tverrfaglig dialog i det daglige hvor man kan dra på hverandres kompetanse, kjennskap til pasientene, og justere praksis underveis.

*«Jobbspesialisten skal jo være med litt i undervisningen og, for å få litt innblikk i vår metode. Så det synes jeg og er spennende. (...) Det er viktig. Da får man innblikk i den metoden som vi jobber etter. Få litt innblikk i den. Kanskje se pasientene på en annen arena. Litt i gruppesammenheng og, da. Det tror jeg og er nyttig.» (Behandler, i intervju.)*

Samlokalisering, det å omgås i det daglige arbeidet, ha felles lunsjpauser og bli godt kjent med hverandre støtter opp om et slikt tett samarbeid og reell inkludering av jobbspesialisten.

## **Ledelsesforankring**

Informantene forteller at forankring hos, og støtte og engasjement fra, ledere er en viktig forutsetning for et godt samarbeid. De peker på ledere på ulike nivåer, og at disse bidrar på ulike måter og er viktige i ulike faser av arbeidet. Toppledere er viktige premissgivere i oppstartsfasen.

*«Jeg tenker at det viktigste er toppledelsen. Det er det aller, aller viktigste. Klinikkdirektør. Hun forrige klinikkdirektøren og nåværende klinikkdirektør er jo veldig på IPS. Så i ledermøtene på klinikken så legger jo det veldig føringer nedover i organisasjonen. Har jo også hatt poliklinikkledere og rådgivere som sitter i staben til klinikkdirektør, som har hatt spesielle roller i forhold til dette med IPS, da. En rådgiver var jo med på å implementere IPS. Tror det har vært veldig avgjørende. Det har hjulpet IPS-konsulentene med de motbakkene eller det som var underveis.» (Behandler, i intervju.)*

*«I starten så var det veldig viktig at sjefen her på huset var veldig begeistret. Det samme var fylkesdirektøren. Så det er noe med at de med*

*størst pondus på en måte viser den pondusen og sier: "Dette her er et nytt tilbud. Dette her skal vi få til å fungere." For det er et kjempeviktig signal. Men etterhvert som vi kom i gang og fikk gode resultater, så kan vi jo på en måte leve litt på resultatene når en ser at det virker..»  
(Jobbspesialist, i intervju.)*

Nærmeste leder er i mange tilfeller behandlingsteamleder. Denne har en sentral rolle i å få samarbeidet til å fungere i det daglige, samtidig som det er behov for at ledere på høyere nivåer også er tilgjengelige med støtte eller problemløsning av systemutfordringer som må løftes lengre opp i organisasjonen. Også metodeveiledere nevnes av informantene som viktige aktører i arbeidet med å få tjenestene godt integrert.

*«Jeg tenker jo at det er viktig at vi har en teamleder som ønsker å ha IPS. Hvis (teamleder) ikke hadde ønsket å ha IPS, så hadde det blitt veldig vanskelig å fungere inn i teamet. Så det er en veldig viktig rolle. Men jeg tenker jo at det er veldig viktig det som er over her og, da. Altså, nestleder og leder for DPS.»  
(Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Jeg tenker at det er ganske avhengig av at både metodeveileder og mellomledere har den funksjonen at de er gode på å fremsnakke IPS og integrere det i de forskjellige teamene rundt både på NAV og behandlingsteamet.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

## **Eksisterende tverrfaglighet og team-kultur**

I flere av intervjuene har jobbspesialisten som deltok erfaring fra IPS-samarbeid med flere ulike behandlingsteam. Flere av dem fremhever at de opplever det som enklere å få til et godt, tverrfaglig samarbeid med team som allerede var bredt, tverrfaglig sammensatt før jobbspesialisten kom inn, og hvor det er etablert en god samarbeidskultur. Behandlere trekker også frem eksisterende tverrfaglighet som en viktig driver for å komme raskt i gang med et tett, tverrfaglig samarbeid med jobbspesialisten om IPS.

*«Det er jo det at dette er et gruppeteam hvor folk er vant med å jobbe sammen, mens det andre teamet som jeg jobbet med er individualister. De følger opp folk på en god måte, men det er liksom ikke så vant med å samarbeide som det de er i gruppeteamet.»  
(Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Så valgte jo da NAV dette psykiatrisenteret som den plassen de ville starte med IPS på. Det var på grunn av kulturen og på grunn av holdningene som de hadde merket seg. Altså, det å ha et arbeidsrettet fokus og ønske å jobbe på en annen måte.» (Jobbspesialist, i intervju.)*



«Jeg synes at det egentlig var ganske bra i fra starten av. Mitt inntrykk er i alle fall at folk brukte jobbspesialistene og når de var til stede, så det var naturlig i fra begynnelsen av. Så tror jeg det kan ha med å gjøre at vi er vant til å jobbe tverrfaglig. Vi har alltid jobbet veldig tett med kommunene. Vi er vant med å ha samarbeidsmøte ute i felten i lag med kommunene, fastlege, NAV, psykisk helsetjeneste, hjemmesykepleie og attføringsbedriftene. Det tverrfaglige utgangspunktet gjorde at de gled ganske naturlig inn altså.» (Behandler, i intervju.)

## **Forutsetning at IPS er tilpasset brukergruppen**

Svært mange av behandlerne forteller videre at de opplever IPS som et tiltak som er godt tilpasset brukergruppen, og at dette er en viktig forutsetning for at de trives med et tett, tverrfaglig samarbeid.

«Mange av de som vi jobber med, de strever jo fryktelig relasjonelt. Jeg synes denne modellen er tilpasset både til å finne god kartlegging og tett oppfølging. Du blir liksom ikke bare droppet av et sted og så er det ikke noe oppfølging. Så jeg synes at oppfølgingen her er veldig, veldig bra.» (Behandler, i intervju.)

«Jeg tenker at det er rom for å være veldig fleksibel der. Så selv om pasienten er kjempedårlig og jeg spør om han kan tenke seg å være i arbeid, så betyr ikke det at de raskt skal begynne med det. Ved å koble på jobbspesialisten tidlig så kan en likevel ende opp med at en kanskje har pause underveis med kontakten med spesialisten og at jobben er langt frem i tid, men en starter jo prosessen likevel. Av og til går det veldig fort gjort. Plutselig så er det jobb tre uker etterpå. Andre tider så går det år. Men intensiteten i jobbsøkerprosessen er jo kjempeulik, på samme måte som behandlingsløpet og er veldig ulikt i intensitet, da.» (Behandler, i intervju.)

«Jeg jobber jo mye med komplekse traumer. Si at det er en pasient som har ganske alvorlige traumbakgrunn og mye lidelse og dårlig funksjon da. (...) Når IPS er inne så vet vi at det er så tett oppfølging og mye tilpasninger, så da kan jeg på samme pasient tenke at den kan være klar for arbeid og kan gå i gruppe og arbeidsfokus samtidig. Det er så mange flere muligheter som aktualiseres nettopp fordi IPS kan være så mye inne. Det er ikke så ofte at et tilbud er så intenst. Og det er helt avgjørende for å få de dårligste pasientene til å fungere på den måten. Da nytter det liksom ikke bare med litt. Man må liksom gjøre det ordentlig.» (Behandler, i intervju.)

Mange av jobbspesialistene beskrives også som fagpersoner som har god kjennskap til deltakernes situasjon og utfordringer fra før, og ofte som spesielt godt personlig egnet til rollen. Dette er det

viktig for behandlerne å erfare, og handler ikke bare om kvalifikasjoner og erfaring, men også om evne til å ta den plassen de trenger i samarbeidet. Jobbspesialistene selv fremhever også denne evnen som viktig for at arbeidet skal fungere.

*«Jeg synes at jeg møter personer på NAV, og det er selvfølgelig enkeltpersoner, med for lite forståelse for kompleksiteten i psykisk helse og som har veldig fokus på det de ser. (...) Å møte hardt mot hardt, det funker sjeldent i vår verden. (...) Med jobbspesialisten vår så skjer ikke det.» (Behandler, i intervju.)*

*«Nå har jo vi vært veldig heldig med jobbspesialistene våre. De har vært veldig personlig egnet til det, vil jeg si. Veldig utadvendt og veldig på. Det tror jeg at man må være. Man må liksom selge det inn. Så de jobbspesialistene har jo tatt initiativ til felles møter og felles samtaler med pasient. (...) jeg ser at de er veldig opptatt av relasjoner med hver enkelt av oss. Har liksom blitt veldig godt kjent med jobbspesialistene. Det tror jeg gjelder de aller fleste av oss. Det tror jeg er veldig viktig (...).» (Behandler, i intervju.)*

*«Vi er jo ofte overrasket over hva jobbspesialisten har fått til og hvilken kontakt de har. Vi kan gjerne fortelle de: "Nei, han her er ikke så enkel og er i sånn form." Så sier de: "Nei, nei." Så det er jo utrolig mange morsomme og fine historier vi har. De får en annen kontakt og de får liksom kontakt med de friske sidene og ressursene sine, mer enn det vi klarer som behandlere.» (Behandler, i intervju.)*

## **Utvikling over tid**

Svært mange av informantene fremhever at flere av utfordringene knyttet til å integrere jobbspesialisten inn i et tett tverrfaglig samarbeid var mest fremtredende i oppstartsfasen. Samarbeidet finner sin form over tid ved at en kommer frem til gode måter å gjennomføre teammøtene på, behandlerne lærer om og får erfaring med IPS-metodikken, jobbspesialisten blir kjent med både behandlere, fagspråk og brukergruppen, og IPS blir etter hvert et tiltak som ligger langt fremme i behandlernes tanker om hvilke tjenester som pasientene skal få tilbud om. Flere peker samtidig på at implementeringen var krevende i sin tid. Samarbeidet må derfor gis tid og rom for tilpasning på hvert enkelt sted.

*«Vi som jobbspesialister er jo opptatt av at alle skal tenke IPS, ikke kun jobbspesialistene. Det synes jeg at vi kan se en utvikling på de siste årene at alle tenker IPS. Det står på menyen når pasientene trykkes inn og blir henvist. Behandlerne er like klar i IPS som vi er, mer og mer. Vi ønsker jo at behandlerne også skal ha IPS fremme i tankene som en del av*

*behandlingen. Det ser vi blir en mer og mer vanlig tankemåte, da.»  
(Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Etterhvert så har behandlerne i stadig større grad tatt ansvar for IPS-tankegangen sammen med jobbspesialisten. Den prosessen er jo fortsatt ung, sånn historisk sett. Jeg tror at i de lange løpene så vil dette bli gradvis bedre. Vi ser jo en kraftig utbredelse av IPS-implementering også i NAV nå. Som i langt større grad lærer av de erfaringene vi har gjort med IPS i helse, da.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

#### **4.1.4. Hva bidrar samarbeidet til?**

##### **For deltakerne: Funksjon og mestring**

Alle informantene i behandlingsteamene er tydelige på at jobb er viktig for den brukergruppen de er i kontakt med, og at IPS bidrar med et tilbud som er solid og bedre tilpasset brukergruppen enn mange andre arbeidsrettede tiltak. Behandlingsteamene ser en klar sammenheng mellom integrerte tjenester og varig arbeid for deltakerne. Det å få jobb ble av flere i behandlingsteamene ansett som en viktig faktor for å gi pasienten drahjelp til grunnleggende innhold i dagen, slik som måltider, døgnrytme, sosiale kontakter, å føle seg verdsatt og å få en meningsfull hverdag. Man forventet at mange pasienter ville fungere i jobb, men at de trengte hjelp med å få innpass i arbeidslivet, utover det «vanlig oppfølging i NAV» kunne tilby. Arbeidspraksis ble for eksempel trukket frem som et tiltak som kan virke mot sin hensikt for denne målgruppen, fordi det er en midlertidig løsning som kan være utfordrende for pasienter som trenger stabilitet og som ikke nødvendigvis gir deltakerne et fotfeste i arbeidslivet. Informantene i behandlingsteamet fremhevet at IPS muliggjorde at pasientene fikk være mer enn pasienter, og føle seg «normale», fordi de fikk muligheten til å oppnå mål i livet slik som jevnaldrende personer uten psykisk sykdom.

*«Ikke minst det vi har sagt nå med at de strever jo veldig relasjonelt de vi har. Så det å ha en sånn arbeidsutprøving som varer i tre måneder, det tenker jeg er ganske uheldig for disse. For de bruker jo lang veldig lang tid bare på å knytte seg til og bli trygge. Jeg tenker kanskje at de arbeidsopdragene ikke alltid gir så mye mening for dem.» (Behandler, i intervju.)*

*«Det skjer jo noe med en pasient når han får kommet ut i arbeidslivet og får den anerkjennelsen, respekten og den normaliseringen, så påvirker det også psyken til pasienten på en positiv måte.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

*«IPS muliggjør jo jobb. Det jeg liker så godt med IPS, det er at det er et tilbud for de svakeste, og det er jo ikke så ofte at de blir prioritert.»  
(Behandler, i intervju.)*

Mange behandlere fremhever at den aktiviteten, eksponeringen, deltagelsen i samfunnet og relasjonsbyggingen deltakerne får gjennom IPS og eventuelt i arbeid i seg selv er helsebringende, og at de erfaringene deltakerne får gjennom IPS også bidrar inn i behandlingen. For eksempel så man det som positivt at pasienter fikk utfordret angsten sin i jobbsammenheng, og oppleve mestring på en arena som var viktig for dem å være en del av. En behandler fortalte om hvordan kommunikasjonen med pasienten ble enklere etter at pasienten fikk speilet atferden sin et annet sted enn i behandlings-konteksten. Behandlere opplevde dette som trygge utfordringer, fordi pasientene ble så tett fulgt opp av jobbspesialisten.

*«Og så ser man at når de kommer i jobb, så skjer det en annen utvikling enn det de har gjort i behandling allerede. Sånn at det kan være veldig avgjørende mange ganger det å komme ut i jobb fordi det er noe med det å føle seg viktig og det å ha noe å gjøre som er meningsfullt.»  
(Behandler, i intervju.)*

*«Det var det en som prøvde seg i jobb, men så gikk ikke det. Da ble det en veldig viktig erfaring for den pasienten. Det var ikke noe nederlag. Da var jobbspesialisten og jeg som behandler veldig tett på i denne prosessen. Så ble det en faktisk veldig viktig erfaring som jeg tenker er veldig vesentlig for hans videre planer, da.» (Behandler, i intervju.)*

*«Jeg tenker at det å komme i jobb er en del av behandlingen, faktisk. At vi jobber med psykiske lidelser gjennom å komme tilbake til jobb. Så da får du den anelsen over hvor det stopper opp og at det er vanskelig. At det blir tydeliggjort for oss, men og for pasienten, da.» (Behandler, i intervju.)*

*«Så ser jo du de tilfellene hvor jobb er med på å snu hele saken. Altså, der en hadde trodd at denne pasienten kom til å ende med uføretrygd, men så på et tidspunkt så prøver han IPS og så snur det.» (Behandler, i intervju.)*

### **For behandlerne: Utvidet forståelse av pasientene**

Behandlerne som er intervjuet forteller at IPS-samarbeidet bidrar til at de selv får et større fokus på viktigheten av aktivitet for pasientene. Gjennom samarbeidet med jobbspesialisten som møter den enkelte deltakeren utenfor behandlingssituasjonen får de også et bredere og utvidet bilde av

pasienten, og situasjoner som pasienten står i utenfor behandlingssfæren. Mange behandlere opplever at dette gjør dem i bedre stand til å hjelpe pasienten på en god måte.

*«Jeg tenker jo litt at jobbspesialisten bringer jo inn en kunnskap om en annen arena, da. Han er der ute med jobbsøking, er ute blant arbeidsgivere og ser dem i en annen setting, da. (...) Altså, pasienten refererte til et sånt møte de hadde hatt på jobb, hvor da jobbspesialisten hadde sagt: "Jeg kjenner meg ikke igjen i din opplevelse av pasienten. Det er ikke sånn jeg kjenner henne." Det var veldig viktig. Det brukte vi på en måte inn i gruppeterapien og. Så det at du har noen øyne der ute som vi ikke har sjans til. Vi får jo som regel brukerens versjon, mens nå får vi både brukeren og jobbspesialisten som har vært med og sett.»  
(Behandler, i intervju.)*

*«Ikke minst får man også tilbakemelding på hvordan IPS opplever pasienten utenfor kontoret. Når det gjelder arbeid, når det gjelder å fungere og hva som helst. Altså, det er utrolig givende å høre også denne biten i forhold til hvordan vi opplever pasienten på kontoret.»  
(Behandler, i intervju.)*

Behandlerne sier også at IPS-samarbeidet gjør noe med deres fokus og oppmerksomhet på viktigheten av aktivitet for pasientene, og mulighetene for aktivitet også for syke pasienter. Noen forteller at de gradvis har endret oppfatning fra å tenke at jobb ville være for krevende for pasienter, til at jobb tross alt ikke er farlig, selv om pasienten sliter med en del ting. Jobbspesialisten har mulighet til å fokusere på jobb på en måte som behandlerne ikke har mulighet til å følge opp, og det gjør at mange behandlerne synes det er enklere å oppmuntre pasientene til å ha jobbfokus. I tillegg opplever behandlerne det som en trygghet at pasienten har en ekstra ressursperson å forholde seg til, og at de får hjelp og støtte til NAV-relaterte arbeidsoppgaver.

*«Kanskje har vi mer fokus på ressursene til brukerne. Hvis det er noen som prater om jobb, noen som prater om trening og noen som prater om ditten og datten, så blir vi litt minnet på det i arbeidsdagen, liksom, og da har vi det fremme i møtet med de. Sånn ubevisst så blir det mer fokus på de ressursene de har da, og ikke nødvendigvis bare på utfordringene.» (Behandler, i intervju.)*

## For jobbspesialistene: Arbeidsdeling og en læringsarena

Jobbspesialistene forteller i intervjuene at et tett, tverrfaglig samarbeid, men også arbeidsdeling med behandlerne, er avgjørende. Dette muliggjør at en sammen finner gode løsninger for den enkelte deltakeren. Jobbspesialistene opplevde det som en trygghet at de kunne fokusere på det å få deltakerne i jobb, og vite at deltakerne ble ivaretatt av behandlerne sine. Denne forståelsen av hvordan de ulike rollene bidro til gode løsninger for deltakerne, ble trukket frem av flere jobbspesialister som avgjørende for å lykkes med IPS.

*«Jeg vil si at dette med integrering i helse og tett samarbeid tverrfaglig med behandler, det er helt avgjørende for at jeg som jobbspesialist kan skape en riktig jobb-match for de jobbsøkende pasientene.»  
(Jobbspesialist, i intervju.)*

*«Dette handler jo om pasienten, dette handler ikke om jobbspesialisten eller behandleren. Det handler om brukeren i sentrum og der vi er samkjørt rundt den totale samlede behandlingen. Der har det tverrfaglige samarbeidet med behandlerne for meg personlig vært veldig viktig for å agere IPS-målene.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

Til sist fremhever jobbspesialistene at å bli inkludert i behandlingsteamets møter og arbeid også utover samarbeid rundt den enkelte IPS-deltaker er en viktig læringsmulighet. Over tid bidrar dette til at jobbspesialisten utvikler sin kompetanse innenfor psykisk helse, og det gjør dem i stand til å håndtere komplekse saker på en bedre måte. Jobbspesialistene beskrev hvordan de hadde utviklet seg og lært mye av å samarbeide med behandlere, og at dette hadde gitt dem en bedre tilnærming til deltakerne.

*«Dere drøfter jo alle typer varianter av både diagnoser og situasjoner og saker med, ja, familie. Så det er ganske komplekse ting da. Det gjør at vi får et ganske godt innblikk i både selve saken, systemet rundt og hvordan en type behandling fungerer. Alle drøfter jo. Altså, alle har jo stort sett gode innspill til hvordan det skal løses. Så det er helt klart en kjempefin læringsarena for oss.» (Jobbspesialist, i intervju.)*

## 4.2. Hvordan opplever deltakerne de integrerte tjenestene?

Hensikten med intervjuene av deltakerne var å få innblikk i brukererfaringer med samhandlingen mellom helsearbeidere og jobbveiledere. Det ble gjennomført 6 intervjuer i tidsrommet mellom februar og april 2021. Intervjuenes varighet var på mellom 10 og 20 min.

Samhandlingen mellom behandlingstjenestene og jobbspesialist ble i all hovedsak opplevd som en veldig positiv del av IPS-oppfølgingen. Deltakerne opplevde at samhandlingen mellom helsearbeider og jobbveileder var naturlig og at de var koordinerte. Flere av informantene trakk frem at de opplevde samhandlingen som trygg og helhetlig.

*«De to hadde litt kontakt utenom, som jeg hadde autorisert...det var ufattelig hjelpsomt».*  
(Deltaker 1)

*«Det var jo en del tilfeller av at de to gjorde avtaler og lagde planer og så bare informerte meg om at det og det skulle skje da...istedenfor å spørre veldig mye om det gikk greit så var det en del bestemmelser som ble gjort...det var veldig greit for meg».*  
(Deltaker 2)

Deltakerne beskriver at samhandlingen bestod i størst mulig grad av informasjonsoverføring, men at de ulike partene også kom med råd til hverandres planer om veien videre, og i noen tilfeller diskuterte seg frem til løsninger. To av intervjuobjektene mente det var positivt at aktørene var lokalisert på samme sted som dem, og at det gjorde samhandlingen enklere, mens en annen sa at det meste av samhandlingen uansett foregikk på telefon.

*«Du får en følelse av at de jobber sammen og med deg hele veien, og de kommer frem til gode løsninger».*  
(Deltaker 2)

Flere av deltakerne sier at samhandlingen foregikk uten at de var til stede, etter at deltakeren hadde godkjent dette. Noen få av deltakerne hadde et ønske om å være til stede under møtene. Årsakene til dette ønsket var at de ønsket å ha kontroll over hva som ble sagt om dem, samt at de ikke forstod hensikten med å ikke være til stede. Alle intervjuobjektene var veldig positive til både samhandlingen og jobboppfølgingen og ville anbefale det videre:

*«Anbefalingen fra meg er at dette utvider seg og blir et tilbud som mange flere kan benytte seg av» (Deltaker 3)*

Deltakerne syntes det var vanskelig å komme med forslag til hva som kunne forbedre oppfølgingen. De var generelt veldig fornøyde og uttrykte takknemlighet for den oppfølgingen de hadde fått. De trekke i midlertid frem at den første tiden som deltaker er en sårbar fase og at det derfor er spesielt viktig med god kommunikasjon:

*«I startfasen når du får tilbudet burde det blitt forklart bedre, ufarliggjort tilbudet mer, det er bare folk som vil deg vel, at det bare er folk der som handler etter dine interesser. Det kan nok forklartes bedre i starten» (Deltaker 3)*

### **4.3. Hvordan opplever arbeidsgivere bistanden de mottar gjennom integrerte tjenester?**

Spørreskjema ble sendt ut på epost til 33 arbeidsgivere. 24 personer fylte ut skjemaet, noe som gav en svarprosent på 73%. Utvalget er lite, men representerer geografisk variasjon, og det er variasjon i hvorvidt og hvor mange personer man har ansatt via IPS. Det er noenlunde kjønnsbalanse i utvalget (41.7% kvinner), og snittalderen er 49.5 år (SD 5.2, aldersspenn 42-59 år). Selv om utvalget er lite, er det allikevel relativt representativt.

#### **4.3.1. Om arbeidsgiverne**

De fleste arbeidsgiverne som har besvart undersøkelsen er ledere i små bedrifter (under 50 ansatte). Langt på vei de fleste tilhører tertiærnæringen, og representerer virksomheter som driver dagligvare, bilpleie, service- og hotellbransjen, og enkelte kommuner. De aller fleste bedriftene som mottok undersøkelsen tilhører privat sektor, noe som indikerer at IPS-tjenestene har flest kontakter i denne delen av arbeidsmarkedet. Om lag halvparten har ansatt 1 person via IPS, og en tredjedel har ansatt flere.

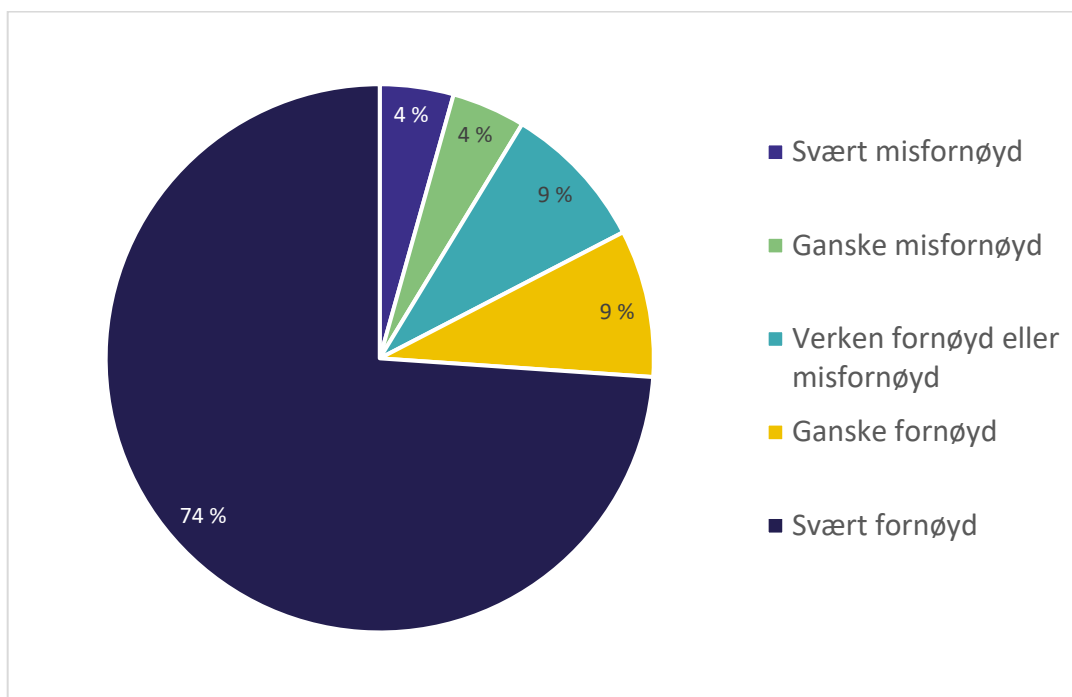


	Prosent	Antall
Liten bedrift	58,3%	14
Mellomstor bedrift	20,8%	5
Stor bedrift	20,8%	5
Primærnæring (jord/skogbruk, fiske)	4,2%	1
Sekundærnæring (industri, produksjon)	16,7%	4
Tertiærnæring (varehandel, IKT, privat og offentlig tjenesteyting)	79,2%	19
Ansatt 0 personer via IPS	10%	2
Ansatt 1 person via IPS	55%	11
Ansatt 2-3 personer via IPS	25%	5
Ansatt 4-5 personer via IPS	10%	2
Privat sektor*	69%	18

\*69% av mottakerne av undersøkelsen var arbeidsgivere i privat sektor. Siden undersøkelsen er anonym vet vi ikke hvor stor andel av respondentene som hører til i privat sektor.

#### 4.3.2. Tilfredshet med IPS-tjenesten

Hele 79% (n=19) av arbeidsgiverne er ganske eller svært fornøyd med kontakten de har hatt med jobbspesialistene (se figur 4). Kun én oppgir å være svært misfornøyd, og én oppgir å ikke ha hatt kontakt med jobbspesialist enda. Her skal man imidlertid ha i bakhodet at det er et lite utvalg, og at det er fare for seleksjonsskjevhet på den måten at det er de mest fornøyde som svarer på slike undersøkelser. Svarene gir uansett et svært positivt bilde av kontakten med jobbspesialister for *dette* utvalget. De færreste har forslag til forbedringer, bortsett fra generelle bemerkninger om at NAV kan være byråkratiske å ha med å gjøre.



Figur 4. Arbeidsgiveres tilfredshet med kontakten med jobbspesialist.

38% (n=9) av arbeidsgiverne har hatt direkte kontakt med IPS-deltakernes behandlere, og har opplevd dette som positivt. I åpen svarkategori svarer arbeidsgiverne at kontakten med behandler har gitt innsikt i styrker og utfordringer, hjulpet dem å forstå kandidatens situasjon, og gitt bedre muligheter for å tilrettelegge for vedkommende. To respondenter nevner at de gjerne skulle hatt hyppigere kontakt og mer informasjon. Blant de som ikke har hatt kontakt med den ansattes behandler, er det om lag halvparten som svarer at dette hadde vært nyttig. 63% (n=15) av respondentene opplevde det som ganske nyttig eller svært nyttig at både jobbspesialist og behandler var tilgjengelig ved behov. Rundt 20% (n=5) oppgav at dette ikke var relevant.

Som respons på et spørsmål om det er andre erfaringer de ønsker å dele, har mange skrevet gode tilbakemeldinger på samarbeidet med IPS:

*«Bare positivt, alle må få en mulighet. Vår ansatt har vært en ressurs i teamet.»*

*«Fungerer veldig godt og som arbeidsgiver er man trygg på oppfølgingen av den ansatte.»*

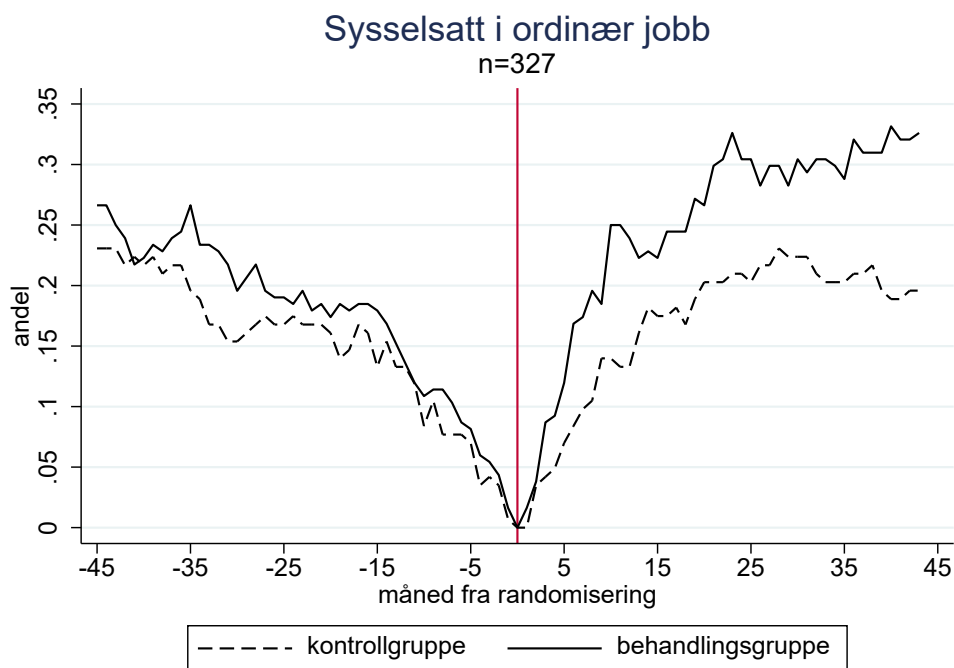
*«Jeg opplever at de som kommer via IPS er positivt innstilt og motiverte selv om ballasten av og til gjør at leveransen ikke alltid blir optimal. Jeg opplever dem som veldig lojale og den beste ansatte jeg har i dag er rekruttert på tilsvarende vis.»*

Arbeidsgiverne opplever at den ansatte er godt ivaretatt av de integrerte tjenestene, og opplever samarbeidet med jobbspesialisten som positivt. Mangelen på forslag til forbedringer kan skyldes at det er et lite utvalg, men det kan også skyldes at samarbeidet fungerer slik arbeidsgiverne forventer.

#### **4.4. Analyse av registerdata fra randomisert studie**

Hvilke resultater har de ulike pilotsentrene, med ulik organisering, over tid?

For å besvare dette spørsmålet har vi benyttet oss av data fra oppfølgingsstudien av det store randomiserte forsøket med IPS, der seks ulike sentre inngikk (Reme et al., 2016). I oppfølgingsstudien har man, ved hjelp av registerdata, kunnet observere samtlige 408 deltakere i 43 måneder etter at de ble trukket tilfeldig til å enten motta IPS eller vanlig behandling. Et slikt langsiktig perspektiv er etterlyst i kunnskapsoppsummeringer om arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske lidelser (Gmitroski m.fl., 2018; OECD, 2015). Resultater fra denne oppfølgingsstudien er nylig publisert i tidsskriftet Social Science and Medicine (Holmås, Monstad og Reme, 2021). Siden IPS er et tiltak som retter seg mot dem som ikke er i jobb, er studien avgrenset til de 327 personene som oppfyller dette inklusjonskriteriet. Effekten av IPS over tid oppsummeres figur 5, som viser arbeidsdeltakelse i kontrollgruppen (stiplet linje) og IPS-gruppen (heltrukken linje) i 43 måneder før tiltaket og 43 måneder etter tiltaket. Vi ser at mens andelen sysselsatt er lik (dvs null) ved randomisering, øker denne andelen i begge gruppene etter randomisering, og sterkest i IPS-gruppen. Forskjellen mellom den heltrukne og den stiplede linjen etter randomisering illustrerer effekten av IPS.



Figur 5. Registeranalyser. Andelen som er i ordinær jobb i henholdsvis kontroll- og behandlingsgruppen.

Resultatene fra regresjonsanalyser, der man også tar hensyn til bakgrunnskjenntegn ved individene, er nylig publisert (Holmås, Monstad og Reme, 2021). De viser at sannsynligheten for å være i (ordinær, ikke-subsidiert) jobb øker med 8.8 prosentpoeng for de som mottar IPS sammenlignet med kontrollgruppen, over de 43 månedene. Her vil vi studere variasjonen som kan oppstå i implementeringen av tiltaket og undersøke hvor sterk variasjonen i bakgrunnskjenntegn og effekt er mellom sentrene.

### Nærmere om inklusjonskriteriet «ikke i jobb»

AA-registeret (Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret) viste at enkelte deltakere stod registrert som sysselsatt på det tidspunktet de ble inkludert i studien. Det kunne komme av at arbeidsgiver ikke hadde meldt fra når arbeidsforholdet var slutt, i andre tilfeller kunne personen være sykmeldt. Som det ble påpekt i sluttrapporten, ble kriteriet tolket liberalt i enkelte tilfeller (Reme et al., 2016). Tabell 3 viser at andelen som oppfyller inklusjonskriteriet om å ikke være i jobb er 80 % totalt og nokså lik i de seks sentrene (tatt i betraktning at det er få personer ved hvert senter).

Pilotnr.	Pilot-senter	Inkluderte, i alt	Inkludert, ikke i jobb	Andel ikke i jobb ved inklusjon
1	Oslo	60	48	0,80
2	Oppland	99	77	0,78
3	Vestfold	90	74	0,82
4	Akershus	30	27	0,90
5	Hedmark	54	37	0,69
6	Hordaland	75	64	0,85
I alt		408	327	0,80

Tabell 3. Inklusjon ved ulike IPS-tjenester i det randomiserte forsøket.

### Bruk av lønnstilskudd

Målet med IPS-oppfølgingen er deltakelse i arbeidslivet på ordinære betingelser, det vil si jobber uten lønnstilskudd. Oppfølgingsstudien viste at for pilotsentrene sett under ett, var bruken av lønnstilskudd høyere i IPS-gruppen enn i kontrollgruppen. Årsaken til dette er ikke klarlagt. Studien viste at individene i IPS-gruppen ikke bare kom raskere i jobb, men også hadde flere jobber og flere arbeidsgivere enn kontrollgruppen, og i den forstand søkte mer i arbeidsmarkedet (Holmås, Monstad og Reme, 2021). Det kan tenkes at høyere søkeaktivitet i denne gruppen, kombinert med at arbeidsgivere kan ha erfart og dermed forventer at lønnstilskudd er tilgjengelig, fører til oftere bruk av lønnstilskudd i IPS-gruppen, men dette blir spekulasjoner. Likeledes er det ikke mulig å si i hvilken grad lønnstilskudd «banet vei for» en ordinær jobb uten lønnstilskudd, da våre data om lønnstilskudd ikke er knyttet til jobb/arbeidsgiver.

I denne rapporten er vi primært opptatt av bruken av lønnstilskudd som et trekk ved implementeringen av IPS. Den mest relevante perioden å sammenligne bruken av lønnstilskudd er

de første 12 månedene etter inklusjon, da jobbspesialistene var forbeholdt IPS-gruppen. Etter denne perioden kunne deltakerne i kontrollgruppen søke seg inn til IPS. Tabell 4 gir en oversikt over bruken av lønnstilskudd per pilotsenter.

		Kontrollgruppen		IPS-gruppen		Differanse
		Antall individ	Gjennomsnitt	Antall individ	Gjennomsnitt	
1	Oslo	18	0	30	0	0
2	Oppland	31	0	46	1,8 %	0,018
3	Vestfold	35	1,7 %	39	4,5 %	0,028
4	Akershus	1	0,6 %	14	1,2 %	0,005
5	Hedmark	18	1,4 %	19	4,4 %	0,030
6	Hordaland	28	0,9 %	36	5,8 %	0,049
I alt		143		184		

Tabell 4. Bruk av lønnstilskudd de første 12 månedene etter inklusjon, i henholdsvis kontroll- og behandlingsgruppene ved de 6 sentrene. (n=327)

Tabell 4 viser at grovt regnet kan de seks sentrene deltes i to grupper når det gjelder bruken av lønnstilskudd kort tid etter inklusjon. Sannsynligheten var 0-1,8 % i Oslo, Oppland og Akershus, mens den var 4,4-5,8 % i Vestfold, Hedmark og Hordaland. Til sammenligning var det ingen eller svært liten bruk av lønnstilskudd i kontrollgruppen i denne 12-månedersperioden.

For ordens skyld presiserer vi at effekten av IPS i oppfølgingsstudien baserer seg på sysselsetting som *ikke* er subsidiert (Holmås, Monstad og Reme, 2021).

## Effekt av tiltaket

Utfallet vi er interesserte i, er det å ha en ordinær jobb (dvs. uten lønnstilskudd). Effekten av tiltaket måler vi, noe forenklet sagt, som forskjellen mellom denne jobb-sannsynligheten blant de som har fått tilbud om IPS, sammenlignet med de som i stedet mottar de øvrige tiltak og tjenester i NAV og helsetjenesten for målgruppen (se avsnitt 3.6). I oppfølgingsstudien av det randomiserte forsøket fant man at effekten av tiltaket var størst blant unge (18-30 år), deltakere med lav utdanning (ikke fullført videregående) og de som hadde alvorlig psykisk sykdom ved inklusjon (psykoselidelser og bipolar lidelse). I forsøket, der det er tilfeldig om en person havnet i kontroll- eller behandlingsgruppen, er utvalget stort nok til at det ikke er noen statistisk signifikante forskjeller mellom kontroll- og behandlingsgruppene samlet sett (Holmås, Monstad, Reme, 2021, tabell 1). Dette er et viktig kriterium for å kunne tilskrive endringer i sysselsetting til tiltaket, altså IPS. Samtidig skal man huske på at forhold knyttet til for eksempel implementering ved den enkelte IPS-tjeneste og lokalt arbeidsmarked også kan virke inn.

Dersom vi derimot ser på underutvalg på sentrene, som varierer mellom 27 og 77 personer (se tabell 3), vil det kunne oppstå store forskjeller mellom kontroll- og behandlingsgruppen ved hvert enkelt senter. Slike forskjeller blir det for detaljert å gå inn på her, men kjennetegn ved deltakerne vil kunne slå ut på den målte effekten ved hvert senter<sup>1</sup>. At utvalgene er små, innebærer også at den statistiske kraften blir svak.

Med dette forbeholdet rapporterer vi nedenfor resultatet der vi ser om effekten av IPS varierer med senter. Effekten vi måler, er en «intention-to-treat»-effekt, det vil si effekten av å bli tilbudt IPS, uavhengig av hvor mye eller hvor lenge deltakerne gjorde seg nytte av tiltaket. Vi viser resultat fra 3 ulike modeller, som er rapportert i kolonnene 1-3 i tabell 5. I tillegg til senter, tar vi hensyn til følgende kontrollvariabler: alder ved inklusjon, kjønn, inklusjonsår og –måned (kolonne 1), dessuten om personen har fullført minst videregående eller ikke (kolonne 2), og i tillegg om personen er født i Norge (kolonne 3).

---

<sup>1</sup> I appendiks tabell 1 viser vi hvor ulik pasientpopulasjonen (kontroll- og behandlingsgruppen *samlet*) er ved de seks sentrene som var med i det randomiserte forsøket.

	(1)	(2)	(3)
<b>Forklaringsvariabel:</b>			
Alder	-0.004***	-0.005***	-0.005***
Kvinne	0.039	0.032	0.035
Ikke fullført videregående		-0.113***	-0.105***
Født i Norge			0.029
<b>Kontrollgruppen:</b>			
Senter1	(basiskategori)		
Senter2	0.168**	0.221***	0.216***
Senter3	0.064	0.107	0.109
Senter4	0.117	0.129	0.149
Senter5	0.076	0.134*	0.127*
Senter6	-0.045	-0.027	-0.027
<b>Effekt av IPS:</b>			
IPS*senter1	0.151**	0.150**	0.157**
IPS*senter2	0.043	0.039	0.045
IPS*senter3	0.117*	0.120*	0.108
IPS*senter4	-0.035	-0.011	-0.077
IPS*senter5	0.061	0.047	0.049
IPS*senter6	0.132**	0.137**	0.139**
konstant	-0.049	0.015	-0.015
<i>N (antall observasjoner)</i>	14388	14388	13992
<i>Antall individ</i>	327	327	318
Noter: *p-verdi<0.10, ** p-verdi<0.05, *** p-verdi<0.01. Modellene kontrollerer også for kalenderår- og måned (ikke vist i tabellen). Standardfeilene er estimert med cluster på individ.			

Tabell 5. Effekt av IPS ved de ulike sentrene på utfallet ordinær sysselsetting.



Tallene i tabell 5 (koeffisienter) viser hvordan sannsynligheten for å være i ordinær jobb i perioden etter randomisering endrer seg med hver forklaringsvariabel. For eksempel viser kolonne 3 at en person som ikke har fullført videregående har 10,5 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å være i ordinær jobb enn en som har fullført videregående, alle andre ting like, mens det ikke er noen statistisk signifikant forskjell i sannsynlighet mellom kvinner og menn eller mellom de som er født i Norge versus i utlandet. Koeffisientene for de fem forklaringsvariablene senter2- senter6 gjelder kontrollgruppen og viser forskjellen i utfall mellom de inkluderte i kontrollgruppen ved hvert senter sammenlignet med kontrollgruppen i senter nr. 1 (basiskategorien). Vi ser at bare senter 2 har et gjennomsnittsnivå for sysselsetting i kontrollgruppen som er statistisk signifikant forskjellig fra sammenligningsgrunnlaget (senter 1), og mye høyere. For å svare på problemstillingen vår er vi primært opptatt av om *effekten av IPS* varierte mellom sentrene ved langtidsoppfølgingen av deltakerne. Denne effekten framgår av koeffisientene for de seks forklaringsvariablene (interaksjonsleddene)  $IPS*senter1 - IPS*senter6$ ; de som får tilbud om IPS er sammenlignet med de som ikke får det, ved hver senter. Koeffisientene viser da endring i sannsynligheten for jobb for IPS-gruppen *utover* nivået i kontrollgruppen. For eksempel hadde personene i IPS-gruppen ved senter 1 en økning i sysselsettingsandelen på 15,1 prosentpoeng sammenlignet med kontrollgruppen ved senter 1, mens forskjellen i utfall mellom IPS- og kontrollgruppen ved senter 2 bare var 4,3 prosentpoeng i gjennomsnitt (og er ikke statistisk signifikant). Koeffisientene som viser statistisk signifikant effekt er markert med asterisk. For pilotsentre 2, 4 og 6 er det ikke påvist noen langtidseffekt. Langtidseffekten av IPS på sannsynligheten for å være i ordinært arbeid er positiv ved pilotsenter 1, 3 og 6. Effekten vi ser knytter seg til oppfølgingen som ble gitt i studieperioden (2013-2016), og hvorvidt effekten har holdt seg fremover i tid. Tallene reflekterer ikke dagens IPS-deltakere eller dagens tjenester.

Analysen viser at langtidseffekten av IPS varierer sterkt mellom pilotsentrene. De tre pilotsentrene med påvist positiv langtidseffekt var ulikt organisert, og to av dem opererte med mer enn én modell for samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten. Pilotsenter 3 var organisert i to under-enheter, mens pilotsenter 6 var organisert i tre under-enheter. Interessant nok ble det i sluttrapporten til den store IPS-studien ikke funnet signifikant effekt av IPS ved pilotsenter 1 ved 18 måneders oppfølging (Reme, Monstad m fl., 2016, side 33-34). Pilotsentre 3 og 4 ble lagt ned en tid etter at prosjektperioden for effektevalueringen ble avsluttet. På tross av forholdene som kan ha ført til dette, viser den ovenstående analysen at effekten av IPS for deltakere ved pilotsenter 3 har holdt seg over tid. Tabell 6 viser variasjonen i organiseringen i pilotsentrene i studieperioden (se sluttrapport for detaljert oversikt; Reme et al., 2016). Tabellen beskriver hvem som finansierte IPS-tjenestene (eier), hvem som var de viktigste samarbeidspartnerne, hvorvidt

pasientene var tilknyttet spesielle målgrupper (f.eks rus, psykose), og hvor jobbspesialistene var ansatt og hadde kontor. Den siste raden gir dagens status på eierskap og jobbspesialisters ansettelsesforhold og lokalisering.

	<b>Pilotsenter 1 (Vinderen)</b>	<b>Pilotsenter 2 (Hadeland)</b>	<b>Pilotsenter 3 (Vestfold)</b>	<b>Pilotsenter 4 (Akershus)</b>	<b>Pilotsenter 5 (Elverum)</b>	<b>Pilotsenter 6 (Bergen)</b>
Eier:	Spesialisthelsetjenesten	NAV (kommune)	NAV (fylke)	Spesialisthelsetjenesten	NAV (fylke)	Spesialisthelsetjenesten
Samarbeid:	NAV, kommune	Kommune, sykehus, DPS	NAV, kommune, sykehus, DPS	NAV, kommune	NAV (komm.), kommune, DPS	NAV, DPS, sykehus, kommune
Pasienter knyttet til spesifikke enheter:	Enhet for rus og psykiatri, enhet for ambulant samhandling	Allmenn-psykiatri, kommunal psykisk helseenhet	All.psykiatri, rus og psykisk helse	All.psykiatri, tidlig intervensjon	Ruspoliklin., all.psykiatri, kommunalt psykisk helseteam	Psykose og tidlig psykose, all.psykiatri
Jobb-spesialister:	Ansatt: Helse Lokalisert: Helse	Ansatt: NAV Lokalisert: Felles bygg NAV/DPS	Ansatt: NAV Lokalisert: Helse (Noen ansatt Fønix)	Ansatt: Helse eller NAV	Ansatt: NAV Lokalisert: NAV m/plass DPS	Ansatt: NAV eller Helse Lokalisert: NAV m/plass helse, eller kun helse
<b>Status 2021:</b>	<b>Jobbspesialister:</b> - Ansatt: Stort sett lokale NAV-kontor - Lokalisert: Alle samlokalisert med helse	<b>Jobbspesialister:</b> - Ansatt: NAV - Lokalisering: Samlokalisert med helse	Lagt ned, men IPS opprettet andre steder i fylket	Lagt ned, men IPS opprettet andre steder i fylket	<b>Jobbspesialister:</b> - Ansatt: NAV - Lokalisert: Samlokalisert med helse	<b>Jobbspesialister:</b> - Ansatt: NAV og Spesialisthelsetjenesten - Lokalisert: Samlokalisert med helse

Tabell 6. Forenklet oversikt over pilotsentrenes organisering i 2016 (Reme et al., 2016). Siste linje gir dagens status på ansettelsesforhold og lokalisering av jobbspesialister.

## 5. Oppsummering og konklusjoner

Hensikten med denne evalueringen har vært å identifisere hemmende og fremmende faktorer i samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om Individuell Jobbstøtte (IPS). Evalueringen har benyttet seg av ulike datakilder for å belyse de ulike problemstillingene: Spørreskjema sendt ut til metodeveiledere, ledere for behandlingsteam, og arbeidsgivere; fokusgruppeintervju med behandlingsteam som tilbyr IPS; og individuelle intervju med IPS-deltakere. Evalueringen har også samlet data fra IPS-tjenester der jobbspesialist er ansatt og lokalisert i helsetjenesten, og ikke kun tjenester hvor jobbspesialist er ansatt i NAV.

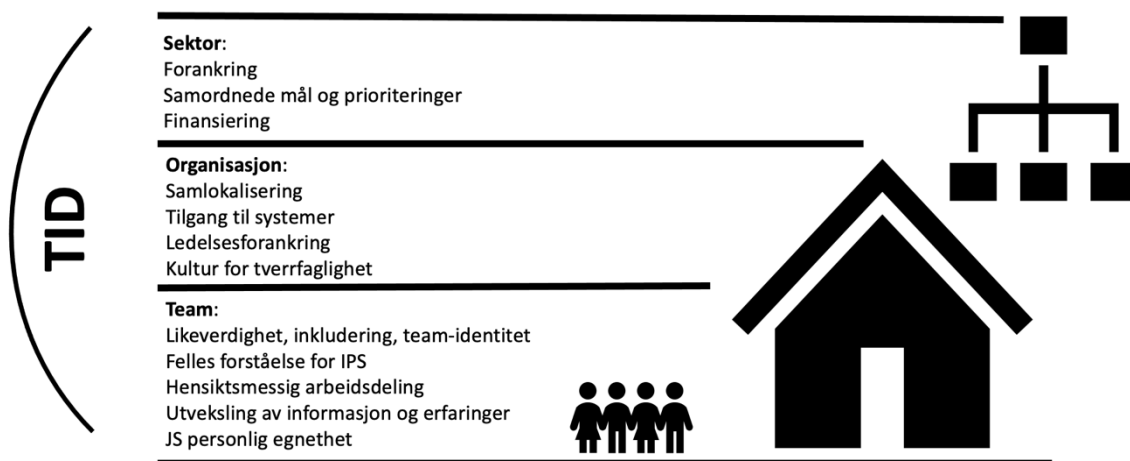
Overordnet sett viser resultatene at det er mye som fungerer godt i samarbeidet mellom NAV og helsetjenestene i samarbeidet om IPS, og mellom behandlere og jobbspesialister innad i helsetjenestene. Når metodeveiledere og behandlingsteamledere blir bedt om å vurdere utfordringer og innsatsfaktorer, ser vi at de har en nokså komplementær forståelse av hva som skal til for å få til et samarbeid som fungerer til det beste for deltakeren. Dette handler om rammer som legger til rette for samarbeid (formelle tilganger, samlokalisering, forankring i ledelse, økonomi), en felles kultur og forståelse, likeverdig samarbeid, og at man må ta tiden til hjelp. Disse faktorene kan være barrierer for godt samarbeid når de ikke er tilstede, og tilretteleggende faktorer når de er tilstede.

I tråd med dette viser fokusgruppeintervjuene at *samløkalisering* av jobbspesialist og behandlingsteam, og *formelle tilganger* til journalsystem er viktige faktorer for god integrering av IPS med helsetjenester. Videre utdyper behandlingsteamene viktigheten av *ledelsesforankring*, felles *team-identitet* og likeverdighet, og eksisterende *kultur for tverrfaglighet* som viktige faktorer for god integrering av IPS med behandlingstjenester.

Graden av integrasjon mellom IPS og behandlingstjenester varierer allikevel i stor grad. For noen, spesielt der hvor jobbspesialist er ansatt og/eller lokalisert på behandlingsinstitusjonen, ser det ut til å være færre hindre for et godt samarbeid om IPS. Andre steder, som regel der hvor jobbspesialist ikke er samlokalisert med behandlingsteamet, og/eller er ansatt et annet sted, er integrasjonen svakere. Det er verdt å merke seg at i en fjerdedel av spørreskjema-svarene fra behandlingsteamledere er ikke jobbspesialisten(e) integrert godt, på den måten at de kun deltar på deler av behandlingsmøtene, og/eller ikke deltar på alle behandlingsmøter.

I fokusgruppeintervjuene utdyper behandlingsteamene erfaringer knyttet til forhold som motvirker god integrering, og dette speiler til en viss grad suksesskriteriene: *Formelle barrierer, manglende inkludering av jobbspesialist, manglende felles forståelse, svak ledelsesforankring, og profesjonsmotsetninger* er temaer som ble diskutert i behandlingsteamene.

Resultatene viser at hemmende og fremmende faktorer for vellykket integrering av tjenester eksisterer på flere nivåer. For å konseptualisere hvordan disse faktorene kan tenkes å samvirke til god integrasjon i tjenester, er de identifiserte temaene plassert i en modell.



Det er rimelig å anta at når disse faktorene er til stede, reduseres faktorene som *motvirker* integrering av tjenester. Faktorene påvirker hverandre på tvers av nivåer. Man kan for eksempel tenke seg at samlokalisering og tilgang til systemer øker informasjonsutvekslingen og erfaringsdelingen, og styrker opplevelsen av likeverdighet i behandlingsteamet. Dette kan motvirke barrierene knyttet til for eksempel profesjonsmotsetninger og manglende felles forståelse. Ledelsesforankring på høyeste nivå kan tenkes å fjerne enkelte motsetninger hos de ulike sektorene, som kan få en kaskade-effekt fra øverste nivå og ned på institusjons- og team-nivå.

I det videre arbeidet med å utvide IPS-tilbudet nye steder i landet, bør de identifiserte faktorene som legger til rette for eller hindrer god integrering av tjenester vurderes ut fra de ulike nivåene de opererer på. Samtidig bør beslutningstakere og ledere på de ulike nivåene gjøre en vurdering av hvilke barrierer for god integrasjon som er innenfor deres beslutningsmyndighet å endre. En jobbspesialist eller en leder for et behandlingsteam vil ha mer nytte av å legge til rette for felles

team-identitet, inkludering av jobbspesialist, og utveksling av informasjon og erfaringer, enn å fokusere på hindringene som skapes av at de ulike sektorene har ulike mål og prioriteringer. Samtidig må beslutningstakere på et overordnet nivå vurdere hvordan man kan løfte bort barrierer for godt samarbeid mellom sektorene. På organisasjonsnivå bør både ledere og ansvarlige for nye IPS-tjenester gjøre et godt forarbeid for å identifisere hvilke faktorer i organisasjonen som vil gi medvind i samarbeidet om IPS, og hvilke faktorer som potensielt kan motvirke et slikt samarbeid. Dette kan være lokalt betinget og ikke være begrenset til faktorene som er identifisert i den foreliggende evalueringen.

Inntrykket vårt etter å ha gjennomført denne evalueringen er at mange IPS-tjenester, uavhengig av organisering og tilhørighet, er overlatt til sin egen evne til å finne lokale løsninger på en del av barrierene – spesielt de strukturelle. Selv om tiden trekkes frem som en viktig faktor for utviklingen av et godt samarbeid, kan det tenkes at denne tiden kan forkortes noe om man klarer å redusere barrierene som her er identifisert, og kultivere faktorene som legger til rette for samarbeid.

Registeranalysene av oppfølgingsdataene fra den randomiserte kontrollerte studien av IPS (Reme et al., 2019), viser at langtids-effekten varierer mellom IPS-pilotsentrene. Dette kan være knyttet til mange forhold i og utenfor organiseringen av pilotsentrene, og viser at kvalitet i utførelsen av IPS-metoden ene og alene ikke nødvendigvis produserer resultater på lang sikt. Andre forhold, som kanskje må vurderes kvalitativt, bør også tas i betraktning.

Til slutt en oppsummering av to supplerende perspektiver i utøvelsen av IPS-metoden: IPS-deltakere og arbeidsgivere som er i kontakt med IPS-tjenestene. Intervjuene med deltakerne bekrefter viktigheten av integrerte tjenester. Deltakerne beskrev samhandlingen mellom behandlere og jobbspesialist som trygg og helhetlig, og at de opplevde tjenestene de mottok som koordinerte og naturlige. Informantene ble spurt om forslag til forbedring av IPS-tjenesten, men de hadde ikke bestemte tilbakemeldinger om dette. Det ble imidlertid fremhevet at oppstarten i IPS er en sårbar fase, og her kan det gjøres en ekstra innsats for å trygge deltakerne. Dette stemmer med nylige intervjuer gjennomført blant IPS-deltakere (se Boysen et al., 2021).

Spørreundersøkelsen blant arbeidsgivere viste at de fleste arbeidsgiverne som IPS-tjenestene er i kontakt med, er små bedrifter i privat sektor med under 50 ansatte. De aller fleste arbeidsgiverne som har besvart spørreundersøkelsen er ganske fornøyde eller svært fornøyde med kontakten med jobbspesialistene. De setter pris på å få formidlet gode arbeidstakere til sin virksomhet, og på den tette oppfølgingen fra både jobbspesialist og behandler. Arbeidsgiverne som deltok i

undersøkelsen hadde ikke forslag til forbedringer av IPS-tjenesten. Fremtidige studier av IPS bør gjøre mer inngående studier av arbeidsgiverperspektivet i samhandlingen med IPS-tjenesten. Dette er særlig viktig med tanke på at IPS representerer en ny måte å tenke på rundt arbeidsdeltakelse for psykisk syke, som blant annet innebærer at arbeidsgiver forventes å ansette personer på ordinære vilkår. Dette står i kontrast til mer tradisjonelle tilnærminger, hvor arbeidsgiver får kompensert lønnsutgifter eller får gratis arbeidskraft gjennom praksisplasser. Å få en mer detaljert innsikt i samhandlingen mellom jobbspesialist og arbeidsgiver, samt arbeidsgiveres vurderinger i ansettelsesprosessen, vil gi ytterligere grunnlag for å forbedre IPS-tjenestene og øke arbeidsdeltakelsen blant psykisk syke som ønsker å delta i arbeidslivet.

## 6. Referanser

- Areberg, & Bejerholm. (2013). The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 420-428.
- Atwal, & Caldwell. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International journal of nursing practice*, 12(6), 359-365.
- Badea, Jetten, Czukor, & Askevis-Leherpeux. (2010). The bases of identification: When optimal distinctiveness needs face social identity threat. *British Journal of Social Psychology*, 49(1), 21-41.
- Barnes, Green, & Hopton. (2007). Guest editorial: social work theory, research, policy and practice—challenges and opportunities in health and social care integration in the UK. *Health & social care in the community*, 15(3), 191-194.
- Becker, Swanson, Reese, Bond, & McLeman. (2015). *Supported employment fidelity review manual*. Retrieved from [https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/ips-fidelity-manual-3rd-edition\\_2-4-16.pdf](https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/ips-fidelity-manual-3rd-edition_2-4-16.pdf)
- Bond, Vogler, Resnick, Evans, Drake, & Becker. (2001). Dimensions of supported employment: Factor structure of the IPS fidelity scale. *Journal of Mental Health*, 10(4), 383-393.
- Bonfils. (2020). Challenges of integrating employment services with mental health services as part of the 'Individual placement and support' approach. *Nordic Social Work Research*, 1-14.
- Bonfils, Hansen, Dalum, & Eplov. (2017). Implementation of the individual placement and support approach—facilitators and barriers. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(4), 318-333.
- Chen, & Tjosvold. (2002). Cooperative goals and constructive controversy for promoting innovation in student groups in China. *Journal of Education for Business*, 78(1), 46-50.
- de Winter, Couwenbergh, van Weeghel, Bergmans, & Bond. (2020). Fidelity and IPS: does quality of implementation predict vocational outcomes over time for organizations treating persons with severe mental illness in the Netherlands? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi:10.1007/s00127-020-01890-0
- Eckel, & Grossman. (2005). Managing diversity by creating team identity. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 58(3), 371-392.
- Fay, Borrill, Amir, Haward, & West. (2006). Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(4), 553-567.
- Fitzgerald, & Teal. (2004). Health reform, professional identity and occupational sub-cultures: the changing interprofessional relations between doctors and nurses. *Contemporary Nurse*, 16(1-2), 71-79.
- Fyhn, Johnsen, Øyeflaten, Jordbru, & Tveito. (2019). *Resultatrapport for kompetanseprosjektet "Mangfold på arbeidsplassen"*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11250/2624405>
- Fyhn, Ludvigsen, Reme, & Schaafsma. (2020). A structured process evaluation of a randomized controlled trial of Individual Placement and Support (IPS). *In Review: Implementation Science Communications*. doi:10.21203/rs.2.21755/v2



- Gadolin, & Wikström. (2016). Organising healthcare with multi-professional teams: activity coordination as a logistical flow. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 20(4), 53-72.
- Gebert, Boerner, & Kearney. (2006). Cross-functionality and innovation in new product development teams: A dilemmatic structure and its consequences for the management of diversity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(4), 431-458.
- Gmitroski, Bradley, Heinemann, Liu, Blanchard, Beck, . . . Barbic. (2018). Barriers and facilitators to employment for young adults with mental illness: a scoping review. *Bmj Open*, 8(12).
- Holmås, T. H., Monstad, K., & Reme, S. E. (2021). Regular employment for people with mental illness—An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine*, 270(C).
- Hornsey, & Hogg. (2000). Assimilation and diversity: An integrative model of subgroup relations. *Personality and Social Psychology Review*, 4(2), 143-156.
- Joffe, & Yardley. (2004). Content and thematic analysis. In I.D.F Marks & L. Yardley (Eds.), *Research methods for clinical and health psychology* (pp. 56-68). London: SAGE Publications.
- Killackey, & Waghorn. (2008). The challenge of integrating employment services with public mental health services in Australia: progress at the first demonstration site. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 63.
- Kim, Bond, Becker, Swanson, & Langfitt-Reese. (2015). Predictive validity of the individual placement and support fidelity scale (IPS-25): a replication study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 43(3), 209-216.
- King. (2012). Doing template analysis. In G. Symon & C. Cassell (Eds.), *Qualitative Organizational Research. Core Methods and Current Challenges* (pp. 426-). London: SAGE Publications Ltd.
- Knaeps, DeSmet, & Van Audenhove. (2012). The IPS fidelity scale as a guideline to implement supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37(1), 13-23.
- Marshall, Rapp, Becker, & Bond. (2008). Key factors for implementing supported employment. *Psychiatric Services*, 59(8), 886-892.
- Mitchell, Parker, & Giles. (2011). When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human relations*, 64(10), 1321-1343.
- Modini, Tan, Brinchmann, Wang, Killackey, Glozier, . . . Harvey. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22.
- Moen, Walseth, & Larsen. (2020). Experiences of participating in individual placement and support: a meta-ethnographic review and synthesis of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Norris. (2001). How 'we' are different from 'them': occupational boundary maintenance in the treatment of musculo-skeletal problems. *Sociology of health & illness*, 23(1), 24-43.
- Norsen, Opladen, & Quinn. (1995). Practice model: Collaborative practice. *Critical Care Nursing Clinics*, 7(1), 43-52.

- Oborn, & Dawson. (2010). Learning across communities of practice: an examination of multidisciplinary work. *British Journal of Management*, 21(4), 843-858.
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984->
- OECD (2015), *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris,  
<https://doi.org/10.1787/9789264228283-en>.
- Proba. (2016). *Arbeidsfokus på DPS – samarbeid med Nav*. Retrieved from  
<https://proba.no/wp-content/uploads/proba-rapport-2016-03-arbeidsfokus-pa-dps--samarbeid-med-nav.pdf>
- Quimby, Drake, & Becker. (2001). Ethnographic findings from the Washington, DC, Vocational Services Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 368.
- Reese, & Sontag. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & Social Work*, 26(3), 167-175.
- Reme, Monstad, Fyhn, Øverland, Ludvigsen, Sveinsdottir, . . . Lie. (2016). *Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): sluttrapport*. Retrieved from  
<https://hdl.handle.net/1956/15564>
- Rinaldi, Miller, & Perkins. (2010). Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 163-172. <http://doi.org/10.3109/09540261003720456>
- Rämgård, Blomqvist, & Petersson. (2015). Developing health and social care planning in collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), 354–358.
- Shepherd, Lockett, Bacon, & Grove. (2012). Establishing IPS in clinical teams-Some key themes from a national implementation programme. *Journal of Rehabilitation*, 78(1).
- Suijkerbuijk, Schaafsma, van Mechelen, Ojajarvi, Corbiere, & Anema. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9).  
<http://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- van Erp, Giesen, van Weeghel, Kroon, Michon, Becker, . . . Drake. (2007). A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(11), 1421–1426.
- Williams, & O'Reilly III. (1998). Demography and diversity in organizations. In B.M Staw & R.M Sutton (Eds.), *Research in organizational behavior* (Vol. 20, pp. 77-140). Stanford, CA: JAI Press.
- Sveinsdottir, V., Fyhn, T., Frangakis, M., & Opsahl, J. (2020). *Effektevaluering av Raskt i jobb for flyktninger*. NORCE. <https://hdl.handle.net/11250/2673611>
- Boysen, K., Brastad, B., Elgersma, I., Fyhn, T., & Sveinsdottir V. (2021). *Kartlegging og evaluering av forsøksprosjektet #syktbrajobb*. Oxford Research og NORCE.

## 7. Appendiks

### Appendiks A, Intervjuguider

**Fokusgruppe-intervjuene med integrerte behandlingsteam** fulgte en semi-strukturert intervju-guide som inneholdt følgende overordnede temaer:

- Strukturelle kjennetegn
  - Innretning, organisering, deltagende instanser og jobbspesialisters ansettelsesforhold
- Konkretiseringer av samarbeidet
  - Behandlingsmøter i teamet
  - IPS-fokus utover team-møter
- Strukturelle barrierer
- Det tverrfaglige samarbeidet
  - Målforståelse, behovsforståelse og arbeidsmetoder
  - Informasjonsutveksling og kommunikasjon
  - Konflikthåndtering og maktbalanse
  - Team-identitet
- Lederskap
- Organisasjonsutvikling
- Utvikling av samarbeidet i teamet over tid, knyttet til hvert av hovedtemaene

**De individuelle intervjuene med deltakerne** inkluderte følgende spørsmål:

Er det noe du synes har vært (spesielt) bra med oppfølgingen du har mottatt?  
*(fokus på samhandlingen mellom jobbspesialist og behandler)*

Er du noe du *ikke* synes har fungert så bra med oppfølgingen du har mottatt?  
*(fokus på samhandlingen mellom jobbspesialist og behandler)*

Hvordan har du opplevd at samhandlingen mellom jobbspesialisten og behandleren din har vært *(i den grad man har erfaringer knyttet til dette)*?

Hvis du skulle kommet med noen anbefalinger om hvordan oppfølgingen kunne vært forbedret, hva ville det vært?

**Appendiks B, tabell 1 Kjennetegn ved deltakere ved pilotsentre**

Tabellen nedenfor viser tall på senternivå, når vi sammenligner gjennomsnittene (andelene) for hvert kjennetegn ved inklusjon. Vi ser for eksempel at ved ett senter hadde bare 3 % fullført høyere utdanning (dvs. utdanning utover videregående), mens dette gjaldt hele 56 % ved et annet senter.

	Minste gjennomsnitt	Høyeste gjennomsnitt
Alvorlig psykisk sykdom (ellers moderat) <sup>1</sup>	0,2	0,75
Alder	31,8	37,4
Kvinne	0,34	0,61
Født i Norge	0,72	0,97
Grunnskole	0,27	0,7
Påbegynt, ikke fullført videregående	0	0,08
Fullført videregående	0,17	0,34
Har høyere utdanning	0,03	0,56
Lønnsinntekt i 2012, i 1000 kr	37,3	136,3
Uføretrygd	0	0,23
Arbeidsavklaringspenger	0,51	0,59
Sosialhjelp	0,07	0,24
Dagpenger	0	0,16
Konsultasjoner poliklinikk, pr måned	0,97	5,25
Antall dagbehandlinger pr måned	0	0,34
Antall innleggelser pr måned	0	0,19

<sup>1</sup>Ved inklusjon ble 248 av deltakerne intervjuet og kartlagt ved hjelp av verktøyet M.I.N.I 6.0.0.