

Status for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge

Rapport 2024 - 09

Proba-rapport nr. 2024 - 09, Prosjekt nr. 23053

ISSN: 1891-8093

PDS/HK/JH/GMV/ORB, HB, august 2024

--

Offentlig

--

Status for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge

Utarbeidet for Helsedirektoratet

Forord

Denne kartleggingen av IPS-tjenester i Norge er gjennomført av Proba samfunnsanalyse, på oppdrag for Helsedirektoratet. Proba har samarbeidet med Beate Brinchmann ved Nordlandssykehuset. Brinchmann har vært faglig rådgiver i prosjektet og deltatt ved viktige milepæler som utarbeidelse av spørreskjemaer, opplegg for intervjuer og intervjuguider, samt i analysearbeid. Beate har også gitt verdifulle innspill til rapporten.

Prosjektet har vært spennende, og vi har møtt mange engasjerte medarbeidere i IPS-tjenester spredt rundt i landet. Vi vil takke alle som har tatt seg tid til å delta i intervjuer. Vi vil rette en særlig stor takk til alle IPS-deltakerne som har delt sine erfaringer med oss! Til sist vil vi takke oppdragsgiver for godt samarbeid og gode diskusjoner underveis i prosjektet.

Oslo, august 2024

Pia Dybvik Staalesen

Prosjektleder

Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER.....	1
1 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn	5
1.1.1 Nye føringer og juridiske presiseringer	6
1.2 Formål og problemstillinger	8
1.3 Analytiske og metodiske rammer.....	8
1.3.1 Vår forståelse av «kvalitet i IPS-tjenestene»	9
1.3.2 Vår forståelse av «organisering av IPS-tjenestene».....	10
1.4 Metoder og analyser	10
1.4.1 Del 1 – Kartlegging av status for IPS i Norge	10
1.4.2 Del 2 – Organiseringens betydning for drift, samarbeid og kvalitet	12
1.4.3 Analyse av intervjumaterialet.....	13
1.4.4 Etske betraktninger	14
1.5 Samlede analyser	14
1.6 Rapportens struktur	14
2 HVA ER INDIVIDUELL JOBBSTØTTE?	15
2.1 IPS – bakgrunn og oppstart	15
2.2 Utviklingen av IPS i Norge	17
2.3 Tidligere studie av IPS som integrert tjeneste	18
3 STATUS FOR IPS-TJENESTENE I NORGE	20
3.1 Omfang av IPS-tjenester	20
3.2 Jobber tjenestene etter IPS-metodikk?.....	21
3.3 Organiseringen av IPS-tilbudene	22
3.3.1 Jobbspesialistenes ansettelsessted	22
3.3.2 Eksempler på organisering fra casene	24
3.3.3 Antall jobbspesialister	25
3.3.4 Jobbspesialistenes tilknytning til behandlingsteam	26
3.4 Målgruppe og rekruttering.....	27
3.4.1 Henvisning og rekruttering av deltakere	27
3.5 IPS-tiltakets varighet.....	29
3.6 Finansiering	29
3.7 Samarbeidsavtaler mellom NAV og helsesektoren	31
3.8 Oppsummering	34
4 INTEGRASJON OG SAMARBEID I IPS-TILBUDENE	35
4.1 Endringer i integrasjon.....	35
4.2 Felles lokasjon	36
4.3 Jobbspesialistens deltakelse i behandlingsmøter.....	37
4.4 Tilgang til felles systemer for dokumentasjon.....	40
4.5 Rutiner for taushetsplikt og personvern	42
4.6 Samarbeid med NAV-veileder	42
4.7 Oversikt over integrasjon og samarbeid mellom tjenestene i casene.....	43
4.8 Kvalitetsevaluering integrasjon	45

4.9	Hva er viktig for å få til god integrasjon mellom tjenestene?	47
4.9.1	Påstander om integrasjon og samarbeid	47
4.9.2	Får det til, tross humper	48
4.10	Oppsummering	49
5	NYE FØRINGER: SYNSPUNKTER OG ERFARINGER	51
5.1	Synspunkter på samarbeid og integrasjon i IPS-tilbudet	51
5.1.1	Integrasjon eller samarbeid?	51
5.2	Usikkerhet knyttet til drift og prioritering av IPS i helse	52
5.2.1	Fra jobbspesialister til arbeids- og utdanningsspesialister	52
5.2.2	Usikkerhet knyttet til videre drift og finansiering i helsetjenesten	53
5.2.3	Usikkerhet knyttet til om IPS i helsetjenesten kan jobbe etter kvalitetsskalaen	53
5.2.4	Svekket forankring i helse?	54
5.3	Synspunkter på de nye føringene og juridiske presiseringene	55
5.3.1	Arbeidsmarkedstiltak eller helsehjelp?	55
5.3.2	Synspunkter på juridiske presiseringer	56
5.4	Oppsummering	57
6	DELTAKERNES ERFARINGER	58
6.1	Informasjon og inntak	58
6.2	Erfaringer med oppfølgingen	59
6.2.1	Innhold i oppfølgingen	59
6.2.2	Jobbspesialistens oppfølging	59
6.2.3	Jobboppfølging	60
6.3	Samarbeid med behandlerne og de andre tjenestene	61
6.3.1	Samarbeidet med behandlerne	61
6.3.2	Samarbeid med NAV og andre tjenester	62
6.4	Oppsummering	62
7	ORGANISERINGENS BETYDNING FOR DRIFT, SAMARBEID OG KVALITET	64
7.1	Nye føringar og presiseringer har skapt endringer og uro	64
7.2	Hvilke konsekvenser får manglende integrasjon for kvaliteten i IPS- tilbudene?	65
7.2.1	Konsekvenser for deltakerne	65
7.2.2	Konsekvenser for den løpende samhandlingen rundt deltaker	66
7.2.3	Konsekvenser for forankring og fremtidig drift	67
7.3	Fordeler og ulemper med ulike typer organisering	68
7.4	Behov for felles styringssignaler og tilpasset regelverk	69
7.5	Avsluttende betraktninger	70
	LITTERATUR	72

Sammendrag og konklusjoner

Resymé

Proba har gjennomført en kartlegging av IPS-tjenestene på oppdrag for Helsedirektoratet. Vi har kartlagt organisering og finansiering av IPS-tilbudene i Norge, samt studert organiseringens betydning for drift, samarbeid og kvalitet. Vi finner at det etter nye føringer og juridiske presiseringer fra Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og velferdsdepartementet er gjort flere tilpasninger i organisering og gjennomføring av IPS-tjenestene. Vårt inntrykk er at tjenestene har funnet løsninger for å kunne drifte tjenesten i tråd med de nye føringene. Samtidig ser vi at de nye føringene og juridiske presiseringene har skapt uro og usikkerhet. Vi finner at integrasjonen mellom den arbeidsrettede oppfølgingen og behandling, slik denne er definert i IPS kvalitetsskalaen, er svekket. Det er også er tegn til at forankringen og prioriteringen av IPS i helsesektoren er noe svekket, etter nye føringer. Vi anbefaler at helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren fremover legger til rette for at IPS-tjenesten kan gjennomføres i tråd med kvalitetsskalaen, og sikrer en videre drift med god kvalitet.

Bakgrunn

Individual Placement and Support (IPS), eller individuell jobbstøtte på norsk, er arbeidsrettet støtte til mennesker som er i behandling for alvorlige psykiske lidelser. Formålet med modellen er å hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser å komme eller forbli i jobb. IPS er med andre ord et arbeidsrettet tiltak som er integrert i helsetjenesten. Det er et krav i IPS-modellen at deltakerne skal få jobb på ordinære arbeidsplasser, og motta vanlig lønn. Personen som yter den arbeidsrettede oppfølgingen kalles jobbspesialist.

IPS-modellen består av åtte grunnleggende prinsipper som ligger til grunn for oppfølgingen. Metodikken er evidensbasert, og studier viser til gode resultater når det gjelder overgang til arbeid for personer med alvorlige psykiske lidelser. Et særlig viktig punkt for denne undersøkelsen, er prinsippet om at IPS skal gjennomføres som en integrert del av behandlingen. Den arbeidsrettede oppfølgingen og behandlingen skal støtte opp om hverandre, og koordineres. Dette krever tett samarbeid mellom jobbspesialist og behandler. Helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren har i samarbeid har stått for utviklingen av IPS i Norge. Samarbeidet har inntil nylig ikke vært tydelig regulert, og tjenestene har selv utviklet samarbeidsformer og rutiner som har gjort det mulig å gi en integrert IPS-tjeneste.

Høsten 2021 kom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet med nye føringer for IPS-tilbudet. Hovedpunktene i de nye føringene er at IPS-jobbspesialister i fremtiden bør anses i og finansieres av NAV, og ikke i helsesektoren, da jobbspesialistens arbeid ikke er å anse som helsehjelp etter helselovgivningen. Dette har igjen betydning for hvordan rollen som jobbspesialist kan utøves, blant annet når det gjelder tilstedeværelse på behandlingsstedet og i behandlingsmøter, samt tilgang til felles system for dokumentasjon for behandlere og jobbspesialister. Føringene har ført til endringer i organisering og gjennomføring av IPS-tjenestene i Norge. Prosjektet gir en oppdatert status for IPS-tilbudene.

Problemstilling

Det overordnede formålet med dette prosjektet har vært å

- 1) Kartlegge status og organisering for alle IPS-tjenestene i Norge, samt
- 2) Vurdere hvordan organisering av tilbudene kan påvirke drift, samarbeid og kvalitet i tjenesten som gis.

For del én har vi gjennomført en nasjonal spørreundersøkelse til alle IPS-tjenester. Målet har vært å få en oppdatert oversikt over antall IPS-tjenester, antall ansatte, organisering m.m. og kartlegge hovedtrekk ved gjennomføring av tilbudet.

For del to har vi gått i dybden på et utvalg IPS-tjenester. Vi har kartlagt organisering, finansiering, samarbeid og forankring, samt gjennomføring av IPS-tjenestene. Videre har vi sett på hvordan disse faktorene påvirker drift, samarbeid og kvalitet i det samlede IPS-tilbudet. Datagrunnlaget er her intervjuer med ansatte, samarbeidspartnere og pasienter i IPS, samt ledere.

Med kvalitet forstår vi i denne sammenheng graden av integrasjon og samarbeid mellom jobbspesialist og behandlingsteam, samt forankring og prioritering av tilbudet i de to sektorene. Brukertilfredshet er også et viktig kvalitetsmål. I prosjektet forstår vi organisering som hvor jobbspesialistene er ansatt (helsetjenesten eller NAV).

Samlet gir del én og to en oppdatert oversikt over status for tjenestene, og hvordan ulike organisatoriske rammer påvirker kvalitet i tilbudene.

Funn og konklusjoner

Status for IPS tjenestene

De fleste av tjenestene har organisert seg med jobbspesialistene ansatt i NAV, hvorav flertallet i NAV-stat (82 prosent). Det er dermed mindre vanlig at jobbspesialistene er ansatt kun i helsesektoren. Flere av tjenestene har imidlertid ansatte i både helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren. IPS-tilbudene i NAV er i hovedsak finansiert over egen budsjettpost i statsbudsjettet, mens tilbudene i helse hovedsakelig er finansiert med ordinære driftsmidler. Flertallet av tjenestene har egne samarbeidsavtaler mellom de to sektorene.

Målgruppen for tjenestene er variert, og inkluderer mennesker med en rekke ulike former for psykiske lidelser. De fleste deltakerne henvises eller rekrutteres fra behandlerne.

Deltakernes erfaringer

Vi har intervjuet 22 deltakere i IPS. Inntrykket er at deltakerne får aktiviteter tilpasset etter behov. Deltakerne er særlig fornøyde med støtten fra jobbspesialisten, som de opplever at styrker egenmotivasjon. Videre opplever deltakerne at integrasjonen av arbeidsrettet oppfølging og behandling gjør at de selv slipper å koordinere tjenestene, noe som gir ro til å fokusere på jobb. Samtidig opplever deltakerne enkelte utfordringer, herunder bytte av jobbspesialister og usikkerhet rundt fortsatt deltakelse i IPS-tilbudet, for eksempel dersom behandlingen skal avsluttes.

Integrasjon og samarbeid etter nye føringer

De fleste IPS-tjenestene har gjort tilpasninger for å imøtekomme de nye føringene og juridiske presiseringene. Vi finner at tjenestene har funnet løsninger som er i tråd med de nye juridiske føringene. Samtidig har føringene skapt uro, både blant IPS-tjenester i NAV og i helsesektoren. Undersøkelsen viser også at integrasjonen er blitt mer utfordrende å få til. Dette gjelder særlig IPS-tjenestene som er organisert i NAV. Undersøkelsen tyder på tettere integrasjon etter kvalitetsskalaen mellom jobbspesialist

og behandlingsteam blant IPS-tjenestene i helsesektoren, enn blant IPS-tjenester som er organisert i NAV. Blant IPS-tjenester organisert i NAV finner vi varierende grad av integrasjon etter kvalitetsskalaen. I helsesektoren har føringene imidlertid skapt usikkerhet rundt fremtidig finansiering og prioritering av IPS-tilbudet. Blant annet er ledere i helsetjenestene usikre på i hvilken grad oppgaver og stillinger som ikke anses som helsehjelp, skal prioriteres. Det er også usikkerhet knyttet til om IPS-tjenester i helsesektoren kan fortsette å jobbe etter IPS kvalitetsskalaen. Ansatte i IPS, både i helsesektoren og NAV, gir tydelig uttrykk for at de er uenige i føringen om at IPS jobbspesialistens arbeid ikke er å anse som helsehjelp.

Organiseringens betydning for drift, samarbeid og kvalitet

Når integrasjonen mellom jobbspesialist og behandler fungerer bra, opplever våre informanter at tilbudet til deltakeren blir helhetlig, og at arbeidsrettet aktivitet og behandling støtter opp om hverandre. Behandleren og jobbspesialisten jobber med hver sine verktøy, og vektlegger ulike ting, og drar samtidig nytte av hverandre underveis.

Både behandlere og jobbspesialister erfarer at den løpende samhandlingen og dialogen rundt den enkelte deltaker er mer krevende når jobbspesialisten ikke er så integrert som ønskelig i behandlingsteamet. Flere jobbspesialister sier at de bruker mye tid på å få snakke med behandler. Det gjelder både for de som ikke har fast tilstedeværelse på behandlingsstedet, men også for jobbspesialister med fast kontorplass, men som ikke lenger har tilgang til pasientjournalen. Flere trekker frem at både behandler og jobbspesialist går glipp av verdifull informasjon når de ikke har løpende kontakt og mulighet for dialog i journalsystemet. I noen tilfeller kan dette skape kritiske situasjoner for deltakeren.

Selv om undersøkelsen viser at det er lettere å få til integrasjon etter kvalitetsskalaen når jobbspesialisten er ansatt i helsetjenesten, finner vi samtidig fordeler ved organisering av tjenesten i NAV. Organisering av IPS-tjenesten innen arbeids- og velferdsetaten gir blant annet en forutsigbarhet når det gjelder finansiering, da tjenesten er finansiert over egen budsjettpost. Overordnet finner vi at det er vanskeligere å gi et IPS-tilbud i tråd med kvalitetsskalaen med de nye juridiske føringene som foreligger.

Et suksesskriterium for godt samarbeid, er god forståelse og forankring av IPS som integrert tjeneste i både helsesektoren og NAV. Selv om samarbeidet flere steder er godt, er det enkelte som peker på at samhandlingen etter de nye føringene er nettopp det – samarbeid – og ikke en integrert tjeneste. NAV har tydelige føringer på at etaten skal tilby IPS-tiltak, blant annet i form av øremerkede budsjettmidler hvert år. Når det gjelder helsesektoren, opplever imidlertid flere at det er vanskeligere å begrunne at helsetjenesten skal bruke tid på IPS, gitt de nye føringene. Når det gjelder deltakerne, er inntrykket at de i liten grad merker utfordringene knyttet til integrasjon. En viktig grunn til dette er at tjenestene legger ned stor innsats for å skjerme deltakerne mot slike utfordringer.

Avsluttende betraktninger

Undersøkelsen tyder på at tjenestene har klart å få til en god gjennomføring av tjenestene til tross for at de har måttet jobbe på en annen måte enn før.

Samtidig viser funnene våre tydelig at samarbeidet mellom NAV og helsesektoren er blitt mer krevende i gjennomføringen av IPS. Vi ser at integrasjonen slik denne er definert i IPS kvalitetsskalaen er svekket, og at de også er tegn på at forankringen i helsesektoren er noe svekket. Det er viktig med god lederforankring i begge sektorene

for at IPS skal kunne gjennomføres på den måten metoden legger opp til, og funnene våre tyder på at det i dagens situasjon er særlig viktig med god lederforankring i helsesektoren.

Vi finner at det er behov for mer samkjørte styringssignaler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, som viser tydelig at sektorene skal samarbeide om å gjennomføre IPS. Om full integrasjon skal være mulig mellom de to sektorene i gjennomføringen av IPS, må sannsynligvis en lovendring til.

Fremover mener vi det er viktig at helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren sammen legger til rette for at IPS-tjenestene kan gjennomføres i tråd med kvalitetsskalaen, og sikrer en videre drift med god kvalitet.

1 Innledning

Individuell jobbstøtte (IPS) er en standardisert oppfølgingsmodell som skal bistå personer med moderat til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/avhengighet med å finne ordinært, lønnet arbeid (Hdir, 2023). Et særtrekk ved IPS-modellen er at jobbspesialisten som gir arbeidsrettet oppfølging til bruker, inngår i behandlingsteam i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Tiltaket skal være et integrert tilbud med arbeidsrettet oppfølging og psykiske helsetjenester.

Utviklingen av IPS i Norge har skjedd i samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren. IPS-tilbudene har vært organisert ulikt, blant annet når det gjelder hvilken sektor jobbspesialistene er ansatt i og hvordan tilbudet har vært finansiert.

IPS forutsetter et forpliktende og tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV, der jobbspesialistene er en integrert del av faste behandlingsteam i helse- og omsorgstjenesten. Dette medfører at jobbspesialisten må forholde seg til juridiske føringer fra både helse- og omsorgsektoren og NAV. Dette kan være krevende for IPS-teamene som helhet, og for den enkelte jobbspesialist.

Høsten 2021 ga Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet nye føringer om organisering og finansiering av IPS-tilbudet, blant annet en anbefaling om at IPS-jobbspesialister i fremtiden bør anses i og finansieres av NAV. Utgangspunktet for anbefalingen er at IPS må regnes som et arbeidsmarkedstiltak og at IPS-jobbspesialistens oppgaver knyttet til arbeidsformidling og annen arbeidsrettet oppfølging ikke er å anse som helsehjelp etter helselovgivningen. Føringerne har ført til endringer i organisering og gjennomføring av IPS-tjenestene i Norge.

Det er behov for en oppdatert oversikt over status for IPS-tilbudene i Norge, hvordan disse er organisert og hvordan tjenesten gjennomføres i praksis. Proba har gjennomført en slik kartlegging av IPS-tjenestene på oppdrag for Helsedirektoratet. I prosjektet har vi også vurdert hvordan organisering av IPS-tjenesten påvirker kvaliteten i tilbudet.

1.1 Bakgrunn

Individual Placement and Support (IPS)¹, eller individuell jobbstøtte på norsk, er arbeidsrettet støtte til mennesker som er i behandling for alvorlige psykiske lidelser. Formålet med modellen er å hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser å komme eller forbli i jobb. Det er et krav i IPS-modellen at deltakerne skal få jobb på ordinære arbeidsplasser, og mottar vanlig lønn.

Det er mulig å bruke tilrettelegging og økonomiske virkemidler for å bidra til at personen skal kunne stå i jobb. De økonomiske virkemidlene som er mest aktuelle er lønnstilskudd, mentortilskudd og inkluderingstilskudd. Opplæring og kvalifisering kan også være aktuelle tiltak for å bidra til at deltakerens kvalifikasjoner matcher det arbeidsgiverne etterspør. Det er NAV som forvalter disse virkemidlene.

Personen som yter den arbeidsrettede oppfølgingen kalles jobbspesialist.

IPS bygger på åtte grunnleggende prinsipper:²

¹ Selv om det finnes en norsk oversettelse, er begrepet IPS hyppigst i bruk også i Norge. Vi bruker for enkelthets skyld begrepet IPS i rapporten.

² <https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/individuell-jobbstotte-ips>

1. **Ønske om jobb er eneste inklusjonskriterium** – det vil si at IPS er åpent for alle som ønsker å komme i jobb, og som er i behandling for psykiske lidelser
2. **Fokus på ordinært lønnet arbeid** – målet er at deltakerne skal få ordinær ansettelse og motta lønn
3. **Jobbsøk starter raskt** – jobbspesialisten skal raskt kartlegge jobbønsker og starte arbeidet med å finne mulige arbeidsgivere for deltakeren. Det er ikke behov for å bli ferdig med behandling, før jobbsøkingen starter.
4. **Målrettet jobbutvikling** – det vil si at jobbspesialisten kan «snekre» stillinger ved å samle ulike arbeidsoppgaver hos en arbeidsgiver, som kan passe deltakeren
5. **Deltakerens ønsker og preferanser er førende** – jobbsøket skal altså baseres på deltakerens eget ønske
6. **Individuell tilpasset støtte over tid** – oppfølgingen skal være ubegrenset i tid og tilpasset den enkeltes behov
7. **Integrert i behandlingen** – det vil si at jobbspesialistens arbeid skjer i nært samarbeid med behandler. Den arbeidsrettede oppfølgingen og behandling er to likestilte innholdselementer i IPS.
8. **Økonomisk rådgivning inngår i IPS-tjenesten**

Et særlig viktig punkt i denne undersøkelsen, er prinsippet om at IPS skal gjennomføres som en integrert del av behandlingen. IPS er altså et arbeidsrettet tiltak som er integrert i helsetjenesten. Jobbspesialisten og deltakerens behandler skal samhandle underveis i oppfølgingen, og støtte deltakeren ut i jobb.

Målgruppen for IPS i Norge er pasienter under behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten, ACT-/FACT- og FACT ung-team, og psykisk helse-/rustjenester i kommunen. Ifølge IPS Kvalitetsskala³ kan jobbspesialistene inngå i opptil to ulike integrerte behandlingsteam i helsetjenesten, og skal samtidig være del av et team av jobbspesialister. Jobbspesialistteamet skal ledes av en metodeveileder.

Tidligere kartlegginger har vist at flertallet av jobbspesialister er ansatt i NAV, mens enkelte er ansatt i helse- og omsorgstjenesten.⁴ Videre har mange tilbud vært fullfinansiert av NAV, og noen fullfinansiert av helsesektoren, men det er også tjenester som har delt finansiering, eller andre former for finansiering. IPS-tilbud i NAV reguleres gjennom *Forskrift om oppfølgingstiltak i Arbeids- og velferdsetatens egenregi*.

Helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren har i samarbeid stått for utviklingen av IPS i Norge. Inntil nylig fantes det ikke felles føringer for tilbudene, og tjenestene har selv utviklet samarbeidsformer og rutiner som har gjort det mulig å gi en integrert IPS-tjeneste. Samarbeidet har inntil nylig ikke vært tydelig regulert.

1.1.1 Nye føringer og juridiske presiseringer

Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet kom høsten 2021 med felles føringer om at IPS-jobbspesialister i fremtiden bør ansettes i NAV og finansieres fra NAV. Dette blir begrunnet med at IPS er et arbeidsmarkedstiltak og at IPS-jobbspesialistens oppgaver ikke er å anse som helsehjelp etter helselovgivningen. Dette har igjen betydning for hvordan rollen kan utøves. Jobbspesialisten omfattes ikke

³ <https://napha.no/multimedia/5915/Kvalitetsskala-IPS.pdf>

⁴ [Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte - IPS - rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid - brev 270422.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

av helsepersonell-lovgivningen og dermed ikke av taushetsplikten som ligger i rollen til helsepersonell.

Våren 2022 sendte Helsedirektoratet brev med videre informasjon om rettslige rammer for helse- og omsorgstjenestens samarbeid med NAV om IPS.⁵ Direktoratet klargjør i brevet at IPS-jobbspesialister bør ansettes i og finansieres fra NAV, og tydeliggjør videre at det er krav om samtykke fra pasient før det blir delt pasientopplysninger med jobbspesialist, også dersom jobbspesialisten er ansatt i helse- og omsorgstjenesten.

Dette innebærer at:

- Helsepersonellet må gi pasienten informasjon om hva IPS innebærer for at vedkommende skal kunne vurdere om det er ønskelig å motta tilbudet.
- Helsepersonell kan gi taushetsbelagt informasjon til IPS-jobbspesialisten først når pasienten har samtykket til dette.
- Dersom IPS-jobbspesialisten deltar i behandlingsmøter før pasienten har samtykket til utlevering av taushetsbelagt informasjon, må pasientopplysninger omtales i anonym form.
- IPS-jobbspesialistens oppgaver knyttet til arbeidsrettet oppfølging skal ikke dokumenteres i pasientjournalssystemer.
- Nødvendige og relevante opplysninger om helsepersonellens samarbeid med IPS-jobbspesialisten, herunder avgitte samtykker og utlevering av opplysninger, dokumenteres på vanlig måte i pasientens journal.

(Fra brev fra Helsedirektoratet, datert 27.04.2022)

Helsetjenestene kan likevel opprette stillinger som arbeids-/utdanningsspesialist i behandlingsteam. Dette er en ny rolle, som kom i kjølvannet av presiseringene over. Helsedirektoratet lyste i 2023 ut tilskuddsmidler som helsetjenestene kan søke om, for å opprette slike stillinger. IPS-jobbspesialist og arbeids-/utdanningsspesialist er to ulike roller, og inkludering av sistnevnte i behandlingsteam tilsier ikke nødvendigvis at pasienten har et IPS-tilbud.

I 2023 sendte Helsedirektoratet ut et brev som klargjorde forskjellene mellom de to rollene⁶. Hovedforskjellene er at jobbspesialisten er ansatt i NAV, mens arbeids-/utdanningsspesialisten er ansatt i helse- og omsorgstjenesten. Sistnevnte følger ikke IPS-modellen, men kan eventuelt innlemme elementer av den dersom det er hensiktsmessig.

Arbeids-/utdanningsspesialisten jobber miljøterapeutisk med sikte på at pasienten skal komme i arbeid, utdanning eller annen aktivitet, noe som anses som helsehjelp. Ansatte i denne rollen anses derfor som helsepersonell, og dokumenterer sitt arbeid i elektronisk pasientjournal (EPJ), samt har tilgang til relevante og nødvendige opplysninger om pasienten i dette systemet. Jobbspesialisten på sin side yter ikke helsehjelp, og skal ikke dokumentere i EPJ. Ansatte i denne rollen kan kun motta relevante og nødvendige opplysninger om pasienten fra helsetjenesten dersom pasienten gir sitt samtykke til dette, som tidligere nevnt.

Føringene og presiseringene fra myndighetene de siste par årene har altså skapt endringer rammene for organisering og gjennomføring av IPS-tjenestene i Norge. Det er

⁵ Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS) – rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid (Helsedirektoratet, 2022)

⁶ [Forklaring av rollen som arbeids- utdanningsspesialist.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

behov for en oppdatert oversikt over alle IPS-tjenestene i Norge, hvordan disse er organisert og hvordan samarbeid og integrasjon mellom de involverte aktørene foregår, samt hvordan gjennomføringen påvirker kvaliteten.

1.2 Formål og problemstillinger

Det overordnede formålet med dette prosjektet har vært å

- 1) Kartlegge status og organisering for alle IPS-tjenestene i Norge, samt
- 2) Vurdere hvordan organisering av tilbudene kan påvirke kvaliteten i tjenesten som gis.

Prosjektet bygger på to ulike, men komplementære, metodisk tilnærminger. De to delene er:

Del 1 – Kartlegging av status for IPS i Norge

I denne delen har vi gjennomført en breddekartlegging av IPS-tilbudene i Norge. Målet har vært å få en oppdatert oversikt over antallet IPS-tjenester, antall ansatte, organisering og samarbeid. Vi har også kartlagt hovedtrekk ved gjennomføringen av tilbudet. Datainnsamlingen i del 1 er en nasjonal spørreundersøkelse til alle IPS-tjenester.

Del 2 – Organiseringens betydning for drift, samarbeid og kvalitet

I denne delen har vi gått i dybden på et utvalg IPS-tjenester og kartlagt de ansattes erfaringer med når det gjelder organisering, finansiering, og ansettelsessted, samt hvordan disse faktorene påvirker drift, samarbeid og kvalitet i det samlede IPS-tilbudet. Vi har også undersøkt pasientenes erfaringer med og vurdering av IPS-tilbudene generelt, og den tverrsektorielle samhandlingen spesielt.

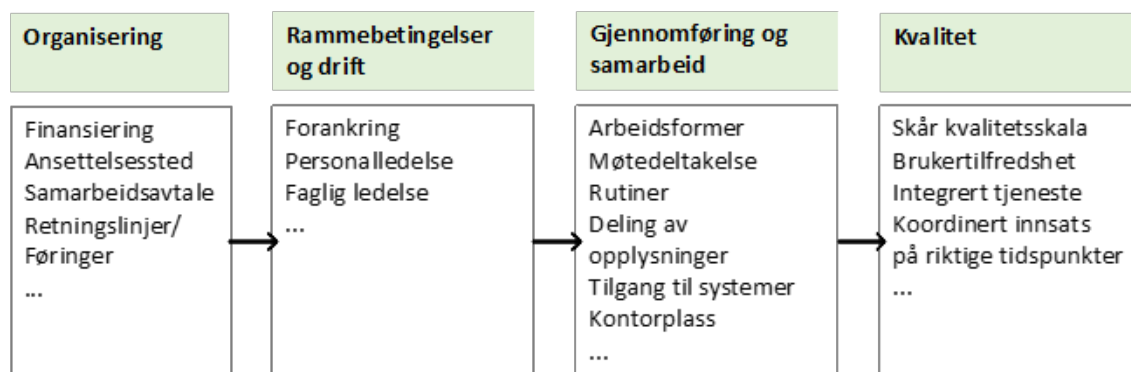
Samlet bidrar disse metodiske tilnærmingene til en oppdatert oversikt og kartlegging av de ulike IPS-tjenestene i Norge, samt hvordan ulike organisatoriske rammeverk påvirker drift og kvalitet i tilbudene. I de følgende delkapitlene gir vi en nærmere redegjørelse av formålet og problemstillingen i prosjektet.

1.3 Analytiske og metodiske rammer

Vårt analytiske utgangspunkt i prosjektet bygger på en antagelse om at IPS-tilbudenes organisering påvirker drift og de rammebetingelser IPS-tilbudet operer under.

Spørsmålene i kartleggingen kan organiseres i en logisk modell, illustrert i Figur 1-1. Organiseringen av IPS-tilbudet (altså hvilken sektor tilbudet får finansiering fra og hvilken sektor jobbspesialistene er ansatt i) kan påvirke drift og hvilke rammebetingelser IPS-tilbudet opererer under. Dette påvirker igjen hvordan samarbeidet og samhandlingen mellom NAV og helsesektoren kan foregå, og hvorvidt man klarer å få til en god integrasjon av tjenestene. Graden av samhandling, samt systemer og rutiner for å støtte samhandlingen, kan igjen påvirke kvaliteten i IPS-tilbudet. Dette har vært vår analytiske ramme for prosjektet.

Figur 1-1 Analytisk ramme for undersøkelsen



1.3.1 Vår forståelse av «kvalitet i IPS-tjenestene»

IPS-tjenestene jobber systematisk etter en kvalitetsskala som skal bidra til evidensbasert praksis. Kvalitetsskalaen for IPS inkluderer mål på hvor integrert IPS-tilbudet er i helsetjenesten. De relevante målene handler om at jobbspesialist skal:

- Ha kontorplass på behandlingsstedet
- Delta i behandlingsmøter
- Dokumentere opplysninger om deltakeren i pasientjournal

I prosjektet undersøker vi organiseringens betydning for *drift, samarbeid og kvalitet i IPS-tilbudene*. Med *drift* forstår vi i denne sammenhengen hvordan tilbudet gjennomføres, men også forankring i de to sektorene og hvorvidt tilbudene har en sikker fremtidig drift.

Med *samarbeid* forstår vi samhandlingen som skjer mellom IPS jobbspesialisten, helsetjenesten og NAV. Graden av integrasjon i behandlingsteam er et viktig element. I dette prosjektet er *graden av integrasjon det viktigste kvalitetsmålet*.

Den internasjonale forskningslitteraturen på feltet underbygger dette og viser at suksessen ved et IPS-tilbud avhenger av graden det implementeres i henhold til fidelity-skalaen (Bond et al., 2012; de Winter et al., 2020; Drake & Bond, 2023; Kim et al., 2015; Yamaguchi et al., 2022).

Vi har undersøkt de ulike aktørenes erfaringer og synspunkter på hvordan ansettelsessted og finansiering påvirker kvaliteten i tilbudet, og hvordan de ulike organiseringsformene fungerer når det gjelder integrasjon av tjenestene. Vi har også sett på hvilken betydning det får for kvaliteten i tilbudet når integrasjonen ikke er tilstrekkelig god.

Deltakernes erfaringer og grad av tilfredshet med tilbudet er også et viktig mål. Sett fra brukers perspektiv vil kvaliteten på IPS-tilbudet blant annet avhenge av hvordan samhandlingen fungerer: Når samhandlingen fungerer bra, er det god informasjonsdeling mellom sektorene, og innsatsen fra de ulike aktørene er godt koordinert og timet sett i forhold til hverandre. Vi har undersøkt hvordan deltakerne erfarer IPS-tilbudet, og særlig vært på jakt etter hvordan samhandling og integrasjon mellom arbeid og helse påvirker tilbudet til deltakerne, direkte eller indirekte.

Kvalitetsskalaen inneholder også en rekke andre mål på kvalitet i IPS-tilbudet, så som grad av arbeidsretting, bruk av ordinært arbeidsliv og kontakt med arbeidsgivere. Disse

er mindre relevante for våre problemstillinger, men i den grad informantene nevner at organiseringen kan påvirke andre kvalitetsmål omtaler vi det i rapporten.

Det overordnede målet med IPS er at deltakerne skal komme i ordinært lønnet arbeid. Vi har ikke målt overgang til arbeid i dette prosjektet, det ligger utenfor problemstillingene.

1.3.2 Vår forståelse av «organisering av IPS-tjenestene»

Organiseringen av tilbudet kan påvirke integrasjonen – altså hvor integrert IPS-tilbudet er i helsetjenesten. En hypotese er at IPS-tjenester som er organisert i helse, har bedre muligheter til å sikre integrasjon mellom jobbspesialist/arbeids- og utdanningsspesialist, og behandlingsteam enn tjenester som er organisert i NAV. Vi definerer IPS-tjenesten som teamet av jobbspesialister. Med organisering forstår vi i denne sammenheng hvor jobbspesialisten er ansatt. Jobbspesialisten kan være ansatt i helsetjenesten (spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten) eller i NAV (statlig eller kommunalt ansatt).

IPS-tjenester som er organisert i helse, defineres altså som IPS-tjenester hvor jobbspesialistene er ansatt i helsesektoren. IPS-tjenester som er organisert i NAV, er tjenester der jobbspesialistene er ansatt i NAV.

I praksis har det vist seg at det også finnes andre varianter av organisering. I metoddelen omtaler vi hvordan vi har løst dette i analysearbeidet.

1.4 Metoder og analyser

Vi har utforsket problemstillingene ved bruk av et bredt sett metoder, både kvantitative og kvalitative. Datainnsamlingen kan grovt sett deles i to ulike deler, bestående av en nasjonal spørreundersøkelse og ti kvalitative casestudier av IPS-tilbud. Disse prosessene har imidlertid ikke vært separate metodiske tilnærminger, men de har vært nært informert av hverandre – på den ene siden har innsikt fra kvalitative intervju bidratt i utformingen av spørreundersøkelsen, mens data fra spørreundersøkelsen på den andre siden har fungert som grunnlag for hvordan vi har utført casestudiene. På denne måten kan metodikken best betegnes som en form for 'mixed-methods', altså en tilnærming som tar i bruk både kvalitative og kvantitative metoder, med mål om at de ulike dataene skal bidra til en bedre forståelse av fenomenet enn ved bruk av kun én av dem (Creswell, 2015). Vi har med andre ord samlet inn data både for å tallfeste og å gå mer i dybden på hva som er den nåværende statusen for IPS i Norge.

I dette kapitlet beskriver vi den metodiske tilnærmingen til prosjektet, hvordan analysene er gjennomført og hvordan etiske hensyn og personvern er ivarettatt.

1.4.1 Del 1 – Kartlegging av status for IPS i Norge

I den første delen av prosjektet har vi kartlagt status for IPS-tilbudene i Norge gjennom en nasjonal spørreundersøkelse, med vekt på antall tilbud, ansatte, organisering, samarbeid og gjennomføring. Forut for spørreundersøkelsen gjennomførte vi en serie innledende intervjuer med ansatte i forvaltningen og blant et utvalg ansatte i de lokale IPS-tilbudene. De ulike fasene av prosjektet er nærmere beskrevet i det følgende.

Innledende intervjuer

I prosjektets oppstartsfasen gjennomførte vi åtte innledende intervjuer med representanter fra Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, og ansatte ved ulike IPS-tilbud som var organisert i enten helse- og omsorgssektoren eller i NAV.

Formålet med disse intervjuene var å sikre en grunnleggende forståelse av ulike organiseringsformer og de nåværende rammebetingelsene for IPS i Norge – både for å kunne utarbeide en mest mulig informert, forståelig og dekkende spørreundersøkelse, men også for å utforske noen av de sentrale debattene på feltet, sett fra ulike aktørers ståsted. Denne bakgrunnsinformasjonen har også vært viktig i utformingen av caseundersøkelsene i del 2 av prosjektet.

Intervjuguidene ble tilpasset ut ifra den enkeltes ansettelsessted og rolle i IPS, og guidene fungerte som eksempler på spørsmål og tema vi ønsket å ta opp, snarere enn å være en strukturert liste med spørsmål.

Deltagerne i de innledende intervjuene ble rekruttert gjennom dialog og etter forslag fra kontaktpersoner i Helsedirektoratet. fire av intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt. De resterende fant sted på Teams. Intervjuene varte mellom 30 og 60 minutter. Dataene fra disse intervjuene er primært benyttet som underlag i utarbeidelsen av den videre datainnsamlingen i prosjektet, men vi viser til noe av intervjumaterialet i kapittel 5.

Nasjonal spørreundersøkelse

I januar 2024 sendte vi ut en nasjonal spørreundersøkelse til samtlige IPS-tilbud i Norge. Vi brukte datainnsamlingsverktøyet Survey-Xact. Invitasjonen til å delta i undersøkelsen ble sendt via e-post til metodeveiledere i de ulike tilbudene. Vi fikk lister og kontaktinformasjon over eksisterende tilbud fra kontaktpersoner i Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, og supplerte disse listene med IPS-tilbud som var organisert i private og ideelle foretak. Vi tok deretter kontakt med de regionale IPS-rådgiverne i hvert fylke for å dobbeltsjekke hvorvidt kontaktinformasjonen var oppdatert.

I forkant av utsendelsen piloterte vi undersøkelsen blant et utvalg metodeveiledere. Dette ble gjort for å sikre at undersøkelsen fungerte som den skulle, og at våre spørsmålsformuleringer og begrepsbruk var forståelig for mottakerne.

Vi sendte undersøkelsen til 102 IPS-tilbud, og ba om at metodeveileder skulle besvare undersøkelsen. Vi sendte en elektronisk påminnelse. Deretter ringte vi til metodeveileder i alle tilbudene som ikke hadde svart, for å informere om undersøkelsen og sikre at vi hadde sendt til riktig adresse. Vi fikk 88 svar, noe som gir en svarprosent på 86. 84 tilbud besvarte hele undersøkelsen.

Spørreskjemaet inneholdt en rekke spørsmål knyttet til IPS-tilbudenes organisering, drift og finansieringsmodeller. Vi inkluderte også spørsmål om hvordan de enkelte tilbudene hadde organisert rollene til jobbspesialister og arbeids- og utdanningsspesialister, og hvordan de vurderte samarbeidet mellom NAV og helse- og omsorgstjenestene. I tillegg inkluderte vi en rekke mål på samarbeid og integrasjon i tilbudene, hvordan de forholdt seg til kvalitetsskalaen i IPS, og skår på utvalgte punkter i kvalitetsevalueringen. Vi stilte også spørsmål om hvordan tilbudene ivaretok taushetsplikten i samarbeidet mellom helsesektoren og NAV.

Analyse av data fra spørreundersøkelsen

Vi har fremstilt svarene fra spørreundersøkelsen i figurer og tabeller i rapporten. Enkelte resultater er omtalt bare i tekst. Mange av respondentene valgte å skrive inn kommentarer i de åpne tekstfeltene i undersøkelsen. Vi har sortert og kategorisert svarene, og gjengir synspunktene som ble fremmet, i rapporten. Vi har også tatt ut enkelte sitater fra de åpne tekstfeltene, som er illustrerende for flere av utsagnene.

I analysen av spørreundersøkelsen har vi sett etter om det er forskjeller i gjennomføring av IPS-tilbudet mellom IPS som er organisert i helsesektoren (jobbspesialistene er ansatt i helse), og IPS som er organisert i NAV (jobbspesialistene er ansatt i NAV).

I spørreundersøkelsen identifiserte vi totalt 60 IPS-tilbud hvor alle jobbspesialistene er ansatt i NAV. Disse har vi kategorisert som «organisert i NAV».

Enkelte tjenester har utelukkende jobbspesialister eller arbeids- og utdanningsspesialister ansatt i helsesektoren. Dette gjelder 5 tilbud. Andre tjenester har én eller to jobbspesialister ansatt i helse, mens andre jobbspesialister i samme IPS er ansatt i NAV. Totalt er det 14 av IPS-tilbudene som har minst én jobbspesialist (eller arbeids- og utdanningsspesialist) ansatt i helsesektoren.⁷ Spørreundersøkelsen gir ikke svar på hvor mange av jobbspesialister det er i hver av sektorene. Vi har derfor kategorisert tilbudene der minst én jobbspesialist er ansatt i helsetjenesten, som «organisert i helse.»

Vi har altså brukt jobbspesialistenes ansettelsessted som analysekategori. Vi har systematisk analysert resultatene for å se om det er forskjeller i svarene fra tilbudene som er organisert i NAV og tilbudene som er organisert i helsesektoren. Vi har beregnet prosentandeler for de to analysekategoriene. I og med at tallene er små (det er særlig få tilbud som er organisert i helse), har vi ikke gjengitt prosentandeler i rapporten. Der hvor vi har funnet forskjeller i hvordan svarene fordeler seg mellom de to ulike organiseringsformene, har vi kommentert dette.

1.4.2 Del 2 – Organiseringens betydning for drift, samarbeid og kvalitet

Den andre delen av dette prosjektet består av kvalitative case-undersøkelser av ti ulike IPS-tilbud i Norge. Målet med denne tilnærmingen har vært å oppnå en dybdeforståelse av hvordan de enkelte IPS-tilbudenes organisering påvirker driften, samarbeidet og kvaliteten i tilbudet.

Case-undersøkelser av IPS-tilbud

Vi har intervjuet flere roller knyttet til hvert enkelt case. På den måten har vi fått en bedre forståelse av hvordan finansiering, ansettelsessted og andre rammebetingelser påvirker drift, samarbeid og kvalitet i tilbudet. I analysen av intervjuet materialet har vi vurdert både den enkelte informants erfaringer og de samlede funnene. Dette har vi sett i lys av de felles rammebetingelsene som IPS-tilbudet har.

Vi har valgt ut case basert på informasjon fra spørreundersøkelsen. Vi har lagt vekt på å dekke en variasjon i organisering, for å kunne studere hvordan ulike rammer påvirker gjennomføring og kvalitet. Vi har tatt med både case hvor alle jobbspesialistene er ansatt i NAV, case hvor alle jobbspesialistene er ansatt i helsesektoren, og case der jobbspesialistene på ett og samme team har ulikt ansettelsessted. Vi har også inkludert et case der jobbspesialistene er ansatt hos tiltaksleverandør. Vi har sørget for en geografisk spredning av casene, og vi har med case fra store byer og mindre steder.

Vi besøkte tre av IPS-tjenestene. Intervjuene ved de andre IPS-tjenestene ble gjennomført på video eller telefon.

⁷ I tillegg kommer IPS-tilbud som er organisert i frivillig sektor og hos tiltaksleverandører.

Intervjuer med ansatte i IPS

Vi har intervjuet ledere i NAV og/eller helse, metodeveiledere, jobbspesialist og ansatte i behandler-team i alle casene. Hvilke roller som er intervjuet varierer noe, ettersom organisering og innretning av tilbudene er forskjellige. Vi tok kontakt med metodeveileder og fikk kontaktinformasjon til øvrige informanter fra vedkommende. Vi har til sammen gjennomført 38 intervjuer blant ansatte i casene.

Formålet med intervjuene av ledere har vært å få dypere innsikt i styringslinjer og organisering av tilbudene. Vi har spurt om ansvarsforankring (NAV/helse), finansiering og samarbeidsstruktur, og om det har vært større endringer de siste årene. Vi har også bedt om lederes erfaringer med tilbudene, herunder med forankring, kvalitet i tilbud og nye juridiske føringer.

Vi har spurt metodeveiledere, og i noen tilfeller jobbspesialister, om organisering og utforming av tilbud, slik som jobbspesialisters organisatoriske plassering. I disse intervjuene har vi likevel lagt mest vekt på beskrivelser og erfaringer med gjennomføring av tilbud. Vi har spurt om innhold i oppfølging, samarbeid med behandlere og bruk av IPS-metodikk. Vi har også spurt om erfaringer med juridiske føringer og kvalitet i IPS-tilbudet.

I intervjuer med behandlere har vi spurt om organisering og gjennomføring, med vekt på samarbeidet mellom jobbspesialist og behandler-team og behandleres rolle inn i tilbudet. Vi har også spurt behandlere om erfaringer med rekruttering av deltakere til tilbudet og eventuelle virkninger for pasient av å delta.

Intervjuer med deltakere i IPS

Vi har intervjuet to til tre deltakere i IPS i hver av case-tjenestene, til sammen 22 deltakere. Flertallet har deltatt i IPS i ett til to år, men enkelte har deltatt kortere eller lengre. Alle deltakerne ble rekruttert gjennom metodeveiledere og jobbspesialister i tilbudene.

Formålet med intervjuene har vært å få innsikt i deltakeres opplever med å delta i IPS. Vi har spurt om hvordan de hørte om tilbudet, innhold, samarbeidet med jobbspesialist og behandler og erfaringer med å delta.

1.4.3 Analyse av intervjumaterialet

Vi har skrevet fylldige referater fra alle intervjuene. I enkelte av intervjuene brukte vi digitale båndopptakere, og opptakene ble senere transkribert ved hjelp av det automatiske transkripsjonsprogrammet, Jojo. Intervjumaterialet er omfattende, og vi brukte programmet Nvivo til å sortere og kode materialet. Vi opprettet kategorier («noder») for alle hovedtemaene i prosjektet. Videre lastet vi inn materialet på en måte som gjør det mulig å sortere intervjudataene på de ulike rollene, og på ulike organisering.

Vi har kategorisert casene også etter om de er «organisert i NAV» eller «organisert i helse» - altså hvor jobbspesialistene er ansatt. I case der jobbspesialister fra samme team er ansatt i ulike sektorer og/eller tjenester, har vi vurdert hvilken sektor forankringen er sterkest i. Tjenestene blant våre case med kombinasjoner av ulike ansettelsesforhold, betraktes i hovedsak som tilbud i NAV, både av oss og informantene, selv om enkelte jobbspesialister har ansettelse i helsesektoren.

1.4.4 Ethiske betraktninger

Dette prosjektet er gjennomført etter de førende prinsippene for personvern og forskningsetikk, slik de er definert av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Disse retningslinjene innebærer blant annet forskningsetiske forpliktelser som skal ivareta hensynet til personer, grupper og institusjoner som inngår i forskningen.

Alle som har deltatt i prosjektet har fått informasjon om prosjektets formål og hvordan vi har ivaretatt hensyn til personvern og anonymitet. I rapporten er alle IPS-tjenester og enkeltinformanter anonyme. Vi har bevisst utelatt informasjon som kan bidra til å gjenkjenne personer eller tjenester.

1.5 Samlede analyser

Selv om datainnsamlingen har foregått i to ulike løp, har de likevel vært informert av hverandre – det vil si at kunnskapen vi har generert fra hver av metodene, har bidratt til å belyse de ulike fremgangsmåtene og de samlede analysene i prosjektet.

I tillegg til de empiriske analysene, har vi foretatt en gjennomgang av den internasjonale forskningslitteraturen på IPS-feltet. Denne prosessen har imidlertid ikke vært en systematisk kunnskapsoppsummering av forskningen, men den har vært basert på en form for snøballmetodikk av tilgjengelig forskning. Det vil si at vi har brukt åpne søkemotorer, som Google Scholar og Elicit, til å gjennomføre litteratursøk, for deretter å trekke ut de mest sentrale bidragene basert på antall siteringer, publikasjonskanal, metodisk styrke og relevans. Vi har søkt spesifikt etter metastudier og systematiske kunnskapsoppsummeringer, samt studier som har undersøkt implementeringen og organiseringen av IPS i både Norge og andre land. Denne litteraturgjennomgangen har dannet grunnlaget for kapittel 2, men den har også vært viktig i det videre analytiske arbeidet i prosjektet.

1.6 Rapportens struktur

Kapittel 2 består av en gjennomgang av den internasjonale forskningslitteraturen på IPS-feltet. Her redegjør vi for den historiske utviklingen og bakgrunnen for IPS, internasjonalt og i Norge. Kapittel 3 illustrerer den nåværende statusen for IPS i Norge, med bakgrunn i data fra den nasjonale spørreundersøkelsen. Vi viser omfanget av IPS-tilbud i Norge, hvordan de er organisert og finansiert. Vi utdyper funnene med informasjon fra casene, og gir eksempler. I kapittel 4 viser vi hvordan integrasjon og samarbeid mellom jobbspesialist og behandlingsteam fungerer, og hvilke løsninger tjenestene har funnet som ivaretar nye føringer om at jobbspesialistens arbeid ikke er å anse som helsehjelp, og de konsekvenser det får for overholdelse av taushetsplikt og integrasjon. I kapittel 5 gjør vi rede for synspunkter og erfaringer knyttet til de nye føringene. Avslutningsvis sammenfatter vi hovedresultatene fra rapporten og drøfter hvordan organiseringen av IPS-tilbudene kan påvirke kvaliteten.

2 Hva er individuell jobbstøtte?

I dette kapitlet viser vi en kort oppsummering av internasjonal forskningslitteratur og redegjør for den historiske bakgrunnen og internasjonale utviklingen av individuell jobbstøtte (IPS). Vi viser også til et utvalg av den forskningsbaserte evidensen tiltaket kan vise til, samt de ulike barrierene som kan oppstå ved innføring av en slik modell. Vi presenterer også en oversikt over hvordan IPS er implementert, organisert og finansiert i Norge, samt tidligere studier av samarbeidet mellom NAV og helsesektoren i gjennomføringen av IPS.

2.1 IPS – bakgrunn og oppstart

Som tidligere nevnt er individuell jobbstøtte (IPS) en standardisert oppfølgingsmodell som skal bistå personer med moderat til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet med å finne ordinært, lønnet arbeid (Hdir, 2023). Modellen bygger på et internasjonalt anerkjent rammeverk som ble utviklet i USA på starten av 90-tallet (Drake, 1998). Tilbudet var i utgangspunktet rettet mot personer med alvorlige psykiske lidelser, og oppstod som en reaksjon og alternativ til datidens behandlingsideal som i stor grad handlet om å skjerme pasienter fra stressende livssituasjoner (Becker & Drake, 1994). Becker og Drake (1994) observerte imidlertid at denne rådende behandlingsfilosofien i liten grad førte til bedring for pasientgruppa. Samtidig viste surveyer at en betydelig andel av personer med psykiske lidelser hadde et ønske om å komme i lønnet jobb (Rogers, Walsh, Masotta & Danley, 1991), selv om det på denne tiden kun var 15 prosent av pasientgruppa som var i arbeid (Anthony & Blanch, 1987). Det førende prinsippet i de begynnende IPS-forsøkene var derfor basert på en filosofi om at reell arbeidsmarkedstilknytning ville bidra positivt i pasientenes tilfriskningsprosess.

I sammenheng med den mer recovery-baserte behandlingsfilosofien som utviklet seg utover 90-tallet (Anthony, 1993), dukket det opp en rekke ulike IPS og IPS-lignende tilbud i USA (Drake, 1998). Av den grunn meldte det seg et behov for en grundigere systematisering av de førende prinsippene som inngikk i IPS, og i 1994 ble det første standardiserte rammeverket for IPS publisert (Becker & Drake, 1994). Dette rammeverket bestod av åtte prinsipper og innebar at: (1) rehabiliteringen skulle være en integrert del av den psykiske helsehjelpen, (2) vanlig lønnet arbeid, (3) slik at personer med alvorlige psykiske lidelser skulle kunne komme seg raskt i arbeid. I tillegg ble det presisert at det skulle foregå (4) løpende yrkesfaglige vurderinger, (5) oppfølgingsstøtte for å opprettholde sysselsetting, og det skulle tilbys (6) tjenester som var basert på pasientenes egne preferanser og valg. Disse tjenestene (7) skulle tilbys i det ordinære samfunnet, og være basert på en (8) tverrfaglig team som tilbyr integrerte tjenester (Becker & Drake, 1994:195-197). Resultatene fra de første IPS-evalueringene viste en økning i arbeidsmarkedstilknytning sammenlignet med tradisjonell behandling i dagsenter, og det var heller ingen forverring av symptomer blant pasientgruppen (Drake et al., 1994; Drake et al., 1996a; Drake et al., 1996b). I tillegg viste resultatene en nedgang i kostnader som følge av konverteringen til IPS (Clark, Bush, Becker & Drake, 1996).

Etter disse innledende studiene utviklet amerikanske klinikere og forskere IPS-manualen ytterligere, i tillegg til ulike implementeringsprosedyrer og opplæringsprogrammer. Blant annet med større spesifisitet, inkludert en separat manual for ungdom som legger vekt

på utdanningsstøtte (Swanson et al., 2017), samt nylig forbedrede detaljer om jobbutvikling og tjenester for pasienter med psykiske lidelser og samtidige ruslidelser (Swanson & Becker, 2022). I tillegg er de bærende prinsippene i IPS definert i en såkalt fidelity-skala (Bond et al., 1997; Swanson & Becker, 2022), som angir IPS-tilbudenes overholdelse av standardene i manualen. En rekke studier viser at tilbudenes troskap til denne skalaen konsekvent korrelerer med positive sysselsettingsresultater blant pasientene (Bond et al., 2012; de Winter et al., 2020; Kim et al., 2015; Yamaguchi et al., 2022).

Over tid har IPS vist svært gode resultater på sysselsetting. Modellen har derfor spredt seg utover USAs grenser og er for tiden tilgjengelig i minst 20 land i Nord-Amerika, Europa, Asia og Oseania (Drake et al., 2020). En nylig publisert kunnskapsoppsummering av en rekke internasjonale RCT-er, metastudier og systematiske oversikter av IPS (Drake & Bond, 2023), viser at tilbudet i signifikant grad øker deltagelse i ordinært arbeid blant deltakere med alvorlige psykiske lidelser, sammenlignet med kontrollgruppene. Resultatene viser også at IPS er et kostnadseffektivt tiltak sammenlignet med andre arbeidsrettede tiltak (Drake & Bond, 2023). Ifølge en annen systematisk kunnskapsoppsummering (Nøkleby, Blaasvær & Berg, 2017), gir IPS for personer med alvorlige psykiske lidelser trolig over dobbelt så stor sannsynlighet for å komme i vanlig arbeid, sammenlignet med andre tiltak. Det ser likevel ikke ut til at IPS gir noen positive endringer når det gjelder livskvalitet, (psykiske) symptomer eller innleggelse i sykehus. Imidlertid gir tiltakene heller ingen forverrende negative effekter, og annen forskning viser at arbeidsmarkedstilknytning generelt sett bidrar til bedre helse (Nøkleby, Blaasvær & Berg, 2017).

Ekspansjonen og innføring av IPS i land utenfor USA har imidlertid vist enkelte implementeringsutfordringer som kan påvirke resultatene av tilbudet. En studie fra Storbritannia viser blant annet at ansattes holdninger, problemer med å engasjere arbeidsgivere og mangel på sysselsettingsrelaterte resultatindikatorer fungerte som barrierer i implementeringen av IPS (Talbot, et al., 2018). I Australia er det funn som tyder på at de gjeldende policy- og strategidokumentene har manglet tilstrekkelige tiltak, endringsindikatorer, retning og tidsrammer – på tross av politisk anerkjennelse av IPS som rehabiliterende tiltak for personer med psykiske lidelser. Forfatterne konkluderer med et behov for bedre integrasjon av arbeidsrettede tiltak innenfor psykisk helsehjelp (Stirling, Higgins & Petrakis, 2017). En dansk artikkel viser på sin side at det kan forekomme implementeringsbarrierer både på kontekstuellt og lokalt nivå – de kontekstuelle barrierene kan oppstå når nasjonal sysselsettingspolitikk og regulering strider mot IPS-ordningen, mens de lokale barrierene kjennetegnes ved negative holdninger til IPS-ordningen blant helsepersonell, særlig hvis det foreligger en medisinsk behandlingstilnærming som utfordrer implementeringen av IPS (Bonfils et al., 2016). I Nederland har det forekommet lignende barrierer, knyttet til opplevelser av en rigid modell, midlertidig og fragmentert finansiering, manglende kommunikasjon mellom beslutningstakere og praktikere, samt negative holdninger blant klinikere (Vukadin et al., 2018).

Disse funnene viser at selv om IPS-modellen har gode resultater når det gjelder overgang til arbeid, kan implementeringen av tilbudet medføre utfordringer. Dette er viktig og relevant kunnskap, særlig fordi suksessen av et IPS-tilbud ser ut til å være nært forbundet med graden av troskap til fidelity-skalaen (Bond et al., 2012; de Winter et al., 2020; Drake & Bond, 2023; Kim et al., 2015; Yamaguchi et al., 2022).

2.2 Utviklingen av IPS i Norge

Det historiske bakteppet for utviklingen av IPS i Norge begynte med et toårig prøveprosjekt med 'supported employment' (Arbeid med bistand) på starten av 90-tallet (Sveinsdottir et al., 2020). De fleste arbeidsforholdene i dette tilbudet var imidlertid ikke på linje med ordinære arbeidsforhold, og arbeidsgiverne mottok lønnstilskudd i nesten en fjerdedel av tilfellene (Schafft & Spjelkavik, 1999). Implementeringen av 'supported employment' i Norge samsvarte dermed ikke med viktige sider ved IPS-modellen, som blant annet vektlegger ordinært arbeid (Sveinsdottir et al., 2020).

Utover 2000-tallet ble det imidlertid igangsatt flere tilbud i Norge, som i varierende grad implementerte metodikk fra den standardiserte IPS-modellen (Hegelstad, 2017; Hegelstad et al., 2018; Evensen et al., 2017; Falkum et al., 2017; Reme et al., 2015; Øverland, Grasdal, & Reme, 2018). Resultatene fra disse prøveprosjektene var i stor grad positive og i 2012 ble den første randomiserte kontrollerte studien av IPS i Norge igangsatt, på oppdrag for Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet (Sveinsdottir et al., 2014; Sveinsdottir et al., 2020). Oppdraget ble gitt som del av et nasjonalt initiativ for å implementere IPS-tjenester i større skala, og studien inkluderte seks norske IPS-tilbud lokalisert i ulike fylker. Målet var å evaluere effekten av IPS for personer med moderat og alvorlig psykisk lidelse, der arbeidsmarkedsdeltagelse og utdanningsaktivitet var de sentrale utfallsmålene. De sekundære utfallene var selvrappporterte mål på psykisk helse og livskvalitet, og studien inkluderte også en prosessevaluering og en kost/nytte analyse (Reme et al. 2019, Sveinsdottir et al., 2014; Sveinsdottir et al., 2020).

Registerdataene i studien viste at en høyere andel av pasientene som deltok i et IPS-tilbud, sammenlignet med kontrollgruppen, hadde oppnådd arbeidsmarkedsdeltagelse etter 12 måneder (Reme et al., 2018). Effekten økte ytterligere etter 18 måneder og IPS-deltagerne kunne også vise til en signifikant bedring på flere av utfallsmålene som ikke var relatert til arbeidsmarkedstilknytning, sammenlignet med kontrollgruppen. Langtidsoppfølging etter 43 mnd. viste at de som mottok IPS fremdeles hadde større sannsynlighet for å stå i arbeid, men bare i undergrupper som unge (18-30) med lav utdanning samt de som hadde alvorlige psykiske lidelser.

Implementering og utvikling av IPS i Norge har gått i forskjellige faser, og har i Norge etter hvert utviklet seg til et arbeidsmarkedstiltak regulert ut fra forskrift i NAV Moe m.fl. 2022). Etter 2016 har NAV i stor grad tatt over etableringen og driften av nye IPS-tjenester, med økonomisk og faglig støtte av Helsedirektoratet og NAPHA. I 2016 ble fire regionale IPS ressursentre etablert i NAV, og et femte i 2020. I tillegg ble regionale IPS-rådgivere ansatte i NAV i 2021.

I 2019 ble IPS definert av NAV som et arbeidsmarkedstiltak, i NAVs tiltaksportefølje (Forskrift om oppfølgingstiltak i Arbeids- og velferdsetatens egenregi, 2019)⁸.

Moe m.fl. viser til at forankringen av IPS i NAV fra 2016 og utover, har vært viktig for å utvikle nye og flere IPS-tjenester i Norge. Samtidig påpeker de at det er usikkert hvilken konsekvens dette har for IPS-tjenesten. Noen av deltakerne i undersøkelsen uttrykte blant annet bekymring for om utviklingen ville føre til en tjeneste vil utvikle seg til å ligne mer på Supported Employment og en «light-versjon» av IPS (Moe m.fl. 2022). Forskerne peker også på at det har vært utfordrende å få etablert felles retningslinjer for IPS i de to sektorene (Moe m.fl. 2022).

⁸ [Forskrift om oppfølgingstiltak i Arbeids- og velferdsetatens egenregi - Kapittel 3. Individuell jobbstøtte - Lovdata](#)

2.3 Tidligere studie av IPS som integrert tjeneste

Integrert tjeneste er et viktig prinsipp i IPS, og innebærer at jobbspesialisten er en del av behandlingsteam i helsetjenesten. Til tross for at integrasjon er et helt sentralt element, har tidligere forskning vist at det er vanskelig å få til god integrasjon i praksis (blant andre Bonfils et al. 2020).

NORCE gjennomførte i 2021 en evaluering av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om IPS, på oppdrag for Arbeids- og sosialdepartementet (Fyhn et al. 2021). Hovedmålet i evalueringen er å gi svar på hvordan behandlere og jobbspesialister samarbeider i integrerte behandlingsteam som tilbyr IPS.

Basert på en spørreundersøkelse blant metodeveiledere og ledere av integrerte behandlingsteam finner Fyhn et al (2021) at de fleste jobbspesialistene er ansatt i NAV, men har kontorplass eller tilgang til kontorplass i helsetjenesten (Fyhn, et al. 2021). 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 behandlere, hvor omfattende tilgangen er, og om de er knyttet til ett eller flere behandlingsteam, som igjen kan være organisert og arbeide på ulike måter (Fyhn, et al. 2021).

Enkelte har kontorplass et annet sted enn behandlingsteamet, og både behandlere og jobbspesialister opplever at dette begrenser spontant samarbeid og forsinker enkelte avgjørelser. Dette er ikke nødvendigvis knyttet til ansettelsessted, det vil si at NAV-ansatte jobbspesialister i en del tilfeller likevel er lokalisert sammen med behandlingsteamet. Noen jobbspesialister opplever at de flyttes fra kontor til kontor, noe som kan gjøre det utfordrende å holde tett kontakt med behandlingsteamet (Fyhn, et al. 2021).

Flere informanter i undersøkelsen (Fyhn, et al 2021) 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.

Fyhn et al. (2021) finner at de aller fleste jobbspesialistene deltar i faste behandlingsmøter, og at tre av fire jobbspesialister deltar på hele behandlingsmøtet. Noen jobbspesialister får bare delta i de delene av møtet hvor pasienter som er IPS-deltakere eksplisitt er tema.

Fyhn et al. (2021) konkluderer med at det er mye som fungerer bra i samarbeidet mellom behandlere og jobbspesialister i helsetjenestene. Faktorer som trekkes fram som legger til rette for samarbeid er blant annet en felles kultur og forståelse, likeverdig samarbeid og at man må ta tiden til hjelp. Når dette er fremtredende rapporteres det om godt samarbeid, når de er fraværende rapporteres det om dårligere integrasjon. Samlokalisering, formelle tilganger til journalsystemer, ledelsesforankring, felles teamidentitet og kultur for tverrfaglighet trekkes også frem som viktige faktorer for god integrering av IPS med helsetjenesten. Fyhn finner at i IPS-tjenester hvor jobbspesialist ikke er samlokalisert med behandlingsteamet, er integrasjonen svakere (Fyhn, et al. 2021).

I intervjuene av behandlingsteamene ble faktorer som formelle barrierer, manglende inkludering av jobbspesialist, manglende felles forståelse, svak ledelsesforankring, og profesjonsmotsetninger trukket fram som motvirker god integrering. De overnevnte faktorene eksisterer på flere nivåer. Evalueringen anbefaler at de ulike nivåene bør identifisere faktorene som legger til rette for eller hindrer god integrering av tjenester.

Beslutningstakere og ledere på de ulike nivåene bør gjøre en vurdering av hvilke barrierer for god integrasjon som er innenfor deres beslutningsmyndighet å endre. Dette er viktig i det videre arbeidet med å utvide IPS-tilbudet nye steder i landet. Det generelle inntrykket er at mange IPS-tjenester er overlatt til sin egen evne til å finne lokale løsninger. Tiden trekkes frem som en viktig faktor for utvikling av et godt samarbeid. Evalueringen kommer frem til at denne tiden det tar å få til et godt integrert tilbud, kan forkortes om man klarer å redusere de overnevnte barrierene og kultivere faktorer som legger til rette for samarbeid (Fyhn, et al. 2021).

Evalueringen viser videre at 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 (Fyhn, et al. 2021, s. 35).

Informantene forteller at forankring hos, og støtte og engasjement fra, ledere er en viktig forutsetning for et godt samarbeid. Toppledere er viktige premissgivere i oppstartsfasen (Fyhn, et al. 2021). Det 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 (Fyhn, et al. 2021).

3 Status for IPS-tjenestene i Norge

I dette kapitlet redegjør vi for den nåværende statusen for IPS i Norge, med utgangspunkt i en nasjonal spørreundersøkelse sendt til metodeveiledere i alle norske IPS-tilbud. Vi viser omfanget av IPS-tjenester i Norge, hvordan de er organisert og finansiert, samt hvordan samarbeidet mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren er forankret i den enkelte IPS-tjeneste. Vi viser også i hvilken grad tjenestene jobber etter den etablerte IPS-metodikken. I kapitlet gjør vi også rede for informasjon om de samme temaene som vi har innhentet gjennom casestudien, der vi har gjennomført en grundigere kartlegging av ti IPS-tilbud.

3.1 Omfang av IPS-tjenester

Vi sendte spørreundersøkelsen til 102 IPS-tjenester. Vi fikk senere informasjon om at to av tjenestene var slått sammen. Det kan også være andre endringer som vi ikke har kjennskap til. Vi antar, basert på informasjon fra de regionale IPS-rådgiverne, at antall IPS-tjenester som er i drift vinteren 2024, er rundt 100.

Totalt fikk vi svar fra 88 av IPS-tjenestene.⁹ 80 av dem (91 prosent) har svart at de «er et IPS-tilbud i ordinær drift».

Kartleggingen viser at:

- 48 tilbud (55 prosent) er «ordinære» IPS-tilbud,
- 17 er IPS UNG-tilbud som *er* del av nasjonalt forsøksprosjekt,
- 11 er IPS UNG-tilbud som *ikke er* en del av nasjonalt forsøksprosjekt og
- 4 tilbud definerer seg som et IPS-tilbud, men har et annet navn

Fra 2021 har det vært gjennomført et eget nasjonalt forsøk med IPS for unge.¹⁰ Grunnen til at vi har skilt ut IPS UNG-tilbud som er del av nasjonalt forsøksprosjekt, er at disse ikke skulle være del av vår kartlegging. De som *bare* har krysset av for *Vi er et IPS UNG-tilbud som er en del av et nasjonalt forsøksprosjekt* fikk derfor ikke flere spørsmål i undersøkelsen. Dette gjaldt bare ett tilbud. De 16 som derimot har krysset av for dette alternativet i tillegg til et annet alternativ, ble bedt om å svare på spørreundersøkelsen.

Blant de fem tilbudene som svarer at de er et IPS-tilbud, men har et annet navn, er fire tilbud innen helsesektoren. Tre av disse skriver i åpne svar at de har endret navn på tilbudet (*arbeid og utdanning*) og at de ansatte nå kalles arbeids- og utdanningsspesialister etter brevet som gikk ut fra Helsedirektoratet. Ett tilbud er i regi av NAV. Ett tilbud er en del av en kommunehelsetjeneste om arbeidsrettet rusbehandling.

Vi har kartlagt sju tilbud som på undersøkelsestidspunktet «ikke var i ordinær drift». Fire av disse var IPS UNG-tilbud som ikke er en del av nasjonalt forsøksprosjekt, to er IPS-tilbud som er en del av nasjonalt forsøksprosjekt, mens ett tilbud er ordinært IPS-tilbud som driftes som prosjekt.

⁹ 84 av dem besvarte alle spørsmålene.

¹⁰ AFI har evaluert IPS UNG på oppdrag for Arbeids- og inkluderingsdepartementet: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3111666>

3.2 Jobber tjenestene etter IPS-metodikk?

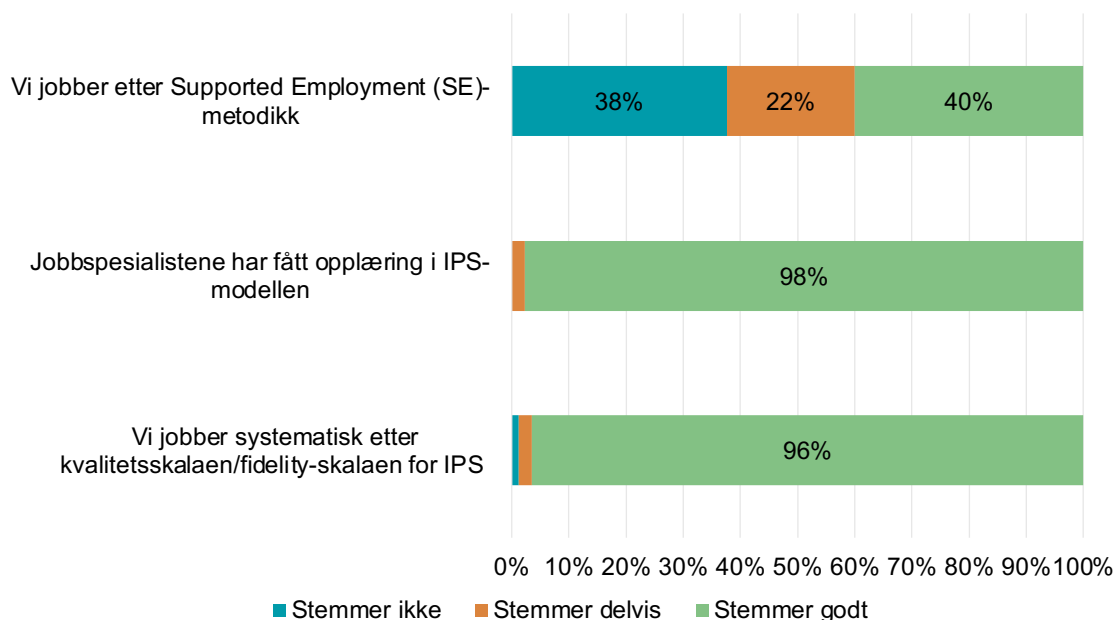
Kartleggingen vår skulle dekke tjenester som jobber etter IPS-metodikk. For å sjekke at tilbudene vi har kartlagt, faktisk er IPS-tilbud som jobber etter prinsippene i IPS (fidelity-skalaen), ba vi respondentene ta stilling til følgende påstander:

- Vi jobber etter SE-metodikk
- Jobbspesialistene har fått opplæring i IPS-modellen
- Vi jobber systematisk etter kvalitetsskalaen/fidelity-skalaen for IPS

Figur 3-1 viser resultatene. Nesten samtlige av tilbudene svarer at jobbspesialistene har fått opplæring i IPS-modellen og at de jobber systematisk etter kvalitetsskalaen for IPS, hhv. 98 og 97 prosent svarte *stemmer godt*.

På påstandene om de jobber etter SE-metodikk, er svarene mer delt. 40 prosent svarer at det *stemmer godt*, 22 at det *stemmer delvis* og 38 prosent at det *ikke stemmer*.

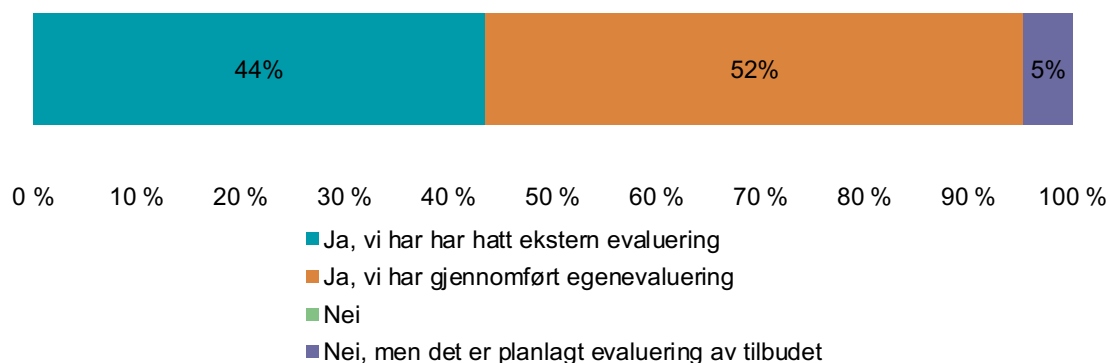
Figur 3-1 Hvor godt stemmer påstandene under for IPS-tilbudet du representerer?



Hvorvidt tjenestene evalueres etter IPS kvalitetsskalaen, gir også en indikasjon på om de er opptatt av å følge den evidensbaserte metodikken. Ingen svarer utelukkende nei.

Figur 3-2 viser svarene på spørsmål om IPS-tilbudene har blitt evaluert etter IPS kvalitetsskalaen. Nesten samtlige, 95 prosent av tilbudene, svarer at de har blitt evaluert. 44 prosent har hatt ekstern evaluering, mens 52 prosent har gjennomført egevaluering. 5 prosent svarer nei, men at det er planlagt evaluering. Ingen svarer utelukkende nei.

Figur 3-2 Har IPS-tilbudet blitt evaluert etter IPS kvalitetsskalaen?



Respondentene ble også spurt om det gjennomføres *jevnlige* evalueringer av IPS-tilbudet etter IPS-kvalitetsskalaen. 94 prosent av tilbudene svarer ja, hvor nær samtlige svarer årlige evalueringer. Vi stilte også spørsmål om når IPS-tilbudet sist ble kvalitetsevaluert. Nær ni av ti svarer at tilbudet ble evaluert det siste året. Rundt halvparten av disse rapporterer at de ble kvalitetsevaluert siste seks måneder, mens halvparten rapporterer at evalueringen foregikk siste 7-12 måneder. 11 tjenester svarer at de ble evaluert for over ett år siden.

Kun seks prosent svarer at det ikke gjennomføres jevnlig evalueringer etter IPS-kvalitetsskalaen. Det er ingen tydelige kjennetegn ved disse tilbudene. Ett av tilbudene skriver i åpent svarfelt at evalueringene sluttet som følge av korona-pandemien. Et annet IPS-tilbud som er organisert i helse skriver at de har utfordringer i samarbeidet med NAV, og at evalueringene ikke er tilpasset organiseringen av tilbudet deres.

Samtlige IPS-tilbud i caseundersøkelsen gjennomfører ifølge informantene jevnlig eksterne evalueringer etter IPS-kvalitetsskalaen. I tillegg gjennomføres det noen steder egnevalueringer som baseres på den formelle kvalitetsskalaen, dette bruker de til intern bruk i kvalitetsforbedringsarbeid.

Ut fra svarene i spørreundersøkelsen, ser det ut til at tjenestene i all hovedsak jobber systematisk etter kvalitetsskalaen for IPS.

3.3 Organiseringen av IPS-tilbudene

Med organisering av IPS-tilbudene forstår vi i denne sammenheng hvor jobbspesialistene er ansatt. Vi har også kartlagt metodeveilederens ansettelsessted, samt antall jobbspesialister. Videre har vi kartlagt hvor mange, og hvilken type behandlingsteam jobbspesialistene er tilknyttet.

3.3.1 Jobbspesialistenes ansettelsessted

I de fleste av tjenestene er jobbspesialistene ansatt i NAV-stat (82 prosent). 33 prosent av tjenestene har ansatte i NAV-kommune. Mindre vanlig er det at jobbspesialistene er ansatt i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten, det gjelder henholdsvis åtte og fire IPS-tjenester.

Flere tjenester har ansatte i flere sektorer og derfor har respondentene krysset av på flere alternativer. Dette forklarer at prosentfordelingen i tabell 3-1 summerer seg til mer enn 100. Totalt er det 32 IPS-tilbud som har jobbspesialister som har ansettelse i ulike

sektorer og tjenester. De fleste av disse er tilbud med ansatte både i NAV-stat og NAV-kommune.

Totalt er det 11 tjenester som har jobbspesialister ansatt i helsesektoren. Kun 5 av disse har *kun* jobbspesialister i helse (hvorav fire er tilbud med ansatte kun i primærhelsetjenesten).

Tabell 3-1 Hvor er jobbspesialistene ansatt?

	Prosent	Respondenter
I NAV-stat	82 %	69
I NAV-kommune	33 %	28
I spesialisthelsetjenesten	5 %	4
I kommunehelsetjenesten	10 %	8
Annet ansettelsessted, hvor?	13 %	11
I alt		84

Blant de 11 som svarer *annet*, svarer de fleste at jobbspesialistene er ansatt hos tiltaksleverandør. I én kommune er jobbspesialist ansatt i flyktningeenheten i kommunen.

Det er også tre IPS-tjenester som ikke har jobbspesialister, men såkalte arbeids- og utdanningsspesialister. I tre av disse er arbeids- og utdanningsspesialistene ansatt i spesialisthelsetjenesten. Én respondent oppgir at de har begge roller i tilbudet, derfor blir det en dobbelttelling i tabellen over.

Totalt er det altså 14 IPS-tjenester som har minst én jobbspesialist ansatt i helsesektoren.

Metodeveileder

87 prosent av metodeveilederne er ansatt i NAV. Åtte metodeveiledere er ansatt i helsesektor, hvor fem er i spesialisthelsetjenesten og tre i kommunehelsetjenesten.

Tabell 3-2 Hvor er du som metodeveileder ansatt?

	Prosent	Respondenter
I NAV	87 %	76
I spesialisthelsetjenesten	6 %	5
I kommunehelsetjenesten	3 %	3
Annet ansettelsessted, hvor?	3 %	3
I alt	100 %	87

Jobbspesialist eller annen stillingstittel?

På spørsmål om hvilken stillingstittel de ansatte som har den arbeidsrettede oppfølgingen har, svarer totalt 83 av 88 tjenester at de bruker stillingstittelen jobbspesialist. Tre tjenester bruker arbeids- og utdanningsspesialist, mens ett tilbud bruker begge, jf. Tabell 3-3.

Tabell 3-3 Hvilken stillingstittel har den/de ansatte som har den arbeidsrettede oppfølgingen?

	Prosent	Respondenter
Jobbspesialist	95 %	83
Arbeids- og utdanningsspesialist	3 %	3
Vi har begge roller i IPS-tilbudet	1 %	1
Ubesvart	1 %	1

Videre i rapporten bruker vi for enkelthets skyld begrepet jobbspesialist om de ansatte som yter jobbstøtte og arbeidsrettet oppfølging. Der hvor det er et poeng å skille mellom jobbspesialister og arbeids- og utdanningsspesialister spesifikt, presiserer vi titlene.

3.3.2 Eksempler på organisering fra casene

I caseundersøkelsene fikk vi utdypet ulike former for organisering. Noen av eksemplene er:

- Jobbspesialistene og metodeveileder er ansatt i NAV. De fleste er statlig ansatte i NAV, men det er også enkelte kommunalt ansatte.
- Jobbspesialister i samme team er ansatt i hver sine tjenester: kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV
- Jobbspesialistene er ansatt i NAV og metodeveileder i DPS
- Jobbspesialistene er ansatt i kommunehelsetjenesten
- Jobbspesialistene er ansatt i spesialisthelsetjenesten, men har «omdøpt» stillingen som jobbspesialist til arbeids- og utdanningsspesialist
- Jobbspesialistene er ansatt hos tiltaksarrangør

I caseundersøkelsen har vi to eksempler på at enkeltansatte har ansettelseskontrakter i både helsetjenesten og NAV. Én metodeveileder er ansatt i helse, men har en midlertidig

deltids ansettelse i NAV. Begrunnelsen er at jobbspesialistene i samme team er ansatt i NAV, og at metodeveileder har behov for å få tilgang til det samme digitale oppfølgingsverktøyet som jobbspesialistene bruker. Dette er Jobbsporet, et verktøy som er utviklet i NAV spesielt for å dokumentere aktivitetene og jobbspesialistenes arbeid i IPS.

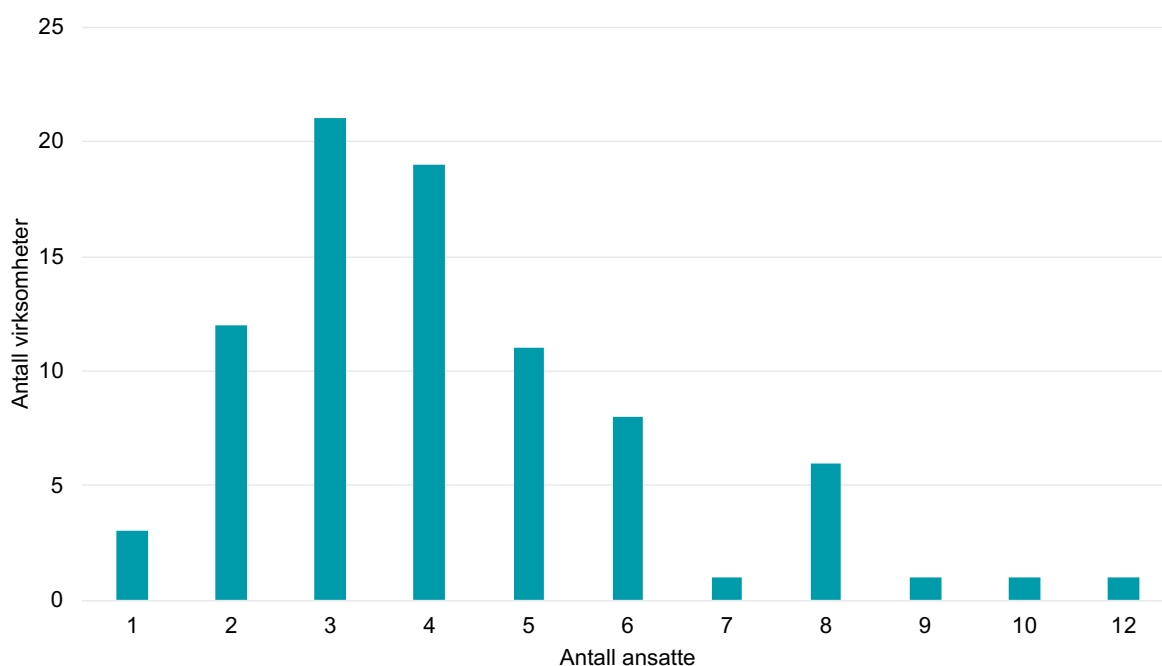
En annen jobbspesialist er ansatt i en såkalt nullprosent-stilling i det regionale helseforetaket i tillegg at jobbspesialisten også har 100 prosent stilling i NAV. Begrunnelsen er at jobbspesialisten har kontorplass og dermed trenger adgangskort til behandlingsstedet.¹¹

I tilbudene der jobbspesialistene og/eller metodeveileder har ansettelse i «flere leire» er begrunnelsen stort sett historisk – og noen ganger litt tilfeldig. IPS-tjenesten har gjerne startet opp ved at NAV og helse har finansiert hver sin stilling, så har NAV fått finansiering til flere stillinger etter hvert. Dette var også situasjonen i eksemplet nevnt over, hvor metodeveileder er ansatt i spesialisthelsetjenesten og jobbspesialistene i NAV. På et tidspunkt var det behov for ny metodeveileder. Den som hadde mest erfaring med IPS, var ansatt i helse, og fikk derfor jobben som metodeveileder. Eksemplet illustrerer også et inntrykk fra flere av casene: IPS-tjenestene har utformet et tilbud i samarbeid, og de ansatte har jobbet tett i team på tvers av ulike ansettelsesforhold og sektorer.

3.3.3 Antall jobbspesialister

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om hvor mange jobbspesialister som er ansatt i IPS-tjenesten. Figur 3-3 viser hva respondentene har oppgitt.

Figur 3-3 Hvor mange jobbspesialister er ansatt i IPS-tilbudet? Vennligst oppgi svaret i tall (N= 84)



De fleste tilbudene har mellom to og fem jobbspesialister. Noen få tilbud (10) har sju eller flere jobbspesialister. I gjennomsnitt er det 4,2 jobbspesialister ansatt ved tilbudene.

¹¹ Jobbspesialisten har likevel ikke tilgang pasientjournal, og kan ikke delta på hele behandlingsmøtet.

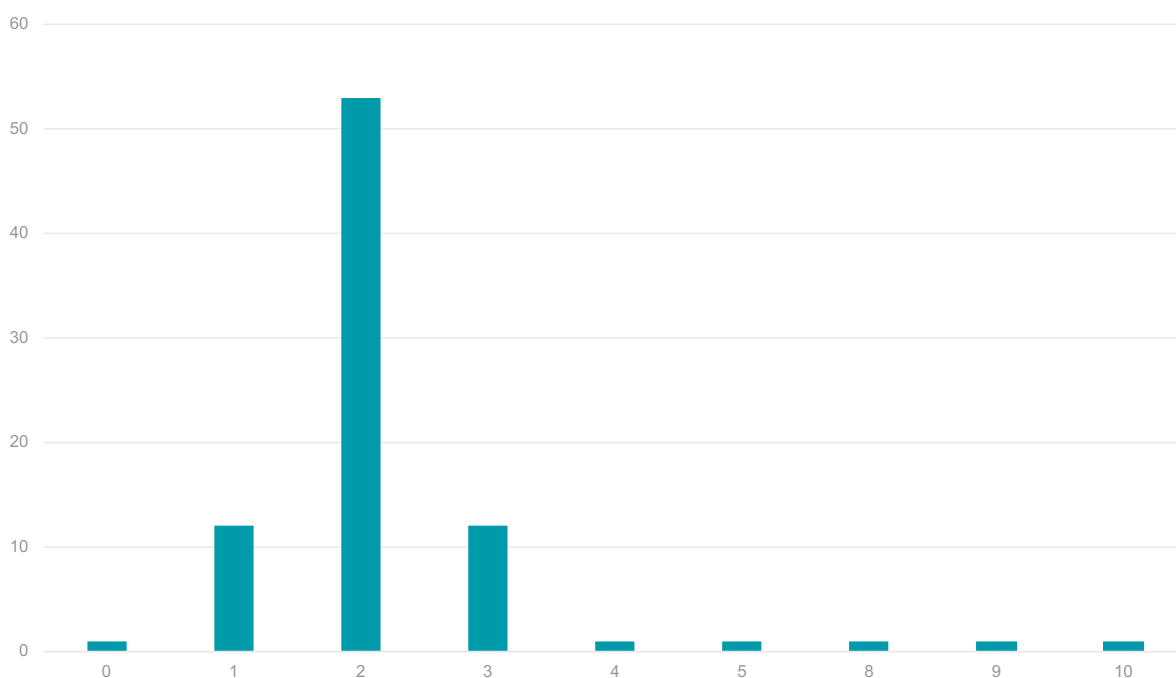
Fire respondenter har svart at de har arbeids- og utdanningsspesialister ansatt i tjenesten. To av disse oppgir at de har åtte arbeids- og utdanningsspesialister ansatt, mens de to andre oppgir at de har henholdsvis tre og to arbeids- og utdanningsspesialister ansatt.

Noen av informantene fra caseundersøkelsen forteller at jobbspesialistene er presset på kapasitet, og flere sier de skulle hatt flere jobbspesialister tilgjengelig ved sine tjenestesteder. Enkelte påpeker også at det er noe høy turnover blant jobbspesialistene.

3.3.4 Jobbspesialistenes tilknytning til behandlingsteam

I klart flest av tilbudene, 64 prosent, er jobbspesialistene tilknyttet to behandlingsteam hver. I gjennomsnitt er de knyttet til 2,2 behandlingsteam. Dette er også tilfellet i de tilbudene vi har kartlagt i caseundersøkelsen. Dette er ikke overraskende, i og med at IPS-metodikken tilsier at jobbspesialisten kan være tilknyttet to behandlingsteam.

Figur 3-4 Hvor mange behandlingsteam er hver jobbspesialist tilknyttet?



Vi finner liten forskjell mellom tilbud hvor jobbspesialistene er ansatt i NAV og tilbud hvor jobbspesialistene er ansatt i helse, i antall behandlingsteam per jobbspesialist. Det er riktignok ett tilbud i helse hvor jobbspesialistene er representert i mange behandlingsteam, men hvis vi ser bort fra dette er det så å si ingen forskjell.

Mange av jobbspesialistene, 46 prosent, er tilknyttet behandlingsteam i både kommune- og spesialisthelsetjenesten, se Tabell 3-4. 20 prosent er kun tilknyttet behandlingsteam i kommunen og 35 prosent er tilknyttet behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 3-4 Hvilken type behandlingsteam er jobbspesialistene tilknyttet?

	Prosent	Respondenter
Behandlingsteam i kommunehelsetjenesten	20 %	16
Behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten	34 %	28
Behandlingsteam i både kommune- og spesialisthelsetjenesten	46 %	37
I alt	100 %	81

3.4 Målgruppe og rekruttering

I caseundersøkelsen har vi spurt hvilke deltagere som er i målgruppen for deres IPS-tjeneste. De fleste viser til at deltagelse fordrer at man er i behandling, enten i spesialisthelsetjenesten eller i regi av kommunehelsetjenesten, og at kandidaten ønsker å komme i jobb. For noen av tjenestestedene er målgruppa personer som er i poliklinisk behandling for psykiske lidelser. Enkelte tjenester har også døgnbehandling. Informantene formidler at pasientgruppene som er i målgruppa er mennesker med psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser, PTSD (posttraumatisk stresslidelse), klinisk depresjon og angst og ellers kompliserte sammensatte lidelser. Ved ett sted har de også rekruttert deltagere fra klinisk smerteklinikk.

I ett av casene er målgruppa personer som er sykmeldte, og flere av disse har allerede arbeidsgiver. Slik vi vurderer det, har dette tilbudet en noe lettere målgruppe enn de andre IPS-ene vi har kartlagt.

To tilbud retter seg mot personer med ruslidelser. Dette inkluderer også pasienter som fått legemiddelassistert rusbehandling (LAR).

En respondent i spørreundersøkelsen skriver i åpent svarfelt at det kan være utfordrende å følge hele IPS-metodikken når målgruppen er personer som er i rusbehandling:

Resultatkrav om porteføljestørrelse og overgang til jobb og utdanning fra AVDir er vanskelig å oppnå da 4 av 7 jobbspesialister jobber i døgn og poliklinikk i rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Vi ser stor turnover i denne delen av målgruppen, da det ofte er tilbakefall til rus og de gjerne må ha flere "runder" i behandling før de oppnår rusmestring. Dette fører til hyppig turnover i deltagerporteføljen.

En metodeveileder forteller at de prioriterer de som «står lengst unna jobb», og at de prioriterer de under 30 år dersom det er mange på venteliste. Flere viser til at det er en uttalt prioritet i NAV at de unge skal prioriteres til arbeidsrettede tiltak.

Noen av informantene erfarer at målgruppa generelt består av deltagere som har mer omfattende og sammensatte utfordringer enn da de startet IPS-tjenesten.

3.4.1 Henvisning og rekruttering av deltakere

Vi stilte tilbudene spørsmål om hvordan henvisning og rekruttering av deltakere foregår. Respondentene ble spurt om hvor ofte rekrutteringen skjer på følgende måter:

- NAV foreslår kandidater fra sin portefølje til IPS jobbspesialist
- Behandler «henviser» pasient til IPS jobbspesialist
- IPS jobbspesialist og behandlingsteam identifiserer kandidater i samarbeid (for eksempel gjennom behandlingsmøter).

Det er forholdsvis stor variasjon i hvordan tilbudene henviser eller rekrutterer kandidater.

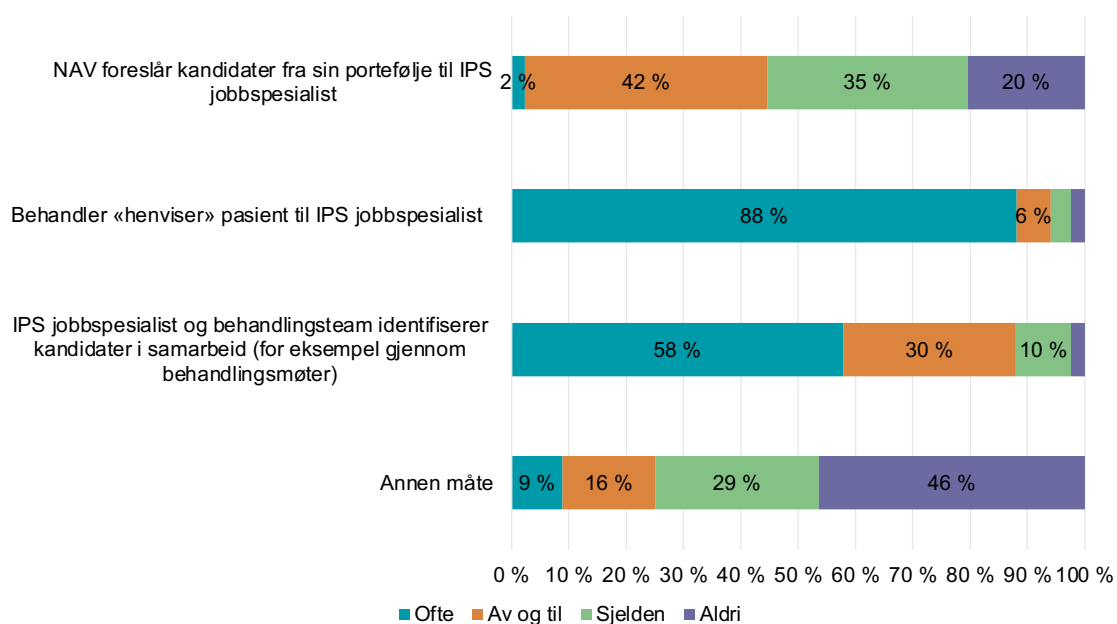
I Figur 3-5 ser vi at det er klart vanligst blant tilbudene at behandler «henviser» pasient til IPS jobbspesialist, 88 prosent av tilbudene svarer at dette skjer *ofte*.

Det er også vanlig at IPS jobbspesialist og behandlingsteam identifiserer kandidater i samarbeid. 58 prosent av tilbudene svarer at dette skjer ofte.

At NAV foreslår kandidater fra sin portefølje til IPS jobbspesialist, er mer uvanlig. 42 prosent av tilbudene rapporterer at dette skjer *av og til*, mens 55 prosent svarer at dette skjer *sjelden* eller *aldri*.

Det er noe vanligere blant tilbudene som har jobbspesialister ansatt i NAV, at NAV selv foreslår kandidater fra sin portefølje til IPS jobbspesialist, sammenlignet med tilbudene der jobbspesialist er ansatt i helsesektoren. Blant tilbudene hvor jobbspesialist er ansatt i helse, er det noe mer vanlig at IPS jobbspesialist og behandlingsteam identifiserer kandidater sammen, sammenlignet med når jobbspesialist er ansatt i NAV.

Figur 3-5 Hvordan foregår henvisning/rekruttering av deltakere til IPS?



25 prosent av tilbudene svarer at henvisning og rekruttering av deltakere til IPS foregår på andre måter. Her rapporteres det blant annet at noen rekrutterer via lavterskeltilbud i kommunen, der de er ute for å informere om hva IPS kan bidra til. Andre oppgir at de får henvisninger fra fastlege og/eller NAV-veileder. En god del respondenter oppgir også at de rekrutterer deltagere som selv tar kontakt, såkalt selvhenvendelse, eller ved at pårørende tar kontakt.

I caseundersøkelsen styrkes inntrykket fra spørreundersøkelsen av at de fleste henvendelser kommer fra behandler. Dette er den vanligste rekrutteringsformen i IPS-tjenestene vi har kartlagt i caseundersøkelsen. Det kommer likevel frem at en del informanter mener det varierer fra behandler til behandler hvor godt kjent de er med IPS-tjenesten og jobbspesialistens rolle, og at dette påvirker hvor ofte og i hvilke tilfelle de henviser.

3.5 IPS-tiltakets varighet

IPS skal i prinsippet ikke være tidsbegrenset, det vil si at deltakeren skal kunne få jobbstøtte så lenge det er behov for det. Når IPS gjennomføres som et arbeidsrettet tiltak i NAV, er lengden på tiltaket definert i forskrift om tiltak i egenregi. Ifølge forskriften kan IPS-deltakere motta oppfølging i inntil tre år.¹²

Vi har ikke oversikt over hva som er vanlig behandlingstid for ulike diagnoser i spesialisthelsetjenesten, men inntrykket fra intervjuene er at behandlingstiden er blitt kortere de senere årene. Korte behandlingstider kan skape utfordringer for både rekruttering og gjennomføring av IPS. En del IPS-tjenester har som praksis at IPS-oppfølging avvikles i det deltager er ferdig i behandling. Det kan by på utfordringer når jobbspesialistens oppfølging avsluttes når pasient skrives ut fra behandling. Flere informanter forteller at overgangsfaser er sårbare og enkelte peker på at man i større grad burde kunne følge opp deltager videre.

Vi fikk også et par eksempler på at helsetjenesten beholdt pasienten «på lista» slik at IPS-tiltaket kunne fortsette så lenge det var behov for det. Med korte behandlingstider kan det altså være en utfordring å få startet opp kandidater i IPS, før det er «for sent.»

En informant forteller at pasienter som kommer i døgnbehandling hos spesialisthelsetjenesten ofte har svært sammensatte utfordringer, gjerne knyttet til økonomi, bolig, sammensatt sykdomsbilde og mer. Initialfasen i døgnbehandling er ofte preget av kaos for pasienten og det er mye kartlegging som må gjennomføres før man iverksetter IPS. Når man kommer til et punkt at man kan starte opp IPS for pasienten/deltager, brukes det også mye tid på å kartlegge funksjonsnivå, ambisjoner, ønsker og mer. Informanten mener det sier seg selv at når behandlingstiden da er på tre måneder har man dårlig tid og et svakere utgangspunkt for å lykkes med å få deltager i varig arbeid eller utdanning.

Blant casene har vi også to eksempler på at IPS-tiltaket gjennomføres i kommunehelsetjenesten. Her ser ikke utfordringen med kort behandlingstid og avslutning av IPS ut til å være til stede. Kommunehelsetjenesten skal følge opp pasienten så lenge det er behov for det:

Siden det er kommunen som har ansvar for innbyggerne, har vi ikke innført noen maksgrænse på hvor lenge de skal være i tiltaket. Men vi har jevn dialog med deltager om hvor lenge vi skal være med i bildet. Det som skiller oss fra andre er at dersom deltager avslutter behandling, mister ikke vedkommende tilbudet hos oss. Vi følger opp så lenge det kreves og så lenge det ønskes.

3.6 Finansiering

Det er i dag to hovedformer for finansiering av IPS-tjenestene. IPS-tilbud i NAV finansieres i hovedsak over budsjettpost i statsbudsjettet for tiltak i NAVs egenregi. IPS-tilbud i helse finansieres i hovedsak med ordinære driftsmidler og/eller tilskudd fra Helsedirektoratet.

Det var mulig å delfinansiere IPS-jobbspesialiststillinger i en implementeringsfase gjennom ulike tilskuddsordninger fra Helsedirektoratet.¹³ Tilskuddsordningen som var gjeldende i 2023 hadde som mål å styrke utbredelsen av og kunnskap/kompetanse om

¹² https://lovdata.no/nav/forskrift/2023-06-20-1073#PARAGRAF_3-5

¹³ [Individuell jobbstøtte \(IPS\) i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)

IPS i helse- og omsorgstjenesten, slik at flere personer i målgruppen deltar i arbeidslivet. Denne tilskuddsordningen gikk ut i 2023.

Fra 2024 har Helsedirektoratet gitt tilskudd til *behandling og rehabilitering rettet mot arbeid og utdanning*. Kommuner og statlige foretak kan søke om tilskudd over ordningen.

Tilskuddet¹⁴ har som mål å:

inkludere arbeidsdeltakelse som et ledd i utredning og behandling av personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer slik at pasienter som ønsker deltakelse i arbeidslivet kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, komme i ordinært lønnet arbeid og beholde tilknytningen til arbeidslivet.

For å styrke IPS-tilbudet gir Helsedirektoratet tilskudd til to typer tiltak, og overgangsmidler til ytterligere ett tiltak. De to første typene av tiltak har førsteprioritet og er henholdsvis delfinansiering av IPS-jobbspesialiststillinger hos virksomheter som er inne i sitt andre eller tredje år av implementeringen av IPS, og delfinansiering av midler til ressursmiljøer på IPS i kommunens psykisk helse- og rustjenester, eller i spesialisthelsetjenesten. Ressursmiljøene har blant annet som oppgave å veilede eksisterende IPS-tilbud og gi informasjon, opplæring og veiledning av tilbud som planlegges å starte opp.

Ytterligere en type tiltak kan få tilskuddsmidler, men har lavere prioritet. Dette er tilskudd til delfinansiering av arbeids- og utdanningsspesialist i etablerte ACT-, FACT- og FACT ung-team. Dette er en samhandlingsmodell der man har tverrfaglige behandlingsteam i psykisk helse- og rustjenesten med ansatte både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, målgruppen er pasienter med sammensatte tjenestebehov og behov for langvarig oppfølging¹⁵. Som nevnt ovenfor skiller Helsedirektoratet mellom rollen som arbeids- og utdanningsspesialist og rollen som IPS-jobbspesialist, og førstnevnte følger i utgangspunktet ikke IPS-modellen i sitt arbeid. Delfinansiering av lønnskostnader til begge rollene dekkes altså likevel av tilskuddsordningen for IPS i helse- og omsorgstjenesten, men rollen som IPS- jobbspesialist er utgående.

Vi stilte respondentene spørsmål om hvordan stillingene for IPS-jobbspesialistene er finansiert. 78 prosent svarte at de kun hadde én finansieringskilde, mens 22 prosent hadde to finansieringskilder. Ingen hadde flere finansieringskilder enn to.

¹⁴ Om tilskuddordningen: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/Behandling-og-rehabilitering-rettet-mot-arbeid-og-utdanning#regelverk-hvem-kan-fa-tilskudd>

¹⁵ [ACT-, FACT- og FACT ung-team - Helsedirektoratet](#)

Tabell 3-5 Hvordan er stillingene for IPS-jobbspesialister finansiert?

	Prosent	Respondenter
Finansiering over NAVs budsjett (tiltak i egenregi)	82 %	67
Finansiering med tilskudd fra Helsedirektoratet til arbeids- og utdanningsspesialister	10 %	8
Finansiering med tilskudd fra Helsedirektoratet til IPS jobbspesialister i implementeringsfase	6 %	5
Finansiering gjennom vanlig drift i helse- og omsorgstjenesten	13 %	11
Annen finansiering	11 %	9
I alt		82

Tabellen over viser at 82 prosent av tilbudene har finansiering over NAVs budsjett. 13 prosent har finansiering gjennom vanlig drift i helse- og omsorgstjenesten, 10 prosent er finansiert med tilskudd fra Helsedirektoratet (til arbeids- og utdanningsspesialister) og 6 prosent er har fått tilskudd fra Helsedirektoratet til IPS i implementeringsfase.

Nesten samtlige (92 prosent) av tjenestene hvor alle jobbspesialister er ansatt i NAV, hadde finansiering over NAVs budsjett. En fjerdedel av disse hadde andre finansieringskilder, alene eller sammen med NAV-midlene.

For jobbspesialister er ansatt i helse, kommer finanseringen gjennom vanlig drift i helse- og omsorgstjenestene. I tjenestene der det er en kombinasjon av jobbspesialister ansatt i NAV og helse, er det vanlig med flere finansieringskilder.

Blant de tre tilbudene som har gitt tilbakemelding om hvordan arbeids- og utdanningsspesialistene er finansiert, skriver alle at stillingene finansieres av faste og midlertidige stillinger (prosjektmidler) i spesialisthelsetjenesten.

Ni IPS-tjenester hadde annen finansiering. Blant disse finner vi ulike kombinasjoner av prosjektmidler eller midlertidig finansiering fra kommunen. Vi finner også IPS-tjenestene som leveres av tiltaksarrangører, som får sin finansiering over NAVs ordinære tiltaksbudsjett. I intervjuene fikk vi informasjon om at jobbspesialister som er kommunalt ansatt i NAV, er lønnet over det kommunale budsjettet. I disse tilfellene har NAV-kontoret selv prioritert midler for å få flere jobbspesialister.

3.7 Samarbeidsavtaler mellom NAV og helsesektoren

Spørreundersøkelsen viser at de fleste IPS-tjenester har egne samarbeidsavtaler mellom NAV og helse- og omsorgstjenestene.

I dette kapitlet ser vi på hva disse samarbeidsavtalene inneholder, hvilke temaer og ansvarsområder som dekkes i avtalene, og hvorvidt avtalene er revidert i løpet av det siste året. Det siste spørsmålet kan sees i sammenheng med nye juridiske presiseringer og hvorvidt dette påvirker samarbeid eller ansvarsområder.

Spørreundersøkelsen viser at 82,1 prosent har en egen samarbeidsavtale for IPS-tjenesten, mens 8,3 prosent ikke har noen samarbeidsavtale. 6 prosent svarer at de har en overordnet avtale som ikke er konkret for IPS. Se tabellen under.

Tabell 3-6 Har dere en egen samarbeidsavtale mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten (kommunal helse- og omsorgstjeneste eller spesialisthelsetjenesten) om gjennomføring av IPS-tilbudet?

	Prosent	Respondenter
Ja, vi har en egen samarbeidsavtale for IPS	82 %	69
Vi har en overordnet samarbeidsavtale, men ikke konkret for IPS	6 %	5
Nei, vi har ingen samarbeidsavtale	8 %	7
Vet ikke	4 %	3
I alt	100 %	84

Videre ble respondentene spurt hvilke temaer avtalene omhandler. Tabellen under viser svarfordelingen.

Tabell 3-7 Hvilke temaer omhandler avtalen?

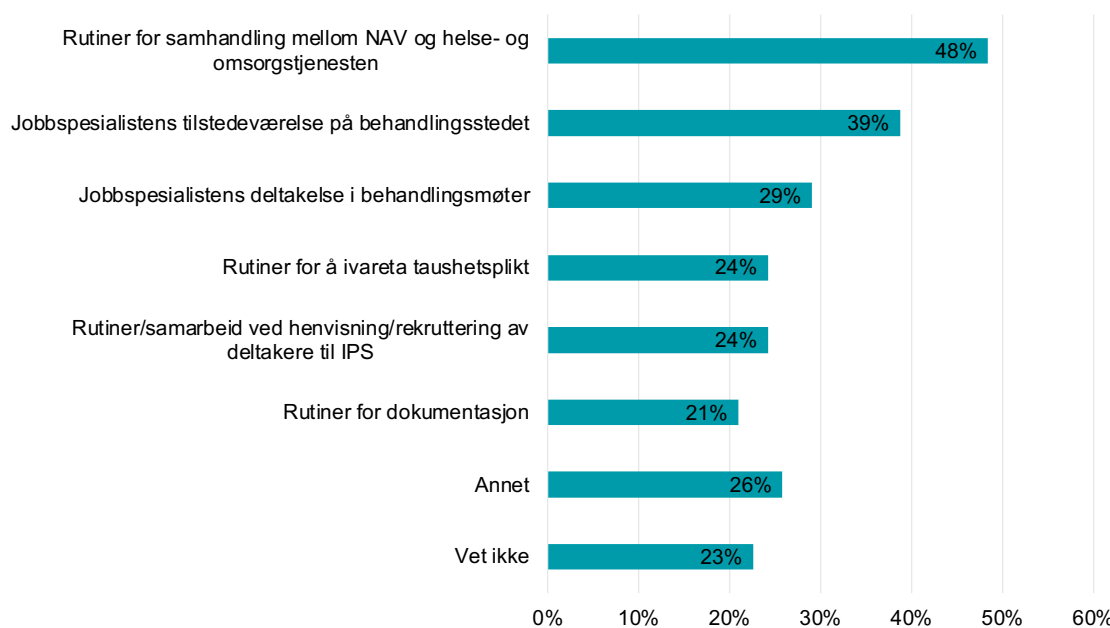
	Prosent	Respondenter
Finansiering av IPS	38 %	26
Rutiner for samarbeidsmøter	62 %	43
Kontaktpersoner for avtalen	65 %	45
Partenes ansvarsområder og oppgaver i gjennomføring av IPS-tilbudet	83 %	57
Vet ikke	13 %	9
I alt		69

På dette spørsmålet har respondentene hatt mulighet til å krysse av for flere alternativer, noe som gjør at den totale prosenten ender på over 100.

82, 6 prosent svarer at samarbeidsavtalen inneholder partenes ansvarsområder og oppgaver i gjennomføring av IPS-tilbudet. 65,2 prosent svarer at avtalen beskriver kontaktpersoner for avtalen, og 62, 3 prosent svarer at avtalen inneholder rutiner for samarbeidsmøter.

Vi spurte videre om avtalen omtaler punkter knyttet til integrasjon av jobbspesialisten i behandlingsteamet, som jobbspesialistens deltakelse i behandlingsmøter og jobbspesialistens tilstedeværelse på behandlingsstedet.

Figur 3-6 Omtaler avtalen spesifikt følgende temaer?



Figuren over viser at over halvparten av avtalene inneholder rutiner for samhandling mellom NAV og helse- og omsorgstjenester. Litt under 40 prosent svarer at avtalene omhandler jobbspesialistenes tilstedeværelse på behandlingsstedet, og litt under 30 prosent svarer at avtalene omhandler jobbspesialistenes deltakelse i behandlingsmøter. Bare litt over 20 prosent av avtalene omhandler rutiner for dokumentasjon.

Vi stilte også spørsmål om samarbeidsavtalen er blitt revidert i løpet av det siste året. 44 prosent svarer at avtalen er revidert siste året, mens 41,2 prosent svarer at den ikke er det. 14 prosent svarer at de ikke vet.

Respondentene fikk også mulighet til å skrive åpne kommentarer til spørsmål om samarbeidsavtalene. En respondent skriver følgende:

I ærlighetens navn så har vi ikke én samarbeidsavtale som inneholder alle elementene, men vi har inngått avtale og avklaringer på samtlige områder, og det er vel det viktigste. Vi har et godt samarbeid på alle nivåer og det har vært konstruktive drøftinger gjennom en periode på 2,5 år, knyttet til disse temaene og andre temaer.

En annen respondent skriver at bakgrunnen for revidering var «utdypinger rundt taushet og samarbeid med utgangspunkt i at jobbspesialistene etter HOD-brevet er presisert å ikke være definert som helsepersonell.»

Vi har også fått tilsendt samarbeidsavtaler fra noen av case-enhetene våre. Samarbeidsavtalene skildrer ansvarsfordeling, tidsperspektiv for samarbeidet og mandat. Under er et utdrag fra en av samarbeidsavtalene vi har fått tilsendt. X er navnet på den konkrete helsetjenesten.

Det løpende styringsgruppearbeidet skal ta utgangspunkt i kvalitetsskalaen for IPS Ung og den til enhver tid gjeldende handlingsplan (arbeidsgruppens arbeidsdokument).

- Partene skal i felleskap sikre en helhetlig rådgiving til jobbspesialistene som sikrer både et helse- og arbeidsperspektiv.

- Enhetslederne ved DPS og X skal sikre at IPS jobbspesialist blir implementert inn i behandlingsteamene, som likeverdig part.
- Enhetslederne ved DPS og X er ansvarlig for tilrettelegging av kontorplass for jobbspesialist/metodeveileder.

Avtalen viser at ansvarsfordelingen på papiret er ganske jevnt fordelt, og at det helhetlige tilbudet preges av ledelse i begge sektorer, altså NAV og helse.

Avtalene vi har fått tilsendt har mye av det samme innholdet, selv om de er forskjellig utformet. Fire av de fem avtalene har definert formål, målgruppe, til dels ansvarsfordeling og målsetting i sine avtaler, mens den femte avtalen i hovedsak forplikter partene til å jobbe i tråd med prinsippene for IPS. Når det gjelder målsetting er det blant annet en avtale som er ganske konkret når det gjelder måloppnåelse. Avtalen sier at i første kvartal i et spesifikt år skal 35 prosent av alle pasienter som mottar IPS som en del av sin behandling være i ordinært lønnet arbeid eller ordinær utdanning til enhver tid. Videre sier avtalen at det neste året skal tallet økes til 45 prosent ved endt år.

Noen avtaler beskriver også målsetting for score på IPS implementeringsskala, hvor denne i to av avtalene er satt til 100 prosent måloppnåelse innen to år.

Alle avtalene vi har fått tilsendt presiserer hvor jobbspesialistene skal være ansatt. I hovedsak er det NAV som er arbeidsgiver for jobbspesialistene, men i en av avtalene er det spesifisert at én jobbspesialist skal være ansatt i helseforetaket, mens den andre skal være ansatt i NAV.

3.8 Oppsummering

Det er mange forskjellige varianter av hvordan IPS-tjenestene er organisert – altså hvor jobbspesialistene er ansatt.

De fleste jobbspesialistene er ansatt i NAV-stat, men en del er også ansatt i NAV-kommune. Både i spørreundersøkelsen og i caseundersøkelsen fremkommer det at tjenestene er utviklet lokalt og i nært samarbeid mellom NAV og helsetjenesten. Dette gjenspeiles også i at en del IPS-tilbud har jobbspesialister ansatt i begge sektorer, og/eller i ulike tjenester i helsesektoren.

Finansieringen av tilbudene er i stor grad over statsbudsjettet, post for oppfølgingstiltak i egenregi – dette gjelder tilbudene der jobbspesialist er ansatt i NAV. Jobbspesialister ansatt i helse er stort sett finansiert med ordinære driftsmidler i helse. Enkelte har prosjektfinansiering eller annen midlertidig finansiering.

De aller fleste svarer at de i stor grad jobber etter IPS-metodikk (Fidelity-skalaen).

Målgruppa hos forskjellige tjenestene er variert, men er i stor grad mennesker med psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser, posttraumatisk stresslidelse, klinisk depresjon og angst, og ellers kompliserte sammensatte lidelser. Ved en tjeneste har de også rekruttert deltagere fra klinisk smerteklinikk. De fleste deltakerne henvises eller rekrutteres fra behandlerne.

Spørreundersøkelsen viser at omtrent åtte av ti tjenester har egen samarbeidsavtale mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten (kommunal helse- og omsorgstjeneste eller spesialisthelsetjenesten).

4 Integrasjon og samarbeid i IPS-tilbudene

Et viktig prinsipp ved IPS-metoden er at jobbspesialisten og behandler skal samarbeide tett om oppfølging av deltakeren, og IPS skal være et integrert tilbud med både arbeidsrettet støtte og behandling. Kvalitetskriteriene for IPS anser jobbspesialistens integrasjon på behandlingsstedet som god når jobbspesialisten deltar i behandlingsmøter, har fast kontor plass på behandlingsstedet og kan dokumentere opplysninger om deltakeren i pasientjournalen.

Som omtalt i kapittel 1, ga Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet i 2021 ut nye føringer om organiseringen og finansieringen av IPS-tilbudet. Føringerne innebar en anbefaling om at IPS-jobbspesialister i fremtiden bør anses i og finansieres i NAV. Videre har Helsedirektoratet vurdert at IPS jobbspesialistens arbeid ikke er å anse som helsehjelp. Jobbspesialisten omfattes altså ikke av lov for helsepersonell. Dette får konsekvenser for jobbspesialistens deltakelse og tilstedeværelse ved behandlingsteamet.

I dette kapitlet ser vi på hvordan integrasjon og samarbeid i IPS-tilbudene fungerer, og hvilke endringer tjenestene har måttet gjøre som følge av de juridiske presiseringene fra Helsedirektoratet. Vi belyser også hva som er viktig for å få til god integrasjon. Vi viser også IPS-tjenestenes skår på siste kvalitetsmåling, på punktene som omhandler integrasjon.

4.1 Endringer i integrasjon

De fleste IPS-tjenestene har endret rutiner eller arbeidsmåter i løpet av de siste to årene for å imøtekomme føringerne. I spørreundersøkelsen svarer så mye som 72 prosent av IPS-tjenestene at de har endret rutiner eller arbeidsmåter for samarbeid og integrasjon i løpet av de siste to årene for å overholde føringer om taushetsplikt og personvern. 25 prosent svarer *nei*, og 4 prosent *vet ikke*.

De fleste IPS-tjenestene som inngår i case-undersøkelsen har også gjort endringer i organisering og arbeidsmøter de siste årene som følge av føringerne. Dette gjelder særlig IPS-tilbud som er organisert i NAV. For disse tjenestene har føringerne særlig påvirket deltakelse i behandlingsmøte, tilgang på kontor plass og tilgang i journalføringssystem i NAV. Vi kommer nærmere inn på dette nedenfor. For tilbud som er organisert i helse har føringerne primært ført til usikkerhet knyttet til hvorvidt helsetjenesten skal fortsette å tilby IPS og enkelte steder har de mistet stillinger i IPS-tjenesten. Det er også enkelte eksempler på at jobbspesialister ansatt i helsetjenesten mistet tilganger til for eksempel pasientjournal fordi føringen nå er at jobbspesialist ikke anses å yte helsehjelp.

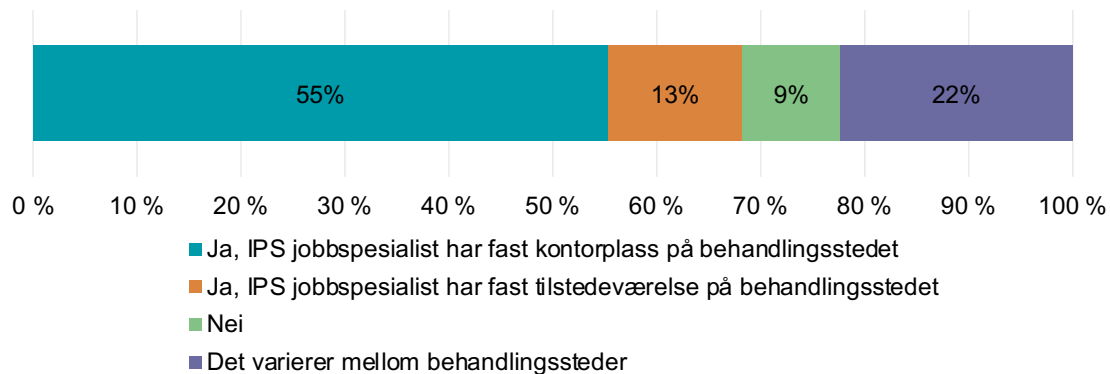
Hovedutfordringen med at jobbspesialister fra NAV har tilstedeværelse på behandlingsstedet er ifølge informantene at det kan tolkes som et brudd på taushetsplikten. Når en person som ikke er ansatt i helsetjenesten er fast til stede og kan se hvem som får behandling ved helsetjenesten, får personen indirekte informasjon som er taushetsbelagt. Det samme gjelder for jobbspesialistens deltakelse i behandlingsmøter og jobbspesialistens tilgang til pasientjournal. De juridiske presiseringene har tydeliggjort dette skillet.

I de neste avsnittene ser vi på hvilke rutiner og arbeidsmåter IPS-tjenestene har knyttet til integrasjon, hvilke endringer de har gjort og hvordan de overholder taushetsplikten.

4.2 Felles lokasjon

Et viktig element for integrering i IPS er at jobbspesialistens kontor ligger i nærheten av (eller deles med) medlemmene av behandlingsteamet som yter psykiske helsetjenester. I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om jobbspesialisten har kontorplass eller fast tilstedeværelse på behandlingsstedet.

Figur 4-1 Har IPS jobbspesialist kontorplass eller fast tilstedeværelse på behandlingsstedet?



Figur 4-1 viser svarfordelingen. 55 prosent av tilbudene svarer at jobbspesialisten har fast kontorplass. 13 prosent svarer at jobbspesialisten har fast tilstedeværelse. Rett under 10 prosent svarer *nei* – at jobbspesialisten hverken har fast kontorplass eller tilstedeværelse. 22 prosent svarer at det varierer mellom behandlingssteder.

Spørreundersøkelsen viser at det er langt vanligere at jobbspesialist har fast kontorplass på behandlingsstedet i de tilbudene hvor minst én jobbspesialist er ansatt i helsetjenesten. Et par av disse tilbudene oppgir at jobbspesialisten ikke har fast kontorplass, men fast tilstedeværelse på behandlingsstedet. Ingen av disse tilbudene svarer *nei* på dette spørsmålet.

I case-undersøkelsen har vi fått informasjon om ulike løsninger når det gjelder tilstedeværelse på behandlingsstedet. Inntrykket er at de nye føringene og juridiske presiseringene har påvirket IPS-tjenestene i ulik grad på dette området. Variasjonene ser særlig ut til å være knyttet til organiseringen av tjenesten og hvor jobbspesialistene er ansatt.

Blant IPS-tjenestene som inngår i case-undersøkelsen og som er organisert i NAV, er hovedmodellen at jobbspesialist har tilgang til kontorplass på behandlingsstedet en dag eller noen dager i uken. En del er usikre på om de får fortsette med det.

Noen av IPS-tjenestene som inngår i case-undersøkelsen er organisert i NAV, men har jobbspesialister som er ansatt i både NAV og helsesektoren. I disse teamene er det vanlig at jobbspesialisten som er ansatt i helse har kontorplass og sitt primære arbeidssted på behandlingsstedet, mens det varierer om jobbspesialistene som er ansatt i NAV har kontorplass på behandlingsstedet. Noen har en mer begrenset tilgang.

Basert på case-undersøkelsen virker hovedmodellen for IPS-tjenester som er organisert i helsesektoren, å være at jobbspesialistene har kontorplass og fast arbeidssted på behandlingsstedet. For disse IPS-tjenestene har det ikke skjedd noen endringer i kontorplass eller arbeidssted etter føringene fra Helsedirektoratet.

Hvorfor er felles lokasjon viktig?

Den generelle tilbakemeldingen fra informantene er at jobbspesialistenes tilgang til behandlingsstedet er viktig for å få til godt samarbeid og god integrasjon i IPS-tjenesten. Informantene fremhever at jobbspesialistens tilstedeværelse på behandlingsstedet, helst i form av fast kontor plass, bidrar til at jobbspesialisten blir en naturlig del av behandlingsteamet. Når jobbspesialisten er fast til stede på behandlingsstedet, er det lett å dele løpende informasjon om deltakerne med behandler. Jobbspesialisten kan også spørre behandler om råd knyttet til situasjoner som oppstår. Det er også enkelt for deltakeren selv når jobbspesialisten har kontor på samme sted som behandler. To jobbspesialister ved IPS-tilbud i NAV forteller:

En del av det som skal til, er helt klart å ha kontor plass i helse, det har mye å si. Det å være synlig som jobbspesialist, spise lunsj sammen, være del av behandlingsteamet, være synlig, har mye å si for integrasjon. Like mye det uformelle som det formelle som er viktig.

Har kontoret mitt på klinikken, deler med psykologen. Det ha alt å si, jeg blir en del av den daglige driften på klinikken. Vi tilbyr derfor en samordnet tjeneste, et godt totaltilbud. Faren ved å ikke sitte sånn er at det blir sektortilnærming, mens nå er vi del av et integrert tilbud. Vi må jobbe enhetlig inn mot deltager, vi skal tråke i hverandres bedd!

Et par representanter for IPS-tilbud i helse, hvor jobbspesialister og behandlere er samlokalisert, peker også på samlokalisering som en suksessfaktor:

Jeg tror det som fremmer den gode integrasjonen er at vi er på samme hus, det gir oss muligheten til smalltalk mellom møter, vi har jevn dialog, blir godt kjent. Ulike personligheter og ulike fag, alle skal fungere, da hjelper det med den jevne dialogen og mye tid sammen. Flere fellesmøter i uka.

Det er en fordel for oss at vi er samorganisert: trenger ikke sitte i møter å ha anonymiserte samtaler. Det gjør at alle kan komme med bedre og mer treffsikre innspill, vi har kunnskaper utover rollene våre, og vi kan diskutere potensielle deltagere på en bedre måte.

En behandler tilknyttet en IPS-tjenesten der jobbspesialist *ikke* har kontortilgangen, forteller at det blir mindre løpende dialog når jobbspesialisten ikke har kontortilgang.

Hvis de hadde vært her oftere, kunne vi tatt ting litt fortere. Hvis det skjer noe på torsdag nå, så venter vi gjerne til onsdag neste uke til vi tar det opp. Det er da vi har behandlingsmøte og da vet vi at IPSen er til stede.

En metodeveileder som opplevde at IPS-tjenesten mistet kontortilgang på behandlingsstedet, forteller at det skapte større avstand mellom jobbspesialistene og behandlerne.

Det hadde ganske stor betydning (når vi mistet kontor plass på behandlingsstedet), for man ble veldig langt unna hverandre på et vis. Vi har riktig nok etablert et godt samarbeid i utgangspunkt, men avstanden ble større i den perioden.

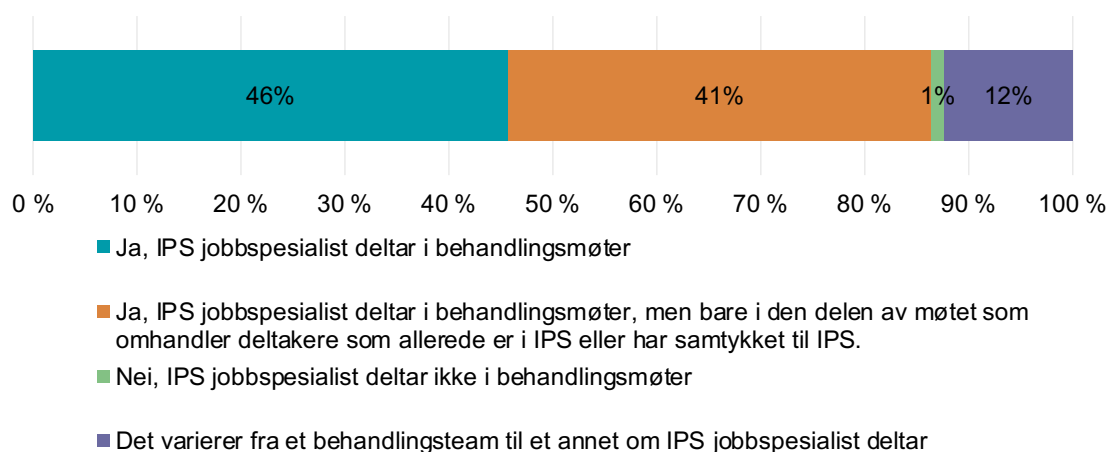
4.3 Jobbspesialistens deltakelse i behandlingsmøter

Et annet viktig element for integrering i IPS er at jobbspesialisten deltar på møter i behandlingsteamet.

I spørreundersøkelsen rapporterer 95 prosent av tilbudene at IPS jobbspesialist deltar i faste møter på behandlingsstedet. Blant disse svarer 17 prosent at IPS jobbspesialist deltar i enkeltmøter som avtales etter samtykke fra enkeltpasienter. Fem prosent av respondentene svarer at IPS jobbspesialist *ikke* deltar i faste møter i helsetjenesten.

Vi spurte de som deltar i faste møter på behandlingsstedet, om de deltar i *behandlingsmøter*. 86 prosent av disse svarer at IPS jobbspesialist deltar i behandlingsmøter, se Figur 4-2 . Litt under halvparten av disse svarer at IPS jobbspesialist kun deltar i den delen av møtet som omhandler deltakere som allerede er i IPS eller har samtykket til IPS. 10 tilbud svarer at det varierer fra behandlingsteam til behandlingsteam. Kun ett tilbud rapporterer at IPS jobbspesialist ikke deltar i behandlingsmøter.

Figur 4-2 Deltar IPS jobbspesialist i behandlingsmøter?



Spørreundersøkelsen viser at det er vanligere at jobbspesialist deltar i behandlingsmøter i tilbud hvor jobbspesialist er ansatt i helsesektoren. Samtidig er det også noen av tilbudene som har jobbspesialist ansatt i helse, som oppgir at jobbspesialisten bare deltar i den delen av møtet som omhandler deltakere i IPS.

Blant tilbudene hvor alle jobbspesialistene er ansatt i NAV, er det vanligere at jobbspesialisten bare deltar på deler av behandlingsmøtet.

I caseundersøkelsen fikk vi høre at det har vært endringer når det gjelder jobbspesialistens deltakelse i behandlingsmøter, som følge av de nye føringene og juridiske presiseringene.

For IPS-tjenester som er organisert i NAV, er det generelle inntrykket at føringene fra Helsedirektoratet har skapt en del usikkerhet knyttet til hvorvidt jobbspesialistene kan delta i behandlingsmøter, og eventuelt hvordan deltakelse kan legges opp for å ivareta pasientenes personvern.

Enkelte av IPS-tjenestene som er organisert i NAV forteller at de mistet tilgangen til behandlingsmøter en periode etter at føringene ble gitt, men at de i dialog med helsetjenesten kom frem til en løsning som gjorde at jobbspesialistene likevel kan delta.

En periode etter presiseringen mistet vi kontortilgang helt, og vi var totalt utestengt fra behandlingsmøter. Men så klarte vi å sno oss inn i igjen, snakket med dem om det.

Det vanligste for jobbspesialister som er ansatt i NAV, ser ut til å være at jobbspesialistene er med på deler av møtet, altså den delen av møtet som omhandler felles pasienter. Dette gjelder også for noen av tilbudene der jobbspesialist er ansatt i helse. Det er også noen som deltar i hele møtet, dersom møtene er lagt opp slik at pasientene diskuteres anonymt. Det kan også variere fra behandlingsteam til

behandlingsteam innenfor samme IPS-tjeneste. For eksempel forteller en av metodeveilederne følgende:

Vi har to team i poliklinikken, der det ene er positive og alltid spør om samtykke, mens den andre konsekvent ikke gjør det. Man får forskjellige tjenester også. De i den ene får kanskje ikke IPS, mens den andre får. Det kan skje. Ikke garantert at alle behandlere er like flinke.

Selv om det har vært usikkerhet knyttet til jobbspesialistenes deltakelse i behandlingsmøter, gir informantene tilbakemelding om at de har klart å komme frem til løsninger som fungerer. Likevel påpeker mange at de tror det har hatt mye å si at tjenestene var godt etablert i helsesektoren før føringene fra Helsedirektoratet ble gitt. Mange metodeveiledere og ledere i både helsesektoren og NAV gir uttrykk for at de tror det hadde vært vanskelig dersom de ikke allerede var godt etablert.

Vi har fått det til å fungere ganske bra. Det var nok fordi vi var ganske godt etablert inn i helse, det hadde vært lang vei og gå hvis vi skulle etablert nytt team. men vi har vært veldig heldige. Før disse presiseringene kom, var vi godt etablert i helse, det er en tjeneste de har ventet på.

Som sitatet over illustrere, gir intervjuene inntrykk av at samarbeidet er ganske avhengig av hvor godt tjenesten er etablert i helsesektoren, og dels også personavhengig.

Hvorfor er deltakelse i behandlingsmøter viktig?

Informantene fremhever at deltakelse i behandlingsmøte er viktig med tanke på samarbeidet om felles pasienter/deltakere i IPS. Ved deltakelse i behandlingsmøtene får aktørene felles informasjon om hvordan det går med deltakerne i IPS-løpet og i behandlingsløpet, og at behandler og jobbspesialist kan støtte deltakeren på hver sin måte i de aktivitetene som gjennomføres og ved eventuelle utfordringer som oppstår. En av behandlerne sier:

Det var mye lettere å trekke jobbspesialistene inn når de var her en dag i uken og når de var med på behandlingsmøter. Da er veien til dem mye kortere. Når de er der fysisk og de kan plutselig bli med i en time osv. Og bare generelt huske på det. For eksempel i våres vurderingssamtaler, at vi husker på den muligheten om IPS. (...) Det kommer litt fortere når IPSen er til stede.

Vi så i de foregående avsnittene at jobbspesialisten i en del tilfeller bare deltar på den delen av behandlingsmøtet som omhandler pasienter som allerede er deltakere i IPS. Ideelt sett, og i tråd med kvalitetsskalaen, ønsker jobbspesialistene å delta i hele behandlingsmøtet. Dette har også særlig betydning for rekruttering av nye deltakere til IPS. Ved at jobbspesialisten får lytte til hvem pasientene er og hvilke situasjoner de er i, kan jobbspesialisten identifisere potensielle kandidater og foreslå at de får tilbud om IPS. Jobbspesialisten kan også bidra med et generelt fokus på arbeid og aktivitet i behandlingsmøtene. Slik en jobbspesialist og behandler gir uttrykk for nedenfor:

Er ikke med i behandlingsmøte. Jeg blir lei meg hver gang jeg må reise meg opp og gå. Før hadde vi innblikk, vet hvor mange nye og kunne komme med konstruktive innspill, hva med jobb? Vet du om han har snakket med arbeidsgiver? Kan vi hjelpe? Det er et stort savn. Jeg tror nok at konklusjonen er at færre får tilbud. (jobbspesialist)

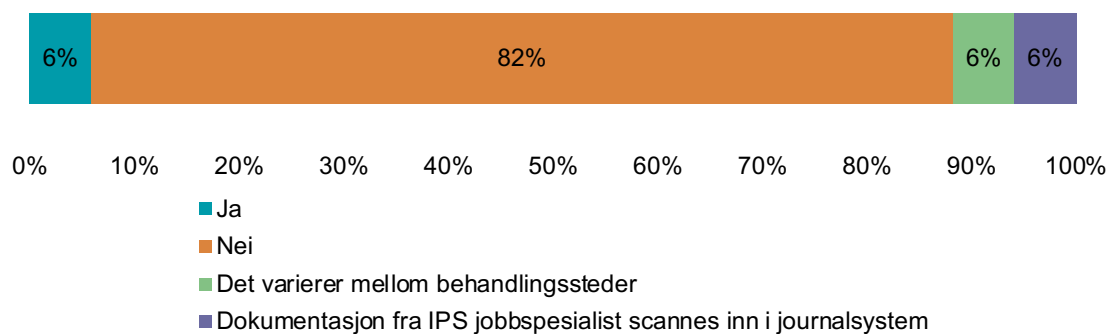
Det er travelt, behandlerne må jevnlig minnes på tilbudet. Løftes på dagsorden. Det fungerer bra her, jobbspesialist er selvsagt del av møtene. De informerer om kapasiteten sin. (behandler)

4.4 Tilgang til felles systemer for dokumentasjon

Et tredje viktig element for integrasjon i IPS-modellen er at dokumentasjon på arbeidsrettede tjenester er integrert i klientjournal i psykisk helsetjeneste. For IPS-tjenester i Norge innebærer dette tilgang til og journalføring i elektronisk pasientjournal. De fleste bruker en løsning som heter DIPS. Nedenfor undersøker vi hvordan føringene har påvirket tilgangen til felles systemer for dokumentasjon.

I spørreundersøkelsen stilte vi respondentene spørsmål om IPS jobbspesialist dokumenterer opplysninger om IPS-deltakeren i pasientjournal. Resultatene vises i Figur 4-3. 82 prosent svarte nei og seks prosent svarte ja. Seks prosent svarte at det varierer mellom behandlingssteder, mens seks prosent svarte at dokumentasjon fra IPS jobbspesialist skannes inn i journalsystemet. Den siste løsningen, antar vi, betyr at jobbspesialisten ikke selv har tilgang til journalsystemet, men at det er mulig å legge inn enkelte opplysninger fra jobbspesialisten/om IPS-deltakelsen i pasientjournal ved at dokumentene skannes.

Figur 4-3 Dokumenterer IPS jobbspesialist opplysninger om IPS-deltakeren i pasientjournal?



Også her viser spørreundersøkelsen et skille mellom tilbudene hvor jobbspesialist er ansatt i NAV og i helsesektoren, men ikke like tydelig som i de to foregående spørsmålene. Blant tilbudene der alle jobbspesialistene er ansatt i NAV, er det bare totalt fire respondenter som oppgir at det varierer mellom behandlingssteder, eller at dokumentasjon skannes inn i journalsystem. Alle andre svarer at de ikke dokumenterer opplysninger om IPS-deltakeren i pasientjournal. Blant de 14 tilbudene som har jobbspesialist ansatt i helsesektoren, er det imidlertid ikke heller alle som dokumentere opplysninger i pasientjournalen. Rundt 1/3 svarer at de gjør det. De resterende svarer nei eller at det varierer mellom behandlingssteder.

I case-undersøkelsen ser vi imidlertid et tydelig skille mellom IPS tjenestene som er organisert i helse og IPS-tjenestene som er organisert i NAV, når det kommer til hvilke systemer de har tilgang til. IPS-tjenestene som har jobbspesialister/arbeids- og utdanningsspesialister som er ansatt i helse, har tilgang til og journalfører kun i den elektroniske pasientjournalen DIPS:

Vi har tilganger til journal. For vi er jo ansatt så det er ikke noe annet sted man kan dokumentere. Vi har dokumentasjonsplikt. Hvis ikke presiseringen om arbeids- og utdanningsspesialist hadde kommet så hadde vi jo vært ute. Men nå har vi bare konvertert til AUS, og de anses som helsehjelp og har tilganger.

Det er imidlertid også eksempler på at jobbspesialist som er ansatt i helsetjenesten har mistet tilgang til pasientjournal.

IPS-tjenestene hvor jobbspesialistene som er ansatt i NAV, har ikke tilgang til pasientjournal og bruker NAVs journalsystemer. Noen av disse IPS-tjenestene hadde tilgang til journalen tidligere, men mistet denne etter føringene fra Helsedirektoratet. Både spørreundersøkelsen og intervjuene tyder på at det har vært endringer når det gjelder jobbspesialistenes tilgang til journal i løpet av de siste par årene. Flere forteller at de hadde slik tilgang tidligere, men har mistet det.

Informantene gir uttrykk for at manglende tilgang til DIPS gjør kommunikasjonen mellom jobbspesialist og behandler mer tungvint, og at det kan gå lang tid mellom kontaktpunktene. Det kan også føre til at jobbspesialist og behandler går glipp av viktig informasjon.

Mye muntlig så vi får vite mye uansett, men blir mer flyktig når man ikke har journaltilgang. Det burde være mulig å ha et bedre system som gjorde at vi alle var sikret viktig informasjon knyttet til deltager. Det er snakk om helseopplysninger, og jeg tenker ikke at alle skal vite alt, men noe er helt essensielt. En del er her på tvang, det finnes mye viktig informasjon om dette knyttet til den enkelte. Dette står ofte i journal: «OBS, OBS, her er en traumatisert pasient, fare for vold, osv». Det gjelder begge veier. Jeg kan få viktig informasjon som jeg mener behandler bør vite om.

Journalen var hovedmåten å kommunisere med behandler på. Om noe alvorlig skjer og deltaker ikke møter opp hos meg. Da sjekker jeg i journalen om noe har skjedd. Jeg kunne ikke se hvordan personen hadde det. Vi mistet helt kontrollen på deltakeren. Fikk ikke innsikt i hvordan det gikk med personen. Om er innlagt på døgnpast for eksempel. Det tok flere måneder å lære måter å kommunisere på. Banker på dørene i hytt og pine, men vi kan ikke plage de for mye. Kunne ikke gjøre det via mail, de har ikke telefon de fleste behandlere. Vi mistet kommunikasjon med behandlere. Ble veldig alene med deltakeren.

Likevel gir flere informanter uttrykk for at jobbspesialisten ikke har behov for å kjenne til detaljer fra behandlingen og deltakerens helsesituasjon, og at det derfor heller ikke er behov for eller ønskelig med tilgang til for mye informasjon. Også enkelte informanter fra helsesiden, i tjenester hvor jobbspesialist har tilgang til journal, påpeker dette. Noen av informantene mener også at jobbspesialisten kan få for mye informasjon om helsemessige utfordringer ved å ha tilgang til deltakerens journal. Dette kan igjen få betydning for oppfølgingen, i den forstand at det kan bli mer fokus på hindre enn på muligheter. Intervjuene gir inntrykk av at det viktigste er å ha tilgang til en sikker kommunikasjonskanal, der aktørene kan legge inn informasjon og oppdateringer som kan være relevant for den andre. Et par IPS jobbspesialister som er ansatt i NAV, påpeker at de selv med full journaltilgang ikke har gått inn i helsejournaler:

Jeg er enig i at vi ikke skal ha mer informasjon enn vi trenger. Vi jobber uansett etter «need to know». Når vi har tilgang til DIPS, kan vi gå inn i alt av helsejournaler, men ingen gjør det. Da ville vi fått tilsyn på oss med en gang.

En konsekvens av at jobbspesialistene ikke har tilgang til en sikker kommunikasjonskanal som elektronisk pasientjournal, er at mer kommunikasjon skjer i andre kanaler, slik som på e-post. Informantene understreker at de ikke skriver sensitiv informasjon på e-post, men det er etter vår vurdering likevel uheldig at det foregår kommunikasjon i usikre kanaler og kanaler som ikke ment for slik kommunikasjon.

Vi fikk også eksempler på utfordringer knyttet til at ansatte i helse ikke har tilgang til NAVs system for jobbspesialister. I et av casene er metodeveileder ansatt i helsetjenesten, mens jobbspesialistene er ansatt i NAV. Jobbspesialistene dokumenterer oppfølgingen sin i NAV sitt system for jobbspesialister, Jobbsporet, mens metodeveilederen som er ansatt i helse ikke kan få tilgang til dette systemet. Lederen på NAV-siden og

jobbspesialistene opplevde dette som veldig tungvint og unødvendig strengt. Jobbsporet omhandler kun deltakere i IPS, og er ikke knyttet til andre systemer i NAV. Metodeveilederen må kunne se hvilken aktivitet jobbspesialistene har for å kunne veilede dem. Som en midlertidig løsning er metodeveilederen ansatt i en lav stillingsprosent i NAV for å kunne få tilgang til Jobbsporet. Det samme var tilfellet i en annen case, der metodeveileder var ansatt i NAV og jobbspesialist var ansatt i kommunehelsetjenesten.

4.5 Rutiner for taushetsplikt og personvern

94 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen oppga at de har rutiner som ivaretar taushetsplikten i samarbeidet mellom helsesektoren og NAV. 6 prosent svarte vet ikke.

I spørreundersøkelsen spurte vi også om på hvilken måte taushetsplikten ivaretas i samarbeidet mellom helsesektoren og NAV. Det kom inn 78 åpne svar på dette spørsmålet. De fleste beskriver at de innhenter samtykke fra deltaker. Flere utdyper at tjenesten kun drøfter deltakere som er tatt inn i IPS. Før inntak diskuterer for eksempel tjenestene kun personer anonymt. Etter inntak beskriver flere at jobbspesialist fra NAV kun deltar i deler av behandlermøte, hvor den konkrete deltaker blir diskutert. Flere nevner også at de generelt begrenser hvilken informasjon som blir delt om deltaker.

Enkelte utdyper at deltakere får grundig informasjon om hva tilbudet innebærer og hvordan personopplysninger blir utvekslet og lagret.

Enkelte beskriver også egne løsninger. En beskriver at ved inntak til DPS samtykker pasienter til at IPS er en del av behandlingsløpet (respondent NAV stat/kommune). En annen at tjenestene har to ulike samtykkeskjema som sikrer at de kan utveksle informasjon, i tillegg til at generell taushetsplikt er underskrevet (respondent kommunehelsetjenesten).

4.6 Samarbeid med NAV-veileder

I tillegg til tett samarbeid mellom jobbspesialist og behandler, kan det være behov for å involvere deltakerens NAV-veileder på ulike tidspunkter i IPS-løpet. Metodeveiledere og jobbspesialister forteller at det særlig er behov for å samarbeide med NAV når det oppstår spørsmål om ytelser og stønader, og dersom det er behov for å ta i bruk NAVs virkemidler. Det siste kan handle om virkemidler som lønnskudd, mentortilskudd, inkluderingstilskudd, m.m.

Flere forteller at de har rutine på å kontakte NAV-veileder ved inntak av nye deltakere, for å avklare om deltakelse i IPS passer i forhold til NAVs plan. Intervjuene gir inntrykk av at det varierer om det avholdes faste møter med NAV-veileder, eller om samarbeidet med NAV skjer mer løpende og etter behov.

De fleste informantene formidler at samarbeidet med NAV-veileder stort sett fungerer bra. Dette gjelder både IPS-tjenester som er organisert i NAV og IPS-tjenester som er organisert i helse.

Jeg opplever samarbeidet med NAV som positivt. Har kontaktpersoner på hvert NAV-kontor. Kommer raskt i kontakt ved ønske. Kun gode samarbeid. Stor fordel for de jobbsøkende, for de slipper å stå i kø. Det er helsefremmende! Folk blir sykere av å stå i kø. Stor belastning. Vi har en som er sykemeldt i jobben sin, trengte å komme i dialog med NAV, da tok jeg kontakt med kontaktperson, og vi fikk raskt avklart ansvarsmøte.

Noen jobbspesialister og metodeveiledere erfarer imidlertid at det kan oppstå utfordringer med samarbeidet i saker der deltaker har uføretrygd. Særlig hvis det er

behov for virkemidler fra NAV. Informantene tror det handler om at brukere med uføretrygd ikke er en prioritert gruppe for oppfølging og virkemidler i NAV.

Enkelte har også erfart at NAVs tiltaksbudsjett er uforutsigbart, og at de kan få avslag på tiltak som lønnstilskudd selv om de mener at behovet for tilskudd er til stede.

4.7 Oversikt over integrasjon og samarbeid mellom tjenestene i casene

For å illustrere mangfoldet i type organisering av IPS-tjenester og variasjonen i hvordan tjenestene legger opp til integrasjon i tilbudet, har vi laget en oversikt som oppsummerer sentrale kjennetegn ved casene. Ett av casene har en særskilt organisering, som gjør at det er fare for at anonymiteten ikke ivaretas. Vi har derfor ikke tatt dette med i tabellen. AUS står for arbeids- og utdanningsspesialist, JS for jobbspesialist. Se tabell 4-1 på neste side.

Tabell 4-1. Oversikt over integrasjon og samarbeid, casene

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Antall ansatte	Metodeveileder + 6 JS	Metodeveileder + 8 AUS. Teamet reduseres med to JS pga føringer	Metodeveileder + 4 JS	Metodeveileder + 2 JS	Metodeveileder + 3 JS	Metodeveileder + 5 JS (helse har opprettet AUS fra 2024)	3 metodeveiledere + 11 JS	Metodeveileder + 3 JS	Metodeveileder + 4 JS
Hvor er metodeveileder og jobb-spesialist ansatt?	NAV stat	Spesialisthelsetjenesten	4 i NAV + 1 hos tiltaksarrangør	Kommunehelsetjenesten	JS i NAV stat + NAV kommune. Metodeveileder i speshelsetjeneste	NAV stat og kommune. Tidligere også JS ansatt i helse	NAV stat	Metodeveileder + 2 JS ansatt i NAV. 1 JS ansatt i kommunehelsetjeneste	Kommunehelsetjenesten
Finansiering	NAV	Spesialisthelsetjenesten	NAV	Kommune	NAV og spesialisthelsetjenesten	NAV stat og kommune. Delvis finansiert i helse frem til 2024	NAV	NAV og kommune	Kommunehelsetjenesten
Samarbeidende behandlingsteam	Spesialist- og kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten	Spesialist- og kommunehelsetjenesten	Spesialist- og kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten	Spesialist- og kommunehelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten
Kontor plass på behandlingssted	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	JS i helse: Ja JS i NAV hadde kontor plass før	Ja
Deltakelse i behandlingsmøte	Deltar i deler av behandlingsmøte. Deltok i hele tidligere.	Deltar i hele behandlingsmøte	Deltar i deler av behandlingsmøte	Deltar i deler av behandlingsmøte	JS i speshelse deltar i deler av behandlingsmøtet. JS i NAV deltar ikke	Deltar i deler av behandlingsmøte	Deltar foreløpig ikke i behandlingsmøter, grunnet føringene	Deltar i hele møtet. JS ansatt i NAV mistet tilgangen i en periode grunnet føringene.	Deltar i hele behandlingsmøte
Tilgang til journal	Bruker NAVs Jobbsporet. Hadde 0% stilling i helse og tilgang til journal tidligere	Tilgang til journal	Bruker NAVs Jobbsporet. Har ikke tilgang til journal.	Tilgang til journal	Bruker NAVs Jobbsporet. JS i helse har stillingsbrøk i NAV og tilgang. Ingen har tilgang til journal.	JS i NAV bruker Jobbsporet. JS i helse har ikke tilgang til Jobbsporet el journal.	Bruker NAVs Jobbsporet. Ikke tilgang til journal.	JS i NAV bruker NAVs Jobbsporet. JS ansatt i kommunehelsetjenesten bruker journal.	Tilgang til journal

4.8 Kvalitetsevaluering integrasjon

Det ligger også i IPS-modellen at tjenestene skal evalueres jevnlig etter kvalitetsskalaen for IPS. Formålet er å sikre at praksisen er evidensbasert, og følger de kriteriene som er viktige for å få god kvalitet i tilbudet.

Kvalitetsskalaen omfatter flere ulike elementer, så som porteføljestørrelse, hvilke arbeidsrettede tjenester jobbspesialisten yter, tidsbruk ute hos arbeidsgivere, at jobbspesialistene skal jobbe i team og at jobbspesialistene skal være tilknyttet ett til to behandlingsteam. Ett av elementene i kvalitetsskalaen måler graden av integrasjon mellom jobbspesialisten og behandlingsteamet. Her skåres IPS-tilbudene etter

- *Integrering av arbeidsrettet oppfølging med behandling av psykiske lidelser gjennom teamarbeid:*

Jobbspesialistene er tilknyttet opptil to behandlingsteam som yter psykiske helsetjenester, og herfra kommer minst 90 % av jobbspesialistens portefølje.

- *Integrering av arbeidsrettet oppfølging med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmer:*

Her skåres IPS-tjenestene poeng for hvert av punktene under som er oppfylt:

- Jobbspesialisten deltar hver uke på møter i behandlingsteamet som yter psykiske helsetjenester.
- Jobbspesialisten deltar aktivt på møter i behandlingsteamet, der man praktiserer felles beslutningstaking.
- Dokumentasjon på arbeidsrettede tjenester (dvs. utarbeiding av karriereprofil, karriereplan, notater om utvikling) er integrert i klientjournalen i psykiske helsetjenester.
- Jobbspesialistens kontor ligger i nærheten av (eller deles med) medlemmene av behandlingsteamet som yter psykiske helsetjenester.
- Jobbspesialisten hjelper teamet med å vurdere arbeid for klienter som ennå ikke er henvist til IPS.

- *Samarbeid mellom jobbspesialister og NAV-veiledere:*

Jobbspesialistene og NAV-veilederne har hyppig kontakt for å diskutere felles klienter og potensielle henvisninger.

I spørreundersøkelsen fikk de tilbudene som hadde gjennomført kvalitetsevalueringer, spørsmål om hvilken skår de fikk på disse punktene ved siste evaluering. Tabell 4-2 viser svarfordelingen.

Tabell 4-2 Hvilken skår fikk dere på forrige kvalitetsevaluering på følgende punkter. Antall tjenester

Poengskår	Integrering av arbeidsrettet oppfølging med behandling av psykiske lidelser gjennom teamarbeid	Integrering av arbeidsrettet oppfølging med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmer	Samarbeid mellom jobbspesialister og NAV-veiledere
Skår 1	1	2	1
Skår 2	0	6	8
Skår 3	7	11	11
Skår 4	11	9	9
Skår 5	16	7	6
Antall totalt	35	35	35
Gjennomsnitt skår	4,2	3,4	3,3

I gjennomsnitt rapporterer de 35 tjenestene som har svart på spørsmålet at de fikk 4,2 i skår for kategorien *Integrering av arbeidsrettet oppfølging med behandling av psykiske lidelser gjennom teamarbeid*. En høyere prosentandel av tilbudene med jobbspesialister ansatt i helse (90 prosent – 12 av 13 tilbud) rapporterer om høy skår, altså en skår på fire eller fem av maksimalt fem på dette punktet. 68 prosent av IPS-tilbudene i NAV rapporterer om skår på fire eller fem på denne faktoren.

Integrering av arbeidsrettet oppfølging med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmer fikk i gjennomsnitt 3,4 i skår. Blant tilbudene som har én eller flere jobbspesialister ansatt i helsesektoren, rapporterer 69 prosent (9 av 13 tilbud) om skår på fire eller fem på spørsmålet. Blant tilbudene i NAV er det lavere andel, 32 prosent (7 av 22), som rapporterer om skår på fire eller fem. Samtidig fikk vi eksempler fra case-undersøkelsen på at i IPS-tjenester med jobbspesialister ansatt i både NAV og helse, er det gjerne den eller de jobbspesialistene som er ansatt i helse som oppfyller disse kvalitetskriteriene, og at det ikke nødvendigvis gjelder hele teamet eller jobbspesialistene som er ansatt i NAV.

Punktet om samarbeid mellom jobbspesialister og NAV-veiledere fikk i gjennomsnitt 3.3 i skår.

En del har skrevet kommentarer til kvalitetsevalueringen i det åpne kommentarfeltet i spørreundersøkelsen. Noen av respondentene påpeker at de hadde god skår på integrasjon tidligere, men at de nye føringene og påfølgende endringer i gjennomføringen har gitt dårligere skår på siste evaluering. Det at ikke jobbspesialist kan delta i hele behandlingsmøtet, og ikke har tilgang til journal, gjør at de får dårlig skår på evalueringspunktene knyttet til integrasjon, ifølge kommentarene.

4.9 Hva er viktig for å få til god integrasjon mellom tjenestene?

Kvalitetsevalueringen for IPS gir tjenestene poeng for hvert av elementene som bidrar til integrasjon mellom jobbspesialist og behandlingsteam. Men er alle elementene like viktige for å få til god integrasjon?

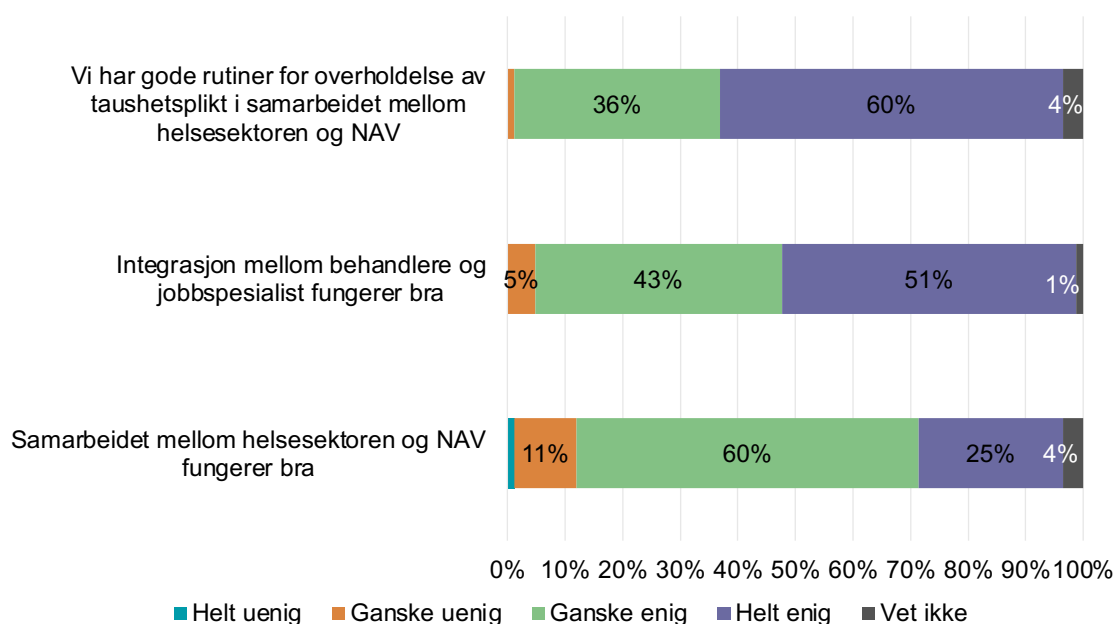
Inntrykket fra intervjuene er at jobbspesialistenes deltakelse i behandlingsmøter, tilstedeværelse på behandlingsstedet og sikker kommunikasjonskanal, er de klart viktigste faktorene for å få til god integrasjon mellom jobbspesialisten og behandlingsteamet. Dette går også tydelig frem av de åpne kommentarfeltene i spørreundersøkelsen. Jobbspesialistens tilgjengelighet til behandlerteam og den enkelte behandler er viktig for et tilbud av god kvalitet, ifølge våre informanter. Også informanter fra tjenester hvor jobbspesialisten/IPS-tjenesten er samlokalisert med behandlingsteamet, peker på dette som en suksessfaktor.

Vårt materiale tyder på at full journaltilgang for jobbspesialistene ikke er like viktig for god integrasjon. Det avgjørende er at jobbspesialist og behandler har tilgang til et system hvor de kan kommunisere raskt og sikkert digitalt. Det er behov for at jobbspesialist og behandler kan melde fra til hverandre om forhold som har betydning for henholdsvis IPS-løpet og behandlingsløpet. Blant IPS-tjenestene vi har studert, er det ingen som har tatt i bruk digitale systemer som kan dekke dette behovet. Der hvor jobbspesialisten har tilgang til journal, brukes journalsystemet til slik kommunikasjon. Der hvor jobbspesialisten ikke har tilgang til journal, har ikke jobbspesialist og behandler noe sikkert system for skriftlig kommunikasjon. En av respondentene i spørreundersøkelsen foreslår at jobbspesialistene bør få en begrenset tilgang til journalsystemet DIPS, og nevner at tilgang til funksjonene «gule lapper» og anonymisert kalender vil gi et mer sømløst samarbeid.

4.9.1 Påstander om integrasjon og samarbeid

I spørreundersøkelsen ba vi respondentene ta stilling til ulike påstander knyttet til samarbeid og integrasjon i IPS-tilbudet. Figur 4-45.1 under viser resultatene.

Figur 4-4 *Hvor enig/uenig er du i følgende påstander om samarbeid og integrasjon i IPS-tilbudet?*

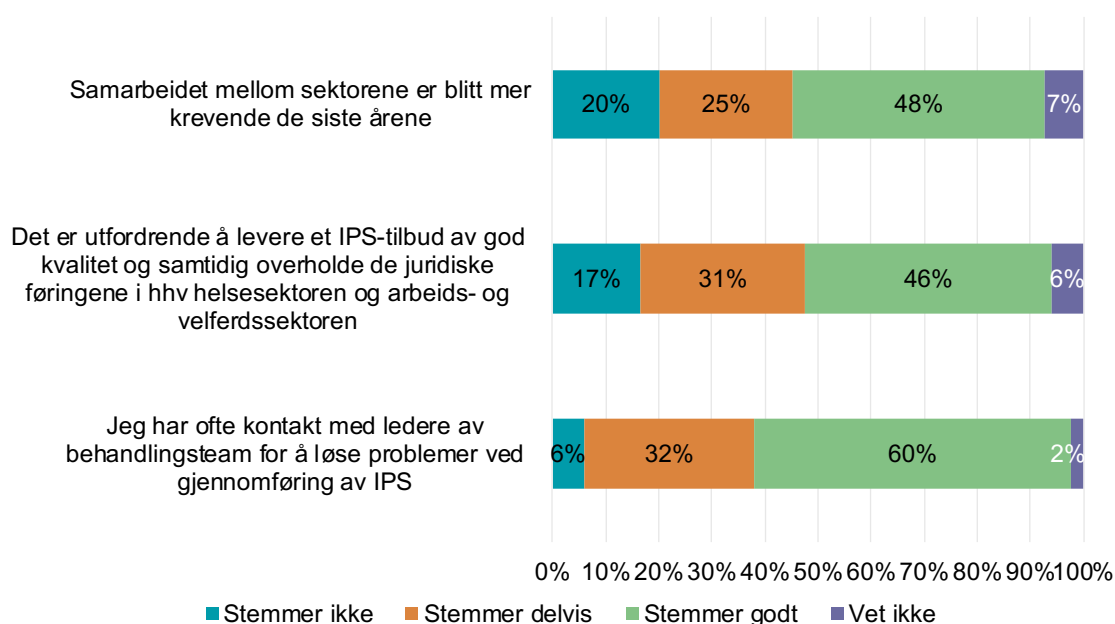


60 prosent av respondentene svarer at de er helt enig i at *vi har gode rutiner for overholdelse av taushetsplikt i samarbeidet mellom helsesektoren og NAV.*

I overkant av 50 prosent svarer at de er helt enige i at integrasjon mellom behandlere og jobbspesialister fungerer bra. På spørsmål om samarbeidet mellom helsesektoren og NAV fungerer bra, er det noe færre som svarer at de er helt enige. 25 prosent svarer dette. 12 prosent svarer at de er helt eller ganske uenig.

Vi stilte også opp noen påstander med negativt fortegn, knyttet til de nye føringene og utviklingen de senere årene. Figur 5-2 under viser svarfordelingen.

Figur 4-5 Hvor godt stemmer påstandene under med dine erfaringer?



Vi ser at et tydelig flertall er enige i at samarbeidet mellom sektorene er blitt mer krevende de siste årene. Nær 80 prosent svarer at dette stemmer godt eller stemmer delvis. Over 80 prosent mener også at det er utfordrende å levere et IPS-tilbud av god kvalitet og samtidig overholde de juridiske føringene i henholdsvis helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren (stemmer godt eller stemmer delvis). Dette gjelder både IPS-tilbud hvor jobbspesialistene er ansatt i NAV og IPS-tilbud som har jobbspesialister ansatt i helsesektoren. Vi ser videre at et stort flertall ofte har kontakt med ledere av behandlingsteam for å løse problemer ved gjennomføring av IPS. Spørreundersøkelsen tyder på at dette er mer vanlig blant tilbudene der jobbspesialister og metodeveileder er ansatt i NAV, enn i tilbud der det er jobbspesialister ansatt i helse.

Oppsummert tyder spørreundersøkelsen på at samarbeid og integrasjon mellom behandlere og jobbspesialist, samt mellom helsesektoren og NAV fungerer bra, men at det er utfordringer med å få det til – og at dette har blitt vanskeligere de senere årene. Dette stemmer godt overens med intervjumaterialet vårt, som vi gjør rede for i neste avsnitt.

4.9.2 Får det til, tross humper

Intervjuene viser at de aller fleste IPS-tjenestene har funnet løsninger som gjør at de gjennomfører tjenesten i tråd med de juridiske føringene. Samtidig peker nær alle på at

det har vært og er utfordrende å få til integrasjon mellom tjenesene slik kvalitetsskalaen krever, etter nye føringer og presiseringer:

Vi får til veldig mye bra i IPS, til tross for at lovgreiene har skjedd. Vi bestemte oss for at vi ikke fikk gjort noe med det, da må vi gjøre det beste ut av det. En styrke er at vi har behandlere, miljøterapeuter og vi jobbspesialister, og alle synes å strekke seg langt for å få det til.

En av de regionale IPS-rådgiverne, som har innsikt i organiseringen ved de ulike IPS-tjenestene i regionen, påpeker at reglene blir tolket ulikt i de ulike sykehusene/klinikkene:

Sykehusene håndhever det ulikt. Noen er rigide, og der er jobbspesialist bare med i behandlingsmøter hvor det ikke er noe personsensitivt. Andre steder er jobbspesialist inne på behandlingsmøter med en taushetsplikt, som de anser som godt nok der. Vi har skrevet avtaler på hvordan vi skal håndheve det. Det viktigste er tilbudet til pasientene, at vi ikke lar oss stoppe.

Intervjuene tyder imidlertid på at flere av tjenestene får til godt samarbeid takket være ildsjeler og at de ansatte i IPS er veldig engasjerte i å få det til å fungere. Tjenester som har vært godt etablert, hvor aktørene kjenner hverandre godt, har et godt utgangspunkt for å finne felles løsninger. Det er også av betydning at både NAV og helsesektoren ønsker å opprettholde et IPS-tilbud av god kvalitet, slik vi tolker intervjumaterialet.

Enkelte peker på at det ville vært vanskelig å etablere en ny IPS-tjeneste med god integrasjon mellom arbeid og helse, slik situasjonen er i dag. Ifølge en av informantene på NAV-siden, ville de nye føringene og presiseringene gjort det utfordrende å få helsesiden til å bidra:

Jeg tror at hvis vi hadde vært veldig nye i tjenesten, da er jeg litt usikker på hvordan vi skulle klart å etablere IPS i en slik situasjon. Da hadde blitt tyngre å komme seg inn, for de forholder seg til dette brevet.

4.10 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på hvordan føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og velferdsdepartementet har påvirket integrasjonene mellom IPS-tjenesten og helsetjenesten. Vi finner at de fleste IPS-tjenestene har gjort tilpasninger for å imøtekomme føringene. Føringene har særlig påvirket IPS-tjenestene som er organisert i NAV, ved at de har måtte gjøre endringer med hensyn til kontorplass på behandlingsstedet, deltakelse i behandlingsmøter og journaltilgang. Undesøkelsen tyder på at integrasjonene har blitt svakere eller mer utfordrende å få til i IPS-tjenester som er organisert i NAV. Når det gjelder IPS-tjenester i helse har føringene i mindre grad påvirket samarbeid mellom jobbspesialist og behandler/behandlingsteam, men også her er det eksempler på mindre tett integrasjon mellom jobbspesialist og behandler. Det har skapt usikkerhet knyttet til hvorvidt IPS-tilbudene organisert i helse skal videreføres og eventuelt hvilken metode de skal jobbe etter.

Spørreundersøkelsen viser at respondentene mener de har gode rutiner for overholdelse av taushetsplikt og at integrasjonen mellom jobbspesialist og behandlere fungerer bra. Samtidig har flertallet av IPS-tjenestene gjort endringer nylig, for å sikre at de gjennomfører IPS-tilbudet i tråd med nye føringer om at IPS jobbspesialistens arbeid ikke er å anse som helsehjelp, og de konsekvenser det har for overholdelse av taushetsplikt. Inntrykket er at det er mange ansatte i IPS-tjenestene som er engasjerte i få tilbudet til å fungere, selv om føringer og juridiske presiseringer gjør det utfordrende.

Selv om de fleste informantene opplyser at de finner løsninger for samarbeid, tyder undersøkelsen på at det er endel usikkerhet knyttet til hvordan gjennomføringen av samarbeid skal gjøres og vårt inntrykk er også at regelverk og føringer tolkes ulikt.

5 Nye føringer: Synspunkter og erfaringer

De som jobber med IPS, både i helsesektoren og i NAV, har sterke synspunkter på de nye føringene og presiseringene fra Helsedirektoratet. Det viser både spørreundersøkelsen og intervjumaterialet. Som vi viste i foregående kapittel, har også flertallet av IPS-tjenestene gjort endringer for å rette seg etter nye føringer og presiseringer.

Synspunkter knyttet til de nye føringene og juridiske presiseringene er ikke del av problemstillingene. Vi velger imidlertid å gjøre rede for synspunktene, fordi vi mener de er viktige innspill i det videre arbeidet med kvalitet i IPS-tjenesten. I dette kapitlet gjør vi rede for informantenes synspunkter og erfaringer knyttet til de nye føringene, og hvordan dette har påvirket integrasjonen i tjenestene samlet sett. Vi viser også hvilke endringer føringene har gitt for IPS-tjenester i helsesektoren når det gjelder forankring og prioritering. Til sist har vi oppsummert synspunkter fra spørreundersøkelsen og informanter i casene, på de nye føringene.

5.1 Synspunkter på samarbeid og integrasjon i IPS-tilbudet

5.1.1 Integrasjon eller samarbeid?

Et sentralt prinsipp i IPS-metodikken er at IPS-tjenesten skal være en tjeneste hvor behandling og jobbstøtte er integrerte elementer. Jobbspesialister og behandlere skal jobbe sammen i team, og være del av IPS-tjenesten. Jobb og behandling skal være parallelle fokusområder for både de som er ansatt i tjenesten og de som mottar den. I kapittel 4 har vi beskrevet hvordan IPS-tilbudene gjennomføres i praksis for å få til denne integrasjonen.

Selv om mange synes å ha funnet nye rutiner og løsninger som er i tråd med de nye føringene, er det mange av informantene som peker på at integrasjonen mellom jobbspesialist og behandlingsteam er blitt svakere. Flere av informantene våre, både i spørreundersøkelsen og i casene, er av den oppfatning at det er blitt mer samarbeid enn integrasjon i de tjenestene hvor jobbspesialist ikke er ansatt i helsesektoren. Også behandlere som er involvert i IPS-tilbud i NAV påpeker dette, og mener det er en uheldig utvikling.

En informant fra NAV-siden sier:

Fra å være en del av et team, er nå jobbspesialisten blitt en fra NAV. Samtaler stopper når vi kommer i nærheten, for behandlere er redd for å bryte taushetsplikten. Vi er ikke en kollega de kan spørre lengre, og kompetansen vår og arbeidsfokuset i behandlingen har gått kraftig ned. Vi tilbyr dårligere tjenester og DPSen gir jobbspesialisten dårligere arbeidsmiljø.

Vi finner det samme synspunktet i de åpne kommentarfeltene i spørreundersøkelsen. Mange kommenterer at integrasjonen har blitt dårligere etter nye føringer. Det er respondenter som skriver at spesialisthelsetjenesten er mer skeptiske til å dele opplysninger, at behandlere tar mindre initiativ og at jobbspesialister i større grad må drive arbeidet.

5.2 Usikkerhet knyttet til drift og prioritering av IPS i helse

Vi så i kapittel 4 at spørreundersøkelsen tyder på at IPS-tilbud som har jobbspesialister ansatt i helsesektoren, har noe bedre integrasjon slik dette måles i kvalitetsskalaen, mellom jobbspesialist og behandlingsteam, enn IPS-tilbud der jobbspesialist er ansatt i NAV eller hos tiltaksarrangør.

I casene der alle jobbspesialistene er ansatt i helsetjenesten, gjennomføres IPS-tjenesten i all hovedsak slik den har vært gjennomført tidligere og jobbspesialisten er integrert i behandlingsteamet gjennom samlokalisering, deltakelse på behandlingsmøter og tilgang til journal. Samtidig har det vært enkelte endringer også blant tilbudene i helsetjenesten, og flere forteller om usikkerhet knyttet til videre drift og prioriteringer i helseforetaket.

5.2.1 Fra jobbspesialister til arbeids- og utdanningsspesialister

I spørreundersøkelsen så vi at tre av IPS-tilbudene oppgir at de ansatte som gir arbeidsrettet støtte i IPS kalles *arbeids- og utdanningsspesialister* (se avsnitt 3.1.1). I casene fikk vi utdypet bakgrunnen for dette. Etter at føringene fra Helsedirektoratet om at jobbspesialistens arbeid ikke kan defineres som helsehjelp, trodde IPS-tjenestene først at de måtte legge ned. Senere kom muligheten for å opprette stilling som arbeids- og utdanningsspesialist (se avsnitt 1.1). Metodeveilederne i helsetjenesten som vi intervjuet, fortalte at dette ble løsningen for dem: De døpte om jobbspesialistene til arbeids- og utdanningsspesialister.

Slik det fremstår i casene på tidspunktet da vi gjennomførte intervjuene, jobber arbeids- og utdanningsspesialistene på samme måte som jobbspesialisten skal jobbe. Tjenestene har altså endret navn på rollen, men fortsetter med samme metodikk og integrasjon som tidligere.

Ett av casene hvor alle jobbspesialistene er ansatt i helse, har valgt å fortsatt kalle de ansatte som gir arbeidsrettet støtte for jobbspesialister. Argumentet er at de jobber etter IPS-modellen, og at jobbspesialistene definerer seg som nettopp det. Lederne ved denne IPS-tjenesten er imidlertid usikre på om de vil måtte endre stillingstittel for å gjennomføre tilbudet i tråd med lovverket – men ønsker altså i utgangspunktet å beholde tittelen jobbspesialist. De spør seg for eksempel om en jobbspesialist kan ha tilgang til journal, slik føringene er nå. Samtidig, dersom tilbudet endrer stillingstittel fra jobbspesialist til arbeids- og utdanningsspesialist, vil innholdet i den enkeltes arbeidskontrakt i hovedsak være den samme. Jobbspesialistene er ansatt på samme kontrakt som behandlere ved behandlingsstedet, og er ansatt som helsepersonell. Det vil altså bare være selve tittelen som endres. En av informantene sa:

Jeg er redd for at de (ledelsen) skal oppdage det – at vi driver som jobbspesialister i helse. Skal vi finne ut av det, eller skal vi vente på juristen?

Vi har også fått høre om enkelte IPS-tilbud i helsetjenesten som har endret navn til arbeidsrettet rehabilitering, men som forteller at de fortsatt jobber etter IPS-metodikk. Enkelte er imidlertid usikre på om de kan fortsette å jobbe etter IPS-metodikk. Dette omtaler vi nærmere under.

Endringer i ansettelsessted for jobbspesialister

Ved én av IPS-tjenestene i casestudien som har hatt jobbspesialister ansatt i både helse og NAV, hadde jobbspesialisten i helse søkt seg over til NAV for å få bedre

forutsigbarhet. Bakgrunnen var at det var usikkert om stillingen kom til å bli videreført i helse. Da NAV lyste ut en stilling som jobbspesialist, søkte vedkommende seg dit.

Bismak at jeg går over til NAV nå, må jeg si. Om jeg skulle valgt så hadde vi aldri delt det opp. Alle jobbspesialister i NAV er bare tull. God integrasjon så må ansettes i helse og delfinansieres i NAV. Jeg er trygg på at vi får det til, men hadde alle jobbspesialister sluttet så tenker jeg lykke til.

Også ved en annen IPS-tjeneste har to jobbspesialister sluttet. Lederen uttrykker at det er synd for helsetjenesten å miste jobbspesialister:

Endringen medførte at jobbspesialistene sluttet, de følte seg mindreverdige. Så en bedre prosess før de gjorde endringen hadde vært fordel, fryktelig dårlig prosess. De var ikke definert som helsepersonell lenger, var ikke en del av NAV og heller ikke helsepersonell lenger, så de følte seg nok veldig devaluert og de sluttet fryktelig fort.

5.2.2 Usikkerhet knyttet til videre drift og finansiering i helsetjenesten

Ved alle case-tjenestene i helsesektoren uttrykte informantene usikkerhet knyttet til den videre driften av IPS i helsetjenesten. Brevet fra Helsedirektoratet som definerer at IPS jobbspesialist ikke yter helsehjelp tolkes ganske bokstavelig av ledelsen ved helsetjenestene, ifølge informantene våre. I det ligger det at ledere i helsetjenesten er usikre på om oppgaver som ikke anses som helsehjelp, kan prioriteres. Én av informantene beskriver det som at «sykehuset gjør bare det de får føringer om å gjøre.»

Usikkerheten gjelder selv om jobbspesialistene har endret navn til arbeids- og utdanningsspesialister, all den tid de jobber etter IPS-metodikken.

Flere har opplevd at midlertidige stillinger i IPS-tjenesten i helsetjenesten ikke videreføres. Det er også usikkerhet knyttet til om alle de faste stillingene kan opprettholdes fremover, ifølge våre informanter. Informantene våre er bekymret for at IPS-tjenesten kan komme til å bli nedprioritert i helsesektoren fremover:

Med nye føringene blir det, forsvinner jobbene våre? Skal vi inn i NAV nå? Jeg blir stresset for jobben vår, men jeg må bare tenke at det ordner seg sikkert. Men føler de krangler om hvem som skal betale lønnen vår. NAV tar mer og mer, du begynner på vikariatet der også mer og mer dit. Helseforetaket kvitter seg med lønnsutgifter, det har skjedd med meg og en annen. Men skjønner ikke helt hvorfor, helt ærlig. Ikke innsikt der, annet enn at de sliter økonomisk.

De over oss oppfattet av vi ikke skal drive med IPS. De leser dette som at IPS er ikke helsehjelp. Da har de begynt å rote i andre stillinger som ikke har vært med så lenge. Når noen over oss begynner å rote i dette, og de ser at vi har flere enn andre, blir det lett å kutte. Sykehuset er opptatt av ... når det skranter litt på penger ser man ikke på hvor kan man spare penger, men hva kan man slutte å gjøre. Og da var det noen som fant ut at dette er noe vi kan slutte å gjøre, for det er vi ikke nødt til å gjøre.

5.2.3 Usikkerhet knyttet til om IPS i helsetjenesten kan jobbe etter kvalitetsskalaen

Helsedirektoratet har definert oppgavene til arbeids- og utdanningsspesialistene i brev av 25.05.2023 *Forklaring av rollen som arbeids-/og utdanningsspesialist* (se pkt 1.1). Når det gjelder arbeids- og utdanningsspesialistenes metodikk, sier føringene at arbeids- og utdanningsspesialist ikke følger IPS-modellen, og det er ikke angitt måling etter fidelity-skala (mens dette er spesifisert for IPS-jobbspesialist). Det blir angitt at arbeids- og utdanningsspesialisten innehar en miljøterapeutisk rolle og yter helsehjelp på linje med andre teamansatte, men har et særlig fokus på aktivitet og rehabilitering til arbeidsdeltakelse og utdanning. Videre sier føringene at arbeids- og

utdanningsspesialist eventuelt kan innlemme elementer av IPS hvis hensiktsmessig. De ansatte som vi intervjuet i casene i helsetjenesten, var fast bestemt på at de ønsket å fortsette å jobbe etter IPS-metodikken. Samtidig var flere usikre på om de kom til å få lov til å følge alle elementene i kvalitetsskalaen. Slik informantene tolker det, har Helsedirektoratet «gitt beskjed om» at helsesektoren ikke skal drive med IPS som sådan og at dette ikke er helsehjelp, men at arbeids- og utdanningsspesialistene kan bruke elementer fra kvalitetsskalaen.

En informant pekte også på at rollen til arbeids- og utdanningsspesialist, er mindre konkret rettet mot arbeid:

Lovverket lager mye trøbbel for oss. Helselovgivning og lovgivningen i NAV som skal samkjøres. At de har laget en ny rolle, og at jobbspesialisten ikke lenger er ansett som helsehjelp. Vi har fått en tjeneste til [arbeids- og utdanningsspesialist], men vi kunne egentlig holdt på på samme måte som før. Det er unødvendig og skaper støy. Vi har ikke noe forpliktende samarbeid med eksterne tjenester, men vi var mer del av miljøet før. Føringene spenner ben på IPS, arbeids- og utdanningsspesialister har et annet spillerom. IPS-modellen er rigid på et vis og klar på at det handler om jobb eller utdanning. Nå [med de nye føringene] kan vi få inntrykk av at det er aktivitet som er viktig, og ikke jobb. Arbeids- og utdanningsspesialistene er mindre jobbbrettet enn det jobbspesialistene er. Den nye rollen jobber ikke etter IPS. Vi baserer IPS på tydelig arbeidsmetodikk, alt telles. Mens som arbeids- og utdanningsspesialist så telles det ikke, de har ikke de samme målekriteriene som vi har. Vi er mer rigid i IPS.

Et par av informantene fortalte at de usikre på om de får ledelsens godkjenning til å jobbe fullt ut etter kvalitetsskalaen, med føringene som foreligger. Det er særlig usikkert hvor mye tid de kan bruke ut mot arbeidsgivere, for å finne potensielle stillinger til deltakerne. De begrunnet det med at dette punktet i kvalitetsskalaen ikke kan dokumenteres i takstsystemet i spesialisthelsetjenesten:

Jeg er faktisk litt usikker. Jeg vet det har vært en snakkis i forhold til dette med dokumentasjon. For metoden tilsier at når de skal ut å snakke med arbeidsgiver, er det litt uavhengig av pasient. Danne et nettverk. 1-2-3 kopper te, hehe. Og da vet de kanskje selv hvilken pasient de har i tankene, men det er ikke et tema i møtet. Dermed blir det feil å dokumentere det i journaler til en pasient som ikke har vært omtalt eller navngitt i settingen. Og alt som takstes skal følges av et journalsystem. Alle konsultasjoner som vi takster skal finnes igjen der. Så dette lar seg ikke kombinere.(...) Noe av det som er viktig i spesialisthelsetjenesten er å dokumentere aktiviteten sin.

En annen informant fra den samme IPS-tjenesten stusset over denne usikkerheten i ledelsen knyttet til å bruke kvalitetsskalaen, som er utgangspunktet for en evidensbasert praksis:

Vi må bare forstå hva som er lov og ikke. Vi har jo satset veldig mye på IPS og vært opptatt av at det er en evidensbasert metode. Så akkurat det er jo litt i limbo nå. Skal vi ikke jobbe evidensbasert på sykehuset lengre...? Det er jo litt rart, hehe!

5.2.4 Svekket forankring i helse?

Både intervjuene og spørreundersøkelsen peker i retning av at flere nå opplever forankringen av IPS-tjenesten som svekket i helsesektoren. Jobbspesialister og metodeveiledere i NAV erfarer at helsetjenesten er mindre engasjert i gjennomføringen av IPS. Det er flere av jobbspesialistene i NAV som opplever økt skepsis blant samarbeidspartnerne i helsesektoren, og at det er vanskelig å få til godt samarbeid og integrasjon også av den grunn. De frykter at helsesektoren nedprioriterer IPS, og peker på at årsaken er at IPS ikke betraktes som helsehjelp. I det daglige samarbeidet er det vanskeligere å involvere behandlerne, ifølge enkelte:

Behandlere tar nå mindre initiativ i samarbeidet. Jobbspesialistene må i større grad drive koordineringsarbeid for å sikre informasjonsflyten.

Det er ingen IPS-ansatte i helse lengre. Helse har sluppet ansvaret over på NAV og stiller knapt til møter og dialogen er nesten brutt. Det har ført til frustrasjon hos både behandlere og jobbspesialister. Tilbudet til pasient/deltaker blir dårligere, da samarbeidet forvitrer.

En påpeker at et suksesskriterium i IPS er at helse opplever tjenesten som noe de er del av, heller enn noe som kommer utenfra:

Helse må fra start få en forståelse for at IPS ikke er noe de får, men noe de er en del av, og at det er dette integrerte samarbeidet som hjelper pasientene som får tilbudet til raskere tilfriskning/bedre livskvalitet/ut i jobb/skole.

Samtidig er det også tjenester som fortsatt opplever at forankringen er god i helsetjenesten, og at de leverer en like god tjeneste i dag som for noen år siden – til tross for de nye føringene.

5.3 Synspunkter på de nye føringene og juridiske presiseringene

Nær alle vi intervjuet hadde meninger om føringene og de juridiske presiseringene for gjennomføringen av IPS som kom i 2021 og 2022. I de åpne kommentarfeltene i spørreundersøkelsen var det også mange som benyttet anledningen til å gi sin mening om dette. Synspunktene er knyttet til vurderingen om at jobbspesialistens arbeid ikke anses som helsehjelp, og til de juridiske hindrene for god integrasjon.

5.3.1 Arbeidsmarkedstiltak eller helsehjelp?

Hvordan går det an å si at arbeid ikke er helse, det er i aller høyeste grad helse!

Dette sitatet er illustrerende for mange av de synspunktene vi fikk høre. Det er særlig informanter i helsesektoren som har meninger knyttet til om jobbspesialistens arbeid kan betraktes som helsehjelp.

Flere uttrykte faglig motstand som ble rettet mot de nye føringene fra Helsedirektoratet. Kritikken var særlig knyttet til det de opplevde som en snever fortolkning av handlingsrommet til jobbspesialistene i IPS-tilbudet. Enkelte reagerte på at jobbspesialistenes arbeid ikke lenger ble definert som helsehjelp, noe som ikke bare skapte organisatoriske utfordringer, men de opplevde også at deres tette integrasjon i behandlingsteamene hadde vært et viktig premiss for effekten av IPS. Enkelte oppfatter at føringene indirekte sier at helsetjenesten ikke skal drive med IPS. En av dem vi intervjuet forklarte sitt syn på de nye føringene:

Jeg mener det er en innskrenkende tolkning av hva helsehjelp er. Det skal blant annet være rehabiliterende, og jeg mener vel at en kunne ha gjort en mer utvidende tolkning. Men nå står jo Helsedirektoratet fast på sin tolkning om at det skal være et skille der. Og det er vanskelig (...) Det er jo egentlig for tidlig å si om vi vil få dårligere resultater i fremtiden, men jeg er redd for at dette blir litt utvannet nå (...) Fordi med det lovverket, som er beskrevet nå, så kan ikke vi gjøre det så integrert lenger.

Flere av dem vi pratet med, fortalte at jobbspesialistene har en svært viktig funksjon i det samlede IPS-tilbudet – en funksjon som også gikk ut over den konkrete arbeidsrettede oppfølgingen som lå til stillingen. En av informantene vi intervjuet, fortalte at det ofte var jobbspesialistene som hadde tette kontakt med pasientene, noe som bidro til at de også hadde avgjørende innsikt i deres løpende helsemessige tilstand. Denne informanten beskrev en frykt for at slik informasjon skulle forsvinne som følge av de juridiske presiseringene:

Jobbspesialistene ser jo pasientene i mye større grad, så de fanger ofte opp symptomforverring eller andre endringer, og dette er gull for terapeutene. Men hvis denne informasjonen ikke kan dokumenteres noe sted, hva gjør vi da? For det er egentlig det vi sier: arbeid er ikke helse. Det er per definisjon ikke helsehjelp (...) Sånn som føringene er nå, så er ikke arbeid helsehjelp. Og det er kontraintuitivt, gitt alle føringer senest nå i opptrappingsplanen, som sier noe annet. Og det mener jeg kanskje er hovedproblemet. Arbeid må være helsehjelp.

Informanten fortalte videre at den nære relasjonen mellom pasient og jobbspesialist er et nyttig tilskudd i den løpende vurderingen av pasientenes helsetilstand. Hun fremhevet også det sentrale premisset i IPS-modellen, der nettopp arbeidsmarkedstilknytning ble ansett som en viktig del av det helserettede arbeidet. Av den grunn fremstod det som uforståelig for henne at det skulle etableres et slikt juridisk skille og hun fryktet at det ville bli mer krevende å sikre en god integrasjon av tjenester i fremtiden.

Også i de åpne kommentarene i spørreundersøkelsen, er det enkelte som påpeker at det er pussig at jobbstøtte ikke skal kunne anses som helsehjelp.

5.3.2 Synspunkter på juridiske presiseringer

Mange var også frustrert over de juridiske presiseringene, som de oppfatter at stikker kjepper i hjulene for god integrasjon mellom jobbspesialisten og behandlingsteamet. Flere har et inntrykk av at Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet ikke har klart å bli enige om føringer som legger til rette for god gjennomføring. Vi har tatt med noen sitater for å illustrere:

Trodde ikke våres egne øyne når vi så brevet, gikk noen uker, og så ble det rabalder. Trist at to direktorater, begge vil det samme, men får det ikke til da.

Dette handler om det juridiske ... jeg opplever at jussen vant over fagtenkningen. For dette er ikke til det beste for pasientene. Ikke med noe skjønn er dette til det beste for pasientene eller de menneskene det gjelder.

En av personene som deltok i de innledende intervjuene uttrykte frustrasjon over rekkefølgen i måten IPS hadde blitt introdusert på i Norge – hvor det først hadde vært lite føringer for tjenestene slik at hver enkelt fant sine rutiner basert på kvalitetsskalaen, og at det først nå er kommet tydeligere juridiske rammer:

... utfordringen er jo på en måte at, her har Helsedirektoratet i flere år gått ut og støttet et opplegg. En har hatt en nasjonal dugnad for å få dette opp, og har hatt en kvalitetsskala, et helt tydelig rammeverk, og en helt tydelig modell for IPS. Og så opplever jeg for så vidt at nå har de blitt etterpåkloke og sett at dette kanskje er problematisk i en juridisk vurdering.

Synspunktene dreide seg også om jobbspesialistens mulighet til å være til stede i helsetjenesten, og hvorvidt jobbspesialistens tilstedeværelse kunne anses som brudd på taushetsplikten. Flere pekte på at det er en rekke roller som ikke er helsepersonell som har helsetjenesten som sitt arbeidssted. Det er også ansatte som ikke har helsefaglig utdanning som, har kontakt med pasienter:

Det skal jo sies at det er mange steder i helsetjenesten hvor man har ansatt folk som ikke er helsepersonell. Altså, psykisk helsevern for barn og unge, BUP, det flommer jo over av pedagoger. På rusfeltet er det masse sosionomer, og ingen av dem er helsepersonell.

Vi hørte også eksempler på at jobbspesialister (med den tittelen) er ansatt i helsesektoren, på samme kontrakt og vilkår som behandlere. Lederen hadde ingen gode argumenter for hvorfor jobbspesialistene skulle ha andre tilganger enn behandlerne.

Et par av informantene på NAV-siden påpekte at de nye føringene og juridiske presiseringene ikke «ga svar på alt». De var blant annet usikre på hvordan NAV skal samarbeide med den nye rollen i helsetjenesten, arbeids- og utdanningsspesialister:

Det er nok av utfordringer fortsatt. Hvordan skal vi samarbeide med Arbeids- og utdanningsspesialistene? Direktoratet sier vi ikke skal bruke ressurser på de, vi er ikke betalt for å følge opp de tjenestene.

5.4 Oppsummering

I dette kapitlet belyser vi informantenes synspunkter og erfaringer knyttet til de nye føringene og juridiske presiseringene. Selv om IPS-tjenestene ser ut til å ha funnet løsninger som er i tråd med de juridiske føringene, er det flere som trekker frem at integrasjonen nå bærer mer preg av tradisjonelt samarbeid, i de tilbudene der jobbspesialistene er ansatt i NAV.

Føringene om at jobbspesialistens arbeid ikke kan betraktes som helsehjelp har skapt usikkerhet i helsesektoren. Dette gjelder både for IPS-tilbudene som er organisert i helsetjenestene, og for helsetjenestens deltakelse i IPS-tilbud som er organisert i NAV.

Når det gjelder IPS-tilbud organisert i helsesektoren, er flere bekymret for fremtidig finansiering og prioritering av IPS-tilbudet. Tilbudene i helsesektoren ser foreløpig ut til å gjennomføre IPS-tilbudet som før, men med rollen som arbeids- og utdanningsspesialist. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til om tilbudene i helsesektoren kan følge IPS kvalitetsskalaen i fortsettelsen. På NAV-siden erfarer noen av jobbspesialistene og metodeveilederne at det er mindre engasjement i helsetjenesten knyttet til gjennomføringen av IPS, noe de tilskriver føringene om at jobbspesialistens arbeid ikke anses som helsehjelp.

De som jobber med IPS, både medarbeidere og ledere, i helsesektoren og i NAV, har sterke synspunkter på de nye føringene og presiseringene fra Helsedirektoratet. Det viser både spørreundersøkelsen og intervjumaterialet. Synspunktene dreier seg i stor grad om at informantene er uenige i at jobbspesialistens arbeid ikke kan anses som helsehjelp. Flere vurderer også at de juridiske føringene knyttet til jobbspesialistens tilstedeværelse og deltakelse på behandlingsstedet, er overdrevent strenge og til hinder for god integrasjon.

6 Deltakernes erfaringer

I dette kapitlet beskriver vi deltakernes erfaringer med IPS, basert på intervjuer med 22 deltakere. Vi beskriver erfaringene de har med informasjon og inntak, gjennomføringen av tilbudet, oppfølgingen de får og samhandlingen mellom jobbspesialistene og behandlerne. Alle deltakerne vi intervjuer er fornøyde med tilbudet, særlig støtten fra jobbspesialistene, men forteller også at forhold som informasjon og integrasjon kan bli bedre.

6.1 Informasjon og inntak

Det er en del variasjon i hvor deltakerne har fått informasjon om IPS. Flertallet har fått informasjon fra behandleren eller NAV-veilederen sin. Noen nevner også fastlegen. Det er samtidig en del som forteller at de har kommet over tilbudet mer tilfeldig, som ved tips fra venner og familie eller at de selv fant informasjon på nett.

De fleste opplever at de raskt har fått møte med jobbspesialisten, hvor de har fått informasjon om innhold og aktiviteter i tilbudet. Deltakerne sier at de har opplevd deltakelse som frivillig. Noen var positive til jobbstøtten med en gang, mens andre brukte tid til å tenke over om de ville delta.

Behov for lettere tilgjengelig informasjon

Flere av deltakerne tar opp at de mener informasjonen om IPS burde være lettere tilgjengelig. Det er deltakere som selv måtte etterspørre tilbudet flere ganger, de fikk informasjon ved en tilfeldighet eller de fikk informasjon etter lengre tid i behandling. Deltakerne tar opp at fastlegen må ha mer kjennskap til IPS, og flere bør få informasjon tidligere i behandlingsløpet.

Hvorfor valgte deltakerne å bli med i IPS?

Alle vi snakket med har et sterkt ønske om å jobbe, og flere så på IPS som en god mulighet. De fremhever samtidig flere forhold som gjorde at de tenkte at tilbudet passet for dem.

Det har gitt tillit at behandleren presenterte tilbudet og at jobbstøtten er tilknyttet behandlingen. En sier:

Jeg hadde vært en stund i behandling og DPS visste hva jeg slet med og hva som kunne bli et problem i jobb. Så det at det var tett samarbeid mellom behandling og jobbspesialist var hensiktsmessig

For flere var det også positivt at jobbstøtten er lokalisert på samme sted som behandlingen. Et par av deltakerne i IPS i helse fremhever det som positivt at tilbudet var organisert som del av helsetjenesten. Noen av deltakerne var likevel ikke umiddelbart positive til å delta. De opplevde det som for utfordrende eller de ønsket å prøve å få seg jobb selv først. For disse har det vært viktig å få bestemme starttempoet selv:

Jeg respekterer veldig hele denne prosessen, jeg har ikke følt meg presset til noe jeg ikke er komfortabel med [...] det gjorde det lettere.

Enkelte beskriver det også som positivt at de fikk tydelig informasjon om tilbudet. Det ga god oversikt og gjorde oppstarten lettere.

6.2 Erfaringer med oppfølgingen

Deltakerne opplever tett oppfølging i IPS. Aktiviteter er tilpasset den enkelte, og deltakerne er særlig fornøyde med støtten fra jobbspesialisten.

6.2.1 Innhold i oppfølgingen

Alle deltakerne har fått støtte til å kartlegge jobbmuligheter, og sier det er brukt tid på å finne en god jobbmatch. Deltakerne fremhever særlig at deres ønsker har blitt kartlagt, samt konkrete utfordringer og løsninger for å oppnå dette. En sier:

Jeg hadde ikke jobbet før. Jeg har alltid slitt, ikke gjort noe etter ungdomsskolen, så jeg forventet at eneste valg var Burger King egentlig, men jeg fikk forskjellige valg. Jeg slet med ting som gjorde det vanskelig for meg, men det ble respektert og vi brukte tid på å finne en bra jobb for meg. Det var vanskelig, men det gikk.

Mange beskriver at oppfølgingen er variert, og inntrykket er at deltakerne får aktiviteter tilpasset etter behov. Mange beskriver at de har møter med jobbspesialisten der de selv ønsker, de går tur, møtes på café eller tar en kjøretur. Noen har fått mye støtte til å forbedre søknader og intervjukompetanse, mens andre har brukt mer tid på å finne frem til egnede jobber og arbeidsgivere. Andre igjen har behov for en tett, helhetlig oppfølging, og har fått støtte i kontakt med andre instanser, til å finne leilighet eller følge opp pålegg om rusprøver.

Mange forteller at jobbspesialisten bruker sitt nettverk for å finne jobbmuligheter, og gir arbeidsgiverne forståelse for deltakernes psykiske helseutfordringer.

6.2.2 Jobbspesialistens oppfølging

Deltakerne møter jobbspesialisten fra en gang i uka til omtrent en gang i måneden etter behov. Mange beskriver jobbspesialisten som en vesentlig støtte, og fremhever at de føler seg sett og forstått:

Når du har vært vekke fra verden så lenge så oppstår det masse negative tanker om jobben jeg har gjort, ting jeg sa på jobb [...] så det å snakke med jobbspesialisten, det var veldig trygt å liere ut av meg alt. Han er ikke fagutdannet, men har enormt god personlig egnethet.

Mennesker trenger å føle seg sett og respektert og han er så fin på det, det gir så trygghet. For det er vanskelig å være arbeidsledig.

Hva fungerer godt i jobbspesialistens oppfølging?

Det er særlig fire kjennetegn ved jobbspesialistens oppfølging som fremstår som avgjørende for at deltakerne skal oppleve god støtte:

Tilgjengelig og holder tak: Mange forteller at jobbspesialisten er tilgjengelig. Deltakerne får raskt svar når de tar kontakt, og de opplever det godt å kunne møtes utenfor kontoret. Videre beskriver flere at jobbspesialisten følger godt opp. Én beskriver det som at oppfølgingen blir holdt tak i og en annen at du vet at ting blir gjort og fulgt opp.

Koordinerer innsatsen: Flere beskriver at jobbspesialisten koordinerer innsatsen, og holder i kontakten med andre instanser, samt med arbeidsgivere, sammen med deltakeren. Det gir ro slik at deltakeren kan konsentrere seg om jobb og behandling. En sier:

Det er veldig bra. Jeg trenger bare å fokusere på å komme meg på jobb. Resten hjelper han [JS] meg med. Det er veldig bra og det hjelper meg.

Styrker deltakernes egenmotivasjon: Det går igjen i deltakernes beskrivelser at jobbspesialisten «har troa». Jobbspesialisten har synliggjort muligheter og styrket motivasjonen. Inntrykket fra intervjuene er at deltakerne har opplevd jobbspesialistene som gode på å ta tak i deres egenmotivasjon og bygge videre på denne. En beskriver at «alle» rundt var skeptiske til at deltakeren søkte jobb innen psykisk helse, mens jobbspesialist la vekt på å identifisere utfordringer og finne løsninger.

Gir forståelse og utfordrer: Det går igjen i deltakernes beskrivelser at jobbspesialisten forstår dem og «ser hele mennesket». Inntrykket er at mange opplever at jobbspesialisten har innsikt i deltakernes psykiske helseplager og tilrettelegger godt.

Deltakerne beskriver at de selv får bestemme hyppigheten på kontakten med jobbspesialisten og tempoet i aktiviteter. Én sier: «Jeg har kontrollen føler jeg, og da tør jeg mer». Samtidig beskriver flere at jobbspesialisten styrker deres «friske sider» og utfordrer når det er nødvendig:

Det har vært kjempeflott og en veldig støtte. Samtidig har jeg blitt pushet litt, dette får du til. Det har ikke blitt sydd puter under armene, og det trenger man veldig. Så det ikke blir stakkarslig heller.

Inntrykket er altså at mange opplever en god balanse mellom støtte, selvbestemmelse og utfordringer.

Hva fungerer mindre godt i jobbspesialistens oppfølging?

Deltakerne er altså hovedsakelig fornøyde med jobbspesialist, men beskriver også forhold som fungerer mindre godt.

Flere beskriver at de har hatt bytter av jobbspesialist underveis i IPS, noe som utfordrer kontinuitet i oppfølgingen. Enkelte beskriver det også som vanskelig å bli kjent med nye jobbspesialister og fortelle om seg selv på nytt, og dermed blir slike bytter utfordrende.

Videre stiller noen av deltakerne spørsmål ved om de blir lite selvstendige når jobbspesialisten er tett på, og de har selv tatt initiativ til å ta ansvar for flere oppgaver selv, slik som å holde i kontakten med andre instanser. Enkelte tar opp risiko for at jobbspesialisten blir «ekstrapsykolog», noe som kan gi uønskede virkninger:

Jobbspesialisten sier ting jeg tenker at hun ikke burde sagt. Handler om psykiatri og hun har ikke så mye kompetanse på det. Hun har noen ganger lagt i meg følelser for eksempel, jeg sier noe jeg synes er vanskelig, også sier hun at nå kommer du til å grue deg, og da tenker jeg på det, men jeg gruet meg egentlig ikke.

Inntrykket er altså at det er en risiko for at jobbspesialisten blir for involvert, særlig i deltakernes psykiske helseutfordringer. Erfaringene er likevel varierte her. Det er også de som beskriver at jobbspesialisten tydelig kommuniserer å ikke ha behandlerkompetanse og legger vekt på selvstendigjøring.

6.2.3 Jobboppfølging

Deltakerne beskriver å stå uten jobb som vanskelig. En sier:

Jeg ønsker gjerne å si noe om hvordan det er å ikke være i jobb. Det er helt grusomt å være uten jobb, det er så vondt [...] Man bare eksistere og er ikke en del av samfunnet. Derfor er det veldig viktig å få hjelp, og kartlegge hvordan man kan få det til enda bedre.

Alle vi snakker med har et sterkt ønske om å jobbe, men flere sier at de ved oppstart i IPS så på muligheten til å få jobb som «umulig». Med hull i CV-en og psykiske helseplager erfarer flere å havne langt ned på lista hos arbeidsgivere. For en del gjelder også psykiske helseplager at aspekter ved å jobbe er utfordrende.

Flertallet av deltakerne vi snakker med har som nevnt innledningsvis fått jobb i løpet av tiden i IPS. Mange sier at god jobbmatch var viktig for å få og bli i jobb, herunder grundig kartlegging, bistand til å finne nye jobbmuligheter og tilpasning. Deltakerne har også hatt behov for psykisk støtte, og for flere har det vært viktig at denne støtten fortsetter inn i arbeidsforholdet. En deltaker forteller om samtaler med jobbspesialisten etter hver arbeidsdag i en overgangsperiode, for å mestre arbeidsforholdet. Noen har fått oppfølging over flere år, mens de gradvis har trappet opp arbeidsdeltakelsen.

Det er også flere av deltakerne som beskriver at å jobbe har bidratt til bedret helse. En sier:

Jeg fant selvtilliten på jobb, utrolig viktig for tilfriskning. Jeg kunne kjenne at jeg var flink. Det er viktig for troa på meg selv og få mer kapasitet til å jobbe med dypere ting

Mange beskriver at jobb er betydningsfullt og bidrar til at de kjenner seg «normal» og «verdifulle». Samtidig er det enkelte av deltakerne som har opplevd det som for krevende å være i jobb. Én beskriver behandlingen som såpass omfattende at samtidig jobb ble for mye, og én opplevde å ikke være psykisk i stand til å klare å stå i jobb ennå.

6.3 Samarbeid med behandlerne og de andre tjenestene

6.3.1 Samarbeidet med behandlerne

I IPS skal det som nevnt tidligere i rapporten være et samarbeid mellom deltakeren, behandleren og jobbspesialisten. Her ser vi på hvordan deltakerne opplever dette samarbeidet, herunder hvorvidt de opplever at behandlingen støtter opp om målene for jobb de setter sammen med jobbspesialisten.

Det varierer en del hvor ofte deltakerne har felles møter med jobbspesialisten og behandleren. Noen beskriver at de snakker sammen «hele tiden», andre at det er møter noen ganger i halvåret, og andre igjen sier de hovedsakelig møter de to hver for seg.

Temaene i møtene varierer også en del, men er gjerne knyttet til jobbstatus, muligheter videre og aktivitetsplan. Et eksempel er samtaler om arbeidskapasitet og riktig mengde jobb samtidig med behandling.

Flertallet snakker også med behandleren individuelt om jobb, og sier at behandlingen støtter opp om fastsatte jobbmål. En sier for eksempel at hun snakker med behandleren om mønstre hun har hatt og hvordan det påvirker jobb, og har fått oppgaver og lesestoff.

Samtykke for å utveksle informasjon mellom behandleren og jobbspesialisten

Helsepersonell har taushetsplikt om informasjon de får om pasienter, og kontakt mellom behandleren og jobbspesialisten i IPS krever dermed samtykke fra pasient. Det varierer om deltakerne er kjent med om det foreligger samtykke eller ikke. Det er noen av deltakerne som har fått tydelig informasjon og som har skrevet under på samtykkeerklæring. Andre er usikre på om de har skrevet under på en erklæring, og andre igjen sier de har gitt samtykke muntlig. De fleste oppgir at de synes det er til deres fordel at behandleren og jobbspesialisten snakker sammen. Én sier at hen går ut fra at de to ikke snakker sammen uten å involvere deltakeren.

Hva fungerer bra i samarbeidet med behandlerne?

Som nevnt innledningsvis i kapittelet er det for en del av deltakerne viktig at jobbstøtten er tilknyttet behandlingen, og deltakerne beskriver behandleren som en viktig støttespiller.

Mange opplever at samarbeidet med jobbspesialisten og behandleren fungerer godt. Samarbeidet gjør at deltakerne slipper å påse informasjonsflyt og koordinering, noe som gir ro til å fokusere på jobb. Videre bidrar samarbeidet til at de ulike rollene drar i samme retning:

Det er kanskje det viktigste, at de to jobber sammen. Du føler du kan snakke litt med begge to om hele situasjonen. Og at de støtter opp under det samme

Flere beskriver at samarbeidet bidrar til gjensidig forståelse. Det blir gitt eksempler på situasjoner hvor jobbspesialisten bidrar til at behandleren bedre forstår deltakerens synspunkter, og motsatt. Deltakerne kjenner seg med det godt støttet. Flere sier også at konkrete verktøy de har fått fra behandleren har bidratt til å få og stå i jobb.

Hva fungerer mindre bra i samarbeidet med behandlerne?

Flere av deltakerne beskriver at de får færre timer med behandling enn de har behov for, eller at de i perioder har stått uten behandling. Det går utover tilfriskning for jobb. I tillegg er det noen av deltakerne som beskriver at mangel på behandler bidrar til at de bruker jobbspesialist som «ekstrapsykolog», og at det kan bli gråsoner mellom rollene.

Manglende behandling gir også usikkerhet rundt fortsatt deltakelse i IPS. En deltaker sier om kravet om samtidig behandling:

At jobbspesialist begrenses til behandlingsløpet er ikke hensiktsmessig, trykket i psykiatrien gjør at man ikke får lange forløp

En del beskriver at de i perioder har fått fortsette i IPS også uten behandling, eller de er overført til behandling i kommunen. Det er imidlertid også deltakere som har blitt avsluttet.

6.3.2 Samarbeid med NAV og andre tjenester

De fleste deltakerne har lite kontakt med sin NAV-veileder. Ved kontakt er det gjerne for å få økonomirådgivning og ytelser og enkelte har fått tiltak som etablererskole eller mentorordning. Deltakerne ønsker ikke hyppigere kontakt, hovedsakelig fordi de får dekket behovet for veiledning gjennom IPS. En del nevner også uenigheter med NAV som grunn til at de ønsker lite kontakt. Her beskriver flere at jobbspesialist har mer innsikt i deltakerens situasjon og er mer fleksibel, og de opplever kommunikasjonen som bedre i IPS. Flere får bistand fra jobbspesialisten i kontakten med NAV, slik som at jobbspesialisten deltar i møter eller avklarer mulige tiltak.

6.4 Oppsummering

De deltakerne vi har intervjuet er fornøyde med IPS. Flertallet har fått informasjon om IPS fra behandleren eller NAV-veilederen sin, og de fleste har raskt fått møte med jobbspesialisten. De får støtte til å kartlegge jobbmuligheter, finne en god jobbmatch og til å identifisere utfordringer og løsninger. De beskriver oppfølgingen som variert, og inntrykket er at deltakerne får aktiviteter tilpasset etter behov. Mange beskriver jobbspesialisten som en vesentlig støtte, og fremhever at de føler seg sett og forstått. Deltakerne er særlig fornøyde med at jobbspesialist er tilgjengelig, styrker egenmotivasjon og gir forståelse. Samtidig er det visse forhold som fungerer mindre

godt, slik som bytter av jobbspesialist og at oppfølging for noen kan bli for tett. Flere tar også opp at informasjon om tilbudet bør være lettere tilgjengelig.

Deltakerne opplever samarbeidet mellom dem selv, behandleren og jobbspesialisten som godt. De samhandler gjerne om temaer slik som jobbstatus, muligheter videre og aktivitetsplan. Samarbeidet mellom jobbspesialisten og behandleren gjør at deltakerne slipper å påse informasjonsflyt og koordinering, noe som gir ro til å fokusere på jobb. Samtidig beskriver flere det som en utfordring at de får færre timer med behandling enn de har behov for, eller i perioder står uten behandling, noe som blant annet gir usikkerhet rundt om de får fortsette deltakelsen i IPS.

Flere av deltakerne har fått jobb i løpet av tiden i IPS. For disse var det viktig med en god jobbmatch og psykisk støtte, og noen beskriver det som viktig at støtten fortsatte inn i arbeidsforholdet. Mange beskriver at jobb er betydningsfullt og bidrar til at de kjenner seg «normal» og «verdiful». Samtidig er det enkelte av deltakerne som har opplevd det som for krevende å være i jobb.

7 Organiseringens betydning for drift, samarbeid og kvalitet

En viktig problemstilling i denne studien er hvilken betydning organiseringen av IPS-tilbud har for drift, samarbeid og kvalitet. De relevante kvalitetsmålene gjelder i denne sammenheng kvaliteten i integrasjonen mellom jobbspesialist og behandlingsteam. I dette kapitlet viser vi hovedfunnene våre knyttet til organisering og integrasjon, og drøfter hvilken betydning manglende integrasjon har for kvaliteten i tjenesten, med utgangspunkt i informantenes tilbakemeldinger. Vi drøfter også kort fordeler og ulemper med ulike typer organisering, og avslutter med å gjengi informantenes egne ønsker om mer samstemte føringer for gjennomføringen av IPS.

7.1 Nye føringer og presiseringer har skapt endringer og uro

Hovedpunktene i de nye føringene og juridiske presiseringene som har vært kommunisert til IPS-tjenestene de siste årene, er IPS-jobbspesialistens arbeid ikke er å anse som helsehjelp etter helselovgivningen. Dette har betydning for hvordan rollen kan utøves. Jobbspesialisten omfattes ikke av helsepersonell-lovgivningen og dermed ikke av taushetsplikten som ligger i rollen til helsepersonell. Dette kan igjen påvirke i hvilken grad IPS-tjenesten kan være fullt integrert ved behandlingsstedet, slik kvalitetskriteriene for IPS anbefaler.

Vi finner at de nye føringene og oppdaterte juridiske presiseringene for gjennomføringen av IPS har skapt endringer og uro. Dette gjelder både innen IPS-tilbud i helsesektoren og i NAV.

Dersom vi legger kvalitetsskalaen for IPS til grunn, og målene for integrasjon som er fastlagt der, tyder undersøkelsen på tettere integrasjon mellom jobbspesialist og behandlingsteam blant IPS-tjenestene i helsesektoren, enn blant tilbud som er organisert i NAV. Jobbspesialister eller arbeids- og utdanningsspesialister ansatt i helsesektoren, har fast kontor plass i helsetjenesten, og de deltar i større grad på behandlingsmøter. En del av dem har tilgang til å dokumentere opplysninger i pasientjournalen. Både casestudien og spørreundersøkelsen tyder også på en tettere integrasjon blant tjenestene som har minst én jobbspesialist ansatt i helsetjenesten. Det er likevel usikkerhet blant enkelte av casene i helse om de etter regelverket kan fortsette å jobbe etter IPS-metodikken, og hvorvidt de kan prioritere denne tjenesten fremover. Casene som er organisert i helse, oppgir at de ikke har systematisk samarbeid med NAV, men ad hoc kontakt knyttet til enkeltdeltakere etter behov.

Når det gjelder IPS-tjenester som er organisert i NAV, det vil si at jobbspesialist er ansatt i NAV, tyder vår undersøkelse på varierende grad av integrasjon. I spørreundersøkelsen oppgir et stort flertall at de har gjort endringer knyttet til punktene for integrasjon som følge av nye føringer og presiseringer. Det varierer hvilken tilgang jobbspesialist har hatt til informasjon tidligere, men i casene fikk vi flere eksempler på at jobbspesialistene tidligere har hatt både journaltilgang og tilgang til hele behandlingsmøtet, men at dette ikke lenger er tilfellet. Det varierer hvorvidt jobbspesialister ansatt i NAV har fast kontor plass i helsetjenesten. Det er enkelte eksempler på at tjenestene har funnet nye løsninger som fungerer bra, men som krever mye av enkeltansatte å få til. For eksempel har en leder i helse ringt til alle pasientene for å innhente samtykke til at jobbspesialisten deltar på hele behandlingsmøtet.

Flere av informantene trekker frem at det er vanskelig å få til full integrasjon mellom jobbspesialist og behandlingsteam, når jobbspesialisten er ansatt i NAV. Vi finner at mange strekker seg langt for å gi et IPS-tilbud av god kvalitet, selv om det helt klart fremstår mer tungvint når jobbspesialisten ikke kan samhandle like tett og sømløst med behandlerne som tidligere. Tjenestene får altså samhandlingen til å fungere, men antakelig er et viktig suksesskriterium for fortsatt godt samarbeid at tilbudene er godt etablert og at de involverte aktørene kjenner hverandre godt.

Mange av de vi snakket med, påpeker at det unike med IPS er integrasjonen og at de følger en evidensbasert metodikk som har vist seg å gi gode resultater på overgang til arbeid. Vi finner at det er vanskeligere å gi et IPS-tilbud i tråd med kvalitetsskalaen, med de juridiske føringene som foreligger.

7.2 Hvilke konsekvenser får manglende integrasjon for kvaliteten i IPS-tilbudene?

Når integrasjonen mellom jobbspesialist og behandler fungerer bra, opplever våre informanter at tilbudet til deltakeren blir helhetlig, og at arbeidsrettet aktivitet og behandling støtter opp om hverandre. Behandleren og jobbspesialisten jobber med hver sine verktøy, og vektlegger ulike ting, og drar samtidig nytte av hverandre underveis. Én av behandlerne vi intervjuet fremstilte det slik:

Jeg er opptatt av klinisk problemstilling, hvilken metode, hva bør jeg være forsiktig med, hvordan få bevegelse. Jobbspesialisten jobber mer med, jeg tenker de jobber mer med hva er mulige fremtidsplaner, er det noe vi kan prøve for å komme i jobb. Jeg hører mange føler seg godt hjulpet på det. (...) Jeg fokuserer på det kliniske. Da fornemmer jeg at pasienten kjenner plan hos IPS og kommer oppmuntret til meg, ser mer positivt på de andre problemstillingene, ikke sant.

Enkelte trekker også frem at de tror det smitter over på pasienten når de ser at både jobbspesialist og behandler vil det samme:

Hva vi får til bra? Jeg vil trekke frem samhandling med behandler. Vi er like interesserte i å hjelpe pasienten, og det smitter over på pasient. Vi er heldige med godt samarbeid og da lykkes en bedre også.

Et suksesskriterium for godt samarbeid, er god forståelse og forankring av IPS som integrert tjeneste, i både helsesektoren og NAV:

Vi drar på synergiene, vi er reelle kollegaer, da må vi kunne skjønne språket. Vite hva den andre gjør og kan. Det handler om å samarbeide rundt deltageren, da er det en fordel at vi sammen forstår IPS som en sammensatt tjeneste, og ikke separate tjenester.

Selv om samarbeidet flere steder er godt, er det enkelte som peker på at samhandlingen er nettopp det – samarbeid – og ikke en integrert tjeneste, slik vi så i kapittel 5. Redusert integrasjon kan svekke kvaliteten i IPS.

7.2.1 Konsekvenser for deltakerne

Kapittel 6 viser at brukertilfredsheten med IPS-tjenestene ser ut til å være høy. Intervjuene tyder på at deltakerne opplever samhandlingen mellom jobbspesialist og behandler som god, og at de i liten grad merker at integrasjonen kan være noe svekket eller vanskeligere å få til ved noen av tilbudene.

Dette finner vi støtte for i intervjumaterialet fra tjenestene. En av jobbspesialistene uttalte:

Jeg tror ikke pasientene merker det, for vi står på hodet for å få det (integrasjonen) til å fungere!

Inntrykket er altså at IPS-tjenestene får til å skjerme pasienter for utfordringer knyttet til integrasjon etter de nye føringene, men de opplever at det krever mye innsats. Samtidig er flere bekymret på deltakernes vegne for hva som kan skje dersom integrasjonen ikke er god. Dette handler særlig om at behandler bør få informasjon om hvordan arbeid påvirker symptomtrykket hos den enkelte deltaker, slik at deltaker får hjelp til å håndtere dette. Jobbspesialisten på sin side skal støtte opp med å bidra til å tilrettelegge i arbeidssituasjonen. Da er det også viktig med informasjon fra behandling om hvor mye aktivitet som er hensiktsmessig, slik at symptomtrykket ikke øker.

Konsekvenser for pasientenes klagemuligheter

Én av tjenestene pekte på at det er en utfordring for pasientenes klagemuligheter at jobbspesialistens arbeid ikke kan defineres som helsehjelp. Dette er ikke direkte knyttet til integrasjon av tjenestene, men har direkte sammenheng med de nye føringene fra Helsedirektoratet. Ved en av tjenestene har de ansatte erfart at en person ønsket å klage på noe knyttet til IPS-tjenesten, og sendte klage til statsforvalter. Statsforvalter sendte ifølge informantene klagen i retur uten å behandle den, fordi IPS ikke er ansett som helsehjelp og statsforvalter derfor ikke er rett klageinstans. Informantene var usikre på om det å endre tittel fra jobbspesialist til arbeids- og utdanningsspesialist har betydning når det gjelder pasientenes klagemuligheter.

Slike tilfeller forekommer antakelig ikke ofte, men en slik gråsone kan ha konsekvenser for rettsikkerheten til pasientene/deltakerne.

7.2.2 Konsekvenser for den løpende samhandlingen rundt deltaker

Både behandlere og jobbspesialister erfarer at den løpende samhandlingen og dialogen rundt den enkelte deltaker er mer krevende når jobbspesialisten ikke er så integrert som ønskelig i behandlingsteamet. Flere jobbspesialister sier at de bruker mye tid på å få snakke med behandler. Det gjelder både for de som ikke har fast tilstedeværelse på behandlingsstedet, men også for jobbspesialister med fast kontorplass, men som ikke lenger har tilgang til pasientjournalen. En av jobbspesialistene i siste kategori sier:

Før sendte jeg gule lapper i DIPS til behandler. Nå må jeg henge gule lapper på døra til behandler!

En annen sier:

Det er travle hverdager med ulike møtetidspunkter. Synd at vi ikke har oversikt over hva den andre driver med når vi møter pasient på samme område. At ikke jobbspesialisten kan sjekke når pasienten er her uten masse ekstra tidsbruk. Før kunne de se når de hadde time, sendte med spørsmål og oppdateringer. Jeg kunne plukke opp tråden i samtale med pasienten. Og jobbspesialist kunne komme innom. Pasienten slipper to møter, mange har lang reisevei.

Det er også noen som trekker frem at det blir vanskeligere for behandler og jobbspesialist å trekke i samme retning, og å støtte opp om deltakers jobbdeltakelse, når behandler og jobbspesialist har mindre kontakt. En behandler sier:

Samarbeid for å dra i samme retning og spisse mot jobb er ikke så lett å gjennomføre når jeg ikke ser hvor saken står fra sist til nå. Jeg må bruke timen på at pasienten skal forklare meg.

Flere trekker frem at både behandler og jobbspesialist går glipp av verdifull informasjon når de ikke har løpende kontakt og mulighet for dialog i journalsystemet. I noen tilfeller kan dette skape kritiske situasjoner for deltakeren. Vi har tatt med eksempler fra én jobbspesialist og én behandler:

Det er en kjempestor utfordring at vi ikke har tilgang til journalen. Samarbeidet var mye bedre før. Kunne se når de hadde møter, hva det var fokus på. Kunne sende melding i tilknytning til pasienten. Nå er det mye telefon, de er opptatt og vi er opptatt. Vi må være forsiktige med pasientopplysninger. Behandlerne er fjernere fra oss. Det er et kjempetap. Det er vanskeligere å følge opp for dem, med tanke på psykisk helse. Pasienten sier ting og de vet ikke om det er fulgt opp. Det har vært uheldige situasjoner. For eksempel: En pasient hadde trøbbel med økonomi, og henvendte seg til jobbspesialist fordi hun er mer tilgjengelig. Informasjon om at pasient var suicidal kom ikke frem til meg. Jeg er ansvarlig behandler. Det kunne blitt veldig alvorlig. I DIPS ville jeg fått informasjonen med en gang. Nå tar det lang tid å få kontakt.

Jeg mener IPS er en farlig metodikk for ROP-pasienter dersom arbeid og helse ikke henger sammen, med journalføring. Når vi med viten og vilje setter denne gjengen i ordinært lønnet arbeid, og forventer at symptomtrykket øker. Det er kjernen her! Vi vet at symptomene øker. Vi vet at dette skjer. Dersom IPS ikke er GODT integrert i helseteam, får de ikke den hjelpen de trenger for å håndtere symptomtrykkene. Så dette har jeg forklart statsforvalter grundig. Men dersom helseteamet er påkoblet og dialogen er til stede, får vi komme til der vi IKKE fikk temperaturen opp nok i behandlingssituasjonen. Er behandlingsrommene lukka for JS vil jo ikke dette lykkes. Alle må være inneforstått med deltagerens situasjon.

Enkelte jobbspesialister trekker også frem at de juridiske presiseringene har ført til at de blir usikre på hva de kan dele av informasjon mellom behandler og jobbspesialist om felles deltakere. Enkelte jobbspesialister blir også usikre på hvor de kan dokumentere opplysninger og hvor mye de kan skrive, for eksempel i oppfølgingsverktøyet Jobbsporet:

Det at deltakere hele tiden må gi samtykke til alt mulig. At behandler kan si ting til meg og jeg kan si ting til behandler. Det er enda flere flaskehalsen nå etter nye føringer. Jeg blir mer redd for ting, jeg passer mer på hva jeg sier: Oi, jeg tør ikke si dette til behandler! Før sa jeg lettere at nå er jeg bekymret for deltaker. Jeg synes det er vanskelig å være trygg på taushetsplikten, og det gir treghet i alt. Det blir misforståelser og feilplasseringer. Deltakere havner i feil jobb, som kunne vært unngått. Vi mister litt linken mellom behandler, meg og deltaker. Før visste jeg mer hva som er problemet. Nå må jeg føle meg mer frem fordi behandler ikke kan dele like mye, de har ikke tid til det. Deltakere kan bli feilplassert, i feil jobb, fordi informasjonen kom for sent. Litt famle i blinde mer nå enn før. Jeg blir urolig i magen fordi jeg ikke vet nok om dem.

En siste konsekvens av svekket integrasjon er at behandlerne kan «glemme» IPS-tilbudet og at færre pasienter blir vurdert som deltakere til IPS – noe som igjen kan føre til at færre får tilbudet:

Jeg ser at behandlere kan glemme oss litt. Det er nok mange som vektlegger det. Det er behandlere jeg sliter med, som svarer en måned etterpå. Det er mange sånne tilfeller. I journalsystemet må de svare, der er det synlig om de ikke svarer. Vi ble behandlet mer som dem før, som helsepersonell, nå må vi klore oss mer fast. Vi må være mer på hugget nå og rekke opp hånda. Faren er at de glemmer oss. De sykeste er de vi skal hjelpe og noen behandlere glemmer det. Nå kan vi minne de på det på mandagsmøte. Det var lettere før med DIPS. Vi var mer i teamet.

7.2.3 Konsekvenser for forankring og fremtidig drift

Flere informanter i tjenestene peker på at det har tatt tid å få til god integrasjon i de eksisterende IPS-tilbudene. Sektorene har ulike mål og det tar tid å få en felles forståelse av betydningen av integrasjon. Én av respondentene i spørreundersøkelsen kommenterer at det har tatt to år å få til god integrasjon. I kapittel 5 så vi at ansatte i IPS-tjenesten i helsesektoren er bekymret for om de har god nok støtte hos ledelsen til at de kan jobbe etter IPS-metodikken fremover og om disse oppgavene vil bli prioritert, fordi signalene fra Helsedirektoratet oppfattes som at helsesektoren «ikke skal drive med

IPS.» Vi så også at noen av IPS-tilbudene som er organiserte i NAV frykter at helsesektoren ikke vil prioritere å bruke tid på samarbeid om IPS fremover. Noen har allerede erfart mer skepsis fra helsetjenesten. Flere peker også på at det ville vært vanskelig å etablere nye IPS-tilbud slik de juridiske rammebetingelsene er nå. Én av grunnene er at det fremstår vanskeligere å argumentere for at helsetjenesten skal investere tid i IPS.

Vi finner at godt eierskap og forankring i begge sektorer, og en felles forståelse for IPS-modellen, er avgjørende for en god gjennomføring. Samtidig har NAV tydelige føringer på at NAV skal tilby IPS-tiltak, blant annet i form av øremerkede budsjettmidler hvert år. Når det gjelder helsesektoren, opplever flere at føringene er at de ikke skal prioritere IPS. Vår vurdering er altså at det er særlig behov for god lederforankring i helsesektoren - at ledelsen tydelig viser at de ønsker tilbudet, legger til rette for samarbeid og signaliserer at behandlerne skal bruke tid på det. Lederforankring, særlig i helsesektoren, er viktig også for å kunne finne gode løsninger for integrasjon.

Flere av informantene er enige i dette:

Det må forankres på ledernivå i helse. Vi er ikke en avlastningstjeneste, men en integrert del. Der har jeg litt inntrykk av at andre steder har litt utfordringer, de tenker «bra med jobb og utdanning», men er ikke villig til å ta den jobben som en helhetlig tilnærming (krever). Da blir det ikke bra, da blir det parallelt. Dette er noe som skal skje sammen.

Jeg føler jeg blir dratt mellom NAV og helse, men det er ryddet mye opp i. Jeg vil si det går bra det samarbeidet, men det har vært to sterke ledere. Hvor vi skal sitte fysisk for eksempel. Vi kan ikke sitte på NAV og det skjønner ikke NAV fordi de kan ikke jobben vår godt nok. (Helsetjenesten) skjønner det, for de ser arbeidshverdagen vår. Mens i NAV føler ikke leder at hun har helt kontroll på oss fordi vi ikke er der, men vi må være ute i helsetjenesten. Det har vært en lang prosess altså. Det er mangel på innsikt i jobben vår som gjør at leder i NAV ikke helt har skjont det. Det er bedre nå. Har hatt fellesmøter med NAV og (helsetjenesten) og det virker som det fungerer veldig bra nå.

7.3 Fordeler og ulemper med ulike typer organisering

Undersøkelsen vår tyder på at det er en fordel om jobbspesialisten er ansatt i helse for å få til full integrasjon i IPS-tjenesten. Samtidig er det klare fordeler med at IPS-tjenesten er organisert i NAV. Organisering av IPS-tjenesten innen arbeids- og velferdsetaten gir en forutsigbarhet når det gjelder finansiering. IPS-tjenestene i NAV er finansiert over en egen budsjettpost i NAVs tiltaksbudsjett, tiltak i Arbeids- og velferdsetatens egenregi. Over tid har midlene til IPS-tilbud i NAV økt, og det har vært politisk interesse for å satse på dette tiltaket. NAV har jobbet over tid med å sikre at IPS-tilbudet blir spredt til hele landet. Arbeids- og velferdsetaten har hatt mulighet til å etablere mange tjenester, og har tydelige styringslinjer til NAV fylkene og kontorene når det gjelder tiltaksplanlegging og gjennomføring. Arbeids- og velferdsdirektoratet har også utviklet et eget digitalt verktøy for å dokumentere jobbspesialistenes arbeid og støtte opp under de ulike stegene i oppfølgingen av deltakeren. Verktøyet heter Jobbsporet og er relativt nytt. Det er bare jobbspesialistene i NAV som har tilgang til systemet.

Det er også opprettet regionale rådgivere for IPS som skal bistå IPS-tilbudene i NAV med spørsmål om implementering og drift, og som skal bidra til erfaringsdeling og faglig utvikling. Vårt inntrykk er at IPS-tilbudene i helse også inviteres inn i slike sammenhenger. Totalt sett er det et stort fagmiljø av jobbspesialister og metodeveiledere ansatt i NAV.

Jobbspesialistene i NAV har også lett tilgang til informasjon om arbeidsmarkedet. På NAV-kontorene er det egne markedskontakter som jobber med å bygge nettverk mellom NAV og arbeidsgiverne. De gjør seg kjent med oppgaver og kompetansebehov, hvilke bedrifter som har rekrutteringsbehov og hvilke bedrifter som har gode forutsetninger for å ta imot kandidater som deltar i IPS. Markedskontaktene får også såkalte direktemeldte stillinger fra arbeidsgiverne, det vil si stillinger som ikke lyses ut ordinært, men som er forbeholdt NAVs brukere. Disse stillingene kan også jobbspesialistene benytte seg av.

Selv om mange av deltakerne oppgir at de har lite kontakt med NAV-veilederen sin, mener flere jobbspesialister i NAV at slik kontakt er viktig. Det er særlig viktig for å få god veiledning knyttet til ytelser og økonomi, men også for å få oversikt over virkemidlene som NAV kan bistå med i oppstarten av et arbeidsforhold, så som lønnstilskudd.

Sitatet under oppsummerer:

Fordel å være ansatt i helse, da er du integrert, det er lettere med personvern. Men det er fordeler med NAV også. Flere pasienter har noe på gang med NAV, AAP eller noe sånt. Da kan jeg sende Teamsmelding, jeg har tilgang til NAV. Jeg har også tilgang til Jobbsporet. Tror ikke det er såpass mange fordeler med å være på et spesifikt sted som tilsier at vi skal endre det sånn det er i dag.

Undersøkelsen vår viser at IPS-tjenester som har ansatte i både helsetjenesten og NAV kan ha fordeler fordi de får tilgang til systemer, kontorere, virkemidler og informasjon på begge sider. Samtidig er denne typen organisering ofte resultat av et spleiselag, der flere tjenester bidrar med finansiering inn i IPS-tjenesten. Dette kan gi uforutsigbar finansiering og drift, fordi det fordrer at alle prioriterer midler til IPS fra år til år.

7.4 Behov for felles styringssignaler og tilpasset regelverk

Inntrykket vårt fra undersøkelsen er at det er behov for mer samkjørte styringssignaler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, som viser tydelig at sektorene skal samarbeide om å gjennomføre IPS.

Flere oppfatter at det er uenighet i de to direktoratene som har ført til uro og usikkerhet blant IPS-tilbudene.

Jeg sitter med en følelse av at det er to nivåer her. Det er på et vis fagavdelingene og de som står klinikkene nærmere, versus juridisk fortolkning. Og det brevet signaliserer ganske sterkt, tenker jeg, at det er en intern uenighet her. Og så tenker jeg at det er noe, jeg vet ikke om man skal si politisk, men erfaringsmessig så har jo arbeid vært lagt til NAV. Så for mange har det nok vært litt kontraintuitivt at helse skal holde på med dette.

Problemet er manglende enighet i direktoratene. Det skaper merarbeid og friksjon for de som skal gjøre praktisk integrering.

Det pågår en intern konflikt i (Helse-)direktoratet, mellom helse og arbeid som gir utspring i dårlige forhold nedover. Vi skjønner at de diskuterer og de er ikke nødvendigvis enige. Skrivet fra Helsedirektoratet gjorde at våre jobbspesialister mistet tilgang til journalsystemer i sykehuset. Vi kan også miste kontorplass og tilgang til behandlermøtene. Men det er ikke bestemt enda. Om de gjør dette, da er vi en vanlig NAV-tjeneste. I verste fall mister vi kontorplass og tilgang til behandlermøte. Vi har ikke noe påvirkningsplass på denne prosessen, men vi vil løse dette her.

Enkelte informanter påpeker også at det er flere uavklarte spørsmål. Et eksempel er hvordan NAV skal samarbeide med og forholde seg til arbeids- og utdanningsspesialistene.

Informantene fremmer ønske om en tydeligere felles linje fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet som ivaretar at IPS er en metodikk for integrert rehabilitering gjennom behandling og arbeid. Flere etterspør en løsning som skaper rom for samhandling. Dette er det både respondenter i helse og i NAV som trekker frem.

Det er det juridiske som er utfordrende tenker jeg. Der vi har utfordringer. Det er velvilje fra alle parter, men per i dag har vi ikke juridisk plass i helse. Vi har tilbudet på tross av føringer egentlig.

7.5 Avsluttende betraktninger

Når det gjelder betydningen av organisering for kvaliteten i IPS, tyder intervjuene med deltakere på at de ikke har blitt direkte berørt av endringene som har skjedd i gjennomføringen av IPS-tjenestene. Det tyder på at tjenestene har klart å få til en god gjennomføring av tjenestene til tross for at de har måttet jobbe på en annen måte enn før. Intervjuene med ansatte viser også tydelig at de viser stort engasjement i å levere en tjeneste av god kvalitet, også når regelverk og føringer gjør det tungvint å få til god integrasjon mellom arbeids- og velferdssektoren og behandlingsapparatet.

Samtidig har vi fått eksempler fra casene på at tjenestene får til integrasjon og samarbeid takket være det man må kunne kalle ildsjeler. I enkelte tjenester har enkeltansatte innsats utover det man kan forvente, for å få IPS-tilbudene til å kunne fortsette i tråd med kvalitetsskalaen. Det er et spørsmål hvordan samarbeid og integrasjon mellom de to sektorene vil fungere etter hvert som nye ansatte kommer til, som ikke nødvendigvis har samme engasjement.

Funnene våre viser tydelig at samarbeidet mellom NAV og helsesektoren er blitt mer krevende i gjennomføringen av IPS. De pasientene som er mest i behov av fullt integrerte tjenester, er antakelig de med de mest alvorlige tilstandene og komplekse sakene. Helsedirektoratet har nå gitt mulighet til å opprette stillinger som arbeids- og utdanningsspesialister i helsetjenesten, som kan være fullt integrerte. Et spørsmål er om man kan åpne for en arbeidsdeling, der helsetjenesten med disse stillingene tar ansvar for arbeidsrehabilitering til personer med de mest alvorlige tilstandene? Kan det tenkes at full integrasjon ikke er like viktig i alle pasientforløp?

Vi har ikke grunnlag for å spå hvordan IPS-tjenestene vil utvikle seg fremover, men peker i denne rapporten på utfordringer ved gjennomføringen av IPS som omhandler sentrale elementer i en evidensbasert metodikk. Vi ser at de nye føringene og juridiske presiseringene har skapt endringer og uro, og at integrasjonen slik denne er definert i IPS kvalitetsskalaen, er svekket. Det er også tegn på at forankringen i helsesektoren er noe svekket. Vår vurdering er at helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren er avhengige av hverandre for å sikre et godt IPS-tilbud som både er tydelig arbeidsrettet og hvor jobbstøtte og behandling er integrerte elementer. Om full integrasjon skal være mulig mellom de to sektorene i gjennomføringen av IPS, må sannsynligvis en lovendring til.

Det er viktig med god lederforankring i begge sektorene for at IPS skal kunne gjennomføres på den måten metoden legger opp til. Funnene våre tyder på at det i dagens situasjon er særlig viktig med god lederforankring i helsesektoren. Det er uheldig dersom tilbud som har fungert bra, ikke kan videreføres i tråd med IPS-metodikken. Det er også viktig med rammer og organisering som sikrer involvering av helsetjenesten i IPS-tilbudene.

Vi finner også at IPS-tjenestene har funnet løsninger som gjør at tilbudet kan gjennomføres i tråd med kvalitetsskalaen, takket være at de to sektorene har jobbet tett

sammen om IPS før de nye føringene og presiseringene kom. Flere hevder at det ville vært vanskelig å starte opp et nytt, godt integrert, IPS-tilbud, slik situasjonen er nå.

De som tar beslutninger om drift av tjenesten, kjenner ikke nødvendigvis metoden inngående, og ser ikke konsekvensene av at tjenesten ikke kan gjennomføres i tråd med metodikken. Det er uheldig, slik vi ser det.

Deltakerne ved IPS-tjenestene som vi har intervjuet, er tydelig fornøyde med tilbudet. Fremover mener vi det er viktig at helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren sammen legger til rette for at IPS-tjenestene kan gjennomføres i tråd med kvalitetsskalaen, og sikrer en videre drift med god kvalitet.

Litteratur

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Anthony, W.A. & Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 5-23.

Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(2), 193–206.

Bond, G. R., Peterson, A. E., Becker, D. R. & Drake, R. E. (2012). Validation of the revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatric Services*. 63:758–63.

Bonfils, I. S., Hansen, H., Dalum, H. S., & Eplov, L. F. (2017). Implementation of the individual placement and support approach – facilitators and barriers. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(4), 318-333.

Clark, R. E., Bush, RW, Becker, D. R., & Drake, R. E. (1996). A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitative day treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 24, 63-77.

Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Sage Publications.

de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Bergmans, C. & Bond, G. R. (2020). Fidelity and IPS: does quality of implementation predict vocational outcomes over time for organizations treating persons with severe mental illness in the Netherlands? *Soc Psychiat Epidemiol*. 55:1607–17.

Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Torrey, W C., McHugo, G. J., & Wyzik, R F. (1994). Rehabilitative day treatment vs. supported employment: Vocational outcomes. *Community Mental Health Journal*, 30, 519-532.

Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Wyzik, P F., & Torrey, W C. (1996a). Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness: A replication study. *Psychiatric Services*, 47, 1125-1127.

Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W.A., & Clark, R. E. (1996b). The New Hampshire Study of Supported Employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 391-399.

Drake, R. E. (1998). A brief history of the Individual Placement and Support model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 3–7.

Drake, R. E., Becker, D. R. & Bond, G. R. (2020) Growth and sustainment of individual placement and support. *Psychiatric Services*. 71:1075–7.

Drake, R. E. & Bond, G. R. (2023). Individual placement and support: History, current status, and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2(3).

Evensen, S., Ueland, T., Lystad, J. U., Bull, H., Klungsøyr, O., Martinsen, E. W., & Falkum, E. (2017). Employment outcome and predictors of competitive employment at 2-year follow-up of a vocational rehabilitation programme for individuals with

schizophrenia in a high-income welfare society. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), 180-187.

Falkum, E., Klungsøyr, O., Lystad, J. U., Bull, H. C., Evensen, S., Martinsen, E. W., ... & Ueland, T. (2017). Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-11.

Hegelstad, W. T. V. (2017). Sluttrapport: JobbResept - Virker det? Stavanger: Helse Stavanger.

Hegelstad, W. T. V., Joa, I., Heitmann, L., Johannessen, J. O., & Langeveld, J. (2019). Job- and school prescription: A local adaptation to individual placement and support for first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 859-866.

Helsedirektoratet (2023). Individuell jobbstøtte (IPS). Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/individuell-jobbstotte-ips>

Kim, S. J., Bond, G. R., Becker, D. R., Swanson, S. J. & Langfitt-Reese, S. (2015). Predictive validity of the Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25): a replication study. *J Vocat Rehab*. 43:209–16.

Nøkleby, H., Blaasvær, N. & Berg, R. C. (2017). Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. [Supported Employment for people with disabilities: a systematic review] Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

Regjeringen. (2024). Statsbudsjettet 2024: Statens inntekter og utgifter. <https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2024/statsbudsjettet-2024-statens-inntekter-og-utgifter/id2996213/>

Reme, S. E., Grasdahl, A. L., Løvvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(10), 745-752.

Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Sveinsdottir, V., Løvvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. (2019). A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(1), 33-41.

Rogers, E. S., Walsh, D., Masotta, L., Danley, K. (1991). *Massachusetts survey of client preferences for community support services* (Final report). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Schafft, A., & Spjelkavik, Ø. (1999). A Norwegian approach to supported employment: arbeid med bistand. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 12, 147-158.

Spjelkavik, Ø. (2012). Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37(3), 163-172.

Stirling, Y., Higgins, K., & Petrakis, M. (2017). Challenges in implementing individual placement and support in the Australian mental health service and policy context. *Australian Health Review*, 42(1), 82-88.

Sveinsdottir, V., Løvvik, C., Fyhn, T., Monstad, K., Ludvigsen, K., Øverland, S., & Reme, S. E. (2014). Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway. *BMC Psychiatry*, 14, 307.

Sveinsdottir, V., Bull, H. C., Evensen, S., Reme, S. E., Knutzen, T., & Lystad, J. U. (2020). A short history of individual placement and support in Norway. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43(1), 9.

Swanson, S. J., Becker, D. R., Bond, G. R. & Drake, R. E. (2017). *The IPS supported employment approach to help young people with work and school: a practitioner's guide*. Rockville, MD: IPS Employment Center, Westat; 2017.

Swanson, S. J. & Becker, D. R. (2022). *IPS supported employment: 2022 update to The Practical Guide*. New York, NY: IPS Employment Center, Research Foundation for Mental Hygiene; 2022.

Talbot, E., Bird, Y., Russell, J., Sahota, K., Schneider, J., & Khalifa, N. (2018). Implementation of individual placement and support (IPS) into community forensic mental health settings: Lessons learned. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(6), 338-347.

Vukadin, M., Schaafsma, F. G., Westerman, M. J., Michon, H. W., & Anema, J. R. (2018). Experiences with the implementation of Individual Placement and Support for people with severe mental illness: a qualitative study among stakeholders. *BMC Psychiatry*, 18, 1-9.

Yamaguchi, S., Sato, S., Shiozawa, T., Matsunaga, A., Ojio, Y. & Fujii, C. (2022). Predictive association of low- and high-fidelity supported employment programs with multiple outcomes in a real-world setting: a prospective longitudinal multi-site study. *Adm Policy Ment Health*. 49:255–66.

Øverland, S., Grasdal, A. L., & Reme, S. E. (2018). Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(10), 703-708.