



# Arbeidsfokus på DPS – samarbeid med Nav



RÅDET FOR PSYKISK HELSE



PROBA  
samfunnsanalyse

---

Rapport 2016 - 03



Proba-rapport nr. 2016-03, Prosjekt nr. 14059

ISSN: 1891-8093

HB, PDS, RB/LEB, 22. april 2016

--

Offentlig

--

# Arbeidsfokus på DPS – samarbeid med Nav

Et samarbeidsprosjekt mellom Proba  
samfunnsanalyse og Rådet for psykisk helse  
Finansiert av Nav FARVE – forskningsmidler arbeid  
og velferd



# Forord Proba samfunnsanalyse

Denne rapporten er resultat av et prosjektsamarbeid mellom Proba samfunnsanalyse og Rådet for psykisk helse. Prosjektet er finansiert av Nav FARVE – forsøksmidler arbeid og velferd.

Proba står ansvarlig for innholdet i rapporten. Helene Berg har vært prosjektleder, Pia Dybvik Staalesen og Rune Busch prosjektmedarbeidere og Lars-Erik Becken kvalitetssikrer. Vi har hatt jevnlige samtaler og fått gode innspill av prosjektleder Werner Fredriksen i Rådet for psykisk helse.

Vi vil takke de som har bidratt med informasjon og synspunkter, særlig alle som ga av sin tid og kunnskap ved våre besøk i Nordland, Sør-Trøndelag og Agderfylkene: Representanter for Nav fylker og Nav-kontorer, helseforetak og DPS-er, BUP, kommunehelsetjeneste og skole.

Oslo, april 2016

Proba samfunnsanalyse

# Forord Rådet for psykisk helse

Psykiske lidelser rammer en stor del av befolkningen i løpet av livet. For de aller fleste er det bra for den psykiske helsen å være mest mulig i normal aktivitet, også når de sliter psykisk. Det kan være i arbeid eller utdanning, gjerne med tilpassede oppgaver og arbeidsmengde når det er nødvendig. Slik aktivitet gir rutiner, opplevelse av deltakelse og et nettverk.

Mange personer med psykiske lidelser er både brukere hos NAV og pasienter ved DPS. For å sørge for samtidighet og koordinering av behandling og aktivitet, er det viktig med et godt samarbeid mellom DPS og NAV. At to sektorer med ulikt ansvarsområde og mandat finner sammen, bidrar til økt kunnskap om hverandres kompetanse og til trygghet, som igjen bidrar til at den som trenger hjelp fra begge blir møtt på en helhetlig måte. Rådet for psykisk helse ønsket derfor å undersøke om det er etablert en systematisk samhandling mellom DPS og NAV der det å snakke om arbeid er en del av behandlingen. Rådet for psykisk helse søkte sammen med Proba samfunnsanalyse og fikk tildelt midler fra NAV FARVE – forsøksmidler arbeid og velferd til denne undersøkelsen.

I denne rapporten fra Proba er det mye god lesning om de ulike samarbeidsmodellene de identifiserte. Kunnskap er viktig, og derfor ønsker vi at flere får kjennskap til innholdet i denne rapporten. Gjennom inspirasjonssamlinger (møteplasser) med ansatte fra DPS og NAV som jobber med målgruppen, vil vi styrke og spre kunnskapen om dette til enda flere. Det virker når tjenestetilbydere snakker sammen. Vi har møtt entusiasme og stolthet over hva en får til når en finner frem til gode rutiner og systemer for samhandling.

Vi tror på at dette vil være med på å korte ned overgangen til arbeid for pasienter ved DPS fremover. Det igjen kan bidra til et liv for den enkelte der en kan være i jobb og oppleve større grad av livsmestring.

Det er derfor gledelig å registrere at helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten (NAV) nå er bedt av regjeringen, i oppdragsdokumentet, om å finne frem til velfungerende samarbeidsformer.

Lykke til!

Tove Gundersen

generalsekretær i Rådet for psykisk helse

# Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER.....	1
1 INNLEDNING.....	8
1.1 Bakgrunn.....	8
1.2 Problemstillinger.....	10
1.3 Arbeid og psykisk helse – strategier og plandokumenter.....	10
1.4 Metoder.....	13
1.5 Disposisjon og oversikt over samarbeidsprosjektene i casene.....	16
2 VEKTLGGING AV ARBEID VED DPS.....	18
2.1 Overordnede planer for å inkludere arbeidsperspektivet.....	18
2.2 Systemer/rutiner.....	19
2.3 Holdninger til vektlegging av arbeidsperspektivet i DPS.....	21
2.4 Praksis i DPS-ene.....	24
3 SAMARBEID MELLOM DPS OG NAV.....	27
3.1 Samarbeidsavtaler.....	27
3.2 Møtepunkter/arenaer.....	30
3.3 ”Daglig samarbeid” mellom Nav og DPS.....	32
3.4 DPS' erfaring med Navs tiltak.....	34
4 KONKRETE AKTIVITETER OG PROSJEKTER.....	37
4.1 Omfang av aktiviteter og ordninger for å sørge for arbeidsfokus i behandlingen.....	37
4.2 Nytte av ulike tiltak og ordninger.....	39
5 AKTIVITETER MED UTSPRING I NORDLANDSSYKEHUSET.....	42
5.1 Kompetansesenter for arbeid og psykisk helse.....	42
5.2 Jobbhuset.....	44
5.3 Kom i jobb.....	45
5.4 TRU.....	46
5.5 Vær i skole.....	48
5.6 Andre grep og elementer i samarbeidet.....	50
5.7 Utfordringer ved samarbeidet.....	51
5.8 Betydning av samarbeidet og prosjektene for arbeidsmåter i Nav og DPS.....	54
5.9 Suksesskriterier og råd.....	56
6 SAMARBEID PÅ FLERE ARENAER I SØR-TRØNDELAG.....	58
6.1 Nav-los, gjeldsrådgivning og Jobbspesialist til pasientene på Nidaros DPS.....	59
6.2 ”Samarbeid på tvers” og Nav-los for unge voksne på Tiller DPS.....	63
6.3 Synspunkter på samarbeid hos helseforetaket.....	67
7 TILTAKSSAMARBEID OG SAKSDRØFTINGSVERKSTEDER I AGDER...	68
7.1 Tiltak i DPS-regi i Kristiansand.....	69
7.2 Drop-in i Aust-Agder.....	73
7.3 Forankring i helseforetaket.....	79

8	CASE OG PROSJEKTER PÅ TVERS .....	81
8.1	Ulike typer prosjekter og modeller for samarbeid .....	81
8.2	Utfordringer.....	84
8.3	Suksesskriterier .....	86
	LITTERATURLISTE.....	88
	ORD OG UTTRYKK .....	89



# Sammendrag og konklusjoner

## Resymé

*Arbeid og arbeidsrettet aktivitet er gunstig for de aller fleste personer med psykiske lidelser. I prosjektet har vi kartlagt status for inkludering av arbeid i behandlingen ved landets DPS-er og deres samarbeid med Nav. På grunnlag av intervjuer med en rekke aktører, beskriver vi gode eksempler på samarbeidsmodeller og aktiviteter i fire fylker. Disse er ment som inspirasjon for DPS-er og andre aktører innen helsetjenestene, Nav og beslutningstakere.*

## Bakgrunn

Psykiske lidelser rammer om lag halvparten av den norske befolkningen i løpet av livet. Mange med psykiske lidelser får nedsatt arbeidsevne og har problemer med å komme i eller beholde jobb. I januar 2016 hadde 41 prosent av personene som mottok arbeidsavklaringspenger (AAP) en psykisk lidelse som hoveddiagnose. For de fleste er det gunstig for den psykiske helsen å være mest mulig i normal aktivitet. Det kan være i arbeid eller utdanning, eventuelt med tilpassede oppgaver og arbeidsmengde. Slik aktivitet gir rutiner, følelse av deltakelse, mestring og nettverk.

Tradisjonelt har det vært klare skiller mellom medisinsk behandling og arbeidsrettet oppfølging og aktivitet. Det har vært vanlig å tenke behandling først, deretter arbeid. To sentrale aktører for å bistå personer med psykiske lidelser er de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) på behandlingssiden, og Nav når det gjelder arbeid. DPS-ene er en del av spesialisthelsetjenesten for psykisk syke, og er underlagt helseforetakene. Nav forvalter helserelaterte livsoppholdsytelser og arbeidsrettede tiltak for å bistå brukere med å få og beholde jobb.

For å sørge for samtidighet og koordinering av behandling og aktivitet, er det viktig med et godt samarbeid mellom DPS og Nav. Dette er blitt understreket i flere nasjonale strategier, sist i Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016). Nav fylke har siden 2007 hatt fylkeskoordinatorer for arbeid og psykisk helse, og i de fleste fylkene er det nå inngått samarbeidsavtaler mellom Nav og helseforetak om innsatsen på dette området.

For å få kunnskap om i hvilken grad arbeid og utdanning faktisk vektlegges i behandlingen ved DPS-ene og samhandling mellom DPS og Nav, utformet Rådet for psykisk helse og Proba samfunnsanalyse høsten 2014 en prosjektsøknad til Nav FARVE – forsøksmidler arbeid og velferd.

## Problemstillinger

I undersøkelsen har vi ønsket å studere holdninger og praksis knyttet til arbeidsrettet aktivitet i behandlingen for pasientene ved DPS, samt status og potensial for samarbeid med Nav:

- I hvilken grad vektlegger DPS-ene arbeid (og utdanning) som del av/i tillegg til behandling som gis ved DPS? På hvilken måte inkluderes

arbeidsdimensjonen på DPS – på ledelsesnivå og hos den enkelte behandler?

- Hvilke samarbeidsavtaler foreligger mellom DPS og Nav på fylkesnivå?
- Hvordan foregår samarbeidet mellom DPS og det enkelte Nav-kontor? Hvilke gode eksempler finnes på samhandling mellom DPS og Nav, og hva kan andre DPS/Nav-kontorer lære?

Et viktig formål har vært å vise gode eksempler på samarbeid som kan være til inspirasjon for DPS-er og andre aktører innen helsetjenestene, Nav og beslutningstakere.

Vi har benyttet flere datakilder i undersøkelsen. De viktigste er intervjuer av 12 av Navs fylkeskoordinatorer for arbeid og psykisk helse, en spørreundersøkelse til alle DPS-ene (enhetsledere/seksjonsledere), og besøk i fire fylker for å gjøre casestudier, med intervjuer av en rekke aktører. Casene ble valgt ut for å illustrere gode eksempler på samhandling og aktiviteter, og for å dekke ulike typer samarbeidsmodeller og aktiviteter, hvor arbeid er en viktig faktor. Samarbeidsmodellene og -prosjektene vi har studert er i Nordland, Sør-Trøndelag og Agderfylkene.

Vi oppsummerer her funnene når det gjelder vektlegging av arbeid som del av behandlingen ved landets DPS-er og deres samarbeid med Nav, for deretter å beskrive og drøfte de eksemplene vi fant i casene.

### **Vektlegging av arbeidsperspektivet ved landets DPS-er**

Spørreundersøkelsen til DPS-ene viser at det er stor enighet blant enhetslederne om viktigheten av at arbeid inkluderes i behandlingen. Etter manges mening blir ikke dette vektlagt i særlig grad i styringsdokumenter fra helseforetaket, og et flertall av dem har ikke selv handlingsplaner eller andre plandokumenter som skal sikre at arbeid inkluderes som del av behandlingen til pasientene.

Det er på den annen side en relativt stor andel av DPS-ene som har maler eller rutiner som fanger opp pasientenes arbeids- og utdanningsstatus i forbindelse med inntakssamtale, og for å ta opp arbeid/aktivitet som tema i konsultasjoner. Et stort flertall av respondentene oppgir dessuten at arbeid ofte er tema i behandlingsmøtene ved enheten.

Når det gjelder praksis, svarer nesten alle respondentene ja på spørsmål om de har inntrykk av at behandlerne i deres enhet inkluderer arbeid som del av behandlingen. Både spørreundersøkelsen og intervjuene våre gir indikasjoner på at det har vært en positiv endring ved DPS-ene de siste årene når det gjelder å tenke arbeid.

Hovedbildet av både holdninger og praksis på DPS er altså relativt positivt, til tross for at praksis ikke nødvendigvis har støtte i overordnede plandokumenter. Det er imidlertid begrenset hvor mye den enkelte behandler kan få til alene når det gjelder å bistå pasienter i arbeidsrettet aktivitet. Samarbeidet med Nav blir derfor sentralt.

## Samarbeid mellom Nav og DPS

Nesten alle fylkeskoordinatorene vi intervjuet fortalte at de har formelle samarbeidsavtaler med helseforetaket om arbeid og psykisk helse, og de som ikke har det jobber med å få på plass en slik avtale. I spørreundersøkelsen er det likevel et mindretall av lederne ved DPS som svarer at de kjenner til slike avtaler med *Nav fylke* – enten det er på helseforetaks- eller DPS-nivå. Når det gjelder samarbeidsavtaler eller -prosjekter mellom DPS eller enheter ved DPS og det *lokale Nav-kontoret* er det imidlertid 60 prosent som svarer bekreftende på at de har det.

Nesten halvparten av respondentene oppgir at det ikke er faste møtepunkter mellom Nav og DPS-et utenom oppfølging av enkeltpasienter. Et flertall av de som *har* slike møter synes at de er nyttige eller svært nyttige når det gjelder å øke behandlernes kompetanse om arbeid og psykisk helse.

De fleste respondentene mener at det har blitt mer samarbeid med Nav de siste årene. Det er imidlertid delte meninger om hvor stor betydning dette samarbeidet har for vektleggingen av arbeid i behandlingen, selv om det er flere som svarer at det har stor betydning enn som svarer at det har liten betydning. Mange svarer ”verken eller” på dette spørsmålet.

Hovedinntrykket fra spørreundersøkelsen er at det er relativt mindre bevissthet ved DPS-ene omkring samarbeid med Nav, enn det er om egen praksis for å inkludere arbeid i behandlingen.

## Forekomsten av konkrete aktiviteter og prosjekter

I intervjuene med fylkeskoordinatorene fikk vi informasjon om at det foregår en rekke typer aktiviteter, ordninger og prosjekter for å støtte opp under arbeidsfokuset i behandlingen ved DPS, og/eller for å bistå pasientene med å få/beholde jobb.

I spørreundersøkelsen er det mange enhetsledere som oppgir at de har IPS-prosjekter eller ”IPS-inspirerte prosjekter”. IPS – på norsk ”individuell jobbstøtte” – er en oppfølgingsmetode som skal hjelpe personer med psykiske lidelser over i ordinært arbeid. En jobbspesialist følger personen tett over en lengre periode mens vedkommende er i arbeid, med en standardisert metodikk, og med nært samarbeid mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og Nav. Siden 2013 har det pågått et randomisert forsøk med IPS i sin rendyrkede form, hvor metodikken testes ut i syv piloter. I tillegg har Helsedirektoratet en tilskuddsordning for utprøving av individuell jobbstøtte.

I spørreundersøkelsen er det hele 45 prosent av respondentene som oppgir at de deltar i et IPS-forsøk. Mange av disse må være IPS-prosjekter finansiert av tilskuddsordningen til Helsedirektoratet eller egenfinansierte tiltak som tar i bruk IPS-metodikk. Mellom 70 og 80 prosent av de som har IPS svarer at det er et nyttig eller veldig nyttig tiltak både for behandlere og pasienter. Aller flest mener at IPS er nyttig med hensyn til å gi råd og veiledning til pasienten om hvordan de skal skaffe/beholde jobb, dernest for at pasientene faktisk skal komme i jobb.

Av andre konkrete ordninger/tiltak, er det et stort flertall som svarer at de har en sosionom eller annen ansatt på DPS som de eller pasientene kan henvende

seg til om problemstillinger knyttet til arbeid. 1/3 oppgir at det er en Nav-ansatt eller jobbspesialist (for eksempel fra tiltaksarrangør) som har kontortid på DPS, og som har en liknende funksjon.

Særlig det å ha en Nav-ansatt eller jobbspesialist på DPS blir vurdert som nyttig: For det første for behandlerne – både ved å gi råd og veiledning angående hvordan pasienten kan komme/fortsette i jobb, og ved å øke deres kompetanse om arbeid og psykisk helse. For det andre for at pasienter kommer i jobb. Ordningen blir vurdert som enda mer nyttig enn IPS på dette området. Å ha en sosionom eller liknende ansatt på DPS anses først og fremst å ha nytte med hensyn til å gi behandlere kjennskap til Navs virkemidler og ytelser. Det er en relativt lav andel som mener at denne ordningen har god nytte for å øke behandlernes kompetanse om arbeid og psykisk helse eller for at pasienter kommer i jobb.

### **Typen aktiviteter og prosjekter i casefylkene**

Blant informantene i casefylkene våre er det stor oppslutning om betydningen av å inkludere arbeid i behandlingen, og de ser få begrensninger for når arbeid er aktuelt for pasientene. Selv for de sykeste kan det være gunstig med arbeiderrettet aktivitet og arbeid som tema i behandlingen. Det er også stor enighet om at det er viktig for både DPS og Nav å ha et godt og strukturert samarbeid. I casefylkene er det ulike former for samarbeid mellom DPS og Nav (og andre aktører). Vi har kategorisert aktivitetene/prosjektene i fire typer (disse er ikke klart avgrenset, noen prosjekter har elementer fra flere av typene):

#### *1. Møteplasser og kommunikasjonskanaler*

Møteplasser og kommunikasjonskanaler er ordninger og tiltak som sørger for kontakt og dialog mellom etatene/instansene på veileder-, behandler- og/eller fagansvarlignivå. I casene så vi ulike eksempler på faste saksdrøftingsverksteder, det vil si møteplasser der Nav-veiledere og behandlere diskuterer enkeltsaker. Et svært enkelt tiltak for å lette kommunikasjonen er å utveksle kontaktinformasjon til enkeltveiledere og -behandlere. Noen har også hatt kompetanseutviklingsprosjekter, som å holde kurs hos hverandre, eller delta på seminarer eller konferanser sammen.

#### *2. Utveksling/deling av arbeidsressurser*

Flere av ordningene vi har sett på innebærer at ansatte i Nav, DPS og eventuelt kommunehelsetjenesten har kontortid i hverandres lokaler. Det kan være jobbspesialister eller andre som er ansatt på DPS som har kontortid på Nav-kontoret, eller Nav-ansatte som har fast kontortid på DPS. Personene kan delta i samtaler med brukerne/pasientene, delta i møter på avdelingene/i teamene, og ellers være tilgjengelig for de ansatte for å diskutere enkeltsaker eller svare på mer generelle spørsmål.

#### *3. Samarbeid om arbeidsrettede tiltak*

Blant de prosjektene vi kan kalle arbeidsrettede tiltak finner vi to typer: varianter av IPS med oppfølging i ordinært arbeidsliv, og spesialtilpassede lavterskeltiltak med arbeidstrening i mer skjermede omgivelser. Et særskilt kjennetegn ved

IPS-prosjektene i casefylkene er at de utnytter jobbspesialistene i flere aktiviteter, for eksempel til samtaler med pasienter som ikke er ”inne i IPS”, kurs og metodeutvikling, de kan ha arbeidstid på både Nav-kontoret og DPS, delta i møter i behandlingsteamene og være bindeledd mellom Nav og DPS.

#### 4. Kompetansesenter

I ett av fylkene er det etablert en paraplyorganisasjon – kompetansesenter for arbeid og psykisk helse. I tillegg til å representere en organisasjonsmodell, kan det ses på som et eget ”prosjekt” med egne aktiviteter: Å koordinere aktivitetene innenfor arbeid og psykisk helse, drifte nettverket av de samarbeidende aktørene, og ikke minst drive forskning og kunnskapsformidling og utvikling av tjenester. De har lagt vekt på å inkludere brukermedvirkning i utviklingsarbeidet. En av de pågående oppgavene er dessuten å arbeide med en konkretisering av samarbeidsavtalen mellom Nav fylke og helseforetaket.

#### Nytte av aktivitetene

De fire typene aktiviteter har nytte på ulike, men overlappende, områder. For det første har de nytte for Nav-veiledere og behandlere som skal vurdere og koordinere bistanden til brukeren/pasienten. Det er særlig møteplassene og kommunikasjonskanalene som har en slik funksjon, ved å sørge for utveksling av informasjon om den enkelte bruker, ved at aktiviteter som igangsettes av de respektive instansene blir koordinert, og ved å senke terskelen for å ta kontakt utenom de faste møtepunktene. De sørger også for at behandlere og Nav-veiledere blir kjent med hverandre, opparbeider seg samme kompetanse om arbeid og psykisk helse, samt forståelse for hverandres virkemidler og rammebetingelser. Møteplassene gir på denne måten bedre tjenester til brukerne, og de opplever at Nav- og helsesiden kommuniserer på en mer enhetlig måte.

Tiltakene som handler om å utveksle/dele arbeidsressurser har noen av de samme funksjonene for behandlerne og Nav-veilederne, men bidrar særlig direkte overfor brukerne: De kan ha samtaler med en representant for helse- og Nav-siden sammen, og/eller kan få oppklart spørsmål med ”den andre part” der og da. Nav kan komme tidligere på banen, og brukerne har lettere tilgang til helsekompetanse mens de får arbeidsrettet oppfølging. Det siste kan være avgjørende for å takle endringer i sykdomsbildet (noen ganger ”trigget” av arbeidsdeltakelsen). Ordningene gir et godt grunnlag for samtidighet av behandling og arbeidsrettet oppfølging.

Samarbeidene om arbeidsrettede tiltak sørger for at brukerne får et oppfølgingsopplegg og valg av arena for aktiviteten som er tilpasset nettopp deres sykdomsbilde/fungering, og som møter deres behov for samtidighet av bistand fra de som har kompetanse på arbeid og de som har kompetanse på psykisk helse. Mange av informantene i casene har savnet slike tilbud.

Nytten av kompetansesenteret handler (indirekte) om flere av de samme faktorene. I tillegg gir det en robusthet og forankring av arbeidet, sørger for spredning av kompetanse og sikrer at aktivitetene drives kunnskapsbasert.

## Organisering og finansiering

De fleste av de eksemplene vi beskriver i casene er organisert som prosjekter, men noen er en del av den ordinære driften ved Nav-kontoret eller DPS. I ett av casene er all aktiviteten koordinert under en enhet ved sykehuset. Det varierer hvilke aktører som er involvert i aktivitetene, særlig om kommunehelsetjenesten er inne.

Noen av aktivitetene trenger ingen særskilt finansiering, men inngår som en naturlig del av de arbeidsoppgavene de ansatte skal gjøre. Dette gjelder for eksempel saksdrøftingsverksteder (møteplasser for å diskutere enkeltsaker). Det kan også dreie seg om helt enkle ”grep” som ikke har noen kostnader, slik som utveksling av kontaktinformasjon. Ellers kan aktivitetene være finansiert med tidsbegrensede prosjektmidler, av helsesiden alene (helseforetaket og/eller kommunen), av Nav alene (gjørne med tiltaksmidler), eller en kombinasjon. Noen av aktivitetene innebærer at ansatte dedikerer deler av arbeidstiden sin, eller at stillinger omgjøres. Arbeidsgiveren tar dermed et finansieringsansvar.

## Særlige utfordringer

Utgangspunktet for alle initiativene i casene er å bygge ned grensene mellom etatene. Vi snakker imidlertid om store etater, med et vidt ansvarsområde og ulike mandater og ”kulturer”. Samfunnsoppdraget er forskjellig. Vi (og informantene selv) peker særlig på disse utfordringene:

- *Resultatmål og produksjonskrav:* Både Nav og DPS har høye produksjonskrav. Særlig for DPS kan det være utfordrende å forene politiske føringer om samarbeid med høye krav til antall konsultasjoner.
- *Regelverk:* Regelverket for Navs arbeidsrettede tiltak og for livsoppholdsyttelsene kan av og til være en barriere for individuell og fleksibel utforming av bistanden.
- *Geografiske faktorer:* DPS sine opptaksområder er sjelden sammenfallende med Nav sine. Hvis det er mange Nav-kontorer innenfor DPS sitt opptaksområde er det utfordrende å finne samarbeidsarenaer som passer for alle og er praktisk mulig å gjennomføre.
- *Videreføring:* Samarbeidsmodellene vi har studert er i stor grad resultat av prosjektfinansiering og/eller ildsjeler. Utfordringen er å finne løsninger som gjør at de kan videreføres i ordinær drift, og dersom (når) ildsjelene slutter.

Til tross for at det er utfordringer, har de casene vi har sett på fått til mye, og vi beskriver avslutningsvis hva som framstår som de viktigste suksesskriteriene.

## Suksesskriterier

I gjennomgangen av casene har vi identifisert en del felles suksesskriterier. Dette er faktorer som er viktig for at man har lyktes, men også faktorer som kan sikre videreføring.

- *Ledelsesforankring:* Ledelsens involvering og støtte er viktig for å skape eierskap til et felles mål i hele organisasjonen, og sikre at dette består uavhengig av ildsjeler eller enkeltprosjekter. Ledere må gi legitimitet til at

samarbeid er noe man skal drive med til tross for at strukturene og produksjonskrav kan arbeide mot en.

- *Klare retningslinjer og ansvar:* Samarbeidsaktivitetene bør være tydelig definert og roller og ansvar klart plassert. Samarbeidsavtaler bør inneholde relativt detaljerte beskrivelser av formål, rutiner, aktører og ansvar. Ansvar for samarbeidsaktivitetene bør legges til en bestemt stilling hos de involverte aktørene, slik at samarbeidet også følges opp når nøkkelpersoner bytter jobb.
- *Forankring innen psykisk helse:* Vi tror modeller der jobbspesialist eller liknende funksjon er ansatt på DPS og jobber tett med behandlerne gir det største bidraget til bevisstheten om arbeidsrettet aktivitet for pasientene.
- *Sørge for hyppig kontakt, tilgjengelighet:* Kontakt mellom ansatte i Nav og DPS på behandler- og veiledernivå har stor betydning for å få et godt samarbeid. Ved å møtes får man både kunnskap om hverandre, og en lav terskel for å ta kontakt ved en annen anledning.
- *Felles behov, gjensidig innsats:* Samarbeidsaktivitetene må oppfattes som løsninger på et konkret behov både hos Nav og DPS, og partene må oppfatte at de er jevnbyrdige. Jevnlige evalueringer av aktivitetene sikrer at de treffer eventuelle skiftende behov. Når samarbeidet hele tiden oppfattes som relevant og nyttig for begge sider, er det lettere å legitimere tidsbruk og sikre videreføring.



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Om lag halvparten av den norske befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet, om lag en tredel i løpet av ett år (FHI 2009). I januar 2016 hadde 41 prosent av personene som mottok arbeidsavklaringspenger (AAP) en psykisk lidelse som hoveddiagnose. Mange med psykiske lidelser kan ha problemer med å komme i eller beholde jobb. Samtidig vet vi at arbeid er bra for den psykiske helsen.

Psykiske lidelser omfatter alt fra lettere til moderate angst- og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som for eksempel schizofreni. For mange med disse lidelsene vil det være gunstig å være mest mulig i normal aktivitet, herunder i arbeid eller utdanning, eventuelt med tilpassede oppgaver og arbeidsmengde. Det er samtidig ikke uvanlig at psykiske helseplager gjør at en person trekker seg tilbake og blir passiv. Slike mønstre bidrar ikke til bedring av helseproblemene, de vil snarere føre til dårligere selvtillit og gjøre det vanskeligere å komme tilbake. Rutiner er viktig ved mange psykiske lidelser, noe særlig arbeid vil kunne gi. Arbeid og utdanning gir i tillegg viktige bidrag som følelse av mestring, deltakelse og nettverk.

Tradisjonelt har det vært klare skiller mellom behandling i helsevesenet og arbeidsrettet oppfølging og aktivitet som Nav har drevet. De distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) er sentrale på behandlingssiden. DPS-ene er en del av spesialisthelsetjenesten for personer med psykiske lidelser, og er underlagt helseforetakene. DPS-ene yter i hovedsak poliklinisk og ambulant behandling. I tillegg har DPS-ene funksjoner som akutt-tjenester, døgnenheter og enheter som tilbyr ulike behandlingsformer.

Nav forvalter de helserelaterte livsoppholdsytelsene, som arbeidsavklaringspenger (AAP), sykepenger og uføretrygd, samt arbeidsrettede tiltak for å bistå brukere med å få og beholde jobb. Slike ytelser og arbeidsrettede tiltak er aktuelle for mange av DPS sine pasienter.

Mens man tidligere tenkte først behandling – så arbeid, viser erfaringer de siste årene at arbeid (eventuelt utdanning) parallelt med behandling er en bedre løsning for mange. Både Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) og den gjeldende Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016) vektlegger samtidighet i behandling og arbeid.

DPS har en viktig rolle i å bidra til at pasienter kan utnytte arbeidsevnen sin. Dette beskrives blant annet i veilederen "Distriktpspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen" (SHDir, 2006). Veilederen legger føringer for oppgavedeling og samarbeid. Her omtales blant annet Nav-kontorene som viktige samarbeidspartnere for DPS. I veilederen heter det: "DPS må være med å legge til rette for at pasienten får mulighet til å utnytte egen arbeidsevne og bidra til arbeidsfastholdelse for dem



som har et arbeidsforhold. Koordinering av ulike tiltak er viktig, slik at det ikke oppstår uheldige venteperioder for pasienten/brukeren. For å få til dette bør det inngås avtale om samhandlingsrutiner med arbeids- og velferdsforvaltningen.”

De siste årene er det gitt tydelige signaler om at DPS og Nav bør inngå strukturert samarbeid. Dette blir blant annet understreket i tildelingsbrevene til Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Tiltak under oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse legger også til rette for tettere samarbeid mellom helsetjenestene og Nav. Samtidig kan samarbeid mellom de to være utfordrende, på grunn av ulike kulturer, målsetninger, lovverk og rammebetingelser. Videre har både Nav-kontorene og DPS-ene høye produksjonskrav. For DPS-ene kan det være utfordrende å forene krav om refusjonsutløsende konsultasjoner og det å bruke tid på samarbeid med Nav. Nav-veilederne har på sin side store brukerporteføljer. I oppfølgingen av brukere med nedsatt arbeidsevne har Nav-veileder og behandler i DPS behov for kontakt for å innhente opplysninger om bruker, og sikre at oppfølgingen fra Nav blir individuelt tilpasset og målrettet. Dersom kontakten med DPS av ulike grunner er tidkrevende eller veilederne ikke har innsikt i hva DPS kan bidra med i en sak, er det lett å tenke seg at samarbeidet begrenser seg til et minimum, som for eksempel å be om spesialisterklæring. Men dersom innsatsen fra DPS og Nav for å hjelpe felles pasienter/brukere er samkjørt og bygger på en felles forståelse, er det lettere å finne varige løsninger – som igjen kan gi besparelser for både Nav og DPS.

OECD gjennomførte rundt 2013 en rekke landstudier innen arbeid og psykisk helse. I landstudien av Norge finner OECD at mange med psykiske lidelser står utenfor arbeidsmarkedet (OECD 2013). Forfatterne foreslår en rekke tiltak for å bedre situasjonen, som i stor grad er i tråd med føringene beskrevet over. Relevant for denne undersøkelsen er:

- Bedre samarbeid mellom arbeids- og velferdsforvaltningen, fastleger og distriktpsikiatriske senter (DPS). Bruke ansatte fra Nav-kontorene i DPS-ene og bruke fastleger i arbeids- og velferdsforvaltningen.
- Mer arbeidsretting inn i virksomheten til DPS-ene. Større vekt på arbeid og psykisk helse i utdanning av allmennleger.
- Øke ressursene til skolehelsetjenesten og styrke samarbeidet med pedagogisk-psykologisk tjeneste. Nærmere kontakt mellom videregående skoler, arbeids- og velferdsforvaltningen og de kommunale helse-tjenestene.

OECD har senest i 2016 anbefalt å styrke arbeidslivsfokuset innen psykiske helsetjenester (OECD 2016). De foreslår blant annet tiltak som øker bevisstheten om det positive bidraget arbeid kan ha for tilfriskningen, og å inkludere arbeid som del av målstrukturen for disse tjenestene. OECD anbefaler også tettere samarbeid mellom psykiske helsetjenester og arbeidsformidlings-tjenester (i norsk sammenheng Nav).

Så vidt vi kjenner til, er det ikke gjort undersøkelser av i hvilken grad arbeid og utdanning vektlegges ved DPS-ene. Det er også lite systematisert kunnskap om samhandling mellom DPS og Nav fylke/Nav-kontorene. Med bakgrunn i dette

utformet Rådet for psykisk helse og Proba samfunnsanalyse høsten 2014 en prosjektsøknad til Nav FARVE.

## 1.2 Problemstillinger

I undersøkelsen ønsket vi å studere holdninger og praksis knyttet til arbeidsrettet aktivitet for pasientene ved DPS, samt status og potensial for samarbeid med Nav. Følgende problemstillinger har vært sentrale:

- I hvilken grad vektlegger DPS-ene arbeid (og utdanning) som del av/i tillegg til behandling som gis ved DPS? På hvilken måte inkluderes arbeidsdimensjonen på DPS – på ledelsesnivå og hos den enkelte behandler?
- Hvilke samarbeidsavtaler foreligger mellom DPS og Nav på fylkesnivå?
- Hvordan foregår samarbeidet mellom DPS og det enkelte Nav-kontor? Hvilke gode eksempler finnes på samhandling mellom DPS og Nav, og hva kan andre DPS/Nav-kontorer lære?

Andre spørsmål vi har undersøkt er hvordan DPS bidrar til at pasienten skal få mulighet til å utnytte egen arbeidsevne. Inkluderer samtaler mellom den enkelte behandler og pasient arbeid som del av rehabiliteringen? Er det forskjell på hvordan behandlere vektlegger arbeidsrettet aktivitet i møte med ulike pasientgrupper?

Vi har også sett på om arbeid inngår som del av planverktøy og strategier på DPS eller i helseforetaket. Videre har vi sett på om Nav oppfattes som en viktig samarbeidspartner for DPS. På hvilken måte samhandler de to aktørene, hvilke barrierer og muligheter finnes for samarbeid? Hvem har tatt initiativ til samarbeid, og på hvilken måte er samarbeidet forankret? Hvilken nytte gir et slikt samarbeid, for Nav og DPS?

Prosjektet er særlig ment å skulle gi innsikt i hva som skal til for å få til samhandling mellom DPS og Nav-kontorene, samt vise gode eksempler på samarbeid som kan være til inspirasjon for andre DPS-er og andre aktører innen helsetjenester, Nav og beslutningstakere.

## 1.3 Arbeid og psykisk helse – strategier og plandokumenter

Tre plandokumenter har vært førende for utviklingen av tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og for helhetstenkningen rundt disse pasientene: *Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)* *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)* og den gjeldende *Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016)*.

Den tiårige *Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2008)* beskrev en helhetlig politikk som tar for seg alle sider ved tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser. Målet med tjenestene er at brukeren skal mestre eget liv. Funksjon, mestring og ressurser skulle vektlegges, mens sykdom skulle

nedtones. Det var også et mål at det skulle bli mer kunnskap og åpenhet rundt psykisk helse og psykiske lidelser. Opptrappingsplanen la også grunnlaget for organiseringen av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse, med etablering av distriktpspsykiatriske sentre som ett av hovedsatsingsområdene. Deler av spesialisthelsetjenesten for psykisk syke skulle flyttes fra de sentraliserte psykiatriske sykehusene nærmere pasientenes hverdagsliv.

Målsettingen med den påfølgende *Nasjonale strategiplan for arbeid og psykisk helse* var å videreføre og styrke den arbeidsrettede innsatsen i opptrappingsplanen. Strategien skal legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser lettere skal nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, blant annet gjennom tettere oppfølging av den enkelte. Det sentrale tiltaket i den forbindelse var etableringen av veilednings- og oppfølgingslosere i Nav. Losen skal veilede personer med psykiske helseproblemer/rusproblematikk som ønsker å komme ut i arbeid, og som har behov for sammensatte tjenester og tett oppfølging. Losen er en fagperson på området arbeid og psykisk helse og kan veilede bruker over tid og etter behov for å finne en jobb og/eller beholde en jobb. Ordningen med veilednings- og oppfølgingslosere ble evaluert av Proba (Proba, 2012). Rapporten viser at losene har et omfattende samarbeid med DPS og det øvrige behandlingsapparatet. Fra 2013 ble ordningen avsluttet som et prosjekt, og lagt inn som en ordinær tjeneste ved utvalgte Nav-kontorer. Høsten 2014 var det 44 kontorer som hadde en veilednings- og oppfølgingslosere.

Tilrettelagte tilbud med integrert behandling og tett oppfølging i ordinært arbeidsliv, og tilpasset den enkeltes behov, framheves som suksessfaktorer i flere sammenhenger. Et eksempel på tilbud i skjæringspunktet mellom behandling og attføring/arbeidsrettet oppfølging er forsknings- og utviklingsprosjektet Jobbmestrende oppfølging (JMO) som også ble etablert under strategiplanen. Tiltaket retter seg mot personer med psykoselidelser. Deltakerne i JMO tilbys tett, individuelt tilrettelagt, oppfølging, kombinert med kognitiv atferdsterapi eller kognitiv trening. Tiltaket krever tett samarbeid mellom psykisk helsevern og Nav. Forskningsprosjektet er nå avsluttet, men det er fremdeles mulig å søke midler fra Helsedirektoratet for å drive Jobbmestrende oppfølging. Metoden i tiltaket er hentet fra Individual Placement and Support (IPS) – på norsk "individuell jobbstøtte". IPS er en systematisk oppfølgingsmetode som skal hjelpe personer over i ordinært, lønnet arbeid. En jobbspesialist følger personen tett over en periode mens vedkommende er i arbeid. Metodikken er standardisert og basert på en manual. Tiltaket retter seg mot personer med moderate eller alvorlige psykiske lidelser. Det er lagt opp til at kommune, spesialisthelsetjeneste og Nav skal arbeide integrert. Siden 2013 har det også pågått et randomisert forsøk med IPS i sin rendyrkede form, hvor metodikken testes ut i syv piloter. Dette forsøket er et samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Utover de syv IPS-pilotene, har Helsedirektoratet også opprettet en tilskuddsordning for utprøving av individuell jobbstøtte. I 2014 fikk ti IPS-inspirerte prosjekter støtte gjennom tilskuddsordningen. Tidligere har flere prosjekter fått støtte.

Slik vi oppfatter det, danner kjennskap til IPS-metodikken og internasjonal forskning om denne grunnlaget for mye av motivasjonen for samarbeids-

prosjektene Nav – helse. Forskningsprosjektene knyttet til JMO og IPS, samt støtteordningene, har vært utløsende for noen av samarbeidsprosjektene vi har studert i denne undersøkelsen. Vi har imidlertid valgt å ikke se spesifikt på IPS-pilotene i det nasjonale forsøket.

Under strategiplanen har alle Nav fylkene hatt fylkeskoordinatorer for arbeid og psykisk helse, med ansvar for å koordinere innsatsen knyttet til arbeid, psykisk helse og rus. Fylkeskoordinatorene har hatt en viktig rolle i fagutviklingen innen arbeid og psykisk helse. De har også vært sentrale i å få de relevante aktørene (hovedsakelig Nav og DPS) til å møtes og diskutere felles utfordringer og løsninger. I noen av de samarbeidsprosjektene vi har undersøkt, har fylkeskoordinator vært initiativtaker, pådriver eller prosjektleder. Det er ikke lenger øremerkede midler til rollen som fylkeskoordinator. I noen fylker er stillingen videreført i omtrent samme form som tidligere. Andre steder er oppgavene ”lagt i linja” eller har funnet andre organiseringsformer. Så vidt vi kjenner til har alle fylkene beholdt en slik koordinerende funksjon, i tråd med målet i den gjeldende *Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse*: ”Erfaringene som er gjort med fylkeskoordinatorer skal videreutvikles og bidra til mer integrert samarbeid mellom etatene, samt koordinering og oppfølging av arbeidet med oppfølgingsplanen.”

De overordnede målene med den gjeldende Oppfølgingsplanen, er at personer med psykiske helseproblemer, også de som i tillegg har rusproblemer, skal ha god helse, kunne leve aktive meningsfulle liv, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet.

Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse bygger på erfaringer fra strategiplanen. Tiltakene under Oppfølgingsplanen skal bidra til:

- at personer med psykiske helseproblemer skal kunne gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet med sin kompetanse og arbeidskraft
- fremme inkludering, forebygge sykefravær og motvirke utstøting av personer med psykiske helseproblemer, også de som i tillegg har rusproblemer
- fremme god psykisk helse gjennom læringsmiljøutvikling og forebygging i grunnopplæringen
- legge til rette for at unge med psykiske helseproblemer skal kunne være helt eller delvis i utdanning under og etter behandling, og integreres i ordinært arbeidsliv

I Oppfølgingsplanen identifiseres noen områder hvor det er behov for innsats. For vårt prosjekt er det spesielt relevant å trekke frem at planen skal ivareta og utvikle samarbeid og samhandling på tvers av utdanningsinstitusjonene, arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgssektoren både sentralt og lokalt.

Samarbeid og integrasjon mellom behandlingstjenestene og arbeids- og velferdstjenestene er særlig viktig for at individuell oppfølging av personer med psykiske lidelser skal resultere i at personen kommer i jobb eller klarer å beholde jobb. Et av tiltakene i Oppfølgingsplanen er at ”det skal legges til rette

for samarbeidsavtaler mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helseforetak om arbeidsrettede tiltak og helsemessig behandling. Formålet er å ivareta og videreutvikle det gode samarbeidet som er etablert mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og spesialisthelsetjenesten gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012). Samarbeidsavtalene bør også tydeliggjøre utfordringer og definere målsettinger for samarbeidet. Avtalene bør følges opp jevnlig.”

## 1.4 Metoder

Som datakilder i dette prosjektet har vi gjennomført en dokumentstudie og innledende intervjuer ved et DPS, intervjuet 12 av Navs fylkeskoordinatorer for arbeid og psykisk helse<sup>1</sup>, gjennomført en spørreundersøkelse til alle DPS-er og besøkt fire fylker for å gjøre casestudier.

### **Innledende dokumentstudie og pilotintervjuer**

I begynnelsen av prosjektet satte vi oss inn i relevante publikasjoner: forskning, planer og annen dokumentasjon, blant annet fra Nasjonalt kompetansesenter for arbeid og psykisk helse (Napha). Før vi leverte prosjektsøknaden til FARVE, intervjuet vi nøkkelpersoner ved DPS Vinderen og Nav Oslo som var involvert i forsøk med IPS og Jobbmestrende oppfølging, for å få bakgrunnsinformasjon om feltet.

Innledningsvis i prosjektet brukte vi også noe tid på å sette oss inn i hvordan DPS-ene er organisert, samt hvilke oppgaver og mandat DPS-ene har. Som ledd i dette besøkte vi et DPS på Østlandet. Vi intervjuet enhetsleder ved poliklinikk, sammen med en sosionom og en behandler (teamleder). Temaene for samtalen var organisering, pasientgrupper, former for behandling, rutiner i pasientforløpet og samarbeid med Nav. Dette pilotbesøket ga oss svært viktig informasjon, særlig til utforming av spørreundersøkelse og intervjuguider. Som del av pilotstudien intervjuet vi også et av Nav-kontorene i opptaksområdet til det aktuelle DPS-et, samt Navs fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse.

### **Telefonintervjuer med fylkeskoordinatorer for arbeid og psykisk helse**

Som andre trinn i undersøkelsen intervjuet vi et utvalg fylkeskoordinatorer for arbeid og psykisk helse i Nav. Formålet var å få en oversikt over samarbeid mellom Nav og DPS som Nav fylke kjenner til, både på plannivå og i praksis. Vi spurte om eksempler på samhandling og konkrete prosjekter/ordninger som kunne være kandidater til casestudien (se nedenfor). Vi spurte også hvordan Nav fylke generelt vektlegger arbeid og psykisk helse, for eksempel i kompetansehevingsaktiviteter og andre ansvarsområder de har.

---

<sup>1</sup> Sør-Trøndelag, Troms, Aust-Agder, Vest-Agder, Akershus, Telemark, Østfold, Nordland, Rogaland, Hordaland, Hedmark og Buskerud.

<sup>2</sup> DPS-ene varierer mellom å kalle dette nivået enhetsleder og seksjonsleder.

<sup>3</sup> Som allmennpoliklinikk, ambulant akutteam, døgnenhet, sengepost, ruspoliklinikk, FACT,

Til sammen intervjuet vi 12 fylkeskoordinatorer på telefon. I tillegg hadde vi oppfølgende samtaler med fylkeskoordinatorerne i fylkene vi besøkte for casestudier.

## Spørreundersøkelse til alle DPS-er

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse til alle landets DPS-er. Formålet var å få et representativt bilde av hvordan arbeid vektlegges i DPS-enes plan- og strategidokumenter, arbeidsrutiner og i samtaler med pasienten. Videre stilte vi spørsmål om behandleres kjennskap til virkemidler hos Nav, kartlegging av arbeidsstatus og hvilke arbeidsrettede tiltak DPS har. Vi spurte også om hvilke samarbeidsavtaler de har med Nav, når avtalene ble inngått, og hvordan de fungerer.

De innledende intervjuene med fylkeskoordinatorer og besøket på et DPS gjorde det klart at spørreundersøkelsen burde besvares av enhetsledere/ seksjonsledere ved DPS-ene, det vil si ledere for den enkelte poliklinikk, ambulant team osv.<sup>2</sup> Bakgrunnen var at vi ønsket respondenter som har kjennskap til og overblikk over hvordan behandlingen foregår ved de ulike enhetene.

Med en allerede begrenset populasjon var det viktig for oss å få så mange svar på spørreundersøkelsen som mulig. Vi ønsket å unngå å sende ut spørreundersøkelser til postkasseadresser, siden erfaringen med dette tilsier lave svarprosent. Vi prioriterte derfor å skaffe direkte e-postadresser til de relevante lederne. Slik informasjon finnes ikke hos Helsedirektoratet og ikke hos de regionale helseforetakene. Vi tok derfor kontakt med alle de 78 DPS-ene i Norge. Så godt som alle oppga e-postadresser, enten til ansatte eller fellespostkasse. Vi endte opp med å sende ut spørreundersøkelsen til rundt 130 enkeltpersoner, og 20 postkasseadresser for videresending. Totalt fikk vi 97 svar, men noen av respondentene svarte bare på noen få spørsmål.

Svarene fra spørreundersøkelsen dekker alle de regionale helseforetakene i Norge og ulike typer avdelinger/enheter på DPS-ene.<sup>3</sup> Enhetene dekker en rekke typer psykiatriske diagnoser, og det er stor variasjon i antall ansatte, fra fire til 200. De fleste som svarte hadde vært ansatt mer enn tre år. Henholdsvis 6 og 7 prosent hadde vært ansatt i mindre enn ett år og mellom ett og tre år. I analysen av svarene har vi sett at noen av respondentene trolig er DPS-ledere, basert på det antall kliniske årsverk de oppgir at det er ved deres enhet. De fleste er imidlertid enhetsledere som vi ønsket. Vi har valgt å inkludere alle besvarelsene i datamaterialet.

## Casebesøk i fire fylker

Formålet med case-studien var å identifisere og beskrive gode eksempler på samarbeidsformer og -prosjekter. Vi brukte informasjon fra spørre-

---

<sup>2</sup> DPS-ene varierer mellom å kalle dette nivået enhetsleder og seksjonsleder.

<sup>3</sup> Som allmennpoliklinikk, ambulant akutteam, døgnet, sengepost, ruspoliklinikk, FACT, gruppepoliklinikk, intensiv, personlighetspsykiatri, rehabiliteringsenheter, spesial poliklinikk og tidlig intervensjon.

undersøkelsen og fra intervjuene med fylkeskoordinatorene for å velge ut case. Fra spørreundersøkelsen hadde vi informasjon om hvilke DPS-er som hadde ulike samarbeidsmodeller/-prosjekter med Nav, og hvordan de vurderte nytten av dem.

Da vi valgte case, la vi vekt på å få god spredning i typer samarbeid. Vi ønsket å vise spennet i hva man kan få til – fra mindre omfattende modeller uten behov for egen finansiering til større samarbeidsprosjekter. Noen av modellene vi så på er inkludert som faste rutiner/del av ordinær drift, mens andre er prosjektbaserte.

Vi har justert noe på rammene for caseundersøkelsen i forhold til den opprinnelige prosjektskissen. Det viste seg at de mest interessante eksemplene på samarbeid ikke involverte ett enkelt DPS med tilhørende Nav-kontorer, slik vi hadde lagt til grunn i den opprinnelige planen.

Vi endte opp med å besøke Nordland, Sør-Trøndelag og Agderfylkene. Agderfylkene valgte vi å betrakte som ett case, fordi Sørlandet sykehus helseforetak dekker begge fylkene, og Nav Aust- og Vest-Agder har felles samarbeidsavtale med helseforetaket. I kapittel 1.5 gir vi en oversikt over de viktigste prosjektene/aktivitetene vi har kartlagt.

#### *Informanter og temaer for intervjuene*

I casene intervjuet vi ulike typer aktører avhengig av hvordan prosjektene er organisert. Vi har intervjuet personer som selv var involverte eller kjente godt til samarbeidet – på DPS, Nav-kontorene eller andre relevante aktører. I intervjuene spurte vi om bakgrunn for samarbeidet, hva samarbeidet i praksis går ut på, hvilke avtaler som ligger til grunn, hvordan aktørene vurderer nytten av samarbeidet og hvilke faktorer de mener har vært avgjørende for å lykkes. Videre spurte vi om ledelsesforankring og betydning av den fylkesvise samarbeidsavtalen. De informantene som var tilknyttet DPS ble også spurt om arbeidsfokuset blant behandlerne mer generelt, hvilken erfaring de har med eksisterende Nav-tiltak for målgruppen, samt hvilken erfaring behandlerne har med kontakt med Nav-veiledere fra sak til sak.

I alle casene har vi også intervjuet relevante personer fra ledelsen i helseforetaket, som klinikkjef eller leder for samhandlingsenhet. Temaer for disse intervjuene var i hvilken grad arbeidsperspektivet inngår i overordnede planer eller strategier i helseforetaket, synspunkter på arbeid som del av behandlingen som gis ved DPS, samt synspunkter på samarbeidsavtalen og betydningen av denne.

Informantene i prosjektet er for en stor del personer som selv har vært involvert i å utvikle samarbeidsprosjektene/modellene, eller som deltar i samarbeidet. De har gitt uttrykk for å være stolte av det de har fått til, og er positive til samarbeidsmodellen de er involverte i. De delte likevel synspunkter på utfordringer de har/har hatt i samarbeidet, og hvordan de kunne forbedre seg fremover.

Beskrivelsen av casene gir med andre ord ikke noe representativt bilde av situasjonen på landsbasis. Formålet med casestudien har ikke vært å gi et

representativ bilde, men nettopp å vise ulike eksempler på hva som er mulig å få til, til inspirasjon for andre aktører som ønsker å få til tettere samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdsetaten.

### **Avgrensning fra forsøk med IPS**

Som nevnt pågår det forsøk med Individuell jobbstøtte (IPS) ved utvalgte DPS-er. Vi har ønsket at vår studie skulle være et supplement til forsøket med IPS. IPS passer ikke for alle, og det er ressurskrevende og omfattende i sin originale form. Det vi har ønsket å undersøke, er det generelle fokuset på arbeid/utdanning som ledd i behandlingen ved DPS, hvilken oppfølging og veiledning som gis angående arbeid/utdanning, og hvordan man kan få til gode samarbeidsmodeller og -prosjekter uavhengig av IPS.

## 1.5 Disposisjon og oversikt over samarbeidsprosjektene i casene

I den første delen av rapporten gjør vi rede for svarene i spørreundersøkelsen. Kapittel 2 gir en oversikt over overordnede planer, rutiner og systemer for å sikre inkludering av arbeid i behandlingen på DPS, samt respondentenes holdninger til å vektlegge arbeidsperspektivet som del av behandlingen. I kapittel 3 beskriver vi det generelle samarbeidet mellom Nav og DPS, det vil si forekomsten av samarbeidsavtaler og møtepunkter/arenaer, og i kapittel 4 gir vi en oversikt over konkrete aktiviteter og prosjekter som DPS er involvert i, hvorav en del innebærer samarbeid med Nav. En kort forklaring av enkelte ord og navn på tiltak/aktiviteter finnes i vedlegg.

Den andre delen av rapporten gir en beskrivelse av casene, deres samarbeidsprosjekter og aktiviteter. Vi beskriver det konkrete innholdet i samarbeidet, organisering og finansiering, samt hvilke erfaringer aktørene har når det gjelder både utfordringer og nytte av samarbeidet. Kapitlene 5-7 omhandler henholdsvis Nordland, Sør-Trøndelag og Agderfylkene. I kapittel 8 ser vi casene på tvers: Ulikheter og likheter i samarbeidsmodellene, felles utfordringer og suksessfaktorer.

Tabellen nedenfor viser en oversikt over de ulike prosjektene/aktivitetene i casene.



	Agderfylkene, Sørlandet sykehus HF	Sør-Trøndelag, St. Olav HF	Nordland, Nordlandssykehuset HF
	<b>Arbeidsrettet tiltak i DPS-regi</b>	<b>"Drop-in" saksdrøfting</b>	<b>"Kom i jobb" "Jobbhuset" "Felles ansvar"</b>
<b>Hva går samarbeidet ut på?</b>	Nav og DPS har utviklet innhold og modell i tiltak for pasienter som ønsker jobb. DPS drifter. Nært samarbeid med behandlingsteam.	Nav-los og gjeldsrådgivere har faste tider på DPS, informasjon og veiledning. Jobbspesialist fra Nav deltar i behandlingsmøter.	DPS-ansatt driver oppfølging av unge med rus-, spill- og psykiske problemer. Koordinering, samtidighet. Kontortid på Nav-kontoret.
<b>Hvem deltar i samarbeidet?</b>	Solvang DPS, Nav Kristiansand, Nav Vest-Agder	Nav-los og gjeldsrådgivere har faste tider på DPS, informasjon og veiledning. Jobbspesialist fra Nav deltar i behandlingsmøter.	DPS-ansatt driver oppfølging av unge med rus-, spill- og psykiske problemer. Koordinering, samtidighet. Kontortid på Nav-kontoret.
<b>Organisering og finansiering</b>	DPS drifter tiltaket. Nav sitter i arbeidsgruppe. Finansieres av prosjektmidler (Hdir) og tiltaksmidler (Nav).	Partene har prøvd ut ulike arenaer for samarbeid, vurderer hvilke som skal videreføres.	Forankret i BUP ved Nordlandssykehuset og Bodø kommune (skole og helse), Nav i styringsgruppa.

## 2 Vektlegging av arbeid ved DPS

I dette kapitlet gjør vi rede for resultater fra spørreundersøkelsen når det gjelder overordnede planer, rutiner og systemer for å sikre inkludering av arbeid i behandlingen ved DPS, samt hvilke holdninger respondentene har til å vektlegge arbeid som del av behandlingen. Vi formidler også enkelte synspunkter fra caseintervjuene som belyser de samme temaene. Vi må være oppmerksom på at dette er informanter fra ”de gode eksemplene”, og som derfor kan ha en mer positiv eller bevisst holdning enn andre til vektlegging av arbeid på DPS.

I spørreundersøkelsen definerte vi det ”å inkludere arbeid som del av behandlingen” som at behandler og eventuelt andre ved DPS kartlegger pasientens arbeidssituasjon og ønsker/planer for å begynne i/komme tilbake til arbeid eller utdanning, fokuserer på muligheter og barrierer for å komme i eller beholde arbeid i samtaler med pasienten, initierer samarbeid med Nav, vurderer arbeidsrettet aktivitet, eller tar andre initiativ for å bistå pasienten i tilknytning til arbeid.

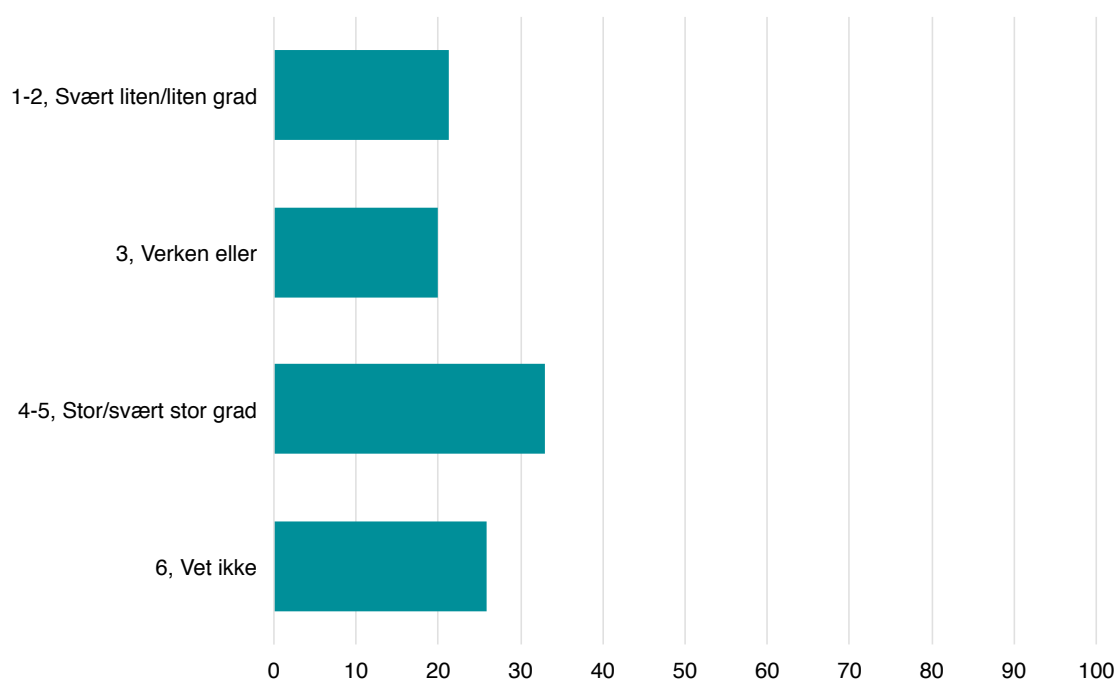
### 2.1 Overordnede planer for å inkludere arbeidsperspektivet

Informantene på ledelsesnivå ved DPS og helseforetakene oppfatter at integrering av arbeidsperspektivet i behandlingen som gis ved DPS er lite vektlagt i styringsdokumenter fra sentralt hold. Vi fikk imidlertid eksempler på at arbeidsperspektivet inngår i strategier for helseforetaket. I utviklingsplanen for Sykehuset Sørlandet, klinikk for psykisk helse, er dreiningen mot recovery-tenkning, det å bevare aktivitet (herunder arbeid) og struktur et førende element. De involverte erfarer at tenkningen møter noe motstand – ”fordi det bryter med gamle tanker om at du skal ha hvile og avlastning når du er syk.” Samtidig er det for klinikkledelsen viktig å formidle at arbeid er et virkemiddel og gir mening også i et behandlingsperspektiv. Ofte vises effekten av behandlingen først når pasientene eksponeres for situasjoner hvor de i praksis kan merke effekten:

*Resultatene fra behandlingen vi gir på DPS viser seg først når pasienten er i aktivitet, for eksempel i et Nav-tiltak. Pasientene mestrer på en annen måte. De kan få behandling og symptombedring hos oss, men bedringen vises gjerne ikke før de er i en kontekst som gjør at de kan bruke bedringen de har fått hos oss.*

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om i hvilken grad arbeid er vektlagt i styringsdokumenter fra helseforetaket. Svarene er vist i Figur 2.1. Det er stor spredning i svarene på dette spørsmålet. 1/3 svarer at arbeid vektlegges i styringsdokumenter i svært stor eller stor grad. En god del svarte ”vet ikke”.

Figur 2.1 I hvilken grad vektlegges arbeid som del av behandlingen i styringsdokumenter fra helseforetaket? Prosent



Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

Vi stilte også spørsmål om DPS eller enheten respondentene leder *selv* har handlingsplaner eller andre plandokumenter som skal sikre at arbeid inkluderes som del av behandlingen til pasientene. Et flertall av dem (55 prosent) svarer at de *ikke* har det. 34 prosent svarer ja og 10 prosent vet ikke.

De som oppga at DPS eller enheten har slike plandokumenter, ble stilt spørsmål om hvor stor betydning de mener de har for praksis på deres enhet når det gjelder å inkludere arbeid som del av behandlingen. Hele 69 prosent av dem mener at det har stor eller meget stor betydning, 28 prosent svarte ”verken/eller”), mens bare én person svarte liten betydning.

## 2.2 Systemer/rutiner

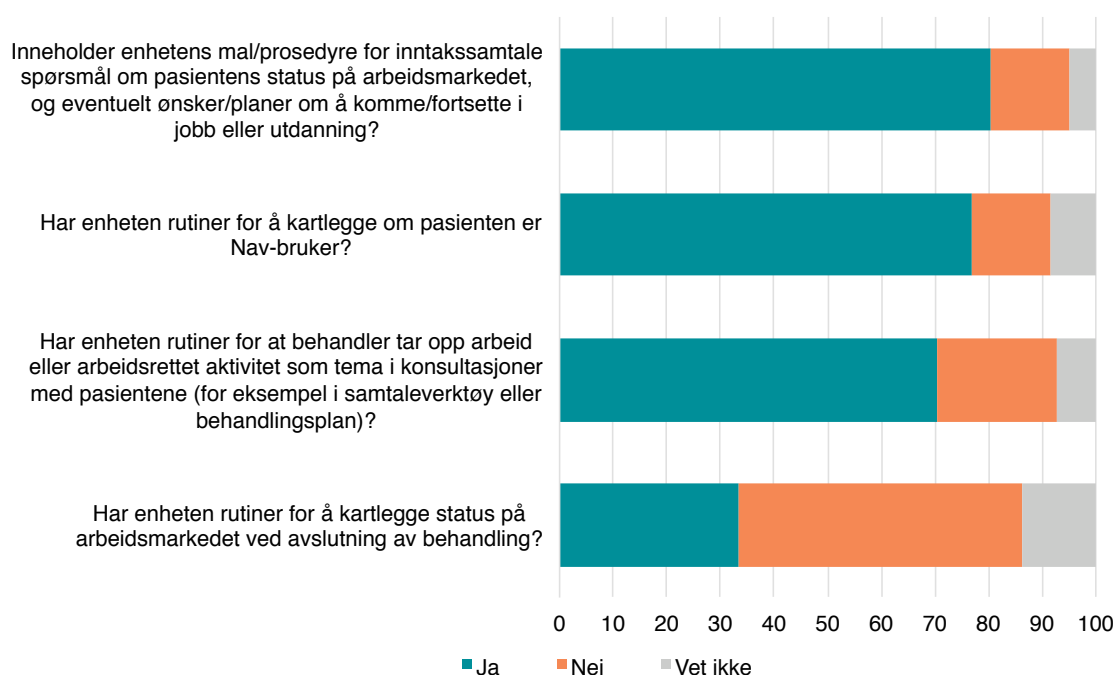
Vi stilte flere spørsmål i spørreundersøkelsen om enheten har maler eller rutiner som fanger opp pasientenes arbeids- og utdanningsstatus. Denne informasjonen kan være et utgangspunkt for at arbeid/utdanning faktisk blir et tema i behandlingen. Figur 2.2 viser respondentenes svar på disse spørsmålene.

Et klart flertall av respondentene svarer at *enhetens mal for inntakssamtale inneholder spørsmål om arbeidsstatus, enheten har rutiner for å kartlegge om pasienten er Nav-bruker, og enheten har rutiner for å ta opp arbeid/aktivitet som tema i konsultasjoner*. Når det gjelder kartlegging av arbeidsstatus ved

avslutning av behandling, viser svarene at et flertall ikke har rutiner for slik kartlegging eller ikke vet om de har rutiner for dette.

I ett av casene ble det nettopp framhevet som viktig at man måler resultater av det arbeidet man gjør – også når det gjelder pasientenes arbeidstilknytning. Det handler både om å tydeliggjøre at arbeid faktisk er/bør være et viktig fokus i behandlinger, og om å få et grunnlag for å evaluere og utvikle egen praksis. Som figuren illustrerer har ikke dette vært vanlig.

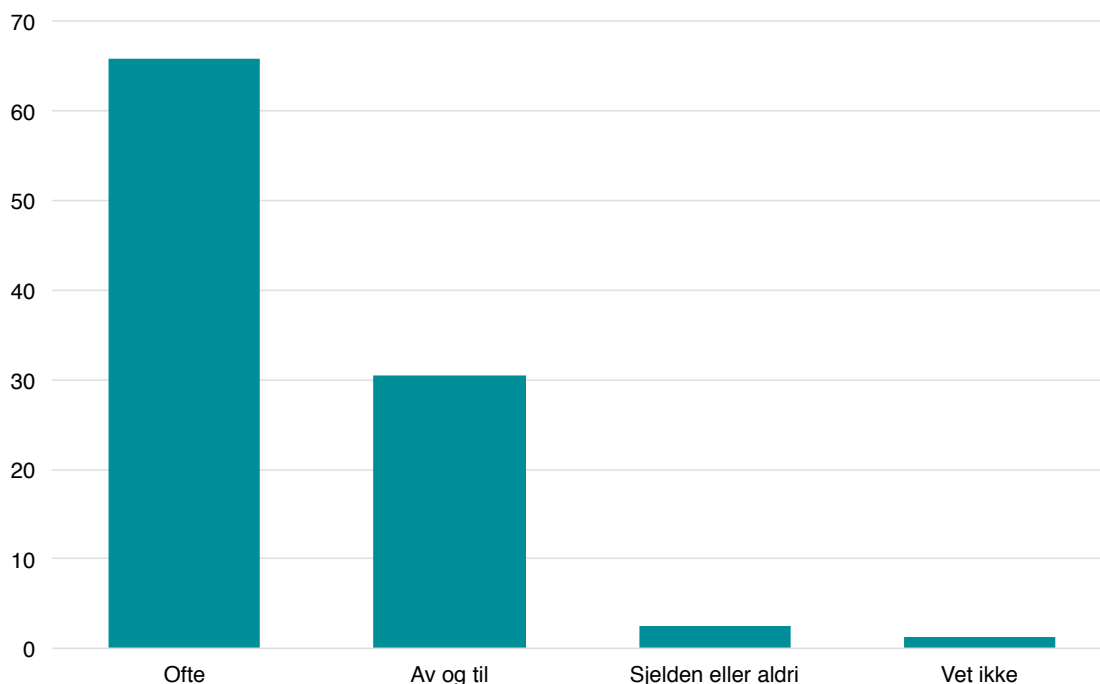
**Figur 2.2** Maler, prosedyrer og rutiner tilknyttet arbeids-/utdanningsstatus. Prosent



Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

På den positive siden er det et stort flertall av respondentene som oppgir i spørreundersøkelsen at arbeid ofte er tema i behandlingsmøtene ved enheten (Figur 2.3). 2/3 svarer "ofte" og rundt 30 prosent svarer "av og til". Svært få svarer sjelden eller aldri.

**Figur 2.3** Hvor ofte er pasientenes arbeidsevne/muligheter i arbeidslivet, arbeidsrettet aktivitet eller samarbeid med Nav tema i behandlingsmøtene ved enheten? Prosent



Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

## 2.3 Holdninger til vektlegging av arbeidsperspektivet i DPS

### Viktigheten av arbeid

I casene våre var det stor enighet blant informantene om at arbeid er viktig i behandlingen – det gjelder både blant ledere og behandlere ved DPS-ene.

*Jo lenger jeg har holdt på, jo viktigere ser jeg på arbeid og skole som en sentral del av behandlingen. Fordi: Dette med hva som gir mennesker livskvalitet – jobb/skole er meningsfull aktivitet, økonomi. Det er ikke nødvendigvis symptomtrykket som gjør livet vanskelig.*

Først og fremst anses jobb som positivt i en tilfriskningsprosess, slik det blir formidlet av to av informantene:

*Det er en veldig riktig tenkning med jobb først. Jobb hjelper deg å se på deg selv som noe annet enn pasient. Hvis man skal tenke på motivasjon som drivkraft i behandlingen er IPS-tenkningen veldig riktig.*

*Det (som er viktig) er å ikke være redd for alle begrensninger som ligger i psykisk sykdom. Ta folk på alvor når de snakker om jobb. (...) I recovery-orientert praksis står arbeid og skole helt sentralt. Hva er det som gir vekst, friskhetsfaktorer.*

Problemer med jobb og økonomi kan stå i veien for behandlingen:

*Pasienten kan ikke nyttiggjøre seg behandling hvis gjeldsproblematikk tar hele oppmerksomheten. Det er ofte nødvendig å rydde opp i slike forhold, før pasienten er klar for å konsentrere seg om behandling. Problemer på ulike arenaer, som jobb, sosiale relasjoner, bosituasjon, gjeld, kan også forverre tilstanden til pasienten.*

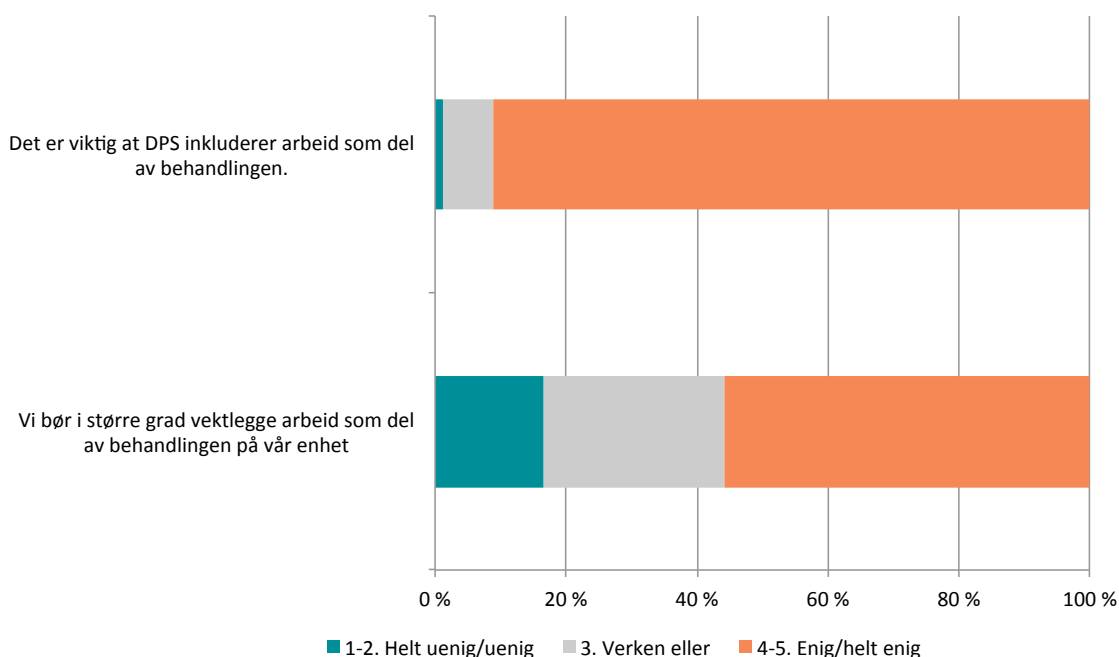
Flere av informantene i casene mener at behandlerne hos dem har stor tro på at integrering av arbeid har en helsefremmende effekt, og bidrar til kortere og mer effektive behandlingsløp. Et argument som en av behandlerne vi intervjuet trakk frem, er at behandlingen blir mer anvendt gjennom samtidig arbeidsrettet aktivitet. Pasient og behandler kan snakke om erfaringer fra jobben i konsultasjonene. På den måten kan behandler få et bedre inntrykk av det reelle funksjonsnivået, og ”hvor skoen trykker når pasienten kommer ut av leiligheten og ut i verden, og hvordan symptomene manifesterer seg ute i felten.”

Hvilken oppfatning har respondentene i spørreundersøkelsen om viktigheten av å vektlegge arbeid? Vi hadde satt opp to utsagn om dette, hvor respondentene skulle si seg mer eller mindre enige.

Figur 2.4 viser svarfordelingene. Vi ser at det er stor enighet om viktigheten av at arbeid inkluderes i behandlingen. Hele 91 prosent sier seg enig eller helt enig i dette (75 prosent sier seg *helt* enig). De som svarte at de var enig eller helt enig fikk et åpent spørsmål om hvorfor de mener det er viktig. Mange svarer at arbeid er positivt fordi det gir tilhørighet og sosialisering, er en arena for mestring og gir innhold i hverdagen – som er bra for å bli frisk. Kun én person sa seg uenig i utsagnet, og vedkommende forklarer det med at mange pasienter går til intensivbehandling flere ganger i uka og derfor ikke har kapasitet til mer aktivitet.

De fleste er også enig i at enheten de selv jobber på bør vektlegge arbeid mer enn i dag. 56 prosent er enig i dette, mens 16 prosent er uenig.

Figur 2.4 Er du enig/uenig i følgende utsagn om vektlegging av arbeid?



Kilde: Spørreundersøkelse til DPS

### Når er arbeid aktuelt?

I intervjuene våre i casene stilte vi spørsmål om for hvilke pasienter eller i hvilke situasjoner arbeid er aktuelt, eventuelt ikke aktuelt. Informantene framhevet at det er få begrensninger.

*En av de best fungerende pasientene mine (i arbeid) har en alvorlig diagnose. Til tross for alvorlig diagnose er det mulig å få til mestring i arbeid hos enkelte. Det er et godt eksempel på at det ikke er diagnoseavhengig, men handler om symptommerstring.*

*Jeg mener at arbeid er et tema også for de sykeste når de er veldig syke.*

*Hvor dårlig kan man være (og samtidig være i jobb)? Tja, vi har ikke operert med noe minstekrav. Selvsagt hvis du er kav psykotisk... Man kan ha behov for en pause, men man kan likevel snakke om framtida: "Når skal vi fortsette å snakke om arbeid igjen?"*

*Når det gjelder behandling, tror jeg alle former kan kombineres med noe annet. Vi prøver uansett å få til kombinerte løp. Men i perioder kan noen være så dårlige at det ikke er mulig, kanskje de er innlagt. Vi må vokte oss vel for å lage slike grenser (at noen ikke kan delta i arbeidsrettet aktivitet). Vi må fremme det hele tiden.*

Flere av informantene våre framhever motivasjon som en viktig betingelse, og i ett av casene er de spesielt opptatt av brukervedvirkning.

*Når er det ikke aktuelt med jobb? Det vet den enkelte selv! Det handler om brukervedvirkning. Vi jobber med arbeid helt fra sykesenga. Men det*

*gjelder å finne balansen. Noen sier nei fordi de har dårlig selvtillit – det handler om relasjonen (behandler – pasient).*

En annen informant formidler at når en pasient ikke ønsker jobb, kan de bruke tid på å snakke om hva som er bakgrunnen for dét. Men hun påpeker at man selvsagt skal respektere det hvis pasienten ”har uføretrygd og er fornøyd med livet”. Det kan likevel være andre aktuelle aktiviteter som er gunstig.

Noen av informantene påpeker at det er unntak fra ”regelen” om at arbeid alltid er bra.

*Noen ganger kan pasienter være motiverte, men det lar seg nesten ikke gjøre på grunn av angst eller andre ting. Noen ganger er det ikke vits å ta det opp før vi vet at de er stabile nok, hvis ikke kan det trigge i feil retning.*

*(...) Jeg synes også vi opplever det motsatte. Pasienten vil være i arbeid, men det gjør at vi ikke kommer noen vei (i behandlingen), fordi arbeidssituasjonen stresser dem.*

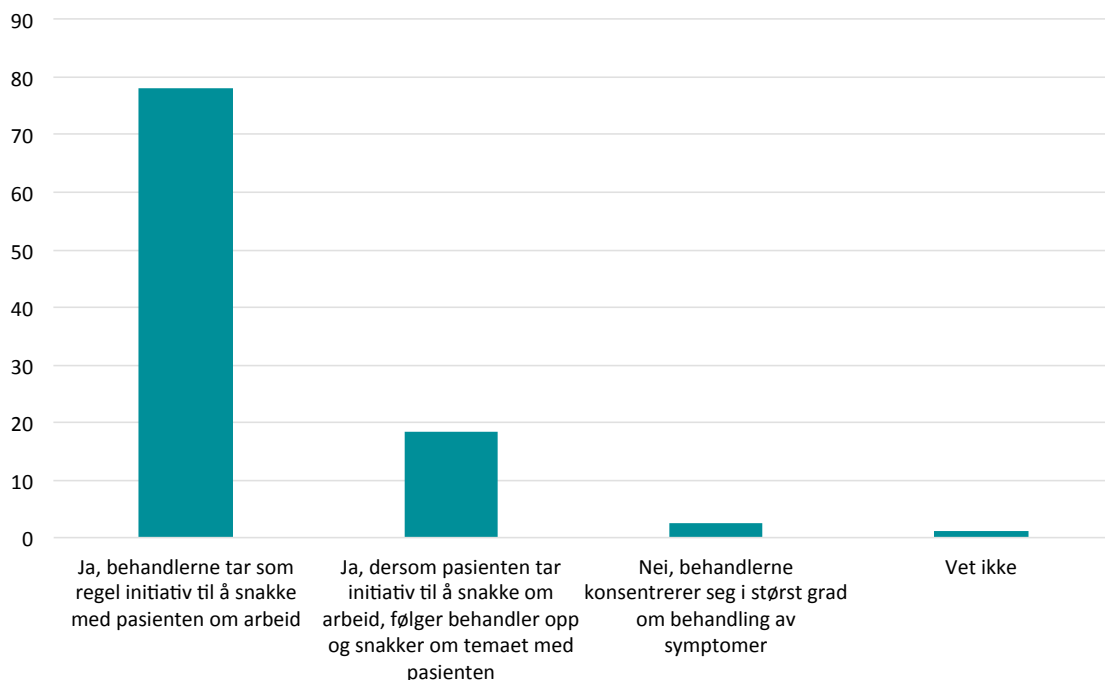
Dette kan, som flere påpeker, handle om timing, og pasientene kan eventuelt begynne i en mer skjermet situasjon enn i det ordinære arbeidslivet.

## 2.4 Praksis i DPS-ene

Hvordan er praksis hos behandlerne på DPS når det gjelder å inkludere arbeid i behandlingen? I spørreundersøkelsen spurte vi om respondentenes inntrykk av om behandlerne i deres enhet inkluderer arbeid som en del av behandlingen. Figur 2.5 viser svarfordelingen. Nesten alle svarer ja, og nesten 80 prosent svarer at behandlerne selv tar initiativ til å inkludere arbeid.



**Figur 2.5** Har du inntrykk av at behandlerne i din enhet inkluderer arbeid som del av behandlingen? Velg det alternativet som passer best. Prosent



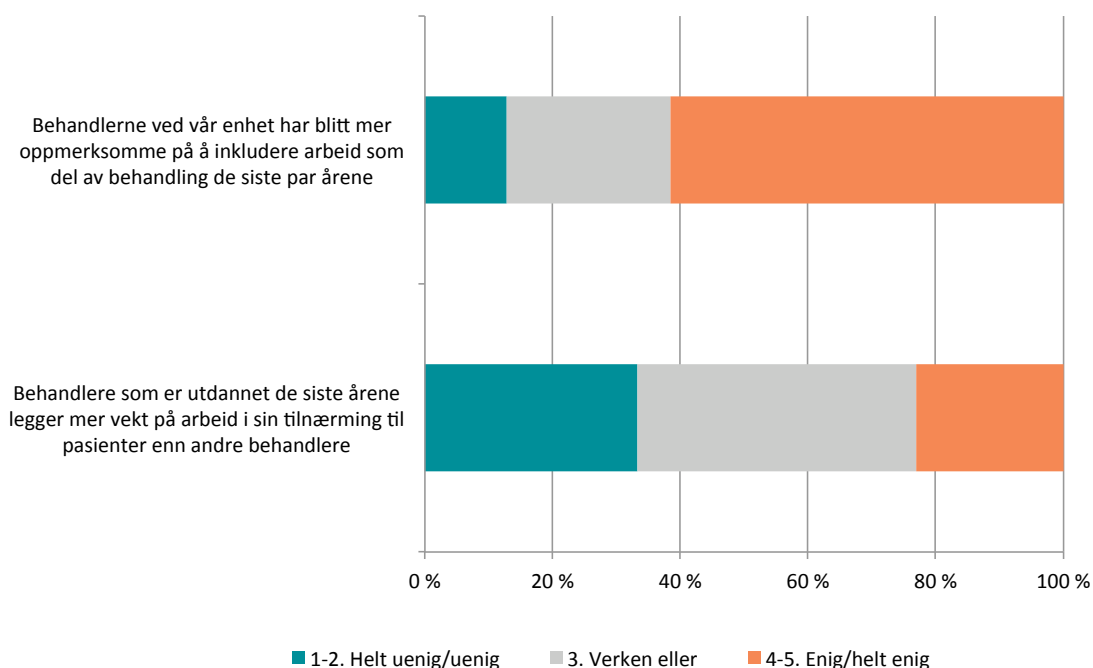
Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

Både spørreundersøkelsen og intervjuene våre gir indikasjoner på at det har vært en positiv endring de siste årene når det gjelder å tenke arbeid. I spørreundersøkelsen er et flertall – 62 prosent – enig i at oppmerksomheten har økt de siste årene (se Figur 2.6).

Respondentene har også svart på i hvilken grad de er enig/uenig i at nyutdannede behandlere vektlegger arbeid mer enn andre behandlere. Her er det stor spredning i svarene, og *verken eller* er den kategoriene flest svarer. Rundt 35 prosent er helt uenig/uenig i påstanden og rundt 25 prosent er helt enig/enig. Respondentene opplever altså at det ikke er noen vesentlig generasjonsforskjell mellom behandlere i dette spørsmålet.

Av dette må vi slutte at respondentene mener det har skjedd en endring i bevisstheten hos de enkelte behandlerne. Også fra caseintervjuene er inntrykket at arbeidsfokuset er styrket de siste årene.

Figur 2.6 Er du enig/uenig i følgende utsagn om vektlegging av arbeid?



Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

En av klinikkssjefene vi intervjuet, har et klart inntrykk av at behandlerne i stadig større grad mener at arbeid og aktivitet er viktig i dialogen med pasientene og som del av behandlingen. Spørsmålet er hvordan tanken omsettes i praksis:

*Alle er enige i tenkningen, behandlerne er mer og mer enige. Samtidig, jo nærmere pasienten man er, jo mer fare er det for at det blir mye sykdom og symptomer. Det er en øvelse å komme ut av alt som er vondt og vanskelig – komme i tiltaksmodus. Si til pasienten "det er ikke sikkert du trenger å være helt frisk." Men vi tenker veldig annerledes nå, tenker at livet leves andre steder. Recoverytanken i terapeutflokkene er vesentlig endret de siste fem årene.*

*Når det koker ned til hva du gjør i praksis – da må du våge noe, må ut av den trygge komfortsonen både som terapeut og pasient. Vi må hjelpe dem ut av passivitet, ikke sementere sykdom og håpløshetsfølelsen.*

## 3 Samarbeid mellom DPS og Nav

I casene var samtlige av informantene våre enige om at det er viktig for både DPS og Nav å ha et godt og strukturert samarbeid. En leder i et av helseforetakene sier:

*Det kommer til å bli klarere og klarere at vi må jobbe annerledes. Vi har så lett for å glemme at vi ikke kan jobbe med å ansette flere, vi må jobbe annerledes. Folk forstår det etter hvert. Og det er bra for kreativiteten etter hvert. Det kommer til å bli økende at sånn må vi jobbe, ikke bare fordi man har lyst. Det blir tydeligere ledertrykk bak utfordringene. Kanskje vi også får tydeligere økonomiske insentiver for å jobbe sånn.*

Et par behandlere påpekte at behovet for samhandling var blitt sterkere de siste årene. Erfaringen er at en del pasienter har mer sammensatt problematikk, flere enn tidligere har også dårligere funksjon.

*Vi kan ikke gjøre jobben alene på samme måte, vi må ha flere med på laget for å få gitt god behandling. Det har også sammenheng med at pasientgruppa har endret seg, det er mer kompliserte forhold og dårlig funksjon.*

I dette kapitlet ser vi på resultater fra intervjuene og spørreundersøkelsen når det gjelder fylkesvise og lokale samarbeidsavtaler mellom helsesektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen, betydningen av samarbeidsavtalene og møtepunkter mellom Nav og DPS.

### 3.1 Samarbeidsavtaler

#### Føringer på å inngå samarbeidsavtaler

Gjennom tildelingsbrevene i 2015 fikk både Arbeids- og velferdsetaten og Helsedirektoratet i oppgave å inngå samarbeidsavtaler. I tildelingsbrevet til Arbeids- og velferdsetaten heter det:

*Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å styrke samarbeidet og samhandlingen mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenestene. Samarbeidet bør styrkes gjennom utarbeidelse av samarbeidsavtaler mellom Nav fylke og helseforetakene.*

I oppdragsbrevet for 2016 ble oppfordringen om samarbeidsavtaler gjentatt, i tillegg til en konkretisering i form av at etatene skal etablere felles tiltak. Fra oppdragsbrev 2016 til helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet, under "Andre oppgaver 2016":

*Etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler med Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet maler for samarbeidsavtaler til dette*

*formålet. I rapporteringen skal det inngå en oversikt over hvilke områder det er etablert samarbeid på, og konkrete samarbeidstiltak. Tilsvarende oppdrag er gitt Arbeids- og velferdsetaten.*

## **Inngåtte avtaler**

Av de 12 fylkeskoordinatorer vi intervjuet fortalte sju at de hadde formelle samarbeidsavtaler på overordnet nivå, mens tre hadde formelle eller uformelle underavtaler eller avtaler på prosjektnivå. Kun to av fylkene hadde ikke noen type samarbeidsavtale, men også i disse fylkene jobbet man med å få på plass en avtale, eller var i dialog om en slik avtale. Et par av informantene fortalte at de avventet malen for avtale fra direktoratene (som nå er utarbeidet), slik at de kunne få et bedre bilde av hva avtalen skulle inneholde.

De overordnede avtalene var gjerne forankret på ledernivå, mellom Nav og det regionale helseforetaket eller mellom Nav og sykehuset. En rekke fylker hadde både overordnede avtaler og underavtaler, mens noen bare hadde underavtaler. Underavtalene var forankret på avdelingsledernivå eller på prosjektnivå. Avtalene var for eksempel mellom Nav og DPS eller Nav og mindre enheter som ungdomsteam eller rusteam. Flere av informantene fremhevet at Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse dannet utgangspunkt for avtalene.

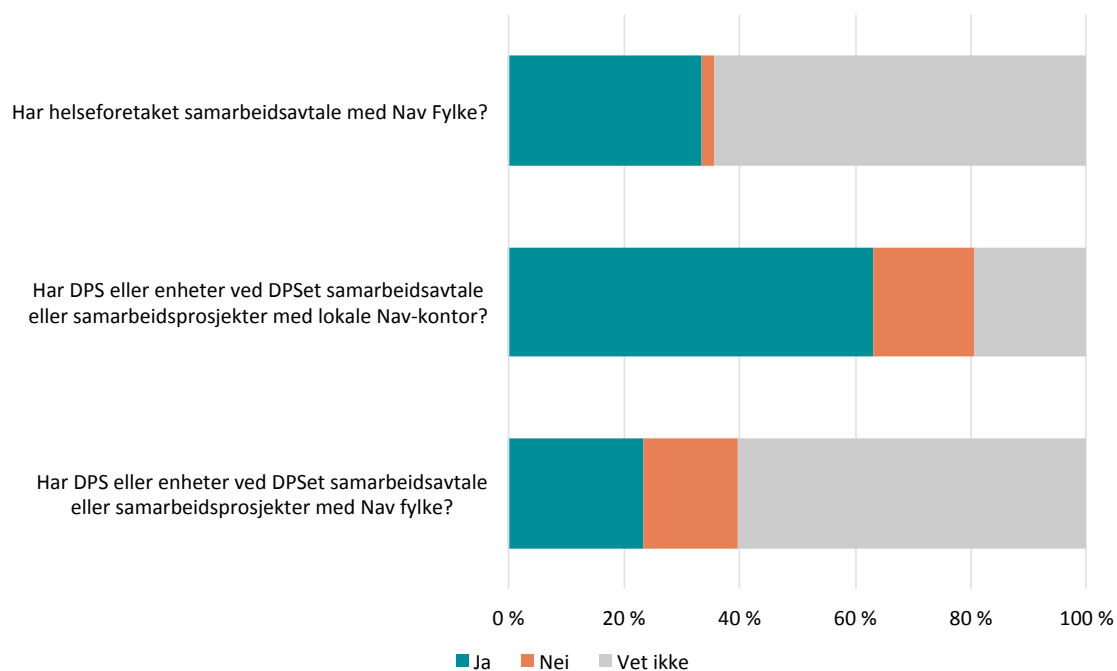
I casene og gjennom telefonintervjuene fikk vi eksempler på ulike samarbeidsavtaler mellom det regionale helseforetaket og Nav fylke. Dette beskrives nærmere i omtalen av casene, kapittel 5-7.

## **DPS-lederne om samarbeidsavtaler**

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål til DPS-lederne om det er avtaler på ulike nivåer mellom dem/helseforetaket og Nav. Resultatene er vist i Figur 3.1. Vi ser at et flertall av dem ikke kjenner til samarbeidsavtaler med *Nav fylke*. Det er bare 33 prosent som oppgir at helseforetaket har en avtale med Nav fylke, og 23 prosent som oppgir at DPS eller enheter ved DPS har samarbeidsavtale eller -prosjekter med Nav fylke.

Når det gjelder samarbeidsavtaler eller prosjekter mellom DPS eller enheter ved DPS og det *lokale Nav-kontoret*, er det imidlertid så mye som 60 prosent som svarer bekræftende på det. Vi stilte spørsmål om hva slike avtaler eller samarbeidsprosjekter dreier seg om. Svarene viste til en rekke konkrete aktiviteter og tiltak, noe vi ser nærmere på i neste kapittel.

**Figur 3.1**      *Andel av respondentene som oppgir at helseforetaket eller DPS har samarbeidsavtaler med Nav*

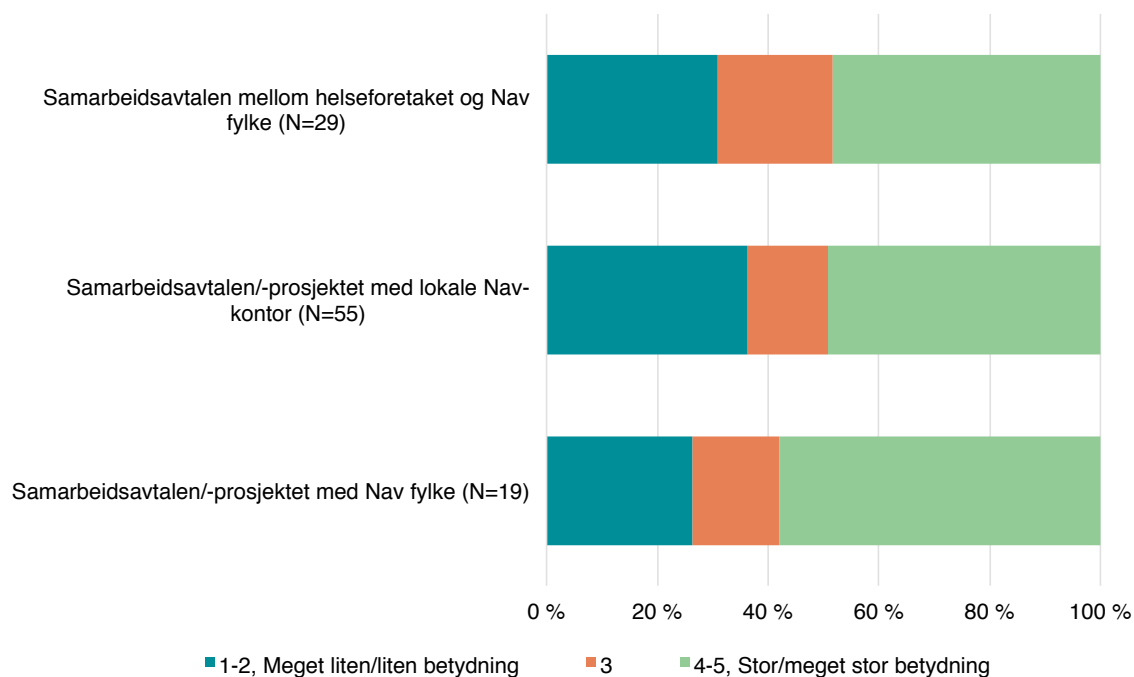


Kilde: Spørreundersøkelse til DPS

### **Betydning av samarbeidsavtaler**

Figur 3.2 viser hvordan respondentene i spørreundersøkelsen oppfatter betydningen av de aktuelle avtalene/samarbeidsprosjektene for praksis på sin enhet når det gjelder å vektlegge arbeid som del av behandlingen. Kun respondentene som krysset av for å ha en slik avtale har svart på spørsmålet. Det er derfor relativt få respondenter som har svart på to av spørsmålene. Vi ser at det er relativt stor spredning i oppfatningen av avtalenes betydning. Det er en liten overvekt som mener at avtalene/-prosjektene har stor eller meget stor betydning, og mest positive er de som har avtale mellom DPS/enheter ved DPS og Nav fylke.

**Figur 3.2** *Hvor stor betydning har samarbeidsavtalen/-prosjektene for praksis på din enhet når det gjelder å vektlegge arbeid som del av behandlingen?*



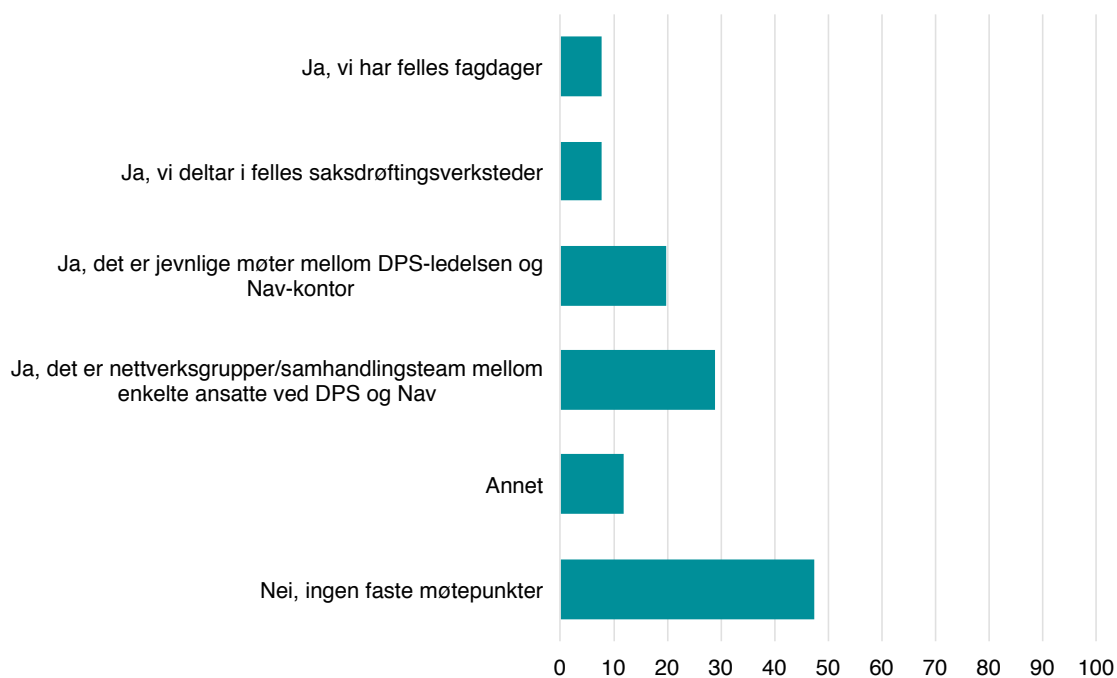
Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

## 3.2 Møtepunkter/arenaer

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om det er faste møtepunkter mellom Nav og DPS, utenom det som gjelder enkeltpasienter. Vi hadde satt opp ulike typer arenaer, og respondentene kunne krysse av flere alternativer.

Figur 3.3 viser svarfordelingen. Nesten halvparten (47 prosent) svarer at det ikke er faste møtepunkter mellom Nav og DPS utenom oppfølging av enkeltpasienter. Blant de som har det, er det flest (29 prosent) som oppgir at de har nettverksgrupper/samhandlingsteam mellom enkelte ansatte ved DPS og Nav. 20 prosent av respondentene oppgir at de har jevnlig møter mellom DPS-ledelse og Nav.

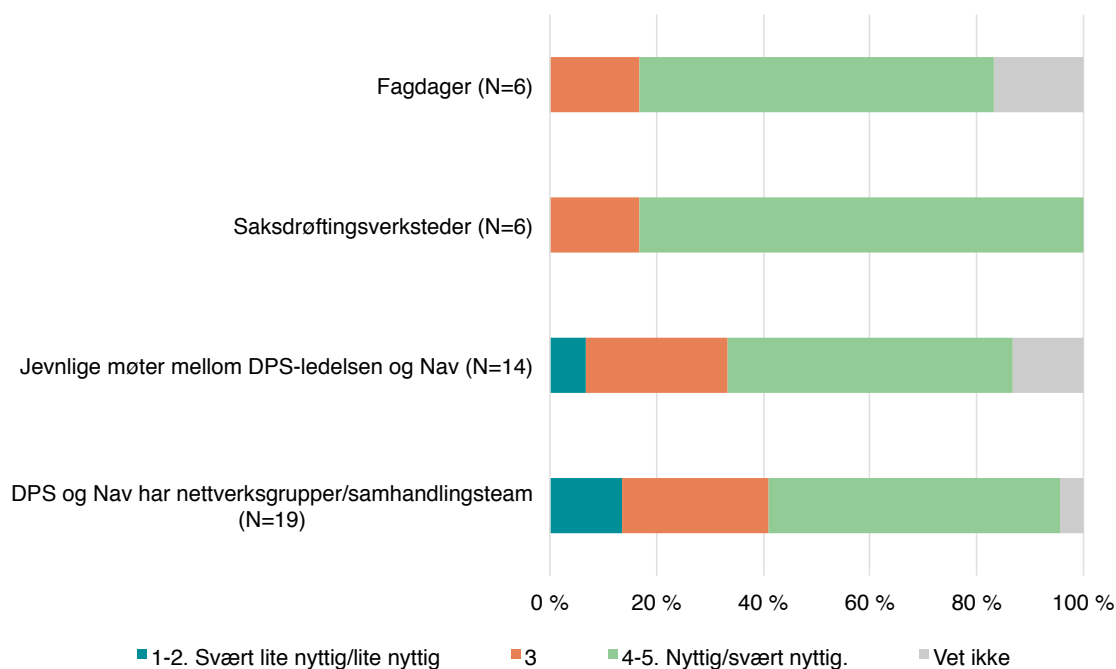
**Figur 3.3** Er det faste møtepunkter mellom Nav og DPS, utenom møter mellom veileder og behandler angående enkeltpasienter?



Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

Figur 3.4 viser oppfatningen av nytten av møtepunktene mellom DPS og Nav, når det gjelder å øke behandlernes kompetanse om arbeid og psykisk helse. For alle disse synes et flertall av respondentene at møtene er nyttige/svært nyttige. Siden det er få som har oppgitt hver av dem, er det imidlertid ikke mulig å sammenlikne nytten av de ulike typene møtepunkter.

Figur 3.4 Hvordan vurderer du nytten av møtepunktene når det gjelder å øke behandlernes kompetanse om arbeid og psykisk helse?



Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

En representant fra et av helseforetakene sa om møter på ledernivå:

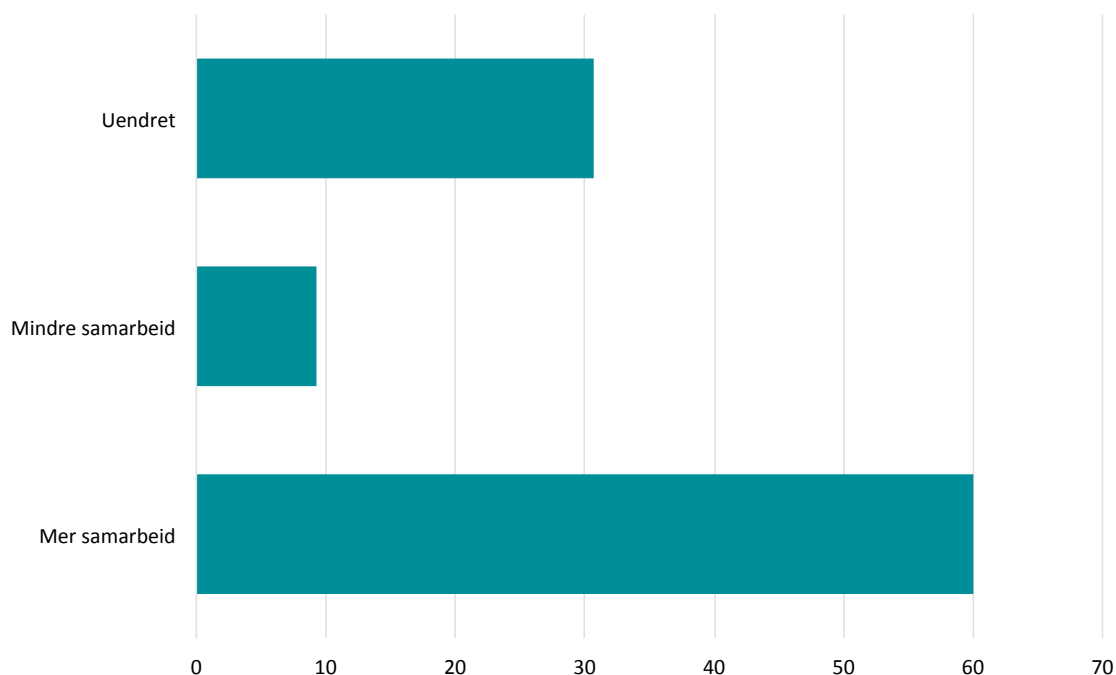
*Vi må møtes oftere så vi slipper å begynne forfra hver gang. Vi trenger ikke så rigid dagsorden, kan diskutere litt ulikt – gjerne dagsaktuelle ting. Vi må møtes minimum fire ganger i året, to ganger er for sjelden.*

### 3.3 ”Daglig samarbeid” mellom Nav og DPS

Figur 3.5 viser svarene fra spørreundersøkelsen på om respondentene opplever at det har blitt mer eller mindre samarbeid mellom DPS og Nav de siste årene. Flertallet, 60 prosent av respondentene, mener det har blitt mer samarbeid, mens 31 prosent mener samarbeidet er uendret. 9 prosent svarer at det har blitt mindre samarbeid.



Figur 3.5 Oppfatter du at det er blitt mer eller mindre samarbeid mellom DPS og Nav de siste årene, eller er det uendret? Prosent



Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

I flere av casene våre oppfattet informantene på begge sider at det var svært lett å ta kontakt med hverandre. Dette gjaldt særlig der hvor samarbeidsprosjektene innebærer at flere behandlere og veiledere møtes jevnlig, eller hvor det var utvekslet e-post/telefonlister. Vi fikk også et eksempel på at DPS hadde fått "hotline" til Nav – det vil si telefonnummer til en veileder som kan hjelpe dem eller få riktig vedkommende i Nav til å ta kontakt.

Andre steder varierer det imidlertid noe fra sak til sak og fra person til person hvor god kontakt det er mellom den enkelte veileder på Nav og behandler på DPS.

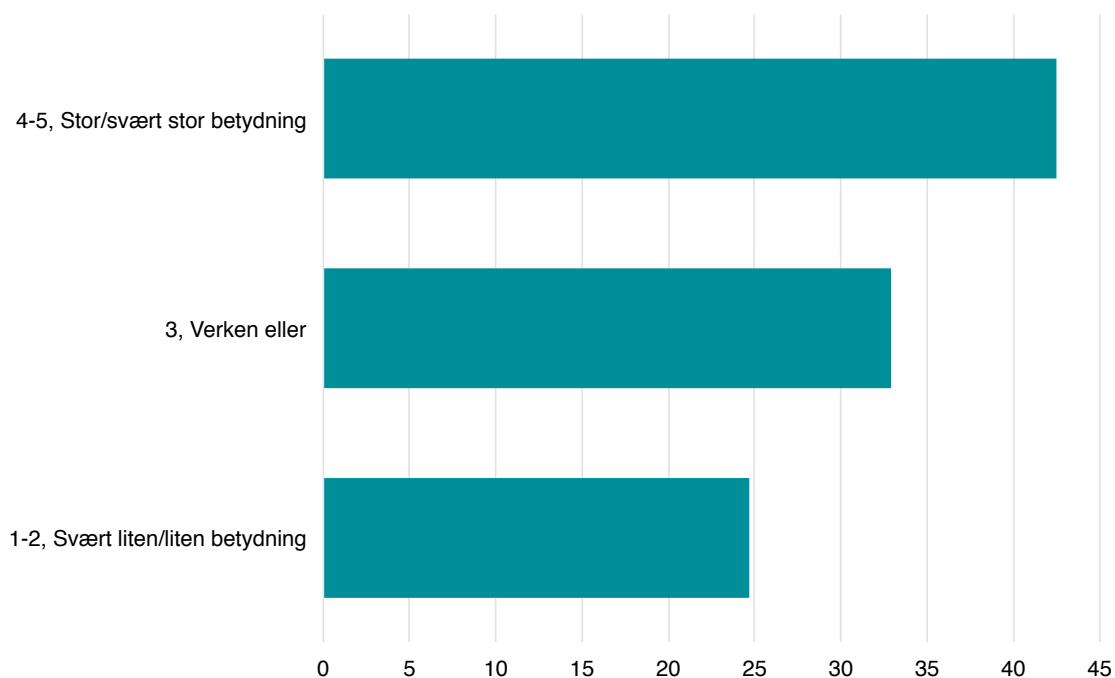
*Kan være litt forskjellig om vi får kontakt. Noen sier at det er vanskelig å få kontakt med oss i Nav, men enkelte behandlere er også vanskelige å få tak i.*

*Nav skifter veileder i ett kjø! Det er umulig å vite hvem vi skal spørre etter. Det kan ikke være lønnsomt å holde på på den måten.*

### Betydningen av samarbeid

Figur 3.6 viser i hvilken grad respondentene i spørreundersøkelsen synes at samarbeidet med Nav har betydning for vektleggingen av arbeid i behandlingen. Figuren viser at det er uenighet om betydningen av samarbeidet med Nav, selv om flest svarer at det enten har svært stor eller stor betydning for vektlegging av arbeid.

Figur 3.6 *Hvor stor betydning har samarbeid med Nav for enhetens vektlegging av arbeid som del av behandlingen? Porsent*

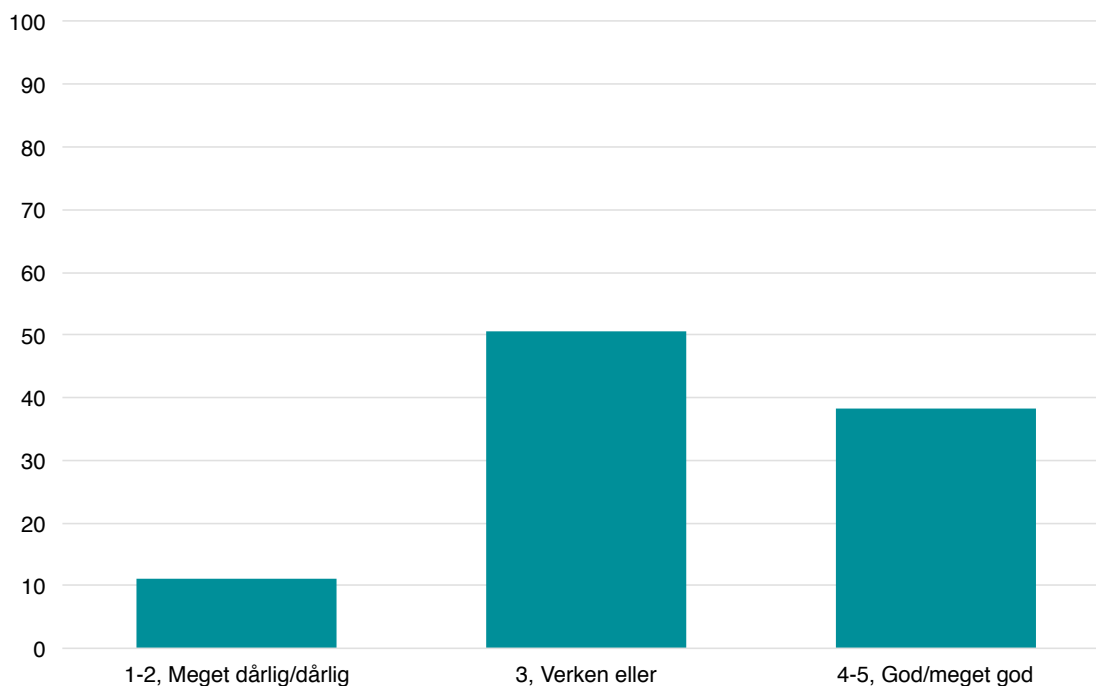


Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

### 3.4 DPS' erfaring med Navs tiltak

Når det gjelder behandlernes kjennskap til Navs tiltak og virkemidler for å støtte personer med psykiske helseproblemer i arbeidslivet, er det en større andel av DPS-lederne som vurderer den som god enn som dårlig. I Figur 3.7 ser vi imidlertid at det er flest respondenter som mener at kjennskapen verken er god eller dårlig.

**Figur 3.7** *Hvordan vurderer du behandlernes kjennskap til Navs tiltak og virkemidler for å støtte personer med psykiske helseproblemer i arbeidslivet? Prosent*



Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

Inntrykket fra intervjuene på DPS er at behandlerne ikke har detaljert kjennskap til hva de ulike tiltakene heter og inneholder. Noen oppfatter at Navs tiltaksportefølje stadig endrer seg, eller i alle fall at pasientene er på tiltak med ulike navn. Informantene formidler likevel at de gjennom samarbeid og økt kontakt med Nav har fått mye bedre kjennskap til Navs virkemidler enn før.

*Nav har masse nyttige prosjekter. Og de er jo gode til tilrettelegging. Jeg har vært imponert. De har strukket seg.*

En av behandlerne vi intervjuet, mente at hun tidligere hadde sett rare eksempler på tiltak fra Nav som var lite forenlig med pasientens diagnose eller symptomer – men at dette var bedre nå, blant annet som et resultat av samarbeidet mellom Nav og DPS.

*Jeg blir overrasket når en person har sosial angst får utdanningstiltak som journalist – det går jo ikke... Må ha en bedre match, det er viktig. Noen ganger er jeg blitt overrasket over hva de har fått støtte til, som har vært veldig krasj. I alle fall hvis det er kronisk.*

*Det er så mye nytt som er kommet oppigjennom, det er også en viktig del av de månedlige møtene: Vi blir oppdaterte på hverandre. Det er viktig, behovet for informasjon om hverandre er vedvarende. Det er omstrukturering og skifter, vi trenger samarbeid.*

Flere av informantene etterlyser spesielt lavterskeltiltak fra Nav sin side.

*Det handler også om at kommune og Nav har bygget ned mange av lavterskeltilbudene sine, det er en utfordring på psykisk helse. Det står igjen en prosent på stasjonen som ikke når opp til de statlige tiltakene, det er for ambisiøst for dem.*

*Ut i det ordinære arbeidsliv – i tråd med det som er i vinden – der er jeg også. Men: Vi har innlagte pasienter som trenger mer enn DPS. Jeg ønsker å jobbe mer med arbeid med dem. Og der ser jeg jo at vi ikke kan tenke ordinært. Men vi kan tenke deltakelse på en arena.*

Flere i Trondheim nevner Jobbhuset som et viktig tiltak for unge med psykiske helseproblemer. Jobbhuset er opprettet som del av forsøket praksis- og kunnskapsutvikling i Nav-kontoret, og er et samarbeid mellom flere Nav-kontorer i Trondheim. Tilbudet er for ungdom (18-25 år) med utfordringer som passivitet, avbrutt eller avsluttet skolegang, psykiske helseproblemer eller rusproblemer. På Jobbhuset tilbys deltakerne et kursopplegg på fire uker. Tilbudet er gruppebasert og tar utgangspunkt i ungdommenes kompetanse, ressurser og personlige egenskaper. Ungdommene møter Nav-veiledere som gir tilpasset arbeidsrettet oppfølging. En av behandlerne som har pasienter som har deltatt, sier:

*Jeg tror det gir selvtillitsboost å være på Jobbhuset. Ungdommene blir utfordret til å finne seg jobb, de har nettverk mot arbeidsgivere, får jobbintervjuer og arbeidspraksis. Jeg opplever at ting skjer raskt. Når jeg får henvist folk dit så har jeg en positiv forventning om at det er bra og skaper forandring.*

## 4 Konkrete aktiviteter og prosjekter

”Gjensidig demonisering” eller liknede uttrykk gikk igjen i flere av intervjuene i casene for å beskrive kontakten som hadde vært mellom Nav og DPS forut for samarbeidsprosjektene. Flere påpekte at den andre parten var vanskelig å få tak i, og fra DPS sin side hadde flere erfart at det tok lang tid før pasientene fikk oppfølging fra Nav.

*Vi opplever at behandlingsprosesser forlenges i påvente av arbeidsrettede tiltak. Pasientens motivasjon for å komme i arbeid er ofte stor, men svekkes mens de venter på vedtak og tiltak.*

Samarbeidsprosjektene som er etablert, har bidratt til å bedre situasjonen. Vi har kartlagt ulike aktiviteter/ordninger/rutiner/prosjekter m.v. som DPS-ene har for å støtte opp under inkludering av arbeid i behandlingen, og/eller for å bistå pasientene med å få/beholde jobb. Noen av disse er ”DPS-interne” og noen gjennomføres i samarbeid med Nav.

Vi presenterer her noen eksempler på slike aktiviteter/ordninger, og hvordan respondentene vurderer nytten av disse. I casene våre er en rekke av disse ordningene representert, og vi utdyper der hva modellene konkret innebærer, hvilke erfaringer de involverte har med samarbeidet og hva som er suksesskriterier for at ordningene skal fungere bra.

### 4.1 Omfang av aktiviteter og ordninger for å sørge for arbeidsfokus i behandlingen

I intervjuene med fylkeskoordinatorene fikk vi en rekke eksempler på aktivitet og samarbeid mellom Nav og DPS, også i fylker uten samarbeidsavtale. Både DPS og Nav har vært initiativtakere til tiltakene.

Flere av fylkene vi snakket med hadde IPS-prosjekter eller IPS-inspirerte prosjekter (med tilskudd til utprøving av individuell jobbstøtte). Andre samarbeidsprosjekter eller tiltak som ble nevnt var: IBedrift, Vilje Viser Vei, Veilednings- og oppfølgingslos, Heart, Jobbmestrende oppfølging, Senter for jobbmestring, Jobbspesialister, Jobbresept, utveksling av kontaktinformasjon, og møter på ledernivå.<sup>4</sup>

I spørreundersøkelsen var det 60 prosent av respondentene som svarte at DPS-et eller enheter ved DPS-et hadde samarbeidsavtaler eller -prosjekter med det lokale Nav-kontoret. På spørsmål om hva avtalene eller samarbeidsprosjektene dreier seg om, oppgir flest at det dreier seg om IPS (trolig en del såkalte IPS-inspirerte prosjekter). Mange av DPS-ene har også faste møter, saksdrøftingsverksted eller seminarer med Nav. En god del av avtalene omhandler konkrete tiltak som for eksempel jobbkonsulent, jobbresept, veilednings- og oppfølgingslos eller Vilje viser vei.

---

<sup>4</sup> Tiltakene er kort forklart i vedlegg.

I spørreundersøkelsen spurte vi eksplisitt om DPS-ene/enhetene hadde en eller flere av en del forhåndskategoriserte ordninger/tiltak (vist i Figur 4.1). Respondentene kunne også angi andre tiltak eller ordninger i tillegg til disse. Figuren viser en oversikt over hvilke ordninger respondentene oppgir at de har (enten på DPS-en eller deres egen enhet). De fleste har krysset av på flere av disse ordningene/tiltakene.

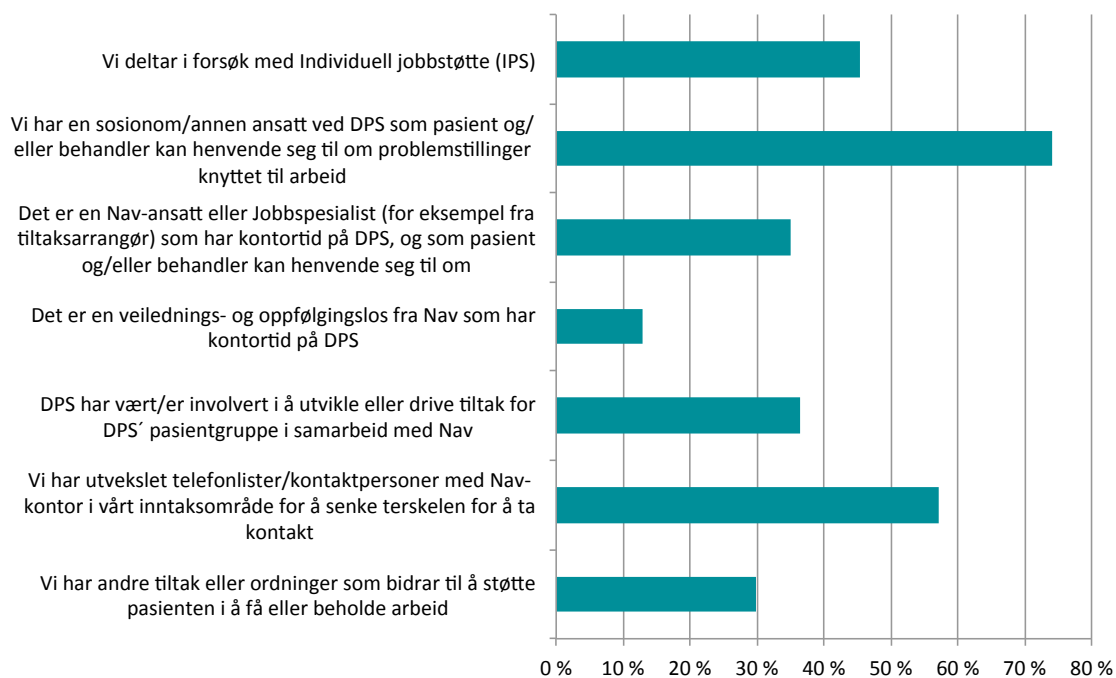
Blant de som har svart på spørsmålet, er det 45 prosent som oppgir at de deltar i et IPS-forsøk. Siden dette er langt flere enn det som deltar i det pågående randomiserte forsøket med IPS, tolker vi svarene dithen at en god del av dem har IPS-prosjekter finansiert av tilskuddsordningen til Helsedirektoratet, eventuelt egenfinansierte tiltak som tar i bruk IPS-metodikk.

Et stort flertall (74 prosent) svarer at de har en sosionom/annen ansatt ved DPS som de eller pasientene kan henvende seg til om problemstillinger knyttet til arbeid. Ifølge respondentene er dette en ordning de har hatt lenge. På DPS-et som vi besøkte som pilot tidlig i studien, har allmennpoliklinikken en sosionom ansatt. Vedkommende yter bistand til alle behandler-teamene, og kan gi råd til pasient, behandler eller begge sammen knyttet til problemstillinger om arbeid, økonomi, ytelse, sosiale forhold, osv. Vedkommende har også arbeidserfaring fra Nav, og har god oversikt over regelverk og ordninger som er aktuelle for pasientene. De ansatte vi intervjuet mente at dette var til god hjelp for pasientene og dem selv, og at sosionomen kunne tilføye nyttige perspektiver.

Når det gjelder eksternt ansatte med liknende funksjon, er det 35 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen som oppgir at det er en Nav-ansatt eller jobbspesialist (for eksempel fra tiltaksarrangør) som har kontortid på DPS, og 13 prosent har en veilednings- og oppfølgingslos fra Nav som har kontortid på DPS. I intervjuene med fylkeskoordinatorne fikk vi flere eksempler på at veilednings- og oppfølgingsloser eller jobbspesialister (enten ansatt i Nav eller hos tiltaksarrangør) har arbeidstid på DPS. I et av eksemplene er jobbspesialisten ansatt hos Nav, men sitter størstedelen av arbeidstiden på DPS. Jobbspesialisten sørger for en integrert innsats fra Nav og DPS' side. Et viktig verktøy er at jobbspesialisten har tilgang til både Navs og DPS sitt saksbehandlingssystem (Arena og DIPS), og på denne måten er oppdatert på enkeltpasienter og kan kommunisere enkelt med behandler (gjennom såkalte "gule lapper" i DIPS).

Blant de ordningene/tiltakene vi spurte om i spørreundersøkelsen, er det også ganske mange som svarer at DPS-et har utvekslet telefonnummer med Nav-kontor (57 prosent) eller vært involvert i å utvikle tiltak i samarbeid med Nav (36 prosent). Det siste kan også inkludere IPS-tiltak. 30 prosent svarer at de har andre tiltak eller ordninger som bidrar til å støtte pasienten i å få eller beholde arbeid. Dette er alt fra rutiner i behandlingsplanen/journalnotater, jobbmestrende oppfølging, raskere tilbake og andre typer samarbeid mellom DPS, Nav, skoler og kommunen.

**Figur 4.1** Har dere noen av følgende ordninger eller tiltak på DPS eller din enhet? Prosent



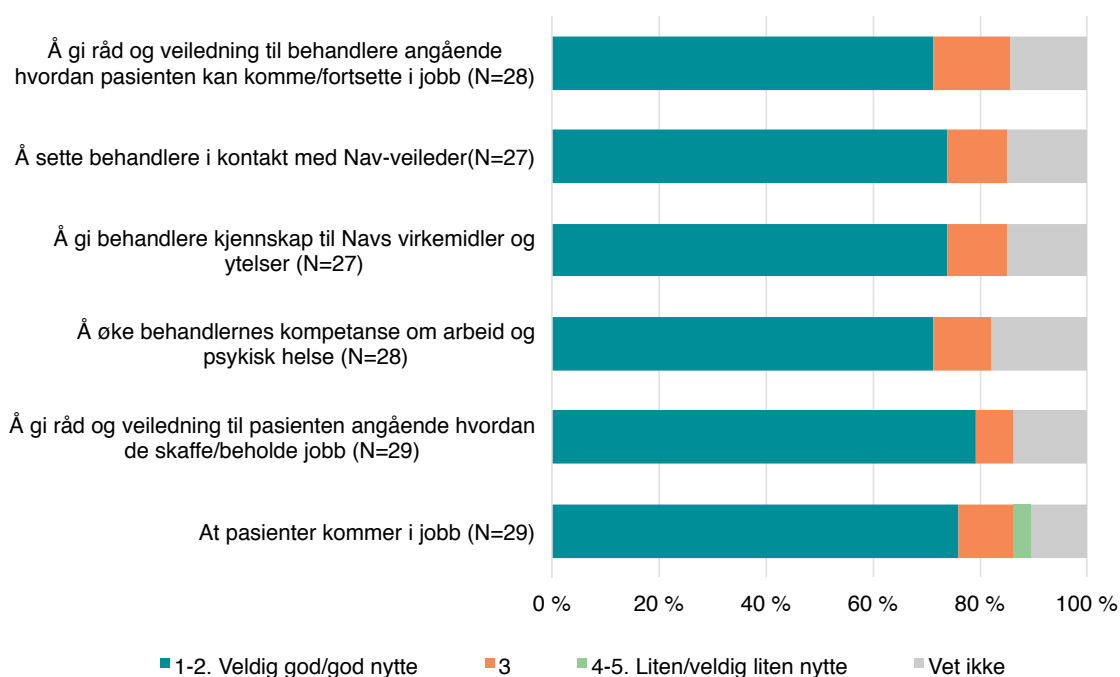
Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

## 4.2 Nytte av ulike tiltak og ordninger

De respondentene som oppga at de hadde en eller flere av de tiltakene og ordningene vi beskrev i forrige avsnitt, fikk et oppfølgingsspørsmål om nytten av hver av disse på ulike områder.

Figur 4.2 viser svarene på spørsmål om nytten av IPS. Kun respondentene som svarte at de har IPS-tiltak har fått spørsmålet. Mellom 70 og 80 prosent av dem svarer at IPS er nyttig eller veldig nyttig på alle de seks områdene. Flest synes IPS er nyttig med hensyn til å gi råd og veiledning til pasienten om hvordan de skal skaffe/beholde jobb. Det er så å si ingen som svarer at IPS har liten eller veldig liten nytte.

Figur 4.2 Hvordan vurderer du nytten av IPS med tanke på..



Kilde: Spørreundersøkelse på DPS

To av de ordningene vi spurte om likner hverandre, idet begge innebærer at DPS har en person til stede som pasient og/eller behandler kan henvende seg til om problemstillinger knyttet til arbeid:

- "en sosionom eller annen ansatt ved DPS som pasient og/eller behandler kan henvende seg til om problemstillinger knyttet til arbeid"
- "en Nav-ansatt eller jobbspesialist som har kontortid på DPS, og som pasient og/eller behandler kan henvende seg til om problemstillinger knyttet til arbeid"

Siden det er av interesse å sammenlikne hvordan respondentene ser på nytten av de to ordningene, viser vi svarene samlet i Figur 4.3. Her viser vi kun andelen som svarer "Veldig god" eller "god" nytte.

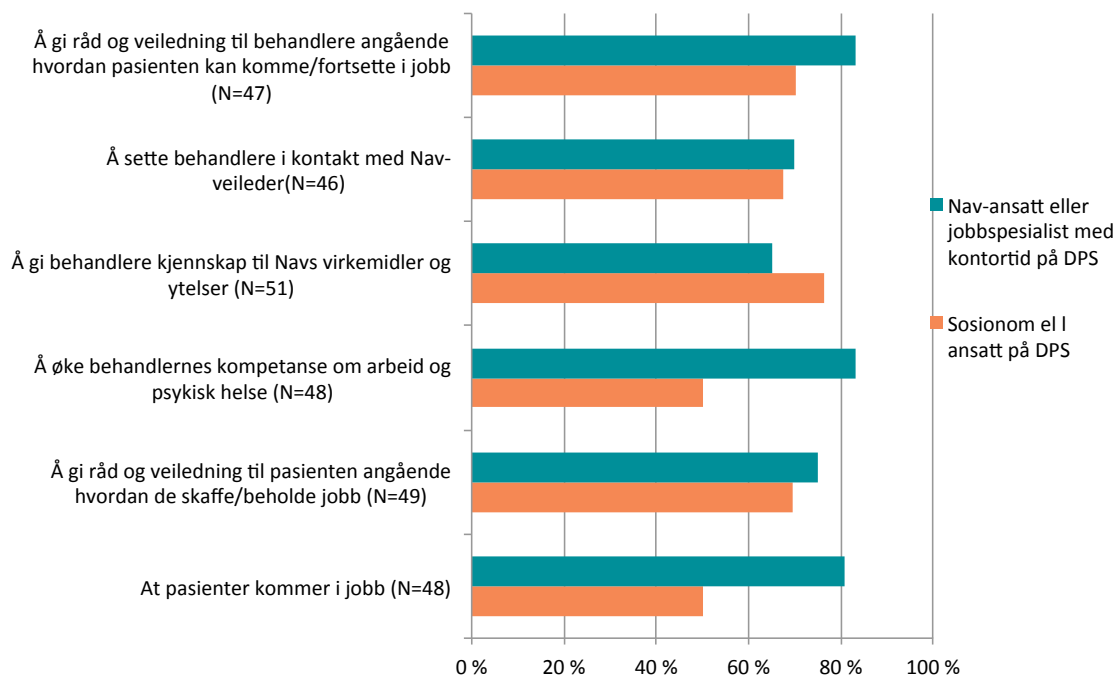
Når det gjelder sosionom eller annen ansatt på DPS er det jevnt over færrest som mener at denne ordningen er nyttig. Kun for å gi behandlere kjennskap til Navs virkemidler og ytelser er ordningen like nyttig som å ha en Nav-ansatt eller jobbspesialist. 76 prosent mener at sosionomfunksjonen er nyttig i denne sammenheng. Det er færrest som mener at ordningen er nyttig for å gi behandlere kompetanse om arbeid og psykisk helse, og for at pasienter kommer i jobb.

Respondentene ser svært stor nytte av å ha en Nav-ansatt eller jobbspesialist som har kontortid på DPS, og som pasient og/eller behandler kan henvende seg til om problemstillinger knyttet til arbeid. Over 80 prosent mener at Nav-ansatt/jobbspesialist er svært nyttig/nyttig for å gi råd og veiledning til behandlere angående hvordan pasienten kan komme/fortsette i jobb, øke



*behandlernes kompetanse om arbeid og psykisk helse og at pasienter kommer i jobb. Færrest ser nytten av Nav-ansatt/jobbspesialist når det gjelder å gi behandlere kjennskap til Navs virkemidler og ytelser, selv om et klart flertall ser nytten også i dette henseende.*

**Figur 4.3** *Nytten av å ha en person som pasient og/eller behandler kan henvende seg til om problemstillinger knyttet til arbeid. Hvordan vurderer du nytten av ordningen, med tanke på... Prosent som svarer veldig god eller god nytte*



Det var få respondenter som svarte at de har en veilednings- og oppfølgingsløsning fra Nav som har kontortid på DPS. Rundt 2/3 av de som har det svarer at de synes veilednings- og oppfølgingsløsningen er nyttig på alle områdene og 1/3 svarer "vet ikke".

Om lag 1/3 oppga at de utvikler/driver tiltak i samarbeid med Nav. Dette kan være ulike typer tiltak, slik at det er vanskelig å tolke svarene på spørsmål om nytte. Tiltakene oppfattes å ha god nytte når det gjelder å *sette behandlere i kontakt med Nav-veiledere*. Minst nytte mener respondentene at tiltakene har når det gjelder å *øke behandlernes kompetanse om arbeid og psykisk helse og at pasienter kommer i jobb*.

## 5 Aktiviteter med utspring i Nordlandssykehuset

Ved besøket i Nordland har vi fått informasjon om flere prosjekter, som alle har en forankring i Psykisk helse- og rusklinikken ved Nordlandssykehuset HF i Bodø, men som involverer flere samarbeidspartnere. Psykisk helse- og rusklinikken består av tre DPS-er; Salten (i Bodø), Lofoten og Vesterålen, samt tre sykehusavdelinger; Akuttpsykiatrisk, barne- og ungdomspsykiatrisk og spesialpsykiatrisk. "Navet" for de arbeidsrelaterte aktivitetene i klinikken er *Kompetansesenteret for arbeid og psykisk helse*.

### 5.1 Kompetansesenter for arbeid og psykisk helse

Kompetansesenteret er en koordinerende enhet knyttet til Psykisk helse- og rusklinikken ved Nordlandssykehuset, som ble etablert i mars 2014. Samarbeidet startet imidlertid mye tidligere – rundt 2005. Lederen for kompetansesenteret kom fra Navs Arbeidsrådgivning, og startet som behandler ved sykehuset omtrent samtidig som fylkeskoordinatoren for arbeid og psykisk helse ble ansatt i Nav Nordland. De to dannet et nettverk sammen med en psykiatrisk sykepleier i Bodø kommune. Informanten fra kommunen forteller: "Jeg opplevde at alle brukerne våre snakket om jobb. Vi tre startet et nettverk og begynte å jobbe med noen brukere."

Det ble søkt midler fra ulike kilder. Etterhvert ble det drevet flere arbeidsrettede prosjekter, stor sett med personer med alvorlige psykiske lidelser som målgruppe. Det oppsto et behov for en koordinerende enhet. Det var også et ønske å markere tydelig at arbeid er et viktig tema. Lederen for kompetansesenteret forteller:

*Vi ønsket en paraplyorganisering, for å markere at sykehuset synes det er viktig, å se ting i sammenheng, koordinere virksomheten. Det skulle være synlig for alle at her er det en enhet.*

På Nordlandssykehusets hjemmesider heter det at målet for kompetansesenteret er å utvikle, systematisere og formidle relevant kompetanse for aktivt å forebygge uførhet med bakgrunn i psykiske lidelser. Kompetansesenteret skulle ha følgende oppgaver:

- Utvikling og implementering av tjenester
- Praksisnær forskning – med fokus på effekter og implementering
- Formidling og rådgivning
- Utvikle og drifte nettverk
- Forbedre samhandling mellom helse og Nav

Tanken var at det var nødvendig å systematisere det arbeidet som allerede ble gjort innenfor arbeid og psykisk helse, og sikre at prosjektene drives

kunnskapsbasert og er godt forankret i ledelsen. For oss synes det som om ledelsesforankringen i dag er god. Dette kommer for eksempel til uttrykk ved at direktøren ved Nordlandssykehuset og fylkesdirektøren i Nav Nordland i august 2015 sendte et felles brev til arbeids- og sosialministeren og helse- og omsorgsministeren om utfordringer i samarbeidet mellom de to etatene.

Alle prosjektene som drives under paraplyen innebærer samarbeid mellom Nordlandssykehuset og Nav og/eller kommunehelsetjenesten, i hovedsak i Bodø. Fylkeskoordinatoren i Nav Nordland forklarer konsentrasjonen til Bodø med nærheten til fagmiljøene (Nordlandssykehuset), og at det er "en kamp om oppmerksomhet på Nav-kontorene".

Selve kompetansesenteret har 1,6 årsverk, men flere personer med ansettelse/arbeidssted andre steder er assosiert med senteret gjennom en nettverksorganisering. Noen av dem har dedikert deler av arbeidstiden til samarbeidet og de ulike prosjektene, og noen stillinger er eksternt finansiert. De ulike ressursene som er dedikert til samarbeidet og prosjektene under kompetansesenteret er finansiert gjennom en rekke kilder: Sykehuset selv, Nav, midler fra Helsedirektoratet, Fylkesmannen i Nordland og Bodø kommune.

De ulike prosjektene er organisert med en styringsgruppe med representasjon fra ledernivå i de samarbeidende etatene, og prosjektgrupper med representasjon fra de aktuelle samarbeidende enhetene. Når det gjelder Navs involvering i samarbeidet har fylkeskoordinatoren en sentral rolle, men det er også veiledere ved Nav-kontoret som har et spesielt ansvar, for eksempel ved deltakelse i prosjektgruppa for "Kom i jobb" (se nedenfor). Nav-lederen ser dette som viktig for å unngå friksjon i det daglige samarbeidet på veiledernivå.

Kompetansesenteret har som nevnt en koordinerende rolle for de ulike prosjektene som drives innenfor arbeid og psykisk helse. Personene som driver prosjektene har ansettelse ulike steder, men de er faglig ledet gjennom prosjekt- og nettverksorganisering.

Et viktig forum er det ukentlige møtet blant de sentrale personer i prosjektene – fredagsmøtet. Lederen for kompetansesenteret forteller:

*Fredagsmøtet er et nettverksmøte med litt ulike bakgrunner for tilknytning. Det er et felles faglig forum hvor samarbeidet rundt arbeid og psykisk helse og brukermedvirkning/recovery er sentrale føringer for arbeidet vi gjør sammen, på tvers av spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og Nav.*

Her møter fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse i Nav Nordland og en psykiatrisk sykepleier fra oppfølgingstjenesten for psykisk helse/rus i Bodø kommune. Blant deltakerne som har ansettelse ved Nordlandssykehuset er det en metodeveileder (jobbspesialist), en erfaringskonsulent<sup>5</sup> og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

---

<sup>5</sup> Erfaringskonsulenten driver en ressursgruppe for brukermedvirkning, som har blitt et sentralt element i prosjektene.

Som nevnt driver senteret utvikling og initiering av konkrete prosjekter, formidling, kompetanseutvikling og nettverksarbeid, og de jobber for en styrking av samarbeidet med Nav. Lederen for senteret forteller at de inviterer seg selv ut, på avdelingene, DPS-ene, Nav og andre arenaer, for å spre kunnskap, både forskningsbasert og erfaringsbasert.

*Vi har informasjonsmøter på avdelingene, informerer på nettsida, lager brosjyrer, osv., for å høyne oppmerksomheten og kunnskapen. Helseforetaket har tre DPS-er under seg. Vi har et ønske om å nå ut til alle de tre DPS-ene dem. Mange vet lite om hva som foregår.*

### **”Arbeid og psykisk helse – et felles ansvar”**

”Et felles ansvar” ble startet opp som et prosjekt med formål å inngå en samarbeidsavtale mellom Nav Nordland og Nordlandssykehuset. Fylkesavtalen ble inngått høsten 2015. Nå jobber prosjektgruppa med å spesifisere avtalen på kommunenivå – mellom Nav Bodø og Nordlandssykehuset. Det er et ønske å være konkrete på innholdet i denne avtalen, hvilke aktører som skal forplikte seg, stillingsmidler, finansiering, osv.

Samarbeidsavtalene skal altså brytes ned på konkrete områder. I gruppeintervjuet med nettverksgruppa ble det påpekt at spesialisthelsetjenesten har avtaler med alle kommunene (samhandlingsavtalen), som omhandler samarbeid innenfor psykisk helse. Nav er ikke nevnt i disse avtalene. Det betyr for eksempel at en person som får tjenester fra Nav, blir syk og legges inn ved sykehuset, kan miste ytelsene sine fordi Nav ikke får beskjed. Arbeidsflyten mellom de ulike instansene er med andre ord et viktig tema.

## 5.2 Jobbhuset

Samarbeidet mellom Nav og Nordlandssykehuset startet med etableringen av ”Jobbhuset” i 2005.<sup>6</sup> Jobbhuset er et tilbud om arbeidsavklaring og arbeidsrehabilitering til pasienter ved Nordlandssykehuset som har alvorlige psykiske lidelser. Tilbudet er altså et lavterskeltiltak til relativt syke pasienter, i hovedsak innlagte.

Prosjektet drives i et samarbeid mellom Nordlandssykehuset, Nav Nordland og Bodø Industri AS (tiltaksleverandør). Lokalet ligger på området til Psykisk helse- og rusklinikken. Siden oppstarten har tilbudet blitt benyttet av ca. 170 pasienter.

Jobbhuset innebærer arbeidsrehabilitering i skjermede omgivelser, men med bruk av elementer av IPS-metodikk. Initiativtakerne ønsket å etablere et bedre samarbeid rundt arbeidsrehabilitering for denne gruppa, å endre holdninger til arbeidsdeltakelse som et positivt element i behandlingen, forhindre for tidlig uføretrygd og skape bro mellom institusjonsopphold og utskrivning til hjemkommune.

---

<sup>6</sup> Driften startet i 2007.

Tiltaksplassene i Jobbhuset er finansiert av Nav, innenfor midler til arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS). Navs tiltaksstruktur/-regelverk er i endring, og det vil trolig ikke være mulig å opprettholde denne finansieringsmåten framover. Informanter i Nav forteller at tiltaket har fungert som et slags forsøksprosjekt, og at det heretter må finansieres over andre poster. Noen mener det er naturlig at tilbudet blir finansiert av sykehuset.

Flere av informantene formidlet at Jobbhuset er grunnleggende i satsingen på arbeid og psykisk helse. Prosjektet anerkjenner arbeid som viktig tidlig i behandlingene, og innebærer å ha fokus på arbeid også for pasienter som er i en alvorlig situasjon. En informant i Nav Bodø formidler at de ellers har lite å tilby de aller dårligste – ”det er fint lite igjen for de som trenger denne forsiktige starten”.

### 5.3 Kom i jobb

Erfaringene som var opparbeidet gjennom Jobbhuset hadde stor betydning for utformingen av ”Kom i jobb” da dette startet opp – med vektlegging av deltakelse i ordinært arbeidsliv. Som en av våre informanter forteller:

*Det var enkeltpersoner som drev det fram. Tiden var inne for å se på den typen form for samhandling – kommune, spesialisthelsetjenesten og Nav. Forskningen gikk i den retningen – vi skal bort fra skjermet sektor.*

Kom i jobb er et IPS-tiltak (individuell jobbstøtte). IPS inngår i utgangspunktet ikke i de typer aktiviteter vi skulle kartlegge i prosjektet. Imidlertid oppfatter vi at prosjektet Kom i jobb i Bodø skiller seg en del fra andre IPS-prosjekter, og fungerer som en plattform og utløser for en rekke andre aktiviteter og samhandling mellom Nav og Psykisk helse- og rusklinikken. Mange av våre informanter ser på prosjektet som en kjernevirksomhet i samarbeidet.

*IPS er ikke nødvendigvis nøkkelen, men det er en motor for det som skjer.*

Bodø kommune, Nav Nordland, Nav Bodø og spesialisthelsetjenesten er involvert i Kom i jobb. Prosjektet er ikke en del av den pågående randomiserte studien, noe som var et bevisst ønske: ”Vi ville implementere – ”forurense” så mye som vi greier.” Det vil si at en ønsket å bruke IPS-tankegang/metodikk i flere deler av virksomheten.

Den første jobbspesialisten startet i januar 2013, og var plassert i psykoseteamet ved Salten DPS. I perioden 2012-2014 ble stillingen finansiert av FARVE-midler, men den har siden vært en ordinær stilling ved DPS, ved at en behandlerstilling er omgjort til en jobbspesialiststilling.

Det er i dag fire jobbspesialister i prosjektet, og i tillegg en metodeveileder som er ansatt ved kompetansesenteret. Tre av dem er finansiert av Helsedirektoratet. Av de fire er to plassert i psykoseteamet på DPS, og to i oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus i Bodø kommune. Selv om jobbspesialistene er plassert ulike steder, har de en felles faglig ledelse gjennom prosjektorganiseringen.

I Kom i jobb er altså jobbspesialistene ansatt i helsetjenesten – ikke i Nav. Så å si alle informantene våre ser dette som en stor fordel. Et argument er at plasseringen bidrar til holdningsendringer innenfor helsevesenet, og til at arbeid blir inkludert mer direkte i behandlingen generelt. Helsetjenestene har i utgangspunktet mye oppmerksomhet rettet mot sykdom, og det er i behandlingen at ”spiren” må sås. En Nav-veileder sier:

*Vi føler at dette er en suksess, at det er lokalisert i helse. Fordi det blir et annet fokus i tillegg til behandling. Det er sunt at de tenker arbeid med en gang, det er til nytte for oss.*

Det blir også påpekt at siden målgruppa er personer med alvorlig funksjonsnedsettelse, er det viktig at en jobbspesialist befinner seg på sykehuset. En behandler på DPS påpeker at jobbspesialistene kan komme i krevende situasjoner med usikkerhet om brukerens sykdomsutvikling, og at det da er en fordel at de er i nærheten av og kan spørre en spesialist hvordan de bør forholde seg til det. Det er dessuten ikke alle deltakerne i Kom i jobb som er Nav-brukere, selv om det gjelder de fleste.

Samarbeidet med Nav er likevel tett: De fem jobbspesialistene har fått nøkkelkort til Nav-kontoret, og har fast kontortid der. En informant ved Nav-kontoret formidler at dette er spesielt – ”det er jo vanligvis litt strengt”, men det er basert på tillit. En av jobbspesialistene forteller:

*Vi kommer og går der etter behov. De vi ønsker å bistå ut i jobb har stort sett en sak i Nav. Mange av dem lurar på det økonomiske. Det vi gjør kan vi ikke gjøre uten Nav. For all støtte får de jo hos Nav. Samhandlingen er nøkkelen. Hvis Nav hadde gjort det vanskelig hadde vi ikke kommet noen vei. Nav hjelper også med å finne jobber.*

Tilstedeværelsen på Nav-kontoret innebærer at det er lav terskel for å ta kontakt med den enkelte veileder, og vice versa. Det settes opp avtaler, men det har også senket terskelen for å ta kontakt utenom fastsatt tid, man er tilgjengelig for hverandre. En av Nav-veilederne forteller at de ofte legger møter med brukerne på den ukedagen jobbkonsulentene er der.

Det er særlig viktig å ha god informasjonsflyt rundt nye brukere i Kom i jobb. Dersom en veileder kjenner brukeren godt, vil vedkommende ha innspill til hva slags arbeid som er aktuelt, og som en veileder sier: ”Hvis det er gjort noen runder før, må de vite om det, så man ikke trår i samme fella en gang til” – det vil si prøver et arbeid som fungerer dårlig for den aktuelle brukeren.

## 5.4 TRU

TRU står for *Tilgjengelig behandling for ungdom med rus-, spill- og psykiske problemer*. Dette er et prosjekt som er initiert av Salten DPS ved rus-teamet, og innebærer samarbeid med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og Nav. Bakgrunnen for at barne-/ungdomspsykiatrien er involvert er at målgruppa er barn og unge mellom 16 og 25 år, med andre ord overlappende mellom BUP og DPS sine målgrupper. Prosjektlederen forteller at han jobber tett både med den kommunale oppfølgingstjenesten og med Nav-kontoret.

Ideen bak prosjektet er å få til *samtidige og koordinerte tjenester* på tvers av etater/instanser, for ungdom med avhengighetsproblematikk, sosiale og psykiske problemer: ”Hvis ungdom møter profesjonelle på tvers, vil det oppstå et samarbeid som kan være nyttig for brukerne.”

Ved rusteamet på DPS og BUP er det fem ansatte som jobber opp mot prosjektet. Ca. 20 pasienter er til enhver tid inne i prosjektet. Det er finansiert av midler fra Helsedirektoratet, foreløpig fram til våren 2017. Det har en styringsgruppe med deltakelse fra skolen, den kommunale helsetjenesten, avdelingsleder på Salten DPS og avdelingsleder på BUP.

Prosjektlederen har kontortid en fast dag i uka på Nav-kontoret i Bodø, og dette blir ansett som et suksesskriterium. Her møter han ungdom som skal vurderes som pasienter. Ulike temaer blir diskutert med Nav-veileder, som økonomiske ytelser, forhold i behandlingsplanen, mv. I andre tilfeller kan Nav-veileder møte på DPS, eller et tredje sted, for eksempel i ansvarsgruppe. En av oppgavene er å ha avklaringsamtaler med ungdom som veilederne er usikre på. Prosjektlederen har hatt rundt 10-12 samtaler det siste halvåret.

En av informantene våre på Nav-kontoret (ungdomsteam) forteller at de ansatte har god nytte av TRU sin tilstedeværelse i Nav-kontoret. Prosjektlederens kontortid er satt opp i kalendersystemet – slik at veilederne kan booke tid.

*Vi har problemstillinger som vi ikke vet hva vi skal gjøre med. Veilederen kan komme og ha en samtale, vi kan eventuelt ta med bruker. Det er nyttig for oss i Nav. Vi tror kanskje brukerne er ordinære (arbeidssøkere), men har kanskje mistanke om at det er noe mer.*

Samhandlingen i TRU gir gevinster både på helse- og Nav-siden: I DPS kan de ha pasienter som de mener burde hatt et tiltak, for eksempel kvalifiseringsprogram, eller en ytelse, for eksempel AAP. Da er det en lav terskel for å gå i dialog med Nav-veileder, slik at mulighetene kan bli avklart. Det kan være ungdom som blir henvist til BUP eller DPS for et rusproblem, og når de blir rusfrie, blir de ”motivert for Nav”. Da kan de ta kontakt med veileder, og det er lett tilgang til jobbspesialisten, som også har kontortid på Nav.

Hva er omfanget av spillproblemer blant unge Nav-brukere? Nav-veilederen forteller at man i et avklaringskurs for åtte ungdommer med nedsatt arbeidsevne fant at to hadde utfordringer når det gjelder spillproblematikk. Man ser at problemet er økende. Noen har også rusproblemer.

Samhandlingen mellom aktørene som er involvert i prosjektet består også av kompetanseutviklingsaktiviteter. Det er holdt kurs om spillavhengighet for ansatte i kommunen, spesialisthelsetjenesten og Nav. Ett av målene er at de ulike instansene skal få en felles kompetanse og forståelse, så ungdommene kan få rett bistand. Noe kan løses i førstelinja, andre trenger behandling for et spillproblem.

Vi stilte spørsmål til informanten i TRU om han mener at prosjektet bidrar inn i DPS med kompetanse om arbeid.

*Ja, på sikt, det tror jeg. Når du møter brukeren sammen med saksbehandler. Man får også oppdatering om nye ordninger på Nav. Kunnskapsutviklingen i Nav går fort, og ved å være der forstår jeg mer.*

Han påpeker at kompetanseoverføringen begge veier kunne vært mer systematisert, og at det er hensiktsmessig på sikt. På samme måte som DPS har et veilederansvar for å påse at førstelinja skal ha kunnskap om for eksempel veilederen fra helsedirektoratet, kunne man gjort det samme med Nav-kunnskap.

Det er planer om å utvikle organisatoriske systemer som gjør at samarbeidet om den aktuelle målgruppa ikke blir personavhengig. ”Dersom spesialisthelsetjenesten, kommunen, Nav og videregående skole har faste møtepunkter får alle forventninger til hvilke oppgaver man har.”

## 5.5 Vær i skole

Mens de andre prosjektene som er knyttet til Nordlandssykehuset først og fremst innebærer samarbeid mellom helsetjenesten (voksenpsykiatri) og Nav, og handler om jobb, er ”Vær i skole” et samarbeid mellom BUP, kommunehelsetjenesten og *grunnskolen* i Bodø. Nav er imidlertid representert i styringsgruppa for prosjektet. Prosjektet (én ansatt) er forankret i BUP, men fungerer som et lavterskeltiltak med tilstedeværelse på skolene. Det startet opp i 2014.

Det er to skoler som deltar, og den prosjektansatte deler arbeidstiden mellom dem. De to skolene ble med på grunnlag av tidligere samarbeid og kjennskap. Det ble sett på som en fordel å ha med én ren ungdomsskole og én skole som også er barneskole. Målgruppa for prosjektet er i utgangspunktet ungdomsskoleelever, men siden den ene skolen også har barneskole, er heller ikke yngre elever utelukket.

### Bakgrunn og mål

Hovedformålet med prosjektet er mindre skolefravær. Bakgrunnen er at problemene knyttet til frafall fra videregående skole ofte oppstår og kan avdekkes i yngre alder. Skolefravær i ungdomsskolen gir økt risiko for å falle ut senere, også fra jobb. Det er derfor nødvendig å jobbe med psykisk helse allerede i grunnskolen – tidlig intervensjon og forebygging er viktig.

*Hvis vi får snudd en negativ utvikling i fraværet, gjør det noe med framtidsutsiktene.*

Informantene formidler at behovet for denne funksjonen i skolen blant annet har sitt utspring i at BUP jobber mindre utadrettet enn tidligere, og er blitt mer utilgjengelige. Tidligere hadde dessuten helsesøstrene henvisningsrett, noe som også åpnet for en dialog i tilfeller hvor det ikke ble en henvisning.

*Før ringte jeg til BUP, men ikke nå lenger, det er lenge siden jeg kunne det.*

En av rektorene som deltok i intervju legger vekt på at prosjektet er tuftet på troen på normalitet:



*Du må utvikle motvindskompetanse for at du skal kunne leve i normalitet. Vi i skolen er flinke til tilrettelegging. Men vi er nødt til å drive undervisning. (...) Dette er til for at elevene skal håndtere hverdagen innenfor normaliteten.*

Prosjektet skulle i første omgang vare i et år, men det er nå søkt midler om å forlenge det et år til. Informantene i prosjektet peker på at kostnadene må ses i forhold til de kostnadene som er forbundet med "en livslang nav-er".

## **Aktiviteter**

Prosjektet "består av" en prosjektmedarbeider, som altså er ansatt på BUP, og har kontortid der en dag i uka. Resten av arbeidstiden deles mellom de to skolene. Han driver individuell oppfølging av elever, jobber opp mot lærere, deltar på foreldremøter, osv. Han inngår som en del av ressursteamet ved skolene, og samarbeider tett med helsesøster.

Elevene/foreldre kan ta kontakt med ham via lærer, helsesøster eller rektor, eller direkte. Lærerne kan tipse foreldrene om tilbudet, og han presenterer tilbudet på foreldremøter. Han forteller:

*Noen er ikke så erfarne som foreldre. De ser at barnet endrer seg, for eksempel trekker seg tilbake. Barna begynner selv å sette rammer. (...) Hvis det er en sårbar forelder, kan det bli vanskelig kommunikasjon. Det er tematikken jeg presenterer på foreldremøte: Hvis de ser noe de ikke finner ut av, fravær eller annet de er bekymret for, kan de ta kontakt.*

Informantene formidler at de ofte ser at psykiske utfordringer "går i arv fra foreldrene". De ser eksempler på at de elevene som sliter har foreldre som sliter. Det innebærer at foreldrene mangler verktøyene til å takle og hjelpe barna. Mange av dem har selv dårlige erfaringer med skole fra egen oppvekst.

Konkrete eksempler på problemstillinger som er utgangspunkt for å bruke tilbudet er høyt fravær, endret atferd, dalende motivasjon, utagering, og sorg/angst/depresjoner. For ungdommene er det mange temaer som er skambelagt, og Vær i skole representerer et lavterskeltilbud for å snakke om de vanskelige tingene.

Det kan være at en lærer ser at en elev endrer atferd, at han som tidligere var en glad gutt blir stille og trekker seg unna. Det kan dreie seg om en sorgreaksjon knyttet til et dødsfall, hvor eleven "bare" trenger noen å snakke med. I den andre enden av skalaen kan det handle om alvorlige overgrep, og behov for behandling ved BUP.

## **Nytte av tilbudet**

Vær i skole oppfattes å fylle en funksjon som er annerledes enn og kan utfylle oppfølging fra helsesøster, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og lærer. PPT driver først og fremst avklaring, ikke oppfølging av elever eller et lavterskeltilbud for elever som man ikke vet om har behov for mer enn samtaler. Skolen opplever at PPT er mer byråkratisk. Helsesøstrene har på sin side ikke den samme spesialkompetanse innenfor psykisk helse, og lærerne bør først og fremst drive "normal" undervisning.

Helsesøstrene vi intervjuet ser flere fordeler med Vær i skole. De er alene med helsekompetanse i skolen, og opplever det som godt å ha en annen helsearbeider å søke råd hos og drøfte saker med. De kan oppleve å "gå seg tomme" i arbeidet med en elev. En av helsesøstrene forteller at hun kan ha sittet med en elev hvor de ikke har kommet videre – "jeg kommer til et punkt hvor jeg ikke har nok kompetanse". Da kan Vær i skole være med på en samtale, og eventuelt overta saken. De har avtale om et fast møtetidspunkt med den prosjektansatte en gang i uka.

Den prosjektansatte driver også veiledning av lærere, og skolen erfarer at lærerne bruker ham i økende grad. Noen opplever en lettelse når de ser at den aktuelle eleven blir ivaretatt. En av rektorene formidler at det gir en større grad av trygghet i avgjørelser som må tas. Ordningen er blitt evaluert blant lærer, og de har uttalt seg svært positivt.

Informantene framhever at tilbudet dreier seg om tidlig intervensjon, "opp til moderat innsats", samtidig som man sørger for at de som skal ha spesialiserte tjenester skal få det. Den prosjektansatte følger forløpet til elevene og "surfer" passasjene mellom ulike tilbud, og i overgang fra ungdomsskole til videregående skole. En av rektorene sier om de tilfellene hvor elevene kommer i behandling i spesialisthelsetjenesten:

*Men de er jo fremdeles kommunen sine barn og rektorenes og helsesøstrenes barn. Det handler om å ta tak i helheten: før, under og etter (behandling). Det handler om å ha en tjeneste i skolen som dekker det løpet, at det blir sømløst.*

Informantene våre ser det som en stor fordel at prosjektmedarbeideren er ansatt på BUP, delvis på grunn av den medisinske kompetansen, og delvis på grunn av den "lette tilgangen" til BUP ellers. Han formidler selv at det er en fordel å ha tilgang til eventuelle journaler og lett tilgang til å snakke med en eventuell behandler. Foreldre kan fortelle legen hvilke råd den prosjektansatte har gitt, og eventuelle henvisninger til BUP får bedre kvalitet.

*Man kan ikke bare skrive at ungen trenger å "snakke med noen".*

Informantene ser det som helt sentralt at den som fyller Vær i skole-rollen har helsebakgrunn og forankring i BUP. De ser det likevel som urealistisk at BUP skulle ha en rekke ansatte med denne funksjonen (dersom man skulle innføre den ved flere skoler). Helsekompetansen blir da ansett som det viktigste, og at vedkommende har "åpne kanaler" til BUP.

## 5.6 Andre grep og elementer i samarbeidet

En del andre tiltak eller aktiviteter inngår i eller springer ut av de prosjektene vi allerede har beskrevet, vi gir her noen eksempler (ikke nødvendigvis uttømmende).

### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er en sentral føring i arbeidet i Kompetansesenteret, og i de enkelte prosjektene.

Som tidligere nevnt er det en erfaringskonsulent tilknyttet nettverksarbeidet. Hun møter i fredagsmøtene, og driver en ressursgruppe for brukervedvirkning. I gruppa er ulike aktører representert, også jobbsøkere. Sammen med brukere driver hun i tillegg informasjonsvirksomhet, for eksempel om Kom i jobb.

Et annet eksempel på brukervedvirkning er TRU-prosjektet, som planlegger en dialogkafé med tre klasser i videregående skole for å få hjelp til å finne ut hva som er god informasjon om psykiske problemer/spill.

### **Utnyttelse av jobbspesialistene**

Jobbspesialistene i Bodø blir brukt på flere måter. Som nevnt har de kontortid på Nav-kontoret. Jobbspesialistene kan også bidra for pasienter som er innlagt:

*Vi får lov å bruke Jobbspesialistene utenfor IPS, det gjør at vi kan gjøre mye. For eksempel de pasientene som er innlagt med alvorlige sykdommer, de kan bli utskrevet med en CV i hånda.*

En jobbspesialist er ansatt som metodeveileder i kompetansesenteret. Vedkommende er involvert i flere prosjekter, og driver informasjonsvirksomhet og veileder av andre jobbspesialister (ved siden av å ha ansvar for noen brukere).

Behandler ved DPS forteller at jobbspesialistene møter på mandagsmøtene i psykoseteamet, og at arbeid da er en fast post på dagsorden.

### **Kurs/kompetanseoverføring på tvers**

Det har vært en del kompetanseoverføring mellom helsesiden og Nav-kontoret, blant annet har ansatte ved sykehuset hatt en serie kurs for veilederne på Nav om ulike diagnoser og hvordan de jobber på DPS. Det har vært arrangert tre større konferanser i Bodø i perioden 2010 til 2015 som alle har omhandlet arbeid og psykisk helse og hva man vet virker. Veiledere ved Nav har deltatt på samlinger for å lære seg jobbspesialistrolle. En Nav-veileder har hospitert ved psykoseteamet ved DPS.

## **5.7      Utfordringer ved samarbeidet**

### **Organisering**

Samarbeidet mellom Nav, Nordlandssykehuset, kommunehelsetjenesten (og skolen) skjer innenfor en nettverksorganisering, med prosjekter på tvers av organisasjonen, og der en del av de samme personene er involvert i ulike prosjekter. Videre er representanter for helsesiden relativt tungt ”inne i Nav”. Kompetansesenteret har faglig ansvar, men ikke personalansvar for de fleste involverte.

Sett utenfra kan dette virke uryddig, men mye av de positive virkningene av arbeidet er ifølge flere av informantene knyttet til denne organiseringen. Samtidig gir den noen utfordringer. Lederen for kompetansesenteret sier det slik:

*Når vi samarbeider på tvers og skråss av de formelle søylene våre – som vi må hvis vi skal vi holde målene til den enkelte pasient/bruker, blir det fort uoversiktlig og utfordrende. Men – det er bedre at det er utfordrende for oss enn for den enkelte pasient/bruker som skal navigere i det samme terrenget!*

Flere av informantene peker på det utfordrende i å få til samarbeid mellom to store organisasjoner: ”Det er mastodonter som skal samhandle” og ”Nav er et system, så *litt* utfordringer er det”. Et utgangspunkt har vært å klare å skape samarbeid uten at det blir for mye byråkrati.

Flere av informantene framhever et viktig trekk ved prosjektorganisering, hvor prosjektgruppene møtes jevnlig: Det kan oppstå uenigheter i samarbeidet, og prosjektgruppene er da et forum hvor de kan tas opp og løses. En av informantene sier:

*Vi har prosjektgruppa som kan løfte problemstillinger hvis det er utfordringer. Det må vi fortsette å ha også etter prosjektet. For det er mange ting som er utfordrende i et samarbeid! Det må være forankret i avtaler, vi må finne støtte overalt. Det finnes ikke strukturer i bunn som skal gjøre det lett å samarbeide.*

### **Saksbehandlingssystemer**

Flere av informantene våre framhever de ulike datasystemene som en utfordring for utveksling av informasjon om den enkelte pasient/bruker. Jobbspesialistene har i dag nøkkelkort til Nav-kontoret, men de kan ikke ha tilgang til Navs systemer. Det blir diskutert om man kan bruke såkalte ”null-prosent-stillinger”. Som formelt Nav-ansatte kunne ansatte i helsetjenesten dermed ha tilgang til Navs systemer. Det blir også vurdert om en Nav-veileder burde knytte seg til et team på DPS.

En leder ved Psykisk helse- og rusklinikken anser de elektroniske ”sperrene” som et større utfordring enn å få mennesker til å jobbe sammen. Tilgang til informasjon er viktig for å gi riktig tilbud til brukerne, og for at de skal slippe å fortelle historien sin mange ganger til forskjellige personer. De ansatte må dessuten hele tiden ”vokte” på taushetsplikten samtidig som de skal formidle relevant informasjon. Med bruk av ”null-prosent-stillinger” kan ansatte i Nav skrive i pasientjournaler, og vice versa.

### **Ulike oppdrag – grensesnitt og finansiering**

Til tross for nettverksorganisering på tvers, vil det alltid være en diskusjon om grensesnittet for ansvar mellom etater med ulike samfunnsoppdrag.

*Nav kan si det er ikke vårt ansvar å finne arbeid til de som er så syke, og vi: det er ikke vårt ansvar å få folk i arbeid.*

*Alle blir preget av de systemer vi sitter i – vi (helse) blir ikke målt på arbeid. Nav blir heller ikke kreditert for samarbeid med helse.*

Nettverks- og prosjektorganisering er en måte å handle sammen på tvers av grenselinjene, men problemstillingen er ikke dermed ”løst”, og det kommer opp problemstillinger, kanskje særlig når det gjelder finansiering. Noen formidler at

Nav har finansieringsansvar ”fordi de ender med å få det til slutt”. Én informant fra Nordlandssykehuset formidler det likevel motsatt: ”Det er vi som blir gående med pasientene”:

*Hvis de går over på uføretrygd er de ikke lenger på radaren til Nav. Det er vi som vet hvem de er. ... Det er vi som ser dem, og som kan se potensialet. Så jeg tror helsesiden må ha en stor rolle.*

Vedkommende konkluderer likevel med at både arbeidet og finansieringen må være et trepartssamarbeid. Det blir påpekt at Nordlandssykehusets egen finansiering av en jobbspesialiststilling er et ”tapsprosjekt” for dem. Men en ansatt sier:

*Det er det som blir så galt når man skyver ansvar over på hverandre. Det argumentet har vi hørt, men jeg er glad for at vi har ledere som sier at dette gjør vi likevel! Det gir ingen inntjening, vi taper inntjening ved å ha omgjort den stillingen.*

En måte å finansiere slike funksjoner på ville være om det var en refusjonsordning for denne typen arbeid, for personer uten helsekompetante.

Fra Nav sin side blir det påpekt at en intensiv satsing på prosjekter for en relativt liten målgruppe kan gå ut over tjenestene til andre brukere – som det er mange av. En informant fra Nav sier:

*Vi skal ha høyt volum og gode tjenester for alle – vi må trygge tjenestene til de mange AAP-mottakerne. Hvor går grensen for hva Nav skal finansiere? Å se på hva som er best for samfunnet og hva er best for bruker, det må være overordna. Jeg har vært med på mange prosjekter. Men alt står og faller på at vi klarer å ha god kvalitet i store volum. Prosjekter har ofte mye ressurser til få brukere. For Nav er det sentrale hvordan vi klarer å gi et kvalitativt godt tilbud til mange.*

Også når det gjelder faglige vurderinger i enkeltsaker er rollefordelingen viktig – det kan være en balansekunst å ”trække i hverandres bed” uten å trække over. Vi har blitt fortalt om eksempler på at DPS har fått henvisninger fra Nav, der det er ”krevd” døgnbehandling, mens DPS har vurdert at poliklinisk behandling er best. Og den andre veien: En Nav-veileder forteller at det har hendt at DPS har laget en plan, eller jobbspesialisten har gjort en avtale, som krever at Nav går inn med tiltaksmidler. Det kan også bli gnisninger dersom en Nav-veileder har jobbet med en bruker med store utfordringer i flere år, og det kommer inn en jobbspesialist med noe som oppfattes som ”kjappe løsninger”.

## **Regelverk**

Regelverket for arbeidsrettede tiltak kan hindre bruk av hensiktsmessige virkemidler for den aktuelle målgruppa. Tilbudet Jobbhuset er et eksempel på det. Dette er vanskelig å få til innenfor rammen av Navs arbeidsrettede tiltak. Noen informanter påpeker at regelverket for Navs tiltak ofte ikke er forenelig med de behovene personer med alvorlige psykiske lidelser har. Det kan gjelde tidsrammen, fraværsregelverk mv.

*Jeg mener Jobbhuset er nyttig, både med hensyn til avklaring, å bidra til mestring i det små, for å få mestring i det store etter hvert. At folk opplever at "det er bruk for meg". Når APS er ute leter vi etter en annen ramme.*

Nav-lederen formidler at han ser fram til den pågående forenklingen av tiltaksstrukturen. "Forhåpentligvis blir det en mer fleksibel tiltaksbruk." Han mener også at (de store) Nav-kontorene bør få større beslutningsmyndighet når det gjelder tiltaksbruken.

Reglene for livsoppholdsytelser kan være en annen utfordring. Ungdom i målgruppa for TRU-prosjektet beskrives som å være "i utakt i forhold til andre jevnaldrende". Mange har ikke klart å fullføre videregående opplæring. "De vandrer mellom utdanning, Nav, korte turer innom praksisplasser, osv." Hvis de så har sluttet å ruse seg, og er klare for å ta opp fag for å fullføre videregående skole, får de ikke AAP. Årsaken er aldersgrensen for å bruke utdanning som arbeidsrettet tiltak.

En problemstilling knyttet til regelverk i helsetjenesten kom opp da prosjektlederen for TRU fikk kontortid på Nav, og skulle innkalle brukere til samtale. Spørsmålet er: Hvis samtalen var med brukeren alene, ville det da være en time i helsetjenesten? Skal brukeren betale egenandel? For å komme utenom dette spørsmålet valgte man å gjennomføre samtalene som trekantsamtaler, med brukeren sammen med Nav-veileder.

## 5.8 Betydning av samarbeidet og prosjektene for arbeidsmåter i Nav og DPS

Alle informantene våre formidler at arbeidet som skjer under paraplyen Kompetansesenteret, og ikke minst samarbeidet i de enkelte konkrete prosjektene, har stor betydning for måten både helsesiden og Nav jobber med målgruppa på, både hver for seg og sammen. Mange av virkningene knyttes til Kom i jobb – "IPS har fått mange ringvirkninger." Årsaken er at dette innebærer en veldig konkret samhandlingsmodell – en arena å snakke sammen på.

På sykehuset forteller informantene at Kom i jobb har ført til at IPS-metodikk er innført som en integrert tilnærming i teamarbeidet. Pasientene blir raskere snakket til om arbeid på et tidligere tidspunkt, og det er en mer naturlig del av behandlingen. Det er også innført en manual, hvor behandlere på sykehuset får konkrete tips om hvordan de skal snakke om arbeid. En informant ved DPS la stor vekt på bidraget fra jobbspesialistene:

*Jobbkonsulentene er ansatt hos oss, har den samme lederen som meg, og er en del av arbeidsfelleskapet. Det har vært et av suksesskriteriene. Vi snakkes i lunsjen. De deltar i de faste mandagsmøtene. Vi har jobb som fast punkt på dagsorden i alle mandagsmøtene. Spørsmål om jobb kommer opp ved alle nye henvendelser. Jobbkonsulentene kan komme inn og motivere. Det har vært nydelig!*

På spørsmål om alle behandlerne har samme syn på vektleggingen av arbeid, får vi vite at det kan være diskusjoner i enkeltsaker, for eksempel om tidspunkt for når man bør gå ut i jobb, hva som er riktig type jobb, osv., men at



grunntanken er den samme. De ser at det kan bli en ekstra arbeidsbelastning på kort sikt, fordi det kan oppstå situasjoner når pasienten kommer i jobb, som krever at behandlere må "hive seg rundt". Dette kan oppleves frustrerende der og da.

En annen av informantene beskriver utviklingen:

*Tja, det er fortsatt behandlere som sier "nå har vi kommet så langt at vi kan begynne å tenke jobb", men et stort flertall av behandlerne er kommet lenger enn det. Tankegodset sprer seg.*

En Nav-veileder forteller at det kan være noe forskjeller i hvordan man tenker om arbeid på DPS og i Nav, men hun mener at dette har endret seg, og at DPS har mer fokus på arbeid enn før.

Fra kommunehelsetjenesten får vi vite at det er ukentlige møter mellom jobbspesialistene der også en leder deltar. "Her settes IPS på dagsorden". I oppfølgingsenheten kartlegger de hva brukerne er opptatt av, og Kom i jobb har nå bidratt til at de er blitt mer opptatt av å spørre om jobb. Informanten syntes tidligere det var vanskelig å få gjennomslag for å diskutere hvordan man skulle få arbeid mer inn i helsetjenesten, men "det tok av da vi fikk IPS".

I Nav er informantene opptatt av betydningen det har at jobbspesialistene og TRU-veilederen er til stede på kontoret. Kom i jobb har fungert som en døråpner, hvor Nav-veilederne har fått en vesentlig bedre kontakt med behandlere i sykehuset. En av informantene mener at dette gir dem et mye bedre grunnlag for å jobbe med brukerne. Det understøtter arbeidet når det gjelder arbeidsretting, eventuelt gir det en bedre avklaring.

*Jeg tror det har kommet brukerne til gode. Det har jo økt vår kompetanse, vi er klar over at selv med alvorlige psykiske lidelser er det ikke farlig å jobbe litt. Der har vi hatt en voldsom terskel.*

Nav har selv endret arbeidsmåter på flere områder, og noe av det betraktes som "frukter av det arbeidet vi gjør her på DPS". Blant annet har de begynt å bruke en rådgivende lege som er psykiater. Flere mener at Nav-kontoret har blitt flinkere til å trekke inn annen relevant kompetanse generelt, men som en veileder påpeker – "det er jo en grense for hvor mange instanser vi kan dra inn på Nav-kontoret".

Nav har selv satt av veilederressurser til å drive som jobbkonsulent, for personer med nedsatt arbeidsevne generelt. En veileder har fått frigitt tid til å jobbe utadrettet med noen brukere, og følge dem tettere opp. Vedkommende henter inspirasjon fra IPS-metodikk.

Det er flere av informantene som påpeker at behandlere oppfatter, forstår og forholder seg til "Nav-systemet" på en annen måte en før. Noen eksempler:

*Vi forstår hverandres roller bedre. Pluss at vi snakker bedre sammen. Før var det mye jeg ikke skjønnte, noen (Nav-veiledere) snakker i paragrafer. Det var noen frustrerende møter før. Men det har jeg ikke opplevd i det siste. Og at vi forstår hva vi må levere av erklæringer osv., og hvorfor.*

*Behandlere har fått mer kunnskap om hva Nav kan tilby, og hva Nav står i. For eksempel kunne jeg tidligere søke uførepensjon for en pasient, jeg*

*skjønte ikke at da ble Nav sin dør lukka. Nå forstår vi bedre hva de sitter i, de er opptatt av "avklaring". Det å forstå hverandres oppgaver.*

*Samarbeidsprosjektene med Nav har det felles at vi blir kjent med hverandre. Vi bruker samme ord.*

Det er ikke blant problemstillingene i prosjektet vårt å evaluere aktivitetene når det gjeldet effekt for brukerne. Informantene våre formidler imidlertid at de ser resultater av samarbeidet om oppfølging av brukere/pasienter:

*Det har stor samfunnsbesparende verdi. Det virker. Alle ser det – Nav og kommunen. Forbruket av kommunale tjenester går ned.*

*Hvis vi får pasienter som vi klarer å få inn i gode løp, da trenger de ikke så mye oppfølging fra oss etter hvert. Kanskje de må ha økt innsats med en gang.*

*Vi ser pasientforløp som tar en helt annet retning (med Kom i jobb). Noen av de som har vært alvorlig syke – noen trenger mye mindre fra oss i DPS etter å ha kommet inn i IPS. Noen ganger, det varierer selvsagt fra sak til sak. Men samlet er jeg ikke i tvil om at fokuset har stor betydning.*

Når det gjelder resultatene av "Vær i skole" formidler kommunehelsetjenesten at etterspørselen etter bistand er blitt merkbart mindre fra de skolene som er med i prosjektet.

## 5.9 Suksesskriterier og råd

Vi stilte alle informantene våre spørsmål om hva som skal til for å lykkes med samarbeidet om arbeid og psykisk helse, og hvilke råd de kunne gi til andre. Det var særlig tre temaer som gikk igjen i svarene.

### Tillit og lederforankring

Mange pekte på at det krever vilje hos alle parter – "Det gjør litt vondt". I gruppeintervjuet ble følgende formidlet:

*Du (Proba) leter etter det ene som er nøkkelen, men det er en syntese. To ting må på plass: Vilje hos ledere, og entusiasme hos de som jobber der. De to må koples. – Og av og til litt tvang.*

En av informantene fra Nav sier:

*At vi vil hverandre vel. Dette klimaet må man skape. Alternativet er mistenksomhet mellom sektorene – vi har kommet mye bort fra det.*

Lederforankring er en grunnleggende forutsetning for å få til dette. Flere av informantene understreker viktigheten av å organisere samarbeidet med styringsgrupper der alle etatene er representert på ledernivå. Det gir organisasjonene et felles eierforhold til det som skjer. Det blir påpekt at mye av arbeidet i Bodø har "vokst fram nedenfra", men dersom et slikt arbeid skal lykkes på sikt må det ledelsesforankres.



## Organisering og kunnskap

Flere sider ved organiseringen av arbeidet i Bodø vektlegges som suksesskriterier. Først og fremst gjelder det opprettelsen av *kompetanse-senteret* ved sykehuset.

*Det handler om samhandling mellom organisasjoner som har ulike oppdrag, man må derfor ha en person som bygger bru. Du kan ikke forvente samhandling hvis ingen får tid til akkurat denne rollen.*

Det er mange av informantene våre som peker på at man ikke kan få ansatte i to (eller flere) ulike organisasjoner til å samarbeide ved å fortelle dem at de skal samarbeide. Noen må holde i og drive arbeidet framover. Noen må være ansvarlig for å innkalle, å sette temaer på agendaen. Dette er ikke arbeid som blir belønnet i noen av de ulike organisasjonene – det er derfor nødvendig at man har en ansatt som kun har denne oppgaven. Lederfunksjonen må også innebære å sørge for at arbeidet er kunnskapsbasert.

*Vi må lene oss på forskning, prioritere.*

En annen fordel med å plassere ansvaret i en egen enhet er å gjøre arbeidet mindre avhengig av ildsjeler på sikt.

Det blir også understreket fordelene ved at prosjektene er organisert med en styringsgruppe, hvor beslutninger blant annet om finansiering kan tas, og en prosjektgruppe, som kan drive arbeidet framover og løfte problemstillinger som måtte oppstå.

## Sørge for hyppig kontakt

Den tredje suksessfaktoren som mange nevner er at det er skapt flere arenaer for kontakt, og hyppig kontakt, mellom ansatte på ulike nivåer i de ulike etatene. Dette gjelder både i det daglige og i egne samarbeidsfora. At jobbspesialister er ansatt i helse, og samtidig har fast kontortid på Nav, bidrar mye til kommunikasjon på tvers. En informant i Nav sier:

*Det er i stort kontakten som gir effekt – det er flere fra Nav som gradvis kommer mer i kontakt. Det virker som en døråpner. Det gjør samarbeidet robust.*

*Det viktigste for å få det til? Det er å møtes!*

*Null-prosentsstillinger* anses av flere som en god ide (men er altså foreløpig ikke innført i Bodø).

## 6 Samarbeid på flere arenaer i Sør-Trøndelag

Nav Sør-Trøndelag og helseforetaket St. Olavs hospital har hatt samarbeidsavtale gjennom flere år. Formålet med avtalen som gjelder nå, er ”å avdekke og samhandle om felles utfordringer som partene har i forhold til felles brukere/pasienter i Sør-Trøndelag.”

Da ny avtale ble utarbeidet i 2015, kom fagmiljøene med innspill til hvilke områder som bør være prioriterte samarbeidsområder. Avtalen inneholder per i dag følgende prioriterte områder:

- Arbeid og psykisk helse
- Arbeid og smerte
- Barn, ungdom og pårørendes behov for velferdstjenester, inkludert overgangen til voksen/arbeidsliv
- Rus
- Forskning og bedre kunnskapsgrunnlag

Inntrykket vårt er at både Nav og DPS fra hver sin side har hatt behov for tettere samarbeid. Flere ulike samarbeidsarenaer er prøvd ut de siste årene. Noen arenaer er implementert som del av ordinær drift. Fremover vil de involverte instansene diskutere hvilke ordninger som skal videreføres:

*Vi har hatt avtale i mange år. Det er blåst liv i den de siste årene og vi fikk en ny avtale i 2015 med innspill fra fagmiljøene om hva som bør prioriteres. Nå har vi felles arenaer for dialog. Vi er blitt bedre kjent, vi vet mer om hva vi kan forvente av hverandre. Vi kan diskutere videre: Har vi de arenaene vi trenger? Skal vi løfte inn noe annet?*

Vi oppfatter at det er enighet om at Nav og DPS har mange interessante møtepunkter, og ser gjensidig nytte av samarbeidet. På en erfaringssamling for Nav og DPS i Sør-Trøndelag i februar 2016, var én av oppsummeringene:

*Vi jobber ikke lenger parallelt, vi jobber integrert.*

Det er tre DPS-er under St. Olavs hospital (helseforetaket): Nidaros, Tiller og Orkdal DPS. I dette kapitlet presenterer vi samarbeidsmodeller som involverer to av dem:

- *Nidaros DPS og Nav Østbyen:* Nav Østbyens los og gjeldsrådgivere har fast kontortid på brukerkontoret ved Nidaros DPS. Pasientene kan komme sammen med behandler og få svar på spørsmål knyttet til ytelser, gjeld og relaterte temaer. I tillegg har Nav Østbyen fått midler til utprøving av IPS-metodikk, som benyttes i samarbeid med DPS-et. Som del av IPS-satsingen deltar blant annet en Nav-veileder i behandlingsmøter ved Nidaros. Andre møteplasser og samarbeidsarenaer er deltakelse i veilederforum, klinisk samarbeidsforum og felles fagdager.

- *Byåsen poliklinikk på Tiller DPS og Nav Midtbyen:* På Byåsen poliklinikk ved Tiller DPS er det lange tradisjoner for samarbeid med kommunale helsetjenester og Nav. De senere årene har samarbeidet fått to faste former: Saksdrøftingsverksteder mellom behandlere på DPS, Nav og kommunen, og Nav-los med fast kontortid på allmennpoliklinikken til faste tider hver uke for å bistå unge pasienter som har ønske om arbeidsrettet aktivitet.

## 6.1 Nav-los, gjeldsrådgivning og Jobbspesialist til pasientene på Nidaros DPS

### Navs veilednings- og oppfølgingslos på brukerkontoret på Nidaros DPS

Veilednings- og oppfølgingslos fra Nav Østbyen har kontortid ukentlig på Nidaros.<sup>7</sup> Bakgrunnen for ordningen var et møte mellom ansatte på DPS og fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse:

*Bakgrunnen var at vi ønsket tettere bånd mellom Nav og DPS, arbeid og psykisk helse. Vi ville at det skulle bli en mer integrert del. Det er lav terskel for å ta kontakt, når pasienten er lagt inn eller går til poliklinisk behandling. De kan enkelt booke seg en time.*

Ordningen har eksistert siden 2010. Pasienter kan booke time sammen med behandler for å få informasjon om Nav-relaterte spørsmål. Losen har kunnskap om arbeid og psykisk helse, og kan gi informasjon om arbeidsrettede tiltak og mulighetene for å komme i jobb. Losen kan også gi generell informasjon om rettigheter i Nav.

Informantene oppfatter at ordningen er som et Nav-kontor i miniatyr. Behandlerne oppfatter at det er nyttig for pasientene, fordi Nav blir ufarliggjort. Behandlerne synes også det er lærerikt å være med pasientene på møte med Nav, og kan bruke kunnskapen i møte med andre pasienter. Behandlerne ville sjelden ha vært med pasienter til Nav dersom Nav ikke hadde vært til stede på DPS-et (med unntak av ansvarsgruppemøter og lignende).

### Gjeldsrådgivning på DPS

I 2012 kontaktet Nidaros DPS Nav Østbyen fordi de ønsket mer kunnskap om gjeldsrådgivning og hva Nav kunne bistå med. I løpet av møtet ble de enige om å prøve ut en ordning der gjeldsrådgiverne også har fast kontortid på brukerkontoret. I begynnelsen samarbeidet Nav Østbyen med Nav Lerkendal om ordningen, men etter hvert trakk Lerkendal seg ut. To gjeldsrådgivere fra Østbyen har nå kontortid hver tredje uke på brukerkontoret, og har inntil fire timeavtaler hver gang.

Informantene oppfatter at brukerne kommer til gjeldsrådgivning tidligere enn de

---

<sup>7</sup> Losen fra Østbyen veksler med los fra Nav Lerkendal om å ha kontortid på DPS.

ellers ville gjort, og det blir lettere å lage en plan for håndtering av økonomiske problemer:

*Det må samkjøres, behandling og økonomien. Det er et kjempebehov. Behandler er med, det gir trygghet til pasienten. De hadde ikke kommet til oss før det var for sent, men nå får vi avklart raskt hva som faktisk er problemet, luker ut mange tidlig i løpet. Behandler ser at det er nødvendig for å komme videre, det kan bli fokus på behandlingen i stedet for på økonomi.*

Gjeldsrådgiverne oppfatter at bistanden de gir også er arbeidsrettet. De får tatt tak i økonomiske bekymringer, og veiledet i hvordan ytelser og gjeld påvirkes dersom pasienten begynner å jobbe.

### **Utprøving av IPS-metodikk på Nav og DPS**

Nav Østbyen søkte midler fra Helsedirektoratet i 2013, for å prøve ut IPS-metodikk ved kontoret. De fikk midler til en jobbspesialiststilling, som i dag er delt mellom tre veiledere ved Nav-kontoret. Jobbspesialistene bistår brukere med psykiske helseproblemer ut i jobb, og har tett oppfølging av den enkelte underveis. Den av veilederne som jobber mest med IPS, deltar i behandlingsmøter på DPS hver uke. Formålet er å fange opp om det er aktuelle kandidater til IPS, og utveksle informasjon om deltakerne som allerede er inne. Jobbspesialisten forsøker også å bidra med arbeidsrelaterte tips og råd i andre saker.

IPS-utprøvingen er knyttet til flere behandlingsteam ved Nidaros DPS, blant annet Unge voksne og familie og korttidsteamet. I det første teamet er det flere unge pasienter, og det er ment at behandlingen skal ha et systemisk perspektiv – det vil si å forstå symptomene i en kontekst. Behandlere der erfarer ofte at det er god medisin for pasientene å få noe meningsfylt å gjøre på dagtid, som gir mestring og følelse av å være til nytte. I denne sammenhengen er Nav en viktig samarbeidspartner. Begrunnelsen for at jobbspesialisten deltar i korttidsteamet, er at dette er en enhet hvor det er tenkt at ”mye skal gjøres på kort tid” og symptomene som regel ikke er så alvorlige. Potensielt er det en del pasienter i behandling her hvor det er aktuelt med arbeidsrettet aktivitet. Samtidig kan det være pasienter som er engstelige for å starte i jobb, eller trenger bistand til å skifte jobb.

En behandler ved Nidaros forteller:

*IPS-sakene har veldig forskjellig inngangsport. Det har vært en del saker hvor IPS har kommet inn senere i behandlingsløpet, og noen saker hvor de har blitt henvist til IPS etter bare noen få samtaler. Behandling har nesten vært unødvendig. Det var jobb som skulle til. Pasienten kan ha følt seg nytteløs, klarte ikke å få jobb selv. Det går ut over selvtilliten. Det er et godt eksempel på hvordan vi sammen kan finne hva slags tiltak de har behov for.*

### **Organisering og finansiering**

Nidaros DPS har en enhet som heter Lærings- og mestringssenteret, LMS. LMS har ansvar for opplæring av pasienter og pårørende, i tillegg til at de organiserer

brukerkontoret. Brukerkontoret er ment å være et lavterskeltilbud hvor pasienter (og eventuelt pårørende) får individuell informasjon og veiledning fra eksterne instanser i en tidlig fase mens pasienten er innlagt eller går i poliklinisk behandling. Ulike eksterne instanser inviteres til å ha fast kontortid. I tillegg til Nav-los og gjeldsrådgivere, har Tilrettelagt fritid og Helse- og velferdskontoret fra kommunen jevnlig kontortid på brukerkontoret.

Alle brukerne ved Nav Østbyen som skal ha behandling på DPS, sokner til Nidaros DPS. For andre Nav-kontorer har det vært vanskeligere å gi et fast tilbud til pasienter på DPS, fordi brukerne deres sokner til flere DPS-er. Tilbudet med gjeldsrådgivning og Nav-los på DPS-et er åpent for pasienter også fra andre Nav-kontorer enn Østbyen, men IPS-ordningen er bare for brukere ved Østbyen. Disse skillene kan virke forvirrende for pasienter og behandlere, som gjerne skulle ønske seg at tilbudet gjaldt alle. I intervjuene fikk vi også vite at Nav-kontorene i Trondheim skal omorganiseres:

*Fire kontorer skal bli til to. Dette med grensesnittene er en overliggende utfordring. Vi slår oss ikke sammen med grenselinjene for Nidaros (DPS). Det fremmer ikke samarbeid at det blir så fragmentert.*

IPS-prosjektet finansieres av prosjektmidler fra Helsedirektoratet som må omsøkes årlig. Nav Østbyen har hatt prosjektmidler i tre år, men den videre finansieringen er usikker. Finansieringen til de andre samarbeidsmodellene er ressurser i form av dedikert arbeidstid.

### **Nytte og betydning av samarbeidet**

Ordnningen med los og gjeldsrådgiver på brukerkontoret på Nidaros DPS evalueres hvert halvår. Behandlere og pasienter som har benyttet ordningen fyller ut et kort evalueringsskjema i etterkant. Tilbakemeldingene gjennomgås på et halvårlig evalueringsmøte, i tillegg til at partene diskuterer om rutinene og rammer er de riktige. Pasienter og behandlere har gitt svært gode tilbakemeldinger på tjenestene som Nav yter på Nidaros DPS. De får raskt svar på det de lurer på eller kommer i kontakt med riktig person i Nav. En tilbakemelding er også at det blir lettere for pasienten å ta kontakt når tilbudet er lokalisert på DPS og de kan komme sammen med behandler.

Inntrykket er at både Nav og DPS får kunnskap om hverandres felt gjennom de ulike formene for samarbeid. Gjeldsrådgiverne beskriver:

*Vi ser veldig nytten i det, også for den jobben vi gjør. Det er viktig for oss å møte dem med psykiske helseproblemer, det blir lettere for oss å trø det terrenget. Det øker vår egen kompetanse.*

Flere av informantene mente at summen av felles møteplasser gjør det enklere å ta kontakt med den andre parten. Ikke bare fordi de kjenner bedre til hvem de skal kontakte, men også fordi de vet hva den andre parten kan bidra med og gi vurderinger av.

Fra DPS sin side mener informantene at samarbeidet bidrar til å styrke arbeidsfokuset i møte med pasientene:

*Vi tenker arbeid som del av behandlingen oftere når vi har noen som minner oss på mulighetene. Jobbspesialisten som deltar i møtene, hun har også generell kunnskap om Nav, og bidrar inn om andre ting også.*

Inntrykket er at ledelsen både ved Nav Østbyen og Nidaros DPS er positive til et strukturert samarbeid. Fra Navs side har det til nå vært prioritert å bruke ressurser på samarbeidet for å gjøre virkemidler og muligheter kjent, og for å bygge relasjon til behandlere. Det å være til stede gir også mulighet til å minne om fordeler med samtidighet i arbeidsrettet aktivitet og behandling:

*Vi prioriterer ressurser til dette. Det koster mye, men det er en viktig investering. Vi kan fortelle om tiltak i Nav. Vi kan ikke forvente at de kan hele verktøykassa vår i forhold til arbeid og aktivitet. Vi tror det har effekt (...) Vi har modnet dem (DPS) mye på arbeid og aktivitet. Veldig mye mer enn for tre-fire år siden, veldig utvikling. Vi satt for noen år siden og kjeklet, fortalte at "arbeid er ikke skadelig." En del behandlere mente at ufør og passivitet var riktig for noen diagnoser. Vi i Nav er opptatt av funksjon, ikke diagnose.*

## **Erfaringer og råd**

Når det gjelder los-ordningen, er erfaringen at pasienter og behandlere i praksis kommer med spørsmål om ytelser og rettigheter. De får generell informasjon på brukerkontoret, og settes eventuelt i kontakt med riktig veileder. De involverte fra Nav-siden oppfatter at ordningen med los på brukerkontoret i for stor grad er blitt et satellitt-kontor for Nav, eller et publikumsmottak. De får ikke så mange henvendelser om arbeidsrettet aktivitet som de hadde ønsket. Et spørsmål er om mandatet er tydelig nok definert, og hvordan det skal formidles til behandlerne at losene kan benyttes til råd og veiledning for brukere som ønsker aktivitet. Fremover vil de diskutere om ordningen skal spisses mer mot arbeidsrettet veiledning.

Samtidig oppfatter Nav-siden at ett av suksesskriteriene både med los- og gjeldsrådgiverordningen er at de har vært åpne for alle typer henvendelser, også spørsmål som ligger utenfor deres arbeidsfelt. På den måten har de jobbet seg inn som en fast del av tilbudet ved DPS, og behandlere/pasienter blir vante med å booke time der:

*Man må ikke være for innsnevret på tilbudet, ikke begrense hva det er mulig å spørre om, så folk blir usikre på om de kan benytte det. Må være en åpen dør, så blir veien til mens du går.*

Samarbeidet mellom Nidaros DPS og Nav Østbyen har som nevnt bestått av ulike prosjekter og møtepunkter. Samarbeidet er nå i en fase hvor de involverte vil diskutere hvilke arenaer som skal videreføres og hva som eventuelt skal endres. De er opptatte av å videreføre "gode, effektive møtepunkter", og arenaer hvor det er lav terskel for "bare å komme innom og drøfte en sak."

## **Andre samarbeidsarenaer**

Nidaros DPS og Nav Østbyen har hatt en felles fagdag der 15 ansatte fra hver side deltok. Videre deltar en behandler fra Nidaros DPS i Veilederforum, der Nav-veiledere diskuterer saker og mulige løsninger. Behandler fra DPS bidrar



med innsikt i diagnoser, hva som er mulig og hvordan Nav-veilederne kan opptre overfor brukeren. I Veilederforum deltar også rådgivende lege, og noen ganger veilednings- og oppfølgingslos.

Behandlere og veiledere kan også ta opp saker til tverrfaglig drøfting i klinisk samarbeidsforum. Her deltar også andre instanser, som helse- og velferdskontoret i kommunen.

## 6.2 "Samarbeid på tvers" og Nav-los for unge voksne på Tiller DPS

### Samarbeid på tvers

Det daglige samarbeidet mellom Nav og Tiller DPS ble utviklet til en rutinemessig møteplass med "Samarbeid på tvers" i 2008. Samarbeid på tvers er et pasientnært, tverretattlig samarbeidsforum med beslutningsmyndighet. Forumet er et månedlig møtepunkt mellom Byåsen poliklinikk (en av tre poliklinikker ved Tiller DPS) og Nav Midtbyen, samt helse-/velferdskontor og oppfølgingstjeneste i bydelen. I møtet drøftes både enkeltsaker og mer generelle problemstillinger knyttet til samarbeid på systemnivå. Alle de deltakende instansene kan ta med saker for diskusjon i forumet. Møtet avholdes på poliklinikken hver gang. Fra Navs side deltar veilednings- og oppfølgingslosen og veiledere som har saker de ønsker drøftet i forumet. Poliklinikken deltar med poliklinikkleder, klinisk sosionom og behandlere som ønsker å drøfte pasientsaker i forumet.

Samarbeid på tvers er jevnt over mye benyttet av behandlere og veiledere. Møtetiden på to timer fylles stort sett opp med avklaring av pasientsaker. Eksempler på saker som drøftes kan være at Nav-veileder lurar på om brukeren trenger psykologisk utredning og behandling, eller at behandler på DPS ønsker veiledning om hvilken bistand pasienten kan få utenfor DPS. Det kan også være saker fra inntak, dersom inntaksteamet er i tvil om hva som er best tilbud for en person. På samme måte kan Nav ha med saker der de lurar på om en Nav-bruker bør henvises til behandling, og hvilke tilbud DPS kan gi.

Sakene diskuteres anonymt, med mindre pasientene har gitt samtykke til at saken drøftes med de andre partene. Informantene formidler at de finner raske og gode løsninger i enkeltsaker, og har fått større forståelse for hverandres arbeids- og ansvarsområder gjennom samarbeid på tvers.

### Los for unge voksne, med arbeidstid på Byåsen poliklinikk

Mange av enkeltsakene som ble drøftet i forumet Samarbeid på tvers viste seg å gjelde unge voksne med spørsmål til Nav. Byåsen poliklinikk anså det som hensiktsmessig å integrere fokus på aktivitet og mestring i utredningsfasen og i løpende behandling, for å forebygge sykeliggjøring av unge mennesker som fortsatt er i utvikling. Nav var av samme oppfatning, og i fellesskap ble samarbeidet videreutviklet mot målgruppen 18-25 år. Løsningen ble at Nav

Midtbyens veilednings- og oppfølgingslos fikk opprettet ukentlig kontortid i Byåsen poliklinikk sine lokaler.<sup>8</sup>

Behandlerne kan avtale tid sammen med losen til felleskonsultasjon med pasienten i en avtalebok på poliklinikken. Losen får i forkant melding om hvilke pasienter han skal møte sammen med behandler. Behandlere kan også ha samtaler med losen på egen hånd, hvis de har spørsmål knyttet til Nav eller hva de bør anbefale en pasient å gjøre videre. Hovedsakelig bruker losen likevel tiden på DPS til trekantsamtaler med pasient og behandler tidlig i utredningsfasen, for pasienter i aldersgruppen 18-25 år som strever med arbeid/skole/daglig fungering. Losen gir generell informasjon om tiltak, ytelser osv., og kan følge opp pasienten samtidig som vedkommende utredes eller går i behandling. Losen kan også være et bindeledd i saker der pasienten er eldre enn 25 år, og videreformidler informasjon til riktig Nav-veileder.

Los og inntaksteam ved poliklinikken kan ved behov møtes for anonym drøfting av aktuelle saker fra Nav, Jobbhuset og poliklinikkens inntaksteam. Det er ønskelig at samarbeidet starter tidligst mulig, gjerne i utredningsfasen der det er aktuelt.

## Organisering og finansiering

Ordningene med Nav-los for unge og Samarbeid på tvers er etablert som del av driften både på Nav Midtbyen og Byåsen poliklinikk. Samarbeidet er ledelsesforankret og skriftlige avtaler definerer innhold, rutiner og ansvar mellom de involverte.

I samarbeidsavtalen er det nedfelt en målsetting om at investeringen av ressurser skal bidra til utvikling av metodikk og praksis hos begge parter, og gi gjensidig økt forståelse for hverandres arbeidsmetoder til det bedre for pasientene. Partene skal sammen bidra til at unge pasienter mellom 18 og 25 år ved Byåsen poliklinikk, som står utenfor skole og arbeid, får raskere avklaring av forhold knyttet til ressurser og aktivitet. Det er også et mål med samarbeidet at det skal bidra til at Nav-brukere i samme aldersgruppe med psykisk helseproblematikk får en raskere avklaring av behandlingsbehov og nivå på behandling.

I dokumenter som definerer losens rolle på poliklinikken, er det presisert at losen ikke skal fungere som et satellittkontor for Nav, men være i et integrert samarbeid med behandler i pasient-/brukerforløpet.

Ledelsene ved både Nav og DPS/poliklinikken har vært engasjerte i utformingen av samarbeidet og i at samarbeidet skal opprettholdes og videreutvikles. Begge parter oppfatter at ledelsesforankring er svært viktig, og gir et signal om at ledelsen ønsker at ansatte skal bruke tid på det. Det har også vært viktig å definere samarbeidet skriftlig, for å ha samme forståelse av hva det skal innebære:

---

<sup>8</sup> På tidspunkt for intervjuer var losen i permisjon. En rådgiver fra Nav fyller oppgaven på Tiller DPS i mellomtiden. For enkelhets skyld beskriver vi personen som "los", selv om vikaren har en annen stilling på Nav.



*Er samarbeidsavtalen viktig? Ved oppstart var det viktig. Det ryddet bort en del uklarheter, og vi fikk avklart en del forventninger om hverandre. Det er tydelige roller nå, og samarbeidet er blitt en mer selvsagt del av arbeidshverdagen. Tydeliggjøring gir trygghet, og trygghet gjør oss tydelige!*

Tiller DPS sine tre allmennpoliklinikker er organisert etter geografi. Nav Midtbyen og Byåsen poliklinikk har sammenfallende geografisk nedslagsfelt med tanke på målgruppe, noe som legger godt til rette for samhandling. På Tiller DPS ser ledelsen denne organiseringen som fordelaktig med tanke på samarbeid med både Nav og kommunehelsetjenesten: "Samhandling står høyt i vår organisasjon."

Samarbeidsrutinene krever ikke øremerket finansiering, men forutsetter at både Nav og DPS investerer tid til møtevirksomhet. Når det gjelder ordningen med veilednings- og oppfølgingslos på DPS, forutsetter denne at Nav-kontoret enten har los eller prioriterer å bruke en annen ressurs på denne måten.

### **Nytte og betydning av samarbeidet**

Både Nav og Byåsen poliklinikk erfarer at de har stor nytte av samarbeidsformene som er etablert. Når det gjelder det tverretatlige samarbeidsforumet Samarbeid på tvers oppfatter informantene at de får stor gevinst av å ha en felles møtearena:

*Vi har funnet raske og gode løsninger i enkeltsaker og fått større forståelse for hverandres arbeids- og ansvarsområder. Det viser seg at vi ofte jobber hver for oss med de samme pasientene, og at vi gjennom forumet kan finne gode og bedre løsninger på komplekse enkeltsaker sammen.*

Inntrykket er at Nav-veilederne lærer mye av å løfte saker til det tverretatlige samarbeidsforumet. Informantene forteller at de får bedre forståelse for de ulike diagnosene og behandlingsformene:

*Du kan spørre hva en diagnose betyr, hva betyr det i praksis, hvilke symptomer og konsekvenser har den for arbeidsevnen. Kan se det i sammenheng med mulighetsrommet til Nav. DPS skal i utgangspunktet gi symptomlette, men møteplassene er bra for den helhetlige tenkinga. De gir innspill på at nå er det på tide å få gjort noe, en eller annen form for aktivitet.*

Også fra DPS sin side oppleves det tette samarbeidet med Nav som nyttig. Samarbeidet sikrer at det er de riktige personene som blir henvist. Videre kan rask kontakt med Nav, og et fokus på arbeidsrettet aktivitet (eller skole), motvirke sykeliggjøring, forhindre langvarig passivitet og bidra til bedre tilpasset og kortere pasientforløp. En av informantene ved poliklinikken sier:

*Mange av våre pasienter har utfordringer i forhold til økonomi, arbeid, aktivitet, bolig og psykososiale forhold. Nav sitter på en kompetanse vi ikke har, og de har tiltak og muligheter mange av våre pasienter trenger å få vite om og få bistand til. Behandlingen hos oss blir bedre og mer riktig mange ganger ved å ha tett samhandling med Nav på ett tidlig tidspunkt.*

*Det er ikke bestandig behandling alene hos oss er det riktige. Mange trenger fokus på ressurser og muligheter, i stedet for sykdom og begrensninger.*

## **Erfaringer og råd**

Ordringen med los som har arbeidstid hos DPS evalueres jevnlig ut fra målsettingene. I evalueringsmøtene diskuterer de om hyppighet, deltakere og mandat er hensiktsmessig, samt om noe bør endres eller om det er behov for andre møteplasser. Begge parter er åpne for endringer slik at behovet dekkes best mulig, og oppfatter at de fortløpende driver utviklingsarbeid sammen. Partene oppfatter at samarbeidsformen er fornuftig og nyttig i forhold til behovene nå:

*Arbeidsformen er integrert og samtidig arbeid, der vi møter pasientene sammen for å sikre best mulig og riktig tilbud.*

Slik vi oppfatter det, har det ikke vært spesielle utfordringer underveis. Aktørene kjenner hverandre godt etter å ha samarbeidet gjennom flere år. En erfaring fra både DPS og Nav sin side er imidlertid at selv om begge samarbeidsarenaene er godt etablerte, må medarbeiderne minnes på mulighetene jevnlig. I teammøter og liknende forsøker lederne å oppfordre til å bruke Samarbeid på tvers for å diskutere saker, eller involvere losen der det er behov for det. Det er også viktig å introdusere nyansatte for ordningene. Informantene erfarer at implementering tar tid.

Informantene mener at nøkkelen til suksess med samarbeidsprosjekter mellom Nav og DPS er at partene i samarbeid utvikler en samarbeidsform som er lokalt tilpasset, basert på sammenfallende interesser og behov om mer riktig tilbud og bedre forløp for pasientene. Det er viktig at losen og behandlere har mulighet til å møtes så ofte som ukentlig, og at de samarbeider tett på pasienter. Det har også vært viktig at Nav kommer til DPS til møtene i Samarbeid på tvers. Fra DPS sin side mener de også det er viktig at pasientene presenteres for Nav og DPS som et "vi" som sammen skal finne løsninger.

## **Andre samarbeidsarenaer**

Byåsen poliklinikk har deltatt på en fagdag på Jobbhuset. Erfaringene med å ha fagdag sammen var veldig gode, og det er noe informantene kan tenke seg å gjøre igjen. Det er et ønske fra Nav Midtbyen om at Byåsen poliklinikk deltar med en behandler i drøftingsmøter/veilederforum ved Nav-kontoret. Ved poliklinikken drøftes det hvordan de kan få til en slik ordning.

Heimdal poliklinikk – også ved Tiller DPS – har opprettet Samarbeid på tvers etter modell fra Byåsen poliklinikk, og har et ønske om tettere samarbeid med Nav-veiledere i sitt geografiske opptaksområde.

Vi vil også nevne at Tiller DPS er i gang med et utviklingsarbeid rettet mot de unge pasientene i alderen 18-25 år som er i behandling. De ønsker å se nærmere på aldersgruppen unge voksne og sin praksis med tanke på å identifisere mulige forbedringsområder når det gjelder samhandling, utredning- og behandlingstilbud. Foreløpige resultater bekrefter at mange, nesten halvparten, av de unge voksne i aldersgruppen 18-25 år som er i behandling

ved Tiller DPS har kontakt med Nav. Informantene mener dette styrker grunnlaget for at Nav og DPS bør fortsette å arbeide integrert og samtidig om mange pasienter.

### 6.3 Synspunkter på samarbeid hos helseforetaket

I intervjuene fikk vi inntrykk av at det har blitt vektlagt å ha god ledelsesforankring hos de involverte DPS-ene og Nav-kontorene i samarbeidsprosjektene. Dette ble også trukket frem som et suksesskriterium. Vår oppfatning er at samarbeidet mellom Nav og helseforetaket også er godt forankret på fylkes-/helseforetaksnivå. En av lederne sier:

*Skal vi lykkes, kan vi ikke sitte på hver vår tue og klage over at de andre er håpløse. Vi møter hverandre med ulik faglig bakgrunn, og ulik kultur som vokser opp i hver organisasjon. Når vi blir trygge på hverandre (...) da kan du få innovasjon. Hvordan gir vi best tilbud til pasientene?*

I helseforetaket er det opprettet en egen enhet for samhandling, som har ansvar for samhandling med ulike instanser, herunder kommunene og Nav. Fra samhandlingsenhetens side oppfattes samarbeidsavtalen som viktig: Avtalene sikrer at partene møtes og blir kjent. Blant annet definerer avtalen halvårlige møter på ledelsesnivå i Nav og helseforetaket. Avtalen gir også et utgangspunkt for de konkrete aktivitetene:

*Vi har funnet ut hva som er det felles målbildet. Så er spørsmålet, hvordan snakker vi om det, hvordan definerer vi oppgavene? Hvem har hvilken type kompetanse. Gradvis blir vi bedre kjent.*

*Avtalen skal håndtere de ulike perspektivene. Hva får du til innafor linja. Avtalen gir uttrykk for en moderne form for ledelse, den viser at vi har felles overordnede mål.*

## 7 Tiltakssamarbeid og saksdrøftingsverksteder i Agder

Sørlandet sykehus HF, Nav Aust-Agder og Nav Vest-Agder inngikk i 2010 en samarbeidsavtale med mål om utvikling av helhetlige helse- og velferdstilbud. Avtalen gjaldt for perioden 2010-2015 og skal fornyes i 2016. Det ble etablert et felles arbeidsutvalg som møtes fire ganger i året. Formålet med avtalen er formulert som:

- Samarbeidet skal bidra til at eksisterende faglige og økonomiske ressurser utnyttes optimalt slik at felles brukere og pasienter i Agder-fylkene får et helse- og velferdstilbud som i størst mulig grad er tilpasset den enkeltes behov og i henhold til nasjonale føringer.
- Samarbeidet skal bidra til redusert sykefravær, samt understøtte målsettingen om flere i arbeid og færre på trygd.

I avtalen for Agder er det videre beskrevet at det skal etableres et felles arbeidsutvalg med representanter fra de tre partene, inkludert fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse (Nav) i hvert av fylkene. Arbeidsutvalget møtes hvert halvår.

Under samarbeidsavtalen er det også utarbeidet handlingsplaner som definerer samarbeidsområder. Arbeidsutvalget er ansvarlig for å koordinere aktivitetene under handlingsplanene. Ett av samarbeidsområdene har vært tilbud til felles brukere/pasienter med psykiske lidelser/rus og sammensatte lidelser, med fokus på effekter av samtidighet mellom behandling og arbeid/aktivitet.

Samarbeidsavtalen involverer:

- De tre DPS-ene i Vest-Agder: Solvang og Strømme som dekker Kristiansand og nabokommuner, samt Lister som dekker den vestlige delen av fylket
- DPS Aust-Agder, som er organisert som ett DPS, men med tre ulike poliklinikker: Grimstad, Tvedestrand og Arendal/Froland.

I dette kapitlet beskriver vi to konkrete ordninger som har kommet i stand blant annet takket være samarbeidsavtalen og den jevnlige kontakten mellom partene:

- *Solvang DPS' samarbeid med Nav Kristiansand og Nav Vest-Agder om arbeidsrettede tiltak.* Solvang DPS er tiltaksarrangør med fire jobbspesialister som følger opp pasienter med psykiske helseproblemer som skal ut i arbeid. Jobbspesialistene arbeider tett med behandlerteamene på Solvang. Jobbspesialistene er også bindeledd mellom behandlere og det lokale Nav-kontoret.
- *"Drop-in" saksdrøftingsverksted for DPS Aust-Agder og Nav.* Drop-in er et rutinemessig saksdrøftingsverksted hvor DPS og Nav møtes for å diskutere saker som de ønsker innspill på. Dette kan være saker som gjelder DPS' og Navs felles brukere/pasienter, eller hvor de ønsker innspill

i saker hvor den andre parten har kompetanse eller virkemidler. Den ansatte ved DPS eller Nav som ønsker å ta opp en sak på Drop-in trenger ikke å melde saken på forhånd, og ansatte har anledning til å delta uten selv å ha en sak oppe til drøfting.

## 7.1 Tiltak i DPS-regi i Kristiansand

### Bakgrunn

Solvang DPS var med i et nasjonalt forsøk med Jobbmestrende oppfølging (JMO).<sup>9</sup> Da prosjektet ble opprettet, stod en lokal tiltaksbedrift for oppfølging av pasientene. Ansatte ved DPS så etter hvert utfordringer knyttet til det å få til tett samarbeid med en stor tiltaksbedrift. I tillegg så de at en del pasienter falt utenfor målgruppa for JMO. Det var også en utfordring at unge som hadde ”falt ut”, fått behandling på DPS, og som etter en tid ”kom seg ut av kjellerstua og var klar for en plass i samfunnet” måtte vente på å få kontakt med veileder hos Nav. En del falt dermed tilbake til å bli inaktive og demotiverte. DPS savnet at noen raskt kunne følge opp pasientenes ønske om aktivitet, og som hadde kompetanse på unge med psykiske helseproblemer. Til sist var det et ønske fra DPS sin side om tettere kontakt med Nav, felles fagutvikling og felles løsninger.

På et møte mellom ledelsen ved DPS og Nav fylke ble det diskutert hvordan de kunne få til en bedre samhandlingsstruktur, hvordan de kunne gi et tilbud til de unge med psykiske helseproblemer, og få bedre parallellitet i arbeid og behandling. I denne dialogen kom ideen om å flytte tiltaksplasser til DPS.

### Hva innebærer tiltakssamarbeidet?

DPS Solvang har i dag til sammen fire jobbspesialister ansatt. Pasienter som ønsker å komme i jobb og trenger bistand og oppfølging knyttet til dette, kan delta i tiltaket på Solvang. Nav Kristiansand, Nav Vest-Agder og Solvang DPS har i samarbeid utformet rammene for tiltaket. I dag bruker jobbspesialistene i stor grad IPS-metodikk for alle deltakerne. Oppfølgingen mot arbeid skjer i tett relasjon med behandlingen som gis. De involverte forteller at de blant annet har hentet inspirasjon fra Jobbresept som gjennomføres i Rogaland.

Tiltaket retter seg mot unge mellom 18 og 32 år som ønsker jobb. Ti plasser er forbeholdt personer med schizofreni-lidelser. I utgangspunktet involverte samarbeidet med Nav bare Solvang DPS. Ved utvidelse av tiltaket i 2015 med en fjerde jobbspesialist, var det et ønske om at tilbudet også skulle være for pasienter ved de andre DPS-ene i fylket, men at tiltaket fortsatt skulle være lokalisert ved Solvang for å ivareta fagmiljøet. I praksis er det flest pasienter fra Solvang som deltar i tiltaket, men det er også deltakere fra Strømme DPS. Både Nav og DPS-ene kan foreslå deltakere til tiltaket. Ved oppstart er det trekantsamtale mellom jobbspesialist, deltaker og veileder i Nav.

Tanken er som sagt at det skal være tydelige bånd mellom tiltaket og

---

<sup>9</sup> Se kapittel 1 for nærmere beskrivelse av Jobbmestrende oppfølging

behandlingen som gis på DPS. Jobbspesialistene har organisert seg slik at de dekker hvert sitt behandlingsteam. I praksis betyr det at de er "kontaktperson" for tiltaket for behandlere i det enkelte team, og de deltar i de ukentlige behandlingsmøtene. På behandlingsmøtene utveksler jobbspesialisten og behandlerne informasjon om deltakere i tiltaket. Jobbspesialistene spiller også inn ideer om arbeidsrettet aktivitet for pasienter som ikke deltar i tiltaket, i tilfeller hvor det er aktuelt. I tillegg er det trekantmøter med behandler, deltaker og jobbspesialist omtrent en gang i måneden.

Når det gjelder kontakt mellom Nav og DPS, har de involverte på DPS møte med kontaktperson i Nav Kristiansand en gang i måneden. De diskuterer samarbeidsspørsmål, oppdateringer rundt brukere i tiltaket og generell informasjon om nytt ved DPS eller i Nav. Det er også regelmessige arbeidsgruppemøter mellom de involverte ved DPS og Nav. Arbeidsgruppemøtene var hyppigere tidligere, men etter hvert er det blitt mindre behov for avklaringer fordi partene kjenner hverandre og hverandres arbeidsområder bedre.

## Finansiering

Jobbspesialistene har ulike finansieringskilder: Én stillingsressurs dekkes av midler fra Helsedirektoratet til utprøving av IPS<sup>10</sup>, én stillingsressurs dekkes av tilskudd til Jobbmestrende oppfølging fra Helsedirektoratet og to stillingsressurser dekkes av tiltaket Arbeid med bistand fra Nav.

Finansieringsmodellen gir fleksibilitet for DPS: Ved å ha prosjektmidler i tillegg til tiltaksmidler, kan jobbspesialistene arbeide bredere mot behandlere og pasienter på DPS. De deltar som nevnt i behandlingsmøter. I tillegg fungerer de som rådgivere for behandlere i spørsmål om arbeidsrettet aktivitet, og har generelt god oversikt over Navs ordninger og ytelser. Behandlerne oppfatter at det er lav terskel for å diskutere ulike problemstillinger med jobbspesialistene, også utenom behandlingsmøtene.

Jobbspesialistene kan også bruke mer tid på forsamtaler med pasient og/eller behandler, for å vurdere om pasienten er klar for tiltaket eller bør vente litt, enn det Nav har mulighet til før de skriver en bruker inn i tiltak. På denne måten vet pasientene bedre hva tiltaket innebærer når de bestemmer seg for å delta. Tanken er at dette vil kunne redusere frafallet.

Alle finansieringskildene er imidlertid usikre i langtidsperspektiv: IPS- og JMO-midler må omsøkes årlig. Når det gjelder Arbeid med bistand er dette tiltaket del av det nye oppfølgingstiltaket som fremover skal anskaffes gjennom anbudskonkurranse. DPS Solvang må søke på linje med andre tiltaksbedrifter for å beholde status som tiltaksarrangør og kunne opprettholde stillingene. Enheten har bestemt seg for å dekke lønnsmidler til i alle fall én stilling fremover. De involverte ved DPS Solvang håper at de får finansiert de andre stillingene med prosjekt-/tiltaksmidler også i fremtiden. Det er ingen konkret plan

---

<sup>10</sup> Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning til utprøving av individuell jobbstøtte. Midlene dekker Jobbspesialist (som skal følge IPS-metodikken) i behandlingsteam i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Midlene er utlyst årlig siden 2011.



for hvordan tiltaket ellers kan videreføres, og det er usikkert om denne type aktivitet kan inkluderes som del av Solvangs ordinære virksomhet. Samtidig sier enhetsleder:

*Det er ikke tid for å stoppe nå. Vi jobber med å få forståelse for at dette ikke bare er en utgift, men at vi får større sirkulasjon i pasientflyten. Vi har et mål om at spesialisthelsetjenesten skal se at ved å bruke ressurser på dette så gagnar det alle. Det er derfor vi har klinikken med på at den ene stillingen skal dekkes av oss, det er vår stilling.*

### **Nytte og betydning av samarbeidet**

Inntrykket fra intervjuene våre er at både Nav og DPS har vist et stort engasjement for prosjektet. Tiltakssamarbeidet er forankret på ledelsesnivå, og det synes å være gjensidig vilje til å ta tak i felles utfordringer:

*Det har vært lik interesse fra Nav og DPS sin side. For Nav sin del, de var fortvilet over at de var på landstoppen på AAP-mottakere under 26 år. Vi så at her må vi gjøre noe, vi har felles brukere. Det er den samme gruppen som strømmer til hos oss og ber om terapi – og vi ser at noen ganger kunne det å komme i jobb vært vel så god terapi.*

Fra Nav sin side sees det som en stor fordel at tiltaket driftes av DPS selv. Samtidighet i arbeidsrettet aktivitet og behandling sikres, samtidig som behandling gradvis kan trappes ned etter hvert som deltakeren er godt i gang med tiltaket. For pasientenes del er det fint at aktiviteten foregår på samme sted som de får behandling og er kjent. De får god informasjon før de starter i tiltaket. Det trygger også pasientene å vite at behandler er ”med på laget” og mener at tiltaket er riktig for dem. Dersom det oppstår utfordringer underveis, er veien til behandler kort for råd og veiledning. Informantene tror også tiltakssamarbeidet gir pasientene inntrykk av at Nav og DPS/ behandler ønsker det samme for pasienten.

Informantene på Nav-siden mener det er en fordel at rekruttering til tiltaket i stor grad skjer på DPS:

*Det er en stor fordel, det kommer direkte initiativ fra behandlerne som kjenner pasientene godt.*

*Det er mange dårlige pasienter, vi har ikke lyst til å presse dem for mye. Det viktigste er å få til en varig løsning. Her vet deltakerne at behandler er tett på, de føler trygghet på at det er riktig.*

Inntrykket er at behandlerne generelt vektlegger hensiktsmessig aktivitet som kan bidra til tilfriskning, herunder arbeidsrettet aktivitet – også uavhengig av at DPS er tiltaksarrangør. Informantene formidlet at det ofte er lurt å kombinere behandling med tiltak fra Nav, og at arbeidsrettet aktivitet kan være aktuelt for alle pasientgruppene. Behandlerne vi intervjuet mener likevel at jobbspesialistenes tilstedeværelse gjør at de blir minnet på å vurdere arbeidsrettet aktivitet for pasientene, og de får bedre oversikt over mulighetene som finnes. Ved at jobbspesialistene deltar i behandlingsmøter, at behandlerne får bedre innsikt i hva Nav og tiltaket kan bidra med, og at behandlerne erfarer hvordan arbeidsrettet oppfølging og behandling kan skje parallelt, er det lettere

å overføre tenkningen også til pasienter som ikke er i tiltaket. Et par av dem sier:

*Terskelen for å ta tak i den delen av livet til pasienten er lavere nå.*

*Jeg har en ung pasient som har noen ideer om å komme i jobb. Jeg snakket med jobbkonsulenten, hun er en rådgiver. Hun kan være et bindeledd der jeg ikke fatter hva som foregår.*

Behandlerne understreker også at jobbspesialistene gir et kontaktpunkt til Nav. Jobbspesialistene kan ofte svare på generelle spørsmål om tiltak og ytelser, eller de kan formidle at behandler ønsker kontakt med veileder i Nav:

*Jeg opplever også at det blir lettere fordi jeg kan kanalisere frustrasjoner et sted, noen ganger går det helt i kryss på Nav.*

*Det er mange terapeuter som er fornøyde. For dem har Nav vært et stort rødt spøkelse.*

## **Erfaringer og råd**

Arbeidsgruppen har diskutert hvorvidt kommunens psykiatritjeneste og andre i kommunens førstelinje bør ha en rolle i prosjektet. Slik det er nå, har pasientene mindre behov for bistand fra kommunen når de er ferdige i tiltaket, fordi de har fått tett oppfølging over tid og er i stand til å klare mye selv. Så langt har prosjektet ikke funnet passende samarbeidsform med kommunen. Fremover vil partene vurdere hvordan kommunen kan involveres.

Både fra Nav og DPS sin side oppfatter informantene at roller og oppgaver er klart definerte. Gjennom samarbeidsmøtene har de jevnlig kontakt. Det er viktig for å være oppdaterte på hverandres områder. En av informantene sier:

*Det er noe med å opprettholde et kart og terreng som stemmer til enhver tid, det er det mest utfordrende. Organisering og ordninger kan endre seg, vi blir oppdaterte.*

Sett fra Nav sitt ståsted var det en utfordring i starten at det tok lengre tid enn forventet å fylle opp tiltaksplassene. Andre, mindre utfordringer har de løst underveis i de jevnlige samarbeidsmøtene.

Også for Nav sin del gir prosjektet nytte, i form av bedre kompetanse og bedre forståelse for hvordan man møter brukere med psykiske helseproblemer. De ser for seg mer av liknende samarbeid fremover:

*Dette kan være starten på veldig mange ting. Som Nav er vi en veldig stor aktør, vi har masse muligheter til å få til ting. Dette prosjektet vi gi viktige erfaringer videre. Det gir oss masse kunnskap om psykisk helse, det er god kompetanse for veilederne. Vi kan gi trygghet i forhold til å imøtekomme brukerne, lage reelle forventninger.*

Enhetslederen på DPS kunne gjerne tenke seg en utvidelse av ordningen:

*Noe av målsettingen vår er kompetanseoverføring, så ideelt sett skulle jeg ønske at det var en jobbkonsulent i alle møter på teamene. En sånn type vaktbikkje, som spør om behandlerne har tenkt på jobb for de ulike pasientene. Det er utfordringer knyttet til å få dem (behandlerne) til å se at*



*det ikke bare handler om å sitte på mitt kontor og skape relasjoner!*

Hun kunne også tenke seg et samarbeid med Nav knyttet til økonomisk rådgivning. Erfaringen er at noen av dem som blir henvist til behandling takker nei fordi de ikke har råd til egenandelen, eller de har ikke råd til barnepass. Andre synes det er vanskelig å vurdere hva det innebærer å gå fra AAP til lønn. Slike og liknende spørsmål må ryddes av veien før pasienten kan dra full nytte av behandlingen.

De involverte er særlig fornøyde med at de har funnet en arbeidsform som "tilfredsstillende alle krav" – det vil si at det fungerer på tvers av regelverk og dekker behovene både til DPS og Nav. De håper å finne en løsning på finansiering som gjør at modellen kan videreføres.

### **Andre møteplasser/samarbeidsarenaer**

Det er etablert faste møter hvert halvår mellom Nav Vest-Agder v/fylkesdirektør, de lokale Nav-lederne og ledere ved de tre DPS-ene i Vest-Agder. Her diskuteres ulike problemstillinger knyttet til felles brukere. Informantene anser denne møteplassen som svært viktig, fordi man får forankret i ledelsen hva de felles utfordringene er, og hvordan etatene kan samarbeide for å løse dem.

Det har også vært arrangert internopplæring for oppfølgingsavdelingen på Nav-kontoret, hvor DPS har bidratt med erfaringskompetanse. Veiledere på Nav ønsker seg flere slike møter fremover, hvor DPS kan dele kunnskap om diagnoser og behandlingsformer.

## **7.2 Drop-in i Aust-Agder**

### **Etablering og organisering**

Drop-in startet som et samarbeid mellom poliklinikk Arendal og Froland og Nav Arendal, men modellen er nå etablert også i tilknytning til de to andre poliklinikkene ved DPS Aust-Agder. Det er litt ulikt hvordan Drop-in er organisert på de ulike stedene. Vi beskriver her i hovedsak Drop-in slik det gjennomføres i Arendal og Froland.

I intervjuene ble samarbeidet mellom Nav Arendal og DPS Arendal og Froland før 2010 beskrevet som lite konstruktivt: Begge partene var frustrerte over hverandre, og hadde mange fordommer om hverandre, noe som skapte et dårlig samarbeidsklima. DPS opplevde Nav som lite tilgjengelig, og som et hinder for pasientbehandling. På den andre siden opplevde Nav at DPS var lite samarbeidsvillige og hadde liten forståelse for lovverket som Nav forvalter. Det var lite direkte kontakt mellom dem, og kommunikasjonen gikk ofte gjennom bruker/pasient, noe som bidro til mange misforståelser.

Selv om det var lite samarbeid, var det i 2010 etablert en formell samarbeidsavtale mellom Nav og helseforetaket. Ledelsen i Nav og spesialisthelsetjenesten, som satt i arbeidsgruppen som skulle følge avtalen, initierte et møte hvor sentrale personer i DPS og Nav diskuterte hva de oppfattet som utfordringer, og hvordan de kunne finne gode løsninger i samarbeidet.

Et resultat av dette møtet var opprettelsen av saksdrøftingsverkstedet Drop-in, som en fast møtearena.

Drop-in er etablert som del av ordinær drift hos begge samarbeidspartnere. Ordningen har ingen egen finansiering, men partene investerer arbeidstid til planlegging og deltakelse i møter.

### Hvordan fungerer Drop-in?

Drop-in er et fast møte, hvor veiledere i Nav og ansatte på DPS kommer for å drøfte saker. Det kan både være generelle problemstillinger og saker tilknyttet enkeltbrukere og -pasienter. I tilfeller hvor identiteten gjøres kjent for møtedeltakerne skal det foreligge samtykke fra bruker/pasient.

DPS og Nav har i fellesskap utarbeidet en funksjonsbeskrivelse for samarbeidsforumet. I funksjonsbeskrivelsen heter det at Drop-in skal bidra til:

- Bedre samarbeid mellom behandlere ved de involverte instansene og Nav-veiledere ved Nav Arendal
- I økt grad sikre samtidighet mellom behandling og bruk av arbeidsrettede tiltak i Nav
- Raskere medisinsk avklaring av arbeidssøker/pasient
- Kompetanseoverføring mellom involverte parter
- Raskere oversikt i sammensatte og kompliserte saker

Slik forumet gjennomføres i Arendal, deltar Nav Arendal ved kompetanseveileder og los og DPS ved psykologspesialist og overlege, og ambulant akutteam ved enhetsleder. Etter hvert ble også avdeling for rus og avhengighet (ARA) og Arendal kommune ved tjenestekontoret/avdeling for psykisk helse og rus faste deltakere i møtet. Drop-in gjennomføres hver 14. dag, alternerende mellom Nav Arendal og DPS poliklinikk Arendal og Froland.<sup>11</sup> Det er ikke nødvendig å melde opp saker på forhånd til møtet. Veiledere/behandlere som ønsker å drøfte saker, kan enten møte selv på Drop-in eller formidle saken til en av de faste møtedeltakerne – herav navnet Drop-in. Tanken er at det skal være en fast møtearena som det skal være enkelt for behandlere og veiledere å ”droppe innom” for å diskutere saker.

Forumet er åpent for behandlere fra alle de syv enhetene under poliklinikk Arendal og Froland. Erfaringen er at døgnenheten sjeldent deltar, men at de andre enhetene bruker Drop-in ved behov.

Kompetanseveileder i Nav Arendal og veilednings- og oppfølgingslos (losen)<sup>12</sup> er og har vært sentrale i den praktiske etableringen av saksdrøftingsverkstedet. Kompetanseveileder og los har vært medvirkende i hele prosessen fra oppstart

---

<sup>11</sup> De ukene møtet avholdes på DPS, er møtet todelt: Først møter deltakerne på ARA, siden fortsetter møtet på DPS.

<sup>12</sup> Veilednings- og oppfølgingslosen er en fagperson på arbeid og psykisk helse som er et bindeledd mellom Nav, helsetjenesten og andre instanser, og bistår pasienter og brukere i arbeidsrettet aktivitet. Se kapittel 1 for en nærmere beskrivelse av ordningen.

av samarbeidet og frem til i dag. Kompetanseveileder og los har god kontakt med både Nav og DPS, og har lyktes med å få knyttet nøkkelpersoner fra begge parter til Drop-in. De har også roller knyttet til å kalle inne til møter og utarbeide halvårlig møteplan.

### **Innholdet i møtene**

En stor andel av sakene som drøftes handler om økonomiske problemer for brukere/pasienter som står langt unna det ordinære arbeidsmarkedet. Økonomiske problemer er ofte et hinder for behandling og bedring, og partene bruker verkstedet til å skissere opp reelle alternativer for pasient/bruker slik at man kommer videre i behandlingen.

Et eksempel kan være en person som gikk i behandling for depresjon. Han hadde stor gjeld. Han var usikker på hvilke konsekvenser det ville få for håndtering av gjelden dersom han fikk inntekt – og lot derfor være. På saksdrøftingsverkstedet kunne Nav og losene forklare DPS hvilke muligheter personen hadde, hva som kunne og ikke kunne skje. Resultatet var at vedkommende kom tilbake i jobb.

Arbeidsrettet aktivitet, Navs tiltak og muligheter for pasientene, og hvordan DPS og Nav i samarbeid best kan hjelpe pasientene, er også temaer i drøftingene. Informantene oppfatter at de gjennom Drop-in finner løsninger som partene alene ikke ville kommet frem til. Mange av sakene som drøftes handler om at Nav og DPS ønsker å koordinere innsatsen sin mot en bruker best mulig. Aktuelle spørsmål kan være: Når skal pasienten få ro til behandling? Når passer det med arbeidsrettet aktivitet? En av informantene fra Nav beskriver det slik:

*Det øker muligheten for samtidighet. Vi får informasjon om hva de ulike instansene har fokus på. DPS kan si at vi må gi ro til brukeren i tre måneder fordi de holder på med en omfattende kartlegging. Behandlerne har fått mer info om tiltak som finnes i Nav og kan foreslå pasienter som er klare for aktivitet.*

Et annet eksempel som har vært tatt opp på Drop-in er Navs henvendelser om spesialisterklæring fra DPS. Gjennom saksdrøftingsverkstedet har partene fått en felles forståelse av hva en spesialisterklæring kan og skal inneholde.

En av de faste møtedeltakerne fra DPS-siden oppsummerer:

*Min vurdering er at vi løser konkrete pasientsaker raskt: Der hvor det mangler penger, hvor pasienten ikke har fått stønad, hvor spesialisterklæring ikke er helt i mål, hvor den psykiske helsen ikke strekker til for et tiltak... Det omfavner alt fra A til Å. Drop-in bidrar til at vi får rask bistand. Det oppleves som positivt for pasienten. Det kan være ting som har innvirkning på mental tilstand, som gjør at det glir bedre.*

### **Nytte og betydning av samarbeidet**

#### *Kompetanse og (saks)behandling*

Partene beskriver Drop-in som et veldig nyttig forum for kompetanseheving og for å løse konkrete saker. Tidligere, i situasjoner hvor bruker og pasient "sto

fast” mellom Nav og DPS, kunne det ta veldig lang tid å klargjøre muligheter og komme videre i prosessen.

Ansatte på DPS får tatt opp saker og får tilbakemelding om Nav-systemet: om begreper og praktiske utfordringer, hva man kan forvente seg, hvilke muligheter og begrensninger det er. DPS har fått mer kompetanse om stønader og tiltak, noe som kan bidra til gode løsninger.

Begge parter sier at de har fått en mye bedre forståelse for hverandres regelverk og rammer, og et riktigere bilde av hva de kan forvente seg av hverandre:

*Samkjøringen er blitt mye bedre. Legen var litt lei av å bli fortalt av Nav hva som var god behandling. Vi er blitt enige om at vi har hvert vårt fag, og har respekt for hverandres avgjørelser.*

Informanter i Nav forteller at de i stor grad benytter seg av kompetansen til DPS, blant annet at de får økt kunnskap om diagnoser og hvordan man snakker med personer med ulike psykiske helseproblemer – viktige områder som de kan bruke direkte i veiledning av brukere. Sitatet under illustrerer:

*Et annet viktig poeng er at hvis Nav kan forstå våre pasienter bedre, så vil de også behandle dem mer adekvat. Da oppfattes ikke bruker som en som er vanskelig eller ikke vil noe. Man får en forståelse av lidelsen og hvordan den begrenser. Kanskje hemmer den konsentrasjonsevne, evne til å ta fatt i noe. Det gir innsikt i hvordan veilederne kan opptre i samtalene med bruker: hvordan kan jeg hjelpe deg, kan jeg være med deg, skal vi fylle det ut sammen, har du forstått brevet, har du åpnet posten?*

### *Tilgjengelighet og kommunikasjon*

Inntrykket fra intervjuene er at Drop-in har bygget bro mellom partene. Partene har blitt kjent med hverandre og fått økt forståelse for hverandres respektive arbeidsområder. Partenes tilgjengelighet har økt og det er blitt dannet enkle kanaler for kontakt i form av e-post og telefon.

### *Helhetlig brukertilbud og samtidighet*

Drop-in har blitt en arena hvor flere offentlige instanser møtes og koordinerer innsatsen for brukerne. Sammen kan de belyse sider ved saker og hjelpe hverandre slik at brukerne får et helhetlig og samordnet tilbud. Flere informanter forteller at aktørene på Drop-in ofte kommer med ny informasjon om saker eller brukere som gjør at oppfølgingen blir bedre, mer fleksibel og at man oppnår samtidighet i behandling og arbeidsrettet innsats:

*De driver symptomdemping på DPS, vi på Nav driver økt mestring og aktivitet – det henger nøye sammen.*

Fra Nav sin side tror informantene også at samarbeidet med DPS gir et mer målrettet tilbud til brukerne. Når veilederne får bedre forståelse for diagnosen og funksjon, blir det lettere å veilede om yrkesvalg, og å diskutere arbeidsoppgaver, stillingsbrøk og liknende mer konkret.

For pasientenes del har det betydning at problemstillinger knyttet til Nav raskt kan avklares, slik at de ikke bruker unødige krefter på å være frustrerte eller engstelige. Uavklarte forhold, særlig når det gjelder økonomi, kan stå i veien for behandlingen på DPS.

Samarbeidet har også betydning i den forstand at Nav og DPS oppfattes som to instanser som ønsker det samme for pasienten:

*For pasientens del sparer det mye at det ikke tar lang tid. Ikke misforståelser, ikke situasjoner hvor ting ikke blir fanget opp. Vi sparer tid og vi drar mer i samme retning. Vi motarbeider hverandre ikke, vi sier det samme på begge kanter.*

Informantene både fra Nav og DPS-siden oppfatter at det er nyttig at også kommunen og ARA deltar i møtene. For Nav sin del gir samarbeidet med ARA viktig kompetanse i møte med brukerne. Kommunen er en nyttig diskusjonspartner fordi det i sakene ofte kan være behov for tjenester som kommunen forvalter, eller kommunen kan gi et mer helhetsperspektiv på sakene.

### **Erfaringer og råd**

Informantene trekker frem flere viktige faktorer for at samarbeidet har lyktes. I tillegg til punktene som nevnes nedenfor, er en viktig faktor at flere av de involverte på Nav-siden har arbeidserfaring fra DPS/helseforetaket. De har hatt tillit og nettverk hos DPS, noe som har bidratt positivt i oppstart og videreføring av samarbeidet. Fra DPS sin side oppfattes det som viktig at samarbeidspartnerne hadde innsikt i DPS sine rammer og oppgaver.

#### *Behov og gjensidig nytte*

Drop-in oppfattes som en ordning som svarer på behovene både hos DPS og Nav. Inntrykket er at begge parter hadde et ønske om å forstå hverandre bedre, og få et innblikk i hverandres kompetanse, fordi det ville gagne brukerne. Et suksesskriterium er at ordningen er utviklet og definert av aktørene selv. Begge parter opplever at de har god nytte av møtene. Det er tydelig definert i funksjonsbeskrivelsen hvordan møtene skal gjennomføres, og hvem som har hvilket ansvar.

Det gjennomføres halvårlige evalueringer av Drop-in hvor form og innhold diskuteres. Informantene presiserer at den formen de har på møtene fungerer bra nå, men at de oppfatter at det er viktig at møteplassen justeres slik at den hele tiden oppfattes som relevant og nyttig for alle parter. Viktige spørsmål her er hyppighet og hvem som skal delta:

*Vi vurderer hele tiden hvor mye det gagnar oss, og når vi må gå inn og justere.*

Som følge av evalueringene har de involverte også hatt spesielle "satsinger," for eksempel prioriterte de i en periode problemstillinger knyttet til brukere med flyktningebakgrunn. I nåværende periode prioriteres unge brukere/pasienter. Den første timen i Drop-in er satt av til denne typen saker.

### *Nøkkelressurser som faste deltakere*

Slik vi oppfatter det, har både DPS og Nav vektlagt å ha sentrale fagpersoner som faste deltakere i Drop-in. Dette er ansatte som har god oversikt over henholdsvis Navs ordninger, ytelser og regelverk ("hun er et leksikon på Nav"), og pasientmasse, behandling og rammer/regelverk for DPS. Dette er viktig for å kunne se sakene som drøftes i et bredt perspektiv, og for at det skal være mulig å diskutere mange typer saker i forumet.

### *Forankring*

Drop-in er forankret hos ledelse både ved DPS og Nav, og er en konkretisering av samarbeidsavtalen mellom de to. Initiativtakerne jobbet bevisst med å forankre ordningen hos fagpersoner ved Nav og DPS. Ledelsen har gitt signaler om at samarbeidet er noe som skal prioriteres:

*Det er godt forankret i ledelsen. Ledelsen sier at dette er noe vi skal gjøre. Det formidles at dette er en viktig møteplass, ledelsen ønsker at vi skal delta der.*

Samtidig har det vært viktig at losene og andre nøkkelpersoner har bidratt til fortsatt oppmerksomhet rundt Drop-in. De minner om når møtene skal være, og forklarer hvordan møtene kan brukes, slik at flest mulig veiledere og behandlere kommer for å få diskutert relevante saker.

### *Faste tidspunkter hos begge parter*

DPS og Nav har et felles kalendersystem hvor man kaller inn til møte. Systemet gjør det enkelt for partene å følge opp. De ulike Drop in-verkstedene veksler mellom å være hos DPS og Nav, og flere forteller at det er lettere å delta når møtet er på egen arbeidsplass. Det at man veksler på å ha møtet hos Nav og DPS (og ARA), gir også et signal om at partene er jevnbyrdige og investerer like mye i at møteplassen skal fungere.

Flere av informantene mener også det er viktig at møteplanen er forutsigbar. Alle deltakerne har faste stedfortredere, slik at møtene blir gjennomført selv om noen må melde frafall.

### *Fleksibilitet og lokal tilpasning*

Det er viktig å tilpasse saksdrøftingsverkstedet til lokale forhold. Områdene skiller seg geografisk og demografisk fra hverandre, som det er viktig å ta hensyn til.

Da Drop-in skulle etableres i Navs tjenesteområder vest (Grimstad, Lillesand og Birkenes) og øst (Tvedestrand, Risør, Gjerstad og Vegårshei), ble det synlig at det er viktig å finne en lokal modell som fungerer for de involverte. I tjenesteområde øst har det vært spesielt utfordrende å finne gode møterutiner som sikrer at alle Nav-kontorene kan delta på Drop-in, samtidig som man må ta hensyn til reisevei. I disse områdene med flere små Nav-kontorer (som losen ikke har som arbeidssted), blir det spesielt viktig med en "innpisker" som sikrer at veilederne kjenner tilbudet og benytter det.

En annen erfaring er at det tar tid å forankre Drop-in i de andre tjenesteområdene, der hvor aktørene ikke har vært med på å utforme det selv.

*Drop-in er utarbeidet fra bunnen og opp, men så eksporteres det og tas inn fra toppen og ned. Da må vi ta hensyn til de lokale behovene: Hva opplever de der og da, hva ønsker de å få ut av det, hva er det man trenger.*

Etter erfaringene i Arendal ble det også etablert egne Drop-in-møter for Nav Froland med poliklinikk Arendal og Froland. Siden Froland er en liten kommune, ble det her mulig å koble på fastlegene. De inviteres rutinemessig til Drop-in, og erfaringen er at det ofte er fastleger som møter opp.

### **Andre samarbeidsprosjekter mellom Nav og DPS i Aust-Agder**

Nav Aust-Agder (ved fylkeskoordinator og Arbeidsrådgivningskontoret) og DPS Aust-Agder har samarbeidet om å lage og tilby et lavterskeltiltak som kombinerer gruppebehandling hos DPS og oppfølging fra en tiltaksarrangør. Tiltaket kalles HEART – helse og arbeidsrettet tiltak. Målsettingen er å styrke arbeidsdeltakelsen til unge mennesker med psykiske lidelser.

I forbindelse med ny forskrift om Nav-tiltaket Arbeidsforberedende trening (AFT) er Nav, ARA og DPS i dialog/samarbeider om å definere/utarbeide tiltaksbeskrivelse med ramme og innhold innenfor AFT-tiltaket som ivaretar mennesker med psykisk sykdommer og/eller rusavhengighetsproblematikk. Tiltaksbeskrivelse for målgruppene er tenkt ferdigstilt innen utgangen av juni 2016 med forventet oppstart 2017.

## **7.3 Forankring i helseforetaket**

Som beskrevet i avsnittene over, er inntrykket at samarbeidsmodellene i både Aust- og Vest-Agder er godt forankret på ledernivå ved de involverte DPS-ene, Nav-kontorene og ved de to Nav fylkene. Fra intervjuene forstår vi at også klinikkledelsen i helseforetaket er svært positive til denne typen samarbeid. I utviklingsplanen for helseforetaket vektlegges betydningen av at pasienten får bevare aktivitet og struktur samtidig med behandling. Ledelsen for klinikk for psykisk helse uttaler at de "heier på kreative løsninger", når DPS-ene våger å prøve ut noe utenfor den etablerte strukturen – som er faglig begrunnet. For klinikkledelsens del er det viktig å understreke overfor DPS-lederne at samarbeid med Nav er en viktig del av arbeidet som gjøres på DPS, det er ikke et tillegg:

*Det å få satt samarbeidet inn i en faglig ramme, det er viktig. Det kommer ikke som et tillegg til noe annet. Vi skal gjøre det som er faglig godt, det er mitt mandat som psykiater og leder for bedriften. Jeg anerkjenner nødvendigheten av å bruke tid på det. Vi kan bruke lederrollen til å gjødsle og vanne, passe på at Nav ikke blir problemet i det vi egentlig holder på med. Vi må se på Nav som samarbeidspartner, i stedet for at det er en problematisk etat. Skyve det over i positivt modus. Når vi får faktorene til å fungere sammen, det er kjempegøy.*

Fra klinikkledelsens side oppfattes det også som viktig at det ligger en samarbeidsavtale på overordnet nivå til grunn for samarbeidet. Avtalen bidrar til å etablere struktur for samarbeidet. Med en avtale har partene også et dokument som de kan gå tilbake til, for å se hva som faktisk ble avtalt. Samtidig ”er ikke avtalene verdt papiret de er skrevet på hvis de ikke blir oversatt til aktivitet og får eierskap ut i organisasjonen.”



## 8 Case og prosjekter på tvers

I dette kapitlet oppsummerer vi hovedtrekk ved de samarbeidsprosjektene og -aktivitetene som foregår i case-fylkene. Vi ser på likheter og ulikheter i samarbeidsmodellene, og identifiserer felles utfordringer og suksesskriterier.

### 8.1 Ulike typer prosjekter og modeller for samarbeid

I casene har vi studert prosjekter, ordninger og aktiviteter som kan sorteres i fire hovedtyper. Det er ikke nødvendigvis noe skarpt skille mellom dem, i og med at enkelte samarbeidsprosjekter har elementer av flere typer.

#### 1) Møteplasser og kommunikasjonskanaler

Møteplasser og kommunikasjonskanaler består av ulike ordninger og tiltak som sørger for kontakt og dialog mellom etatene/instansene på veileder-/behandler-og/eller fagansvarlignivå. I casene så vi ulike eksempler på saksdrøftingsverksteder, det vil si faste møteplasser der Nav-veiledere og behandlere diskuterer enkeltsaker. Det gjelder både i Agder (Drop-in) og i Sør-Trøndelag (Samarbeid på tvers).

Et enkelt tiltak for å lette kommunikasjonen er å utveksle kontaktinformasjon til enkeltveiledere og -behandlere, noe vi så eksempler på i flere av casene. Noen har også hatt kompetanseutviklingsprosjekter, som å holde kurs hos hverandre, eller delta på seminarer eller konferanser sammen.

Møteplassene og kommunikasjonskanalene bidrar til god oppfølging av brukere med psykiske lidelser på flere måter:

- Viktig informasjon om den enkelte bruker blir utvekslet direkte mellom de som har ansvar for å følge opp vedkommende på ulike arenaer
- Aktiviteter som igangsettes av de respektive instansene blir koordinert, og dialogen letter samtidig i behandling og arbeidsrettet bistand
- Ansatte på helse- og Nav-siden får kjennskap til og kompetanse om hverandres virkemidler og rammebetingelser, som gjør at de også hver for seg kan gi bedre bistand til brukerne/pasientene
- Behandlere og veiledere kan kommunisere på en mer enhetlig måte med brukeren
- Behandlere og veiledere blir kjent, og opparbeider seg samme kompetanse om arbeid og psykisk helse

#### 2) Utveksling/deling av arbeidsressurser

Flere av ordningene vi har sett på innebærer at ansatte i Nav, DPS og eventuelt kommunehelsetjenesten har kontortid i hverandres lokaler. I Bodø har for eksempel jobbspesialister som er ansatt i kommunehelsetjenesten og på DPS, samt TRU-prosjektlederen (ansatt på DPS) kontortid på Nav-kontoret (og har

nøkkelkort til kontoret). I Vær i skole er det en ansatt på BUP som sitter mesteparten av tiden på de to deltakende skolene.

Vi så også to ulike eksempler på at Nav-ansatte har fast kontortid på DPS. Ved Tiller DPS deltar Nav-los i konsultasjoner med pasient og behandler, og bidrar til å finne hensiktsmessig aktivitet samtidig med behandlingen. På Nidaros DPS tilbyr los og gjeldsrådgivere fra Nav råd og veiledning til pasienter og behandlere, til faste tider på brukerkontoret.

Disse ordningene gir en rekke fordeler:

- Terskelen for kontakt mellom de involverte instansene reduseres, da det blir svært enkelt for den enkelte behandler/veileder å få kontakt med sine "motparter"
- Brukere kan ha samtaler med en representant for helse- og Nav-siden sammen, og/eller kan få oppklart spørsmål med "den andre part" der og da
- Når Nav er tilstede på DPS blir terskelen for å ta kontakt lavere for bruker. Nav kan komme tidligere på banen
- Felles samtaler med brukerne sikrer koordinering av innsats og letter samtidighet av behandling og arbeidsrettet oppfølging
- Ordningene gir kompetanseoverføring og forståelse for hverandres rammebetingelser

En enda mer integrert variant ville være å benytte såkalte 0%-stillinger, slik det blir diskutert i Bodø. Det innebærer en formell ansettelse hos den andre etaten, noe som gir full tilgang til saksbehandlingssystemene.

### **3) Samarbeid om arbeidsrettede tiltak**

Blant de prosjektene vi kan kalle arbeidsrettede tiltak finner vi flere typer i casefylkene: varianter av IPS med oppfølging i ordinært arbeidsliv, og spesielt tilpassede lavterskeltiltak.

Et samarbeid mellom helse- og Nav-siden om slike tiltak sikrer at helsekompetansen kommer inn i gjennomføringen av tiltakene. Personer med psykiske lidelser har ofte behov for bistand fra flere instanser, og det er viktig at den som følger dem opp selv har, eller har lett tilgang til, kompetanse om den aktuelle sykdommen. Fra DPS sin side oppfattes det som positivt at behandlerne har et konkret tiltak å tilby pasienter som er klare for arbeidsrettet aktivitet.

Selv om det drives "IPS"-tiltak i Sør-Trøndelag og Nordland, er ingen av dem med i den randomiserte nasjonale studien. Dette innebærer at de står friere til å benytte jobbspesialistene på andre arenaer en bare direkte i oppfølging av tiltaksdeltakerne. Selv om aktiviteten kan betegnes som et arbeidsrettet tiltak, fungerer jobbspesialistene også som utveksling/deling av arbeidsressurser og en "møteplass", eller bro mellom etatene.

Når det gjelder lavterskeltiltak i mer skjermede omgivelser, er dette en type tiltak som blir etterlyst av flere, både fra helse- og Nav-siden. Personer med psykiske lidelser kan ha behov for en gradvis tilnærming til en ordinær arbeidssituasjon, og lett tilgang til helsepersonell i forbindelse med opptrapping av aktivitet. Dette

er noe man kan oppnå med et samarbeid om slike tiltak. I Aust-Agder har DPS og Nav samarbeidet om å utvikle og tilby et lavterskel tiltak som kombinerer gruppeterapi og tilpasset (arbeidsrettet) aktivitet. I Nordland samarbeider sykehuset med Nav om et arbeidstreningstiltak i skjermede omgivelser.

#### 4) Kompetansesenteret

Kompetansesenteret ved Nordlandssykehuset er en annen type "tiltak" enn de andre vi har kartlagt. I tillegg til å representere en organisasjonsmodell (paraply), kan det ses på som et eget "prosjekt" med egne aktiviteter: Senteret driver koordinering av alle aktivitetene innenfor arbeid og psykisk helse som sykehuset er involvert i, drifter nettverket av de samarbeidende aktørene, og ikke minst driver de forskning og kunnskapsformidling og utvikler tjenester. En av de pågående oppgavene er dessuten å arbeide med en konkretisering av samarbeidsavtalen mellom Nav fylke og sykehuset.

Nytten av kompetansesenteret handler (indirekte) om flere av de samme faktorene som enkelttiltakene/prosjektene. I tillegg gir enheten en robusthet og forankring av arbeidet, sørger for spredning av forskningsbasert og erfaringsbasert kompetanse, og sikrer at aktivitetene drives kunnskapsbasert.

#### Organisering og involverte aktører

Et viktig skille mellom de ordningene/tiltakene vi har sett på er hvorvidt de er organisert som et *prosjekt* eller *lagt inn i den vanlige driften* i de involverte etatene. Det er fordeler og ulemper med begge deler. Prosjektorganisering sørger for et høyt bevissthetsnivå og "trykk" i prosjektperioden, og gjør det mulig å være mer innovative enn i en ordinær driftssituasjon. Imidlertid er det begrenset hvor lenge og hvor mye etater med et bredt mandat kan øremerke ressurser til enkeltprosjekter. Over tid må aktivitetene inn i ordinær drift.

De fleste av de aktivitetene vi har sett på er organisert som prosjekter. Noen er imidlertid i drift. Eksempler på det siste er

- En jobbspesialist finansiert av Nordlandssykehuset selv – en fast stilling i psykoseteamet
- Kompetansesenteret ved Nordlandssykehuset
- Los fra Nav har fast arbeidstid på Tiller DPS
- Faste saksdrøftingsverksteder mellom Nav og DPS i Sør-Trøndelag og Aust-Agder

Et annet kjennetegn ved organiseringen er plassering i *linje* vs *nettverksorganisering*. Det arbeidet som blir drevet ved Nordlandssykehuset er et eksempel på nettverksorganisering, der "alle er med i alt, på kryss og tvers". En slik organisasjonsform kan være krevende, men har den fordel at informasjonsutvekslingen er kontinuerlig og at utfordringer kan løses løpende.

Et tredje sentralt kjennetegn ved ordningene er *hvilke aktører de involverer*. Det er et skille mellom de som involverer kommunehelsetjenesten og de som ikke gjør det. I den ene enden av skalaen finner vi de som kun involverer DPS og Nav (som i tiltakssamarbeidet mellom Solvang DPS og Nav). I den andre enden

av skalaen er det svært mange aktører involvert (som i saksdrøftingsverkstedene i Aust-Agder og Sør-Trøndelag). Vi mener at det er viktig å involvere også kommunale tjenester i flere av tiltakene, fordi de er en viktig tjenesteyter overfor den samme målgruppa. Etter samhandlingsreformen har de dessuten fått et utvidet ansvar for oppfølging.

## Finansiering

Aktivitetene vi har beskrevet er finansiert på ulike måter. Noen av dem trenger ingen særskilt finansiering, men inngår som en naturlig del av de arbeidsoppgavene de ansatte skal gjøre. Dette gjelder for eksempel saksdrøftingsverksteder. Det kan også være helt enkle ”grep” som ikke har noen kostnader, slik som utveksling av kontaktinformasjon.

Ellers kan aktivitetene være finansiert med tidsbegrensede prosjektmidler, av helsesiden alene (helseforetaket og/eller kommunen), av Nav alene, eller en kombinasjon. Noen av aktivitetene innebærer at ansatte dedikerer deler av arbeidstiden sin, eller at stillinger omgjøres. Arbeidsgiveren tar dermed et finansieringsansvar, selv om det ikke krever ”friske midler”. Enkelte tiltak finansieres over Navs tiltaksbudsjett.

Vi ser ikke noe mønster når det gjelder hvorvidt én av etatene tar et større økonomisk ansvar enn andre. Utgangspunktet for mange av aktivitetene var Navs los eller fylkeskoordinator. I ett av fylkene er inntrykket at Nav-siden bruker noe mer ressurser i form av tid på å delta på DPS sin arena enn motsatt, men andre steder har det etter hvert blitt mer finansiering fra helsesiden.

## 8.2 Utfordringer

Utgangspunktet for alle initiativene er å bygge ned grensene mellom etatene. Vi snakker imidlertid om store etater, med et vidt ansvarsområde og ulike mandater og ”kulturer”. Samfunnsoppdraget er også forskjellig. For helsevesenet er oppdraget å drive medisinsk behandling og rehabilitering/habilitering, mens for Nav er det å hjelpe brukere til å få og beholde jobb, samt forvalte ytelsene i folketrygden. Når det gjelder oppfølgingen av den enkelte bruker og pasient, er det imidlertid ikke motstrid mellom et mål om psykisk helse og et mål om arbeid. Det er felles for aktørene i casene at begge etatene anerkjenner disse målene. Noen utfordringer gjenstår likevel.

### Resultatmål og produksjonskrav

En viktig del av rammebetingelsene for samarbeid er at de ansatte i de ulike etatene har sine produksjonskrav og måles på ulike typer resultater, noe som kan utgjøre en barriere for å integrere arbeid og psykisk helse. De ansatte får heller ikke ”kreditert” tid som brukes på samarbeid. Ved omtrent alle DPS-ene har det vært diskutert hvordan de skal føre arbeidstid som de bruker på samarbeidsmøter. Samtidig er det ingen av informantene som har fått signal fra ledelse om at de *ikke* skal bruke tid på det:

*Ledelsen har ikke pushet på registrering av tid vi bruker på samarbeid. Vi har vært tydelige på at saksdrøftingsverkstedet avhjelper pasientflyt og frustrasjoner.*

## Regelverk

De ansatte jobber innenfor ulike regelverk for sine respektive virkemidler. Her er det særlig regelverket for Navs arbeidsrettede tiltak og livsoppholdsytelsene som kan innebære en utfordring for å få til samtidighet og fleksibel virkemiddelbruk. For eksempel er regelverket for de arbeidsrettede tiltakene som Nav finansierer relativt strenge. Det gjelder blant annet hvem som kan tilby tiltakene, og regler for deltakerne til oppmøte og annet. Noen av informantene oppfatter reglene som et hinder for å lage gode tilbud til brukerne.

Noen ganger kan barrierene likevel reduseres ved at de ansatte får bedre kunnskap om hverandres rammebetingelser og virkemidler. Ulike saksbehandlingssystemer er en annen hindring som blir nevnt av flere av informantene.

## Geografiske faktorer

Geografiske faktorer kan være en utfordring. Det er for eksempel vanskeligere å etablere rutiner og arenaer for samarbeid når DPS' opptaksområde omfatter flere småkommuner eller bydeler, og tilsvarende mange Nav-kontorer, på grunn av tidsbruk og praktisk organisering/reisevei. De ulike Nav-kontorene kan også ha forskjellige behov, ønsker og ressurser knyttet til samarbeid med DPS, og det er utfordrende å finne en samarbeidsform som passer alle. I noen tilfeller har ett Nav-kontor ytt tjenester på DPS også på vegne av andre Nav-kontorer i opptaksområdet (som ved DPS Nidaros). Vi har også fått eksempler på at Nav-ansatt eller Jobbspesialist med kontortid på DPS er forbeholdt brukere fra bare ett Nav-kontor. Det kan være forvirrende for pasienter og behandlere at tilbudet kun er for noen av pasientene.

## Videreføring

De casene vi har sett på er valgt ut for å fungere som gode eksempler. De har med andre ord så langt taklet mange av de potensielle utfordringene. En av de største utfordringene for dem ligger kanskje i framtida: De tiltakene som er prosjektorganisert og -finansiert vil alltid ha en uviss framtid, og må på et tidspunkt integreres i ordinær drift. Flere av dem er dessuten drevet fram av ildsjeler. Et spørsmål er derfor: Hva når ildsjelene ikke jobber der lenger?

Nær alle samarbeidsmodellene vi har studert har kommet i stand takket være (en kombinasjon av) særskilte satsinger i Nav, prosjektmidler av ulik art og/eller ildsjeler – kanskje særlig ansatte på DPS som har tro på at det er viktig å inkludere arbeid og Nav som temaer i møte med pasientene.

*Det er det jeg misliker med prosjekter. Det må komme sånn at vi kan styre det ordentlig inn mot noe varig. Den metoden for samarbeid vi har nå, er veldig ok. Men det trenges ekstra midler og dedikerte for å få det i gang.*

Mange av dem vi snakket med anerkjenner betydningen av ildsjeler. En del av de involverte fra Nav sin side og som har satt i gang samarbeidet, har bakgrunn

fra DPS/psykisk helsearbeid selv, andre på helsesiden har erfaring fra Nav. De kjenner derfor systemene og personene. I oppstarten og videreføring av prosjekter er ofte få og engasjerte individer helt avgjørende. Samtidig er erfaringen fra casene at det også trengs pådrivere når prosjektet går over i drift.

I det neste avsnittet gjør vi rede for suksesskriterier for samarbeidet, og noen av disse kan også sikre at gode tiltak kan være bærekraftige over tid.

## 8.3 Suksesskriterier

I gjennomgangen av casene har vi identifisert noen felles suksesskriterier. Dette er faktorer som er viktig for at man har lyktes, men også faktorer som kan sikre videreføring.

Blant aktørene som er involvert i casene våre er det i stor grad en erkjennelse av og bevissthet om at arbeid kan bidra til god psykisk helse, og at samtidighet i behandling og aktivitet i de fleste tilfeller er hensiktsmessig. Det er gjennomgående en forståelse for at man jobber mot et felles mål. For å lykkes med dette, ser vi følgende gjennomgående kriterier.

### Ledelsesforankring

Ledelsesforankring oppleves som helt sentralt i alle casene. Ledelsens involvering og støtte er viktig nettopp for å skape eierskap til et felles mål i hele organisasjonen, og sikre at dette består uavhengig av ildsjeler eller enkeltprosjekter. Ledere må gi legitimitet til at samarbeid er noe man skal drive med til tross for at strukturene og produksjonskrav kan arbeide mot en. En leder sa:

*De står nok litt i skvisen de som møter føringer fra meg om produktivitet, samtidig som jeg heier på dem når de jobber utadventt og kreativt. Vi prøver å holde den faglige fanen høyt, gjøre det som er faglig riktig. Jeg tenker at økonomien får de overlate til meg. Jeg tror nok også finansieringen, det vi blir målt på, den kommer nok til å endre seg til å understøtte denne type utadrettet aktivitet.*

Lederne har også beslutningsmyndighet når det gjelder stillinger og finansiering. Ved to av DPS-ene vi besøkte, var det tatt beslutninger om at stillingsressurser ved DPS skulle brukes for å sikre arbeidsfokus i møte med pasientene og godt samarbeid med Nav.

For ledelsens del er det trolig viktig at man kan drive samarbeidsaktiviteter ut fra et klart mandat, definert i for eksempel fylkesvise eller lokale samarbeidsavtaler. Samarbeidsavtalene i fylkene vi har besøkt beskriver dessuten jevnlig møter på ledernivå mellom helseforetaket og Nav, som bidrar til forankring og at overordnede ledere får informasjon om samarbeidsaktiviteter.

### Klare retningslinjer og plassering av ansvar

Inntrykket fra intervjuene er at det er viktig at samarbeidsaktivitetene er tydelig definert, og at roller og ansvar er klart plassert. Vi fikk eksempler på lokale samarbeidsavtaler og beskrivelser av ordningene som partene hadde jobbet



mye med og som beskriver relativt detaljert formål, rutiner, aktører og ansvar. Ved å utarbeide denne typen skriftlige avtaler unngår man i større grad misforståelser, og partene får en felles forståelse av samarbeidet. Et alternativ er hyppige møter mellom de involverte personene fra begge sider.

Vi mener også det er viktig at ansvaret for samarbeidsaktivitetene legges til en bestemt stilling hos de involverte aktørene, slik at samarbeidet også følges opp når nøkkelpersoner bytter jobb.

### **Forankring innen psykisk helse**

En av problemstillingene i denne undersøkelsen har vært i hvilken grad og hvordan DPS inkluderer arbeidsfokus i behandlingen. Samarbeidsprosjekter og -aktiviteter med Nav bidrar i ulik grad til å heve det generelle arbeidsfokuset blant behandlerne. Vi tror modeller der jobbspesialist eller liknende funksjon er ansatt hos DPS og jobber tett med behandlerne gir det største bidraget når det gjelder den generelle bevisstheten rundt arbeidsrettet aktivitet for pasientene. En slik modell gir eierskap hos DPS og signaler om at ledelsen vektlegger arbeid som del av behandlingen – som vi tror brer seg i organisasjonen.

### **Sørge for hyppig kontakt, tilgjengelighet**

Så godt som alle informantene våre framhevet betydningen av kontakt mellom ansatte i Nav og DPS på behandler- og veiledernivå. Noen mente at det aller viktigste for å få et godt samarbeid, er å faktisk møtes.

*Suksesskriteriene er å sette seg ned, få til gode rutiner, få vekk de rosa elefantene, de gamle fordommene. Bli kjent med hverandre og få et felles eierskap.*

Ved å møtes får man både kunnskap om hverandre, og en lav terskel for å ta kontakt ved en annen anledning. Som nevnt over, kan kontakten skapes med flere virkemidler.

### **Felles behov, gjensidig innsats**

I intervjuene var det flere som understreket at samarbeidsaktivitetene må oppfattes som løsninger på et konkret behov hos både Nav og DPS – et behov for informasjon, erfarings-/kompetanseutveksling, integrerte tilbud til brukerne el.l. Det er også viktig at partene oppfatter at de er jevnbyrdige, og at ressursene de bruker på samarbeid gir nytte.

Jevnlige evalueringer av samarbeidsaktivitetene sikrer at de treffer eventuelle skiftende behov. I noen av casene var erfaringen at behovet hadde endret seg underveis: møtefrekvensen kunne justeres etter hvert som Nav og DPS ble bedre kjent med hverandre, eller nye aktører eller særskilte fokusområder ble inkludert. Når samarbeidet hele tiden oppfattes som relevant og nyttig for begge sider, er det lettere å legitimere tidsbruk og sikre videreføring.

# Litteraturliste

- Folkehelseinstituttet (FHI 2009): *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* Rapport 2009:8
- Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2007
- OECD (2013): *Mental health and work, Norway*
- OECD (2016): *Ministerial Statement*, OECD Labour and Employment Ministerial Meeting, Paris 15. januar 2016
- Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. St.prp. nr. 63 (1997-1998) Sosial- og helsedepartementet
- Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013-2016*. Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, 2013
- Proba (2012): *Evaluering av NAVs veilednings- og oppfølgingsloser*. Proba-rapport 2012-02
- Sosial- og helsedirektoratet (SHDir 2006): *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Veileder.



# Ord og uttrykk

**HEART** – Helse og arbeidsrettet lavterskeltiltak som er utviklet i samarbeid mellom Nav Aust-Agder og DPS Aust-Agder. Målsettingen er å styrke arbeidsdeltakelsen til unge mennesker med psykiske lidelser.

**iBedrift** – ”Trygg i jobb tross helseplager.” Ordning som kombinerer opplæring av de ansatte (blant annet i temaet lettere psykiske lidelser), kollegaveiledning og tilbud om raske polikliniske utredninger.

**IPS** – Individual Placement and Support, på norsk Individuell jobbstøtte. Tiltak som skal hjelpe personer med psykiske lidelser over i ordinært arbeid. Standardisert metodikk, innebærer tett oppfølging fra Jobbspesialist.

**Jobbspesialister** – Veileder i IPS-tiltak. Begrepet brukes også om veiledere i andre (liknende) tiltak

**Jobbresept** – ”Arbeid og skole som medisin.” Tiltak utviklet i samarbeid mellom Nav Rogaland og Stavanger universitetssykehus, psykiatrisk divisjon (SUS). Kombinasjon av praksisplass og tett oppfølging. Pasientens hovedbehandler henviser til tiltaket.

**Jobbmestrende oppfølging** – Tiltak forankret i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016). Hovedmålet er å bidra til at mennesker med psykoselidelse (innen schizofrenispekteret) kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne gjennom tilbud om arbeidsrehabilitering

**Senter for jobbmestring** – Nav-tilbud som kombinerer arbeidsrettet kognitiv terapi med individuell jobbstøtte.

**Recovery** – tankegang som tar utgangspunkt i at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv med psykiske helseproblemer. Recovery-orientert praksis beskriver hva fagpersonene kan gjøre for å støtte opp om pasientene i denne prosessen. Personsentrert hjelp (til forskjell fra pasientsentrert).

**Veilednings- og oppfølgingslos** – Nav-tilbud til personer med psykiske helseproblemer som har behov for tett, individuell oppfølging over tid for å kunne nyttiggjøre seg NAVs tjenestetilbud og for å komme i arbeid. Losen er fagperson og veileder innen arbeid og psykisk helse. Omtales også som ”los” og ”Nav-los” i rapporten.

**Vilje Viser Vei** – Nav-tiltak tilpasset personer med psykiske helseproblemer som trenger støtte for å komme ut i arbeid og som har behov for avklaring, oppfølging og opplæring.