

SINTEF A22675 - Åpen

Rapport

Evaluering av "Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus"

Sluttrapport

Forfattere

Sissel Steihaug

Haldis Hjort

Tonje Lossius Husum



Bilde: Colourbcx

SINTEF Teknologi og samfunn

Avd. Helse

Mai 2012

Arbeid og psykisk helse



Rapport

Evaluering av "Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus"

Sluttrapport

EMNEORD:
Arbeid
Psykiske vansker
Rusproblemer

VERSJON
Versjonsnummer

DATO
2012-05-03

FORFATTERE
Sissel Steihaug
Haldis Hjort
Tonje Lossius Husum

OPPDRAGSGIVER(E)
Arbeids- og velferdsdirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REF.
Gina Krogs vold

PROSJEKTNR
60H097

ANTALL SIDER:
79

SINTEF har i perioden oktober 2009 – desember 2011 evaluert prosjekt "Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus" i Hedmark, Oppland og Vestfold på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Prosjektet er gjennomført i regi av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, som er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Overordnet mål for Mestringsveierprosjektet er å bidra til å utvikle en oppfølgingsmetode for å bistå mennesker med samtidig rusavhengighet og psykiske vansker i å komme i arbeid eller annen aktivitet. Samarbeidet mellom NAV og helsevesenet er sentralt. Vi har gjennomført evalueringen som et følgeforskningsprosjekt der vi har innhentet data ved kvalitative intervju med deltakere i prosjektene, de som følger opp deltakerne i praksis og andre folk som er involvert i prosjektet på ulike måter. I tillegg har vi benyttet dokumentstudier.

Mange deltakere oppnådde arbeid/arbeidspraksis/lærlingeplass eller påbegynte utdanning i løpet av prosjektet. Et hovedfunn i studien er at selv deltakere med uttalte vansker kan hjelpes gjennom tett og stabil oppfølging over tid. I alle de tre prosjektene finnes de samme aspektene ved oppfølgingen som avgjørende viktig for resultatet. Både deltakere og hjelpere sier i intervju at et tillitsfullt og anerkjennende forhold mellom hjelper og den som hjelpes er avgjørende for deltakernes utbytte. I oppfølgingen anbefales å ta hensyn til de spesielle utfordringene ved rusmisbruk samtidig som rusmisbruk bør alminneliggjøres og avmystifiseres. Mange deltakere kan ikke nyttiggjøre seg NAV tiltak, som betinger stabilitet i oppmøte, mens ved rusmisbruk er "sprekk" regel og ikke unntak. I alle delprosjektene ble det etablert godt tverrfaglig samarbeid på individnivå, men ingen lyktes med å forankre samarbeidet på overordnet nivå.

UTARBEIDET AV
Sissel Steihaug

KONTROLLERT AV
Marian Ådnanes

GODKJENT AV
Randi Eidsmo Reinertsen

RAPPORTNR
SINTEF A22675

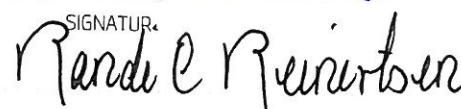
ISBN
978-82-14-05395-1

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

SIGNATUR


SIGNATUR


SIGNATUR


Forord

Denne rapporten gjør rede for SINTEFs evaluering av prosjekt ”Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus” i Hedmark, Oppland og Vestfold. Evalueringen er gjennomført i perioden oktober 2009 – desember 2011 på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Prosjektet er gjennomført i regi av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012), som er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Et overordnet mål for Mestringsveierprosjektet er å bidra til å utvikle en oppfølgingsmetode for å bistå mennesker med samtidig rusavhengighet og psykiske vansker med å komme i arbeid og aktivitet. Alle pilotprosjektene har som mål å styrke samarbeid og samordning for personer med behov for integrert behandling, og samarbeidet mellom NAV og helsevesenet er sentralt.

Vi har valgt å utforme evalueringen som et følgeforskningsprosjekt. I tillegg til å vurdere resultatet av prosjektene retter vi i evalueringen oppmerksomhet mot prosesser, dvs. endring, utvikling og læring blant dem som er involvert i prosjektene. Vi har hovedsakelig valgt å innhente data gjennom kvalitative intervju og i fellesmøter med involverte aktører i prosjektene. Vi har intervjuet deltakere i prosjektene, de som følger opp deltakerne i praksis og andre som på ulike måter er involvert i prosjektene. I tillegg har vi benyttet dokumentstudier.

Mange har gitt viktige bidrag til studien. Vi vil først og fremst takke alle dere som ble intervjuet: tusen takk for stor velvilje og for at dere delte nyttige erfaringer og kloke tanker med oss!

Vi har besøkt alle prosjektene vår og høst, og takket være velforberedte besøk kunne vi gjennomføre de aller fleste intervjuene i forbindelse med besøkene. Det skyldtes god planlegging og tilrettelegging – tusen takk til dere som gjorde den jobben!

Dette har vært et morsomt evalueringsarbeid og vi vil herved takke dere alle for lærerikt, nyttig og ikke minst hyggelig samarbeid. Sist, men ikke minst, vil vi få takke Arbeids- og velferdsdirektoratet for godt samarbeid og mye velvilje gjennom hele evalueringsperioden.

Sissel Steihaug

prosjektleder

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Innledning..... | 8 |
| 2 | Bakgrunn..... | 9 |
| 2.1 | Arbeidslinja i norsk velferdspolitikkk | 9 |
| 2.2 | Arbeid, psykisk helse og rus..... | 9 |
| 2.2.1 | Forståelse og behandling av psykiske vansker og rusproblemer | 10 |
| 2.3 | Nasjonalt strategiplan for arbeid og psykisk helse | 11 |
| 2.3.1 | Mestringsveier til arbeid..... | 12 |
| 2.3.2 | Økende vekt på Individuell jobbstøtte/Individual Placement and Support..... | 13 |
| 3 | SINTEF evaluering..... | 15 |
| 3.1 | Mål for følgeevalueringen | 15 |
| 3.1.1 | Metodeutvikling - Mestringsveier til arbeid | 15 |
| 3.1.2 | Samarbeid..... | 15 |
| 3.1.3 | Deltakernes utbytte av oppfølgingen | 16 |
| 3.1.4 | Prosjektarbeid..... | 16 |
| 3.2 | Design..... | 16 |
| 3.3 | Data og datakilder | 17 |
| 3.4 | Informanter..... | 18 |
| 3.5 | Etikk | 19 |
| 4 | Resultat: Mestringsveier til arbeid-prosjektene i Hedmark, Oppland og Vestfold..... | 20 |
| 4.1 | De tre prosjektene..... | 20 |
| 4.1.1 | Mestringsveier til arbeid NAV Hedmark..... | 20 |
| 4.1.2 | Mestringsveier til arbeid NAV Oppland | 22 |
| 4.1.3 | Mestringsveier til arbeid NAV Vestfold..... | 24 |
| 4.2 | Prosjektarbeid - utviklingsarbeid og rammebetingelser..... | 27 |
| 4.2.1 | Prosjektdefinisjon og -avgrensning..... | 28 |
| 4.2.2 | Prosjektorganisering og -ledelse..... | 28 |
| 4.2.3 | Prosjektavslutning - evaluering, implementering og kunnskapsspredning | 30 |
| 4.3 | Krevende prosjektetablering, men nyttige resultater | 31 |
| 5 | Resultat: Deltakernes nytte av oppfølgingen..... | 32 |
| 5.1 | Deltakerne i de tre prosjektene..... | 32 |
| 5.1.1 | Prosjektdeltakere i Hedmark | 32 |
| 5.1.2 | Prosjektdeltakere i Oppland | 32 |
| 5.1.3 | Prosjektdeltakere i Vestfold..... | 33 |
| 5.2 | Deltakernes erfaringer..... | 34 |
| 5.2.1 | Deltakernes bakgrunn..... | 34 |
| 5.2.2 | Hvorfor ble de med i prosjektet?..... | 34 |
| 5.2.3 | Erfaringer med å delta i prosjekt Mestringsveier | 35 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.2.4 | Arbeid og aktivitet..... | 38 |
| 5.2.5 | Økonomiske vansker..... | 41 |
| 5.3 | Oppsummering..... | 41 |
| 6 | Resultat: Metodeutvikling – Mestringsveier til arbeid | 43 |
| 6.1 | Relasjonsbygging..... | 43 |
| 6.2 | Utvikling av en oppfølgingsmetode..... | 44 |
| 6.2.1 | Tilstrekkelige rammebetingelser for krevende oppfølging?..... | 49 |
| 6.2.2 | NAV's tiltak/ansvar | 50 |
| 6.3 | Oppsummering..... | 52 |
| 7 | Resultat: Samarbeid | 54 |
| 7.1 | Samarbeid i oppfølgingen av den enkelte deltaker..... | 54 |
| 7.2 | Samarbeid på høyere nivå | 58 |
| 7.3 | En samarbeidsmodell for integrering av behandlings- og attføringsperspektivet?..... | 59 |
| 7.4 | Oppsummering..... | 61 |
| 8 | Diskusjon og anbefalinger | 62 |
| 8.1 | Det nytter å hjelpe personer med samtidig psykiske vansker og rusproblemer | 62 |
| 8.2 | Relasjonen - betydningen av møtet mellom hjelper og deltaker..... | 63 |
| 8.3 | Utilstrekkelig tilbud, mangelfullt samarbeid og "brudd"..... | 65 |
| 8.3.1 | Arbeid og aktivitet - NAV's tilbud..... | 66 |
| 8.4 | Attføring - utredning og oppfølging..... | 66 |
| 8.4.1 | Individuell jobbstøtte/IPS..... | 66 |
| 8.4.2 | Forståelsen av psykiske vansker og rusproblemer | 67 |
| 8.4.3 | Arbeidsevnevurdering – forståelse av arbeidsvansker..... | 68 |
| 8.4.4 | Arbeid og aktivitet..... | 69 |
| 8.4.5 | Samarbeid..... | 69 |
| 8.5 | Et tverretattlig og tverrfaglig team - en samarbeidsmodell?..... | 71 |
| 8.6 | Avslutning..... | 72 |
| 9 | Referanser | 73 |

Sammendrag

SINTEF har i perioden oktober 2009 – desember 2011 evaluert prosjekt ”Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus” i Hedmark, Oppland og Vestfold på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Prosjektet er gjennomført i regi av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, som er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Overordnet mål for prosjektet er å bidra til å utvikle en oppfølgingsmetode for å bistå mennesker med samtidig rusavhengighet og psykiske vansker i å komme i arbeid eller annen aktivitet. Samarbeidet mellom NAV og helsevesenet er sentralt.

For å tydeliggjøre det vi oppfatter som hovedfokus i evalueringen, har vi valgt å utforme fire hovedtemaer som omfatter de ulike målene, fokusområdene og problemstillingene som presenteres i konkurransegrunnlaget. De fire temaene er (1) Metodeutvikling: Hva innebærer oppfølgingsmetodikken og hvordan er den blitt utviklet i de tre prosjektene? (2) Samarbeid: Hvordan samarbeides det i oppfølgingen av brukerne i de tre prosjektene, og hvilken betydning har samarbeid for oppfølgingsmetoden? (3) Deltakernes utbytte: Hva slags nytte har deltakerne av tilbudene i de tre prosjektene og hvilke faktorer er av betydning for deres eventuelle utbytte? Hvilken betydning har samarbeidet for brukernes erfaring med og utbytte av tilbudet? (4) Prosjektarbeid: Hvordan fungerer prosjektarbeidet i de tre prosjektorganisasjonene i praksis? Hvordan er prosjektformen eventuelt egnet til å utvikle en oppfølgingsmetode - mestringsveier til arbeid - for mennesker med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusproblem?

Vi har valgt å utforme evalueringen som et følgeforskningsprosjekt som har fulgt utviklingsarbeidet i de tre pilotprosjektene. I tillegg til å vurdere resultatet av prosjektene retter vi i evalueringen oppmerksomhet mot prosesser, dvs. endring, utvikling og læring blant dem som er involvert i prosjektene. Vi har hovedsakelig valgt å innhente data gjennom kvalitative intervju og i fellesmøter med dem som følger opp deltakerne og deres samarbeidspartnere i prosjektene. Til sammen er det i evalueringen av de tre prosjektene gjennomført 44 intervjuer med 24 prosjektdeltakere og 118 intervjuer med 63 oppfølgere/samarbeidspartnere. I tillegg har vi benyttet dokumentstudier. Siden prosjektene er en del av et fagutviklingsprogram, vurderes de i forhold til kjennetegn for kunnskapsutviklingsprosjekter.

Alle prosjektene har hatt utfordringer med prosjektetablering og -forankring. Dette illustrerer hvor krevende prosjektetablering er, og hvor viktig det er å være klar over dette og vie oppstartsprosessen mye oppmerksomhet. Å avklare og forankre roller, ansvar og oppgaver er en del av selve oppstartsprosessen i et prosjekt. Til tross for krevende rammebetingelser har de involverte aktørene i alle prosjektene jobbet godt med å utvikle en oppfølgingsmetode, og alle har høstet erfaringer med faktorer som er viktige for god oppfølging. Fagutviklingsprogrammet Mestringsveier til arbeid hadde som mål å utvikle kunnskap som kan anvendes i det videre arbeidet med å bistå mennesker med samtidig psykiske vansker og rusproblemer i å komme i arbeid. Etter SINTEFs vurdering har Mestringsveierprosjektene i Hedmark, Oppland og Vestfold nådd dette målet.

Deltakernes erfaringer

Deltakerne i de tre fylkene er ulike. I Hedmark er deltakerne relativt unge, de begynte tidlig å ruse seg, har betydelige vansker og mangler stort sett utdanning og yrkeserfaring. Deltakerne i Vestfold er noe eldre, begynte å ruse seg senere, har mange års rusmisbruk bak seg, men har mer skolegang og mer arbeidserfaring. Deltakerne i Oppland er unge, har psykiske vansker, men i liten grad rusvansker. Deres problem er først og fremst knyttet til å flytte for seg selv og etablere et voksenliv.

Alle deltakerne som er intervjuet i evalueringen, sier de har hatt nytte av å delta i Mestringsveierprosjektet. Deltakerne i Hedmark og Vestfold legger i intervjuene stor vekt på forholdet til hjelperne og fremhever betydningen av å bli møtt med respekt og anerkjennelse. Uttrykk som tillit brukes ofte. Deltakerne i Hedmark, som har mest vansker og trolig mest traumatisk bakgrunn, er spesielt opptatt av tillit til og kunne stole på oppfølgerne. Et tillitsfullt forhold er sannsynligvis en forutsetning for at hjelperne har kommet i posisjon for å hjelpe.

Ett hovedfunn er betydningen av arbeid eller annen aktivitet som behandling av rusproblemer og psykiske vansker. Deltakerne forteller hvor viktig det var å komme i jobb eller andre faste aktiviteter. Deltakerne i Oppland og Vestfold er i større grad enn deltakere i Hedmark kommet i ordinært arbeid, ekstern arbeidspraksis, lære eller utdanning, og dette verdsettes høyt. Det er tydelig at arbeid/arbeidspraksis/annen

aktivitet bedrer psykiske plager, reduserer rusbruk og gir deltakerne et mer stabilt og bedre liv. Mange ønsket seg raskere ut i arbeid/arbeidspraksis. Samtidig forteller deltakerne om utfordringene med å greie å stå i arbeidssituasjonen, og flere måtte slutte. Et viktig resultat er at det nytter å hjelpe personer med uttalte vansker når de får tett oppfølging over tid av de samme hjelperne. Deltakere i Hedmark forteller om mer struktur på hverdagen og at de ruser seg mindre. Faste, meningsfulle aktiviteter har avgjørende betydning; alternativene som skisseres er rusing, innleggelse eller fengselsopphold. Deltakere i alle prosjektene forteller at de har lært sosiale ferdigheter som å forholde seg til andre, møte opp til avtalt tid, kunne si ifra på en ordentlig måte, være ærlig osv. I Oppland legger deltakerne spesiell vekt på å lære seg å bo, og de snakker også her om å lære seg å forholde seg til en arbeidsplass og en arbeidssituasjon. I alle prosjektene er deltakerne svært opptatt av sine økonomiske vansker.

Utvikling av en oppfølgingsmetode

Først og fremst viser resultatene at det personlige forholdet mellom bruker og hjelper er kjernen i oppfølgingsmetoden, og at å etablere en tillitsfull og anerkjennende relasjon er en forutsetning for å bidra til endring hos deltakerne. Det understrekes at det tar tid å bygge tillit. Det kreves mye av hjelperne i denne relasjonen, og hjelperens relasjonskompetanse og bevissthet om egne holdninger er vesentlig. Hjelperen må evne å forholde seg til deltakerne som mennesker og kunne se personene bak symptomene. Det kan være følelsesmessig krevende å forholde seg til denne brukergruppen fordi oppfølgingen varer lang tid, og fordi man møter sin egen tilkortkommenhet. Dette innebærer at det er nødvendig med veiledning. Å formidle en anerkjennende holdning i møtet kan være krevende. Motiverende intervju angis som en god metode for brukermidvirkning og for å formidle anerkjennelse - en grunnleggende respekt for brukerens opplevelsesmessige perspektiv. Tilbudene må være individuelt tilpasset og brukerorientert med oppmerksomhet mot daglig mestring – bolig, arbeid og inkludering i samfunnet. Dette krever en rehabiliteringstenkning, at rus og psykiske vansker avmystifiseres og at hjelperne skaper håp om mestring og styrker mestringsopplevelsen. Hjelpen bør handle om å bidra til at de som hjelpes sikres rett og plass til å være handlende subjekter i eget liv.

Kun Vestfoldprosjektet var planlagt basert på en Supported Employment-tenkning, men det er ikke mulig å vurdere effekten av en attføringsmetode ut fra ett enkelt prosjekt. Alle de som følger opp deltakerne i de tre prosjektene er enige om at også personer med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusproblemer skal raskest mulig ut i ordinært arbeid og at mange elementer fra individuell jobbstøtte/IPS kan brukes. Imidlertid tyder resultatene fra evalueringen på at denne gruppen kan trenge mer sosial trening før de begynner i ordinært arbeid enn andre arbeidssøkere. Et langvarig rusmisbruk kan ha medført at man har mistet mange sosiale ferdigheter, og ved tidlig rusdebut kan det være at man aldri har hatt dem. Selv om individuell jobbstøtte/IPS betinger at arbeidssøkere skal raskt ut i ordinært arbeid, mener informantene at det er nødvendig med en egen arena for kartlegging og arbeidsutprøving, og eventuelt arbeidstrening. I alle prosjektene beskriver hjelperne mange ulike metoder og verktøy de bruker i kartlegging og oppfølging av deltakerne, og mye er likt i de tre prosjektene. Ikke minst beskrives den samme overordnede tenkningen og viktigheten av, sammen med deltakeren, å diskutere hvordan veien fram mot arbeid skal se ut. Alle finner motiverende intervju nyttig.

Mestringsveierprosjektet varte for kort tid til å kunne vurdere effekten med hensyn til å bistå deltakerne i å oppnå ordinært arbeid. I Oppland og Vestfold oppnådde flere deltakere ordinært arbeid, men også her var oppfølgingstiden for kort for flere; sannsynligvis kunne langt flere oppnådd ordinært arbeid ved lenger prosjektvarighet. Behovet for langvarig oppfølging støttes av andre forskningsfunn; mange understreker langsiktigheten og at enkelte kan trenge oppfølging og støtte livet ut. Deltakerne understreker at de ønsker oppfølging av de samme personene over tid, og prosjektet avslører store mangler i så måte. Ulike organisatoriske forhold og finansieringsordninger bidrar til at kontinuitet er en stor utfordring i dagens helse- og velferdssystemer.

Oppfølging av deltakere med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusproblemer er spesielt krevende og gjør det nødvendig at flere deler ansvaret for den kontinuerlige oppfølgingen. Det er bred enighet blant informantene om at behandling for psykiske vansker og rusmiddelmissbruk må samordnes, og at det trengs kompetanse på begge typer vansker i teamet som følger opp brukerne. NAVs tilbud angis av flere å være lite tilpasset mennesker med både alvorlig psykisk lidelse og rusproblem; de kan ha problemer med å

møte opp til rett tid, skrive de rette søknadene osv. De dårligst fungerende angis å trenge en mye tettere og mer fleksibel oppfølging enn NAV vanligvis kan bidra med. For eksempel må man være forberedt på ”sprekker” i arbeidet med denne gruppen.

Samarbeid

I alle fylkene erfarte de som fulgte opp deltakerne i praksis, at det var nødvendig med tverrfaglig samarbeid om den enkelte deltaker, og i alle prosjektene utviklet de involverte godt samarbeid på praksisnivået. Både i Oppland og Vestfold ble det etablert en fast samarbeidsgruppe som videreføres etter prosjektslutt. I Oppland hadde prosjektet spesielt gode rammebetingelser for utviklingen av tverrfaglig samarbeid i oppfølgingen fordi hjelperne var til stede på samme arena samtidig. Informantene i Oppland gir en god beskrivelse av hvordan dette samarbeidet utviklet seg fra at behandlerne og behandlingsperspektivet ville legge premissene for samarbeidet om oppfølgingen til et samarbeid basert på likeverd og gjensidig respekt der de ulike perspektiv vektlegges. Et problem i Oppland er imidlertid at oppfølgerne ikke kan følge deltakerne etter at de flytter ut av overgangsboligene og at utflyttingen derved innebærer ”brudd”. I Hedmark utviklet de prosjektansatte først og fremst samarbeid med DPS. Dette fungerte godt, men det påpekes at samarbeidet er personavhengig og at det ikke finnes noe system for samarbeidet eller beskrivelse av samarbeidsprosedyrer. I alle prosjektene brukes individuell plan, men nytten av en slik angis varierende. Samarbeidet om oppfølgingen er organisert i ansvarsgruppe rundt deltakerne, og erfaringene med denne arbeidsformen er også varierende.

Ingen av prosjektene greide å forankre på overordnet nivå det gode samarbeidet som ble etablert på praksisnivået. Etter vår vurdering er slik forankring helt nødvendig for å sikre samarbeidet over tid. I løpet av Mestringsveierprosjektet fremkommer forslag om at samarbeidet om den aktuelle brukergruppen bør organiseres i et tverretattlig og tverrfaglig team. Teamets oppgave bør være å diskutere hvem som har hovedansvaret for brukeren og hvem som tar de ulike oppgavene. Det påpekes at noen ganger kreves samarbeid på timen, da må noen stå klare. Et team må kunne imøtekomme dette behovet, enten ved at deltakerne selv trår til eller at de utpeker ansvarlige som tar oppgaven. Samarbeid krever at man snakker sammen, og det tar tid. Arenaene må finnes, og tiden må finnes. Samtidighet er et nøkkelbegrep. Tiltakene skal settes inn koordinert, det krever at hjelperne er på banen samtidig og at samarbeidet organiseres i nettverk i stedet for kjede. Et tverrfaglig team kan ivareta dette. De ulike etater må forplikte seg til å delta i det praktiske arbeidet og ha mandat til å allokere folk fra egen enhet.

Resultatene viser at samarbeidet krever tid og møteplasser. Etter SINTEFs vurdering er det avgjørende å sikre tilstrekkelig tid og etablere egnede samarbeidsarenaer. Organisering av samarbeidet i et tverrfaglig team forankret på ledernivå kan ivareta samtidigheten i samarbeidet. Hvis en bruker innlegges i institusjon, må en eller flere personer fra rus/psykisk helseteam i kommunene holde kontakten under institusjonsoppholdet og, i samarbeid med pasienten og spesialisthelsetjenesten, forberede utskrivningen. Det er tydelig at samarbeidet er mer krevende der rusoppfølgingstjenesten er organisert i NAV fordi dette betinger et nært og forpliktende samarbeid mellom to tjenester. For å sikre brukeren et kontinuerlig atferingsløp må jobbekspert være med i teamet fra første dag, og ordinært arbeid må skisseres som mål fra starten.

1 Innledning

På vegne av Arbeids- og velferdsdirektoratet har SINTEF i perioden oktober 2009 – desember 2011 gjennomført evaluering av prosjekt ”Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus” som gjennomføres i regi av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Fagutviklingsprogrammet ”Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus” omfatter prosjekter i syv fylker hvorav vi har evaluert tre. Dette er sluttrapporten om evaluering av prosjektene i Hedmark, Oppland og Vestfold. Det er tidligere publisert to rapporter: Første delrapport, SINTEF rapport A15544, april 2010 (Oppstartrappport) omhandler oppstartfasen i pilotprosjektene Mestringsveier til arbeid i Hedmark og Oppland. Høst 2010 ble pilotprosjektet Mestringsveier til arbeid ved NAV Vestfold inkludert i evalueringen. Andre delrapport, SINTEF rapport A 18810, mars 2011 inneholder oppstartrappport og statusrapport for prosjektet i Vestfold og statusrapport for de to øvrige prosjektene.

Denne sluttrapporten oppsummerer de to tidligere rapportene og omhandler i tillegg evalueringen av det siste året i prosjektene. Innledningsvis beskrives bakgrunnen for prosjektene og mål og metode for SINTEFs evaluering. I kapittel 4 beskrives de tre delprosjektene, og deretter diskuteres prosjektenes rammer for prosjektarbeid. I de påfølgende kapitlene presenteres resultatene på tvers av prosjektene under hovedoverskriftene ”Deltakernes nytte av oppfølgingen”, ”Metodeutvikling – Mestringsveier til arbeid” og ”Samarbeid”. I siste kapittel, kapittel 8, diskuteres studiens hovedfunn i lys av annen kunnskap på området, og det gis anbefalinger for videre arbeid på feltet.

I rapporten anvendes en del forkortelser, og nedenfor presenterer vi de viktigste:

| | |
|------|--|
| AAP | Arbeidsavklaringspenger |
| AB | Arbeid med bistand |
| ADD | Attention Deficit Disorder |
| ADHD | Attention Deficit Hyperactivity Disorder |
| ALS | Arbeidslivssenter |
| APS | Arbeidspraksis i skjermet virksomhet |
| DPS | Distriktpsikiatrisk senter |
| FPS | Fekjær psykiatriske senter |
| IPS | Individual Placement and Support, på norsk: Individuell jobbstøtte/IPS |
| SE | Supported Employment |
| VKV | Valdres KompetanseVekst |
| VTA | Varig tilrettelagt arbeid |

Individuell jobbstøtte/IPS brukes nå som norsk betegnelse. Vi tilstreber å bruke denne der det er mulig. Begrepsbruken vil imidlertid variere litt gjennom rapporten fordi vi velger å bruke den samme betegnelsen som anvendes i de litterære kilder vi henviser til og som brukes av våre informanter i intervjuene. I rapporten bruker vi betegnelsen Mestringsveierprosjektet om både det overordnede prosjektet og om delprosjektene i de tre fylkene. Vi mener at betydningen framgår av sammenhengen betegnelsen brukes i.

2 Bakgrunn

2.1 Arbeidslinja i norsk velferdspolitik

Deltakelse i arbeidslivet står som en sentral verdi i vårt samfunn. Lønnet arbeid har avgjørende betydning for økonomi og bidrar til mer innflytelse og uavhengighet. Mestringsfølelse, selvtillit og selvrealisering er knyttet til arbeid. Fellesskap og aktivitet gir opplevelse av å bli regnet med og være ønsket og har derfor betydning for om man opplever livet som meningsfullt. Vekst og utviklingsmuligheter ligger i deltagelse i arbeidslivet (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

I begynnelsen av 1990-årene ble arbeidslinja befestet som det overordnede sosialpolitiske mål i Norge, og det ble for alvor tatt til orde for å gripe aktivt inn for å redusere sykefravær og uføretrygding. Satsing på arbeidslinja ble første gang lansert i Stortingsmelding nr. 39 (1991-92) - Attføringsmeldinga (Helle 2007). Arbeidslinja har blitt utdypet og videreført i en rekke stortingsmeldinger og offentlige dokumenter etter dette. Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble inngått mellom regjeringen og partene i arbeidslivet for en periode på 4 år, 2001-2005, videreført for perioden 1. januar 2006 til 31. desember 2009 og igjen videreført ut 2013. IA-avtalen har som overordnede mål både å forebygge sykefravær, rette oppmerksomheten mot jobbnærvær, hindre "utstøting" fra arbeidslivet og å øke rekrutteringen av personer som står utenfor arbeidslivet. Intensjonsavtalen uttrykker en tverrpolitisk vilje til å tilrettelegge for at folk skal kunne være i arbeid selv med begrenset funksjonsevne. IA-avtalen 2001-2009 er evaluert av SINTEF, og et funn er at avtalens mål om å tilsette flere med redusert funksjonsevne ikke er nådd (Ose 2009).

2.2 Arbeid, psykisk helse og rus

Alvorlige psykiske lidelser kan gi funksjonsvansker og derved vansker i arbeidslivet, og mange kan ha behov for tilrettelegging og oppfølging i arbeidssituasjonen. Dagens utvikling med økende krav til tempo, effektivitet og kompetanse (samhandlingskompetanse?) fører til at mennesker med psykiske vansker får reduserte muligheter til å greie seg på det åpne arbeidsmarkedet (Halvorsen 2006). Litteratur viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser i liten grad deltar i arbeidslivet. Det anslås at 75 – 85 % i USA og ca 60 – 70 % i Storbritannia er uten arbeid (Crowter 2001 B). Imidlertid er det mange som ønsker å jobbe; det rapporteres at mellom 53 og 70 % av personer med diagnosen schizofreni uttrykker et ønske om ordinært lønnet arbeid (Mueser 2001). Crowter og medarbeidere (2001 A) mener det er tungtveiende både etiske, sosiale og kliniske argumenter for å bistå mennesker med alvorlige psykiske lidelser i å komme i arbeid. For det første er retten til arbeid nedfelt i Menneskerettighetene, og fra et samfunnsperspektiv er arbeidsløshet et tegn på utstøting. Argumentet fra et klinisk perspektiv er at arbeid kan bedre selvfølelsen, redusere symptomer og redusere avhengighet (ibid). Flere forskere finner støtte for at det å ha en ordinær jobb er forbundet med symptombedring og økt livskvalitet hos personer med alvorlige psykiske lidelser (Becker 2007, Mueser 1997).

En stor andel mennesker med alvorlige psykiske vansker har rusproblemer, og svært mange mennesker med rusproblem har alvorlige psykiske vansker (Swendsen 2010). I en studie fra 1997-1998 finner forskerne at to tredjedeler av personer som er til behandling i russektoren i Hedmark og Oppland, har minst én alvorlig psykisk lidelse og at 41 % har vært til behandling i psykisk helsevern (Landheim 2002). Det konkluderes med at minst to tredjedeler av brukere behandlet i russektoren, trengte behandling for psykiske lidelse. Blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne i 2007 hadde 12 % samtidig ruslidelse og/eller rusmiddelmissbruk (Lilleeng 2009 A). Av pasienter som ble poliklinisk behandlet i psykisk helsevern i 2008 hadde 22 % en ruslidelse og/eller rusmiddelmissbruk (Lilleeng 2009 B).

Rusmiddelmissbrukere med samtidige psykiske lidelser har generelt større problemer med å få arbeid enn rusmiddelmissbrukere som ikke opplevde psykiske lidelser (Webster 2007), og det ser ut til å være de psykiske vanskene som oppleves som den største barrieren på arbeidsmarkedet hos et menneske som også sliter med rusproblematikk (Laudet 2002). Arbeid kan være et motiv for å slutte med rus, og det kan være et virkemiddel for å kontrollere rusmisbruket (Laudet 2002, Magura 2003, Magura 2004). Arbeid er f.eks. blitt brukt som supplerende terapeutisk virkemiddel i behandlingen av rusmiddelavhengige som mottar substitusjonsbehandling. Evaluering av prosjektet ”Medikamentassistert rehabilitering i yrkeslivet” - et tilbud om yrkesrettet rehabilitering til personer som mottok metadon eller annen legemiddelassistert rusbehandling - viste blant annet at svært mange deltakere slet med alvorlige psykiske problemer, noe som gjorde det ekstra utfordrende å tilpasse tiltakene (Schafft 2006). Evalueringen anbefalte at det burde sikres bedre tilgang til psykiatrisk/psykologisk behandling parallelt i attføringsløpet. Knealing og medarbeidere (2008) oppsummerer kunnskap om og implikasjoner (særlig økonomiske) av det å benytte arbeid som terapeutisk virkemiddel for mennesker som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR). De konkluderer med at kombinasjonen arbeid og substitusjonsbehandling er en kostnadseffektiv måte å holde LAR-klienter rusfrie på, dvs. billigere enn alternative behandlingsmetoder som benyttes for å opprettholde rusfrihet hos LAR-klienter.

2.2.1 Forståelse og behandling av psykiske vansker og rusproblemer

Ut fra en erkjennelse av at hjelpetilbudet til mennesker med samtidig psykiske vansker og rusmisbruk var utilfredsstillende i Norge, og at integrert behandling er hensiktsmessig ble ”Rusreformen” gjennomført. Fra 1.1.2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenester til rusmisbrukere – ”tverrfaglig spesialisert behandling” - som inkluderer både psykologisk, medisinsk og sosialfaglig kompetanse. Personer med rusavhengighet som ønsker behandling, fikk pasientrettigheter, og spesialisthelsetjenesten fikk ansvaret for å tilrettelegge behandlingen. Formålet var å sikre et godt helsefaglig behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere, og det var spesielt viktig å sikre bedre tjenester til pasienter med behov for samtidig behandling av ruslidelse, psykiske- og somatiske helseproblemer. Reformen ble evaluert i 2006. Resultatene viser at ventetiden for alle typer tiltak hadde økt, og at det var tydelige geografiske forskjeller i tilbudene (Lie 2007). Det kunne knapt påvises bedring i samarbeidet om brukerne, og noen informanter i helse- og sosialtjenesten rapporterer om dårligere samarbeid (ibid). Representanter for Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon, RIO, ble intervjuet i evalueringen. De påpeker som negative konsekvenser av reformen at ulike elementer som burde inngå i en integrert rehabiliteringsprosess, nå splittes i oppdelte ansvarsområder med mange brudd i kontakten mellom bruker og hjelpeapparatet (ibid). I evalueringen understrekes at organisering av behandlingsskjeden ikke klarer å hindre et stort antall brudd i kjeden for den enkelte pasient. Ansvaret overføres fra en instans til en annen (henvisning, vurdering, utredning, behandling, oppfølging) uten at en klarer å sikre samhandlingen i tjenesten. Det konkluderes med at utfordringen er å utvikle samhandlingsmodeller og praksisformer som oppfyller faglige krav til sammenhengende og tilpasset behandling snarere enn ensidig oppmerksomhet på formelle henvisningsprosedyrer og overholdelse av frister (ibid).

Litteratur fra andre land viser også at behandlingstilbudet til personer med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusmisbruk stort sett har vært dårlig, og dette knyttes blant annet til negative og stereotype oppfatninger av rusmisbrukere (Todd 2002, Adams 2008). Det er godt dokumentert i litteraturen at integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse er hensiktsmessig (Judd 2003, Kelly 2012). I en studie av 126 personer med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer omfattet behandling samtidig psykososial rehabilitering, psykoterapeutisk og medikamentell behandling samt oppfølging og tilbakefallsforebygging av ruslidelsen (Judd 2003). Resultatene viste statistisk signifikant bedring av psykiske vansker, redusert rusmiddelbruk og bedret livskvalitet. Videre var det reduksjon i utgifter knytte til kriminalitet, bruk av akutt og subakutt psykisk helsetjeneste og rustjenester, men økning i utgifter til polikliniske tilbud. Det påpekes at oppfølgingstiden er av stor betydning for personer med samtidig psykiske vansker og rusproblemer. I en longitudinell prospektiv studie ble 615 heroinbrukere fulgt i tre år (Teesson 2008). De viste stor reduksjon i

stoffbruk, psykopatologi, injeksjonsrelaterte problemer og kriminalitet. Positivt resultat var assosiert med mer tid i vedlikeholdsterapi, rehabilitering i hjemmet og færre behandlingsepisoder. Avrusningstid hadde derimot ikke sammenheng med positive resultater. Alvorlig depresjon var assosiert med dårlig resultat. Det er begrenset med forskning på kjønns spesifikke forhold ved rusavhengighet, men flere argumenterer for å ta hensyn til brukerens kjønn i tilnærmingen (Greenfield 2010, Back 2011, Skotland 2011) og mener at resultatene da blir bedre.

Det er en godt dokumentert sammenheng mellom belastende hendelser i barndommen og psykiske vansker i voksen alder (Weber 2008). Personer med rusproblemer har en mye høyere forekomst av belastende livshendelser og symptomer på posttraumatisk stressyndrom enn befolkningen ellers (Subica 2011), noe som bekreftes i studier fra ulike land, som USA (Reed 2007), Storbritannia (Reynolds 2005), Tyskland (Driessen 2008) og Australia (Mills 2006). Stoffmisbrukere med posttraumatisk stressyndrom har mer uttalt stoffmisbruk med flere stoffer, har dårligere psykisk og fysisk helse og mer bruk av helsetjenester enn stoffmisbrukere uten slik traumebelastning (Mills 2005). Dess større belastninger, dess større problemer i voksen alder, inkludert risiko for alvorlig stoffmisbruk (Wu 2010). Det er en overbevisende sammenheng mellom stoffmisbruk og seksuelle og fysiske overgrep som barn (Liebschultz 2002, Burnette 2008), og overgrepene har større konsekvenser dess tidligere i livet de finner sted (Harrison 1997, Farrugia 2011). Vold/overgrep i nære relasjoner tilhører de alvorligste traumene, og når disse skjer i barndommen undergraver de menneskets utvikling og fungering både somatisk, mentalt, sosialt og personlighetsmessig (Nordanger 2007).

Jan Aasen tar i sin masteroppgave utgangspunkt i kunnskapen om at personer med rusproblemer svært ofte er traumatisert (Aasen 2011). Som eksempel på traumatiske opplevelser nevner Aasen følelsesmessig misbruk eller neglisjering, fysisk forsømmelse, fysisk misbruk, seksuelt misbruk og dysfunksjonell hjemmesituasjon. Mange pasienter med samtidig rusvansker og psykiske vansker får diagnoser innen kategorien personlighetsforstyrrelser, og med referanse til litteraturen angir Aasen at disse symptomene trolig er følgetilstander av tidlig og gjentatt traumatisering (ibid). Vår forståelse av oss selv, av å være menneske i verden, er uløselig knyttet til våre erfaringer. Traumatisering kan skade denne opplevelse og også våre systemer for tilknytning – bindeleddet til omverdenen. Aasen mener at denne kunnskapen må få konsekvenser for behandling av pasienter med samtidig rusproblem og stresslidelse. Han argumenterer for en bredere forståelse av traumbegrepet og anbefaler å knytte traumebehandling til avrusningsarbeidet. Det bør legges mye vekt på en trygg relasjon mellom pasient og behandler og på langsiktige og strukturerte behandlingsforløp (ibid). Det er økende belegg for at post traumatisk stressyndrom (PTSS) medfører betydelige rusvansker, og det ser ut til at å ta tak i traumatiseringen/ PTSS tidlig i behandlingen er viktig for å få til god behandling (Mills 2007, Hien 2010, Back 2010).

2.3 Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse

Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 1997-1998) la vekt på mulighet for å delta i arbeidslivet, for å inkluderes i et fellesskap og ha tilgang på meningsfulle aktiviteter for mennesker med psykiske lidelser. I omtale av tiltak ble det understreket at samarbeid mellom de kommunale helse- og sosialtjenester, Aetat og trygdeetat var avgjørende viktig. Samordningen av Aetat, trygdeetat og sosialtjenesten (Arbeids- og velferdsforvaltningen - NAV) var forventet å få betydning for dette arbeidet ved å bedre samarbeidet mellom ulike instanser og derved tilby mer samordnede tiltak (ibid).

Med midler fra Opptappingsplanen for psykisk helse opprettet Aetat i 2004 Vilje Viser Vei - satsing på arbeid og psykisk helse, og de øremerkede midlene ble rettet spesifikt mot mennesker med psykiske lidelser. Kartleggingsarbeid i regi av Vilje Viser Vei synliggjorde et stort behov for oppfølgingstilbud som kan sikre arbeidssøkerens/arbeidstakerens mestring av arbeidssituasjonen. Møllers undersøkelse (2005) tyder på at yrkeshemmede med psykiske vansker er tjent med å delta i attføringstiltak i lengre tid enn andre yrkeshemmede. Videre påpekes at denne gruppen arbeidssøkere har mer behov for individuell oppfølging og et tiltaksapparat som er tilpasset å møte de spesielle barrierene personene kan oppleve. Behovet for

samarbeid mellom ulike etater understrekes. Det påpekes at man ikke bare kan legge vekt på diagnose, men også den enkeltes interesser, motivasjon og evner. Sosial- og helsedirektoratets forskningsoppsummering konkluderer med at individuell utplassering og støtte er det mest effektive tiltaket når en person med en alvorlig psykisk lidelse har et uttalt ønske om å komme ut i ordinært arbeid (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Det kan innebære langvarig behandling, støtte og oppfølging. Nærhet til en reell arbeidssituasjon er viktig.

Vilje Viser Vei som prosjekt ble nedlagt 31.12.2007, men satsingen ble videreført som en del av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og velferdsdepartementet har ansvaret for gjennomføringen av tiltakene i Strategiplanen. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer satsingen. En viktig hensikt med strategien er å sikre en helhetlig, offentlig innsats og se arbeidet for mennesker med helseproblemer i sammenheng med NAV-reformens muligheter for samarbeid og brukermedvirkning, og med de arbeids- og aktivitetsrettede tiltak som denne reformen kan gi. En av hovedføringene i planen er samarbeid mellom NAV og helsevesenet. Aktiviteten innen Nasjonal Strategiplan er fra 2008 organisert som fagutviklingsprogrammene: Jobbmestrende oppfølging; Senter for Jobbmestring; Mestringsveier til arbeid – psykiske helse og rus og Vilje Viser Vei-tiltakene: Arbeidslivssatsing; Veilednings- og Oppfølgingsloser; Studier med støtte; Nettverksbygging og kompetanseheving og Medarbeider med brukererfaring. Til hvert fagutviklingsprogram er det blitt rekruttert seks til åtte fylker.

2.3.1 Mestringsveier til arbeid

Fagutviklingsprogrammet ”Mestringsveier til arbeid - psykisk helse og rus” er rettet mot mennesker som har både en alvorlig psykisk lidelse og et rusproblem, fortrinnsvis i aldersgruppen 18 – 35 år. Programmet omfatter prosjekter i syv fylker. Til sammen 11 stillinger i NAV er knyttet til disse syv prosjektene. Prosjektene er ulikt utformet og utvikles i nokså ulik retning i de forskjellige fylkene, i motsetning til de øvrige fagutviklingsprogrammene, som har langt fastere rammer. Fagansvarlig for den nasjonale strategiplanen for arbeid og psykisk helse er Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Arbeids- og velferdsdirektoratet har ansvar for gjennomføring av Nasjonal strategiplan og er fagansvarlig for Mestringsveier til arbeid - psykisk helse og rus. NAVs fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse er fagansvarlig for de lokale prosjektene og rapporterer til Arbeids- og velferdsdirektoratet. Helsedirektoratet deltar ikke i dette fagutviklingsprogrammet.

Omorganisering av Mestringsveier til arbeid i prosjektperioden

Mestringsveier til arbeid som eget fagutviklingsprogram ble fra 1. januar 2011 innlemmet i fagutviklingsprogrammet veilednings- og oppfølgingslos (NAV 2011). Begrunnelsen var at målgruppene i de to programmene var delvis overlappende, og at programmene hadde mange felles trekk. Satsingen på veilednings- og oppfølgingsloser ble igangsatt i 2008 og er basert på erfaringene som ble gjort i Vilje Viser Vei. Per 1. februar 2011 var det ansatt 53 veilednings- og oppfølgingsloser på NAV-kontorer i 15 fylker. Losene har som hovedoppgave å veilede personer med psykiske helseproblemer som ønsker å komme ut i arbeid og som har behov for sammensatte tjenester og tett oppfølging (ibid).

Etter omorganiseringen av Mestringsveier til arbeid ble prosjektet i Hedmark og Vestfold lagt inn i Veilednings- og oppfølgingslos(LOS)-programmet, men ikke Opplandprosjektet fordi de ikke har noen NAV-stilling tilknyttet. Prosjektmedarbeiderne i Finnmark, Hedmark, Rogaland, Nord Trøndelag og en medarbeider i Sandefjord er lagt inn under fagutviklingsprogrammet Veilednings og oppfølgingslos.

2.3.2 Økende vekt på Individuell jobbstøtte/Individual Placement and Support

Tidligere tenkte man arbeidsrettet rehabilitering som en trinnvis prosess der man først skulle trene ferdigheter før man begynte i arbeid – ”train-and place”. En ny måte å tenke om dette på er et prinsipp om at man skal raskt ut i ordinært arbeid og følges opp på arbeidsplassen – ”place-and-train”. Arbeid med bistand, som ble innført i Norge på begynnelsen av 1990-tallet, var basert på denne tenkningen (Spjelkavik 2004). Supported Employment (SE) er også basert på en ”place-and-train”-tenkning. Individual Placement and Support (IPS) er en videreutvikling av SE til en mer systematisk og strukturert arbeidsmetode med spesifikk og detaljert beskrivelse av framgangsmåten. Den norske betegnelsen på IPS er Individuell jobbstøtte/IPS. I engelskspråklig litteratur skilles ikke klart mellom SE og IPS. I de fleste studiene som refereres til i denne rapporten, betegnes bistanden som SE, i noen som IPS, og i enkelte tilfeller brukes begge betegnelser i samme publikasjon om det samme fenomenet. Når vi oppsummerer forskningsresultater i denne rapporten, bruker vi stort sett den betegnelsen de aktuelle forfatterne bruker.

Det er godt dokumentert at SE er en virksom oppfølgingsmetode for å hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser til å få jobb og å beholde den (Crowter 2001 A,B, Mueser 2004 A, Bond 2008). Hovedprinsippene ved SE beskrives som (a) målet er ordinært arbeid, (b) arbeidssøkeren forventes å få jobb direkte uten langvarig trening på forhånd, (c) rehabiliteringen er en integrert del av behandlingen for den psykiske lidelsen, (d) tjenestene er basert på brukerens preferanser og valg, (e) det foretas kontinuerlig vurdering ut fra erfaringer som gjøres og (f) oppfølgingen er tidsubegrenset (Crowter 2001 B). Jobbspesialist og psykisk helsearbeidsteam møtes regelmessig for å sørge for integrerte tjenester (Becker 2005). En oppsummering av 11 studier bekrefter effekten av IPS for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Bond 2008). Effekt ble vurdert ut fra utkommemålene arbeidsdeltakelse, antall dager til første jobb, arbeid antall uker per år og hvor lenge vedkommende hadde beholdt den lengst varende jobben. Oppsummert viste de 11 studiene at deltakelse i ordinært arbeid var 61 % for IPS og 23 % for kontrollgruppen. Omtrent 2/3 av dem som oppnådde ordinært arbeid, jobbet 20 timer eller mer per uke. Deltakerne verdsetter langtidsoppfølging. I en studie intervjues 38 deltakere som er fulgt opp med SE i 12 år, om sine erfaringer (Becker 2007). De vektlegger framfor alt tre faktorer, hvorav det viktigste kanskje er at de har lært mestringsstrategier, for eksempel å håndtere symptomene sine. Studien viser at deltakerne foretrakk å arbeide deltid og videre fremhevet de betydningen av oppfølging så lenge de hadde behov. Spesielt var støtte viktig i forbindelse med skifte av jobb eller andre store endringer. I en annen studie ble personer som er blitt fulgt opp med IPS, om betydningen av å komme i arbeid intervjuet (Koletsy 2009). De forteller at arbeid betyr økonomisk stabilitet, bedret sosialt liv, økt selvtillit, symptombedring og redusert følelse av kjedsomhet og isolasjon, men også økt stress.

Integrasjon av behandling og attføring er et sentralt poeng ved IPS-metoden (Becker 2005, Kelly 2012). Yrkesmessig suksess ved hjelp av denne metoden fordrer at jobbspesialister samarbeider tett med klinikere i behandlingen. Ved at klinikere og jobbspesialister jevnlig møtes, kan de lettere tilrettelegge et helhetlig tilbud til personen. Organisering av samarbeidet i team ser ut til være optimalt (Jacobsson 2005, 2010). Den terapeutiske alliansen mellom pasient og behandler er avgjørende (Kelly 2012). Pasienter med posttraumatisk stressyndrom ser ut til å ha mindre nytte av SE enn pasienter med andre psykiske vansker vurdert ut fra arbeidsdeltakelse (Mueser 2004 B). Det antydes at effektiv behandling av lidelsen kan bedre mulighetene for å nyttiggjøre seg SE, og dette gjør traumetilnærmingen som Aasen (2011) beskriver, særdeles relevant.

Studier av nytten av SE/IPS er stort sett gjennomført i USA, og resultatene er ikke umiddelbart overførbare til forhold utenfor USA. En randomisert, kontrollert studie fra Canada viser også at SE er mer virksom metode for å bistå personer med alvorlig psykisk lidelse i å komme i arbeid enn flere ulike andre metoder som anvendes (Latimer 2006). Imidlertid er effekten langt mindre enn den som påvises i amerikanske undersøkelser. Ulike forhold i de to landenes helse- og velferdssystemer antas å være en av forklaringene. Europeiske land har gjennomgående større trygghet i arbeidslivet og andre velferdsordninger enn USA, og dette antas å virke inn på effekten av IPS som metode (Burns 2008). En studie fra sentre i seks europeiske

land med store ulikheter i nasjonal økonomi, arbeidsledighet og helse- og velferdsordninger undersøkte effekten av IPS sammenliknet med train-and-place metoder av god kvalitet (ibid). Deltakere i studien var mennesker med diagnostisert schizofreni (80 %) eller bipolar lidelse (20 %). Resultatene viste at IPS var dobbelt så effektiv som andre typer attføring målt ut fra å komme i ordinært arbeid, og deltakerne beholdt jobben lenger. Et interessant funn var også at antall innleggelses i sykehus ble redusert. Dess lavere den stedlige arbeidsledigheten var, dess mindre effekt fant man av IPS. Forfatterne konkluderer med at IPS også er en virksom metode i en europeisk kontekst, til tross for generelt rausere velferdsordninger og bedre arbeidsvern. Et signal om at velferdsordninger likevel kan være av betydning, var at det tok mye lengre tid å rekruttere deltakere til studien i de to landene med best velferdsordninger (Storbritannia og Nederland) enn i de øvrige landene (ibid).

Individuell jobbstøtte/IPS for personer med samtidig psykiske vansker og rusproblemer

Nytten av SE/IPS er godt dokumentert for personer med alvorlige psykiske vansker, men langt dårligere for personer med samtidig psykiske vansker og rusmisbruk. Én studie som sammenlikner SE for en gruppe med både psykiske vansker og rusvansker med en gruppe som har bare psykiske vansker, viser at de med bare psykiske vansker har dobbelt så stor sjanse til å komme inn i et SE-program som de med begge diagnoser, selv om begge grupper hadde like stort ønske om arbeid (Frounfelker 2011). De som begynte i SE-programmet, hadde imidlertid omtrent like stor sjanse til å komme i arbeid uavhengig av hvilken gruppe de tilhørte.

3 SINTEF evaluering

SINTEF har gjennomført evaluering av Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus i Hedmark, Oppland og Vestfold i perioden oktober 2009 - desember 2011.

3.1 Mål for følgeevalueringen

Et overordnet mål for prosjekt ”Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus” er å bidra til å utvikle en oppfølgingsmetode for å bistå mennesker med samtidig rusavhengighet og psykiske vansker i å komme i arbeid og aktivitet. Alle pilotprosjektene har som mål å styrke samarbeid og samordning for personer med behov for integrert behandling. Samarbeidet mellom NAV og helsevesenet ligger som et ubetinget krav i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse og antas å være en forutsetning for god oppfølging av målgruppen for prosjektet. Vi vektlegger derfor i evalueringen å studere samarbeid mellom NAV og helsevesenet og integrering av behandlings- og atføringperspektivet i oppfølgingen.

I Oppdragsgivers konkurransegrunnlag angis en rekke mål, fokusområder og problemstillinger for Mestringsveier-prosjektet og for evalueringen av pilotprosjektene i Hedmark og Oppland (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2009, SINTEFs Oppstartrapport). For å tydeliggjøre det vi oppfatter som hovedfokus i evalueringen, har vi valgt å utforme fire hovedtemaer som omfatter de ulike målene, fokusområdene og problemstillingene som presenteres i konkurransegrunnlaget. De fire temaene er ”metodeutvikling”, ”samarbeid”, ”deltakernes utbytte” og ”prosjektarbeid”. Temaene presenteres nærmere nedenfor.

3.1.1 Metodeutvikling - Mestringsveier til arbeid

Hva innebærer oppfølgingsmetodikken og hvordan er den blitt utviklet i de tre prosjektene?

Metodeutviklingsaspektet er det overordnede i prosjektene. Innen prosjektene skal det utvikles oppfølgingsmetodikk - "Mestringsveier til arbeid" - for å bistå mennesker med samtidig psykiske vansker og rusavhengighet i å komme i arbeid og aktivitet. Hovedmålet med evalueringen er å utvikle kunnskap om oppfølgingsmetodikken og hva som er virksomme mestringsveier for å lykkes med målsetting om arbeid og aktivitet. Vi studerer hvordan prosjektene tilpasses til ulike lokale forhold, og hva utvikling av oppfølgingsmetodikken innebærer i ulike sosiale kontekster.

3.1.2 Samarbeid

Hvordan samarbeides det i oppfølgingen av brukerne i de tre prosjektene, og hvilken betydning har samarbeid for oppfølgingsmetoden?

De tre prosjektene er ulike, men alle har som mål å styrke samarbeid og samordning for å bidra til at personer med behov for integrert behandling kommer i arbeid og aktivitet. Ut fra at samarbeidet mellom NAV og helsevesenet ligger som et premiss i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, legger vi i evalueringen vekt på å studere samarbeid og samarbeidsmodeller som utvikles i prosjektene, hva som er viktige rammebetingelser for samarbeid og hvordan samarbeidet bør organiseres og forankres.

3.1.3 Deltakernes utbytte av oppfølgingen

Hva slags nytte har deltakerne av tilbudene i de tre prosjektene og hvilke faktorer er av betydning for deres eventuelle utbytte? Hvilken betydning har samarbeidet for brukernes erfaring med og utbytte av tilbudet?

Oppfølgingsmetodikken utvikles for å hjelpe mennesker med samtidig psykiske vansker og rusavhengighet med å komme i arbeid/aktivitet. En god oppfølgingsmetode må være nyttig for brukerne, og vi studerer deltakernes opplevde nytte av oppfølgingen. Hvis brukerne har nytte av tilbudet, er det vesentlig å identifisere aspekter ved oppfølgingsmetoden som er viktige for deres utbytte.

3.1.4 Prosjektarbeid

Hvordan fungerer prosjektarbeidet i de tre prosjektorganisasjonene i praksis? Hvordan er prosjektformen eventuelt egnet til å utvikle en oppfølgingsmetode - mestringsveier til arbeid - for mennesker med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusproblem?

Et mål for evalueringen er å beskrive hvordan de ulike prosjektene (form og innhold) er egnet til å bedrive intern og ekstern kunnskapsutvikling fra sitt eget prosjektarbeid med hensyn til prosjektets mål: å utvikle en oppfølgingsmetode og samarbeidsmodell for oppfølging av brukere med samtidig psykiske vansker og rusproblem. Videre studerer vi prosjektenes evne til å evaluere egne resultater og til å vurdere resultatenes overførbarhet til andre sammenhenger enn der de er utviklet. I evalueringen vurderes hvordan de lokale prosjektene organiseres og styres og hvordan Arbeids- og velferdsdirektoratet ivaretar den overordnede styring av prosjektene.

3.2 Design

Vi har valgt å utforme evalueringen som et følgeforskningsprosjekt som har fulgt utviklingsarbeidet i de tre pilotprosjektene. I tillegg til å vurdere resultatet av prosjektene retter vi i evalueringen oppmerksomhet mot prosesser, dvs. endring, utvikling og læring blant dem som er involvert i prosjektene. Vi har hovedsakelig valgt å innhente data gjennom kvalitative intervju og i fellesmøter med aktuelle aktører. I tillegg har vi gjennomført dokumentstudier. De mest brukte evalueringsformene innen følgeforskning er prosessevaluering og resultatevaluering (Baklien 2004). I resultatevalueringen er vi opptatt av resultater og konsekvenser. I prosessevalueringen retter vi oppmerksomhet mot de prosessene som karakteriserer gjennomføringen av Mestringsveierprosjektene, hvorfor ting blir som de blir. Følgeforskning legger vekt på det formative; som evaluator kan vi påvirke prosjektenes utvikling gjennom våre tilbakemeldinger til aktørene i de tre prosjektene. I løpet av evalueringen har vi gitt de involverte i prosjektene tilbakemeldinger om hvordan vi vurderte utviklingen i prosjektene med forslag til endringer. Det er også skrevet årlige rapporter, jf. kapittel 1.

Prosjektarbeid skiller seg fra ordinær drift på flere områder. Rammebetingelser er avgjørende for prosjektenes arbeid med metodeutvikling og samarbeid. Prosjektene i de tre fylkene er ulike med hensyn til organisering, bemanning og egne prosjektmål, men siden alle er metodeutviklingsprosjekter under et fagutviklingsprogram, forstår vi dem som kunnskapsutviklingsprosjekter som tar sikte på å bygge opp ny viten (Westhagen 1988). I slike prosjekter er innovasjonsprosessen det vesentligste - utvikling av ny kunnskap/nye metoder og vurdering av denne kunnskapens overførbarhet til andre sammenhenger enn der den er utviklet. Dette bør det tas hensyn til i prosjektenes arbeids- og styringsform. Slike prosjekter bør ha relativt stor frihet og styres på en måte der det ikke legges for faste premisser på forhånd. Styringen skjer underveis ved hele tiden å reflektere over erfaringer og justere kursen etter erfaringene. Kunnskapsutviklende prosjekter har vanligvis alle eller de fleste av følgende kjennetegn (ibid):

1. Avgrensning i tid
2. Tydelig prosjekt med definert mål/innhold
3. Noe annet enn ordinær virksomhet
4. Tydelig ledelse
5. Forankring i organisasjonen(e)
6. Evaluering er viktig
7. Implementering er viktig

I evalueringen har vi vurdert prosjektarbeidet – resultater og prosesser - i lys av strukturelle betingelser i de ulike prosjektene. Prosjektene er vurdert i forhold til kjennetegn for kunnskapsutviklingsprosjekter.

3.3 Data og datakilder

Dokumentstudie

Ved oppstart av evalueringen studerte vi dokumenter som på ulike måter angikk prosjektene: prosjektplaner, oppdragsdokumenter, rapporter, presentasjoner, tildelingsbrev, korrespondanse og referater. Formålet med å gjennomgå dette materialet var blant annet å få en forståelse av den overordnede hensikten med prosjektene fra oppdragsgivers side og sammenholde denne med målforståelser knyttet til utforming og iverksetting av de ulike pilotprosjektene. I løpet av prosjektperioden ble det skrevet flere dokumenter som vi leste etter hvert som vi fikk dem, for eksempel reviderte planer, rapporter, referater, samarbeidsavtaler og kravspesifikasjoner til tiltaksarrangør. Disse leste vi for å tilegne oss best mulig utfyllende kunnskap om utviklingen i de tre prosjektene.

Besøk i prosjektene

Forskere fra SINTEF besøkte prosjektene i Hedmark og Oppland første gang høst 2009. Vi informerte om evalueringen og intervjuet personer som på ulike måter var involvert i prosjektene. Ingen deltakere ble intervjuet ved dette besøket fordi det på det tidspunkt ikke forelå svar fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk på søknad om prosjektgodkjenning. Deretter besøkte vi prosjektene to ganger både i 2010 og 2011. Ved de fleste besøkene ble det arrangert møter med involverte aktører. Disse møtene fungerte som en kombinasjon av informasjons-/diskusjonsmøter og fokusgruppeintervju, og det ble gjort notater fra møtene. Fra SINTEF orienterte vi om våre foreløpige resultater og gav råd til videre prosjektarbeid samtidig som vi fikk nyttig informasjon om prosjektene og de ulike aktørenes erfaringer og synspunkter. Videre intervjuet vi deltakere i prosjektene og aktuelle personer som var involvert i eller hadde tilknytning til prosjektene. Vestfold ble innlemmet i evalueringen høst 2010 og ble besøkt i september og november 2010 og to ganger i 2011 med møter og intervjuer som i de to andre prosjektene.

Individuelle intervju

Ved alle besøkene gjennomførte vi semistrukturerte intervju etter intervjuguider som vi hadde utarbeidet på forhånd, tilpasset ulike informantgrupper i hvert prosjekt. Guidene ble omarbeidet for hvert besøk. De ble brukt fleksibelt slik at det var rom for å ta opp andre temaer enn dem i guiden, og ulike temaer kunne utdypes i de ulike intervjuene. Av og til ble to informanter intervjuet samtidig. Intervjuene ble som regel gjennomført ansikt til ansikt, de ble tatt opp på digitalt opptaksutstyr og skrevet ut tilnærmet ordrett. Enkelte informanter ble intervjuet per telefon etter besøkene. Fra telefonintervju ble det skrevet notater.

Dataanalyse

Dokumenter, intervjuutskriftene og møtenotater utgjør våre kvalitative data. Dokumentene ble brukt som bakgrunnsinformasjon i analysen, mens intervjuutskriftene og møtenotatene ble analysert etter en kvalitativ analysemetode for systematisk tekstkondensering (Malterud 2003). Dette er en datastyrt analysemodell der datamaterialet danner utgangspunkt for analysen, og ikke forhåndsbestemte kategorier. Metoden er egnet for

å sammenfatte fortellinger fra mange informanter, og den er egnet til å identifisere og analysere forhold som ikke har vært beskrevet i problemstillingene før evalueringen.

3.4 Informanter

I evalueringen la vi vekt på å følge utviklingen i prosjektene gjennom prosjektperioden. De ulike aktørers erfaringer og opplevelser er derfor viktig informasjon. Dette omfatter både deltakere i prosjektene, de som bistår deltakerne på ulike måter og deres samarbeidspartnere. Til sammen er det i evalueringen av de tre prosjektene gjennomført 44 intervjuer med 24 prosjektdeltakere og 118 intervjuer med 63 oppfølgere/samarbeidspartnere.

Hedmark

Deltakere:

I Hedmarkprosjektet ble deltakere intervjuet fire ganger i løpet av 2010 og 2011. I alt åtte deltakere, to kvinner og seks menn, ble intervjuet i til sammen 14 intervjuer. Én deltaker ble intervjuet fire ganger, tre deltakere to ganger, og de øvrige fire ble intervjuet kun én gang. Deltakerne var fra 23 til 35 år, gjennomsnittlig 31 år.

Det var ofte vanskelig å få tak i informanter. Noen ganger hadde flere sagt seg villige til å bli intervjuet, men møtte ikke og var ikke til å få tak i på det aktuelle tidspunkt, til tross for at de ble minnet om avtalene og ble tilbudt henting. Ved besøket i mai 2011 var syv av elleve deltakere innlagt i institusjon eller satt i fengsel. Tre ble kjørt fra institusjon til intervju.

Ikke alle deltakerne er intervjuet. De prosjektansatte mener at deltakerne som er intervjuet, ikke skiller seg vesentlig fra de øvrige når det gjelder grad av vansker, utbytte av og erfaringer med prosjektet.

Øvrige informanter

I tillegg til intervju med deltakerne er det gjennomført i alt 44 intervjuer med 27 personer i Hedmarkprosjektet. De tre prosjektansatte og fylkeskoordinatorer for arbeid og psykisk helse er intervjuet ved alle besøkene. I tillegg er 12 andre NAV-ansatte fra ulike avdelinger og ulike nivåer intervjuet. Også fem ansatte i psykisk spesialisthelsetjeneste er intervjuet samt i alt seks ansatte ved Kirkens Sosialtjeneste og annen tiltaksarrangør. Det lyktes ikke å få intervju med representant for psykisk helsearbeid i Hamar kommune.

Oppland

Deltakere

Deltakerne ble intervjuet to ganger per år i 2010 og 2011. I alt seks deltakere er intervjuet i til sammen 17 intervjuer. Tre deltakere er intervjuet fire ganger, to deltakere to ganger og én deltaker er intervjuet én gang. Flere enn de seks deltakerne som er intervjuet, har vært inkludert i Opplandprosjektet. De ble ikke inkludert i evalueringen fordi de var med i prosjektet i kortere perioder mellom våre besøk og derfor ikke var til stede på intervjutidspunktet. De ga heller ikke samtykke til å bli intervjuet per telefon.

Øvrige informanter

I tillegg til intervju med deltakerne er det gjennomført i alt 48 intervjuer med 22 personer i Oppland. Prosjektleder og noen av dem som følger opp deltakerne fra henholdsvis Fekjær psykiatriske senter (FPS) og Valdres KompetanseVekst (VKV) er intervjuet ved hvert besøk i prosjektet. Til sammen er syv fra spesialisthelsetjenesten/FPS og fire fra Sør-Aurdal kommune intervjuet. Fra VKV er i alt fem personer intervjuet, tre oppfølgere og to ledere. Tre NAV-ansatte er intervjuet og tre representanter for beboernes hjemstedskommuner.

Vestfold

Vestfold-prosjektet ble inkludert i evalueringen høst 2010.

Deltakere

Deltakerne ble intervjuet tre ganger, én gang høst 2010 og to ganger i 2011. I alt 10 deltakere, tre kvinner og syv menn, er intervjuet i til sammen 17 intervjuer. Én deltaker er intervjuet hver gang. Deltakerne som er intervjuet, er fra 28 til 45 år, gjennomsnittlig 34 år.

Det var lett å rekruttere informanter i Vestfold, og så godt som alle møtte opp som avtalt. Deltakere som var i jobb/ praksis er underrepresentert fordi de ikke prioriterte intervjuene. For eksempel kom en deltaker, som har vært med i prosjektet hele tiden, ikke til intervju før siste gang fordi han/hun tidligere hadde prioritert skole og jobb.

Øvrige informanter

I tillegg til intervju med deltakerne er det gjennomført i alt 26 intervjuer med 14 personer i Vestfold. Prosjektveileder og teamleder er intervjuet hver gang, og i tillegg er fire andre oppfølgere intervjuet. Videre er fire personer fra NAV (Vestfold og Sandefjord), to ledere fra Fretex og to ansatte ved Sosialmedisinsk senter i Sandefjord kommune intervjuet.

3.5 Etikk

Prosjektet er søkt godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør Øst. Komiteen konkluderer imidlertid med at prosjektet ikke er et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt og derfor ikke er fremleggelsespliktig (ref 2010/817-1). Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS tilrår at prosjektet gjennomføres (ref.24238), og vi har oppbevart data i tråd med Personopplysningsforskriftens retningslinjer.

For å sikre deltakernes anonymitet har vi fremstilt resultatene slik at ingen deltakere skal kunne gjenkjennes (annet enn av dem som har fulgt dem opp i prosjektet). Vi har derfor valgt å ikke angi deltakernes kjønn, men betegne dem som han/hun, og vi har gjort ubetydelige endringer i for eksempel yrkesbakgrunn og yrkesvalg.

4 Resultat: Mestringsveier til arbeid-prosjektene i Hedmark, Oppland og Vestfold

4.1 De tre prosjektene

”Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus” ble etablert som et fagutviklingsprogram, og pilotprosjektene oppdrag er metodeutvikling; å utvikle en oppfølgingsmetode som er egnet til å bistå mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusproblem i å komme i arbeid. Begrunnelsen for å etablere prosjektene var at NAV ikke hadde ”*tilstrekkelig erfaring og systematisk metodeutvikling på området psykisk helse og rus*” (NAV Arbeids- og velferdsdirektoratet 2008). Pilotprosjektene gis i oppdrag å se på mulige mestringsveier mot jobb for denne gruppen. ”*En viktig forutsetning for å delta i dette fagutviklingsprogrammet er at det etableres et formalisert og konkret samarbeid med helsesektoren for å ivareta brukernes behov for sammensatte tjenester*” (ibid). Det angis at man fra sentralt hold vil bidra gjennom Arbeids- og velferdsdirektoratet (da NAV Drift og utvikling) med fagutvikling, felles samlinger og annen fagstøtte (ibid). Det var i utgangspunktet lagt lite føringer for prosjektutformingen og – gjennomføringen, og det har, i følge informantene, vært lite styring fra Arbeids- og velferdsdirektoratet i løpet av gjennomføringsfasen. I følge Arbeids- og velferdsdirektoratet ble Mestringsveierprosjektene utformet på ulike måter og utviklet seg i ulike retninger.

Et prosjekts forankring, organisering og ledelse vil utgjøre rammebetingelser for slik metodeutvikling. De tre prosjektene er ulike med hensyn til utforming, organisering og målgruppe. For å sette erfaringene fra det enkelte prosjekt inn i sin kontekst vil vi innledningsvis presentere de tre prosjektene og synliggjøre lokale forhold som er av betydning for metodeutviklingen. Til slutt i dette kapittelet diskuteres prosjektarbeidet sett i lys av rammebetingelsene for de ulike prosjektene.

4.1.1 Mestringsveier til arbeid NAV Hedmark

Av oppdragsgivers kravspesifikasjon fremgår følgende opplysninger om prosjektet i Hedmark: Prosjektet retter seg mot personer under 35 år med samtidig rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse, som står utenfor arbeidslivet og som er bosatt i Stange og Hamar kommuner. Aldersgrensen er ikke absolutt. Målgruppen anslås til 100 - 200 personer. Antall deltakere begrenses til 12-15 personer til enhver tid. Leder for prosjektet og to prosjektmedarbeidere er tilsatt i NAV. Prosjektets mål:

- Utvikle oppfølgingsmetodikk som bygger på individuell tilpasning etter brukerens behov.
- Dokumentere betydningen av målrettet og samordnet innsats hva gjelder arbeid og aktivitet.
- Utvikle bruken av individuell plan som verktøy og bidra til økt bruk av individuell plan.
- Utprøving og evaluering av en forpliktende samhandlingsmodell med vekt på integrert behandling, og hvor bolig, omsorgstjenester, NAV og kommunehelsetjenesten inngår. Med integrert behandling menes samtidig behandling for ruslidelse og psykisk lidelser på spesialisthelsetjenestnivå.
- Bidra til utvikling av nye tiltak tilpasset brukergruppen. Utvikling og samordning av tiltak og virkemidler vurderes som sentralt for å lykkes i arbeidet.

Prosjektets utgangspunkt var en søknad som ble utformet i 2006 i et samarbeid mellom NAV Hedmark, Sykehuset Innlandet (Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnoseproblematikk) og Fylkesmannen i Hedmark. Prosjektet fikk imidlertid midler først da Arbeids- og velferdsdirektoratets fagutviklingsprogram Mestringsveier til arbeid ble etablert, og Hedmarkprosjektet kunne starte opp ved årsskifte 2008/2009. Prosjektet fikk midler til tre stillinger, ble da organisatorisk knyttet til NAV og er gjennomført som et NAV-prosjekt. En prosjektleder og to prosjektmedarbeidere ble ansatt i NAV. Den første prosjektlederen begynte 1.12.2008 og sluttet i stillingen 1.9.2009. Prosjekt Mestringsveier til arbeid NAV Hedmark var fra starten

organisert i Arbeidsrådgivingskontoret ved NAV Hedmark, men ble 1.9.2009 flyttet til NAV Hamar under leder for rusteamet.

Ved vårt første besøk i prosjektet i november 2009 var det temmelig ulike oppfatninger blant informantene om hva prosjektet Mestringsveier til arbeid skulle være. To hovedforståelser rådet: Noen oppfattet prosjektet som et fagutviklingsprosjekt som skulle gjennomføres i et samarbeid mellom først og fremst NAV og spesialisthelsetjenesten, eventuelt også med tiltaksarrangør, og som gjennom praktisk arbeid med deltakerne skulle utvikle en oppfølgingsmetode og en samarbeidsstruktur. Andre mente prosjektet skulle arbeide brukerrettet for utvikle en oppfølgingsmetode for rusmisbrukere til bruk i NAV, og der det skulle samarbeides med andre etater om oppfølgingen på individnivået. Ved vårt besøk i november 2010 fremstår prosjektet som tydeligere, og informantene, både interne og eksterne, formidler en mer felles forståelse av hva prosjektet er og hva som er målet. Det er blitt et NAV-prosjekt der oppfølgingsmetoden utvikles innen NAV i samarbeid med andre aktører på praksisnivået. I tråd med dette ble prosjektets mål omformulert ut fra hva man så som mulig innen prosjektets rammer. Det fjerde delmålet om utprøving og evaluering av en forpliktende samhandlingsmodell ble endret til: *”Utvikle godt samarbeid på individnivå”* (Statusrapport og handlingsplan mai 2010). Begrunnelsen var at det ikke fantes behandlingsteam for integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse på Hamar. Videre hadde ikke prosjektet noen samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten på overordnet nivå og kunne derved ikke forplikte dem til å delta i metodeutviklingen. Det legges betydelig vekt på samarbeid på individnivået, og det tilstrebes også å utvikle et samarbeid på overordnet nivå.

En av prosjektmedarbeiderne fungerte som prosjektleder fra 1.9.2009 til ny prosjektleder ble ansatt 1.3.2010 og ivaretok derved kontinuiteten i prosjektet. Samtidig som ny leder ble ansatt, ble stillingsbetegnelsen endret fra prosjektleder til prosjektveileder med teamlederansvar, og teamlederen har formelt ingen fullmakter. Mestringsveier til arbeid ligger nå i linjen, og leder for rusteamet ved NAV Hamar har personalansvar for de tre som er ansatt i prosjektet. Fylkesdirektør i NAV Hedmark er prosjekteier, mens fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse har det faglige ansvaret. Prosjektet er forankret i fylkesleddet gjennom regelmessige møter med fylkeskoordinatorer for arbeid og psykisk helse. Vedkommende har holdt et solid grep i prosjektet gjennom hele prosjektperioden, men har ikke vært tett på prosjektet og ikke styrt prosjektarbeidet.

Informantene som jobber på praksisnivået i prosjektet sier i intervju at de mener det er uhensiktsmessig å plassere et slikt kunnskapsutviklingsprosjekt langt ned i organisasjonen. Også flere samarbeidspartnere påpeker at organiseringen i rusteamet ved NAV Hamar er uheldig av flere grunner. I mai 2010 sier en samarbeidspartner:

”Plasseringen er uheldig. Prosjektet burde være noe som drives for seg selv, ikke ordinær drift, jeg føler hele tiden at prosjektet skal tilpasse seg ordinær drift. I starten hadde prosjektet mye tillit, mye ansvar og mye pusterom, men det spesielle ved prosjektet blir borte når det blir organisert i rusteamet. Prosjektmedarbeiderne blir veldig alene om oppfølgingen. I fravær av et prosjekt jobber de godt fordi de er så flinke som de er, ikke fordi noen har gjort dem gode”.

Flere informanter påpeker i intervjuer i 2010 at prosjektet retter mye oppmerksomhet mot rus og mindre mot psykiske vansker, og at dette trolig har sammenheng med prosjektets plassering i rusteamet. Noen som har samarbeidet med prosjektet, trodde oppfølgerne var ansatte i rusteamet. Mange NAV-ansatte på ulike nivåer mener omorganiseringen var heldig og nødvendig. En NAV-leder angir uklarheter og uoverensstemmelser som grunn til at det ble flyttet og påpeker at den nye organiseringen gjør prosjektet tydelig.

Til tross for skepsisen mot organisatorisk plassering forteller de prosjektansatte at prosjektarbeidet går fint i praksis fordi de gis rimelig gode rammer for å utvikle prosjektet slik de mener er riktig. De trekker fram som viktig at leder av rusteamet er velvillig og forståelsesfull, og at fylkeskoordinator hele tiden har holdt et solid tak i prosjektet og gitt det gode økonomiske rammer. Som NAV-ansatte har prosjektmedarbeiderne måttet

delta i en del møter, men har aldri opplevd å bli pålagt rusteamets arbeidsoppgaver. En ulempe som trekkes fram ved organiseringen, er at det er lang tjenestevei fra prosjektet, via leder for rusteamet og leder NAV Hamar, hvis det er behov for å løfte saker opp til fylkesnivået. Det innebærer f.eks. at det er utfordrende for teamleder å etablere eksterne samarbeidsavtaler med andre etater, som DPS eller kommunene, på overordnet nivå.

Arbeidet med å følge opp deltakere kom godt i gang allerede høst 2009 og har utviklet seg gjennom hele prosjektperioden. Prosjektteamet er godt tverrfaglig sammensatt med teamleder som er sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid, en prosjektmedarbeider er utdannet lærer med betydelig NAV-kompetanse etter mange års erfaring med attføringsarbeid, og en er vernepleier med erfaring fra rusinstitusjon. Teamleder beskrives som en engasjert, flink og modig prosjektleder, og de to prosjektmedarbeiderne karakteriseres også som usedvanlig dyktige og egnet for jobben. En NAV-ansatt sier:

”De tre er en fin gjeng, utfyller hverandre faglig og er flinke til å spille på det. Og så har jo kjemien de tre imellom klaffet veldig. Og ære være de gutta! De gjør en kjempejobb, de er gode fagfolk med mange tiltak i ryggsekken”.

Prosjektet i Hedmark ble i prosjektperioden gradvis mer synlig for samarbeidspartnere og fikk åpenbart høyere status og mer prestisje. Mange beskriver et engasjert prosjektteam med høy, komplementær kompetanse og personligheter som matcher og utfyller hverandre. Videre har prosjektet siden august 2010 hatt faglig veiledning av en erfaren psykiater, noe som angis å være en uvurderlig ressurs og trolig årsaken til at prosjektmedarbeiderne kunne greie å stå i denne krevende situasjonen gjennom hele prosjektet. Sannsynligvis har prosjektansattes omfattende utadrettet virksomhet og samarbeidet med en masterstudent også bidratt til prosjektets økende status. De prosjektansatte har tatt utdanning for å bli instruktører i bruk av motiverende intervju. Motiverende intervju beskrives nærmere i kapittel 6 om metodeutvikling.

Prosjektplanen beskriver hvordan Mestringsveierprosjektet var knyttet til Hamarmodellen som innebar et samarbeid med Kirkens sosialtjeneste og bruk av deres ulike tilbud. Arbeideren er et lavterskeltilbud for skadereduksjon, mens Barmsenteret er et oppfølgingssted med bruktbuikk tilknyttet. Tre APS-plasser (Arbeidspraksis i skjermet virksomhet) ble opprettet ved bruktbuikken Fønix for deltakerne i dette prosjektet. Avtalen med Kirkens sosialtjeneste ble sagt opp i løpet av prosjektperioden, men prosjektdeltakerne kunne fortsatt benytte APS-plassene. Prosjektet har et godt samarbeid med Kirkens sosialtjeneste på praksisnivå, men ingen formell samarbeidsavtale. Det er inngått avtale med ny tiltaksarrangør, men ingen av deltakerne har vært i stand til å være med i tiltak der.

Prosjektet har som et mål å bidra til å utvikle nye NAV-tiltak tilpasset brukergruppen. I dette arbeidet opplever prosjektgruppen de strukturelle rammebetingelsene som ligger i NAVs tiltaksportefølje som begrensende og savner mulighet for å kunne utvikle nye tiltak tilpasset gruppen. Videre var det frustrerende at teamet så lenge manglet vedtaksmyndighet for AAP.

4.1.2 Mestringsveier til arbeid NAV Oppland

I sin kravspesifikasjon beskriver oppdragsgiver prosjektet i Oppland slik:

NAV Oppland deltar i fagutviklingsprogrammet med et prosjekt som omhandler etablering av fem overgangsboliger med et integrert arbeids- og aktivitetstilbud ved Fekjær psykiatriske senter i Sør-Aurdal kommune. Det aktuelle prosjektet gjennomføres i samarbeid mellom Fekjær psykiatriske senter (Sykehuset Innlandet), Sør-Aurdal kommune, NAV Oppland og Valdres KompetanseVekst as, en attføringsbedrift som eies av seks Valdreskommuner. Som hovedmål for prosjektet i Oppland angis:

1. Styrke spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud til pasienter utskrevet fra institusjon med omfattende behov for videre oppfølging av spesialisthelsetjenesten for å kunne fungere i hjemkommune.
2. Etablere og utvikle nødvendige samarbeidsformer og avtaler for alle involverte parter i prosjektet for å kunne oppfylle hovedmålsetning 1.

Det er et mål å gi pasientene en større mulighet til å fungere i samfunnet gjennom å yte spesialisthelsetjenester, tilrettelagt arbeidstrening, ulike fritidstilbud, økt boevne og gradvis overføring til hjemkommune. Som et ledd i dette skal det etableres samarbeid, rutiner, ansvarsfordeling og avtaler mellom involverte parter som hjemkommune, vertskommune, Fekjær psykiatriske senter, poliklinikk, ambulant team og bygdesamfunnet for å kunne gi pasientene et helhetlig tilbud og for at overgangen til hjemkommunen blir best mulig.

Prosjektet er knyttet til Fekjær psykiatriske senter (FPS). FPS er privateid og har fra 2004 hatt driftsavtale med Sykehuset Innlandet HF. Senteret har døgnavdeling og poliklinikk. Fekjærtunet overgangsboliger er fem små tømmerhus for pasienter utskrevet fra døgnenheten ved FPS. Boligene er organisert som en stiftelse, og beboerne betaler husleie. Driften av de fem overgangsboligene startet opp 1. september 2009, og fem beboere flyttet inn i boligene ved oppstart. Prosjektet Fekjærtunet overgangsboliger ble knyttet til fagutviklingsprogrammet Mestringsveier til arbeid ved at prosjektet fra andre halvår 2008 ble tildelt fem tiltaksplasser fra NAV Oppland. Hovedmålsetting for prosjektet Fekjærtunet overgangsboliger beskrives som de samme målene som er skissert for pilotprosjektet Mestringsveier til arbeid i oppdragsgivers konkurransegrunnlag. Arbeidstiltaksbedriften Valdres KompetanseVekst (VKV) leder arbeidet knyttet til de fem tiltaksplassene. Sør-Aurdal kommune stiller lokalet Kroken til disposisjon for arbeidsutprøving og –trening. Prosjekt Mestringsveier til arbeid NAV Oppland er ikke tilført andre ressurser fra NAV enn de fem tiltaksplassene.

I vår oppstartrapport har vi beskrevet at prosjekt Mestringsveier til arbeid i Oppland i begynnelsen fremsto som uklart. Informantene skilte ikke mellom prosjekt Fekjærtunet overgangsboliger og prosjekt Mestringsveier til arbeid, og noen kjente ikke til Mestringsveierprosjektet. Dette ble meldt tilbake i vårt møte på FPS. Som følge av dette ble det utarbeidet en definisjon av prosjektet (6.5.2010):

”Fekjær psykiatriske senter (FPS) har initiert arbeidet som har resultert i behandlingstilbudet ved Fekjærtunet overgangsboliger hvor arbeids- og aktivitetstilbudet inngår som en viktig integrert del. I motsetning til de andre deltagerne i fagutviklingsprogrammet er det ikke NAV, men spesialist helsetjenesten - FPS - som har vært og er den koordinerende part for hele behandlingstilbudet. Dette er formalisert i at deltagelsen i fagutviklingsprogrammet koordineres av ass. enhetsleder ved FPS i dialog med koordinator for ambulant team (ved FPS), og fylkeskoordinator(for arbeid og psykisk helse) i NAV Oppland er faglig ansvarlig for prosjektet. NAV er delaktig i prosjektet på de fleste nivå, og fylkeskoordinator får da også en koordinerende oppgave i NAV internt”. (Personnavn er utelatt i dette sitatet)

Videre ble det fra SINTEF påpekt at prosjektet hadde utydelig organisatorisk forankring. Også prosjektorganiseringen er tydeliggjort i overnevnte dokument. Man har valgt å knytte Mestringsveierprosjektet til organisasjonsmodellen for Fekjærtunet overgangsboliger og videreutvikle denne modellen.

Prosjektorganiseringen beskrives i tre nivåer:

Individnivå: Dette nivået består av aktørene som følger opp pasientene i prosjektet Mestringsveier til arbeid.
Ledernivå: Dette er de samme aktørene som ledernivået i organisasjonen av Fekjærtunet overgangsboliger; arbeidet i prosjekt Mestringsveier på systemnivå knyttes slik til arbeidet med Fekjærtunet overgangsboliger. Gruppen består av FPS’ ledergruppe, representant fra Sykehuset Innlandet, fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse ved NAV Oppland, leder ved NAV Valdres og representant for ledernivået i Sør-Aurdal kommune. Her er alle samarbeidspartnerne i Mestringsveierprosjektet representert på ledernivå.

Prosjektkoordinatoren er formelt forankret her. Valdres KompetanseVekst er ikke medlem av gruppen, men er blitt innkalt til møtene gjennom hele prosjektperioden.

Eiernivå: Gruppen består av Fylkesdirektør NAV Oppland, Rådmann i Sør-Aurdal kommune, Avdelingssjef for psykose- og rehabiliteringsavdelingen i Sykehuset Innlandet HF og Elling Fekjær fra FPS. FPS tar initiativ til møter ved behov. Eiernivået er ikke et formelt organ.

Leder- og eiernivået ledes av enhetsleder ved FPS. Assisterende enhetsleder har koordinerings- og sekretærfunksjon. Det er gjennom presiseringen tydeliggjort at Fekjær psykiatriske senter eier og koordinerer Mestringsveier-prosjektet, mens fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse ved NAV Oppland er faglig ansvarlig.

Det er etablert en samarbeidsgruppe for Mestringsveier-prosjektet bestående av dem som har ansvaret for den individrettede oppfølgingen av deltakerne på praksisnivået, og denne gruppa utgjør individnivået i prosjektet. Fra Fekjær deltar koordinator for ambulant team og en representant fra døgnavdelingen, fra Sør-Aurdal kommune deltar koordinator og boveilederne, og fra VKV deltar veilederne ved Kroken. NAV Sør-Aurdal innkalles ved behov. Gruppen møtes her 14.dag og koordineres og ledes av koordinator for ambulant team. Medlemmene i samarbeidsgruppen er representert på ledernivået ved sine ledere.

Med denne organiseringen ivaretas samarbeidet mellom FPS, NAV og VKV rimelig godt på ledernivå, slik at behandling og oppfølging i bolig i større grad kan integreres i oppfølgingen knyttet til arbeid og aktivitet. Et kunnskapsutviklingsprosjekt bør ha en selvstendig status og styres i et samarbeid mellom de impliserte instanser. Slik prosjektet er organisert, med FPS som den koordinerende part for hele tilbudet, ser det ut til at Fekjær har større innflytelse på Mestringsveierprosjektet enn samarbeidspartnerne. En FPS-ansatt er koordinator for prosjektet, og en annen FPS-ansatt leder samarbeidsgruppen. Det er blitt påpekt at det burde vært en uavhengig prosjektleder for Mestringsveierprosjektet, men dette er neppe mulig innen den valgte prosjektorganiseringen. Imidlertid har samarbeidspartnerne på praksisnivået lyktes med å utvikle et godt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid innen disse rammebetingelsene. Det er ikke utviklet noen modell for samarbeidet mellom helsetjenesten og NAV på overordnet nivå. En NAV-ansatt oppsummerer prosjektet slik i intervju høst 2011:

”Det har skjedd veldig mye læring i Mestringsveierprosjektet, betydelig holdningsendring og bedret samhandling blant dem som jobber på praksisnivået, men det er forskjell mellom nivåene. Spørsmålet er hvordan vi kan videreføre det som er lært. Prosjektet skulle hatt en egen prosjektleder som var uavhengig av de deltakende parter, en som kunne binde det sammen, trekke i tråder og ivareta samarbeidet”.

4.1.3 Mestringsveier til arbeid NAV Vestfold

Av prosjektbeskrivelsen for Vestfoldprosjektet, ”Basen”, fremgår:

- Prosjektets mål er å bidra til at rusavhengige i Sandefjord kan bedre sin funksjonsevne og livskvalitet og på sikt komme ut i ordinært arbeid.
- Tilbudet gis til personer som vurderes å ha en mulighet for å komme i arbeid/ utdanning gjennom tett oppfølging og forpliktende bistand, primært mellom 18 og 35 år.
- Målgruppen er personer som har en dokumentert psykisk lidelse og er i en rehabiliteringsprosess i forhold til rus. De som søkes inn skal være under rusbehandling samt ha interesse/ motivasjon/ ønske om å komme i ordinært arbeid eller utdanning.
- Det skal legges til rette for at deltakerne skal kunne være under behandling og i aktivitet/arbeid samtidig.

Prosjektet skal jobbe i et Supported Employment-perspektiv (SE). Det beskrives fem faser i rekrutteringsprosesser for arbeidssøkere innen en slik tenkning: (1) Kartlegging, (2) Markedsarbeid/ opparbeide nettverk i næringslivet, (3) Kartlegging av arbeidsplasser/ utdanningsplasser, (4) Opplæring på arbeidsplassen, (5) Oppfølging av arbeidsgiver. Et viktig element er, i samarbeid med den enkelte deltaker, å utarbeide en tiltaksplan som omfatter en rekke områder i livet.

Bakgrunn

Ideen til Basen ble utformet i samarbeid mellom leder for Sosialmedisinsk senter i Sandefjord kommune og fungerende distriktsarbeidssjef ved Aetat Sandefjord. Sosialmedisinsk senter organiserer Sandefjord kommunes rusoppfølgingstjeneste og psykisk helsearbeid for voksne. I tillegg gis lavterskel dagtilbud til folk over 18 år med rusproblemer og/eller psykiske vansker. Det ble sendt inn en søknad som resulterte i midler fra NAV Vestfold til 8 APS plasser og 2 AB-tilretteleggere, og prosjekt Basen ble etablert. Basen åpnet i august 2008 og fortsatte som en direkte videreføring av Dagsverket, et lavterskeltilbud til rusavhengig i Sandefjord kommune der man kunne komme og jobbe så mange timer man ønsket og få lønn for disse, også om man var ruset. Gjennom prosjektet Mestringsveier til arbeid – rus og psykisk helse – ble prosjektet tildelt midler til en stilling, og Basen ble NAV Vestfolds Mestringsveier til arbeid. En prosjektansvarlig ble ansatt i oktober 2008 ved NAV Sandefjord med noe arbeidstid på Basen. Hennes leder var den samme som hadde tatt initiativet til prosjektet fra NAV (da Aetat).

Organisering og ledelse

Prosjektet Mestringsveier til arbeid NAV Vestfold - Basen - var knyttet til Sandefjord kommune ved Sosialmedisinsk senter. Rollen som tiltaksarrangør var formalisert gjennom en avtale med NAV Vestfold. Rollen som driftsansvarlig for Mestringsveierprosjektet var knyttet til de to initiativtakerne til prosjektet, leder for Sosialmedisinsk senter i Sandefjord kommune og fungerende distriktsjef for Aetat Sandefjord, men dette var ikke formalisert gjennom noen samarbeidsavtale mellom de to etatene. Sandefjord kommune var ansvarlig for personalet og skulle ansette og veilede dem. Prosjektveileder var ansatt i NAV Sandefjord. Dette er rammebetingelser som kan gjøre samarbeidet utfordrende, noe det også ble. I intervju blir denne organiseringen beskrevet som "utrolig klønete" med NAV Sandefjord som skulle styre prosjektansvarlig og Sandefjord kommune som skulle styre de som jobbet ved Basen.

Leder for Sosialmedisinsk senter sluttet i sin stilling februar/mars 2009, og de ansatte i Basen mistet derved sin leder. Avdelingsleder ved NAV ble langtidssykmeldt fra omtrent samme tid. Dette medførte at prosjektet ikke lenger hadde noen overordnet forankring verken i Sandefjord kommune eller i NAV Sandefjord. Prosjektansvarligs rolle i prosjektet fremstår som uklar. I intervjuene omtales rollen og funksjonen på forskjellige måter, stillingen betegnes som prosjektansvarlig og prosjektveileder om hverandre, og funksjonen/ rollen har også blitt endret flere ganger i prosjektperioden.

Utvikling av prosjekt Mestringsveier til arbeid NAV Vestfold

Basen fikk en utfordrende oppstartperiode. De tre (fire) ansatte som skulle følge opp deltakerne hadde ulik bakgrunn og nokså ulik forståelse av arbeidet. Etter at leder ved Sosialmedisinsk senter sluttet, hadde de ingen fast leder som kunne ta ansvaret for å veilede og ivareta dem og bidra til å løse de daglige utfordringene i arbeidet. Flere oppfølgere sluttet ved Basen i 2009, og nye ble ansatt. Avtalen med Sandefjord kommune som tiltaksarrangør ble sagt opp med virkning fra 1.5.2010. Fretex overtok som tiltaksarrangør for Mestringsveier til arbeid NAV Vestfold, Basen, fra samme dato. To medarbeidere fra Fretex ble ansatt i prosjektet, hvorav en som teamleder. Den andre sluttet etter kort tid ved Basen. Arbeidsgiveransvaret for den ene AB-oppfølgeren som per 1.5.2010 var ansatt i Basen, ble overført fra Sandefjord kommune til Fretex. Samtidig ble prosjektansvarligs stilling endret til veilednings- og oppfølgingslos for personer med rusproblemer ved NAV Sandefjord fordi prosjekt Mestringsveier til arbeid – rus og psykisk helse – ble omorganisert. Vedkommendes arbeid ved Basen begrenset seg til ½ dag per uke. En ny medarbeider ble ansatt ved Basen i september 2010 og en annen fra november 2010.

Ved vårt første besøk på Basen i september 2010 fremsto prosjektet som uoversiktlig. NAV Vestfold ved fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse var faglig ansvarlig for prosjektet og ansvarlig for avtalen med tiltaksarrangør, men hadde ikke direkte driftsansvar for prosjektet og fulgte ikke den daglige virksomheten ved Basen. Det ble fra NAV fylke påpekt at det ikke egentlig er et prosjekt, at man hadde valgt å ikke prosjektoorganisere det fordi det brukes tiltaksmidler. De øvrige informantene mente imidlertid at det var et prosjekt med en ansatt prosjektansvarlig og en definert start- og sluttdato. Prosjektet hadde på det tidspunktet ingen prosjektleder, ingen styringsgruppe eller referansegruppe, men en samarbeidsgruppe. Medlemmer var per november 2010 fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse i NAV, avdelingsleder ved NAV Sandefjord, overordnet leder i Fretex, prosjektansvarlig og teamleder ved Basen. Formålet med gruppen var å diskutere hvordan man kan samarbeide bedre. Planen var å gjennomføre 1-2 møter i halvåret. Fra NAV Vestfold sies i sept 2010:

”Hvis vi skulle startet på nytt ville jeg hatt en klarere visjon av hvor vi ville og en bedre forståelse av SE. Det er først i etterkant du ser at de burde inngått en avtale. Hvis vi hadde visst alt dette som har skjedd, er det klart vi skulle forankret det i en avtale, men vi var ikke der”.

Høsten 2010 gikk NAV inn med ekstra ressurser ved Basen - en person fra NAV Vestfold kom inn som veileder. Veiledningen ble rettet mot mer struktur på driften, mot fagutvikling, men først og fremst mot Supported Employment (SE) som metode. Det ble også rettet oppmerksomhet mot å avgrense jobbingen på Basen til å ha fokus på arbeid og forsøke å skille virksomhet knyttet til dette fra virksomhet knyttet til andre vansker, som andre må følge opp. De ansatte på Basen syntes dette var svært bra, spesielt fordi det var flere nyansatte, og en beskriver denne perioden som en god høst. Det var knyttet mye forventinger til dette videre; en sier i intervju:

”Det er fint at hun kommer og samler trådene i en ny personalgruppe”.

Ved årsskiftet 2010-2011 fikk prosjektveileder hint fra deltakere og et par ansatte om at alt ikke var bra på Basen. Det ble meldt fra til overordnet nivå i Fretex i januar. Flere forteller i intervju at ikke syntes dette ble tatt ordentlig tak i av de ansvarlige. Det kom flere sykmeldinger og oppsigelser. Det fremkom etter hvert noe uenighet mellom Fretex og NAV på overordnet nivå om punkter i kravspesifikasjonen til Fretex. NAV trakk ut veilederen fra Basen ved årsskifte 2010/2011 fordi de mente veiledning var Fretex' ansvar, og Fretex understreket at de hadde tilstrekkelig kompetanse selv. De ansatte ved Basen syntes det var synd at veilederen forsvant; de hadde ønsket vedkommende mye ”tettere på”. En ansatt beskriver vinteren 2010/2011 og våren 2011 som en periode preget av uro.

I løpet av våren 2011 er organiseringen blitt tydeligere. Det er blitt avklart at en ansatt ved NAV Vestfold er prosjektleder for Mestringsveier, og at NAV Vestfold er prosjekteier. I mai 2011 ble det opprettet en styringsgruppe for Mestringsveier-prosjektet. I denne gruppe deltar: Leder ved NAV Vestfold, leder ved Sosialmedisinsk senter, leder ved Rusmiddelpoliklinikken/psykiatrisk ungdomsteam ved DPS og avdelingsleder ved NAV Sandefjord. Fretex deltar ikke. Som prosjekteier er det NAV Vestfold som inviterer, og prosjektleder fra NAV Vestfold er sekretær for styringsgruppa. Flere informanter påpeker at forankring og styring av prosjektet burde kommet på plass tidligere. En samarbeidspartner sier:

”Dette har vært veldig utydelig! Når det ikke sitter noen over og etterspør resultater, blir det noe som lever sitt eget liv og som ingen har særlig styring på. Med så mye skifter blir det heller ingen linje.”

Vår 2011 ble det også etablert et tverrfaglig samarbeidsteam som diskuterer inntak av deltakere i Mestringsveier-prosjektet. Deltakere er representanter fra henholdsvis Sosialmedisinsk senter, Psykiatrisk ungdomsteam i Vestfold, NAV Sandefjord (ved tidligere prosjektansvarlig, nå veilednings- og oppfølgingslos). Prosjektleder fra NAV Vestfold er leder av gruppa.

En person fra Fretex begynte ved Basen 1.6.2011. Vedkommendes oppgave er ”å holde kommunikasjonslinjer åpne og tyde kommunikasjon”. I intervju i juni 2011 beskrives situasjonen som roligere, men usikker – flere ansatte er usikre på om de kommer til å fortsette ut prosjektperiode. Ved vårt besøk i september har flere sagt opp og sluttet, og andre beskriver oppgitthet over enda flere oppsigelser og ansettelser. To nye medarbeidere er nettopp ansatt; de ble ikke intervjuet. Ved vårt siste besøk ved Basen i september 2011 er organiseringen tydelig, men, etter SINTEFs vurdering, utfordrende. Prosjektleder er ansatt i NAV Vestfold, mens tiltaksarrangør Fretex er arbeidsgiver for de ansatte ved Basen. Fretex, som har arbeidsgiveransvaret for de ansatte, er ikke medlem av styringsgruppen. Veilednings- og oppfølgingslos, tidligere prosjektansvarlig, er ansatt ved NAV Sandefjord.

Til sammen 10 ansatte ved Basen samt de to initiativtakerne til prosjektet har sluttet i løpet av prosjektperioden, og dette har gitt utfordrende rammebetingelser for prosjektarbeidet. Man har sjelden rukket å utvikle en felles forståelse for prosjektet før ansatte har sluttet og nye kommet inn. Flere informanter, både deltakere, ansatte ved Basen og deres samarbeidspartnere, beskriver at arbeidet har skiftet retning flere ganger i prosjektperioden. Det var kort tid til å planlegge Basen, og lite oppmerksomhet ble rettet mot rollefordeling. Supported Employment (SE) var nytt for alle i prosjektet. Et annet moment som vanskeliggjorde oppstarten, var at Basen var en videreføring av lavterskeltilbudet Dagsverket med de samme ansatte og mange av de samme brukerne. Det innebar at lavterskeltenkningen med omsorg og skadereduksjon fulgte med inn et prosjekt der målet var arbeid og grunnlagstenkningen SE. Flere etterlyser en styrt prosess for Basen slik at de ansatte kunne jobbe på en strukturert måte med deltakerne og derigjennom utvikle en tydelig oppfølgingsmetode. I flere intervjuer fremheves imidlertid at det likevel er gjort mye godt arbeid ved Basen, som en sier:

”Hverdagen til de som er her, har i lange tider vært veldig bra, og mye bra er skjedd. Det er gjort mye godt arbeid tross tøys og tull”.

4.2 Prosjektarbeid – utviklingsarbeid og rammebetingelser

Rammebetingelsene er avgjørende for arbeidet i et kunnskapsutviklingsprosjekt. Til tross for til dels utfordrende rammebetingelser har aktørene i Mestringsveierprosjektene utført mye godt arbeid og høstet verdifulle erfaringer. Disse er det viktig å bygge på i det videre arbeidet med å utvikle gode tilbud til denne brukergruppen, både innen NAV og helsevesenet. Betydningen av samarbeid i oppfølgingen av personer med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusproblemer er understreket innledningsvis i rapporten, og å styrke samarbeid og samordning for personer med behov for integrert behandling samt etablere samarbeid mellom NAV og helsevesenet er et eksplisitt mål i prosjektet. I disse prosjektene er behovet for samarbeid blitt opplevd svært tydelig, og det utviklet godt tverrfaglig samarbeid på praksisnivået i alle tre. Erfaringene viser imidlertid at rammebetingelsene har satt begrensninger for å utvikle overordnet samarbeid mellom NAV og helsevesenet.

Siden Mestringsveier til arbeid er et fagutviklingsprogram, jf pkt. 3.2, vurderer vi i vår evaluering prosjektene som kunnskapsutviklingsprosjekter (Westhagen 1988). Disse har, som tidligere nevnt, vanligvis alle eller de fleste av følgende kjennetegn:

1. Avgrensning i tid
2. Tydelig prosjekt med definert mål/innhold
3. Noe annet enn ordinær virksomhet
4. Tydelig ledelse
5. Forankring i organisasjonen(e)
6. Evaluering er viktig
7. Implementering er viktig

Vi vil nedenfor diskutere prosjektene i forhold til disse kjennetegnene. Prosjektene i alle tre fylker var definert og beskrevet i prosjektplaner som var utgangspunktet for søknad om midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Prosjektene ble på grunnlag av sine prosjektplaner inkludert i fagutviklingsprogrammet Mestringsveier til arbeid, og det er hovedsakelig prosjektplanene som legges til grunn for SINTEFs evaluering.

4.2.1 Prosjektdefinisjon og -avgrensning

En viktig betingelse for å lykkes med prosjektarbeid er at det etableres en felles forståelse av prosjektet hos alle involverte, både de som jobber i prosjektet og samarbeidspartnere. Å avklare og forankre roller, ansvar og oppgaver er en del av selve oppstartsprosessen i et prosjekt. Et kunnskapsutviklingsprosjekt bør være tydelig atskilt fra ordinær virksomhet.

Alle de tre prosjektene hadde i utgangspunktet en klart definert tidsramme, men i Vestfold skapte det noe forvirring at Mestringsveier til arbeid som fagutviklingsprogram ble omorganisert i prosjektperioden. Både i Hedmark og Vestfold har Mestringsveierprosjektet fremstått som tydelige prosjekter, klart avgrenset fra ordinær drift. I Vestfold var prosjektet avgrenset til stedet Basen samt til prosjektveileder-stillingen og de tre APS plassene og to AB-oppfølgerne. Hedmarkprosjektet var avgrenset til de tre prosjektstillingene. Mestringsveierprosjektet i Oppland var initialt vanskelig å skille fra prosjektet Fekjærtunet overgangsboliger. En tydeligere avgrensning kom på plass vår 2010 gjennom en definisjon av organisering og ledelse.

Et prosjekt bør være utformet på en måte som er hensiktsmessig i forhold til prosjektets mål. Mestringsveierprosjektene var i ulik grad beskrevet i detalj i prosjektbeskrivelsene, og målene var i ulik grad operasjonalisert i veldefinerte strategier og tiltak for å nå målene. Flere presiseringer ble gjort underveis, etter som man høstet erfaring. Hedmark omformulerte ett delmål og tilpasset det til de rammebetingelser prosjektet faktisk fikk. I alle prosjektene er det jobbet med å videreutvikle og spesifisere kravspesifikasjonen til tiltaksarrangør etter at man hadde fått en del erfaring med behovene som deltakerne i prosjektene hadde.

4.2.2 Prosjektorganisering og -ledelse

Organiseringen av et prosjekt bør gjenspeile prosjektets mål. For å lykkes med prosjektarbeidet bør prosjekter ha tydelig ledelse og tydelig forankring i ulike nivåer av organisasjonen. Kunnskapsutviklingsprosjekt bør ha relativt stor frihet, og det bør ikke legges for sterke føringer på forhånd, fordi slike prosjekter bør videreutvikles etter hvert som det gjøres erfaringer i prosjektarbeidet. Oppfølgingsmetoden som skulle utvikles i Mestringsveier til arbeid, omfatter også en samarbeidsmodell, først og fremst mellom NAV og helsevesenet. For prosjektene i Hedmark og Oppland skulle spesiell oppmerksomhet rettes mot samarbeidet med Sykehuset Innlandet.

Hedmark

Hedmarkprosjektet er et NAV-prosjekt - organisert i og gjennomført av NAV. Organiseringen har hele tiden vært klart definert og tydelig. Ved å flytte prosjektet fra ARK Hedmark til NAV Hamar og organisere prosjektet i linjen, under leder for rusteamet, innskrenkes prosjektets frihet, og muligheten til samarbeid på overordnet nivå med Sykehuset Innlandet reduseres. Det ble forsøkt etablert et prosjektsamarbeid med DPS på ledernivå, men det lyktes ikke. Det er ikke etablert noe prosjektsamarbeid med hverken spesialisthelsetjenesten eller kommunene (Hamar og Stange). Ved å endre prosjektlederstillingen til veileder med teamansvar foretas en endring og begrensning av prosjektet i forhold til slik det opprinnelig ble definert og organisert. Samtidig gis NAV mulighet for mer styring av prosjektet og konkret utforming av prosjektmedarbeidernes rolle og funksjon. NAV har imidlertid gitt teamlederen rimelig gode rammebetingelser for å lede prosjektet, og vedkommende har utøvet en tydelig prosjektlederrolle.

Oppland

Opplandprosjektet er forankret i spesialisthelsetjenesten. Fekjær psykiatriske senter (FPS) tok initiativ til, eier og koordinerer prosjektet. En tydelig prosjektorganisering kom på plass vår 2010 ved at prosjektet ble forankret i organisasjonen for Fekjærtunet overgangsboliger, som allerede var etablert. Den ansvarlig for prosjektet i Oppland har tittel prosjektkoordinator og er ansatt ved FPS. Denne organiseringen gjør det utfordrende å utvikle et selvstendig kunnskapsutviklingsprosjekt. Som prosjekteier og med prosjektkoordinator har FPS en privilegert posisjon til å påvirke prosjektviklingen. Prosjektkoordinator jobber ikke tett på prosjektet og deltar ikke i oppfølgingen av deltakerne i praksis. Det innebærer vanskelige rammebetingelser for å utøve en tydelig prosjektlederrolle i arbeidet med metodeutvikling. Prosjektets samarbeid med deltakernes lokale NAV-kontor er utfordrende. Når beboerne flytter inn i overgangsboligene, melder de flytting til Sør-Aurdal kommune, og NAV Sør-Aurdal prosjektets samarbeidspartner i NAV på individnivå. Samarbeidet med NAV lokal i hjemstedskommunene ivaretas av NAV Sør-Aurdal. NAV Valdres/ NAV Oppland samarbeider i prosjektet på overordnet nivå. Samarbeidet med Valdres KompetanseVekst som tiltaksarrangør ivaretas både på individ- og ledernivå.

Vestfold

Prosjekt Mestringsveier til arbeid i Vestfold har hatt store utfordringer og mye uro siden oppstarten i 2008. Det har vært betydelig utskifting av personale og omfattende organisatoriske endringer. Prosjektveileder er den eneste som har vært med hele tiden, men vedkommendes har hatt utydelig og skiftende rolle og mandat i prosjektet og ingen formell myndighet til å lede det. Etter vår vurdering har mange uheldige omstendigheter bidratt. De to initiativtakerne til prosjektet sluttet omtrent samtidig, og prosjektet havnet i et vakuum fordi det var knyttet til dem som personer og ikke formelt forankret i noen av de to organisasjonene. Prosjektet manglet da styring, og det ble uklart for de ansatte ved Basen hvem som skulle gjøre hva. Da Fretex overtok som tiltaksarrangør, fikk de samtidig arbeidsgiveransvar for den gjenværende ansatte ved Basen. Det ble heller ikke nå etablert en felles forståelse av Mestringsveier-prosjektet og arbeidet ved Basen, og det har vært en del diskusjoner mellom NAV og Fretex om forståelsen av kravspesifikasjonen til Fretex. Vestfoldprosjektets organisering kom på plass først vår 2011. Organiseringen er nå tydelig, men utfordrende. Vestfold fylke eier prosjektet, og prosjektlederen er ansatt her, mens prosjektet i praksis driftes og gjennomføres av Fretex som tiltaksarrangør og arbeidsgiver for dem som følger opp deltakerne ved Basen. Veilednings- og oppfølgingslos, tidligere prosjektansvarlig, er ansatt ved NAV Sandefjord. Dette innebærer at de som har ansvaret for deltakerne ved Basen har Fretex og NAV Sandefjord som arbeidsgivere, mens NAV Vestfold eier og leder prosjektet. Det er opprettet en styringsgruppe, men Fretex er ikke med, og det er derfor en utfordring for styringsgruppen å utøve sin styring av prosjektarbeidet og påvirke utvikling av en oppfølgingsmetode og en samarbeidsmodell. Prosjektleder jobber ikke på Basen til daglig og har ingen direkte styringslinjer til de ansatte der, og det gjør det vanskelig å utøve tydelig prosjektledelse i forhold til metodeutvikling. Tross utfordrende rammebetingelser ved Basen, har de ansatte greid å berge prosjektet gjennom hele prosjektperioden og opprettholde tilbudet til deltakerne. Det er blitt gjort mye godt arbeid, og deltakerne som er intervjuet, forteller at de har fått god hjelp.

Manglende overordnet styring

Det er spesielt krevende å etablere et kunnskapsutviklingsprosjekt som også omfatter å utvikle samarbeid mellom NAV og helsevesenet. Til tross for at en rekke dyktige aktører er involvert, har man i alle fylkene hatt utfordringer med prosjektetableringen. Vi mener at det illustrerer hvor krevende denne prosessen er. Det er ikke gitt tydelige føringer fra Arbeids- og velferdsdirektoratet for hvordan prosjektene burde etableres og styres, og prosjektene er ikke blitt fulgt opp med råd og hjelp til etablering, organisering og ledelse. Flere nevner nedleggelse av fagutviklingsprosjektet Mestringsveier til arbeid som forvirrende. En påpeker at det har vært lagt lite vekt på å lære av hverandre i Mestringsveierprosjektene, dele kunnskap med de andre prosjektene og få tilbakemeldinger underveis. Mer overordnet styring, flere samlinger og mer felles aktivitet mellom de ulike fylkene etterlyses. Én sier:

”Jeg har savnet mer informasjon og styring fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Det har ikke skjedd noen utvikling i de overordnede føringene. Prosjektene har blitt sluppet løs, og som deltakere i dette prosjektet er

vi ikke blitt stilt noe krav til. Det er opp til det enkelte prosjekt å komme fram til noe. Kunnskapsoverføringen har blitt litt borte”.

4.2.3 Prosjektavslutning – evaluering, implementering og kunnskapsspredning

Ivaretakelse av deltakerne ved prosjektavslutning

Arbeidet med avslutning av prosjektene har først og fremst handlet om å ivareta deltakerne ved prosjektslutt. Deltakerne knytter seg sterkt til de som følger dem opp, og det er viktig å forberede overgangen til oppfølging fra andre. Dette er spesielt viktig i Hedmark, der prosjektmedarbeiderne har hatt et omfattende ansvar for deltakerne, og der deltakerne sannsynligvis har opplevd svært mange brudd tidligere. Det er etablert kontakt med behandler for alle deltakerne, og denne vil bli videreført uavhengig av prosjektavslutningen. I Opplandprosjektet får prosjektavslutningen ingen spesiell konsekvenser for deltakerne. Her har man ikke hatt noen prosjektstilling, og ansatte ved ambulant team og Sør-Aurdal kommune kan følge opp beboerne videre uavhengig av Mestringsveierprosjektet. De fem APS-plassene knyttet til Valdres KompetanseVekst finansieres av NAV Oppland, og hvis disse videreføres, kan også beboernes arbeidstilbud opprettholdes uforandret. I Vestfold har deltakerne hele tiden vært bevisst på prosjektets sluttdato og forholdt seg til dette. Alle har etablert kontakt med NAV, og denne opprettholdes videre for dem som har behov for det. Mange har også en behandlerrelasjon til Sosialmedisinsk senter og/eller DPS, som også opprettholdes uavhengig av prosjektet.

Evaluering, implementering og kunnskapsspredning

Evaluering og implementering er viktige aspekter ved et kunnskapsutviklingsprosjekt. Arbeids- og velferdsdirektoratet påpeker at det er viktig å sikre erfaringer som kan videreutvikles i fagutviklingsprogrammene. Det innebærer at prosjektene må utvikle metoder/strategier for kunnskapsoppsummering og –spredning. Erfaringene bør beskrives i et språk som gjør at andre kjenner seg igjen, opplever kunnskapen som relevant og ser hvordan de kan anvende den. SINTEFs evaluering omfatter også å vurdere i hvilken grad prosjektene greier å bedrive intern og ekstern kunnskapsutvikling fra sitt eget prosjektarbeid, og vi har ved hvert besøk i prosjektene etterspurt plan for kunnskapsoppsummering og –spredning. Informantene forteller at det ikke er gitt retningslinjer for dette arbeidet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og at de er usikre på hvordan dette best kan ivaretas.

Hedmark-prosjektet har brukt ulike strategier for å samle og bearbeide erfaringene som er gjort i prosjektet. Hver uke gjennomføres møter der teamleder systematisk skriver ned viktige erfaringer, og i tillegg skrives notater når ekstraordinære ting oppstår. Videre oppsummeres prosjektstatus i halvårlege rapporter, og hele prosjektet er oppsummert i en sluttrapport (Rasen 2011). Resultatene er også gjennom hele prosjektet blitt diskutert i ressursgruppen, som beskrives nærmere i kapittel 7 om samarbeid. Prosjektet har videre deltatt i et samarbeidsnettverk med åtte Hedmarkskommuner og vært med i en forbedringsgruppe for tilbud til personer med både psykiske lidelser og rusmisbruk i forbindelse med samhandlingsreformen. En masterstudent har intervjuet de prosjektansatte om deres erfaringer i forbindelse med sin masteroppgave (Aasen 2011). For å spre erfaringer fra prosjektet utad har prosjektgruppa holdt faglige innlegg ved ulike kurs og konferanser samt formidlet resultater innad i NAV og til samarbeidspartnere. Resultater vil bli implementert i NAV ved at de tre prosjektmedarbeiderne arbeider i NAV Hedmark der de i 2012 skal viderefremde erfaringer og kunnskap fra prosjektet. Én prosjektmedarbeider er knyttet til NAV Arbeidslivssenter, Hedmark og skal, som et ledd i Jobbstrategien 2012 rettet mot yngre brukere, arbeide for å rekruttere og bistå arbeidsgivere i å legge til rette for arbeidssøkere med både psykiske vansker og rusproblemer. De to andre prosjektansatte har ansvaret for opplæring i bruk av motiverende intervju ved lokale NAV-kontor i Hedmark. De tilbyr tre dagers kurs med oppfølging etter noe tid.

I Opplandprosjektet har samarbeidsgruppen ivaretatt kunnskapsoppsummeringen ved å skrive systematiske referater fra samarbeidsmøtene. Videre har gruppen gjennomført en sluttevaluering, og resultatene er

oppsummert i et felles referat. Det er også skrevet en sluttrapport fra prosjektet (Valdres KompetanseVekst as 2011).

I Vestfold etableres et nytt prosjekt fra 1.1.2012 basert på erfaringene fra Mestringsveierprosjektet.

4.3 Krevende prosjektetablering, men nyttige resultater

Alle prosjektene har hatt utfordringer med prosjektetablering og -forankring. Dette illustrerer hvor krevende prosjektetablering er, og hvor viktig det er å være klar over dette og vie oppstartsprosessen mye oppmerksomhet. Å avklare og forankre roller, ansvar og oppgaver er en del av selve oppstartsprosessen i et prosjekt. Det er derfor nødvendig at oppstartfasen legger til rette for og stimulerer prosesser der plandokumenter og sentrale føringer som prosjektet skal/må forholde seg til "oversettes" til praktisk utforming som er tilpasset lokale forhold. Dette bør skje i form av diskusjoner mellom alle aktører som er, eller vil bli, involvert i prosjektet. I denne prosessen vil det svært ofte komme fram at ulike deltakere har ulike fortolkninger av hva prosjektets mål, oppgaver og aktiviteter skal være. At ulike aktører har ulike forståelse er en naturlig del av de utfordringene som utviklingsprosjekt fører med seg.

Til tross for krevende rammebetingelser har de involverte aktørene i alle prosjektene jobbet godt med å utvikle en oppfølgingsmetode, og alle har høstet erfaringer med faktorer som er viktige for god oppfølging, jf. kapittel 6. For eksempel trekker både deltakere og oppfølgere i alle prosjektene fram et tillitsfullt og anerkjennende forhold mellom deltaker og oppfølger som avgjørende. Samarbeid og samordning av tjenester til målgruppen for prosjektet er avgjørende. Resultater fra alle prosjektene bekrefter dette, og alle har utviklet godt samarbeid på individnivå, jf. kapittel 7. Prosjektene rammebetingelser gjorde det imidlertid vanskelig å forankre dette samarbeidet på overordnet nivå og å utvikle modeller for samarbeid mellom NAV og helsevesenet.

5 Resultat: Deltakernes nytte av oppfølgingen

5.1 Deltakerne i de tre prosjektene

5.1.1 Prosjektdeltakere i Hedmark

Det var hovedsakelig Rusteamet ved NAV Hamar som rekrutterte deltakere til prosjektet i Hedmark. Det ble i utgangspunktet ikke satt noen inntakskriterier, og deltakerne er dårligere og har alvorligere funksjonsvansker enn de impliserte hadde forestilt seg på forhånd. Deltakere fra Stange er rekruttert mer tilfeldig, og kun to av deltakerne i prosjektet er fra Stange kommune. Både DPS- og prosjektansatte påpeker at det kunne vært hensiktsmessig også å rekruttere deltakere fra DPS.

Fire deltakere sluttet i prosjektet i løpet av høsten 2009; tre flyttet til andre kommuner og én døde.

Per januar 2010 er 14 deltakere med i prosjektet. De er i aldersgruppen 20 til 35 år, med hovedtyngden mellom 20 og 30 år. Av de 14 er to i APS-tiltak og to i ordinær arbeidspraksis. Seks er i institusjonsbehandling (fengsel, psykisk helsevern og rusinstitusjon) og følges fortsatt tett opp av prosjektmedarbeiderne. Ni av de 14 har behandler i DPS, og tre er LAR-brukere.

To nye deltakere begynte i perioden januar - mai 2011, hvorav én døde av overdose. Fire deltakere gikk ut av prosjektet i samme periode: Én flyttet, én ble innlagt institusjon for lang tid, og to ønsket ikke videre deltakelse.

I mai 2011 er det til sammen 11 deltakere i prosjektet. Syv er innlagt i institusjon og to sitter i fengsel. Fire venter på soning. To er ute. Mange er i ”gode løp”. Mange av dem har tidligere vært for ruset til å bli utredet for sine psykiske vansker, men nå har de fleste fått en kontakt i behandlingsapparatet. Opplegget rundt mange deltakere er på plass og tilbudene er mer koordinert. Dette har medført at deltakerne har falt mer til ro og er tryggere. Alle er imidlertid ikke ferdig utredet, og alle møter ikke opp til avtaler ved DPS - to har valgt bort kontakt med DPS pga. ”sprekk”. Én venter på nevropsykologisk utredning.

I september 2011 er det fortsatt 11 deltakere i prosjektet, de samme som i mai. Fem deltakere er innlagt i institusjon til utredning/behandling, og to sitter i fengsel. Én har samfunnsstraff og er i arbeidstrening, én har en ”sprekk”. Én som har ruset seg lenge, har nå kommet i behandling, mens en annen er stabil og greier seg godt med metadon. Alle deltakerne har nå etablert en behandlerkontakt og de prosjektansatte mener at alle de 11 er i gode løp mot et bedre liv med mer stabilitet og mindre rus.

5.1.2 Prosjektdeltakere i Oppland

I utgangspunktet var prosjektdeltakelse i Mestringsveier NAV Oppland knyttet til de fem overgangsboligene. Beboerne til overgangsboligene ble valgt ut blant inneliggende i døgnavdelingen ut fra at de trengte et sammensatt og langvarig tilbud. Samtidig ble det lagt vekt på å ikke ta inn dem med mest vansker, men velge beboere som var motivert og som man trodde ville lykkes. Fra Fekjær psykiatriske senters side vurderer de kontinuerlig om noen pasienter ved døgnavdelingen er motivert for overgangsboligene, og om det er riktig tilbud, nå eller noen måneder fram i tid. Det påpekes at det er viktig å finne balansen: Når er det riktig i forhold til pasientenes behandlingsforløp og når det dreier seg om Fekjærtunets eller VKVs behov for å fylle en ledig plass. Betingelse for å benytte plassene ved VKV er at man behandles ved FPS, døgnavdelingen eller poliklinikken. Beboerne i overgangsboligene har fortrinnsrett. Etter hvert kom man fram til at det var hensiktsmessig å knytte deltakelse i Mestringsveierprosjektet til tiltaksplassene ved VKV, men alle deltakerne har også bodd i boligene.

De fem personene som flyttet inn i boligene 1. september 2009 ble knyttet til tiltaksplassene ved VKV og er de fem første prosjektdeltakerne. I november 2010 er det fire deltakere i prosjektet. En har fullført prosjektet og flyttet ut fra overgangsboligen. En ny flyttet inn og er den sjettede som ble intervjuet. Fler enn disse seks deltakerne har vært inkludert i prosjektet, men de var med kun kortere perioder mellom våre besøk ved FPS. Det opplyses at det var ulike årsaker til at noen gikk fort ut av prosjektet, som f.eks. at de ønsket mer behandling i døgninstitusjonen eller at det ble diskusjon/uenighet med hjemstedskommunen om finansiering. Noen ble skrevet ut av prosjektet pga. rusrelaterte vansker.

De fleste deltakerne er i begynnelsen av 20-årene, en i slutten av 30-årene. De som følger opp deltakerne i praksis forteller at ingen av deltakerne som er intervjuet, har vesentlig rusproblem, men at beboere som er flyttet inn senere, har slike vansker. Vårt inntrykk er at de fleste deltakerne har slitt med og trenger hjelp til å etablere et eget liv som voksen; hjelp med å bo, relasjoner, utdanning og arbeid. Dette kan oppsummeres under begrepet «overgangsproblematikk» mellom å bo i foreldrehjemmet og å etablere en egen tilværelse som ung voksen. De samme personene er intervjuet i en annen studie, og resultatene fra denne stemmer godt med våre funn: *”det sentrale funnet var at flertallet hadde psykososiale problemer knyttet til å være i en vanskelig overgangsfase”* (Juvkam 2011).

5.1.3 Prosjektdeltakere i Vestfold

Prosjektet Basen i Vestfold ble etablert som en direkte videreføring av Sandefjord kommunes lavterskeltilbud Dagsverket, og seks deltakere fulgte med over til Basen. Ytterligere 18 deltakere ble rekruttert inn fram til januar 2011. De fleste deltakerne er henvist fra Sosialmedisinsk senter i Sandefjord kommune og NAV Sandefjord. Noen søknader er avvist fordi brukeren ikke var motivert for arbeid eller ikke var kommet langt nok i sin rehabiliteringsprosess.

Fra oppstart i august 2008 til desember 2010 sluttet åtte deltakere i alderen 22 til 49 år (gjennomsnittlig 34 år) i prosjektet. To, som kom fra Dagsverket, sluttet uten å ha kommet seg i arbeid. To andre sluttet etter å ha fått praksis- eller læringsplass, og en går på høgskole. Fire sluttet fordi de har flyttet eller falt ut av opplegget.

Per januar 2011 er 14 deltakere med i prosjektet. De er fra 24 til 43 år, gjennomsnittlig 35 år, omtrent like mange kvinner og menn. To av dem har lærlingplass, fire har vært gjennom arbeidskartlegging og er klar for jobbsøking/praksisplass, og én søker plass ved høgskole. Tre deltakere er under kartlegging, mens to har forsøkt seg i praksis uten å lykkes. Én er innlagt i institusjon og én er skrevet ut av prosjektet, da vedkommende ikke var klar for jobb.

Per mai 2011 er ni deltakere med i prosjektet. Flere deltakere valgte å slutte i forbindelse med en konfliktsituasjon ved Basen vår 2011. Av de ni deltakerne er to i ordinære lærlingeløp, to er i ute i arbeidspraksis, og de øvrige er under kartlegging og veiledning inne på Basen.

I september 2011 er 15 deltakere med i prosjektet. To er i ordinære lærlingeløp, hvorav en ble kåret til ”årets lærling”, én er i ordinært arbeid med oppfølging fra Basen, én har arbeidspraksis + litt lønnet arbeid og én er på vei ut i arbeid. Av de øvrige ti deltakerne er tre under kartlegging og veiledning inne på Basen, fem følges opp mens de venter på behandling/andre tilbud, én deltar i aktiviteter ved Basen, og en deltaker møter sjelden.

5.2 Deltakernes erfaringer

5.2.1 Deltakernes bakgrunn

Hedmark

Deltakere i Hedmarkprosjektet startet med rus tidlig i tenårene, og intervjueren får inntrykk av at flere har vokst opp i ressurssvakt miljø og opplevd omsorgssvikt. Starten på rusmisbruket var ofte alkohol, så hasj og deretter heroin, men flere har også brukt amfetamin i perioder. Mange forteller om flere og langvarige opphold i rusinstitusjon og/eller døgnavdeling i psykisk helsevern. Flere har hatt langvarig kontakt med psykolog. Flere er under eller har forsøkt legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Én deltaker forteller om et langvarig skjult misbruk, men at vedkommende nå har hatt terapi ved DPS et par år, og at det går bra. Noen informanter sier at de har regelmessig kontakt med terapeut på DPS, og flere ønsker seg mer terapi. Mange forteller om institusjonsopphold i tiden de har vært med i Mestringsveierprosjektet. Flere forteller også om lange rusfrie perioder, men med små "sprekker". Det fortelles om psykiatriske diagnoser som borderline, depresjon, sosial fobi, og minst halvparten sier at de har fått diagnosen ADHD eller ADD. Flere nevner dysleksi. De fleste deltakerne har begrenset og kortvarig arbeidserfaring, og noen har ikke vært i arbeid i det hele tatt. Én har sin eneste arbeidserfaring fra Kirkens Sosialtjeneste "Arbeideren". Nesten alle har mangelfull skolegang, også grunnskole, og bare én sier at han/hun har fullført videregående.

Oppland

Ingen deltakere i Opplandprosjektet forteller om psykoselidelse, men sier at de sliter med ulike vansker og beskrives ulik grad av angst, depresjon og sosial fobi. En har fått diagnosen bipolar lidelse, en annen har en somatisk sykdom som gir psykiske vansker. Personalet på FPS sier at etter å ha blitt bedre kjent med dem, tenker de at flere sliter med ulike typer og grader av nevrologiske/kognitive vansker/utviklingsforstyrrelser. Dette kan være vansker som gir utfordringer med å bo alene, inngå relasjoner med andre og å greie seg i arbeid. I denne gruppen er det få som har rusvansker. Det blir nevnt at én har slitt med et alkoholproblem, og enkelte av ungdommene har eksperimentert litt med stoff. Alle deltakerne flyttet inn i overgangsboligene etter opphold ved døgnavdelingen ved FPS, der de hadde vært innlagt fra ni måneder til 1 ½ år. Noen har mange opphold i døgnavdeling i psykisk helsevern bak seg, mens for andre var oppholdet ved FPS første innleggelse. Flere har aldri bodd for seg selv, men kommer rett fra foreldrehjemmet, og noen har forsøkt å etablere seg for seg selv, men det har ikke gått så bra. Enkelte har en del arbeidserfaring, mens flertallet aldri har vært ute i arbeidslivet.

Vestfold

Deltakerne i Vestfoldprosjektet forteller om noe senere rusdebut enn deltakerne i Hedmark. Også her fortelles om alkohol som første rusmiddel, deretter hasj, så ecstasy og lignende, og for noen spranget til amfetamin eller heroin. Flere karakteriserer seg som tunge rusmisbrukere. Et par har brukt heroin i mer enn 15 år. Det har ikke vært noe problem å få tak i stoffene i de ganske små byene de kommer fra, sier de. Flere forteller om "nyktre" perioder: Åtte måneder, to år, fire år og fem år. De fleste deltakerne har hatt flere opphold i ulike rusinstitusjoner, og noen har gått/ går i behandling hos psykolog. Flere beskriver gode erfaringer med LAR. To deltakere forteller at de har fullført videregående skole, flertallet har fullført grunnskole, mens én beskriver skolegangen sin som "svært begrenset". Flertallet sier at de har mye arbeidserfaring og nevner typer av arbeid de har hatt: Steinbruddarbeid, sjåfør, butikk, ungdomsarbeid, assistent i barnehage, ungdomsklubb, aldershjem, hjemmetjeneste eller institusjoner for funksjonshemmede.

5.2.2 Hvorfor ble de med i prosjektet?

I Hedmarkprosjektet forteller flere deltakere at prosjektmedarbeiderne inviterte dem med i prosjektet, noen etter at de hadde deltatt i ulike tilbud hos Kirkens Sosialtjeneste. Andre ble invitert inn etter

institusjonsopphold; én var spesielt motivert for å få erfaring med ”normal” jobb etter et avrusningsopphold. En annen uttrykker det slik:

”Jeg ønsket å fungere i hverdagen, få mer orden på hva jeg bruker tiden til, hjelp til å finne ut hvilke aktiviteter eller typer arbeid det ville være mulig for meg å mestre”.

Deltakerne i Oppland ble med i prosjektet automatisk ved at de flyttet inn i overgangsboligene. Flere hadde allerede begynt ved Valdres KompetanseVekst ved prosjektstart, og det var vanskelig for dem å se når Mestringsveierprosjektet startet. De fleste deltakerne så ikke noe klart skille mellom prosjekt Fekjærtunet overgangsboliger og prosjekt Mestringsveier til arbeid. Deltakerne er opptatt av å komme i arbeid, og én uttrykke det slik:

”Jeg har alltid arbeidet, og så greide jeg ikke å arbeide mer. Jeg tenkte at dette kunne være en måte å komme tilbake til arbeid igjen”.

I Vestfold kom noen deltakere med fra Dagsverket til prosjekt Mestringsveier fordi de var knyttet til oppfølgeren som jobbet der eller fordi de fortsatt trengte et tilbud om aktivitet på dagtid. Én sier om overgangen:

”Det var mye bra på Dagsverket, men det er bedre i dette prosjektet, siden det er krav om rusfrihet. Det var slitsomt å være sammen med folk som ikke hadde avklart forhold til rus”.

Et par deltakere forteller at de ble anbefalt Mestringsveier fra NAV, en annen ville være med for å få noe å fylle tida med på dagen og en tredje begynte for å få mer jobbtrening og hjelp til å strukturere hverdagen. Det var også en som ville være med fordi ingen atferdstiltak hadde fungert tidligere. Mange var blitt anbefalt fra Sosialmedisinsk senter å delta i prosjektet.

5.2.3 Erfaringer med å delta i prosjekt Mestringsveier

Hedmark

Deltakerne knytter Mestringsveierprosjektet til de prosjektansatte, og alle har mye godt å si om dem. Én sier at uten de fagfolkene hadde vedkommende ikke orket å være med: *”Det er de som er prosjektet!”* Deltakerne beskriver på forskjellige måter hvordan de blir møtt med respekt og en anerkjennende holdning og understreker at det er så godt at man ikke blir mast på, men bare oppmuntret. Flere understreker hvor viktig det er at man føler seg godtatt og kan være ærlig. Tillit er også et ord som brukes ofte. Én sier det slik:

”Jeg har godt samarbeid med prosjektmedarbeideren, jeg føler tillit! Selv om jeg føler at jeg driter meg ut noen ganger og i tillegg får dårlig samvittighet, så blir jeg ikke irettesatt. Det å føle seg trygg og kunne være helt ærlig, er veldig viktig. Når man ikke må skjule noe, blir det mindre stressende. Det er mulig å si fra at man ikke klarer å være helt nykter alltid, og prosjektmedarbeiderne aksepterer det”.

Flere deltakere beskriver hvordan prosjektmedarbeiderne stiller opp for dem når de trenger det, fordi medarbeiderne forstår at de sliter. Flere påpeker at denne oppfølging er spesiell i det de prosjektansatte jobber ute i feltet og deltar i aktiviteter sammen med dem og hjelper dem med praktiske ting. Én betegner dette som unikt. En annen beskriver det slik:

”X gir oppfølging, oppfølging, oppfølging, både på gode og dårlige dager!”

Én forteller følgende om sin erfaring:

”Jeg føler jeg får psykisk støtte. De prøver å finne på aktiviteter, å åpne muligheter. Jeg tror det er fare for at jeg hadde vært på kjøret eller tvangsinnlagt hvis jeg ikke hadde fått tilbudet om å bli med i prosjektet. Det som føles ekstra bra, er at alle som er i prosjektet behandles individuelt. Når det er problemer, kan man ringe til medarbeiderne, som hjelper til å få hverdagen på stell, planlegge uka og å finne på noe nyttig. Det er en bragd at jeg går to ganger i uka på trening nå. Jeg prøver også å ha noen andre aktiviteter, men tror det vil ta tid før det er mulig for meg å prøve meg i vanlig arbeid”.

Mange forteller at de har fått bedre orden på livet sitt og at de derfor ruser seg mindre. De snakker om å ha noe fast å gå til på hverdagen, mer orden på økonomien og at de har etablert kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Flere sier at aktiviteter innen prosjektet er det eneste de har å fylle dagene med og understreker at uten dette tilbudet ville de ruset seg mer. Én forteller at han/hun nettopp hadde vært i avrusing noen uker, og for tiden er den faste treningen to-tre ganger pr. uke sammen med prosjektmedarbeideren det eneste vedkommende klarer å holde fast på. Noen forteller at to-tre faste aktiviteter i uka kan være nok til å skape struktur og holde dem borte fra rusen. Én sier:

”Jeg har fått støtte og hjelp til aktiviteter. Uten Mestringsveierprosjektet hadde jeg ikke hatt rammer. Det er viktig å ha noe å gjøre på dagtid, jeg trenger å ha folk rundt meg, for det er livsfarlig å sitte alene. Uten dette tilbudet kunne jeg lett begynt å ruse meg igjen”.

Flere deltakere snakker om at de prosjektansatte er deres eneste hjelpere. En forteller at ruskonsulenten har så mange å følge opp og at LAR-konsulenten ikke har latt høre fra seg, og en annen at han/hun trenger hjelp i kontakten med NAV. Andre har god kontakt med og får god hjelp av sin ruskonsulent og ansatte ved Kirkens Sosialtjeneste, Barmsenteret. Flere har nytte av ansvarsgruppe, mens én opplyser at han/hun er nervøs og ikke greier å møte der. Én deltaker savner at det er kontakt med de andre i prosjektet og syntes at de skulle gjøre noe sammen, mens en annen fremhevet taushetsplikten som viktig, slik at deltakerne ikke skal vite om hverandre.

Oppland

Alle forteller at de har hatt god nytte av oppholdet ved døgnavdelingen, noen mener at dette var en betingelse for at de var kommet så langt at de kunne flytte i overgangsbolig. Flere forteller om symptombedring og hjelp til å takle symptomene. Erfaringene er mer delte med overgangen til overgangsboligene og deltagelse i Mestringsveier til arbeidprosjektet. Omtrent halvparten av de som er intervjuet, er gjennomgående positive, mens de øvrige er mer kritiske. De som er fornøyd, sier at de har fått muligheten til å få en ny eller en bedre start på voksenlivet. Flere av dem har flyttet ut av overgangsboligene eller er på vei til å flytte ut, enten tilbake til hjemkommune, til annen kommune, eller de har slått seg ned i nærområdet til FPS. Noen mener de ikke ville mestret den store utfordringen å flytte for seg selv, ut fra barndomshjemmet, uten oppholdet ved Døgnavdelingen/Fekjærtunet. De gode erfaringer handler mye om å lære å bo for seg selv, og å være alene. Deltakerne forteller at de får hjelp i boligen i hverdagen. Det kan f.eks. være trening på å være sammen med de andre, råd om kosthold, hjelp til å endre døgnrytme og få mer struktur i hverdagen. Det beskrives hjelp til vanlige husarbeidsrutiner, som å gjøre rent annenhver dag og handle inn skikkelig mat. Én beskriver det slik:

”Jeg får en overgang til å klare å ha en strukturert hverdag. Hadde hatt problemer med å klare det. Og jeg har fått hjelp det å komme meg opp om morgenen, komme på Kroken og praksisplassen og sånne ting”.

Flere har slitt med angst og synes at det har vært utfordrende både å være for seg selv og også å være på en arbeidsplass sammen med andre. Det understrekes at de har fått god hjelp både med å venne seg til å være alene i leilighetene sine og med å nærme seg arbeidslivet på en gradvis og nennsom måte. Mange forteller at de strever med det sosiale. Selv om noen trives best alene, forteller de at de utfordrer seg selv til å være sammen med de andre. Det trekkes også fram at det er viktig å ha andre rundt seg, og at beboerne og oppfølgerne er lette å snakke med. Mange trekker fram betydningen av arbeid/arbeidstrening. En forteller dette om å delta i prosjektet:

«Prosjektet har hjulpet meg med å komme ut i arbeid og fungere ganske bra. Hjulpet meg mye med å komme opp om morgenen og stå ut dagen, det gjorde jeg ikke før. Det har gitt meg mer arbeidslyst enn jeg hadde. Vi har samarbeidet mye, prøvd ut forskjellige avtaler, funnet ut hva som funker og hva som ikke funker. Jobbet derifra. Jeg har prøvd å mestre det som var vanskelig. Det har vært mye trening, og prøving og feiling.»

Som negativt trekker noen deltakere fram at det er for lite personal i overgangsboligene og at de savner nattevakt, som det er i døgnavdelingen. Videre påpeker flere at det er for lite aktivitetstilbud og klager over at det er lite å ta seg til på kveldene og i helgene. Det blir stille og mye tv-titting. Flere sier at beboerne ikke er så mye sammen med hverandre, selv om boveilederne jobber for å få til felles aktiviteter og sosiale møteplasser. Noen påpeker at overgangsboligene er skjermede botilbud, og at dette er en mellomstasjon på vei til en «ekte» bolig og en «ordentlig» jobb. Flere nevner at det er vanskelig å holde kontakt med nettverk, som familie og venner, pga. de store avstandene. Én begynner å bli litt lei og lengter hjem. Han/hun har lyst til å komme i gang med det egentlige livet og savner flere folk rundt seg. Vedkommende mener han/hun har mistet noen venner under så langt fravær. Flere snakker om at overgangen hjem kan bli vanskelig, og noen sier at de ikke orker å tenke på det ennå. Én sier:

”Det kan være veldig godt og trygt å bo her, og det kan være vanskelig å reise herfra igjen når man har vent seg til å ha det så godt. Det kan være litt skummelt å bli her for lenge, for da kan det bli veldig skummelt å reise ut igjen til samfunnet; realitetene kan bli brutale og tøffe”.

Den avsidesliggende beliggenheten oppgis også som et hinder for å kunne delta i andre typer jobb og fritidsaktiviteter enn det Kroken har å tilby. En sier at Fekjær gir gode muligheter for å drive med friluftsliv, men mindre hvis man ønsker andre type aktiviteter, som å gå på kino, i butikker og på kafé. Én ønsker å bli bedre kjent i bygda og komme mer ut blant folk, men synes ikke det er lett, blant annet på grunn av store avstander. Én bemerker at Fekjær:

”ikke akkurat er verdens navle, og at det er minimum en times kjøring i alle retninger til man kommer til et sentrum. Bare vi hadde kommet oss bort til E6, så hadde mye vært gjort”.

Andre liker beliggenheten godt, synes det er stille og deilig og verdsetter naturen omkring.

Vestfold

Mange deltakere forteller at Mestringsveierprosjektet har vært viktig for dem, og at de har hatt god nytte av å delta. Siden deltakere som er i arbeid/utdanning/arbeidspraksis er underrepresentert i intervjuene, handler deltakernes erfaringer mye om livet inne på Basen. Som i Hedmarkprosjektet fremheves møtet med hjelperne som viktig. Dette handler om opplevelsen av å bli sett, respektert, verdsatt og føle seg trygg. Flere understreker at det er viktig å ha en fast kontaktperson over tid, som man lærer å stole på. Mange har mye godt å si om de nærmeste medarbeiderne. Imidlertid snakker nesten alle deltakerne om at det har vært veldig mye utskifting av personale, og at oppsigelser og nye ansettelser av fagpersoner har medført rot og usikkerhet. Flere forteller at de savner navngitte fagpersoner som har sluttet. Én påpeker også mye skifte av personell har medført at veien i Mestringsveierprosjektet har vært uklar med skifte av fokus, og at det har vært 2-3 forskjellige filosofier for attføringsarbeidet. Flere snakker i intervjuene også om konflikten ved Basen og kritiserer at de som deltakere ble trukket inn i denne:

”Vi ble trukket inn i noe vi ikke skulle visst noe om”

Mange deltakere fremhever at det er viktig for dem å ha noe fast å gå til og at det er fint med et fellesskap med oppfølgerne og med andre deltakere. Det påpekes at det var fint å kunne være sammen på Basen, å spise lunsj sammen og å jobbe sammen i ulike aktiviteter. *”Det var hyggelig å kunne gå til Basen i fritiden eller hvis man hadde en dårlig dag”*, som en sa. En deltaker argumenterer i intervju for at åpningstiden ved Basen

burde utvides, og at det i alle fall burde vært åpent fra kl. 9-15. Én ytrer ønske om at deltakerne skulle ha flere aktiviteter sammen, som en tur til London og gå på musikal. Vedkommende sier videre:

”Vi er så fattige på opplevelser. Det handler vel om økonomi. Vi har gått litt turer sammen, det er bra. Må jo lære å leve på nytt på så mange måter, og det føles skremmende.”

Mange beskriver nytten de har hatt av prosjektet, som å lære å være ærlig, være sammen med andre, komme seg opp om morgenen og strukturere hverdagen. En beskriver det slik:

”Jeg har lært å holde tida, spise frokost, si at jeg er uenig på en høflig måte. Jeg har lært å stole på folk og forskjell på ditt og mitt”.

En annen forteller:

”Jeg har vært kjempefornøyd med hjelpen her – det faste oppfølginga; økonomi, fritid, arbeid, skole, ta telefoner, Helhetlig hjelp! Flere arenaer enn Sosialmedisinsk senter eller LAR. Men det må være stabilitet i gruppa som skal jobbe her! Og jeg tror at det er for liten tid for mange. Det tar sånn tid til å komme seg ut av ruslivet”.

Flere sier eksplisitt at uten dette tilbudet ville de vært i en lang verre situasjon:

”For meg som menneske er det før og etter Basen i livet mitt. Hadde jeg ikke vært på Basen så hadde jeg vært i rusen”.

”Hvis jeg ikke hadde vært her, så hadde jeg vel vært på avrusning eller i fengsel”

”Hvis jeg ikke hadde vært med i prosjektet, ville jeg vel vært i grava eller tungt rusa”

Mange deltakere snakker om at de gjerne vil ha mer behandling for psykiske problemer og hjelp for å forhindre tilbakefall til rus, enten det nå er på Sosialmedisinsk senter eller spesialisthelsetjenesten, og at medarbeiderne forsøker å hjelpe dem med å få et tilbud på plass. Flere er fornøyd med å ha fått behandler ved DPS, selv om enkelte påpeker at det har vært lang ventetid.

5.2.4 Arbeid og aktivitet

Hedmark

En oppsummering i september 2011 viser følgende om arbeidserfaringen til deltakerne i Hedmarkprosjektet:

Til sammen 6 deltakere har vært på APS i brukbutikken

Til sammen 2 deltakere har vært i lønnet arbeid i kortere perioder

Til sammen 2 deltakere har hatt APS plasser hos andre tiltaksarrangører

Arbeidsforholdet har vart fra et par uker til seks måneder. Noen kom aldri ordentlig i gang.

Deltakerne som har vært i arbeidspraksis, forteller om gode erfaringer med å være i jobb: å ha noe fast å gå til, å føle seg nyttig, å oppleve seg ”vanlig”. Flere forteller om gode erfaringer med tilbudene til Kirkens Sosialtjeneste: Arbeideren, Barm og Fønix. Flere har hatt praksis fra brukbutikken; én opplyser å ha arbeidet der ett helt år. Én jobber der på intervjuetidspunktet, og det har gått bra i tre måneder, bortsett fra en liten ”glipp” i starten. Vedkommende sier at han/hun lærer å møte opp, å komme presis og si fra på forhånd hvis han/hun blir syk, og tilføyer:

”Uten prosjektet hadde jeg sittet hjemme, sett på TV i 24 timer, hadde nok også ruset meg - det er farlig å kjede seg!”

Flere uttrykker ønske om jobb, og noen forsøker aktivt å få det til. Én har vært på jobbintervju og venter på svar. Flere forteller om vansker i arbeidssituasjonen. En forteller at han/hun har skaffet seg flere jobber selv, og greier jobben, men lett kommer i konflikt på arbeidsplassen og derfor må slutte etter få uker. Det understrekes at om man ikke kan greie arbeid, så er faste aktiviteter svært viktig. Én sier:

”Jeg blir ”dyttet litt”, det er vanskelig å passe på selv. Å være hos Barm to ganger i uka er også bra, det er fint å komme i gang med noe. Håper å få en deltidsjobb etter hvert, men tror det vil ta lang tid”

Én deltaker i trettiårene har aldri hatt jobb og prøver å finne passende aktiviteter. En annen sier:

”Det er bra å være i noe slags aktivitet. Håper etter hvert få en deltidsjobb, men tviler på om det går, og tror det vil ta lang tid. Er glad for varig uføretrygd”.

Flere av dem som er intervjuet i Hedmark har liten tro på at de kan komme ut i ”ordentlig” arbeid i overskuelig framtid, og én sier eksplisitt at han/hun ikke har tenkt noe på jobb. Noen snakker om jobb i mer generelle vendinger:

”Jeg håper også på utdanning og mener for eksempel at erfaringen min ville være nyttig hvis man blir miljøarbeider”.

”Det viktigste nå er å få hjelp til avrusing, og etterpå få hjelp til jobb”.

Oppland

Av de seks deltakerne som er blitt intervjuet, er to i ordinært arbeid ved prosjektets avslutning, to er i tilrettelagt arbeid og to er ikke i arbeid. De to som har fått ordinært arbeid, er svært fornøyd med det. De jobber begge i Sør-Aurdal kommune og blir boende i kommunen.

Alle deltakerne i Mestringsveierprosjektet begynner å arbeide ved Kroken. De forteller i intervju at arbeidet omfatter oppussing av gamle møbler, vedhugst og snekring som å bygge søppelkassehus. Flere synes oppgavene er kjedelige med for lite variasjon. Det etterlyses et mer allsidig tilbud, slik at folk som kommer kan utnytte ressursene sine. Én karakteriserer Kroken som en lekeplass og mener det er fjernt fra hvordan det er å være ute i arbeid. Det blir for tregt og ineffektivt. Andre sier at det er blitt litt bedre, men at det fortsatt har forbedringspotensial. Flere etterlyser flere ulike ”virkelige” arbeidsmuligheter eksternt og påpeker at det er få muligheter for en reell praksisplass eller arbeidsplass i området. Én sier:

”Hvis du skal venne deg til arbeidsmarkedet i dag, så må du uansett ut å jobbe. Det er ikke noe du lærer på en så vernet arbeidsplass, det blir jo ikke det samme. De har prøvd å gjøre det de kan, men jeg ser heller på det som hjelp til å få ekstern arbeidsplass. Det tror jeg er den beste hjelpen de kan gi”.

Ett moment som trekkes fram som positivt, er at tilbudet ved Kroken inngår i en større sammenheng og at veilederne ved Kroken samarbeider med ambulant team, slik at flere ting som hjelper, virker sammen. Flere forteller at de har ulike problemer knyttet til å jobbe, og at ulike hjelpere kan bidra med ulik bistand. Det føles trygt når hjelperne samarbeider. Én uttrykker det slik:

”Arbeidsevnen min er det jo ikke noe i veien med sånn fysisk sett, så å mestre arbeidet er ikke så problematisk. Utfordringen er å greie å være i arbeidssituasjonen”.

De som har vært ute i ekstern praksis uttrykker først og fremst begeistring for å være ute, selv om flere forteller at det kan være slitsomt, at de har hatt mye fravær eller at de har måttet trappe ned eller slutte fordi det ble for krevende. En forteller at det var skummelt på forhånd, at han/hun følte seg svært presset til å begynne, at vedkommende var så fornøyd da det gikk bra og at det gav en god mestringsopplevelse. Vedkommende sier:

”Det som var til god hjelp for meg, tror jeg var at de presset litt da vi skulle begynne i praksisplass her. Det hadde jeg ikke lyst til, og da presset de som jobbet på Kroken meg litt på det, pratet mye om det, hva som gjorde at jeg gruet meg så mye – mye fokus på den biten. Så det synes jeg er bra nå i etterkant. Godt at jeg er ferdig med det og at det er gjort, for jeg syntes det var veldig skummelt”.

Balansen mellom press og beskyttelse nevnes av flere. En annen sier om å være ute i ekstern praksis:

”Jeg trives med det. Det er interessant, og jeg får erfaringer. Men også det at hverdagen får litt mer innhold og blir mer variert og interessant. Man får mer ut av det man driver med når man er ute på faktiske arbeidsplasser. Det er jo dette som er poenget – en vei til jobb!”

Vestfold

Flere av deltakerne i Vestfold er kommet ut i arbeid/arbeidspraksis/lære eller i utdanning. Disse er, som nevnt, underrepresentert i intervjuene. En deltaker som er under utdanning, er godt fornøyd med situasjonen.

I Vestfold starter deltakerne ved Basen når de tas inn i prosjektet. De fleste synes at det er fint å ha Basen og å kunne starte med aktiviteter internt før man skulle ut og søke ”ordentlig” arbeid eksternt. Mange sier de trenger å trene på ulike aktiviteter i trygge omgivelser før de skal ut og påpeker at det ikke minst er viktig å lære å forholde seg til arbeidssituasjonen: å måtte møte opp til avtalt tid og å gi beskjed hvis man ikke kommer. Flere sier at det var godt å ikke bli presset. En sier:

Jeg føler at Basen kan hjelpe for å komme videre. Var på ”Dagsverket” før – for 3-4 år siden. Det er strengere nå på det å være nykter, og det er bra.”

Noen synes at det var for få aktivitetstilbud og for lite ”ordentlig” arbeid inne på Basen. En sier:

”Å drive med å skjære bøker er nedverdiggende. Vi er jo voksne mennesker. Sykkelvekstedet var bedre, men det var ingen ekspertise i teamet. Og ingen mulighet å få jobb/praksis i den bransjen. Det må være mulighet for jobb/praksis i enden!”

Andre aktivitetene:

”Jeg driver med smykkearbeid, det er kjempeartig. Veldig billig å begynne, og vi fikk masse verktøy. Jeg trenger struktur i hverdagen”.

Mange beskriver Basen som en fin plass og påpeker at man får arbeidstrening, men at man burde hatt mer fokus på jobb ute. Flere gir uttrykk for ambivalensen mellom tryggheten på Basen og det utrygge ved en ekstern jobb. Mange uttrykker klare ønsker om å komme ut. En sier i et intervju:

”Jeg synes Basen er både og. Det er en trygg plass, og de forstår meg hvis jeg har en dårlig dag. Men jeg tror ikke det er sunt å være her hele tiden. Så nå skal jeg ut og jobbe litt. Har fått praksisplass”.

Noen sier tydelig at den interne aktivitetsfasen varer for lenge, og at det tar for lang tid før medarbeiderne ”dytter” deltakerne litt til å prøve seg mer i eksternt arbeid. Flere mener at Basen kan bli en slags sovepute

og at man kan føle at det er mer ergoterapi enn første skritt på veien til ordentlig arbeid. Det påpekes at medarbeiderne ikke fokuserer nok på målet å finne ”mestringsveier til arbeid”, og at de ikke har nok kunnskap om arbeidsplasser, lærlingeplasser eller utdanningsmuligheter i Vestfold. Mange formidler bekymring for ikke å komme ”i mål” på den korte tiden prosjektet har igjen

I det siste intervjuet uttrykker flere deltakere ønske om bestemte yrker, vet hva som kreves og har planer for hvordan man kan kvalifisere seg for det aktuelle yrket, som sjåførlærer, maskinfører, fysioterapeut eller ingeniør. En har bestemt seg for å ta opp igjen noen skolefag for å tette elementære hull. Vedkommende er veldig motivert og tror han/hun skal klare dette. Andre har planer om jobber uten spesiell kompetanse.

5.2.5 Økonomiske vansker

I alle prosjektene er informantene opptatt av økonomi. Først og fremst må inntektssikringen være på plass. De aller fleste har AAP, og for noen betyr dette en økonomisk trygghet de ikke har opplevd tidligere. Informantene beskriver litt ulike økonomiske vansker. Når deltakerne i Hedmarkprosjektet snakker om økonomiske vansker, er det gjeldsproblemet som opptar flertallet mest. Flere påpeker at dette faktisk er noe av det vanskeligste når det gjelder å rehabilitere seg, bli ”nykter”, og få lønnet arbeid. Flere nevner at en viktig grunn til rus-sprekk er følelsen av at det ikke er noe håp om å bli kvitt gjelden. Noen har fått ”fryst” gjelden sin en viss tid, men er redd for hva som skjer etterpå, og at det faktisk kan bli verre. Bare et par er litt mer optimistiske, og én sier:

”Jeg har mye gjeld, og det jobbes med gjeldssanering. Jeg har heldigvis ikke inkassomeldinger, passer på det. Jeg har ikke penger selv heldigvis; NAV passer på pengene og betaler husleie og alt. Om 4 år er jeg gjeldfri, hvis jeg ikke gjør noe galt. Disponeringsavtale er bra”.

Flere deltakere i Oppland forteller at de har vært bekymret for de økonomiske konsekvensene av å flytte inn i overgangsbolig. Husleien er høy, og beboerne forteller at de vegret seg for å inngå avtalene. Flere spør seg selv om hva de har igjen for å flytte fra institusjonen ved FPS hvor de har gratis kost og losji, mer tilgjengelig personal og mer behandlingstilbud, til et tilbud som koster dem mye mer og med mindre tilbud. Høy husleie medfører i følge deltakerne at de har kronisk dårlig råd.

I Vestfold er deltakerne enda mer ”på hugget” for å snakke om gjeldsproblemet. På spørsmålet om økonomi, meddeler nesten alle bekymring for hvordan de skal klare seg hvis de ikke får jobb med en lønn de kan leve av, eller for at de ikke får nok hjelp til å bli kvitt gjelden de har. Flere sier de er bekymret for at økonomiske problemer kan medføre ”sprekk”. Flere er også irriterte på seg selv fordi de gjorde ”teite feil” med f.eks. med kjøpekort eller inkassosaker. Men noen nevner at de har fått god hjelp av et ”Smartkurs” som er holdt ved Basen. Én sier:

”Jeg får hjelp til å få oversikt, til ikke å stikke hodet i sanden mer. Jeg har lært å tenke: Akkurat hvor mye har du, hva er fristen, osv. Jeg er kommet jeg opp på et ”vitenivå”. Det er så lett å glemme!”

5.3 Oppsummering

Deltakerne i de tre fylkene er ulike. I Hedmark er deltakerne relativt unge, begynte tidlig å ruse seg, har betydelige vansker og mangler skolegang og yrkeserfaring. Deltakerne i Vestfold er noe eldre, begynte å ruse seg noe senere, men har mange års rusmisbruk bak seg. De har bedre skolegang og mer yrkeserfaring og alle har kontakt med hjelpeapparatet for sine rusproblemer. Deltakerne i Oppland er unge og har i liten grad rusvansker. Deres problem er først og fremst knyttet til å flytte for seg selv og etablere et voksenliv.

Alle deltakerne som er intervjuet i evalueringen, sier de har hatt nytte av å delta i Mestringsveierprosjektet. Deltakerne i Hedmark og Vestfold legger i intervjuene stor vekt på forholdet til hjelperne og fremhever betydningen av å bli møtt med respekt og anerkjennelse. Uttrykk som tillit brukes ofte. Deltakerne i Hedmark, som har mest vansker og trolig mest traumatisk bakgrunn, er spesielt opptatt av tillit til oppfølgerne, å kunne stole på og føle seg trygg. Dette er sannsynligvis en forutsetning for at hjelperne her har kommet i posisjon for å hjelpe. Også i Vestfold er deltakerne opptatt av forholdet til hjelperne, men her vektlegges også samværet med og forholdet til de andre deltakerne.

Deltakerne i alle prosjektene forteller at de har lært sosiale ferdigheter som å forholde seg til andre, møte opp til avtalt tid, kunne si ifra på en ordentlig måte osv. Basen og Kroken har vært egnede arenaer for slik læring for deltakerne, både i samvær med hjelperne og med andre deltakere, f.eks. i arbeidssituasjoner og i forbindelse med felles lunsj. Hedmark hadde ingen slik arena, og her har læring av sosiale ferdigheter foregått når prosjektmedarbeiderne har samarbeidet med deltakerne om praktiske ting eller i samvær med deltakerne i Kirkens Sosialtjenestes arenaer.

Et viktig resultat er at det nytter å hjelpe personer med uttalte vansker når de får tett oppfølging over tid av de samme hjelperne. Deltakere i Hedmark forteller om mer struktur på hverdagen og at de ruset seg mindre. Faste, meningsfulle aktiviteter angis å ha avgjørende betydning for alle. Alternativene som skisseres er rusing, innleggelse eller fengselsopphold. Deltakerne i Oppland og Vestfold er i større grad kommet i ordinært arbeid/arbeidspraksis/lære og verdsetter dette høyt. Mange ønsket seg raskere ut i arbeid/arbeidspraksis, men noen måtte slutte/trappe ned fordi arbeidssituasjonen ble for krevende. I Oppland er deltakerne kjent med flere av personalet på forhånd og her snakker de mest om å lære seg å bo, å lære seg å forholde seg til en arbeidsplass og en arbeidssituasjon. I alle prosjektene snakker deltakerne om sine bekymringer for økonomiske vansker.

6 Resultat: Metodeutvikling – Mestringsveier til arbeid

Hovedmålet for prosjektet Mestringsveier til arbeid er å utvikle en oppfølgingsmetode som er egnet til å bistå mennesker med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusproblemer i å komme i og beholde arbeid. Dette betinger samtidig behandling av de psykiske vanskene og rusproblemene samt samordnet behandling og attføring på veien mot arbeid og aktivitet. Mennesker med samtidig psykiske vansker og rusvansker er en heterogen gruppe, med ulike behov for bistand. Deltakerne i disse tre prosjektene er temmelig ulike med hensyn til alder, arbeidserfaring, type og grad av psykiske vansker, sosiale problemer og rusvansker og er derved egnet til å illustrere litt av denne "forskjelligheten". Opplandprosjektet skiller seg fra de to andre prosjektene ved at de deltakerne vi intervjuet ikke hadde vesentlige rusproblemer mens de deltok i prosjektet. I Opplands prosjektbeskrivelsen er heller ikke rus angitt som inklusjonskriterium; målgruppen angis å være: *"pasienter utskrevet fra institusjon med omfattende behov for videre oppfølging av spesialisthelsetjenesten for å kunne fungere i hjemkommune"*.

Nedenfor oppsummeres resultatene av metodeutviklingen i de tre prosjektene.

6.1 Relasjonsbygging

Det er bred enighet blant dem som følger opp deltakerne i alle prosjektene om at betingelsen for å bidra til endring hos prosjektdeltakerne, er å bygge tillitsfulle og trygge relasjoner. Tillit handler om å kunne stole på, og mennesker i denne målgruppen har ofte opplevd gjentatte tillitsbrudd, også i forhold til behandlingsapparatet. Det understrekes at det tar tid å bygge tillit.

Ansatte både i Hedmark- og Vestfoldprosjektet forteller at oppmerksomhet mot relasjons- og tillitsbygging hele tiden har gjennomsyret arbeidet med deltakerne. Resultatene tyder på at relasjonsbygging er ekstra viktig i Hedmarkprosjektet, og oppfølgerne knytter dette til at deltakerne har større vansker og antakelig flere vonde erfaringer med bl.a. brudd og avvising. En oppfølger i Vestfold påpeker, når vi snakker om SE, at metoder er en ting, men:

"Man må vite hva som er spesielt med denne gruppa, nemlig sårbarheten; for eksempel må vi ofte bruke lang tid på å bli stolt på. Hovedsaken er møtet med deltakerne, likeverdet må være på plass. Flere er tråkket på tidligere. Respekt formidles gjennom at man setter seg ned og lytter og er interessert".

Deltakerne i de tre prosjektene legger i intervjuene stor vekt på forholdet til hjelperne og snakker mye om tillit, om å bli respektert, om å kunne stole på og om å kunne våge å være ærlig. De som følger opp deltakerne i alle prosjektene snakker om utfordringer i å skape en god relasjon, og at det krever kunnskap og kompetanse. Spesielt vektlegges relasjonskompetanse; evne til å forholde seg til deltakerne som mennesker og kunne se personene bak symptomene. Flere understreker i intervjuene at man må kunne se sammenhenger og se hvilke mekanismer som er i sving ved ulik type atferd, og at dette er et spørsmål om holdninger – å se på symptomene og atferden i stedet for personen. *"Å møte utagering med låste dører og politi gir ikke en god hjelperelasjon"*, sier én. Hjelperne i alle prosjektene påpeker at å skape en god allianse handler om lydhørhet, om å høre etter hva som er viktig i folks liv. Og det handler om hjelperens trygghet. Hvis man er usikker, værers dette øyeblikkelig av deltakeren, sier en informant. Brukere i denne gruppen har vanligvis en "velutviklet radar" og tar straks inn holdninger og respekt hos hjelperne. Én påpeker at det gjelder å avmystifisere både rus og psykiske lidelser, og samtidig understrekes nettopp å ta hensyn til de spesifikke vanskene disse deltakerne har. Flere understreker betydningen av denne dobbeltheten.

Relasjonsbygging er essensielt viktig i oppfølging, og samtidig påpekes at det kreves mye av hjelperne i denne relasjonen. Det kan være følelsesmessig krevende å forholde seg til denne brukergruppen i det man møter sin egen tilkortkommenhet. Tidsrammen for prosessene er lange, og det innebærer at man må stå i

dette over tid for å komme i posisjon til å hjelpe. Én påpeker at de som jobber i dette feltet ikke bør være for "flinke piker" som er opptatt av å gjøre alt riktig, for man må tåle å komme til kort. Man må tåle at det går fram og tilbake med dem man bistår. I veiledning har prosjektmedarbeiderne i Hedmark fått følgende råd:

"Her er det ikke noe å hente akkurat nå, nå er han "på kjøret", bare hold kontakten og la ham vite at dere er der. Sprekk er regelen, ikke unntaket. Dette kan ta mange år! Ikke tro at dere nødvendigvis kan få dem i jobb i løpet av den perioden dere har. Men dere kan se hva som skal til for at de skal komme i jobbe, og det er mye viktigere".

Det gis fra prosjektene eksempler på at relasjon kan ha blitt for tett og at deltakerne blir skuffet over at hjelperne ikke kan være deres "ordentlige" venner:

"Kanskje vi er blitt for flinke til å bygge relasjon. En deltaker var veldig skuffet over meg, som han opplevde mer som en kamerat enn som en ansatt. Plutselig sender jeg ham på jobb, det ble en stor skuffelse. Vi har lært mye av dette".

"Selv om vi jobber veldig tett i prosjektet og har gode støttespillere på DPS, er vi mye alene med deltakerne vi har ansvaret for å følge opp. Det har brakt oss opp i vanskelige situasjoner. Brukerne relaterer seg følelsesmessig til oss, og vi merker at vi blir følelsesmessig berørt ved at vi tar ting litt mer inn over oss enn vi egentlig burde. Det har vi snakket om i det siste, ut fra konkrete hendelser der dette har blitt tydelig".

Oppfølgere i alle prosjektene sier at det kan være krevende å være i slike relasjoner over tid, og flere trekker fram faglig veiledning som vesentlig. I Hedmarkprosjektet mener de prosjektansatte at det har vært nødvendig for å greie å stå i dette arbeidet gjennom hele prosjektperioden. I veiledningen rettes mye oppmerksomhet mot relasjon. De har erfart at det ofte trengs debriefing etter belastende hendelser, og at man trenger hjelp til å vurdere egne vurderinger. De prosjektansatte mener det er viktig å få drøftet ting hele veien når man arbeider med så dårlige folk. De beskriver hvordan veileder reflekterer sammen med dem over konkrete deltakere og konkrete hendelser, og at de sammen finner løsninger. De er nå blitt tydeligere på hvor grensen går, om man er en hjelper i hjelpeapparatet eller en privatperson. Det er en hårfin balanse mellom å få en god relasjon slik at man kan hjelpe noen og det å få et venneforhold. Det påpekes av flere at det er ekstra vanskelig å sette grenser for seg selv i Hedmarkprosjektet fordi deltakerne faktisk ikke har noe annet tilbud. Prosjektmedarbeiderne har jobbtelefon der de kan treffes døgnet rundt. Det er en belastning, men de mener at det også har stor betydning for deltakerne å ha noen som er tilgjengelige.

6.2 Utvikling av en oppfølgingsmetode

Individuell jobbstøtte/Individual Placement and Support

Hva er viktige aspekter ved oppfølgingsmetodene i Mestringsveierprosjektene? Kun Vestfoldprosjektet var planlagt basert på en SE-tenkning, men det er ikke mulig å vurdere effekten av en attføringsmetode ut fra ett enkelt prosjekt. Dessuten forteller informantene i Vestfold at SE ikke er konsekvent gjennomført ved Basen; det beskrives flere kursendringer gjennom prosjektperioden. Derimot kan resultatene i Vestfoldprosjektet fortelle om erfaringer med og synspunkter på ulike aspekter ved SE-tenkningen. Mange deltakere sier i intervjuene at de skulle kommet forttere ut i arbeid. Mange har imidlertid, i tråd med SE-metoden, kommet raskt ut, men har måttet slutte igjen fordi det ble for krevende. Et mål i Vestfoldprosjektet var å etablere en arbeidsgiverpool, men dette viste seg vanskelig i praksis. Også i Oppland beskrives SE-tenkningen med mål om å hjelpe deltakerne raskest mulig ut i ordinært arbeid, leting etter aktuelle arbeidsplasser samt opplæring og oppfølging av arbeidsgivere. En ulempe i Opplandprosjektet er imidlertid at deltakerne bor midlertidig i boligene og kommunen, noe som gjør det vanskelig å tenke varig jobb. To av deltakerne oppnådde likevel å komme i ordinært arbeid, med den følge at de etablerer seg i regionen. I Hedmarkprosjektet er veien fram til

ordinært arbeid såpass lang for de fleste deltakerne at det ikke har vært mulig å prøve ut SE-tenkningen i særlig grad.

Individuell jobbstøtte/IPS for alle som ønsker det

Vestfoldprosjektet har åtte APS-plasser (APS = arbeidspraksis i skjermet virksomhet) og to stillinger for arbeid med bistand. Prosjektveileder og de ansatte på Basen jobbet initialt mye med å sette seg inn i SE-metodikken, men pga. av utskiftninger i personellgruppen har ikke alle hatt kompetanse på metoden. I perioder har det vært mindre oppmerksomhet mot SE og større vekt på arbeidspraksis internt på Basen, og i perioder har det vært for lite struktur for deltakerne. I intervjuene formidles ulike meninger bland ansatte om hvordan SE-metoden skal utformes i praksis. Vi oppfatter det slik at uenigheten hovedsakelig dreier seg om ulike oppfatninger av hvilken betydning deltakernes psykiske vansker og rusproblemer skal tillegges når det gjelder hvor raskt de skal ut i jobb og hvor mye de kan/bør presses. En sier:

”Jeg har atføringsbakgrunn og er vant til at hvis en skal komme noen vei, må en stille krav til dem en har med å gjøre. Så opplever jeg at vi ikke deler oppfatningen av i hvilken grad man kan gjøre det. For å komme noe sted må man ha en felles forståelse, og det har vi ikke i øyeblikket.

Flere snakker om at jobbtilbudet inne på Basen ikke var godt nok i den perioden kommunene drev og at det var for lite å gjøre for deltakerne i prosjektet. Da Fretex overtok som tiltaksarrangør 1.5.2010, var det forventninger om bedre arbeidstilbud, og Fretex jobbet sommer og høst 2010 med å etablere et variert tilbud. En veileder fra NAV Vestfold kom inn på Basen senhøstes 2010 fordi Fretex manglet kompetanse på SE som metode. Hun mente at man ikke hadde behov for så mange arbeidstilbud inne fordi deltakerne skulle trene i ordinære bedrifter med oppfølging fra Basen. Det var enighet ved Basen om at man ikke jobbet etter SE-metoden da veilederen kom inn, og veiledningen omfattet i første rekke bruk av SE med opplæring av metodens femtrinnsprosess. Det antydes at en ny bruker bør ha en oppstartfase på 4 – 6 uker med intens kartlegging inne før jobbsøke-prosessen begynner. Deltakerne skal raskt ut i arbeid, fortrinnsvis ordinær jobb med ordinær lønn. Noen ansatte ved Basen mener at selv 6-8 uker inne er for kort tid, og en informant fra NAV argumenterer at lengre oppfølging enn 6-8 uker ikke skal skje i regi av Mestringsveierprosjektet, men at andre instanser skal ta seg av det. Andre mener at tilbudet ved Basen bør være såpass fleksibelt, og at hvis prosjektet skal utvikle noe nytt, må det tilby noe annet enn det NAV ordinært tilbyr disse brukerne - og ikke lykkes med. Flere understreker at tidsaspektet er viktig og at selv om atføringsprosessen tar fem år i stedet for to, er det likevel en stor gevinst å hente, både samfunnsøkonomisk og for den enkeltes livskvalitet.

Tiltaksplassene ved Valdres KompetanseVest (VKV) i Oppland betegnes som fleksibel APS, noe som innebærer at deltakerne kan være i intern og ekstern praksis etter behov. I tillegg til Kroken som arena for arbeidskartlegging og –trening kan VKV tilby arbeidspraksis i egen bedrift ca 6 mil unna, samt utplassering i ordinære bedrifter. Ved Kroken tilpasses arbeidsoppgavene den enkelte, slik at det oppnås best mulig arbeidstrening. Flere, både deltakere og ansatte, påpeker imidlertid at arbeidstilbudet ved Kroken er for snevert. De ytrer ønske om at VKV skal ha flest mulige arbeidsplasser ute i ordinære bedrifter, og enkelte synes deltakerne kommer for sent ut i ekstern jobb. En informant fra Fekjær, som er involvert i oppfølgingen, sier dette om å få brukerne ut i ekstern praksis:

”Kanskje en kan tenke på fortære å komme videre. Jeg synes dette har kommet opp i det siste som en erkjennelse. Hvorfor er vi så forsiktige? De kan jo miste motivasjonen”.

Fra VKV understrekes det at praksisen på Kroken også har litt andre aspekter enn ”reelt arbeid”. Når deltakerne skal prøve seg i praksis inne, er det for at man skal vite hva som passer og hva som eventuelt må tilrettelegges. Videre er hensikten å lære å forholde seg til en arbeidsplass. En ansatt ved VKV forklarer det slik:

”De fleste som er her, kan de oppgaver som arbeidet krever. Det de sliter med, er å forholde seg til andre, komme på jobb, komme opp om morgenen, løse konflikter, forholde seg til rutiner og regler, som for eksempel å melde fra ved sykdom og levere egenmelding/sykmelding. De trenger å lære å forholde seg til det de møter i samfunnet, som å stå i relasjoner til kolleger. Vi ser at noen har vært inne i et system så lenge at de trenger å avlæres. De ser på seg selv som ”syk”, og vi vil hjelpe dem fra pasientrollen til å se på seg selv som en som kan og som har muligheter og valg”.

Flere informanter, både oppfølgere og deltakere i alle de tre prosjektene, snakker om å komme i ekstern praksis eller ordentlig arbeid raskt, og mange syntes det tok for lang tid. Imidlertid var det, i alle prosjektene, flere som falt ut av jobb/praksis til tross for oppfølging av folk i prosjektet. Oppfølgerne i alle prosjektene understreker at ikke alle deltakerne kan komme raskt ut i jobb. Noen trenger et oppstarttilbud innen andre rammer, der det legges vekt på sosial ferdighetstrening, hospitering og aktiviteter som gir mestringserfaring og selvtillit – hele tiden med ordinært arbeid som mål. Både deltakere og oppfølgere påpeker også at det ofte er mye som må ryddes opp i før man kan tenke jobb. Folk må ha et sted å bo, de må kunne bo, og de må ha en sikker økonomi, noe som for mange av disse deltakerne krever gjeldssanering. Flere med tilknytning til prosjektene forteller at det å mestre sosiale sammenhenger og komme ut i arbeid ofte viser seg å ta mye lengre tid enn det NAV ser for seg at man skal bruke. For eksempel trenger noen mye trening på det sosiale.

I alle prosjektene er oppfølgerne opptatt av balansen mellom nødvendig og riktig hjelp, støtte og oppfølging på den ene siden og å gjøre for mye og frata folk egenmestringen på den andre. Flere informanter ved Basen påpeker at de ofte har hjulpet i meste laget og kanskje ikke vært flinke nok til å overlate ansvaret til deltakerne. En sier:

”Jeg vet at jeg har gjort alt for mye for noen. Det har nok vært litt kompensasjon for at så mange har sluttet og at tilbudet i perioder har vært dårlig”.

En informant i Hedmark påpeker også at tett oppfølging kan ha uheldige følger:

”Det kan medføre at man blir ringt til hver gang det er noe. Det er ok å lære seg å tåle litt frustrasjon, og det er en glede å greie ting selv.”

I Opplandprosjektet er trygge relasjoner, trygghet og utrygghet sentralt tema fordi deltakernes problem hovedsakelig dreier seg om overgangen til et selvstendig voksenliv og fordi de lever og bor på Fekjærtunet med hjelpen nær. Deltakerne snakker om utrygghet, og oppfølgerens mål er å bidra til at deltakerne blir trygge i boligen, i arbeidssituasjonen og i sosiale situasjoner. Alle deltakerne kommer fra døgnenheten og knytter trygghet til oppholdet her. Flere er blitt reinnlagt i døgnavdelingen, stort sett fordi de følte seg utrygge i boligen og mente de trengte mer behandling. Flere hjelpere understreker den viktige balansen mellom støtte og utfordring for å skape trygghet. En Fekjæransatt sier:

”Vi har tenkt at det er ok at de kan komme tilbake til døgnenheten, men ser nå at det er litt for lettvindt. Da blir det alt for trygt, de må lære å takle utfordringene, det skal ikke bare være å trekke seg tilbake ved ny innleggelse. Det handler kanskje ikke bare om trygghet, men også litt om kjedsomhet – og det er jo en del av livet...”

En egen arena for arbeidskartlegging?

I Oppland og Vestfold verdsatte aktørene å ha en egen arena for arbeidskartlegging, og i Hedmark savnet de en slik. De aller fleste informantene, både de som følger opp deltakerne og andre som er involvert i eller samarbeider med prosjektene, mener at det trengs en arena for arbeidsevnevurdering, arbeidsutprøving og, mener noen, arbeidstrening. Mange sier at det er vanskelig å bistå personer med å finne en egnet jobb uten å ha kartlagt arbeidsevne og arbeidsvansker i praktiske arbeidssituasjoner. Det sies videre at det er vanskelig å anbefale en søker uten å ha sett vedkommende i sving, og det er vanskelig for en søker å få innpass i arbeidslivet uten slike anbefalinger. Imidlertid hevder flere at en atføringsarena ikke bør være et stengt hus

der det blir trygt bare på innsiden, det blir en liksom-arena. Én fremhever en butikk som en egnet arena for å trene på virkelige situasjoner. Erfaring fra brukbutikken i Hedmarkprosjektet bekrefter dette. Der kan deltakeren eksponeres i butikken og trekke seg tilbake til Barmsenteret for skjerming og ivaretagelse. Det understrekes at arbeidstreeningen må ha til hensikt å lære seg å leve med angsten og takle virkelige situasjoner. Mange påpeker den viktige jobben med å finne arbeidsplasser hos ordinære arbeidsgivere.

Integrasjon av behandling for psykisk lidelse og rusproblem, og integrasjon av behandling og attføring?

I Hedmark er det de prosjektansatte som har hovedansvaret for den daglige oppfølgingen av deltakerne. Med bakgrunn fra henholdsvis psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten, rusinstitusjon og NAV bidrar de med ulike perspektiver inn i teamet. De tre har valgt å dele kontor, samarbeider tett og diskuterer hele tiden deltakerne, oppfølgingsmetode og aktuelle hendelser. Det er stor toleranse for diskusjoner og uenighet i gruppa. Dette innebærer en kontinuerlig fagutvikling og gjensidig støtte i det daglige arbeidet, og det innebærer en integrering av deres ulike perspektiver og metoder i oppfølging av deltakerne. De kan sies å ivareta både integrasjon av behandling for psykisk lidelse og ruslidelse og integrasjonen av behandlingsperspektivet og attføringsperspektivet innen gruppa. Videre samarbeider de med andre, først og fremst med rusteamet ved NAV Hamar, DPS og Kirkens Sosialtjeneste som bidrar med sine perspektiver, jf kapittel 7.

Prosjektet i Oppland preges av at det utgår fra og er organisert i spesialisthelsetjenesten. Deltakerne har hele tiden et spesialisthelsetjenestetilbud fra Fekjær psykiatriske senter (FPS) mens de bor i egen bolig. Poliklinikkens ambulante team har ansvar for oppfølgingen, og ut fra individuelle behov får deltakerne tilbud om individuelle samtaler. Kommunale tjenester ytes av Sør-Aurdal kommune, som har ansvaret for å gi oppfølging/bistand i bolig. To boveiledere knyttet til boligene utfører disse oppgavene, en i 100 og en i 50 % stilling. Beboerne trenger hjelp til å komme seg opp om morgenen, komme seg på jobb, matlaging, fornuftig kost, økonomiplanlegging, økonomistyring og ikke minst å holde orden og vaske. Valdres KompetanseVekst (VKV) har ansvaret for arbeids-/ aktivitetstilbudet til deltakerne i prosjektet gjennom de fem tiltaksplassene. De tre veilederne ved Kroken har betydelig kompetanse. Én er psykiatrisk hjelpepleier med mange års arbeidserfaring fra FPS samt videreutdanning innen rusbehandling og utdanning innen økonomi og IKT. En veileder er utdannet lærer med tilleggsutdanning innen drama og EDB og har spesialkompetanse på lese- og skrivevansker. Den tredje veilederen er utdannet ved politihøgskolen, har videreutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid i tillegg til å være landbruksforvalter. Vedkommende har også tidligere arbeidet ved FPS. I Oppland er samarbeidet organisert i tverrfaglig samarbeidsgruppe der medlemmene er de som følger opp deltakerne i praksis, fra VKV, FPS og Sør-Aurdal kommune. Gruppa møtes fast hver 14. dag og oftere ved behov. Ulik utdannelses- og erfaringsbakgrunn gjør at også her kan samarbeidspartnerne bidra til å belyse deltakernes situasjon fra ulike synsvinkler og bidra med ulik kunnskap inn i samarbeidet. Oppfølgerne beskriver en gradvis utviklingen mot felles forståelse og et felles språk gjennom prosjektet, og dette beskrives mer utfyllende i kapittel 7.

Oppfølgerne som har jobbet og jobber ved Basen har ulik fagbakgrunn og erfaring, og mange har hatt betydelig kompetanse. I perioder har oppfølgerne arbeidet seg fram til en felles forståelse og oppfølgingsstrategi. Pga. betydelig utskifting av personell har imidlertid oppfølgingsmetodikken variert noe fra tid til annen, inkludert varierende bruk av SE-metodikk. Det er også her opprettet en tverrfaglig samarbeidsgruppe med representanter fra Basen, NAV, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som bidrar til tverrfaglig vurdering av deltakerne. De gruppe-medlemmene som er intervjuet, beskriver alle samarbeidet som godt og nyttig og vektlegger nettopp verdien av ulike perspektiver, jf. kapittel 7.

Kartlegging og oppfølging

I alle prosjektene beskriver informantene mange ulike metoder og verktøy de bruker i kartlegging og oppfølging av deltakerne, og mye er likt i de tre prosjektene. Ikke minst beskrives den samme overordnede tenkningen og viktigheten av, sammen med deltakeren, å diskutere hvordan veien fram mot arbeid skal se ut.

I den første fasen legger alle som sagt vekt på relasjonsbygging. Dette får litt ulik praktisk utforming i de tre prosjektene ut fra ulike rammebetingelser og ulike deltakergrupper. I Hedmark, der man ikke har noen egen arena til for eksempel å trene sosiale ferdigheter, gjøres dette ofte gjennom å delta i aktiviteter sammen med deltakerne, følge dem til aktiviteter eller hjelpe dem med praktiske ting. Både Oppland- og Vestfoldprosjektet har egne treningsarenaer, Kroken og Basen, som også kan brukes til relasjonsbygging. I Oppland har deltakerne i utgangspunkt en trygg relasjon til ansatte på Fekjær etter opphold i døgnavdelingen. Her dreier mye seg om å øke tryggheten på arbeidsplassen og på å bo alene i boligene. Boveilederne retter mye oppmerksomhet både mot dette og mot å trene sosiale ferdighet i samvær med de andre beboerne. Å trene sosiale ferdigheter vektlegges i alle prosjektene. I Hedmark angis fysisk trening å være en egnet start i prosjektet. Det kan strukturere dagen, det er nettverksskapende og med på å bygge gode relasjoner, og det kan bidra til å styrke selvfølelsen. I Vestfoldprosjektet har man felles måltider, handling og matlaging for å ivareta dette. Mange understreker at målgruppen for Mestringsveierprosjektene ofte trenger ekstra tett oppfølging relatert til sosiale ferdigheter.

I alle prosjektene brukes motiverende intervju/samtale som arbeidsmetode. Elementer i motiverende intervju er aktiv lytting, åpne spørsmål, refleksjon sammen med deltakeren og oppsummering. Motiverende intervju angis å ivareta brukermedvirkning på en god måte, og deltakeren får en aktiv rolle i endringsarbeidet. Flere informanter forteller at de er forsiktige med å anbefale løsninger for deltakerne og legger mer til rette for at folk skal tenke gjennom situasjoner selv, slik at det blir egne og ikke hjelpernes forventninger deltakerne skal innfri. Det fortelles at dette er litt nytt for mange deltakere.

Felles for alle prosjektene er også en kartlegging og arbeidsevnevurdering av deltakerne initialt, og ut fra denne settes det opp tydelige mål sammen med deltakeren. Med dette som utgangspunkt forsøker hjelperne å finne aktuelt arbeid/aktuelle aktiviteter. Videre trenes det på intervju, CV o.l. I Hedmark får deltakeren utdelt en egen mappe, et slags hjemmearkiv for egne papirer som IP, ukeplaner, søknader, vedtak, CV osv. Tanken er at det kan øke deltakerens følelse av kontroll over eget liv.

Alle deltakerne i Oppland og de aller fleste i Vestfold begynner med arbeidsoppgaver ved henholdsvis Kroken og Basen. Her blir det foretatt en grundig utredning og systematisk kartlegging og utprøving av arbeidsevnen og hjelpebehov, samt at det drives veiledning og undervisning. Samtidig vektlegges det sosiale samværet. Det er et mål at deltakerne skal lære sosiale og praktiske ferdigheter og få en meningsfull og reell arbeidstrening. Arbeidsoppgavene skal i størst mulig grad tilpasses deltakernes ønsker og yrkesmessige målsetning. I oppfølgingen anvendes, i tillegg til motiverende intervju, kognitive teknikker, endringsfokusert rådgivning og karriereveiledning. VKV bruker i tillegg et arenakart som de har laget selv, og som retter oppmerksomhet mot ulike arenaer i livet. I Vestfold er det et inntakskriterium at man har ønske om ordinær jobb. Målet er å ta en samtale med hver enkelt, med konkret og tydelig ansvarliggjøring av hvem som gjør hva og hva som er deltakernes oppgaver. Det skal være tydelig at målet der ute er jobb, og det skal legges en plan for hvordan løpet dit skal se ut med forpliktelse på tid og innhold for å komme dit.

En informant fra spesialisthelsetjenesten sier eksplisitt at noen deltakere har det gått langt bedre med enn de hadde trodd på forhånd. Vedkommende påpeker at dette er nyttige erfaringer som nok også ville overrasket noen i spesialisthelsetjenesten.

”Det å mestre jobben gir selvtilit, spesialisthelsetjenesten kan ikke oppvise noe tilbud som kan komme opp mot en slik opplevelse”.

Imidlertid understrekes at dette neppe hadde vært mulig uten behandlingsdelen. Alle disse delene er like viktige, helheten er poenget i denne oppfølgingsmetoden.

I Hedmarkprosjektet har prosjektmedarbeiderne måttet legge mye arbeid i å få deltakernes psykiske vansker og rusmiddelmisbruk utredet. Mange manglet kontakt med behandlingsapparatet og mange var aldri utredet. Etter at oppfølgerne hadde bygget tillitsfulle relasjoner til deltakerne, ble det mulig å få gjennomført utredning. I løpet av prosjektperioden er mange av deltakerne kommet inn i behandling i spesialisthelsetjenesten, takket være betydelig bistand fra prosjektet. Noen hadde behandlingstilbud ved DPS i utgangspunktet, men dette var ikke tilstrekkelig da de ikke ble fulgt opp på andre områder. Ved prosjektslutt har alle en eller annen behandlerkontakt. Når mange deltakere har kommet seg betydelig og greier seg bedre, tilskrives det stor og samordnet innsats. Imidlertid er mange deltakere fortsatt ustabile med stadige tilbakefall, og det understrekes gjentatte ganger at dette er bedringsprosesser som krever lang tid.

6.2.1 Tilstrekkelige rammebetingelser for krevende oppfølging?

Hedmarkprosjektet har deltakere med mest vansker og avslører også i størst grad generelt manglende tilbud til sin målgruppe, både fra NAV, fra helsevesenet og fra kommunen. Ansatte i prosjektet forteller at de ofte blir sittende med hoved- eller eneansvaret for prosjektdeltakerne. Prosjektmedarbeiderne sier:

”Enkelte ganger har vi opplevd at vi har bare oss selv og at vi er det eneste virkemiddelet”.

”Akkurat nå synes jeg det har vært veldig mye kjemping for å få til tilbud for folk, argumentering for hvorfor folk skal få institusjonsplass eller plass i et arbeidstiltak, eller hvorfor man ikke skal avslutte når det er sprekk”.

Det understrekes at deltakerne i prosjektet er en gruppe som det er slitsomt å jobbe med i praksisfeltet, og det krever mye av prosjektmedarbeiderne. En beskriver det slik:

”Du jobber og jobber og jobber, og så går det ad undas. Du smir mens jernet er varmt og gjør så godt du kan, men det blir kriser og kriser og kriser. Og jeg ser jo også hvorfor deltakerne faller fra, for dette er krevende og slitsomme endringsprosesser. Men så er det å se disse små fremskrittene og seirene som vi gleder oss over og feirer!”

En påpeker at selv om deltakerne får institusjonsplass, får de prosjektansatte det videre ansvaret. De sier at det er mer snakk om utredning og stabilisering enn behandling i spesialisthelsetjenesten, og at når pasientene er utredet, kommer de tilbake i prosjektet. De prosjektansatte beskriver en arbeidssituasjon der de må strekke seg langt ut over det som er jobben og arbeidstiden deres fordi det ikke er andre tilbud som passer gruppen. Også ansatte ved DPS forteller at de må jobbe på utradisjonelle måter for å kunne hjelpe målgruppen:

”Hadde jeg gjort klassisk DPS-arbeid og X klassisk NAV-arbeid, hadde ikke pasienten hatt noe tilbud. Han ville vært i fri flyt og skapt enda mer kaos ute”.

Prosjektansatte og DPS-ansatte kjemper sammen for å skaffe deltakerne tilbud. Dette beskrives som en kamp mot systemene, de opplever sjelden motvilje hos samarbeidspartnerne; de vil gjerne bidra, men de har sine begrensninger. Har man ikke en ledig plass, så har man ikke en ledig plass.

Flere informanter, både i Hedmark og Vestfold, er opptatt av at det fortsatt er knyttet betydelig stigma til rusmisbruk, at enkelte ansatte i ulike tjenester kan ha en negativ holdning til brukergruppen, og at det nok ofte henger sammen med usikkerhet og avmakt. Én mener at mange i hjelpeapparatet generelt har en alt for enkel oppfatning av rus - rus blir forklaringen på alt, og da kommer fort holdningen om at dette er en viljestyrt handling. Man får beskjed om å skjerpe seg. Det glemmes at det ofte er en nedadgående spiral med psykiske vansker og forsøk på å løse det med rus.

Mange informanter i alle prosjektene snakker om at tilbudet til personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusproblem er blitt dårligere med årene. En ansatt i spesialisthelsetjenesten påpeker at det har vært fokus på dobbeltdiagnoser i 10 år, og at tilbudet samtidig har blitt dårligere. Nå som ansvaret for de dårligste er overført til psykiatrien, avvises, i følge informanten, disse brukerne ved rusinstitusjoner som mener de ikke har den kompetansen. Og i psykisk helsevern henvises det til for mye rus. Det nevnes flere eksempler fra Hedmarkprosjektet på nettopp dette problemet. Flere forteller om deltakere i prosjektet som var for dårlig psykisk fungerende til å få plass på klassiske rusinstitusjonene, og at døgnavdeling i psykisk helsevern begrunnet avslag med for stort rusproblem. En NAV-ansatt beskriver det slik:

”Jeg har jobbet med denne målgruppen siden midten av 90-tallet. Og vi sitter og snakker om det samme nå som da: Nei, han ruser seg for mye til å komme inn i psykiatrien, nei han er for psykisk syk til at vi kan ta ham inn i rusen. Vi og politiet sitter i midten og må ta oss av og ta oss av. Hvor lenge skal vi ha det sånn?”

Det påpekes at det er blitt litt bedre polikliniske tilbud til denne gruppen, men at dette må etableres til tross for sentrale føringer, fordi det krever fritak fra inntjeningskravet, og som en sier:

”Man kan få problemer med måltallene hvis man jobber med denne gruppen. Heldigvis har vi en leder som beskytter oss, skjerner fagarbeidet og gir oss rammer for å jobbe utadrettet med denne gruppen, men det spørs hvor lenge det er mulig”.

En DPS-leder sier:

”Lover, forskrifter, aktivitetstall, budsjett, kvalitetssikring, internkontroll.. alt dette overstyrer alt i vår hverdag og ligger som et lokk over daglige aktiviteter og alt det engasjementet og den kreativiteten som er her. Vi må minne hverandre på hva som er faget vårt og hva vi faktisk er her for å forvalte”.

Også flere informanter fra NAV forteller om strukturelle og organisatoriske hindre for effektiv jobbing med målgruppen:

”Det er mye møtevirksomhet i NAV, og det er vanskelig å få tak i dem du skal samarbeide med innad i huset. Alle dataprogrammene spiser opp den faglige jobbinga. Hvor blir det av den sosialfaglige jobbinga? Vi gjør det også innimellom, men det blir innimellom”

Mange påpeker i intervjuer at mange rusinstitusjoner er for dårlige, at de ikke tilbyr tilstrekkelig behandling og at det er alt for dårlig planlegging av utskrivning og veien videre. Fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste hevdes at de fleste nok trenger noen måneder i institusjon i forbindelse med avrusning, en periode der vedkommende kan falle til ro. Betingelsen er at oppholdet er terapeutisk; det må være et adekvat behandlingstilbud.

6.2.2 NAVs tiltak/ansvar

Av prosjektbeskrivelsen for Hedmarkprosjektet fremgår at ett mål er *”å bidra til utvikling av nye tiltak tilpasset brukergruppen. Utvikling og samordning av tiltak og virkemidler vurderes som sentralt for å lykkes i arbeidet”*. Deltakerne i Hedmarkprosjektet har mer vansker enn det som var forventet. De prosjektansatte påpeker at flere har så lavt funksjonsnivå at de ikke ville fått bistand fra NAV hvis det ikke var for dette prosjektet. De er godt fornøyd med å få erfaring med å bistå denne gruppen i å komme i arbeid. En sier:

”Vi kunne fått til mye mer arbeidstiltak med en bedre gruppe. Det er imidlertid fint at vi har den gruppa vi har, for vi trenger erfaring med dem i NAV. Men vi hadde ikke trengt noe prosjekt for å finne ut at NAVs tilbud ikke passer for denne gruppa.

NAVs tilbud angis av flere å være lite tilpasset mennesker med både alvorlig psykisk lidelse og rusproblem. Flere ansatte ved DPS Hamar forteller at de har en stor pasientgruppe som ikke er sterke eller friske nok til å nyttiggjøre seg det vanlige NAV tilbudet: Å møte opp til rett tid, skrive de rette søknadene osv. De dårligst fungerende trenger en mye tettere og mer fleksibel oppfølging enn NAV vanligvis kan bidra med. For eksempel må man være forberedt på ”sprekker” i arbeidet med denne gruppen. Det påpekes fra behandlerensiden at det handler mye om å stille fornuftige, realistiske krav til brukere i forhold til egenaktivitet, egeninnsats og å bidra til egen behandlingsprosess. Kravet fra NAV ligger ofte langt over pasientenes funksjonsnivå. Det understrekes at kunnskap om psykiske lidelser må inn i NAV.

Flere informanter, både fra NAV og DPS, sier at NAVs strenge krav til diagnose er et tankekors og et betydelig problem for deltakerne i Hedmarkprosjektet. Det angis at tilbudet til denne brukergruppen er forverret fordi NAV har skjerpet kravet om en diagnose. En fra behandlerensiden sier:

”Man hører ofte at rus ikke er en god nok grunn til å få en trygdeytelse. For meg er det åpenbart hvor store svakheter diagnosesystemet har, og det er veldig problematisk. Så blir jeg skremt over hvor stor vekt andre systemer legger på diagnose. Kunne de ikke bare stole på oss når vi skriver at her er det veldig alvorlig psykisk problematikk og veldig lavt funksjonsnivå. Da er det lang vei å gå til arbeid”.

Også fra NAV trekkes fram problemer knyttet til kravet om en diagnose og at det medisinske perspektivet er i ferd med å overta for det sosialfaglige i arbeidet med denne brukergruppen. En NAV-leder sier:

”Diagnosevurderinger knyttet til rusavhengighet er en ganske stor diskusjon, og der har vi etter min mening gått minst tre skritt tilbake i attføringsarbeidet”.

Flere argumenterer for at funksjonsnivået må være avgjørende for tiltak fra NAV, ikke diagnose. En påpeker at NAVs verktøy for å kartlegge denne gruppen er mangelfulle, og at kunnskapen om psykiske lidelser er ikke god nok; derved finner man ikke fram til egnede tiltak. En kartlegging av arbeidsevnen for målgruppen må, i følge en informant, omfatte evnetesting og kognitiv testing. Det foreslås å benytte ARKs kompetanse mer i kartleggingen av denne brukergruppen.

Også i Vestfold forteller deltakerne at det er vanskelig å forholde seg til NAVs prosedyrer og regelverk til tross for at de har god veiledning fra Veilednings- og oppfølgingslos (tidligere prosjektveileder) og har henne som forbindelse inn i NAV lokal. Oppfølgerne snakker om at tiltakene setter begrensninger for denne brukergruppen både ved det ikke er rom for ”sprekker” og at tiden kan bli for snau for noen brukere.

Økonomiske ytelser

Alle deltakerne i Opplandprosjektet og de fleste i Sandefjord og på Hamar har AAP. Flere i Hedmark fikk imidlertid innvilget AAP fordi situasjonen ikke var tilstrekkelig avklart. De ikke hadde ikke en diagnose, og de hadde vært for syke eller for ruset til å få gjennomført en utredning for å få en diagnose. Alle prosjektene har APS-plasser. I følge mange informanter fra NAV krever regelverket minst 50 % tilstedeværelse ved APS. Andre hevder at så ikke er tilfelle og at det skal vises fleksibilitet – resultatene viser tydelig at meningen om dette er ulike innen NAV. Fra Arbeids- og velferdsdirektoratet får vi opplyst at det ikke er et absolutt krav med 50 % oppmøte, men at det skal utøves skjønn.

Andre aktuelle ytelser for denne gruppen er individstønad, kvalifiseringstiltak og sosialstønad. For deltakerne i Hedmark angis individstønad som utelukket fordi den er knyttet opp til tiltak som disse deltakerne ikke kan nyttiggjøre seg. Kvalifiseringsprogrammet er glimrende, men det kreves aktiv plan for hva man skal gjøre, noe som angis å ikke være gjennomførbart for prosjektdeltakerne i Hedmark. Videre er kvalifiseringsprogrammet maks ett år, og da har man brukt opp sin sjanse. En NAV-leder mener at tidsbegrenset lønnstilskudd ville være et unikt tiltak i denne sammenheng og argumenterer for at dette burde gå av folketrygden i stedet for å gå av tiltaksbudsjettet som nå, fordi det er et meget godt alternativ til uføreytelse. Dette ville være god økonomi med tanke på reduksjon i andre budsjetter. Det ville selvsagt være

vanskelig å vurdere hvem som skal ha det, sier vedkommende, men i så måte skiller det seg ikke fra andre vurderinger.

Det understrekes at en hensikt med prosjekt Mestringsveier nettopp er å utvikle tiltak, og at for å utvikle tiltak må man få lov til å eksperimentere i tiltaksporteføljen. Det nytter ikke å utvikle tiltak til prosjektets målgruppe innen tradisjonelle rammer som innebærer stabilitet og rusfrihet. Flere hevder at de statlige tiltakene ekskluderer rusmisbrukere: de krever at man skal stå i tiltak og være i behandling. For rusmisbrukere er sprekk regelen og ikke unntaket. Virksomme tiltak for denne gruppen må ta høyde for dette. En NAV-ansatt sier i intervju at det er godt handlingsrom innen dagens regelverk, og at dette dreier seg om skreddersøm og at tiltakene må tilpasses hver enkelt. Andre er uenige og mener dagens regelverk er for snevert for å få til virksomme tiltak til gruppen.

Flere fra NAV er opptatt av grensen mellom NAVs og kommunens ansvar når det gjelder arbeidstilbud til den gruppa som per i dag ikke faller innenfor NAVs regelverk. Fra fylkesnivået pekes på at NAV skal holde på med arbeidsrettet virksomhet, mens virksomheten som er mer aktivitetsrettet bør være kommunens ansvar. Det argumenteres for at brukeren først må få behandling og bygge seg opp før arbeidsrettede tiltak skal inn:

”Det er spørsmål om hvor lav terskelen skal være for våre tiltak. Alle våre forskrifter og regler sier noe om tilstedeværelse, innhold og mål og de resultatkrav vi må stille til tiltaksarrangøren”

Andre argumenterer for at kommunale aktivitetstilbud kan sementere situasjonen og at hvis man skal ha håp om å hjelpe disse arbeidssøkerne i å komme i arbeid, må ordinært arbeid være målet for tiltakene fra første dag.

6.3 Oppsummering

Alle som følger opp deltakerne i de tre prosjektene mener at betingelsen for å bidra til endring hos prosjektdeltakerne, er å bygge tillitsfulle og trygge relasjoner. Tillit handler om å kunne stole på, og mennesker i denne målgruppen har ofte opplevd gjentatte tillitsbrudd, også i forhold til behandlingsapparatet. Det tar tid å bygge tillit, og å skape en god relasjon krever kunnskap og kompetanse. Spesielt vektlegges relasjonskompetanse; evne til å forholde seg til deltakerne som mennesker og kunne se personene bak symptomene. Det kan være følelsesmessig krevende å forholde seg til denne brukergruppen fordi oppfølgingen varer lang tid, og fordi man møter sin egen tilkortkommenhet. Dette innebærer at det er nødvendig med veiledning.

Kun Vestfoldprosjektet var planlagt basert på en SE-tenkning, men det er ikke mulig å vurdere effekten av en atfføringsmetode ut fra ett enkelt prosjekt. Oppfølgerne i alle prosjektene er enige om at personer med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusproblemer også skal raskest mulig ut i ordinært arbeid, og at mange elementer fra individuell jobbstøtte/IPS kan brukes i oppfølgingen. Imidlertid tyder resultatene på at mange arbeidssøkere med samtidig psykiske vansker og rusproblemer kan trenge mer sosial trening før de begynner i ordinært arbeid enn andre arbeidssøkere. Deltakere i alle prosjektene forteller at de har hatt behov for og god nytte å trene sosiale ferdigheter før de begynte i arbeid ute. Et langvarig rusmisbruk kan ha medført at man har mistet mange sosiale ferdigheter, og ved tidlig rusdebut kan, kan det være at man aldri har hatt dem.

Nesten alle informantene mener at det er nødvendig med en egen arena for kartlegging og arbeidsutprøving når man skal bistå denne brukergruppen. I alle prosjektene beskriver informantene mange ulike metoder og verktøy de bruker i kartlegging og oppfølging av deltakerne, og mye er likt i de tre prosjektene. Ikke minst beskrives den samme overordnede tenkningen og viktigheten av, sammen med deltakeren, å diskutere hvordan veien fram mot arbeid skal se ut. Motiverende intervju finnes nyttig av alle. Når jobbspekter skal bistå arbeidssøkere med å få og beholde arbeid, må de vite hva slags arbeidshinder vedkommende har, og hvordan arbeidsplassen bør tilrettelegges.

Mange informanter snakket om at det tok for lang tid før deltakerne kom ut i ekstern praksis eller ordinært arbeid. Samtidig var det, i alle prosjektene, flere som falt ut av jobb/praksis til tross for oppfølging av folk i prosjektet. Det er bred enighet om at behandling for psykiske vansker og rusmiddelmissbruk må integreres/ samordnes, og at det trengs kompetanse på begge typer vansker i teamet som følger opp brukerne. NAVs tilbud angis av flere å være lite tilpasset mennesker med både alvorlig psykisk lidelse og rusproblem. Det fortelles om flere deltakere som ikke var sterke eller friske nok til å nyttiggjøre seg det vanlige NAV tilbudet: Å møte opp til rett tid, skrive de rette søknadene osv. De dårligst fungerende trenger en mye tettere og mer fleksibel oppfølging enn NAV vanligvis kan bidra med. For eksempel må man være forberedt på "sprekker" i arbeidet med denne gruppen.

7 Resultat: Samarbeid

Samarbeid er en betingelse for vellykket oppfølging av deltakerne i disse prosjektene, og samarbeid, samarbeidserfaringer og rammebetingelser for samarbeid er viktige tema i evalueringen. I dette kapitlet vil vi beskrive prosjektenes erfaringer med samarbeid på individnivå, mellom enheter og mellom etater.

7.1 Samarbeid i oppfølgingen av den enkelte deltaker.

Integrasjon av både behandling/ oppfølging for psykisk lidelse og ruslidelse og integrasjon av atfførings- og behandlingsperspektivet?

Hedmark

I Hedmark har de tre prosjektansatte hovedansvaret for oppfølgingen av prosjektdeltakerne i det daglige. Dette setter hver prosjektansatt i en ansvarsfull og slitsom situasjon, og godt samarbeid i prosjektgruppen angis som en betingelse for å stå i dette arbeidet. Alle deltakerne i Hedmarkprosjektet har veileder i rusteamet ved NAV Hamar. Imidlertid har ruskonsulentene mange brukere hver, og det innebærer at de ikke har mulighet for tett oppfølging. Samarbeidet med rusteamet angis som godt, tatt i betraktning de begrensede ressurser teamet har. De prosjektansatte angir godt samarbeid i enkeltsaker med DPS Hamar. Også ansatte ved DPS beskriver samarbeidet som godt. Informantene sier at de lærer mye av hverandre og nevner flere eksempler på deltakere de ikke kunne hjulpet uten dette samarbeidet. En DPS-ansatt beskriver det slik:

”Jeg er inne i en sak, og vi samarbeider veldig godt. Med skam å melde hadde vi ikke klart å komme i posisjon i forhold til den pasienten og fått ham/henne inn til oppfølging eller utredning hvis det ikke hadde vært for X (prosjektmedarbeideren). Det har vært gjort forsøk tidligere, og det har gått dårlig. Slik samarbeid er jo sikkert personavhengig, og kjemien mellom X og meg er veldig bra”

Begge parter er opptatt av å være lett tilgjengelig for hverandre. Prosjektmedarbeiderne forteller at behandlerne ved DPS er til uvurderlig hjelp også når en deltaker må innlegges i sykehus. DPS-ansatte synes det er stor hjelp å ha støttespillere på gata og å ha en link og veiledning inn i NAV-systemet. I ett tilfelle ønsker deltakeren at oppfølgeren fra prosjektet skal være med på samtaler med psykologen, og dette oppleves nyttig for alle tre. Det påpekes imidlertid fra de ansatte både i prosjektet og ved DPS at dette samarbeidet er kommet i gang mer eller mindre tilfeldig, og at det baserer seg på kjennskap og forholdet mellom enkeltpersoner. Det er ikke noen avtale som ligger til grunn for samarbeidet, og det etterlyses et system for samarbeidet og noen prosedyrer som beskriver det.

DPS på Hamar har etablert et krisepsykiatrisk team som prosjektet deltar i. I tillegg deltar psykisk helseteam på Hamar og rusteamet i NAV Hamar. Andre instanser kan innkalles ved behov. Teamet møtes hver 14. dag. Her diskuteres samarbeid om enkeltbrukere, og de som møter, skal ha mandat til å fatte beslutninger.

Samarbeidet med legemiddelasistert rehabilitering (LAR) skjer gjennom deltakerens ansvarsgruppe, og ansvarlig for LAR Hedmark beskriver godt samarbeid med prosjektet om de brukerne der begge er inne.

Prosjektet i Hedmark har mye samarbeid med Kirkens Sosialtjeneste, og deltakerne i prosjektet har nyttiggjort seg flere av deres tilbud. Både de ansatte i prosjektet og i Kirkens Sosialtjeneste beskriver i intervjuene samarbeidet på praksisnivået som omfattende og godt, også etter at avtalen med Kirkens Sosialtjeneste som tiltaksarrangør ble sagt opp.

Oppland

Deltakerne i Opplandprosjektet følges opp av biveilederne fra Sør-Aurdal kommune, veilederne ved Kroken og en ansatt i ambulant team ved FPS, som har ansvaret for spesialisthelsetjenester til beboerne. Sammen med en representant for døgnavdelingen ved FPS utgjør de samarbeidsteamet i prosjektet.

I de første intervjuene og, fremfor alt, i fellesmøtene ved Fekjær psykiatriske senter formidler ulike informanter ulike syn på forholdet mellom behandling og attføring. FPS representerer behandlingsperspektivet, og herfra formidles en tanke om at behandlerne bør legge premissene for Mestringsveierprosjektet. Det hevdes at VKV påtar seg for stort ansvarsområde når de vil mene noe ikke bare om arbeid og aktivitet, men også om fritid, økonomi, om psykisk helse og om familie. Ansatte ved VKV synes tilsvarende at beholdersiden legger for mye av premissene for arbeidet, og at de ofte ikke tas med på råd når beslutninger tas. De understreker at når de driver attføring, skal de tenke hele mennesket, og det betyr at de forholder seg til alt de synes er relevant. Det nevnes noen eksempler på at veilederne på Kroken følte seg overkjørt av FPS i avgjørelser.

På praksisnivået forandret dette seg merkbart i prosjektperioden. Allerede høst 2010 har teamet som samarbeider om oppfølgingen etablert faste møter hver 14. dag samt ad hoc møter ved behov. På de faste møtene deltar én og én deltaker i den delen av møtet der vedkommendes sak diskuteres. En del av møtet gjennomføres uten deltakere. Det skrives referat fra møtene. Det har skjedd en betydelig utvikling i samarbeid i oppfølgingen av den enkelte deltaker, og samarbeidet beskrives som godt av alle. Det har vært en del uenighet, men mindre etter hvert. Gruppen diskuterer oppfølging av de enkelte deltakerne, og fagfolkene forteller at ulike meninger og perspektiver får komme til uttrykk innen en ramme av gjensidig respekt. To beskriver erfaringene slik:

”Vi har samarbeidet godt fra dag 1! Vi har funnet ut av ting i fellesskap. Når vi er uenige, er det innenfor en samarbeidsånd. Det har vært krevende å jobbe sånn, men jeg tror det mest krevende er at det er uvant. Etter hvert som vi blir vant til det, blir vi mer lydhøre. Vi har ikke den med ikke å tråkke i hverandres bed så mye lenger. Nå kan vi ta opp ting. Vi tåler godt å snakke kritisk til hverandre og en bemerkning om at man kunne gjort ting på en annen måte”.

”Jeg synes dette fungerer bra, er glad for at vi har fått utvikle oss; nå fungerer det på en helt annen måte enn til å begynne med. Vi oppdager stadig nye ting om oss selv og systemet. Nå er deltakerne med på møtene, og det fungerer godt. God opplevelse at det ikke var skummelt å inkludere dem”.

Også informanter som ikke sitter i samarbeidsgruppen forteller at de har endret tenkemåte gjennom prosjektsamarbeidet. En fra FPS sier:

”Det går noen lys oppå for meg der jeg ser at vi kanskje er for opptatt av dette med psykiatrien, og at hvis vi fokuserer mer på arbeid, så er vi med på å gjøre folk friske. Da trenger de ikke all den behandlinga. Jeg lærer mye av dette samarbeidet; hvordan man tenker forandrer seg etter som man ser hvordan ting går”.

Høst 2011 oppsummerte gruppen erfaringene med samarbeidet i et felles referat. Det er full enighet om at det har vært en særdeles positiv utvikling. FPSs utgangspunkt beskrives som fokus på behandling, at de var uvant med å tenke helhet og at de hadde en opplevelse av å ”eie” pasienten. VKV hadde fokus på arbeid/aktivitet og opplevde det utfordrende å ikke ha mulighet til å tenke helhet. De opplevde at manglende opplysninger fra Fekjær vanskeliggjorde arbeidet. I følge oppsummeringen opplever både Fekjær og VKV, når prosjektet går mot slutten, en felles forståelse av hva som virker for at pasient /deltaker skal oppleve mestring og utvikling, og de har en felles forståelse av betydningen av arbeidstreningen. I oppsummeringen beskrives videre at behandling, botrening og arbeid/aktivitet må virke sammen for å få til gode resultater. Regelmessige møter mellom behandler, biveileder og arbeidsveileder har, i følge møtereferatet, holdt gruppa sammen, og deltakerne har bedret og utviklet sin kommunikasjon. Det angis videre at aktivitetsfokus bør komme tidlig i behandlingen. Det påpekes også som viktig med god kontakt med næringslivet og at eksterne arbeidsgivere også følges opp av behandler. Det er viktig med fellesforståelse for når er det riktig å finne eksterne arbeidsgivere. Gruppa konkluderer i oppsummeringen med at Mestringsveier til arbeid er et topptungt prosjekt, at samarbeidet har fungert bedre på veiledernivå enn på ledernivå og at det er utfordrende å forholde seg til alle nivåene.

I Oppland dreier prosjektet seg først og fremst om unge mennesker på startstreken til voksenlivet og som trenger hjelp med å etablere et selvstendig liv. Deltakerne bor i overgangsboliger, og de som følger opp deltakerne, skal ikke beholde kontakten med dem etter utflytting. Det innebærer et planlagt brudd. Kontinuitet i overgangen tilstrebes ivaretatt ved at det raskest mulig etter innflytting etableres en ansvarsgruppe med representanter fra hjemstedskommunen. Det er godt dokumentert i litteraturen at "place-and-train" som attføringsmetode er å foretrekke framfor "train-and-place", men den midlertidige boformen medfører at det er problematisk å prøve ut individuell jobbstøtte/IPS som metode. Deltakerne får et omfattende tilbud med boveiledning i boligene, men det er usikkert om treningen i overgangsbolig har stor overføringsverdi til annen bolig andre steder (Glynn 2002). For eksempel får deltakerne ikke trent på hjemlige risikosituasjoner. Videre kan det være krevende for hjemstedskommunene å følge opp hjelpetilbudet på samme nivå. Det er opp til hjemstedskommunen å få det videre opplegget til å fungere, og det fortelles at det noen ganger er utfordrende å etablere et godt samarbeid med hjemstedskommunen.

Vestfold

I Vestfoldprosjektet ivaretas den daglige oppfølgingen av ansatte ved Basen. I perioder med høy turnover av oppfølgere på Basen, har samarbeidet vært utfordrende. Til tider har oppfølgerne hatt ulikt syn på attføring, og uten en overordnet leder har dette vært vanskelig å håndtere. Uklare ansvars- og styringsstrukturer med Fretex som tiltaksarrangør og arbeidsgiver for de ansatte på Basen og NAV Vestfold med prosjekteier og prosjektleder utgjør krevende rammebetingelser. Prosjektveilederen er den eneste som har hatt tilknytning til Basen gjennom hele prosjektet. I lange perioder har imidlertid samarbeidet inne på Basen vært godt, og det er gjort mye godt arbeid.

Eksterne samarbeidspartnere i Vestfoldprosjektet er først og fremst NAV Sandefjord, Sosialmedisinsk senter i Sandefjord kommune og DPS ved Psykiatrisk ungdomsteam/Ruspoliklinikk. Til tross for at samarbeidet tidligere ikke var formelt forankret på ledernivå angis det hele tiden å ha vært godt samarbeid mellom Basen og Sosialmedisinsk senter på praksisnivået. Både fra Basen og Sosialmedisinsk senter sies at samarbeid i enkeltsaker stort sett går bra; de greier å utfylle hverandre. Kompetanse og felles forståelse angis som viktig for å lykkes med samarbeidet. Av og til får Basen inn søknader for brukere som ikke passer fordi de trenger et aktivitetstilbud uten å ha ønske om å komme i arbeid eller at det er realistisk at de kommer i arbeid. Dette angis å henge igjen fra perioden med Dagsverket som et lavterskeltilbud. Også fra Sosialmedisinsk senter fortelles at samarbeidet er vanskeliggjort ved at prosjektet ble videreført fra Dagsverket og derved hadde en utfordrende start, men at dette problemet forsvant etter hvert. Prosjektveileder representerer NAV Sandefjord i samarbeidet. Hun er deltakernes kontakt inn i NAV og bisto i utgangspunktet med råd og veiledning om NAVs tiltak inne på Basen. Det opplyses at hun etter hvert ble saksbehandler ved NAV for alle deltakerne.

Basen jobber med å få på plass avtale med Sosialmedisinsk senter om formelle henvisningsrutiner. Mange deltakere trenger behandling på spesialisthelsetjenestenivå, og hensiktsmessige samarbeidsavtaler er viktig. Vår 2011 ble det opprettet et tverrfaglig samarbeidsteam med Sosialmedisinsk senter, Psykiatrisk ungdomsteam ved DPS, NAV Sandefjord ved veilednings- og oppfølgingslos (tidligere prosjektveileder), prosjektleder samt teamleder ved Basen. Teamet samarbeider om inntak av deltakere til Basen, medlemmene i teamet formidler deltakere fra egen enhet og forplikter egen enhet til å bidra i oppfølgingen. Videre gir teamet veiledning til oppfølgerne i enkeltsaker ved behov.

Individuell plan

Oppdragsgiver ønsker at evalueringen skal omfatte bruk av individuell plan (IP). Fra 1.7.2001 fikk personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til en individuell plan. Planen skal bidra til at tjenestetilbudet bygger på brukermedvirkning og blir individuelt tilpasset og koordinert. Vi har spurt etter bruk av IP i alle prosjektene, og i alle svarene at det brukes.

Alle deltakerne i Hedmarkprosjektet har IP, men den nevnes knapt før vi spør. Slik plan tilskrives liten nytte av mange informanter. "En plan skaffer ikke flere folk", sies det. En DPS-ansatt sier at de pleier å skrive en IP i starten, men at de er dårlige til å rullere den. Flere beskriver det som meningsløst når IP

utarbeides for å kunne krysse av for ”oppdrag utført”. Flere deltakere forteller at de har IP, men ingen legger avgjørende vekt på den.

Det fortelles at alle beboerne i Fekjær overgangsboliger har med sin individuelle plan fra døgnavdelingen. Hverken boveilederne eller veilederne på Kroken var tidligere involvert i planarbeidet og fikk heller ikke tilgang til planen, men disse rutinene er under endring.

I Vestfold er det et mål at alle deltakerne skal ha sin plan med mål for deltakelsen i Mestringsveiprojektet og beskrivelse av hva som skal være henholdsvis deltakers og oppfølgers ansvar.

I sitt doktorgradsarbeid har Gunnar Vold Hansen (2007) studert bruk av IP i kommunalt psykisk helsearbeid. Han påpeker at forutsetningene om at klare mål og behov skal kunne konkretiseres i bestemte tiltak i en individuell plan, møter utfordringer i psykisk helsearbeid, et felt som er preget av uklarhet og tvetydighet. Resultatene viser at den individuelle planen i begrenset grad bidrar til brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenestene. De viktigste begrensningene er tjenesteyternes manglende tiltaksrepertoar og økonomiske og organisatoriske begrensninger i kommunen (ibid). Det er rimelig å tenke seg at slike forhold også gjør seg gjeldende i disse prosjektene.

Ansvarsgruppe

Deltakerne i Hedmarkprosjektet har ansvarsgruppe, men det fortelles at den ikke alltid fungerer etter intensjonen. Den fungerer gjerne best på møtene, mens det ofte ikke er noen samhandling mellom møtene. Får man ikke gjort det som er sagt på ansvarsgruppemøtet, blir det ikke gjort før neste møte. Møtene går stort sett med til å fortelle hva som har skjedd siden sist. Noen møter beskrives imidlertid som å fungere godt, gjerne hvis deltakeren er kommet litt lenger i prosessen, samarbeidet er kommet godt i gang og deltakeren selv kan styre. Hvis brukeres situasjon er kaotisk, er det vanskelig å få til en godt fungerende ansvarsgruppe. En deltaker forteller i intervju at han/hun ikke orker å være til stede med så mange mennesker. Også Vold Hansen (2007) finner at ansvarsgruppe fungerer best for de pasientene som ”er i god utvikling”.

I Oppland legges mye vekt på arbeid i ansvarsgruppe, og dette spørsmålet tas opp ved innleggelse i døgnavdelingen. Mange har ansvarsgruppe ved innleggelse, men hvis de ikke har, tar sosionom/pasientens primærkontakt initiativet til å opprette en gruppe. Ved flytting til Fekjærtunet overtar ambulanseteam/poliklinikken ansvaret for å organisere samarbeidet, men det tilstrebes at representant fra hjemstedskommunene er koordinator for gruppa. Videre deltar boveileder, veilederne ved Kroken og NAV Sør-Aurdal ved behov, i tillegg til deltakeren og eventuelt pårørende. Det tilstrebes to møter per halvår. Det fortelles at det blir mer og mer vanlig med videomøter.

Koordinator i ansvarsgruppa for deltakerne i Vestfold er enten oppfølger ved Basen eller ruskonsulent ved Sosialmedisinsk senter. Koordinering innebærer å finne ut hva folk trenger bistand til, som bolig, helse osv., og å bidra til å få kontakt med de rette instansene. Samarbeidspartnere trekkes inn etter behov. For noen brukere gjennomføres ansvarsgruppemøter hver 14. dag eller 1/måned, for dem som er kommet lengst kanskje to ganger i halvåret. En informant fra Sosialmedisinsk senter sier:

”Tilbudet i Basen er en del av en helhet. I ansvarsgruppe har man ulike roller. Jeg er ofte koordinator og henviser til ulike instanser, men jeg er avhengig av innspill fra dem som ser brukerne hver dag og ser hva de sliter med i praksis. Jeg ”samler symptomene” og vurderer og henviser eventuelt videre. Når de har fått en diagnose, kan jeg gi råd om hva de bør ta hensyn til i praksis”.

7.2 Samarbeid på høyere nivå

Oppland

Mestringsveier til arbeid i Oppland er organisatorisk knyttet til Fekjær psykiatriske senter, og prosjektet har samme organisering som Fekjærtunet overgangsboliger. Prosjektet eies og koordineres av FPS, mens fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse har det faglige ansvaret for prosjektet. Opplandprosjektet er det eneste prosjektet der spesialisthelsetjenesten er formelt inne på ledernivå. NAV er involvert i prosjektet gjennom NAV Sør-Aurdal, som har saksbehandleransvar for alle deltakerne, og NAV Valdres, som sitter i ledergruppen for prosjektet.

I fellesmøtene på Fekjær, både i mai og oktober 2010, beskrives, som nevnt, ulike meninger om balansen mellom behandling og attføring, og det antydes også at ulike perspektiver skaper samarbeidsvansker. Dette står i kontrast til informasjonen fra aktører på praksisnivået som beskriver det daglige samarbeidet i oppfølgingen som meget godt. Når det har forekommet uenighet, er dette alltid blitt løst i samarbeidsgruppen uten konflikter.

Flere informanter forteller at det er litt uklare styringslinjer mellom nivåene i Opplandprosjektet. Tjenesteveien for de ulike aktørene på individnivået er til den enkeltes leder (på ledernivået i Fekjærorganisasjonen). Saker som ikke kan løses på individnivået, løftes opp til ledernivået, som eventuelt kan løfte det videre. Det er imidlertid uklart hvilke myndighet de øverste nivåene har til å gripe direkte inn i prosjektets individrettede arbeid på praksisnivået. Fra praksisnivået fortelles at det har forekommet at det fra toppen er blitt tatt avgjørelser om oppfølging av prosjektdeltakere. For eksempel ble to deltakere tatt ut fra Kroken og reinnlagt i døgnavdelingen uten at det ble drøftet med de involverte fagfolkene i Mestringsveierprosjektet.

Fra overordnet nivå ved Sykehuset Innlandet påpekes at det må være en overbygning og styring av prosjektet, og den er helt klart definert på Fekjær, fordi det som styrer dette er en behandlingsbit. Fra overordnet perspektiv i NAV påpekes tilsvarende at attføringsperspektivet nok har vært litt marginalisert i dette prosjektet, og at det har vært nødvendig med lange runder for å diskutere dette. Flere NAV-ansatte påpeker at i utgangspunktet var arbeidsbiten bare en liten flik av prosjektet, men høst 2010 beskrives mer balanse mellom behandling og attføring. En representant for NAV sier:

”Det er viktig at de ser at vi går inn med en del penger i form av plasser. Det gagnar ikke prosjektet hvis samarbeidet ikke er likeverdig. Behandling og attføringen må gå parallelt. Behandlerne har ikke hatt det synet, men dette har endret seg i den tiden prosjektet har pågått”.

Spesielt for Opplandprosjektet er samarbeidet mellom FPS og beboernes hjemstedskommuner. Det understrekes fra FPS at nøkkelen til suksess er hva som skjer i overgangsboligene, men at det er de sårbare overgangsfasene som er utfordringene. Samarbeidet med hjemstedskommunene pekes på som avgjørende viktig. Sør-Aurdal kommune yter tjenester til beboerne i overgangsboligene og skal ha sine utgifter refundert fra deres hjemstedskommuner. Beboerne har sine trygdeytelser, pt. har alle arbeidsavklaringspenger. I tillegg trenger de supplerende sosialhjelp og bostøtte som hjemstedskommunene refunderer. Sør-Aurdal kommune har ansvaret for å inngå avtaler med beboernes hjemstedskommuner om utgiftsdekking, og kommunens kontaktperson strever med å få til avtaler. I en prøveperiode høst 2011 valgte kommunen å følge én standard, slik at alle fikk samme enkeltvedtak: seks timer boveiledning og tre timer støttekontakt/uke. Man valgte imidlertid å gå bort fra dette og til å fatte individuelle vedtak på bakgrunn av opplysninger gitt fra døgnenheten (spesialisthelsetjenesten).

Mange hjemstedskommuner synes dette tilbudet er for dyrt, og flere sier de har tilstrekkelig tilbud selv. Per august 2011 var to boliger bebodd, men fra oktober 2011 har alle leilighetene vært i bruk. Det har vært svingninger i belegget hele tiden, og i perioder vanskelig å rekruttere beboere. Intervjuede representanter for

tre hjemstedskommuner synes alle at tilbudet er svært dyrt og påpeker at husleia ligger langt over det som ellers er NAVs normer. Én hadde ikke akseptert tilbudet. To av informantene synes at brukerne får mye hjelp i boligene, og at denne må trappes ned før utskriving hvis kommunene skal ha mulighet til å videreføre tilbudet. En informant forteller at dette var akkurat det riktige tilbudet for deres bruker, og sier at brukerens situasjon ble godt avklart gjennom en grundig utredning, psykisk og arbeidsmessig. En annen informant mener at tilbudet ikke er så bra for personer med alvorlige psykiske vansker fordi overgangen fra overgangsboligen blir svært stor og at det deltakeren har lært i boligen ikke nødvendigvis har overføringsverdi til ny bolig.

Hedmark

I Hedmarkprosjektet ble det gjort forsøk på å få til en samarbeidsavtale med DPS på ledernivå. Det lyktes ikke. DPS opplever at de kom alt for sent inn i prosjektet og at for mange premisser var lagt da de ble invitert inn. Målgruppen var allerede definert og deltakere tatt inn, og dette var ikke nødvendigvis sammenfallende med deres prioriteringer. Ikke desto mindre oppfatter DPS prosjektet som godt for å møte denne gruppen, som faller utenom alle stoler. Prosjektmedarbeiderne er heller ikke sikre på at en slik samarbeidsavtale er tilstrekkelig til å sikre samarbeidet på individnivå, i det den nødvendigvis må være mer generell.

I Hedmark er det opprettet en ressursgruppe knyttet til prosjektet, med følgende medlemmer: Representanter fra Mental Helse, Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon, Fylkesmannen i Hedmark, Stange kommune psykisk helsetjeneste, Hamar kommune psykisk helsetjeneste, NAV Stange, NAV Hamar, DPS Hamar, Kirkens Sosialtjeneste, Kompetansesenter for rus øst og Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose. Videre deltar fylkeskoordinatorer for arbeid og psykisk helse og alle de ansatte i prosjektet. Ressursgruppa møtes to ganger per år. Planen var å diskutere samarbeidsrutiner, men man har i stedet bestemt å ta opp ulike temaer. Ett møte var f.eks. viet Nasjonale faglige retningslinjer for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser. Videre har prosjektleder siden vår 2011 deltatt i K8-samarbeidet, et samarbeidsnettverk av åtte Hedmarkskommuner der oppfølging av brukere med samtidig psykiske vansker og rusproblemer er ett satsingsområde.

Vestfold

I Vestfold har det gjennom hele prosjektet vært mangelfullt samarbeid på overordnet nivå. Mange informanter fremhever at det unike ved prosjektet i Vestfold er at det i utgangspunktet var et samarbeidsprosjekt mellom kommunale tjenester og NAV og påpeker at det er desto mer trist at dette samarbeidet ikke lyktes. En NAV-ansatt sier:

”Jeg tenker at det er kommunen som er viktig samarbeidspartner for NAV. Selv om brukerne har en behandler på spesialistnivå, så er det kommunene som har den jevnlig kontakten og som kjenner brukeren. Det viktigste er å få på plass det lokale samarbeidet mellom NAV og psykisk helse-rus i kommunen. Det tror jeg bør formaliseres. Det er jo de samme folk vi sitter med, det er bare tull å fortsette sånn. Selv om du lager en mastodontorganisasjon som NAV, unngår du ikke bruddene, det er vel heller verre”.

En lang periode var det intet formelt samarbeid på overordnet nivå mellom Sandefjord kommune og NAV om Vestfoldprosjektet, men vår 2011 ble styringsgruppen etablert.

7.3 En samarbeidsmodell for integrering av behandlings- og attføringsperspektivet?

I Mestringsveierprosjektet rettes spesiell oppmerksomhet mot samarbeid og samordning for personer med behov for integrert behandling av den psykiske lidelsen og rusproblemet og mot integrasjon av behandlings- og attføringsperspektivet, det vil si å utvikle kunnskap om samarbeid og samarbeidsformer som er hensiktsmessig i oppfølging av deltakerne. I Hedmarkprosjektet er det blitt tydelig, både gjennom prosjektarbeidet og ut fra deltakernes tidligere erfaringer, at når man ikke får til et godt samarbeid, så blir det mye brannsløkkingstiltak i stedet for å tenke langsiktig. Det påpekes av informanter i alle prosjektene at

kommunene, NAV og spesialisthelsetjenesten uansett har ansvaret for personene, og at dårlig samarbeid rammer alle. Det snakkes mye om problemer med akuttinnleggelse og "akutte" utskrivinger der ting ikke er tilrettelagt før hjemkomst, noe som resulterer i snarlig behov for ny innleggelse. En slik "runddans" hjelper ikke deltakeren og er dårlig bruk av ressurser. Og det snakkes om innleggelse i rusinstitusjon uten behandling for psykiske vanker og innleggelse i døgnavdeling psykisk helsevern uten at ruslidelsen behandles. I Hedmarkprosjektet er det gjort mange slike erfaringer, og mange har reflektert over hva samarbeidet bør være og hvordan det bør struktureres. Det beskrives eksempler på veldig godt samarbeid mellom DPS og prosjektet på praksisnivået:

"Når jeg føler at ting butter, og min kompetanse kommer til kort, kan jeg ringe X på DPS og få veiledning av han, det funker. Men det hadde vært enda bedre å ha et team å diskutere med, ikke minst fordi det ikke krever at man har opparbeidet en relasjon til en bestemt behandler".

Imidlertid påpeker begge parter at det aktuelle samarbeidet er avhengig av den enkelte behandler ved DPS fordi det ikke er etablert faste samarbeidsrutiner. De ansatte i prosjektet ønsker at noen bestemte personer i behandlingssystemet kan være klare til å samarbeide.

Teamet som samarbeider om oppfølgingen på praksisnivået i Opplandprosjektet, har gode erfaringer med samarbeidet. De har greid å integrere de ulike perspektivene og utvikle en felles forståelse. Teamet videreføres etter prosjektavslutning. I Vestfold har de også god erfaring med samarbeidsteamet som ble opprettet før sommeren, og det fortelles at det videreføres i 2012.

I løpet av Mestringsveierprosjektet fremkommer forslag om at samarbeidet om den aktuelle brukergruppen organiseres i et tverretattlig og tverrfaglig team. Det ser ut til at når hjelperne organiserer samarbeidet i team, blir resultatene bedre enn når det organiseres på andre måter (Jacobsen 2005, 2010, Becker 2005). Informantene understreker at teamet må være tverrfaglig og tverretattlig, og som deltakere foreslås f.eks. representanter fra spesialisthelsetjenesten, fra NAV og fra kommunen(e). Teamets oppgave bør være å diskutere hvem som har hovedansvaret for brukeren og hvem som tar de ulike oppgavene. Det påpekes at noen ganger kreves samarbeid på timen, da må noen stå klare. Et team må kunne imøtekomme dette behovet, enten ved at deltakerne selv trår til eller at de utpeker ansvarlige som tar oppgaven. Det hevdes fra flere at betydningen av samhandlingsarenaer er undervurdert. Samarbeid krever at man snakker sammen, og det tar tid. Arenaene må finnes, og tiden må finnes. En DPS-ansatt trekker fram samtidighet som et nøkkelbegrep. Tiltakene skal settes inn koordinert, det krever at hjelperne er på banen samtidig, og et tverrfaglig team kan ivareta denne samtidigheten. Ansatte i Hedmarkprosjektet snakker om at når de følger opp deltakerne i prosjektet, har de andre hjelpere lett for å trekke seg, og dette gjør samarbeid vanskelig. Det innebærer at når en krise oppstår, tar det tid å samle folk og etablere hjelpen, og derved blir nedturen mer alvorlig enn nødvendig. Når deltakerne i Hedmark sitter i fengsel eller er innlagt i institusjon, følger de prosjektansatte dem opp hele tiden for å ivareta kontinuiteten i arbeidet som er påbegynt og for å kunne legge best mulig til rette for hjemkomsten. Basistingene som bolig, økonomi og meningsfulle aktiviteter må være på plass hvis innleggelsen skal være til nytte. Utskrivings- eller løslatelsessituasjoner angis å være gode situasjoner for å skape endring. Svært mange informanter mener at det er hensiktsmessig å organisere arbeidet om denne brukergruppen i tverrfaglig team, men det er ulike meninger om hvor teamet bør forankres. Flere mener det bør forankres i helsevesenet fordi psykiske vansker utgjør så grunnleggende vansker hos brukerne, trolig helst ved DPS. Andre argumenterer for å forankre teamet i NAV fordi det er her det er fokus på arbeid og fordi ytelsene finnes her. En sier:

"Samtidig har NAV ansvar for tiltak og ytelser, arbeidsmarkedskompetanse og atfføringsblikket. Uten denne kompetansen blir det pasienter. Det handler om å redusere pasient-jeget og styrke arbeidskarriere-jeget, å bruke arbeid som behandling".

Motargument er at NAV har for liten kapasitet og for lite kunnskap om psykiske lidelser. Et slikt team må ha en forankring som sikrer at brukerne har behandlere rundt seg. Uansett må de ulike etater forplikte seg til å

delta i det praktiske arbeidet og ha mandat til å allokere folk fra egen enhet. Da er det kanskje ikke så viktig hvor temaet er organisatorisk forankret.

7.4 Oppsummering

I alle fylkene har de som fulgte opp deltakerne i praksis erfart at det var nødvendig med tverrfaglig samarbeid om den enkelte deltaker, og i alle prosjektene har de involverte utviklet godt samarbeid på praksisnivået. Både i Oppland og Vestfold ble det etablert en fast samarbeidsgruppe som videreføres etter prosjektslutt. I Oppland hadde prosjektet spesielt gode rammebetingelser for utviklingen av tverrfaglig samarbeid i oppfølgingen fordi oppfølgerne var til stede på samme arena samtidig. Informantene i Oppland gir en god beskrivelse av hvordan dette samarbeidet utviklet seg fra at behandlerne og behandlingsperspektivet ville legge premissene for samarbeidet om oppfølgingen til et samarbeid basert på likeverd og gjensidig respekt der de ulike perspektiv vektlegges. Et problem i Oppland er imidlertid at oppfølgerne ikke kan følge deltakerne etter at de flytter ut av overgangsboligene, og at utflyttingen derved innebærer "brudd". I Hedmark utviklet de prosjektansatte først og fremst samarbeid med DPS. Dette fungerte godt, men det påpekes at samarbeidet er personavhengig og at det ikke finnes noe system for samarbeidet eller beskrivelse av samarbeidsprosedyrer. I alle prosjektene brukes individuell plan, men nytten av en slik angis å være varierende. Samarbeidet om oppfølgingen er organisert i ansvarsgruppe rundt deltakerne, og erfaringene med denne arbeidsformen er også varierende.

Ingen av prosjektene greide å forankre på overordnet nivå det gode samarbeidet som ble etablert på praksisnivået. Etter vår vurdering er slik forankring helt nødvendig for å sikre samarbeidet over tid. I løpet av Mestringsveierprosjektet fremkommer forslag om at samarbeidet om den aktuelle brukergruppen bør organiseres i et tverretatlig og tverrfaglig team. Teamets oppgave bør være å diskutere hvem som har hovedansvaret for brukeren og hvem som tar de ulike oppgavene. Det påpekes at noen ganger kreves samarbeid på timen, da må noen stå klare. Et team må kunne imøtekomme dette behovet, enten ved at deltakerne selv trår til eller at de utpeker ansvarlige som tar oppgaven. Samarbeid krever at man snakker sammen, og det tar tid. Arenaene må finnes, og tiden må finnes. Samtidig er et nøkkelbegrep. Tiltakene skal settes inn koordinert, noe som krever at hjelperne er på banen samtidig og at samarbeidet organiseres i nettverk i stedet for kjede. Et tverrfaglig team kan ivareta denne samtidigheten. De ulike etater må forplikte seg til å delta i det praktiske arbeidet og ha mandat til å allokere folk fra egen enhet.

8 Diskusjon og anbefalinger

Målet med Mestringsveierprosjektene var å utvikle en oppfølgingsmetode for å bistå mennesker med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusmisbruk i å komme i arbeid/aktivitet samt å finne en hensiktsmessig måte å organisere samarbeidet på. Prosjektene i de tre fylkene er ulike med hensyn til organisatorisk plassering, utforming og deltakere. Det gir mulighet for å utforske ulike utfordringer innen ulike kontekster, og ikke minst gir det kunnskap om viktige betingelser som ser ut til å måtte være til stede i alle prosjektene, tross ulikheter. At prosjektene har ulike deltakergrupper har den fordel at det høstes erfaringer med et bredt spekter av brukere og at ulike gruppers erfaringer og behov kan synliggjøres. I dette kapittelet vil vi innledningsvis oppsummere deltakernes nytte av Mestringsveier til arbeid. Deretter vil vi trekke fram noen viktige aspekter ved oppfølgingsmetoden og ved samarbeidet med og om deltakerne.

8.1 Det nytter å hjelpe personer med samtidig psykiske vansker og rusproblemer

Et hovedfunn i evalueringen er at det nytter å hjelpe brukere med samtidig psykiske vansker og rusproblemer. Resultatene fra de tre prosjektene tydeliggjør at selv deltakerne med mest vansker har nytte av oppfølgingen. Når deltakerne i Hedmarkprosjektet får tett og kompetent oppfølging, greier mange seg bedre. Alle de 11 som fullførte prosjektet har fått en mer stabil tilværelse og er i gode løp mot å få et bedre liv. Flere har prøvd seg i jobb og greid seg i perioder. For mange trengs stabilisering og rehabilitering i første omgang, men for enkelte har det også vært aktuelt å tenke atføring og ordinært arbeid innen prosjektperioden. Deltakerne i de andre prosjektene har i større grad kommet i arbeid eller arbeidspraksis. Mange deltakere i Vestfold har fått ordinært arbeid, arbeidspraksis, lærlingeplass eller er i god gang med utdanning. Både i Oppland og Vestfold er det eksempler på deltakere som har lyktes godt med å komme i arbeid. Fagfolkene forteller i intervju at flere deltakere de på forhånd trodde hadde svært liten sjans til å komme i arbeid, faktisk har fått ordinær jobb.

Et viktig poeng er at svært mange deltakere forteller at de har redusert rusbruket betraktelig. Videre forteller deltakere som ikke har kommet i jobb, om en mer strukturert hverdag, og et mye bedre liv. Faste, meningsfulle aktiviteter verdsettes høyt. De fleste snakker om ordinært arbeid som mål på lengre sikt.

Enkelte deltakere vurderes på grunnlag av grundig utredning til ikke å ha mulighet til å greie ordinært arbeid, i alle fall ikke i overskuelig framtid, og har søkt/fått innvilget uførepensjon. Dette er viktig avklaring, både for å gi deltakeren ro og for å spare NAVs ressurser i form av nye utredninger og atføringsforsøk.

Resultat fra Mestringsveierprosjektet - at også deltakere med betydelige psykiske vansker og store rusproblemer har nytte av oppfølgingen de har fått i prosjektet - bør etter SINTEFs mening få betydning i vurderingen av om det skal være rom for å bistå denne gruppen på veien til arbeid og aktivitet innen NAV. Veien fram til ordinært arbeid kan være lang for mange, men studien kan ikke si noe om hvor mange som kan komme i jobb med oppfølging over lengre tid. Det påpekes i studien at det er svært vanskelig å si på forhånd hvem som kan nyttiggjøre seg oppfølgingstilbudet og greier å komme i ordinært arbeid. Å ekskludere brukere eller avslutte oppfølgingen for tidlig, kan derfor medføre at noen som kunne kommet i arbeid, ikke gjør det. Det hevdes at når brukerne har så mye vansker som noen av deltakerne hadde, er det kommunens ansvar å skaffe dem arbeids-/aktivitetstilbud. Ut fra tidligere erfaring med train-and-place som atføringsmetode, er det sannsynlig at dette ville redusere muligheten for ordinært arbeid. For å oppnå ordinært arbeid, er det sannsynligvis en betingelse at dette er målet fra starten av atføringsløpet.

Såpass tett oppfølging som disse deltakerne fikk, gir også mulighet for en grundig avklaring. Konklusjonen at en bruker ikke kan mestre ordinært arbeid, er også viktig og innebærer god ressursutnyttelse.

Etter vår vurdering er det rimelig å anta at det vil være samfunnsøkonomisk svært lønnsomt å gi denne målgruppen tett og langvarig oppfølging for å bistå dem i å komme i arbeid eller annen aktivitet.

8.2 Relasjonen - betydningen av møtet mellom hjelper og deltaker

Et annet hovedfunn i evalueringen er at i alle de tre prosjektene finnes de samme aspektene ved oppfølgingen som avgjørende viktig for deltakernes utbytte. Deltakerne vektlegger trygghet, tillit til oppfølgerne og opplevelsen av å bli respektert og verdsatt. Flere snakker om at det er så fint å kunne være ærlig. Det deltakerne snakker om, er at det personlige møtet mellom oppfølger og den som følges opp er av avgjørende betydning. Mestringsveier til arbeid i Finnmark viser liknende resultater (NAV Finnmark 2011).

Det betyr at en god oppfølgingsmetode for personer med samtidig psykiske vansker og rusavhengighet først og fremst dreier seg om å bygge en relasjon basert på tillit, respekt og anerkjennelse mellom hjelper og den som skal hjelpes. En fersk kunnskapsoppsummering om behandling av denne pasientgruppen er basert på en gjennomgang av 24 oversiktsartikler og 43 kliniske studier (Kelly 2012). Forfatterne trekker her fram den terapeutiske allianse som det essensielle i og forutsetningen for en behandlingsprosess. Det understrekes at starten på å planlegge en oppfølging er å etablere samarbeidet mellom behandler og pasient, fordi dette er grunnlaget for endringsprosessene. Oppsummeringen konkluderer med at i rusbehandling finnes en direkte sammenheng mellom pasient-behandler-relasjonen og behandlingsresultatet (ibid). Det kan av resultatene fra Mestringsveierprosjektet se ut til at det er mer krevende for begge parter å etablere en god relasjon jo større vansker brukerne har. Det har sannsynligvis sammenheng med at mange personer med store rusproblemer har opplevde mange og alvorlige relasjonsbrudd tidligere. Litteraturen dokumenterer høy forekomst av mishandling, overgrep og omsorgssvikt i barndommen hos personer med alvorlig rusmisbruk. Da vil det være krevende og ta tid å bygge tillit, og det betinger at hjelperen respekterer og anerkjenner den vedkommende skal hjelpe. Det er viktig at det er de samme hjelperne over lang nok tid, slik at deltakeren får den tilknytningen som trengs. Å formidle en anerkjennende holdning er krevende, og mer krevende dess mer forskjellig den andre er fra en selv, f.eks. hvis den andre har en annen forståelse av verden enn man har selv, som man kan ha ved psykose. Hjelperens kompetanse og egen trygghet er avgjørende viktig. Psykolog Anne-Lise Løvlie Schibbye beskriver anerkjennelse som en grunnleggende respekt for den andres opplevelsesmessige perspektiv og argumenterer for at hjelperens anerkjennelse kan skape en endring hos brukeren (Schibbye 2004). Hun beskriver hvordan en anerkjennende holdning kan komme til uttrykk i samhandling, og hennes beskrivelser kan være til god hjelp i praktisk arbeid. En anerkjennende holdning kan i følge Schibbye komme til uttrykk som lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse. Dette er uttrykk som samsvarer godt med deltakernes beskrivelser av hva som var viktig for dem i Mestringsveierprosjektene. Et hovedpoeng er å spørre brukeren – hva er viktig i hans/hennes liv? De som følger opp deltakerne, forteller at bruk av motiverende intervju med åpne spørsmål og aktiv lytting er egnet til å etablere en god relasjon. Kelly (2012) refererer til en rekke studier som viser at dette er en god metode for relasjonsbygging og understreker at metoden baserer seg på likeverd mellom hjelper og den som hjelpes, at den innebærer en ikke-fordømmende og ikke-truende holdning der selvbestemmelse er et viktig element i behandlingen.

Det spesielle ved rusmisbruk

Mange påpeker i intervjuene det spesielle ved rusmisbrukere og nevner forhold som det er viktig å ta hensyn til i oppfølgingen, f.eks. at mange sannsynligvis er traumatisert tidligere i livet. Mange trekker også fram samfunnets holdning til rus og hevder at det fortsatt er knyttet betydelig stigma til rusmisbrukere, noe litteraturen bekrefter (Todd 2002, Adams 2008, Western 2011). Dette kan gjøre rusmisbrukere spesielt sårbare og medføre at avvisning og diskriminering lett kan oppleves som retraumatisering.

Sverre Nesvåg minner om rusens mange funksjoner: Time out, ritual og symbol, alibi, slippe hemninger, bedre kommunikasjon, endre sanseinntrykk, skape distanse, skape nærhet, vise følelser, regulere selvfølelse,

gir godt humør, smertelindring (psykisk og fysisk), dempe abstinens (Nesvåg 2012). Dette bør utforskes og tas hensyn til i oppfølgingen av den enkelte bruker.

I en artikkel fra 2005 oppsummerer erfarne klinikere sine erfaringer med atferdsarbeid for personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk (Becker 2005). De skriver at en stabil recovery-prosess har nær sammenheng med fire hovedtyper av støttende faktorer: Avgjørende er en tillitsfull relasjon til en behandler som kan hjelpe med begge lidelsene. Videre påpekes en stabil, trygg og rusfri bolig, et sosialt nettverk av ikke-misbrukere og meningsfull daglig aktivitet som arbeid. Med alle disse fire faktorene på plass angis gode muligheter for å lykkes (ibid). Forfatterne understreker at disse brukerne kan ha vært lenge uten arbeid, og at mange hjelpere kan ha hatt liten tro på at de skal kunne komme i arbeid. De trekker først og fremst fram som et hovedpoeng å formidle håp til brukerne. Mange rusmisbrukere synes det kan være utfordrende å ha mye penger, og det anbefales å drøfte hjelp til økonomistyring med brukeren. Videre understreker forfatterne at kunnskap om rusmisbruk må inkluderes i teamets tenkning når de skal hjelpe en bruker å komme i arbeid (ibid). Det innebærer for eksempel å kjenne til hvor arbeidssøkeren er i sin rusrehabiliteringsprosess, hva slags opplegg det finnes for å forebygge "sprekker", hvordan vedkommendes rusmisbruksprofil er, hva som trigger rusing osv. Jobben vedkommende velger, bør understøtte vedkommendes sykdomshåndtering og recovery-prosess, og jobb som motvirker dette, bør frarådes. Det understrekes i artikkelen at behandlingen for den psykiske lidelsen, ruslidelsen og atferdshjelpen må integreres, og at samarbeidet bør organiseres i team (ibid). Integrasjon beskrives som at atferdsspesialisten forstår personens misbruk og stadier i recovery-prosessen, og at behandlerne understøtter personenes atferdsprosess og anerkjenner betydningen av arbeid. Det understrekes at teamet må holde kontakten med brukerne ved "sprekker" og andre frafall. Det anbefales at brukerne gis mulighet for en gradvis tilvenning til arbeidslivet ved å begynne noen timer per uke og øke gradvis.

Mange informanter i Mestringsveierprosjektene understreker at "sprekker" er regelen og ikke unntak for rusmisbrukere. Hjelpetiltaket må ta høyde for dette, og behandlerne/oppfølgere må jobbe målrettet for at "sprekkene" skal bli sjeldnere og kortere. Oppfølgerne bør drøfte dette med brukerne, diskutere hva som trigger "sprekk" og avtale tiltak. Ikke minst er det viktig å rette oppmerksomhet mot framgang, mot alle de dagene han/hun ikke har hatt en "sprekk" eller at "sprekker" blir sjeldnere og varer kortere enn tidligere.

Det vanlige gjelder også rusmisbrukere

Samtidig med å ta hensyn til det spesielle ved rusmisbrukere, argumenterer mange i intervjuene for å avmystifisere rus, alminneliggjøre rusmisbrukere og rette oppmerksomheten mot det "vanlige", mot aspekter ved livet som er viktig for alle mennesker. Mange trenger for eksempel hjelp til bolig, økonomi, venner osv.

Astrid Skatvedt har gjennomført sitt doktorgradsarbeid ved en behandlingsinstitusjon for rusmisbrukere og intervjuet beboerne der. I avhandlingen med tittelen "Alminnelighetens potensial, en sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring" (Skatvedt 2009) retter hun oppmerksomheten mot hvordan situasjoner som i utgangspunktet virker dagligdagse og ubetydelige kan berøre de involverte følelsesmessig på en slik måte at de kan endre synet på seg selv. Hun hevder at det kan ligge potensial for endring i hverdagslig samvær. Dette er situasjoner der klienten opplever å bli sett som alminnelig. Å bli møtt som en alminnelig person i motsetning til som en rusmisbruker ser ut til å være et viktig element i en terapeutisk prosess der klientene beveger seg fra kun å se seg selv som avviker til å få et selvbylde som også "normale" og verdige personer.

I Mestringsveierprosjektene kunne slike alminnelige situasjoner benyttes til alminneliggjøring i det sosiale samværet på Basen og Kroken, og når prosjektmedarbeiderne i Hedmark trente sammen med deltakerne eller hjalp dem å flytte.

SINTEFs råd er å legge stor vekt på kunnskapen fra prosjektene og forskningslitteraturen om betydning av relasjonen i videreutvikling av tilbudet til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk. Å etablere en god relasjon til brukeren handler mye om hjelperens personlige egnethet og relasjonskompetanse. Mye av dette kan læres og oppøves, men det betinger at dette gis oppmerksomhet og vektlegges i praksis, dvs. at

oppfølgeren har tilstrekkelig tid til kontakt med brukeren, at det gis veiledning og at det er tid og rom for refleksjon. Dette er av stor betydning når det gjelder å beholde ansatte og bidrar derved til å legge til rette for at de(n) samme oppfølgeren(ne) kan følge brukerne over tid.

8.3 Utilstrekkelig tilbud, mangelfullt samarbeid og "brudd"

Litteraturen beskriver behandlings- og oppfølgingstilbudet til mennesker med samtidig psykiske vansker og rusmisbruk som utilstrekkelig, med utbredt mangel på samarbeid og med mange "brudd" i behandlingsskjeden. Norge er intet unntak.

Deltakerne i Hedmark-prosjektet har betydelige vansker og har trolig kommet inn i prosjektet som en gruppe ingen andre hadde tilbud til. I følge informanter i Hedmark ville de ikke fått tilbud fra NAV uten prosjektet. Deltakerne trenger tett oppfølging av mange hjelpere der tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å lykkes, og disse deltakerne er derfor godt egnet til å illustrere mangler i tilbudene, inkludert mangler i samarbeidet. Først og fremst dreier manglene seg om for lite ressurser. De prosjektansatte forteller at de møter begrensende rammebetingelser hele tiden. Å utvikle en god relasjon krever tid. Rusteamet har ikke den tiden, DPS har for mange pasienter, ambulant team har ikke tilstrekkelig ressurser, og det finnes ikke nok institusjonsplasser. En prosjektansatt sier:

"Det er et morsomt og spennende prosjekt, men det går i bølger. Det er tungt at vi må skrape på mange dører og selge inn veldig tungt for i det hele tatt å få folk til å bry seg om den gruppa vi jobber med! Det er ikke lagt til rette for dem i noen leir. Vi er tett på brukerne i det daglige og kjenner deres frustrasjon over ikke å komme seg videre, ikke bli trodd og ikke få gjennomslag for noe. Det gjør oss slitne og leie innimellom. Det er trist. Jeg ser det jo som et viktig funn, vi ser jo hindringene og at det ikke fungerer, men ser også noen tegn på hva som kan fungere".

I alle prosjektene påpeker både deltakere og oppfølgere deltakernes økonomiske vansker som et hinder for godt attføringsarbeid. Det understrekes at hvis attføringsarbeidet skal fungere for denne gruppen, må det økonomiske grunnlaget være på plass. Prosjektmedarbeiderne i Hedmark og Vestfold påpeker at man må kunne trå til der og da, og at det er viktig med rask saksbehandling. I begge prosjektene har en av oppfølgerne vedtaksmyndighet for AAP, og det er en stor fordel. Denne ligger ellers i NAV-kontoret, og samarbeid med NAV-kontoret blir avgjørende viktig. Mange deltakere påpeker stor personlig gjeld som et viktig problem, som kan gjøre at de vegrer seg for å begynne å jobbe.

Informantene påpeker videre at tilbudene er organisert på en slik måte at denne gruppen ofte faller utenfor. Det understrekes at ressursene utnyttes dårlig ved at det samarbeides på lite hensiktsmessige måter. Til tross for at deltakerne i Hedmark er alvorlig psykisk syke, hadde et fåtall behandlerkontakt ved DPS før prosjektet. For flere var det forsøkt å få til behandling, men spesialisthelsetjenesten hadde ikke lyktes. Med hjelp fra prosjektansatte kom DPS i posisjon til å hjelpe, og det ble etablert mange behandlingskontakter innen prosjektet. Prosjektmedarbeidernes utadrettede og oppsøkende virksomhet er en viktig faktor. Ved prosjektslutt har alle deltakerne en behandlerkontakt i spesialist- eller primærhelsetjenesten. Alle har kontakt med sin fastlege.

Det er oppsiktsvekkende når mange informanter i prosjektene hevder at tilbudet til personer med samtidig psykiske lidelser og rusproblemer er blitt dårligere de senere årene. Det fortelles om rusinstitusjoner uten psykologisk oppfølging, om døgninstitusjoner innen psykisk helsevern som angir som begrunnelse for avslag på søknad at de ikke har kompetanse på rusproblemer, og det beskrives strukturelle rammebetingelser, både ved NAV og DPS, som gjør det vanskelig å prioritere denne pasientgruppen. Gjennom "Rusreformen" overtok de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenester til rusmisbrukere fra 1.1.2004. Norsk psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening og Norsk Sykepleierforbund samarbeidet om "Gjennombruddsprosjektet Bedre rusbehandling 2005-2006", og resultatene oppsummeres i en rapport (Føyn

2010). Her gis noen anbefalinger, f.eks. at det bør være stor mobilitet hos behandlerne som skal behandle pasientene med mest vansker, og at behandlerne må jobbe med hele pasientens livssituasjon: Økonomi, bolig, somatisk helse, evne til å relatere seg osv. Det må finnes hensiktsmessige måter å samhandle på innen lokale vilkår og ressurser, ofte med veiledning fra spesialisthelsetjenesten. I etterordet påpekes det at etter at Gjennombruddsprosjektet ble gjennomført, har store omorganiseringer skapt utfordringer i dette arbeidet og at ressurstilførselen som den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen ble lovet, har funnet sted i bare liten grad (ibid).

8.3.1 Arbeid og aktivitet - NAVs tilbud

Det er kjent fra litteraturen at få mennesker med samtidig alvorlige psykiske lidelser og rusvansker deltar i arbeidslivet til tross for at mange ønsker å arbeide. Et mål i Hedmarks prosjektplan beskrives som å bidra til utvikling av nye tiltak tilpasset brukergruppen. Flere som arbeidet i prosjektene i Hedmark og Vestfold forteller at mange deltakere har problemer med å nyttiggjøre seg NAVs tilbud, og Hedmarkprosjektet illustrerer tydelig at NAVs tiltak ikke er tilstrekkelige for deltakerne. Tiltakene må videreutvikles for å nå målgruppen med samtidig psykiske lidelser og rusmisbruk hvis de skal kunne hjelpes innen det ordinære tiltaksapparatet og at det ikke skal bli en regel å gjøre unntak fra regelverket. Det påpekes først og fremst at kompliserte søknadsprosedyrer og strengt regelverk vanskeliggjør tilgjengelighet. Både i Hedmark og Vestfold understrekes tidsaspektet, og at disse brukerne kan trenge mye lengre tid enn det som er NAVs ordinære rammer. Deltakerne i Hedmarkprosjektet har hatt god nytte av å delta til tross for betydelige vansker. Det var ikke realistisk at de skulle komme i arbeid i den tiden prosjektet varte, og det ser foreløpig ut til å være langt fram til ordinært arbeid for de fleste. Prosjektet varte alt for kort tid til at det kan konkluderes med om metoden er virksom eller ikke for disse deltakerne mht. å bistå dem i å komme i ordinært arbeid. Det ville være svært interessant å se hvor langt de kunne komme med f.eks. ytterligere tre-fire års tett oppfølging. Også i Vestfold snakkes det om at det var for kort tid for flere deltakere, og noen av deltakerne henviste selv til at de hadde gjort liknende erfaringer tidligere. Flere informanter, både i Hedmark og Vestfold, snakker om fem år som realistisk tidsperspektiv for noen personer med alvorlige psykiske vansker og samtidig rusmisbruk, og det snakkes om at noen kan trenge livslang oppfølging. Forskning viser også at brukere erfarer lang tids oppfølging som viktig, spesielt var det nyttig å få hjelp i perioder med jobbskifte (Becker 2007).

Videre nevner flere informanter at "sprekker" må tåles innen rammene, fordi de er regelen og ikke unntaket for rusmisbrukere.

Et viktig spørsmål blir om det skal måtte gjøres unntak fra NAVs regelverk for denne målgruppen, eller om man bør endre regelverket slik at denne gruppen skal kunne hjelpes innen de ordinære reglene. Hva slags rammebetingelser vil være nødvendig for kontinuitet og langsiktighet i oppfølgingen for brukere med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk?

8.4 Attføring - utredning og oppfølging

8.4.1 Individuell jobbstøtte/IPS

Som nevnt innledningsvis er mye forskning på bruk av SE og IPS som metode gjennomført for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men i mindre grad for personer med samtidig psykiske lidelser og rusproblemer. Fra en studie rapporteres at brukere med bare psykisk lidelse har dobbelt så stor sannsynlighet for å bli innlemmet i SE-oppfølging som de med både psykiske vansker og rusproblemer, mens de to gruppene har like stor sannsynlighet for å fortsette hvis de først hadde begynt i SE (Froufelker 2011). Kanskje det kan forstås som at personer med begge lidelser trenger bedre forberedelse til arbeidssituasjonen?

Resultater i alle de tre Mestringsveierprosjektene viste at mange deltakere trengte trening på sosiale ferdigheter før de var klare for å gå ut til en arbeidsplass. Flere deltakere sa at de mestret selve arbeidet, men at de trengte å venne seg til det å forholde seg til en arbeidssituasjon og en arbeidsplass før de var klare til ekstern jobb. Ved arbeidsmarkedsbedriften Mjøsanker på Hamar arrangeres arbeidsforberedende kurs for personer med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusproblemer for å trene sosiale ferdigheter og kartlegge arbeidsinteresser- og evner før de skal ut i ordinært arbeid. To deltakere sier i intervju at kurset har hatt avgjørende betydning for dem ved at de er blitt tryggere på seg selv og har lært å strukturere dagen. Etter fire måneder med ulike aktiviteter har de en klar oppfatning av hva de vil jobbe med og føler seg klare for jobb. En trinnvis modell med "train and place" som atferdingsmetode har vist seg mindre virksom enn Individuell jobbstøtte/IPS for personer med alvorlige psykiske vansker, men kanskje kan mer forberedelse være nødvendig for mange arbeidssøkere med samtidig psykiske vansker og rusproblemer. Poenget må være at ordinært arbeid er det endelige målet.

8.4.2 Forståelsen av psykiske vansker og rusproblemer

Resultater i alle de tre prosjektene viser at utredning er viktig, og at det trengs tverrfaglig kompetanse for å gjennomføre en tilstrekkelig utredning av både de psykiske vanskene, rusproblemene og arbeidsvanskene. I Mestringsveierprosjektet ble det lagt vekt på god utredning, og det fortelles at dette var nødvendig for å kunne bistå på best mulig måte. Hos flere deltakerne ble det i løpet av prosjektet oppdaget kognitive vansker som ikke hadde vært kjent tidligere. Som beskrevet i innledningen har mange rusmisbrukere psykiske vansker og mange med psykiske vansker misbruker rusmidler. På gruppenivå er det overhyppighet av traumatiske barndomsopplevelser. Dette er viktig kunnskap å ha med seg i møter med en bruker med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusmiddelmissbruk. Ikke desto mindre er det ikke sikkert dette gjelder den aktuelle brukeren. Oppfølgingen må tilpasses individuelt, og det er en forutsetning at hjelperen forstår den enkeltes vansker.

Hva slags utredning er nødvendig? Hva slags utredning gir best forståelse? Hva slags utredning gir best grunnlag for handling og behandling? Hva slags kunnskap trengs for å kunne bidra til at personer med samtidig psykiske vansker og rusproblemer får et bedre liv i samfunn og arbeidsliv? Kan en psykiatrisk diagnose gi en økt forståelse av personen og lidelsen og et godt grunnlag for handling? Det er ikke full enighet blant psykiatere og psykologer om betydningen av en psykiatrisk diagnose, hvordan den kan forstås eller hvilken betydning den har som grunnlag for handling. En medisinsk modell for psykiske lidelser innebærer at sykdommer oppfattes som universelle enheter med spesifikke symptomer, tegn og årsaker, at det kan utvikles en spesifikk terapi for spesifikke enheter (diagnoser) og at diagnosen predikerer behandling. Det innebærer videre at sykdom "plasseres" inne i personene og kan behandles uavhengig av hvem den syke personen er og uten å ta hensyn til utløsende faktorer og forhold av betydning i personenes liv. Alternativt kan sykdom oppfattes som sosiale enheter (tanker, følelser, atferd) som er sterkt kontekstavhengig og der personen møtes som subjekt og behandlingen tar utgangspunkt i pasientens livssituasjon. Psykiater Trond Aarre argumenterer for at den psykiatriske tilnærmingen ikke alltid er den beste og at mange pasienter ikke kjenner seg igjen i diagnostikk og forståelse av vanskene innen den metodeorienterte medisinske modellen (Aarre 2011). Vi argumenterer for at en psykiatrisk diagnose er av en annen karakter enn en medisinsk diagnose som for eksempel lårhalsbrudd. Ved lårhalsbrudd finnes det en uttalt enighet om hva som er riktig operasjonsteknikk gitt bruddets art og pasientens alder, uavhengig av hva som var årsaken til bruddet. Ved en psykiatrisk diagnose er bakenforliggende faktorer avgjørende for behandlingstilnærming. Man må vite hva som er problemet og årsakene til problemet for å kunne tilby terapi. Derfor kan en psykiatrisk diagnose alene ikke forutsi hva som er god behandling. En diagnose fremkommer som resultat av samhandling mellom den som diagnostiserer og den som diagnostiseres. Legens diagnostikk baserer seg på hans/hennes fortolkning av hva pasienten forteller og hvordan vedkommende fremstår og formidler seg i samhandlingen. Å diagnostisere er å bruke sansene og skape klarhet gjennom kunnskap. Diagnostikk kan forstås som en kompetanse som også er taus og kroppslig forankret. Legens forståelse av hva psykiske lidelser er vil være avgjørende for hans/hennes fortolkning.

I Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, kalt ROP-lidelser, legges den medisinske modellen til grunn, og det legges stor vekt på medisinsk psykiatrisk diagnostikk (Helsedirektoratet 2011). Det gjøres grundig rede for litteratursøk etter systematiske oversikter over randomiserte, kontrollerte forsøk (RCT) som sier noe om ulike kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder for nærmere definerte diagnoser. Kunnskap er ordnet hierarkisk. RCT og metaanalyser over slike rangerer høyest, og ”kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra ekspertkomiteer og/eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter” rangerer lavest. RCT er velegnet til å gi kunnskap på gruppenivå om effekten av et tiltak er bedre enn av et annet for gjennomsnittspasienten i den aktuelle gruppen. RCT bruker sjelden utkommemål som selvopplevd bedring og studerer kanskje ikke det utbyttet pasientene verdsetter mest. Kontekstuelle faktorer oppfattes som ”støy” og tilstrebes korrigert for. Retningslinjens kunnskapssyn diskuteres ikke. I Retningslinjens råd om diagnostikk har diagnoseverktøy en dominerende plass: *”I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy”*. Som basiskompetanse på kommunalt nivå angis bruk av minst syv kartleggingsverktøy. Anbefaling om behandling/oppfølging tilstrebes basert på tilgjengelig litteratur og gis med utgangspunkt i diagnose.

Resultatene fra Mestringsveierprosjektene viser at forholdet mellom terapeut og behandler har avgjørende betydning for deltakernes utbytte. Forskning bekrefter at behandlingsutfallet bestemmes av kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og klient og, ikke minst, av klientens egne selvhelbredelsesprosesser (Kinn 2012). Kinn et al. beskriver et motsetningsforhold mellom evidensbasert praksis og de tilnæringer som vektlegger brukernes egne behov og brukernes opplevelse av hva som skal til for å få det bedre (ibid). Retningslinjer kan medføre at brukerens rett til medbestemmelse underkjennes og klinikerens faglig skjønn svekkes. Det antydes en fare for at profesjonsutøvelsen beveger seg fra skjønn til teknikk, fra overbevisning til overtalelse fra refleksjon til bokholderi (ibid). Behandling/oppfølging av personer med psykiske vansker og rusproblemer er særdeles kontekstavhengig. I klinisk arbeid, og ikke minst når en pasient har lidelser som har sammenheng med traumer, fattigdom og utrygghet, er det ofte nødvendig å ta seg tid til å bli godt kjent med pasienten, slik at man ut fra det kan velge hva slags behandling og annen hjelp som er nyttig for akkurat denne personen. Innledningsvis i retningslinjen understrekes da også at interesse og holdninger er det viktigste for godt profesjonelt arbeid for denne gruppen, og at det handler mye om respekt og empati og evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler. Dette er imidlertid ikke utdypet i retningslinjen til tross for at litteraturen på området er omfattende. Betydningen av arbeid for målgruppen er også viet svært liten oppmerksomhet i retningslinjen, til tross for at det er godt dokumentert at de fleste personer med psykiske vansker og rusproblemer ønsker arbeid, at arbeid bedrer helse- og sosiale problemer og at svært mange står utenfor arbeidslivet.

8.4.3 Arbeidsevnevurdering – forståelse av arbeidsvansker

Resultatene viser at det i alle Mestringsveierprosjektene ble lagt stor vekt på å kartlegge deltakernes arbeidsønsker, interesser, arbeidsevne og –hindre. Individuell jobbstøtte/IPS vektlegger raskt arbeidssøk med tanke på at videre arbeidskartlegging kan skje etter at vedkommende har begynt i arbeid. SE/IPS er grundig studert for mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer, og det ser ut til at mennesker med både psykiske vansker og rusproblemer kan trenge litt mer tid til kartlegging og arbeidsutprøving før jobbsøk. Resultater fra de tre Mestringsveierprosjektene tyder på at utredning av disse brukerne betinger en bred kompetanse og derved et tverrfaglig samarbeid.

8.4.4 Arbeid og aktivitet

Deltakerne i Vestfold og Oppland etterlyser mer meningsfullt arbeid, både mer variasjon i oppgaver innen APS, flere praksisplasser og flere muligheter for ordinær jobb. De etterlyser også raskere utplassering i "ordentlig" arbeid. Samtidig er det flere som har måttet slutte og forklarer det med at man gikk for raskt fram eller stilte for høye krav til dem. Dette tydeliggjør utfordringen i å finne den rette balansen mellom press og utfordring på den ene siden og beskyttelse og ivaretagelse på den andre. Etter vår vurdering kan dette best håndteres i et hensiktsmessig samarbeid der et rehabiliterings-/attføringsperspektiv og et behandlingsperspektiv integreres. Resultater fra prosjektene viser også at det er en utfordring å finne eksterne arbeidsgivere. Dette er også resultatet andre steder, og det anbefales å øke kompetansen og arbeidsinnsatsen på dette feltet (EUSE 2010).

8.4.5 Samarbeid

Integrert behandling for rusavhengighet og psykiske vansker og integrasjon av attførings- og behandlingsperspektivet

Mestringsveierprosjektene har som mål å styrke samarbeid og samordning for å bidra til at personer med behov for integrert behandling kommer i arbeid og aktivitet. Det innebærer integrasjon av behandling for den psykiske lidelsen og rusproblemene, og det innebærer integrasjon av behandlingsperspektivet og attføringsperspektivet.

Poenget med tverrfaglig spesialisert rusbehandling er å få inn ulike faglig perspektiver i behandlingen: psykologiske, medisinske og sosialfaglige, og i Helsedirektoratets ROP-retningslinje vektlegges nettopp integrasjon av behandlingen for den psykiske lidelsen og rusproblemene. Poenget med Mestringsveierprosjektene er arbeidsrettete tiltak samtidig med og integrert med behandlingen. En informant i Hedmarkprosjektet understreker at

"Prosjektet har vist at vi får ting til med dem med mest vansker når vi jobber sammen. Det handler om gjensidig respekt. Hvert nivå og hver etat besitter unik kompetanse som de andre må respektere".

I Hedmark påpeker oppfølgerne at det er krevende for deltakerne å stå i noe fast over tid. De mener det har sammenheng med at de ofte mangler god behandling parallelt med attføringsopplegget, og at tiltakene ikke er godt nok tilpasset.

I alle prosjektene har oppfølgerne lagt stor vekt på og jobbet mye med å integrere de ulike perspektivene. Prosjektene ulike organisering gjør at samarbeidet er organisert ulikt, men resultatene viser at alle har hatt behov for og utviklet tverrfaglig samarbeid på praksisnivået, og de samme kjerneelementene for å få til godt samarbeid går igjen på tvers av prosjektene. Opplandprosjektet er initiert av spesialisthelsetjenesten, og til å begynne med var det tydelig at behandlingsperspektivet dominerte tenkningen. Her har det skjedd en tydelig utvikling på praksisnivået, og aktørene beskriver prosessen med å utvikle samarbeidet og hvordan det har betinget holdningsendring hos dem. Både i Oppland og Vestfold ble samarbeidet på individnivået formalisert i en samarbeidsgruppe, og begge steder blir disse gruppene videreført etter prosjektslutt.

I alle de tre prosjektene representerer oppfølgerne ulike faglige perspektiver, og kontinuerlige diskusjoner om oppfølging av enkeltbrukere har medført en utvikling i retning av mer felles forståelse og integrerte perspektiver. Oppfølgerne påpeker i intervju at dette samarbeidet er avgjørende for å kunne bistå deltakerne i å komme i arbeid og aktivitet. Mestringsveierprosjektene erfaringer med integrasjon av spesialisthelsetjenestens behandlingsperspektiv og et rehabiliterings-/attføringsperspektiv er en kunnskap både helsevesenet og NAV har stort behov for, og etter SINTEFs vurdering bør Arbeids- og

velferdsdirektoratet videreformidle disse erfaringene fra prosjektene. Flere informanter etterlyser strukturer for samarbeidet og forteller at det gode samarbeidet de etablerte langt på vei var avhengig av bekjentskaper og personlige faktorer. Resultatene viser at mangel på tid og mangel på møteplasser begrenser samarbeidet. Hvis samarbeidet skal lykkes må det etableres samhandlingsarenaer og allokeres tilstrekkelig ressurser til at det er praktisk mulig å samarbeide.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning ligger som et premiss for dagens helse- og velferdstjenester. Aarre påpeker imidlertid at maktubalansen mellom bruker og hjelper kan gjøre samarbeidet med brukeren komplisert (Aarre 2011). Brukerne kan oppleve avmakt i situasjonen og ha vanskeligheter med å komme fram med sine synspunkter. Fagfolk kan bli tillagt kunnskap og innsikt det kan være vanskelig å leve opp til, og kan derved få et ansvar som går ut over den faktiske kompetansen. Hjelperen bør i følge Aarre tilstrebe og utjevne maktubalansen og verdsette brukerens kunnskap om seg selv som likeverdig med fagkunnskapen. Hjelperen må anstrenge seg for å finne pasientens prosjekt. Man kan ikke motivere andre, bare hjelpe dem til å finne fram til egen motivasjon (Fadnes 2010). Dette krever hjelperens innlevelse. Motivasjonen avhenger av om det som skal læres gir mening for personen, og at det har en verdi for vedkommende. Hvis verdien er negativ (forventning om straff, nederlag, ubehag osv) vil motivasjonen styre mot å unngå læringssituasjonen. Læring og endring handler om å utfordre egne grenser. For å initiere læring, må hjelperen skape en læringssituasjon som er så trygg at brukeren tør å utfordre sine grenser. Dette krever en mellommenneskelig situasjon basert på trygghet og tillit.

Individuell plan (IP) brukes i alle prosjektene. En IP kan gi en bedre oversikt over brukerens ulike tiltak, men angis av de fleste å ha begrenset verdi for å bedre samarbeidet. Vold Hansen påpeker at implementering av IP møter særlige utfordringer i Psykisk helsearbeid/rusarbeid, siden dette er felt som er preget av ulike faglige tilnærminger, uklare sammenhenger mellom årsak og virkning og tjenestemottakere med komplekse behov.

Vi mener det også har sammenheng med at tverrfaglig samarbeid er faglig og personlig krevende, og at dette undervurderes av helsemyndighetene. Dette er trolig en viktig grunn til at lovpålegg om samarbeid (IP, koordinatører, samarbeidsavtaler osv.) ikke ser ut til å ha synlig effekt på samarbeidet i praksis. For å få til et hensiktsmessig samarbeid mener vi det må tas høyde for at samarbeid faktisk krever tid og kompetanse.

Forankring av samarbeidet på overordnet nivå

Prosjektene i Hedmark og i Vestfold ble begge planlagt i samarbeid mellom NAV og helsevesenet og hadde derfor det beste utgangspunkt for å utvikle en samarbeidsmodell med integrering av behandlings- og utføringperspektivet. Begge prosjekter ble imidlertid omorganisert, og samarbeidet mellom de to etatene om prosjektet, prosjektutviklingen og kunnskapsoppsummeringen ble ikke gjennomført etter planene.

Etter vår vurdering har ingen av prosjektene klart å forankre på overordnet nivå det gode samarbeidet som er utviklet på praksisnivået. Vi mener det er en betingelse at samarbeidet forankres på overordnet nivå og forplikter de ulike organisasjonene, slik at folk i praksisfeltet ikke blir sittende med ansvaret hvis involverte fagpersoner slutter eller faller fra av andre grunner. Uten en organisatorisk forankring vil en slik måte å jobbe på ikke inngå i de ulike samarbeidspartneres planer og prioriteringer, og man kan ikke regne med at samarbeidspartnerne nødvendigvis vil fortsette å yte det metoden krever. Hvordan kan slik samarbeid forankres i organisasjonen? Det påpekes av flere informanter at en generell samarbeidsavtale på ledernivå er til begrenset hjelp i praktisk samarbeid.

Det er kjent at samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten kan by på utfordringer i praksis. Vi har en hypotese om at det har sammenheng med ulike forståelsesmodeller i de to etatene - at NAV og helsevesenet er basert på to ulike logikker. NAV er basert på en forvaltningslogikk og basert på en forvaltningskompetanse der like tilfeller tilstrebes behandlet likt ved hjelp av et godt utøvet skjønn.

Helsevesenet er derimot basert på en klinisk beslutningslogikk der like tilfeller behandles ulikt fordi mennesker får sykdommer på ulike måter. Etter vår vurdering kan bevisstheten om dette gjøre samarbeidet lettere.

8.5 Et tverretatlig og tverrfaglig team - en samarbeidsmodell?

Ett mål med prosjekt Mestringsveier var å få kunnskap om samarbeid og samarbeidsformer som er hensiktsmessig i oppfølging av deltakerne. Det er blitt svært tydelig i dette prosjektet, både gjennom prosjektarbeidet og ut fra de involvertes tidligere erfaringer, at når man ikke får til et godt samarbeid, så blir det mye brannsløkkingstiltak i stedet for å tenke langsiktig. Det påpekes at kommunene, NAV og spesialisthelsetjenesten uansett har ansvaret for personene, og at dårlig samarbeid rammer alle.

Det er verdt å merke seg at de som følger opp deltakerne i Hedmark er helt tydelige på at de ikke kunne greid å stå i denne jobben over tid. De blir sittende med ansvaret for deltakerne, og de må derfor alltid være tilgjengelige. Det er et interessant resultat at prosjektet er nesten det eneste tilbudet til en så dårlig gruppe. Hva hadde de hatt uten prosjektet? Prosjektteamet mener de greier å stå i arbeidet ut prosjektperioden fordi de får god faglig veiledning. Slik oppfølging krever samarbeid og at mange bidrar for at hjelpere skal kunne stå i arbeidet over tid. Dette er brukere som har spesielt stort behov for kontinuitet og stabilitet i hjelpetilbudet, og det er viktig at hjelperne har arbeidsvilkår som gjør at de trives og blir i jobben.

Resultatene viser tydelig behov for et samarbeidsnettverk der samarbeidspartnerne er til stede samtidig og deler ansvar i stedet for å avgrense eget ansvar kun til eget område. Når en deltaker i Hedmarkprosjektet sitter i fengsel eller er innlagt i institusjon, følger prosjektmedarbeiderne opp med jevnlig besøk for å holde kontakt og forberede deltakerens hjemkomst. Hvis vedkommende ikke har bolig, må dette ordnes før han/hun kommer hjem. Likeledes må brukeren ha arbeid eller aktivitet å gå til. Når en pasient skrives ut fra institusjon, kan det ofte være behov for oppfølging fra institusjonen etter utskrivning. Brukeren må ha faste kontakter som kan representere kontinuiteten. Fordi dette kan være en belastende posisjon for en hjelper, er det ofte behov for at flere deler oppgaven, og dette lar seg lett gjennomføre innen et samarbeidsnettverk. En svensk studie viser at brukere som ble fulgt opp av en tverrfaglig og tverretatlig gruppe som møttes jevnlig hadde nesten dobbelt så stor sjanse til å komme i arbeid som de som ble fulgt opp "som vanlig" (Jakobsson 2005), og mye av effekten hadde holdt seg etter seks år (Jakobsson 2010).

Noen informanter fremmer forslag om å organisere samarbeidet om den aktuelle brukergruppen som et fast tverretatlig og tverrfaglig team. Som deltakere i teamet foreslås for eksempel representanter fra spesialisthelsetjenesten, fra NAV og fra involvert(e) kommune(r). Det tverrfaglige teamet må sikres tilstrekkelige ressurser, og det er trolig at bedre samarbeid gir langt bedre ressursutnyttelse. Det påpekes at samarbeidet må formaliseres slik at det ikke skal bli avhengig av enkeltpersoner; teamet må være forankret på ledernivå gjennom en formell samarbeidsavtale mellom lederne for de ulike samarbeidspartnerne. Avtalen må forplikte de involverte til å allokere tilstrekkelig ressurser til teamarbeidet. Teamet skal møtes jevnlig og diskutere individuelle opplegg rundt hver bruker. Kompetanseutvikling må ivaretas, slik at teamet har kompetente og, ikke minst, trygge medarbeidere. Ulike informanter skisserer noe ulike praktiske løsninger. En mulighet er et fast team som jobber direkte brukerrettet med brukere som trenger lang tids oppfølging. En annen mulighet er et kompetanseteam som arbeider brukerrettet, men ikke har ansvaret for den daglige oppfølgingen. Dette teamet kan derimot ha ansvar for å finne oppfølgere i egen tjeneste til det daglige arbeidet og ha ansvar for å bistå med praktisk arbeid i kriser og videre med råd og veiledning. Det er ulike meninger om hvor teamet bør forankres. Flere mener det bør forankres i helsevesenet fordi psykiske vansker utgjør så grunnleggende vansker hos brukerne. Andre argumenterer for å forankre arbeidet i NAV, siden ytelsene finnes her, og mange kommuner har lagt ansvaret for rusoppfølging inn i NAV.

8.6 Avslutning

Fagutviklingsprogrammet Mestringsveier til arbeid hadde som mål å utvikle kunnskap som kan anvendes i det videre arbeidet med å bistå mennesker med samtidig psykiske vansker og rusproblemer i å komme i arbeid. Mestringsveierprosjektene i Hedmark, Oppland og Vestfold har nådd dette målet.

Ett hovedfunn er betydningen av arbeid eller annen aktivitet som behandling av psykiske vansker og rusproblemer. Deltakerne forteller om hvor viktig det var å komme i jobb eller andre faste aktiviteter. Det er tydelig at arbeid/arbeidspraksis/annen aktivitet bedrer psykiske plager, reduserer rusbruk og gir deltakerne et mer stabilt og bedre liv. Dette er erfaringene også i Mestringsveierprosjektet i Finnmark (NAV Finnmark 2011). Samtidig forteller deltakerne om utfordringene med å greie å stå i arbeidssituasjonen, og flere måtte slutte.

Et viktig resultat er at det nytter å hjelpe mennesker med betydelig vansker når de får stabil og kompetent oppfølging over tid. Også deltakerne med størst vansker oppnådde mer stabilitet i livet sitt, etablerte en fast behandlerkontakt og ruset seg mindre. Alle deltakerne i Hedmark har ved prosjektslutt et hjelpetilbud. Prosjektet varte for kort tid til å kunne vurdere effekten med hensyn til å bistå deltakerne i å oppnå ordinært arbeid. I Oppland og Vestfold oppnådde flere deltakere ordinært arbeid, men også her var oppfølgingstiden for kort for flere; sannsynligvis kunne langt flere oppnådd ordinært arbeid ved lenger prosjektvarighet. Behovet for langvarig oppfølging støttes av andre forskningsfunn; mange understreker langsiktigheten og at enkelte kan trenge oppfølging og støtte livet ut.

Prosjektene i de tre fylkene dreide seg om å utvikle en oppfølgingsmetode. Først og fremst viser resultatene at det personlige forholdet mellom bruker og hjelper er avgjørende, og å etablere en tillitsfull og anerkjennende relasjon er en forutsetning for å lykkes med arbeidet. Hjelperens relasjonskompetanse og bevissthet om egne holdninger er vesentlig. Brukerne kan ha store vansker og betydelige traumer i sin livshistorie, og da er et trygt forhold over tid til hjelperen ekstra viktig. Å formidle en anerkjennende holdning i møtet kan være krevende. Motiverende intervju angis som en god metode for brukermedvirkning og for å formidle anerkjennelse - en grunnleggende respekt for brukerens opplevelsesmessige perspektiv. Tilbudene må være individuelt tilpasset og brukerorientert med oppmerksomhet mot daglig mestring – bolig, arbeid og inkludering i samfunnet. Dette krever en rehabiliteringstenkning, at psykiske vansker og rusproblemer avmystifiseres og at hjelperne skaper håp om mestring og styrker mestringsopplevelsen. Hjelpen handler om å bidra til at de som hjelpes sikres rett og plass til å være handlende subjekter i eget liv.

Deltakerne understreker at de ønsker oppfølging av de samme personene over tid, og prosjektet avslører store mangler i så måte. Ulike organisatoriske forhold og finansieringsordninger bidrar til at kontinuitet er en stor utfordring i dagens helse- og velferdssystemer. Oppfølging av deltakere med samtidig alvorlige psykiske vansker og rusproblemer er spesielt krevende og gjør det nødvendig at flere deler ansvaret for den kontinuerlige oppfølgingen. I alle prosjektene erfarte hjelperne at de trengte tverrfaglig samarbeid for å kunne integrere behandling av ruslidelsen og de psykiske vanskene og integrere behandlingsperspektivet og atferdingsperspektivet. Slikt samarbeid ble utviklet i alle prosjektene. Resultatene viser at samarbeidet krever tid og møteplasser. Etter SINTEFs vurdering er det avgjørende å sikre tilstrekkelig tid og etablere egnede samarbeidsarenaer. Organisering av samarbeidet i et tverrfaglig team forankret på ledernivå kan ivareta samtidigheten i samarbeidet, at samarbeidet organiseres i et nettverk i stedet for en kjede. Hvis en bruker innlegges i institusjon, må en eller flere personer fra rus/psykisk helseteam i kommunene holde kontakten under institusjonsoppholdet og, i samarbeid med pasienten og spesialisthelsetjenesten, forberede utskrivningen. Det er tydelig at samarbeidet er mer krevende der rusoppfølgingstjenesten er organisert i NAV fordi dette betinger et nært og forpliktende samarbeid mellom to tjenester. For å sikre brukeren et kontinuerlig atferdingsløp må jobbekspert være med i teamet fra første dag, og ordinært arbeid må skisseres som mål fra starten.

9 Referanser

1. Adams MW. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008; 15 (2): 101-8.
2. Back SE. Toward an Improved Model of Treating Co-Occurring PTSD and Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry* 2010 1767 (1): 11-3.
3. Back SE Payne RL, Wahlquist AH, Carter RE, Stroud Z, Haynes L Hillhouse M et al. Comparative profiles of men and women with opioid dependence: Results from a national multisite effectiveness trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011; 37 (5): 313-323.
4. Baklien B. Følgeforskning. *Sosiologi i dag* 2004; 34 (4): 49-66.
5. Becker DR, Drake RE, Naughton WJ jr. Supported employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2005; 28 (4): 332-8.
6. Becker D, Whitley R, Bailey EL, Drake RE. Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric services* 2007; 58 (7): 922-8.
7. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31 (4): 280-90.
8. Burnette ML, Ilgen M, Frayne SM, Lucas E, Mayo J, Weitlauf JC. Violence perpetration and childhood abuse among men and women in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2008; 35 (2): 217-22 Epub 2008 Jan 14.
9. Burns T, Catty J, Becker T, Drake R E, Fioritti A, Knapp M, Lauber C et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007; 370, 1146-1152.
10. Burns T, White SJ, Catty J. EQOLISE group. Individual Placement and Support in Europe: the EQOLISE trial. *Int Rev Psychiatr* 2008; 20 (6): 498-502.
11. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane review). *Cochrane Library*, 3. Lastet ned 16 oktober, 2006 fra <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003080/frame.html> A.
12. Crowter RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 204-8. B.
13. Driessen M, Schulte S, Luedecke C, Schaefer I, Sutmann F, Ohlmeier M, Kemper U et al. Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32 (3): 481-8.
14. EUSE - European Union of Supported Employment. Verktøykasse. 2010.
15. Fadnes B, Leira K, Brodal P. Læringsnøkkelen. Om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.

16. Farrugia PL, Mills K, Barrett E, Back SE, Teesson M Baker A, Sannibale C et al. Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post traumatic stress disorder. *Ment Health Subst Use* 2011; 4 (4): 314-326.
17. Føyn P, Spilhaug G, Torp AS. Rapport fra Gjennombruddsprosjektet Bedre rusbehandling 2005-2006. Norsk psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund. Skriftserie for leger Utdanning og kvalitetssikring 2010. ISBN 978-82-8070-059-9.
18. Frounfelker RL, Wilkniss SM, Bond GR, Devitt TS, Drake RE. Enrollment in supported employment services for clients with a co-occurring disorder. *Psychiatr Serv* 2011; 62 (5): 545-7.
19. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Mintz J. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 59 (5): 829-37.
20. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance Abuse in Women. *Psychiatr Clin North Am* 2010 33 (2): 339-55.
21. Halvorsen P. Hun tar temperaturen på arbeidslivet. Intervju med Bjørg Aase Sørensen. *Seniorpolitikk.no*. 13.06.2006.
22. Hansen GV. Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. *Karlstad University Studies* 2007:15.
23. Harrison PA, Fulkerson JA, Beebe TJ. Multiple substance use among adolescent physical and sexual victims. *Child Abuse Negl* 1997; 21 (6): 529-39.
24. Helle A. Erfaringer med å utvikle nye arbeidsrettede tiltak. Arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol. 4, nr. 3, 2007: 244-53.
25. Helgeland IM. Unge med alvorlige atferdsvansker blir voksne. Hvordan kommer de inn i et positivt spor? En oppfølgingsstudie over 15 år. Avhandling for Dr. politgraden, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo 2007.
26. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS-1948, desember 2011.
27. Hien DA, Jiang H, Campbell ANC, Hu M-C, Miele GM, Cohen LR, Brigham GS et al. Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analyses from randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *Am J Psychiatry* 2010; 167 (1): 95-101.
28. Jakobsson B, Begroth A, Schüldt K, Ekholm J. Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work* 2005; 24 (3): 279-90.
29. Jakobsson B, Ekholm J, Begroth A, Ekholm KS. Improved employment rates after multiprofessional cross-sector cooperation in vocational rehabilitation: a 6-year follow-up with comparison groups. *Int J Rehabil Res* 2010; 33 (1): 72-80.

30. Judd PH, Thomas N, Schwartz T, Outcalt A, Hough R. A dual diagnosis demonstration project: treatment outcomes and cost analysis. *J Psychoactive Drugs* 2003; 35 Suppl., 1: 181-92.
31. Juvkam RA, Hummelvold JK. Fekjær psykiatriske senter. Brukerundersøkelse ved Fekjærtunet overgangsboliger. Et kvalitetssikringsprosjekt basert på brukererfaringer. Rapport 01/2011, 20.05.2011.
32. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012 37 (1): 11-24.
33. Kinn LG, Ekeland T-J, Byrkjeflot H. Psykisk helsearbeid: konfeksjon eller skreddersøm? *Tidsskrift for velferdsforskning* 2012 15 (1): 23-36.
34. Knealing TW, Roebuck MC, Wong CJ, Silverman K. Economic cost of the therapeutic workplace intervention added to methadone maintenance. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34(3): 326-32.
35. Koletsi M, Niersman A, van Busschbach JT, Catty J, Becker T, Burns T, Fioritti A, Kalkan R et al. Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44 (11): 961-70.
36. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12 (3): 309-18.
37. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, Lahaie N et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *British J Psychiatry* 2006; 189: 65-73.
38. Laudet AB, Magura S, Vogel HS, Knight EL. Interest in and obstacles to pursuing work among unemployed dually diagnosed individuals. *Subst Use Misuse* 2002; 37, 145-170.
39. Lie T, Nesvåg S. Evaluering av rusreformen. Rapport IRIS – 2006/227.
40. Liebschutz J, Savetsky JB, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. The relation between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *J Subst Abuse Treat* 2002; 22 (3): 121-8.
41. Lilleeng S, Ose SO, Bremnes R, Pedersen PB, Hatling T. Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 2007. SINTEF Rapport 1/09. A.
42. Lilleeng S, Ose SO, Hjort H, Bremnes R, Pettersen I, Kalseth J. Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008. SINTEF Rapport 3/09. B.
43. Magura S. The role of work in substance dependency treatment: a preliminary overview. *Subst Use Misuse* 2003; 38: 1865-1876.
44. Magura S, Staines GL, Blankertz L, Madison EM. The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Subst Use Misuse* 2004; 39: 2165-2213.
45. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

46. Marwaha S, Johnson S. Views and experiences of employment among people with psychosis: A qualitative descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry* 2005; 51(4), 302 - 316.
47. Mills KL, Lynskey M, Teesson M, Ross J, Drake S. Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug Alcohol Depend* 2005; 7; 77 (3): 243-9.
48. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (4): 652-8.
49. Mills KL, Teesson M, Ross J, Darke S. The impact of post-traumatic stress disorder on treatment outcomes for heroin dependence. *Addiction* 2007; 102 (3): 447-54.
50. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake, RE et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *The Journal of Nervous & Mental Disease* 1997; 185, 419 – 426.
51. Mueser KT, Essok SM, Bond GR, Becker D, Wolfe RS, Swain K. The Hartford Study of Supported Employment for Persons With Severe Mental Illness. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 479-490. A
52. Mueser KT, Essock SM, Haines M, Wolfe R, Xie H. Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. *CNS Spectr* 2004; 9 (12): 913-25. B.
53. Mueser KT, Salyers M P, Mueser, P R. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2001; 27(2): 281 - 296.
54. Møller G. Yrkeshemmede med psykiske lidelser - Tiltaksbruk og effekter. Arbeidsrapport 6 - 2005. Telemarksforskning - Bø.
55. NAV Arbeids- og velferdsdirektoratet (Tidligere NAV Drift og utvikling) Anskaffelse av evaluator til evaluering av prosjekt "Mestringsveier til arbeid" Konkurransesgrunnlag Del III. Bilag til avtale. 21.8.2009.
56. NAV Finnmark, Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. Pilotprosjekt "Mestringsveier til arbeid og aktivitet – psykisk helse og rus". "Å ha jobb er rusbehandling i seg selv". 2011
57. NAV/Helsedirektoratet/Attføringsbedriftene. Arbeid og psykisk helse. "IPS – Hvordan bruke modulene", "IPS – Komme i gang", "IPS – Hvordan bygge et tilbud", "IPS – Hvordan sikre kvalitet", "IPS – Evidens" og "IPS – Opplæring av IPS konsulenter". Oslo 12.2.2011.
58. NAV Arbeid og psykisk helse. Veilednings- og oppfølgingslos i NAV. En beskrivelse av hvordan losen jobber sammen med bruker. Februar 2011.
59. NAV Arbeids- og velferdsdirektoratet. Invitasjonsbrev til NAV finnmark, NAV Nord-Trøndelag, NAV Hordaland, NAV Vestfold, NAV Hedmark og NAV Oppland. April 2008.

60. Nesvåg S. Rusmiddelbruk: Til nytte for hva – til skade for hvem? Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest. Power Piont-presentasjon, 2012.
61. Nordanger DØ. Forbi PTSD: Utviklingstrender i fagfeltet traume psykologi. Impuls 2007; 61 (3): 3-13.
62. Ose SO, Bjerkan AM, Pettersen I, Hem KG, Johnsen A, Lippestad J, Paulsen B, Mo TO, Saksvik PØ. Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). SINTEF rapport A11947, 2009.
63. Rasen HD, Østvang M, Bergsvik C. Sluttrapport Mestringsveier til arbeid 2009-2011. NAV Hamar.
64. Reed PL, Anthony JC, Berslau N. Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 2007; 64 (12): 1435-1442.
65. Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Baldacchino A. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. Drug Alcohol depend 2005; 77 (3) 251-8.
66. Rinaldi M, Perkins R. Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. J Vocational Rehabil 2007 (27): 21-7. A
67. Rinaldi M, Perkins R. Vocational rehabilitation for people with mental health problems. Psychiatry 2007; 6:9: 373-6. B
68. Schafft, A. og Frøyland, K. Veien til yrkeslivet for personer under legemiddelassistert rehabilitering – Evaluering av MARY-prosjektet. Rapport 2006. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo, 2006.
69. Schibbye A-LL. Hva *sier* jeg til klienten i psykoterapi – Noen sammenhenger mellom et filosofisk grunnsyn, relasjonsteori og vårt terapeutiske språk. Impuls 2004, nr. 2: 20-26.
70. Skatvedt A. Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring. Det samfunnsvitenskapelige fakultet Universitetet i Oslo, 2009. Doktoravhandling.
71. Skotland S. Kjønn i behandling. Differensiert rusbehandling skaper ofte de beste resultatene – for både kvinner og menn. Rus og samfunn 03/2011: 38-9.
72. Sosial- og helsedirektoratet. Arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer. En systematisk oppsummering an internasjonal effektforskning. Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for Sosialtjenesteforskning, 18. februar 2005.
73. Spjelkavik Ø, Frøyland K, Evans M. Supported Employment in Norway – a National Mainstream Programme. Work Research Institute, Oslo, November 2004.
74. Subica AM, Claypoole KH, Wylie AM. PTSD's mediation of the relationships between trauma, depression, substance abuse, mental health, and physical health in individuals with severe mental illness: Evaluating a comprehensive model. Schizophr Res 2011 Nov 18. [Epub ahead of print].

75. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: Results from the 10-year follow-up national comorbidity survey. *Addiction* 2010; 105 (6): 1117-28.
76. Teesson M, Mills K, Ross J, Darke S, Williamson A, Havard A. The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addiction* 2008; 103 (1): 80-8.
77. Todd FC, Sellmann JD, Robertson PJ. Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36 (6): 792-9.
78. Valdres KompetanseVekst as. Mestringsveier til arbeid. Rus og psykisk helse. Et samarbeidsprosjekt mellom Fekjær Psykiatriske senter, Sør-Aurdal kommune og Valdres KompetanseVekst as. Prosjektrapport 2011.
79. Weber K, Rockstroh B, Borgelt J, Awiszus B, Popov T, Hoffmann K, Schonauer K, Watzl H, Pröpster K. Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 63 doi: 10.1186/1471-244X-8-63
80. Webster JM, Rosen PJ, McDonald, HS, Staton-Tindall M, Garrity TF, Leukefeld CG. Mental health as a mediator of gender differences in employment barriers among drug abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007; 33: 259-265.
81. Western I. Tankar kring stempling og avvik. *Rus og samfunn* 01/2011.
82. Westhagen H. Prosjektarbeid. Styring, organisering, ledelse. Oslo: Universitetsforlaget, 1988.
83. Wu NS, Schairer LC, Dellor E, Grella C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addict Behav* 2010; 35 (1): 68-71. Epub 2009 Sept 21.
84. Aarre T. Fem prinsipper for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2011; 8 (2): 164-170
85. Aasen J. Langs gjengrodde stier. Applikasjon av traumeteori og traumeterapi i behandlingstilbudet til brukere med sammensatte rus- og psykiske lidelser. Masteroppgave i psykisk helsearbeid, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Hedmark 2011.