

SINTEF A11297

RAPPORT

Evaluering av "Jobbmestrende oppfølging" i Østfold og Oslo. Sluttrapport

Sissel Steihaug og Trond Harsvik

SINTEF Helsetjenesteforskning

Mars 2009

www.sintef.no

**SINTEF Helse**

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Evaluering av "Jobbmestrende oppfølging" i Østfold og Oslo
Sluttrapport

FORFATTER(E)

Sissel Steihaug og Trond Harsvik

OPPDRAGSGIVER(E)

NAV Drift og utvikling

RAPPORTNR. SINTEF A11297	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Yngvil Starheim	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 978-82-14-04679-3	PROSJEKTNR. 78g25331	ANTALL SIDER OG BILAG 71 sider
ELEKTRONISK ARKIVKODE	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Sissel Steihaug	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Lisbet Grut	
ARKIVKODE	DATO 2008-03-02	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner	

SAMMENDRAG

Følgeevalueringen omfatter pilotprosjektet "Jobbmestringsteam i Østfold" (Senter for jobbmestring) for personer med lettere psykiske lidelser og pilotprosjektet "Psykoedukativ metode – et jobbmestrende verktøy i Oslo" for personer med alvorlig psykiske lidelser, primært diagnosen schizofreni.

Det overordnede formål med evalueringen er å studere om utprøving av kjent metodikk på nye grupper i relasjon til arbeid/tiltak har effekt. Det ønskes fokus på utfordringer knyttet til etablering av pilotprosjektene og på tjenesteapparatets og brukernes erfaringer i prosjektet. Videre ønskes at oppmerksomhet rettes mot kompetanseoverføring og tiltak som ramme for oppfølgingsmetodikken.

Som metode valgte vi en evaluering med summativt og formativt element, dvs. å studere prosessen under veis og resultatet av prosjektene. Data ble innhentet ved besøk på Senter for jobbmestring i Østfold og ved de tre attføringsbedriftene i Oslo der det ble gjennomført kvalitative intervjuer med utvalgte informanter høst 2007 og høst 2008. Videre er representanter for prosjektledelsen intervjuet. Foreløpige resultater ble formidlet til oppdragsgiver i en dialogkonferanse februar 2008.

Resultatene fra Østfold viser at den terapeutiske tilnærmingen med vekt på kognitiv atferdsterapi der tema er jobbmestring, ser ut til å være virksom for å bringe deltakerne tilbake i jobb. Oppfølgingstilnærmingen som er lagt til grunn i prosjektet, gjennomføres i praksis. Den intenderte integrasjonen mellom attføring og behandling er ikke tilstrekkelig godt ivaretatt i Østfold-prosjektet. I Oslo-prosjektet utprøves en modell for psykoedukativ flerfamiliebehandling for oppfølging av personer med schizofrenidiagnose i tre arbeidsmarkedsbedrifter. Den ansatte følges opp av høyt utdannet arbeidskonsulent, arbeidsleder og psykiatrisk sykepleier, og det er et formalisert samarbeid med deltakerens behandler. Deltakerne er langt mer stabile i arbeidssituasjonen enn prosjektmedarbeiderne hadde forventet, og både deltakere selv, bedriftsansatte og prosjektansatte beskriver deltakernes utbytte som godt. Som tiltaksform er hovedsakelig valgt arbeidspraksis i skjermet virksomhet med mulighet for å utprøving i ekstern praksis. Dette fungerer godt.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helse	Mental health
GRUPPE 2	Arbeidsliv	Work
EGENVALGTE		

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag	4
2	Innledning	6
3	Kunnskapsstatus.....	7
3.1	Arbeidslinja i norsk velferdspolitik	7
3.2	Arbeid og psykisk helse	7
3.3	Attføringsmetode	8
3.4	Vilje Viser Vei i Nasjon strategiplan for arbeid og psykisk helse.....	9
3.5	Jobbmestrende oppfølging	9
4	SINTEFs Evaluering	11
4.1	Mål for evalueringen.....	11
4.2	Metode	11
4.2.1	Intervju	12
4.2.2	Informanter.....	12
4.3	Dataanalyse	13
5	Jobbmestrende oppfølging i Østfold.....	14
5.1	Bakgrunn.....	14
5.2	Forankring.....	14
5.3	Utvikling av oppfølgingsmetodikk	15
5.4	Informasjon	16
5.5	Inklusjonskriterier	16
5.6	Innsøknng.....	17
5.7	Bemanning	17
5.8	Deltakere	18
5.8.1	Oversikt pr 6. 12. 2007.....	18
5.8.2	Oversikt pr 30.9.2008.....	19
5.9	Deltakernes erfaringer.....	21
5.10	Metodikk med fokus på arbeid	21
5.11	Integrasjon av behandling og attføring	22
5.12	Ubyråkratisk henvisningsprosedyre og rask intervensjon	23
5.13	Samarbeid mellom helsevesen og NAV	24
5.14	Nytt tilbud fra en ny enhet	26
5.15	Prioritering	27
5.16	Kompetanseoverføring.....	29
6	Jobbmestrende oppfølging i Oslo.....	31
6.1	Bakgrunn og forankring.....	31
6.2	Målsetning.....	32
6.3	De samarbeidende arbeidsmarkedsbedriftene.....	32
6.4	Oppfølgingsmetodikk	32
6.5	Informasjonsvirksomhet og opplæring av medarbeidere.....	34
6.6	Rekruttering, innsøknng og inntak.....	34
6.7	Bemanning	35
6.8	Deltakere	36
6.9	Hovedfunn i Oslo-studien	37

6.10	Deltakernes erfaring med arbeid: "Det viktigste er at jeg er i jobb"	37
6.11	Den psykoedukative metoden	41
6.12	Tett oppfølging.....	43
6.13	Psykiatrisk kompetanse - veiledning og undervisning	46
6.14	Samarbeid i oppfølgingen	47
6.15	Tid	50
6.16	Fleksibilitet i opplegget.....	51
7	Oppsummerende diskusjon	53
7.1	Jobbmestrende oppfølging som metode.....	53
7.2	Jobbmestrende oppfølging i Østfold	53
7.2.1	Veldefinert og virksom oppfølgingsmetode	53
7.2.2	Manglende integrasjon mellom behandling og attføring	53
7.2.3	Organisering og samarbeid	54
7.2.4	Målgruppe	54
7.2.5	Overførbarhet	55
7.2.6	Veien videre	56
7.3	Jobbmestrende oppfølging i Oslo	58
7.3.1	Overførbarhet	58
7.3.2	Kompetanse og kompetanseoverføring.....	59
7.3.3	Samarbeid NAV og behandlingsapparatet - to ulike logikker?	59
7.3.4	Rammebetingelser.....	61
8	Avslutning	64
9	Referanser	66
10	Vedlegg	70

1 Sammendrag

Østfold

Den terapeutiske tilnærmingen med vekt på kognitiv atferdsterapi der tema er jobbmestring, ser ut til å fungere når det gjelder målsetningen om å bringe deltakerne tilbake i jobb. Senter for jobbmestring gjennomfører også en egen intern evaluering hvor resultatene så langt understøtter dette inntrykket. Den kognitive terapeutiske tilnærmingen som er lagt til grunn for virksomheten ved Senter for jobbmestring, er gjennomført i praksis. Når det gjelder involvering av arbeidsdelen i prosjektet, er det gjort endringer. I tilfeller der brukere har hatt IO-konsulenter, så har trekantsamtalene ikke blitt gjennomført i tråd med planene. Det har vist seg at terapisisuasjonen ikke er egnet for å involvere en tredjepart. IO-konsulentene har fulgt opp brukerne gjennom egne parallelle løp. Brukere som er henvist fra NAV trygd eller fastleger har ikke fått en systematisk oppfølging fra tredjepart som har ivaretatt attføringsfunksjonen. Opplegget har derved i praksis i liten grad ivaretatt den intenderte integrasjonen mellom attføring og behandling. Deltakerne er svært godt fornøyde med at Senter for jobbmestring har enkle innsøkningsrutiner, de får raskt svar og behandlingen kan komme i gang kort tid etter innsøkingen.

Deltakerne som har fått et tilbud ved Senter for jobbmestring (SFJ) mener at tilbudet er godt egnet for dem som målgruppe. Samtidig peker mange på at langt flere kunne gjort seg nytte av tilbudet dersom SFJ hadde vært mer kjent. Videre nevnes andre aktuelle målgrupper, som personer med muskel- og skjelettlidelser, langtidsledige og andre personer som av ulike grunner har vært lenge ute av arbeidslivet nevnes. Tilbudet blir betegnet som noe "eksklusivt". I dette ligger det en oppfatning av at det er andre grupper som har større problemer som både helsevesen og NAV gjerne ville sett hadde fått et tilsvarende tilbud. Dette er samtidig et dilemma for SFJ. Dersom tilbudet blir bedre kjent og det åpnes for andre målgrupper, vil ikke SFJ ha kapasitet til å opprettholde den korte ventetiden.

Oslo

I Oslo-prosjektet utprøves en modell for psykoedukativ flerfamiliebehandling for oppfølging av personer med en schizofrenidiagnose i tre arbeidsmarkedsbedrifter. Som tiltaksform har man hovedsakelig valgt arbeidspraksis i skjermet virksomhet. I forsøket inngår oppfølgingen av den enkelte ansatte av kvalifiserte arbeidskonsulenter og psykiatrisk sykepleier, opplæring og veiledning i bedriften og tett samarbeid med behandler i attføringsarbeidet.

Resultatene viser at deltakerne har vært mer stabile i arbeidssituasjonen enn prosjektmedarbeiderne forventet. Både deltakerne selv og de øvrige informantene beskriver deltakernes utbytte av Jobbmestrende oppfølging som godt. Deltakerne har økt sine ferdigheter i arbeidet og bedret sine sosiale ferdigheter i løpet av prosjektperioden. Ansatte i prosjektet og bedriftene er samstemte i at det er umulig å skille ut virkningen av den psykoedukative metoden som et avgrenset tiltak. Ulike aspekter ved den psykoedukative oppfølgingsmetoden trekkes fram som betydningsfulle, som systematikken i oppfølgingen, konkret arbeid med problemløsning og stressmestring og hele tiden å knytte oppfølgingen til arbeidssituasjonen. Informantene er tydelige på at viktige elementer må være på plass. De vektlegger først og fremst veiledning fra psykiatrisk sykepleier, tett oppfølging av den enkelte deltaker i tilstrekkelig lang tid og tett samarbeid med behandler (nettverk). Det ser ut til at fleksibilitet i valg av tiltaksform og oppfølgingstid er viktig. Det påpekes at enkelte kan ha behov for livslang oppfølging.

Kompetanseoverføring er et mål i Oslo-prosjektet, og resultatene tyder på en rimelig grad av kompetanseutveksling mellom ansatte i psykisk helsetjeneste, i prosjektet og i attføringsbedriftene. Samarbeidet mellom NAV og helsevesenet ivaretas godt på

prosjektledernivå, men er lite uttalt i daglig arbeid. Gjennom prosjektet synliggjøres noe ulik tenkning i de to etatene, og dette er det trolig viktig å tematisere i det videre arbeidet med feltet "arbeid og psykisk helse".

2 Innledning

Hensikten med prosjektet "Jobbmestrende oppfølging" er å prøve ut metodikk med symptomrettet og mestringsorientert oppfølging for personer med psykiske lidelser som arbeidshinder. "Jobbmestrende oppfølging" omfatter to lokale pilotprosjekter, henholdsvis i Østfold og Oslo. NAV Drift og utvikling gav SINTEF Helse i oppdrag å evaluere Jobbmestrende oppfølging. I tillegg gjennomfører begge pilotprosjektene egen evaluering.

SINTEFs evaluering er gjennomført som en kvalitativ studie der data er innhentet gjennom semistrukturerte intervjuer. Disse er gjennomført ved besøk ved tre attføringsbedrifter i Oslo og ved Senter for jobbmestring i Østfold. I denne rapporten oppsummeres resultatene fra evaluering av begge de lokale pilotprosjektene gjennom hele prosjektperioden. Hovedfunn fra tidligere delrapporter inngår i denne hovedrapporten. Siden pilotprosjektene er såpass ulike, har vi valgt å omtale dem hver for seg. Også i en oppsummerende diskusjon behandles de to pilotprosjektene hver for seg, mens vi i avslutningskapitlet forsøker å fremheve noen trekk som er felles for de to.

3 Kunnskapsstatus

3.1 Arbeidslinja i norsk velferdspolitik

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. Deltakelse i arbeidslivet står som en sentral verdi i vårt samfunn. Arbeid gir opplevelsen av å være til nytte og bidra til fellesskapet. Videre gir det ukene og dagene en rytme og medfører mulighet for sosial deltakelse og felleskap med andre mennesker. 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 deltakelse i arbeidslivet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

3.2 Arbeid og psykisk helse

Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. Nr.63 1997-1998) vektlegger deltakelse i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser, og i omtale av tiltak understrekes at samarbeid mellom de kommunale helse- og sosialtjenester, Aetat og trygdeetat er avgjørende viktig. Samordningen av Aetat, trygdeetat og sosialtjenesten (Arbeids- og velferdsforvaltningen - NAV) vil kunne ha betydning for dette arbeidet ved å bedre samarbeidet mellom ulike instanser og derved tilby mer samordnede tiltak.

Intensjonsavtalen mellom regjeringen og partene i arbeidslivet om et mer inkluderende arbeidsliv uttrykker en tverrpolitisk vilje til å tilrettelegge for at folk skal kunne være i arbeid selv med begrenset funksjonsevne. Mennesker med psykiske lidelser kan ha svært varierende funksjonsnivå med behov for en fleksibel arbeidssituasjon. Tilrettelagte tilbud til denne målgruppen blir derfor ekstra viktig. Dagens utvikling med økende krav til tempo, effektivitet og kompetanse fører til at mennesker med psykiske vansker får reduserte muligheter til å greie seg på det åpne arbeidsmarkedet (Halvorsen 2006). Den kraftige økningen av psykiske lidelser representerer en stor utfordring for arbeidsliv, trygde- og tjenesteapparat.

Angst og depresjon rammer en stor del av befolkningen (Joner 2008). Angst innebærer en intensiv frykt eller opplevelse av ulyst koblet til en forventning om en fare eller ulykke. Symptomene er både av fysisk og psykisk karakter. Typisk for depresjon er en følelse av håpløshet, meningsløshet og nedstemthet over en lengre periode. Depresjon er fjerde viktigste årsak til arbeidsuførhet verden over. I tillegg kan inntil 30 prosent av alle voksne til enhver tid ha depressive symptomer uten at de får diagnosen depresjon (Helsebiblioteket 2007). Flere behandlingsmetoder har dokumentert effekt på mild til moderat depresjon (Barbui 2003), blant annet kognitiv terapi (Butler 2008). Ved kognitiv terapi hjelper terapeuten pasienten til å tenke mer positivt ved å endre dysfunksjonelle oppfatninger og de automatiske negative tankene som preger depressive lidelser. Kognitiv terapi kan også redusere symptomene ved angstlidelser (von Knorring 2005, Hunot 2007).

Alvorlige psykiske lidelser kan gi store funksjonsvansker og vansker i arbeidslivet. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte et ønske om å delta i yrkeslivet. Det rapporteres at mellom 53 og 70 % av personer med diagnosen schizofreni uttrykker et ønske om ordinært lønnet

arbeid (Rogers 1991, Mueser 2001). Forskning viser imidlertid at arbeidsdeltakelsen i gruppen er lav. Nyere europeiske studier har rapportert at mellom 10 og 20 % av mennesker med schizofreni er i arbeid (Marwaha 2004). En studie fra London viser til og med andel mennesker med alvorlige psykiske lidelser som er uten arbeid, viser en økende tendens: 80 % i 1990 og 92 % i 1999 (Rinaldi 2007 A,B). En nordisk studie konkluderer med en arbeidsrate på 12 % blant pasienter i poliklinisk behandling (Middelboe 2001). I en norsk prospektiv studie av personer med schizofreni fant man at hele 94 % av deltagerne var arbeidsledige etter 10 år (Melle 2000). Tall fra trygdeetaten viser at den 31. desember 2004 var 13 000 personer (4.48 pr 1000 innbyggere) i Norge uføretrygdet med organiske psykiske lidelser, paranoide lidelser og paranoide psykoser som primærdiagnosegruppe (Trygdeetatens statistiske årbok, 2004). Det var flere menn (5.1 pr 1000 innbyggere) enn kvinner (3.9 pr 1000 innbyggere) med slike diagnoser som var uføretrygdet. Tilgjengelige tall fra 2005 er nokså identiske (Trygdeetatens statistiske årbok, 2005).

Det er støtte for at det å ha en ordinær jobb er forbundet med symptombedring hos personer med alvorlige psykiske lidelser (Becker 2007). Ordinær sysselsetting er også forbundet med større tilfredshet med fritid, økonomi og selvtillitt, og mennesker med schizofreni som har jobb, har mindre rusproblemer, søvnproblemer og bedre sosial fungering enn de uten jobb (Mueser 1997).

Det er en utfordring for psykisk helsetjeneste og NAV å øke arbeidsdeltakelsen blant mennesker med schizofreni. Det er et stort gap mellom andelen personer med schizofrene lidelser som faktisk er i arbeid (8 %) og andelen personer med alvorlige psykiske lidelser som ønsker å delta i ordinært arbeid (53 - 70 %) (Rogers 1991, Mueser 2001). Denne gruppen yrkeshemmede kan trenge mye støtte og oppfølging fra ulike instanser, og samordning av de ulike tilbudene er i dag ofte mangelfull. Opptrappingsplanen vektlegger at mennesker med psykiske lidelser må inkluderes i et fellesskap, unngå sosial isolasjon, og ha tilgang på meningsfulle aktiviteter som for eksempel arbeid (St.prp. Nr.63 1997-1998).

3.3 Attføringsmetode

Individual Placement and Support (IPS) er en metode som har solid empirisk støtte for å hjelpe dem med alvorlige psykiske lidelser til å få jobb og å beholde den. IPS omtales som en "place-and-train"-metode som raskt hjelper mennesker ut i ordinært arbeid og benytter langvarig oppfølging for å hjelpe den enkelte til å mestre og å beholde jobben. Det er godt dokumentert at dette er den mest virksomme oppfølgingsmetoden (Drake 1999, Crowter 2001, Mueser 2004, Gold 2005, Bond 2007, Burns 2007, Rinaldi 2007 A). Integrasjon mellom behandling og attføring er et sentralt poeng ved denne metoden. Yrkesmessig suksess ved hjelp av denne metoden fordrer at attføringsspesialister samarbeider tett med klinikere i behandlingen. Ved at klinikere og attføringsspesialister jevnlig møtes og arbeider i team, kan de lettere tilrettelegge et helhetlig tilbud til personen. De fleste studier av effekten av IPS modellen er gjort på amerikanske utvalg og det trengs forskning på hvor generaliserbar denne modellen er til skandinaviske forhold. Videre er kunnskapen mangelfull om kritiske faktorer for å beholde jobben og om hvordan tilretteleggingen kan integreres i øvrige hjelpetiltak. (Jf. pkt 1.4, kartlegging i regi av Vilje Viser Vei)

På 90-tallet var metodikken i attføringsarbeidet i Norge preget av at brukere skulle rehabiliteres gjennom påfølgende sekvenser av tiltak fra ulike etater. Attføring ble sett på som en siste sekvens i en rehabiliteringsprosess mot arbeidslivet (Helle 2007). Innen denne tenkningen var det ikke plass til mennesker med kroniske lidelser som krever oppfølging over lang tid. Til tross for disse dominerende holdningene ble det utprøvd nye tiltak som ivaretok oppfølging over tid. Arbeid med bistand (AB) ble etablert. I perioden 2000-2005 pågikk forsøk med Fleksibel jobb der målgruppen var mennesker med nedsatt og varierende funksjonsnivå. Begge disse metodene bygger på

oppfølging av både arbeidstaker og arbeidsgiver over flere år (ibid). Individuell oppfølging (IO) var i utgangspunktet et 2-årig forsøksprosjekt (2003-2005) i Østfold der man skulle prøve ut en modell for å øke overgangen til jobb blant yrkeshemmede arbeidssøkere. IO likner Arbeid med bistand, men den enkelte tilrettelegger har flere deltakere i IO enn i AB. IO videreføres i Østfold innen Arbeid med bistand (IO i AB).

3.4 Vilje Viser Vei i Nasjon strategiplan for arbeid og psykisk helse

Med midler fra Opptrappingsplanen 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. Vilje Viser Vei var i utgangspunktet et toårig prosjekt fra 1.4.2004 - 1.4.2006 for å "utarbeide og spre praktiske metoder som bidrar til at flere psykisk syke kommer ut i høvelig arbeid" (Aetats nettside 2005).

Kartleggingsarbeid i regi av Vilje Viser Vei synliggjorde et stort behov for oppfølgingstilbud som kan sikre arbeidssøkerens/arbeidstakerens mestring av arbeidssituasjonen. Møllers undersøkelse fra 2005 tyder på at yrkeshemmede med psykiske vansker er tjent med å delta i atferingstiltak i lengre tid enn andre yrkeshemmede (Møller 2005). Videre påpekes at denne gruppen arbeidssøkere har mer behov for individuell oppfølging og et tiltaksapparat som er tilpasset å møte de spesielle barrierene gruppen har. 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 (SHDir 2005). Det kan innebære langvarig behandling, støtte og oppfølging. Nærhet til en reell arbeidssituasjon er viktig.

Vilje Viser Vei ble nedlagt som prosjekt 31.12.2007, men satsingen videreføres som en del av Nasjonal for arbeid og psykisk helse 2007-2012 og er fast inne i linjen i NAV fra 1.1.2008. Målsetningen er å bidra til å videreutvikle NAVs tjenestetilbud og skape et mer tilrettelagt tilbud til personer med psykiske lidelser som ønsker å nyttiggjøre seg sin arbeidsevne. Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse er fra 2008 organisert som en satsing med fagutviklingsprogrammene: Jobbmestrende oppfølging Østfoldmodellen, Jobbmestrende oppfølging Oslo modellen, Mestringsveier til arbeid – psykiske lidelser og rus, Tiltak (Vilje Viser Vei-tiltakene): Arbeidslivssatsing, Veilednings- og Oppfølgingsløser, Studier med støtte, Nettverksbygging og kompetanseheving, og Medarbeider med brukererfaring.

3.5 Jobbmestrende oppfølging

Prosjektet Jobbmestrende oppfølging er satt i gang for å prøve ut metodikk med symptomrettet og mestringsorientert oppfølging for personer med psykiske vansker som arbeidshindring. Det omfatter to lokale pilotprosjekter, ett i Oslo og ett i Østfold. I Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse beskrives Jobbmestrende oppfølging som et ambulerende tverrfaglig tilbud til personer med psykiske lidelser/problemer som trenger akutt oppfølging og behandling i forbindelse med arbeidsmarkedstiltak eller arbeid for å opprettholde et jobbmestrende fokus. "Som et tilbud i skjæringspunktet mellom behandling og atfering/oppfølging vurderes Jobbmestrende oppfølging som meget lovende for målgruppen. Det er imidlertid nødvendig å få et bredere erfaringsgrunnlag i dette arbeidet. Dette gjelder spesielt for samarbeidet mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenesten. Avklaring av ansvar, roller og kompetanse før, under og etter prosjektperioden vil være en viktig del av pilotarbeidet" (ibid).

Jobbmestrende oppfølging med de to pilotprosjektene var fram til 31.12.2007 underlagt en sentral styringsgruppe for Vilje Viser Vei med fem medlemmer: to representanter for NAV Drift og Utvikling (NDU), herunder lederen av styringsgruppen, videre en representant for Arbeids- og velferdsdirektoratet, en for NAV fylkesdirektør (Hedmark) og en representant for Helsedirektoratet. Prosjektledelsen har vært sekretariat for styringsgruppen og deltatt i møtene, men har ikke vært medlemmer i gruppen. Jobbmestrende oppfølging styres nå i linjen, dvs. fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, via Fylkesleddet, mens NDU har ansvaret for fagstøtte. Det innebærer at Pilotprosjektene rapporterer til Fylkesleddet som rapporterer videre til Arbeids- og velferdsdirektoratet.

For Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse er det etablert en samarbeidsgruppe der Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet deltar.

4 SINTEFs Evaluering

4.1 Mål for evalueringen

I Kravspesifikasjonen skisserer oppdragsgiver mål:

"Det overordnede formål med evalueringen er å studere om utprøving av kjent metodikk på nye grupper i relasjon til arbeid/tiltak har effekt."

Følgende spørsmålsstillinger ønskes belyst:

Beskrivelse av utfordringer knyttet til etablering av pilotprosjektene

- Rekruttering av deltakere til pilotene
- Opplæring av involverte medarbeidere
- Samarbeid mellom de ulike instansene

Beskrivelse av tjenesteapparatets erfaringer i prosjektet

- Kompetanseoverføring mellom NAV og helseapparatet
- Metodens anvendbarhet
- Erfaring med bruk av tiltak som ramme for metodikken
- Erfaringer fra NAV lokal

Beskrivelse av deltakernes erfaringer ved prosjektet

- Hvordan skiller tilbudet seg fra det øvrige tilbudet i regi av NAV?
- Tilfredshet med tilbudet

I sluttrapporten ønsker oppdragsgiver oppmerksomhet mot deltakernes nytte av Jobbmestrende oppfølging, vurdering av ulike elementer ved oppfølgingsmetoden og organisering av tilbudet. Videre ønskes anbefalinger om implementering. I dialogkonferansen februar 2008 fremkom ønske om å rette spesiell oppmerksomhet mot og utdype deltakernes erfaringer i prosjektet.

Begge de lokale pilotprosjektene gjennomfører egne evalueringer (se vedlegg). Vår evaluering har foregått parallelt med pilotenes egen uten at det har medført noen problemer. Prosjektene er ennå ikke avsluttet, og endelige resultater fra disse evalueringene foreligger ikke.

Prosjektet er godkjent av Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk, Midt-Norge og NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

4.2 Metode

Som metode velger vi en evaluering med et summativt og et formativt element. Det vil si at både prosessen underveis og resultatet av prosjektene studeres. Det formative elementet innebærer tilbakemelding til prosjektet underveis, og i dette prosjektet ble dette ivarettatt ved formidling av foreløpige resultater i dialogkonferanse februar 2008. Det summative elementet innebærer en analyse og oppsummering for å belyse samsvar mellom intensjoner, virkemidler og resultat.

Som metode for innhenting av data besøkte vi Senter for jobbmestring i Østfold og de tre atfføringsbedriftene i Oslo, og der gjennomførte vi kvalitative intervju med utvalgte informanter.

4.2.1 Intervju

Vi gjennomførte individuelle intervjuer etter intervjuguiden som var utarbeidet på forhånd for hver informantgruppe. Intervjuene ble gjennomført semistrukturert. Det innebærer at intervjueren tar utgangspunkt i temaene i intervjuguiden, og at alle temaene berøres, men at de kan utdypes i ulik grad i de ulike intervjuene. Intervjuene ble tatt opp på digitalt opptaksutstyr og skrevet ut tilnærmet ordrett.

I første fase av evalueringen, i 2007, arbeidet tre forskere i prosjektet. En arbeidet hovedsakelig med evalueringen i Østfold, en hovedsakelig i Oslo, men prosjektleder deltok begge steder. Evalueringens andre fase, høst 2008, ble gjennomført av to av forskerne fra første fase som samarbeidet i begge delprosjekter.

4.2.2 Informanter

Informanter fra Jobbmestrende oppfølging i Østfold

Informanter i 2007

Informanter til intervjuene ble valgt ut i samarbeid med ansatte ved Senter for jobbmestring, og de kontaktet også informantene. Til sammen 15 personer er intervjuet

- Prosjektleder
- To psykologer ansatt i prosjektet
- To representanter for IO-konsulenter
- En representant for arbeidsgivere
- En representant for NAV trygd som henvisende instans
- En representant for NAV arbeid som henvisende instans
- To representanter for Arbeidslivssenteret i Østfold
- Fem deltakere. En deltaker ble syk og kunne ikke møte til intervjuet

Informanter i 2008

Informanter til intervjuene ble også nå valgt ut i samarbeid med ansatte ved Senter for jobbmestring, og de kontaktet også informantene. Ut fra resultatene av evalueringen høst 2007 var vi spesielt interessert å få kontakt med fastleger som har henvist deltakere til Senteret. Til sammen 16 personer er intervjuet i 2008:

- To ansatte ved Senter for jobbmestring, hvorav den ene er intervjuet to ganger tidligere
- En representant for arbeidsgivere
- En representant for NAV arbeid
- 8 deltakere
- Tre fastleger

I tillegg er en fastlege intervjuet per telefon

Informanter fra Jobbmestrende oppfølging i Oslo

Informanter i 2007

Vi startet med å intervju prosjektleder og daglig leder for prosjektet. I samarbeid med dem ble de øvrige informantene valgt ut. Sentrale prosjektansatte og bedriftsansatte er intervjuet, og deltakere ble valgt ut fra om de kunne tenkes å gå fylldig informasjon. Vi besøkte alle bedriftene, ble vist rundt og orientert om bedriftenes virksomhet. Intervju med ansatte i bedriften, ansatte i prosjektet og deltakere fant sted på den enkelte bedrift. Representanten fra NAV lokal er intervjuet per telefon. Til sammen 24 personer er intervjuet:

- Prosjektleder
- Fagansvarlig for prosjektet
- Daglig leder for prosjektet som er psykiatrisk sykepleier
- Tre arbeidskonsulenter, en i hver bedrift
- En AB-konsulent
- En arbeidskonsulent
- Tre arbeidsledere, en i hver bedrift
- To attføringssjefer
- En avdelingsleder
- En representant fra NAV som henvisende instans
- Ni deltakere, tre fra hver bedrift.

Informanter i 2008

Som i 2007 begynte vi med å intervju prosjektleder og daglig leder. Slik fikk vi god oversikt over status i prosjektet. Videre besøkte vi alle bedriftene og gjennomførte der intervju med ansatte i bedriftene, arbeidskonsulentene og deltakerne. Vi valgte, så lang det lot seg gjøre, å intervju de samme informantene som i 2007. Til sammen 21 personer ble intervjuet i 2008:

- Prosjektleder
- Daglig leder for prosjektet, psykiatrisk sykepleier
- Åtte deltakere
- Fem arbeidskonsulenter, en ved to bedrifter, tre ved den tredje
- Fire attføringssjefer/ avdelingsledere/ arbeidsledere
- To behandlere som har samarbeidet med prosjektet

Bortsett fra prosjektansvarlig og daglig leder for prosjektet er alle intervjuet ute i de tre attføringsbedriftene. Av åtte deltakere som er intervjuet, kom tre fra to av bedriftene og to fra den tredje. En deltaker her trakk seg fra intervjuet. Seks av de åtte deltakerne ble også intervjuet i 2007.

4.3 Dataanalyse

Dokumenter og intervjuutskrifter utgjør våre kvalitative data. Analyse av data ble foretatt ved en metode for systematisk tekstkondensering basert på en fenomenologisk analysemodell (Malterud 2003). Det er en analyseprosess som gjennomføres i fire trinn der første trinn er å lese gjennom hele datamaterialet for å skaffe seg et helhetsinntrykk. I andre trinn identifiseres meningsbærende enheter i teksten. Som tredje trinn kategoriseres og systematiseres disse meningsbærende enhetene i kodegrupper som gis hver sin overskrift. Som siste trinn i analysen sammenfattes og sammenskrives meningsinnholdet i hver kodegruppe, det utarbeides en overskrift som favner innholdet i gruppen, og det plukkes ut sitater fra informantene som er egnet til å illustrere innholdet.

5 Jobbmestrende oppfølging i Østfold

5.1 Bakgrunn

Av prosjektdokumentet "Jobbmestrende oppfølging Senter for jobbmestring" fremgår at det gjennom erfaring fra prosjektene "Fleksibel Jobb" og "Individuell Oppfølging" og faglig vurdering ved Arbeidsrådgivningskontoret (ARK) i Østfold er "avdekket et behov for et supplerende tilbud som er skreddersydd for yrkeshemmede med lettere psykiske lidelser" (Prosjektdokument 2006).

Formålet med prosjektet er å utvikle og dokumentere effektiv jobbmestrende oppfølgingsmetodikk overfor mennesker med lettere psykiske lidelser (angst/depresjon). Tilgjengelighet til tilbudet er sterkt vektlagt. Sentral tenkning bak jobbmestrende oppfølging er Individual Placement and Support (IPS) som bygger på en modell med tett individuell oppfølging av attføringsprosessen og parallellitet og integrasjon mellom behandling og attføring (Joner 2007). I prosjektdokumentet beskrives integrasjon å virke på fire måter: (1) høyere motivasjon hos bruker, (2) bedre kommunikasjon mellom behandler, oppfølger og bruker, (3) behandlere får et mer arbeidsrettet fokus og (4) integrering av klinisk kunnskap (kunnskap om psykiske plager) i handlingsplaner for attføring/ individuell oppfølging. Disse fire punktene angis å ville bidra til å endre forholdet mellom attføring og behandling på en slik måte at "vi klarer å arbeide frem et nytt fagfelt: Jobbmestrende Oppfølging". I prosjektet ønsker man "å utforme denne integreringen i form av mange små, kortvarige miniteam som består av bruker, IO-konsulent og behandler fra Jobbmestringsteamet". Jobbmestrende oppfølgingen baseres på tenkning og metoder innen kognitiv terapi med fokus på arbeid. Målgruppen angis å være personer som er relativt nær en fungering innenfor det ordinære arbeidsmarkedet.

Det understrekes i Prosjektdokumentet at prosjektet må ha en tydelig forankring i etatene og at det ikke utvikles til en poliklinikk på linje med de tilbudene som allerede eksisterer. Prosjektet omfattet i utgangspunktet distriktene Sarpsborg og Fredrikstad, men ble på slutten av 2006 utvidet til også å omfatte Moss fordi få deltakere ble henvist.

5.2 Forankring

Senter for jobbmestring ble i Vilje Viser vei-perioden finansiert av Opptrappingsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet via Arbeids- og velferdsdirektoratet. Etter overgang til Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse kommer midlene fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet via Velferdsdirektoratet. Styringsgruppen for Vilje Viser Vei var frem til 31.12.2007 også styringsgruppe for delprosjekt Jobbmestrende oppfølging i Østfold og Oslo. Prosjektledelsen i NDU var sekretariat for styringsgruppen og deltok på styringsgruppemøtene. Et arbeidsutvalg med medarbeidere i ARK som hadde utviklet prosjektet, fungerte fram til prosjektstart. I "Samarbeidsgruppe for Senter for Jobbmestring" sitter representanter fra Arbeidslivssenteret og ARK i Østfold, Fylkesmannen i Østfold ved rådgiver i psykisk helsearbeid og alle ansatte ved Senter for jobbmestring. I tillegg er primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten representert med to deltakere, fra kommunalt psykiske helsearbeid og fra DPS. Grappa har møte hver 6. uke og diskuterer driften av prosjektet. Utvidet samarbeidsmøte finner sted to ganger per år, og da møter også alle teamlederne for NAV trygd og arbeid i Moss,

Fredrikstad og Sarpsborg. Samarbeidsmøter har ikke vært gjennomført så hyppig siste året pga travelhet ved Senteret.

5.3 Utvikling av oppfølgingsmetodikk

Som nevnt innledningsvis er IPS-modellen (Individual placement and support) sentral tenkning bak jobbmestrende oppfølging i Østfold. Viktige elementer er:

- Ordinær jobb som fokus
- Raskt jobbsøk
- Oppmerksomhet rettet mot brukers ønsker, tidligere jobberfaringer, evner etc.
- Kontinuerlig evaluering
- Tidsbegrenset oppfølging
- Integrasjon mellom arbeidsmarkedstiltak og symptomstrende veiledning/ behandling

Som metoder for symptomstrende veiledning angir psykologene ved Senteret høst 2007 kognitiv atferdsterapi, løsnings- og endringsfokusede tilnærminger og psykoedukativ metodikk. Ett av premissene i prosjektet var kjennskap til korttidsterapeutiske behandlingsmetoder. Psykologene valgte på et tidlig tidspunkt kognitiv atferdsterapi som tilnærmingsform, og alle tok videreutdanning i kognitiv terapi. Valget falt på kognitiv terapi pga soliditeten i metodikken, at det er utprøvd som en virkningsfull og god metode, i tillegg til at foreningen for kognitiv terapi hadde et godt videreutdanningsprogram.

Psykoedukasjon beskrives som å gi brukeren økt kompetanse om sine plager, om å normalisere og ufarliggjøre, for eksempel forklare hvordan kroppen reagerer ved angstanfall. Psykoedukasjon passer i følge psykologene godt sammen med kognitiv terapi. Kognitiv terapi har fokus på symptomer, det dreier seg om å normalisere, og det ligger mye opplæring i den kognitive modellen også. Samtalene dreier seg om hva som skjer i de ulike situasjonene, om hvordan man tenker om det og mestrer det. En av psykologene beskriver kognitiv tilnærming slik:

"Vi forsøker å endre måten man tenker på når man har kommet inn i negative tankemønstre, og en del automatiske tanker dukker opp. Da går vi inn og analyserer hva man tenker. Ut fra vår forståelse påvirker de tankene man har, de følelsene man får. Derfor er poenget å få bort de negative tankene og få dem erstattet med noen andre, slik at man ikke får disse negative følelsene. Tilnærmingen er den samme om det er angst eller depresjon".

Alle behandlerne understreker at jobbfokuset er et viktig poeng. Forskjellen fra vanlig terapi er at terapien er knyttet til jobbsituasjon. Det er mange temaer i folks liv, men her er det legitimt at jobb skal være sentralt, og det tas tak i konkrete situasjoner på jobb. "At dette er en tjeneste i NAV betyr at folk vet at dette skal dreie seg om vedkommendes fungering i jobb", sa en informant. Det gis 4-20 konsultasjoner. Kontakten med brukeren avsluttes ikke som i en poliklinikk, men deltakerne kan ta kontakt ved behov i hele prosjektperioden. Det betegnes som høyfrekvent oppfølging når deltakerne kommer til jevnlig samtaler og lavfrekvent oppfølging hvis de for eksempel har avtale om kontakt om noen måneder eller selv kan ta kontakt ved behov. Integrasjon mellom arbeidsmarkedstiltak og symptomstrende veiledning/ behandling er sentralt i arbeidsmodellen ved Senter for jobbmestring. Dette skal ivaretas ved bruk av miniteam med bruker, IO-konsulent (alternativt arbeidsgiver eller ansatte ved Arbeidslivssenteret) og psykolog ved Senteret. Psykologene fremhever som særegent og spesielt viktig ved dette tilbudet at det er ambulerende, ubyråkratisk, lett tilgjengelig og har kort ventetid. Det understrekes at det er et lavterskeltilbud.

5.4 Informasjon

De ansatte ved Senter for jobbmestring arbeidet i starten mye med informasjon til samarbeidende/henvisende instanser. I begynnelsen ble det gitt mest informasjon til NAV arbeid fordi psykologene kjente denne etaten godt og mente det var stort potensial for deltakere her. Det kom imidlertid få brukere derfra, og informasjonsarbeidet ble derfor intensivert og utvidet til andre samarbeidspartnere som NAV trygd, IO-konsulenter og enkelte AB-konsulenter, DPS Fredrikstad, Arbeidslivssenteret i Østfold og Oppfølgingsteam ved NAV arbeid i Fredrikstad. Informasjonsbrosjyre ble utarbeidet og sendt til alle de ovennevnte aktører samt til fastleger i Sarpsborg og Fredrikstad og til alle bedriftsleger i regionen (totalt 126 leger). Senter for jobbmestring sender månedlig informasjonsbrev til samarbeidspartnerne, første nummer i desember 2006. Dette omfatter informasjon om virksomheten, målgruppen, innsøkningsprosessen og kapasitet ved senteret. Videre finnes i hvert nummer informasjon om en psykisk lidelse. Senteret har også brakt ut informasjon om prosjektet gjennom studiebesøk fra Oslo og Tromsø, intervju i "Psykisk helse" og Aftenposten, artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening, poster på to internasjonale konferanser og innlegg på nasjonal konferanse.

5.5 Inklusjonskriterier

Det er utarbeidet inklusjonskriterier for innsøknning til Senter for jobbmestring (Infobrev nr. 2, 2007). Disse er i overensstemmelse med målgruppen som er bestemt for pilotprosjektet og har holdt seg uforandret gjennom hele prosjektperioden:

A. Nærhet til jobb

Fra NAV arbeid:

- A1 personer på IO og som fortrinnsvis er i hospitering/ jobb
- A2 Personer på IO - i jobbsøkerprosess

Ekskluderende faktorer:

Personer som mottar individuell psykoterapi fra DPS prioriteres ikke.

Fra NAV trygd

- A1 Står i fare for å bli sykmeldt
- A2 Hvor lenge sykmeldingen har vart

Ekskluderende faktorer:

Personer på medisinsk rehabilitering og uføretrygdede

B. Diagnoser

- B1 Personer med angstproblematikk
- B2 Depresjon
- B3 Angst/depresjon med tilleggsplager

Ekskluderende faktorer:

Primært psykosomatiske plager
Primær sosial problematikk

Primær konflikt på arbeidsplassen

C. Personlighet/ motivasjon

C1 Personer som er i jobb og/eller ønsker seg tilbake til samme jobb

C2 personer som anerkjenner, er motivert og har kapasitet til å jobbe med sine psykiske plager

I intervju fremhever en av de ansatte ved Senteret at nærhet til arbeid anses som det viktigste kriteriet, dvs. sannsynlighet for å komme i jobb etter prosjektet. Brukerne skal være sykmeldt eller på attføring, ikke under rehabilitering, fordi de da har vært lenge ute av arbeidslivet. I utgangspunktet var det et krav at deltakere innsøkt fra NAV arbeid skulle ha IO (Individuell Oppfølging). Ved lav innsøking ble det imidlertid åpnet for også å ta inn folk med Arbeid med bistand (AB). Å motta et annet individuelt tilbud innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er et eksklusjonskriterium, mens gruppetilbud aksepteres. Begrunnelsen er at to individuelle opplegg strider mot integreringsprinsippet. Det aksepteres at deltakerne er under behandling av fastlegen. Det fortelles at diagnose ikke er et klart seleksjonskriterium, men at det utøves skjønn. Selv om deltakerne skåres på SCL 90, er deltakelse ikke avhengig av diagnose eller skåre; det vektlegges om angst eller depresjon går utover jobbmestringen.

5.6 Innsøking

Følgende kan søke inn:

- NAV arbeid
- NAV trygd
- Fastleger
- Brukere som ikke er sykmeldt, kan søke direkte

IO-konsulentene må søke inn deltakere via saksbehandler ved NAV arbeid. Arbeidslivssenteret kan initiere innsøking via NAV trygd når bruker er sykmeldt, ellers kan bruker ta kontakt direkte. Når søknad foreligger, vurderes sakene på grunnlag av opplysninger som følger søknaden. Når søknaden aksepteres, innkalles deltaker til Senteret. De en til to første samtaler regnes som gjensidige vurderingssamtaler.

Senteret karakteriserer søkere/brukere i fire grupper når det gjelder innsøkningsstatus:

1. Avviste. Søknader som blir avslått etter vurdering av søknadspapirer.
2. Vurderte og avsluttede. Saker der bruker har vært inn til samtale/ vurdering (1-3 samtaler), men hvor man avslutter før oppfølging igangsettes.
3. Høyfrekvente brukere - brukere som er i høyfrekvent oppfølging
4. Lavfrekvente brukere - brukere som har avsluttet sin faste oppfølging er, men som fortsatt har mulighet til å ta kontakt ved behov.

5.7 Bemanning

I 2007 var SFJ bemannet med tre psykologer samt en halv merkantil stilling. To av psykologene sluttet i løpet av vinteren 2007/2008, og det ble lyst ut ledige stillinger. I stillingsannonseren ble det

søkt etter personer som enten hadde profesjonsutdanning som psykolog, mastergrad i psykologi eller treårig høgskoleutdanning og videreutdanning i psykisk helse. Det ble også framhevet at den som ble ansatt, måtte delta i videreutdanningsprogram i kognitiv terapi i regi av Norsk forening for kognitiv terapi. I oktober 2008 besto bemanningen av en psykolog, en sosionom og en vernepleier. Den merkantile, halve stillingen ble avvirket i løpet av høsten 2008.

5.8 Deltakere

Nedenfor vil vi presentere en oversikt over personer som på ulike måter har vært involvert i Senter for jobbmestring. Dette er personer som har vært eller er deltakere, og det er personer som av ulike årsaker har vært avvist eller har avsluttet oppfølgingen i en tidlig fase. Tallene har vi fått tilsendt av Senter for jobbmestring. Vi vil først gi en oversikt over status pr. 6.12.2007 og deretter status pr 30.9.2008. Ved presentere tallene på denne måten, vil det være mulig å se noen utviklingstrekk i løpet av perioden.

5.8.1 Oversikt pr 6. 12. 2007

I begynnelsen av desember 2007 hadde Senter for jobbmestring tatt inn 116 deltakere hvorav 108 hadde vært til én eller flere oppfølgingssamtaler og 8 var tatt inn i prosjektet og skulle begynne oppfølgingssamtaler i januar 2008.

Tabell 1. Henviste deltakerne etter fødselsår og kjønn pr 6.12.2007

Fødselsår	Antall kvinner	Antall menn	Antall totalt
1945 - 49	4	2	6
1950 - 59	13	12	25
1960 - 69	22	15	37
1970 - 79	24	11	35
1980 - 89	7	5	12
Totalt	70	45	115

For én deltaker var alderen ukjent. Vi ser av tabellen at på dette tidspunktet var det ca 60 % kvinner og 40 % menn som hadde blitt henvist til senteret.

Tabell 2. Henvisningsinstans til Senter for jobbmestring per 6.12.2007

	2006	jan.-april 07	mai-aug. 07	sept-des. 07	jan. 08	Totalt	Fordelt på:
NAV ARBEID	11	11	1	6	1	30	
Sarpsborg							14
Fredrikstad							11
Moss							4
Halden							1
NAV TRYGD	1	15	8	7	3	34	
Sarpsborg							15
Fredrikstad							7
Moss							12
FASTLEGER	0	9	17	15	4	45	
ANDRE*	5		2			7	
TOTALT	17	35	28	28	8	116	

* Andre: deltakerne har henvendt seg selv eller er henvist via Arbeidslivssenteret

Av de 116 henviste var det på dette tidspunktet 39 % som var henviste fra fastleger, 29 % fra NAV trygd og 26 % fra NAV arbeid. Av totalt 126 leger (fastleger og bedriftsleger) i de tre distriktene har 20 leger henvist deltakere til Senter for jobbmestring. Tolv leger har henvist 1 deltaker, fire leger har henvist fem eller flere deltakere. Av de 116 henviste som inngår i tabell 1 og 2 (over), har 19 deltakere kun vært til vurderingssamtale, og saken ble deretter avsluttet.

De 97 deltakerne som hadde fått tilbud ved Senteret, fordeler seg på 58 deltakere på aktiv oppfølging, 31 på lavfrekvent oppfølging og 8 deltakere på vei inn. Dette er flere enn behandlerne på forhånd hadde forestilt seg at de kunne ta inn. De 31 deltakerne som er på lavfrekvent oppfølging, har gjennomsnittlig hatt 8,5 samtaler med psykolog, og antallet varierer fra 3 til 16.

I tillegg til de 116 deltakerne i tabellen over var 40 personer henvist, men søknaden ble avslått på grunnlag av opplysninger i søknadspapirene. Årsakene til avvisningen var ulike. 6 deltakere ønsker ikke tilbudet, 8 deltakere hadde individuelt tilbud inne psykisk helsevern, 13 deltakere hadde for liten tilknytning til jobb, 3 deltakere ønsket seg ikke tilbake til samme jobb og 10 deltakere hadde for omfattende problematikk. Av de 40 som ble avvist, var 5 henvist fra NAV arbeid, 17 fra NAV trygd, 17 fra fastlege og 1 hadde henvendt seg selv.

5.8.2 Oversikt pr 30.9.2008.

I perioden 1.1. til 30.9.2008 ble det henvist 98 personer til Senter for jobbmestring. Disse har vært inne til én eller flere samtaler. Av disse er det 5 personer som har tatt rekontakt, dvs. at de har vært inne ved SFJ tidligere, blitt avsluttet, men tatt kontakt igjen fordi de ønsket å gjenoppta samtaler. Tabellen nedenfor viser hvordan henvisningene har fordelt seg.

Tabell 3. Henvisningsinstans for deltakere til Senter for jobbmestring i perioden 1.1.2008 til 30.09.2008.

	jan-mars	april-juni	juli-sept.	okt.-des.	TOTALT	Fordelt på
NAV ARBEID	5	6	1		12	
Sarpsborg						5
Fredrikstad						3
Moss						4
Rygge						0
NAV TRYGD	11	12	2		25	
Sarpsborg						6
Fredrikstad						10
Moss						5
Rygge						4
FASTLEGER	18	23	16		57	57
ANDRE *	1	1	2		4	4
TOTALT	35	42	21		98	98

Av de 98 henviste deltakerne de ni første månedene av 2008, er 58 % er henvist fra fastlege, 26 % fra NAV trygd og 12 % er henvist fra NAV arbeid. Hvis vi ser på de samme tallene fra ca ett år tilbake i tid, ser vi at prosentvis holder henvisningene fra NAV trygd seg relativt stabilt, mens henvisninger fra NAV arbeid er redusert og henvisninger fra fastlegene har økt. Andelen "andre" holder seg også relativt stabilt.

23 av de 98 har kun vært til vurderingssamtale(r) før de er blitt avsluttet. Dette er brukere der enten behandler, bruker eller begge i fellesskap finner at tilbudet fra SFJ ikke er aktuelt for

vedkommende. I denne gruppen finner man også enkelte brukere som for eksempel ikke har møtt til vurderingstime 2, - felles for dem er at samtlige har vært inne til minst én vurderingstime. Gjennomsnittlig antall samtaler for dem som har blitt avsluttet etter vurderingstime(r), er 1,3.

I tillegg til disse 98 henviste, er det 18 henvisninger hittil i 2008 som er vurdert og avvist. 6 av disse ønsket ikke tilbudet, 4 hadde allerede tilbud fra psykisk helsevern, 2 hadde for liten tilknytning til jobb, 2 ønsket seg ikke tilbake til samme jobb, 2 hadde for omfattende problematikk og 2 var ikke målgruppen/hadde ikke relevante symptomer.

Pr. 30.09.2008 hadde SFJ 65 deltakere under aktiv veiledning og/eller behandling.

Når det gjelder antall konsultasjoner som deltakerne har hatt, er dette basert på deltakerne som nå karakteriseres som lavfrekvente. Det innebærer at de har avsluttet den faste oppfølgingen fra senteret, men kan ta kontakt ved behov. Brukerne som er på lavfrekvent oppfølging, har hatt fra 2 til 25 samtaler, gjennomsnittlig 8,6.

Tallmaterialet fra Senter for jobbmestring viser at det i perioden 2006-2008 har vært stor pågang av deltakere, og interessen for tilbudet ser følgelig ut til å være stor. Videre har SFJ på bakgrunn av opplysningene i henvisningen eller etter vurderingssamtale med søkerne kommet fram til at et relativt stort antall henviste ikke tilhører målgruppen eller ikke tilfredsstillere andre kriterier for å bli deltakere. Dette kan være en indikasjon på at SFJ har fulgt de fastsatte inntakskriteriene og dermed gitt et tilbud til målgruppen som er definert i prosjektet.

Årsakene til frafall etter vurderingssamtalene er flere. Søknader fra eksempelvis leger kan være mangelfulle, og historien kan bli en annen når personer selv forteller. Personene som har sluttet etter vurderingssamtalene har enten selv eller i samråd med behandler funnet ut at de ikke faller inn i målgruppa. Dette kan for eksempel være fordi personen samtidig har vært til samtale på DPS og heller ønsker tilbud derfra. Videre er det også tilfeller der personene ikke synes de er så plaget som da søknaden ble sendt. Det kan også framkomme i løpet av vurderingssamtalene at det ikke er de psykiske plagene som er den fremste jobbhindringen men eksempelvis muskel/leddsmerter. Det kan også være at det ikke er på jobben personen sliter, men i hjemmesituasjonen. I noen tilfeller kommer det fram at de ikke ønsker seg tilbake til samme jobb, eller ikke tenker at de vil være i stand til å jobbe det neste året. I disse tilfellene ber behandler dem om å ta kontakt igjen når de er nærmere en reell arbeidssituasjon.

I løpet av perioden 2006-2008 ser vi at andelen henviste fra fastleger har økt. I 2006 var det ingen fastleger som hadde henvist mens fastlegene så langt i 2008 har stått for 58 % av henvisningene. I hele prosjektperioden 2007¹-2008 mottok Senter for jobbmestring henvisninger fra totalt 42 ulike leger. Disse legene har henvist fra 1 – 17 brukere hver. Innenfor sammen periode er andelen som er henvist fra NAV arbeid redusert og utgjør kun 12 % hittil i 2008. Økningen blant fastlegene kan skyldes at tilbudet etter hvert har blitt bedre kjent blant legene. Reduksjonen i andelen fra NAV arbeid kan skyldes flere forhold, og vi vil komme nærmere tilbake til dette i presentasjon av resultatene fra analysen av intervjumaterialet.

¹ Det var ikke noen fastleger som henviste i 2006.

5.9 Deltakernes erfaringer

Alle deltakerne som ble intervjuet, ga uttrykk for at de var godt fornøyde med tilbudet de fikk fra Senter for jobbmestring (SFJ) og måten de ble møtt på ved Senteret. Deltakerne er fornøyde med at tilbudet hadde en vinkling der det å komme tilbake i jobb var det viktigste. De fleste forteller at de hadde stort utbytte av opplegget og viser til at de gjennom hjelpen de har fått fra Senter for jobbmestring har kommet tilbake til jobb i hel stilling eller er i ferd med en gradvis opptrapping til full jobb. Samtlige deltakere forteller at de har opplevd tilbudet som nyttig.

De fleste deltakerne peker på at dette tilbudet er veldig godt egnet for å få hjelp med problemene de hadde, og viser da til at tilbudet har hjulpet dem tilbake i jobb. Deltakerne trekker fram positive sider ved tilbudet som at det er jobbmestring som er utgangspunktet for oppfølgingen, kort ventetid for å komme inn og det er lett å komme i kontakt med SFJ dersom det skulle være behov. Nedenfor vil vi gå nærmere inn på ulike sider ved SFJ, og i den forbindelse vil vi trekke inn vurderinger som er gjort både av deltakere, ansatte ved SFJ, NAV og fastleger.

5.10 Metodikk med fokus på arbeid

Vi har intervjuet til sammen fem av de seks behandlerne som har jobbet ved Senter for jobbmestring i prosjektperioden, og i intervjuene gir disse tilnærmet like beskrivelser av tilnæringsmetoden. Deltakernes beskrivelse av oppfølgingen svarer godt til behandlernes. Slik fremstår metoden som tydelig og definerbar. Behandlerne ved Senter for jobbmestring har valgt kognitiv atferdsterapi som metode for sin oppfølging. I den terapeutiske tilnærmingen har psykologene basert seg på kognitiv kortidsterapi og psykoedukasjon. Disse to elementene blir av behandlerne sagt å virke godt sammen:

”Kognitiv terapi har fokus på symptomer, og det er mye opplæring i den kognitive modellen også. Hva det er som skjer i de ulike situasjonene, de dysfunksjonelle tankene og handlingene, og hvordan disse handlingene virker inn igjen på det dysfunksjonelle som ligger til grunn for atferden. Det er mye opplæring i dette. I det psykoedukative ligger det å gi brukerne økt kunnskap om sine plager og ufarliggjøring.” Behandler.

Fra Senter for jobbmestring fortelles det at erfaringene med metodikken er svært positiv. I intervju viser behandlerne til at det er gjennomført en intern evaluering, og at denne viser at deltakere ved SFJ har tilnærmet bare halvparten så lang sykmeldingstid som kontrollgruppen. Videre forteller de at den interne evalueringen viser at det er ca 10 ganger flere i kontrollgruppen som blir sykmeldte i løpet de neste 12 måneder på grunn av psykiske lidelser enn blant dem har deltatt i prosjektet. Opplegget med kortidsterapi der det fokuseres hovedsakelig på jobbsituasjonen, synes å være en tilnærming som samtlige informantgrupper er fornøyde med.

”Da jeg kom hit, følte jeg at hun jeg snakket med, forsto meg. Det handler sikkert litt om henne som person, men det er også at hun knyttet behandlingen veldig til jobben. En psykolog jeg gikk til før, snakket bare om barndommen. Jeg har hele tiden vært tydelig på at det har vært jobben som har kjørt meg i senk. Det var i jobbsituasjonen jeg trengte å få trygghet igjen og følelsen av å mestre”. Deltaker.

Selv om det har vært fokus på jobb, har deltakerne opplevd at det har vært rom for å ta opp også andre sider ved livssituasjonen i samtalene.

”Det som har vært bra, er at det ikke kun har vært jobb. Hvis det har vært problemer knyttet til privatlivet har det vært også vært åpning for å ta opp det. Det henger i hop.” Deltaker.

Alle fastlegene som er intervjuet forteller at pasientene som de har henvist til SFJ har hatt utbytte av opplegget. De forteller at de utelukkende har fått positive tilbakemeldinger fra pasientene og at jobbfokuset som ligger til grunn oppfattes som positivt. En fastlege sier:

”Jeg har ikke opplevd noen negative reaksjoner fra pasienter når det gjelder å bli henvist til en psykolog med jobbmestrende fokus i behandlingen. Pasientene opplever nok at det er behandling det også, og at det henger sammen”. Fastlege.

En annen fastlege forteller:

”Jeg har jo sagt til pasientene at formålet med dette tiltaket er å få dem tilbake i jobb, og det virker som om de er innforståtte med det og synes det er greit. Men det kan være at noen føler at det er litt kynisk at man er mer opptatt av å få dem i jobb enn å behandle tilstanden, men dette henger jo sammen.” Fastlege.

Når det gjelder den metodiske tilnæringsen overfor deltakere med henholdsvis angst og depresjon, blir det sagt at den kognitive og psykoedukative tilnæringsen er egnet for begge gruppene. Imidlertid kan det virke som om det er lettere å jobbe med angst. En av behandlerne forteller at:

”Det er flere konkrete situasjoner å ta tak i. Man kan trene på oppgaver, oppsøke steder og gjøre hjemmeoppgaver. Det er veldig konkret. Depresjon er ikke så lett å få tak i.”

Flere av deltakerne framhever nettopp at behandlingen retter seg inn på å mestre problematiske situasjoner relatert til jobben, og at opplegget fra Senter for jobbmestring gir deltakerne redskaper for å mestre disse situasjonene.

”Jeg har fått noen kognitive teknikker som kan benyttes. Det er absolutt det mest effektive på meg i hvert fall. Det virker!” Deltaker.

5.11 Integrasjon av behandling og attføring

Senter for jobbmestrings metode er basert på en modell med tett individuell oppfølging i attføringsprosessen og parallellitet og integrasjon mellom behandling og attføring. Integreringen skal skje i form av mange små, kortvarige mini-teammøter som består av bruker, IO-konsulent og behandler fra Jobbmestringsteamet. IO-konsulenten skal gi en personlig, kunnskapsbasert og problemløsende oppfølging av arbeidssøkere, som omfatter hjelp til å skaffe og beholde en jobb i det ordinære arbeidsmarked. Det er få av deltakerne som vi har intervjuet som har IO-konsulent. En av disse forteller

”Jeg har tett kontakt med IO-konsulenten. Jeg møter henne eller vi snakker sammen på telefon. Jeg opplever IO-konsulenten og behandler som samkjørte. IO-konsulenten har vært med på ett møte sammen med meg og behandler.” Deltaker.

”Jeg tror det ville vært like greit for meg å gå til Senter for jobbmestring også uten IO-konsulenten. Men IO-konsulenten sitter nærmere jobbmarkedet og er til hjelp for meg for å skaffe meg jobb.” Deltaker.

Det var forutsatt at alt behandlingsarbeid skal være rettet mot jobbmestring, og IO-konsulenten skulle delta i behandlingsarbeidet (Prosjektplan av 27.06.06). I løpet av det første året Senter for jobbmestring var i drift, ble mini-teammøtene mindre hyppige enn først tenkt. Dette på grunn av flere forhold. For det første viste det seg at involvering av en tredjepart ikke var så lett når det dreier seg terapi. For det andre var det også vanskelig å få koordinert partene til et felles møte. Behandleren forteller at IO-konsulenten i større grad har vært involvert i forbindelse med overganger, i tillegg til at IO-konsulenten holdes orientert om framdrift:

”Jeg har samtale med IO-konsulenten fra tid til annen. Jeg ringer også IO-konsulenten for oppdateringer.” Behandler.

Når det gjelder deltakere som er sykmeldte, så har ikke disse IO-konsulent, og det er ikke opprettet miniteam rundt disse deltakerne. Behandlerne ved Senter for jobbmestring forteller at det gjerne tas gjerne kontakt med Arbeidslivssenter eller arbeidsgiver. Det kan imidlertid være noe problematisk å involvere arbeidsgiver da denne ikke alltid er orientert om at den ansatte benytter seg av tilbudet ved SFJ, og i noen tilfeller er det arbeidsgiver som er problemet for deltakeren. For sykmeldte stiller behandlerne opp på andre måter:

”Jeg synes det er fruktbart å være med på sykmeldingsoppfølgingssamtaler. Men disse samtalene har ikke blitt gjennomført som foreskrevet. Arbeidsgiver har som regel samtale etter 12 uker, men NAV har ofte ikke noe etter seks måneder. Det er svært få av våre deltakere som sier at de har hatt slike samtaler.” Behandler.

Når det gjelder integrasjon mellom opplegget som gjennomføres ved Senter for jobbmestring som er en del av NAV og helsevesenet, går vi nærmere inn på dette i nedenfor.

5.12 Ubyråkratisk henvisningsprosedyre og rask intervensjon

Ett av hovedprinsippene for Senter for jobbmestring er at deltakerne skal komme raskt i gang med terapien, slik at de ikke blir gående sykmeldt over lang tid og dermed reduserer mulighetene for å komme tilbake til arbeidslivet. Fastleger og saksbehandlere ved NAV kan henvise til Senter for jobbmestring.

I løpet av det andre året Senter for jobbmestring var i drift, sluttet to av tre psykologer. Det gikk noe tid før disse to ble erstattet av andre behandlere. Dette førte til at senteret hadde seks ukers ventetid i en periode våren 2008. Alle deltakerne som er intervjuet, framhever at de har opplevd at det har vært kort ventetid og at dette er en positiv side ved SFJ.

”Jeg synes tilbudet er utrolig bra. Fastlegen henviste meg for trekvart år siden til psykolog. Jeg har fortsatt ikke fått time der. Her tok det to-tre uker.” Deltaker.

”Det eneste jeg kan kritisere er at jeg ikke fikk dette tilbudet før. Da hadde jeg kommet meg i jobb igjen raskere. Jeg var sykmeldt nesten ett år før jeg kom inn i dette systemet.” Deltaker.

Ventetid er koblet til kapasiteten ved SFJ. Tre behandlere er ansatt, og når det tas sikte på å holde ventetiden nede, legger det premisser for hvordan tilbudet blir markedsført.

”Hvis vi markedsfører det mer, får vi flere søker enn det vi kan håndtere. Vi har derfor for eksempel ikke gått ut i lokalavisen og fortalt om dette tilbudet. Hvis det nå kommer for mange til oss som er på sykmelding, vil det bli ventetid for dem eller vi må si at du må benytte deg av ”Raskere tilbake”. Vi er ikke så veldig interessert i å få flere deltakere nå. Da ville ventetida bli for lang, og vi ville ikke fått jobbet som vi skulle” Behandler.

Prinsippet om kort ventetid og en målgruppe for SFJ hvor deltakerne skal være relativt nær jobb, er sider som vi vil komme nærmere tilbake til nedenfor.

Senter for jobbmestring legger videre vekt på at deltakerne også kan ta kontakt igjen etter at den høyfrekvente oppfølgingen er avsluttet. Denne tilgjengeligheten settes pris på av samtlige deltakere som er intervjuet.

”Det er åpent for å ringe ved behov. Det er veldig betryggende.” Deltaker.

Få av deltakerne vi har snakket med, har benyttet seg av muligheten til å ta kontakt, men mange holder muligheten åpen for at de vil kunne ta kontakt på et senere tidspunkt

”Jeg har ikke hatt behov for å ta kontakt ennå, men det kan være at jeg får behov for noe støtte etter at jeg har vært ute i jobb en stund”. Deltaker.

”Det er godt å vite at dette er sikkerhetsnettet mitt, det at det ikke blir endelig avsluttet, men at det er åpent ved behov” Deltaker.

5.13 Samarbeid mellom helsevesen og NAV

I inklusjonskriteriene til Senter for jobbmestring heter det at personer som benytter seg av individuelle psykoterapi ved DPS ikke kan være deltakere ved SFJ, og SFJ har følgelig ikke noen kontakt med denne delen av helsevesenet. Alle deltakerne har imidlertid en fastlege, og denne er i liten grad involvert i oppfølgingen fra SFJ.

En behandler forteller:

”Vi spør deltakerne om å få lov til å ringe legen deres, og vi inviterer oss gjerne med på en dobbeltime hos fastlegen hvis deltakerne ønsker det. Vi ønsker for eksempel å være med å diskutere medisiner og ha med legene når det gjelder overganger. I løpet av den tiden jeg har jobbet her, har en fastlege ringt meg én gang. Så de er ikke så aktive de heller.” Behandler.

En annen behandler framhever også ideen om å involvere fastlegen ved milepæler i behandlingen, men at det kan være noe problematisk med tilgjengeligheten.

”Jeg har hatt et par fellesmøter med deltaker og fastlege. I de tilfellene har det gått greit å få en dobbeltime hos fastlegen for et møte. Det er vanskeligere å diskutere på telefon, jeg kommer heller ikke gjennom. Der det er behov for avklaringer eller er vendepunkt, har jeg stor tro på å få den helheten sammen med legen”. Behandler.

Fastlegene vi har intervjuet, har varierende erfaringer med samarbeidet med Senter for jobbmestring. Noen framholder at samarbeidet har vært tilfredsstillende, mens andre kunne tenkt seg en tettere involvering og det å kunne bidra på en aktiv måte i behandlingen. En fastlege forteller:

”Jeg samarbeidet med senteret, særlig om den første pasienten, da jeg var usikker på hva de hadde å tilby. Psykologen ble med hit til meg, og vi hadde et fellesmøte med pasienten i tillegg til at vi snakket sammen på telefon. Dertil gikk det beskjeder via pasienten. Det har ikke vært så mye samarbeid etterpå, for da visste jeg hva de drev med, og alle de jeg har henvist har hatt samme behandler så jeg visste hva jeg hadde å forvente” Fastlege.

”Jeg følte at der jeg ba om det, fikk jeg de tilbakemeldingene jeg trengte. Jeg fikk skriftlige tilbakemeldinger da det ble avsluttet, og jeg synes at det var ryddig.” Fastlege.

På den annen side er det fastleger som mener at kontakten ikke har vært så god den burde vært, og det har vært ønskelig med en bedre samkjøring av behandlingen som deltakerne får.

”Det har vært lite eller ingen kontakt underveis. Vi får raskt tilbakemelding om at pasienten har fått time, det er jo bra. Så får vi en sluttrapport, men jeg hadde nok ønsket meg en mer fyldig rapport med mer faglig tyngde. Litt mer om hva dette har dreid seg om, hvilke problemer man har fokusert på og hvordan man har jobbet med disse. Det kunne vært nyttig å få tilbakemeldinger underveis om hvordan man jobber med problemene, og på den måten lettere følge opp pasienten her.” Fastlege.

”Min oppfølging har vært supplerende. Jeg har gjort utredninger med blodprøver der det har vært nødvendig, eventuell medikamentell terapi der det har vært nødvendig med dosejusteringer, og jeg har skrevet sykmeldinger. Det som har vært problemet er at jeg ikke har fått noen tilbakemeldinger på hva de har snakket om. Det blir bare det vi får referert fra pasienten, det er ingen faglig rapport. Det blir derfor litt vanskelig å følge opp herfra med hensyn til samtaledelen. Så jeg har bare hatt en støttesamtale for å høre hvordan det går”. Fastlege.

Fra flere av deltakerne kommer det synspunkter på at tilbudet kan samkjøres noe bedre mellom Senter for jobbmestring og fastlegen.

”Jeg har snakket litt med fastlegen i det siste. Legen er interessert i hvordan det går og er også interessert i hva Senter for jobbmestring driver med. Men samkjøringen mellom fastlegen og Senter for jobbmestring er opp til meg. Jeg må orientere både fastlege og behandler. Jeg synes kanskje de kunne hatt kontakt seg i mellom, og det blir litt sånn hver på sin tue. Det er rart at det ikke er et sånt system, kanskje et bedre koordinert tilbud kunne fått meg enda raskere tilbake i jobb?” Deltaker.

Behandlerne framhever at deltakerne i de fleste tilfeller kan stå for koordineringen selv, men at de er lydhøre for å imøtekomme deltakernes eventuelle ønsker om direkte kontakt mellom behandler og fastlege.

”Vi har oppegående brukere som tar denne koordineringen selv. Det er et lite dilemma om jeg skal overta denne koordineringen for de er oppegående og kan ivareta seg selv, men det har hendt at jeg har ringt til fastlegen hvis bruker har ønsket det”. Terapeut.

Når det gjelder deltakernes direkte erfaringer med øvrige deler av NAV, er de fleste historiene som deltakerne forteller, preget av negative opplevelser som dreier seg om lite samarbeid mellom de ulike instanser. Imidlertid har deltakere som IO-konsulenter framhevet at disse har vært til hjelp når det gjelder å legge til rette for å komme i jobb igjen.

"Det eneste jeg har savna, er at det ikke er noen kontakt med andre ting i NAV. Det ble jeg litt skuffet over, men jeg har jo hørt før at folk skal ringe, men har enda ikke opplevd at det har skjedd."

En annen side ved koordinering av oppfølgingen av den enkelte deltaker er knyttet til oppfølging fastsatt gjennom IA-avtalen. I bedrifter som har underskrevet IA-avtalen skal det blant annet innen 12 uker gjennomføres dialogmøter mellom sykmeldte arbeidstakere som har vært helt borte fra arbeidsplassen og arbeidsgiver. For flere av deltakerne vi har snakket med, har forholdet til arbeidsgiver vært en del av problemet. Presset for å møte arbeidsgiver har blitt opplevd som tøft:

"Hver gang rådgiveren fra Arbeidslivssenteret ringte til meg for at jeg skulle gå på møtet, falt jeg sammen igjen. Jeg gjemte meg i flere uker. Rådgiveren fra Arbeidslivssenteret insisterte på disse møtene, selv om psykologen også ville holde igjen. For å slippe å bli innkalt til møtene, måtte jeg si opp. Da jeg sa opp, ble det slutt på disse nedturene." Deltaker.

For deltakerne kan også andre møter med arbeidsgiver oppleves som tøffe, og det kan være vanskelig å møte kravene som stilles:

"I møtet med arbeidsgiver var det nærmeste sjef, NAV, en fra personalavdelingen og meg. Jeg hadde ikke med meg noen, og fikk opplyst etterpå at det kunne jeg. Det fikk jeg høre fra HMS-seksjonen da jeg tok kontakt med dem. Jeg følte på møtet at møtet gikk mer på at arbeidsgiver ikke hadde råd til å ha meg sykmeldt og at hun fra NAV bare sa "gå på arbeidskontoret" hele tiden. Det handlet ikke om meg på dette møtet, og jeg følte meg fullstendig overkjørt." Deltaker.

For enkelte deltakere er møtet med NAV en utfordring, og systemet krever til dels mye av den enkelte.

"Jeg føler at de sitter litt på sine tuer. Det er mange papirer som kommer, som skal fylles ut og sendes hit og dit. Det er standardformularer som ikke treffer det som er aktuelt for meg. De ber om en legeattest som jeg nettopp har sendt inn. Er du veldig syk, kan det hende du ikke makter å ta inn alt sammen. Det er mye mer papirer og systemer enn en tror". Deltaker.

5.14 Nytt tilbud fra en ny enhet

Hvilken organisatorisk plassering Senter for jobbmestring har innenfor et system som yter hjelp til mennesker som har behov for helsetjenester eller andre velferdstjenester vil også kunne ha noe å si for hvor godt kjent tilbudet er blant potensielle samarbeidspartnere og følgelig også hvem som kan bli deltakere. Senter for jobbmestrende oppfølging i Østfold ble opprettet som en egen organisatorisk enhet innen NAV. Enkelte informanter fra innsøkende instanser har en opplevelse av at tilbudet fra Senter for jobbmestring kunne vært organisert på en annen måte. En informant fra NAV arbeid forteller:

"Tilbudet er litt perifert. Jeg synes Senter for jobbmestring kunne blitt mer synlig. Vi må minnes på det. De kunne også sett på saker sammen med oss. Men slik som det er i dag, er det ingen naturlige samhandlingsarenaer. NAV Arbeid.

Behandlerne ved SFJ er kjent med at tilbudet i begrenset grad benyttes av NAV arbeid, og at det kan være flere grunner til dette.

”Vi har ikke markedsført oss så mye inn mot NAV arbeid. De vet om oss, og de sier at de kunne henvist flere til oss dersom de hadde hatt bedre tid til å gå gjennom bunken sin. De får heller ikke noen uttelling for å henvise til oss, og de blir ikke målt på det. Det har jo også begynt mange nye i NAV som ikke har hørt om oss” Behandler.

Samarbeidspartnere forteller videre at dette er et tilbud som kommer litt på siden av andre tjenester som det allerede er etablerte samhandlingsrutiner for. Her trekkes ARK fram som et eksempel, og at kompetansen som ARK besitter kunne vært brukt til å vurdere hvilke personer som eventuelt kunne fått et tilbud ved Senter for jobbmestring. Også fra behandlerne ved SFJ trekkes det fram at en sterkere tilknytning til ARK kunne vært en fordel for SFJ.

”Mitt ønske er at vi samlokaliseres med ARK som vi tilhører organisatorisk. ARK har et navn i NAV og vi ville fått mer reklame”. Behandler.

Med tre behandlere ansatt ved SFJ er dette et relativt lite fagmiljø. Ønsket om å tilhøre et større fagmiljø, er også et argument som behandlerne benytter for å knytte seg tettere til ARK.

”Vi er få og det blir et lite fagmiljø. Et større fagmiljø ville vært den største fordelen med en samlokalisering. Da burde vi vært sammen også geografisk. Vi trives, men det blir et litt lite fagmiljø.” Behandler.

Når det er tale om hvem SFJ kunne vært samlokalisert med, trekkes også en tettere kobling til NAV arbeid fram som noe som kunne fått positive ringvirkninger.

”Hvis vi hadde vært sammen med NAV attføring, ville det gjort det lettere for dem å spørre oss om saker, og hadde det vært en fordel om vi var i samme bygg”. Behandler.

5.15 Prioritering

Senter for jobbmestring gir et tilbud til personer som har yrkeshemminger på grunn av lettere psykiske lidelser. I intervjuene framhever de ansatte ved SFJ nærhet til jobb som det viktigste inntakskriteriet. Det innebærer at målgruppen er avgrenset til å gjelde personer som er sykmeldt, står i fare for å bli sykmeldt eller er på attføring. Personer som eksempelvis er under rehabilitering faller utenom målgruppen da disse har vært for lenge ute av arbeidslivet.

Deltakerne er unisone i sine betraktninger i at dette er et godt tilbud for den skisserte målgruppen. En av dem forteller det slik:

”Tilbudet her er flott, men de burde opplyst bedre om det. Jeg synes også at dette bør være tilbud for folk som ikke er sykmeldte, men som føler på at det går nedover. Det ville vært bra som et forebyggende tiltak”. Deltaker.

Også samarbeidende instanser mener at deltakerne har fått et godt tilbud fra SFJ, og at de har hatt utbytte av det. Én av fastlegene som ble intervjuet mener at dette er et godt tilbud til riktig målgruppe:

”Jeg opplever målgruppen for prosjektet som hensiktsmessig. Jeg synes det er greit at pasienter med mer sammensatte lidelser ikke inkluderes. Vi må finne andre løsninger der. Det som har vært veldig bra og hensiktsmessig, er at det har vært en lav terskel og kort ventetid for å komme i gang med denne typen behandling og oppfølging på et tidlig stadium.” Fastlege.

For Senter for jobbmestring er det et viktig på poeng at ventetiden ikke er for lang, slik at deltakerne er unødig lenge borte fra jobben mens de venter på å få et tilbud fra senteret. Behandlerne forteller at de derfor heller ikke har markedsført tilbudet for alle potensielle deltakere. Dersom eksempelvis tilbudet hadde blitt markedsført i lokalavisen, ville pågangen fra sykmeldte trolig bli så stor at ventetiden ville økt betydelig. Også blant henvisende instanser blir det opplyst at det er langt flere potensielle deltakere som befinner seg innenfor dagens definerte målgruppe. Det vises til at kapasitet på saksbehandlersiden ved NAV arbeid og NAV trygd setter begrensninger på antall henvisninger fra disse. Hvis de ansatte hadde hatt bedre tid, kunne de henvist mange deltakere innen målgruppen.

”På grunn av travelhet har vi brukere som vi får tatt opp alt for sent, noen som har gått nærmere ett år sykmeldt, noen har gått over på rehabiliteringspenger der ting har festa seg. Mange av disse er redde for å begynne igjen, og de trenger et slikt tilbud. Jeg ønsker et tilbud til de brukerne som har vært lenge ute av arbeidslivet på grunn av psykiske eller fysiske vansker. De har ofte begge deler. De har redsel for å begynne og trenger jobbmestrende oppfølging. Vi har ikke noen tilbud for dem i dag.” NAV trygd.

Personer som har lettere psykiske lidelser og som også har framtrepende fysiske plager blir ekskluderte. Dette er en gruppe som flere av informantene mener kunne hatt utbytte av å få et tilbud fra Senter for jobbmestring. En av fastlegene uttrykker det på denne måten:

”Du vet aldri hva som var høna eller egget, om det var det psykiske eller muskel-skjelett. Det er mye lettere å skylde på muskel-skjelett. To-tre av dem jeg henviste burde vært avvist på det grunnlaget. Men det var ikke det dominerende i bildet der og da. Det er vanskelig å skille mange ganger, de skylder på muskler og så var det en depresjon de hadde klart å gjemme bort. Mange av disse kunne hatt samme effekt av å ha vært med i opplegget. Det hadde vært fint om jobbmestrende også kunne tatt i mot folk med denne dobbeltdiagnosen. Fastlege.

Det er mange av informantene som har synspunkter på hvem som får tilbud fra Senter for jobbmestring i dag og hvem som eventuelt burde fått et lignende tilbud. På bakgrunn av de erfaringer disse har gjort med SFJ mener de at tilbudet burde kunne gis til en målgruppe som favner langt flere enn tilfellet er i dag.

”Den målgruppa med lettere psykiske problemer tror jeg vi kunne fått i jobb selv. Jeg har ikke tenkt at det er denne gruppa som trenger særlig hjelp. Derfor kan dette tilbudet virke litt eksklusivt”. NAV arbeid.”

En fastlege forteller følgende:

”Hvis man ønsker å etablere et prosjekt som man vil ha gode resultater på, er denne målgruppen hensiktsmessig fordi disse pasientene vet man jo har en god prognose nesten uansett. Sånn sett er jo prosjektet nesten på forhånd dømt til å gå bra fordi disse pasientene jo vil komme tilbake i jobb. Det er ikke disse pasientene vi sliter med i allmennpraksis. De vi sliter mest med, er pasienter med sammensatte lidelser som vi ikke får hjelp med fra andrelinjetjenesten, og av denne grunn heller ikke fra Senter for jobbmestring. Så for oss hadde det vært bedre om det var tilrettelagt for pasienter med mer sammensatte og komplekse lidelser.” Fastlege.

Fra flere fastleger blir tilbudet fra SFJ sett på som en mulighet til å gi pasienten et behandlingstilbud som det ellers er vanskelig å få tilgang til. I disse tilfellene prioriteres behandlingsperspektivet framfor jobbperspektivet.

”Mange har også kommet med et ønske om psykologhjelp og da har dette vært en tilgjengelig mulighet. Å komme til psykolog eller psykiater for øvrig er nesten umulig, da må de i tilfelle betale selv”. Fastlege.

”Jeg har henvist pasienter primært ut fra ønske om psykologhjelp. Behandlingsaspektet har vært viktigere enn jobbaspektet. Det er svært liten tilgjengelighet på psykologhjelp for øvrig, og tilbudet har vært en mulighet for rask psykologhjelp til pasienter som ønsker det.” Fastlege.

Når det gjelder mulige andre målgrupper, blir det også fra behandlerne ved Senter for jobbmestring framhevet at andre pasientkategorier kunne hatt utbyttet av det oppfølgingen deltakerne ved SFJ får:

”Vi kunne også drevet bare med smertepasienter hvis vi hadde villet det. Vi vet at de kan ha kjempeutbytte av kognitiv terapi, men det er en helt annen målgruppe”. Behandler.

En behandler peker på at andre kunne hatt utbytte av den kognitive tilnærmingen, men at disse målgruppene i så fall måtte tas hånd om av andre instanser. To av behandlerne viser til at DPS-ene kunne rettet mer oppmerksomhet mot jobb og jobbmestring i sitt behandlingstilbud. En sier:

”Noen andre må kunne nå andre målgrupper. Kanskje DPS-ene kunne jobbet mer med et jobbmestringsperspektiv og samarbeidet med NAV? Kognitiv metodikk kunne også vært brukt i utføringsbedrifter og i avklaringssaker. Metodikken kunne vært brukt overfor langtidsledige både i gruppe og kombinert med individuelle samtaler.” Behandler.

Senter for jobbmestring har ikke tatt noe initiativ overfor DPS.

5.16 Kompetanseoverføring

I Prosjektplan av 27.06.06 heter det at prosjektet *”på sikt skal spre denne kunnskapen til NAV, helsevesenet og blant arbeidsgivere”*. På bakgrunn av intervjuene forstår vi det slik at det ikke legges opp til at samarbeidspartnere som NAV trygd og arbeid, Arbeidslivsenteret og fastleger, gjennom kompetanseoverføring settes i stand til å utføre oppgaver som i dag ligger hos behandlerne ved Senter for jobbmestring. Det kan likevel ligge til rette for noe kompetanseoverføring. Dette skjer på flere måter. En av behandlerne forteller:

”Nyhetsbrevene vi sender ut er én ting, men jeg vet ikke om den kunnskapen blir tatt i bruk eller om det gjør en forskjell i folks møte med brukere. Jeg har også hatt møte med IO-konsulenter der jeg forklarer hvordan vi jobber. Vi har også holdt mange foredrag internt i NAV. Når vi publiserer resultatene fra vår egen undersøkelser, så er også en kunnskapsoverføring.” Behandler

Også at aktører som har vært i kontakt med Senter for jobbmestring, mener å ha lært noe av måten behandlerne jobber på. En IO-konsulent forteller:

”Jeg har lært mye om teknikkene som psykologene bruker og har sett min begrensning når det gjelder det. Jeg kan ikke gå inn i rollen som psykolog. Men det er viktig for meg å kunne motivere folk til å komme ut i jobb igjen. Nå er det lettere for meg å identifisere den type problemer hos brukerne. Jeg tar signalene tidligere enn før. Det er viktig å oppdage tidlig at folk sliter psykisk. Det gjør det lettere å kunne trykke på de riktige knappene. Jeg kan i samtale med brukerne også hjelpe dem litt som lekmann. Det er ikke alle som trenger å gå til psykolog. Hvis noen har litt sosial angst knyttet til det å gå på jobb, så vet jeg da at jeg må legge opp et løp der vi starter litt

forsiktig. Jeg har opplevd at folk som har hatt litt lettere depresjoner, etter forholdsvis kort tid i jobb har blitt kvitt problemene. Det er viktig at de blir tatt godt i mot på arbeidsplassen og trives der.” IO-konsulent

Videre forteller en fastlege at han har lært noe om å se behandling i relasjon til arbeidslivet:

”Legene har absolutt noe å lære av jobbfokuset som de har på senteret. I alle fall vi som sitter i allmennpraksis. Vi tror folk skal ha jobben hele livet. Den første pasienten var veldig moden for å skifte jobb, men var ikke klar til å ta valget alene, trengte støtte. Vi er lite vant til å tenke slik, og må huske på det.” Fastlege

6 Jobbmestrende oppfølging i Oslo

Pilotprosjektet "Jobbmestrende oppfølging i Oslo" er etablert i regi av Vilje Viser Vei som et samarbeidsprosjekt mellom NAV Oslo, Vinderen DPS og arbeidsmarkedsbedriftene Unikum (Unikum AS og Indico Produkter AS fram til januar 2008), Industritjeneste AS og Sens (Lettindustri fram til september 2007). Formell oppstartsdato for prosjektet er angitt til 1.8.2006.

6.1 Bakgrunn og forankring

Initiativet til prosjektet "Jobbmestrende oppfølging i Oslo" kom fra Erik Falkum, overlege, professor i psykiatri og Paal Haavorsen, representant for Bransjeforeningen Attføringsbedriftene i NHO. Prosjektsøknad ble sent til Arbeidsdirektoratet og RTV. Målgruppen var mennesker med schizofreni. Det var i begynnelsen noe diskusjon om hvem som skulle eie prosjektet. Aetat Oslo og Akershus, senere NAV Oslo, fikk ansvaret. De var betenkt over den smale målgruppen for prosjektet, men det ble akseptert av forskningshensyn. Jobbmestrende oppfølging i Oslo ble organisert som et delprosjekt under Vilje Viser Vei og styres etter overgangen til Strategiplan for arbeid og psykisk helse i linjen fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse i Oslo, Hilde Kristin Weng, er prosjektleder.

Samarbeidet i oppstartfasen beskrives litt ulikt av ulike aktører. Fra NAV beskrives problemer med å forstå hverandres rammebetingelser. Ulike oppfatning av hvordan ting skulle gjøres ble forklart med kommunikasjonssvikt, og også at man kommer fra forskjellige deler av hjelpeapparatet. En beskriver det slik:

"Prosjektet var planlagt av helsepersonell innen rammer de ikke kjente til, og vi kjente ikke til hvilke muligheter psykiatrien hadde innenfor våre rammer. Vi ønsket å lage noe nytt, og for oss var det viktig å få det innen rammene vi hadde til rådighet. Helsesiden visste ikke hva en arbeidsmarkedsbedrift var, og vi visste ingenting om psykoedukative metoder eller schizofreni. Det tok litt tid for oss å sette oss inn i rammer og metoder og forene dette. Det spennende var at disse to verdenene møttes".

Faglig ansvarlig for prosjektet beskriver samarbeidet som godt:

"Det har vært en veldig fin side ved dette arbeidet at vi har hatt så kjempegodt samarbeid med prosjektlederne i Vilje Viser Vei. Vi har hatt ulike utgangspunkt for vurdering, men det har vært en gjensidig lytteprosess som gir håp for framtida, for det må jo komme i stand et mer organisert samarbeid mellom NAV og klinikere ved DPS-er. Man må få til en organisering av det samarbeidet som er mer gjensidig og tillitsfullt. Vi må bygge på disse erfaringene, for det har vært mye tillit i dette prosjektet".

Både fra NAV og Vinderen DPS fortelles at det er to ulike kulturer som møtes i dette prosjekt - klinikk og byråkrati. Faglig ansvarlig peker først og fremst på forskjellene i forskningstilnærming og opplever som uvant at prosjektet skal evalueres eksternt i tillegg til at det skal gjennomføres en effektstudie internt. Det påpekes en motsetning mellom NAVs bruk av evaluering som dokumentasjon på tiltakets vellykket og den evidencebaserte medisinen. En informant fra NAV utdyper dette:

"Det var en del diskusjon i begynnelsen om hva prosjektet egentlig skulle være og hvordan det skulle forskes på det - kanskje en naturvitenskapelig contra en samfunnsvitenskapelig forståelse av hva det vil si at noe skal evalueres eller forskes på".

6.2 Målsetning

Prosjektets mål er å tilby personer med omfattende psykiske lidelser, primært personer med diagnosen schizofreni, et spesialtilpasset yrkesrettet tiltak (Samarbeidsavtale, udatert).

Psykoedukativ tilnæringsmetode som oppfølging i arbeidslivet skal prøves ut. Det er ønskelig å se hvordan psykoedukativ metode kan bidra til at denne pasientgruppen kommer lettere ut i arbeid eller får en bedre avklaring mot andre tiltak eller trygdeytelser. Det er et mål å øke kompetansen hos arbeidsmarkedsbedriftene og hos arbeidsgivere for å kunne tilby gode tiltaksplasser/ arbeidsplasser for denne målgruppen. Videre er det et mål å undersøke hvorvidt tettere samarbeid mellom psykiatrien og NAV/ attføringsbedriftene vil kunne føre til smidigere overgang mellom behandling og arbeid (ibid). Det tilstrebes samhandling og kunnskaps- og metodeoverføring mellom de ulike aktørene på attføringsfeltet.

6.3 De samarbeidende arbeidsmarkedsbedriftene

De tre arbeidsmarkedsbedriftene var kontaktet angående prosjektet før NAV overtok prosjektledelsen. Informantene kunne ikke svare oss på hvorfor valget falt på akkurat disse tre bedriftene.

Industritjeneste AS - Itas amb as - eies av Justis- og politidepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Oslo kommune og Norsk Folkehjelp. De tilbyr arbeidstrening innen produksjon, montering, lager og distribusjon, samt tilbud om språk-, lese- og skrive trening, dataundervisning, kontorpraksis, kantine og praksis innen IT. Bedriften har 23 ansatte og ca 200 yrkeshemmede arbeidssøkere på attføringstiltak (Itas' nettside desember 2007).

Lettindustri AS feiret sitt 40 års jubileum i september 2007 og endret i den forbindelse navnet til Sens. Bedriften ble grunnlagt for å kunne tilby mennesker med psykiske vansker arbeid. Sens er privat eiet av Hauge industrier, Norsk medisinal depot, Foreningen humanitargruppens legat og AL Industrier AS. Det gis tilbud om arbeidsutprøving, opplæring og kvalifisering innen data, kontor, logistikk, design/søm, kantine, drift og vedlikehold (Opplysninger fremkommet i intervju).

Unikum AS er en tradisjonsrik arbeidsmarkedsbedrift og ble i januar 2008 fusjonert med Indico Produkter AS. Bedriften eies av Oslo kommune og Kirkens Bymisjon. Bedriften gir et komplett tilbud innen attføring og varig tilrettelagt arbeid. De har lokaler sentralt på Grünerløkka og kan i tillegg tilby opplæringsmuligheter i eksterne virksomheter (Unikums nettside desember 2008).

6.4 Oppfølgingsmetodikk

Psykoedukativ behandling av personer med alvorlige sinnslidelser har vist gode resultater i familiesettinger, og har etter hvert fått lang tradisjon i behandling av schizofreni (Falkum 2006). Viktige begreper i behandlingen er kunnskap om sykdommen, trening i kommunikasjon og problemløsningsteknikker. Metoden legger stor vekt på opplæring. Det gis undervisning om sykdommens symptomer, årsaker og behandling og om mestring av belastninger som sykdommen

medfører. Psykoedukativ behandling innebærer at denne informasjonen er systematisert og skreddersydd for hver enkelt pasient og familie. Videre innebærer behandlingen undervisning og trening i kommunikasjon og problemløsning for å bedre det følelsesmessige klimaet i den sosiale konteksten personen befinner seg i. Intervensjonen tar sikte på å gjøre symptomene mer forståelige og lettere å tolke. Et sentralt begrep i litteraturen om psykoedukativ familiebehandling ved schizofreni er Expressed Emotions som beskriver det følelsesmessige klimaet i den sosiale konteksten. Psykoedukativ behandling har vist seg å bedre det følelsesmessige klimaet. Kartlegging av Expressed Emotions skjer gjennom spesialiserte intervjuer som gir tallmessig uttrykk for dette klimaet. Mye tyder på at psykoedukativ behandling kan overføres til arbeidslivet. Dette pilotprosjektet har til formål å gjøre en første utprøving av den psykoedukative metoden i arbeidslivssammenheng, og dette er, så langt man kjenner til, ikke gjort tidligere (ibid).

I utgangspunktet er det en streng struktur med klare og tydelige rammer for hvordan man snakker og hva man gjør, og den delen av metoden er vanskelig å overføre til arbeidslivet. Til bruk i prosjektet har man først og fremst valgt undervisning, dvs. at både deltakere og omgivelsene får undervisning og veiledning. I tillegg brukes problemløsningsmetodikk, og i dialogen med deltakerne brukes stress-sårbarhetsmodellen, både som en kartleggingsmarkør og for å lære dem hva de skal se etter hos seg selv når de blir stresset og urolig eller hører stemmer.

Metode for oppfølging av deltakere

Oppfølgingen av deltakerne i prosjektet tenkes gjennomført ved at hver deltaker får en kort innføring i psykoedukative metoder og prinsipper av psykiatrisk sykepleier og arbeidskonsulent der oppmerksomhet rettes mot problemløsningsmetoder og sårbarhetsmodellen. Daglig leder for prosjektet, som er psykiatrisk sykepleier, har satt av en dag per uke i hver bedrift for å kunne møte den enkelte deltaker og vedkommendes arbeidskonsulent og eventuelt arbeidsleder hver 14. dag, oftere ved behov i oppstartsfasen. Oppfølgingen har fokus på problemløsningsmetode og kommunikasjonstrening. Samtalen skal ta utgangspunkt i eventuelle problemer og oppmerksomheten rettes mot mestring. I beskrivelsen av metodisk tilnærming vektlegges også nettverksbygging i form av trening på å være i en arbeidssituasjon, forholde seg til kolleger og gjerne delta i sosiale arrangementer i regi av jobben.

Rapportering

Arbeidskonsulentene rapporterer til NAV lokal hver 3. mnd. etter vanlige rapporteringsrutiner med kopi til daglig leder for prosjektet (psykiatrisk sykepleier). Daglig leder rapporterer jevnlig til prosjektleder i NAV Oslo på eget skjema. Arbeidskonsulentene registrerer tematiske områder de og deltakerne jobber med og rapporterer til daglig leder for prosjektet hver 3. mnd. Hun foretar løpende registrering av problemløsningsstema, og videre fører hun logg knyttet opp til problemområder i det daglige arbeidet med bedriftene, deltakerne og behandlingsapparatet. Kontakten i behandlingsapparatet kan i prinsippet være en fra DPS, fastlege eller psykisk helsearbeider.

Tiltakets utforming

Oppfølgingsmetoden skal prøves ut gjennom tett faglig samarbeid mellom de tre utførelsesbedriftene, Vinderen DPS og NAV. Tiltaket er utformet hovedsakelig som arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) med fem praksissteder i hver av de tre utførelsesbedriftene og i tillegg 5 plasser for Arbeid med bistand (AB). Deltakerne kan gå over i AB når de er klare for det og kan da få oppfølging hos ekstern arbeidsgiver. Flere informanter forteller at det i begynnelsen var mye diskusjon om hva slags tilskuddsordninger som skulle benyttes, før man kom fram til 15 plasser for arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) og 5 AB-plasser.

6.5 Informasjonsvirksomhet og opplæring av medarbeidere

Informasjon

Det ble vår 2006 utarbeidet informasjonsmateriell til samarbeidspartnere og planer for rekruttering av deltakere. Da materialet ble sendt ut, kom kravet om at deltakerne skulle være Tips- eller TOP-utredet (se nedenfor). All informasjon måtte derfor sendes ut på nytt. Informasjon er gitt til NAV arbeid, NAV trygd, 9 DPS i Oslo, til avdeling for førstegangpsykosier, ulike rehabiliteringsenheter og flere bydeler. Videre er det informert om prosjektet eksternt ved kurs og konferanser.

Undervisning og veiledning for bedriftsansatte

Det er i prosjektet utviklet en undervisningspakke for personell i deltakerbedriftene. Hovedtemaer i undervisningen er sykdomsforståelse og diagnose, psykoedukative behandlingsprinsipper og stress-sårbarhetsmodell. Ansatte i arbeidsmarkedsbedriftene fikk felles undervisning av psykiatrisk sykepleier og psykiater ved Vinderen DPS to ganger med utgangspunkt i denne undervisningspakken. I oktober/november 2007 ble det gjennomført en undervisningsdag på hver bedrift. Psykiatrisk sykepleier og psykiater har også hatt litt undervisning på bedriftene ut fra spesielle behov. Psykiatrisk sykepleier tilbyr veiledning knyttet til psykiatri til ansatte i bedriftene hver annen til tredje uke i 1 - 2 timer. Dette er tenkt som en del av den kompetansehevingen som skal skje i bedriftene.

Undervisning og veiledning til ansatte i prosjektet

Psykiatrisk sykepleier tilbyr veiledning og undervisning for de tre arbeidskonsulentene fast hver 2. uke med oppmerksomhet mot metode og problemstillinger knyttet til psykiatri generelt og schizofreni spesielt. I tillegg drøftes problemstillinger løpende ved behov. Ved uforutsette hendelser kan psykiatrisk sykepleier tilkalles og kan, hvis ønskelig, også delta i samtaler mellom deltaker, arbeidskonsulent og behandler. Arbeidskonsulentene har i tillegg økt sin kompetanse ved å delta i eksterne kurs og konferanser.

6.6 Rekruttering, innsøkning og inntak

Inklusjonskriterier

Tilbudet om jobbmestrende oppfølging retter seg mot mennesker med omfattende psykiske lidelser, primært med diagnosen schizofreni. Sommer 2006 kom krav om at deltakerne måtte være Tips- eller TOP-utredet. Tips er tidlig intervensjon ved psykoser, TOP er forskningsprosjekt med formål å skaffe ny kunnskap om psykotiske lidelser. Hvis deltakerne ikke hadde vært gjennom denne utredningen, måtte de formidles til slik utredning. Tips/TOP-utredning har betydning for forskningen på tiltakets effekt. Inklusjonskriterier for Jobbmestrende oppfølging i Oslo:

- Personer som primært har diagnosen schizofreni og som er blitt uredet via Tips- eller TOP- prosjekt
- Ut fra kjennskap til personen antas det at arbeidssøker har utsikt til å kunne komme i ordinært arbeid
- Personer med alle former for trygdeytelser kan søke. Det er ikke krav til at attføring er innvilget. Det er ønskelig at deltakeren søker attføring i forbindelse med at de tas inn i prosjektet.
- For å bli deltaker, må personen samtykke i at det utveksles nødvendig informasjon mellom NAV, sosialkontor, behandler og DPS Vinderen uten hinder av taushetsplikten
- Personene må skåre på HoNOS slik som beskrevet nedenfor under "Innsøkningsprosedyre"

Rekruttering

Det ble før prosjektstart påpekt at rekruttering av deltakere kunne bli en utfordring fordi en relativt liten andel av attføringssøkerne har denne diagnosen, og at flere av disse kan være i andre tiltak (Samarbeidsavtale, udatert). Frafall blant deltakerne ble også ansett som en risikofaktor.

I utgangspunktet skulle deltakere rekrutteres via NAV arbeid, NAV trygd, kommunen eller behandlingsapparatet. Det tok tid før samarbeidet med Tips/TOP var avklart, og rekrutteringen av deltakere begynte derfor ikke aktivt før september/oktober 2006. Flere påpekte at endringer i målgruppen etter at prosjektet hadde startet var uheldig, at kravet om Tips- eller TOP-utredning kom som en innsnevring av inntakskriteriene fire måneder ute i prosjektet og at forsinkelser med å komme i gang var knyttet til det.

Informantene forteller om treg rekruttering høst 2006 og bekymring for ikke å få nok deltakere. Ved bedriftene var det en del frustrasjon fordi de var forberedt på og opptatt av prosjektet, og det ikke kom deltakere. Informasjonsarbeidet ble intensivert. Ved juletider 2006 økte innsøkningsen, og etter jul strømmet det på med søknader.

Innsøkningsprosedyre

Deltakere kan søkes inn i prosjektet på eget henvisningsskjema via daglig leder for prosjektet, psykiatrisk sykepleier ved Vinderen DPS. Henvisningen kan gjerne diskuteres per telefon på forhånd. Psykiatrisk sykepleier tar kontakt med søker og avtaler tid for vurderingssamtale. Hun og prosjektleder deltar i inntakssamtalene. Her får deltaker informasjon om prosjektet, forteller om seg selv og blir vurdert ved hjelp av et utvalg spørsmål fra HoNOS-skjemaet (Health of the Nation Outcome Scale). Deltakerne skåres på en skala fra 0 til 4 på 12 ulike funksjonsområder. 0 = ingen problemer, 4 = alvorlig til svært alvorlig problem. For å få delta må søker ikke skåre høyere enn 20, og ingen enkeltskåre må være over 2 med unntak av punkt 5 (fysisk sykdom eller funksjonshemming) og pkt 9 (problemer i forhold til andre) hvor det er tillatt å skåre 3. Hvis søker tas inn, tas kontakt med vedkommendes behandler. Mulighet for løpende kontakt med behandler er essensielt i dette prosjektet. Prosjektet har hele Oslo som opptaksområde, og det medfører mange samarbeidspartnere, både behandlere og saksbehandlere ved lokale NAV-kontor.

Ved bedriften gjennomfører arbeidskonsulenten inntakssamtale med deltakeren, og det avtales arbeidsoppgaver, arbeidstid og hvem som skal følge opp deltakeren i det daglige. Arbeidskonsulent tar kontakt med innsøker og den som deltakeren får økonomisk støtte fra (NAV trygd eller arbeid) for å få godkjent deltakelse. Hvis deltakeren har attføring, skal det opprettes tiltaksgjennomføring på vedkommende og tiltaksnummeret gis saksbehandleren. Dersom vedkommende ikke har attføring, skal det påbegynnes en søknadsprosess.

6.7 Bemanning

Faglig ansvarlig og ansvarlig for forskning er professor, overlege ved Vinderen DPS. Daglig leder av prosjektet, psykiatrisk sykepleier ved Vinderen DPS, tiltrådte 1.9.06 i 80 % stilling. Hun arbeider gjennomsnittlig en dag per uke i hver bedrift. Videre er en arbeidskonsulent i hver arbeidsmarkedsbedrift ansatt i prosjektet, de tiltrådte august, september og november i 2006. En tilrettelegger i Arbeid med bistand begynte i mars 2007 og sluttet vår 2008. I en bedrift har det vært mye utskifting av personell, to arbeidskonsulenter begynte der i oktober 2008.

6.8 Deltakere

2007

Ved månedsskifte november/ desember 2007 hadde prosjektet totalt 18 deltakere. Av de 18 hadde til sammen 15 deltakere APS plasser i de tre bedriftene. To av disse deltakere var klare for AB etter nyttår og ytterligere en senere på vinteren. Tre av deltakerne som hadde APS-plasser november/ desember 2007, hadde fått innvilget 10 nye måneder. Ved samme tidspunkt hadde tre av de 18 deltakerne AB-plasser; to var i arbeidspraksis og en var sykmeldt. Ni søkere sto på venteliste.

2008

I november 2008 er totalt 20 deltakere inne i prosjektet:

Unikum: 10 deltakere hvorav 6 har APS-plasser og 4 har AB-plasser
Itas: 5 deltakere, alle i APS-plasser
Sens: 5 deltakere, alle i APS-plasser

De til sammen 16 deltakerne som har APS-plasser, fordeler seg slik:

4 deltakere er ute i ekstern praksis (i ordinær bedrift)
2 deltakere skal ut i ekstern praksis så snart som mulig
2 deltakere har fullført 10 mnd. x 2 i APS-plass, men er ikke klare for AB
1 deltaker gikk fra AB til APS-plass og arbeider internt i bedriften
5 deltakere skal etter planen gå over på AB i løpet av januar - april 2009

Totalt er 31 deltakere tatt inn i prosjektet. 20 er inne, de øvrige 11 fordeler seg slik:

- 4 personer kom aldri i gang
- 3 personer avsluttet på grunn av sykdomsforverring
- 1 person avsluttet av andre årsaker
- 2 personer er avklart til uføretrygd
- 1 person har gått over til studier

I tillegg til de 31 som er tatt inn i prosjektet er 4 søkere avvist pga manglende Tips/TOP-utredning og 1 takket nei til tilbudet.

Henvisende instans for de 31 deltakere som er tatt inn i prosjektet:

- 22 deltakere er henvist fra spesialisthelsetjenesten
- 9 deltakere er henvist fra NAV

Ingen deltakere er henvist fra kommunale tjenester eller fastleger.

13 søkere står på venteliste. Daglig leder får mange muntlige henvendelser og anmoder om å avvente nytt prosjekt som evt. kommer i gang i 2009.

6.9 Hovedfunn i Oslo-studien

Et overordnet resultat i evalueringen er at deltakerne har falt fra i mye mindre grad og hatt et mer stabilt oppmøte enn prosjektledelsen hadde trodd på forhånd. I følge informantene i prosjektet og ansatte i bedriftene har alle deltakerne som ikke har sluttet i prosjektet, bedret sitt funksjonsnivå i løpet av prosjektperioden. De mestrer arbeidssituasjonen bedre, de har større arbeidskapasitet og mange har bedret sine ferdigheter i arbeidet. De aller fleste har også bedret sine sosiale ferdigheter. Flere deltakere har kommet ut i ekstern arbeidspraksis. Enkelte er fortsatt i slik praksis og sannsynligvis på vei til fast, ordinært arbeid. Noen har, av ulike grunner, avsluttet sine praksisperioder og er tilbake i bedriften. Noen er i praksis, men uten konkrete planer om ordinært arbeid. Flere deltakere har vært syke og innlagt institusjon i prosjektperioden, men har kommet seg tilbake i arbeidstrening. Resultatene viser videre at deltakerne først og fremst verdsetter å være i jobb, og at de har litt ulikt tidsperspektiv på og forventninger om å komme i ordinært arbeid. Deltakernes erfaringer med å være i arbeid og også hvordan de ansatte i prosjektet og i bedriftene vurderer betydning av jobb for deltakerne beskrives nærmere i pkt 6.10 nedenfor.

Ved et trinn i dataanalysen var overordnet tema elementer av betydning for deltakernes utbytte. Gjennom analysen av utskrifter av intervju med ansatte i prosjektet, ansatte i bedriftene og samarbeidspartnerne arbeidet vi oss fram til kategoriene (1) Den psykoedukative metoden, (2) Tett oppfølging, (3) Psykiatrikompetanse - veiledning og undervisning, (4) Samarbeid i oppfølgingen, (5) Tid og (6) Fleksibilitet i opplegget. Som neste trinn analyserte vi utskrift fra intervju med deltakerne en gang til med utgangspunkt i disse kategoriene. Nedenfor, i punktene 6.11 - 6.16, beskrives hver av de seks temaene ut fra de ulike informantgruppens perspektiv.

6.10 Deltakernes erfaring med arbeid: "Det viktigste er at jeg er i jobb"

Alle deltakerne som ble intervjuet, gir tydelig uttrykk for at det er vesentlig for dem å være i jobb. De snakker om at jobben strukturerer dagen, at det er godt å ha noe fast å gå til og at det er viktig å ha noe ordentlig å gjøre på dagtid. Flere påpeker også at det er viktig å komme ut og treffe andre mennesker. Som alternativ nevnes å sove utover dagen, se dårlige TV-serier eller bare "sitte hjemme". Flere understreker betydningen av at det er arbeid og ikke et aktivitetstilbud eller dagsenter.

Noen deltakere ser dette som en mulig vei til ordinært arbeid og understreker at arbeid i utførelsesbedriften gir dem nyttig arbeidstrening. Andre vurderer arbeidet i et kortere perspektiv og er opptatt av at de jobber her nå og har kontrakt i rimelig lang tid framover, slik at de ikke trenger å stresse med hva som skjer deretter.

Enkelte deltakere som er i ekstern arbeidspraksis, er veldig fornøyd med å være i arbeid ute og håper de får fast ansettelse i jobbene de er i praksis i. De synes jobben er OK og at det er godt arbeidsmiljø og hyggelige kolleger. En fremhever å ha hatt ordinær jobb i sikte hele tiden og er svært fornøyd med at det ser ut til å kunne realiseres. En annen er opptatt av at jobb betyr lønn, og at han etter hvert kan få litt romsligere økonomi. Deltakerne i ekstern praksis som er intervjuet, mener at Jobbmestrende-prosjektet har vært avgjørende for at de er der de er i dag. De mener at jobberfaringen de fikk i bedriften, har hjulpet dem i den jobben de har eller skal begynne i. En sier:

"Jeg hadde ikke vært der jeg er i dag uten prosjektet. Både det å skaffe seg en jobb og arbeidstreningen, og det har vært viktig å ha en hospiteringsplass og få prøvd seg litt ut. Det tror

jeg passer arbeidsgiveren bra også, at de ikke trenger å ansette deg med en gang, før de har fått et inntrykk av hvordan du mestrer jobben."

En annen sier:

"Det har vært viktig for meg å vise at jeg greier å jobbe full dag her. Når jeg nå skal begynne i arbeidspraksis ute, får jeg vise at jeg duger til jobben og de forskjellige rutinene, slik at jeg på sikt kan få en fast stilling"

Også deltakerne som fortsatt jobber i APS-plasser inne i bedriftene, mener at de er i jobb takket være hjelpen de har fått gjennom prosjektet Jobbmestrende oppfølging. Det er to områder som fremheves som viktige: Arbeidstrening og trening på sosiale ferdigheter.

Deltakerne sier ofte i intervju at behovet for arbeidstrening var grunnen til at de begynte i prosjektet. Mange forteller at ikke har vært i jobb tidligere eller på mange år, og at det ville vært krevende å skaffes seg jobb på egenhånd. Flere hadde tidligere forsøkt tiltak gjennom NAV som ikke hadde lyktes. Noen forteller at de i Jobbmestrende-prosjektet begynte veldig forsiktig med få timers arbeid et par dager i uka, og at de så har økt etter hvert. Flere sier at de trengte mye støtte og hjelp i begynnelsen, en forteller at arbeidskonsulenten arbeidet sammen med vedkommende den første tiden. Deltakerne synes at jobben ved attføringsbedriftene har gitt dem god arbeidstrening. En sier:

"Denne jobben er viktig som arbeidstrening. Det er jo ikke akkurat jobb, da, men trening":

Det fremheves at det er viktig å starte arbeidstrening ved en arbeidsmarkedsbedrift. Flere understreker behovet for trygghet og et romslig arbeidsmiljø. En sier:

"Dette er et trygt og godt sted å være. De som er her, er folk som er i samme situasjon som en selv, de er også her for å mestre arbeidslivet. Det er godt at det er flere som er her for å prøve seg ut".

Det angis som viktig å opparbeide seg en trygghet på at en greier å jobbe, og tilbakemeldinger fra arbeidsleder på hvordan man mestrer jobben er nyttig i denne prosessen:

"Jeg må ha litt hjelp til å se om jeg har gjort det bra".

Samtidig som det ønskes et trygt sted å arbeide, påpeker flere at det må være noen utfordringer. Noen etterlyser mer meningsfulle og mer utfordrende arbeidsoppgaver og synes ikke alltid de får utnyttet sine evner og ferdigheter fullt ut.

Mange deltakere beskriver sosiale vansker i arbeidssituasjonen, og at mye av det å være i jobb i en attføringsbedrift handler om trening på slike ferdigheter. Noen har trent på å komme opp om morgenen, komme tids nok på jobb, noen på å komme seg til jobb med buss og T-bane osv. Mange snakker om å trene på å bli kjent med folk, å komme inn i en gruppe og kunne snakke med folk om vanlige, dagligdagse ting. Flere sier at de er blitt tryggere på seg selv og synes det er blitt lettere å møte nye mennesker. En sier:

"Jeg har lært en del om relasjoner, hvordan jeg skal møte en arbeidsplass i fremtiden, møte ledere osv."

Flere av dem som fortsatt jobber i bedriften, har planer om ordinært arbeid på lenge sikt, men har stått seg til ro med at det vil ta litt tid. Også en deltaker som pt. ikke er i jobb, påpeker at jobberfaringen vedkommende har fått i prosjektet er viktig i framtidige jobber:

"Jeg er blitt tryggere på arbeidsplassen. Det var vanskelig å komme inn på en ny arbeidsplass og møte nye mennesker. Jeg har i alle fall blitt tryggere på det".

Enkelte er imidlertid ikke fornøyd med egen framgang. En deltaker forteller om betydelige økonomiske problemer og er svært utålmodig etter å komme ut i betalt arbeid. Vedkommende begynte i prosjektet for å få arbeid og lønn og er skuffet over ikke har greid det, dette til tross for at vedkommende har vært relativt kort tid i prosjektet. Deltakeren trekker imidlertid også fram positive følger av prosjektet:

"Det positive er at jeg gikk fra en passiv tilværelse hjemme til en aktiv tilværelse her. Det var fint å komme ut og gå på jobben. Og det er en hyggelig jobb med godt arbeidsmiljø, slik at jeg har lyst til å gå på jobb. Selv om jeg har vært en del syk, har jeg hatt lite fravær. Men jeg må tjene penger!"

En som ikke er i jobb pt. fordi eksterne arbeidspraksis opphørte, er litt oppgitt over å være satt tilbake og måtte starte på noe nytt. Flere tar i intervjuet opp temaet å ønske ordinært arbeid kombinert med usikkerhet på om man kan greie det. En mener å ha prøvd såpass mye at det etter hvert har blitt tydelig at vedkommende, med sin sykdom, ikke kan greie seg i ordinært arbeid. Deltakeren ønsker å fortsette å jobbe i attføringsbedriften og har ikke planer lenger framover. Noen har kommet til at full jobb er for mye. En formidler ambivalens:

"Jeg har hatt litt urealistiske planer. Jeg må realitetsorienteres. Jeg har fått råd om å legge ned ambisjonsnivået, men jeg vet ikke helt om jeg vil det".

Flere forteller at de kan bli stresset hvis tempo blir for høyt, og det er ett av usikkerhetsmomentene noen knytter til ordinær jobb. Det hevdes at det er nødvendig med trening på å mestre stress og travelhet for å kunne greie en ordinær jobb og påpekes at det kan være lurt med en myk overgang til ordinært arbeid for å takle stresset. Noen mener de har hatt nytte av å trene på å tåle stress ved å jobbe i attføringsbedriften:

"Det er travelt i jobben, det går bra fordi jeg hadde erfaring herfra - det var travelt her også før jul!"

Noen sier de har lært noen knep for stressmestring i prosjektet.

"K A sier at hvis jeg får problemer, skal jeg ta det med ro, for det er en del av livet!"

Andre deltakere bedyrer at de ikke har noen problemer med stress og ikke har hatt bruk for stressmestringsmetoder som det har vært snakket om i prosjektet.

En deltaker mener å ha blitt pushet for mye:

"De maser veldig på at jeg skal jobbe mer, jobbe mer, jobbe mer! Situasjonen er sånn at det går ikke. Behandler mener jeg skal jobbe 80 %! Det er helt urealistisk".

Prosjektansattes og bedriftsansattes vurdering av deltakernes forhold til arbeid

Det er bred enighet om at deltakerne har vært stabile og har økt sin arbeidsevne og sine sosiale ferdigheter. De ansatte i prosjektet sier at deltakerne har greid seg bedre i jobb enn de hadde trodd på forhånd. En arbeidskonsulent uttrykker det slik:

"Ut fra det bilde jeg hadde av denne gruppen på forhånd, har det gått veldig bra, de er mye mer motivert for arbeid enn jeg hadde tenkt meg. Jeg tror gruppen i utgangspunktet er grundig undervurdert".

Flere påpeker at når deltakerne først har kommet i gang, greier de nesten alltid å fortsette. Svært få har sluttet i prosjektet, og da har er det i tilfelle vært enten fordi de har blitt syke eller har flyttet. Det opplyses også at deltakerne har hatt lite fravær sammenliknet med andre tiltaksansatte i bedriftene. Noen få deltakere har fått plass i prosjektet, men ikke kommet i gang, enten fordi de har blitt syke eller fordi de ikke har klart å møte opp. Psykiatrisk sykepleier forteller at det ut fra inntakssamtalen og skåre på kartleggingsskjemaene ikke har vært lett å forutsi hvem som ville greie seg bra i prosjektet og hvem som ville få problemer. Noen deltakere hun på forhånd var bekymret for, har greid seg riktig bra. Et sterkt ønske om jobb hos deltakeren har mye å si. Det påpekes at det av og til kan være vanskelig å skille hva deltakeren ønsker og hva behandleren ønsker.

Alle deltakerne har økt sin mestringskompetanse i løpet av prosjektdeltakelsen. Ingen er ennå ute i fast, ordinært arbeid, men en er i arbeid med lønnsstilskudd og mange er ute i ekstern praksis, enkelte med mulighet for ansettelse. Mange jobber fortsatt innen bedriftene, men har utvidet sin arbeidstid, fått mer krevende arbeidsoppgaver og økt arbeidstempo. Enkelte har fått en avklaring i form av en uføreytelse. En bedriftsansatt understreker at deltakere vanligvis har læringsutbytte også av et avklaringsopphold. En arbeidskonsulent sier:

"Alle deltakerne her er i utvikling"

Det beskrives enkelte suksesshistorier, for eksempel en person som, da vedkommende kom inn i prosjektet, manglet bolig, nettverk, inntekt og behandling, men hadde ett sterkt og uttalt ønske om jobb. Per i dag er bolig, behandling og nettverk på plass, og deltakeren greier seg svært godt i ekstern praksis.

Mange er opptatt av arbeidets betydning. Som blant deltakerne, er det også flere av de andre informantene som understreker at jobb er noe annet enn dagsenter. En bedriftsansatts utsagn kan oppsummere fleres mening:

"Det er en enorm drivkraft i opplevelse av verdighet og identitet knyttet til jobb, det er noe som gir håp!"

Flere snakker om at mange deltakere har mistet mye: Noen har avbrutt utdanning, noen har aldri vært i arbeid og noen har vært mange år ute av arbeid. Arbeid er en viktig arena for utfoldelse, der man kan møte folk som snakker om noe annet enn sykdom og helse. En bedriftsansatt sier:

"Jeg synes det er morsomt å se hva det gjør med folk å komme ut i jobb og hvilke bedringsprosesser det setter i gang. Det er veldig flott når du ser folk som greide veldig lite gå ut i ordinære bedrifter og prate for seg og gjøre en fullgod jobb. De har en opplevelse av hva de selv kan klare."

Flere ansatte i bedriftene forteller at deltakere ved deres bedrift har bedret sin arbeidsevne og sin sosiale fungering. De forteller om deltakere som var veldig engstelige og forsiktige i begynnelsen, men som har blitt tryggere og fått mye større handlingsrepertoar. En forteller om en deltaker som har vært relativt kort tid i prosjektet:

"I situasjoner brukeren er trygg, og der det er klart hva vedkommende skal gjøre, går arbeidet nå helt fin, og vedkommende tar selv initiativ. Også det sosiale har kommet seg veldig, vedkommende tar nå kontakt med de andre på arbeidsplassen".

Flere trekker fram trygghet som en viktig betingelser for at det går bedre. En sier:

"Jeg ser at tryggheten de får her er viktig. Jeg tror det er lettere å gå videre i AB hvis man først har etablert den tryggheten gjennom arbeid inne i bedriften".

6.11 Den psykoedukative metoden

Informantene påpeker at ulike elementer i Jobbmestrende oppfølging har vært viktige for deltakernes utbytte. Ett element er psykoedukasjon, som er kjernen i oppfølgingsmetoden. I dette prosjektet ivaretas psykoedukasjonen gjennom at deltakere får undervisning og veiledning individuelt, og gjennom undervisning og veiledning i bedriften. Psykiatrisk sykepleier mener at psykoedukasjon har vist seg som en god metode. Gjennom hele prosjektet har man lagt mye vekt på å undervise deltakerne og på å tilpasse metodene etter deltakernes individuelle ønsker. Det har også vært lagt stor vekt på undervisning/veiledning i bedriftene. Imidlertid var man ikke forberedt på den utstrakte bruken av eksterne praksisplasser, og det er derfor ikke utviklet noen strategi for hvordan man skal undervise eksterne bedrifter.

Psykiatrisk sykepleier har undervist deltakerne individuelt om stress-sårbarhetsmodellen, psykoseproblemstikk og problemløsningsmodellen for å lære dem hvordan de skal oppdage og håndtere tegn på stress, som for eksempel at de blir urolige eller hører stemmer Hun forteller at noen er opptatt av det, mens andre synes det er mindre interessant:

"Tanken i prosjektet er at kunnskap om psykiske lidelser, om schizofreni, om expressed emotions, om stress-sårbarhet er viktig. Å ha schizofreni gjør noe med dem som har lidelsen og omgivelsene. Noen skjønner ting veldig fort, noen skjønner det ikke. Slik er det med deltakere og slik er det med bedrifter".

Uansett om deltakerne er interessert eller ikke, mener hun at dette bør være med, også fordi det er nyttig å informere deltakerne om hvordan man jobber ved denne tilnæringsmetoden og tenkningen den baserer seg på. Videre mener hun at selve problemløsningsmetoden har vist seg hensiktsmessig ved spesielle problemer, for eksempel om man skal tørre å begynne i kontorpraksis eller hvor mye skal la stemmene styre seg. Man ser på fordeler og ulemper ved de ulike valgene, ser etter muligheter og løsninger, for eksempel: "Hva skal til for at jeg skal greie å være i kontorpraksis?" Det beskrives som en god og praktisk orientert metode. Systematikken fremheves som gunstig. Forklaringene kan gjerne illustreres med tegninger. Imidlertid påpeker psykiatrisk sykepleier at metoden ikke er hensiktsmessig i alle situasjoner, og det er på langt nær alle deltakerne som føler behov for denne tilnærmingen. Ikke alle opplever at de har så store problemer eller utfordringer. Noen liker ikke å jobbe sånn. Det understrekes at dette er et mangfoldig felt, der det er vanskelig å være entydig på metode.

Arbeidskonsulentene angir å like metoden veldig godt. De forteller at de bruker metoden, men tilpasser individuelt og bruker den i ulik grad i forhold til de ulike deltakerne. En forteller at

metoden kan brukes til å rette oppmerksomhet mot områder der det ikke blir noen ønsket endring. Dette gjøres da til tema, og vedkommende diskuterer med deltakeren hvordan hun/han ønsker at dette skal jobbes med. Noen mener det spesielle ved metoden er systematikken og sier at de kjenner igjen ulike elementer fra andre sammenhenger. En arbeidskonsulent beskriver sin tilnærming slik:

"Mange mennesker med schizofreni kan ha gode evner som de ikke får brukt, jeg ser at det er viktig å legge til rette for dem. Hvis man tilrettelegger for noe som de mestrer bra, så kan det være helsebringende. Jeg prøver å flette metode inn i samtalen, forsøker å bistå med å rydde tanker, beholde fokus i arbeidet. Jeg tenker kort framtid og lang framtid".

Problemløsningsmetoden fremholdes som en viktig faktor i denne tilnærmingen, det at man ser praktisk på hvordan deltakerne kan leve med sine vansker i arbeidet i stedet for å rette oppmerksomhet mot vanskene som symptomer på sykdommen. En arbeidskonsulent sier:

"Jeg jobber strukturert med problemløsning slik at deltakerne kan gå ut med litt mer utrustning enn de hadde da de kom inn. Så kan de tenke problemløsning når de står på egne ben, det er jo det som er tanken".

Det påpekes også at den metodiske oppfølgingen gir deltakerne bedre medvirkningsmulighet. Flere mener deltakerne har nytte av denne måten å jobbe på selv om de selv ikke kan sette navn på stress-sårbarhetsmodellen eller problemløsningsmetoden. En sier:

"Jeg tror det skjer noe i samtalene når metoden brukes. Det er vår utfordring å anvende det i situasjonen. Når noe fungerer godt, er det vår oppgave å påpeke det, slik at deltakerne kan nyttiggjøre seg erfaringen senere. Vi påpeker og minner om hele tiden: Når du mestrer bedre, hva tror du selv at det kommer av?"

En ansatt i en av bedriftene gir uttrykk for å like den psykoedukative tilnæringsmetoden og utdyper:

"Jeg tenker at metoden er nyttige verktøy, og at den systematikken det bringer med seg er smart. For det første så tenker jeg at det er noen spesifikke utfordringer som blir adressert i metoden, sånn at det blir nyttig verktøy, Og det skaper trygghet, både for deltaker og den ansatte. Så jeg synes den er kjempeviktig å støtte seg på. Og jeg tenker det er mye mer, for rommet er ikke lukket. Du kan ha det der og da i en halvtime, men det er mye samspill, det er mye rundt. Det å skille mellom metoden den halvtimen og det som er rundt av samspill, det synes jeg ikke er lett, sånn metodisk. Jeg vet ikke hva som er utløsende for suksess".

En annen bedriftsansatt understreker at det som gjøres spesielt på arbeidsplassen i dette prosjektet handler om fokus, fokus på den kompetansen hjelperne har om hva som ligger i deltakernes lidelse med hensyn til attføringsfaglige ting: Hva er annerledes når de gjelder fremmøte, skjerming osv. Vedkommende påpeker at diagnosefokus kan være uheldig, men i den forståelsen ligger det også noen muligheter for løsning. Det skaper en annen forståelse for deltakernes måte å være på, og det gjør at man ikke så lett blir utslitt fordi denne måten å være på ligger i det å være syk. Dette innebærer en rettethet i jobbinga mot å fungere i alminnelighet, men lang fremme er det også en tanke på jobb.

Både ansatte i prosjektet og i bedriften forteller at deltakerne strever med det sosiale, å klare å omgås andre, tolke det som skjer og løse eventuelle konflikter. Det kan være en stor utfordring å

klare å være sammen med, jobbe sammen med og spise sammen med andre. Den systematiske problemløsningsmetoden fremheves som egnet for dette, slik at deltakerne kan lære seg å jobbe på denne måten.

”Hovedutfordringen i forhold til arbeid er det å være sammen med andre, det er jo de sosiale ferdighetene man trener på. De har jo selv gjort et enormt arbeid etter at de har startet her. Ei tror jeg har jobbet veldig, veldig mye med seg selv for å komme hit og klare å være sammen med andre, å holde ut den uroligheten man kan føle, og på tross av det stå i det og fortsette å pakke”.

Resultatene viser at deltakerne vektlegger betydningen av metoden i ulik grad og på ulike måter. En deltaker er meget klar på å ha hatt stort utbytte av den kognitive tilnærmingen. Vedkommende beskriver hvordan det går an å analysere situasjoner for å finne andre måter å se ting på. Hvis folk for eksempel har sagt ting som kan tas ille opp, går det an å se etter andre mulige forståelser av utsagnet i stedet for å låse seg i det man først oppfattet. Enkelte kan beskrive konkrete eksempler på hvordan de kan bruke håndteringsmetoder i praksis, for eksempel hva de gjør hvis de kjenner at det blir for mye eller at de blir urolige. Også andre deltakere forteller at de er blitt flinkere til å håndtere stress eller uforutsette hendelser, men uten at de helt kan beskrive hva som har vært til hjelp for denne bedrede kompetansen. En deltaker beskriver utbytte av veiledning fra psykiatrisk sykepleier slik:

”Jeg synes det er veldig bra, jeg. Det er en del ting som jeg ikke hadde tenkt så mye over hvis jeg ikke hadde pratet med henne om det. Jeg hadde kanskje bare latt det ligge. Jeg er blitt bevisst på at alt er ikke mitt ansvar. Det er viktig for meg å få den tryggheten på dem jeg jobber sammen med”.

Noen husker at psykiatrisk sykepleier har snakket om stress, men husker ikke hva som ble sagt. Noen sier eksplisitt at de ikke har bruk for slike tiltak for å mestre stress eller andre vansker. De verdsetter kontakten og samtalene med arbeidskonsulent, men sier at de ikke har hatt spesiell nytte av metoder eller modeller. Noen av deltakerne er heller ikke så opptatt av de samtalene de har med arbeidskonsulent og psykiatrisk sykepleier, men aksepterer at det er en del av prosjektet. En svarer slik på spørsmål om utbytte av samtalene med psykiatrisk sykepleier og arbeidskonsulenten:

”Ja, det har vært greit nok det. De er med i dette prosjektet Jobbmestrende oppfølging, og de må bare ta kontakt iblant og høre om det er noe å snakke om, men jeg har nå sagt mitt, og jeg har ikke så mye annet å føye til”.

En annen deltaker påpeker det som problematisk at når både psykiatrisk sykepleier og arbeidskonsulent deltar i samtalen, er det vanskelig å komme med kritikk av arbeidsplassen.

Det irriterer meg litt at jeg skal ha møte med de to samtidig, sånn at (arbeidskonsulenten) skal sitte og høre på det negative jeg har å si om min arbeidsplass, for vedkommende sitter jo i en litt rar rolle der da - kommer fra bedriften og vil gjerne forsvare den...”

6.12 Tett oppfølging

Ansatte i prosjektet og bedriftene er enige om at tett oppfølging er ett av suksesskriteriene i Jobbmestrende-prosjektet. Det ene er å følge opp deltakeren i det daglige på jobben, for eksempel ved å jobbe sammen med vedkommende, bistå med å komme opp om morgenen eller å trene på å jobbe sammen med andre og i tillegg å være en som er til stede for råd, veiledning og støtte.

Det andre aspektet ved tett oppfølging er arbeidet med å bygge opp et nettverk av samarbeidspartnere rundt deltakeren. Arbeidskonsulentene bruker mye tid på å ta kontakt, ringe, innkalle til møter, samordne og koordinere. Det fremholdes at det er nytteløst med arbeidstrening hvis folk ikke har bolig eller penger å leve av. Arbeidskonsulentene beskriver oppfølgingen som at de kan bistå med det meste, i det man er en deltakerne kan komme og snakke med og en som rydder i en uoversiktlig situasjon og ordner praktiske ting. En samarbeidende behandler sier:

"Jeg tror det vesentlige er den tett oppfølgingen. Min pasient trengte følge over dørstokken hver dag den første tiden, og det fikk vedkommende".

I intervjuene med de fem arbeidskonsulentene i 2008 beskrives ulike aspekter ved oppfølgingen. Konsulentene snakker om støtte, omsorg og trygghet, de snakker om undervisning og veiledning, og de snakker om å målrette innsatsen mot jobb. Flere snakker om å balansere mellom behandling og attføring. Arbeidskonsulentene er bevisste på at de ikke skal være behandlere og at de skal holde det tydelige fokuset på arbeid. Samtidig trenger mange av deltakerne i Jobbmestrende støtte og omsorg i starten. En arbeidskonsulent beskriver det slik:

"Vi må prøve å avdekke om de er i en så god periode at vi kan prøve å ta et steg lenger, for det er jo det som er tanken for de aller fleste, at de skal framover for å kunne gå ut i jobb. Da må de presses litt, men på sine premisser. Fokuset skal være jobb, men i dette prosjektet går det mer mot behandling. Men det må ikke bli for mye behandling. Det hjelper dem ikke. Vi må trappe behandlingsdelen gradvis nedover etter hvert som vedkommende har gode perioder. Når noen har hatt veldig lange gode perioder, da er det ikke noen grunn til å hjelpe dem noe mer enn en annen person som skal ha hjelp til å komme ut i jobb, da gjelder det å behandle dem så likt som mulig."

En bedriftsansatt sier:

"Jeg synes det er vanskelig i dette prosjektet å se forskjellen på behandling og attføring, for her har jo attføringen helt klart en behandlende effekt. Det å være i jobb, ha struktur, det å ha rammer, tett oppfølging, mye mer enn det de har hos en behandler. Derfor kan det vi gjør her, ha en vel så sterk behandlende effekt, men vi sier likevel at det ikke er behandling".

Ut fra informantenes beskrivelser er det tydelig at jobbfokuset er gjennomgående i oppfølgingen av den enkelte deltaker og ligger i bunnen selv om det ikke alltid tematiseres. Imidlertid snakkes det også mye om arbeid og arbeidssituasjon framover, slik at deltakerne skal ha tid til å planlegge og forberede seg. En arbeidskonsulent forteller om ulike kartleggingsskjemaer og hvordan disse kan brukes målrettet for å kartlegge deltakernes ønsker og muligheter. Vedkommende beskriver skjemaene som samtaleverktøy som er egnet til å engasjere deltakerne. Deltakerne får gjerne hjemmelekse og blir slik mer forpliktet til å jobbe konkret med det de to er blitt enige om. Poenget er å bruke skjemaene slik at arbeidet med dem bidrar til å sette i gang en prosess hos deltakerne.

De ansatte i bedriftene snakker om den tette oppfølgingen på ulikt vis. Det påpekes at en av grunnene til at deltakerne er så stabile og i så stor grad fortsetter i prosjektet er nettopp den tette oppfølgingen. Informantene er rimelig samstemte i at de fleste av deltakerne i Jobbmestrende-prosjektet ikke ville greid seg på ordinær APS-plass i bedriftene. Samtidig understreker de gjentatte ganger at disse deltakerne ikke er så forskjellig fra mange andre deltakere i bedriftene. Flere er opptatt av å behandle deltakere likt, uavhengig av hva slags tiltak de er i. En arbeidsleder beskriver dette dilemmaet slik:

"Jeg har vært usikker på om disse deltakerne skulle behandles likt med de andre deltakerne, og jeg har gjort det. Jeg plasserer ikke folk i båser og skiller ikke på hvilke tiltak de er på. Jeg har fått støtte av psykiatrisk sykepleier på det".

Alle deltakerne sier de har hatt nytte av den tette oppfølgingen fra arbeidskonsulent. Arbeidskonsulenten fremheves som den som er der hele tiden, som man alltid kan ta kontakt med og som kommer jevnlig for å spørre hvordan det går. Noen informanter forteller at arbeidskonsulenten har vært avgjørende viktig for at de har greid å gjennomføre, mens andre trekker fram at vedkommende har vært viktig koordinator og ikke minst har tatt ansvaret for den utfordrende kontakten med NAV lokal. En som synes den personlige kontakten med arbeidskonsulenten har vært avgjørende viktig, sier:

"Til å begynne med var jeg veldig avhengig av at arbeidskonsulenten var her og jobbet sammen med meg hver dag. Ellers hadde jeg ikke greid å begynne her. Nå går det fint uten".

Flere forteller at det har vært fint at konsulenten har fulgt opp hvordan det går, at de har kunnet snakke med vedkommende om sykdommen og om vansker som oppstår. Man har kunnet spørre hvis man lurte på noe. Flere understreker at de har fått god personlig kontakt med arbeidskonsulenten, slik at de har kunnet ta opp personlige ting. En forteller om avgjørende hjelp til å komme seg opp om morgenen ved at konsulenten ringte hver dag. Flere fremholder at det er viktig å få hjelp til å kjenne etter hva man tåler. En som angir å ha tendens til å strekke seg litt for langt, beskriver det slik:

"Du blir jo tatt veldig godt vare på av noen som sørger for at du ikke gaper over for mye på en gang"

Flere trekker fram den viktige kunnskapen til psykiatrisk sykepleier og at det er fint at hun er opptatt av "det psykiske" og hvordan de har det.

En som ikke er så opptatt av tett oppfølging, påpeker at det imidlertid var avgjørende at arbeidskonsulenten var der og grep inn da vedkommende ble syk og måtte innlegges. Noen mener de personlige samtalene ikke har vært så viktige, og flere hevder at behandleren er en viktigere samtalepartner enn folk i prosjektet. En sier det slik:

"Jeg har jevnlig samtaler med KA og arbeidskonsulenten, men jeg synes ikke det er så nyttig. Jeg synes det er langt mer nyttig å snakke med psykologen min".

Alle deltakerne verdsetter den praktiske hjelpen de har fått av arbeidskonsulenten. De forteller om hjelp gjennom hele prosjektperioden, til å søke jobb, til andre søknader, til praktiske ting og ikke minst til samhandlingen med NAV lokal. Flere påpeker at de ikke hadde orket å forholde seg til saksbehandler på NAV uten bistand fra arbeidskonsulent. En sier:

"Ting har vært veldig smidige her, det har for eksempel gått veldig greit i forhold til NAV-lokal i forbindelse med skifte av stønad".

Deltakere ved en bedrift forteller om negative erfaringer med hyppig skifte av arbeidskonsulent. En har for eksempel blitt fulgt opp av fire ulike veiledere og sier at det har vært utfordrende stadig å skulle bli kjent med nye oppfølgere.

Arbeidskonsulentene sier i intervju at de trolig kunne greid å følge opp mer enn fem deltakere, for eksempel syv, selv om det også understrekes at arbeidsmengden varierer svært. Hvis deltakerne blir syke, trengs ekstra innsats fra arbeidskonsulent. Når deltakeren er ny, kan det være nødvendig med mye støtte og praktisk hjelp til å begynne med. Etter hvert trengs mindre bistand, og i prosjektet har man erfaring for at det i perioder har vært for lite å gjøre for arbeidskonsulentene. En samarbeidende behandler påpeker at det er viktig å skape gode rammebetingelser for oppfølgeren med veiledning og ikke for mange arbeidsoppgaver:

"Pass på at belastningen på oppfølgeren ikke blir for stor, da holder vedkommende ikke i lengden. Det er en tøff jobb å stå i!"

6.13 Psykiatrikompetanse - veiledning og undervisning

Veiledning og undervisning er sentralt i prosjektet i Oslo. Det omfatter undervisning og veiledning i bedriftene for å øke kunnskapsnivået og tryggheten blant de ansatte, det omfatter undervisning og veiledning av deltakerne og det omfatter veiledning av arbeidskonsulentene. Arbeidskonsulentene er helt tydelige på at veiledningen av psykiatrisk sykepleier har vært helt nødvendig, at de etter hvert har lært mye og at de nå greier mye av jobben på egen hånd. Likevel mener de at veiledningen er nødvendig videre. Det er fortsatt er mye de ikke kan og det oppstår stadig nye og uoversiktlige situasjoner. Videre er dette en slitsom jobb i førstelinjen der man trenger et samtaleforum/ veiledning for å kunne stå i jobben over tid.

Informanter fra bedriftene forteller at det var en del skepsis til prosjektet og målgruppen i starten fordi de visste lite om mennesker med schizofreni som gruppe, og fordi man hadde en forestilling om at dette var vanskelig. Da deltakerne kom, forsvant skepsisen fort. Det viste seg raskt at deltakerne fungerte så bra i jobb at de ansatte ønsket flere deltakere fra Jobbmestrende. Deltakerne i prosjektet var, i følge informantene fra bedriftene, ikke så annerledes enn de som er på andre typer tiltak. En arbeidsleder sier:

"Alle her har jo noe som de strever med, disse deltakerne er ikke spesielle".

Flere understreker at utvikling mot en langt mer positive holdning til gruppen hadde sammenheng med undervisning i hele bedriftene og kontinuerlig veiledning fra psykiatrisk sykepleier. Alle de intervjuede fra bedriftene mener at veiledning har vært helt nødvendig, og at det er en nødvendig forutsetning framover. Flere snakker om at det er det totale tilbudet i Jobbmestrende som er virksomt, men enkelte påpeker at veiledningen trolig har vært det aller viktigste. En sier:

"I videreføringen av prosjektet i nye fylker, tror jeg at jeg ville gi veiledningen førsteprioritet".

Det varierer noe bedriftene imellom hvor mye man benytter veiledningen. Ved en bedrift er det svært godt oppmøte blant dem som jobber i Jobbmestrende- og Storby-prosjektet, men få eller ingen andre. Ved en annen beskrives oppmøtet ved veiledningen slik:

"Noen kommer mye, noen kommer noen ganger og noen kommer aldri. Den siste gruppen har blitt mindre. Mange kommer med innspill når det diskuteres cases".

Flere påpeker at alle attføringsbedrifter bør ha en veileder med psykiatrikompetanse selv om de ikke deltar i noe prosjekt. Det understrekes at kompetansen trengs i bedriftene og at psykiatrien/helsevesenet og så ville få nyttig lærdom. En bedriftsansatt sier:

"Veiledningen har fungert veldig bra i dette prosjektet og den trengs videre. Jeg tror psykiatrien ville fått veldig mye ut av det, de har et skrikende behov for systemkompetanse og en mye bedre oversikt over hjelpetilbudet".

Samtidig som ansatte i bedriftene sier at veiledning er helt nødvendig, understreker de at de ikke ønsker å få behandlerkompetanse og ansvaret for å følge opp de ansattes helseplager. En sier:

"Jeg er ikke behandler, jeg vil ikke innta noen legerolle. Mitt bidrag er å si noe om arbeidskapasitet, arbeidstid og arbeidsoppgaver".

Noen ansatte i bedriften som arbeider nær deltakerne, sier de helst ikke vil vite for mye og deltakernes sykdom og vansker. Noen arbeidsledere sier at de i liten grad har snakket med andre om deltakerne og at de heller ikke har fått informasjon om hva slags vansker deltakeren har eller spesielle metoder for å bistå vedkommende. Andre har fått undervisning av arbeidskonsulent og mener denne kunnskapen har gitt trygghet til å takle situasjoner som før kunne være uoversiktlige og skremmende.

Begge samarbeidende behandlere mener også at psykiatrisk sykepleiers psykiatrikompetanse er en avgjørende viktig del av prosjektet og at det generelt er behov for slik kompetanse i utførelsesbedrifter. En påpeker at en veileder må være kunnskapsrik, trygg og med en egnet personlighet. Flere understreker personlig egnethet og nevner humor og latter og en velutviklet evne til å snakke med folk "på gølv". En understreker at:

"Det er viktig å hilse og slå av en prat med folk når man kommer på besøk i bedriften!"

Enkelte påpeker at det ikke nødvendigvis må være en sykepleier, og både sosionom og ergoterapeut foreslås. Betingelsen er videreutdanning i psykisk helsearbeid og bred klinisk erfaring.

En bedriftsansatt snakker om erfaring med undervisning/veiledning i bedriften og om hvordan denne metoden for jobbmestrende oppfølging kan anvendes på ordinære arbeidsplasser. Vedkommende tror fremfor alt at man må finne bedrifter som er interessert i å ansette og tilrettelegge for personer med psykiske vansker. Det kreves også åpenhet fra deltakeren, og det angis kanskje å være det vanskeligste. Opplæring og tilrettelegging krever ekstra tid for bedriften, og det argumenteres for at det derfor kanskje trengs noen andre virkemidler, for eksempel økonomisk tilskudd. Vedkommende sier:

"Jeg tror det kan være veldig fruktbart med undervisning og veiledning i en bedrift, både på tryggheten, kompetansen og oversikten, innsikt i hva man skal gjøre. Det åpner noen rom for deltakeren, men er krevende for arbeidsgiver. Hvis en med en psykoselidelse skal få med seg en pakke, så tenker jeg at arbeidsgiver må få en premie".

6.14 Samarbeid i oppfølgingen

Alle prosjektmedarbeiderne og alle de ansatte i bedriftene trekker fram samarbeidsnettverket rundt den enkelte deltaker som et suksesskriterium i dette prosjektet, og flere mener at det har vært det aller viktigste. Arbeidskonsulentene og de ansatte i bedriftene forteller at det er så mye lettere å jobbe med disse deltakerne fordi de har et apparat rundt seg. Alle har behandler, i motsetning til andre deltakere der det ofte er et strev å finne ut om de har behandler, noe mange ikke har. En mener dette er den største forskjellen på Jobbmestrende oppfølging og oppfølgingstilbudet de andre får. Psykiatrisk sykepleier sier:

"Lykken har vært at alle har klart å komme på banen og spille på lag. Når deltakerne først kommer i gang, og vi får etablert fungerende nettverk, så går det bra. Jeg tror nettverksjobbinga er cluet i hele prosjektet: Dra i samme retning, jobbe mot samme mål, forstå det samme og justere aktivitet etter hva som er prioritert for tiden".

Rundt noen deltakere dannes ansvarsgruppe, andre ganger kan deltaker, arbeidskonsulent og behandler møtes. Noen ganger kan det være tett samarbeid med detaljplanlegging, mens andre ganger er behandlerne mer i bakhånd, og man kan ringe ved behov. En ansatt i prosjektet sier:

"Det er deltakerne som må legge premissene for hvordan samarbeidet skal være. Noen greier seg veldig godt selv og trenger ikke så mye. Når de begynner i prosjektet, får de beskjed om at vi må ha et samarbeid med behandlere".

Arbeidskonsulentene beskriver godt samarbeid med mange behandlere og noe varierende med andre. Informantene forteller at behandlerne trekkes inn i varierende grad, men vektlegger at de alltid er der. Noen ganger er arbeidskonsulent og behandler uenige, og en grunn angis å være at de tenker og forstår ting forskjellig. Som eksempel nevnes at behandler ikke har hatt kjennskap til hvordan det ser ut på en attføringsbedrift, hvor mange folk og hvor forskjellige folk man må forholde seg til der. Behandler forstår noen ganger ikke hvor krevende det kan være å jobbe to timer to ganger i uka. Poenget er at det sosiale ofte oppleves langt mer krevende enn selve arbeidsoppgavene. Også en bedriftsansatt forteller at behandlere kan mangle kunnskap om attføring og attføringsbedrifter. Ett eksempel er en behandler som forslo å bli med sin pasient på jobbintervju:

"Man tar ikke med seg psykiateren sin på jobbintervju! Vi leker ikke arbeid, heller! De vet åpenbart ikke hva som foregår her!"

En bedriftsansatt nevner også eksempler der ulike forståelser kommer til syne:

"Ett eksempel er en tiltaksansatt (som ikke er deltaker i Jobbmestrende) som var ferdig utredet hos oss, og vi avsluttet. Da ble behandler sint og sa at pasienten trengte tilbudet selv om vedkommende ikke kom ut i jobb. Men vi må sette grenser, vår jobb er denne avklaringen, samtidig som vi bygger opp og skaper mestring i løpet av avklaringsprosessen. Det er mye læring å være i tiltak. Men hvis man ikke når målet, må man ut. Jeg har sittet i møte med flinke leger som blir sinte for dette. Det er litt makt- og statuskamp her. De mener noe om hva vi skal gjøre, men vi kan ikke mene tilsvarende om hva de skal gjøre".

Arbeidsveilederne opplever at behandlerne vanligvis ser deres kompetanse på attføringsfeltet og aksepterer deres vurdering av deltakerens arbeidsevne. Enkelte ganger har de imidlertid følt seg devaluert av behandler, for eksempel når behandleren har nedvurdert arbeidsplassen eller arbeidsoppgavene til deltakeren og ment at oppgaver var under vedkommendes kompetansenivå (og verdighet). De forsto ikke at målsettingen var trening på andre aspekter ved jobben enn arbeidsoppgavene, nemlig å komme seg til jobben, møte i tide og ikke minst sosialt samvær: Jobbe sammen med andre, ta kontakt og spise sammen med andre osv. En bedriftsansatt sier:

"Behandlere tenker ikke over at jobber, uansett om de er ufaglærte, krever mye i dag, sosiale ferdigheter og tempo, kanskje mer enn en forskerstilling på Blindern",

Begge de samarbeidende behandlerne som er intervjuet, synes prosjektet er meget bra. Tydelige rammer med forutsigbarhet og tydelighet og fleksibilitet i forhold til deltakerens variasjon i sykdom og funksjonsnivå fremheves som viktige faktorer. De to beskriver samarbeidet med prosjektet litt forskjellig. En sier:

"Jeg har kjempebra samarbeid med arbeidskonsulenten, vi ringer hverandre når det er noe. Jeg opplever at vi begge er inne i en oppgave som vi deler".

Også den andre informanten synes samarbeidet om deltakeren har vært godt, men sier samtidig at det ikke er problemfritt. Vedkommende utdyper:

"Psykoterapi er å være i en prosess sammen med pasienten, og utenforliggende ting kan komme forstyrrende inn i denne. Arbeidstiltak kan være en slik forstyrrelse. Noen ganger kunne det å bli trukket inn i samarbeid om arbeidet forstyrre den terapeutiske prosessen. Noen ganger opplever jeg at de kunne greid seg selv uten at jeg var med på møtet".

Begge behandlerne er opptatt av arbeid for sine pasienter og påpeker at viktigheten av arbeid i en tidlig fase av sykdommen er blitt tydeliggjort gjennom prosjektet. En sier:

"Vi visste også tidligere at arbeid er viktig, men vi har ikke hatt mulighet for så tilrettelagt arbeidstrening. Min pasient i prosjektet har gjort flere forsøk på å arbeide tidligere, men det har ikke gått fordi det ikke var tilstrekkelig tilrettelagt".

Det understrekes at når arbeidsrettede tiltak for denne målgruppen settes inn tidlig i behandlingsforløpet, så letter det behandlingsprosessen. Også behandlerne påpeker at å gå på jobb er noe annet enn å gå på dagsenter. En bedriftsansatt forteller at samarbeidspartnerne kan bli overrasket over hvor stolt folk er av at de har en jobb. Man kan legge til rette for bolig og aktiviteter osv, men deltakerne vektlegger først og fremst det å være i jobb. Jobb angis som viktig for tilfriskning og for deltakernes motivasjon for å greie å holde seg friske for å holde seg i jobb.

En av behandler forteller at det har spredd seg en ny og positiv holdning til arbeidsrettet rehabilitering på vedkommendes arbeidsplass, og at dette har sammenheng med prosjektet. Vedkommende sier:

"Et slikt godt tilbud bidrar jo til økt optimisme, tidligere har tilbudet vært elendig, slik at vi har hatt lite å spille på".

Noen deltakere har ikke så nært forhold til behandler, kun ved fornying av resepter. Enkelte deltakere ønsker ikke kontakt mellom behandler og utførelsesbedriften. Noen få fastleger er inne i bildet i det enkelte deltakere har fastlege som behandler. For andre deltakere er fastlegen mer perifer og kommer gjerne inn ved somatisk sykdom.

Mange informanter verdsetter at arbeidskonsulentene ivaretar kontakten med NAV lokal. Det sendes jevnlig rapporter og de passer på at nødvendige søknader sendes. En samarbeidende behandler sier:

"Det er viktig at noen ivaretar deltakernes forhold til NAV. Det er et utrolig komplisert system. Pasientene må jo miste fotfestet. Det er fra tre-bokstav-forkortelse til tre-bokstav-forkortelse i raskt tempo, og ulike stønadsformer er knytte til de ulike forkortelsene".

En av de ansatte i en bedrift gjør følgende vurdering:

"Jeg tror saksbehandlerne i NAV har en tillit til at de som er inne i prosjektet får det beste tilbudet, og de selv ikke har kompetanse til å legge seg opp i det. De stiller opp som samarbeidspartnere, men tar ikke særlig kontakt. Når vi har fem deltakere, kan det være 5 forskjellige NAV-kontorer.

Deltakerne tematiserer samarbeidet mellom oppfølgerne i prosjektet i ulik grad i intervjuene. Noen deltakere angir det som avgjørende viktig, mange synes det er bra og noen har ikke så sterke meninger om det. Når det angis viktig med slik kontakt, angis to typer begrunnelser. Den ene er

viktigheten av å sikre at de ulike parter har samme tilnærning til deltakerens problemer og samme fokus på og målsetting for deltakelse i prosjektet. En deltakers utsagn illustrer dette poenget:

"Arbeidskonsulenten og KA og psykiateren min har samme forståelse og samme måte å jobbe på. Jeg vil gi de tre all ære for at dette har gått så bra".

Den andre begrunnelsen dreier seg i større grad om at samarbeidet skal ivareta koordinering av ulike tiltak. Deltakerne forteller at det arrangeres møter eller at arbeidskonsulenten og behandler kontakter hverandre per telefon. En har ikke merket så mye til samarbeidsmøtene, men forteller at det blir ordnet opp i praktiske ting på møtene. Flere deltakere synes ansvarsgruppemøter kan være en nyttig arbeidsform, selv om de vektlegger ulik nytteverdi. En deltaker angir nytte av møtene og beskriver det slik:

"Møtene har vært bra fordi vi lager en plan for hva som skal skje, og da blir den enkelte litt pushet på det han eller hun skal gjøre for å få fram en ordning. Da blir det fremgang i saken. Og så slipper jeg å være den som skal overbringe beskjeder".

Flere sier at det er fint at behandler eller primærkontakt ved et dagsenter eller behandlingssinstitusjon har vært på besøk på arbeidsplassen - det viser at de interesserer seg, og de ser hva som foregår på bedriften.

6.15 Tid

De fleste informantene snakker om tidsperspektivet i prosjektet. Nesten alle deltakerne har utvidet APS-perioden med ytterligere 10 mnd. Det hevdes av flere at 10 mnd. er for lite for nesten alle, det eneste unntaket kan være avklaring i forhold til varig tilrettelagt arbeid. Mange mener at 10 måneder ganger to også er alt for lite for mange.

Psykiatrisk sykepleier snakker om at en utfordring generelt i psykosefeltet er å beholde troen og holde trykket oppe. Det er en langsom jobbing over lang tid. Hun påpeker at folk med schizofreni er en sårbar gruppe, og at rus er et økende problem i gruppen. Vi lever i et samfunn som verdsetter omstillingsevne og tempo i arbeidslivet, og det er problematisk for noen som trenger tid, forutsigbarhet og oversikt. Det kreves at man tenker annerledes når mennesker med schizofreni skal inn på arbeidsmarkedet. Mange kan være gode arbeidsfolk, men sliter med relasjonelle og kognitive vansker. Det kreves at det gis tid og at det tas visse hensyn i arbeidssituasjonen. En bedriftsansatt argumenterer for at det bør være mulighet for livslang oppfølging:

"Jeg tror noen i denne gruppen og andre med psykiske lidelser kan trenge livslang oppfølging. Hvis det har gått bra lenge, så forvitrer hjelpeapparatet rundt dem, og så blir de syke, og da tar det tid å komme inn. Det trengs en oppfølging som kan fungere som en akuttknapp. Ellers mister de jobben og boligen og de blir innlagt.... og så må man begynne helt på nytt".

Også en annen bedriftsansatt påpeker nødvendigheten av det er noen der til å oppdage at folk trenger hjelp og kunne gripe inn i tide og argumenterer for mulighet for oppfølging livet ut for noen, for eksempel varig AB. Tidsbegrenset lønnstilskudd nevnes som en mulighet, men det er bare penger og ingen oppfølging. Flere er opptatt av hvordan det går med disse deltakerne framover, ut over rammene for APS og AB. En bedriftsansatt uttrykker det slik:

"Det er viktig å fortsette dette lenge, så man ser virkelig hvor det bærer. Ved utgangen av 2008 ser man jo ikke noen resultater som man kan trekke noen konklusjoner på grunnlag av. Jeg har et

inntrykk av at arbeidsgivere generelt er romslige i å ta inn folk med begrensninger, vi vet vel mindre om hvordan de stiller seg til å beholde folk".

En samarbeidende behandler mener at man generelt bør regne med å bruke 5 år på at folk skal komme i jobb. Noen trenger kortere tid, noen lengre. Vedkommende argumenterer for et attføringssystem som er fleksibelt nok til å ivareta også dem som trenger lenger oppfølging, de må gis mulighet for en tilknytning over lang tid. For å lykkes i jobb, er det, i følge informanten, avgjørende viktig å ha en trygghet i bunnen. En bedriftsansatt argumenterer for individuell oppfølging, så mye deltakerne trenger så lenge de trenger og forteller at det er det viktigste vedkommende har lært av prosjektet, at folk trenger den tida de trenger.

Noen av deltakerne som ble intervjuet, gir uttrykk for utålmodighet etter å komme ut i ordinært arbeid, mens andre verdsetter at de kan bruke tid på å trene seg opp på ferdigheter i jobb og forberede seg på situasjonen i arbeidslivet. Noen har planer for lengre tid framover, mens andre har et kortere perspektiv og forholder seg til tidspunktet for utløpet av kontrakten om APS-plass.

"Jeg skal søke på nettet for å finne stillinger som passer, men jeg har lagt det litt på is nå, fram til nærmere mars, da kontrakten min går ut".

Flere deltakere gir uttrykk for at det har tatt lengre tid enn forventet å komme ut i jobb, samtidig som noen sier at det har vært nødvendig å bruke så lang tid. En påpeker at det er viktig å se at man kan holde seg stabil i helsa selv om arbeidstiden og -mengden er økt, og at dette har gitt mer trygghet for å prøve seg i ordinært arbeid. Flere deltakere snakker om progresjon i arbeidet i samtale med KA og arbeidskonsulenten, og det understrekes at progresjonen bør være passe raskt.

"Det er noe av det som er fint her, at man har god tid og kan prøve ut hvor mye man tåler og lage en plan framover for hva man skal gjøre. Elles kan man fort falle tilbake og bli dårlig igjen".

Om oppfølging over tid sier en deltaker:

"Jeg ønsker oppfølging herfra til jeg er stabil i fast jobb".

6.16 Fleksibilitet i opplegget

Prosjektet Jobbmestrende oppfølging i Oslo har 15 APS-plasser og 5 AB-plasser. APS er ment for folk som har svært variable eller uforutsigbare forutsetninger for arbeidslivet. Av flere blir Jobbmestrende oppfølging karakterisert som et opplegg for jobbvurdering, hvor hensikten er at deltakerne skal få vurdert sin arbeidsevne og få trening i å forholde seg til en arbeidssituasjon og håndtere sine egne symptomer slik at de på sikt kan klare å stå i en jobb. APS har en tidsbegrensning på 10 mnd, men det kan forlenges med ytterligere 10 måneder. I AB kan deltakerne få oppfølging inntil tre år hos ekstern arbeidsgiver.

Mange snakker i intervjuene om betydningen av fleksibilitet, og det omfatter ulike ting. Noen fremhever fleksibel bruk av tiltaksvarianter, for eksempel fordelen ved at man kan være i ekstern praksis innen APS, og at man så kan vende tilbake til bedriften og fortsette jobben der hvis praksisen tar slutt/ må avbrytes. En bedriftsansatt sier:

"Det som funker så godt i dette prosjektet er en hybrid mellom APS og AB. Viktig å kunne veksle mellom inne og ute. Noen vil gjerne være her, noen vil gjerne ut".

Flere deltakere har forsøkt seg i ekstern arbeidspraksis, men av ulike grunner ikke kunnet fortsette. De er fornøyd med muligheten for å komme tilbake og fortsette arbeid i attføringsbedriften.

Deltakerne verdsetter at de kan få hjelp når de trenger det, at arbeidskonsulenten er tilgjengelig og kan bistå når det er noe. Flere deltakere er blitt syke i løpet av prosjektperioden og forteller at de har fått god hjelp, både før innleggelse i institusjon og oppfølging etterpå. Det er mulig å "fryse" plassen selv om deltakeren er borte fra jobb i mer enn fire uker, slik at vedkommende kan fortsette etter utskrivning. En setter spesielt pris på at bedriften skaffet en ny ekstern praksisplass etter en innleggelse.

Deltakerne og behandlerne verdsetter fleksibilitet i forhold til NAV lokal i og med at arbeidskonsulenten tar ansvaret for denne kontakten med faste tilbakemeldinger og med nødvendige søknader. Slik oppleves overgangen fra en tiltaksform til en annen eller mellom ulike stønadsformer svært smidig av deltakerne.

En bedriftsansatt fremhever fleksibiliteten i Jobbmestrende og ønsker at slike ordninger kan utvides til å gjelde andre grupper. Vedkommende begrunner sitt syn slik:

"Vi som har vært i bransjen en stund, vet at man ikke er enten frisk eller syk, derfor er det så viktig med den fleksibiliteten at man kan jobbe når man greier og at man kan ha behandling ved siden av og ikke at man enten må jobbe eller være syk og i behandling. Det har vært en hindring alltid! Folk med en kronisk sykdom er verre i perioder og fungerer da dårligere i jobb. Håpet er større fleksibilitet i NAV framover".

7 Oppsummerende diskusjon

7.1 Jobbmestrende oppfølging som metode

Hensikten med pilotprosjektene Jobbmestrende oppfølging i Oslo og Østfold er å prøve ut metodikk med mestringsorientert oppfølging til personer med psykiske vansker som arbeidshindring. Som metode for slik oppfølging er det i begge prosjektene valgt psykoedukativ tilnærming, men tilnærmingen har fått ulik utforming i de to prosjektene. Fordi de to prosjektene er utformet såpass ulikt, vil vi nedenfor drøfte resultater og implikasjoner og våre vurderinger av hvert prosjekt for seg. I avslutningskapittelet, kapittel 8, vil vi forsøke å se resultatene fra de to prosjektene under ett.

7.2 Jobbmestrende oppfølging i Østfold

7.2.1 Veldefinert og virksom oppfølgingsmetode

Som metode for jobbmestrende oppfølging valgte Senteret for jobbmestring kognitiv atferdsterapi, løsnings- og endringsfokusede tilnærminger og psykoedukativ metodikk. Oppfølgingen beskrives likt av behandlerne og av deltakerne, og metoden ser derved ut til å være klart beskrevet og implementert som foreskrevet. Det innebærer at den kognitive terapeutiske og psykoedukative tilnærmingen som er lagt til grunn for virksomheten ved Senter for jobbmestring, er gjennomført i praksis. Jobbfokuset er ivaretatt ved at samtaler og praktiske øvelser har konsentrert seg om jobbsituasjonen og/eller det å komme seg til og fra jobb, men det har også vært rom for å ta opp andre temaer i samtalen.

Den terapeutiske tilnærmingen med vekt på kognitiv atferdsterapi der tema er jobbmestring må vi, på bakgrunn av tilbakemeldinger fra samtlige informantgrupper, kunne karakterisere som vellykket når det gjelder målsetningen om å bringe deltakerne tilbake i jobb. Senter for jobbmestring gjennomfører også en egen intern evaluering hvor resultatene understøtter dette inntrykket. Deltakerne er meget godt fornøyde med behandling og oppfølging som de har fått av behandlerne ved SFJ, og de føler seg møtt og ivaretatt på en god måte. Kognitiv terapi med vekt på jobbmestring blir av både deltakere og samarbeidspartnere og ansatte ved Senteret karakterisert som en velegnet tilnærming for denne gruppen.

Deltakerne og samarbeidspartnere er godt fornøyde med at Senter for jobbmestring har enkle innsøkningsrutiner. Deltakerne får raskt svar, og behandlingen kan komme i gang kort tid etter innsøkingen. Når det gjelder antall konsultasjoner som deltakerne har hatt mens de har vært innenfor den høyfrekvente oppfølging, så er dette i tråd med det estimerte antallet som ble skissert i prosjektplanen av 27.06.06.

7.2.2 Manglende integrasjon mellom behandling og attføring

Jobbmestrende oppfølging i Østfold bygger på en modell med parallellitet og integrasjon mellom behandling og attføring (Joner 2007). Dette skulle ivaretas ved mange små, kortvarige miniteammøter mellom IO-konsulent, behandler og deltaker. Disse møtene lot seg ikke gjennomføre etter intensjonen. I tilfeller der brukere har hatt IO-konsulenter, så har trekantsamtalene ikke blitt gjennomført så ofte som planlagt. Det viste seg at terapisisuasjonen

ikke var egnet for å involvere en tredjepart. IO-konsulentene har fulgt opp brukerne gjennom egne parallelle løp. Brukere som er henvist fra NAV trygd eller fastleger (de fleste av deltakerne) har ikke fått en systematisk oppfølging fra tredjepart som har ivaretatt attføringsfunksjonen. Det innebærer, etter vår vurdering, at opplegget i praksis i liten grad har hatt den intenderte integrasjonen mellom attføring og behandling. Selv om behandlerne har hatt "arbeid" som retningsgivende for den terapeutiske tilnærmingen, mener vi at integreringen ikke er ivaretatt.

7.2.3 Organisering og samarbeid

Pilotprosjektet Senter for jobbmestring ble etablert som en egen organisatorisk enhet, og flere samarbeidspartnere påpeker at det kan se ut som om Senteret fortsatt befinner seg i utkanten av de kjente ordningene innenfor NAV-systemet. Siden dette var et nytt tilbud utenfor etablerte systemer i NAV og helsevesen, ble det i oppstartsfasen brukt mye tid og ressurser på å gjøre tilbudet kjent for mulige samarbeidspartnere. Senere har SFJ formidlet informasjon gjennom nyhetsbrev, informasjonsmøter, artikler og konferanser. Kompetanseoverføring knyttet til behandlingsmetode har ikke vært et mål for Senter for jobbmestrings virksomhet.

At Senter for jobbmestring var nytt og ukjent gjenspeiles i at rekrutteringen gikk tregt i begynnelsen. Senere har innsøkningen økt. Senteret har greid å ta unna den økte pågangen og har ikke venteliste. Samtidig peker mange på at langt flere kunne gjort seg nytte av tilbudet dersom SFJ hadde vært mer kjent. Mange deltakere har venner eller kolleger som de mener kunne vært deltakere. Ansatte ved Senteret forteller at de nå er forsiktige med å markedsføre tilbudet for å unngå for stor pågang.

Det viser seg at det er noen utfordringer knyttet til å koordinere oppfølgingen av den enkelte deltaker i Jobbmestrende oppfølging. Tiltak som settes inn fra NAV for å bringe arbeidstakeren i dialog med arbeidsgiver oppleves ikke alltid avstemt med den terapeutiske tilnærmingen til ansatte ved SFJ. Det nevnes eksempler på at oppfølging fra Arbeidslivssenteret kan være lite overensstemmende med behandlingen ved SFJ. Videre fremstår de ulike tiltak for den enkelte bruker tidvis som lite koordinert. Det er for eksempel begrenset kontakt mellom SFJ og NAV lokal og mellom SFJ deltakernes fastlege. Dette kan medføre at behandlingen som deltakeren får ved SFJ og hos fastlegen kan ha nokså ulike, eventuelt motstridende, siktemål.

7.2.4 Målgruppe

Som målgruppe for prosjektet Jobbmestrende oppfølging i Østfold ble det valgt yrkeshemmede med lettere psykiske lidelser (Prosjektdokument 2006), nærmere beskrevet som lettere angst og depresjon (Joner 2007). Videre vektlegges nærhet til jobb. Senteret har utarbeidet inklusjonskriterier i tråd med disse føringene (Infobrev nr. 2, 2007). Det ser for oss ut til at Senteret har fulgt disse kriteriene uforandret gjennom hele prosjektperioden.

Tilbudet blir av enkelte informanter betegnet som noe "eksklusivt". I dette ligger det en oppfatning av at det er andre grupper som har større problemer som ansatte i både helsevesen og NAV gjerne ville sett hadde fått et tilsvarende tilbud. Flere informanter trekker fram andre grupper som trenger et tilbud om kognitiv terapi med vekt på jobbmestring, som personer med muskel-skjelettsmerter og mer sammensatte problemer. Kognitiv terapi har vist seg nyttig for pasienter med angst (von Knorring 2005, Hunot 2008), depresjon (Butler 2008) og smerter (Keefe 1996, Johnson 2004). Det tyder på at også personer med smertetilstander og trolig også kombinasjon av smerter og psykiske vansker kunne hatt utbytte av den kognitive atferdsterapien

som SFJ tilbyr. Videre fremhever ansatte ved NAV lokal behov for slikt tilbud hos for eksempel langtidsledige og personer som av andre grunner har vært lenge borte fra arbeidsmarkedet.

7.2.5 Overførbarhet

Deltakerne som er intervjuet i forbindelse med evalueringen av Jobbmestrende oppfølging i Østfold, mener at de har fått et godt tilbud ved Senter for jobbmestring og at tilbudet er godt egnet for dem som målgruppe. Informantene ble valgt ut av Senter for Jobbmestring, og det kan tenkes å ha medført et skjevt utvalg i den forstand at de som har hatt mest utbytte, ble valgt ut til intervju. Imidlertid er samarbeidspartnerne enige i at deltakerne har hatt god nytte av tilbudet, og det sannsynliggjør at det gjelder også deltakerne som ikke er intervjuet. Vi mener derfor at deltakerne som er intervjuet, har gitt en dekkende beskrivelse av virksomheten ved SFJ.

I overensstemmelse med inntakskriteriene har personene som har fått oppfølging ved Senter for jobbmestring hatt en nær tilknytning til arbeidslivet og vært motiverte for å komme tilbake i arbeid innen rimelig kort tid. Det kan derfor hevdes at det i utgangspunktet har vært en nokså høy sannsynlighet for at denne gruppen skulle kunne komme tilbake til jobb. Deltakerne som er intervjuet er, som tidligere nevnt, positive til den kognitive terapien med vekt på jobbmestring, men å være positivt innstilte til denne måten å jobbe på er samtidig ett av inntakskriteriene ved Senteret.

I løpet av prosjektperioden har mange deltakere vært inne til vurderingssamtale(r) for deretter å avslutte uten videre oppfølging. Det ville vært interessant å intervju noen i denne gruppen, i det de kunne tenkes å ha andre synspunkter enn deltakerne. Vi ble først ved oppsummering av resultatene oppmerksomme på at denne gruppen var såpass stor og da var det dessverre for sent å inkludere dem i informantgruppen. Ut fra behandlernes fortellinger tyder det imidlertid på at de fleste ble avsluttet fordi søkerne ikke tilfredsstilte inntakskriteriene og ikke fordi de ikke likte tilbudet.

I den første fasen var prosjektet bemannet med tre psykologer som også var involvert i utformingen av prosjektet. De kan tenkes å ha vært spesielt godt egnet for oppgaven og spesielt engasjert i prosjektet, og de kan derved tenkes å ha oppnådd et særlig godt resultat. Siden oppstarten har to av psykologene sluttet og er erstattet av folk med høgskoleutdanning uten videreutdanning i kognitiv terapi, men med kompetanse på Senterets måte å jobbe på. Senteret ser ut til å fungere godt også med denne bemanningen. Det tyder på at jobbmestrende oppfølging av ovennevnte målgruppe med SFJs metode kan utføres av andre faggrupper enn psykologer. Resultatene tyder på at jobbfokuset er av avgjørende betydning.

Vår vurdering er at oppfølgingsmetoden til Senter for jobbmestring er nyttig for å komme tilbake i arbeid for målgruppen som den er utprøvd på, nemlig mennesker med lettere angst eller depresjon og med nær tilknytning til arbeidslivet. Ut fra dette pilotprosjektet kan vi ikke si noe om metoden er virksom for andre målgrupper. De fleste deltakerne i prosjektet var sykmeldt, få var under attføring. Det innebærer at vi ikke kan si så mye om nytten av tilbudet for personer med lettere psykiske lidelser som er under attføring.

I dette prosjektet var det i utgangspunktet et mål å integrere behandling og attføring. For målgruppen med lettere psykiske lidelser og nær tilknytning til arbeidslivet ser det ut til at dette ikke har vært nødvendig for å lykkes i å hjelpe folk tilbake til arbeid. Der vedkommende hadde IO-konsulent er integreringen delvis ivaretatt. Det er mulig at integrering er viktigere for folk som er under attføring enn for folk som er sykmeldt, men det kan resultatene fra denne pilotstudien ikke fortelle oss.

7.2.6 Veien videre

Senter for jobbmestring i Østfold

Det er vedtatt at Senter for jobbmestring i Østfold skal videreføres fra 2009, og at det organisatorisk skal knyttes til ARK Østfold. Videre er det bestemt fra NAV sentralt at det skal være 50/50-fordeling mellom sykmeldte og personer på attføring som følges opp når tiltaket videreføres i 2009. Målgruppen skal ellers være den samme.

Kapasiteten ved senteret er begrenset, slik at tilbudet per i dag ikke kan markedsføres til alle som tilhører målgruppen. Når kun halvparten av dem som følges opp skal være sykmeldt, kan det bety at det nokså raskt vil oppstå kapasitetsproblemer for sykmeldte, som har utgjort majoriteten av deltakere til nå. Etter mange informanternes mening kunne langt flere personer som er sykmeldte eller står i fare for å bli sykmeldte, vært deltakere ved SFJ enn det som er tilfellet i dag. Bare et fåtall fastleger henviser til Senteret. Her er det trolig et stort rekrutteringspotensial når erfaringene til fornøyde fastleger sprer seg i miljøet. Den korte behandlingstiden av henvisningen og mulighet for rask igangsetting av behandling er en av kjerneverdiene ved Senteret. Det fordrer at kapasiteten står i forhold til pågangen. Uten endringer i kapasitet vil en økning i antall henvisninger få store følger for ventetid for behandling. Hvis man velger å fortsette jobbmestrende oppfølging etter samme modell, er det sannsynlig at kapasiteten etter hvert vil bli sprengt og at det vil måtte opprettes ventelister.

Vi vil anbefale at det vurderes alternative opplegg for å nå ut til flere som kan ha nytte av et slik oppfølgingstilbud. Det er stort behov for effektive tiltak som kan hjelpe folk med psykiske vansker slik at de ikke faller ut av arbeidslivet (Rinaldi 2007 B). Kognitiv terapi med vekt på jobbmestring ser ut til å være en virksom metode. Utsiftingene som er gjort blant behandlerne ved Senter for jobbmestring i løpet av prosjektperioden, indikerer at det primært er kunnskap og ferdigheter innen kognitiv terapi kombinert med et jobbmestringsperspektiv som er det viktigste for behandlerne ved Senter for jobbmestring, og at dette er viktigere enn å ha profesjonsutdanning som psykolog. Vi vurderer det slik at dette åpner for at et bredt spekter av yrkesgrupper kan stå for terapien som utøves ved Senteret. En mulighet er at andre enn ansatte ved Senteret står for slik oppfølgingen. Fastleger? De har kontakt med pasientene ved Senteret, ikke minst er det de som sykmelder deltakerne. Jobbmestrende oppfølging fra fastlege fordrer sannsynligvis et tydeligere arbeidsfokus i oppfølgingen enn det som er tilfelle i dag. Mange allmennleger har kompetanse i kognitiv terapi (Andersson 2006), men en del trenger trolig kompetanseheving innen feltet. Kan andre NAV-ansatte tilby jobbmestrende oppfølging? Ansatte ved NAV trygd og NAV arbeid har uansett kontakt med deltakerne. Hvis de skal bruke jobbmestrende oppfølgingsmetode i sitt arbeid, betinger det styrking av ressurser og kompetanse, for eksempel ved at noe av arbeidet til ansatte i jobbmestrende oppfølging knyttes til NAV lokal. Man kan tenke seg at de ansatte ved Senter for jobbmestring arbeider dels klientrettet for å opprettholde sin kompetanse og dels med veiledning og undervisning for å øke kompetansen hos samarbeidspartnere slik at de i større grad kan drive jobbmestrende oppfølging selv.

Jobbmestrende oppfølging i andre (nye) fylker

I Jobbmestrende oppfølging i Østfold valgte man en målgruppe med begrensede vansker og gode utsikter til å komme (tilbake) i/ holde seg i arbeid. Når tiltaket skal videreføres andre steder, bør man, etter vår mening, vurdere om dette er et hensiktsmessig valg. Spørsmålet er hvordan det går med denne gruppen uten dette tilbudet. Flere informanter i studien mener at mange i denne gruppen etter hvert kunne kommet seg i jobb på egen hånd eller med hjelp fra fastlegen. Behovet for hjelp kan tenkes å være større i en gruppe med mer uttalte eller sammensatte vansker, og både NAV-ansatte og fastleger etterlyser tilbud til andre målgrupper som er "tyngre" og som ikke har

tilgang til tilsvarende tilbud. Dette er trolig grupper som har dårligere muligheter for å komme i arbeid på egenhånd eller ved fastlegens hjelp, og der nytten kunne tenkes å være større, selv om tiltaket ikke medfører at så stor andel av deltakerne kommer i arbeid. Vi mener at det bør gjennomføres en bred diskusjon om hvilke grupper som skal prioriteres for denne typen hjelp når jobbmestrende oppfølging videreføres. Vi mener også at det viktig å følge opp den videre satsingen med forskning/evaluering for å vurdere nytten av tiltakene. Det kan være hensiktsmessig med ulike forskningstilnærming slik at både prosess og resultat utforskes. Slik kan man fremskaffe kunnskap ikke bare om deltakernes nytte av tiltaket, men også om viktige rammebetingelser for å lykkes og om andre effekter, tilsiktede og ikke-tilsiktede, av tiltaket.

Som ved videreføring av Jobbmestrende oppfølging i Østfold, bør man, etter vår oppfatning, også på landsbasis vurdere om andre enn ansatte i jobbmestrende oppfølging kan ivareta slike oppgaver (jf. diskusjonen under pkt. 7.2.6). Flere samarbeidspartnere, både fra NAV lokal og fastleger, etterlyser kompetansen til ansatte ved Senteret til veiledning/ undervisning/ rådgivning. Veilederne ved NAV lokal har blant annet pekt på et behov for bistand til å følge opp den enkelte sykmeldte og til å vurdere hvilke brukere som kan ha nytte av de ulike tilbud fra NAV og helsevesen slik at den helhetlige oppfølgingen er tilpasset den enkelte bruker på en mest mulig hensiktsmessig måte. Det er trolig at dette også er behov hos andre fastleger og ved andre NAV lokal. En mulighet er at ansatte i Jobbmestrene oppfølging arbeider både klientrettet og med veiledning og undervisning, jf. pkt. 7.2.6.

Samarbeid NAV helsevesen. Strategiplan for arbeid og psykisk helse vektlegger samarbeid og kompetanseoverføring mellom NAV og helsevesenet. Dette ser ikke ut til å være ivaretatt innen designet av pilotstudien Jobbmestrende oppfølging i Østfold. Vi mener det ville være en styrke i videreføringen av jobbmestrende oppfølging at det utvikles et tettere samarbeid mellom NAV og helsevesenet. Gjennom denne rapporten er det tydeliggjort at det er behov for bedre samarbeid og mellom de to etatene, og at det er behov for kompetanseoverføring mellom dem, for eksempel trenger helsevesenet kunnskap om attføring og en større bevissthet om betydningen av arbeid, og NAV trenger økt kunnskap om psykiske lidelser og betydning av disse for arbeid og attføring.

7.3 Jobbmestrende oppfølging i Oslo

Det er rimelig godt dokumentert at psykoedukativ familiebehandling av familier der et familiemedlem har en schizofrenidiagnose, reduserer tilbakefall og reinnleggelser, og det ser også ut til at personens velvære (well being) øker (Pekkala 2002, Rummel-Kluge 2008). I Oslo-prosjektet gjøres forsøk med å prøve ut den psykoedukative metoden i arbeidslivssammenheng. En modell for psykoedukativ flerfamiliebehandling forsøkes anvendt for oppfølging av personer med en schizofrenidiagnose i tre arbeidsmarkedsbedrifter. Som tiltaksform har man valgt arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) og noen Arbeid med bistand (AB)-plasser. I forsøket inngår oppfølgingen av den enkelte ansatte av høyt utdannede arbeidskonsulenter og psykiatrisk sykepleier, opplæring og veiledning i bedriften og tett samarbeid med behandler i attføringsarbeidet.

Resultatene viser at deltakerne har vært mer stabile enn prosjektmedarbeiderne forventet. Både deltakerne selv og de øvrige informantene beskriver deltakernes utbytte av Jobbmestrende oppfølging som godt. Ansatte i prosjektet og i bedriftene er samstemte i at de ulike elementene er viktige, og at det er umulig å skille ut virkningen av den psykoedukative metoden som et avgrenset tiltak. Informantene er tydelige på at flere elementer må være på plass. Som beskrevet i resultatdelen vektlegger de først og fremst veiledning fra psykiatrisk sykepleier, tett oppfølging av den enkelte deltaker i tilstrekkelig lang tid og tett samarbeid med behandler (nettverk). Ingen angir selve "den psykoedukative metoden" som det viktigste, men trekker fram ulike elementer ved metoden som betydningsfulle. De snakker om systematikken i oppfølgingen, konkret arbeid med problemløsning og stressmestring og hele tiden å knytte oppfølgingen til arbeidssituasjonen.

7.3.1 Overførbarhet

Det er vanskelig å evaluere betydningen av den psykoedukative metoden som et avgrenset tiltak i Oslo-prosjektet. En metode anvendes alltid i en kontekst, og det er derfor mer relevant å vurdere den psykoedukative metoden i den konkrete sammenheng den anvendes i dette prosjektet. Den anvendes som bistand til å komme i arbeid for mennesker som har fått en schizofrenidiagnose. De tilbys arbeidstrening ved tre utvalgte arbeidsmarkedsbedrifter, hovedsakelig som arbeidspraksis i skjermet virksomhet.

At det er et forsøk som evalueres, kan tenkes å påvirke resultatene. Deltakerne følges opp tett av dyktige og engasjerte arbeidskonsulenter som er opptatt av prosjektet og motivert for å få det til. Psykiatrikompetansen beskrives som avgjørende viktig i dette prosjektet. Psykiatrisk sykepleier har vært med på å utforme prosjektet og har trolig et eierforhold til det. Hun beskrives av informantene som engasjert, kunnskapsrik og spesielt personlig egnet. Hennes personlighet og engasjement kan ha hatt betydning for deltakernes utbytte, og erfaringene med psykiatrisk sykepleiers funksjon i dette prosjektet vil derfor ikke nødvendigvis være overførbare til andre tilsvarende tiltak, selv om tiltaket har den samme strukturelle utformingen.

Deltakerne beskrives som topp motivert for å komme i arbeid. Det ser ut til at et sterkt ønske om arbeid og tro på at man skal klare å oppnå det, er det som best forutsier om man lykkes med å komme i arbeid (Rinaldi 2007 B). Alle deltakerne har relasjon til en behandler som samarbeider med arbeidskonsulentene, og det er kjent at integrasjon mellom attføring og behandling er av stor betydning for resultatet (Drake 1999, Mueser 2004, Rinaldi 2007 A). De tre bedriftene er valgt ut til å delta i prosjektet. Vi vet ikke hvorfor nettopp de ble valgt ut og om de skiller seg fra andre attføringsbedrifter på vesentlige punkter som kan ha betydning for resultatene. Uansett vil trolig

det å delta i et forsøk kunne påvirke bedriftenes innsats i positiv retning. Alle disse faktorene gjør at resultatene ikke umiddelbart er overførbare til andre sammenhenger enn der pilotforsøket gjennomføres. Gjennom evalueringen blir det imidlertid tydelig at, etter informantenes mening, er en del temaer av avgjørende betydning for at man har oppnådd disse resultatene. Disse temaene er beskrevet i resultatkapittelet. Informantenes vektlegging samsvarer godt med erfaringer som er beskrevet i litteratur på feltet, og det styrker troen på at disse forholdene er viktig å ta hensyn til når tiltaket jobbmestrene oppfølging av personer med en alvorlige psykiske vansker skal videreføres. Nedenfor vil vi løfte fram og diskutere noen forhold vi mener bør tas i betraktning i det videre arbeidet på dette feltet, ikke minst hvis disse erfaringene skal overføres til ordinære arbeidsplasser i ordinære bedrifter.

7.3.2 Kompetanse og kompetanseoverføring

Psykiatrikompetansen beskrives som essensiell i dette prosjektet, og en rekke studier viser at integrasjon av attførings- og behandlingsperspektivet er avgjørende for å lykkes med å bistå mennesker med alvorlige psykiske vansker i å komme i arbeid, jf. pkt. 7.3.4 nedenfor. Alle informantene i denne studien ønsker videreføring av psykiatrisk sykepleiers veiledning. Mange hevder at slik veiledning burde finnes i alle attføringsbedrifter, og det understrekes at veilederen både må være faglig kompetent og personlig egnet. Med bakgrunn i at mange mennesker med psykiske vansker har problemer i arbeidslivet og at svært mange tiltaksansatte i attføringsbedriftene sliter med psykiske vansker, høres dette ut til å være hensiktsmessig.

Kompetanseoverføring er et mål for prosjektet Jobbmestrende oppfølging i Oslo. Selve prosjektdesignet, som innebærer at behandlere og attføringspersonell møtes, er et utgangspunkt for å lære av hverandre og få kjennskap til hverandres systemer og tenkemåter. Kompetanseheving og -utvikling er også sentralt i metoden som anvendes i prosjektet, både på det individuelle nivået og bedriftsnivået, og resultatene tyder på at man har lykkes rimelig godt med dette. Konkret skjer kompetanseoverføring i form av undervisning og veiledning av prosjektmedarbeidere og ansatte i bedriftene og i form av samarbeid om veiledning og oppfølgingen av den enkelte deltaker. Den psykoedukative metoden slik den utformes i Oslo-prosjektet, inneholder flere elementer. Det handler om å gjøre den enkelte deltaker tryggere i arbeidssituasjonen. Det ser ut til at god mestring av symptomene og å lære egnede håndteringsstrategier er avgjørende viktig for å få og greie å beholde jobb (Becker 2007). Den psykoedukative metoden handler også om å gjøre arbeidsmiljøet tryggere på mennesker med schizofreni spesielt og psykiske lidelser generelt, slik at man vet hvordan man skal bistå i arbeidssituasjonen og hvordan man kan hjelpe deltakeren i å håndtere de utslagene som sykdommen kan gi. Dette elementet ser ut til å være hensiktsmessig for å trygge ansatte i attføringsbedriftene på å ta imot deltakere med alvorlige psykiske vansker. Imidlertid er det ikke utviklet en tilsvarende strategi for å bistå ordinære bedrifter i å skape et arbeidsmiljø som har kompetanse og trygghet til å ta imot ansatte med slike vansker. Dette bør vektlegges i det fremtidige arbeidet.

7.3.3 Samarbeid NAV og behandlingsapparatet - to ulike logikker?

Resultatene viser at det skjer kompetansespredning i rimelig grad, og at ansatte i prosjektet og i attføringsbedriftene har fått økt forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og -metoder. I Strategiplan for arbeid og psykisk helse beskrives Jobbmestrende oppfølging som et tilbud i skjæringspunktet mellom behandling og attføring/oppfølging. Prosjektet i Oslo ble utviklet i samarbeid mellom Aetat (nå NAV) og Vinderen DPS, og samarbeid mellom etatene ligger som et

viktig premis for prosjektet. Samarbeidet mellom atfføringsbedriftene og prosjektansatte foregår jevnlig i oppfølgingen av den enkelte deltaker i arbeidsmarkedsbedriftene. På prosjektledernivå samarbeider prosjektleder(e) ved NAV Fylke med daglig leder for prosjektet og faglig ansvarlig for prosjektet.

Samarbeidet mellom prosjektansatte og bedriftsansatte beskrives som godt, og det fortelles om en betydelig kompetanseoverføring og et stort, gjensidig læringsutbytte. Nettopp kombinasjonen av behandlings- og atfføringsperspektivet og integrasjonen av behandling og atfføring i den daglige oppfølgingen av enkeltdeltakerne ser ut til å være avgjørende viktig for deltakernes utbytte. Mange informanter har gitt glimrende beskrivelser av hvordan behandlingen og atfføringen må følges ad og integreres og hele tiden balanseres mot hverandre slik at deltakeren ikke blir presset og utfordret verken for lite eller for mye. Det understrekes at det ikke er mulig å trekke et klart skille mellom behandling og atfføring fordi ett aspekt ved atfføring er støtte og oppfølging, fordi atfføring har en behandlende effekt og fordi god behandling innebærer å integrere tenkningen om arbeid og arbeidsmuligheter.

Samarbeidet med NAV lokal er begrenset. Arbeidskonsulenten rapporterer til NAV lokal hver 3. mnd. og bistår deltakerne med nødvendige søknader og lignende. Saksbehandleren ved NAV lokal trekkes sjelden inn i nettverksarbeidet om deltakerne. Flere informanter mener at NAV lokal stoler på at dette er et godt tilbud til deres bruker og derfor ikke ser noen grunn til følge opp mer, tatt i betraktning den totale arbeidsbelastning ved NAV. For oss ser det ut til at arbeidskonsulentene har en oversetter- og bufferrolle mellom NAV lokal på den ene siden og deltakerne, atfføringsbedriftene og behandlerne på den andre. Det innebærer at det i liten grad er kontakt mellom NAV og helsevesenet på praksisnivået.

Arbeidskonsulentene beskriver samarbeidet med deltakernes behandlere som overveiende godt. Imidlertid fortelles om episoder der behandleren har vært lite lydhør for arbeidskonsulentenes vurdering av deltakerens arbeidsevne og fungering i arbeidssituasjonen. Det kan se ut til at arbeidskonsulentenes og bedriftsansattes atfføringsfaglige kompetanse noen ganger underkjennes og at deres vurdering tillegges liten vekt til tross for at de ser deltakeren daglig, mens behandler gjerne ser han/henne 1 time per uke. Dette gjenspeiler kanskje at legens/behaviorers definisjonsmakt noen ganger utvides til å omfatte også spørsmål innen arbeids- og atfføringsområdet.

Samtidig som det beskrives godt samarbeid, tydeliggjøres utfordringer i samarbeid mellom NAV og helsevesenet gjennom dette prosjektet. Informantene fra NAV og psykisk helsetjeneste fortalte i 2007 om en lang planleggingsprosess der mye tid og arbeid var gått med til å høre hverandre og forstå hverandres systemer og resonnementer. De fortalte om en lyttende holdning og gjensidig respekt og beskrev samarbeidsprosessen som god. Utfordringene ble forstått ut fra at man kom fra ulike institusjoner med to ulike logikker, en klinisk og en byråkratisk. På praksisnivået er det lite samhandling mellom representanter for NAV og helsetjenesten, men det kommer en del kommentarer i intervjuene med ansatte i helsevesenet om at det er vanskelig å forstå NAVs innfløkte regelverk og fra NAV-ansatte om at helsevesenet også har sitt byråkrati med sin egen logikk.

Når resultatene viser at det fortsatt er problemer for ansatte i helsevesenet og NAV å forstå hverandre etter mye samarbeid gjennom prosjektet, har det, etter vår vurdering, sammenheng med at NAV og helsevesenet er basert på disse to ulike logikkene. NAV er regelstyrt der vedtak fattes ut fra et veldefinert regelverk med lite rom for den enkelte saksbehandler til å prioritere og tildele ytelser etter eget skjønn. For den enkelte ansatte i helsevesenet er prioritering og utøvelse av klinisk skjønn basis for det daglige arbeidet. Klinik og byråkrati møtes. I forbindelse med et oppslag i Aftenposten 10.12.2008 om at fastleger sykmelder pasienter uten at det er en medisinsk

sykdom som er årsaken til arbeidsuførheten, refereres det til et intervju med direktør for arbeid og aktivitet i NAV, Erik Oftedal, der han siteres på følgende: "Å behandle like tilfeller likt er viktig, og helsepersonell er forpliktet til objektivitet og korrekthet og å følge lovgivers intensjon". Allmennlege John Nessa (1994) problematiserer allmennlegens rolle som sakkyndig for trygden (nå NAV trygd). Han understreker at medisinen, spesielt allmennmedisinen, er et handlingsfag der en er nødt til å trekke praktiske konklusjoner på prinsipielt usikkert grunnlag, mens det i funksjonen som trygdens sakkyndige er lite rom for klinisk skjønn på det formelle plan. Han argumenterer for at skjønnsutøvelse er nødvendig. Selvsagt må leger holde seg innenfor regelverk og foreta en mest mulig objektiv vurdering som ofte går på tvers av pasientens ønsker, skriver Nessa, men uansett regelverk må legen foreta selvstendig vurdering av den enkelte pasient. Det som på gruppenivå er blind rettferdighet, er kanskje på individnivå dyp urettferdighet.

7.3.4 Rammebetingelser

Tiltaksform

"Supported employment" beskrives i litteraturen som en fundamental endring av tidligere metoder for attføring til arbeid, fra "train-place" til "place-train" (Drake 1999). Tradisjonell attføring til arbeid baserte seg tidligere på en trinnvis prosess der de enkelte elementene etterfulgte hverandre i tid: Testing, rådgiving, trening og utprøving av arbeidstilpasning for å forberede folk på ordinært arbeid. "Supported employment" vektlegger derimot å begynne raskt i ordinær jobb med oppfølging og støtte ut fra individuelle behov (ibid). Individual placement and support (IPS) angis å være den mest standardiserte og utprøvde metoden for "supported employment". Resultatene fra en rekke studier de siste årene har sannsynliggjort at IPS er den mest virksomme attføringsmetoden for mennesker med alvorlige psykiske vansker (Drake 1999, Crowter 2001, Mueser 2004, Bond 2007, Burns 2007, Rinaldi 2007 A). Et vesentlig aspekt ved IPS som metode er integrasjon mellom attføring og behandling. Deltakere med psykiske vansker får oppfølging av både attføringsspesialist og fagfolk fra psykisk helsetjeneste (Drake 1999, Mueser 2004, Rinaldi 2007 A). En koordinator har ansvaret for å samordne oppfølgingen av den enkelte. Virksomme elementer i IPS ser ut til å være ordinært arbeid som primært mål, raskt jobbsøk, integrert attførings- og behandlingstilnærming i oppfølgingen, vektlegging på jobbsøkerens preferanser, kontinuerlig vurdering gjennom å prøve ordinært arbeid og mulighet for oppfølging i ubegrenset tid (Drake 1999).

I Jobbmestrende oppfølging i Oslo har man hovedsakelig valgt Arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS). Informantene mener det har vært et riktig valg. De tror at deltakerne i studien bare unntaksvis kunne greid å begynne direkte i Arbeid med bistand. Selv om noen hadde kunnet klart arbeidet, hadde de såpass store sosiale vansker at det trolig ville umuliggjort å begynne direkte i ekstern praksis. Selv om deltakerne arbeider i skjermet virksomhet, beskriver flere av dem arbeidsbetingelser som har gitt dem erfaringer med tidspress og stress i og med at bedriftene må forholde seg til produksjonskrav og tidsfrister. De fleste deltakerne sier at dette var et hensiktsmessig opplegg og forteller historier som tyder på at de trengte arbeidstrening i bedriften før de kom ut i ekstern praksis. Det ville sannsynligvis også vært vanskeligere å finne bedrifter for ekstern praksis hvis attføringsbedriftene ikke kjente deltakerne på forhånd og kunne gi dem en anbefaling og kunne bistå ved behov.

I dette pilotprosjektet har det også vært mulig å prøve seg i ekstern praksis i ordinære bedrifter innen APS. Denne fleksible bruk av tiltaksformer ser ut til å være et suksesskriterium. Både prosjekt- og bedriftsansatte og deltakere verdsetter muligheten deltakerne har for å veksle mellom

arbeid i bedriften og i ekstern praksis. Det påpekes at ved schizofreni, der plagene varierer, og det er gunstig at arbeidssituasjonen til enhver tid kan tilpasses deltakerens vekslende arbeidsevne.

Oppfølgingen i Oslo-prosjektet har mye til felles med IPS i og med at mange av elementene i modellen inngår, først og fremst integrasjonen av behandling og attføring. I prosjektet ivaretas dette av arbeidskonsulenten og psykiatrisk sykepleier og videre gjennom samarbeid med arbeidsleder og behandler. Det tette samarbeidet om den enkelte deltaker koordineres av arbeidskonsulenten, og dette samarbeidet fungerer godt. Også samarbeidet med NAV lokal ivaretas av arbeidskonsulenten.

Jobbsøkernes preferanse vektlegges i IPS-modellen. Når deltakere tas inn i Oslo-prosjektet, får de, så langt det er praktisk mulig, lov å velge bedrift og arbeidsoppgaver i bedriften. Imidlertid er valgmulighetene begrenset, og noen deltakere forteller at de hadde ønsket andre arbeidsoppgaver. En arbeidskonsulent understreker å ha lagt mye vekt på å utforske deltakernes interesser og ønsker gjennom samtaler, bruk av ulike kartleggings skjemaer og hjemmelekser når de har planlagt deltakerens videre arbeidskarriere.

For de fleste deltakerne i denne studien ser det ikke ut til å ha vært et godt alternativ å starte direkte i jobb i ordinær bedrift. Når informantene sier at deltakerne ikke kunne begynt i ordinært arbeid med en gang, kan det være at de tenker en vanlig Arbeid med bistand-plass. Ordinær AB har ikke integrasjonen mellom behandling og attføring, ikke oppfølging av et tverrfaglig team og ikke så tett oppfølging som i følge litteraturen kjennetegner IPS. Muligens kunne deltakerne begynt i direkte i arbeid i ordinære bedrifter hvis hele teamet fulgte vedkommende opp i jobben, og arbeidsplassen fikk tilstrekkelig opplæring, veiledning og støtte, slik disse arbeidsmarkedsbedriftene har fått.

Tid

Deltakerne i dette prosjektet har vært langt mer stabile i arbeidssituasjonen enn det ble forventet på forhånd. Imidlertid er det for kort observasjonstid til å trekke noen slutninger om deltakernes arbeidssituasjon framover. Det ser ut til at det er relativt greit å bistå folk med alvorlige psykiske vansker i å komme i arbeid, men man vet mindre om hvordan det går over tid (Bond 2001). Det er vist at mennesker med alvorlige psykiske vansker trenger oppfølging over lengre tid enn andre grupper yrkesvalghemmede (Møller 2005). I Oslo-prosjektet gis det mulighet for APS-plass i inntil 10 mnd. x 2 og AB i 3 år, og den langvarige oppfølgingen kan, så langt, være et suksesskriterium i prosjektet. I en amerikansk studie fikk 62 personer med alvorlige psykiske lidelser, de fleste med en schizofrenidiagnose, integrert oppfølging over lang tid (Salyers 2004). 36 av dem er intervjuet 10 år etter at de begynte i tiltaket, og 17 av dem var i arbeid, helt eller delvis, på intervjutidspunktet. Femten av de 17 personene hadde kontakt med et senter for psykisk helse der man forventer at brukerne skal jobbe, og der man har fokus på IPS. Forfatterne understreker behovet for langtidsperspektivet i dette arbeidet. I en annen amerikansk studie følges 78 personer med alvorlige psykiske lidelser som deltok i integrert oppfølging, opp etter 8 - 12 år (Becker 2007). Alle er i jobb på undersøkelsestidspunktet, over 80 % i ordnært arbeid. Deltidsarbeid og langvarig oppfølging var suksessfaktorer. Også informanter i vår evaluering er opptatt av tidsperspektivet, og flere mener at tidsrammen i dette prosjektet kan være for snaut for noen. Det påpekes at noen deltakere kan ha behov for oppfølging over lang tid, kanskje livet ut, hvis de skal kunne beholde arbeidet. Det innebærer et behov for mer fleksible ordninger enn dem som tilbys i NAV per i dag.

Ressurser

I Jobbmestrende oppfølging i Oslo følger en arbeidskonsulent opp fem deltakere, og en psykiatrisk sykepleier veileder og underviser enkeltdeltakere, arbeidskonsulenter og ansatte i bedriftene. Noen mener det kunne gå bra med noe mindre tid til hver deltaker slik at arbeidskonsulenten kunne ha ansvaret for å følge opp kanskje syv deltakere. Imidlertid understrekes det at det er avgjørende viktig med nok ressurser (Rinaldi 2007 B), og flere informanter påpeker det samme. Som beskrevet tidligere, er det bred enighet om at psykiatrikompetansen og veiledning/ undervisning er av avgjørende betydning.

Når bedriftsansatte beskriver prosjektet som ressurskrevende, er det sammenliknet med oppfølgingen av andre tiltaksansatt i bedriften. Hvis man skal vurdere dette prosjektets nytteverdi mot ressursbruk, må en rekke elementer trekkes inn og alternativer vurderes. Først og fremst dreier dette seg om en sårbar gruppes verdighet og velferd. Det ser ut til at det å være i arbeid medfører økt selvtillit, bedret relasjoner til andre og evnen til å mestre sykdommen og symptomene og gir mange fordeler som forsterker ønsket om og evnen til å fortsette i jobb (Becker 2007). Flere prosjekt- og bedriftsansatte beskriver liknende erfaringer fra Oslo-studien.

I en samfunnsøkonomisk analyse må det videre vurderes hva som hadde vært resultatet for disse deltakerne uten dette prosjektet, og hva som hadde vært ressursbruk ved ordinære tiltak for målgruppen. I en slik analyse er det etter vår mening vesentlig å se NAV og helsevesenets ressurser og ressursbruk samlet.

Jobbmestrene oppfølging i eksterne bedrifter

Ett aspekt ved psykoedukasjon som anvendes som metode i dette prosjektet, er opplæring i bedriften. Siden man i prosjektet ikke var forberedt på at så mange deltakere skulle komme ut i eksterne praksis, var det ikke utarbeidet noe opplegg for undervisning i eksterne bedrifter. Flere informanter er opptatt av overføringsverdien til eksterne bedrifter og trekker fram viktige poenger. En betingelse for opplæring på arbeidsplassen er åpenhet fra den som skal inn i jobben. Det understrekes at det ikke er nødvendig å opplyse om diagnose, men beskrive vanskene vedkommende har som er relatert til arbeidssituasjonen. De deltakere i prosjektet som har vært i eksterne arbeidspraksis, har selv fortalt om sine vansker i jobbintervjuet, og dette har fungert fint. Det fremheves at det er lurt å velge bedrifter som er interessert, og at bedriftene kanskje må få noe økonomisk kompensasjon fordi opplæring i bedriften nødvendigvis krever tid.

8 Avslutning

Pilotprosjektene i både Østfold og Oslo har valgt en psykoedukativ metode for jobbmestrende oppfølging av deltakerne. Det kognitive elementet vektlegges i begge prosjekter, og det har vist seg å være virksomt i oppfølgingen både av mennesker med lettere angst og depresjon og mer alvorlige psykiske vansker. Felles for begge pilotene er også et kontinuerlig jobbfokus i oppfølgingen, og det understrekes av informantene at dette er helt nødvendig.

Når det gjelder veilednings- og undervisningsaspektet ved den psykoedukative metoden, skiller de to prosjektene fra hverandre. I Østfold rettes veiledning og undervisning kun mot deltakeren og kan, så vidt vi forstår, ikke skilles klart fra den kognitive tilnærmingen. I Østfold-prosjektet er det ikke noe mål å undervise samarbeidspartnere. I Oslo-prosjektet er undervisning og veiledning fra psykiatrisk sykepleier også til arbeidskonsulentene og bedriftsansatte et sentralt element i metoden. Den psykoedukative metodens utforming i Oslo-prosjektet medfører derved samarbeid og kompetanseoverføring mellom ansatte i psykiske helsetjeneste og attføringsbedriftene. Videre er det et krav at deltakeren må ha en behandler, og denne trekkes inn i samarbeidet om attføringsprosessen. Det innebærer at integrasjonen mellom attføring og behandling er ivaretatt, noe som er et sentralt element i IPS-metoden. Denne koblingen mellom attføring og behandling ser ut til å være en viktig suksessfaktor i Oslo-prosjektet.

Formålet med Østfold-prosjektet er å utvikle og dokumentere effektiv jobbmestrende oppfølgingsmetodikk overfor mennesker med lettere psykiske lidelser (angst/depresjon). Vår konklusjon er at denne målsettingen er oppfylt for målgruppen som er definert i prosjektet. Oppfølgingsmetoden er tydelig definert og beskrives ens av behandlere og deltakere, hvilket tyder på at den gjennomføres i praksis som beskrevet. Deltakerne ser ut til å ha god nytte av tilbudet. Imidlertid er målgruppen nokså smal. Det er relativt strenge krav om nærhet til jobb, og samtidig må deltakerne ikke ha for store vansker eller mer sammensatte problemer (for eksempel framtrepende smertetilstander i tillegg til psykisk lidelse). Det er derfor ikke mulig å si noe om metodens anvendbarhet for en bredere målgruppe. Sentrale deler i tenkningen bak jobbmestrende oppfølging er hentet fra IPS med integrasjon mellom behandling og attføring som et viktig element (Prosjektplan 27.06.06). Vi kan ikke se at denne integrasjonen er tilstrekkelig ivaretatt i prosjektet. I prosjektdokumentet understrekes at prosjektet må ha en tydelig forankring i etatene og at det ikke må utvikles en poliklinikk på linje med de tilbud som eksisterer. For mange av deltakerne kan det se ut som om tilbudet fra Senter for jobbmestring er av poliklinisk karakter med svak forankring i NAV for øvrig. Kapasitet kan bli en stor utfordring framover, både ved Senter for jobbmestring i Østfold og når tiltaket etableres i nye fylker. Det anslås å være 150 000 mennesker med angst- og depresjonstilstander i Norge (Joner 2008). Med tre ansatte i Jobbmestrende oppfølging per fylke vil dette tilbudet kun nå en liten andel. Vi anbefaler derfor at kompetanse knyttet til den jobbfokuserte oppfølgingen spres til andre instanser slik at flere kan hjelpes.

Formålet med Oslo-prosjektet er å prøve ut i arbeidslivssammenheng en psykoedukativ familiebehandlingsmetode for mennesker med schizofreni. I tillegg til oppfølging av den enkelte tiltaksansatte er det et mål å øke kompetansen hos arbeidsmarkedsbedriftene og hos arbeidsgivere for å kunne tilby gode tiltaks-/arbeidsplasser for denne målgruppen. Videre er det et mål å undersøke hvorvidt tettere samarbeid mellom psykiatrien og NAV/ attføringsbedriftene vil kunne føre til smidigere overgang mellom behandling og arbeid. Det tilstrebes samhandling, kunnskaps- og metodeoverføring mellom de ulike aktørene på attføringsfeltet. Vi kan i vår evaluering ikke skille metoden fra konteksten den anvendes i. I denne konteksten ser metoden, slik den er utformet, ut til å være hensiktsmessig og virksam for å bistå deltakerne i å komme i arbeid.

Observasjonstiden er kort og nytten på lengre sikt ikke mulig å si noe om. Prosjektet har ført til tettere samarbeid og kompetanseoverføring mellom psykiatrien og attføringsbedriftene, og målet om å øke kompetansen ved arbeidsmarkedsbedriftene ser ut til å være nådd rimelig godt. Metoden ser derimot ikke ut til å være utviklet for å øke kompetansen hos eksterne arbeidsgivere. Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV formidles stort sett gjennom arbeidskonsulentene og er derved i seg selv begrenset. Når det gjelder hva som kan føre til en smidigere overgang mellom behandling og arbeid, ser det etter vår vurdering ut til at det først og fremst er integrasjon av behandlings- og attføringsperspektivet gjennom et tett samarbeid mellom arbeidskonsulent/arbeidsmarkedsbedrift og behandler. Videre ser fleksibel bruk av tiltaksvarianter ut til å være av stor betydning.

9 Referanser

Aftenposten. Røed L-L. Legens skjønn går foran loven. Morgenutgave 10. desember 2008.

Andersson HW. Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer. Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter. SINTEF-rapport A205, SINTEF Helse juni 2006.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet, helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012.

Barbui, C, Butler R, Cipriani A, Geddes J og Hatcher S. Depression in adults (drug and other physical treatments) Clinical Evidence 2003.

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.

Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, Bell MD, Blyler CR. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services* 2001; 52 (3): 313-22.

Bond GR, Salyers MP, Dincin J. Drake RE, Becker DR, Fraser VV, Haines M. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol.* 2007; 75 (6): 968-82.

Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D; EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370 (9593): 1146-52.

Butler R, Hatcher S, Price J, Von Korff M. Depression in adults: psychological treatment and care pathways. *Clinical Evidence*.
http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/meh/1016/1016_contribdetails.jsp, 15.12.2008.

Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2): CD003080.

Drake RE, Becker DR, Clark RE, Mueser KT. Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly* 1999; 70(4), 289 -301.

Falkum E. Notat om attføring av personer med alvorlig psykisk lidelse, 21.6.06.

Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. In: Goirgi A (ed) *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985.

Halvorsen P. Hun tar temperaturen på arbeidslivet. Intervju med Bjørg Aase Sørensen. *Seniorpolitikk.no*. 13.06.2006.

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.

Helsebiblioteket 2007 <http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk%2bhelse/Nyhetsarkiv/228.cms>

Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD001848. DOI: 10.1002/14651858.CD001848.pub4.

Joner A. 2008. Hvordan veilede personer med lettere psykiske lidelser til større mestring av sin arbeidshverdag? Foredrag. <http://www.nav.no/binary?id=242946&download=true>

Johnson MH, Kazantzis N. Cognitive behavioral therapy for chronic pain: Strategies for successful use of homework assignments. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavioral Therapy*, 2004; 22 (3): 189-218.

Joner A. Nye koster i ny etat. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1957-8.

Keefe FJ. Cognitive behavioral therapy for managing pain. *The Clinical Psychologist*, 1996; 49 (3): 4-5.

Kumar S, Oakley-Browne M. Panic disorder. Cognitive behavioural therapy versus no treatment. *Clinical Evidence* April 2007.

Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. A review. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2004; 39, 337 – 349.

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.

Melle I, Friis S, Hauff E, Vaglum P. Social functioning of patients with schizophrenia in high – income welfare societies. *Psychiatric Services* 2000; 51(2), 223 - 228.

Middelboe T, Mackeprang T, Hansson L, Werderlin G, Karlsson H, Bjarnason O. et al. The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *European Psychiatry* 2001; 16(4), 207 - 214.

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.

Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27(2), 281 - 296.

Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, Essock SM, Becker DR, Wolfe R, Swain K. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72 (3): 479-90.

Møller G. Yrkeshemmede med psykiske lidelser. Tiltaksbruk og effekter. *Telemarksforskning-Bø. Arbeidsrapport nr. 6* 2005.

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse?????

NAV. Jobbmestrende oppfølging Senter for jobbmestring. Prosjektdokument, 27.06.06.

NAV. Statusrapport juli 2007 Jobbmestrende oppfølging (Oslo).

NAV. Vilje Viser Vei - satsingen på arbeid og psykisk helse i NAV. Infobrev nr. 2, februar 2007 fra: Senter for jobbmestrende oppfølging NAV Østfold.

Nessa J. Legerolle og klinisk skjønn. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1511-2.

Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2002 (2): CD002831.

Prosjektsøknad. Jobbmestrende oppfølging. Arbeidsrehabilitering for personer med psykiske lidelser. Prosjektsøknad. Udatert.

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.

Rinaldi M, Perkins R. Vocational rehabilitation for people with mental health problems. Psychiatry 2007; 6:9: 373-6. B

Rogers ES, Walsh D, Massotta L, Danley K. Massachusetts Survey of Client Preferences for Community Support Services (Final Report). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1991.

Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. Expert Rev Neurother 2008; 8 (7): 1067-77.

SBU. Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression SBU- rapport nr 2007-03 • 2007-06-20 • www.sbu.se/alert

Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF. A ten-year follow-up of a supported employment program. Psychiatric Services 2004

Samarbeidsavtale mellom NAV Oslo, Vinderen DPS og arbeidsmarkedsbedriftene AS Lettindustri, Indico Produkter AS og Industritjeneste. Udatert.

Schafft A, Spjelkavik Ø. Arbeid og psykisk helse. Underveisevaluering av Vilje Viser vei, Storbysatsingen. Arbeidsforskningsinstituttet, september 2006.

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.

von Knorring L, Thelander S, Pettersson A. Treatment of anxiety syndrome. A systematic literature review. Läkartidningen 2005; 102 (47): 3561-2, 3565-6, 3569.

<http://www.nav.no/805317091.cms> Vilje viser vei, storbysatsing osv.

Vedlegg

Jobbmestrende oppfølging i Østfold og Oslo gjennomfører egen evaluering

Østfold

- Hypotese om at personer som mottar symptomestrende veiledning fra Senter for jobbmestring i tillegg til konvensjonell metodikk (forsøksgruppe) vil ha større effekt av oppfølgingen enn personer som bare mottar konvensjonell oppfølging (kontrollgruppe) på tre hovedfasetter:
 - o Formidling til ordinær jobb
 - o Reduksjon i symptomer på psykiske lidelser og økning i generell livskvalitet
 - Reduksjon av symptomer på psykiske lidelser – Symptom Checklist 90R
 - Økning i generell livskvalitet- internt utviklet spørreskjema.
 - o Økt brukertilfredshet – internt utviklet spørreskjema
- Forsøksgruppe: Personer som mottar tilbudet fra Senter for jobbmestring i tillegg til konvensjonell oppfølging fra NAV. Regionene Sarpsborg, Fredrikstad, Moss:
 - o Yrkesrettet atføring – individuell oppfølging (IO) og Arbeid med bistand (AB), NAV arbeid
 - o Langtidsledige – individuell oppfølging, NAV arbeid
 - o Sykemeldte – NAV arbeidslivssenteret, arbeidsgiver, NAV trygd
- Kontrollgruppe: Personer som mottar konvensjonell oppfølging fra NAV. Regionene Halden, Askim, Stavanger:
 - o Yrkesrettet atføring – individuell oppfølging og AB – NAV arbeid
 - o Langtidsledige – individuell oppfølging, NAV arbeid
 - o (Sykemeldte – NAV arbeidslivssenteret, arbeidsgiver, NAV trygd?)
- Spørreskjemaer ved oppstart og deretter ved måned 3, 6, 9 og 12 måneder.

Oslo

Kriteriet om at brukerne er knyttet opp til TIPS/TOP gjør at brukerne er bredt utredet og at det finnes data om dem som prosjektet kan få tilgang til.

- Inntaksintervju: Her benyttes et utvalg av HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale). Det samme utvalg er brukt i undersøkelsen Ullevål 600. Hvis deltakeren skal bli inkludert i studien, må sum score må ikke overstige 20
- Etter inklusjon og oppstart i bedriftene:
 - o Livskvalitet vurderes gjennom et eget, kortfattet intervjueskjema etter to måneder i aktiv arbeidspraksis og ved avslutning.
 - o FERS (Felt Expressed Emotion Rating Scale). Skjemaet er i utgangspunktet rettet mot familier, men er tilrettelagt for arbeidskontekst. Registreres etter ca. 2 måneder i aktiv arbeidspraksis og ved avslutning.
 - o Løpende registrering av problemløsningstema.
 - o Hver 3. måned: Rapport til NAV m / kopi til daglig leder for prosjektet (Statusrapport jobbmestrende oppfølging) Eget skjema.
 - o GAF (Global Assessment of Function Scale), som måler det generelle funksjonsnivået, hver 3.måned.

- Logg knyttet opp til problemområder i det daglige arbeidet med bedrift, deltagere og behandlingsapparat.

I tillegg til denne effektevalueringen vil det bli gjort en kvalitativ prosessevaluering mtp kartlegging av metodens anvendbarhet, problemer i gjennomføringen, atføringskonsulentenes erfaringer, samarbeidsformer mellom etatene etc. Denne evalueringen tenkes utført som et samarbeid mellom de deltakende etatenes representanter (Falkum notat).