

Notat pr. 14. desember 2016

Videreføring av virksomme tiltak i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016). Tre hovedsatsinger fra 2017.

Arbeid, utdanning og psykisk helse – samarbeid mellom NAV, utdanningssektoren og helsetjenesten.

Planperioden for den tverrdepartementale¹ Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013 – 2016) utløper i 2016. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet er derfor gitt i oppdrag gjennom tildelingsbrev å vurdere hvordan tiltakene som i dag finansieres gjennom planen (prosjektmidler/tilskuddsmidler), kan videreføres i tjenestenes ordinære drift eller avvikles.

Som en oppsummering av oppfølgingsplanen, har Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet foretatt en systematisk gjennomgang av 15 av de 33 tiltakene i planen². Gjennomgangen omfatter en beskrivelse og sammenligning av målgruppe, metodisk tilnærming, kompetansebehov, organisering, samarbeidsformer, finansiering, omfang/utbredelse, forskningsresultater og utfordringer mht. videreføring/spredning.

Målet er å utvikle felles nasjonale samarbeidsmodeller/tiltak for arbeidsinkludering mellom NAV, helsetjenesten og utdanningssektoren som kan danne grunnlag for implementering i ordinær drift.

Innspill fra Utdanningsdirektoratet er innarbeidet i det foreliggende notatet.

Bakgrunn

Flere av tiltakene i oppfølgingsplanen er en videreføring av metode- og fagutviklingsprosjekter fra Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Mange prosjekter har allerede gode resultater å vise til, og i 2016 har vi fått gode forskningsresultater fra utprøvingen av Rask psykisk helsehjelp og Individuell jobbstøtte (IPS). Det er nå et stadig sterkere kunnskapsgrunnlag for å kunne slå fast at det er helsefremmende å være i arbeid^{3 4 5 6}.

Utfordringsbildet på individ- og systemnivå

Tre av ti elever fullfører ikke videregående opplæring innenfor de rettighetsfestede fem årene. Etter 10 år er det 2 av 10 som ikke gjennomfører videregående skole, noe som tilsier at en betydelig andel ungdommer som sliter trenger mer tid enn det normalløpet tilsier. For over halvparten skyldes dette psykiske helseproblemer⁷. En av fem sykefraværsværk har bakgrunn i psykiske lidelser. En betydelig andel står i fare for å bli sykmeldt eller motta uførestønad⁸. Tall fra NAV viser at 70 prosent av unge AAP-mottakere under 30 år har en psykisk lidelse. Psykiske lidelser er den viktigste årsaken til uføretrygd.

Anbefalinger fra OECD

- å forebygge, identifisere og intervensere på tidlig tidspunkt

¹ Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Kunnskapsdepartementet

² De øvrige tiltakene, som ikke omtales i notatet, er tiltak som allerede er en del av ordinær drift, egne satsinger eller tiltak som ikke er basert på samarbeid mellom sektorene.

³ Waddell & Burton (2006). [Is work good for your health and well-being?](#)

⁴ Waddell, Burton & Kendall (2008). [Vocational rehabilitation. What works, for whom, and when?](#)

⁵ Van der Noordt et al. (2014). [Health effects of employment: a systematic review of prospective studies](#). Occup. Environ Med.

⁶ Nøkleby, H. m. fl. (2015). [Helseeffekter av arbeid. Notat Kunnskapssenteret. Systematisk litteratursøk med sortering](#)

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2016): #Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021, side 11.

⁸ Folkehelseinstituttet (2014): Folkehelse rapporten. Psykisk helse hos voksne.

- øke tilbudet til personer med vanlige psykiske lidelser, som angst og depresjon
- integrerte og koordinerte tjenester mellom helse-, utdanning-, arbeids- og sosiale tjenester (bort fra «silo»-tenkning)
- informasjon, kunnskapsdeling og samarbeid med aktører utenfor de psykiske helsetjenestene, for eksempel lærere, arbeidsgivere og NAV-veiledere
- økt evidensbasert kunnskap

Dette utfordringsbildet samsvarer med vårt grunnlag for den fremtidige, felles satsingen.

Prioritering av tre hovedsatsinger

Anbefalte hovedtilnærminger er:

1) Helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot arbeidslivet

Et felles prosjekt mellom NAV og Helsedirektoratet har utredet erfaringene fra flere «Raskere tilbake prosjekter» og levert en rapport⁹ med forslag om etablering av en nasjonal modell, HelseArbeid. Modellen er rettet mot å forebygge og redusere sykefravær for de store gruppene med vanlige muskel-/skjelettplager og/eller psykiske helseproblemer. Formålet er å gi et helhetlig tilbud til denne målgruppen som bidrar til å øke arbeidsnærværet og hindre utstøting fra arbeidslivet. Modellen omfatter helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen og rask tilgang på tverrfaglig utredning og avklaring. HelseArbeid er basert på erfaringer fra iBedrift, et tjenestetilbud som i dag eksisterer i 7 fylker. IBedrift er en modell som baserer seg på et tettere samarbeid mellom NAV og helsetjenesten. IBedrift anbefales videreført inntil det kan erstattes av HelseArbeid-modellen.

2) Arbeidsinkluderings tiltak for personer med lettere til moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer

Det anbefales at en ny nasjonal modell tar utgangspunkt i erfaringene fra de eksisterende tilbudene Senter for jobbmestring i NAV, enkelte av Raskere tilbake-tiltakene i NAV og spesialisthelsetjenesten¹⁰, og Rask psykisk helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som er et tilbud til personer fra 16 år og når også ungdom. Disse tiltakene bygger alle i stor grad på den britiske modellen «Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) IAPT har gode forskningsresultater å vise til, og er etablert i så godt som alle helsekommuner i England. Resultatene etter tre års drift viste at 45 prosent ble friske, og 65 prosent opplevde vesentlig bedring av sin psykiske helse. Beregninger fra IAPT-programmet i England viser at korttidsintervensjoner lønner seg, og at innsparingene i offentlige ytelser som eksempelvis sykepenger er langt høyere enn kostnadene ved å drifte Rask psykisk helsehjelp-team¹¹. OECD trekker også frem IAPT og Senter for jobbmestring som foregangstiltak i rapporten «Fit Mind Fit Job»¹².

En RCT-studie på effekten av Senter for jobbmestring i NAV versus ordinær oppfølging fra NAV eller helsetjenesten viser gode resultater i form av økt arbeidsdeltakelse¹³. For AAP-mottakere var 24 prosent i jobb mot 12 prosent i kontrollgruppen 12 måneder etter inklusjon. I denne gruppen økte effekten ved 18 mnd. til 28prosent større sannsynlighet for å være i jobb med Senter for jobbmestring. Brukerne fikk også bedret helse i form av mindre symptomer på angst og depresjon samt bedret helserelatert livskvalitet For gruppen uten arbeid ved inklusjon var det også positiv

⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2016). Nytt nasjonalt konsept HelseArbeid. Sluttrapport.

¹⁰ Her siktes det til Raskere tilbake-tiltakene som innebærer behandling for lettere og moderate psykiske lidelser

¹¹ Se omtale av IAPT på NAPHA nettsider, <https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>

¹² [OECDs Mental Health and Work –Project](#)

¹³ 2015 Reme et al; "[Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial](#)"

kost/nytte med 4,7 millioner kroner pr år beregnet utfra 615 brukere. Nye foreløpige upubliserte data fra Uni Helse viser at effekten vedvarer i 4 år, noe som vil medføre økt kost/nytte.

Den norske pilotutprøvingen av Rask psykisk helsehjelp er evaluert av Folkehelseinstituttet¹⁴. Resultatene viser en sterk reduksjon i symptomer på angst og depresjon og i løpet av behandlingen. Ved oppstart hadde 76,3 prosent av klientene angst og/eller depresjon, mens ved slutten av behandlingen rapporterte 61,6 prosent av disse klientene å være friske igjen. Brukerne fikk også en stor forbedring i livskvalitet fra før til etter behandlingen. Funnene viser en økning på 5,6 prosent andel brukere som var i jobb uten trygd ved slutten av behandlingen. De norske funnene samsvarer med resultatene fra de første pilotene i England.

Et fremtidig, nasjonalt tjenestetilbud som skal bidra til økt arbeidsinkludering og gjennomføring av utdanning for ungdom, bør inneholde et kommunalt tilbud om Rask psykisk helsehjelp, kombinert med tilbud om jobbspesialister i NAV som jobber etter Supported Employment (SE)-metodikk etter modell av Senter for jobbmestring. Faste jobbspesialister fra NAV bør inngå i et team sammen med behandlere rundt de brukere som har behov for koordinerte tjenester i form av faste møtepunkter, evt. at de er samlokalisert.

En anbefalt progresjon i dette arbeidet er på kort sikt å integrere jobbspesialister fra NAV inn i eksisterende Rask psykisk helsehjelp-team, der dette finnes. Dessuten anbefales det å videreføre Senter for jobbmestring og Raskere tilbake-tiltak som jobber tilnærmet denne modellen der dette finnes. I løpet av to år bør det utarbeides konkrete planer for hvordan de tre tilbudene kan slås sammen.

Et felles tilbud vil bidra til at det blir enklere for brukerne å vite hvor de kan søke hjelp. Samtidig som tjenesten de mottar, organisert gjennom tverrfaglige team, vil bli mer helhetlig og koordinert.

3) Arbeidsinkluderingstiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer

Det anbefales at en felles nasjonal modell i hovedsak tar utgangspunkt i erfaringene fra prosjektene Jobbmestrende oppfølging (JMO) og Individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support - IPS). De to tiltakene kjennetegnes begge av at de kombinerer behandling og arbeidsrettet oppfølging, og har i løpet av de siste årene nærmet seg hverandre i innhold. Internasjonal forskning, gjennom RCT-studier, viser at det er IPS-modellen som fungerer best på verdensbasis med å bistå mennesker med alvorlige psykiske lidelser ut i jobb¹⁵. En kost-/nyttestudie av Supported Employment-tiltak fra seks steder i Europa viser at IPS sannsynligvis er kostnadsbesparende og nesten sikkert en mer kostnadseffektiv tilnærming enn vanlige attføringstiltak når det gjelder å bistå personer med alvorlige psykiske lidelser ut i ordinært arbeidsliv¹⁶. Resultatene fra den norske effektevalueringen av IPS¹⁷ viser signifikant effekt av IPS. Ved oppstart var 18 prosent i jobb. Ved 18 måneders oppfølging var 37 prosent av IPS-deltakerne i jobb, sammenliknet med 27 prosent i kontrollgruppen som mottok en høykvalitetsversjon av tradisjonelle arbeidsrettede tiltak. Foreløpige registerdata utover 18 måneder viser en også en økende tendens på arbeidsdeltakelse. Resultatene viser for øvrig en reduksjon i NAV-tiltak for IPS-gruppen. IPS bidrar også til signifikant bedre livskvalitet, bedre selvopplevd helse, lavere symptomnivå på depresjon og bedre funksjonsnivå. Deltakerne som fikk IPS var svært fornøyd med oppfølgingen og samarbeidet med jobbspesialisten, og opplevde tilbudet som nyttig. Kost-nytte evalueringen bygger på effektevalueringen og kostnadsdata for tjenester de to gruppene har

¹⁴ Folkehelseinstituttet (2016). [Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge](#)

¹⁵ Helsedirektoratet (2015): [Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser](#). IS-2314

¹⁶ Knapp et al (2013). [Supported Employment: cost-effectiveness across six European sites](#). *World Psychiatry* 12:1 pages 60-68

¹⁷ Reme et al (2016). [Effektevaluering av Individuell jobbstøtte \(IPS\)](#). Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret

benyttet. Siden effekten foreløpig kun er sikker for 18 måneder er kost-nytte analysen beregnet utfra en varighet på jobbdeltakelse på 24 måneder. Dette gjør at tiltaket per i dag ikke viser en samfunnsøkonomisk gevinst. Dersom den tydelige effekten av sysselsettingen vedvarer, vil IPS over tid bli samfunnsøkonomisk lønnsomt. Studien dokumenterer at IPS også har effekt i en norsk kontekst.

En kost-nytteanalyse for Jobbmestrende oppfølging¹⁸ viser at 21 prosent av deltakerne var i ordinært lønnet arbeid eller ordinære studieløp ved oppfølging etter to år, mot 2,7 prosent ved oppstart. 16,4 prosent hadde lønn som hovedinntektskilde etter to år, mot 0 ved inntak. Analysen viste en samfunnsøkonomisk gevinst på 2,3 millioner kroner (inkludert kostnader til JMO) i form av inntekter, forutsatt stabil sysselsetting over tre år. Budsjettmessige innsparinger i form av reduserte ytelser ble beregnet til 12,3 millioner kroner over samme periode. I en upublisert studie sammenlignes JMO-gruppen med en kontrollgruppe trukket fra Norsk Pasientregister som mottar vanlig behandling. Deltakere i JMO hadde en nedgang i forbruk av helsetjenester på over 70 000 kroner per person (n=69) sammenlignet med kontrollgruppen. Når antall måneder i arbeid ble benyttet som effektmål, viste JMO-gruppen bedre resultater.

Et fremtidig, nasjonalt tjenestetilbud bør innebære et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og NAV. Det må også sikres tett samarbeid med utdanningsinstitusjoner og andre samarbeidspartnere utfra brukernes behov. Jobbspesialister fra NAV, evt. jobbspesialister ansatt i helsetjenesten må være integrert i behandlingsteam i spesialist- og/eller primærhelsetjenesten. Fontenehusene er også aktuelle samarbeidspartnere.

Unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer bør tidlig få et tilbud om IPS.

Finansiering av de tre hovedsatsingene

1) HelseArbeid – et helsefremmede og forebyggende tiltak

Nåværende finansiering:

Det foreslåtte nye tiltaket HelseArbeid bygger videre på iBedrift, som i dag finansieres gjennom Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten, og er administrert av de regionale helseforetakene. Bistanden fra NAV er fra NAV Arbeidslivssenter, som igjen er finansiert av NAV driftsmidler til NAV Arbeidslivssentre¹⁹.

Fremtidig finansiering:

Det foreslås en fremtidig finansiering av et nasjonalt tilbud dekket av Raskere tilbake-midler i helsetjenesten og ordinære driftsmidler i NAV. Innføring av konseptet HelseArbeid bør vurderes uavhengig av dagens Raskere tilbake-ordning.

2) Rask psykisk helsehjelp med integrerte arbeidsrettede tiltak fra jobbspesialist(er) i NAV

Nåværende finansiering:

Rask psykisk helsehjelp (RPH) finansieres av kommunale driftsmidler og tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. For 2016 er tilskuddsrammen på 22,8 millioner kroner. Helsedirektoratet sørger i

¹⁸ Oslo universitetssykehus (2015): [Effektevaluering av lobbmestrende oppfølging \(JMO\)](#)

¹⁹ Det forutsettes at NAV også viderefører tiltakene «Sees i morgen!» og «arbeidsgiverlos» som støtter opp om HelseArbeid og supplerer det.

tillegg for finansiering av opplæring/videreutdanning i kognitiv terapi. Disse kostnadene utgjør 1,5 mill. kroner for 40 deltakere.

Senter for jobbmestring finansieres pr desember 2016 av driftsmidler til 35 stillinger i NAV og tiltaksmidler i NAV til 25 jobbspesialister.

Raskere tilbake-tiltakene (behandling for lettere/moderate psykiske lidelser og rusmiddelproblemer) finansieres gjennom øremerkede tilskuddsmidler i statsbudsjettet.

Fremtidig finansiering:

Det er anslått at tilbudet gjennom bemanningen i eksisterende Rask psykisk helsehjelp-team kan imøtekomme behovene til en befolkning på om lag 30 000 personer. Med utgangspunkt i eksisterende tilbud, kan vi grovt anslå et behov for opprettelse av totalt 150 Rask psykisk helsehjelp-team, med jobbspesialister integrert.

For ytterligere spredning av en nasjonal samarbeidsmodell foreslås det to alternativer når det gjelder finansiering av tilbudet i regi av helsetjenesten.

1. Full finansiering av opplæring/videreutdanning i kognitiv terapi til de ansatte i nyetablerte Rask psykisk helsehjelp-team. Dette omfatter et tilsvarende innhold og opplegg som tilbys pilotprosjektene i dag, i regi av Norsk Forening for Kognitiv Terapi.
2. Alternativ 1 + implementeringsstøtte på 2 millioner kroner til kommuner som etablerer Rask psykisk helsehjelp-team.

Kostnadene ved å opprette 30 nye team over fem år vil fordele seg som følger:

Alternativ 1:

- 4,5 millioner kroner pr år i 5 år – **totalt 22,5 millioner kroner.**

Alternativ 2:

- 64,5 millioner kroner pr år i 5 år – **totalt 322,5 millioner kroner.**

Finansiering av alternativ 2 vil kunne skje gjennom rammen av disponible tilskuddsmidler for Rask Psykisk helsehjelp, 22,8 millioner i 2016, samt ev. overføring av noen midler fra tilskuddsordningen IPS. Tilskuddsordningen for IPS har i utprøvningsperioden finansiert ca. 38 stillinger pr. år i NAV. Disse stillingene bør finansieres av NAV i en videreføring.

Følgene krav stilles til kommunene:

- Etablering av Rask psykisk helsehjelp team må forankres i kommunale planer, inkludert økonomiplan
- Kommunen(e) disponerer egne midler/personell som tilbyr Rask psykisk helsehjelp i tråd med modellen
- Det etableres en samarbeidsavtale med NAV med definerte mål for økt arbeidsdeltakelse

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene (NAPHA) foreslås som en sentral aktør når det gjelder å bistå kommunene med å organisere og implementere RPH -modellen lokalt.

Jobbspesialister i NAV foreslås finansiert ved økt mulighet for egenproduksjon (omdisponering av tiltaksmidler til drift), og/eller over tiltaksmidler (Oppfølgingstiltaket).

Opprettelsen av 30 nye team pr år vil innebære et behov for 60 nye jobbspesialister pr. år på landsbasis. Jobbspesialistrollen skiller seg fra den ordinære NAV-veileder rollen ved ustrukt arbeidsgiverkontakt, tett samarbeid med behandler og oppfølging av maksimalt 20-25 brukere

(avhengig av målgruppe og hvor i forløpet de er). Jobbspesialiststillingene foreslås finansiert gjennom omdisponering av tiltaksmidler til drift og evt. ekstern anskaffelse over tiltaksmidler. Kostnadene pr jobbspesialiststilling beregnes til 710 000 kroner og opplæringskostnader beregnes til 20 000 kroner pr stilling innenfor egenregi i NAV, dvs. en total kostnad på kr 1,5 millioner kroner pr team. Erfaringsmessig koster det pr i dag mer å kjøpe jobbspesialister over Oppfølgingstiltaket (offentlig anskaffelse), og det er pr i dag begrenset kompetanse på denne metodikken (IPS/SE) hos tiltaksleverandørene.

Beregnete kostnader til 60 nye jobbspesialister pr år ved opprettelse av 30 nye Rask psykisk helse-team pr. år:

- 1. år: 45-66 millioner kroner (egenregi/tiltak)
- 2. år: 90-132 millioner kroner
- 3. år: 135-198 millioner kroner
- 4. år: 180-264 millioner kroner
- Fra 5. år: 225-330 millioner kroner

3) Individuell jobbstøtte (IPS)

Nåværende finansiering:

Individuell jobbstøtte (IPS) finansieres i dag i hovedsak av tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Budsjetttrammen for 2016 er på 30,8 millioner kroner, og finansierer stillinger for jobbspesialister. Ordningen finansierer både jobbspesialister i NAV og helsetjenesten, og fordelingen for 2016 er 38 jobbspesialister i NAV og 22 i helsetjenesten. Gjennom denne tilskuddsordningen har det ikke vært stilt krav om lokal medfinansiering.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har finansiert opplæring og kurs for ansatte i IPS-prosjektene/organisasjonene. Kostnadene har utgjort ca. 3 millioner kroner pr år. I tillegg har Arbeids- og velferdsdirektoratet, NAPHA og Helsedirektoratet bidratt med stillingsressurser tilsvarende 34 ukeverk.

Jobbmestrende oppfølging (JMO) har i 2016 en tilskuddsramme på 4,7 millioner kroner og finansierer en stilling for JMO-veileder i spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten. For 2016 er dette 9 stillinger.

Fremtidig finansiering:

For å anskueliggjøre behovet for antall jobbspesialister til personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, tar vi utgangspunkt i antall pasienter registrert i behandling fra de aktuelle gruppene. Tall fra Helsedirektoratet²⁰ viser at 10 446 personer med psykoselidelser og 32 971 personer med affektive lidelser fikk behandling innen psykisk helsevern for voksne i 2014. Til sammen er dette 43 417 personer. Vi har ikke data som kan si oss hvor mange av disse pasientene som er i arbeid eller ønsker å komme i arbeid. I europeiske og amerikanske studier vises det til at mellom 10 og 20 prosent av personer med schizofrenidiagnose er i jobb, samtidig sier 60 – 70 prosent at de er interessert i å være i ordinært, lønnet arbeid²¹. Om vi legger til grunn at i underkant av 50 prosent av pasientene ønsker hjelp til å komme i jobb, vil dette bety bistand til ca. 20 000 personer. Det er gjort erfaringer på at hver jobbspesialist kan ha opp til 20 pasienter/brukere, noe som betyr et behov for 1000 jobbspesialister på landsbasis.

²⁰Distriktpsikiatriske tjenester 2014 (IS-2395)

²¹Berge, T. & Falkum, E. (2013). Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse. Gyldendal Akademisk

Samme år fikk ca. 30 000 personer behandling for rusmiddelproblemer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)²². Det er anslått fra kilder i Helsedirektoratet at ca. 1/3 i denne gruppen vil kunne ha behov for bistand fra jobbspesialist, dvs. ca. 10 000 personer. Noe som vil bety et behov for 500 jobbspesialister.

Det nasjonale behovet for antall jobbspesialister til personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer kan ut i fra beregninger anslås til 1 500. Gjennom en spredning over fem år, vil dette bety 300 nye jobbspesialister pr år eller omlag 219-360 millioner (egenregi/tiltak) kroner pr år. Disse tallene er imidlertid usikre og det er krevende å bygge opp et slikt tilbud, da det fordrer tett samarbeid mellom NAV og spesialisthelsetjenesten. Vi vurderer det derfor som mer realistisk å starte en opptrapping over noe lengre tid med 20-60 nye jobbspesialister pr år. Kostnader med 20 nye stillinger vil pr år utgjøre omlag 15-24 millioner kroner (egenregi/tiltak) og med 60 nye stillinger omlag 44-72 millioner kroner (egenregi/tiltak).

Ideelt sett er det ønskelig at jobbspesialiststillingene fullt ut finansieres av NAV gjennom økt mulighet for egenproduksjon (omdisponering av tiltaksmidler til drift), og/eller over tiltaksmidler (Oppfølgingstiltaket), og at de er en integrert del av behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må imidlertid vurderes om det er hensiktsmessig at helsetjenesten bidrar med stimuleringsmidler i form av tilskuddsmidler i en overgangsperiode for en raskere spredning, volum og kompetanse på IPS. Dette kan eksempelvis være innen rusbehandling, behandlingstilbud til unge, styrking av ACT-/FACT-team og samarbeid med Fontenehus.

Kompetanseutvikling

Ved utbygging av nasjonale samarbeidsmodeller vil det vil bli sentralt å sikre og styrke den kompetansen som er utviklet gjennom tjenesteutviklingen i forsøkene knyttet til arbeid og psykisk helse. En felles kompetanseutvikling på tvers av helsetjenesten, NAV og utdanningssektoren må sikres. Det anbefales derfor å bygge videre på eksisterende kompetansemiljøer og at disse miljøene utvikles og samles i regioner i tilknytning til praksis. Det må sikres ressurser til kompetansespredning ved en oppskalering. Disse miljøene må også knyttes opp mot etablerte kompetansesentre, høgskole- og universitetsmiljøer. Jobbspesialistopplæringen må også sees i sammenheng med den øvrige opplæringen av jobbspesialister i NAV.

Modell 1

Det er utviklet konsepter for bedriftstiltaket og individtiltaket som må videreutvikles med basis i eksisterende modell for iBedrift hvor det er etablert opplæringstilbud på tvers av fylker og regioner. I arbeidet med å spre kunnskap, videreutvikle og styrke kompetansen om helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot arbeidslivet er regionale kompetansemiljø viktige. Ved etablering av HelseArbeid-modellen vil opplæring og kompetanseutvikling være sentralt.

Modell 2 og 3

Det er utviklet kompetanseprogram på arbeid og psykisk helse av kompetansemiljøene som har deltatt i forsøkene, inkludert samlinger med tema ledelsesforankring og implementering.

For modell 2 har Norsk Forening for Kognitiv Terapi utviklet en utdanning tilpasset Rask psykisk helsehjelp-modellen. Utdanningen inneholder opplæring i veiledet selvhjelp, mestringskurs og kognitiv terapi. I samarbeid med personell fra Senter for jobbmestring og Voksenpsykiatrisk avdeling, Vinderen er det også utviklet opplæring i arbeidsrettet kognitiv terapi som er inkludert i utdanningen.

²²SAMDATA, Spesialisthelsetjenesten 2014 (IS-2348)

For modell 2 må terapeutene ha minimum 3-årig helse-/sosialfaglig høyskoleutdanning, samt relevant arbeidserfaring. Videreutdanning i psykisk helsearbeid er en fordel. Det skal være psykolog og merkantilt personell ansatt i tiltaket. Alle ansatte må gjennomføre videreutdanning i kognitiv terapi. Dette er krav som følger av regelverket for tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp.

For modell 3 har Arbeids- og velferdsdirektoratet, i samarbeid med Helsedirektoratet utviklet et modulbasert opplæringsprogram i Individuell jobbstøtte (IPS)/evidensbasert Supported Employment (SE) som har vært gjennomført for prosjektene og som det vil være aktuelt å videreføre for modell 2 og 3. Modulene er oppbygd slik at de benyttes i opplæringen av personell som jobber med tett individuell arbeidsrettet oppfølging av brukere. Den metodiske tilnærmingen fra Jobbmestrende oppfølging (JMO) om kartlegging av kognitive ferdigheter, kognitiv trening og kognitiv atferdsterapi bør supplere IPS-opplæringen. Dette bør inkluderes som en egen modul som bygger på opplæringsprogrammet fra FoU-prosjektet for JMO.

For kunnskap- og kompetanseutvikling innen modellene 2 og 3 vil NAPHA være en sentral samarbeidspartner og oppdragsutfører for Helsedirektoratet. Det må nærmere vurderes hvordan et kvalitativt godt opplærings- og fagutviklingsprogram kan ivaretas av NAPHA, i nær dialog med Norsk forening for Kognitiv Terapi, og kompetansemiljøer i regi av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Modell 2) og 3) og økt bruk av jobbspesialister i NAV for en bredere målgruppe, må sees i sammenheng.

Oppsummering og forslag til beslutningspunkter

Samarbeidsmodell/tiltak 1:

Det er utarbeidet egne beslutningsnotater med anbefalinger om etablering av HelseArbeid som er behandlet av ledelsen i Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Arbeids- og velferdsdirektoratet oversendte sin anbefaling 28.09.16 til Arbeids- og sosialdepartementet om å innføre HelseArbeid konseptet som beskrevet i utredningsarbeidet (sluttrapporten) under forutsetning at finansiering er avklart. Helsedirektoratet oversendte sin anbefaling, den 22.11.2016, til Helse- og omsorgsdepartementet.

IBedrift som tjenestetilbud fortsetter inntil videre i samarbeid mellom NAV og helsetjenesten.

For å kunne iverksette samhandlingsprosjektet HelseArbeid kreves det at ASD og HOD samarbeider om å ta stilling til om og evt. på hvilken måte konseptet skal innføres.

Samarbeidsmodell/tiltak 2 og 3:

1. På kort sikt:
 - i) Det anbefales at de nasjonale, kunnskapsbaserte tiltakene som modellene baseres på videreføres i 2017 og at midler til dette videreføres. Dette er sentralt for bl.a. å sikre videreføring av kompetansen som er bygd opp i forsøkene.
 - ii) Gjennomgå regelverket for tilskuddsordningen via HOD slik at innretningen samsvarer med den målsetting og spredning som er ønskelig på nasjonalt nivå. Tilskuddsordningen og regelverket for Jobbmestrende oppfølging og Individuell jobbstøtte foreslås sammenslått fra 2017.
 - iii) Arbeids- og velferdsdirektoratet vil vurdere, i dialog med ASD, mulighet for gradvis økning av egenproduksjon versus kjøp av jobbspesialister over tiltaksbudsjettet. Dette er lagt inn som forslag til store satsinger 2018.
 - iv) Det etableres koordinerte systemer for å sikre og støtte innføring og spredning av modellene mellom AV-dir, H-dir og U-dir for modellene 2 og 3.

2. På lengre sikt:

- i) Det anbefales en gradvis spredning over en 5-års periode av de to nasjonale modellene 2) og 3) i form av sammenslåing av tiltak som allerede eksisterer, og etablering av nye tilbud basert på modellene.
- ii) Det anbefales at en forutsetning for videre spredning og etablering av nasjonale modeller er at det gis som felles oppdrag fra både Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet, og hvor det stilles konkrete krav til resultatmål og rapportering på psykisk helse og arbeidsdeltakelse (eller fullført utdanning).
- iii) På sikt anbefales det at departementene vurderer muligheten for å etablere mer varige felles finansieringsordninger²³.
- iv) Det anbefales at samarbeidet mellom NAV, helsetjenesten og utdanningssektoren må forankres i lokale samarbeidsavtaler og handlingsplaner.
- v) Det anbefales at departementene avsetter ressurser til å etablere regionale kompetansemiljøer med kunnskap om modellene og at disse knyttes opp mot etablerte kompetansesentre, høyskole- og universitetsmiljøer.

²³ [OECDs Mental Health and Work –Project](#) påpeker at det er en utfordring med ulike styrings- og finansieringssystemer, den sektoren som bærer den største kostnaden er ikke nødvendigvis den som høster gevinstene av bedre samarbeid. Myndighetene bør derfor vurdere insentiver for å bedre samarbeidet mellom tjenestene.