

Arbeidsrettet behandling ved alvorlig psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten

June Ullevoldsæter Lystad , Eline Borger Rognli , Ellen Ånestad Moen ,
Beate Brinchmann , Øystein Spjelkavik og Hanne Lorimer Aamodt

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

Arbeidsrettet behandling ved alvorlig psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten

Arbeid er helsefremmende, og å delta i arbeidslivet er av stor betydning for de fleste. Det er godt dokumentert at arbeid som er tilpasset den enkelte, har positiv effekt på helse i form av økt livskvalitet, symptombedring og redusert bruk av alkohol og andre rusmidler (Davis & Rinaldi, 2004; Jäckel et al., 2017; Modini, Joyce et al., 2016; Nesse et al., 2021; Waddell & Burton, 2006). Arbeid er identitetsskapende og gir også samfunnsøkonomiske gevinster blant annet gjennom økte skatteinntekter, reduserte trygdeytelser og færre sykehusinnleggelses (Aklin et al., 2014; Evensen et al., 2019; Hoffmann et al., 2014). Sist, men ikke minst er arbeid ofte det aller viktigste målet for personer med ruslidelser og psykiske lidelser (Kilian & Becker, 2007). På lik linje med andre ønsker de seg ansvaret, verdigheten, tilhørigheten og mulighetene som er forbundet med det å ha en jobb.

Individuell jobbstøtte

Individual Placement and Support (IPS, Individuell jobbstøtte på norsk) er en evidensbasert og manualbasert metode for arbeidsrehabilitering fra USA som er spesielt utviklet for personer med alvorlige psykiske lidelser (Bond & Drake, 2014). Utgangspunktet var pasienters ønske om en lønnet jobb i det ordinære arbeidsmarkedet. Dette var en mulighet de sjelden fikk, blant annet fordi familie og behandlere foretrakk at pasientene hadde en stabil hverdag med minst mulig fare for symptomforverring. Svært lav arbeidsdeltakelse blant personer med alvorlig psykisk lidelse har hindret kunnskapsutvikling om behov og tilretteleggingsmuligheter i arbeidslivet for denne gruppen (Cleveland et al., 1997). Trolig har kombinasjonen av manglende kunnskap og reservasjoner i både arbeidsliv, helse- og velferdssektoren bidratt til manglende arbeidsinkludering, hvilket igjen har ført til lav tro på muligheten for arbeid blant personer med alvorlig psykisk lidelse (Rinaldi et al., 2008).

Tradisjonell arbeidsrehabilitering bygde på en «train then place»-tilnærming til arbeid, der veien til ordinært arbeid gikk via trinnvis opptrening i skjermet virksomhet gjennom arbeidsforberedende tiltak. IPS er en variant av Supported Employment (Corrigan & McCracken, 2005) som ble utviklet på 80-tallet som en direkte motsats til «train then place»-metodikken. Her viste man at personer med alvorlig psykisk lidelse kan få jobb i ordinært arbeidsliv *uten* arbeidsforberedende trening, men med kompetent veiledning og støtte av jobbspesialister som er integrert med behandling over tid. Det som i størst grad skiller IPS fra andre modeller for

arbeidsrehabilitering, er at jobbstøtten er en del av behandlingstilbudet, og at det kun søkes etter arbeid i det ordinære arbeidsmarkedet (Becker et al., 2015).

I det daglige konkretiseres kravene til metodefastholdelse i IPS i åtte prinsipper:

- 1 Målet er ordinært, lønnet arbeid.
- 2 Tilbudet gis etter arbeidssøkers eget ønske.
- 3 IPS er en integrert og sentral del av behandlingen.
- 4 Jobbsøk baseres på den enkeltes preferanser og ferdigheter.
- 5 Oppfølgingen inkluderer individuelt tilpasset økonomisk rådgivning.
- 6 Jobbsøking starter raskt og uten lengre perioder med forberedelse, trening eller rådgivning.
- 7 Det gjennomføres systematisk jobbutvikling ut fra arbeidssøkers preferanser.
- 8 Oppfølgingen er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset.

IPS kvalitetsskalaen er en milepæl i utviklingen av IPS og en forutsetning for at metoden praktiseres likt på tvers av tjenester. Skalaen er standardisert og validert og sikrer modelltrofasthet i implementeringen og gjennomføringen av IPS. Her beskrives blant annet kriteriene for integrering av jobbspesialister i helseteam, samarbeidet mellom jobbspesialist og NAV-veileder og hvordan IPS skal utføres. IPS-tjenester som skårer høyt, har bedre sysselsettingsresultater enn tjenester med lavere skår (de Winter et al., 2020).

Evidensgrunnlag for IPS ved psykoselidelse

En mengde studier basert på ulike metoder og forskningsdesign underbygger effekten av IPS for arbeidsopptak ved psykoselidelse (Bond et al., 2020). IPS har også vist god effekt for første-episode psykoepasienter (FEP) (Killackey et al., 2019). IPS øker andelen personer som oppnår ordinært arbeid, sammenliknet med tradisjonell arbeidsrehabilitering, og er i tillegg forbundet med økt livskvalitet, global fungering og symptomforbedring (Wallstroem et al., 2021).

I en systematisk litteraturstudie fant man at dobbelt så mange personer med alvorlig psykisk lidelse kom i lønnet arbeid gjennom IPS. Effekten gjaldt internasjonalt og uavhengig av variasjon i økonomiske forhold og helsetjenester (Modini, Tan et al., 2016). En ny metastudie som også inkluderte undersøkelser fra skandinaviske land med gode velferdsordninger, og studier der

deltakerne hadde moderate psykiske lidelser, bekreftet metodens virksomhet (Brinchmann et al., 2020).

Pasientenes opplevelse av tilbudet og relasjonen mellom pasient og jobbspesialist i IPS er også undersøkt (Moen et al., 2021). En metaetnografisk studie fant at jobbspesialister hjalp pasienter inn i arbeidstakerrollen ved bruk av mange psykologiske intervensjoner som kognitiv terapi, motiverende intervju, rollespill og øving på kommunikasjonsferdigheter. Videre hjalp de pasienten å sette ord på utfordringer som oppstod i en arbeidssituasjon uavhengig av hva disse skyldtes (Kinn et al., 2021).

Evidensgrunnlag for IPS ved ruslidelse

Mens evidensgrunnlaget for IPS for personer med psykoselidelser er omfattende og oppsummert i flere metaanalyser, er kunnskapsgrunnlaget for personer med ruslidelser betydelig tynnere, men lovende. En metaanalyse som inkluderte studier av IPS for personer med psykoselidelse med en *samtidig ruslidelse*, har vist tilsvarende gode effekter som studier av IPS for personer med psykoselidelse *uten ruslidelse* (Mueser et al., 2011). Den første vitenskapelige publikasjonen basert på en ren ruspopulasjon kom i 2017. Den amerikanske pilotstudien av 45 pasienter i metadonbehandling viste at 50 % i IPS-gruppen kom i jobb i løpet av det første halvåret sammenliknet med 5 % i en venteliste-kontrollgruppe (Lones et al., 2017). Til tross for svært gode resultater så langt etterlyses mer forskning på IPS på rusfeltet der man inkluderer flere og bredere, følger opp over lengre tid og ser på implementering av tjenesten i land også utenfor USA (Bond et al., 2019). Public Health England igangsatte for få år siden en stor, nasjonal RCT med rekruttering fra syv ulike behandlingssteder i England (Marsden et al., 2020). Inklusjonen i studien er avsluttet, men resultatene er ennå ikke publisert. I Norge har flere IPS-tiltak blitt etablert på rusfeltet, både i spesialisthelsetjenesten og på kommunalt nivå. Det er imidlertid ikke knyttet forskning til noen av disse tiltakene, og det finnes ingen rapporter eller evalueringer om IPS og rus. En pågående RCT ved Oslo universitetssykehus avsluttet inklusjon av deltakere i juni 2022, og vil være et viktig bidrag til den internasjonale litteraturen om IPS og rus (Rognli et al., 2021).

Implementeringsutfordringer

Selv om en rekke studier viser at IPS gir svært gode resultater når det gjelder antall som kommer i jobb, er det fremdeles utfordringer knyttet til implementering i ordinær praksis (Poulsen et al., 2021). Regelverk, holdninger og ansettelsespraksis er ofte tilpasset den mer tradisjonelle «train then place»-modellen, og strukturelle hindringer for samarbeid mellom helsetjenesten og velferdstjenesten er godt dokumenterte systembarrierer (Moe et al., 2021). Utfordringene med implementeringen skyldes trolig en kombinasjon av at arbeidsdeltakelse ikke er et spesifikt resultatmål i helsetjenesten, og at en ved finansieringen av helsetjenestene fortsetter å legge vekt på medisinerer fremfor psykososiale rehabiliteringstilbud (Modini, Tan et al., 2016).

IPS i Norge

I Norge er de fleste IPS-tjenester forankret i NAV med varierende grad av integrering i samarbeidende helseinstanser. Omtrent 25 % av jobbspesialistene ansatt i NAV er ikke godt integrert i helseteamene de samarbeider med (Fyhn et al., 2021). Enkelte tjenester har imidlertid utspring i helse, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Jobbspesialistene i disse tjenestene er i hovedsak ansatt i helsetjenesten. Samtlige har hittil vært fullverdig integrert i helse, hvilket innebærer deltakelse i behandlingsmøter og tilgang til elektronisk pasientjournal (EPJ). Jobbspesialistene, også de i NAV, har vært en del av de kliniske miljøene gjennom ulike lokale løsninger som null-prosentstillinger eller prosjektstillinger i sykehusene. Regelverket har vært tolket og praktisert i henhold til at jobbspesialister omfattes av taushetsplikten på lik linje som helsepersonell.

IPS i norsk spesialisthelsetjeneste

Vi deler her forskningsgrunnlaget og erfaringer fra fem IPS-tjenester forankret og integrert i ulike deler av spesialisthelsetjenesten: *IPS Kristiansand* ved Sørlandet sykehus, *IPS Bodø* representert ved Nordlandssykehuset, *Tyrili IPS* i regi av Tyrilistiftelsen, *Hekta på jobb* ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling *IPS+* ved Seksjon for tidlig psykosebehandling, begge ved Oslo universitetssykehus. Forfatterne utgjør en gruppe forskere og klinikere innenfor rus-, psykose- og arbeidsrehabiliteringsfeltet. Forskningsgrunnlaget som presenteres, er vurdert som særlig relevant for å beskrive IPS og belyse problemstillinger knyttet til implementering av metodikken.

Vi vil illustrere hvordan IPS integrert i spesialisthelsetjenesten kan se ut i praksis, gjennom to vignetter. Vignettene er en blanding av flere pasienter som har vært i IPS-tjenestene våre de siste årene. Sosiodemografisk informasjon, arbeidsforhold, samarbeidende instanser og problemstillinger er grundig endret og delvis konstruert for å bevare anonymitet.

IPS i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

«Vi tenker på jobb tidligere i behandlingsforløpet og følger det opp gjennom flere bølgedaler og over lengre tid når vi har jobbspesialist med i behandlingsteamet.»

Nina er i slutten av tyveårene og mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Hun har brukt cannabis og beroligende piller siden slutten av tenårene. Hun klarte å fullføre videregående skole, men forsøk på videre utdanning ble forkludret av stadig økende rusmiddelbruk. Fra midten av tyveårene hadde hun et opiat-dominert rusmiddelbruk, og de siste årene har vært preget av behandling med gjentatte tilbakefall. Det er seks år siden sist hun hadde en jobb.

Nina blir fulgt opp av behandler i poliklinikk. Gjennom IPS og samarbeidet med jobbspesialisten har hun fått hjelp til å bli bevisst egne ressurser. Hun har fått et klarere bilde av hva hun kunne tenke seg å jobbe med, og laget en plan for hvordan hun skal komme seg dit. Hennes drømmejobb krever imidlertid både mer skolegang og dessuten en mer stabil fungering enn det hun har nå. Det hun har behov for i første omgang, er de helt grunnleggende tingene: å få erfaring med at hun er et kompetent menneske som har noe å bidra med, å bli tryggere sosialt, og kjenne at hun er en person som andre kan like.

Jobbspesialist og behandler drøfter jobb sammen med Nina, som selv føler at hun trenger noe mer tid. Hun tar opp igjen en hobby der hun vet hun er dyktig, og melder seg inn i et kor. Dette gir både sangglede, mestring, normalitet og sosialt fellesskap, men det aktiverer også vanskelige følelser (tilkortkommenhet, usikkerhet), samt at den sosiale navigeringen er krevende. Jobbspesialisten får god hjelp av behandler til å forstå pasientens utfordringer og behov i denne fasen, og kan tilpasse tempo og støtte i jobbutviklingsprosessen etter dette. At jobbspesialisten sitter i salen på den første julekonserten, gir stolthet og glede. *«Det er liksom som at jeg er med på det store og helt normale fellesskapet.»* Dette er viktige steg på vei mot jobb.

Angst, angstmestring og interpersonlige vansker er etter hvert fremtredende tema i behandlingen, og Ninas økte deltakelse i normalsamfunnet og etter hvert også jobbintervjuene hun er

på, gir mye mat inn i behandlingen. Nina øver nå på jobbintervjuer, både med sin jobbspesialist, som hun er trygg på, og med en av de andre jobbspesialistene i teamet, som hun ikke kjenner og derfor får mer realistisk intervjutrening med. Jobbspesialist og behandler har nyttige drøftinger sammen med Nina rundt hvor åpen hun skal være, versus behovet for å legge fortiden bak seg og få muligheten til en ny start. Hvor mye vil hun si om rusbruken, og hvor mye om de psykiske vanskene? Hvilke formuleringer kan hun øve inn og kjenne at hun kan si med hodet hevet i en intervjusituasjon, sanne, men ikke ydmykende? Hun har en henteordning for sin LAR-medisin som må tas noe hensyn til når det gjelder arbeidstid. Behov for litt tilpasset opptrapping av kundekontakt er et annet aspekt. Sammen med behandler har Nina konkretisert både arbeidsoppgaver og tilpasningsbehov som hun fint kan presentere for en arbeidsgiver.

Etter en tid med aktiv jobbsøking på stillinger Nina anser som riktige for henne og hennes fremtidige ønsker, får hun et jobbtilbud hun takker ja til: en deltids administrativ kontorstilling med noe kundekontakt. Dette er ekstremt spennende – og ekstremt skummelt. Nina er vant til å takle motgang, men har lite erfaring med medgang. Hun blir stresset og får lyst til å dempe stresset med rusmidler. *«Jeg regner med at jeg kommer til å gå på trynet før eller siden uansett, så da er det bedre å bare gjøre det med en gang enn å gå og vente ...»* Nina har ukentlige samtaler med behandler i poliklinikk, samt hyppig kontakt med jobbspesialist, og jobbspesialist og behandler snakker mye sammen i denne perioden. *«Hvordan gikk det, kom hun seg til første jobbdag? Har hun sendt bilde av arbeidspulten og blomsten som ventet på henne første jobbdag, får jeg se? Så fint! Hils henne masse fra meg!»*

Veien videre er langt fra rett og strømlinjeformet. Etter et halvt års tid i jobb har Nina et tilbakefall. Det som uten jobbspesialistens og behandlerens støtte trolig hadde endt med at Nina mistet jobben, ender med en sykemelding og en jobb hun kan komme tilbake til. Som ved tidligere tilbakefall reagerer Nina automatisk med å trekke seg tilbake og å døyve skammen med mer rusmiddelbruk. Hun klarer imidlertid å kontakte behandler. Og er takknemlig for at behandler snakker med jobbspesialist, og at jobbspesialist kontakter arbeidsgiver på hennes vegne. Nina har et avgiftningsopphold, gjenopptar behandlingssamtalene i poliklinikken, og er etter en tid klar for å forsøke seg på jobben igjen. Selv om denne jobben ikke er «drømmejobben» Nina har sett for seg, gir den mestring, verdighet, tilhørighet og struktur og innhold i hverdagen. Hun ser for seg muligheten til å avansere til en enda bedre stilling på sikt, men trives samtidig der hun er. Jobben blir etter hvert et

viktig element i å forebygge tilbakefall. Eller som Nina sier: «*Det er jobben som gir meg motivasjon til å holde meg rusfri.*»

IPS i spesialisert psykosebehandling

«Det passer ikke å komme til samtale i morgen, jeg skal på jobb, skjønner du ...»

Sarah (25) tar kontakt med poliklinikken for å forskyve neste avtale med behandler. Hun har fått seg jobb og er ikke lenger like fleksibel med hensyn til tidspunkt for samtaler.

For tre år siden ble hun diagnostisert med schizofreni. Hun rakk ikke å fullføre utdannelsen sin før hun ble syk, men er kommet et stykke på vei. Sarah følges opp poliklinisk, men er av og til i behov av døgninnleggelse når hun opplever at «*stemmene tar helt kontroll*». Stemmene sier at hun ikke skal ta medisiner, men uten medisiner føler hun seg dårligere. Dessuten sier stemmene at hun ikke får til noe og ikke er verdt noe, og ofte sniker det seg inn en følelse hos henne av at de har rett. På ett tidspunkt resulterer dette i en lang innleggelse med alvorlige problemstillinger. På avdelingen isolerer Sarah seg, har ingen ønsker, ingen motivasjon. Hun synes det blir «*mye prat og mye medisiner*» og ser ikke hensikten – hun «*kommer uansett aldri til å bli frisk*». I tillegg til medisiner tilbys Sarah en rekke psykososiale intervensjoner, men opplever ikke disse som nyttige. I inntakssamtalen sa hun at hun kanskje kunne tenke seg en jobb, men denne informasjonen druknet i kliniske problemstillinger. I et siste forsøk på å få Sarah med på noe henviser behandler henne til IPS.

Jobbspesialisten setter raskt i gang, og alt etter kort tid er det tydelig at hun treffer noe annet i Sarah enn det andre i det tverrfaglige teamet har fått til. Sarah blir med ut på tur, begynner å fortelle om interesser og ønsker for fremtiden. Hun har imidlertid ingen arbeidserfaring fra tidligere og synes det er vanskelig å lande på noe konkret jobbønske, men at hun ønsker å jobbe, det er hun sikker på.

Parallelt med disse positive endringene anbefaler NAV-veileder henne å søke uføretrygd. Han er bekymret for Sarah og vurderer at det vil være for belastende for henne å jobbe og for utrygt for en arbeidsgiver å ansette henne. Dette er tanker behandlergruppen også har gjort seg, og forventningene til at hun faktisk vil greie å jobbe, er lave. Til tross for bekymringene fortsetter Sarah etter eget ønske samarbeidet med jobbspesialisten.

Veileder i NAV har samarbeidet med den aktuelle jobbspesialisten i andre saker og har heldigvis erfart at jobb er mulig for denne pasientgruppen. Veileder, jobbspesialist, Sarah og behandler holder tett kontakt og blir enige om å prøve ut jobb. Det er stor overraskelse og en god

del skepsis i behandlergruppen når jobbspesialisten forteller at Sarah har fått jobb. Selv om IPS i utgangspunktet er veletablert i avdelingen, eksisterer det fremdeles betenkeligheter knyttet til hvorvidt det er mulig å være pasient og arbeidstaker samtidig. I tillegg er det bekymring for at lønnet arbeid kan være symptomforverrende. Innledningsvis er det utfordrende for «behandler-egoet» at jobbspesialisten er så sentral, at hun får til et samarbeid som Sarah opplever som mer meningsfylt enn samarbeidet med behandler. Disse erfaringene gjør at det blir mange runder i eget system rundt hva det faktisk innebærer å henvise til IPS; kanskje blir søk etter jobb og etter hvert arbeid prioritert foran annen behandling, til og med under innleggelse.

For Sarah blir IPS starten på en rekke kortvarige arbeidsforhold hos ulike arbeidsgivere. Hun vet ikke helt hva hun vil, eller hva hun får til.

Første forsøk blir i klesbransjen, men her trives hun ikke. Hun synes oppgavene er kjedelige og blir stresset når det er mange kunder i butikken. Neste jobb, i en bokhandel, blir også kortvarig. Arbeidsgiveren og Sarah er ingen god match, og det ender med at hun slutter. Erfaringene Sarah gjør seg i denne perioden, gir likevel verdifull klinisk informasjon som en kan jobbe videre med. Behandlergruppen ser sider av Sarah som ellers ikke kommer til uttrykk, hun viser handlekraft og tydelighet når det gjelder egne ønsker. Hun tar eierskap til egen situasjon og eget liv. Neste jobbforsøk blir et vikariat i Aktivitetsskolen. Alle piler peker i riktig retning; Sarah er begeistret for både oppgaver og arbeidsgiver. Arbeidsgiveren setter tilsvarende stor pris på henne, og da vikariatet blir gjort om til en fast stilling, tilbyr han Sarah denne. Hun takker nei – til alles store overraskelse. Ingen forstår avslaget – det var jo dette hun ville?

Senere forstår vi at tilbudet om fast ansettelse trigger stemmene, angsten og selvtvilen – alt det vonde blir «*tusen ganger verre*». De avslutter arbeidsforholdet. Sarah blir dårlig og innlagt på ny. Likevel, noe er annerledes. Hun har fått smaken på arbeidslivet og er mye mer aktiv i behandlingen enn tidligere. Samarbeidet med jobbspesialisten fortsetter, det samme gjør også «*jakten på drømmejobben*» – stilling i et reklamebyrå.

Sarah er delvis utdannet innen grafisk design, og jobbspesialisten har en potensiell arbeidsgiver i sin portefølje. Skal de ta sjansen, selv om Sarah er innlagt? Til tross for dårlig timing er behandleren denne gang positiv, veilederen i NAV også – og ikke minst Sarah selv. To år senere er hun fortsatt i stillingen. Hun er fast ansatt (50 %) og trives på jobb. Som de fleste andre liker hun enkelte kollegaer bedre enn andre, og noen omgås hun også privat. Hun har fortsatt samarbeidet med jobbspesialisten, ikke i like stor grad, men synes det «*er trygt å sjekke inn med*

jevne mellomrom». I denne stillingen føler Sarah så stor tillit til arbeidsgiver at hun velger å være åpen om schizofrenidiagnosen. I samarbeid med behandler og jobbspesialist lager hun en plan for hvordan hun skal snakke om konkrete utfordringer, hva som kan være tegn på at hun er på vei til å bli syk, og hva hun trenger av tilrettelegging. Det blir også laget avtaler for hva som skal gjøres dersom Sarah blir dårlig mens hun er på jobb. Arbeidsgiver understreker viktigheten av samarbeidet med jobbspesialisten. Innledningsvis kjenner han seg usikker og er «*redd for å trå feil*», særlig etter at Sarah fortalte om schizofrenidiagnosen, som han hverken har kunnskap om eller erfaring med. Ansettelsen av Sarah, den korte veien til bistand på arbeidsplassen og ny kunnskap gjør at han nå kjenner seg trygg i arbeidsgiverrollen.

Selv om dette utvikler seg til en slags solskinnshistorie, inneholder den mange vansker i form av perioder med både usikkerhet, samarbeidsutfordringer og sykdomsforverring. Ifølge Sarah er det verdt det – hun har funnet drømmejobben.

Diskusjon

Vi har løftet frem arbeid som en naturlig og *integrert* del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten og vist hvordan det kan ha stor klinisk betydning. Gjennom tett samarbeid med jobbspesialister får vi som klinikere innblikk i sider ved og problemstillinger rundt pasientene våre vi ellers ikke hadde hatt tilgang til (Drake et al., 2012).

For pasientene ser arbeid ut til å bidra til et selvverd vi som behandlere ikke er i nærheten av å kunne formidle. Det er etter vårt syn, og i tråd med anbefalinger i Nasjonal helse- og sykehusplan, på høy tid å anerkjenne arbeidets terapeutiske betydning, der jobbstøtte er et tilbud på lik linje med all annen behandling, og der jobbspesialisten er en del av det tverrfaglige teamet rundt pasienten.

Det er behov for en endring i måten vi tilbyr tjenester til personer med sammensatte og alvorlige psykiske lidelser på. Denne endringen innebærer å sette arbeid på agendaen fra første stund gjennom å tilby IPS som en integrert del av helsehjelpen. Integrering av jobbspesialister sikrer pasientene reell adgang til arbeidslivet, i stedet for lite effektive «*train then place*»-tilnærminger og utstrakt bruk av skjermede arbeidsplasser.

Vi ser at IPS som en integrert del av spesialisthelsetjenestens tilbud gir gode resultater for arbeid og helse. Pågående behandling øker sjansen for å mestre jobb, samtidig som arbeidsfokus

øker effekten av behandlingen. Det er vår erfaring at IPS avlaster og forsterker behandlerne, og både pasienter og arbeidsgivere nyter godt av tett samarbeid mellom behandlere og jobbspesialister.

Implementeringsutfordringer

En viktig forutsetning for IPS er at tilbudet er integrert i helsetjenesten, mens satsingen i Norge har fått en sterk forankring i NAV. Dette har blant annet medført at IPS i Norge blir organisert og dermed regulert som et arbeidsmarkedstiltak. I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helsedirektoratet utsendt ultimo april 2022 blir ansvaret for fremtidig IPS-drift og ansettelse av jobbspesialister nå i sin helhet lagt til Arbeids- og velferdsetaten. Gjennom å forankre IPS utenfor helse legges det i større grad opp til *samarbeid* mellom NAV og helsetjenesten fremfor *integrering* i helse – hvilket representerer et avvik fra den opprinnelige modellen. Dette innebærer en risiko for at en ikke når de dårligste pasientene, som metoden er utviklet for å hjelpe, og at helsetjenesten ser på arbeid som noe NAV har ansvar for, parallelt med og ikke integrert i behandling (Bonfils, 2020). I en norsk rapport om samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om IPS (Fyhn et al., 2021) trekkes visse *rammebetingelser* frem (blant annet journaltilgang, samlokalisering, likeverd og ledelsesforankring) som nødvendig for å sikre god integrering. Det blir rapportert om færre samarbeidsutfordringer der jobbspesialistene enten er ansatt i eller samlokalisert med helsetjenesten enn der de er forankret utenfor. Tilsvarende funn rapporteres fra Sverige, Danmark og Australia, der integrering, samlokalisering og tydelige juridiske rammer trekkes frem som kjernekomponenter i implementeringen av evidensbaserte, tverrsektorielle tilnærminger som IPS (Bonfils et al., 2017; Hillborg et al., 2021; Mallick & Islam, 2022). Basert på disse funnene synes det betimelig å stille spørsmål ved organiseringsformen direktoratene nå legger opp til, og hvorvidt det egentlig er en integrert modell som tilbys under slike rammebetingelser.

En annen forskjell gjelder målgruppe; fra å opprinnelig være et tilbud til personer med psykoselidelse får nå grupper med et bredt spekter av kliniske utfordringer tilbud om IPS. Utvidelsen *kan* tolkes som et ønske om å bruke IPS for å redusere forbruk av trygdeytelser blant voksende sykdomsgrupper. Dette er et prisverdig mål, men er en arbeidsrehabiliteringsmodell utviklet for de med alvorlige psykiske lidelser rett virkemiddel? Er det fornuftig bruk av ressurser? IPS ved posttraumatisk stresslidelse (Mueller et al., 2019) og kronisk smerte (Sveinsdottir et al., 2022) har vist gode resultater når det gjelder å komme i ordinært lønnet arbeid. Det samme gjelder unge i fare for å falle utenfor arbeid og utdanning (Sveinsdottir et al., 2020). Det er imidlertid behov for ytterligere

forskning før evidensgrunnlaget er sterkt nok til å anbefale IPS også for disse og andre grupper (Bond et al., 2019).

Det er verdt å merke seg at langtidsstudien av IPS i Norge ikke viser bedre effekt av IPS på de med moderate psykiske lidelser sammenliknet med kontrollgruppen (Holmås et al., 2021). Det er bekymringsfullt at IPS-tilbudet til den opprinnelige målgruppen dermed ikke veves inn i helhetlig behandling på lik linje med annen terapi. Det er en reell fare for at jobb fremstår som et ensidig resultatmål fremfor støtte til tilfriskning for den relativt smale opprinnelige målgruppen. Tidligere erfaringer fra Supported Employment som arbeidsmarkedstiltak viser dertil at potensiell «creaming» eller siling av brukere er en relevant problemstilling, der utvelgelsen av brukere gjøres for å få opp resultatmålene når arbeidsmarkedsmyndighetene er misfornøyde med formidlingstallene (Bakkeli, 2020; Gjersøe & Strand, 2021). Det vil si at en fokuserer på brukere som tydelig viser at de er klare til oppstart (Greer et al., 2018). Utviklingen av tiltaket *Arbeid med bistand* er et norsk eksempel på Supported Employment som ble styrt i retning av stadig økende formidlingskrav (Spjelkavik, 2012). En intervjustudie gjennomført i Norge viser videre til bekymring for at en ikke vil prioritere jobbsøkere med alvorlige psykiske lidelser om IPS kun blir ledet av NAV (Moe et al., under vurdering).

Fordeler med jobbspesialister integrert i helsetjenesten

På lik linje med annet tverrfaglig samarbeid kreves det tillit og respekt for roller og kunnskap også i implementeringen av IPS. Vår erfaring er at dette skapes gjennom korte avstander, integrering og samlokalisering, hvilket også gjenspeiles i forskningsfunn (Mallick & Islam, 2022). Det at jobbspesialistene er tilgjengelige og tett på, gjennom dokumentasjon i EPJ og møtedeltakelse med teamene, gjør at samarbeidet mellom behandlere og jobbspesialister fungerer godt. Det er mange fem minutters prater mellom jobbspesialistene og behandlerne i løpet av en uke. Når behandlere og jobbspesialister er kollegaer og kjenner hverandre, er terskelen lav for å ta kontakt. Integrering bidrar også til at behandler og jobbspesialist blir kjent med hva de kan forvente av hverandre, og at de kontinuerlig kan utfylle hverandre. Behandler kan gå god for jobbspesialisten overfor pasienter som er i tvil om de ønsker kontakt med jobbspesialist og arbeidsliv. Jobbspesialisten bidrar på sin side til å senke terskelen til det ordinære arbeidslivet og til å øke kunnskapen om psykiske lidelser i arbeidslivet, altså til utvikling av inkluderingskompetanse i både helsetjenesten og i arbeidslivet.

Utfordringer med jobbspesialister ansatt i NAV

Vi vil påpeke at som organisasjonsform er ikke en samarbeidsmodell det samme som en integrert modell. Vi har vist at organisatorisk integrering i helsetjenesten er avgjørende for å lykkes med IPS. Nylige vurderinger gjort av HOD tilsier imidlertid at jobbspesialistens oppgaver ikke *kan* defineres som helsehjelp, selv ikke når jobbspesialisten er ansatt i helsetjenesten (Helsedirektorartet, 2022). I praksis innebærer dette at informasjonen og tilbudet om IPS må komme fra behandler eller NAV-veileder. Jobbspesialisten, som kan mest om IPS, kan først kobles på senere i prosessen. Fordi jobbspesialistens arbeid ikke er å anse som helsehjelp er det heller ikke inntektsgivende for helsetjenesten. Incentivene for å ansette jobbspesialister i helsetjenesten forsvinner dermed automatisk, og direktoratets anbefaling om å ansette jobbspesialister i NAV vil være en naturlig konsekvens. Jobbspesialister ansatt i NAV vil *ikke* kunne bli fullverdig integrert i helsetjenesten. Helserettslig grunnlag tillater ikke at eksterne aktører deltar i møter uten full anonymitet eller samtykke fra hver enkelt pasient.

En ytterligere utfordring er *dokumentasjon*. Hverken helse- eller NAV-ansatte jobbspesialister kan dokumentere sitt arbeid, viktig (klinisk) informasjon eller observasjoner i EPJ. Ei heller skal helserelaterte opplysninger dokumenteres i NAVs systemer. Dette kan i ytterste konsekvens redusere pasientsikkerheten fordi visse opplysninger, for eksempel en symptomforverring, ikke kan dokumenteres i noe system.

Likeverd er tidligere nevnt som en viktig faktor for samarbeid om IPS. Dersom alle fremtidens jobbspesialister er ansatt i NAV, er det sannsynlig at helse vil oppleve mindre eierskap til tjenesten. IPS i Norge har hittil vært et samhandlingsprosjekt, med en likeverdig satsing fra NAV og helse. Nye føringer tilsier at helsetjenesten skal legge til rette for at NAV skal gjennomføre sitt arbeidsmarkedstiltak, men uten å ha styringsmyndighet for IPS-tjenesten eller incentiver for å prioritere dette samarbeidet.

Implikasjoner

Et kort tilbakeblikk på IPS i Norge viser politisk satsingsvilje og sterk vekst. NAV har både fått og tatt et betydelig ansvar i arbeidet med innføringen og oppskaleringen av IPS, økonomisk og organisatorisk. Med tanke på hva en tradisjonelt fokuserer på i helse, har denne innsatsen trolig vært helt nødvendig for å etablere IPS på nasjonalt nivå. Når HOD nå vurderer at fremtidens

jobbspesialister skal ansettes i NAV, er det grunn til bekymring. Vi frykter at definisjonen av IPS som et arbeidsmarkedstiltak og ikke som en behandlingstilnærming vil ramme pasientene med de mest alvorlige lidelsene. Paradoksalt nok er det pasientene med alvorlig psykisk lidelse IPS i utgangspunktet ble utviklet for og har vist mest gjennomgående effekt for, og hvor det er helt nødvendig å integrere arbeid som en del av behandlingstilbudet for å lykkes.

Vår erfaring er at det er mulig å lykkes med arbeidsinkludering av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusbrukslidelser. Ved å definere IPS som et arbeidsmarkedstiltak reduseres mulighetene for samhandling, bruk av EPJ blir ulovlig og ikke minst fjerner en insentiver overfor helsetjenesten til å fokusere på arbeid, et oppdrag som eksplisitt er blitt gitt oss i gjeldende Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er behov for å endre fokus og innhold i tilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusbrukslidelse, og det gjør vi ikke ved å legge alt ansvar over på NAV. Arbeidsinkludering for disse gruppene er ikke noe NAV eller helsetjenesten klarer på egen hånd, det tilsier all tidligere erfaring, samt de svake resultatene for overgang til arbeid ved bruk av andre metoder. Vi mener tiden er inne for at helsetjenesten også tar ansvar for arbeidsinkludering og måles på hvordan vi kvalitativt jobber med dette og på resultatene vi oppnår. Vi kan ikke slå oss til ro med føringer som gir mindre grad av integrering enn det som er en forutsetning for god kvalitet i IPS-tjenestene. Daglig ser vi hvordan arbeid er helsefremmende for pasientene våre. Vi håper derfor helsetjenesten gis muligheten til å tilby arbeidsrettet behandling – og vi vil ta på oss oppgaven og vise oss tilliten verdig.

Referanser

- Aklin, W. M., Wong, C. J., Hampton, J., Svikis, D. S., Stitzer, M. L., Bigelow, G. E. & Silverman, K. (2014). A therapeutic workplace for the long-term treatment of drug addiction and unemployment: Eight-year outcomes of a social business intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(5), 329–338. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.06.013>
- Bakkeli, V., Frøyland, K. & Spjelkavik, Ø. (2020). *Kvalitetsarbeid i Supported Employment-tjenester* (AFI-rapport 2020:04). Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet. <https://hdl.handle.net/10642/8835>
- Becker, D. R., Swanson, S. J., Reese, S. L., Bond, G. R. & McLeman, B. M. (2015). *Supported employment fidelity review manual. A Companion Guide to the Evidence-Based IPS Supported Employment Fidelity Scale* (Third Edition ed.).

- Bond, G. R. & Drake, R. E. (2014). Making the case for IPS Supported Employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1). <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0444-6>
- Bond, G. R., Drake, R. E. & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry*, 19(3), 390–391. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Bond, G. R., Drake, R. E. & Pogue, J. A. (2019). Expanding Individual Placement and Support to Populations With Conditions and Disorders Other Than Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 70(6), 488–498. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800464>
- Bonfils, I. S. (2020). Challenges of integrating employment services with mental health services as part of the ‘Individual placement and support’ approach. *Nordic Social Work Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1758756>
- Bonfils, I. S., Hansen, H., Dalum, H. S. & Eplov, L. F. (2017). Implementation of the individual placement and support approach—facilitators and barriers. *Scandinavian journal of disability research*, 19(4), 318–333.
- Brinchmann, B., Widding-Havneraas, T., Modini, M., Rinaldi, M., Moe, C. F., McDaid, D., Park, A. L., Killackey, E., Harvey, S. B. & Mykletun, A. (2020). A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 206–220. <https://doi.org/10.1111/acps.13129>
- Cleveland, J. N., Barnes-Farrell, J. L. & Ratz, J. M. (1997). Accommodation in the workplace. *Human Resource Management Review*, 7(1), 77–107. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(97\)90006-1](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(97)90006-1)
- Corrigan, P. W. & McCracken, S. G. (2005). Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work*, 50(1), 31–39.
- Davis, M. & Rinaldi, M. (2004). Using an Evidence-Based Approach to Enable People with Mental Health Problems to Gain and Retain Employment, Education and Voluntary Work. *The British Journal of Occupational Therapy*, 67(7), 319–322. <https://doi.org/10.1177/030802260406700706>
- de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Bergmans, C. & Bond, G. R. (2020). Fidelity and IPS: does quality of implementation predict vocational outcomes over time for organizations treating persons with severe mental illness in the Netherlands? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(12), 1607–1617. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01890-0>

- Drake, R. E., Bond, G. R. & Becker, D. R. (2012). *IPS supported employment: an evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001>
- Evensen, S., Wisloff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Martinsen, E. W., Ueland, T. & Falkum, E. (2019). Exploring the potential cost-effectiveness of a vocational rehabilitation program for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2130-7>
- Fyhn, T., Øygarden, O., Monstad, K. & Skagseth, M. (2021). *Evaluering av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om Individuell jobbstøtte (IPS)* (Rapport 1 - 2021). NORCE.
- Gjersøe, H. M. & Strand, A. H. (2021). The Street-Level Organisation in-between Employer Needs and Client Needs: Creaming Users by Motivation in the Norwegian Employment and Welfare Service (NAV). *Journal of Social Policy*, 1–18. <https://doi.org/10.1017/S0047279421000933>
- Greer, I., Schulte, L. & Symon, G. (2018). Creaming and parking in marketized employment services: An Anglo-German comparison. *Human Relations*, *71*(11), 1427–1453. <https://doi.org/10.1177/0018726717745958>
- Helsedirektoratet. (2022). *Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS). Rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid*. Helsedirektoratet.
- Hillborg, H., Bergmark, M. & Bejerholm, U. (2021). Implementation of individual placement and support in a first-episode psychosis unit: A new way of working. *Social Policy & Administration*, *55*(1), 51–64. <https://doi.org/10.1111/spol.12611>
- Hoffmann, H., Jackel, D., Glauser, S., Mueser, K. T. & Kupper, Z. (2014). Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *171*(11), 1183–1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857>
- Holmås, T. H., Monstad, K. & Reme, S. E. (2021). Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine*, *270*, 113691. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113691>
- Jäckel, D., Kupper, Z., Glauser, S., Mueser, K. T. & Hoffmann, H. (2017). Effects of Sustained Competitive Employment on Psychiatric Hospitalizations and Quality of Life. *Psychiatric Services*, *68*(6), 603–609. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600083>

- Kilian, R. & Becker, T. (2007). Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health, 16*(2), 211–222. <https://doi.org/10.1080/09638230701279899>
- Killackey, E., Allott, K., Jackson, H. J., Scutella, R., Tseng, Y. P., Borland, J., Proffitt, T. M., Hunt, S., Kay-Lambkin, F., Chinnery, G., Baksheev, G., Alvarez-Jimenez, M., McGorry, P. D. & Cotton, S. M. (2019). Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 214*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.191>
- Kinn, L. G., Costa, M., Voll, I., Austrheim, G., Aas, R. W. & Davidson, L. (2021). «Navigating Between Unpredictable Icebergs»: A Meta-Ethnographic Study of Employment Specialists' Contributions in Providing Job Support for People with Mental Illness. *Journal of Occupational Rehabilitation, 31*(3), 512–531. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09943-6>
- Lones, C. E., Bond, G. R., McGovern, M. P., Carr, K., Leckron-Myers, T., Hartnett, T. & Becker, D. R. (2017). Individual Placement and Support (IPS) for Methadone Maintenance Therapy Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Administration and Policy in Mental Health, 44*(3), 359–364. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0793-2>
- Mallick, S. & Islam, M. S. (2022). The impact of co-location employment partnerships within the Australian mental health service and policy context: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.13007>
- Marsden, J., Anders, P., Clark, H., Colocassis, K., Eastwood, B., Knight, J., Melaugh, A., Quinn, D., Wright, V. & Stannard, J. (2020). Protocol for a multi-centre, definitive randomised controlled trial of the effectiveness of Individual Placement and Support for employment support among people with alcohol and drug dependence. *Trials, 21*(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4099-4>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B. & Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry, 24*(4), 331–336. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A. & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry, 209*(1), 14–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>

- Moe, C., Brinchmann, B., Borg, M., McDaid, D., Rinaldi, M., Killackey, E. & Mykletun, A. (under vurdering). The history of implementing Individual Placement and Support in Norway. From vocational rehabilitation to an employment scheme.
- Moe, C., Brinchmann, B., Rasmussen, L., Brandseth, O. L., McDaid, D., Killackey, E., Rinaldi, M., Borg, M. & Mykletun, A. (2021). Implementing individual placement and support (IPS): the experiences of employment specialists in the early implementation phase of IPS in Northern Norway. The IPSNOR study. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 632. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03644-x>
- Moen, E., Walseth, L. T. & Larsen, I. B. (2021). Experiences of participating in individual placement and support: a meta-ethnographic review and synthesis of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *35*(2), 343–352. <https://doi.org/10.1111/scs.12848>
- Mueller, L., Wolfe, W. R., Neylan, T. C., McCaslin, S. E., Yehuda, R., Flory, J. D., Kyriakides, T. C., Toscano, R. & Davis, L. L. (2019). Positive impact of IPS supported employment on PTSD-related occupational-psychosocial functional outcomes: Results from a VA randomized-controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *42*(3), 246–256. <https://doi.org/10.1037/prj0000345>
- Mueser, K. T., Campbell, K. & Drake, R. E. (2011). The Effectiveness of Supported Employment in People With Dual Disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, *7*(1–2), 90–102. <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.568360>
- Nesse, L., Aamodt, G., Gonzalez, M. T., Rowe, M. & Raanaas, R. K. (2021). The role of occupational meaningfulness and citizenship as mediators between occupational status and recovery: a cross-sectional study among residents with co-occurring problems. *Advances in Dual Diagnosis*, *14*(3), 99–118. <https://doi.org/10.1108/ADD-08-2020-0018>
- Poulsen, C. H., Christensen, T. N., Madsen, T., Nordentoft, M. & Epløv, L. F. (2021). Trajectories of Vocational Recovery Among Persons with Severe Mental Illness Participating in a Randomized Three-Group Superiority Trial of Individual Placement and Support (IPS) in Denmark. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *32*(2), 260–271. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-10003-w>
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M. & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, *14*(1), 50–60. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003509>

- Rognli, E. B., Aas, E. M., Drake, R. E., Marsden, J., Anders, P., Bond, G. R., Lystad, J. U., Reme, S. E. & Arnevik, E. A. (2021). The effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS) for patients with substance use disorders: study protocol for a randomized controlled trial of IPS versus enhanced self-help. *Trials*, 22(1), 705. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05673-z>
- Spjelkavik, Ø. (2012). Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37(3), 163–172. <https://doi.org/10.3233/JVR-2012-0611>
- Sveinsdottir, V., Jacobsen, H. B., Ljosaa, T. M., Linnemørken, L. T. B., Knutzen, T., Ghiasvand, R. & Reme, S. E. (2022). The Individual Placement and Support (IPS) in Pain Trial: A randomized controlled trial of IPS for patients with chronic pain conditions. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnac032>
- Sveinsdottir, V., Lie, S. A., Bond, G. R., Eriksen, H. R., Tveito, T. H., Grasdal, A. L. & Reme, S. E. (2020). Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46(1), 50–59. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3837>
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* The Stationary Office.
- Wallstroem, I. G., Pedersen, P., Christensen, T. N., Hellström, L., Bojesen, A. B., Stenager, E., White, S., Mueser, K. T., Bejerholm, U., van Busschbach, J. T., Michon, H. & Eplöv, L. F. (2021). A Systematic Review of Individual Placement and Support, Employment, and Personal and Clinical Recovery. *Psychiatric Services*, 72(9), 1040–1047. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000070>