

Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport

Desember, 2016

Uni Research Helse har i samarbeid med Uni Research Røkkansenteret gjennomført en forskningsbasert effektevaluering av tiltaket Individuell jobbstøtte (IPS). Evalueringen er utført på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Kontrakten mellom Arbeids- og Velferdsdirektoratet og Uni Research Helse ble undertegnet 24. april 2013. Det er tidligere levert tre rapporter fra prosjektet. Første rapport inneholdt detaljer rundt oppstart av prosjektet og denne ble oversendt Arbeids- og velferdsdirektoratet 11. mars 2014. Andre rapport inneholdt informasjon om fremdriften i prosjektet, foreløpige funn fra enkelte sekundære utfallsmål og foreløpige analyser fra prosessevalueringen. Rapport 2 ble oversendt Arbeids- og velferdsdirektoratet 23. desember 2014. Rapport 3 presenterte fullstendige resultater fra baseline spørreskjema og foreløpige analyser fra 6-måneders oppfølging og ble levert 23. desember 2015. Denne rapporten er den siste i rekken av 4 og inneholder spørreskjemadata fra 6 og 12-måneders oppfølging og en oppsummering av de endelige resultatene fra effektevalueringen av Individuell jobbstøtte målt 18-30 måneder etter inklusjon i forskningsprosjektet. Effektevalueringen er også supplert med en prosessevaluering og en kost/nytte-analyse.

Oslo & Bergen, november, 2016

Silje Endresen Reme Karin Monstad Tonje Fyhn Simon Øverland

Kari Ludvigsen Vigdis Sveinsdottir Camilla Løvvik Stein Atle Lie

Takk til: Ola Thune for bistand med levering og tilrettelegging av registerdata fra NAV; medarbeidere ved Norsk pasientregister og Helsedirektoratet for tilgang til forbruks- og kostnadsdata for psykiatriske spesialisthelsetjenester; Ingrid Blø Olsen, Line Remme Solberg, Åse Mattsson og Adrian Manskow Løken for god hjelp med forskningsadministrative oppgaver; prosjektlederne og alle ansatte ved de seks pilotprosjektene for godt samarbeid gjennom hele prosjektperioden og for villigheten til å la seg evaluere; Kristin Vold Hjerpås og Randi Røed Andersen for godt samarbeid og sikker ledelse; og til slutt alle deltakerne som har bidratt til ny kunnskap om hva som kan hjelpe folk som strever med å fungere i jobb på grunn av psykiske plager og lidelser.

Innhold

1. Sammendrag	9
2. Introduksjon og bakgrunn	10
2.1 Bakgrunn	10
2.2 Individuell jobbstøtte (IPS)	12
2.3 Effektevalueringen	14
2.3.1 Design: den kvantitative analysen	14
2.3.2 Inklusjon av deltakere	14
2.3.3 Utfallsmålene	17
2.4 Kost-nytte evalueringen	19
2.5 Prosessevalueringen	19
2.5.1 Analyse av det kvalitative materialet	20
3. Beskrivelse av deltakerne i forskningsprosjektet	21
3.1 Demografi og utdanning	21
3.2 Symptomer, helse, funksjonsnivå og livskvalitet	22
3.2.1 Symptomer på psykose	22
3.2.2 Funksjonsnivå	23
3.3 Psykiatriske diagnoser	23
3.3.1 Beskrivelse av de to sub-gruppene	24
3.4 Tidligere utsatt for vold	25
3.5 Alkohol og rusproblemer	25
3.6 Helse og arbeid	26
4. Resultater	26

4.1	Arbeidsdeltakelse og trygd	26
4.1.1	Datagrunnlaget	27
4.1.2	Effekten av IPS på arbeidsdeltakelse	28
4.1.3	Regresjonsresultater	30
4.1.4	Effekter for sub-gruppene moderate vs alvorlige psykiske lidelser	32
4.1.5	Effekter i de seks ulike sentrene	33
4.1.6	Resultater for ulike lengder på oppfølgingsperioden	34
4.2	Utdanningsaktivitet	36
4.3	Bruk av psykiatriske spesialisthelsetjenester	36
4.4	Helse og livskvalitet	37
4.4.1	Sub-grupper	42
4.4.2	Alkohol og rusmisbruk	43
4.4.3	Manglende svarresponser (missing)	43
4.4.4	Selvrapportert arbeidsdeltakelse	45
5.	Kost-nytte-analyse	47
5.1	Metode	47
5.2	Kalkulasjoner av samfunnsøkonomisk lønnsomhet	48
5.2.1	Kalkyle med en tidshorisont på 2 år	50
5.2.2	Kalkyle når effekten på sysselsetting forlenges utover 2 år	52
6.	Prosessevalueringen	53
6.1	Prosessevaluering del 1. Mål relatert til brukerperspektivet	54
6.1.1	Rekkevidde	54
6.1.2	Målgruppe og representativitet	54
6.1.3	Deltaker-intervjuer: Rekruttering og forventninger til tiltaket	54

6.1.4	Dose mottatt	55
6.1.5	Deltaker-intervjuer: Dose levert og mottatt	55
6.1.6	Tilfredshet/opplevd nytte	57
6.1.7	Tilfredshet med jobbspesialist	57
6.1.8	Opplevd nytte av tiltaket	58
6.1.9	Fremmende og hemmende faktorer for deltakelse	59
6.1.10	Forbedringsforslag fra deltakere	64
6.2	Prosessevaluering del 2: Sentrenes gjennomføring av IPS-modellen	64
6.2.1	Dose levert	65
6.2.2	Kvalitetsmålinger (fidelity reviews)	65
6.2.3	Erfaringer med gjennomføringen av forsøket	67
6.2.4	Oppsummering: Suksesskriterier og barrierer for sentrenes arbeid	82
6.2.5	Arbeidsmarkedsanalyse	83
6.3	Prosessevaluering del 3: Arbeidsgiverstudie	84
6.3.1	Metode	84
6.3.2	Resultater	84
6.3.3	Oppsummering	86
7.	Oppsummering og diskusjon	86
7.1	Oppsummering	86
7.2	Konteksten for studien	87
7.3	Målgruppe og undergrupper	87
7.3.1	Karakteristikk ved deltakerne	87
7.3.2	Effekter på undergruppene moderate vs alvorlige psykiske lidelser	88
7.3.3	Effekter i ulike sentre	88

7.4	Effekt av IPS på helse og livskvalitet	89
7.5	Kost-nytte-analysen	89
7.6	Innsikter fra prosessevalueringen	90
7.6.1	Organiseringen av sentrene	91
7.7	Sammenlikning med internasjonale IPS-studier	92
7.8	Begrensninger og svakheter ved studien	93
7.9	Implikasjoner	94
8.	Referanser	94
9.	Appendiks	97
9.1	Utrekning av kritisk verdi for bruttolønn	97
9.2	Oversikt over informanter i prosessevalueringen	98
9.3	Intervjuguide 1: Nøkkelinformanter	99
9.4	Intervjuguide 2: Gruppeintervju piloter	100
9.5	Intervjuguide 3: Brukere – IPS-gruppen	102
9.6	Intervjuguide 4: Samarbeidspartnere	103
9.7	Oversikt over de ulike sentrenes organisering	105

1. Sammendrag

Flertallet av mennesker med alvorlige psykiske lidelser ønsker å fungere i ordinært lønnet arbeid. Likevel er arbeidsdeltakelsen i denne gruppen lav. Arbeidsdeltakelsen i denne gruppen er også lav sammenliknet med våre naboland, særlig med tanke på den høye generelle sysselsettingsraten i Norge.

Individuell jobbstøtte (IPS) er en tilnærming til arbeidsrehabilitering som har vist god effekt på sysselsetting. Gjennom tett individuell oppfølging, integrering av helse- og arbeidsrehabilitering og ordinær arbeidsplass som treningsarena, jobbes det for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal komme ut i ordinært arbeid. Metodikken er godt dokumentert fra internasjonale studier, men har ikke vært prøvd ut i Norge for mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Prosjektet som presenteres i denne rapporten er dermed det første forsøket på å evaluere effekten av IPS på arbeidsdeltakelse blant mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser i Norge. Evalueringen inneholder en effektevaluering, en prosessevaluering og en kost-nytte-analyse.

Evalueringen er basert på etableringen av IPS i seks ulike fylker, og prosjektet ble initiert og finansiert gjennom et samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet i 2012.

Totalt 410 deltakere ble inkludert i studien og tilfeldig fordelt til to grupper: 229 fikk tilbud om IPS mens 181 fikk tilbud om en høykvalitetsversjon av ordinær oppfølging. 49 % var kvinner, snittalder var 35 år og de hadde et utdanningsnivå som var lavere enn i den generelle befolkning. I henhold til kategorisering gjort i øvrige studier av IPS, ble 45 % av deltakerne definert å ha *alvorlige psykiske lidelser* (psykoselidelser og bipolar lidelse), mens 55 % ble definert å ha *moderate psykiske lidelser* (primært affektive lidelser). De vanligste psykiatriske diagnosene var depresjon, angstlidelser og psykoselidelser.

Det overordnede målet med effektevalueringen var å undersøke om IPS førte til høyere sysselsettingsgrad enn tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak. I forsøket ble deltakere tilfeldig fordelt til enten IPS eller en høykvalitetsversjon av tradisjonelle arbeidsrettede tiltak. Evalueringen viste en tydelig og statistisk sikker effekt i favør av IPS der gruppen som fikk IPS-oppfølging hadde høyere grad av sysselsetting enn gruppen som deltok i andre arbeidsmarkedstiltak. Ved 18 måneders oppfølging var 37 % av IPS-deltakerne i jobb, sammenliknet med 27 % i kontrollgruppen. En regresjonsanalyse med kontroll for observerbare bakgrunnskjennetegn, og der oppfølgingsperioden var fra 18 til 31 måneder, viste også en tydelig økning i sysselsetting som følge av IPS, og at betydelig færre av IPS-gruppen mottok NAV-tiltak. Videre var det en (svak) tendens til at andelen som kombinerte jobb og AAP økte mer i IPS-gruppen enn i kontrollgruppen. En annen undergruppeanalyse tydet på at det ikke var vesensforskjell i effekt mellom alvorlige og moderate psykiske lidelser; effektestimater gikk i positiv retning for begge grupper, men var ikke statistisk signifikant når vi splittet utvalget.

Resultatene fra spørreskjema viste at IPS bidro til signifikant bedre livskvalitet, bedre selvopplevd helse, lavere symptomnivå på depresjon og bedre funksjon ved 12 måneders oppfølging sammenliknet med

kontrollgruppen. Deltakerne som fikk IPS hadde også en signifikant høyere tro på at arbeid var bra for helsen sammenliknet med kontrollgruppen ved 6 og 12 måneders oppfølging.

Kost-nytte-analysen viste hvilken brutto lønn de som kom i jobb måtte oppnå, dersom denne effekten skulle bære driftskostnadene for tiltaket. Dette lønnsnivået var så høyt at det ikke var realistisk å regne med at tiltaket var samfunnsøkonomisk lønnsomt innenfor tidsvinduet av denne evalueringen. Dersom den tydelige effekten av sysselsettingen varer ved, vil imidlertid tiltaket kunne gi en samfunnsøkonomisk gevinst.

I prosessevaluering fremkom det at deltakerne som fikk IPS var svært fornøyd med oppfølgingen og samarbeidet med jobbspesialisten, og opplevde deltakelsen som nyttig. På tross av varierende kvalitet på kvalitetsmålingene, indikerer målingene økende grad av kvalitet på implementeringen.

Prosessevalueringen viste likevel at det har vært en krevende prosess å implementere IPS i de ulike fylkene. Noen av elementene som pekte seg ut som mest utfordrende var å holde fokus på at jobbene de rekrutterte til var arbeidssteder i det ordinære arbeidslivet, det systematiske arbeidet med å etablere relasjoner med potensielle arbeidsgivere og integreringen med behandling gitt i helsevesenet.

Effektevalueringen av Individuell jobbstøtte (IPS) bidrar med ny kunnskap både nasjonalt og internasjonalt og er per dags dato en av de aller største IPS-studiene i verden. Først og fremst dokumenteres det at IPS har effekt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser også i norsk kontekst. Dernest dokumenteres det at effekten av IPS ikke var forskjellig mellom gruppene av moderate versus alvorlige psykiske lidelser. Til slutt dokumenteres det positive effekter av IPS på helse og livskvalitet som aldri har vært vist på tvers av så mange indikatorer i tidligere studier. På bakgrunn av den foreliggende forskningsrapporten, kan en videreføring av IPS anbefales og prioriteres for mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser.

2. Introduksjon og bakgrunn

2.1 Bakgrunn

Om lag en tredjedel av uførestønadene i Norge innvilges på bakgrunn av psykiske lidelser, og blant dem som får innvilget uførestønad før fylte førti år er andelen hele 59 % (NAV, 2013). Funn fra internasjonale studier viser at så mange som 65 % av dem som lever med en alvorlig psykisk lidelse ønsker å delta i arbeidslivet, samtidig som andelen som har tilgang til arbeid i denne gruppen kun er på 15 % (Bond & Drake, 2014). Retten til arbeid er inkludert blant FNs menneskeretter (FN, art.23), og arbeid er en kilde til viktige økonomiske og sosiale ressurser. For mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan deltakelse i arbeidslivet gi både helsemessige og sosiale gevinster.

Generelt kan tiltak med fokus på å øke arbeidsdeltakelse for mennesker med nedsatt funksjon kategoriseres i to tilnærminger: *”Train and place”* eller *”place and train”*. Tiltak utformet etter førstnevnte modell inkluderer ofte en periode med arbeidstrening, for eksempel i en skjermet virksomhet

eller annet arbeidsforberedende tiltak, før brukeren introduseres for deltakelse i ordinært arbeidsliv. Denne tilnærmingen har til nå vært mest brukt for å øke arbeidsdeltakelse blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser i Norge. Tiltak etter *"place and train"* skiller seg fra tradisjonell tilnærming ved å umiddelbart introdusere brukeren for det ordinære arbeidsmarkedet, parallelt med at det gis individuell støtte.

Individual Placement and Support (IPS) er en evidensbasert metodikk som baserer seg på *"place and train"* tilnærming, opprinnelig utviklet i USA. Det er god dokumentasjon på at metoden gir økt sysselsetting i ordinært arbeidsliv for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Bond et al., 2007; Davis et al., 2012; Drake et al., 1999; Drake, McHugo, Becker, Anthony, & Clark, 1996; Gold et al., 2006; Lehman et al., 2002; Mueser et al., 2004; Twamley, Narvaez, Becker, Bartels, & Jeste, 2008).

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet lanserte høsten 2007 Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Erfaringene fra strategiperioden peker på tre grunnleggende faktorer for å lykkes med å gi flere mennesker med psykiske helseproblemer mulighet til å komme i arbeid:

- Tett samarbeid og koordinering mellom tjenestene
- Tett individuell oppfølging
- Bruk av ordinære arbeidsplasser som treningsarena

I Statsbudsjettet for 2013 ble det vedtatt at satsingen skal videreføres gjennom Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016), der utprøvingen av Individuell jobbstøtte (IPS) er et av tiltakene. Samarbeidet mellom helsesektoren og NAV skulle fortsatt stimuleres og prioriteres.

Boks 1. Finansiering og organisering av forsøket med utprøving av Individuell jobbstøtte (IPS).

Finansielle rammer for Individuell jobbstøtte

Våren 2012 ble det fra Helsedirektoratet lyst ut tilskuddsmidler til utprøving av Individuell jobbstøtte. Utprøvingen skulle gjennomføres som seks pilotprosjekter i perioden 2012-2016.

Utprøvingen av Individuell jobbstøtte og forskningsprosjektet i tilknytning til dette er i hovedsak finansiert av øremerkede midler til stillinger og drift over Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016).

Organisering av Individuell jobbstøtte

De seks pilotprosjektene som fikk innvilget tilskuddsmidler etter søknad og har deltatt i utprøvingen har vært lokalisert i Oslo, Vestfold (Sandefjord/Tønsberg), Hordaland (Bergen), Oppland (Hadeland/Gran), Akershus (Follo/Oppegård) og Hedmark (Elverum). Hovedmålsettingen for de seks utvalgte pilotprosjektene var å prøve ut metoden for Individuell jobbstøtte i en mest mulig rendyrket form. Dette inkluderte regelmessige kvalitetsmålinger (Fidelity Reviews).

En styringsgruppe bestående av ledere fra både Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har hatt ansvaret for helheten i prosjektet. Oppnevnte prosjektledere fra hvert direktorat har det faglige ansvaret for igangsetting og gjennomføring av arbeidet.

Forsøket er delt i tre hovedbolker:

1. Finansiering av pilotprosjektene
2. Opplæringsmoduler og kvalitetsmålinger til pilotene
3. Evaluering

Prosjektleder fra Helsedirektoratet har hatt ansvar for del 1, mens prosjektleder fra Arbeids- og velferdsdirektoratet har hatt hovedansvar for del 2 og 3.

For å øke lesbarheten, vil de 6 pilotprosjektene for IPS i de ulike fylkene herfra omtales som sentre.

2.2 Individuell jobbstøtte (IPS)

Individual Placement and Support (IPS), på norsk kalt Individuell jobbstøtte, heretter referert til som «IPS», er en relativt ny og systematisk oppfølgingsmetodikk som har fokus på å øke arbeidsdeltakelse i ordinært, lønnet arbeid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Sentralt for denne metodikken er bruken av ordinære arbeidsplasser som treningsarena, integrering av tjenester innen helse- og arbeidsrehabilitering, og tett individuell oppfølging av brukerne av IPS.

Inntakskriteriene for IPS er enkle og basert på den enkelte brukers ønsker: Dersom en bruker har et ønske om å jobbe, skal det være tilstrekkelig for å oppfylle kriteriet om deltakelse i IPS. Det gjøres altså ingen arbeidsevnevurdering, og det praktiseres ingen eksklusjonskriterier. Utgangspunktet er at alle som ønsker det selv skal kunne delta i arbeidslivet, og at ingen skal fratas muligheten til å ha en jobb.

Gjennom en individuell oppfølging får deltakeren støtte i jobbsøkerprosessen, hvor målet er å finne rett arbeid til rett person. Støtten er kontinuerlig, og fortsetter også etter at deltakeren har fått arbeid. Jobbstøtten har fokus på jobb i ordinært arbeid, og jobbstøtten pågår parallelt med behandling i helsetjenesten.

IPS er manualbasert og følger disse 8 prinsippene:

- Målet er vanlig jobb
- Deltakelse på bakgrunn av brukers eget ønske

-
- Individuell jobbstøtte er en integrert del av behandlingen
 - Jobbsøk skjer ut fra brukerens interesser og ferdigheter
 - Tilpasset økonomisk rådgivning i overgangen fra trygd/stønader til arbeid
 - Jobbsøk starter raskt, og senest etter 1 måned
 - Systematisk jobbutvikling; Jobbspesialisten etablerer relasjoner med arbeidsgivere med utgangspunkt i brukerens yrkesønsker
 - Oppfølgingen er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset

IPS har sin opprinnelse fra USA og er en evidensbasert tilnærming som brukes for å bistå mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer til å skaffe og beholde vanlig, lønnet arbeid (Bond & Drake, 2012; Drake et al., 1999). IPS bygger på idéen om at alle som vil jobbe, kan jobbe, forutsatt at man finner riktig type jobb og arbeidsmiljø. Metoden innebærer at deltaker får arbeidsrettet oppfølging integrert med behandling, og fokuserer på ansettelse på vanlige arbeidsplasser uten opptrening på forhånd. Tiltaket er individuelt tilpasset, og legger vekt på å igangsette jobbsøk basert på deltakerens interesser og ferdigheter. Jobbsøk starter så tidlig som mulig og senest innen 1 måned etter inntak. På verdensbasis kan denne tilnærmingen vise til best effekt på inkludering i arbeidslivet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser sammenliknet med «train-and-place» tilnærming (Bond, Drake, & Becker, 2012).

Også i flere europeiske land har IPS vist seg å ha positiv effekt på arbeidsdeltakelse for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, men resultatene fra studier av IPS i Europa har generelt ikke vært fullt så sterke som studiene fra USA (Bejerholm, Areberg, Hofgren, Sandlund, & Rinaldi, 2015; Hoffmann, Jackel, Glauser, & Kupper, 2012). Det har blitt foreslått at lokale faktorer, som for eksempel sosial- og velferdssystemer, lovgivning og tilgang til arbeid, har betydning for overførbarhet av IPS, men dette er ikke tilstrekkelig undersøkt (Bond, Drake, et al., 2012; Burns et al., 2007). Norge er blant annet kjennetegnet av at vi har et velutviklet velferdssystem med høyere ytelser enn mange andre land, lav arbeidsledighet og høy jobbsikkerhet. Disse kjennetegnene gjør at Norge skiller seg fra flere av de andre landene og kontekstene hvor man hittil har studert effekten av IPS, og da på områder som kan tenkes å være av betydning for arbeidsdeltakelse blant mennesker med psykiske lidelser.

Hvorvidt IPS vil kunne ha effekt på arbeidsdeltakelse i ordinært, lønnet arbeid i en norsk kontekst er hittil ikke kjent. I tidligere studier av IPS er det videre kun mennesker med alvorlige psykiske lidelser som har deltatt, mens effekten på mennesker med moderate psykiske lidelser hittil ikke er kjent. Den foreliggende studien vil dermed både bidra til å belyse effekten av IPS i en norsk kontekst, i tillegg til å belyse effekten for mennesker med moderate psykiske lidelser.

Målgruppen for IPS er personer som ønsker en ordinær lønnet jobb og som er i behandling - i primær- eller spesialisthelsetjenesten - for moderate til alvorlige psykiske lidelser, eventuelt i kombinasjon med avhengighetsproblematikk.

2.3 Effektevalueringen

Det overordnede målet for den forskningsbaserte effektevalueringen var å undersøke om IPS førte til at målgruppen for tiltaket oppnådde høyere sysselsettingsgrad enn uten dette tiltaket. Tiltaket ligger i skjæringslinjen mellom å være et arbeidsrettet tiltak og et helsetiltak, men der arbeidsdimensjonen utgjør det primære mål. Derfor er også sekundære mål som helsemessige faktorer av interesse.

2.3.1 Design: den kvantitative analysen

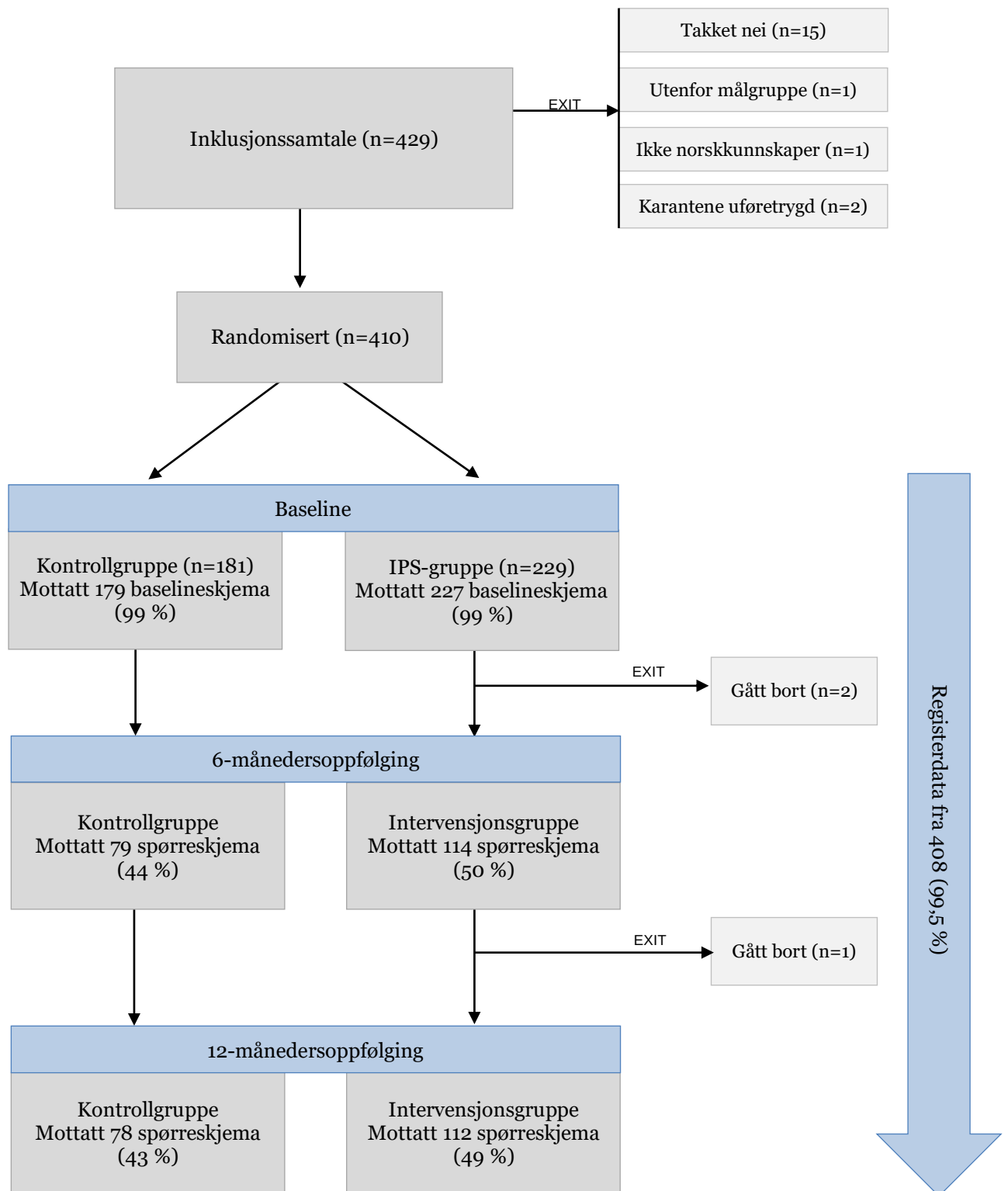
Effektevalueringen av Individuell jobbstøtte (IPS) ble gjennomført som en randomisert og kontrollert multisenterstudie (RCT) hvor IPS sammenliknes med en høykvalitets versjon av ordinær oppfølging i form av øvrige tiltak og tjenester i NAV og helsetjenesten for målgruppen. I denne sammenheng vil ordinær oppfølging fra NAV som regel involvere Arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) eller Arbeid med bistand (AB) og behandlingstilbud etter vedtak fra helsetjenesten. Dette gir oss muligheten til å sammenlikne IPS med det eksisterende tilbudet om jobbstøtte for mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser i Norge. Av etiske grunner ble kontrollgruppen tilbudt en *høykvalitetsversjon* av øvrige tiltak som innebar at de fikk lavest mulig ventetid og ble prioritert i den grad det var mulig. Dette ble primært gjort for å sikre ivaretagelse av deltakerne samt forhindre negative forventningseffekter (nocebo) (Sveinsdottir et al., 2014).

For å sikre at en eventuell forskjell i effekt mellom gruppene kun tilskrives selve tiltaket, ønsket vi å gjøre de systematiske forskjellene mellom gruppene så små som overhode mulig. Derfor ble et randomisert design valgt. Ved en randomisering vil allokeringen til IPS og kontrollgruppen være tilfeldig. Dette sikrer at en eventuell forskjell i effekt mellom gruppene med stor sikkerhet kan tilskrives tiltaket.

2.3.2 Inklusjon av deltakere

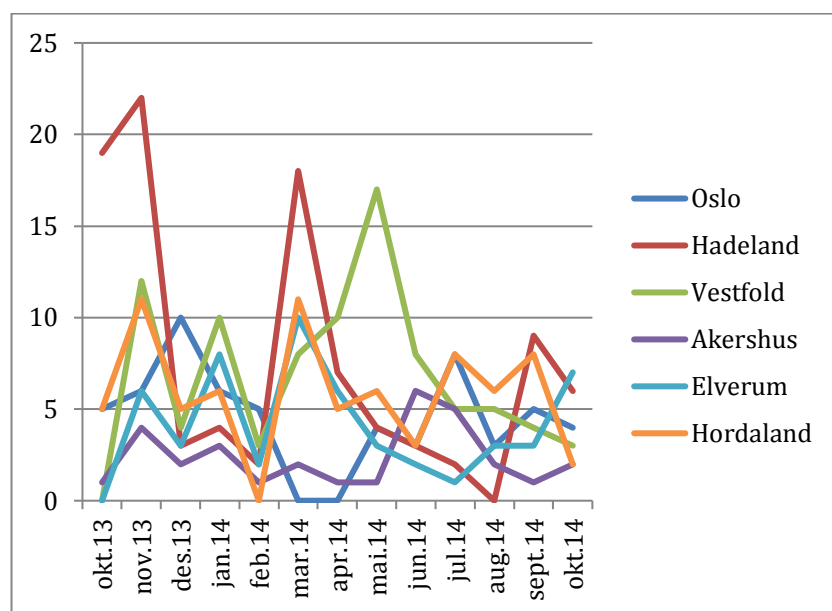
Flytdiagrammet (Figur 1) gir en skjematisk presentasjon av hvordan studien er satt opp.

Flytdiagrammet gir også en oversikt over hvor mange deltakere som ble inkludert i studien, hvor mange som ble ekskludert fordi de ikke oppfylte kriteriene for studien, hvor mange som ikke ønsket å delta i prosjektet og hvor mange som selv valgte å trekke seg fra studien.

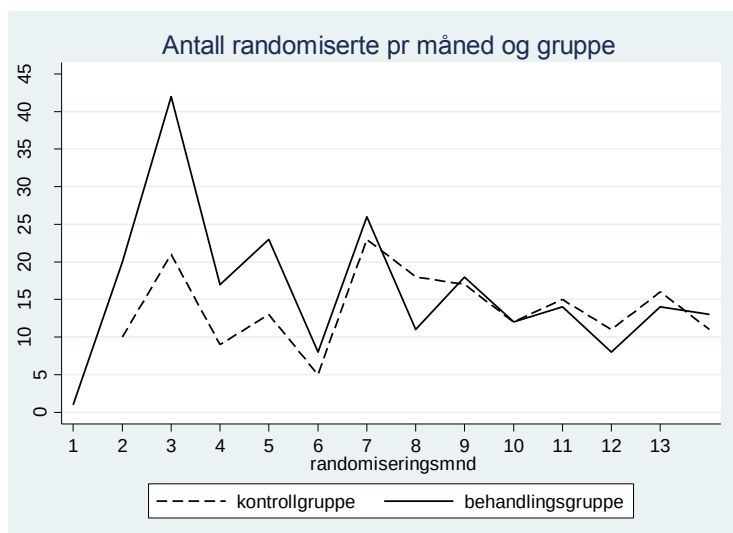


Figur 1. Flytskjema for deltakere i forskningsprosjektet.

Totalt 429 personer ble henvist til forskningsprosjektet Effektevaluering av individuell jobbstøtte (IPS). Av disse var det 15 som ikke ga samtykke, 1 som var utenfor målgruppen og dermed ble ekskludert, 1 som hadde utilstrekkelig norskkunnskaper til å fylle ut spørreskjema, 2 som hadde karantene for uføretrygd og 3 som døde i løpet av prosjektperioden (Figur 1). Det totale antallet deltakere i forskningsprosjektet ble dermed 410. I oppstarten av prosjektet (fra 11.oktober 2013 til og med 1.februar 2014) ble dobbelt så mange randomisert til IPS som til ordinær oppfølging. Dette ble gjort for å sikre at porteføljene til jobbspesialistene ble fylt opp. Resten av prosjektperioden ble randomisering til de to gruppene likt fordelt. På grunn av den skjeve randomiseringen av deltakere i prosjektets oppstart er det derfor flere deltakere som ble tilbudt IPS (n=229, 56 %) enn ordinær oppfølging (n=181, 44 %). Dette påvirker ikke analysene eller resultatene av studien. Figur 2 viser den akkumulerte inklusjonen av deltakere til prosjektet fra den startet 1.oktober 2013 fram til siste person ble inkludert 31.oktober 2014.



Figur 2. Inklusjon til forskningsprosjektet fra de ulike sentrene fra oktober 2013 til oktober 2014.



Figur 3. Antall randomiserte, over tid. Inklusjonsperiode september 2013 – oktober 2014.

2.3.3 Utfallsmålene

Det primære utfallsmålet i denne evalueringen var økt grad av sysselsetting. Med sysselsetting menes i denne sammenheng registrert arbeidsforhold i arbeidstakerregisteret ved NAV/Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Videre så vi det som vesentlig å undersøke endringer relatert til psykisk helse, funksjonsnivå, og livskvalitet i tillegg til endringer i arbeidsdeltakelse. Sekundære utfallsmål i prosjektet involverte dermed endring i psykisk og fysisk helse og funksjon. Dette ble målt på følgende måte:

- The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

HADS er et standardisert og mye brukt kartleggingsskjema for angst og depresjon. Det er et godt verktøy for å måle både symptomstyrke og tilfeller av angst- og depresjonslidelser i ulike populasjoner. HADS har en depresjonsdimensjon og en angstdimensjon som begge vil presenteres i analysene (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002).
- EuroQol questionnaire (EQ-5D)*

EQ-5D er et standardisert mål på helsestatus og helserelatert livskvalitet. Målet dekker fem dimensjoner: smerte, angst/depresjon, mobilitet, evne til å mestre daglige gjøremål og personlig stell. *Helsestigen* inngår også i EQ-5D og er representert ved en indeks som gir et enkelt, deskriptivt mål på helsestatus og som kan benyttes i kliniske og økonomiske evalueringer av for eksempel helse- og rehabiliteringstiltak (The EuroQol Group, 1990). I denne rapporten vil kun *Helsestigen* presenteres.

- *Subjektive helseplager (SHC)*

SHC måler forekomst av subjektive helseplager. Skjemaet omhandler 29 alminnelige kroppslige og mentale plager, og er en systematisk, enkel og pålitelig måte å kartlegge forekomst og alvorlighetsgrad av disse plagene (Eriksen, Ihlebaek, & Ursin, 1999). I denne rapporten brukes SHC totalskåre som gir et mål på hvor alvorlig plaget deltakerne er av disse helseplagene.

- *The Chalder Fatigue Questionnaire*

Dette spørreskjemaet måler utmattelse, både emosjonell og fysisk, og gir et godt mål på et symptom som ofte sameksisterer med angst og depresjon (Chalder et al., 1993).

- *Beliefs About Voices Questionnaire Revised (BAVQ- R)*

BAVQ-R (Chandwick, Lees, & Birchwood, 2000) er et spørreskjema med 35 ledd som brukes til å måle idéer og tanker om auditive hallusinasjoner, og hvordan den som hører stemmene reagerer både emosjonelt og atferdsmessig. De 35 leddene i BAVQ-R kan grupperes i fem sub-skalaer. Disse sub-skalaene kartlegger om personen oppfatter stemmen(e) som *ondartede*, *godartede*, *omnipotente*, *samarbeidende* eller *motarbeidende*. BAVQ-R er antatt å ha nytteverdi i psykologisk behandling, men brukes kun i denne rapporten for å karakterisere deltakerne.

- *Funksjonsvurdering (WHODAS 2.0)*

WHODAS 2.0 er WHO's generiske mål på helse og funksjonsbegrensning og gir en generell oversikt over funksjonsnivå basert på opplevelsen av fungering på følgende seks sentrale livsområder: *kognitiv fungering* (forståelse og kommunikasjon, kunne lære seg noe nytt, kunne konsentrere seg); *mobilitet* (mulighet til å kunne komme seg rundt, finne frem til et nytt sted, kunne gå fra et sted til et annet); *egenomsorg* (evne til å ivareta personlig hygiene, bo alene, skaffe seg mat, kle seg); *sosial fungering* (evne til å interagere med andre, komme overens med andre, pleie vennskap); *delta i aktiviteter* (evne til å delta i aktiviteter og oppgaver knyttet til skole, arbeid og hjemmet); *samfunnsdeltagelse* (evne til å engasjere seg i (lokal-)samfunn, delta i fritidsaktiviteter) (Üstün, Kostanjsek, Chatterji, & Rehm, 2010).

I tillegg til de ovenfor nevnte utfallsmålene ble enkelte andre kartleggingsinstrumenter og mål benyttet for å få mer kunnskap om deltakerne som var med i studien. I det følgende presenteres disse instrumentene kort.

- *Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju - M.I.N.I 6.0.0*

M.I.N.I 6.0.0 er et screening-instrument utformet som et kort, strukturert intervju, og ble utviklet for utredning av de vanligste psykiske lidelser i henhold til diagnosekriterier fra diagnosemanualen DSM-IV og ICD-10 (Sheehan et al., 1998). Intervjuet tar vanligvis mellom 20

og 30 minutter å gjennomføre og har vist høy validitet og reliabilitet gjennom en rekke studier (Sheehan et al., 1997; Sheehan et al., 1998).

- *Alkoholmisbruk (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C))*
AUDIT-C er en forkortet versjon av det mer omfattende AUDIT, og gir en rask oversikt over hvor mye og hvor ofte en person drikker alkohol (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998). AUDIT-C består av kun tre spørsmål.
- *Misbruk av andre rusmidler (ikke alkohol) (Drug Use Disorders identification Test (DUDIT))*
DUDIT er utviklet som en parallell til AUDIT, og kartlegger psykososiale indikatorer for misbruk av andre rusmidler enn alkohol (Berman, Bergman, Palmstierna, & Schlyter, 2003). DUDIT består av i alt 11 spørsmål.

Demografiske faktorer som alder, utdanning og varighet av psykiske plager ble også kartlagt, i tillegg til spørsmål om lese- og skrivevansker, og eventuelle opplevelser med vold. Deltakernes syn på hvilken effekt arbeid ville ha for plagene deres ble kartlagt både ved baseline og oppfølging for å undersøke for eventuelle endringer i løpet av prosjektperioden. Det samme ble forventninger til å komme (tilbake) i arbeid. Til slutt ble også livskvalitet målt ved hjelp av "livets stige" hvor deltakerne ble bedt om å plassere seg på det trinnet på stigen som representerte livet deres nå. Stigen går fra 1 (det verste liv du kan tenke deg) til 10 (det beste liv du kan tenke deg) .

2.4 Kost-nytte evalueringen

Kost-nytte- evalueringen bygger på effektene vi fant i effektevalueringen og kostnadsdata for de ulike tjenestene som deltakerne i de to gruppene har brukt. Målet var å klarlegge og synliggjøre konsekvensene av å innføre IPS. I tillegg til driftskostnader ved sentrene, sammenlignes kostnader ved bruk av NAV-tiltak og spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern. Det tas hensyn til at kostnadene belastes offentlige budsjetter, og dermed innebærer et effektivitetstap (skattekostnad). Vi har for svakt datagrunnlag til å anslå nåverdien av en endring i arbeidsmarkedsaktivitet med rimelig sikkerhet, derfor synliggjør vi hvilken økning i bruttolønn pr år en deltaker i IPS gjennomsnittlig må ha for at de spesifiserte kostnadene skal dekkes inn. Denne verdien kalles *kritisk verdi* for bruttolønn, og estimeres for ulike forutsetninger om hvor lenge effekten på sysselsettingsraten varer. Vi peker også på kostnads- eller nytteelementer som ikke kvantifiseres i kost-/nytteanalysen, for eksempel verdien av bedre helse og livskvalitet.

2.5 Prosessevalueringen

Prosessevalueringen bygger på kvantitativt materiale samt kvalitativt dokument- og intervjumateriale.

Det kvantitative materialet baserer seg på spørreskjema fra 6-månedersoppfølging, kvalitetsmålinger og annen kvantitativ informasjon fra sentrene.

Dokumentmateriale inkluderer offentlige dokumenter, søknader og rapporter fra sentrene, styringsgruppedokumenter, nettsider, møtereferat og logger fra forskningsprosjekt.

Intervjumaterialet baserer seg på telefonintervju med brukere, nøkkelinformanter, jobbspesialistteam og partnere fra sentrene. Det ble benyttet semistrukturerte intervjuguider for samtlige intervju. Med unntak av brukerintervju ble samtlige intervju foretatt av ansvarlig for prosessevalueringen, forskningsleder Kari Ludvigsen. Informantene ble informert om formålet med intervjuet og håndteringen av data i egne skriv. Det ble spurt om samtykke til å bruke båndopptaker. I tillegg ble det tatt notater for samtlige intervju. Intervjuene ble transkribert av forsker/assistent og analysert.

Telefonintervju med brukere

I perioden mai – oktober 2015 ble det gjennomført 12 semistrukturerte telefonintervju med deltakere i IPS-gruppen. Varigheten av intervjuene var 10-20 minutter. En liste over informanter ble generert ut fra svar på spørreskjema, der deltakerne ble bedt om å krysse av for om de ønsket å delta i et oppfølgingsintervju. Mulige respondenter ble trukket ut og klassifisert i enkle kategorier. Det ble tilstrebet en viss spredning når det gjaldt grad av fornøydhet med tjenestene, kjønn og alder.

Telefonintervju med nøkkelinformanter

I 2014 ble det gjennomført telefonintervju med tre ansatte i Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet som har hatt ansvar for forsøket med IPS-modellen. Intervjuene ble foretatt på telefon med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide.

Gruppeintervju med seks jobbspesialistteam

I perioden oktober 2014- februar 2015 gjennomførte Kari Ludvigsen gruppeintervju med jobbspesialistteamene ved de seks sentrene som omfattes av evalueringen. Gruppeintervjuene omfattet 5-7 deltakere, og fant sted i jobbspesialistteamenes lokaler. Prosjektleder for sentrene var tilstede, sammen med de fleste av jobbspesialistene. Noen steder deltok også NAV-loser eller fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse i NAV.

Telefonintervju med styringsgruppedlemmer og partnere fra tre utvalgte sentre

Prosessevalueringen omfatter også 13 telefonintervju med representanter for jobbspesialistteamenes samarbeidspartnere og styringsgruppene i tre av sentrene. Lister over mulige informanter ble tilsendt fra prosjektlederne. Vi tilstrebet et utvalg som dekket samarbeidspartnere fra NAV og ulike deler av psykisk helsetjeneste, samt representanter for de tre sentrenes styringsgrupper.

2.5.1 Analyse av det kvalitative materialet

På bakgrunn av problemstillinger i prosjektbeskrivelse og spørsmål i intervjuguidene ble det utarbeidet kodeskjema, der sentrale tema og kategorier ble listet opp. Det transkriberte materialet ble lest gjennom

av forsker gjentatte ganger, og kategoriene i kodeskjemaet ble justert. Materialet ble så gjennomgått igjen og kodet ut fra det justerte skjemaet. Svar på utvalgte spørsmål ble plottet inn i enkle tabeller og oversikter, og sitater ble kategorisert ut fra kodeskjemaet og samlet i egne filer. Der ett sitat kunne passe inn i flere tema og undergrupper, ble det kategorisert på nytt.

3. Beskrivelse av deltakerne i forskningsprosjektet

3.1 Demografi og utdanning

Informasjon om demografiske kjennetegn ved deltakerne ble innhentet ved bruk av spørreskjema som deltakerne fylte ut ved inklusjon (baseline), og er dermed basert på selvrappport. Tabell 1 viser hvordan deltakerne fordelte seg ved inklusjon med hensyn til fødeland, kjønn, alder, sivilstatus og utdanningsnivå.

Tabell 1. Bakgrunnskjenntegn ved deltakerne

	Antall	%
Fødeland		
Norge	353	86 %
Utenfor Norge	57	14 %
Kvinne	199	48,5 %
Mann	211	51,5 %
Alder		
Under 30 år	151	36,9 %
30-49 år	209	51,1 %
Over 50 år	49	12 %
Sivilstatus		
Ugift	259	64,4 %
Gift/Partner	41	10,2 %
Samboer	47	11,7 %
Enke/Enkemann	3	0,7 %
Skilt/Separert	52	12,9 %
Har lese-skrivevansker	70	17,3 %
Utdanning*		
Grunnskole	113	27,8 %
Videregående	182	44,8 %
Universitet/høyskole 1-4 år	62	15,3 %
Universitet/høyskole >4 år	33	8,1 %

*Høyeste fullførte utdanning

Majoriteten av deltakerne oppga å være født i Norge, og det samme gjaldt for deltakernes foreldre ettersom omtrent like mange svarte at foreldrene også var født i Norge. Kjønnfordelingen var bemerkelsesverdig jevn, mens aldersfordelingen viser en relativt ung populasjon, med nærmere 40 %

under 30 år. Det betyr også at det store flertall var ugift, mens 22 % var gift eller samboende. Utdanningsnivået blant deltakerne var betydelig lavere enn i den generelle befolkning, med hele 28 % som oppga at de kun hadde grunnskole og 45 % med videregående som høyest fullførte utdanning. 17 % av deltakerne rapporterte at de hadde lese- og skrivevansker, noe som også er betydelig høyere enn i den generelle befolkning.

3.2 Symptomer, helse, funksjonsnivå og livskvalitet

Tabell 2 viser varighet av psykiske plager oppgitt i gjennomsnittlig antall år, gjennomsnittlig symptomnivå for depresjon og angst (HADS), alvorlighetsgrad av utmattelse (Chalder fatigue questionnaire) og subjektive helseplager (SHC), samt funksjonsnivå (WHODAS), selvrapportert helse (EQ5D) og livskvalitet (livets stige). For en beskrivelse av de ulike skjemaene, se punkt 2.3.3.

Tabell 2. Symptomer og helseplager målt ved inklusjon i studien

	Gj.snitt	Standardavvik
Antall år med psykiske plager	10,9	9,2
HADS Angst 0-21	9,1	4,4
HADS Depresjon 0-21	6,9	4,1
HADS Total 0-42	16,0	7,6
Utmattelse 0-33	15,0	6,1
Subjektive helseplager Alvorlighetsgrad 0-87	14,6	10,5
Funksjon 0-100	22,9	15,3
Helse 0-100	58,2	20,0
Livskvalitet 1-10	4,8	1,8

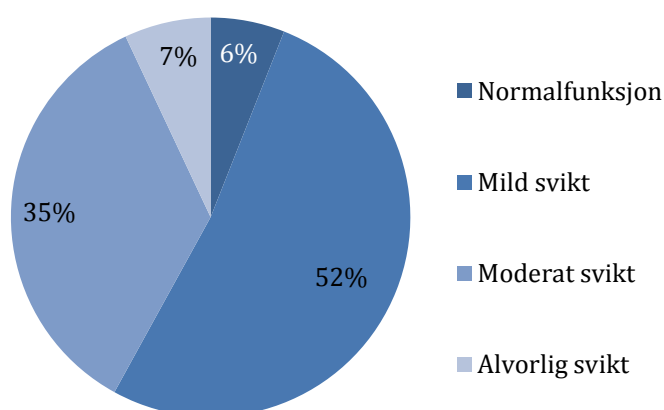
Deltakerne rapporterte altså at de hadde hatt de psykiske plagene lenge, i gjennomsnitt over 10 år med et spenn på 1-50 år. De rapporterte videre om et høyt symptomnivå; 64 % (n=258) skåret over klinisk terskelverdi for angst, mens 44 % (n=179) skåret over klinisk terskelverdi for depresjon. Terskelverdien er en indikasjon på behandlingstrengende angst- eller depresjonslidelse. På spørsmål om de tidligere hadde vært tvangsinnlagt i psykisk helsevern, svarte 26 % (n=103) bekreftende.

3.2.1 Symptomer på psykose

Når det gjaldt symptomer på psykose, rapporterte 19 % (n=77) av deltakerne at de hørte stemmer. Av disse rapporterte 32 % (n=18) at de oppfattet stemmen(e) som *ondartede*, 20 % (n=11) oppfattet stemmen(e) som *godartede*, 39 % (n=22) oppfattet stemmen(e) som *omnipotente*, 13 % (n=7) oppfattet stemmen(e) som *samarbeidende*, og 40 % (n=21) oppfattet stemmen(e) som *motarbeidende*.

3.2.2 Funksjonsnivå

For å måle funksjon brukte vi WHODAS som kartlegger funksjon på seks livsområder: kognitiv fungering (forståelse og kommunikasjon, å kunne lære seg noe nytt, å kunne konsentrere seg); mobilitet (mulighet til å kunne komme seg rundt, å finne frem til et nytt sted, å gå fra et sted til et annet); egenomsorg (evne til å ivareta personlig hygiene, bo alene, skaffe seg mat, kle seg); sosial fungering (evne til å interagere med andre, komme overens med andre, pleie vennskap); delta i aktiviteter (evne til å delta i aktiviteter og oppgaver knyttet til skole, arbeid og hjemmet); samfunnsdeltakelse (evne til å engasjere seg i (lokal-) samfunn, delta i fritidsaktiviteter). Resultatene fra spørreskjema på baseline viste at majoriteten av deltakerne hadde en mild til moderat svikt i sitt funksjonsnivå. Grunnen til at funksjonsnivået i denne studien var såpass høyst, kan ha sammenheng med at domener som egenomsorg og mobilitet ikke nødvendigvis påvirkes av psykiske plager i samme grad som av mer somatiske sykdommer.



Figur 4. Funksjonsnivå.

3.3 Psykiatriske diagnoser

Kliniske data fra MINI ble samlet inn for 300 (73 %) av deltakerne i forskningsprosjektet. Kartleggingen viste at gruppen som helhet oppfylte kriteriene for et bredt spekter av psykiatriske lidelser. Deltakere som oppfylte flere diagnoser ble regnet med i alle diagnosekategoriene som de slo ut på. De vanligste diagnosene var depresjon, angstlidelser og psykoselidelser (tabell 3). Vi har i denne rapporten skilt mellom alvorlige og moderate psykiske lidelser, blant annet for å undersøke sub-gruppe-effekter for de to gruppene. Vi har da basert oss på internasjonale effektstudier av IPS hvor ”alvorlige psykiske lidelser” som oftest har involvert psykoselidelser inkludert bipolar lidelse. Blant deltakerne i dette prosjektet falt 45 % innunder kategorien «alvorlige psykiske lidelser» mens resterende 55 % falt innunder kategorien «moderate psykiske lidelser».

Tabell 3. Psykiatriske lidelser blant deltakerne (n=300).

<i>Psykiatriske lidelser</i>	Antall	%
Psykoselidelse	82	27
Stemningslidelse med psykose	30	10
Psykoselidelser totalt	111	38
Alvorlig depressiv episode, pågående	164	57
Bipolar lidelse (mani)	57	20
PTSD	28	10
Spiseforstyrrelse, anorexia	*	1
Angstlidelser	163	55
Hypomani	17	6
Alkohol-/stoffavhengighet	64	22
Alkohol-/stoffmisbruk uten avhengighet	13	4
Spiseforstyrrelse, bulimia	10	3

* $n < 5$ deltakere

3.3.1 Beskrivelse av de to sub-gruppene

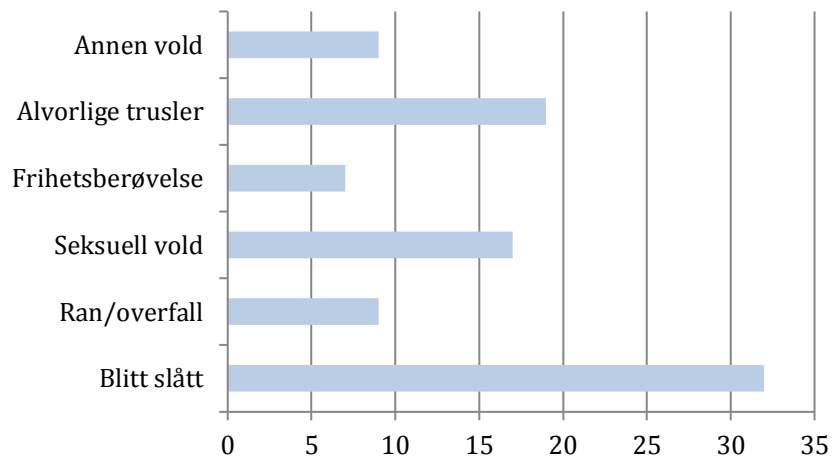
Tabell 4 viser karakteristikker ved de to sub-gruppene, alvorlige versus moderate psykiske lidelser, på utvalgte psykiatriske og demografiske mål. Det var ingen signifikante aldersforskjeller mellom de to gruppene, og få signifikante forskjeller på øvrige symptommål. Begge gruppene rapporterte om like høy livskvalitet og selvrapportert helse ved oppstart, og de eneste signifikante forskjellene vi kunne finne var på subjektive helseplager og angst, hvor gruppen med moderate psykiske lidelser rapporterte noe høyere nivå av angst og at de i større grad var plaget av subjektive helseplager enn gruppen med alvorlige psykiske lidelser. Se for øvrig fordeling av psykiatriske diagnoser i de to gruppene i tabellen under.

Tabell 4. Karakteristikker ved sub-gruppene

	Alvorlige psykiske lidelser		Moderate psykiske lidelser	
	Antall	%	Antall	%
Kjønn (kvinne)	60	44 %	93	57 %
Psykoselidelse	111	83 %	0	0
Depresjon	74	59 %	90	56 %
Generalisert angstlidelse	20	16 %	34	21 %
Panikklidelse	50	39 %	46	29 %
Mani	57	44 %	0	0
Alkoholavhengighet	16	12 %	12	7 %
Stoffavhengighet	24	19 %	22	14 %

3.4 Tidligere utsatt for vold

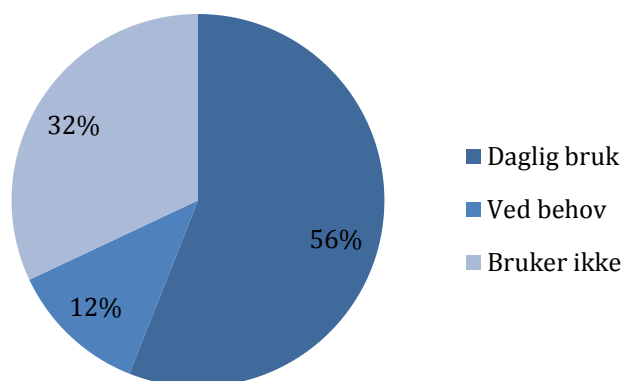
Deltakerne ble også spurt om de på noe tidspunkt hadde vært påført vold av en eller flere personer. Hele 50 % av deltakerne rapporterte å ha vært utsatt for vold. I oversikten over hva slags vold de ble utsatt for, ser vi at flest rapporterte å ha blitt slått, etterfulgt av alvorlige trusler og seksuelle overgrep.



Figur 5. Typer vold

3.5 Alkohol og rusproblemer

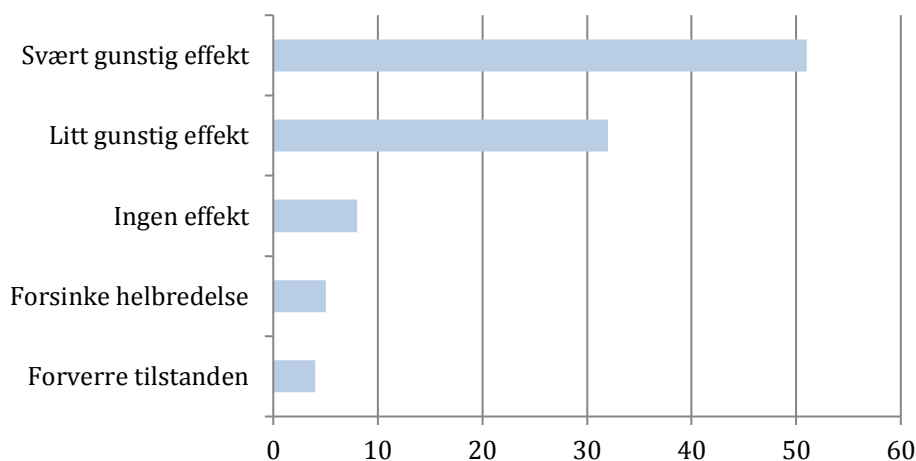
Når det gjaldt bruk av alkohol og rusmidler, viste data fra spørreskjema en relativt liten andel som oppga hyppig bruk av dette. En femtedel oppga å ha en eller annen befatning med rusmidler, mens kun 3 % oppga tilnærmet daglig bruk. Medisinbruk var mer utbredt blant deltakerne, med 56 % som oppga daglig bruk av medisiner (figur 6).



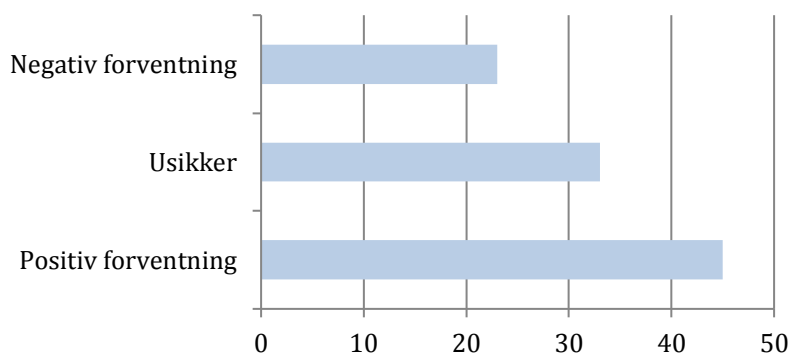
Figur 6. Medisinbruk

3.6 Helse og arbeid

På tross av store psykososiale belastninger, plager og symptomer, var det likevel kun de færreste av deltakerne som rapporterte om dårlig helse. Nærmere 40 % rapporterte å ha god eller veldig god helse. Videre hadde den store majoriteten av deltakerne en tro på at arbeid var bra for helsen og plagene deres, og hele 45 % hadde en forventning om å komme i jobb i løpet av noen få uker (figur 7 og 8).



Figur 7. Forventning om effekt av arbeid på plager.



Figur 8. Forventning om retur til arbeid.

4. Resultater

4.1 Arbeidsdeltakelse og trygd

Det primære målet med denne studien var å undersøke en eventuell effekt av IPS på sysselsettingsgrad. For å besvare dette spørsmålet på en mest mulig pålitelig måte, innhentet vi registerdata. Ved å bruke

registerdata unngikk vi problemet med manglende svarresponser ved oppfølgingstidspunkt, siden registerdata gir komplette data for alle deltakere ved alle tidspunkt. I tillegg gir registerdata et mer objektivt og presist mål på arbeidsdeltakelse enn selvrapportert arbeidsdeltakelse eller loggbøker.

4.1.1 Datagrunnlaget

Den viktigste datakilden i evalueringen er NAVs registre over sysselsetting, ulike trygder og tiltak, og pensjonsgivende inntekt. Vi innhentet også informasjon fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) om utdanning for å kunne kontrollere for utdanningsnivå og undersøke endringer i utdanningsaktivitet. Data fra arbeidstaker-/arbeidsgiverregisteret (AA-registeret) og informasjon om utbetaling av trygdeytelser dekket perioden januar 2010 til april 2016. Siden inklusjonen ble avsluttet i oktober 2014, er det dermed mulig å følge alle deltakerne i 18 måneder, og for den aller først inkluderte er oppfølgingsperioden 31 måneder. Videre fikk vi informasjon om sosialhjelpsutbetalinger frem til desember 2015, og pensjonsgivende inntekt fra årene 2010-2014. Informasjonen om utdanning er oppdatert pr oktober 2015, og vi lar den gjelde også for perioden januar-april 2016.

Data om utbetaling av trygdeytelser viser om deltakerne mottar arbeidsavklaringspenger, uføretrygd, dagpenger eller sykepenger. For å fange opp alt legemeldt sykefravær, inkludert korttidsfraværet, brukte vi også informasjon fra sykemeldingene. I de tilfellene der det var uoverensstemmelse mellom start- og stoppdatoene for sykefraværet i sykepengeregisteret og i sykemeldingene, la vi sykepengeregisteret til grunn.

Den mest direkte indikatoren på arbeidsdeltakelse var registreringene i AA-registeret. Dette var dermed vår primære kilde til informasjon om arbeidsdeltakelse, men supplert med informasjon om trygder og stønader for å gi et mer fullstendig bilde av deltakernes arbeidsdeltakelse. Informasjonen fra AA-registeret fikk vi på månedsnivå, og den viste start- og stoppdato for ulike arbeidsforhold deltakerne hadde hatt. Det kan være mangelfull registrering av både nye og avsluttede tilfeller i dette registeret, men denne målefeilen er neppe ulik for behandlings- og kontrollgruppen. Med en slik antagelse vil målefeilen ikke gi forventningsskjevne estimer, men gjøre det vanskeligere å påvise en effekt av IPS (om den er der). I enkelte tilfeller synes jobber å ha opphørt uten at sluttdato er registrert. I disse tilfellene har vi stipulert en sluttdato, på bakgrunn av at AA-registeret skal fange opp alle jobber som er aktive i registreringsmåneden og de 3 foregående månedene.¹

Tabell 5 viser karakteristikk ved deltakerne vi har registerdata for (n=408). De to som mangler skyldes to av deltakerne som gikk bort tidlig i prosjektperioden. Første kolonne viser antall deltakere, mens andre kolonne viser gjennomsnittsverdier eller andeler. Forskjellene mellom gruppene var små; IPS-gruppen hadde en noe større andel kvinner (50 % versus 47 %) og en større spredning i utdanningsnivå (en større

¹ Eksempel: dersom siste registreringsmåned for et arbeidsforhold er januar 2012, er stipulert sluttdato satt til 31.oktober 2011.

andel med høyere utdanning, men også større andel med grunnskole som høyeste fullførte utdanning). Det gjennomsnittlige inntektsnivået i 2013 var 5000 kroner høyere i IPS-gruppen. Forskjellene mellom gruppene var ikke statistisk signifikante.

Tabell 5. Bakgrunnskjennetegn

	Kontroll		IPS	
	Antall	Gj.snitt	Antall	Gj.snitt
Alder (år)	181	34,7	227	34,7
Kvinne (andel)	181	0,47	227	0,50
Grunnskole (andel)	181	0,50	227	0,52
VGS grunnutdanning (andel)	181	0,05	227	0,03
VGS (fullført)	169	0,30	215	0,24
Høyere utdanning (andel)	169	0,17	215	0,21
Pensjonsg, inntekt 2013, antall G	181	1,97	227	2,03
Pensjonsg, inntekt 2013, kr	181	166115	227	171313

Note: utdanningsnivå er målt ved inklusjon

4.1.2 Effekten av IPS på arbeidsdeltakelse

For å få et første inntrykk av effekten av IPS sammenliknet vi arbeidsdeltakelsen og bruk av trygdeytelser ved inklusjon med situasjonen 18 måneder senere. Dette er rapportert i tabell 6.

Tabell 6. Status ved inklusjon og 18 måneder senere

	Ved inklusjon		18 mnd. etter inklusjon	
	Kontroll	IPS	Kontroll	IPS
Er i arbeid	0,188	0,185	0,271	0,374
Sykmeldt av lege, andel av alle deltakere i gruppen	0,072	0,048	0,022	0,070
Sykmeldt av lege, andel av dem som er i arbeid	0,091	0,069	0,033	0,094
Mottar uføretrygd	0,122	0,119	0,160	0,159
Mottar AAP	0,547	0,502	0,569	0,529
AAP og jobb	0,099	0,062	0,110	0,167
Mottar dagpenger	0,022	0,053	0,028	0,035
Mottar økonomisk sosialhjelp	0,166	0,163	0,072	0,070
Mottar NAV-tiltak denne mnd.	0,094	0,070	0,320	0,229
Utdanning er i gang pr okt. dette året	0,055	0,070	0,117	0,096
Har utdanningsdata denne mnd.	0,077	0,070	0,022	0,018
Antall observasjoner (individer)	181	227	181	227

Tabell 6 viser at det over tid var en høyere andel personer som mottok uføretrygd i begge gruppene. Det samme gjaldt for AAP, men over tid var det også en høyere andel som var i arbeid. Dette er mulig fordi statuskategoriene ikke er gjensidig utelukkende. For eksempel kan en person både motta arbeidsavklaringspenger og være i jobb, og et vilkår for sykmelding er nettopp det å ha et arbeidsforhold.

Resultatene viste imidlertid en stor økning i andelen som var i arbeid i IPS-gruppen. Mens arbeidsdeltakelsen var tilnærmet lik i de to gruppene ved inklusjon, var det en differanse i favør av IPS-gruppen på vel 10 prosent (37,4 – 27,1) atten måneder senere.

For å undersøke endringene i et større tidsspenn, definerte vi «før»-perioden som alle måneder fra januar 2010 til inklusjon, mens «etter-perioden» løp fra måneden etter inklusjonen til så langt data er oppdatert, det vil si til april 2016 for de fleste variabler. Det er *forskjellen* i utvikling mellom IPS og kontrollgruppen vi primært er interessert i. Den fremgår av kolonnen helt til høyre i tabell 7 (DiD).

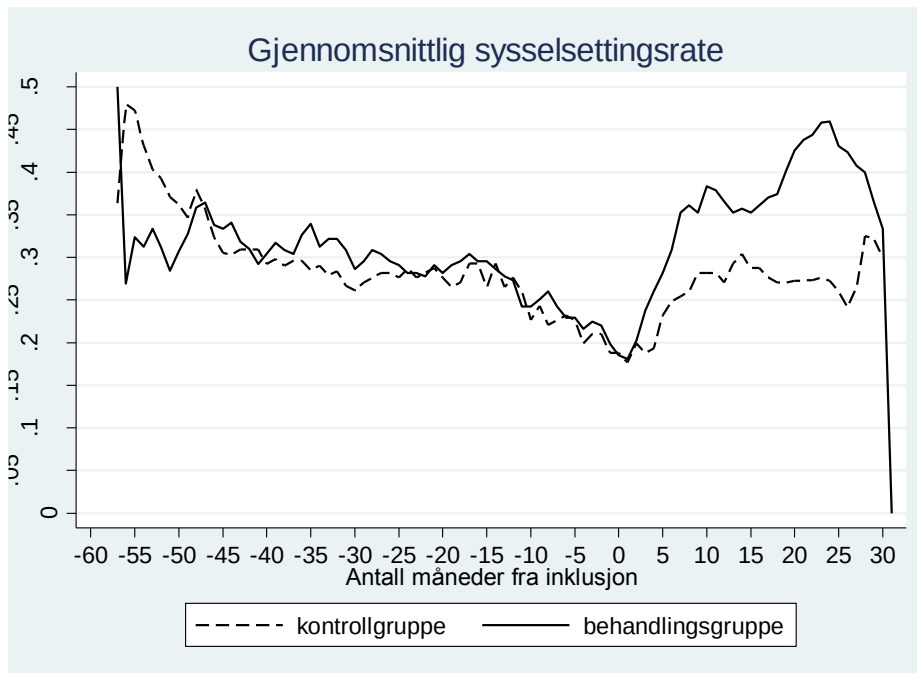
Tabell 7. Endringer målt for hele før- og etterperioden (forskjell-i-forskjeller)

	Kontroll, før	Kontroll, etter	IPS, før	IPS, etter	DiD
Er i arbeid	0,28	0,26	0,29	0,35	0,09
sykmeldt (andel av alle i gruppa)	0,07	0,02	0,08	0,05	0,01
sykmeldt (andel av dem som er i arbeid)	0,10	0,04	0,11	0,06	0,02
mottar uføretrygd	0,10	0,15	0,09	0,15	0,00
mottar AAP	0,35	0,59	0,30	0,55	0,00
AAP og jobb	0,04	0,12	0,03	0,16	0,05
mottar dagpenger	0,04	0,03	0,05	0,04	0,00
mottar økonomisk sosialhjelp	0,12	0,12	0,14	0,12	-0,02
mottar NAV-tiltak denne mnd	0,15	0,37	0,12	0,19	-0,15
utdanning er igang pr okt dette året	0,13	0,09	0,13	0,09	0,00
utd-akt. denne mnd, forløpsdata	0,06	0,03	0,06	0,03	0,00

DiD-estimer som er statistisk signifikant forskjellige fra null, er markerte med fet skrift i tabellen.

Det mest bemerkelsesverdige er at i perioden etter inklusjon hadde andelen som var i jobb steget mye mer i IPS-gruppen enn i kontrollgruppen. Endringen i jobbandelen var 0,09 (9 prosentpoeng) i favør av IPS. Andelen som kombinerte AAP og jobb økte også vesentlig mer i IPS-gruppen, mens nedgangen i andelen som mottok sosialhjelp var større. Økningen i bruk av NAV-tiltak var langt sterkere i kontroll- enn i IPS-gruppen (de mest brukte tiltakene, perioden sett under ett, var arbeid med bistand, praksis i ordinær virksomhet, praksis i skjermet virksomhet og utdanningstiltak). Det var liten forskjell i utvikling mellom gruppene når det gjaldt uføretrygd og dagpenger.

For det viktigste utfallet, om deltakerne var i arbeid, så utviklingen slik ut:



Figur 9. Gjennomsnittlig sysselsettingsrate i de to gruppene, utvikling over tid. Antall deltakere totalt varierte i observasjonsperioden. I månedene -44 til +18 observerte vi alle inkluderte. Deretter ble antallet gradvis lavere, og periode 31 er ikke med i figuren pga. for få observasjoner (<5 individer).

Figuren viser at for begge gruppene falt andelen som var i arbeid før inklusjon, mens den økte etter inklusjonen. Før prosjektet startet (måned 0) var det liten forskjell i sysselsettingsrate mellom gruppene, men etter at prosjektet startet hadde IPS-gruppen en langt skarpere stigning. Dette tyder i seg selv på at IPS har hatt en positiv effekt. Figuren viser, som tabell 6 og 7, at det å bli inkludert i tiltaket også synes å ha påvirket kontrollgruppen; sysselsettingsraten gikk sterkt opp de første 12 månedene og flatet så ut. Dette kan komme av at de som ble med i prosjektet var lovet et kvalitativt godt tilbud også om de havnet i kontrollgruppen. Det kan imidlertid også skyldes ren seleksjon inn til deltakelse, altså at de som valgte å delta var mer motiverte for å komme i jobb og kanskje allerede hadde startet en prosess i den retning. Dette må vi ha i mente når vi vurderer effekten av tiltaket.

4.1.3 Regresjonsresultater

For å ta hensyn til at gruppene var noe ulikt sammensatt, utførte vi også en regresjonsanalyse der vi kontrollerte for observerbare kjennetegn ved inngangen til observasjonsperioden. Vi brukte en lineær sannsynlighetsmodell, slik at koeffisientene kan tolkes som estimert endring i sannsynlighet for utfallet når en dummyvariabel endres fra 0 til 1 (f.eks. for variablene IPS eller kvinne) eller når en kontinuerlig variabel øker med en enhet (f.eks. alder). I estimeringene er det tatt høyde for at observasjonene av enkeltindivider kan være avhengige i statistisk forstand, det vil si at deltakere ved ett og samme senter

kan påvirkes av faktorer som er felles for senteret, for eksempel det lokale arbeidsmarkedet. Standardfeilene i OLS-modellene er derfor estimert med opsjonen cluster for senternivå.

Vi ønsket videre å ta hensyn til at psykisk helse og tilstanden på arbeidsmarkedet kan variere med årstidene, derfor kontrollerte vi for år og kalendermåned i analysene (tabellene 8-15). Det er også mulig at effekten av IPS varierte mellom sentrene, for eksempel på grunn av lokale arbeidsmarkedsforhold eller kvaliteten på oppfølgingen. Vi inkluderte derfor indikatorer for hver av de seks sentrene. Disse kontrollvariablene, i tillegg til kjønn og alder, inngår i regresjonene der vi bruker *hele* utvalget. For deltakere som var 21 år eller eldre (90 % av utvalget), slik at de kunne ha oppnådd alle nivåer av utdanning i analysen, kontrollerte vi også for utdanningsnivå.

Tabell 8. Resultater, ulike utfall. Hele utvalget.

	Er i arbeid	sosialhjelp	NAV-tiltak	AAP og jobb	AAP	uføretrygd
IPS	0,095**	0,002	-0,184***	0,035	-0,047	-0,000
Alder	-0,006**	-0,001***	-0,003***	-0,001	-0,000	0,008***
Kvinne	0,023	-0,031***	-0,005	0,044	0,037	0,016
År 2014	0,142***		0,039	0,042	-0,127***	0,032
År 2015	0,214***	-0,023*	0,047	0,057	-0,145***	0,047
År 2016	0,259***		-0,012	0,032	-0,245***	0,076
<i>Kontroll for:</i>						
kalendermåned	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
IPS-senter	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
N	10041	8409	10041	10041	10041	10041
R ²	0,050	0,013	0,081	0,015	0,025	0,093

* $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$. Standardfeilene er estimert med cluster på senter.

Tabell 9. Resultater, ulike utfall. Personer 21 år og eldre.

	(1) Er i arbeid	(2) sosialhjelp	(3) NAV-tiltak	(4) AAP og jobb	(5) AAP	(6) uføretrygd
IPS	0,085**	-0,017	-0,200***	0,028	-0,053	-0,005
alder	-0,006*	0,001	-0,004*	-0,003*	-0,003	0,008**
kvinne	0,017	-0,028	0,015	0,040	0,052	0,022
VGS grunnutdanning	0,037	-0,076	0,071	0,042	0,032	-0,070
VGS fullført	0,210**	-0,089**	0,002	0,058	-0,080*	-0,032
Høyere utdanning	0,156*	-0,130***	0,114*	0,089	0,016	-0,084
År 2014	0,145***		0,037	0,052*	-0,108*	0,035
År 2015	0,214***	-0,016	0,047	0,071	-0,137**	0,052
År 2016	0,252***		-0,016	0,052	-0,243***	0,085**
<i>Kontroll for:</i>						
kalendermåned	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
IPS-senter	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
N	8772	7348	8772	8772	8772	8772
R ²	0,086	0,038	0,089	0,023	0,032	0,084

* $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$. Standardfeilene er estimert med cluster på senter.

Basiskategori: mann, observert i 2013, tilhører kontrollgruppen, har grunnskole som høyeste utdanning pr 2012.

Tabell 8 og 9 bekrefter den positive effekten av IPS på arbeidsdeltakelse som analysen av forskjell-i-forskjeller viste (tabell 7). Dette gjelder enten vi kontrollerer for personens utdanningsnivå, som i tabell 9, eller ikke. Sannsynligheten for å være i arbeid økte med 8-9 prosentpoeng for IPS-gruppen, sammenlignet med kontrollgruppen. Det er også indikasjoner på at sannsynligheten for å kombinere AAP med jobb økte, med ca. 3 prosentpoeng, selv om denne sammenhengen var svak (p-verdi 0,106 i tabell 8). Det at færre personer mottok NAV-tiltak (nedgang i sannsynlighet på 18-20 prosentpoeng) peker også i retning av økt jobbaktivitet i IPS-gruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Når vi inkluderte kontrollvariabler (alder, kjønn, kalenderår, måned og senter), var det ingen statistisk signifikant forskjell i sannsynligheten for å motta sosialhjelp mellom gruppene.

Sannsynligheten for å være i jobb var noe høyere blant kvinner enn blant menn (1,7-2,3 prosentpoeng), den falt med alderen og økte med utdanningsnivå (høyest for dem med fullført videregående) og økte over tid, alt annet like. Disse sammenhengene gjelder på tvers av IPS- og kontrollgruppene.

Det er visse indikasjoner på at IPS førte til en økning i sannsynligheten for legemeldt sykefravær. Tabell 7 viser en slik økning på 2 prosentpoeng. En regresjon med de samme kontrollvariablene som i tabell 8 viser en statistisk signifikant økning på 2,7 prosentpoeng. En nærliggende tolkning er at IPS bidrar til at mer marginale arbeidstakere kommer i jobb, som ellers hadde vært utenfor arbeidslivet. I så fall må en økning i sykefraværet tolkes som positivt.

4.1.4 Effekter for sub-gruppene moderate vs alvorlige psykiske lidelser

Som tidligere beskrevet, oppfylte deltakerne kriteriene for et bredt spekter av psykiatriske lidelser som vi delte i alvorlige versus moderate psykiske lidelser. Vi ønsket dermed å undersøke om effekten av IPS var lik i de to gruppene. Størrelsen på utvalget begrenset mulighetene noe for å gjøre analyser på sub-grupper, men i tråd med analyseplanen for studien gjennomførte vi en sub-gruppe-analyse for å sammenlikne effekten mellom de som hadde alvorlige psykiske lidelser (psykoselidelser og bipolar lidelse) og de som hadde moderate psykiske lidelser. Av de 300 deltakerne vi har diagnostiske data på, tilhørte 136 personer gruppen med alvorlige psykiske lidelser, og disse var igjen fordelt med 51 personer i kontrollgruppen og 85 i IPS-gruppen. Tabell 10 nedenfor viser resultatene.

Tabell 10. Effekt av IPS for personer med moderate/alvorlige psykiske lidelser.

	Er i arbeid	sosialhjelp	NAV-tiltak	AAP og jobb	AAP	uføretrygd
Moderate lidelser (n=164):						
IPS	0,062 (0,148)	-0,003 (0,823)	-0,200*** (0,004)	0,034 (0,354)	-0,037 (0,634)	0,059 (0,273)
Antall	4065	3409	4065	4065	4065	4065
R ²	0,074	0,068	0,131	0,022	0,051	0,066
Alvorlige lidelser (n=136):						
IPS	0,084 (0,233)	0,067* (0,096)	-0,157*** (0,007)	0,033 (0,497)	-0,042 (0,323)	-0,042 (0,258)
Antall	3415	2871	3415	3415	3415	3415
R ²	0,089	0,018	0,103	0,065	0,115	0,199

p-verdier i parentes. * $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$. Standardfeilene er estimert med cluster på senter. Modellen inkluderer kontroll for alder, kjønn, år, kalendermåned og senter (ikke vist i tabellen).

Vi ser at estimatet for effekten av IPS på arbeidsdeltakelse har positivt fortegn for begge gruppene, men er ikke statistisk signifikant. IPS hadde dermed en dokumentert effekt for begge sub-gruppene. Derimot er nedgangen i sannsynligheten for å bruke NAV-tiltak sterkt signifikant og målt til 20 prosentpoeng i gruppen med moderate lidelser og 15,7 prosentpoeng i gruppen med alvorlige psykiske lidelser. Til sammenligning er andelen som får NAV-tiltak etter inklusjon 27 prosent for disse 300 individene i perioden etter inklusjon.

4.1.5 Effekter i de seks ulike sentrene

For å undersøke i hvilken grad effekten av IPS varierte mellom sentrene, inkluderte vi et interaksjonsledd mellom IPS-indikatoren og hver enkelt indikator for senter. Resultatene av IPS for hvert enkelt senter er vist i tabell 11. Oversikten over hvilket fylke de ulike sentrene tilhørte er vedlagt i appendiks.

Tabell 11. Effekter av IPS i de ulike sentrene

	Er i arbeid	Sosialhjelp	NAV-tiltak	AAP og jobb	AAP	uføretrygd
alder	-0,006**	-0,001	-0,003	-0,001	-0,000	0,008**
kvinne	0,022	-0,029	-0,009	0,044	0,036	0,017
senter2	0,025**	0,087***	0,024**	-0,030***	-0,092***	-0,099***
senter3	-0,100***	0,158***	0,189***	-0,028***	-0,030***	0,016***
senter4	-0,147***	0,028***	0,081***	-0,034***	0,220***	-0,114***
senter5	-0,017**	0,153***	-0,024***	-0,011*	-0,039**	-0,134***
senter6	-0,157***	0,079***	-0,057***	-0,003	0,064**	0,046**
IPS*senter1	-0,004	0,078***	-0,221***	0,036***	0,035***	-0,150***
IPS*senter2	0,051***	0,036***	-0,207***	0,016***	-0,056***	0,055***
IPS*senter3	0,167***	-0,070***	-0,181***	0,093***	0,036***	-0,032***
IPS*senter4	0,063***	0,033***	-0,288***	-0,034***	-0,269***	0,119***
IPS*senter5	0,113***	-0,094***	-0,126***	-0,013	-0,086***	-0,016***
IPS*senter6	0,148***	0,036***	-0,124***	0,056***	-0,080***	0,044***
_cons	0,282***	0,105**	0,403***	0,110**	0,772***	-0,171
N	10041	8409	10041	10041	10041	10041
R ²	0,054	0,022	0,084	0,018	0,031	0,104

* $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$. Standardfeilene er estimert med cluster på senter. Modellen inkluderer kontroll for kalendermåned og år (ikke vist i tabellen).

Koeffisientene for de fem variablene senter2- senter6 viser forskjellen i utfall mellom de inkluderte i kontrollgruppen når de blir sammenlignet med kontrollgruppen i senter nr. 1 (basiskategorien).

Koeffisientene for de seks interaksjonsleddene IPS*pilo1-IPS*senter6 viser effekten av IPS ved hver senter; de som får IPS er sammenlignet med de som ikke får det, ved hver senter. Fordi det er relativt få observasjoner i studien totalt sett og hvert senter har få deltakere (antallet inkluderte pr senter varierte mellom 30 og 99), kan vi få tilfeldige utslag. Det er likevel få estimater i tabellen som ikke er sterkt statistisk signifikante (det vil si på 1 %- eller 5 %-nivå). Ser vi først på variablene senter2-senter6, viste resultatene at gjennomsnittsnivåene for utfallene i kontrollgruppen varierte mye avhengig av senter. Vi var primært opptatt av om *effekten av IPS* varierte mellom sentrene. For uføretrygd, bruk av sosialhjelp, AAP og kombinasjonen AAP og jobb sprikte resultatene; de estimerte effektene har ulikt fortegn for ulike sentre. Derimot var effekten av IPS på sannsynligheten for å være i arbeid samstemt, den var positiv ved alle sentre der effekten var målt til å være statistisk signifikant, likeledes nedgangen i bruken av NAV-

tiltak. Ved senter 1 var det ingen signifikant forskjell i jobbsannsynlighet mellom kontroll- og IPS-gruppen. Selv om det er forskjeller i størrelsen på effektene mellom sentrene, støtter resultatene i tabell 11 hovedresultatet i tabell 8: IPS fører til økt arbeidsdeltakelse og redusert bruk av NAV-tiltak.

Forskjellene i effekt ved hvert senter kan også vises ved separate regresjoner for hver senter. På den måten tar man høyde for at kontrollvariablene kan påvirke utfallet ulikt ved de ulike sentrene. Resultatene for utfallet *Er i arbeid* er vist i tabell 12 nedenfor. Estimaten for IPS i tabell 12 er som ventet svært like de som går fram av estimatene for IPS*pilo1-IPS*senter6 i tabell 11, og kontrollvariablene er identiske. Ved to av sentrene er det et visst innslag av personer som ikke er født i Norge. Vi har inkludert fødeland som kontrollvariabel i regresjonene, uten at det endret de estimerte effektene nevneverdig (ikke vist i tabell).

Tabell 12. Effekt av IPS ved ulike sentre. Avhengig variabel: *Er i arbeid*.

Senter nr:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
IPS	0,004 (0,872)	0,055*** (0,003)	0,164*** (0,000)	0,050* (0,095)	0,105*** (0,000)	0,138*** (0,000)
alder	-0,000 (0,884)	-0,009*** (0,000)	-0,007*** (0,000)	-0,008*** (0,000)	0,003** (0,028)	-0,005*** (0,000)
kvinne	-0,142*** (0,000)	0,102*** (0,000)	0,007 (0,699)	-0,012 (0,707)	0,048* (0,091)	0,092*** (0,000)
N	1479	2561	2169	716	1297	1819
R ²	0,027	0,070	0,089	0,105	0,029	0,052

p-verdier i parentes. * $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.

Modellen inkluderer kontroll for år og kalendermåned (ikke vist i tabellen).

4.1.6 Resultater for ulike lengder på oppfølgingsperioden

Oppfølgingsperioden for registerdata varierte mellom 18 og 31 måneder, med et gjennomsnitt på 24,6 måneder. Vi undersøkte hvordan effekten av IPS varierte avhengig av lengden på oppfølgingsperioden.

Tabell 13. Effekt av IPS på sysselsetting avhengig av antall måneder etter inklusjon

Måneder etter inklusjon	Antall*	Er i arbeid	AAP og jobb
12	408	0,072*	0,034*
13	408	0,072*	0,032*
14	408	0,071*	0,030
15	408	0,071*	0,029
16	408	0,072*	0,029*
17	408	0,073*	0,030*
18	408	0,075*	0,031*
19	384	0,078**	0,032*
20	354	0,081**	0,032*
21	335	0,084**	0,034*
22	306	0,087**	0,035*
23	282	0,090**	0,035*
24	247	0,092**	0,035*

25	218	0,094**	0,035*
26	169	0,095**	0,036*
27	156	0,096**	0,036*

Tabellen viser resultater fra en rekke regresjoner med den samme modellen, det vil si kontroll for alder, kjønn, år, kalendermåned og senter. * $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$. Standardfeilene er estimert med cluster på senter.

*Registerdata på to deltakere som gikk bort, mangler

Resultatene viste for det første at det var en positiv og svakt signifikant effekt av IPS på sysselsetting når vi avgrenset oppfølgingsperioden til 12 måneder etter inklusjon. Sannsynligheten for å være i jobb var da 7,2 prosentpoeng større i IPS-gruppen enn i kontrollgruppen. Videre var den målte effekten størst for dem vi observerte lengst, det vil si de først inkluderte, og økningen var monoton fra måned 17 og utover.

Effekten av IPS på sannsynligheten for å kombinere arbeidsavklaringspenger med jobb endret seg lite med lengden på oppfølgingsperioden.

Tabell 13 viser hvordan effekten av IPS på sysselsetting varierte med hvor lenge hver person hadde vært inkludert i studien. En annen problemstilling er om effekten varierer over tid på et mer overordnet nivå, dvs. over kalendertid. Dette kunne tenkes å følge av at sentrene lærte underveis, slik at effekten økte jo lenger ut i inklusjonsperioden man kom. For å undersøke dette tok vi vekk effekten av at individuell oppfølgingsperiode varierte – vi estimerte effekten bare over den 18-månedersperioden som alle var observert i. Deretter delte vi utvalget i to omtrent like store deler: de som ble inkludert tidlig (oktober 2013-mars 2014) og de som ble inkludert sent (april-oktober 2014). Dersom det var en læringseffekt, skulle vi forvente å finne at sent inkluderte hadde større effekt etter 18 måneder enn tidlig inkluderte etter samme antall måneder. Resultatet er rapportert i tabell 14. Estimater for IPS viste at det ikke var noen effekt for de sist inkluderte sammenlignet med sin kontrollgruppe (kolonne 2), mens de som ble inkludert tidlig til IPS hadde en signifikant økning i sysselsettingsrate sammenlignet med de som ble randomisert tidlig til kontrollgruppen (kolonne 3)². Vi har tidligere funnet at effekten på sysselsettingsraten etter 18 måneder var en økning på 7,5 prosentpoeng (tabell 13), som et gjennomsnitt for hele utvalget. Resultatene i tabell 14 indikerer at denne effekten er drevet av den halvdelen av utvalget som ble inkludert først, og gir ikke støtte til argumentet om at det har vært en læring på senternivå. Vi vil være forsiktige med å tolke dette resultatet, fordi det er få observasjoner i analysen. Læringseffekten i IPS må også sees i lys av at jobbspesialistene var i gang med lignende oppgaver (men ikke med randomisering og IPS-metodikk) i ett år før IPS startet. Videre gikk antall inkluderte pr måned ned mot slutten av inklusjonsperioden (se figur 3) og det kan tenkes at det da ble vanskeligere å rekruttere topp motiverte deltakere som trolig ville ha hatt størst nytte av tiltaket.

² Koeffisienten for IPS*tidlig i kolonne 1 er positiv og indikerer det samme som i kolonne 2 og 3, men er ikke statistisk signifikant isolert sett. Som forventet er de to variablene IPS og IPS*tidlig *samlet sett* signifikant forskjellige fra null, på 7 %-nivå.

Tabell 14. Effekt av IPS på arbeidsdeltakelse for underutvalg av tidlig/sent inkluderte

	(1) Hele utvalget	(2) Sent Inkluderte	(3) Tidlig inkluderte
IPS	0,015 (0,775)	0,030 (0,698)	0,104** (0,022)
IPS*tidlig	0,103 (0,137)		
N	7344	3420	3924
R ²	0,047	0,075	0,054

p-verdier i parentes. * p < 0,1, ** p < 0,05, *** p < 0,01. Standardfeilene er estimert med cluster på senter. I hvert utvalg (kolonne 1-3) er oppfølgingsperioden avgrenset til 18 måneder. Modellene inkluderer kontroll for alder, kjønn, år, kalendermåned og senter (ikke vist i tabellen).

4.2 Utdanningsaktivitet

Vi undersøkte om IPS endret sannsynligheten for at de inkluderte var i gang med utdanning. Utdanningsaktivitet er målt på to måter, pr oktober hvert år og ved hjelp av forløpsdata. Regresjonene viste ingen statistisk signifikant endring i utdanningsaktivitet.

4.3 Bruk av psykiatriske spesialisthelsetjenester

Basert på registerdata fra Norsk pasientregister fikk vi informasjon om fem typer tjenester, regnet per person per måned:

- 1) Antall kontakter med avtalespesialist (psykolog)
- 2) Antall kontakter barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)³
- 3) Antall kontakter poliklinisk psykisk helsevern for voksne (PHV)
- 4) Antall dagbehandling
- 5) Antall liggedøgn innen psykisk helsevern

Endringer i spesialisthelsetjenester er ikke en integrert del av IPS, og deltakerne skal ha tilgang til det samme tilbudet i begge gruppene. Tabell 15 nedenfor viser ingen indikasjoner på at IPS endret omfanget av psykiatriske spesialisthelsetjenester.

³ BUP er et poliklinisk spesialisthelsetilbud innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom. De gir tilbud til barn og ungdom under 18 år.

Tabell 15. Bruk av spesialisthelsetjenester

	Kontakter Avtalespesialist	Kontakter BUP	PHV dag	PHV døgn	PHV poli
IPS	0,012	-0,019	-0,021	0,197	0,247
Alder	0,002	-0,001	0,002	-0,013**	-0,005
Kvinne	0,006	-0,008	-0,005	0,245	0,042
<i>N</i>	8409	8409	8409	8409	8409
<i>R</i> ²	0,009	0,010	0,016	0,013	0,121

* $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$. Andre kontrollvariabler er kalendermåned, år og senternummer.

4.4 Helse og livskvalitet

Det sekundære målet med denne studien var å undersøke en eventuell effekt av IPS på helse og livskvalitet. For å besvare dette spørsmålet, innhentet vi spørreskjemadata 6 og 12 måneder etter at deltakerne ble inkludert i studien.

Totalt 193 (47 %) deltakere returnerte spørreskjema ved 6 måneders oppfølging, mens 180 (44 %) deltakere returnerte spørreskjema ved 12 måneders oppfølging. Den lave responsraten var omtrent som forventet med tanke på målgruppen for prosjektet. Siden den høye andelen manglende responser ved 6 og 12 måneders oppfølging medfører en viss usikkerhet i analysen av resultater, har vi gjort en statistisk justering for de manglende responsene.

De ujusterte tallene viser gjennomsnittsverdier ved hvert tidspunkt for de ulike utfallsmålene. For de justerte analysene ble maximum likelihood estimation (MLE) benyttet. I disse analysene beregnes korrelasjonen mellom målingene innenfor hver av personene (ICC: intra class correlation). Fordelen med å benytte MLE er at når data mangler (for ett eller flere tidspunkt) vil modellen ta hensyn til dette når de justerte gjennomsnittsverdiene for hvert tidspunkt beregnes, selv om det er skjevheter i hvem som deltar ved de ulike tidspunktene. I modellene ble det også justert for de tilfeldige forskjellene som ble observert ved baseline. Alternativer til MLE er å benytte multippel imputering (MI) eller inverse sannsynlighetsvekter (IPW: inverse probability weights). MI og IPW, i motsetning til MLE, baserer seg begge på modeller for manglende data der variabler for å forklare manglende data inngår. Hvis utfallsmål ved oppfølgingstidspunktene ikke var målt ved baseline, hadde MI eller IPW vært alternativ siden ICC da ikke kunne beregnes ved hjelp av MLE.

I tabell 16 presenterer vi resultatene for dem som svarte ved 6 og 12 måneders oppfølgingen, mens vi i tabell 17 presenterer de samme resultatene men da med justering for de manglende responsene.

Tabell 16. Gjennomsnittsskårer ved 6 og 12 måneder. Ingen justering for baseline eller manglende data

	6 måneder				12 måneder			
	Gruppe	Gj.sn. (95 % CI)	forskjell (95 % CI)	P- verdi	Gruppe	Gj.sn. (95 % CI)	forskjell (95 % CI)	P- verdi
HADS Total 0-42	IPS	20,68 (19,30;22,07)	0,32 (-1,85;2,49)	0,77	IPS	13,82 (12,44;15,20)	-2,96 (-5,14;-0,78)	0,008
	Kontroll	20,37 (18,70;22,03)			Kontroll	16,78 (15,09;18,47)		
HADS Angst 0-21	IPS	11,00 (10,18;11,83)	0,42 (-0,87;1,71)	0,52	IPS	8,08 (7,26;8,91)	-1,19 (-2,49;0,11)	0,073
	Kontroll	10,58 (9,59;11,57)			Kontroll	9,27 (8,27;10,28)		
HADS Depresjon 0-21	IPS	9,68 (8,93;10,44)	-0,10 (-1,29;1,08)	0,86	IPS	5,74 (4,98;6,49)	-1,77 (-2,96;-0,58)	0,004
	Kontroll	9,79 (8,88;10,69)			Kontroll	7,51 (6,59;8,43)		
Subjektive helseplager Alvorlighetsgrad 0-87	IPS	16,05 (13,94;18,16)	-1,73 (-5,00;1,55)	0,30	IPS	15,08 (12,97;17,19)	-2,53 (-5,80;0,73)	0,13
	Kontroll	17,77 (15,26;20,28)			Kontroll	17,61 (15,12;20,10)		
Utmattelse 0-33	IPS	15,45 (14,24;16,67)	0,06 (-1,83;1,94)	0,95	IPS	15,07 (13,87;16,28)	-0,94 (-2,83;0,94)	0,33
	Kontroll	15,40 (13,96;16,84)			Kontroll	16,02 (14,56;17,47)		
Funksjon (WHODAS) 0-100	IPS	22,77 (19,45;26,10)	-3,32 (-8,56;1,92)	0,22	IPS	20,88 (17,70;24,06)	-8,71 (-13,7;-3,70)	0,001
	Kontroll	26,09 (22,04;30,15)			Kontroll	29,58 (25,72;33,45)		
Alkohol (AUDIT) 0-12	IPS	2,37 (1,90;2,83)	-0,32 (-1,05;0,4)	0,38	IPS	2,76 (2,30;3,23)	0,52 (-0,21;1,25)	0,16
	Kontroll	2,69 (2,13;3,25)			Kontroll	2,24 (1,68;2,80)		
Rus (DUDIT) 0-40	IPS	0,78 (-0,40;1,95)	-0,35 (-2,16;1,47)	0,71	IPS	0,94 (-0,21;2,10)	-0,92 (-2,72;0,89)	0,32
	Kontroll	1,13 (-0,26;2,51)			Kontroll	1,86 (,47;3,24)		
Helse 0-100	IPS	58,50 (54,42;62,58)	5,28 (-0,95;11,51)	0,10	IPS	59,89 (55,89;63,88)	9,17 (2,85;15,48)	0,004
	Kontroll	53,22 (48,51;57,93)			Kontroll	50,72 (45,83;55,61)		
Livskvalitet 1-10	IPS	5,15 (4,79;5,51)	0,41 (-0,15;0,98)	0,15	IPS	5,28 (4,92;5,64)	0,63 (0,05;1,20)	0,033
	Kontroll	4,74 (4,30;5,17)			Kontroll	4,65 (4,21;5,10)		

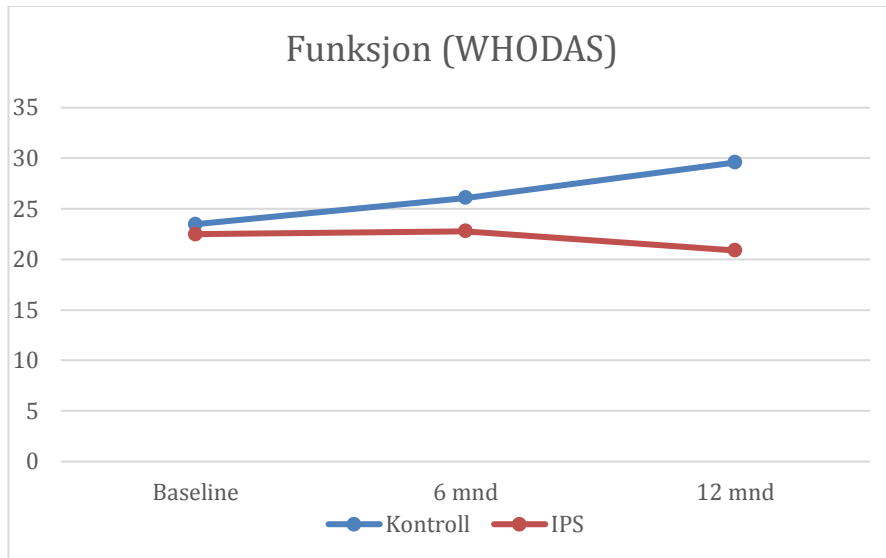
I tabell 16 fremgår det altså flere statistisk signifikante forskjeller mellom IPS-gruppen og kontrollgruppen, hvor de som fikk IPS gjennomgående hadde bedre skårer. De uthevede p-verdiene i høyre kolonne viser hvilke forskjeller som var statistisk signifikante. En lav p-verdi betyr at det er lite sannsynlig at forskjellen mellom gruppene er tilfeldig. Ved 6 måneders oppfølgingen var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Effekten av IPS kom dermed noe senere og er synlig i 12 måneders oppfølgingen. Sammenliknet med kontrollgruppen rapporterte de som fikk IPS signifikant lavere nivå av depresjonssymptomer 12 måneder etter inklusjon. De rapporterte også om bedre funksjon, helse og livskvalitet sammenliknet med kontrollgruppen. Effekten på selvrapportert helse var på nærmere 10 poeng; mens kontrollgruppen rapporterte at helsen var 51 på en skala fra 0-100, rapporterte IPS-gruppen at helsen var 60. Også på funksjonsmålet skåret IPS-gruppen nærmere 10 poeng høyere enn kontrollgruppen på en skala fra 0-100.

Tabell 17. Gjennomsnittskårer ved 6 og 12 måneder med justering for baseline og manglende data.

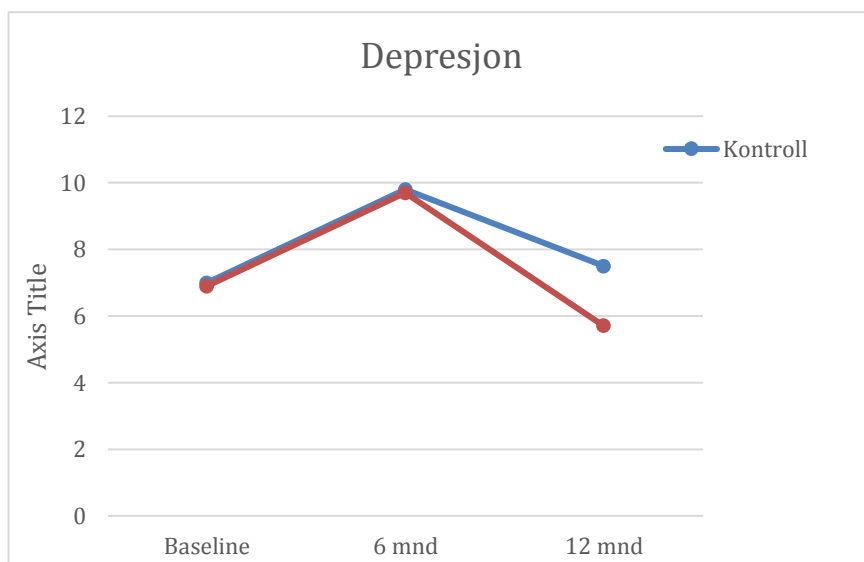
	6 måneder				12 måneder			
	Gruppe	Gj.sn. (95 % CI)	forskjell (95 % CI)	P- verdi	Gruppe	Gj.sn. (95 % CI)	forskjell (95 % CI)	P- verdi
HADS Total 0-42	IPS	20,64 (19,28;22,01)	0,36 (-1,75;2,47)	0,74	IPS	13,74 (12,38;15,09)	-3,00 (-5,13;-0,87)	0,006
	Kontroll	20,28 (18,66;21,91)			Kontroll	16,74 (15,09;18,39)		
HADS Angst 0-21	IPS	11,00 (10,18;11,83)	0,42 (-0,86;1,71)	0,52	IPS	8,08 (7,26;8,90)	-1,19 (-2,48;0,11)	0,072
	Kontroll	10,58 (9,59;11,56)			Kontroll	9,27 (8,27;10,27)		
HADS Depresjon 0-21	IPS	9,64 (8,94;10,34)	-0,07 (-1,13;0,99)	0,90	IPS	5,65 (4,96;6,35)	-1,85 (-2,91;-0,78)	0,001
	Kontroll	9,71 (8,88;10,54)			Kontroll	7,50 (6,66;8,34)		
Subjektive helseplager Alvorlighetsgrad 0-87	IPS	15,02 (13,41;15,65)	-2,18 (-4,40;0,04)	0,054	IPS	14,13 (12,52;15,73)	-2,79 (-4,99;-0,58)	0,013
	Kontroll	17,20 (15,35;19,05)			Kontroll	16,91 (15,07;18,75)		
Utmattelse 0-33	IPS	15,22 (14,13;16,32)	-0,08 (-1,72;1,57)	0,93	IPS	14,47 (13,38;15,56)	-1,11 (-2,76;0,54)	0,19
	Kontroll	15,30 (14,01;16,59)			Kontroll	15,58 (14,27;16,88)		
Funksjon (WHODAS) 0-100	IPS	22,57 (19,68;25,46)	-1,63 (-6,03;2,78)	0,47	IPS	19,60 (16,81;22,4)	-9,09 (-13,3;-4,87)	<0,001
	Kontroll	24,20 (20,69;27,70)			Kontroll	28,70 (25,34;32,05)		
Alkohol (AUDIT) 0-12	IPS	2,41 (2,05;2,77)	-0,49 (-0,99;0,01)	0,05	IPS	2,55 (2,19;2,91)	0,21 (-0,29;0,71)	0,40
	Kontroll	2,90 (2,48;3,32)			Kontroll	2,34 (1,92;2,76)		
Rus (DUDIT) 0-40	IPS	1,07 (0,15;2,00)	-0,78 (- 2,02;0,46)	0,22	IPS	2,07 (1,15;2,99)	-0,26 (-1,5;0,98)	0,69
	Kontroll	1,85 (0,80;2,90)			Kontroll	2,33 (1,27;3,38)		
Helse 0-100	IPS	58,86 (55,02;62,52)	3,28 (-2,14;8,69)	0,24	IPS	60,79 (57,19;64,38)	7,38 (1,89;12,86)	0,008
	Kontroll	55,58 (51,36;59,80)			Kontroll	53,41 (49,04;57,77)		
Livskvalitet 0-10	IPS	5,12 (4,80;5,44)	0,44 (- 0,04;0,92)	0,071	IPS	5,32 (4,99;5,64)	0,63 (0,14;1,11)	0,012
	Kontroll	4,67 (4,29;5,05)			Kontroll	4,69 (4,30;5,08)		

Tabell 17 viser det samme som tabell 16, men er her justert for manglende svarresponser. Resultatene peker imidlertid i samme retning som de ujusterte analysene; sammenliknet med kontrollgruppen hadde de som fikk IPS signifikant mindre depressive symptomer 12 måneder etter inklusjon. De rapporterte også om bedre funksjon, helse og livskvalitet. Det er altså få endringer i resultatene når vi tar med en justering for manglende responser. Noen av forskjellene blir noe tydeligere (depresjon, funksjon og subjektive helseplager), mens forskjellen i selvrappport helse blir litt svakere. Forskjellen i livskvalitet er lik i de to tabellene.

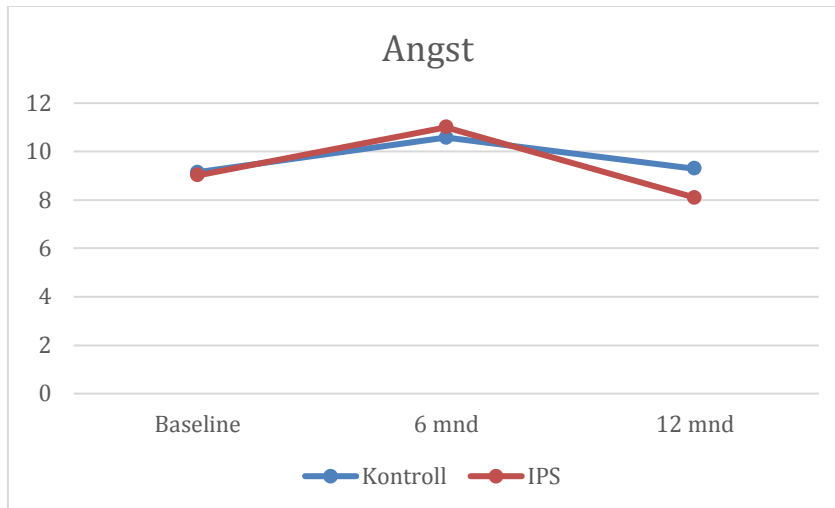
Figurene 10 til 14 viser egenrapportert endring over tid i psykisk/fysisk helse, funksjon og livskvalitet fra baseline til 6 og 12-måneder hos deltakerne som fikk IPS (rød) og deltakerne som var i kontrollgruppen og fikk en høykvalitetsversjon av ordinær oppfølging fra NAV (blå). Tabell 18 viser egenrapportert forventet effekt på helse ved eventuell retur til arbeid.



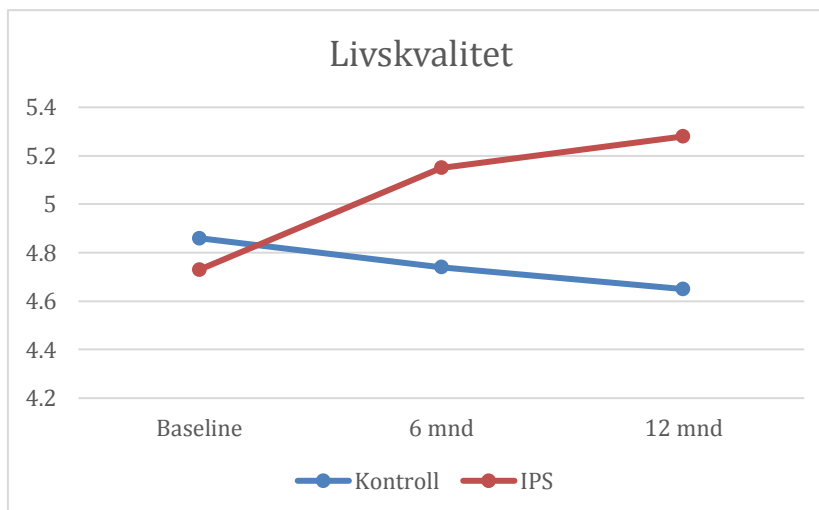
Figur 10. Funksjon (skalaen går fra 0-100, høyere skåre indikerer dårligere funksjon).



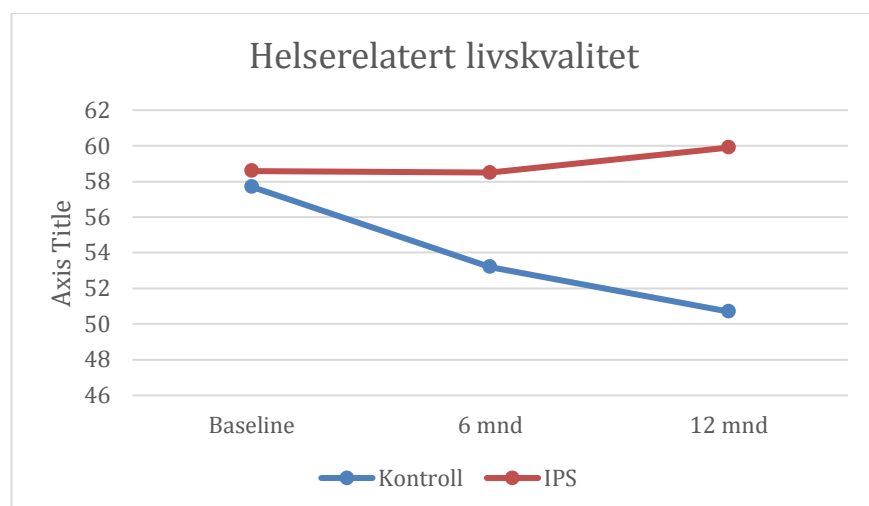
Figur 11. Depresjon (skalaen går fra 0-21, lavere skåre = mindre symptomer).



Figur 12. Angst (skalaen går fra 0-21, lavere skåre = mindre symptomer).



Figur 13. Livskvalitet (skalaen går fra 0-10, bedre skåre indikerer bedre livskvalitet).



Figur 14. Helse (stige med skala fra 0-100: høyere skåre = bedre helse).

Tabell 18. Forventet effekt på helse ved eventuell retur til arbeid, som estimert av deltakerne ved 6 og 12 måneder*. Høy skåre indikerer forventning om gunstig helseeffekt av å begynne/fortsette å arbeide.

	Gruppe	Antall	Gj.sn.	SD	df	p
6 mnd.					123	0.046
	IPS	101	3.90	1.20		
	Kontroll	70	3.46	1.55		
12 mnd.					138	0.01
	IPS	100	3.81	1.25		
	Kontroll	72	3.26	1.46		

I tabell 18 ser vi altså at deltakerne i IPS-gruppen hadde en signifikant høyere tro på at arbeid ville være gunstig for plagene deres enn deltakerne i kontrollgruppen ved begge oppfølgingstidspunkt. Forskjellen er signifikant forskjellig ved både 6 og 12 måneder, hvilket betyr at IPS-gruppen hadde en større tro på at arbeid er bra for helsen enn kontrollgruppen ved begge tidspunkt.

4.4.1 Sub-grupper

Målene på helse og livskvalitet i tabell 17 ble også undersøkt for eventuelle sub-gruppe-effekter. Av størst interesse var det å undersøke potensielle forskjeller mellom deltakere med alvorlige versus moderate psykiske lidelser. Vi fant imidlertid få eller ingen sub-gruppe-effekter i analysene. Med unntak av en noe større bedring i generelle helseplager i gruppen med alvorlige psykiske lidelser, var det ingen signifikante forskjeller i effekter på sekundære utfallsmål mellom de to sub-gruppene ved 6 eller 12 måneders oppfølging.

4.4.2 Alkohol og rusmisbruk

AUDIT skårer ved inklusjon viste at 53 % (n=112) av mennene hadde en skåre over etablert terskelverdi som indikerer at de har et uheldig drikkemønster og et mulig alkoholproblem, mens 51 % (n=102) av kvinnene skåret over tilsvarende terskelverdi.

Ved 12 måneders oppfølging var andelen menn som skåret over terskelverdien redusert til 15 % (n=31), mens av kvinnene var det nå kun 17 % (n=34) som skåret over terskelverdien. Alkoholproblemer så altså ut til å reduseres for hele utvalget i løpet av prosjektperioden, men tallene er for små til at dette kan hevdes med sikkerhet eller deles opp på gruppe (IPS vs. kontroll).

På DUDIT skåret 21 % (n=44) av mennene ved inklusjon over etablert terskelverdi som indikerer at de mest sannsynlig har et rusproblem. Av kvinnene, skåret 14 % (n=27) over terskelverdien ved inklusjon som indikerer at de mest sannsynlig har et rusproblem.

Ved 12 måneders oppfølging var det kun 5 % (n=10) av mennene som nå skåret over denne terskelverdien og kun 2 % (n=4) av kvinnene. Rusproblemer ser altså ut til å reduseres i løpet av prosjektperioden, men tallene er for små til at dette kan hevdes med sikkerhet eller deles opp på gruppe (IPS vs. kontroll). Tallene kan også være påvirket av skjevheter som følge av manglende responser ved 6 og 12 måneders oppfølging, da rus nettopp var en av de variablene som predikerte manglende svarresponser (se punkt 4.4.3).

4.4.3 Manglende svarresponser (missing)

For å synliggjøre hvem som ikke svarte på spørreskjema ved 6 og 12 måneders oppfølgingen, sammenliknet vi dem som svarte med dem som ikke svarte for å undersøke om det var systematiske forskjeller mellom gruppene. Resultatene (tabell 19) viste at de som ikke svarte på spørreskjema ved oppfølgingene, gjennomgående hadde bedre funksjon, var noe mindre plaget av helseplager og utmattelse, rapporterte bedre helse og mer rusproblematikk ved tidspunkt for inklusjon enn dem som svarte på skjema ved 12 måneder. Utover disse forskjellene, var det ingen systematiske forskjeller mellom dem som svarte og dem som ikke svarte på oppfølgingene ved 6 og 12 måneder.

Tabell 19. Gjennomsnittskårer ved baseline separert for dem som svarte (respondere) vs. dem som ikke svarte (ikke-respondere) på spørreskjema etter 6 og 12 måneder

	Gruppe	6 måneder			12 måneder		
		Gj.sn.	SD	Test av forskjell ⁴	Gj.sn.	SD	Test av forskjell
HADS total	Ikke-respondere	15,72	7,64	t=0,90, df=401,	15,63	7,70	t=0,22, df=401,
	Respondere	16,40	7,58	p=0,37	16,57	7,48	p=0,22
HADS Depresjon	Ikke-respondere	6,84	4,10	t=0,43, df=402,	6,69	4,17	t=1,32, df=402,
	Respondere	7,02	4,18	p=0,26	7,23	4,08	p=0,19
HADS Angst	Ikke-respondere	8,84	4,50	t=1,13, df=402,	8,91	4,42	t=0,87, df=402,
	Respondere	9,34	4,32	p=0,26	9,29	4,42	p=0,39
Subjektive helseplager Alvorlighetsgrad	Ikke-respondere	13,56	10,04	t=2,15, df=399,	13,64	10,33	t=2,08, df=399,
	Respondere	15,81	10,94	p=0,03	15,83	10,66	p=0,04
Funksjon (WHODAS) 0-100	Ikke-respondere	21,47	15,32	t=1,96, df=392,	21,66	15,42	t=1,84, df=392,
	Respondere	24,49	15,17	p=0,05	24,50	15,06	p=0,07
Helse (termometer EQ5D) 0-100	Ikke-respondere	61,30	20,88	t=-3,19, df=380,	60,39	20,47	t=-2,38, df=381,
	Respondere	54,88	18,43	p=0,002	55,54	19,07	p=0,02
Utmattelse (Chalder fatigue) 0-33	Ikke-respondere	14,46	6,11	t=2,06, df=403,	14,50	6,09	t=2,03, df=403,
	Respondere	15,69	5,96	p=0,04	15,73	5,98	p=0,04
Alkohol (AUDIT)	Ikke-respondere	3,31	2,56	t=-0,57, df=403,	3,25	2,53	t=-0,01, df=403,
	Respondere	3,17	2,47	p=0,57	3,24	2,50	p=0,99
Rus (DUDIT)	Ikke-respondere	3,49	7,25	t=-2,08, df=399,	3,85	7,87	t=-3,66, df=400,
	Respondere	2,09	6,17	p=0,04	1,52	4,77	p<0,01
Livskvalitet (Livets stige) 1-10	Ikke-respondere	4,79	1,88	t=0,03, df=381,	4,77	1,91	t=0,24, df=381,
	Respondere	4,79	1,78	p=0,98	4,81	1,73	p=0,81
Alder	Ikke-respondere	34,6	10,79	t=0,85, df=407,	34,4	10,56	t=1,34, df=407,
	Respondere	35,5	10,74	p=0,40	35,84	10,99	p=0,18

⁴ To-halet test for uavhengige grupper

Kategoriske variabler					
Kjønn	Ikke-respondere	58 % menn	$\chi^2=0,34$, n=402	54 % menn	$\chi^2=1,75$, n=410
	Respondere	45 % menn	p=0,63	48 % menn	p=0,20
Sivilstatus	Ikke-respondere	79 % enslig/skilt	$\chi^2=0,05$, n=395	81 % enslig/skilt	$\chi^2=1,77$, n=402
	Respondere	77 % enslig/skilt	p=0,07	75 % enslig/skilt	p=0,22
Fødeland	Ikke-respondere	87 % i Norge	$\chi^2=0,39$, n=410	87 % i Norge	$\chi^2=0,32$, n=410
	Respondere	85 % i Norge	p=0,57	85 % i Norge	p=0,57
Opprinnelig IPS målgruppe	Ikke-respondere	48 % i målgruppen	$\chi^2=1,16$, n=300	46 % i målgruppen	$\chi^2=0,1$, n=300
	Respondere	42 % i målgruppen	p=0,30	45 % i målgruppen	p=1,0
Psykoselidelse	Ikke-respondere	40 % psykose	$\chi^2=0,73$, n=295	37 % psykose	$\chi^2=0,04$, n=295
	Respondere	35 % psykoselidelse	p=0,40	38 % psykose	p=0,90
Gruppe (kontroll vs, IPS)	Ikke-respondere	53 % IPS	$\chi^2=2,06$, n=410	54 % IPS	$\chi^2=0,80$, n=410
	Respondere	60 % IPS	p=0,16	58 % IPS	p=0,42
Tidligere innlagt med tvang	Ikke-respondere	30 % tidl. innlagt	$\chi^2=2,60$, n=395	30 % tidl. innlagt	$\chi^2=3,74$, n=395
	Respondere	22 % tidl. innlagt	p=0,07	21 % tidl. innlagt	p=0,07

4.4.4 Selvrapportert arbeidsdeltakelse

Arbeidsdeltakelse måles i denne studien primært ved hjelp av registerdata, men vi inkluderte også et selvrapportert mål på arbeidsdeltakelse i spørreskjema ved 6 og 12 måneder. Dette ble gjort for å kunne sammenlikne mer direkte med øvrige IPS-studier internasjonalt hvor arbeidsdeltakelse er målt på denne måten.

Arbeidsdeltakelse ved selvrapport, 6 mnd.

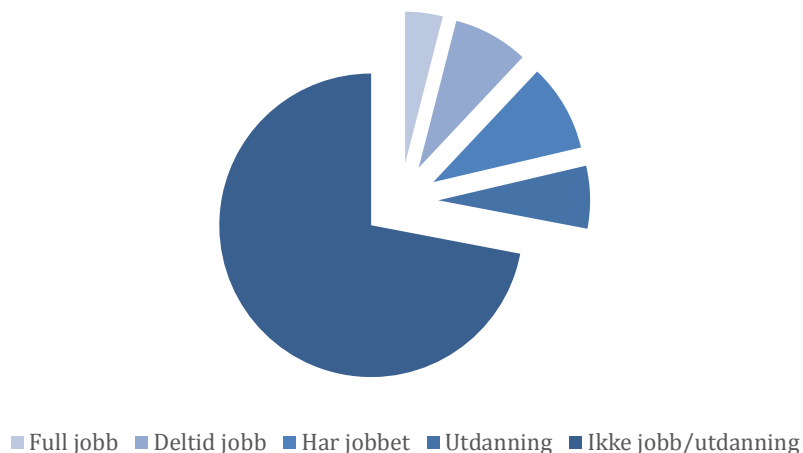
Kontrollgruppen (n=78): 3 deltakere sa de var i full jobb, 8 deltakere jobbet deltid og 4 deltakere hadde vært i en eller flere ordinære jobbforhold de siste 6 månedene. 1 deltaker oppga å ha påbegynt en utdanning de siste 6 månedene mens 2 deltakere oppga å ha fullført en utdanning.

IPS-gruppen (n=115): 9 deltakere sa de var i full jobb, 13 deltakere jobbet deltid og 10 deltakere hadde vært i en eller flere ordinære jobbforhold de siste 6 månedene. 5 fullførte en utdanning de siste 6 månedene mens 8 deltakere oppga å ha påbegynt en utdanning.

Arbeidsdeltakelse ved selvrapport, 12 mnd.

Kontrollgruppen (n=75): 3 deltakere sa de var i full jobb, 6 deltakere jobbet deltid og 7 deltakere hadde vært i en eller flere ordinære jobbforhold de siste 6 månedene. 1 deltaker oppga å ha fullført en utdanning de siste 6 månedene, mens 4 deltakere hadde påbegynt en utdanning. Totalt 21 % av deltakerne i kontrollgruppen som svarte ved 12 måneders oppfølgingen rapporterte altså at de hadde vært i ordinært arbeid de siste 6 månedene, mens 12 % oppga å være i et ordinært arbeidsforhold nå (figur 15).

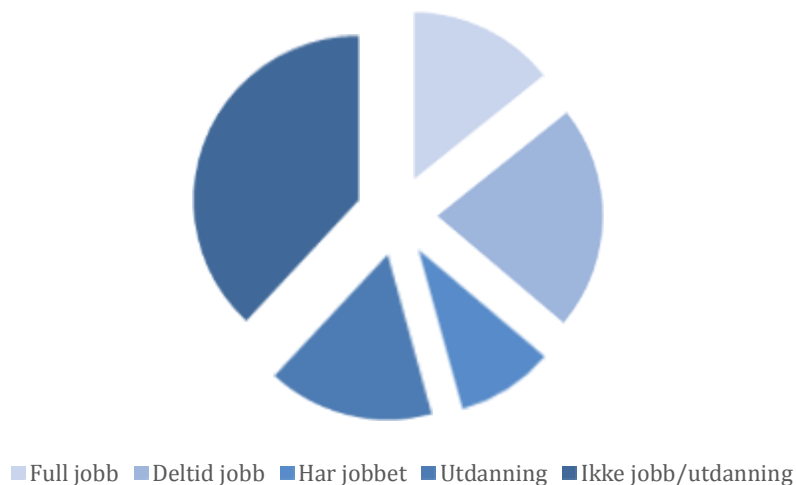
Kontrollgruppen 12 mnd



Figur 15. Selvrapportert arbeidsdeltakelse i kontrollgruppen ved 12 måneder

IPS-gruppen (n=105): 15 deltakere sa de var i full jobb, 23 deltakere jobbet deltid og 10 deltakere hadde vært i en eller flere ordinære jobbforhold de siste 6 månedene. 3 deltakere oppga å ha fullført en utdanning de siste 6 månedene, mens 14 deltakere hadde påbegynt en utdanning (figur 16). Totalt 46 % av deltakerne i IPS-gruppen som svarte ved 12 måneders oppfølgingen rapporterte altså at de hadde vært i ordinært arbeid de siste 6 månedene, mens 36 % oppga å være i et ordinært arbeidsforhold nå.

IPS-gruppen 12 mnd



Figur 16. Selvrapportert arbeidsdeltakelse i IPS-gruppen ved 12 måneder

Oppsummert samsvarte den selvrapporterte arbeidsdeltakelsen med resultatene fra registerdata. Deltakere som fikk IPS rapporterte om betydelig høyere arbeidsdeltakelse sammenliknet med kontrollgruppen, men forskjellene mellom IPS og kontrollgruppen ble rapportert som større ved selvrapport enn i registerdata. Ved 12 måneders oppfølging rapporterte 46 % av IPS deltakerne å ha vært i ordinært lønnet arbeid de siste 6 månedene, sammenliknet med 21 % i kontrollgruppen. Dette er høyere enn i registerdata hvor 37 % av IPS-deltakerne var registrert i et arbeidsforhold mot 27 % i kontrollgruppen ved 18 måneders oppfølging.

5. Kost-nytte-analyse

5.1 Metode

For å finne den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av IPS må man sammenligne økningen i nytte med merkostnadene ved å innføre tiltaket. Slik det er vanlig i kost-/nytteanalyser av denne typen tiltak er den viktigste faktoren på nyttesiden økningen i produksjonsverdi. Andre aktuelle elementer i analysen, på kostnadssiden, er driftskostnader for IPS-sentrene og endringer i bruken av eksisterende NAV-tiltak og psykiatriske spesialisthelsetjenester. Analysen følger anbefalingene gitt i Direktoratet for økonomistyrings veileder i samfunnsøkonomiske analyser (Økonomistyring, 2014). Kriteriet for at et behandlingstiltak for å bringe n personer i jobb er samfunnsøkonomisk lønnsomt, er at netto-nåverdien NNV i uttrykket nedenfor er positiv (Berkowitz, 1988):

$$NNV = \sum_{i=1}^n \left\{ \sum_{t=1}^{T^i} \frac{(p_t^i - \bar{p}_t^i) \cdot (W_t^i - F_t^i + \lambda U_t^i)}{(1+r)^t} - (1+\lambda)(C_t^{B_i} - C_t^{K_i}) \right\} > 0$$

Denne formelen er forklart slik i Reme et al (Reme et al., 2013):

«Dette uttrykket sier at den forventede nettonåverdien av tiltaket må være positiv når en summerer over alle n deltakere, eller grupper, fra år 1, da tiltaket ble startet, og over alle år fram til alderspensjoneringstidspunktet, T^i , for hver enkelt deltaker, i. Størrelsen p_t^i står for sannsynligheten for at person i er (tilbake) i ordinært arbeid på tidspunkt t dersom vedkommende har deltatt i et rehabiliteringsprogram, mens $\bar{p}_t^i$ står for den tilsvarende sannsynligheten dersom personen ikke har deltatt. W_t^i står for økt verdiskaping ved at person i er i arbeid på tidspunkt t. F_t^i er verdien av den tapte fritiden i går glipp av ved å være i arbeid. Størrelsen λ er en positiv faktor som reflekterer effektivitetstapet ved å skattefinansiere offentlige utgifter. U_t^i er reduksjon i offentlige overføringer til individ i på tidspunkt t som følge av at i har kommet (tilbake) i arbeid. $C_t^{B_i}$ er de direkte behandlings-/rehabiliterings-kostnadene for person i som er medlem av behandlingsgruppen, mens $C_t^{K_i}$ er behandlings-/rehabiliteringskostnader som blir tilført kontrollgruppen. r er den samfunnsøkonomiske diskonteringsrenten.»

Når vi i denne analysen presenterer $C_t^{B_i} - C_t^{K_i}$, viser vi selve differansen, ikke de absolutte verdiene for hver gruppe.

Hovedutfallet i denne analysen er økningen i sysselsettingssannsynlighet som følge av IPS, det vil si $(p_i^i - \bar{p}_i^i)$. Nåverdikriteriet over sier at vi må undersøke om verdien av å øke sysselsettingen overstiger kostnadene ved tiltaket for samfunnet. I nåverdiformelen blir programeffekter og kostnader for alle individ som deltar summert, og i praksis blir $(p_i^i - \bar{p}_i^i)$ estimert som et gjennomsnitt blant de inkluderte i hver gruppe. Dette svarer til en såkalt ekstern evaluering av tiltaket (Berkowitz, 1988). Dersom antallet observasjoner tillater det, kan man også undersøke om programeffekter og kostnader er individ- eller gruppespesifikke (det Berkowitz kaller en intern evaluering), for å vurdere om det er visse grupper som har spesielt stor nytte av tiltaket. Med 410 inkluderte deltakere kan vi bare i begrenset grad gjøre analyser for underutvalg, og vi presenterer derfor en kost-/nytte-analyse der vi bruker data basert på hele utvalget.

Et viktig element i analysen er analyseperioden (T i ligning 1), det vil si hvor langvarige effektene antas å bli. I formelen ovenfor er det åpnet opp for at effektene kan vare helt fram til alderspensjoneringstidspunktet, men i praksis vil det være urealistisk. Vi synliggjør hvor følsom den samfunnsøkonomiske lønnsomheten i tiltaket er ved å variere forutsetningen om hvor lenge sysselsettingseffekten varer, mens alle andre faktorer holdes konstant. Videre tar vi hensyn til usikkerhet omkring hvordan økningen i sysselsettingsrate slår ut i økt produksjonsverdi, ved å regne ut en kritisk verdi for økning i bruttolønn, som forklart nedenfor. Denne kritiske verdien blir følgelig regnet ut for ulike forutsetninger om hvor langvarig økningen i sysselsettingsrate blir.

5.2 Kalkulasjoner av samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Mens kostnadene kan anslås med nokså stor grad av sikkerhet, er det – på tidspunktet for sluttrapporten - stor usikkerhet knyttet til hvordan den positive effekten på sysselsettingen skal verdsettes. Dette skyldes at vi bare har tilgjengelig inntektsdata fram til og med 2014 (om vi hadde tilgang til inntektsdata for 2015 og 2016, ville det gi en oppfølgingsperiode på 18 måneder for alle, siden inklusjonen varte fram t.o.m. oktober 2014). Vi velger derfor å presentere en oversikt over endringer på kostnadssiden, og så regne ut, for ulike scenarier, hvor stor økningen i bruttolønn (som avspeiler produksjonsverdi) må være for at tiltaket skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt. I de ulike scenariene lar vi tidshorisonten variere mellom 2 og 5 år.

De relevante samfunnsøkonomiske kostnadene er de som uttrykker en bruk av knappe ressurser. Vi har innhentet data over kostnader ved IPS-sentre, NAV-tiltak og psykiatriske spesialisthelsetjenester. Siden effektstudien indikerte at IPS ikke førte til endringer i bruken av spesialisthelsetjenester (tabell 15), er denne tjenestetypen ikke med i kalkylen. Den klart viktigste kostnadsposten er driften av IPS-sentrene, der lønn til jobbspesialistene inkludert sosiale kostnader utgjør hovedtyngden. Det at driftskostnadene er finansiert fra ulike kilder, noe fra Helsedirektoratet og noe fra egne midler ved DPS/helseforetakene, er uvesentlig i denne sammenhengen. Tabellen nedenfor gir en oversikt over de totale kostnadene ved

driften av IPS-sentrene i 2014 og 2015. Justeringer vi har gjort i sentrenes opprinnelige kostnadsdata er spesifisert nederst i tabellen. Det er gjort fradrag for post c fordi lønn til prosjektleder kan regnes som en oppstartskostnad, som i kalkylen bare belastes oppstartsåret.⁵ Videre har tre jobbspesialister blitt innleid fra tiltaksarrangør, og deltakerne deres har blitt registrerte som mottakere av NAV-tiltak (Arbeid med bistand). For å unngå å telle kostnader i behandlingsgruppen dobbelt, trekker vi ut kostnadene til disse tre stillingene, som var inkludert i post d. Vi har lagt tallene for 2014 til grunn i analysen.

Tabell 20. Oversikt over kostnader ved driften av IPS-sentrene.

	2014	2015
a. Jobbspesialist-stillinger dekket av Helsedir. (inkludert teamleder)	13 317	15711
b. Andre utg. (Helsedir.-midler), for eks. opplæring/komp., informasjon, reiser	1 630	2218
c. Andre stillinger (f.eks. prosjektleder)	1 714	1515
d. Andre stillinger (jobbspesialist) dekt av egne driftsmidler, tiltaksmidler eller annet	3 393	4069
e. Andre stillinger (egne driftsmidler eller annet), etablert <i>kun</i> for å sikre IPS til brukere	1 261	1314
f. Annet forbruk, som ikke er tatt med i punkter over (utgifter til telefon og IT-bruk)	726	949
Delsum	22041	25776
Frdrag for engangskostnader	-1714	-1515
Frdrag for dobbeltelling IPS-kostnader/NAV-tiltak (AB)	-2 793	-2 885
Sum årlige driftskostnader IPS-senter	17534	21375

Intensjonen med korreksjonene som er gjort er å anslå kostnader som er så representative for et normalt driftsår som mulig. IPS-designet forutsetter at hver jobbspesialist har fra 15 til 20 brukere til enhver tid. 2014 var det første hele driftsåret for tiltaket, og både i innfasingen og i utfasingen av forsøket fikk jobbspesialistene fylt opp sine porteføljer med personer som ikke var inkluderte i studien. Derfor kan det være at de *arbeidsmessig* ikke har hatt ledig kapasitet, selv om det ble færre deltakere i studien enn opprinnelig planlagt (410 versus 600-800 inkluderte). Dette er en nyanse å ta med, men den estimerte effekten er oppnådd med den bemanningen som kostnadene viser, og det vil være vilkårlig å redusere kostnadsoverslagene utfra en tenkt «optimal bemanning». Det kan nevnes at ved det senteret som hadde best resultat (tabellene 11 og 12), var bemanningen ekstra god, idet tre av jobbspesialistene hadde til sammen inntil 40 brukere.

⁵ Denne justeringen er relevant dersom man beregner lønnsomheten for flere «kull» av IPS-deltakere, men slår ikke ut i denne analysen.

Beregningene nedenfor bygger på disse generelle forutsetningene:

1. Sosiale kostnader (pensjonskostnader, arbeidsgiveravgift, yrkesskadeforsikring m.m.) utgjør 25 % av brutto lønn.
2. Det påløper en skattekostnad på 20 % på alle typer kostnader som skattefinansieres.
3. Vi forutsetter at personer som ikke er sysselsatte vil få sitt livsopphold finansiert over offentlige budsjetter, slik at spart skattekostnad er relevant.
4. Brutto reallønn øker med veksten i BNP pr innbygger, anslått til 1,3 % årlig i den siste Perspektivmeldingen (Direktoratet for økonomistyring, 2014). Alle andre priser utvikler seg i takt med konsumprisindeksen.
5. I nåverdiberegningen er kostnader og nytte som oppstår til ulike tidspunkter omregnet (diskontert) til 2014-kroner, med en realrentesats på 4 %.

5.2.1 Kalkyle med en tidshorisont på 2 år

Hovedmodellen vår bygger på det vi observerer pr i dag, etter at alle deltakere har 18 måneder oppfølging. Gjennomsnittlig observerer vi personene 24 måneder etter inklusjon, som gir en tidshorisont på to år. For å kunne regne ut kritisk verdi på økning i brutto reallønn, trenger vi et anslag for kostnadene som skal dekkes inn, det vil si uttrykket $(1 + \lambda)(C_t^{B_i} - C_t^{K_i})$ i ligning (1). Nåverdien av disse kostnadene er vist i tabellen nedenfor. Kostnadene til NAV-tiltak er nåverdien av kostnader som oppstår i oppstartsåret og året deretter, mens driftskostnadene til IPS og oppstartskostnadene er knyttet bare til oppstartsåret.

Tabell 21. Samfunnsøkonomisk vurdering av direkte behandlingskostnader ved IPS.

	Nåverdi, 2014-kroner pr person i IPS-gruppen
Samlede driftskostnader IPS-senter for ett års drift	92694
Kostnader NAV-tiltak	-46303
Engangskostnader ved oppstart	9059
Nåverdi av økt produksjons-verdi med mer må minst være	55450

Nåverdien på 55450 er altså minstekravet som uttrykket $\sum_{t=1}^{T^i} \frac{(p_t^i - \bar{p}_t^i) \cdot (W_t^i - F_t^i + \lambda U_t^i)}{(1+r)^t}$ i ligning (1) må

tilfredsstille for at tiltaket skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Kritisk verdi for brutto reallønn pr år er den minste verdien av økning i brutto reallønn som gjør at dette kravet blir oppfylt. Den minste verdien av brutto reallønn som gjør at dette kravet blir oppfylt, kaller vi kritisk verdi for brutto reallønn.

Utrekningen av kritisk verdi kan settes opp som en ligning, der brutto reallønn inngår både i W, F og U. (For nærmere detaljer om utregningen, se appendiks). Utrekningen viser at brutto reallønn (dvs før skatt) pr år pr person som kommer i arbeid som følge av IPS må minst være 395100 2014-kroner. Nedenfor viser vi hvordan en bruttolønn på 395100 det første året dekker inn kostnadene ved tiltaket, når 9,5 prosentpoeng flere kommer i arbeid som følge av IPS:

Tabell 22. Inndekking av direkte behandlingskostnader ved IPS

	Nåverdi, kr:
<i>W-leddet:</i> Det første året øker produksjonsverdien med 395100 pluss 25 % sosiale kostnader. Året etter øker den tilsvarende, dessuten er det forventet en reallønnsøkning på 1,3 %. Summen av disse to beløpene blir, etter neddiskontering for år 2,	974943
<i>F-leddet:</i> Det første året er verdien av tapt fritid lik nettolønn, dvs bruttolønn etter 34 % skatt. Verdien det neste året er tilsvarende, dessuten er det forventet en reallønnsøkning på 1,3 %. Summen av disse to beløpene blir, etter neddiskontering for år 2,	-514770
<i>lamda*U-leddet:</i> Spart skattekostnad er lik 20 % av skattevirkningen (U) på grunn av overgang fra trygd til sysselsetting. Skattevirkningen har to komponenter: skatt av produksjonsverdien som blir skapt og lavere trygdeoverføringer. Vi forutsetter at trygdeoverføringene ville være 2,33 G (minsteytelse på 205900 kroner) og tar hensyn til at uføretrygd er skattepliktig. Når en person går over fra trygd til sysselsetting, er det regnet med en økning i skatt på 45 % av inntekten. Det første året er skattevirkningen $205900 \cdot (1 - 0,34) + 395100 \cdot 0,45$. Det neste året er skattevirkningen justert for reallønnsøkning. Summen av spart skattekostnad, uttrykt i nåverdi, blir	123508
Summert nåverdi, over de relevante årene	5836812
Forventet nåverdi gitt at 9,5 % går fra trygd til arbeid	55450

Vi kan ikke vite hvor lenge den estimerte økningen i sysselsettingen vil vare, men vi vet at den gjennomsnittlig gjelder de to første årene etter inklusjon. Når vi legger til grunn at økningen i sysselsetting opphører deretter (et konservativt anslag), finner vi at bruttolønn for de nye sysselsatte må være 395100 pr år (2014-kroner) for å gi den nødvendige nåverdi på kr 55450 pr deltaker med en to-årlig tidshorisont. For behandlingsgruppen sett under ett kan produksjonsverdien økes på tre måter:

- A) personer som ikke var sysselsatt tidligere, kommer nå i arbeid.
- B) personer som var sysselsatt før IPS øker antall timeverk pr år.
- C) personer som var sysselsatt før IPS oppnår økt timelønn.

En kombinasjon av B og C er selvsagt også mulig.

Dersom vi tenker oss at all økning i produksjonsverdi skal komme fra mekanisme A) over, betyr det at tiltaket blir lønnsomt dersom hver ekstra person som blir sysselsatt som følge av IPS oppnår en bruttolønn på minst 395100 i 2014 (og at reallønnen deretter øker med 1,3 % pr år). Dette måltallet synes

urealistisk høyt, tatt i betraktning at de inkluderte hadde en beskjeden pensjonsgivende inntekt⁶ før inklusjon (jfr. tabell 5), og at en stor del av de «nye» sysselsatte trolig vil jobbe deltid. For at økningen i produksjonsverdi skal kunne oppveie for kostnadene, er det derfor nødvendig at mekanisme B og/eller C også er til stede.

Regnestykket ovenfor er konservativt fordi det forutsettes at økningen i sysselsetting som følge av IPS kun gjelder i en to-årsperiode etter inklusjon. Vi har tidligere estimert (tabell 13) at den gjennomsnittlige effekten av IPS vedvarer utover dette, for de først inkluderte⁷, men resultatene i tabell 14 indikerer at effekten for de først inkluderte ikke er representativ for alle i behandlingsgruppen. Derfor vil vi være forsiktige med å predikere at effekten vil vedvare, i alle fall i samme omfang. Vi ønsker likevel å synliggjøre hvor stort utslag varigheten av effekten gjør i analysen.

5.2.2 Kalkyle når effekten på sysselsetting forlenges utover 2 år

Vi har gjort det samme regnestykket som lå bak tabell 22 med ulike tidshorisonter. Resultatene framgår av tabellen nedenfor.

Tabell 23. Kritisk verdi for økning i brutto reallønn, for ulike forutsetninger om hvor lenge sysselsettingseffekten varer.

Forutsetning om varighet	2 år	3 år	4 år	5 år
Kritisk verdi for brutto reallønn, 2014-kroner	395106	254210	183906	141837

Som man kan forvente, er kritisk verdi for økning i brutto reallønn sterkt avhengig av hvor lenge effekten varer.

Dersom den varer 4 år i stedet for 2, er kritisk verdi mer enn halvert.

Ikke-verdsatte effekter

Det kan tenkes mange effekter av IPS som det ikke er satt noen kroneverdi på i kost-/nytte-analysen. Nedenfor lister vi opp noen av dem, og i hvilken retning de vil påvirke lønnsomheten av prosjektet:

Kostnadene i 2014 er lavere enn i et normalt driftsår	Minus
---	-------

⁶ Pensjonsgivende inntekt tilsvarende skattelovens personinntekt, med få unntak. For at en inntekt skal være pensjonsgivende må den være opptjent i arbeidsforhold eller som personinntekt i næring. Pensjonsgivende inntekt avviker noe fra grunnlaget for produksjonsverdi fordi den, i tillegg til personinntekt i næring og lønn/honorar, også omfatter sykepengene, rehabiliteringspengene, attføringspengene og tidsbegrenset uførestønning. (<https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/3-15-pensjonsgivende-inntekt>)

⁷ For den tidligst inkluderte halvdel av utvalget (218 personer) var effekten etter 18 måneder på 10,4 prosentpoeng (tabell 14), mens den var 9,4 prosentpoeng etter 25 måneder (tabell 13).

Bedre helse og livskvalitet	Pluss
Vanskeligere å finne jobber dersom mange skal inkluderes	Minus

Disse momentene er nærmere kommenterte i kapitlet *Oppsummering og diskusjon*.

Alt i alt vurderer vi det slik at det pr i dag ikke er grunnlag for å konkludere med at IPS er samfunnsøkonomisk lønnsomt, men at prosjektet har økt sysselsettingen markant når det gjelder antallet som er i arbeid. Dersom denne effekten varer ved, og/eller blir supplert av et større arbeidstilbud blant de sysselsatte, har tiltaket potensiale til å bli samfunnsøkonomisk lønnsomt. Svaret på det får vi når data om lønnsinntekt for 2015 og 2016 er tilgjengelig.

6. Prosessevalueringen

Hensikten med en prosessevaluering er å undersøke kvaliteten på og nøyaktigheten i implementeringen av en intervensjon (Steckler & Linnan, 2002). Den befatter seg altså ikke med effektene av intervensjonen, men hvorvidt implementeringen har blitt gjennomført i henhold til planen.

Prosessevalueringen er basert på følgende materiale: Kvalitetsmålinger, oppfølgingsskjema fra deltakerne, intervjuer med brukere, tilbydere (jobbspesialist og oppdragsgiver), informasjon fra sentrene samt en arbeidsgiverundersøkelse.

Basert på forskningslitteraturen på feltet er følgende aspekter inkludert som kvalitetsmål på implementeringen: Rekkevidde, fidelity-målinger, dose levert, dose mottatt, tilfredshet/opplevd nytte, og fremmende/hemmende faktorer for deltakere og tilbydere. Det er også utført en spørreundersøkelse blant arbeidsgivere, samt en enkel arbeidsmarkedsanalyse for 2015, som gir innblikk i konteksten som intervensjonen implementeres i.

Prosessevalueringen er delt i tre: Del 1 drøfter målene relatert til brukerperspektivet (rekkevidde, dose mottatt, tilfredshet/nytte, fremmende/hemmende faktorer). Del 2 omfatter målene relatert til tilbydersiden: Dose levert, fidelitymålinger, og fremmende/hemmende faktorer. Del 3 beskriver arbeidsgiverundersøkelsen. Resultatene som drøftes i det følgende er basert på oppfølgingsskjemaene fra deltakerne, intervjuer med tilbydere (jobbspesialist og oppdragsgiver), og informasjon fra sentrene.

Det kvalitative materialet er basert på 12 telefonintervju med deltakere i IPS-gruppen, samlet inn i perioden mai – oktober 2015. Tre intervju ble utført av Kari Ludvigsen, de 9 andre ble utført av en psykolog og en psykologistudent. Varigheten av intervjuene var 10-20 minutter. Samtlige informanter samtykket til bruk av lydopptaker, men ett av intervjuene ble ikke tatt opp på bånd da opptakeren sviktet. Det ble da tatt grundige notater som ble renskrevet umiddelbart. Intervjuene ble transkribert av intervjuerne og en assistent, de fleste nokså umiddelbart etter intervjuet var avsluttet. Intervjuene tok

utgangspunkt i en intervjuguide som ble fulgt ganske tett, men i enkelte tilfeller ble rekkefølgen på spørsmålene forskjøvet, ut fra respondentens svar.

Utvelgingslistene over informanter ble generert ut fra svar på spørreskjema, der informantene ble bedt om å krysse av for om de ønsket å delta i intervju. Mulige respondenter ble trukket ut og klassifisert i enkle kategorier. Det ble tilstrebet en viss spredning i grad av fornøydhet med tjenestene, kjønn og alder. Utvalget omfatter deltakere fra ulike sentre. Mulige informanter ble ringt opp og spurt om de ønsket å delta. Dersom noen ikke svarte, eller takket nei, gikk man videre til neste på listen.

Informantene ble informert kort om intervjuets hensikt og om håndteringen av data. De ble også muntlig informert om at det var frivillig å delta og å svare, og om muligheten for å trekke seg underveis, jfr. tillatelse fra personvernombudet, og det utarbeidete informasjonsskrivet.

6.1 Prosessevaluering del 1. Mål relatert til brukerperspektivet

6.1.1 Rekkevidde

Rekkevidde gir informasjon om hvorvidt intervensjonen har nådd frem til gruppen den hadde som mål å nå, og hvor representativ studiepopulasjonen er for den større målgruppen (Glasgow, Klesges, Dziewaltowski, Bull, & Estabrooks, 2004). Dette har noe å si for generaliserbarheten av resultatene til den større målgruppen.

6.1.2 Målgruppe og representativitet

I oppdragsbeskrivelsen ble målgruppen definert som personer som var i behandling for moderate til alvorlige psykiske lidelser. Den diagnostiske screeningen som ble gjennomført på de fleste deltakere ved inntak (n=300), viste at 45 % av deltakerne hadde en alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelse eller bipolar lidelse), mens 55 % oppfylte kriteriene for moderate psykiske lidelser (primært affektive lidelser) (se punkt 3.3 for en oversikt over screeningen). Disse resultatene viser at studiepopulasjonen er i samsvar med målgruppen for studien.

Representativitet er målt gjennom en enkel sammenligning mellom personene som takket ja til å delta i studien etter inklusjonssamtalen, og personene som takket nei til å delta. Gruppen som takket nei er liten (n=19) og de tilgjengelige sammenligningsvariablene få (kjønn og alder), så sammenligningen er å anse som en indikator på representativitet. Når det gjelder kjønn, utgjør menn 73 % av gruppen som takket nei, mens i studiepopulasjonen utgjør menn 48 %. Gjennomsnittsalderen er imidlertid nærmest identisk mellom de to gruppene; 35 år i gruppen som takket nei, og 36 år i gruppen som takket ja.

6.1.3 Deltaker-intervjuer: Rekruttering og forventninger til tiltaket

Alle informantene ble spurt om hvordan de fikk informasjon om og kom i kontakt med IPS. Enkelte var litt usikre når det gjaldt dette. Noen få skilte heller ikke klart mellom tilbudet de hadde fått fra IPS og andre tjenester de hadde mottatt. Om lag halvparten oppga at de fikk informasjon fra behandler knyttet

til psykisk helsetjeneste/DPS. En fikk informasjon fra sin fastlege, to fra NAV, en fra ruskonsulent og en fra en kontaktperson i kommunen (antakelig knyttet til psykisk helsearbeid). Om lag halvparten av informantene sa at de hadde lave eller ingen forventninger til IPS-tilbudet. Dette begrunnet flere med at de hadde lite forhåndsinformasjon om tilbudet. Mange av dem som var mest fornøyd blant informantene hadde i utgangspunktet forventet lite.

«Jeg hadde vel ingen forventninger, eller jeg hadde ikke så høye forventninger, fordi jeg trodde ikke det gikk an å få et så godt tilbud, så jeg har vært veldig positivt overrasket over hvordan det har vært.» (7)

Flere av de minst fornøyde informantene hadde på forhånd høye forventninger til resultatet av jobboppfølgingen:

«Jeg ble lovet jobb innen 6 uker, og nå har jeg ventet i 13-14 måneder (...). Ja, maks 6 uker sa de. (...) Jeg hadde jo forventninger om oppfølging både fra arbeidsspesialist, tett samarbeid med lege, DPS, fast jobb med full lønn. Og alt det har frafalt.» (6)

6.1.4 Dose mottatt

Dose mottatt henger sammen med i hvor stor grad deltakerne har benyttet seg av nøkkelkomponentene i tiltaket. For IPS vil dette handle om å møte opp til avtaler, og følge opp sin del av ansvarsfordelingen frem til neste treff. Dette ble målt ved følgende spørsmål i spørreskjemaet ved 6 måneder: *Gjennomførte du minst én av tingene du og jobbspesialisten ble enige om, før neste møte?* Det ble listet opp eksempler på hva disse oppgavene kunne innebære, som å sjekke jobbannonser, begynne på CV, begynne på jobbsøknad osv.

Resultatet fra spørreskjemaene viste at nesten 9 av 10 (87 %; n=92) oppga å ha gjennomført minst én av oppgavene de ble enige med jobbspesialisten om.

6.1.5 Deltaker-intervjuer: Dose levert og mottatt

Informasjonen i det følgende avsnittet utforsker deltakernes opplevelse av sin egen rolle (dose mottatt) og jobbspesialistens (dose levert).

Omtrent alle informantene hadde fortsatt kontakt med jobbspesialisten på intervjutidspunktet. Alle disse hadde hatt kontakt med jobbspesialist i over et år. De fleste oppga at de hadde hatt kontakt med jobbspesialisten flere ganger i måneden. Mange oppga også at kontakten hadde variert noe over tid. De fleste hadde hatt ukentlig kontakt i starten eller i perioder, og hadde i lengre perioder kontakt minst 1-2 ganger i måneden.

Fem av informantene i dette materialet var helt eller delvis i jobb på intervjutidspunktet. I noen tilfeller ble det stilt oppfølgingsspørsmål om hvorvidt kontakten med jobbspesialist var opprettholdt, eller omfanget på kontakten etter at jobbforholdet ble etablert, men dette kommer dessverre ikke like tydelig fram i alle intervjuene.

Noen meldte om gradvis nedtrapping, men fortsatt opprettholdelse av kontakten når de hadde etablert et jobbforhold.

«Det kan være greit å få hjelp videre, også litt fram i tid. Jeg har fortsatt kontakt med jobbkonsulenten. Men ikke like hyppig, det har ikke vært behov for det. Jobbspesialisten hører at det går greit, at jeg trives.» (10)

To av informantene oppga at kontakten med jobbspesialisten ble opprettholdt etter deres eget ønske selv om de var kommet i jobb.

En av dem som var kommet i jobb opplevde usikkerhet i arbeidssituasjonen på grunn av oppsigelser på arbeidsplassen. Vedkommende hadde derfor tatt kontakt med jobbspesialisten igjen, for å få hjelp til å søke om en ny jobb. Dette var på eget initiativ, og med utgangspunkt i egne, opplevde behov knyttet til helse og jobbsituasjon.

En informant hadde avsluttet kontakten med jobbspesialisten til fordel for Arbeid med Bistand, fordi dette ble opplevd som mer sosialt. Det var behov for fellesskap med andre i samme situasjon som lå bak dette valget – vedkommende foretrakk et tilbud som var mindre basert på individuell kontakt og mer på gruppeaktivitet.

To av informantene oppga at de hadde fått «kniven på strupen» fra jobbspesialistene, fordi de selv ikke viste motivasjon. Det ble tatt opp med dem at tilbudet ville bli avsluttet dersom de ikke selv fulgte opp. Dette hadde medført at de tok et mer aktivt valg, og fortsatte med oppfølgingstilbudet. En av dem opplevde det slik:

«Det var ikke noen trussel, men de sa at de ikke kan hjelpe deg hvis du ikke er interessert i det sjøl. Det måtte de få et ærlig svar på. Det var det beste spørsmålet jeg kunne ha fått, i stedet for at de sa at dette gidder de ikke... Jeg våknet opp. Jeg syns det var en grei måte å bli vekket opp på.(...) Ja, for meg var det den eneste måten. De har gjort en god jobb for meg.» (10)

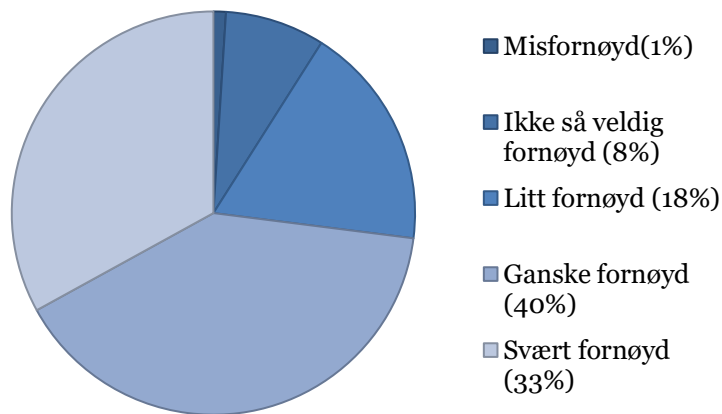
Ingen av informantene oppga at de hadde avsluttet forholdet fordi de selv ikke var fornøyd med tilbudet, men en informant hadde hatt redusert kontakt den siste perioden og ønsket nå å avslutte.

«Hyppigheten? Ja helt til det plutselig ble stopp så. Har blitt fulgt opp, og avlyste bare et møte. Ja, så vet jeg ikke hva som skjedde jeg. (...) Så har det ikke blitt noe mer møter, for de skylder på meg, at jeg ikke har noe, eller at de har gitt opp troen på meg, da. Men det er vel heller det at de ikke har funnet noen jobber, tenker jeg. Så jeg søker jobber alene.» (6)

Denne informanten uttrykte usikkerhet når det gjaldt bakgrunnen for dette avbruddet. Hun mente det plutselig ble stopp etter at hun avlyste et møte, og antok at oppholdet i kontakten kunne ha sammenheng med at jobbspesialisten hadde mistet troen på henne.

6.1.6 Tilfredshet/opplevd nytte

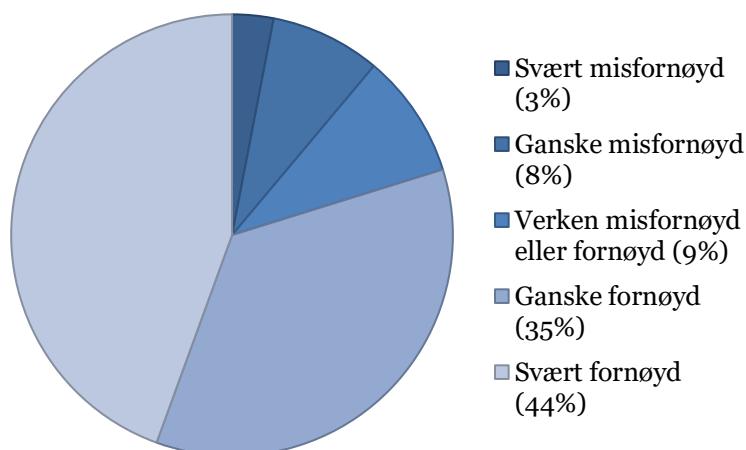
Dette målet undersøker den generelle tilfredsheten blant deltakerne med å delta i IPS, og svarene er basert på spørreskjemadata ved 6 måneders oppfølging. Deltakerne som fikk IPS skåret høyt på alle de tre tilfredshetsmålene: Generell tilfredshet, tilfredshet med jobbspesialist, og opplevd nytte av tiltaket.



Figur 17. Tilfredshet med tiltaket (IPS) (n=95)

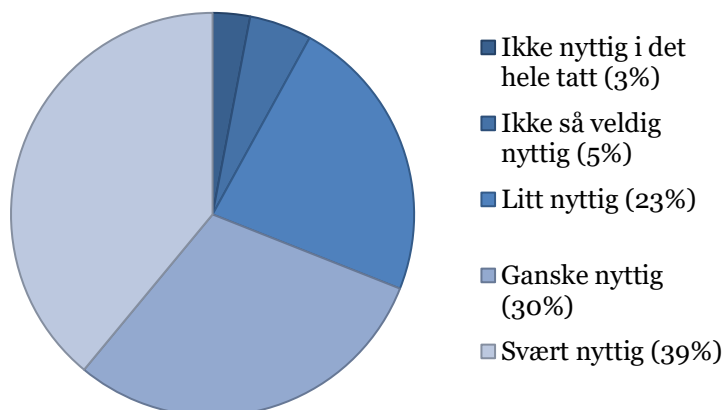
Som figur 17 viser, var deltakerne i det store og det hele tilfredse med IPS-oppfølgingen (73 %). Kun 1 % var direkte misfornøyd.

6.1.7 Tilfredshet med jobbspesialist



Figur 18. Tilfredshet med jobbspesialist (n=96)

Som figur 18 viser, var de aller fleste (79 %) ganske eller svært fornøyd med jobbspesialisten. Det kvalitative materialet underbygger dette.



Opplevd nytte av tiltaket

Figur 19. Opplevd nytte av tiltaket (n=96)

Også figur 19 bekrefter at de aller fleste deltakerne (69 %) opplevde IPS-oppfølgingen som ganske eller svært nyttig. Intervjumaterialet utdyper dette videre.

Deltaker-intervjuer: Opplevd nytte av tiltaket

Intervjuene tok sikte på å kartlegge hva slags resultat informantene mente jobboppfølgingen hadde ført til. Svarene vi fikk her, gir et bilde av varierende resultat når det gjelder målet om å komme i jobb, og ulik opplevelse av hva dette tilbudet hadde tilført.

Noen av informantene som hadde bak seg en lengre periode med sykdom eller arbeidsledighet vektla at jobboppfølgingen hadde gjort dem mer klar over egen kompetanse og ønsker. Noen opplevde behov for mer kunnskap om arbeidsmarkedet før de var klare til å bli aktive jobbsøkere, og for enkelte hadde denne prosessen tatt tid og vært krevende.

De fleste av informantene oppga at jobboppfølgingen hadde økt søknadsfrekvensen. Noen mente de hadde lært å skrive bedre søknader. Om lag halvparten hadde også opplevd at de med jobboppfølgingen fanget interessen hos arbeidsgivere og ble invitert til flere intervju. Flere av informantene oppga at de hadde lært mer om jobbintervjusituasjonen. Noen av de spurte nevnte også at de hadde vært med på møter med arbeidsgivere og bedrifter for å få mer kunnskap om jobbmulighetene i en bestemt bransje.

Flere av informantene vektla at jobbfokuset hadde vært stort i oppfølgingen, gjennom samtaler med arbeidsgivere, søknader og intervju:

«Jeg har ikke fått jobbtilbud, men jeg søker nå jobb på en annen måte. Jeg har vært på mange intervju, så det har blitt bedre med denne oppfølgingen (...) Jeg lærte å skrive søknad, om motivasjon, kvaliteter.» (11)

«Jobbfokus har vært greien hele veien. (...) Jeg var sammen med jobbspesialisten på en uformell samtale med en bedrift, der vi snakket om bransjen. (...) Jeg tror vi kom godt ut av det begge to, både hun jobbspesialisten og jeg. Og hun fra bedriften sa også at hun lærte av det, fordi vi fortalte om IPS. Det var en slags utveksling.» (12)

Informantene ble også spurt om tilbudet fra jobbspesialist hadde gitt dem styrket tro på at det var mulig for dem å komme i jobb. Flere svarte bekræftende på dette. Bildet forsterkes ved at flere av de spurte fortsatt mottok oppfølging etter at de hadde kommet i jobb, og benyttet jobbspesialisten til å søke videre etter mer passende eller mer varig arbeid.

«Jeg blir jo mer glad og positiv i hverdagen når jeg har sendt søknader og, og ringt om jobber og sånn. Jeg er jo evig optimist, så, det er jo klart det hjelper.» (1)

En informant var fornøyd med hyppigheten på oppfølgingen, men innholdet svarte ikke til forventningene. Informanten mente det var for lite jobbfokus. Denne deltakeren hadde ikke fått styrket troen på å komme i jobb. Hun hadde nå søkt 30 jobber, men ikke blitt innkalt til intervju på noen av dem:

«Ingenting. Jeg har ikke fått napp på noen. Men før det så hadde jeg aldri fått nei på en jobbsøknad, altså før jeg ble med i IPS, da har jeg fått alle jobber jeg har søkt på.» (6)

6.1.8 Fremmende og hemmende faktorer for deltakelse

Fremmende og hemmende faktorer for å delta i IPS er målt gjennom spørreskjemaer, og videre utforsket gjennom intervjuer med deltakerne.

Resultater fra spørreskjema

I spørreskjemaet fikk IPS-deltakerne en liste over nøkkelkomponenter i intervensjonen, og komponenter som man antar oppleves positivt og annerledes enn andre tiltak (tabell 22). Deltakerne ble så bedt om å bekrefte eller avkrefte (ja/nei) hvorvidt faktoren opplevdes som en hjelpsom faktor. Tilsvarende fikk deltakerne en liste over faktorer man kan tenke seg kunne utgjøre et hinder for deltakelse i intervensjonen, hvor de også ble bedt om å bekrefte eller avkrefte hvorvidt dette opplevdes som et hinder (tabell 23). Begge listene ble avsluttet med en åpen svarkategori.

Tabell 22. Faktorer som var til hjelp

Det gikk fortere fremover enn andre typer arbeidstiltak	63 %
Vissheten om at jobbspesialisten var tilgjengelig	94 %
Handlingsstegene underveis i søkeprosessen var konkrete	79 %
Jeg kunne velge å være åpen eller ikke om sykdommen min	93 %

Støtteplanen jeg laget sammen med jobbspesialisten	51 %
Den jevnlige oppfølgingen fra jobbspesialisten da jeg søkte jobb	81 %

Tabell 22. Tabellen viser i prosent hvor mange respondenter (N=78-95) som svarte bekreftende på at faktorene på listen var fremmede for deres deltakelse. Dette er basert på svar fra spørreskjemadata ved 12 måneders oppfølgingen for deltakere som fikk IPS.

En analyse av de åpne svarene under ”fremmede faktorer” viste at svarene kunne kategoriseres under de eksisterende faktorene på listen, eller ikke var relevante for spørsmålet.

Tabell 23. Faktorer som var til hinder

Proessen gikk for fort fremover	13 %
Det var for tidkrevende	11 %
Utfordringer i samarbeidet med jobbspesialisten	7 %
Sykdommen min var et hinder	46 %
Innholdet i IPS var ikke slik jeg trodde det skulle være	19 %
Det var et hinder å komme seg til de forskjellige stedene	13 %

Tabell 23 viser i prosent hvor mange respondenter (N=94-95) som svarte bekreftende på at faktorene på listen var hemmende for deres deltakelse.

En analyse av de åpne svarene under ”hemmende faktorer” resulterte i tre faktorer som spørreskjemaet ikke fanget opp: Manglende kompetanse og erfaring, situasjonen på hjemmebane, og at jobbene var for fysisk krevende. Dette kan forstås som hemmende faktorer hos deltakeren selv, da faktorene i seg selv ikke peker på metodiske utfordringer.

Intervjuene med deltakerne har utforsket de faktorene som særlig skilte seg ut i spørreskjema-resultatene, men har ellers hatt en bred tilnærming for å få kunnskap om deltakernes erfaringer som spørreskjemaet ikke har fanget opp. Øvrige fremmede faktorer som dukket opp handlet om oppfølgingens individuelle tilpasning til egne ressurser og helsetilstand, og jobbfokus i oppfølgingen. Øvrige hemmende faktorer som dukket opp var utskifting av jobbspesialisten og utfordringer i selve jobbsøkerprosessen.

Fremmede faktor: Relasjonen til jobbspesialist

Jobbspesialisten spiller en sentral rolle i IPS, med sin høye tilgjengelighet og sentrale støttefunksjon. Resultatene som er presentert i figur 18 og i tabell 22 over bekrefter jobbspesialisten nøkkelrolle i metodikken. Kvaliteten på relasjonen mellom jobbspesialist og deltaker ble videre utforsket i intervjuene.

Hoveddelen av intervjuene omhandlet spørsmål som gikk inn på brukernes erfaringer med jobboppfølgingen. Lav terskel for å ta kontakt med jobbspesialisten er viktig i IPS-modellen, og vi spurte informantene om hvordan de hadde opplevd tilgjengeligheten og relasjonen til jobbspesialisten. På bakgrunn av prinsippene om at oppfølgingen skal tilpasses den enkelte brukers behov og ønsker, spurte vi om hvordan dette ble opplevd. Det er videre et viktig prinsipp at oppfølgingen skal være jobbrelatert, og at jobbfokuset skal introduseres tidlig i oppfølgingen. Informantene ble derfor spurt om oppfølgingens vektlegging av dette. De ble også spurt om hva slags form for jobboppfølging de hadde mottatt. I tabellen over fremmede faktorer ser vi at "vissheten om at jobbspesialisten var tilgjengelig" var den faktoren som flest respondenter bekreftet (94 %; n=95). I intervjuene rapporterte da også de fleste informantene at jobbspesialisten hadde vært svært tilgjengelig. Mange av de spurte oppga at kontakten som regel hadde skjedd via forhåndsavtaler, eller ved at jobbspesialisten hadde fulgt opp, bedt om å bli oppdatert og initiert nye møter. Det hadde dermed ikke vært nødvendig for informantene å oppsøke sin jobbspesialist på eget initiativ. Flere av informantene understreket likevel at de kunne ta kontakt når de hadde behov, og flere hadde benyttet seg av denne muligheten.

«Det er tett oppfølging, og en fast kontaktperson som var veldig tilgjengelig.» (11)

«Hun er alltid tilgjengelig. (...)Jeg kan ringe til henne hvis det er noe spesielt, snakke med henne eller avtale et møte og da kommer hun gjerne til kontoret der hvor jeg er. Eller mye før så gikk vi gjerne på kafe og snakket der.» (7)

«Jeg synes at han har vært veldig tilgjengelig (...). Jeg synes at jeg har fått veldig stor, veldig god oppfølging hos han. Så jeg er veldig fornøyd.» (8)

Fremmede faktor: Jobboppfølgingens tilpasning til brukernes egne ressurser

Et viktig mål med jobboppfølgingen i IPS-modellen er at den skal baseres på den enkelte jobbsøkers ressurser. Intervjuet inneholdt flere spørsmål som angikk bruken av egne muligheter og ressurser i jobbsøkingen. Mange av informantene var også fornøyd på dette punktet:

«Veldig, veldig bra. Du føler ikke du blir dømt, du føler at de er veldig åpne, og de er der for å hjelpe deg. (...) Vi har søkt på mye som jeg tenkte ikke var noe for min del, for å prøve.» (3)

«Vi hadde samtaler om hva jeg hadde lyst til og hva slags utdanning og bakgrunn jeg hadde og hvordan jeg skulle bruke det.» (11)

«Ja, det er veldig fint fordi jobbspesialisten kan ringe rundt for meg da, jeg har telefonangst noen ganger. Og hun er med i samtalene med arbeidsgiver så jeg får med meg hva som blir sagt. (...) Hun er med å pushe litt på, og det er bra, det kan være vanskelig å sette i gang.» (2)

Fremmede faktor: Tilpasning til helsetilstanden

Flere av informantene understreket at jobboppfølgingen tok hensyn til deres helsetilstand. Tempoet ble tilpasset, og det var akseptert å avslå et jobbtilbud fordi man så at arbeidsoppgaver eller arbeidsforhold ikke ville passe.

«Men jeg er veldig glad for det tilbudet både med IPS, at man tar folk på alvor på den måten som man gjør via det programmet, det er veldig viktig altså. For vi sliter noe forferdelig. Vi gjør det.(...) Men det er jo forskjellige måter å få hjelp til det på da. Da er jo IPS veldig bra, det må jeg si, jeg er veldig fornøyd med det.» (9)

«Hun... hun gjør jo... hun foreslår jo ikke noen jobber som jeg ikke vil ha, liksom, eller pusher meg på noe som jeg ikke kan tenke meg å jobbe med. For jeg har jo en helsetilstand som sier at jeg ikke kan jobbe med alt som er. Og hun er jo helt enestående på det. Så det går bra.» (1)

Men for en av informantene var opplevelsen at hensynet til helsetilstanden dempet fokuset på hans ressurser:

«Det har vært utrolig mye fokus på hva vi skal unngå for enhver pris på grunn av diagnosen min, så på grunn av det så har det vært lite fokus på hva jeg faktisk kan. Det er en ting som jeg føler har hatt en motsatt effekt, da, det har ikke bygget meg så mye opp. (...) Jeg skjønner veldig godt at de har litt problemer med å hjelpe meg til den type jobb som jeg er skikket til, spesielt med den diagnosen jeg har, da, det er sikkert kjempevanskelig. Jeg skulle kanskje ønske at jeg ble sett i litt større grad.» (5)

Denne informanten, som ikke var så fornøyd med tilbudet, opplevde at diagnosen hans kom i veien for å se mulighetene. Enkelte andre informanter nevnte liknende dilemma, der oppfølgingen både skulle ta hensyn til helsetilstand og utvikle mål for jobbsøking når de selv følte seg usikre på egne ønsker. Andre opplevde at oppfølgingen var fleksibel i forhold til deres vekslende behov.

Fremmede faktor: Oppfølgingens jobbfokus

Flere av de informantene som var fornøyd, understreket at stort jobbfokus var et viktig element i oppfølgingen de hadde fått, og en vesentlig grunn til at de var fornøyd med tilbudet.

«Det første vi gjorde var å gå igjennom hva jeg ønsket av jobber, så var det å ordne opp i CV-en, hvordan skrive jobbsøknad, og ha alt klart for å sende søknad. Så gikk vi gjennom papirene sammen for å se om det var noe som kunne forbedres. Og så var det ut i jobbmarkedet. Vi gikk steg for steg framover, og tok en og en ting, i riktig rekkefølge.» (10)

Andre opplevde at det hadde vært et press på å komme i jobb, og at dette hadde vært krevende, men mente at det i ettertid hadde vært positivt. En informant beskrev det slik:

«Det har vært positivt for meg å komme ut i jobb, ja. Men jeg føler jo kanskje at det er et lite press og at jeg må presse meg litt selv til å si ja til å jobbe da. Det er jo meningen at jeg skal komme meg ut i jobb og ikke gå hjemme. Og jeg har jo kommet meg i jobb, så det er kanskje bra at de presser litt på.» (2)

Noen av informantene understreket det sosiale aspektet ved jobboppfølgingen. En opplevde at selve oppfølgingen aktiviserte ham og hjalp ham i gang:

«Jeg trives med det å jobbe. Det er veldig kjekt at de har hjulpet meg å komme i gang. Bare det å ha en avtale med dem en dag, noe å gå til, ikke sitte der å gjøre ingenting, det hjalp meg i gang.» (10)

Denne informanten hadde erfart at motet til å søke jobb og ta i mot et jobbtilbud var blitt styrket gjennom det å ha faste avtaler med jobbspesialisten.

Hemmende faktor: Utskifting av jobbspesialist

For flere av informantene var utskifting av jobbspesialist et forhold de understreket når de begrunnet hvorfor de ikke var fornøyd med tjenestene. Dette ble ikke systematisk spurt om, men dukket opp som et tema i intervjuene.

Fem av de spurte hadde opplevd å måtte skifte jobbspesialist underveis. De øvrige har hatt en stabil kontakt gjennom hele perioden. Årsakene til utskiftingen varierte. En av informantene oppga at skiftet skyldtes at jobbspesialisten ble sykemeldt. En oppga at skiftet skjedde i samforståelse mellom deltaker og jobbspesialist etter langvarig oppfølging. Begrunnelsen var behov for fornyelse.

De informantene som var mindre fornøyd med jobbspesialisten og/eller hadde opplevd utskifting av denne var blant de minst fornøydde brukerne i intervjuene. En av disse informantene var fornøyd med tilpasningen til hennes behov og ressurser, men hadde opplevd dårlig kjemi med den første jobbspesialisten. Vedkommende hadde ikke fått innfridd forventningen om å komme i jobb, og var blant de som ikke var så veldig fornøyd med tilbudet.

Informanten som selv hadde vært involvert i beslutningen om å skifte jobbspesialist for å styrke og endre innsatsen, var samlet ganske fornøyd med tilbudet. Vedkommende oppga å ha styrket innsatsen når det gjaldt å søke flere jobber, hadde vært på flere intervju og fått jobbtilbud, men ikke tatt imot stillingen fordi jobben ikke var tilpasset helsesituasjonen. Den informanten som hadde opplevd et udramatisk skifte var også ganske fornøyd med tjenestene.

Hemmende faktor: Utfordringer knyttet til jobbsøkingen

Deltakerne fortalte om flere utfordringer knyttet til jobbsøkingen. Tre av informantene hadde måttet takke nei til en jobb av helsemessige årsaker. Utfordringer knyttet til jobbsøkingen var også relatert til den enkeltes kompetanse. Dette gjaldt særlig de av informantene som hadde en form for høyere utdanning.

For en av informantene var det i tillegg en utfordring at han behøvde tid for å finne ut i hvilken retning han ønsket å gå:

«Jeg har skiftet mye mening underveis, og det har sikkert vært vanskelig for henne å forholde seg til meg. (...) Det har nok vært vanskelig for henne å bli klar over hva som er mine ressurser.» (12)

Informanten beskrev jobbspesialisten som tålmodig i forhold til å se ressursene og finne retning:

«Vi har etter hvert snevret inn fokuset til hva jeg kan tenke meg, selv om jeg fortsatt er åpen.»
(12)

En tredje informant med høyere utdanning beskrev det som et lite kick å våge å sende søknad til krevende stillinger, til tross for at både hun og jobbspesialisten visste at hun ikke ville bli vurdert på grunn av manglende praksiserfaring. Da hun etter om lag ett års oppfølging tok mot til seg og kontaktet arbeidsgivere direkte, lyktes hun med å få et vikariat. Hun opplevde dette som en riktigere tilnærming for henne, fordi det ga mindre prestasjonspress enn å gå via en formell søknad.

«Men, så det var lettere for meg å bare rusle forbi .. og bare ta det vikariatet som var, enn hvis jeg hadde søkt så hadde jeg hatt en helt annen mental innstilling på at da måtte jeg vise alt jeg kunne, ikke sant? Men nå kunne de bare ta meg for den jeg var, til det de trengte meg, jeg gjorde det de hadde behov for så da var det greit.» (9)

6.1.9 Forbedringsforslag fra deltakere

Informantene ble spurt om de hadde forslag til forbedring av IPS-tilbudet. Det kom fram en rekke synspunkt på dette, men de fleste svarte nokså kort på dette, og sa at de var fornøyd med tilbudet slik det er. Svarene omfatter både forslag til justering av innholdet, bedre informasjon om tilbudet og forslag om å nå flere med tilbudet:

- Tilpasse enda bedre til hver enkelt, for eksempel transport, ringe arbeidsgivere, konkret praktisk hjelp.
- Gradvis innslusing i jobb, for eksempel trainee-stilling.
- Mer informasjon om praktisk oppfølging, jobbsøkingmuligheter, nettsider, ønske om oppdatering på terminologi og kunnskap om arbeidsmarkedet, nye krav til arbeidstakere.
- Tydeligere informasjon om tiltaket på forhånd, for å avklare forventninger.
- Oppsummering av prosessen underveis, evaluere og gi tilbakemeldinger til deltakerne for å øke forutsigbarheten.
- Tydeliggjøre mulighet for å bytte jobbspesialist.
- Sørge for stabilitet i kontakten med jobbspesialist.
- Promotere tilbudet bedre, og inkludere flere brukere.

6.2 Prosessevaluering del 2: Sentrenes gjennomføring av IPS-modellen

I denne delen av rapporten presenteres funn om hvordan IPS-modellen ble gjennomført ved de seks sentrene. Materialet er en kombinasjon av funn fra kvalitetsmålingene og kvalitativt intervjumateriale med ansatte og samarbeidspartneres erfaringer med tilbudet. Vi har identifisert faktorer med lav gjennomsnittskår på tvers av sentrene. Vi utdyper svakheter ved implementeringen ved å knytte funn fra den kvalitative intervjustudien opp mot disse faktorene.

6.2.1 Dose levert

Dose levert refererer til hvor mye av den planlagte intervensjonen som faktisk blir tilbudt til deltakerne (Steckler & Linnan, 2002). En viktig faktor i IPS er ubegrenset oppfølging, og det gjør at dette målet kan bli noe diffust å definere. Dose levert er her vurdert ut fra lengden på oppfølgingen gitt til den enkelte deltaker.

Tabellen viser resultatet fra hvert senter og sentrene samlet som helhet:

Tabell 24. Lengden på oppfølging av alle deltakere.

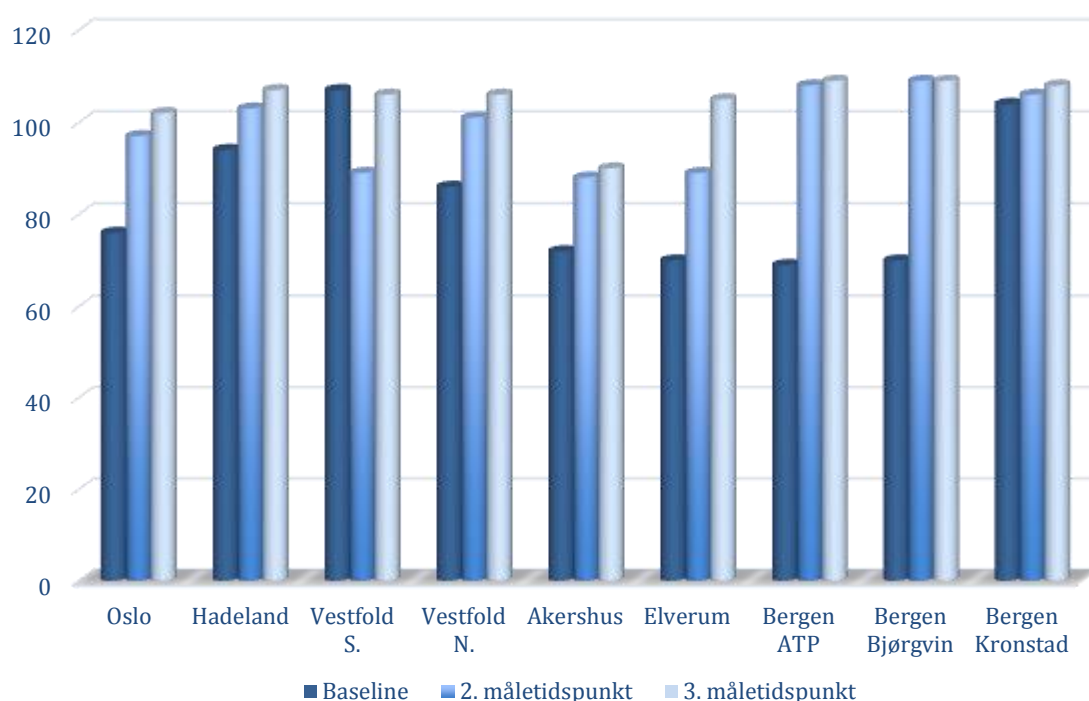
OPPFØLGING (MND)				DROPOUT FØR JOBB				DROPOUT FØR OPPFØLGING
	Median	Gj.snitt	Range	Median	Gj.snitt	Range	Antall deltakere	Antall deltakere
Oslo	9	12	21	8	10	18	21	2
Hadeland	11	18	26	9	10	18	4	4
Vestfold	14	10	29	7	8	22	17	5
Akershus	15	13	29	9	11	23	13	0
Elverum	16	15	31	10	11	24	15	1
Hordaland	22	16	33	14	13	24	20	7
ALLE	15	14	12	8	11	6	90	19

Median viser midtverdien av oppfølgingslengden, mens range viser spredningen av oppfølgingslengden (lengste oppfølging minus korteste oppfølging). Kolonnen "Oppfølging" viser oppfølgingen for alle deltakere samlet. Kolonnen "Dropout før jobb" viser lengden på oppfølgingen til deltakere som droppet ut uten at jobb var årsaken. Kolonnen "Dropout før oppfølging" viser antall deltakere som droppet ut på hvert senter før oppfølgingen var kommet i gang.

6.2.2 Kvalitetsmålinger (fidelity reviews)

Det er gjennomført kvalitetsmålinger for sentrene underveis i prosjektperioden. Første måling ble utført i 2013. Det har ikke vært konsistens i utførelsen av målingene, og tallene fra 2013 er usikre grunnet varierende kvalitet. Målingene gjennomføres av oppdragsgiver og andre IPS-aktører, og enkelte av disse har antydnet at opplæringen har vært utilstrekkelig. I gruppeintervjuene med jobbspesialistteamene kom det også fram kritiske synspunkt. Dette handlet om kompetansen til evaluatorene da målingene startet, at flere av sentrene var på et tidlig stadium på det første måletidspunktet, og at organisatoriske barrierer var uforenlige med kriterier satt i måleinstrumentet. Samtidig opplevdes målingene som lærerike prosesser.

Det foreligger ikke komplette sett av kvalitetsmålinger for noen av sentrene. Målingene under er ikke gjort på samme tidspunkt, men er kategorisert etter de 3 første målingene gjort på hvert enkelt senter.



Figur 20. Kvalitetsmålinger per senter på tre måletidspunkt.

Som vi ser viser omtrent alle sentrene progresjon i kvalitet fra baseline (2013) til tredje måletidspunkt (2014-15). Andre og tredje måletidspunkt holdt jevnt over et høyt nivå (skår > 100 regnes som "God kvalitet"). Unntaket er Søndre Vestfold, som viser en reduksjon i kvalitet ved andre måletidspunkt før det igjen skåres høyt ved tredje måletidspunkt. Akershus kommer ikke over 100 i poeng på disse første målingene, noe man kan anta skyldes høy turnover av både jobbspesialister og prosjektleder gjennom prosjektperioden. De bratteste stigningene fra baseline til tredje måletidspunkt ser vi hos Bergen ATP, Bergen Bjørgvin, og Elverum.

Fordi det ikke foreligger komplette sett på alle måletidspunkt gjennom prosjektperioden, vil tabellen under ta utgangspunkt i andre måletidspunkt, som for alle sentrene var i løpet av 2014. Da var forskningsprosjektet i sitt andre år, og alle sentrene hadde vært gjennom den første kvalitetsvurderingen. For å finne indikatorer på svakheter i implementeringen er 7 faktorer som har fått lav gjennomsnittsskår (skår fra 1 til 3) på tvers av sentrene identifisert:

Tabell 25. Lave faktorer på 2. måletidspunkt.

Faktor	Gj.snitt	Min.	Max.
1. Tjenester som er basert i lokalsamfunnet	1*	1	5
2. Organisasjonen har fokus på vanlige jobber	2	1	3
3. Jobbutvikling – hyppig arbeidsgiverkontakt	2	1	4
4. Integrering av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmer	3	1	5
5. Jobbspesialistteamets leder sin rolle	3	2	4
6. Jobbspesialist har fokus på vanlige jobber	3	1	5
7. Ingen eksklusjonskriterier	3	3	5

*Ett senter hadde en skår på 5, mens åtte sentre hadde en skår på 1. Uten desimaler blir gjennomsnittet rundet ned fra 1,44 til 1.

Videre i dette kapitlet vil vi diskutere funn fra den kvalitative datainnsamlingen opp mot faktorene i tabellen over.

6.2.3 Erfaringer med gjennomføringen av forsøket

Det følgende oppsummerer gruppeintervjuer med team-medlemmer og ledere ved sentrene i de seks fylkene. I tillegg er dokumentmateriale fra sentrene gjennomgått. Sammen med funn fra intervju med styringsgruppedlemmer og samarbeidspartnere kan dette materialet utdype hva som kan ha vært svake punkt i forsøket med IPS-modellen. Gruppeintervjuene ble utført i perioden oktober 2014 til februar 2015, det vil si parallelt med eller like etter at andre kvalitetsmåling ble foretatt.

Framstillingen under dette punktet er organisert ut fra faktorene i tabell 25. En metodisk begrensing ved tolkning av gruppeintervjuene i en slik sammenheng vil være at informantene har nær kjennskap til målene som deres innsats vurderes etter. Det vil derfor ikke være usannsynlig at beskrivelsene av sin egen virksomhet kan ta farge av dette. Gruppeintervjuene var videre ulike mht. sammensetning av fokusgruppen og hvilke tema som fikk oppmerksomhet i samtalen, og det er derfor ikke mulig å gjøre sammenlikninger som kan belyse skårene nærmere for det enkelte senter. Det kvalitative materialet kan ikke bygge opp under de eksakte tallene fra målingene på dette punktet, men gjengir informantenes egne beskrivelser relatert til punktene.

Tjenester som er basert i lokalsamfunnet – om jobbspesialistenes rolleutforming

Det første punktet dreier seg om jobbspesialistenes rolleutforming, og spesifikt hvor mye arbeidstid som brukes på arbeidsrettede tjenester i lokalmiljøet. For å få full skår på dette punktet, må jobbspesialisten være 65 % eller mer ute av kontoret i møte med deltakere og/eller arbeidsgiver.

Gruppeintervjuene gir et klart bilde av at jobbspesialistrollen har blitt utviklet underveis. Ingen kunne dette fra starten, og man måtte skaffe seg erfaring. Dette gjaldt også kontakten med arbeidsgivere.

«Det å være en jobbspesialist er en ganske kompleks og vanskelig rolle, hvor man er selger på den ene siden, og selger den beste arbeidskraften som finnes, og hvor man er tilrettelegger, man er jobbspesialist, man i tider kan få en terapeutisk tilnærming fordi at kanskje terapeuten er borte. Så det er en veldig vanskelig rolle, og det tar tid å bli trygg på den.»

Utvikling av kompetanse, erfaring og nye organisatoriske grep ble til som svar på praktiske utfordringer, men også med begrunnelse i hva som var hensiktsmessig i forhold til kvalitetsmålingene.

Ved flere sentre ble det satset på rekruttering av jobbspesialister med spesifikk kjennskap til det lokale arbeidsmarkedet. Noen av sentrene vektla bred kunnskap om nærings- og arbeidslivet ved sammensetningen av teamet, og rekrutterte folk med ulike fagkompetanse fra privat og offentlig virksomhet.

Prioritering av oppgaver, inkludert arbeidsgiverkontakt, nevnes flere steder som en utfordring, som underveis har fått ulike løsninger. En av sentrene etablerte høsten 2014 en ordning med et månedlig planleggingsmøte av uteaktiviteter, for å styrke arbeidet opp mot arbeidsgivere og møter med deltakere. På grunn av tidspress så man planlegging som alfa og omega for å kunne prioritere oppgaver riktig.

«Det som vi hele tiden utfordrer oss på er jo tid, i forhold til møteaktivitet internt, og deltakermøte og arbeidsgiverkontakt. Å få til den optimale ressursfordelingen der er ganske utfordrende.»

For å styrke jobbspesialistenes fokus på arbeidsgiverkontakt valgte en av sentrene med forholdsvis høy skåre å la en ansatt ivareta oppgaver knyttet til NAV, i form av en stilling som NAV-los. Vedkommende fungerte samtidig som teamleder. Denne klargjøringen av roller ble begrunnet blant annet med at jobbspesialistene ikke skulle bruke tid på slike oppgaver i møtene med deltakerne, samt behovet for å handle raskt dersom man fikk kontakt med en arbeidsgiver.

Når det gjaldt konkrete erfaringer med arbeidsgiverkontakt påpekte man at noen arbeidsgivere var veldig interesserte, men det omtales som en krevende jobb å skulle oppnå tilbud om ordinært arbeid for alle deltakerne.

«Det er litt sånn at man må banke på mange dører for å få en åpen dør, altså, så du skal være litt sånn, tåle mange nei før du får et ja, da.»

«Kompleksiteten i møtet med arbeidslivet er et problem.»

Noen av informantene fortalte om gode og dårlige erfaringer. En av dem som fortalte om en stengt dør, fortsatte slik:

«Men det er vel egentlig en atypisk reaksjon, fordi vi opplever stort sett at de fleste er hyggelige og vennlig og imøtekomende, og synes vi gjør et bra arbeid og er veldig positive og sånt, men uten at det dermed blir noe av, liksom, men at folk er vennlig.»

Kontakten betegnes som veldig variert. Noen ganger dreier det seg om løpende arbeidsmarkedsorientering, som å bli kjent med bransjer og kartlegge muligheter.

«Når man er ute hos arbeidsgivere, altså selger inn på en måte (...), så er det alltid opp til arbeidsgiver, og arbeidstaker om den matchen er god. Sånn at det å ha arbeidsgivers perspektiv, ikke liksom trykke på, men ha respekt for den ansettelsesprosessen, for det er jo dyrt å ansette feil.»

I ett av teamene var man enige om at man opplevde det lettere å gå til arbeidsgiver på vegne av en spesifikk deltaker enn om det dreide seg om en generell kartlegging. Prioritering av denne oppgaven var fortsatt en utfordring høsten 2014:

«Jeg tenker at det er krever nytenkning og kreativitet hele tiden for å utvikle det, så da er liksom utfordringene å bli sittende fast i de daglige, i de andre rutinene.»

«..jeg som har jobbet innenfor tiltaksarbeid i mange år, jeg må først snu mitt eget tankesett, og så skal du overbevise arbeidsgivere om det samme.»

Likevel påpekte man at det arbeidsmarkedsrettede arbeidet var styrket underveis, og framholdt at det var morsomt å være ute.

Organisasjonen, og jobbspesialisten, har fokus på vanlige jobber

Et sentralt element i IPS-modellen er at hele organisasjonen skal ha fokus på å skaffe deltakerne vanlige jobber. Kriterier som inngår i dette punktet (punkt 6 i tabellen) er fokus på jobb ved inntak, skriftlig informasjon til målgruppen, fokus på voksne med alvorlige psykiske lidelser, erfaringsdeling og jobbutvikling. Det følgende avsnittet utdyper hvordan jobbspesialistteamene har arbeidet for å nå dette målet, og inkluderer også informasjon om jobbspesialistenes fokus på vanlige jobber (punkt 6 i tabellen over svake kvalitetsskårer). Jobbspesialistenes fokus utdypes også i det påfølgende avsnittet ("*Jobbutvikling – hyppig arbeidsgiverkontakt*").

Fokus på jobb ved inntak

I ett senter hadde man valgt å la en koordinator med forankring i helse gjøre samtlige inklusjonssamtaler ved ett av DPS-ene. Denne personen omtalte også seg selv som bindeledd, og en som ivaretok fokuset på arbeid overfor behandlerne. Dette teamet startet opp aktiviteten alt i 2012. Informantene la stor vekt på at det hadde tatt tid å få etablert tilbudet med fokus på arbeid:

«Men det har lagt i min yrkesutdanning, aktivitet og deltakelse... Så det er grunnleggende i meg. Og å møte andre som ikke har den, det har vært litt krevende. Det tok tid. (...) Jeg syns det har virkelig utvidet seg innenfor organisasjonen. Og jeg merker det også blant kollegaene mine, hvor mye mer de snakker om arbeid og drar det inn i flere situasjoner enn i begynnelsen, så det nytter å stå på.»

Jobbspesialistene opplevde utfordringer knyttet til å spørre potensielle deltakere om arbeidsinteresse, og noen knyttet dette til deltakernes helsetilstand:

«Denne uken har jeg snakket med to som ikke var interessert. Jeg har merket at timingen er viktig for disse pasientene fordi de er som oftest dårlige i det de blir innlagt, veldig psykotiske... det kan være mange problemstillinger. Ofte blir det aktuelt med infobit og evt. deltakelse når oppholdet har vart en stund.»

Ved noen jobbspesialistteam hadde man diskutert om slike vurderinger kunne oppfattes som en form for eksklusjon.

«Det er ingen pasienter som skrives ut uten å få informasjon om tilbud, men det er snakk om når det gjøres.»

Ifølge flere team har det ikke vært vanskelig å rekruttere deltakere. Motiveringsarbeidet rettet mot deltakerne har mer vært knyttet til å få enkelte deltakere til å holde ut.

Vestfold tok i bruk en systematisk intervjumetodikk i møtet med jobbsøkerne, kalt Motiverende Intervju. Etter en periode med prøving og en del feiling når det gjaldt å få deltakerne i stabile arbeidsforhold ble dette en nøkkel til å få avklart hvordan man skulle få fram den rette motivasjonen hos deltakerne og et reelt ønske om å jobbe:

«Så at man i hvert fall vet hvor på en måte, hvor er denne jobbsøkeren hen? Så det var en bevisstgjøring for alle på hva er det man snakker om, for hvis du spør en pasient "har du lyst på jobb?" så er det nesten ingen som sier nei.»

Ved å utvikle et felles språk ble det mulig å kartlegge og avklare motivasjon og forventninger til jobb:

«Man skal begynne tidlig å snakke om holdt på å si hele prosessen, og at arbeid er en helt naturlig del av det. Og det er der vi ikke var til å begynne med, ikke sant, at det har kommet mer etter hvert at man er tidligere på.»

Skriftlig informasjon om jobbmuligheter og arbeidsrettede tjenester på inntaksstedet

Når det gjelder informasjon om jobbmuligheter og arbeidsrettede tjenester, skal dette gis ut i form av skriftlig informasjon på inntaksstedet. Samtlige team poengterte at det ikke forelå rutiner eller maler for informasjon på forhånd, dette ble derfor utviklet lokalt over tid.

Ikke alle intervjuene legger like stor vekt på dette punktet, men det framgår i noen gruppeintervju at jobbspesialistene ser slik informasjon som er en viktig del av metoden man skal jobbe etter.

« ... og de sprer lik informasjon i NAV og distrikt (...) I metoden så ligger det nå nyhetsbrev og sånn, ikke sant, og da er det felles og det gjør vi på en måte likt i organisasjonen, og vi prøver å få litt sånn, tenke at det er felles.»

Intervjuene med samarbeidspartnerne på behandlingssiden berører også dette spørsmålet. En av dem sier at det formidles informasjon om IPS til aktuelle pasienter via brosjyrer, muntlig informasjon og plakater på venterommet.

«De er pålagt å tilby jobbstøtte, og da bruker de IPS. (...) Det er naturlig å bruke IPS som systematisk tilbud, fordi samarbeid er etablert. Alle pasienter får informasjon i form av en brosjyre. Jobbspesialisten kommer og informerer, og personalet informerer. Dette gjelder også pasienter på døgnavdelingen.» (Partnerinformant, behandlingsteam)

Enkelte sentre har arbeidet mye for å gjøre arbeidet kjent, både overfor potensielle deltakere, partnere og allmennheten. Flere sentre har utviklet informasjon på flere plattformer, som nettsider, videoer og annet informasjonsmaterieell i tillegg til brosjyrer og oppslag. Informasjon om det enkelte senter finnes på NAV sine nettsider, samt på Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) sine nettsider.

Deling av arbeidserfaring og andel vanlige jobber

Verdien av å dele erfaringer med kollegene i jobbspesialistteamene ble fremhevet av flere team som en viktig forutsetning for å kunne holde på motivasjonen og takle negativ respons.

Over er det påpekt at jobbspesialistteamenes arbeidsmåter og organiseringen av innsatsen ble utviklet over tid. Det tok noen steder tid før teamene hadde satt seg og man fikk en utveksling av erfaringer mellom jobbspesialistene. Funn fra den kvalitative undersøkelsen viste at flere av sentrene høsten 2014 var opptatt av å styrke erfaringsutvekslingen, både for å styrke eget arbeid og for å bedre skåren på kvalitetsmålingene.

«Vi har jo snakket om det, at vi kan bytte på litt og ha samtaler med hverandres deltakere, da.»

Det har vært økt bevissthet om betydningen av å utvekslet informasjon om deltakere og jobbmuligheter har blitt benyttet som mulighet til å gi flere jobbtilbud:

«.. vi har jo rekruttert hverandres deltakere til jobber. Man tenker kanskje først på sin egen portefølje, men det at vi hele tiden deler hverandres portefølje gjør at vi kan tenke på.. så vi deler ganske mye informasjon der, og selger inn kandidater som ikke nødvendigvis er våre egne, da.»

Selve organisasjonsmodellen er flere steder basert på at jobbspesialistene er lokalisert enkeltvis i ulike klinikker. Dette er tilfelle i Hordaland. Der så prosjektleder det som sin rolle å bygge et team av jobbspesialistene:

«Min første jobb var å samle alle spesialistene så vi ble et team (...). Det var det første vi gjorde, å etablere teamet. Så var det å få i gang prosessene med tanke på god integrasjon.»

Flere av jobbspesialistene som har fast kontorplass alene i en klinikk påpekte at jobben kan være ensom, og mente det kunne være vanskelig å finne anledning til å dele erfaringene med de andre jobbspesialistene.

«Det er forvirrende. Hvor er min tilknytning? Jeg føler sterk tilknytning til mine kolleger jobbspesialister, men de møter jeg bare en gang i uken. Men NAV har selvfølgelig også forventninger, og de vil ha uttelling for mitt arbeid i sine systemer.»

Samlokalisering har i enkelte sentre blitt brukt for å styrke samarbeidet internt i teamet. Kontorfellesskap ble sett som et middel til å kunne jobbe tettere og dele erfaringer. I flere team mente de ansatte at man var på vei til å styrke tankegangen om at deltakerne er felles, og man var på jakt etter muligheter for å hjelpe hverandre når man sto fast.

« .. det å koble hverandre på, og bruke hverandre på tvers, at det er liksom noe vi ønsker men som også er ressurskrevende, da. (...) Og så er vi et stykke på vei der, i teamtankegangen om at alle deltakerne er felles, i forhold til at vi tenker på hverandre i jobbsammenheng, men vi har et stykke å gå opp for å kunne hjelpe hverandre når vi står fast, og vi må finne en god måte å jobbe på som gjør at vi ikke føler at vi står så alene i det, da.»

Faste møter og andre felles arenaer i jobbspesialistteamene har blitt utviklet og ble benyttet til erfaringsutveksling:

«Vi har hatt jevnlige samlinger, tar opp ting der vi sier positive ting om hverandre for å løfte hverandre fram. Det har vært veldig viktig for oss, for å bli trygg på hverandre, og finne ut hva er det vi er gode på, den enkelte, spille på de styrkene vi har. Og det tror jeg har vært litt sann suksess for oss, at vi har utfyllt hverandre bra, da.»

Et av sentrene hadde systematisk jobbet med teamutvikling for å skape trygghet i rollen som jobbspesialist og øke kvaliteten på teamarbeidet. Man så på samhandling i teamet som en nøkkel, også fordi dette var sentralt i arbeidet opp mot arbeidsgivere, partnere og deltakere.

Det ble også understreket at det krever tid og innsats å oppnå tettere samarbeid internt i jobbspesialistteamet. I flere av gruppeintervjuene ble det understreket at denne formen for deling var ressurskrevende. I situasjoner med utskifting av personell eller omorganisering ser dette ut til å ha vært ekstra sårbart.

Jobbutvikling – hyppig arbeidsgiverkontakt

Sentrene skårer jevnt over svakt når det gjelder omfanget av arbeidsgiverkontakt (gjennomsnittsskår 2). Jobbutviklingsaktiviteten skal blant annet omfatte minst seks personlige møter med arbeidsgivere per uke på vegne av deltakerne. I intervjuene kom det frem en del synspunkt knyttet arbeidsmåten, og hvordan aktivitetene var organisert.

Både kvalitetsmålinger og registerdata tyder på at enkelte deltakere har mottatt lønnstilskudd parallelt med deltakelsen i IPS-forsøket. Omfanget av dette var ikke et fokus i intervjuene, men vi kan imidlertid trekke fram noen utfordringer knyttet til å beholde fokus på ordinære jobber, og formidle metodikken i kontakten med arbeidsgivere.

For det første nevnes det av flere at IPS-inspirerte tilnærminger brukes på konkurrerende tilbud som er tiltaksbaserte. Dette kan virke forvirrende for arbeidsgivere, og noen mener det har gjort markedsføring av IPS-tilbudet mer krevende fordi arbeidsgiverne er vant til ordninger med praksisplasser og lønnstilskudd fra NAV.

NAV-satsing på å styrke markedsarbeid og tiltaksplasser ble oppfattet som en konkurrent om arbeidsplasser flere steder:

«Vi selger inn den tette oppfølgingen, verdien opp mot det, praksisplass. Men det er hardt å konkurrere internt, det er et hinder. Noen har klar politikk på at de bruker praksisplass, det er ingen vei inn.»

Det ble videre påpekt at fokuset på markedsarbeid og tiltaksplasser generelt i NAV kan skape konkurranse om arbeids/praksisplasser i lokalt arbeidsliv:

«Det er interesse, og man møter mange entusiaster som sier «wow, dette er virkelig en flott måte å jobbe på, og det vil vi gjerne være med på». Så møter man også de... selv om man snakker om jobb og betalt jobb og ordinær jobb, og de nikker, så finner man ut på slutten av samtalen at de allikevel har tenkt at de får en gratis arbeidskraft. Holdningsendringsarbeid er det også.»

«Det er litt forvirring fordi det er mange prosjekter på gang. (...) Ja, det er en jungel. Så det å selge dette inn som noe tydelig annet.»

Et annet av sentrene mente på sin side at det var bred forståelse blant arbeidsgiverne for å bruke ordinært arbeid, og at dette åpnet dører i seg selv.

«Det er jobbmatchinga som understreker for arbeidsgiver også, som viser arbeidsgiver at vi har en deltaker som er veldig motivert for å jobbe med dette, da er du halvveis inne i jobben allerede.

«Jeg opplever en trøtthet over å ta inn folk som egentlig ikke har lyst til å jobbe der, å lære opp en i noe de ikke har interesse for. Vi ble overrasket over at når vi begynner å snakke om ordinær jobb så lener de seg fram: «Det kan jeg være med på». De ønsker en som vil jobbe i sin bedrift over tid.»

Jobbspesialistene i dette teamet understreket også at det er stadige bevegelser i arbeidsmarkedet, og at det er viktig å være på banen hele tiden for å fange opp mulighetene.

Integrasjon med behandling

Et sentralt mål ved IPS-modellen er at den arbeidsrettede rehabiliteringen skal integreres med behandling av psykiske lidelser. For å få høy skår på kvalitetsmålingene forutsettes det hyppig kontakt mellom teammedlemmer og behandlere. På dette punktet foreligger det fylldig materiale både fra gruppeintervju og partnerintervju. Den overordnede tendensen i dette materialet er at det ved samtlige sentre har vært en utvikling over tid når det gjelder integrasjon mellom arbeidsrettet rehabilitering og behandling.

Deltakelse i behandlingsmøter

Informasjon om integrasjonen mellom jobbspesialister og behandlere framkommer både av gruppeintervju og telefonintervju. Hyppigheten og omfanget av møtedeltakelse og innholdet i disse møtene har endret seg over tid. På intervjutidspunktet var man de fleste steder i ferd med å sikre økt deltakelse for jobbspesialistene i behandlingsmøtene. Flertallet av sentrene hadde på intervjutidspunktet etablert fast system med deltakelse av jobbspesialister i ordinære behandlingsmøter.

Samtlige jobbspesialistteam vektla at det hadde tatt tid å få full adgang til behandlermøtene. Dette hindret at man fullt ut fikk benyttet komponentene i modellen, særlig hindret det muligheten for å drøfte inkludering av potensielle deltakere. Det hadde for flere jobbspesialister tatt ett år å bli fullverdig del av teamet på møtene.

«..dette er vanskelig å implementere, for det her vil snu opp ned på.. det vil utfordre taushetspliktdebatten, det vil utfordre metodikken som behandlerne jobber i, og det så vi jo. Vi så hvordan det er å tre inn på et nytt sted med en ny metodikk. Det er jo sprengstoff i det.»

Samtidig understreket flere informanter at integrasjonen hadde gått raskere enn man skulle ha forventet. Erfaringer gjorde at tilpasningsprosessen gikk raskere når man utvidet til nye team:

«Det handler om å stå idet, forsøke å være profesjonelle i møtet med dem. Ha integritet når det gjelder hva vi står for, formidle hva IPS står for og hva vi skal gjøre.»

«Vi er tettere på behandlerne enn på NAV, egentlig, selv om vi er her (på NAV). Vi jobber jo tettere med behandlerne.»

Her mente man også at jobbspesialistene blir broen mellom behandlere og NAV, et bindeledd som åpner opp for kontakt til brukernes beste. Når man fikk fram noen suksesshistorier kunne disse virke som brekkstang i samarbeidet. Noen erfarte at det virket godt å starte møter med å snakke om positive erfaringer. Ved et senter hadde et samarbeidsmøte med alle involverte etter om lag ett års drift gitt åpning for mer samhörighet:

«Samarbeidet har jo vært på plass hele veien, og det har vært godt samarbeid. Men den felles tankegangen i det, tror jeg ikke har kommet på plass før nå i det siste.»

Fra beholdersiden var mange opptatt av at tilbudet etterhvert hadde blitt godt integrert, og at man opplevde det svært nyttig å ha med jobbspesialistene som del av teamet både rundt enkeltpasienter og i faste møter. Det er samtidig noe ulike synspunkt blant behandlerne på dette:

«Det var noe skepsis i starten blant enkelte, men innstillingen har blitt mer positiv etterhvert. Tradisjonelt har man vært mer opptatt av at man ikke skal presse og stresse pasienter med psykose. Men man har fått nytte behandlingsformer og nytt syn på psykose, særlig overfor de unge. De fanges opp mye tidligere og de får et annet tilbud. (...) Det har vært en holdningsendring i retning mer integrering. » (Partnerinformant, behandlingsteam)

Utfordringer med å oppnå integrasjon

Både jobbspesialister, styringsgruppedlemmer og behandlere understreket betydningen av slik integrasjon for å få modellen til å fungere. Likevel ble det rapportert om utfordringer knyttet til integrering og arbeidsfokus flere steder. Teamene og partnerne påpekte noen spesifikke hindre som måtte ryddes av veien for å oppnå større integrering på dette punktet. I følgende avsnitt er disse kategorisert under formelle hinder, engasjement blant behandlerne, ulike arbeidsmåter på klinikkene, og styringsmessige utfordringer.

Formelle hinder

For de fleste teamene var tilgangen til behandlingsmøtene og integrasjon mellom teamene utfordret av formelle hindre, som krav til taushetsplikt og tilgang til journalsystemer. De ulike systemene gjorde at informasjonsflyten var langt fra strømlinjeformet.

På intervjudispunktet i oktober 2014 var man i et av sentrene i ferd med å iverksette integrasjon gjennom deltakelse i behandlingsmøter, fordi man etter en lengre prosess hadde fått tilgang til journalsystemet som ble benyttet i klinikkene:

«Det skulle gå 2,5 år før vi ville oppleve at det var fullt integrert. Nå nylig har de akkurat fått tilgang til DIPS - systemet i helse. Dere får være tilstede på alle møtene.»

Med hensyn til taushetsplikt var dette en sak man brukte en del energi på i oppstartsfasen i flere sentre. Flere av de involverte klinikkavdelingene har bredere pasientgrunnlag enn dem som er omfattet av senteret. Noen steder har dette hindret full deltakelse i behandlingsmøtene, fordi man fra klinikkens side ikke har ønsket at jobbspesialistene var til stede når pasienter fra andre kommuner ble drøftet. Noen av jobbspesialistene hadde opplevd at dette spørsmålet førte til en del motstand blant enkelte av behandlerne. Løsningen flere steder var å skrive under på taushetserklæring. For flere av sentrene var dette nå avklart, og man følte seg ferdig med den saken.

«..Det som er tendensen er jo at integrering ikke er farlig, da. Sånn at det er ikke noe problem med taushetsplikten, det er ikke det som er sperrende, men dette handler om ting på systemnivå hvor det er ulike organisasjoner med ulike lover som man niholder litt på, da, før man vet hva dette egentlig handler om.»

Enkelte av behandlerne vi intervjuet mente at målet om ukentlige møter var for ambisiøst. Samlokalisering av kontor gjorde uformell kontakt mulig utenom møtene, så derfor var det tilstrekkelig med møter hver 14. dag, mente flere i teamet.

Ulik grad av jobbengasjement blant behandlerne

Jobbspesialistene i et senter påpekte at det var etablert gode relasjoner til den enkelte behandler, men at det var litt å gå på når det gjaldt integrasjon på teamnivå. Jobbspesialistene ble fortsatt ikke sett på som en like nødvendig del av teamet som behandlerne. Det ble antydnet at dette kunne henge sammen med

organisering og forankring. Likevel mente man at arbeidsfokuset på behandlersiden hadde kommet lengre enn man skulle forvente.

Også i et annet team understreket jobbspesialistene at det var forskjellige syn på IPS i behandlingsteamene. Lederne for poliklinikkene ble opplevd som positive, mens enkelte ansatte var skeptiske. Løsningen på denne utfordringen lå i prosjektleders kunnskaper om IPS og nære kontakter i helsetjenestene, som kunne skape forståelse for arbeidet:

«Så da var liksom, det ble en litt sånn gratisvei inn, da, så vi ble ikke den truende bastionen som, her kommer vi som skal samarbeide liksom, altså, det var, ble en god prosess fra tidlig av.»

Vi finner også at noen jobbspesialistteam mener behandlerne får større forståelse for arbeid i IPS-modellen også fordi de har tett samarbeid med jobbspesialistene og fordi de kan følge opp sine brukere på en helt annen måte enn i samarbeid med andre tjenester:

«For behandlerne er dette et opplegg de har ganske kontroll på. Vi møter dem så ofte. De opplever en annen kontroll, er mer hands-on. Når de havner et annet sted vet ikke behandlerne hva som skjer, og de kan oppleve å bli mer ekskludert. (...) Det er en konkret endring som allerede har skjedd, at behandlerne tenker mye mer på hvordan de kan bidra til hvordan folk kan være i jobb, og ha en jobb.»

«De etterspør, de overfører til andre tiltak. De ønsker mer jobbretting på dårligere folk nå»

Fordelen med egne teammøter kan være at man oppnår hovedfokus på IPS og på arbeid i disse møtene. Men med denne modellen når man ikke alle potensielle brukere. Utfordringen med å delta i behandlerteamet er at IPS må konkurrere om oppmerksomheten med andre saker. Fordelen er at man blir «en av gjengen», i følge en teamleder.

Ulike arbeidsmåter ved ulike klinikker

Ved enkelte sentre påpekte man at organisatoriske trekk og arbeidsmåter ved de ulike klinikkavdelingene skapte ulike forutsetninger for samarbeid og integrasjon.

Ved flere sentre var det fra oppstart etablert ordninger der jobbspesialistene møtte behandlerne i egne møter. De var altså ikke til stede i selve behandlermøtene. Dette gjaldt samarbeid både med kommunal psykisk helsetjeneste og DPS-avdelinger. I et av sentrene hadde man nylig utvidet IPS-tilbudet til å omfatte et ACT-team, og man la opp til at jobbspesialistene skulle være med på alle behandlingsmøter. Når det gjaldt de polikliniske teamene hadde jobbspesialistene vært inne i et kvarter av behandlermøtene annenhver uke. På intervjuutidspunktet ble det arbeidet for at jobbspesialistene skulle delta i hele møtet, men fortsatt bare annenhver uke.

«Men det er forskjellige måter å jobbe på mot de forskjellige pasientgruppene, det er annerledes hvordan de jobber på et ACT-team, psykoseavdeling, eller gruppe-enheter som er personlighetsforstyrrelser.»

«Det er jo ACT-teamet som er det ideelle, ikke et team bestående av bare psykologer. Det er annerledes å komme inn som jobbspesialist med en psykolog, en sosionom, en arbeidsterapeut – mange ulike folk. Det er en litt sær setting med 12 psykologer og én jobbspesialist.»

De opplevde barrierene handlet altså om behandlingsteamets arbeidsmåter og om den faglige sammensetningen av teamene. Det ble også påpekt at IPS-modellen har vært rettet mot arbeid i tverrfaglige team, og at enkelte DPS- avdelinger arbeider under andre rammevilkår enn det som er forutsatt i modellen.

Styringsmessige utfordringer

Det ble påpekt av enkelte informanter at ulike styringslogikker og produksjonsmål i de ulike tjenestene kan hindre integrasjon. Særlig kravene til pasientgjennomstrømming i spesialisthelsetjenesten kan oppleves uforenlig med jobboppfølgingen, som skal ha ubegrenset varighet. Jobboppfølgingen vare derfor ofte lengre enn behandlingen. Denne utfordringen ble nevnt i flere av gruppeintervjuene, og det ble påpekt at de fleste sentrene har brukt tid på å løse dette. Flere påpekte at det hadde vært fordelaktig for gjennomføringen dersom man hadde tenkt gjennom slike systemutfordringer på sentralt nivå innen prosjektene startet opp:

«Harmonerer egentlig denne tidsuavhengige støtten med hvordan de gjør det på det området? (DPS)»

«Når du ikke får behandling, når du er skrevet ut, så står jobbspesialisten alene, uten noen å støtte seg til. Det opplever alle prosjektene, og den har kommet i prosjektperioden den problemstillingen, og det er litt spesielt egentlig.»

«Så pasienten er skrevet ut. Men jeg har lovet vedkommende tidsubegrenset bistand. Jeg har ingen å ringe om problemstillinger som oppstår rundt ham.»

Også enkelte partnerinformanter påpekte denne typen utfordringer:

«Vi klarer det fint, men overordnet sett har vi jo et stadig større fokus på produksjonen, og det skal tjene en hensikt på behandlersiden, uavhengig av IPS.»

Dette førte til at man måtte prioritere i klinikken, og selv om det var åpne dører for jobbspesialistene måtte det være et visst trykk i en sak for at de skulle banke på til en behandler.

Lokalisering av jobbspesialistenes kontor

Jobbspesialistene skal ha kontor i nærheten av eller felles med medlemmer i behandlingsteamet. Ved de fleste sentrene var det et hovedkontor der alle jobbspesialistene hadde kontorplass, med kontordager i samarbeidende kommuner eller klinikker en eller flere dager i uken.

På dette punktet har det også skjedd endringer over tid ved flere av sentrene. Noen steder har det vært organisatoriske eller praktiske hindre for å få dette til. Organiseringen av den psykiske helsetjenesten ble nevnt av flere som en utfordring i forhold til å få brukt nok tid ute. Lokale forhold kan ha virket inn på

samlokaliseringen, slik det også antydes i en nylig lansert rapport om arbeidsfokuset ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) (Proba 2016). Rapporten viser store variasjoner når det gjelder hvor mye arbeid vektlegges, og hvor tett DPS og NAV samarbeider om felles pasienter/brukere. Samtidig er det stor enighet om viktigheten av at arbeid inkluderes i behandlingen.

For et av sentrene ble det for eksempel vist til at en større lokal omorganisering av klinikken ga konkurranse om oppmerksomheten (for oversikt over lokalisering, se appendiks pkt. 9.7).

Flere fra teamene og behandlerne vektla jobbspesialistenes tilstedeværelse på klinikkavdelingene som en vesentlig suksessfaktor, særlig på grunn av synlighet og sosial deltakelse for å minne behandlerne på arbeidsfokuset. Trygghet og tillit som etableres gjennom daglig kontakt og betydningen av den uformelle kontakten som fremmes ved at man er samlokalisert nevnes som viktig. Det har betydning å kunne møtes i korridorer eller banke på en dør.

«Det er jo veldig bra med tilgjengelighet, det er kjempebra. At vi treffer dem.(...) Vi har sagt at de bare kan banke på døren og se om vi er ledige.» (Partnerinformant, behandlingsteam)

«Jobbspesialisten har det sosiale fokuset inne og bidrar til integrering i behandlerteamene. Hun er alltid til stede i lunsjen, tar sosiale initiativ og er lett å spørre og svarer alltid positivt. Hun har en veldig sosial profil og det har vært kjempesmart av henne.» (Partnerinformant, behandlingsteam)

Samtidig påpekte flere team at det også var svært viktig at man hadde tett kontakt med NAV. Som det framgår av oversikten var flere team lokalisert på NAV-kontor. Noen steder hadde man en egen koordinator eller NAV-los som sørget for denne kontakten. Flere viste også til felles samlinger for jobbspesialistteam og behandlingsteam som et løft for å få etablert felles tankegang og samordnet innsats.

Fokus på arbeid i behandlingsteamet

Jobbspesialistene skal bidra til at behandlingsteamene holder fokus på arbeid for personer som ennå ikke er henvist til arbeidsrettede tjenester. Flere av gruppeintervjuene vektlegger at behandlernes arbeidsfokus har økt betydelig i prosjektperioden, og man erfarer i økende grad at behandlerteamene initierer arbeidsrettede tjenester.

«Det er jo på en måte en sånn type snuoperasjon dette med å tenke arbeid og behandling samtidig, og den snuoperasjonen har etter mine begreper i alle fall her gått på en måte gått smidigere enn den kanskje skulle ha, og det er på en måte en litt sånn mer samfunnsvind som blåser.»

«Og jeg merker det også blant kollegaene mine, hvor mye mer de snakker om arbeid og drar det inn i flere situasjoner enn i begynnelsen, så det nytter å stå på.»

Samtidig påpeker de ulik grad av forståelse for arbeidsfokuset blant de enkelte behandlerne og mellom de ulike behandlingsteamene.

Opptaksgrunnlaget kan variere svært mye mellom de ulike behandlingsenhetene som er involvert. Nærhet ble sett på som gunstig i forhold til mulighetene for å ivareta jobbfokus blant behandlerne. Ved en klinikk kjente jobbspesialisten navnet på samtlige pasienter:

«Med så lite opptaksgrunnlag blir det veldig synlig hvem som eventuelt ikke er med. Så jeg har hatt veldig stor tilførsel hele tiden egentlig.»

Ved andre enheter i senteret var det potensielle opptaksgrunnlaget langt mer omfattende, og jobbspesialistoppgavene opplevdes svært ulikt.

I ett senter ble en felles intervjumetodikk tatt i bruk blant jobbspesialister og behandlere, og dette ble understreket som en integrerende faktor av jobbspesialistene. I likhet med flere andre sentre ble det i dette teamet påpekt at det er stor forskjell på de ulike klinikkavdelingenes organisering, noe som får følger for hvordan man informerer og spør deltakere om interessen for arbeid. Noen steder kan jobbspesialistene kobles på i de første fordelingsmøtene, og arbeid kan trekkes inn fra starten. Enkelte avdelinger har ikke denne formen for fordelingsmøter, og da blir det en utfordring for jobbspesialistene å skape arenaer på riktig tidspunkt for slike drøftinger. Dette teamet la også vekt på å spisse og prioritere problemstillinger i behandlingsmøtene for å fremme arbeidsfokuset.

Flere team understreket at det ikke nødvendigvis var arbeidsfokuset i seg selv som var utfordrende, men tanken om at deltakerne skal rett ut i ordinære stillinger:

«Ja, på den måten at det er ordinært lønnet arbeid, det er den som er vrien. Og det med tiltak ligger så under huden på mange, at når man sier ordinært lønnet arbeid skjønner ikke alle det, du må si noe mer.»

Det ble også pekt på at en utfordring i modellen er at det ikke er så enkelt som å bare sette en jobbspesialist inn på et behandlingsmøte, og at det dermed blir IPS. Det å fungere i et sånt team er en integreringsprosess som tar tid. For å lykkes bør man etablere et fellesskap der alle har like mye å si, og der det er et felles ansvar for innholdet i møtene.

Flere utfordringer med integrering ble nevnt av et senter med høy skår på dette punktet: For det første opplevde man at ikke alle behandlerne prioriterte å møte opp, og for det andre kunne strukturelle utfordringer prege møtene, for eksempel når det gjaldt hvem som fikk gjennomslag i en sak. En tredje utfordring ble nevnt i ett av de andre gruppeintervjuene:

«Jeg opplever at behandlerne i det store og det hele er veldig positive til IPS. De setter veldig pris på å ha det tilbudet, men det er ikke alle som vet sin rolle i det. Behandlerne ser på det som noe som kommer inn i utskrivingsfasen, nærmest at man skriver ut til IPS. Men IPS skal jo helst komme i innskriving, tidlig i et behandlingsløp.»

Problemet som ble påpekt her, var at arbeidsfokuset fortsatt kom for sent inn i behandlingsløpet, og dette ble satt i forbindelse med vante arbeids – og tenkemåter i et DPS, der man var mest opptatt av å sende stafettpinnen videre:

«Det er jo en helt annen måte å jobbe på som behandlere i et DPS. De er vant til å få henvisning fra fastlegen, og så skal de utrede, vurdere og gi korttidsterapi. Det er det som er hovedoppdraget til en behandler. Og at de tenker jobb som del av behandling, det sitter langt inne, det. Men det er den tanken som er i ferd med å snus.»

Jobbspesialistteamets lederrolle

Jobbspesialistteamet skal ledes av en teamleder, som har ansvar for å styrke jobbspesialistenes kompetanse gjennom resultatbasert oppfølging.

Flere av sentrene hadde en og samme prosjekt- og teamleder. Prosjektlederoppgavene er gjerne knyttet til å lede selve forsøksprosjektet. På intervjutidspunktet hadde 3 av 6 sentre egen teamlederstilling (se appendiks pkt. 9.7).

Én erfaring var at teamlederrollen i starten hadde blitt litt undervurdert. Det ble betonet at metoden var vanskelig å få tak på i starten, og mye var avhengig av fortolkning. Betydningen av stillingen var blitt klarere underveis. Flere av teamene mente teamlederrollen hadde blitt noe stemoderlig behandlet, og noen foreslo at det burde vært bedre oppfølging av denne funksjonen, for eksempel i form av egne samlinger.

I følge en annen teamleder ble arbeidet i stillingen rettet mot å sørge for at metoden ble fulgt, at man jobbet målrettet med jobbsøkerne og sikret progresjon i den arbeidsrettede innsatsen.

Teamene med egen teamleder så utvikling av denne rollen som en nøkkel til suksess. Det ble vist til kravene i modellen, og at jobbspesialisten skal få opplæring og feltveiledning. Flere sentre hadde økt denne innsatsen over tid.

Fordelen med egen teamledelse ble også knyttet til spørsmålet om videreføring av prosjektet:

«Prosjektledelsen er en litt sånn midlertidig ting knyttet til å være pilot, mens jobbspesialistteamet er noe man bygger opp, og de skal også ha sin egen ledelse og man kan koordinere dette metodiske arbeidet.»

Prosjektleder i et av sentrene som hadde gått over fra felles til delt ledelse mente at teamlederfunksjonen led av at lederstillingene ble kombinert. Dette var uheldig for teamets funksjon, og stillingene ble splittet opp for å styrke teamet mer. Flere team påpekte betydningen av at teamleder kombinerte lederoppgaver med daglig oppfølging av deltakere.

«Hvis ikke blir man fort bare en administrator og organisator, men har ikke bakkekontakten som kreves i de utfordringene som er i denne stillingen.»

Ingen eksklusjonskriterier

En sentralt prinsipp i IPS-modellen er at det ikke skal være noen eksklusjonskriterier. Alle som er interessert i arbeid, kan motta tjenesten, uavhengig av om personen er definert som ”jobbklar” eller ikke.

Noen erfaringer og synspunkt fra sentrene og partnerintervjuene kan påpeke hva som er utfordringene med å opprettholde denne innretningen på tilbudet. Dette kan ha relevans for måten IPS-arbeidet videreføres og implementeres i en videre kontekst.

Jobbspesialistene virker også i intervjuene å ha en høy bevissthet om at deltakere ikke skal screenes eller ekskluderes på bakgrunn av diagnostiske kriterier eller andre forhold ved personen. Sentrene har arbeidet med å opprettholde en slik tilnærming i utviklingen av samarbeidet med behandlingsteam og i møtet med NAV-tjenestene. Intervjuene tyder på at man over tid har lyktes med å ivareta dette kriteriet for inkludering i tilbudet. Noen understreker at denne bevisstheten også har vært økende i behandlingsteamene:

«Behandlerne ved (...) lærer og overfører til andre livsområder, de har blitt mindre redde for å la folk prøve seg. De har vært veldig opptatt av å være forsiktig: Kjæreste er litt farlig, jobb er litt farlig, det kan gå galt, flytte er litt farlig. Nå blir det mer sånn å se på hva folk vil, og går det galt så er vi jo der. Man begynner å se at det å skjerme folk er å ta fra dem noe. De opplever at det smitter til andre deler av det de driver med.»

I forbindelse med prosessevalueringen har samarbeidspartnere fra NAV og behandlingsteam blitt intervjuet. Enkelte av disse har i sin evaluering av tilbudet uttrykt at det er utfordringer ved å opprettholde prinsippet om å inkludere alle:

«For noen er det viktig å komme fort i jobb, for andre må man bruke mer tid. Der er jeg nok litt delt i synet på at arbeid er det eneste saliggjørende. Noen trenger en time-out i behandling først. Når hele det indre er i opprør så er kanskje jobb langt nede på listen for noen (...). Man må legge til litt menneskelig forstand.»

«De må komme inn når de har stabilisert seg. De er så rusa, de står med knekk i beina. Det er jeg imot.» (Partnerinformant, behandlingsteam)

Denne siste informanten var opptatt av at andre tiltak med langsommere progresjon vil passe bedre for enkelte, som mennesker med schizofrenidiagnoser og personlighets-forstyrrelser. I tillegg mente vedkommende at for mye press kunne virke negativt på mennesker som er utbrent. Imidlertid burde individuelle faktorer avgjøre. Det ble også lagt vekt på at behandleren sammen med pasienten måtte bestemme farten.

Også andre behandlere hadde liknende synspunkt:

«De mestrer dem som ikke er så veldig tunge, dem som har vært i behandling en stund, de som er rusfrie eller stabilisert rusmessig.» (Partnerinformant, behandlingsteam)

Det at alle skulle inkluderes kunne være etisk utfordrende, fordi det kan gi brukerne nye nederlag. Særlig kunne dette være vanskelig for personer med rusproblemer. Samtidig mente vedkommende at arbeid kunne bidra til tilfriskning for de aller fleste.

En av de virkelig positive behandlerrepresentantene så også noen begrensinger mht. inklusjon:

«Det er noen unntak, de med voldshistorikk eller seksuell trakassering. Det er ikke mange, men det er noen. Vi må tenke oss om mht. disse, de skal fungere på en arbeidsplass.»
(Partnerinformant, behandlingsteam)

Både brukerintervju og senterintervju forteller at jobbspesialistene la stor vekt på at veien til egnet arbeid kan ha mange steg. I brukerdelen av rapporten så vi at flere brukere gjorde rede for nettopp mulighetene for å kunne prøve seg fram som en kvalitet ved tiltaket. Jobbspesialistene la også vekt på dette prinsippet som en sentral del av metodikken, og beskrev hvordan man har arbeidet for å ivareta dette.

6.2.4 Oppsummering: Suksesskriterier og barrierer for sentrenes arbeid

Suksesskriterier

a. Jobbspesialistteamene

- Svært nyttig med læring og erfaringsutveksling på tvers av sentrene
- Nødvendig med forankring i ledelsen i NAV og helse
- Jobbspesialister med god kjennskap til NAV og helse
- Integrasjon styrkes gjennom etablering av samarbeidsarenaer og utvikling av felles forståelsesmåter
- Deltakelse i behandlingsmøter gir tidlig kontakt med flere deltakere

a. Partnerne

- Høy grad av entusiasme, endringsvilje, nytenkning og samarbeidsvilje blant samarbeidspartnerne
- Nødvendig med forankring hos faglig ansvarlige
- Intern informasjon om IPS behandlingsteamene er nødvendig
- Modellens styrke er ubyråkratisk organisering, tilgjengelighet og kort vei til alle instanser
- Jobbspesialistenes personlige egnethet er en viktig faktor
- Arbeidsfokus fyller et behov i behandlingen
- Jobbspesialister utvider det tverrfaglige teamarbeidet på en positiv måte
- Kontinuerlig oppfølging av deltakerne er viktig

Barrierer

a. Jobbspesialistteamene

- Formell organisering kan være en utfordring for integrering
- Metoden er dårlig tilpasset enkelte klinikkers faglige sammensetning og organisering
- Forsøket med IPS var dårlig forberedt
- Det har vært krevende å utvikle rutiner og systemer
- Opplæringen av jobbspesialister har vært fragmentert
- Ustabilitet i ledelse og utskifting av personell ved enkelte sentre
- Konkurransen om arbeidsplasser og arbeidsmarkedsarbeid med andre NAV- tilbud

- Fare for utvanning av metodikk
- Krav om langvarig oppfølging kolliderer med tidsavgrenset behandlingstilbud
- Varierende møtedeltakelse fra helsesiden hindrer integrasjon
- Svak forankring i NAV-ledelsen i noen fylker
- Videreføring av tilbudet vil være personavhengig
- Nasjonale føringer nødvendige for å sikre videreføring

b. Partnerne

- Samarbeid mellom tre etater er krevende
- Rigiditet og konservatisme i organiseringen av tjenestene kan bremse
- Formelle barrierer som datasystemer
- Grenser for inklusjon – spørsmålsteget ved målgruppen
- Ressursbruk på møter – utfordring med prioritering av IPS framfor andre pasienter
- Lav kompetanse om psykiske lidelser hos jobbspesialistene
- Produksjonskrav i klinikken går på tvers av krav om langvarig oppfølging
- Privilegert tiltak – kan skape misunnelse internt i tjenestene
- Målingene gir en rigid modell, ikke alle målene oppleves relevante
- Finansiering av videreføring er en utfordring

6.2.5 Arbeidsmarkedsanalyse

Som en del av prosessevalueringen, gjennomførte vi også en enkel arbeidsmarkedsanalyse for å undersøke arbeidsledigheten i fylkene hvor de seks sentrene var lokalisert. Vi var særlig interessert i å undersøke en eventuell endring i arbeidsledighet i løpet av prosjektperioden, da dette kunne tenkes å påvirke mulighetene for jobb. Tabellen under viser arbeidsledigheten i 2015, samt endringen fra 2014. Tallene er hentet ut for aldersgruppen 20-39, som representerer hovedtyngden av populasjonen for studien. Tallene per bransje finnes bare for alle aldersgrupper, og er hentet ut basert på de mest aktuelle yrkeskategoriene for målgruppen.

Tabell 26. Arbeidsledighet i de seks fylkene som var med i studien.

	Hordaland	Vestfold	Hedmark	Oppland	Akershus	Oslo
Ledighet 20-39 år 2015	3,9	4,4	3,7	3,3	3,7	3,8
Endring fra 2014	20,2	-8,4	-17,5	-3,8	-2,8	-3,0
Helse, pleie og omsorg	2,8	-11,0	-13,3	-21,3	1,8	-9,3
Barne- og ungdomsarbeid	-6,3	-7,3	-16,5	-9,3	-4,5	-8,0
Kontorarbeid	26,3	-7,0	-14,3	2,3	5,5	6,0
Butikk og salgsarbeid	3,0	-11,5	-16,5	4,0	1,8	-1,8
Jordbruk, skog og fiske	-2,0	-1,5	-2,5	-16,0	5,5	-9,3
Bygg og anlegg	23,5	-8,5	-20,3	7,7	0,3	4,0
Industriarbeid	63,8	3,5	-3,3	-10,0	6,3	-4,3
Reiseliv og transport	6,5	-2,8	-15,8	-11,3	-4,5	-5,3
Serviceyrker og annet arbeid	10,8	-1,0	-12,0	-9,3	-4,0	-6,3

Resultatene viste altså at arbeidsledigheten for vår aldersgruppe var relativt stabil på tvers av fylker i 2015, med lavest ledighet i Oppland og høyest i Vestfold. Endringstall fra 2014-2015 viste videre at Hordaland hadde størst oppgang i arbeidsledigheten for vår aldersgruppe (det var også det eneste fylket med oppgang), mens Hedmark og Oppland viste kraftigst nedgang. Selv om tallene gir et begrenset bilde av de lokale arbeidsmarkedene de ulike stedene, kan det likevel være nyttig å se disse tallene i sammenheng med forskjellene i effekt av IPS mellom de ulike sentrene.

6.3 Prosessevaluering del 3: Arbeidsgiverstudie

For å undersøke forhold i studiens kontekst, ble det gjort en mindre spørreskjemaundersøkelse blant arbeidsgivere. Studien hadde til hensikt å undersøke holdninger blant arbeidsgivere til å inkludere personer med helseutfordringer eller sosiale utfordringer, på sin arbeidsplass. I OECD-rapporten "Mental health and work: Norway" pekes det på at arbeidsledigheten blant mentalt syke i Norge er ni ganger så høy som hos den øvrige befolkningen (OECD, 2013). Forfatterne forklarer dette med blant annet manglende integrering av tjenester, og mulige eksklusjonsmekanismer i arbeidsmarkedet. Arbeidsgiverundersøkelsen har til hensikt å undersøke holdningene i det ordinære arbeidsmarkedet til arbeidssøkere som IPS-deltakere.

6.3.1 Metode

Et spørreskjema ble delt ut til arbeidsgivere som jobbspesialistene kom i kontakt med (n=39) og til ledere, mellomledere og ansatte med formelle roller som deltok på IA-kurs på Arbeidslivssenteret i Hordaland (n=62). Mellom 87 og 91 respondenter svarte på hver vignett. På IA-kursene ble ikke skjemaet delt ut på kurs som handlet om mental sykdom og inkludering. Spørreskjemaet består av 11 korte vignetter som beskriver ulike arbeidstakere. Seks arbeidssøkere har ulike helseplager: Somatoforme lidelser, uspesifikke ryggplager, spesifikke ryggplager, schizofrene symptomer, affektive lidelser, og atferdsforstyrrelse. Vignetten består av 5-6 linjer hvor arbeidssøkere blir beskrevet uten at diagnosen nevnes. I tillegg beskrives fem arbeidstakere uten helseplager, men som man antar kan risikere å bli diskriminert i en rekrutteringsprosess: Minoritetsbakgrunn, tidligere rusavhengighet, usunn livsstil, eldre arbeidstaker, og en alenemor. Alle vignetter informerer om at arbeidssøkeren har de nødvendige kvalifikasjonene for jobben. Etter å ha lest en vignett, ble respondentene bedt om å angi hvor godt vedkommende ville passe inn i deres arbeidsgruppe. Videre ble de bedt om å oppgi den viktigste årsaken til hvorfor de eventuelt ikke passet inn, og hvorvidt de hadde erfaring med å arbeide med en lignende person tidligere. Vi antok at tidligere erfaring ville henge sammen med en positiv skåring av arbeidssøkeren. Respondentene ble også bedt om å oppgi bakgrunnsopplysninger som kjønn og alder, yrke, størrelse på bedrift og ansettelsesansvar.

6.3.2 Resultater

Tabell 27 gir en oversikt over hvordan respondentene (n=87-91) skåret de ulike fiktive arbeidssøkerne. De første kolonnene angir hvorvidt man mente arbeidssøkeren ville passe inn. Den siste kolonnen angir hvor

mange av respondentene som oppgav at de hadde hatt erfaring med en lignende person i virkeligheten. Erfaring med personen ser ikke ut til å være gjennomgående utslagsgivende for positive eller negative vurderinger. Dette gav kun utslag på arbeidssøkeren med spesifikke ryggplager ($p=0.03$), alenemoren ($p=0.001$), og arbeidssøkeren med usunn livsstil ($p=0.02$).

Tabell 27. Oversikt over hvor godt respondentene mente den enkelte arbeidssøker ville passe inn på deres arbeidsplass, og hvorvidt de hadde tidligere erfaring med en tilsvarende person.

Vignett (n=87-91)	Passer dårlig/svært dårlig inn	Passer verken dårlig eller godt	Passer godt/svært godt inn	Tidligere erfaring med en lignende person
Schizofrene symptomer	67 %	18 %	15 %	12 %
Atferdsvansker	63 %	18 %	19 %	51 %
Somatoforme lidelser	63 %	25 %	12 %	54 %
Affektive lidelser	61 %	23 %	16 %	58 %
Kroniske ryggplager	45 %	24 %	31 %	87 %
Usunn livsstil	28 %	31 %	41 %	49 %
Tidligere rus	28 %	28 %	44 %	27 %
Spesifikke ryggplager	22 %	20 %	58 %	43 %
Etnisk minoritet	16 %	28 %	56 %	55 %
Alenemor	11 %	25 %	64 %	80 %
Eldre person	7 %	11 %	82 %	69 %

De viktigste årsakene til at arbeidssøkerne ikke passet inn var usikkerhet om arbeidsevne, usikkerhet om arbeidskapasitet, og risiko for økt arbeidsbelastning for kollegaer.

6.3.3 Oppsummering

Vi ser et klart skille mellom arbeidssøkere med mentale og uspesifikke lidelser på den ene siden, og spesifikke plager og friske arbeidssøkere på den andre siden. 61 %-67 % mente at den førstnevnte gruppen ville passe dårlig eller svært dårlig inn på deres arbeidsplass, mens 7 %-45 % mente at sistnevnte gruppe ville passe dårlig eller svært dårlig inn. Det var ingen gjennomgående sammenheng mellom det å ha tidligere erfaring med en lignende person, og skåringen av hvorvidt vedkommende ville passe inn på deres arbeidsplass. Unntakene var arbeidssøkere som respondentene i utgangspunktet var positive til å ha på sin arbeidsplass, og som man ikke uten videre kan anta blir diskriminert i rekrutteringsprosessen. Når det gjelder de mest frekvente barrierene for inklusjon er dette i samsvar med en AFI-rapport på arbeidsgiveres risikovurderinger ved ansettelser av personer med nedsatt funksjonsevne (Falkum, 2012). I rapporten beskrives arbeidsgiveres usikkerhet rundt arbeidssøkerens evne og mulighet til å utføre arbeidet, samt frykt for å svekke arbeidsmiljøet ved blant annet økt belastning for kollegaer.

Funnene i vår arbeidsgiverundersøkelse er interessante nettopp fordi det går et tydelig skille i holdninger til inklusjon mellom arbeidssøkerne som tilsvare målgruppen for IPS, og de øvrige arbeidssøkerne i spørreskjemaet. Dette kan skyldes manglende kunnskap om psykisk sykdom og arbeidsdeltakelse, varierende erfaringer med støtten fra NAV, eller en tanke om at arbeidslivet ikke er ansvarlige for å sysselsette psykisk syke (Falkum, 2012; Falkum & Solberg, 2015; helse, 2004).

Utvalget er i midlertid lite, og det begrenser generaliserbarheten noe. Sett i sammenheng med de øvrige nevnte kildene, er det i midlertid grunn til å anta at funnene gir en indikator på holdninger i det norske arbeidslivet.

7. Oppsummering og diskusjon

7.1 Oppsummering

Det overordnede målet med forskningsprosjektet var å undersøke om IPS førte til at målgruppen for tiltaket oppnådde høyere sysselsettingsgrad enn uten dette tiltaket. Resultatene fra effektevalueringen viste en tydelig effekt i favør av IPS. Ved 18-måneders oppfølging var 37 % av deltakerne som fikk IPS i jobb mot 27 % i kontrollgruppen. En regresjonsanalyse med kontroll for observerbare bakgrunnskjenntegn, og der oppfølgingsperioden var fra 18 til 31 måneder, viste også en tydelig økning i sysselsetting som følge av IPS, og betydelig færre av IPS-gruppen mottok NAV-tiltak. Videre var det en (svak) tendens til at andelen som kombinerte jobb og AAP økte mer i IPS-gruppen enn i kontrollgruppen. Selv om vi ikke kunne konkludere med en netto positiv økonomisk gevinst i kost-nytte-analysen, har tiltaket potensiale til å gå i pluss dersom effektene vedvarer. IPS førte også til signifikant mindre depressive symptomer, bedre funksjon, og bedre selvrapportert helse og livskvalitet sammenlignet med resultatene for kontrollgruppen. Når det gjaldt oppstart av utdanning i prosjektperioden, var det imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Resultatene fra prosessevalueringen indikerte at deltakerne som fikk IPS var svært fornøyd med oppfølgingen og samarbeidet med jobbspesialisten, og

opplevde deltakelsen som nyttig. På tross av varierende kvalitet på kvalitetsmålingene, indikerer målingene en generell trend mot at de ulike sentrene jobbet mer og mer i tråd med IPS-metodikken. Prosessevalueringen viste likevel at det har vært en krevende prosess å implementere IPS i de ulike fylkene. Noen av de mest utfordrende elementene var enkelte av elementene i jobbspesialistrollen, som for eksempel at jobbspesialisten skal bruke mesteparten av tiden sin ute blant arbeidsgivere og i lokalsamfunnet, samt å holde fokus på å skaffe jobber i det ordinære arbeidslivet og å få til en reell integrering med behandling i helsevesenet. Til slutt viste en undersøkelse utført blant ledere og ansatte at fiktive jobbsøkere med psykiske eller uspesifikke helseplager var mindre ønsket som del av kollegiet enn jobbsøkere hvor utfordringene ikke var knyttet til helse.

7.2 Konteksten for studien

Resultatene må tolkes i lys av studiens kontekst. Det norske velferdssystemet er mer omfattende og basert på høyere økonomiske ytelser enn de fleste andre land, og innebærer 100 % kompensasjon fra første dag, samt arbeids- og helsetiltak som for den enkelte bruker er tilnærmet kostnadsfrie. Det norske arbeidsmarkedet er også blant annet preget av sterkt stillingsvern som kan prege hvor villige arbeidsgivere er til å ansette mennesker med utfordringer. Det ble blant annet bekreftet i vår arbeidsgiverundersøkelse hvor vi så et tydelig skille i holdninger til inklusjon av arbeidssøkere som tilsvarende målgruppen for IPS, og de øvrige arbeidssøkerne som ble beskrevet i spørreskjemaet. Norge står videre i en særstilling sammenliknet med andre europeiske og ikke-europeiske land. OECD-rapporten *Mental Health and Work: Norway*, slår fast at Norge har høyest sykefravær og størst kostnader knyttet til uteblivelse fra arbeidslivet blant alle OECD-landene (OECD, 2013). I rapporten hevdes det videre at systemets utforming bidrar til ekskludering av psykisk syke, og nærmest fungerer som en «velferdsfelle». Slike forhold kan påvirke hvilken gjennomslagskraft ulike typer tiltak for å fremme arbeidsmarkedsdeltakelse kan oppnå. Få norske studier av rehabiliterings- og helsetiltak innrettet mot å bringe sykmeldte (tilbake) i arbeid har klart å påvise vesentlige sysselsettingseffekter. Effekten som påvises i dette prosjektet er dermed av stor betydning, ikke minst fordi det fokuserer på en gruppe som tradisjonelt har hatt vansker med å få godt fotfeste i arbeidslivet. Arbeid kan være av stor betydning for psykisk og fysisk helse og livskvalitet (McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005; Murphy & Athanasou, 1999; Paul & Moser, 2009; van der Noordt, H, Droomers, & Proper, 2014; Waddell & Burton, 2006), og evidensbaserte tiltak som kan dokumentere en effekt på arbeidsdeltakelse for denne gruppen bør videreføres og prioriteres.

7.3 Målgruppe og undergrupper

7.3.1 Karakteristikk ved deltakerne

Deltakerne i studien var alle under behandling i psykisk helsevern for en moderat eller alvorlig psykisk lidelse. Kjønnsfordelingen mellom deltakerne var jevn, majoriteten var etnisk norske, de hadde en gjennomsnittsalder på 35 år og et lavere utdanningsnivå enn i den generelle befolkning. De psykiske plagene hadde vart lenge, i snitt 11 år, og en femtedel rapporterte om psykosesyntomer ved

inklusionstidspunktet. Den vanligste psykiatriske diagnosen var depresjon (57 %), angstlidelser (55 %) og psykoselidelser (27 %), mens 22 % i tillegg hadde en pågående alkohol- eller stoffavhengighet. Av tidligere sosiale og psykiske belastninger, var det særlig høye tall for å ha blitt utsatt for vold. Hele 50 % av deltakerne rapporterte at de hadde vært ofre for vold, hvorav å ha blitt slått var den hyppigst forekommende formen, etterfulgt av alvorlige trusler og seksuelle overgrep. Nærmere 40 % rapporterte at deres generelle helse var god eller veldig god, over 80 % rapporterte at arbeid ville være bra for helsen deres, og 45 % hadde en forventning om å komme i jobb i løpet av relativt kort tid.

7.3.2 Effekter på undergruppene moderate vs alvorlige psykiske lidelser

Ett av de sekundære målene med studien var å sammenlikne effekten av IPS for deltakere med alvorlige psykiske lidelser (i.e. psykoselidelser og bipolar lidelse) versus dem som var i behandling for moderate psykiske lidelser. Den psykiatriske screeningen viste at 45 % av deltakerne i studien falt inn under den opprinnelige målgruppen for IPS, mens resten oppfylte kriteriene for moderate psykiske lidelser (hovedsakelig affektive lidelser). Ett av målene med studien var å sammenlikne effekten av IPS for disse to gruppene for å se om IPS også kan være en effektiv tilnærming for personer med moderate psykiske lidelser. Estimaten gikk i positiv retning for begge sub-gruppene, men var ikke statistisk signifikante hver for seg og heller ikke forskjellige. Den manglende forskjellen er spesielt interessant ettersom gruppen med alvorlige psykiske lidelser hadde høyere forekomst av rusproblematikk og pågående rusproblematikk. Moderate psykiske lidelser refererer her til affektive lidelser (depresjon og angstlidelser), spiseforstyrrelser og rus- og avhengighetsproblematikk. Begge funnene er relevante og understøtter IPS-prinsippet om at deltakere ikke skal ekskluderes på bakgrunn av diagnose, symptomer eller rusproblemer.

7.3.3 Effekter i ulike sentre

Av de seks sentrene som deltok i studien, var det særlig tre som utmerket seg med bedre effekt av IPS sammenliknet med de andre. Vi har i effektanalysen tatt hensyn til den generelle utviklingen i arbeidsmarkedet (ved årsummier) og at utgangspunktet var ulikt i ulike fylker (ved å inkludere dummyvariabler for senter). Det lokale arbeidsmarkedet kan også utvikle seg annerledes i en del av landet i forhold til gjennomsnittet, noe som er pekt på i andre studier (Burns, White, Catty, & group, 2008). Om vi ser på utviklingen i 2015 (14-26 måneder inn i oppfølgingsperioden), er det ingen indikasjoner på en slik assosiasjon. Hordaland, som var et av sentrene med best resultater, hadde for eksempel en økning i arbeidsledighet for aldersgruppen 20-39 år i dette året. Tilsvarende så vi svakere resultater ved sentre der det var en nedgang i arbeidsledigheten. I Vestfold, hvor IPS førte til aller høyest arbeidsdeltakelse, var det riktignok en nedgang i arbeidsledighet i aktuelle periode, men det var altså ingen systematikk i arbeidsmarkedsanalysen som bidro til å forklare forskjellene mellom sentrene. Dette kan ha sammenheng med at IPS ikke påvirker markedet på samme måte som andre arbeidsrettede tiltak. Jobbspesialistene jobber systematisk med å etablere gode relasjoner med arbeidsgivere og med «innsalg» av deltakere, ofte utenom eksisterende og utlyste stillinger. Dette forutsetter imidlertid at IPS-metodikken følges. Totalskårene fra kvalitetsmålingene ga ikke et entydig bilde av hvorfor noen sentre gjorde det bedre enn

andre, men ved å se nærmere på enkelte av underkategoriene i kvalitetsmålingene fremgikk det noen viktige forskjeller mellom de tre sentrene med sterkest resultater versus de tre sentrene med svakest resultater. Både når det gjaldt *jobbspesialistens oppgaver* og når det gjaldt prinsippet om *integrering mellom jobbstøtte og behandling i psykiske helsevern*, skåret de tre beste sentrene et helt poeng høyere på kvalitetsskalaen sammenliknet med de tre svakeste sentrene. Det var likevel i underkategorien som måler *jobbutvikling* (kvalitet i kontakt med arbeidsgivere) at de beste sentrene virkelig skåret høyere enn de svakeste (2,7 poeng høyere i snitt på en skala fra 1-5). Prinsippet om jobbutvikling er muligens ett av de prinsippene ved IPS som skiller seg aller mest fra tradisjonelle tilnærminger, nemlig det at man oppsøker arbeidsgivere direkte som man etablerer en relasjon til for å formidle kandidater. Dermed er det kanskje ikke så overraskende at de sentrene som skåret høyt på dette prinsippet også fikk flere deltakere i jobb.

7.4 Effekt av IPS på helse og livskvalitet

Resultatene viste at IPS også hadde en effekt på deltakernes helse og livskvalitet sammenliknet med kontrollgruppen. IPS-deltakerne rapporterte om bedre livskvalitet, bedre generell helsetilstand, mindre depresjonssymptomer og bedre funksjon enn deltakerne i kontrollgruppen. Dette viser først og fremst at personer med moderate og alvorlige psykiske lidelser ikke blir dårligere psykisk av å motta jobbstøtte med tydelig orientering mot det ordinære arbeidsmarkedet. Endringen i selvrapportert helse og funksjon økte med omtrent 10 poeng mer (på en skal fra 0-100) i IPS-gruppen sammenliknet med kontrollgruppen. Videre viste resultatene at deltakerne i IPS-gruppen hadde en større tro på at arbeid ville være gunstig for helsetilstanden deres sammenliknet med deltakerne i kontrollgruppen. Forskjellen mellom gruppene var signifikant forskjellig ved både 6 og 12 måneder, og mens den hos IPS-gruppen var relativt stabil, var troen på at arbeid ville være bra for helsen *synkende* i kontrollgruppen.

7.5 Kost-nytte-analysen

Kost-nytte-analysen ble gjennomført etter anbefalt modell fra Finansdepartementet og kan karakteriseres som relativt nøktern og konservativ. Analysen viste at tiltaket ikke var samfunnsøkonomisk lønnsomt per tidspunkt for denne evalueringen. Men, trender i resultat tyder på at tiltaket har potensiale til å gi samfunnsøkonomisk gevinst dersom effekten vedvarer utover gitte tidsperiode og en mer vedvarende effekt inngår i regnestykket. I tillegg til den konservative analysen hvor vi kun brukte observerbare data innenfor tidsvinduet på to år, valgte vi derfor å presentere ulike framtidsscenarioer for å vise hvordan regnestykket ville sett ut dersom den samme effekten hadde holdt seg i 3, 4 og 5 år. Det gjorde vi ved å synliggjøre hvor følsom den samfunnsøkonomiske lønnsomheten i tiltaket var ved å variere forutsetningen om hvor lenge sysselsettingseffekten ville vare, mens alle andre faktorer ble holdt konstant. Etter allerede 4 år var den kritiske verdien for bruttolønn allerede halvert. Det vil si at dersom de som fikk jobb gjennom IPS hadde tjent i snitt 183 906 NOK i året, ville den samfunnsøkonomiske analysen ha gått i pluss.

Når det gjaldt bruk av spesialisthelsetjenester, viste registerdata fra Norsk pasientregister ingen signifikante forskjeller mellom gruppene, og de er dermed ikke tatt med i kost-nytte-analysen. I lys av

øvrige IPS-studier som har vist relativt store effekter i bruken av spesialisthelsetjenester, var dette et noe overraskende funn. Det kan imidlertid skyldes at en effekt i bruk av spesialisthelsetjenester vil fremkomme på et senere tidspunkt som vi foreløpig ikke har data til å fange opp. Det kan imidlertid også skyldes systemforskjeller mellom ulike land i for eksempel retten til psykisk helsehjelp og registrering av denne. En annen mangel ved vår analyse var at vi ikke målte bruk av primærhelsetjenester som også kan bli påvirket av en økt sysselsetting i IPS-gruppen.

7.6 Innsikter fra prosessevalueringen

Prosessevalueringen gir en unik innsikt i forbedringspotensialet knyttet til implementeringen av tiltaket. Kunnskap knyttet til fremmende og hemmende faktorer vil være nyttig i det videre arbeidet med IPS i norsk kontekst. Deltakerne selv rapporterte om jobbspesialistens rolle som spesielt viktig, og i intervjuene ble jobbspesialistens tilgjengelighet og tilpasning til deltakernes individuelle behov og ønsker spesielt vektlagt. Samtidig fortalte noen informanter om usikkerhet i rolle- og ansvarsfordelingen – altså hva som var deres egen oppgave og hva som var jobbspesialisten sin oppgave. Dette peker på at jobbspesialistens rolle og funksjon er ny også for deltakerne, og det har nok hatt noe å si for hvorvidt forventningene til tiltaket ble møtt. Dette kom også frem gjennom deltakernes egne forslag til forbedring (s.66), som blant annet handlet om forventningsavklaring, rolleavklaring og ansvarsfordeling.

Vi vil også trekke frem viktigheten av kvalitetsmålingene underveis i implementeringen, som kan bidra til sikring av kvaliteten på tiltaket og at metodikken i den evidensbaserte modellen følges opp. Høye skårer på kvalitetsskalaen henger også sammen med bedre effekt på arbeidsdeltakelse (Bond, Peterson, Becker, & Drake, 2012).

Studien er gjennomført mer eller mindre parallelt med innføringen av IPS-metodikken i en norsk kontekst. Dette kan antas å påvirke kvaliteten på tjenestene som tilbys, da enkelte IPS-elementer forutsetter nye samarbeidskonstellasjoner for å fungere etter hensikten. For det første fordrer en vellykket IPS-implementering et tett samarbeid mellom NAV og helsetjenesten, noe som flere informanter har påpekt har tatt tid og krevd en løsningsorientert tilnærming fra alle parter. For det andre er jobbspesialistens rolle ny i norsk sammenheng. En viktig funksjon for jobbspesialisten er å være en integrert del av behandlingsteamet, men vedkommende innehar som regel ikke klinisk kompetanse, og må definere sin rolle i teamet på andre premisser enn øvrige teammedlemmer. I den andre enden av jobbrollen skal jobbspesialisten arbeide aktivt ut mot arbeidsgivere; skape en god samarbeidsrelasjon, arbeide med holdninger, matche arbeidssøker med behov hos arbeidsgiver, og bidra til å utvikle jobber som kanskje enda ikke eksisterer. Inn mot deltakerne skal jobbspesialisten tilby individualisert og tidsubegrenset oppfølging. Integreringen av disse rollene er sentral for kvaliteten på IPS-tjenestene som leveres, men jobbspesialist-rollen og dens funksjoner er ny både for jobbspesialisten selv, behandlere, arbeidsgivere og deltakere. Det er rimelig å anta at det tar tid før denne rollen har satt seg og fungerer optimalt. Sentrene har forsøkt å løse denne rolleutformingen med ulike tilnærminger: Jobbspesialistenes bakgrunn spenner fra håndverk, kommunikasjonsfag, salg og næringsrelatert virksomhet til NAV og helsefag. Basert på de ovennevnte momentene kan man argumentere for at studien kunne vært gjort på et

senere tidspunkt, når implementeringen var nådd et visst nivå av kvalitet. Samtidig skal både metode-utprøvingen og forskningen utføres innen visse økonomiske rammer, noe som har vært bestemmende for løsningen som ble valgt.

7.6.1 Organiseringen av sentrene

IPS-metoden forutsetter integrering av behandlingsapparatet i oppfølgingen mot ordinært arbeid. Et suksesskriterium er et forpliktende samarbeid mellom kommune/spesialisthelsetjenesten og NAV. IPS internasjonalt er basert på at tjenestene tilbys fra behandlingsteam i helsevesenet. Norske myndigheter har tatt utgangspunkt i at modellen må tilpasses norske forhold, og i størst mulig grad baseres på å videreutvikle eksisterende tilbud til også å omfatte IPS.

IPS-forsøket omfattet 4 ulike modeller for organisering av jobbspesialistteamene.

Modellene kombinerer to parametre: Jobbspesialistenes ansettelsesforhold og lokalisering av jobbspesialistene.

1. Jobbspesialist ansatt i NAV lokalisert i behandlingsteam i kommunen og i spesialist-helsetjenesten
2. Jobbspesialist ansatt i NAV lokalisert i behandlingsteam i kommunen.
3. Jobbspesialist ansatt i behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten.
4. Jobbspesialist ansatt i NAV lokalisert i behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten

Som det framgår av vedlagte oversikter har flertallet av sentrene hatt jobbspesialister med ansettelse i NAV. I modell 1 er de NAV- ansatte jobbspesialistene lokalisert i behandlingsteam både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. I modell 2 er jobbspesialistene kun knyttet opp mot kommunale behandlingsteam, mens modell 3 og 4 kun omfatter spesialisthelsetjenesten.

Det er vanskelig å finne entydig sammenheng mellom valg av tilknytning/ lokalisering og resultater. Det er få eksempler på hver modell, med til dels store variasjoner når det gjelder antallet samarbeidspartnere, involverte klinikker og kommuner innenfor modellene. Flere sentre utvidet både tallet på involverte behandlingsklinikker og- team, og antallet jobbspesialiststillinger underveis i prosjektperioden. Vi ser også at sentre som har valgt lik modell for organisering kan ha nokså sprikende resultater. Vi kan derfor bare antyde noen forhold som kan modifisere betydningen av ansettelsesmodell og lokalisering av jobbspesialistene. Tilfeldige forhold, som ustabilitet i prosjektledelse og jobbspesialistteam kan ha slått inn i noen sentre. Videre har prosessanalysen påpekt at det er variasjoner i hvordan selve relasjonen til behandlingsteam og NAV er organisert. Dette ser ut til å variere uavhengig av modell for ansettelse. Koordineringsutfordringer kan tenkes å variere med ansettelsesmodell. Dette er også knyttet til journalføring og tilgang til elektroniske journaler. Slike utfordringer har funnet ulike lokale løsninger, blant annet er tilgang til journalsystemer avhengig av om jobbspesialister er ansatte i NAV eller i behandlingsteamene. Noen sentre knyttet en NAV-los eller koordinator til teamene. I Bergen, der mange av jobbspesialistene var ansatt i spesialisthelsetjenesten, sikret dette kontakt med NAV- tjenestene.

Liknende ordning var det i Vestfold, der jobbspesialistene var ansatt i NAV. Begge sentrene skåret godt, men med utgangspunkt i ulike modeller for organisering.

7.7 Sammenlikning med internasjonale IPS-studier

Det foreligger per i dag over 20 randomiserte og kontrollerte studier av IPS for personer med alvorlige psykiske lidelser på verdensbasis. De fleste studiene er gjort i USA, men i stadig økende grad gjøres det nå effektevalueringer av IPS også i Europa og andre steder i verden. IPS-studier med høy kvalitet, som målt på kvalitetsskalaen, viser en arbeidsdeltakelse på 61 % blant IPS-deltakere sammenliknet med 23 % hos dem som får tradisjonell arbeidsrehabilitering (Bond, Drake, & Becker, 2008). Dette er primært basert på amerikanske studier som i snitt viser større effekt enn studier fra andre steder i verden (Bond, Drake, et al., 2012). I en stor europeisk studie som omfattet seks ulike land, førte IPS til en arbeidsdeltakelse hos 55 % sammenliknet med 28 % i kontrollgruppene som fikk tradisjonell arbeidsrehabilitering (Burns et al., 2008). I fire av de seks landene (England, Italia, Sveits og Bulgaria) var IPS mer effektiv enn tradisjonell arbeidsrehabilitering, mens det i de to siste landene (Tyskland og Nederland) ikke var en signifikant forskjell mellom IPS og kontrollgruppene. Mangelen på effekt i Tyskland og Nederland handlet i stor grad om det lokale arbeidsmarkedet og generøse velferdsordninger som bidro til at det i liten grad var lønnsomt å jobbe. Sistnevnte har selvsagt også overføringsverdi til norske forhold.

Så vidt oss bekjent er det kun gjennomført én effektevaluering av IPS i skandinavisk sammenheng. Den ble gjennomført i Sverige i 2013. Der ble det ikke funnet effekt av IPS ved 12-måneders oppfølgingen, men ved 18 måneder hadde IPS-deltakerne en arbeidsdeltakelse på 46 % sammenliknet med 11 % i kontrollgruppen (Bejerholm et al., 2015).

Sammenliknet med studiene over, fremstår resultatene fra den foreliggende studien som noe svakere. Det er imidlertid viktig å ta et stort forbehold når disse skal sammenliknes: Ingen av de ovennevnte studiene har brukt registerdata for å måle arbeidsdeltakelse. I stedet har de basert seg på selvrappport fra deltakerne i kombinasjon med loggbøker fra jobbspesialistene. Terskelverdien for at en deltaker registreres å være «i jobb» varierer fra 1 time til 1 dag i hele oppfølgingsperioden. Det vil si at i studien fra Sverige, for eksempel, hadde 46 % i IPS-gruppen jobbet minst en dag i ordinært arbeid i løpet av de 18 månedene de ble fulgt opp. Det er noe helt annet enn andelen av deltakere som er registrert i et arbeidsforhold slik vi har målt i denne studien. Arbeidsforhold som ikke overstiger kr 1000 per år per arbeidsgiver er ikke meldepliktige til arbeidstakerregisteret, og korte arbeidsforhold og strøjobber vil dermed ikke gi uttelling på samme måte som i de øvrige studiene av IPS ("Forskrift om AA-registeret", 2008). En viktig fordel med registerdata er imidlertid at dette er et objektivt mål på arbeidsdeltakelse som ikke er sårbart for skjevheter i rapportering slik selvrappport og loggbøker er.

En annen fordel er at man sikrer data fra alle deltakere i studien. Flere av de internasjonale studiene, inkludert den europeiske studien og den svenske studien, har et relativt høyt antall drop-out (28-30 %). Dette er deltakere som av ulike grunner har droppet ut av tiltaket, og dermed ikke vil telle med i resultatene fordi de ikke er tilgjengelige for oppfølging. Dette vil naturlig nok skape skjevheter i

estimatene fordi det ofte er de som ikke har effekt av tiltaket som dropper ut. En arbeidsdeltakelse på 37 % målt ved hjelp av registerdata slik vi så i den foreliggende studien, er dermed et høyt tall på arbeidsdeltakelse sett i sammenheng med øvrige IPS-studier når man tar dette med i betraktning.

Men for å kunne sammenlikne mer direkte med internasjonale studier, inkluderte vi også et selvrapportert mål på arbeidsdeltakelse i spørreskjemaet til deltakerne. Svakheten ved spørreskjemadata er den relativt lave svarresponsen som kan gi skjevheter i resultatene. På den annen side viste dataene at de som svarte på spørreskjema ved oppfølgingene var de som i utgangspunktet var dårligst i form av høyere symptomnivå og lavere livskvalitet og helse. Det er dermed grunn til å anta at arbeidsdeltakelsen som ble rapportert heller var en underestimert enn overestimert av den sanne verdien. Ved 12 måneders oppfølging rapporterte 46 % av IPS-gruppen at de hadde vært i ordinært arbeid i løpet av de siste 6 månedene, sammenliknet med 21 % i kontrollgruppen. Her er utfallet for behandlingsgruppen helt på nivå med den svenske studien. I tillegg er de svenske tallene basert på 18 måneders oppfølging mens våre tall er basert på 12 måneders oppfølging. Dersom vi baserer oss på den selvrapporterte arbeidsdeltakelsen, er resultatene i denne studien på linje med øvrige IPS-studier.

Det er interessant å merke seg at kontrollgruppen i vår studie har en høyere arbeidsdeltakelse enn de fleste øvrige IPS-studier. Med 27 % arbeidsdeltakelse ved 18 måneder (basert på registerdata), ligger vår studie i øvre sjikt sammenliknet med andre IPS-studier. Dette kan skyldes at kontrollgruppen fikk et kvalitativt bedre tilbud enn det som vanligvis vil være alternativet for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Det kan imidlertid også skyldes en «spill-over-effect» av IPS på den tradisjonelle arbeidsrehabiliteringen som kontrollgruppen fikk. Den norske studien foregikk i seks ulike fylker og er per dags dato en av de aller største IPS-studiene i verden. Fokuset på IPS har økt markant under implementeringen av denne studien, og det er dermed ikke usannsynlig at flere av de tradisjonelle arbeidsmarkedsbedriftene har begynt å jobbe mer i tråd med IPS og av den grunn har produsert bedre resultater. Enkelte sentre har kommentert at de så en ”smitteeffekt” både blant behandlere og NAV-veiledere etter at IPS kom i gang. De prosjektlederne som har gitt en redegjørelse for denne observasjonen beskriver både behandlere i helsetjenesten og NAV-veiledere de er i kontakt med gir uttrykk for at de har økt fokus på at arbeid er mulig for flere, og at bekymringen for at arbeid kan forverre helsetilstanden er kraftig redusert etter at IPS kom til som et tilbud. Deltakerne i kontrollgruppen blir fulgt opp av samme behandlere og NAV-veiledere som IPS-deltakerne, og det er derfor naturlig å anta at også deltakere i kontrollgruppen opplevde økt arbeidsfokus i sin oppfølging som en følge av endret praksis og fokus i helsetjenesten og NAV-oppfølgingen de stedene hvor sentrene opererer. For å undersøke dette nærmere, hadde det vært optimalt om kvalitetsevalueringene også hadde blitt gjennomført på tiltakene som kontrollgruppen fikk. Dette var det imidlertid ikke ressurser til i denne studien, men kan anbefales for fremtidige studier i denne størrelsesorden.

7.8 Begrensninger og svakheter ved studien

På tross av studiens mange styrker, har den også enkelte svakheter som i det følgende vil presenteres. Den kanskje største svakheten er gjennomføringen av kvalitetsevalueringene. Disse evalueringene er et

utmerket verktøy – godt beskrevet og validert – som gir viktig informasjon om etterlevelse av IPS-metodikken samt hvor godt implementert og forankret metodikken er. Ideelt sett bør evalueringene gjennomføres av en ekstern part som er godt kjent med verktøyet. Av ulike grunner lot ikke dette seg gjøre i den foreliggende studien, og kvaliteten på målingene er dermed noe usikker. På den annen side er det svært uvanlig at multisenterstudier av et slikt omfang er gjenstand for så omfattende evaluering av etterlevelse og kvalitet. Vi vil derfor argumentere for at målingene er et viktig verktøy å ha med i evalueringen, men at særlig de første målingene må tolkes med varsomhet. En annen svakhet ved studien er manglende responser fra spørreskjemadata ved 6 og 12 måneders oppfølgingen. Dette er ikke uvanlig i denne type studier, og frafallsprosenten var som forventet gitt målgruppen. Det byr likevel på utfordringer når resultatene skal tolkes. Vi har forsøkt å omgå denne svakheten etter beste evne ved å justere for manglende responser ved hjelp av den metoden som regnes som gullstandard for denne typen data. Vi har presentert resultatene både med og uten justering for å vise at effektene på sekundære utfallsmål er tilnærmet lik enten vi justerer eller ikke. En tredje begrensning ved studien er organiseringen av de ulike sentrene som flere steder var ulike (f.eks. om jobbspesialistene var ansatt i NAV eller ved ekstern tiltaksbedrift). Dette er ikke nødvendigvis en svakhet, men vi har likevel begrensede muligheter til å undersøke hvilke konsekvenser den ulike organiseringen har hatt. På bakgrunn av den foreliggende evalueringen kan vi dermed ikke konkludere med hva som vil være den beste organiseringen for å oppnå gode resultater. Dette forsterkes videre av at sentrene startet opp på ulike tidspunkt og at evalueringen ble gjort parallelt med oppbyggingen av IPS tjenestene de ulike stedene.

7.9 Implikasjoner

Den foreliggende effektevalueringen av IPS i Norge viser at dette er et evidensbasert tiltak som også har dokumentert effekt på arbeidsdeltakelse i norsk kontekst sammenliknet med det som vanligvis tilbys for mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser. Resultatene er basert på et sterkt evalueringsdesign og objektive utfallsmål. Resultatene fra den foreliggende studien gir dermed sterk forskningsbasert støtte til at IPS bør videreføres og prioriteres for mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser.

8. Referanser

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/planer/i-1127-b.pdf>
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., & Rinaldi, M. (2015). Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*, 69(1), 57-66. doi:10.3109/08039488.2014.929739
- Berkowitz, M. (Ed.) (1988). *Measuring the Effects of Public Programs. Costs and Benefits in Vocational Rehabilitation*. Philadelphia: Temple University Press.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). *DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) Manual*. Stockholm: Karolinska Institutet.

-
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*, 52(2), 69-77.
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2012). Making the Case for IPS Supported Employment. *Adm Policy Ment Health*. doi:10.1007/s10488-012-0444-6
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Adm Policy Ment Health*, 41(1), 69-73. doi:10.1007/s10488-012-0444-6
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, 31(4), 280-290. doi:10.2975/31.4.2008.280.290
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39.
- Bond, G. R., Peterson, A. E., Becker, D. R., & Drake, R. E. (2012). Validation of the revised individual placement and support fidelity scale (IPS-25). *Psychiatric Services*.
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R., Becker, D. R., Fraser, V. V., & Haines, M. (2007). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*, 75(6), 968-982. doi:10.1037/0022-006X.75.6.968
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., . . . Group, E. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9593), 1146-1152. doi:10.1016/S0140-6736(07)61516-5
- Burns, T., White, S. J., Catty, J., & group, E. (2008). Individual Placement and Support in Europe: the EQOLISE trial. *Int Rev Psychiatry*, 20(6), 498-502. doi:10.1080/09540260802564516
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*, 158(16), 1789-1795.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res*, 37(2), 147-153.
- Chandwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *Br J Psychiatry*, 177, 229-232.
- Davis, L. L., Leon, A. C., Toscano, R., Drebing, C. E., Ward, L. C., Parker, P. E., . . . Drake, R. E. (2012). A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*, 63(5), 464-470. doi:10.1176/appi.ps.201100340
- Direktoratet for økonomistyring (2014). *Veiledning i samfunnsøkonomiske analyser*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., & Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 627-633.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*, 64(2), 391-399.
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scand J Public Health*, 27(1), 63-72.

-
- Falkum, E. (2012). *Risiko og inkludering. Betingelser for funksjonshemmedes og eldres deltakelse i arbeidslivet* (11). Retrieved from Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Risiko-og-inkludering>
- Falkum, E., & Solberg, A. G. (2015). *Arbeidsgiveres inkluderingsevne*. (5). Retrieved from Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Arbeidsgiveres-inkluderingsevne>
- Forskrift om AA-registeret 942 C.F.R. (2008).
- Glasgow, R. E., Klesges, L. M., Dzewaltowski, D. A., Bull, S. S., & Estabrooks, P. A. (2004). The future of health behavior change research: What is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 3. doi:10.1207/s15324796abm2701_2
- Gold, P. B., Meisler, N., Santos, A. B., Carnemolla, M. A., Williams, O. H., & Keleher, J. (2006). Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophr Bull*, 32(2), 378-395. doi:10.1093/schbul/sbio56
- Hoffmann, H., Jackel, D., Glauser, S., & Kupper, Z. (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatr Scand*, 125(2), 157-167. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01780.x
- Lehman, A. F., Goldberg, R., Dixon, L. B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A., & McDonnell, K. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry*, 59(2), 165-172.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol*, 90(1), 53-76. doi:10.1037/0021-9010.90.1.53
- Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., McHugo, G. J., Bond, G. R., . . . Swain, K. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*, 72(3), 479-490. doi:10.1037/0022-006X.72.3.479
- Murphy, G. C., & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99. doi:Doi 10.1348/096317999166518
- NAV. (2013). Mottakere av uføretrygd etter hoveddiagnose (primærdiagnose), alder og kjønn. Retrieved from <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+++statistikk/Tabeller/mottakere-av-uf%C3%B8retrygd-etter-hoveddiagnose-prim%C3%A6rdiagnose-alder-og-kj%C3%B8nn.pr.31.12.2013.kvinne>
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*. Retrieved from OECD Publishing: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Reme, S. E., Øverland, S., Grasdahl, A., Ludvigsen, K., Løvvik, C., & Lie, S. A. (2013). *Effektevaluering av senter for jobbmestring, sluttrapport*.
- Rådet for psykisk helse (2004). *Holdninger til psykisk syke på arbeidsplasser*. Retrieved from www.psykiskhelse.no
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., . . . Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the

SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Steckler, A., & Linnan, L. (2002). Process Evaluation for Public Health Interventions and Research *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research* (pp. 1-23). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sveinsdottir, V., Lovvik, C., Fyhn, T., Monstad, K., Ludvigsen, K., Overland, S., & Reme, S. E. (2014). Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway. *BMC Psychiatry*, 14, 307. doi:10.1186/s12888-014-0307-7
- The EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Twamley, E. W., Narvaez, J. M., Becker, D. R., Bartels, S. J., & Jeste, D. V. (2008). Supported Employment for Middle-Aged and Older People with Schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil*, 11(1), 76-89. doi:10.1080/15487760701853326
- van der Noordt, M., H, I. J., Droomers, M., & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med*, 71(10), 730-736. doi:10.1136/oemed-2013-101891
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationery Office.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*: World Health Organization.

9. Appendiks

9.1 Utregning av kritisk verdi for bruttolønn

Parametre:

- a sosiale kostnader i % av brutto reallønn (anslått til 0,25)
- b gjennomsnittlig skattesats (anslått til 0,34)
- c skattekostnad «lamda» (fastsatt til 0,2)
- d endring i skatteinntekt når en person kommer i arbeid (fastsatt til 0,45)
- e realprisjustering av brutto reallønn (fastsatt til 0,013)
- V uføretrygd (anslått til 205900 2014-kroner)

r	realrentesats (fastsatt til 0,04)
p _i	sannsynligheten for at en person i behandlingsgruppa er i arbeid
p _k	sannsynligheten for at en person i kontrollgruppa er i arbeid
K _i	direkte behandlingskostnader for behandlingsgruppa
K _k	direkte behandlingskostnader for kontrollgruppa
I	oppstartskostnader

Differansen mellom brutto reallønn pr år i behandlingsgruppa og i kontrollgruppa kaller vi X, og den måles i oppstartsåret for forsøket, siden brutto reallønn forventes å endres over tid (jfr parameteren *e* over). Kritisk verdi for X, X^* , er det nivået på differansen som gjør at netto nåverdi er 0, det vil si det minste nivået X må ha for at lønnsomhetskriteriet i ligning 1 skal være oppfylt. Når vi forutsetter to driftsår inklusiv oppstartsåret, finner vi X^* ved hjelp av følgende uttrykk:

$$(p_i - p_k) [(1+a)X^* - (1-b)X^* + c((1-b)V + dX^*) + ((1+a)(1+e)X^* - (1-b)(1+e)X^* + c((1-b)V + d(1+e)X^*))1/(1+r)] = K_i - K_k + (1/(1+r))(K_i - K_k) + I$$

I effektanalysen av IPS er $(p_i - p_k)$ estimert til 0,095. Nåverdien av oppstartskostnadene og differansen mellom de direkte behandlingskostnadene for behandlings- og kontrollgruppa er estimert til 55450 kroner.

Dette gir X^* på 395106, regnet i 2014-kroner.

9.2 Oversikt over informanter i prosessevalueringen

Nøkkelinformanter

1. Seniorrådgiver/prosjektleder Arbeids- og velferdsdirektoratet
2. Seniorrådgiver Helsedirektoratet
3. Seniorrådgiver Helsedirektoratet

Oversikt senternummerering

Senter 1, Oslo

Senter 2, Hadeland

Senter 3, Vestfold

Senter 4, Akershus

Senter 5, Elverum

Senter 6, Hordaland

Deltakere

Intervju med deltaker 1-12 gjennomført på telefon i perioden mai-oktober 2015, av Kari Ludvigsen og Åse Mattsson

Samarbeidspartnere og styringsgruppemedlemmer

14 informanter fordelt på 3 sentre

Senter 1: 5 informanter (1 Nav, 3 DPS, 1 kommunal psykisk helsetjeneste)

Senter 2: 5 informanter (1 NAV, 2 DPS, 1 kliniksjeff psykisk helse, 1 kommunal psykisk helsetjeneste)

Senter 5: 4 informanter (2 Nav, 1 DPS, 1 kommunal psykisk helsetjeneste)

Fordelt på tilknytning:

4 informanter fra NAV, 3 fra kommunal psykisk helsetjeneste, 7 fra helseforetak.

Av disse informantene var 2 ledere av styringsgruppe, 1 nestleder for styringsgruppe, 2 medlemmer i styringsgruppe

Informanter fra behandlersiden omfattet leger, psykologer, psykiatriske sykepleiere.

9.3 Intervjueguide 1: Nøkkelinformanter

DEL 1 BAKGRUNNSINFORMASJON

- Informantens stilling og hovedoppgaver.

DEL 2 INFORMANTENS ROLLE I IPS-TILBUDET

- Hva har vært dine oppgaver i forhold til IPS?
- Hvilken rolle spiller du i driften av/forvaltningen av IPS-tilbudet?

DEL 3 INITIERING OG PLANLEGGING

-
- Hvilken rolle hadde du og din institusjon i planleggingen av tilbudet?
 - Hva var bakgrunnen for etableringen av tilbudet?
 - Hva har vært de viktigste forbildene/inspirasjonskildene?
 - Hva var rollefordelingen i initiering og planlegging av tilbudet?
 - Hvordan ble det informert om prosjektet og hvordan ble pilotene plukket ut?
 - Hva var de viktigste utfordringene i planleggingsfasen?
 - Dukket det opp overraskende utfordringer?
 - Var det ulike synspunkt på hvordan prosjektet skulle organiseres og hva det skulle inneholde?
 - Er det noe som kunne vært gjort annerledes?

DEL 4 TREKK VED TILBUDETS ORGANISERING

- Hvordan er samarbeidet organisert på forvaltningsnivå i prosjektet?
- Hvilke fordeler og utfordringer gir dette?
- Hvordan fungerer relasjonene mellom pilotene og direktoratet?
- IPS-prosjektet innebærer nært samarbeid mellom NAV og helsetjenestene. Hvilke lærdommer kan trekkes så langt av dette? På sentralt nivå og i praksis.
- Er det gjort justeringer i prosjektets organisering og innretning? Hva er eventuelt bakgrunnen? Hva går dette ut på?
- Hva mener du er den største fordelen med måten tilbudet er organisert på?
- Hva mener du er utfordringene knyttet til tilbudets organisering?
- Er det noen trekk ved rollefordelingen som kunne vært annerledes?

9.4 Intervjuguide 2: Gruppeintervju piloter

DEL 1 BAKGRUNNSINFORMASJON

- Hvem er representert i fokusgruppen – stilling og utdanningsbakgrunn, arbeidserfaring

DEL 2 Oppstart av piloten

- Hvordan fikk dere kjennskap til IPS-forsøket?
- Hva var bakgrunnen for at dere søkte om å bli pilot?
- Hvem var pådriverne lokalt?
- Har dere synspunkt på planlegging og oppstart av IPS-prosjektet?
 - Hva fungerte?
 - Kunne noe vært gjort annerledes?

DEL 3 ROLLE- OG OPPGAVEFORDELING

- Hvilken kompetansesammensetning har teamet?
- Hvordan er arbeidet organisert?
- Hva er den enkeltes rolle og oppgaver?
- Hva er de faste møtepunktene med kolleger i teamet?
- Hvordan vurderer dere at koordineringen av tjenester sikres?
- Muligheter og utfordringer i organiseringen av teamet:
 - Hva har vært de viktigste utfordringene?
 - Hva har fungert bra i forhold til ansvarsdeling og oppgaveutforming?

DEL 4 RELASJONER TIL SAMARBEIDSPARTNERE/KOORDINERING AV TJENESTENE

- Hvem er de viktigste samarbeidspartnerne for piloten?
- Hvordan er samarbeidet med disse organisert?
- Hva er ansvarsforholdene og oppgavefordelingen i samarbeidet?
- Hva er de viktigste møtepunktene?
- Hvordan opplever dere samarbeidspartnerens innstilling til tiltaket?
- Opplever dere at samarbeidspartnerne har god kjennskap til IPS?
- Er det spesielle utfordringer knyttet til noen av samarbeidsrelasjonene?

DEL 5 FORHOLDET TIL BRUKERNE AV IPS-TILBUDET

- Har det vært utfordringer knyttet til målgruppen?
- Hvordan har dere erfart rekruttering av brukere til tjenestene?
- Hvilke tilbakemeldinger gir brukerne av tjenestene?

DEL 6 STYRING AV TILBUDET

- Hvordan har dere erfart styringen med prosjektet?
- Hvordan oppfatter dere planleggings- og igangsettingsfasen?
- Hva er erfaringen med opplæringen av jobbspesialister?
- Hvordan har mulighetene vært for erfaringsutveksling?

DEL 7 SUKSESS OG BARRIERER - METODIKKEN

- Hva mener informantene er den viktigste erfaringen med implementering av IPS-metoden?
- Hva er hovedutfordringene?
- Hva kan forbedres?

9.5 Intervjuguide 3: Brukere – IPS-gruppen

1. BAKGRUNNSINFORMASJON

- Alder, kjønn
- Utdanning og arbeidslivserfaring
- Tilknytning til arbeidslivet

2. TJENESTER OG YTELSER

- Mottar du tjenester fra NAV nå? Hvilke?
- Mottar du arbeidsrettede tiltak nå? Hvilke?
- Hvilke helsetjenester mottar du nå?

3. KONTAKTEN MED IPS

DEL 2 INFORMANTENS ROLLE I IPS-TILBUDET

- Hvor lenge har du hatt kontakt med jobbspesialisten i IPS?
- Hvor hyppig har du hatt kontakt med jobbspesialisten?
- Hvordan fikk du informasjon om tilbudet/studien?
- Hva var hovedgrunnen til at du valgte å delta?
- Dersom du har avsluttet kontakten med IPS, hva var bakgrunnen for dette?

4. ERFARING MED TJENESTENE

A. Hvordan har du opplevd jobboppfølgingen?

- I hvilken grad har du opplevd at jobbspesialisten er tilgjengelig?
- Hvordan ble du møtt av jobbspesialisten?
- Opplevde du at jobbspesialisten var opptatt av dine egne ressurser i jobbsøkingen?
- Har jobbspesialisten vært opptatt av å formidle hva som skal til for å få en jobb?
- Har helsetilstanden din påvirket jobbsøkingen?
- Hvordan synes du dette tiltaket skiller seg fra andre tiltak du har fått i NAV?

B. Forventninger

- Hva slags forventninger hadde du til oppfølgingen?
- Har oppfølgingen du har fått svart til dine forventninger?
- Eventuelt hvorfor, hvorfor ikke.

C. Hva har oppfølgingen ført til for deg?

-
- Har du fått jobbtilbud?
 - Er du i jobbforhold nå som du har fått gjennom veiledningen?
 - Er dette ordinært arbeid?
 - I hvilken grad opplever du at dine muligheter og ressurser har blitt brukt i jobbsøkingprosessen?
 - Hvis du ikke er i jobb enda; har tiltaket bidratt til å øke din tro på at du skal komme i jobb en dag?

5. VURDERING AV TJENESTETILBUDET

- Hva mener du kan bli bedre med oppfølgingen du har mottatt?
- Hva er fordelene/hva mener du bør videreføres med tilbudet?
- Har du forslag til hvordan tjenestene kan organiseres bedre?

9.6 Intervjuguide 4: Samarbeidspartnere

DEL 1 BAKGRUNNSINFORMASJON

- Informantens stilling og utdanningsbakgrunn

DEL 2 INFORMANTENS KJENNSKAP TIL OG KONTAKT MED IPS

- Hva er din formelle rolle i forhold til IPS-piloten i fylket?
- Hvor lenge har du hatt denne rollen?
- Var du involvert i planlegging/oppstart? Hvordan erfarte du eventuelt dette?
- Hvordan er kontakten med IPS organisert?
- Hvor hyppig foregår møtene?
- Hvem initierer møtene?

DEL 3 INFORMANTENS VURDERING AV SAMARBEIDET

A. Styringsgruppe

- Hvordan mener du IPS fungerer i fylket?
- Hva er sterke sider ved tilbudet?
- Hvilke organisasjonsmessige styrker og svakheter ser du?
- Hvordan har dette utviklet seg over tid?

B. Behandlere

- Hvordan vurderer du samarbeidet med IPS-tilbudet?
- Har ditt syn på samarbeidet endret seg?

-
- Hvordan mener du dine kolleger opplever samarbeidet?
 - Hvordan kan samarbeidet bedres?

DEL 4 VURDERING AV TILBUDETS INNHOLD

- Hvilket utbytte mener du brukerne har av dette tiltaket?
- Hva skal til for å styrke IPS-tilbudet?
- Hva mener du er den største utfordringen for å oppnå dette?

9.7 Oversikt over de ulike sentrenes organisering

Akershus

Organisering	<i>Eier:</i> Akershus Universitets-sykehus HF, ved Follo DPS <i>Partnere:</i> Oppegård kommune NAV Oppegård
Rekruttering/ Målgruppe	Follo DPS: TIRe (utvidet høst 2014 med ACT, samt Allmennpsykiatrisk poliklinikk team A og B) Brukere fra Oppegård kommune
Stillinger	Prosjektleder 50 % /Teamleder 50 %, Follo DPS 2 jobbspesialister, NAV Oppegård 1 jobbspesialist 20 %, psykisk helsetjeneste Oppegård

Bergen

Organisering	<i>Eier:</i> Helse Bergen HF, Haukeland Sykehus <i>Partnere:</i> Modell 1: Kronstad DPS Kronstad DPS NAV Årstad tre bydeler Modell 2: Bjørgvin DPS Bydel Arna og Åsane NAV Bjørgvin DPS Modell 3: Avdeling tidlig psykose, Sandviken sykehus Haukeland sykehus, psykiatrisk klinikk NAV og Bergen kommune
Rekruttering/ Målgruppe	Modell 1 DPS Team innen psykose og rehabilitering NAV Modell 2 DPS og NAV Modell 3 ATP, Sandviken sykehus/ Helse Bergens opptaksområde (22 kommuner)
Stillinger	Kombinert stilling Prosjektleder 50 % /teamleder 50 %, NAV Arbeidsrådgivning Hordaland Modell 1 2 jobbspesialister ansatt NAV Årstad, lokalisert på Kronstad DPS en dag i uken Modell 2 1 jobbspesialist Rehabiliteringsteamet, Bjørgvin DPS Modell 3 1 jobbspesialist ansatt og lokalisert i Avdeling tidlig psykose, Sandviken sykehus/psykiatrisk klinikk

Elverum

Organisering	<i>Eier:</i> Nav Hedmark <i>Partnere:</i> NAV Elverum Hamar DPS: Ruspoliklinikken, Allmennpsykiatrisk poliklinikk/ Ruspoliklinikk Psykisk helseteam Elverum Psykisk helseteam Åmot, Våler og Trysil kommuner (utv. 2015)
Rekruttering/ Målgruppe	NAV Elverum Hamar DPS: Ruspoliklinikken, Allmennpsykiatrisk poliklinikk Psykisk helseteam Elverum Psykisk helseteam Åmot, Våler og Trysil kommuner
Stillinger	Prosjektleder/Teamleder NAV Elverum 3 jobbspesialister NAV Elverum Lokalisering: NAV Elverum, kontorplass DPS

Hadeland

Organisering	<i>Eiere:</i> NAV Hadeland (Gran og Lunner kommuner) NAV Jevnaker <i>Partnere:</i> Gran, Lunner og Jevnaker kommuner Sykehuset Innlandet HF, DPS Gjøvik: Poliklinikk Hadeland
Rekruttering/ Målgruppe	DPS Gjøvik, Poliklinikk Hadeland Psykisk helseenhet i Gran og Lunner NAV
Stillinger	Prosjektleder/jobbspesialist, NAV Hadeland 4 jobbspesialister, NAV Hadeland Lokalisering: NAV Hadeland/ felles bygg med DPS

Vestfold

Organisering	<i>Eier:</i> NAV Vestfold <i>Partnere:</i> Søndre Vestfold: Sandefjord kommune v/Sosialmedisinsk senter Sykehuset i Vestfold HF: Klinikk for psykisk helse og rusbehandling Søndre Vestfold DPS NAV Sandefjord Nordre Vestfold: Sykehuset i Vestfold HF: Klinikk for psykisk helse og rusbehandling Nordre Vestfold DPS Horten, Holmestrand og Tønsberg kommuner NAV
Rekruttering/ Målgruppe	Søndre Vestfold: RUPO/ PUT, Søndre Vestfold DPS Sosialmedisinsk senter, Sandefjord kommune (rus og psykisk helse) Nordre Vestfold: Nordre Vestfold DPS
Stillinger	Prosjektleder NAV Vestfold Søndre Vestfold: 3 jobbspesialister ansatt hos tiltaksarrangøren Fønix, lokalisert i egne lokaler Nordre Vestfold: 3 jobbspesialister ansatt i NAV, lokalisert på DPS

Vinderen

Organisering	<i>Eier:</i> Diakonhjemmet sykehus; Voksenpsykiatrisk avdeling, Vinderen: Enhet for kunnskapsutvikling <i>Partnere:</i> NAV Oslo NAV Ullern NAV Frogner NAV Vestre Aker Kommunal enhet for psykisk helse i bydelene Ullern, Frogner og Vestre Aker
Rekruttering/ Målgruppe	Tverrfaglig spesialisert enhet for rus og psykiatri Psykiatrisk poliklinikk, enhet for ambulant samhandling
Stillinger	Prosjektleder, 30 % / teamleder 50 %, Diakonhjemmet sykehus, Enhet for kunnskapsutvikling Prosjektleder NAV Oslo, Fylkesadministrasjonen 2 jobbspesialister, ansatt og lokalisert på Diakonhjemmet sykehus, Voksenpsykiatrisk avdeling, Vinderen