

UNIVERSITETET I
NORDLAND

HANDELSHØGSKOLEN I BODØ • HHB

MASTEROPPGAVE

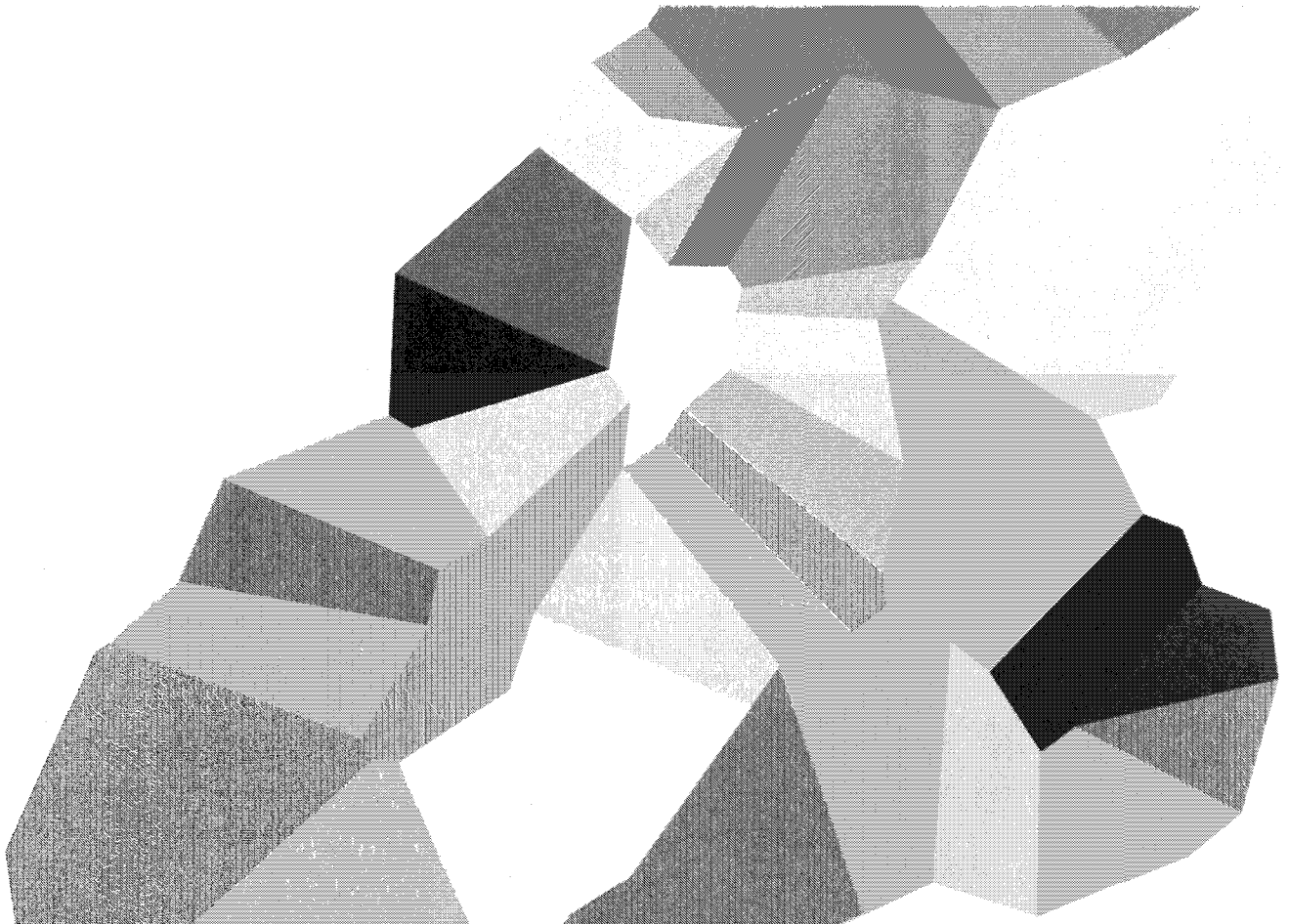
Implementering av Individuell Jobbstøtte / IPS i Bodø

Lene Hellesvik Hansen

BE 323E

MBA HHB Bodø

[2012]



Forord

Nå er jeg endelig ferdig med masteroppgaven min. Det har vært en veldig interessant og lærerik prosess, der arbeidsinnsats og motivasjon har svinget. Masteroppgaven setter punktum for en masterstudie, som gjennom de ulike kursene, har gitt anledning til å studere egen organisasjon på en grundigere måte. Selve masteroppgaven har gitt meg mulighet til å gå i dybden på et tema som jeg både jobber med i hverdagen og som interesserer meg sterkt faglig.

Det er mange som har bidratt i prosessen og fortjener en takk. Først vil jeg takke NAV Nordland for at jeg fikk muligheten til å ta denne masterstudien. Kompetanseheving og videreutdanning er veldig verdifullt for en kunnskapsorganisasjon, både for den enkelte arbeidstaker og for arbeidsgiver.

En veileder er uunnværlig i en slik prosess, så en stor takk reises til amanuensis Alf-Håvard Dahl, som på sin positive måte motiverte meg til å stå på, spesielt i slutfasen.

En stor takk til mine informanter som velvillig stilte opp for å gi relevant informasjon til min oppgave.

Mine faglige gode kollegaer, både i Arbeids- og Velferdsdirektoratet, NAV og i helse har alle bidratt til å utvikle min forståelse av fagtemaet i studien. Jeg gleder meg til fortsatt å jobbe med dere!

Også familien må nevnes. Takk for at dere har holdt ut med meg gjennom prosessen.

Bodø, desember 2012

Lene Hellesvik Hansen

Sammendrag

Formålet med denne masteroppgaven har vært å finne ut om lederne i de samhandlende organisasjonene rundt Individuell Jobbstøtte / IPS pilotprosjektet i Bodø, har tilstrekkelig kjernekompetanse og ledelsesforankring til å tilby IPS tjenesten. Gjennom forskningsintervju med ledere på operasjonelt og overordna nivå, er det forsøkt å utrede denne problemstillingen. Oppgaven er teoretisk forankret i evidensbasert forskning og det er brukt evidensbaserte prosessverktøy for å undersøke oppgavens problemstilling.

Oppgaven har vist at den tid og det arbeid som er lagt ned i den lokale ledelsesforankringen, har gitt positive resultater. I begge tjenestene der det skal ansettes jobbspesialister, fremkommer det evidens for en solid forståelse og forankring av IPS tilnærmingen. Denne støttes også av ledelsen på overordna nivå.

Individuell Jobbstøtte / IPS tilnærmingen er ny i Norge og utprøvingen gjennom de totalt seks pilotene og regelmessige kvalitetsgjennomganger, vil kunne gi svar på om den ulike organiseringen av pilotprosjektene gir ulike utfall for deltakerne i programmene.

Abstract

The purpose of this master thesis has been to find if the leaders of the cooperating organizations of the IPS pilot project in Bodø, have the required core components of IPS in place and the adequate management support to offer the IPS service. By conducting research interviews using the IPS Fidelity Scale and the General Organizational Index, I have made an attempt to examine this issue. The task is theoretically grounded in evidence-based research.

The thesis has shown that the time and work that is put into the local management support, has given positive results. In both services, where it will be employed job specialists, emerges evidence for a solid understanding and foundation of the IPS approach. This is also supported by management at an overall level.

IPS is a new approach in Norway and the trial through a total of six pilots and regular quality reviews, will indicate if the different organization of the pilot projects provides different outcomes for participants in the programs.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 PROBLEMSTILLING.....	9
1.2 Videre oppbygging av oppgaven	10
2.0 Teoretisk tilnærming	13
2.1 Innledning.....	13
2.2 Den Norske velferdsstaten	13
2.2.1 Utvikling av den Norske velferdsstaten.....	14
2.2.2 Organisering av den Norske velferdsstaten	14
2.2.3 Organiseringen av NAV, med NAV Nordland og Nordland Fylke som eksempel	15
2.2.4 Arbeidsmarkedet i Norge og Bodø	17
2.3 Etablering av samarbeid og grunnlag for IPS tilnærmingen i Bodø	22
2.4 IPS Individuell Jobbstøtte Bodø / FLOKE	26
2.4.1 Finansiering	26
2.4.2 Lovverk	27
2.4.3 Organisering	27
2.4.4 Kultur og kommunikasjon	30
2.4.5 Elektronisk samhandling, retningslinjer og prosedyrer.....	31
2.5 IPS KIT-moduler	32
2.6 Ledelse.....	32
2.7 Endringer i organisasjoner.....	34
2.7.1 Identifisere behovet for endring	34
2.7.2 Motstand mot endring	35
2.7.3 Motivasjon	35
2.7.4 Organisasjonskultur.....	37
2.7.5 Kommunikasjon.....	39
3.0 Metodiske valg	41
3.1 Case-studie som forskningsdesign	41
3.2 Datainnsamling.....	42
3.2.1 IPS Kvalitetsskala	43
3.2.2 Generell organisasjonsindeks.....	43
3.3 Valg av informanter.....	44
3.3.1 Kvalitative forskningsintervju	45

3.3.2 Intervjuguide og kobling mot anvendt teori	45
3.3.3 Dokumenter og annen forskning	46
3.4 Vurdering av data	46
3.4.1 Reliabilitet.....	47
3.4.2 Validitet	48
3.5 Oppsummering.....	49
4.0 Empiri	50
4.1 Data fra forskningsintervju.....	50
4.1.1 Oppsummering av intervjuenes innledningsdel.....	50
4.1.2 Oppsummering av spørsmål knyttet til bemanning i intervjuene	51
4.1.3 Oppsummering av spørsmål knyttet til organisering i intervjuene.....	51
4.1.4 Oppsummering av spørsmålene knyttet til kvalifiseringskrav og deltakeridentifisering i intervjuene	52
4.1.5 Oppsummering av spørsmål knyttet til vurdering i intervjuene	52
4.1.6 Oppsummering av spørsmålene knyttet til opplæring i intervjuene	52
4.1.7 Oppsummering av spørsmål knyttet til tilsyn / veiledning i intervjuene	53
4.1.8 Oppsummering av spørsmål knyttet til prosess- og resultatovervåking i intervjuene	53
4.1.9 Oppsummering av spørsmål knyttet til kvalitetssikring i intervjuene.....	53
5.0 Analyse	54
5.1 Analyse av empiriske funn.....	54
5.1.1 Psykoseteamet	54
5.1.2 Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus.....	63
6.0 Konklusjon / Oppsummering.....	72
6.1 Oppsummering av studien	72
6.2 Studiens funn.....	72
6.3 De videre implikasjoner.....	73
7.0 Litteraturliste	75
8.0 Vedlegg	80
8.1 Intervjuguide ledere i Styringsgruppen / ledere på overordnet nivå.....	80
8.1.1 Innledende spørsmål	80
8.1.2 Generell organisasjonsindeks.....	80
8.2 Intervjuguide teamledere / ledere på operativt nivå.....	82
8.2.1 Innledende spørsmål	82
8.2.2 IPS Kvalitetsskala	82

Bemanning.....	82
Organisasjon.....	83
Tjenesten.....	84
8.2.3 Generell organisasjonsindeks.....	85
8.3 IPS Kvalitetsskala.....	88
8.4 Generell organisasjonsindeks og poengskjema.....	111

Figuroversikt:

Figur 1:Organisering og styringslinjen av arbeidspolitikken, Nordland fylke som eksempel

Figur 2:Fordeling av arbeidsstyrken i Nordland

Figur 3:Ulike endringstyper

Figur 4:Løkdigram (kulturens manifestasjoner)

1.0 Innledning

Et stadig økende antall unge mennesker under 30 år blir uføretrygdet på bakgrunn av en psykisk lidelse. Norge er et land med godt oppbygde velferdsordninger og det er ikke nødvendig å ha en jobb for å være inntektssikret. Det å ha en klart dokumentert diagnose på en alvorlig psykisk lidelse, som schizofreni eller bipolar lidelse, før fylte 26 år, gir rett til ung uføreytelse. For første gang i Norge opplever vi at andelen som er ufør på grunn av en psykisk lidelse er høyere enn andelen med muskel- og skjelettsykdommer; 62,5 prosent av uførepensjonister har enten en psykisk lidelse eller muskel- og skjelettsykdommer. Andelene er henholdsvis 31,6 prosent og 30,9 prosent sett i forhold til alle uførepensjonister (NAV, 2012).

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har lav yrkesdeltakelse og det er mindre sannsynlig at mennesker i denne gruppen er i arbeid, enn mennesker fra andre grupper med funksjonsnedsettelse (Sainsbury Centre, 2009). Forskning viser at antallet personer med psykoselidelser som har arbeid som sin inntektskilde har vært synkende (OECD, 2012; Burns et al., 2007). Også Norsk forskning viser dette, der Melle et al. (2000) i en prospektiv studie, fant at 94 % i en populasjon med schizofrenidiagnose var arbeidsledige etter 10 år. Helle & Gråwe (2008) fant en nedgang i arbeidsdeltakelse fra 11 % til 5 % i perioden 2000 – 2004, for pasienter i deres studie innen schizofreniaspektet. Tandberg et al. (2011) fulgte en gruppe pasienter med første episode psykose, der 41 % hadde arbeid ved inntak i studien og bare 38 % hadde arbeid etter 2 år.

Psykisk sykdom debutterer forholdsvis tidlig i livet sammenlignet med andre sykdommer, med en gjennomsnittsalder på 14 år. Det er i denne gruppen vi finner de med flest tapte arbeidsår, noe som medfører økt risiko for fattigdom (Mykletun & Knudsen, 2009). Mange ønsker å delta i det ordinære arbeidslivet og forskning viser at arbeid i seg selv har en positiv effekt på helse, livskvalitet og inkludering i lokalsamfunnet (Schafft, 2009; Waddel & Burton, 2006; Warner, 2004). Mens arbeidsledighet kan skade helsen og føre til en rekke sosiale problemer slik som gjeld og sosial isolasjon, fører deltakelse i arbeidslivet og opprettholdelse av sosial kontakt til forbedret psykisk helse, motvirkning av selvmord og avhengighet av helsetjenester (Black, 2008, Warner, 2004).

I det psykiske helsevern i Norge er det lite tradisjon for å tenke på ordinært arbeid som viktig eller som en integrert del av rehabiliteringsprosessen. Tradisjonelt sett har man innen psykisk

helsevern sett på tilknytning til ordinært jobb som en stressfaktor som kan være med på å øke risikoen for tilbakefall og reinnleggelse, jfr. stress-sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977). Lave forventninger fra profesjonelle helsearbeidere til at psykiatriske pasienter er i stand til å være i ordinært arbeidsliv, er også en betydelig barriere for å komme seg i jobb og må jobbes med for å bryte ned (Rinaldi et al., 2008; Marwha et al., 2008). Fra NAV sin side, er personer med alvorlige psykiske lidelser heller ingen prioritert gruppe. NAV prioriterer i dag de som man vurderer har en mulighet til å komme ut i arbeid og når det gjelder denne spesielle gruppen, gjøres vurderingen på bakgrunn av diagnostisering og anbefalinger fra helsepersonell. De helsemessige vurderingene og det ensidige fokus på diagnose blir et hinder i seg selv, da det man konkret vurderer er symptomer og sykdomsbeskrivelser, ikke funksjonsevne og muligheter (Svendsrud og Brinchmann, 2011)

Psykisk helsevern har gjennomgått store reformer de siste 20 årene, fra store sentralinstitusjoner med et langtidstilbud, som også inkluderte skjermet sysselsetting i sykehusene, til integrering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser i lokalsamfunnet. Den siste dreiningen i denne viktige menneskerettslige utviklingen er at mennesker med alvorlige psykiske lidelser også har en rett til å jobbe. Til tross for at det er satset mye ressurser på kompetanse- og spesielt tilpassede tiltak fungerer disse ikke nødvendigvis som overgang til ordinært arbeid. Mye av det tilbudet og den innsatsen som har vært gitt til mennesker med alvorlige psykisk lidelser har skjedd innenfor rammene av skjermet sektor, der man skal vurderes som «klar» til arbeid og en gradvis tilbakeføring gjennom utredninger, tester eller utprøving. Denne modellen kalles «train-place».

Norge er det OECD-landet som bruker mest penger på rehabiliteringstiltak, uten at vi har spesielt gode resultater når det gjelder å få folk ut i jobb (OECD, 2012). Tilbudene i skjerma sektor er etablert og utviklet som et resultat av behovet for et tilbud i lokalsamfunnet. Det har vært et bevisst politisk valg å bygge opp og benytte denne arenaen til arbeidsrehabilitering av denne gruppen mennesker (NOU 6:2012). Dagsentra og skjermet sektor er i praksis blitt mer et alternativ til sysselsetting heller enn et springbrett inn i arbeidslivet og er faktisk funnet å redusere folks tiltro til å gjenvinne ordinært arbeid (Seebohm & Scott, 2004). Gode metoder som fungerer i arbeidsinkluderingen av denne gruppen i ordinært arbeidsliv, er ikke i tilstrekkelig grad prøvd ut i Norge (Schafft, 2008).

Erfaringer fra USA viser at personer med alvorlige psykoselidelser (eksempelvis schizofreni og bipolar lidelse) kan jobbe i ordinært arbeidsliv. Gjennom aktiv støtte fra Nasjonale

helsemyndigheter i USA er det blitt utviklet en rådende tilnærming og strategi for å inkludere mennesker med alvorlige psykiske lidelser i arbeidslivet. Tilnærmingen heter Individual Placement and Support (IPS) og er en individrettet, evidensbasert tilnærming integrert inn i psykisk helsevern og som retter seg mot det ordinære arbeidsliv. Det som skiller seg vesentlig fra den mer tradisjonelle måten å tenke på i Norge, er prinsippet om rask plassering i ordinært arbeidsliv, der en jobbspesialist skal være individuell støtte i forhold til ordinært arbeidsliv og arbeidsgivere; såkalt «place-train».

IPS tilnærmingen blir beskrevet som et paradigmeskifte innen synet på mennesker med alvorlige psykiske lidelser. IPS snur tradisjonell tankegang om mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer på hodet og gir oss en helt ny forståelse av at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan delta i det ordinære arbeidslivet. Dette er med på å gi håp og kan bidra til å motvirke stigmatiseringen i samfunnet. Det er vanlig å anta at mange ikke kan jobbe før de er helt friske, eller at brukerne bør jobbe i skjermede bedrifter eller med frivillig arbeid. IPS tilnærmingen understreker betydningen av at bruker er i fokus og i "førersetet" og at tverrfaglige helseteam med en egen jobbspesialist jobber tett sammen og med brukeren med arbeid som et felles mål. jobbspesialisten har ansvaret for alt som har med arbeidslivet å gjøre, mens helseteamet sørger for å tilpasse behandlingen slik at brukeren klarer å mestre og beholde jobben. Forskning viser at diagnose, symptomer, alder, kjønn, tidligere innleggelseser, utdanning eller stoffmisbruk IKKE predikerer (dårligere) yrkesdeltakelse. Det som er aller viktigst for om et menneske vil lykkes med å skaffe seg og/eller beholde jobb er tidligere jobberfaring, troen på at en kan jobbe og motivasjonen for jobben (Rinaldi et al., 2008).

Sannheten er at vi ikke har en krystallkule når det gjelder å finne ut hvem som vil lykkes i arbeidslivet. Noen ganger når mennesker er ambivalente mht. å få seg en jobb, trenger de bare støtte og oppmuntring slik at de kan bygge opp selvtilliten rundt det å være i jobb (Swanson & Becker, 2011).

Erfaringer fra USA har etterhvert spredt seg til flere land i Europa og de første kontrollerte studiene i Europa viser samme tendens; 55 prosent av deltakerne i disse programmene har kommet i jobb, mot 28 prosent i andre programmer (Becker et al., 2008). Forskning viser at IPS er den tilnærmingen som fungerer best på verdensbasis i å integrere mennesker med alvorlige psykiske lidelser inn i ordinært arbeid (Burns et al., 2007). Metoden er gjennomprøvd, evaluert, systematisert og kvalitetssikret i mer enn 25 år i USA. Dette betyr at

det finnes en egnet tilnærming for arbeidsintegrering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, som vi hittil ikke har prøvd ut i Norge.

Den overordna filosofien bak IPS er troen på at alle mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan ha en vanlig jobb i lokalsamfunnet, forutsatt at man finner riktig type jobb og arbeidsgiver og gir en individuelt tilpasset oppfølging. Målet med IPS er å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser støtte til å finne og beholde en ordinær jobb. IPS tilnærmingen er basert på en samling av sentrale prinsipper, som danner grunnlaget for tilnærmingen og som må følges strengt for å gi den ønskede effekten. Disse prinsippene er:

1. Deltakelse i IPS er basert på brukers eget ønske og valg.
2. IPS-tjenestene er en integrert del av behandlingen.
3. Målet er ordinært, lønnet jobb.
4. Individuelt tilpasset rådgivning om økonomiske stønader/ytelser.
5. Jobsøk starter raskt og senest etter 1 måned.
6. Oppfølgingen er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset arbeidstaker og evt. arbeidsgiver.
7. Jobsøk skjer ut fra deltakerens ønsker, interesser og ferdigheter.
8. Systematisk jobbutvikling

(Bond et al., 2008).

Alt for mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser er avskrevet som arbeidsudyktige. Vi må forsikre oss om at vi gir mennesker den riktige hjelpen til riktig tid, eller så risikerer vi å skape en ny ”tapt generasjon” (Sainsbury Centre, 2009).

1.1 PROBLEMSTILLING

Individual Placement and Support (IPS) er en evidensbasert, modulbasert tilnærming utviklet i USA, der målet er å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser individuell støtte til å finne og beholde en ordinær jobb. Utgangspunktet for denne oppgaven vil være å se på forutsetninger som må være tilstede for en vellykket implementering av IPS.

Min oppgave skal ta utgangspunkt i implementering av en pilotutprøving av IPS i Bodø. Her organiseres og planlegges IPS tjenesten i samhandling med tre organisasjoner:

1. Salten Distriktspsykiatriske senter v/Psykoseteamet
2. Bodø kommune v/Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus
3. NAV Bodø, Oppfølgingsavdeling 1

Disse organisasjonene har ansvaret for implementering av pilotprosjektet i Bodø.

For å avgrense oppgaven vil jeg konsentrere meg om det som forskningen fra USA viser er den viktigste faktorene knyttet til en vellykket implementering. Forankring og støtte fra organisasjonens ledere, på alle nivå, er den største organisasjonsmessige utfordring og det som vil ha størst betydning for å kunne lykkes med implementeringen av IPS tilnærmingen. Formålet med oppgaven er å finne ut om de samhandlende organisasjonene er klare for å iverksette Individuell Jobbstøtte / IPS. Konkret ønsker jeg å sjekke ut hvor beredt ledelsen er for å sette i gang med den nye metoden.

Følgende problemstilling vil bli besvart i denne masteroppgaven;

Er Individuell Jobbstøtte / IPS tilstrekkelig forankret i ledelsen til å være klar for levering av tjenesten i pilotprosjektet i Bodø?

1.2 Videre oppbygging av oppgaven

Når det gjelder oppgavens videre oppbygging, er den strukturert som følger: Teorikapitlet begynner med konteksten for eller den kulturelle rammen for implementeringen av IPS.

Første del inneholder en beskrivelse av Velferdsstaten Norge, både utvikling og organisering. Det er viktig kunnskap å ha når en skal gjøre en kulturell tilpassing, som implementeringen av IPS tilnærmingen i Norge også vil være. Det er viktig å ha kunnskap om både de politiske føringer og den eksisterende praksis, fordi dette vil påvirke utprøvingen av ny praksis. I Norge er den praktiske utføringen av arbeidspolitikken utført av NAV. Jeg har derfor tatt med organiseringen av NAV, med NAV Nordland som eksempel, for å vise hvordan dette praktisk ser ut og fordi oppgaven min er med utgangspunkt i et lokalt pilotprosjekt. Helse er tilsvarende hierarkisk organisert, med en statsråd som konstitusjonelt ansvarlig for alt som foregår innenfor sin sektor. Noe som medfører et sterkt fokus på vertikal styring, samordning og kontroll (Fossestøl & Andreassen, 2010).

Jeg har beskrevet samhandlingen rundt arbeidsrehabilitering av mennesker med psykoselidelser i Bodø og bakgrunnen for IPS pilotprosjektet i Bodø. Siden IPS er en ny måte å organisere tjenestene på, er det nyttig å få en grundig forklaring på hvordan og hvorfor vi har valgt å organisere samarbeidet slik vi har gjort, i vårt pilotprosjekt. Fossetøl og Andreassen (2011) hevder at lokalt samarbeid rundt arbeidsrehabilitering krever en helt annen styring enn det som vi har i Norge, der en helhetlig rehabiliteringsinnsats krever samordning på tvers av ulike organisatoriske felt. Som akronymet FLOKE illustrer (jfr. pkt. 2.4), er dette ingen enkel oppgave!

Videre i kapitlet vil jeg gjøre rede for den teorien som jeg mener er hensiktsmessig for å belyse problemstillingen i oppgaven. Det foreligger mye oversatt materiale på IPS fra USA (Svendsrud, 2011). IPS tilnærmingen er evidensbasert og det er derfor vært naturlig å bruke fra både dette materialet og originalmaterialet fra USA (Samsha, 2009), i planleggingen, utformingen og jobbingen med implementeringen i pilotprosjektet.

Nye måter å organisere offentlige tjenester på krever omstilling og endringer i egen og mellom samhandlende organisasjoner. Hovedvariabelen i endringsprosesser er mennesker. Hvordan leder tar tak i de prosesser som fører til at drivkreftene overskygger motkreftene er av avgjørende betydning for å få til ønsket endring. Jeg har derfor også tatt med teori om ledelse og endringsledelse.

I metodekapitlet gjennomgår jeg de metodiske valgene, for å belyse oppgavens problemstilling på best mulig måte. Her beskrives valg av metode og forskningsstrategi. Jeg beskriver og begrunner valg av informanter og hvordan jeg intervjuet respondentene for å få den empirien jeg trengte i min oppgave. Siste del av kapitlet består av en diskusjon vedrørende oppgavens troverdighet og validitet.

I kapittel 4 presenteres oppgavens empiri, der jeg redegjør for det empiriske grunnlaget for oppgaven, innsamlet gjennom intervjuer.

I kapittel 5 vil funnene i empirien (intervjuene) analyseres mot i teorien. Resultatene fra empirien presenteres i rapporter, etter mal fra kvalitetsverktøyene valgt i metoddelen. Jeg velger ut spesielt de delene som er interessante for problemstillingen i oppgaven.

Til slutt vil det i kapittel 6 komme en konklusjon på bakgrunn av arbeidet i min analysedel. Jeg vil reflektere rundt resultatene og vil i tillegg presentere alternative forklaringer. Jeg

presenterer også de videre implikasjoner min forskning kan ha og avslutter oppgaven med å diskutere mulig videre forskning.

2.0 Teoretisk tilnærming

2.1 Innledning

Norge er forskjellig fra USA ved at vi har et bedre utbygd velferdssystem for de som er utenfor arbeidslivet og et større arbeids- og stillingsvern for arbeidstakere gjennom lovgivning som bl.a. arbeidsmiljøloven og tariffavtaler. Det har vært gjennomført studier i Europa med land som har et generelt bedre arbeidsvern, høyere arbeidsledighetsnivå og velferdsgoder enn USA, for nettopp å se på disse ulikhetenes betydning for IPS tilnærmingen. En studie i seks Europeiske senter med veldig ulike arbeidsmarked og helse- og sosiale velferdssystem, viser samme tendensen som i USA. IPS dobler tilgangen på arbeid for mennesker med psykiske lidelser. Det er heller ikke i denne studien vist noe økt sykdomstilbakefall som resultat av å være i arbeid. Det lokale arbeidsledighetsnivå var det som så ut til å influere på effekten av IPS (Burns & Catty, 2008).

Det er derfor ingen grunn til å frykte at vi ikke vil lykkes med målsettingen i IPS i Norge også. Vi må imidlertid være oppmerksomme på både strukturelle forhold og etablert praksis, som kan være barrierer for utprøving av IPS og som vi trenger å få prøvd IPS tilnærmingen i forhold til. En annen viktig faktor som vi må ha med oss nå, når vi vurderer IPS tilnærmingen i Norge, er Amerikanske og Europeiske studier som viser at den tradisjonelle Train –place tilnærmingen er sterkt sementert, både på politisk nivå, i forvaltning og på praktisk tiltaksnivå. Dette betyr at de menneskene med størst bistandsbehov stenges i økende grad ute fra Place–train (Saloviita & Pirttimaa 2007; Rogan & Mank 2011; Spjelkavik et al. 2011; Wehman 2011).

2.2 Den Norske velferdsstaten

Den Norske velferdsstaten er kjennetegnet av sin størrelse og hierarkiske organisering og styring. Det er bred, tverrpolitisk enighet om opprettholdelse av velferdsstaten, men politisk uenigheter hovedsakelig om hvilket omfang og hva slags organisering velferdsstaten skal ha; om de velferdsmessige oppgaver skal løses av offentlige eller private aktører og hvilke oppgaver som bør omfattes av statens velferdsansvar (Wikipedia, 2012). Selv om denne debatten startet på 1980-tallet, har det ikke vært reist grunnleggende spørsmål om hensiktsmessigheten med en stor og politisk styrt velferdsstat, og få endringer har skjedd (Fossestøl og Andreassen, 2010).

2.2.1 Utvikling av den Norske velferdsstaten

Den Norske velferdsstaten har utviklet seg fra slutten av det nittende århundre, da de første universelle velferdsgoder ble introdusert. Arbeiderkommisjonen ble etablert i 1885 og et omfattende sosialforsikringssystem, med innføring av blant annet ulykkesforsikring og sykeforsikring. Grunnsteinen i den norske velferdsstaten er Folketrygden. Alle som bor eller jobber i Norge er pliktige medlemmer og alle lønsmottakere betaler premie til folketrygden, og er dermed både med på å finansiere ordningen i tillegg til at de har rettigheter i forhold til tilbudene (Wikipedia, 2012).

Stortinget vedtok loven om folketrygd i 1966, med innføring 1. januar 1967. Folketrygden samler og samordner alle velferdsordninger i Norge under ett. Da ble også pensjonsordningen endret, fra å være en ordning som skulle gi minimumshjelp til å bli en ordning som skulle ligge på et nivå som inntil visse grenser hadde sammenheng med det man hadde i det yrkesaktive liv (Wikipedia, 2012).

2.2.2 Organisering av den Norske velferdsstaten

Hierarkisk organisering dreier seg om hvilke arbeids- og rolledeling det skal være mellom de overordnede og underordnede virksomhetene og hvordan styringsformene mellom nivåene skal være. Departementene er underordnet Kongen og direktoratene er i sin tur underordnet departementene. Departementene arbeider med overordna og strategiske spørsmål og fungerer som et faglig sekretariat for statsråden. Direktoratene er forvaltningsorganer, som i Norge har en lang tradisjon med en viss grad av faglig selvstyre. Underliggende virksomheter får gjerne overført operative oppgaver som ikke krever politiske avveininger av ulike hensyn. Dette gjør at de underliggende virksomhetene får rom til å bygge opp en mer langsiktig kunnskapsoppbygging og utvikle en langsiktig fagspesialisering, som ikke er påvirket av politiske preferanser eller politisk overprøving og som kommer til nytte i iverksetting av de politiske vedtakene. Departementene trenger allikevel en viss fagkunnskap om de samme områdene, for å kunne dra nytte av de faglige anbefalingene fra de underliggende virksomheter når de skal gi råd til statsrådene.

For å sikre at de underliggende virksomheter gjør det som de overordna har bestemt, kan de bruke en rekke virkemidler i styringen, eksempelvis;

- Lovgivning og annen regulering
- Bestemme formål, oppgaver, organisasjonsform og finansiering
- Tilsette direktør, utforme og følge opp leiekontrakter

- Etatsstyring gjennom mål- og budsjetttrammer, styringsdokument og ulike regnskaps- og resultatrapporter
- Oppfølging av enkeltsaker

(St.meld. nr. 19, 2008-2009).

2.2.3 Organiseringen av NAV, med NAV Nordland og Nordland Fylke som eksempel
Eksempel på denne hierarkiske organiseringen, iverksettingen og styringen, kan illustreres i modellen av organiseringen og styringslinjen av arbeidspolitikken i Norge, med Nordland fylke som eksempel, vist i figur 1:



Figur 1: Organiseringen og styringslinjen av arbeidspolitikken, Nordland fylke som eksempel

Figuren illustrerer arbeids- og rollefordelingen mellom overordna og underordna nivå og styringslinjen mellom nivåene. Den illustrerer også rapporteringsnivåene fra NAV kontorene tilbake til politikerne. De politiske vedtakene, gitt av Stortinget (politikerne), iverksettes via politiske vurderinger, overordna og strategiske spørsmål som behandles i Arbeidsdepartementene. Disse går så videre til Arbeids- og Velferdsdirektoratet, som er et fagorgan. Arbeids- og velferdsdirektoratet mottar årlig, på vegne av etaten, rammer og retningslinjer i form av et tildelingsbrev fra Arbeidsdepartementet. I dette brevet blir hovedmål, budsjettammer og rapporteringskrav fastlagt. På grunnlag av departementets budsjettproposisjon, samt tildelingsbrevet, utarbeider direktoratet mål og strategier for etaten, som formidles gjennom Mål- og disponeringsbrevet til fylkeskontorene. NAV Nordland er ett av nitten fylkeskontor med hver sin fylkesdirektør i ledelsen. Fylkeskontorene har ansvar for drift og etablering av NAV kontor i partnerskap med kommunene. Nordland fylke har 44 kommuner og 43 NAV kontor. NAV kontoret er brukerens fysiske møtepunkt med iverksetting av arbeidspolitikken. Kontoret veileder brukere på arbeids-, familie- og pensjonsområdet og tar imot krav om ytelser. NAV kontorets andre hovedoppgave er å følge opp brukere som trenger ekstra bistand for å komme i arbeid eller aktivitet.

NAV kontorene er tuftet på likeverdig partnerskap mellom stat og kommune og skal yte tjenester på en måte som gjør at brukerne opplever kontoret som én tjenesteleverandør. Den lokale samarbeidsavtalen mellom stat og kommune beskriver hvilke tjenester den enkelte kommune har valgt å legge inn i NAV kontoret. Minimumskravet er økonomisk sosialhjelp, men de fleste kommuner velger å gå inn i NAV kontoret med flere tjenester, for eksempel gjeldsrådgivning eller rusområdet. Leder av det enkelte NAV kontor har ansvar for å bidra til at de overordnede målene som er lagt til NAV kontor oppfylles og for å sikre at kvaliteten på tjenestene som leveres er tilfredsstillende. NAV kontorene er den instans som møter brukeren, og der politikken utføres i praksis.

På samme måte er andre tjenestetilbud i Norge organisert og styrt, f.eks. helsetjenestene og utdanningstjenestene. Dette gjør at det blir utfordrende å få til samarbeid mellom disse, da de ulike tjenestene er organisert, styrt og rapporterer i ulike sektorer, eller ”siloe”. Samordning skjer innen og ikke mellom sektorene, for bl.a. å sikre måloppnåelse og at det som er politisk vedtatt er det som skal utføres. Det er den enkelte statsråd som er ansvarlig for måloppnåelse i ”sin” sektor (Fossestøl & Andreassen, 2010).

I Norge har vi i praksis ulike aktører som er involvert i rehabiliteringsforløpet med deltakelse i arbeidslivet som mål. Disse aktørene er både fagfolk og virksomheter. De er både kommunale, statlige, private eller tilhørende frivillig sektor og inngår i ulike organisatoriske felt; arbeids-, utdannings- og helsefeltet. Samtidig som disse aktørene skal ha et helhetlig perspektiv på mennesket, er det ingen som har et klart definert ansvar for arbeidsrehabilitering. De har sine ansvarsområder med sin kultur, fokus og målsetting for sitt arbeid, med krav til rapportering i ulike system og til ulike ministre (Fossestøl & Andreassen, 2010).

Det har skjedd en økt forståelse av behovet for en samordnet innsats overfor mennesker med ”sammensatte utfordringer” samtidig som fokus på brukervedvirkning, individets rettigheter og valgfrihet for å kunne lykkes med å møte disse utfordringene har vokst frem (Fossestøl & Andreassen, 2010). Praktiske eksempler er; innføring av individuell plan som et hjelpemiddel for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, brukerutvalg som skal tale «brukernes» sak i ulike offentlige tjenester og brukerrepresentanter som skal være «brukernes» stemme utad, i ulike fora. I helsetjenestene har også «recovery» eller bedringsprosesser som filosofi begynt å prege praksis. Det finnes flere definisjoner på recovery, men den mest kjente er:

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv»

(Anthony 1993, oversatt av Solfrid Vatne)

2.2.4 Arbeidsmarkedet i Norge og Bodø

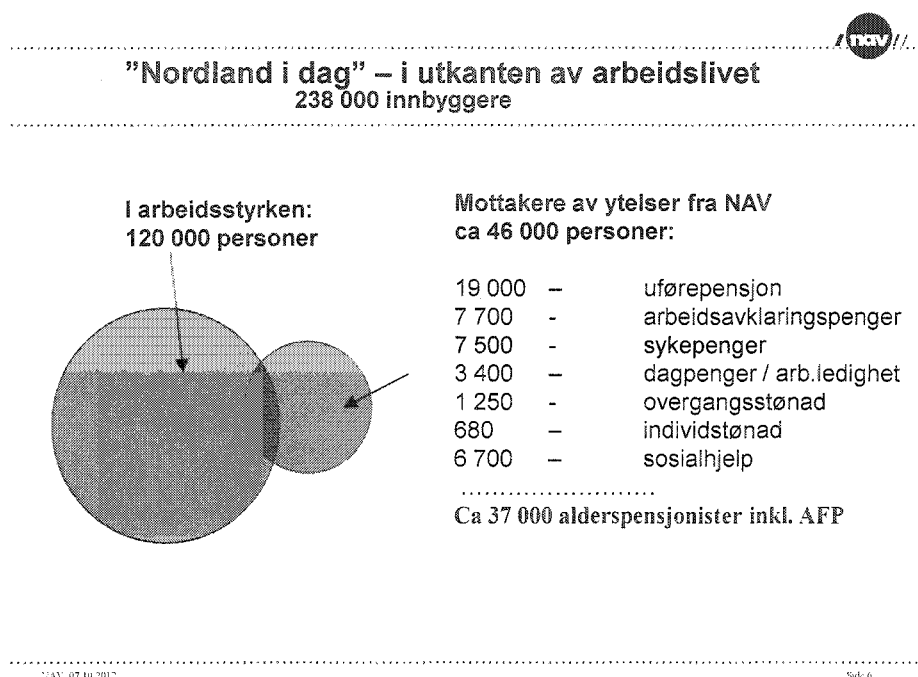
I Norge er vi i den situasjonen at vi både har mangel på arbeidskraft, dvs. vi har for lite folk til å utføre de arbeidsoppgavene som vi har behov for å få gjort, og vi har en utvikling der det er en økning i antall eldre og uføre i forhold til yrkesaktive. Dette betyr at belastningen på de som skal finansiere folketrygden øker, da denne finansieres gjennom yrkesdeltakelse. Norge er avhengig av både økt arbeidsinnvandring og av at de som står utenfor arbeidsmarkedet i dag, kommer inn.

Utfordringer for dagens velferdsmodell:

- Mangel på arbeidskraft
- Større andel av eldre
- Utgiftene til helse øker
- Det blir flere fattige i Norge

NAV gjennomfører hvert år en Bedriftsundersøkelse for å kartlegge behov og utfordringer som bedriftene har i forhold til bemanning og rekruttering. Bedriftsundersøkelsen i Nordland i 2012 viser at det er mangel på kvalifisert arbeidskraft. Hvis bedriftene hadde hatt tilgang på arbeidskraft med den kompetansen som er nødvendig, ville de kunne ansatt 1950 personer i 2012 (NAV Nordland, 2012). Selv om det er ca. 3000 arbeidsledige i Nordland, finner ikke bedriftene den arbeidskraften de har behov for. 18 % av 721 spurte bedrifter melder om rekrutteringsproblemer og dette gjelder i 49 av 252 yrker. Det er spesielt innenfor helse- og omsorgssektoren, bygg og anlegg og tjenesteytende sektor. På grunn av alderssammensetningen i befolkningen, kommer behovet i helsesektoren å vedvare.

Dette kan illustreres i en figur som viser Nordlands totale tilgang på arbeidskraft og hvordan denne fordeler seg mellom yrkesaktive og de som ikke er yrkesaktiv:



Figur 2: Fordelingen av arbeidsstyrken i Nordland 2012 (juli)

Som vi ser av figuren er det 238 000 innbyggere i Nordland fylke. Av disse er det totalt 46 000 av arbeidsstyrken (de sysselsatte og de som ønsker seg en jobb) som mottar ytelser fra

NAV og av disse er det ca. 27 000 som står ”i utkanten av” arbeidslivet og som vi har en mulighet til å få inn. Erfaringsmessig vet vi at mange av de som mottar sykepenger og arbeidsavklaringspenger, vil gå over i en mer passiv mottakssituasjon med uførepensjon som inntektssikring. Vi har i svært liten grad erfaring med å få mennesker med en allerede innvilget uføreytelse tilbake i lønnet arbeid!

Både av hensyn til den enkelte og til behovet for arbeidskraft er det helt avgjørende at vi fremover får til et mer inkluderende arbeidsliv, slik at flere kan komme i arbeid;

- Høy sysselsetting er forutsetningen for bærekraftig og solidarisk velferdsmodell
- Arbeid er grunnsteinen i velferdssamfunnet;
 - Samfunnsmessig: verdiskaping, levere tjenester, samfunnsutvikling;
 - Individuelt: Inntekt, sosialt, mestring, identitet, helse

(Bedriftsundersøkelsen, 2012).

Implementering av IPS i Norge er helt i tråd med NAVs Virksomhetsstrategi 2011 – 2020, med målblide om hvor Arbeids- og Velferdsetaten ønsker å være i 2020 og der satsingsområde nr. 1 er «Arbeid først». Samfunnsoppdraget er å bidra til bred deltakelse i arbeid og samfunn, og til økonomisk trygghet for den enkelte. Pålitelig forvaltning, Aktive brukere, Kunnskapsrik samfunnsaktør og Løsningsfokusert organisasjon er de andre fire satsingsområdene i Virksomhetsstrategien (NAV, 2011).

På bakgrunn av erfaringen fra tiltakene i Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) og avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) med understøtting fra arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) ble det i 2008 utarbeidet og igangsatt en Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, der formålet var at mennesker med psykiske lidelser skulle få bedre mulighet til å utnytte sin arbeidsevne (Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2008 – 2013). Strategiplan har jobbet for å utvikle tjenester og metoder for å bistå mennesker med psykiske helseplager, slik at de kan komme i arbeid, utdanning eller aktivitet. I dette oppdraget ligger også å øke brukermedvirkningen, styrke samarbeidet med arbeidsgivere, helsevesenet og skoleverket, styrke ferdighetene i veiledning og samarbeid med brukere, videreutvikle og formidle kunnskap om hva som virker av tiltak og tjenester (Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007-2012).

IPS er en tilnærming som integrerer arbeids- og karriereveiledning inn i psykisk helsevern, slik at det å finne løsninger mot jobb prioriteres allerede ”fra sykesengen”. Man kan si at IPS

kommer fra helse. Dette er et nytt konsept i Norge, der det er NAV som tradisjonelt sett har hatt rollen som «formidler» og møtt brukerne etter at de er avsluttet i behandling. Denne helhetlige rehabiliteringsinnsatsen krever samordning på tvers av ulike organisatoriske felt, der ingen har arbeidsrettet rehabilitering som hovedoppgave. Vi kan derfor regne med utfordringer for styring og samordning innenfor hvert av de organisatoriske feltene som berøres her; Helse og NAV. Tradisjonelt sett har NAV og Helse jobbet parallelt (syk – frisk) selv om den sentrale målsettinga har vært lokalt samarbeid. Den nye organisatoriske utfordringen blir hvordan vi kan få til en horisontal integrasjon med bruker i sentrum (Fossestøl & Andreassen, 2010).

Arbeids- og Velferdsdirektoratet i samarbeid med Helsedirektoratet ønsker å prøve ut denne tilnærmingen i Norge og har våren 2012 lyst ut 6 pilotprosjekt for å prøve ut IPS tilnærmingen i Norge. Denne tilnærmingen har fått navnet Individuell Jobbstøtte (IPS). I Nordland har vi hatt et tett samarbeid rundt arbeidsrehabilitering av personer med alvorlige psykoselidelser i Bodø over flere år og sett at dette integrerende samarbeidet, har ført til forankring og forståelse på flere nivå i organisasjonene. Dette samarbeidet har også gitt oss en erfaring i et tett og integrert samhandling og tett felles ansvar for rehabilitering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Vi har erfart at engasjerte fagfolk lokalt kan utvikle nye og bedre samarbeidsformer som er til brukers beste, men at det på et visst punkt blir et spørsmål om å få dette samarbeidet forankret i sentrale styringsdokument. Vi kommer til et punkt der ledelsen stiller spørsmål med tids- og ressursbruk, som ikke er beskrevet i sentrale ”oppdragsdokumenter”. Hvis det i tillegg er snakk om å endre strukturen på organisasjonen eller oppgavene til personalressursene i organisasjonene for å utløse den beste måten å utføre oppgavene på, lar dette seg vanskelig gjøre hvis det ikke er tilførsel av nye, økonomiske ressurser. Et eksempel kan være gjennom et samarbeidsprosjekt, der en søker om eksterne midler. Slike samarbeidsprosjekt krever i tillegg ofte en faglig sterk prosjektledelse, som også må finansieres og frikjøpes fra sin opprinnelige arbeidsoppgave. Nordlandssykehuset HF, Psykisk helse og rusklinikken og NAV Nordland har jobbet sammen om en søknad og har fått en av pilotene til Nordland og Bodø. De andre pilotprosjektene er i Oppland, Akershus, Oslo, Vestfold og Hordaland.

Individuell Jobbstøtte (IPS) kan bli tilnærmingen til ”Arbeid først” for de menneskene som vi tradisjonelt sett ikke har lyktes med å få i ordinært arbeidsliv, eller heller ikke har hatt tro på kunne komme i ordinært arbeid. NAV har ingen tradisjon på å jobbe etter evidensbasert metodikk, i motsetning til spesialisthelsetjenesten, der dette er et krav. Individuell Jobbstøtte

(IPS) er en evidensbasert tilnærming med bruker som den viktigste aktør. Brukerperspektivet, med enkeltindividets rettigheter, medvirkning og valgfrihet er blitt stadig viktigere.

Individuell Jobbstøtte (IPS) tilnærmingen understreker betydningen og viktigheten av å sette bruker i den ledende posisjonen og støtte opp under den enkeltes egen prosess. Forskning viser at en ikke kan predikere hvem som vil lykkes i å skaffe seg og beholde en jobb, på bakgrunn av sykdomshistorie, hospitalisering, symptomer og lignende. Det er den enkeltes motivasjon og tro på at en kan lykkes, som er av størst betydning for om en vil nå målet om ordinær jobb, noe som det jobbes direkte med i IPS tilnærmingen (referanse).

Norge er det landet i Europa som bruker mest penger på rehabiliteringstiltak med arbeid som mål, uten å vite hva som fungerer. Individuell Jobbstøtte (IPS) er evidensbasert så det holder! Tilnærmingen er forsket på og stadig forbedret i løpet av 25 – 30 år. Forsker Robert Drake, ved Dartmouth Psychiatric Research Center, New Hampshire, USA, som har vært med på å etablere og utvikle IPS tilnærmingen i USA sier: (min oversettelse!) ”Etter å ha fulgt opp folk i 30 år og fulgt opp pasienter i dusinvis av studier, er det totalt klar for meg på dette tidspunkt, at det er ingenting med medikamenter eller psykoterapi eller rehabiliteringsprogram eller noe av det andre som vi studerer, som hjelper mennesker mer i tilfriskningen (recovery) enn IPS tilnærmingen gjør” (Drake, 2008).

Det er av både samfunnsøkonomisk, helsemessig og individuell viktighet og nytte å gå bort fra en tanke om inntektssikring som mål for innsatsen mot denne gruppen mennesker. Inkludering i lokalsamfunnet fordrer følelsen av å høre til, det å kunne bidra i lokalsamfunnet, stolthet – og mange får dette gjennom å være i arbeid (Shafft, 2008; Warren, 2004). Den Britiske Psykiateren Rachel Perkins, som selv har en bipolar lidelse og som har jobbet med IPS tilnærmingen i Storbritannia i over 20 år sier; ”Hvorfor ikke prøve arbeid først? Hvis dette ikke fungerer kan vi prøve noe annet!” (Perkins, 2011). Gjennom Individuell Jobbstøtte (IPS) kan vi sikre at vi bruker den beste tilnærmingen i arbeidstilknytningen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Fossestøl og Andreassen (2010) sier at for å få til en helhetlig tjenesteyting med brukeren i sentrum MÅ vi tørre å tenke utenfor vårt eget hierarki og tørre å anerkjenne den gjensidige avhengigheten som ligger i et slikt samarbeid. Det er behov for et lokalt forankret samarbeid, basert på tillit, dialog og forhandlinger.

2.3 Etablering av samarbeid og grunnlag for IPS tilnærmingen i Bodø

I 2005 tok Nordlandssykehuset HF kontakt med daværende Fylkesarbeidskontoret i Nordland for å diskutere muligheten for å få til et tettere samarbeid rundt arbeidsrehabilitering av unge mennesker (16 – 30 år) innelagt i rehabiliteringsavdelingen, psykiatri og med psykoseproblematikk. Bakgrunnen for denne henvendelsen fra sykehuset i Bodø var faglig inspirasjon knyttet til forskning fra Nord Amerika og boka «A working life for People with severe mental illness» av Deborah R. Becker & Robert E. Drake. Boka kom ut i 2003 og beskriver den evidensbaserte tilnærmingen Individual Placement and Support / IPS og tenkningen på feltet.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra NAV Nordland, Nordlandssykehuset HF og Attføringsbedriften Bodø Industri AS. Mandatet var å drøfte samarbeidsformer og en eventuell utforming av tiltak.

Siden 1990-tallet har det vært bred politisk enighet og initiativ for å fremme arbeidslinja og forhindre utstøting fra arbeidslivet, bl.a. gjennom NOU: 26:1992 «Ein nasjonal strategi for økt sysselsetting i 1990-årene» (Kleppe-utvalget) og i Attføringsmeldinga (St.meld. nr. 39: for 1991-92). Målet er å opprettholde en høyest mulig arbeidsstyrke og øke mulighetene for arbeid for de gruppene som stiller svakere på arbeidsmarkedet (St.meld. nr. 50/1998-99). Målet med arbeidslinja er kort sagt; flere i arbeid og færre på passive stønader.

Rehabiliteringsmeldingen «Ansvar og mestring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk» kom i 1998 (St. meld. nr. 21, 1998-99) og retter seg primært mot helse- og omsorgssektoren. Regjeringens mål er at velferdspolitikken skal ha fokus på hele mennesket og meldingens ønske om et mer systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid for å fremme selvstendighet og deltakelse, må også sees i sammenheng med kvaliteten og innholdet i tjenestene. Definisjonen av rehabilitering blir i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (St.prp. nr. 1 2007-2008), fremhevet som; «kjernen i habiliterings- og rehabiliteringspolitikken er det enkelte menneskets livskvalitet, mestring og deltakelse, sosialt og i samfunnet». Dette omfatter både medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering og attføring og handler om å bedre individets funksjonsevne og om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltakelse i samfunnet (St.meld. nr. 21 1998-99). Den kan dermed knyttes direkte til målene for velferdspolitikken i arbeidslinja (Brinchmann, 2012).

Både Rehabiliteringsmeldinga og Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering fremmer brukerorienteringen i rehabiliteringsarbeidet. All innsats skal rettes mot de mål som bruker

selv vurderer som viktige i sitt liv. Det pekes i tillegg på at en skal arbeide helhetlig ut fra brukers ståsted, inkludere alle relevante livsarenaer, alle forhold knyttet til eget liv, og på tvers av tjenesteaktører. Dette krever en samordnet innsats og en felles målforståelse, i tillegg til at det setter krav til samhandling på tvers av fag og nivå med tanke på brukers opplevelse av kontinuitet (Brinchmann, 2012).

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008, hadde som mål å øke både kvaliteten og kvantiteten på tjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Det verdimesseige målet var å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv (St.prp. nr. 63 1997-98). Et viktig satsingsområde i Opptappingsplanen var å styrke tilgjengeligheten til arbeid gjennom egnede opplærings/utdanningstiltak og andre arbeidsrettede tiltak for mennesker med psykiske lidelser. Gjennom Opptappingsplanen ble det finansiert og igangsatt følgende tiltak:

- Arbeidsrettede tiltak for mennesker med psykiske lidelser i regi av NAV
- Prosjektet «Vilje Viser Vei – en systematisk tilnærming til arbeidslivet» for å kartlegge og utvikle metodikk, slik at flere mennesker med psykiske lidelser skal få mulighet til å utnytte sin arbeidsevne
- En egen Storbysatsing i byene Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansund og Bodø.

Etableringen av Storbysatsingen i Bodø i 2006 medførte øremerkede ressurser både til en stilling som prosjektleder for Storbysatsingen og til en Fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse i Nordland. I tillegg ble det gitt en øremerket sum og et måltall som skulle nyttes til arbeidsrettede tiltak for målgruppen, i Bodø.

NAV hadde dermed både stillingsressurser og tiltaksøkonomi for å gå inn i en dialog med Nordlandssykehuset HF og tiltaksarrangør Bodø Industri AS for å diskutere mulige tiltak for innelagte pasienter ved rehabiliteringsavdelingen. Prinsippene for IPS tilnærmingen ble diskutert i arbeidsgruppen, men ble vurdert å være for krevende. Ingen av partene hadde erfaring fra å plassere denne type brukere / pasienter ut i ordinært arbeidsliv. Den allmenne metodikken var en forsiktig tilnærming til arbeid, gjennom plassering i skjermet sektor, jfr. Train-place tenkningen. Vi hadde vel heller ingen tro på at direkte plassering i ordinært arbeidsliv var mulig, da vi i Bodø etablerte egne miljøer for arbeidsavklaring for denne brukergruppen, utenfor hoved lokalene til tiltaksarrangør. Dette ble ikke gjort for å skjerme deltakerne, men var mer tenkt som en mulighet til å etablere en ny arena for arbeidsavklaring og samhandling. Det var på bakgrunn av at disse brukerne tidligere ikke hadde klart å

nyttiggjøre seg de eksisterende arbeidsrettede tiltakene og et behov for å skape arenaer for «skreddersøm» og nytenkning. Dette skulle allikevel skje innen rammen av skjermet sektor.

Arbeidsgruppen vurderte på bakgrunn av historisk erfaring ved bruk av arbeidsrettede tiltak og økonomiske muligheter gjennom tiltaksmidler, å etablere et IPS-tilbud gjennom stillinger knyttet opp mot det arbeidsrettede tiltaket Arbeid med Bistand (AB). Dette ville gitt 12 deltakere pr. ansatt, men det ble vurdert at dette ville bli for krevende i den fasen arbeidsrehabiliteringen skulle starte, som nærmest ville være fra sykesenga i sykehuset. Pasientene fra Nordlandssykehuset HF er tilhørende i hele Nordland og det ville være vanskelig å gi tett individuell oppfølging fra sykehuset over slike store geografiske avstander.

Det ble derfor besluttet å starte et tilbud på Nordlandssykehuset HF, innenfor rammene av «Arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) med 12 tiltaksplasser, forsterket med én ansatt, slik at det ble totalt 3 utføringskonsulenter i tiltaket. Dette ble gjort etter vurdering av oppfølgingsbehovet til pasient-/deltakergruppen og romslighet i forhold til varighet i tiltaket. APS tiltak kan gi et tilbud i inntil 24 måneder (+ evt. 24 måneder). Tilbudet fra rehabiliteringsavdelingen kan variere, fra et 3 måneders kartleggingsopphold og opp til ca. 2 års behandling.

«Jobbhuset» er en samarbeidsmodell mellom tre samarbeidende aktører, både faglig og økonomisk. NAV Nordland bestiller og betaler for 12 APS plasser hos utføringsbedriften Bodø Industri AS. I tillegg stiller NAV Nordland med faglig kompetanse på arbeidsmarked, regelverk, tiltaksordninger og virkemidler. Bodø Industri AS bemanner tiltaket og driver det. Bedriften stiller også med kompetanse på arbeidsrehabilitering, arbeidsutredning/-avklaring, kjennskap og kontakter i arbeidsmarkedet og tilknytning til andre tiltaksarrangører i Fylket. I tillegg kan de bidra med andre typer tiltaksplasser internt i Bedriften. Bodø Industri AS har leieavtale med Nordlandssykehuset HF for lokalene til «Jobbhuset». Nordlandssykehuset HF har investert mye i klargjøring av lokalene, som leies gratis av tiltaksarrangør, som kun betaler strømavgiftene. Sykehuset hadde noen maskiner, som også er flyttet til lokalene til «Jobbhuset» og disponeres av tiltaksarrangør. Nordlandssykehuset HF har to psykologspesialister som har faste samarbeidsmøter med de ansatte på «Jobbhuset». Partene har organisert prosjektet gjennom en Styringsgruppe og et Rådgivende Utvalg, der alle parter er representert (Brinchmann, 2012).

«Jobbhuset» ble etablert og startet opp 23. juli 2007, som et tilbud rettet spesielt mot innelagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fortrinnsvis psykoselidelser, for å åpne opp for den

enkelte deltakers muligheter for samfunnsdeltakelse gjennom arbeid. Vi ønsket å gi deltakerne konkrete erfaringer og tidlig fokus på arbeid som en mulig livsarena. Dette er viktig, både for å vekke motivasjon og selvtillit, øke inkluderingen i samfunnet og for å forebygge for tidlig uførepensjon og isolasjon med basis i diagnose og langvarige opphold i psykisk helsevern. Tiltaket oppsto gjennom tiltaksmidler fra «Vilje Viser Vei» og prosjektet «Storbysatsingen» i Bodø.

Rehabiliteringsavdelingen ved Nordlandssykehuset HF, nå psykisk helse og rusklinikk, praktiserer under fagfeltet psykiatrisk rehabilitering, der fokus er på symptomer, diagnose, dysfunksjon og funksjonsfall basert på en medisinsk diagnose. Brinchmann (2012) problematiserer i sin rapport «Virksomme faktorer ved integrering av arbeidsrettet rehabilitering i psykisk helsevern», hvordan den medisinske rehabiliteringstenkningen kan «sperre utsikten» til livsmål og livskvalitet utover fravær av sykdom og symptomer. Brinchmann hevder at et utgangspunkt for å fremme deltakelse i arbeidslivet krever både forståelse av moderne rehabiliteringstenkning og innspill fra andre instanser enn helsevesenet i tillegg til evnen til å gjennomføre samhandling over tid med den enkelte.

Brinchmann har gjort en undersøkelse av tidligere deltakere av «Jobbhuset» sine egne erfaringer og refleksjoner rundt tilbudet de fikk gjennom «Jobbhuset». Hun har prøvd å få frem hvilke faktorer som har vært av betydning for den enkelte, for å få til en positiv utvikling mot en mer aktiv arbeidsrehabilitering. Det handler om en annen tilnærming, som vektlegger andre fokus enn den tradisjonelt medisinske. Som eksempler kan nevnes fokus på ressurser og muligheter til den enkelte deltaker, med en grunnleggende tro, og formidling av, at alle har et potensiale, som kan realiseres. Det er dette det jobbes med, i forhold til den enkelte deltaker og i forhold til støtteapparatet i hjemkommunen. Hennes konklusjon er at helse ikke kan være enerådende aktør i rehabilitering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, men knyttes sammen med andre aktører som vektlegger andre fokus.

Tall fra «Jobbhuset» viser at 75 % av deltakerne ved tiltaket overføres til andre tiltak i NAV ved utskrivelse fra rehabiliteringsavdelingen ved Nordlandssykehuset HF. Metodisk har vi fått til en tilnærming i tett samhandling mellom ulike aktører og med overskridelse av tradisjonell oppgavefordeling (Brinchmann, 2012).

Gjennom dette positive resultatet av samarbeid, i form av deltakere som lykkes, utvikling av nettverk og mange gode dialoger, har vi fått en større forståelse for hverandres perspektiver og utgangspunkt. Erfaringen har vist oss at samarbeid krever fleksibilitet i og mellom

systemene, ydmykhet for brukeres behov og samarbeidsparters rammer og muligheter, åpenhet rundt behov og muligheter, ønske og vilje til å utfordre eget og andres handlingsrom og sist, men ikke minst; lokale ildsjeler som står på og går i bresjen for å bedre tjenestene for brukerne.

2.4 IPS Individuell Jobbstøtte Bodø / FLOKE

Prosjektleder for pilotprosjektet Individuell Jobbstøtte / IPS i Bodø, psykologspesialist Beate Brinchmann bruker akronymet FLOKE når hun beskriver pilotprosjektet. Jeg synes det gir en veldig god beskrivelse av utfordringer vi har møtt og hvordan vi har løst disse i jobbingen med implementeringen av Individuell Jobbstøtte / IPS i Bodø.

FLOKE:

Finansiering

Lovverk

Organisering

Kultur, kommunikasjon

Elektronisk samhandling

(Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen, Trondheim 22. august 2008, da han introduserte Samhandlingsreformen)

2.4.1 Finansiering

En av anbefalingene fra USA er viktigheten av å vurdere finansieringskilder for IPS programmet. Dette er for å forsikre at disse støtter innføringen av IPS. Individuell Jobbstøtte / IPS er på utprøvningsstadiet i Norge. I Norge er det tradisjon for å bruke prosjekter og eksterne prosjektmidler for å prøve ut nye program eller nye metoder i offentlig sektor. Individuell Jobbstøtte / IPS Pilotprosjektet i Bodø har to deleiere; Nordlandssykehuset HF og NAV Nordland. Deleierne finansierer prosjektet via eksterne tilskuddsmidler:

- Arbeids- og velferdsdirektoratet, NAV FARVE tilskuddsmidler; finansierer IPS jobbspesialist på psykoseteamet og prosjektleder i 60 % stilling for å jobbe med implementering og forskning på IPS pilotprosjektet i Bodø.
- Helsedirektoratet, tilskudd til utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller og IPS PILOT tilskuddsmidler; finansierer IPS jobbspesialist på Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus.

Tilskuddsmidlene er samlet på en felles prosjektkonto ved Nordlandssykehuset HF, der prosjektleder er ansatt. I tillegg til dette, dekker organisasjonene der jobbspesialistene skal være ansatt, kontorplass og deler av driftsutgiftene og NAV Bodø stiller et gjestekontor til disposisjon for jobbspesialistene, én dag i uka.

2.4.2 Lovverk

Nye roller (jobbspesialister) med vurderinger om finansieringskilder og plassering / ansettelsesforhold har krevd møter mellom prosjektleder og jurist ved Nordlandssykehuset HF. Pilotprosjektet i Bodø har vært opptatt av å følge anbefalingene fra USA på at jobbspesialistrollen primært skal være i helsetjenestene, i allerede eksisterende helseteam. Dette er også med tanke på en videreføring etter at pilotprosjektet er over. Hvis vi lykkes med målsettingen i Individuell Jobbstøtte / IPS og det er ønske om en videreføring etter prosjektperioden, er det lettere å få dette til hvis det ikke krever en radikal endring av struktur, men heller utnyttelse av allerede eksisterende ressurser, på en mer hensiktsmessig måte.

For oss kommer IPS fra helse og integrering i helse betyr for oss at jobbspesialisten er ansatt i et helseteam, på like vilkår som andre ansatte i samme helseteam. Det eksisterer allerede samarbeidsmodeller mellom helse på ulike nivå (jfr. Samhandlingsreformen, 2008-2009); mellom nav og helse og mellom nav, helse og skjerma sektor. Dette gjør vi allerede i dag. Det som prosjektet i Bodø mener er nytt og av avgjørende betydning for den målgruppen som IPS er ment for – de menneskene med alvorlige psykiske lidelser, som ikke er i arbeid i dag og som i alt for stor grad går over på en varig ytelse – har behov for at også helsetjenestene verdsetter betydningen av arbeid og tilbyr arbeid som en del av behandlingen. Dette er dette IPS tjenestene tilbyr ved å ansette jobbspesialister inn i helsetjenestene / helseteamene. For å få den samme og nødvendige tilgangen på journalsystem, med felles rapportsystem der prosessen med arbeid som mål sidestilles med rapportsystem for tilfriskningsprosessen, var det derfor også nødvendig å ansette i helseteam.

2.4.3 Organisering

Implementering av Individuell Jobbstøtte / IPS vil innebære endringer i måten aktuelle organisasjoner arbeider og samarbeider rundt behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser, i forhold til integrering av arbeid som del av den behandlingen de mottar. Forankring og engasjement hos ledelsen i organisasjoner som implementerer IPS er særdeles viktig for at tilnærmingen skal fungere etter hensikten. Når organisasjonens ledere holder seg informert og engasjerer seg i implementeringsprosessen fra starten av, øker sannsynligheten for at IPS programmet får god kvalitet. Det er også viktig at organisasjonens

ledere tar initiativ for å fremme IPS programmet og støtter dette både internt og eksternt. Det er av avgjørende betydning at lederne også understreker betydningen og viktigheten av IPS tjenesten ved å fortelle at psykisk syke kan lykkes i ordinære jobber, gjennom aktiv støtte og oppfølging fra IPS-tjenesten.

For å få til implementering og varig endring er det jobbet med at implementeringen av IPS i Bodø skal være forankret i sentrale føringer som Samhandlingsreformen (2008-2009), DPS meldinga (2006), Nasjonal Strategigruppe II (Arbeidsgruppe 2), Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2008-2013), Jobbstrategien for personer med nedsatt arbeidsevne (2012), OECD rapport «Sick on the job» (2012). Individuell Jobbstøtte / IPS gir mulighet til å øve ut samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og nivåene i NAV. Denne samhandlingen skjer gjennom en godt beskrevet og konkret tilnærming som IPS tilnærmingen er, organisert inn i ordinær drift.

Hvem er så pilotprosjektet i Bodø? Pilotprosjektet i Bodø består av tre samhandlende organisasjoner:

1. Nordlandssykehuset HF: Psykoseteamet Salten DPS og Lærings- og mestringssenteret.
2. Bodø kommune: Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus.
3. NAV: NAV Nordland, NAV Bodø.

Pilotprosjektet skal prøve ut Individuell Jobbstøtte / IPS med egne jobbspesialister to steder:

1. *Psykoseteam organisert i spesialisthelsetjenesten*; med målgruppe pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Psykoseteamet er et lavterskeltilbud til mennesker i prodromalfasen (forvarselfasen til psykose) og deres familier. Det kreves ingen henvisning og det gis et 5-årig oppfølgingstilbud til førstegangssyke.
2. *Den kommunale oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus*; dagsentertilbud, bofelleskapstilbud og helhetlig hjemmetjenestetilbud.

I tillegg har NAV i dag en rolle i forhold til mange av brukerne, både i form av økonomisikring og arbeids- og aktivitetstilbud og er derfor en viktig samhandlingspart for pilotprosjektet i Bodø. Vi skal sikre at brukere som mottar tjenester fra både helse og NAV får koordinerte tjenester. Lærings- og mestringssenteret er en lovpålagt oppgave som sykehusene har, med ansvar for å lære pasienter og pårørende om og å mestre utfordringer de har i forhold til sin sykdom. Tjenesten er brukerfokuset og kan bidra med kompetanse på å lage både kurs og informasjonsmateriell. Hittil har Lærings- og mestringssenteret mest jobbet med somatisk

sykdom og i liten grad psykisk sykdom, så her har vi muligheten til nyskaping på flere områder. Pilotprosjektet skal altså foregå i allerede eksisterende organisering med fokus på helhetlige pasientforløp og samhandling med IPS tilnærmingen som metode for samhandlingen.

Pilotprosjektet har en Styringsgruppe. Det var allerede etablert en Styringsgruppe for Samhandlingsreformen i Salten, der NAV ikke var representert. Gjennom pilotprosjektet for IPS fikk vi supplert den med representanter fra NAV Nordland og NAV Bodø.

Styringsgruppen består nå av:

- Spesialisthelsetjenesten Nordlandssykehuset HF: ass. klinikkssjef psykisk helse og rusklinikken og leder for Salten DPS, prosjektleder for samhandlingsprosjektet ved psykisk helse og rusklinikken, psykologspesialist / prosjektleder for IPS
- Bodø kommune: kommunaldirektør for helse og sosialtjenester
- NAV: avd. direktør for marked og samfunn NAV Nordland og leder NAV Bodø, fylkeskoordinator psykisk helse og rus, NAV Nordland
- Erfaringskonsulent ved Nordlandssykehuset HF

Styringsgruppens mandat for IPS pilotprosjektet i Bodø er:

1. Lede arbeidet gjennom styringsgruppen med implementering av modellen Individual Placement and Support med høy fidelity skåre.
2. Vurdere gjennom prosjektperioden hvorvidt dette er en satsing som skal videreføres etter pilotering. Dette skal skje gjennom å integrere programmet i retningslinjer og prosedyrer og sikre nødvendige driftsmidler.

Pilotprosjektet har en Referansegruppe:

- Marborg (brukerorganisasjon for LegemiddelAssisterRehabilitering),
- Fylkesmannen i Nordland, rådgiver psykisk helse
- NHO v/regiondirektør og LO v/distriktssekretær
- En representant fra næringslivet i Nordland

I tillegg er referansegruppen til samhandlingsprosjektet, som indirekte er en del av pilotprosjektet referansegruppe:

- Mental Helse, LPP (landsforeningen for pårørende innen psykisk helse), WSO (we shall overcome)
- Ledergruppen Salten DPS
- Representant fra Akuttavdelingen og Rehabiliteringsavdelingen

Pilotprosjektet har også en Prosjektgruppe, som fungerer mer en arbeidsgruppe og består av ansatte i de samarbeidende organisasjonene som er i kontakt med den praktiske bruken av tjenestene;

- Bodø kommune; Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus; prosjektleder for Individuell Plan og leder for et kommunalt bofellesskap;
- Nordlandssykehuset HF; leder for psykoseteamet, rådgiver Lærings- og mestringssenteret, prosjektleder for IPS pilotprosjektet i Bodø og forskningssekretær på Forskningsseksjonen.
- NAV; avdelingsleder og assisterende avdelingsleder for Oppfølgingsavdeling 1 ved NAV Bodø og Fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse ved NAV Nordland.

Prosjektgruppen diskuterer felles opplæringsplan for IPS programmet, både spesifikt for jobbspesialistene og for andre i organisasjonene. Her vil vi også komme til å diskutere praktiske utfordringer som Jobbspesialistene kommer til å møte og hvordan disse skal håndteres. Det er viktig å ha fora for å ta opp praktiske utfordringer og å ha knyttet kontakt med nøkkelpersoner i de ulike organisasjonene, slik at en hurtig kan ta kontakt, hvis det oppstår utfordringer for brukerne, som krever en hurtig avklaring.

2.4.4 Kultur og kommunikasjon

De ulike organisasjonene / tjenestene har alle et felles mål om å hjelpe mennesker med funksjonsnedsettelse til å vende tilbake til arbeidslivet og bli mer uavhengige.

Organisasjonene har ikke alltid samarbeidet på en måte som gir brukerne sømløse og koordinerte tjenester. Individuell Jobbstøtte / IPS gir en mulighet til å utvikle et effektivt samarbeidsforhold mellom de lokale organisasjonene innen IPS. I denne samhandlingen er det viktig å bygge en felles forståelse og en felles kultur, på tvers av organisasjonen, for å skape felles verdier, holdninger, forståelse og praksis for IPS tjenesten. Faglig kultur påvirker utføringen av praksis og påvirker mange aspekt ved behandling og oppfølging av brukerne. I tillegg er det viktig å tilpasse organisasjonenes praksis, slik at den avspeiler og respekterer mangfoldet i samfunnet som skal betjenes. IPS tjenesten må ikke oppfattes som uegnet eller vanskelig tilgjengelig for minoritetskulturer.

Det vil bli gitt opplæring fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til alle 6 pilotprosjektene. I tillegg vil Pilotprosjektet i Bodø tilby lokal opplæring og veiledning, både til Jobbspesialistene og til andre medlemmer i de samarbeidende organisasjonene. Pilotprosjektene er alle organisert på ulike måter og vil komme til å ha ulike opplærings- og veiledningsbehov. Det er derfor viktig å spisse opplæringen og veiledningen lokalt. Det er satt av en felles fagdag den 22.1.2013, der det vil bli gitt en grunnopplæring på Individuell Jobbstøtte / IPS for ansatte i de tre nevnte avdelingene. Det skal være ukentlig veiledning av jobbspesialistene i forhold til praksisen sin opp mot prinsippene i IPS tilnærmingen og det skal vurderes opplæring i Motiverende Intervju og Karriereveiledning. Pilotprosjektet kommer til å tilby denne opplæringen til flere fra de samarbeidende organisasjonene. Bodø kommune skal i gang med et eget prosjekt på Individuell Plan (IP) og referansegruppen kommer til å være opptatt av hvordan dette vil være nyttig for deltakerne i IPS pilotprosjektet også. Opplæring av brukere og pårørende er også en del av IPS-tilnærmingen. Lærings- og mestringssenteret kommer til å få en rolle i dette arbeidet, i tillegg til at IPS kommer til å være tema på familiedager som arrangeres jevnlig av psykoseteamet. Jobbspesialistene kommer til å være viktige bidragsyttere i opplæringen etter hvert som de får erfaring.

2.4.5 Elektronisk samhandling, retningslinjer og prosedyrer

For å få IPS programmet integrert i tjenestene må det også utvikles retningslinjer og prosedyrer som støtter opp under aktiviteten til IPS tilnærmingen. anbefalte eksempler på dette kan være;

- inntakskriterier
- kriterier for å forlate IPS
- ansettelseskriterier
- kommunikasjon og organisering av programmet
- kriterier for planlegging av vurderingen og behandlingen
- krav til deltakerregistre
- brukernes rettigheter
- evaluering av programmets og teammedlemmenes resultater

Når disse er utviklet, er det viktig å få dem inn som en del av de gjeldende rutiner og prosedyrer for organisasjonen. På denne måten blir IPS tilnærmingen en integrert del av tjenesten.

Pilotprosjektet i Bodø har hittil fokusert på interne journalsystemer og jobber med å få integrert journalnotater fra den arbeidsfokuserende prosessen med brukerne i den allerede eksisterende elektroniske pasientjournal (DIPS). Dette kan være henvisningsskjemaer til jobbspesialisten, yrkesprofiler, CV, individuell plan, arbeidsplan og skjemaer for å jobbe med jobbmotivasjon / ambivalens. På denne måten vil en kunne få til en mer helhetlig rehabiliteringstjeneste, med den dokumentasjonen som er nødvendig for en best mulig tjeneste. Når dette er på plass blir videre utfordring hvordan vi praktisk kan dele aktuell informasjon med samarbeidende organisasjoner.

2.5 IPS KIT-moduler

IPS er en systematisk, strukturert og evidensbasert måte å jobbe på for å oppnå ordinært arbeid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. De amerikanske forskerne har laget et implementerings KIT (samsha, 2009) som består av en rekke hefter, som ganske detaljert beskriver hovedpunktene i tilnærmingen og måten den gjennomføres på. Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått tillatelse fra forfatterne til å oversette materialet til norsk (Svendsrud, 2011). Arbeids- og velferdsdirektoratet har finansiert oversettelsen for å gjøre det lettere for norske beslutningstakere og fagfolk å sette seg inn i IPS tilnærmingen og vurdere den for norske forhold. I planlegging og den praktiske jobbingen med implementeringen av IPS piloten i Bodø har IPS-modulene vært en viktig kilde å støtte seg til. De ulike modulene er:

IPS – Hvordan bruke modulene

IPS – Komme i gang

IPS – Hvordan bygge et tilbud

IPS – Hvordan sikre kvalitet

IPS – Evidens

IPS – Opplæring av IPS konsulenter

Modulene er tilgjengelige på nettsidene til bransjeorganisasjonen, Attføringsbedriftene (www.attforingsbedriftene.no).

2.6 Ledelse

Det finnes mange ulike ledelsesdefinisjoner. Jacobsen og Thorsvik (2008, s.381) bruker følgende definisjon på ledelse: "Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den

hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd. Når ledelse skjer innenfor en organisasjon, er hensikten med ledelse vanligvis å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål, å motivere dem til å yte mer, og få dem til å trives i arbeidet”.

Alvesson (2002) viser til Yukl, som bemerker at et fellestrekk på alle definisjonene er at ledelse dreier seg om en påvirkningsprosess. Alvesson argumenterer for at det hersker en sammenblanding av ledelsesideologi og organisasjonskultur, der ideologien ofte har en manglende dybde i forhold til kulturen. Det er et skille mellom bedriftskulturen slik den blir foreskrevet av ledelsen, og slik den vokser opp nedenfra. Alvesson hevder at det vil være mer nyttig å se på dypere og mer ubevisste aspekter ved kulturen enn de ledelsen allerede anerkjenner og støtter. Heller enn å glatte over uenigheter og inkonsistens, bør ledelsen være interessert i å skaffe seg et solid grunnlag for tenkemåten sin og beslutningene sine.

I dette ligger det at vi må ta de underordnedes oppfatninger og tolkninger alvorlig hvis vi ønsker å forstå hva ledelse faktisk er. Sjefenes praktiske handlinger krever omhyggelig fundamentering og kontinuerlig tolkning av de underordnedes oppfatninger og av hvordan de forholder seg til leders tanker og tiltak (forutsetning for ”frivillig lydighet”).

Ledelse er per definisjon kulturell, dvs. utspiller seg alltid i en kulturell kontekst. Alle ledelseshandlinger får sine konsekvenser ved den kulturelt styrte tolkningen som blir utført av dem som er innblandet i de sosiale prosessene hvor underordnede, ledere og ledelseshandlinger kommer til uttrykk.

Alvessons argumentasjoner støtter også Yukls bemerkning, om at ledelse dreier seg om å påvirke virkelighetsoppfatninger, tenkning og følelser. Han knytter dette imidlertid til kulturbegrepet og hevder at kulturen fungerer som ledelsens middel og mål. At det er kulturen som skaper ledere, ikke omvendt, og for at leder skal lykkes, må hun gi sine intensjoner, handlinger, tiltak og resultater et positivt innhold.

I følge Alvesson handler ledelse om å appellere til folk, til deres innerste, på en eller annen måte. De visjoner lederen utformer, instruksene, forslagene, målene og den måten man bygger opp organisasjonen på, må oppleves som legitime og meningsfulle. Leders handlinger må finjusteres i overensstemmelse med de normer og rammer som gjelder for dem som skal påvirkes. De underordnedes verdier ikke bare formes av ledelsen, men deres verdier påvirker også ledelsen slik at den stemmer bedre overens med de underordnedes verdier og holdninger

Altså; Ledelse og kultur er et gjensidig forhold: Ledelse er en tilpasning, en forsterkning, en kreativ variant og/eller fornyelse av dominerende kulturelle holdninger i organisasjoner – mer enn ledelse er noe som former kultur.

2.7 Endringer i organisasjoner

Organisasjoner er i stadig endring. Dette kan komme av naturlige utviklingsprosesser, eller som et resultat av rasjonelle valg gjort på bakgrunn av at aktørene ser behov for å endre deler av organisasjonen. Endringer kan også bli tvunget fram av forventninger og krav fra organisasjonens omgivelser (Jacobsen og Thorsvik, 2008). Jacobsen & Thorsvik (2008) hevder også at endring er en av de viktigste lederoppgavene.

2.7.1 Identifisere behovet for endring

Implementeringen av Individual Placement and Support (IPS) har innvirkning på alle organisasjonene som skal samarbeide rundt IPS tilnærmingen; Bodø kommune, Salten DPS og NAV Bodø. Implementeringen endrer ikke kjernevirksomheten i samarbeidende organisasjoner, da det er snakk om endring i deler av tjenestene og ikke hele organisasjonen. Endringen kan heller ses på som en bevisstgjøring, fokusering og tydeliggjøring av det helhetlige rehabiliteringstilbudet disse tjenestene er ment å gi brukerne, med arbeid som mål. Alle deltakende organisasjoner er interessert i å tilby en best mulig tjeneste for sine brukere. NAV har i sin virksomhetsstrategi «Arbeid først» Kommunen vil tjene på at de brukerne som ønsker jobb, får hjelp til dette, da de kan bli mindre avhengige av tjenester fra kommunen. Spesialisthelsetjenesten skal jobbe etter evidensbasert praksis (EBP) og ønsker til enhver tid å gi det beste tilbudet til sine pasienter, slik at de blir i mest mulig stand til å ivareta seg selv.

Jacobsen og Thorsvik (2008) beskriver ulike strategier for endring og tar utgangspunkt i Nadler & Tushman. Det vises her til fire strategier for endring, avhengig om endringen tar utgangspunkt i henholdsvis samarbeid eller konflikt/tvang, og avhengig om endringen er inkrementell eller revolusjonær. Følgende tabell illustrerer dette:

	Inkrementell endring	Strategisk endring
Proaktiv	”Fininnstilling”	Reorientering
Reaktiv	Tilpasning	Gjenskaping

Figur 3: Ulike endringstyper

Endringen ved implementeringen kan ses på som en tilpasning ved at den er reaktiv og inkrementell (Jacobsen og Thorsvik, 2008). Reaktiv viser til at den er et svar på et stadig

større politisk fokus på ”arbeid først” og evidensbasert forskning på ny praksis. Inkrementell ved at den viser til at endringen er en del av mange skritt virksomhetene tar for å tilpasse seg interne og eksterne forhold. En inkrementell utvikling kan både skje ved at ledelsen bevisst iverksetter små endringer og slik skaper en tvunget utvikling, eller ved at ledelsen og ansatte sammen er ansvarlige for at virksomheten går i riktig retning, altså en deltakende utvikling.

2.7.2 Motstand mot endring.

Motstand mot endring vil alltid være der i større eller i mindre grad. «*Mennesker er ikke i mot endring – mennesker er i mot å bli endret*» (Amundsen, 2005, s. 106). Jacobsen og Thorsvik (2007) har som utgangspunkt at motstand vil være en relativt rasjonell reaksjon fra enkeltindivider og grupper. Denne motstanden, hevder de, trenger ikke å være en dysfunksjonell eller patologisk tilstand, men mer et forsvar for noe man kjenner og mener er godt og riktig. Gjennom implementeringen av Individuell Jobbstøtte / IPS må en være bevisst at en skal samordne ulike organisasjoner med ulike kulturer, preferanser og erfaringer, både med målgruppen og med samarbeid på tvers av organisasjonene.

Generelt er autoritære og byråkratiske kulturer vanskelige å endre, noe som det må tas hensyn til, da både helse og NAV er har byråkratiske og autoritære kulturer med systemer som ikke intuitivt er i stand til å kommunisere. Fra praksis vet vi at det eksisterer betydelige gjensidige negative forventninger mellom NAV-ansatte og ansatte i helse. I tillegg til at holdninger som går mot at målgruppen i liten grad er fulgt opp av NAV og at helse tradisjonelt sett har «skjermet» pasienter mot arbeid snarere enn å vurdere arbeid som en viktig behandlingsintervensjon.

2.7.3 Motivasjon

En ledelse som gir rom for internalisering av fellesskapets mål og verdier kan skape motivasjon for å yte (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Motivasjon er vanligvis forstått som en indre psykologisk prosess i det enkelte individ, som skaper drivkraft som får oss til å handle, som gir retningen til handlingen og opprettholder og forsterker handlingen (Jacobsen og Thorsvik, 2007, s. 218). Man antar også at medarbeidernes individuelle behov og sosiale tilhørighet spiller inn på motivasjonen.

Behovsteori er viktig for å belyse motivasjon. Jeg tar utgangspunkt i Davis McClellands behovsteori (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Mens Maslow mener behovskategoriene er hierarkisk oppbygd, mener McClelland at behovene er ordnet langs et kontinuum ved at det er

mulig å bevege seg i begge retninger dersom man ikke lykkes i å tilfredsstille bestemte behov. McClelland beskriver at menneskene handler ut fra tre grunnbehov:

- Behovet for makt
- Behovet for tilhørighet
- Behovet for prestasjoner

Disse tre grunnleggende behovene er mer eller mindre fremtredende hos de ulike individene. I følge Jacobsen og Thorsvik (2007) kan vi trekke ut to punkter behovsteoriene lærer oss i forhold til å motivere medarbeidere:

1. Personer motiveres til å handle når de ser muligheter til å tilfredsstille sine behov. Man motiveres ikke av de samme behovene og innenfor en bedrift vil det være ulike behov hos de forskjellige individene.
2. Behovsteoriene lærer oss at det kan være hensiktsmessig å skille mellom *indre belønning*, som den enkelte gir seg selv, og *ytre belønning*, som den enkelte mottar fra organisasjonen.

Alle de ansatte i de delene av organisasjonene som skal implementere Individuell Jobbstøtte / IPS må ta del i denne tilnærmingen. En indre belønning kan være en bedre følelse fordi man skal jobbe sammen med en tilnærming som kan gi brukerne en bedre livskvalitet, bedre økonomi, øke den sosiale inkluderingen i lokalsamfunnet og samhandle med andre organisasjoner om dette. Det at alle i teamet tar del i dette og tar det på alvor, styrker fellesskapet og tilhørigheten og er med på å skape en felles kultur. Det gir i tillegg et positivt omdømme utad.

I forventningsteori mener man at motivasjon og vilje til å yte oppstår når en person forventer at det kan bli mulig å oppnå noe man ønsker seg sterkt. Resultatet må være noe man verdsetter (Jacobsen og Thorsvik, 2007, s. 224). Utgangspunktet for endringsarbeid kan være dårlig. Både NAV og Spesialisthelsetjenesten er i gang med «Moderniseringsprogram», som krever rasjonalisering og endring av oppgaver og roller. Kommunen er heller ikke ukjente med stadig omorganisering og rasjonalisering. Det er derfor viktig for lederne å få frem at implementeringen av Individuell Jobbstøtte / IPS ikke er et økonomisk sparetiltak, men basert på etiske verdier og det å gi brukerne et bedre tjenestetilbud. Ansatte må oppleve det å forbedre tjenestetilbudet som en verdi for seg selv. Egenfølelse og omdømme – «dette er jeg en del av».

2.7.4 Organisasjonskultur

En organisasjon kan defineres som et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål. Begrepet **sosialt** viser til at organisasjoner består av mennesker som samhandler med hverandre. **System** er det andre sentrale begrepet som inngår i definisjonen av organisasjon. Dette viser til at man er avhengig av ressurser fra omgivelsene for å kunne opprettholde virksomheten. Eksempelvis vil en organisasjon være avhengig av at det finnes noen i omgivelsene som har nytte av det organisasjonen produserer. Det tredje begrepet er **bevisst konstruert**. De er utformet bevisst på en måte som noen tror er den mest effektive måten å løse oppgavene på. Det siste sentrale begrepet i definisjonen er at en organisasjon er etablert for å *løse oppgaver* og å *realisere mål*. Med dette mener jeg at årsaken til at organisasjonen i det hele tatt er opprettet, er at man ser at dette er en effektiv måte å løse en oppgave på. Kjernen i enhver organisasjon er altså oppgaveløsning, vanligvis ut fra et ønske om at oppgaven løses på en best mulig måte med minst mulig bruk av ressurser (Jacobsen & Thorsvik 2010).

Kulturbegrepet brukes på ulike måter. Noen poengterer felles forestillinger og trossetninger, andre har mer fokus på verdier og normer, atter andre betrakter kulturer som symbolsystemer (Alvesson 2002 s. 14).

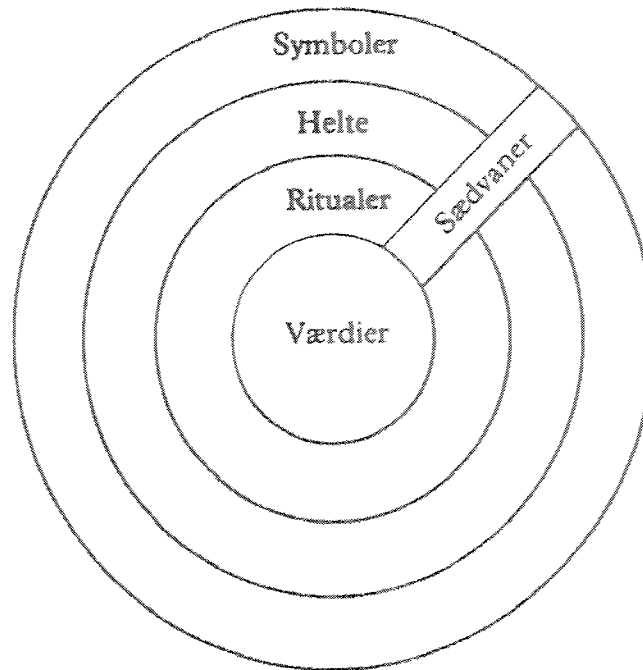
Alvesson henviser til Frost som definerer organisasjonskultur som: ”Å snakke om organisasjonskultur later til å være det samme som å snakke om hvor viktig det er for menneskene med symbolikk (ritualer, myter, fortellinger og legender), og om hvordan vi skal tolke hendelser, tanker og erfaringer som blir påvirket og formet av de gruppene de inngår i”.

Overflatefenomener vs. Dypstrukturer.

Hofstede et al. (2010) bruker begrepene overflatefenomener og dypstrukturer for å vise hvordan kulturen manifesterer seg på ulike nivå. Jeg forstår **overflatefenomener** som de ytre kjennetegn ved kulturen, det som er synlig for andre. Deres kulturelle betydning er imidlertid usynlig og ligger utelukkende i hvordan de fortolkes av de som deler den samme kultur. Kulturens sedvaner kan være sterke, da de forholder seg til tradisjon og historie og det at de er kollektive og felles for medlemmene i kulturen. Dette er fenomener som kan læres gjennom hele livet og som derfor er utbyttbare. Begrepet **dypstruktur** forstår jeg som de grunnleggende verdiene i kulturen, som vi har med oss fra veldig tidlig og som derfor kan være vanskelig å endre på tross av gjennomgående endringer i sedvanene. Disse kan være svært mangfoldige

og er stort sett usynlige og representerer, i motsetning til de synlige sedvanene i overflatestrukturen, de verdiene og følelsene som kulturen representerer

Hofstede et al. (2010, s. 23) beskriver hvordan kultur manifesterer seg på ulike nivå, ved bruk av et løkdiagram:



Figur 4: Løkdiagram

(Hofstede, Hofstede & Minkov 2010)

Symboler: ord, gester, bilder eller gjenstander, som har en spesiell betydning for dem som har en felles kultur. Et eksempel her kan være fagsjargong og klesdrakt.

Helter: personer, levende eller avdøde, virkelige eller fantasifigurer, som innehar spesielle egenskaper som verdsettes høyt i en kultur og som fremstår som rollemodeller. Til disse heltene knyttes gjerne suksessfortellinger og kulturelle fortellinger.

Ritualer: Aktiviteter som teknisk sett er overflødige for å oppnå et ønsket mål, men som innad i en kultur betraktes som sosialt nødvendig. ”Slik gjør vi det her” Kan også være rituelle, kommunikative aspekter, den måten språket brukes på i skrift og tale i de daglige relasjoner.

I figuren er symboler, helter og ritualer ordnet inn under betegnelsen sedvaner, det som er synlig for den som er utenforstående. Deres kulturelle betydning er imidlertid usynlig og ligger utelukkende i hvordan de fortolkes av de som deler den samme kultur. Kulturens sedvaner kan være sterke, da de forholder seg til tradisjon og historie og det at de er kollektive og felles for medlemmene i kulturen. Dett er fenomener som kan læres gjennom hele livet og som derfor er utbyttable.

Verdier: I følge samme figur utgjør verdiene selve kulturens kjerne og kan forklares som noe grunnleggende som vi har med oss fra veldig tidlig i vår barndom og som derfor kan være veldig vanskelig å endre, på tross av gjennomgående endringer i sedvanene. De kan være svært mangfoldige og er stort sett usynlige og representerer, i motsetning til de synlige sedvanene i overflatestrukturen, de verdiene og følelsene som kulturen representerer. Verdier er sterke tendenser til å foretrekke visse forhold i stedet for andre. Verdier er følelser med pluss eller minus fortegn, og verdier er noe vi mennesker tilegner oss tidlig i våre liv.

Individuell Jobbstøtte / IPS skal implementeres i tre ulike kulturer; kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV. De tre ulike kulturene har allerede en måte å forholde seg til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ut fra «sitt» oppdrag. Nå skal de ansatte, i tillegg til å lære seg en ny tilnæringsmåte med en ny rolle (jobbspesialisten), jobbe sammen rundt bruker, på en ny måte. Hvis vi ser denne utfordringen i lys av løkdiagrammet, forstår vi at det vil ta tid å endre på ansattes holdninger og kultur. De må tas med i denne endringsprosessen, for å få kunnskap om og etterhvert egen erfaring i «den nye måten» å jobbe på. Leders betydning av støtte for tilnærmingen og tilrettelegging for å prioritere tid og ressurser i opplæring, veiledning og evaluering vil være av avgjørende betydning for å legitimere en slik kulturelle endring.

2.7.5 Kommunikasjon

«If they haven't heard it, you haven't said it»

(Harvey Thomas)

I dette utsagnet fra kommunikasjonseksperter Harvey Thomas ligger det tre viktige poeng. Det første er at ansvaret for at kommunikasjonen fungerer til enhver tid ligger hos den som sender budskapet. For det andre at kommunikasjonsoppgaven ikke må tas for lett på og for det tredje at de viktige budskapene ikke kan repeteres ofte nok (Amundsen, 2005).

Individuell Jobbstøtte / IPS er en pilotutprøving, organisert som et prosjekt. Prosjektet har en prosjektleder, som har som oppdrag å gjennomføre prosjektet. Dette må gjøres i samarbeid

med ledelsen i de samarbeidende organisasjoner, da de har den største kunnskapen om driften og de ansattes styrker og svakheter. IPS introduseres ut fra en «bottom-up» tilnærming, der en bruker tid på diskusjon og kommunikasjon for å legge til rette for en størst mulig deltakelse og minimering av usikkerhet blant de ansatte. Dette er en mye mer tidkrevende prosess enn en «top-down» tilnærming hvor endring blir påtvunget de ansatte, men gir en bedre mulighet til å identifisere motstand, avklare spørsmål og bygge ned skepsis og fordommer før de utvikler seg til større problem.

Det er viktig å kommunisere tydelige mål OG tydelig prioritering av mål. Som tidligere Rosenborgtrener, Nils Arne Eggen sier; «Det er en fordel at alle med samme drakt, skyter mot samme mål!» I dette ligger betydningen av at ansatte får et klart bilde på hvorfor endringen er nødvendig, får den opplæring som er nødvendig for å støtte opp under Individuell Jobbstøtte / IPS og at det er tydelig hva som forventes av den enkelte og hvordan deres arbeid vil påvirkes av og påvirke IPS tilnærmingen. Leders holdninger, ytringer og handlinger for å bidra til dette er viktig i en slik prosess, for å legitimere endringene.

3.0 Metodiske valg

I gjennomføringen av en undersøkelse er det nødvendig å foreta valg og overveielser for å besvare problemstillingen. Forskning krever at vi etterstreber en systematikk eller et sett spilleregler så systematisk at det blir etterprøvbart. Det er dette som skiller forskning fra hverdagskunnskap, eller som overgangen fra hverdagskunnskap til forskning. Vitenskapelig metode bidrar til å sikre at vi gjør de rette valgene i forhold til det vi ønsker å få svar på og kan derfor bli sett på som et verktøy som en benytter for å samle inn informasjon (Halvorsen, 2003).

Dette kapitlet vil gjennomgå de metodiske valgene i besvarelsen av min problemstilling. Valg av metode for datainnsamling vil også bli gjennomgått, i tillegg til en redegjørelse for valg av informanter. Jeg vil også se på validitet og reliabilitet i innsamlede data. Avklaring av min egen rolle, både i forhold til studien og til prosjektet er også av betydning. Oppgaven tar utgangspunkt i et case-studie der fokuset er på ledelsesforankringen av en pilotutprøving av Individuell Jobbstøtte / IPS tilnærmingen i Bodø.

I metodelitteraturen presenteres det to hovedretninger, der den ene tar for seg kvantitative data mens den andre fokuserer på kvalitative data. Hovedforskjellen på disse er kort at kvantitative tilnærminger er opptatt av å telle opp fenomener mens kvalitative tilnærminger er opptatt av spesielle kjennetegn/egenskaper eller kvaliteten ved det fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2010). Et kvalitativt forskningsopplegg vil bli brukt for å besvare oppgavens problemstilling.

3.1 Case-studie som forskningsdesign

Ordet *case* kommer fra det latinske *casus*, som betyr *tilfelle*. Dette understreker betydningen av at det er ett eller noen få tilfeller som studeres inngående (Johannessen et al., 2010). Denne oppgavens case er ledelsesforankringen av implementeringen av Individuell Jobbstøtte / IPS pilot i et samarbeid mellom NAV og helse i Bodø.

Johannessen et al. (2010) fremhever spesielt to kjennetegn ved en case: et *avgrenset fokus* og en mest mulig *inngående beskrivelse* av casen. Denne case-studien har flere analyseenheter, da informantene kommer fra ulike samarbeidende organisasjoner og ulike nivå i disse. Hensikten er å få frem nyanser i datagrunnlaget. Robert K. Yin i Johannessen et al. (2010) beskriver fire designstrategier for casestudier. Strategier for enkeltcase-design studier med

flere analyseenheter, som i mitt tilfelle, kjennetegnes ved at man har et avgrenset felt og et selektivt fokus på begrensede delfelt og/eller personer.

3.2 Datainnsamling

I denne studien har jeg valgt å innhente empiri gjennom å anvende to standardiserte verktøy for prosessmåling, hentet fra KIT modulen «IPS – Hvordan sikre kvalitet» (Svendsrud, 2011). IPS pilotprosjektet i Bodø ønsker å utprøve IPS tilnærmingen i sin mest «rendyrkede form», dvs. mest mulig lik tilnærmingen fra USA. Det er derfor naturlig å benytte de verktøy som allerede er utviklet for å følge opp denne tilnærmingen. Det er utarbeidet en standardisert kvalitetsskala spesifikk for IPS, utformet og utviklet gjennom over 15 år med praksis og forskning i USA. Den er utviklet og beskrevet av Bond, Becker, Drake og Vogler i 1997 (Svendsrud, 2011). IPS er en evidensbasert praksis (EBP) og IPS kvalitetsskalaen er utviklet som et verktøy for å måle nivået (kvaliteten) på implementeringen av IPS tjenesten. Ved bruk av IPS kvalitetsskala vil det være mulig å rangere og gi nøyaktig informasjon om IPS tjenesten. Forskning viser at IPS program som scorer høyt på kvalitetsskalaen har større effekt enn de som scorer lavt - effekt i betydning av at flere mennesker med alvorlige psykiske lidelser får og beholder ordinært arbeid (Grove, 2011).

Det er i tillegg utviklet en generell organisasjonsindeks, som kan brukes ved implementeringen av enhver evidensbasert praksis (EBP). Den er utviklet av Robert Drake og Charlie Rapp (Svendsrud, 2011). Denne måler tverr organisasjonelle handlingsprosedyrer som har vist seg å påvirke organisasjonens samlede evne til å implementere og vedlikeholde en evidensbasert praksis. Dette er en nyere skala, utprøvd og revidert på bakgrunn av tilbakemeldinger ved en treårig utprøvningsperiode av KIT-materialene (Svendsrud, 2011).

Bob Grove (2012) sier at Fidelity reviews, eller kvalitets gjennomganger er veldig hjelpsomme som et utgangspunkt for å sortere ut viktige saker og at det er en god idé å kjøre kvalitets intervju tidlig i implementeringsprosessen, både for å korrigere kursen og for å forhindre at feil har «satt seg» i organisasjonen. Siden ledelsesforankringen er av avgjørende betydning for en vellykket implementering, har Pilotprosjektet ved prosjektleder og jeg som evaluator bestemt å gjøre en prosessvurdering gjennom intervju av lederne i de tre samarbeidende organisasjonene. Vi ønsker å få svar på om organisasjonene har den nødvendige kjernekompetansen i IPS tilnærmingen og om denne er forankret hos lederne før vi har begynt å tilby tjenesten til brukerne. Det er tre hovedgrunner til å gjøre en evaluering:

1. Er individuell jobbstøtte / IPS implementert som planlagt?

2. Har det gitt ønskede resultater?
3. Hva kan forbedres?

I den fasen vi er i nå, er det punkt 1 og 3 som vi ønsker å få svar på.

3.2.1 IPS Kvalitetsskala

Becker et al. (2008) sier at det ultimate målet er å forbedre arbeidstilknytningen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Dataene som fremkommer ved bruk av kvalitetsskalaen, er «et øyeblikksbilde» av virkeligheten. Dette betyr at det som blir målt er det som faktisk skjer på det tidspunktet målingen skjer, ikke det som vi tror eller ønsker skal skje. På denne måten har vi en unik mulighet til å få frem hvordan organisasjonen har implementert de 8 prinsippene for Individuell Jobbstøtte / IPS og se om vi faktisk gjør det som vi sier vi skal gjøre.

De 8 prinsippene måles ut fra 3 kriterier:

- Bemanning
- Organisering
- IPS tjenesten (hvordan denne utføres)

Kriteriene inneholder totalt 25 underpunkter som måles på en skala fra 1 – 5, der en score på 4 eller 5 betyr at det er høy kvalitet og at en har en IPS tilnærming i sin måte å jobbe på. En score på 1 – 3 er ikke IPS.

Ved å utføre en slik kvalitets gjennomgang, vil vi kunne vite om vi har fått til en tilfredsstillende ledelsesforankring av IPS tilnærmingen, eller om dette er kriterier eller prinsipper vi må jobbe mere med, parallelt med ansettelse av Jobbspesialister, opplæring i tilnærmingen og inntak av brukere. En score på 4 – 5 vil bety at vi har fått til en vellykket ledelsesforankring som selvsagt må følges opp. En score på 1 – 3 vil fortelle oss at det er behov for en fortsatt innsats mht. ledelsesforankring. Siden vi måler 3 ulike kriterier og bryter disse ned i 25 underpunkt, vil vi også se eksakt hva og hvor vi trenger å jobbe bedre for å få et bedre resultat.

3.2.2 Generell organisasjonsindeks

Generell organisasjonsindeks er en nyere kvalitetsskala og måler tverr organisasjonelle handlingsprosedyrer som har vist seg å påvirke organisasjonens samlede evne til å implementere og vedlikeholde evidensbasert praksis. Den generelle organisasjonsindeksen består av 12 punkter som måles på en skala fra 1 – 5. Det er også utarbeidet en detaljert

protokoll for å gi en forståelse av hvert enkelt punkt, begrunnelsen for hvert punkt, retningslinjer for hva slags informasjon som bør samles inn, samt instruksjoner for selve scoringen / graderingen.

Innsamling av data for alle punktene på disse to prosessverktøyene er garantert å kunne gi organisasjonene en dyp innsikt i hvilken grad IPS tjenesten stemmer overens med den evidensbaserte modellen. Bruken av de nevnte prosessverktøyene har allikevel sin begrensning i den fasen vi befinner oss i prosjektet. Selv om Grove (2012) anbefaler å anvende kvalitetsintervju i en tidlig fase i implementeringsprosessen, gjør det at vi ikke er kommet i gang med å tilby tjenesten ennå, at vi på noen punkter i prosessverktøyene ikke vil kunne gjøre en score, da prosjektet ikke er kommet så langt at vi tilbyr tjenesten ennå. Dette gjelder spesielt for kriteriet «IPS tjenesten» på IPS kvalitetsskalaen, med totalt 14 punkter. Nå er det ikke selve tjenesten som er i fokus i min studie. Jeg mener at jeg kan anvende de prosessverktøyene som jeg har valgt, og at dette er den beste metoden for å svare på min problemstilling. Så lenge begrensningene og hva man er ute etter er avklart og dette fremkommer i analysen, er det etter min vurdering greit.

3.3 Valg av informanter

For å besvare oppgavens problemstilling på en systematisk måte falt beslutningen om å intervju ledere i de tre berørte organisasjonene; spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og NAV. En vellykket implementering av IPS tjenesten forutsetter en lokal forankring, der lederstøtte i berørte organisasjoner er av avgjørende betydning for å lykkes. Utfordringene ligger ikke bare i egen organisasjon eller enhet, men i samarbeidende organisasjoner og krever et ekstra fokus og arbeid for å sørge for at lederne har forstått og akseptert prinsippene for IPS tjenesten og målsettingen med å innføre en slik tjeneste. Jeg har derfor valgt å intervju klinikksjefen for psykisk helse og rus, avdelingsleder for Salten DPS og leder for psykoseteamet der vi skal ansette en jobbspesialist og der den praktiske jobbingen med IPS tilnærmingen vil foregå. I kommunen har jeg valgt kommunaldirektør for helse og sosialavdelingen og virksomhetsleder for oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus, der den praktiske jobbingen med IPS tilnærmingen vil foregå. NAV er en naturlig samarbeidspart når det gjelder arbeid og aktivitet i tillegg til økonomisk sikring, så både NAV leder i Bodø og avdelingsdirektør for marked og samfunn i NAV Nordland er valgt ut.

Ved å velge ledere både fra praktisk nivå og ledere fra strategisk nivå, vil vi sikre at vi har forankret IPS tilnærmingen slik, at vi har ledere som kan ta avgjørelser og påvirke den

praksisen som er, og evt. styre en nødvendig tilpasning eller endring. Møte i Styringsgruppen gav en mulighet for å treffe alle overordna lederne samtidig og det ble derfor valgt å gjøre et gruppeintervju av disse, mens teamlederne er intervjuet hver for seg.

3.3.1 Kvalitative forskningsintervju

I Johannessen et al. (2010) beskrives det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med struktur og formål. Intervjuene i denne oppgaven er strukturert ut fra to standardiserte prosessverktøy, men har allikevel et semistrukturert preg, da tema er fast, men innhold i spørsmål og rekkefølge kan tilpasses og varieres. Det er også laget retningslinjer for hvilken informasjon som bør innhentes og retningslinjer for hvordan informasjonen skal måles / scores. Dette er en fordel både når spørsmålene skal utformes og analysen av innsamlede data skal gjøres. Intervjuguiden er utformet etter strukturen i IPS kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks. Intervjuene starter med noen innledende spørsmål for å etablere en relasjon til informanten og pensle informanten inn på tema. Intervjuet vil deretter følge temaene i IPS kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks ved hjelp av spørsmål intervjuer har formulert, ut fra retningslinjer tilhørende disse to verktøyene, jfr. pkt. 8.0.

Det ble gjennomført totalt 3 intervju. To enkeltintervju med hver av lederne for teamene der jobbspesialistene skal ansettes og et gruppeintervju med overordna ledelse fra de tre samhandlende organisasjonene (totalt 5 ledere). Alle ble gjennomført ved personlig møte med intervjuobjektene. Informasjonen fra intervjuene ble notert ned underveis i intervjuene, og transkribert på data samme dag. Det transkriberte dokumentet ble sendt til respondenten for mulige korrigeringer og suppleringer. Svarene, som utgjør empirien i oppgaven, ble deretter skrevet inn i intervjuguidene og brukt som grunnlag for scoringene i de to prosessverktøyene. På bakgrunn av de begrunnede scorene er det utarbeidet en kvalitetsrapport for hver av de to tjenestene som skal tilby Individuell Jobbstøtte / IPS; Psykoseteamet og Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus. Det er disse rapportene som er denne oppgavens analyse.

3.3.2 Intervjuguide og kobling mot anvendt teori

For å gjøre et strukturert forskningsintervju er det nødvendig å utarbeide en intervjuguide. Denne skal avklare rollefordelingen mellom deltakerne og strukturere innholdet i samtalen, slik at en sikrer seg informasjon knyttet til teori og hypoteser gjennomgått i teorikapitlet. På denne måten vil en kunne prøve ut disse teorienes relevans og holdbarhet i forhold til å besvare problemstillingen i oppgaven. Jeg har valgt å gjøre intervjuene ved bruk av IPS kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks. Dette er kvalitetsverktøy som er etablert og utviklet generelt for evidensbaserte program (EBP) og spesifikt for IPS tilnærmingen (IPS

Kvalitetsskala). Siden prosjektet ønsker å være så tro til den opprinnelige IPS tilnærmingen som mulig, bruker jeg de originale kvalitetsverktøyene utarbeidet for å måle kvaliteten på IPS tilnærmingen. Jeg mener at gjennom å bruke disse verktøyene, fremfor å formulere egne spørsmål, har jeg tatt i bruk den aller beste metoden for å samle inn empiri for å besvare min problemstilling.

I Intervjuene av teamlederne ble begge prosessverktøyene brukt, ut fra at de bør ha en mer inngående kunnskap til også den praktiske gjennomføringen av IPS tjenesten. I intervjuet av lederne i Styringsgruppen ble bare generell organisasjonsindeks benyttet, da det ikke kan forventes en så grunnleggende forståelse av den praktiske gjennomføringen på dette nivået, i denne fasen av implementeringen.

Disse kvalitetsverktøyene vil bli brukt jevnlig i hele prosjektperioden (minst hver 6. måned) for å se på kvalitetsutviklingen. Det vil gi oss en mulighet i å samle inn sammenlignbare data for kvalitet, for både å se en eventuell utvikling gjennom prosjektperioden og gjøre eventuelle forbedringer.

3.3.3 Dokumenter og annen forskning

Datagrunnlaget for denne studien er, i tillegg til informasjonen innhentet gjennom kvalitative forskningsintervju, en rekke andre dokumenter. Ulike bøker, nettsider, mange artikler, offentlige utredninger og dokumenter har vært en del av datagrunnlaget. Disse har vært nyttige og bidratt til både å forsterke den kunnskapen som lå bak interessen for temaet i oppgaven og å nyansere informasjonen i eget datamateriale. Mye av dokumentene er hentet fra forskningen i spesielt USA, der IPS tilnærmingen er utformet, utprøvd og forsket lengst på. Det har allikevel vært nyttig å se at også Europeisk og etter hvert Norsk forskning støtter opp om funn fra USA.

Masteroppgaven til Storvik (2010) har spesielt hjulpet meg i forhold til struktur og innhold i oppgaven. Jeg håper bare jeg har klart å skille inspirasjon fra avskrift!

3.4 Vurdering av data

Som Johannessen et al. (2010) poengterer er data kun representasjoner av virkeligheten, ikke selve virkeligheten. Siden virkeligheten er så omfattende og kompleks, er det ikke mulig å samle inn eller registrerer «alt». Når vi i samfunnsvitenskapelig forskning også er ute etter data som avhenger av forskerens bestemte fokus, snevrer «virkeligheten» seg inn i en allerede definert forståelse av hva som er viktig data. De innsamlede data skal danne grunnlaget for

konklusjonen i forhold til problemstillingen og det er derfor viktig å vurdere dataen grundig i forhold til reliabilitet og validitet, dvs. dataens pålitelighet og gyldighet eller relevans.

3.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet kommer av det engelske *reliabilty* og betyr *pålitelig*. I forskningssammenheng er det grunnleggende spørsmålet datas pålitelighet. Johannessen et al. (2010) sier at reliabilitet dreier seg om nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvordan den er valgt ut, måten den er samlet inn på og hvordan den bearbeides. Testing av reliabiliteten i data er ikke like hensiktsmessig for kvalitative data som for kvantitative data. Det brukes ulike datainnsamlings teknikker i de to disiplinene og de som anvendes i kvalitativ forskning er ikke mulig å «gjenskape», da de er verdiladet og kontekstavhengige. Johannessen et al. (2010. s. 230) anbefaler heller å styrke påliteligheten gjennom å gi «*en inngående beskrivelse av konteksten - gjerne i form av en casebeskrivelse - og en åpen og detaljert fremstilling av framgangsmåten for hele forskningsprosessen*». I denne studien vil hoved dataen komme fra samtaleintervju. Det er samtidig viktig å få belyse praksisen gjennom casebeskrivelsen, som er forankret i anbefalinger og forskning fra spesielt USA. Strukturen og temaene i samtaleintervjuene er etablert på bakgrunn av årelang utprøving og forskning. Samtalene dreide seg om en tilnærming som ikke er etablert eller utprøvd i Norge eller Bodø før og verktøyet er laget for å sjekke ut kvaliteten på noe som faktisk foregår, ikke noe vi vil eller tror skjer.

Jeg som gjennomfører studien, jobber som fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse ved NAV Nordland. Jeg har en aktiv rolle i IPS pilotprosjektet i Bodø. Jeg har samarbeidet med prosjektleder om arbeidsrettet rehabilitering over flere år og vært med i hele prosessen med å få et slikt prosjekt til Bodø. NAV Nordland er deleier i prosjektet, da vi bidrar med finansiering av én jobbspesialist, gjennom eksterne prosjektmidler. Jeg er i tillegg, frikjøpt i 50 % stilling av Arbeids- og Velferdsdirektoratet fra november 2012 – mai 2013, for å støtte alle 6 pilotprosjektene i Norge. Jeg skal bidra bl.a. med opplæring og evaluering av pilotprosjektene. Det samme gjelder for pilotprosjektet i Bodø, der jeg i tillegg til opplæring og støtte, skal veilede jobbspesialistene. Jeg deltar også i Styringsgruppen og prosjektgruppen for prosjektet.

Når prosjektleder og jeg har blitt enige om å gjøre en tidlig evaluering av ledelsesforankringen og det er jeg som gjennomfører den, er det viktig å avklare min rolle i pilotprosjektet i forhold til studien. Jeg vil understreke at det ikke er av interesse for pilotprosjektet eller studien at jeg scorer prosjektet for høyt eller for lavt på IPS kvalitetskala

eller på generell organisasjonsindeks. Det er av størst interesse, uansett ståsted, å få en mest mulig korrekt score, slik at eventuelle justeringer eller korrigeringer kan gjøres før vi får jobbspesialistene på plass og deltakere inn i tjenesten. Det å kunne tilby en best mulig tjeneste for brukerne, er det optimale målet!

Det må også nevnes at det anbefales å være to evaluatorene ved slike kvalitetsgjennomganger. Data som er innsamlet av to evaluatorene parallelt, øker sannsynligheten for at informasjonen vil være pålitelig og gyldig. Jeg gjør studien alene og av praktiske og tidsmessige årsaker har jeg vært nødt til å gjøre prosessvurderingen alene. Jeg har sjekket ut informasjonen fra intervjuene med referentene etter transkribering for å sjekke ut det jeg har oppfattet. Arbeids- og Velferdsdirektoratet har leid inn, Miles Rinaldi, sjef for Recovery & Social Inclusion ved en av de store offentlige helseforetakene i London, South West London and St. George's, for å lære opp den sentrale ressursgruppen på Fidelity Reviewing. Rinaldi regnes som en av nestorene bak IPS tilnærmingen i Europa. Det har vært opplæring 3 ganger av to dager i løpet av høsten og parallelt med prosessvurderingen som jeg har gjennomført. På denne måten har jeg fått mye kunnskap og anledning til å drøfte ulike spørsmål i gruppen og med Rinaldi.

Det diskuteres også om evalueringene bør gjøres av ekstern eller intern evaluator. Selv om det anbefales bruk av ekstern evaluator for å sikre uavhengighet og objektivitet, er det ikke et krav. Målet er å få objektive og kompetente evaluatorene, der gyldigheten til scoringen/graderingen i kvalitetsskalaene avhenger av:

- Kunnskapsnivået til evaluator
- Tilgang til presis informasjon som vedrører graderingen, og
- Graderingens objektivitet

Jeg har vært med på hele prosessen med å få prøvd ut IPS tilnærmingen i Norge. Jeg har vært på studietur i Dartmouth, USA, opplæring i IPS tilnærmingen på London University og alt av opplæring som har vært tilbudt i Norge. Jeg har vært aktiv i diskusjoner og utforming av søknad om pilot i Bodø og sitter i sentral arbeidsgruppe for IPS i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Dette har gitt meg kunnskap om IPS tilnærmingen, inkludert kvalitetsskalaen, som vi er få som besitter i Norge. Min objektivitet har jeg allerede diskutert.

3.4.2 Validitet

Validitet handler om hvor relevante dataene er i forhold til problemstillingen og er knyttet til det engelske ordet *validity*, som betyr *gyldighet* (Johannessen et al., 2010). Shadish, Cook og

Campbell i Johannessen et al. (2010) skiller mellom tre former for validitet; begrepsvaliditet, intern validitet og ytre validitet. Begrepsvaliditet handler om å vurdere om dataene er gyldige representasjoner av det fenomenet en forsker på. I denne sammenhengen vil det i hovedsak bety å undersøke om en i intervjuguiden spør spørsmål om det en ønsker å måle. Intern validitet peker på spørsmålet «måler vi det vi tror vi måler?», mens ekstern validitet dreier seg om resultatene fra ett forskningsprosjekt kan overføres til lignende fenomener (Johannessen et al., 2010, s. 230).

I denne undersøkelsen er validiteten ivaretatt gjennom bruken av kvalitetsverktøyene. De er begge utviklet og etablert på bakgrunn av evidensbasert praksis (EBP), der det ene – IPS kvalitetsskala – er utviklet eksplisitt for IPS tilnærmingen.

3.5 Oppsummering

Dette kapitlet har gjort rede for metodiske valg og implikasjoner. Kvalitativ metode er valgt for å besvare oppgavens problemstilling, på bakgrunn av tilpasning til allerede eksisterende tilnærming og allerede etablerte verktøy for kvalitativ prosessvurdering, IPS kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks. Den semistrukturerte samtaleformen metoden legger opp til, trenger kvalitative vurderinger i form av ord for å bli besvart på en best mulig måte.

Oppgavens omfang og tidsaspektet for datainnsamling, tilsa heller ikke bruk av kvantitativ metode. Jeg har også avklart min egen rolle i forhold til pilotprosjektet og at jeg er klar over min påvirkning på empirien. Jeg er bevisst på dette og at hverken pilotprosjektet eller studien vil tjene på at jeg scorer for høyt eller for lavt på skalaene og mener derfor at det ikke vil ha betydning for empirien.

4.0 Empiri

Empiri og data kan i forskning bli brukt som synonyme begreper. Det latinske ordet *data* - betyr noe som er gitt. «*Når virkeligheten observeres og på en eller annen måte registreres, er virkeligheten blitt data*» (Johannessen et al., 2004, s. 36). Det greske ordet *empiri* - kommer fra *emperia*, som betyr forsøk eller prøve. «*Empiri er utsagn om virkeligheten som har sitt grunnlag i erfaring, ikke i synsing*» (Johannessen et al., 2004, s. 36). Johannessen et al. (2004) understreker viktigheten av at data og empiri ikke må forstås som selve virkeligheten, da denne er alt for omfattende og kompleks, men kun som en representasjon eller et utsnitt av det som studeres. Ved hjelp av den metoden som er valgt og gjennomgått i foregående kapittel forsøker en å innhente data eller empiri på en slik måte at den belyser eller besvarer problemstillingen på en så troverdig og pålitelig måte som mulig.

4.1 Data fra forskningsintervju

Gjennomgangen av dataene som er innhentet fra forskningsintervjuene vil ha samme struktur som spørsmålene i IPS kvalitetsskalaen og generell organisasjonsindeks. Dataen vil i all hovedsak konsentrere seg om ledernes kjennskap til og støtte til IPS-tilnærmingen og hvordan organisasjonene har forankret og implementert de 8 prinsippene i IPS, ut fra de tre kriteriene; bemanning, organisering og IPS-tjenesten. Det er forpliktelse til målene og prinsippene hos lederne, som er av interesse.

4.1.1 Oppsummering av intervjuenes innledningsdel

Alle respondentene nevnte prosjektleder for Individuell Jobbstøtte / IPS pilotprosjektet i Bodø sin aktive rolle, som informant for tilnærmingen. Prosjektleder har også vært pådriver for at lederne skulle delta i settinger der de kunne få mer informasjon om tilnærmingen, f.eks. ble det arrangert en nasjonal IPS konferanse i Bodø i mai 2012, som de fleste deltok på.

Prosjektleder har også vært innom alle organisasjonene i ulike sammenhenger, for å gi og få informasjon og tilpasse prosjektet til de samarbeidende organisasjonene.

Respondentene hadde kunnskap om den overordna filosofien og målsettingen ved IPS tilnærmingen. Fra intervju med Styringsgruppen, 12.12.12: *Prosjektet skjer i en periode der det er stor bevegelse i de enkelte enheter, med fokus på betydningen av arbeid og å få brukerne ut i arbeid. Mulighet til å skape en vinn-vinn situasjon; alle vil tjene på at brukerne går fra passive stonader over på lønn.*

Teamlederne har mer praktisk kunnskap og kjenner også til innholdet i prinsippene for IPS tilnærmingen. Det er ikke forventet at lederne på overordna nivå skal kjenne til innholdet i prinsippene, i denne fasen i prosjektet. Styringsgruppen diskuterte rundt filosofien og målsettingen med IPS og det at mennesker som ønsker arbeid bør få tilbud om tjenester som kan hjelpe dem til å nå sitt mål om arbeid. Matchen mellom preferanser og rett type jobb og individuell oppfølging, er viktige mål!

4.1.2 Oppsummering av spørsmål knyttet til bemanning i intervjuene

Begge teamlederne har god kunnskap om hvor mange deltakere en fulltidsansatt jobbspesialist kan ha og er begge opptatt av at jobbspesialistene skal være med å rekruttere deltakere inn i sin portefølje. De ser begge for seg at det blir en gradvis oppbygning av deltakerporteføljen.

Jobbspesialistene ansettes i hvert sitt team / tjeneste og skal ikke utføre andre arbeidsoppgaver enn de som er tiltenkt jobbspesialistrollen. Deltakerne får individuell oppfølging fra jobbspesialisten, som vil samarbeide med andre i teamet og evt. eksterne samarbeidsparter rundt deltakerne, basert på den enkeltes behov.

4.1.3 Oppsummering av spørsmål knyttet til organisering i intervjuene

Begge jobbspesialistene vil ha daglig kontakt med de andre ansatte i teamet eller tjenesten, da de har kontorfellesskap med dem. Jobbspesialistene er ansatt, på lik linje med de andre i teamet / tjenesten, og deltar på teammøter og samarbeider med primærkontakt og evt. behandler til deltakerne. De har også mulighet til å diskutere aktuelle brukere / pasienter som ikke er i IPS tjenesten. Når det gjelder beslutning i forhold til deltakelse i IPS tjenesten, deltar også jobbspesialisten her, men bruker tar den endelige avgjørelsen.

Dokumentasjon av sysselsettingstjenesten vil fremkomme i den individuelle behandlingsplan eller oppfølgingsplanen og det vil være regelmessige gjennomganger av pasientlister og brukerlister med behandlere på Psykoseteamet og avdelingsledere i Oppfølgingstjenesten. Jobbspesialistene har en fast kontordag på NAV Bodø. Samhandling med NAV kan også avtales ut fra den enkelte deltakers behov.

Begge jobbspesialistene vil få ukentlig veiledning sammen. Veiledningen vil være deltakerbasert i henhold til IPS prinsippene og resultatmål. Styringsgruppen støtter behovet for veiledning og vil legge til rette for slik veiledning. Det er ikke diskutert om jobbspesialistene skal dekke opp for hverandres porteføljer. Dette må diskuteres når tjenesten er startet og det evt. blir behov for dette.

Kriterier for deltakelse er at brukere eller pasienter ønsker jobb. Hele teamet eller tjenesten kan henvise og jobbspesialisten kan diskutere med teamet / tjenesten og bruker / pasient om deltakelse i tjenesten. Hver jobbspesialist vil kunne ha totalt 20 deltakere hver.

Spørsmål om interesse av og erfaring fra arbeid vil integreres i inntaksprosedyrer og i behandlingsplan eller oppfølgingsplan. Informasjonsmateriell og brosjyrer er under utarbeidelse, men ikke ferdig. Resultater skal måles og resultatmålene skal. Dette oppfattes som nyttig informasjon inn i organisasjonene og skal deles med annet personale og ledelsen.

Alle samhandlende organisasjoner er representert på overordnet ledelsesnivå i Styringsgruppen. Styringsgruppen uttrykker at de støtter IPS prinsippene, ønsker høyest mulig kvalitet på tjenesten og ønsker å få kjennskap til resultatdata. Styringsgruppen støtter også den regelmessige kvalitetsgjennomgangen som IPS tilnærmingen legger opp til og vil også delta aktivt her, hvis det er ønskelig. Den øverste ledelsen vil også bidra med eventuelle forbedringer av IPS tjenesten.

4.1.4 Oppsummering av spørsmålene knyttet til kvalifiseringskrav og deltakeridentifisering i intervjuene

Psykoseteamet har satt av en dag i januar, når jobbspesialisten er på plass, for å gjennomgå hele pasientporteføljen for å identifisere hvem av deres pasienter som er mest aktuelle for IPS tjenesten. Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus har også planlagt en slik gjennomgang når de har fått jobbspesialist på plass. Det er ikke satt av en dato til dette ennå. Det vil da bli mulig å identifisere hvor mange av de totale pasienten og brukerne som vil kunne nyttiggjøre seg IPS tjenesten i forhold til de max 20 som jobbspesialistene har mulighet til å ta inn i porteføljene sine. Lederne i Styringsgruppen er også interessert i en oversikt over hvor mange som har tilgang til IPS tjenesten i forhold til det totale antall brukere / pasienter som kunne ha nytte av den.

4.1.5 Oppsummering av spørsmål knyttet til vurdering i intervjuene

På grunn av forskning som prosjektleder skal gjennomføre, er det brukere / pasienter under 40 år, uten uføreytelse som er målgruppen. Vurderingen av hvilket tilbud andre potensielle deltakere skal få, må gjøres etter screeningen av hele porteføljen i januar.

4.1.6 Oppsummering av spørsmålene knyttet til opplæring i intervjuene

IPS tjenesten er en ny tjeneste i Norge og krever derfor opplæring og oppfølging, både av jobbspesialistene, teamet / tjenesten de ansettes i og samarbeidende organisasjoner. Det vil bli gitt systematisk, obligatorisk opplæring både fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og fra

veileder og prosjektleder i pilotprosjektet i Bodø. Det planlegges også fagdager og en konferanse på temaet høsten 2013. Lederne i Styringsgruppen anerkjenner behovet for slik opplæring og bekrefter at de vil støtte og legge til rette for slik opplæring.

4.1.7 Oppsummering av spørsmål knyttet til tilsyn / veiledning i intervjuene

Jobbspesialistene vil få ukentlig deltakerfokusert veiledning. Veilederrollen er identifisert og dette støttes av alle lederne på alle nivå.

4.1. Oppsummering av spørsmål knyttet til prosess- og resultatovervåking i intervjuene

Prosjektleder skal utforme registreringsmal for resultatindikatorer som jobbspesialistene skal bruke for å registrere sitt arbeid med deltakerne og resultatet av dette arbeidet. Resultatdata skal brukes i veiledningen av jobbspesialistene og i diskusjoner med teamet / tjenesten og teamlederne. Ledelsen i Styringsgruppen ønsker i utgangspunktet at rapportering skal skje i linja. Gode resultater vil også være av interesse å løfte videre opp i organisasjonen, via Styringsgruppen.

4.1.9 Oppsummering av spørsmål knyttet til kvalitetssikring i intervjuene

Teamlederne kjenner ikke mandatet til lederne i Styringsgruppen, men vet at Styringsgruppen skal gå gjennom prosess- og resultatdata, når disse foreligger. Gjennomgangen kan være med å bidra til at tjenesten blir bedre.

Lederne i Styringsgruppen kjenner Styringsgruppas mandat og støtter at de har ansvaret for å drive prosjektet og at de skal vurdere en eventuell videreføring etter prosjektperioden er over. Det vil vise seg etter hvert hva de skal vurdere å implementere. En av lederne i Styringsgruppen presiserte viktig at referansegruppen utarbeider forslag til hva som skal skje etter piloteringen, som Styringsgruppen kan behandle/vurdere (på bakgrunn av den erfaringen som vi gjør oss i pilotprosjektet).

5.0 Analyse

I denne delen av oppgaven vil jeg forsøke å besvare oppgavens problemstilling. Jeg har fulgt IPS tilnærmingenes anbefalinger om bruk av kvalitetsverktøy for å måle prosess- og kvalitetsmål for Individuell Jobbstøtte / IPS tjenesten. Gjennom bruken av IPS kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks har jeg scoret respondentenes svar inn i poengskjema. Med utgangspunkt i begrunnet score i poengskjemaene, har jeg skrevet en IPS Kvalitetsrapport som beskriver ledelsesforankringen gjennom implementeringen av Individuell Jobbstøtte / IPS tjenesten i pilotprosjektet, så langt i prosjektperioden. Ved bruk av denne metodikken er innsamling og gjennomgang av empiriske funn og diskusjon av empiriske funn og betydningen for problemstillingen ivaretatt. Analysen presenteres i to kvalitetsrapporter; én for hvert team som skal tilby IPS tjenesten.

5.1 Analyse av empiriske funn

5.1.1 Psykoseteamet

Individuell Jobbstøtte / IPS Kvalitetsrapport og Generell organisasjonsindeks

Dato: Desember 2012

Til: Psykoseteamet

Fra: Evaluator

Formål: Hensikten med undersøkelsen er å avklare om IPS tilnærmingen er tilstrekkelig ledelsesforankret i samarbeidende organisasjoner til at Psykoseteamet kan begynne å levere tjenesten når jobbspesialisten er ansatt.

Psykoseteamet ved Salten DPS er et tilbud til personer som opplever å få en psykotisk lidelse for første gang og deres familier. Målet er å tilby rask hjelp og den hjelpen som anses å være den beste. Det skal være et lavterskeltilbud, dvs. en trenger ingen henvisning. Tilbudet er gratis. Det er totalt 13 ansatte i psykoseteamet, alle med høy utdanning, mye erfaring og spesiell interesse for å jobbe med denne type pasienter. Psykoseteamet jobber i dag veldig brukerorientert.

Metode: Besøket ble foretatt mandag 3. desember 2012, kl. 10.00 – 11.00 på kontoret hos teamleder ved Psykoseteamet, Salten DPS. Intervjuer var fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse, NAV Nordland. Intervjuet ble foretatt som en dialog rundt de ulike temaene i IPS Kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks. Etter intervjuet, ble notatene renskrevet og de ble sendt til respondenten for kommentarer og evt. utfyllende informasjon. Begrunnet score på IPS Kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks ble fullført etter besøket og danner grunnlaget for IPS Kvalitetsrapport med vedlegg.

Det er ikke en egen rapport mal for generell organisasjonsindeks, så svarene fra intervjuene fra generell organisasjonsindeks, og fra intervjuet med Styringsgruppen 12.12.12., er sammenfattet inn i IPS kvalitetsrapport og poengskjemaet er lagt som vedlegg.

Oppsummering: Som det fremkommer av IPS Kvalitetsskala og poengskjema scorer Psykoseteamet mellom 4 og 5 på områdene Bemanning og Organisasjon, noe som tilsier høy kvalitet, eller implementering av Individuell Jobbstøtte / IPS.

Som det fremkommer av Generell organisasjonsindeks, scorer Psykoseteamet mellom 2 og 5, noe som tilsier en varierende grad av forankring i ledelsen. De punktene som ble scoret under 3 var alle områder som det jobbes med, men som ikke helt er kommet på plass. Ingen av disse påvirker ledelsesforankringen av IPS piloten.

Jeg tolker resultatene fra gjennomgangene slik at Psykoseteamet har den nødvendige kjernekompetanse og at det er god ledelsesforankring i egen og i samhandlende organisasjoner. Psykoseteamet er klar til å ansette jobbspesialist og til å tilby Individuell Jobbstøtte / IPS som en del av sin tjeneste.

Individuell Jobbstøtte / IPS Kvalitetsrapport

Bemanning

Score:

1. Deltakerportefølje 5

Jobbspesialisten har en spesifisert deltakerportefølje. Max antall deltakere er 20 stk. eller færre pr. fulltids jobbspesialist

Kommentar: Respondenten er tydelig på at det skal være max 20 deltakere for en fulltidsansatt jobbspesialist. Det kommer til å være veldig få ved oppstart og jobbspesialisten skal være med på å bestemme hvor raskt det skal tas inn nye deltakere. Jobbspesialist og deltaker møtes ut fra deltakers behov

2. Personalet som yter IPS tjenester 5

Jobbspesialisten yter bare arbeidsrettet service. Andre, enten i teamet eller andre samarbeidsparter yter andre tjenester.

Kommentar: Respondenten sier at jobbspesialisten i utgangspunktet ikke skal yte andre tjenester enn IPS. I en begynnerfase, med opplæring og tilpasning til teamet og andre samarbeidsparter, og før en har fått inn deltakere i tjenesten, vil mye av tiden gå til opplæring.

Anbefalinger:

Pass på at jobbspesialisten i denne fasen med få brukere og under opplæring ikke blir satt til andre oppgaver enn de som er arbeidsrettet.

3. Jobbspesialist 5

Jobbspesialisten utfører alle fasene av IPS tjenesten, inkludert, inntak, forpliktende samarbeid, karriereveiledning, skaffe jobb, jobbcoaching og oppfølging før programmet trappes ned til mindre intensiv støtte fra en annen i teamet.

Kommentar: Respondenten sier at utførelsen av alle fasene skal gjøres i samarbeid med andre i teamet, ut fra den enkelte deltaker behov.

Organisasjon

1. Integrering av arbeidsrehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom teamarbeid 5

Jobbspesialisten deltar i inntil to behandlingsteam som omfatter minst 90 prosent av jobbspesialistens deltakerportefølje

Kommentar: Her er det snakk om ett team, psykoseteamet, der 100 prosent av porteføljen vil være.

2. Integrering av arbeidsrettet rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmene **4**

Jobbspesialisten deltar aktivt under ukentlige møter med behandlingsteamet (som ikke kan erstattes av administrative møter), der enkeltdeltakere og deres sysselsettingsmål drøftes og beslutninger fattes i fellesskap. Jobbspesialistens kontor er i nærheten av (eller deles med) medlemmene i behandlingsteamet. Behandling og IPS tjenestene dokumenteres på ett enkelt deltakerskjema. jobbspesialistene hjelper teamet med å holde fokus på arbeid også for personer som foreløpig ikke er henvist til IPS-tjenester.

- IPS-konsulenten deltar under ukentlige møter med behandlingsteamet.
- IPS-konsulenten deltar aktivt i behandlingsteamets møter der beslutninger fattes i fellesskap.
- Dokumentasjon av IPS-tjenestene (dvs. yrkesmessig vurdering/profil, sysselsettingsplan, fremgangsnotater) integreres i deltakerens behandlingsjournal.
- IPS-konsulentens kontor er i nærheten av (eller deles med) medlemmene i behandlingsteamet.
- IPS-konsulenten hjelper teamet med fokus på arbeid for personer som foreløpig ikke er henvist til IPS-tjenester.

Kommentarer: Respondenten sier det vil være daglig kontakt mellom jobbspesialisten og resten av teamet. De deler kontorfellesskap og det vil være regelmessig gjennomgang av pasientlistene sammen med jobbspesialisten og beslutningene fattes i fellesskap, der pasienten tar den endelige avgjørelsen. Uklart om teamet har en slik struktur at de har ukentlige behandlingsmøter. Jobbspesialisten skal delta på teammøter, på lik linje med resten av teamet.

3. Samarbeid mellom jobbkonsulent og NAV **5**

Jobbkonsulent og NAV veiledere har hyppig kontakt for å diskutere felles klienter og finne frem til mulige henvisninger.

Kommentarer: Det er avtalt fast ukentlig kontordag på NAV Bodø for begge jobbspesialistene, i tillegg kan det gjøres avtaler etter deltakernes behov.

4. IPS enheten **4**

IPS enheten består av minst to heltids jobbspesialister og en veileder. De har ukentlige deltakerbaserte gruppegjennomganger i henhold til IPS tilnærmingen, der strategier identifiseres og jobbmuligheter drøftes. De dekker om nødvendig opp for hverandres portefølje.

Kommentar: Jobbspesialistene (Psykoseteamet og Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus) skal ha ukentlig felles veiledning. Innholdsmessig som beskrevet. Det er ikke diskutert om å dekke opp for hverandres porteføljer.

Anbefalinger:

Det kan diskuteres etter hvert som en begynner å få erfaring, om det er hensiktsmessig å kunne dekke opp for hverandres porteføljer, eller om det er mer naturlig at en annen i samme teamet skal gjøre dette.

5. IPS veileders rolle

5

IPS enheten ledes av en veileder. Jobbspesialistenes kompetanse utvikles og styrkes gjennom resultatbasert arbeidsledelse, Alle fem nøkkelroller til enhetsleder/veileder er oppfylt.

Veileders fem nøkkelroller:

- Én heltidsengasjert veileder har ansvaret for maksimalt ti jobbspesialister. Veileder har ikke annet lederansvar. (Veileder med ansvar for færre enn ti jobbspesialister kan bruke en tilsvarende andel av sin tid på andre ledelsesaktiviteter. En Veileder med ansvar for fire jobbspesialister kan for eksempel ha en halv stilling innen IPS-ledelse.)
- Veileder gjennomfører ukentlige IPS-gjennomganger som skal evaluere deltakernes situasjon, samt finne frem til nye strategier og ideer for å støtte deltakerne i arbeidslivet.
- Veileder kommuniserer med behandlingsteamledere for å sikre at tjenestene integreres med hverandre, for å løse problemer i forbindelse med programmet (f.eks. i henvisningsprosessen eller ved overføring av oppfølging til behandlere) og for å fremheve verdien av arbeid. Deltar på et møte med hvert behandlingsteam hvert kvartal.
- Veileder blir med jobbspesialister som er nye eller som har problemer med jobbutvikling, ut i felten hver måned for å øke kompetansen ved å observere, forme og gi tilbakemelding om kompetanse, f.eks. under møter med arbeidsgivere i forbindelse med jobbutvikling.
- Veileder evaluerer gjeldende deltakerresultater sammen med jobbspesialistene og setter opp mål for å forbedre programmets resultater minst hvert kvartal.

Kommentarer: Veilederrollen er bestemt og skal veilede begge jobbspesialistene i pilotprosjektet i Bodø, en gang i uka. I tillegg jobber veileder tett sammen med både prosjektleder for pilotprosjektet og lederne for de to teamene der jobbspesialistene skal være ansatt. Vi har sagt at det skal jobbes systematisk med resultatmål og hvorfor disse evt. ikke blir oppfylt.

6. Ingen eksklusjonskriterier

4

Alle deltakere som er interessert i arbeid, har tilgang til IPS-tjenester, uavhengig av jobbklarhetsfaktorer som stoffmisbruk, symptomer, fortid med voldelig atferd, kognitive svekkelser, manglende overholdelse av behandling og personlig fremtoning. Dette gjelder også for IPS-tjenester. IPS-konsulentene tilbyr seg å hjelpe til med en ny jobb når en jobb er avsluttet, uansett årsak til at jobben ble avsluttet eller antall jobber man har hatt. Hvis NAV har screeningkriterier, skal ikke organisasjonen for helsetjenester bruke disse for å ekskludere noen. Deltakere screenes ikke formelt eller uformelt.

Kommentarer: Pilotprosjektet er et begrenset tilbud med én jobbspesialist i Psykoseteamet. Dette gjør at et utvalg av pasientene tilknyttet Psykoseteamet vil kunne få et tilbud om IPS tjenesten. Det skal gjøres en kartlegging 4. januar 2013 for å prøve å finne ut av hvor mange av pasientene som mottar tjenester fra Psykoseteamet vil være aktuelle for IPS tjenesten.

Anbefalinger:

Det blir viktig for de pasientene som kunne nyttiggjøre seg IPS tjenesten, men som ikke får tilbudet, at det jobbes godt med alternative tilbud. Det er positivt at det skal foretas en screening slik at Psykoseteamet får identifisert disse pasientene.

7. Organisasjonen har fokus på vanlige jobber

4

Organisasjonen satser på vanlige jobber ved hjelp av flere strategier. Inntak i organisasjonen omfatter spørsmål om interessen for å arbeide. Organisasjonen benytter skriftlig informasjon (f.eks. brosjyrer, oppslagstavler, plakater) om jobbmuligheter og IPS tjenester.

Organisasjonen bør fokusere på programmer som yter tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Organisasjonen støtter opplegg der deltakere kan dele arbeidserfaringer med andre deltakere og med personalet. Organisasjonen måler andelen av vanlige jobber og deler denne informasjonen med organisasjonens ledelse og personale.

Kommentarer: Det jobbes med brosjyrer. Respondenten forteller at Psykoseteamet jobber i dag veldig brukerorientert, med bl.a. brukerstyrt seminar i Sulis, familiedager. IPS som tema vil komme naturlig med her. Psykoseteamet skal måle andelen til vanlig jobb og rapportere dette videre opp i organisasjonen. Det planlegges nyhetsbrev, fagdager og fagseminar, der både jobbspesialister og deltakere vil få mulighet til å dele erfaringer.

Anbefalinger:

Det er positivt at Psykoseteamet allerede jobber veldig brukerfokuset. Det er viktig å få på plass informasjonsmateriell og rapporteringsmateriell før de første deltakerne er på plass.

8. Støtte til IPS fra ledergruppa

5

Organisasjonens ledergruppe (f.eks. administrerende direktør, driftsleder, QA-leder, økonomisjef, klinikkjef, medisinsk ansvarlig, personalsjef) bidrar til å implementere og drive IPS-programmer. Alle fem nøkkelementer for støtte fra ledergruppen er til stede.

- Administrerende direktør og klinikkjef viser at de har kunnskap om prinsippene for evidensbaserte IPS tjenester.
- Organisasjonens QA-prosess omfatter en eksplisitt evaluering av IPS-programmet eller komponentene i programmet minst hver 6. måned ved å bruke IPS-kvalitetsskalaen eller til høy kvalitet er nådd, og deretter minst hvert år. Organisasjonens QA-prosess bruker resultatene fra kvalitetsvurderingen til å forbedre implementeringen og utførelsen av IPS-programmet.
- Minst ett medlem av ledergruppen deltar aktivt under Styringsgruppemøtene, som avholdes minst hvert halvår for programmer av høy kvalitet og minst hvert kvartal for programmer som ennå ikke har oppnådd høy kvalitet. En styringskomité defineres som en bredt sammensatt interessentgruppe som har i oppgave å vurdere kvaliteten, implementeringen av programmet og systemet for tjenestelevering. Komiteen utarbeider skriftlige sysselsettingsplaner som tar sikte på å utvikle eller opprettholde tjenester av høy kvalitet.
- Organisasjonens administrerende direktør kommuniserer hvordan IPS tjenestene skal støtte organisasjonens formål og definerer klare og spesifikke mål for IPS-programmet og/eller vanlige jobber for alle ansatte i organisasjonen i løpet av de seks første månedene hvert år og minst én gang per år (dvs. IPS-oppstart, møter i hele organisasjonen, nyhetsbrev osv.). Denne oppgaven delegeres ikke til en annen leder.

- Prosjektlederen formidler informasjon om hva som hindrer og fremmer EBP, til ledergruppen (inkludert administrerende direktør) minst to ganger per år. Ledergruppen hjelper programlederen med å identifisere problemer og sette i verk tiltak for å løse dem

Kommentarer: Respondenten informerer om at prosjektleder har holdt klinikkledelsen løpende informert i implementeringsprosessen, om både innhold i og forutsetninger for IPS tjenesten. Ledelsen har vært med på nasjonal konferanse om IPS i Bodø i mai 2012 og sitter i Styringsgruppen for IPS. Ledelsen har også deltatt på fagdager sammen med ledere og medarbeidere fra samhandlende organisasjoner. Respondenten mener derfor at prosjektet har støtte fra ledelsen på alle punkter.

I intervju av Styringsgruppen 12.12.12. bekrefter den overordnede ledelsen sin støtte til prosjektet. Også ledere i samhandlende organisasjoner støtter IPS, ut fra gjeldende kriterier.

Tjenesten:

Denne delen av IPS Kvalitetsskalaen går direkte på IPS tjenesten og utførelsen av denne. Siden vi ikke har ansatt jobbspesialister og fått deltakere inn i programmet, blir det umulig å score på disse punktene. Punkt 1 – 14 går direkte på de 8 prinsippene for IPS tjenesten og respondenten er klar på at det er ønskelig å etterstrebe best mulig kvalitet og jobbe så tett opp mot høy kvalitetsskår som mulig.

Det er derfor ikke hensiktsmessig å score her. Vi er i denne omgang interessert i om forarbeidet i en tidlig implementeringsfase støttes av lederne og kan på bakgrunn av svarene fra respondenten bekrefte stort engasjement, ønske og vilje til å få etablert en best mulig IPS tjeneste i Psykoseteamet.

Vi kan allikevel kommentere at lederne, på alle nivå, uttrykker ønske om å kunne levere en best mulig IPS tjenesten i pilotprosjektet i Bodø.

Organisasjonens navn: _ Dagens dato: L...I
Evaluatorenes navn:

Bemanning		
1.	Deltakerportefølje	Poeng: 5
2.	Rendyrking av IPS-tjenester:	Poeng: 5
3.	IPS - Konsulent	Poeng: 5
Organisasjon		
1	Integrering av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom teamarbeid	Poeng: 5
2.	Integrering av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmer	Poeng: 4
3.	Samarbeid mellom IPS-konsulenter og NAV-veiledere	Poeng: 5
4.	IPS-enhet	Poeng: 4
5.	IPS enhetsleder/veileders rolle	Poeng: 5
6.	Ingen eksklusjonskriterier	Poeng: 4
7.	Organisasjonen har fokus på vanlige jobber	Poeng: 4
8.	Støtte til IPS fra ledergruppen	Poeng: 5
Tjenester		
1.	Bistand eller hjelp til å planlegge arbeidsstøttende stønadsbruk	Poeng:
2.	Åpenhet om egne vansker	Poeng:
3.	Fortløpende karriereveiledning	Poeng:
4.	Rask oppstart av jobbsøk	Poeng:
5.	Individuelt tilpasset jobbsøking	Poeng:
6.	Jobbutvikling – hyppig arbeidsgiverkontakt	Poeng:
7.	Jobbutvikling – kvalitet i kontakt med arbeidsgivere	Poeng:
8.	Stor bredde i type jobber	Poeng:
9.	Stor bredde i typer arbeidsgivere	Poeng:
10.	Vanlige jobber	Poeng:
11.	Individuelt tilpasset oppfølging	Poeng:
12.	Tidsubegrenset oppfølging	Poeng:
13.	Tjenester som er basert i lokalsamfunnet	Poeng:
14.	Aktivt engasjement og oppsøkende arbeid fra integrert behandlingsteam	Poeng:
		Totalt: 51

Vedlegg: Poengskjema generell organisasjonsindeks

		Evaluator 1	Evaluator 2	Konsensus
G1	Programmets filosofi	2		
G2	Kvalifiseringskrav eller deltakeridentifisering	3		
G3	Penetrasjon	3		
G4	Vurdering	3		
G5	Behandlingsplan tilpasset den enkelte	5		
G6	Behandlingsplan tilpasset den enkelte	5		
G7	Opplæring	5		
G8	Tilsyn	5		
G9	Prosessovervåking	5		
G10	Resultatovervåking	4		
G11	Kvalitetssikring IOAI	5		
G12	brukerens valg angående tjenester	5		
Gjennomsnitt totalt		50		

5.1.2 Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus

Individuell Jobbstøtte / IPS Kvalitetsrapport og Generell organisasjonsindeks

Dato: Desember 2012

Til: Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus

Fra: Evaluator

Formål Hensikten med undersøkelsen er å avklare om IPS tilnærmingen er tilstrekkelig ledelsesforankret i samarbeidende organisasjoner til at Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus kan begynne å levere tjenesten når jobbspesialisten er ansatt.

Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus har som mål å hjelpe og bistå mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte problemer. En trenger ikke henvisning, men må henvende seg via tildelingskontoret. Tjenesten er gratis og vedtak utformes etter den enkeltes behov. Hver bruker får en fast kontaktperson (primærkontakt). Tjenesten har åpent alle ukedager.

Metode: Besøket ble foretatt onsdag 5. desember 2012, kl. 10.00 – 11.00 på kontoret hos virksomhetsleder, Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus, Bodø kommune. Intervjuer var fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse, NAV Nordland. Intervjuet ble foretatt som en dialog rundt de ulike temaene i IPS Kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks. Etter intervjuet, ble notatene renskrevet og det ble sendt til respondenten for kommentarer og evt. utfyllende informasjon. Begrunnet score på IPS Kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks ble fullført etter besøket og danner grunnlaget for IPS Kvalitetsrapport med vedlegg.

Det er ikke en egen rapport mal for generell organisasjonsindeks, så svarene fra intervjuene fra generell organisasjonsindeks, og fra intervjuet med Styringsgruppen 12.12.12., er sammenfattet inn i IPS kvalitetsrapport og poengskjemaet er lagt som vedlegg.

Oppsummering: Som det fremkommer av IPS Kvalitetsskala og poengskjema scorer Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus mellom 4 og 5 på områdene Bemanning og Organisasjon, noe som tilsier høy kvalitet, eller høy implementering av Individuell Jobbstøtte / IPS.

Som det fremkommer av poengskjema for generell organisasjonsindeks, scorer Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus mellom 2 og 5, noe som tilsier en varierende grad av forankring i ledelsen. De punktene som ble scoret under 4 er alle områder som det jobbes med, men som ikke helt er kommet på plass. Ingen av disse påvirker ledelsesforankringen av IPS piloten.

Jeg tolker resultatene fra gjennomgangene slik at Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus har den nødvendige kjernekompetanse på IPS tilnærmingen og at det er god ledelsesforankring i egen og i samhandlende organisasjoner. Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus er klar til å ansette jobbspesialist og til å tilby Individuell Jobbstøtte / IPS som en del av sin tjeneste.

Individuell Jobbstøtte / IPS Kvalitetsrapport

Bemanning

Score:

1. Deltakerportefølje 5

Jobbspesialisten har en spesifisert deltakerportefølje. Max antall deltakere er 20 stk. eller færre pr. fulltids jobbspesialist.

Kommentar: Respondenten er tydelig på at det skal være max 20 deltakere for en fulltidsansatt jobbspesialist. Det skal være en navngitt portefølje som måles mht. resultater. Jobbspesialisten skal bygge opp porteføljen gradvis, i samarbeid med primærkontaktene i hjemmetjenesten. Det kommer til å være veldig få ved oppstart og jobbspesialisten skal være med på å bestemme hvor raskt det skal tas inn nye deltakere. Jobbspesialist og deltaker møtes hver uke.

2. Personalet som yter IPS tjenester 5

Jobbspesialisten yter bare arbeidsrettet service. Andre, enten primærkontakten eller andre samarbeidsparter yter andre tjenester.

Kommentar: Respondenten sier at jobbspesialisten ikke skal yte andre tjenester enn IPS. Jobbspesialisten vil ikke ha helse – og sosialfaglig utdanning og kan i mange tilfeller heller ikke yte andre tjenester.

Anbefalinger:

I en begynnerfase, med opplæring og tilpasning til teamet og andre samarbeidsparter, og før en har fått inn deltakere i tjenesten, vil mye av tiden gå til opplæring. Pass på at jobbspesialisten i denne fasen med få brukere og under opplæring ikke blir satt til andre oppgaver enn de som er arbeidsrettet. Kan i denne fasen fokusere på det lokale arbeidsmarkedet.

3. Jobbspesialist 5

Jobbspesialisten utfører alle fasene av IPS tjenesten, inkludert, inntak, forpliktende samarbeid, karriereveiledning, skaffe jobb, jobbcoaching og oppfølging før programmet trappes ned til mindre intensiv støtte fra en annen i teamet.

Kommentar: Respondenten sier at utførelsen av alle fasene skal gjøres i samarbeid med primærkontakt og avdelingsledere.

Organisasjon

9. Integrering av arbeidsrehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom teamarbeid 5

Jobbspesialisten deltar i inntil to behandlingsteam som omfatter minst 90 prosent av jobbspesialistens deltakerportefølje

Kommentar: Her er det snakk om ett team; Hjemmetjenesten, der 100 prosent av porteføljen vil være.

10. Integrering av arbeidsrettet rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmene **5**

Jobbspesialisten deltar aktivt under ukentlige møter med behandlingsteamet (som ikke kan erstattes av administrative møter), der enkelt deltakere og deres sysselsettingsmål drøftes og beslutninger fattes i fellesskap. Jobbspesialistens kontor er i nærheten av (eller deles med) medlemmene i behandlingsteamet. Behandling og IPS tjenestene dokumenteres på ett enkelt deltakerskjema. jobbspesialistene hjelper teamet med å holde fokus på arbeid også for personer som foreløpig ikke er henvist til IPS-tjenester.

- IPS-konsulenten deltar under ukentlige møter med behandlingsteamet.
- IPS-konsulenten deltar aktivt i behandlingsteamets møter der beslutninger fattes i fellesskap.
- Dokumentasjon av IPS-tjenestene (dvs. yrkesmessig vurdering/profil, sysselsettingsplan, fremgangsnotater) integreres i deltakerens behandlingsjournal.
- IPS-konsulentens kontor er i nærheten av (eller deles med) medlemmene i behandlingsteamet.
- IPS-konsulenten hjelper teamet med fokus på arbeid for personer som foreløpig ikke er henvist til IPS-tjenester.

Kommentarer: Respondenten sier det vil være daglig kontakt mellom jobbspesialisten og resten av hjemmetjenesten. De samles alle hver morgen til en gjennomgang, før de drar ut til brukerne. De deler også kontorfellesskap og beslutningene fattes i fellesskap. Jobbspesialisten skal delta på fellesmøter.

11. Samarbeid mellom jobbkonsulent og NAV **5**

Jobbkonsulent og NAV veiledere har hyppig kontakt for å diskutere felles klienter og finne frem til mulige henvisninger.

Kommentarer: Det er avtalt fast ukentlig kontordag på NAV Bodø for begge jobbspesialistene, i tillegg kan det gjøres avtaler etter deltakernes behov.

12. IPS enheten **4**

IPS enheten består av minst to heltids jobbspesialister og en veileder. De har ukentlige deltakerbaserte gruppegjennomganger i henhold til IPS tilnærmingen, der strategier identifiseres og jobbmuligheter drøftes. De dekker om nødvendig opp for hverandres portefølje.

Kommentar: Jobbspesialistene (Psykoseteamet og Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus) skal ha ukentlig felles veiledning. Innholdsmessig som beskrevet. Det er ikke diskutert om å dekke opp for hverandres porteføljer. Respondenten ser ikke på dette som uaktuelt.

Anbefalinger:

Det kan diskuteres etter hvert som en begynner å få erfaring, om det er hensiktsmessig å kunne dekke opp for hverandres porteføljer, eller om det er mer naturlig at en annen i samme teamet skal gjøre dette.

13. IPS veileders rolle

5

IPS enheten ledes av en veileder. Jobbspesialistenes kompetanse utvikles og styrkes gjennom resultatbasert arbeidsledelse, Alle fem nøkkelroller til enhetsleder/veileder er oppfylt.

Veileders fem nøkkelroller:

- Én heltidsengasjert veileder har ansvaret for maksimalt ti jobbspesialister. Veileder har ikke annet lederansvar. (Veileder med ansvar for færre enn ti jobbspesialister kan bruke en tilsvarende andel av sin tid på andre ledelsesaktiviteter. En Veileder med ansvar for fire jobbspesialister kan for eksempel ha en halv stilling innen IPS-ledelse.)
- Veileder gjennomfører ukentlige IPS-gjennomganger som skal evaluere deltakernes situasjon, samt finne frem til nye strategier og ideer for å støtte deltakerne i arbeidslivet.
- Veileder kommuniserer med behandlingsteamledere for å sikre at tjenestene integreres med hverandre, for å løse problemer i forbindelse med programmet (f.eks. i henvisningsprosessen eller ved overføring av oppfølging til behandlere) og for å fremheve verdien av arbeid. Deltar på et møte med hvert behandlingsteam hvert kvartal.
- Veileder blir med jobbspesialister som er nye eller som har problemer med jobbutvikling, ut i felten hver måned for å øke kompetansen ved å observere, forme og gi tilbakemelding om kompetanse, f.eks. under møter med arbeidsgivere i forbindelse med jobbutvikling.
- Veileder evaluerer gjeldende deltakerresultater sammen med jobbspesialistene og setter opp mål for å forbedre programmets resultater minst hvert kvartal.

Kommentarer: Veilederrollen er bestemt og skal veilede begge jobbspesialistene i pilotprosjektet i Bodø en gang i uka. I tillegg jobber veileder tett sammen med både prosjektleder for pilotprosjektet og lederne for de to teamene der jobbspesialistene skal være ansatt. Vi har sagt at det skal jobbes systematisk med resultatmål og hvorfor disse evt. ikke blir oppfylt.

14. Ingen eksklusjonskriterier

4

Alle deltakere som er interessert i arbeid, har tilgang til IPS-tjenester, uavhengig av jobbklarhetsfaktorer som stoffmisbruk, symptomer, fortid med voldelig atferd, kognitive svekkelser, manglende overholdelse av behandling og personlig fremtoning. Dette gjelder også for IPS-tjenester. IPS-konsulentene tilbyr seg å hjelpe til med en ny jobb når en jobb er avsluttet, uansett årsak til at jobben ble avsluttet eller antall jobber man har hatt. Hvis NAV har screeningkriterier, skal ikke organisasjonen for helsetjenester bruke disse for å ekskludere noen. Deltakere screenes ikke formelt eller uformelt.

Kommentarer: Pilotprosjektet er et begrenset tilbud med én jobbspesialist i Hjemmetjenesten. Dette gjør at et utvalg av brukerne tilknyttet Hjemmetjenesten vil kunne få et tilbud om IPS tjenesten.

15. Organisasjonen har fokus på vanlige jobber

4

Organisasjonen satser på vanlige jobber ved hjelp av flere strategier. Inntak i organisasjonen omfatter spørsmål om interessen for å arbeide. Organisasjonen benytter skriftlig informasjon (f.eks. brosjyrer, oppslagstavler, plakater) om jobbmuligheter og IPS tjenester.

Organisasjonen bør fokusere på programmer som yter tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Organisasjonen støtter opplegg der deltakere kan dele arbeidserfaringer med andre deltakere og med personalet. Organisasjonen måler andelen av vanlige jobber og deler denne informasjonen med organisasjonens ledelse og personale.

Kommentarer: Det jobbes med brosjyrer. Respondenten sier at det også vil være nyttig med en informasjonsbrosjyre, som primærkontakt kan ta med hjem til brukerne. Hjemmetjenesten sliter i dag med å «dra» i gang brukergrupper. De opplever at brukerne ikke klarer å drive dette selv. Det er allikevel ønskelig at brukerne skal delta aktivt i informasjonsarbeid om IPS etter hvert, også sammen med jobbspesialisten.

16. Støtte til IPS fra ledergruppa

5

Organisasjonens ledergruppe (f.eks. administrerende direktør, driftsleder, QA-leder, økonomisjef, klinikkjef, medisinsk ansvarlig, personalsjef) bidrar til å implementere og drive IPS-programmer. Alle fem nøkkelementer for støtte fra ledergruppen er til stede.

- Administrerende direktør og klinikkjef viser at de har kunnskap om prinsippene for evidensbaserte IPS tjenester.
- Organisasjonens QA-prosess omfatter en eksplisitt evaluering av IPS-programmet eller komponentene i programmet minst hver 6. måned ved å bruke IPS-kvalitetsskalaen eller til høy kvalitet er nådd, og deretter minst hvert år. Organisasjonens QA-prosess bruker resultatene fra kvalitetsvurderingen til å forbedre implementeringen og utførelsen av IPS-programmet.
- Minst ett medlem av ledergruppen deltar aktivt under Styringsgruppemøtene, som avholdes minst hvert halvår for programmer av høy kvalitet og minst hvert kvartal for programmer som ennå ikke har oppnådd høy kvalitet. En styringskomité defineres som en bredt sammensatt interessentgruppe som har i oppgave å vurdere kvaliteten, implementeringen av programmet og systemet for tjenestelevering. Komiteen utarbeider skriftlige sysselsettingsplaner som tar sikte på å utvikle eller opprettholde tjenester av høy kvalitet.
- Organisasjonens administrerende direktør kommuniserer hvordan IPS tjenestene skal støtte organisasjonens formål og definerer klare og spesifikke mål for IPS-programmet og/eller vanlige jobber for alle ansatte i organisasjonen i løpet av de seks første månedene hvert år og minst én gang per år (dvs. IPS-oppstart, møter i hele organisasjonen, nyhetsbrev osv.). Denne oppgaven delegeres ikke til en annen leder.
- Prosjektlederen formidler informasjon om hva som hindrer og fremmer EBP, til ledergruppen (inkludert administrerende direktør) minst to ganger per år. Ledergruppen hjelper programlederen med å identifisere problemer og sette i verk tiltak for å løse dem

Kommentarer: Respondenten informerer om at Kommunaldirektør for helse- og sosialavdelingen sitter i Styringsgruppen og har deltatt på fagseminar sammen med ledere og ansatte i de to andre samarbeidende organisasjonene. Respondenten mener derfor at prosjektet har støtte fra ledelsen på alle punkter. Respondenten sier også at det ikke er noen ulempe at Kommunaldirektøren er psykiatrisk sykepleier!

I intervju av Styringsgruppen 12.12.12. bekrefter den overordna ledelsen sin støtte til prosjektet. Også ledere i samhandlende organisasjoner støtter IPS, ut fra gjeldende kriterier.

Tjenesten:

Denne delen av IPS Kvalitetsskalaen går direkte på IPS tjenesten og utførelsen av denne. Siden vi ikke har ansatt jobbspesialister og fått deltakere inn i programmet, blir det umulig å score på disse punktene. Punkt 1 – 14 går direkte på de 8 prinsippene for IPS tjenesten og respondenten er klar på at det er ønskelig å etterstrebe best mulig kvalitet og jobbe så tett opp mot høy kvalitetsskår som mulig.

Det er derfor ikke hensiktsmessig å score her. Vi er i denne omgang interessert i om forarbeidet i en tidlig implementeringsfase støttes av lederne og kan på bakgrunn av svarene fra respondenten bekrefte stort engasjement, ønske og vilje til å få etablert en best mulig IPS tjeneste hos Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus.

Organisasjonens navn: _ Dagens dato: L...I.

Evaluatorens navn:

Bemanning		
1.	Deltakerportefølje	Poeng: 5
2.	Rendyrking av IPS-tjenester:	Poeng: 5
3.	IPS - Konsulent	Poeng: 5
Organisasjon		
1	Integrering av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom teamarbeid	Poeng: 5
2.	Integrering av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmer	Poeng: 5
3.	Samarbeid mellom IPS-konsulenter og NAV-veiledere	Poeng: 5
4.	IPS-enhet	Poeng: 4
5.	IPS enhetsleder/veileders rolle	Poeng: 5
6.	Ingen eksklusjonskriterier	Poeng: 4
7.	Organisasjonen har fokus på vanlige jobber	Poeng: 4
8.	Støtte til IPS fra ledergruppen	Poeng: 5
Tjenester		
1.	Bistand eller hjelp til å planlegg arbeidsstøttende stønadsbruk	Poeng:
2.	Åpenhet om egne vansker	Poeng:
3.	Fortløpende karriereveiledning	Poeng:
4.	Rask oppstart av jobbsøk	Poeng:
5.	Individuelt tilpasset jobbsøking	Poeng:
6.	Jobbutvikling – hyppig arbeidsgiverkontakt	Poeng:
7.	Jobbutvikling – kvalitet i kontakt med arbeidsgivere	Poeng:
8.	Stor bredde i type jobber	Poeng:
9.	Stor bredde i typer arbeidsgivere	Poeng:
10.	Vanlige jobber	Poeng:
11.	Individuelt tilpasset oppfølging	Poeng:
12.	Tidsubegrenset oppfølging	Poeng:
13.	Tjenester som er basert i lokalsamfunnet	Poeng:
14.	Aktivt engasjement og oppsøkende arbeid fra integrert behandlingsteam	Poeng:
		Totalt: 56

Vedlegg: Poengskjema generell organisasjonsindeks

		Evaluator 1	Evaluator 2	Konsensus
G1	Programmets filosofi	2		
G2	Kvalifiseringskrav eller deltakeridentifisering	3		
G3	Penetrasjon	3		
G4	Vurdering	3		
G5	Behandlingsplan tilpasset den enkelte	5		
G6	Behandlingsplan tilpasset den enkelte	5		
G7	Opplæring	5		
G8	Tilsyn	5		
G9	Prosessovervåking	5		
G10	Resultatovervåking	4		
G11	Kvalitetssikring IOAI	5		
G12	brukerens valg angående tjenester	5		
Gjennomsnitt totalt		50		

6.0 Konklusjon / Oppsummering

6.1 Oppsummering av studien

Denne studien tar for seg ledelsesforankring, som den største organisasjonsmessige utfordring og den mest avgjørende forutsetning for å få til en vellykket implementering av Individuell Jobbstøtte / IPS tilnærmingen. Ledelsesforankring, i betydning av inspirerende ledelse, aktiv støtte og forpliktelse i forhold til filosofi og mål for tjenesten, støtte til å prioritere tid og ressurser til nødvendig omstrukturering / strukturelle endringer og kontinuerlig opplæring og veiledning, og støtte og deltakelse i evaluering og overvåking av resultater og prosess.

Individuell Jobbstøtte / IPS tilnærmingen er ny i Norge. Organiseringen som pilotprosjektet i Bodø har valgt, er en ny måte å samordne og organisere arbeidsrehabilitering for mennesker med alvorlige psykiske lidelser på. De andre fem pilotprosjektene har valgt å organisere seg på andre måter. Organiseringen krever ledelsesforankring og ledelsesstøtte på flere nivå og mellom ulike tjenester, for å skape en felles visjon og en felles forankring i de aktuelle organisasjonene og mellom de samhandlende organisasjonene. Det må også være en eksplisitt vilje fra ledelsen om å ønske denne nye måten å samhandle på.

Studien ble gjennomført som en casestudie. Det ble lagt mye vekt på beskrivelse av kontekst og case, for å skape en god forståelse av hvor godt og grundig det har vært jobbet i prosessen med å få til en pilotutprøving på Individuell Jobbstøtte / IPS i Bodø. Dette følger også anbefalingen til Johannessen et al., jfr. pkt. 3.4.1. Metodisk er det valgt å følge de anbefalinger som IPS tilnærmingen fra USA gir; kvalitets- og prosessoppfølging ved bruk av IPS kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks. Disse ble brukt i gjennomføringen av tre kvalitative forskningsintervju med ledere fra alle tre samhandlende organisasjoner, på flere ledernivå, som respondenter.

Analysedelen følger også av samme anbefaling, som en kvalitetsrapport, med en ferdig mal, laget til bruk for IPS tilnærmingen. Siden det ikke foreligger en mal for generell organisasjonsindeks, er resultatene fra dette skrevet inn i IPS kvalitetsrapport, på bakgrunn av begrunnelsen for scoren og poengskjemaet lagt som vedlegg til rapporten.

6.2 Studiens funn

De svarene som fremkommer i forskningsintervjuene har bidratt til å utprøve problemstillingen og avstemme den innsatsen som har vært lagt ned for å sikre en god nok ledelsesforankring av Individuell Jobbstøtte / IPS tilnærmingen hittil i pilotprosjektet i Bodø. Svarene og analysen knyttet til svarene utgjør hovedfunnet i studien.

Studien skiller mellom to ledelsesnivå for forankringen av Individuell Jobbstøtte / IPS tilnærmingen i pilotprosjektet; overordnet og operasjonelt ledelsesnivå. I denne fasen av pilotprosjektet, der vi ennå ikke er kommet i gang med selve tjenesten og sånn sett har fått noen direkte erfaring med tjenestetilbudet, er det ikke forventet at overordnet ledelsesnivå kjenner til så mye av den praktiske delen av tjenesten, men at de innehar den nødvendige kjernekompetansen i IPS. Den operasjonelle ledelsen må være mere på praktisk nivå, da disse skal være forberedt på hva IPS tjenesten innebærer, både for jobbspesialistrollen, for det teamet som de leder og brukerne / pasientene. Dette viser seg både i valg av spørsmål, der den operative ledelsen er intervjuet både i forhold til IPS kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks, mens den overordnede ledelsen kun er intervjuet i forhold til generell organisasjonsindeks.

Med bakgrunn i analysen som er synliggjort i IPS kvalitetsrapport, er jeg i stand til å besvare denne masterstudiens problemstilling: ***Er Individuell Jobbstøtte / IPS tilstrekkelig forankret i ledelsen til å være klar for levering av tjenesten i pilotprosjektet i Bodø?***

Min studie avdekker at den tiden som har vært lagt ned i å jobbe med den lokale forankringen har vært vel anvendt og gitt ønskede resultater. Prosjektleder har jobbet tett opp mot teamlederne og dratt dem aktivt med i hele prosessen. Innstillingene av jobbspesialistene er klare og i intervjuene med teamlederne, følte jeg entusiasmen og gleden ved at prosjektet endelig skal begynne i en ny, aktiv fase. Prosjektleder har også gjort en grundig jobb opp mot lederne i Styringsgruppen. Også i dette intervjuet kunne en merke utålmodigheten av å komme i gang.

Jeg tolker Henrik Ibsens Per Gynt utsagn; *Ja, tenke det; ønske det; ville det med; – men gjøre det!*- som en god beskrivelse på hvor vi befinner oss og prosessen og ser frem til at det om ca. 6 måneder kommer et eksternt evalueringsteam for å evaluere det som vi faktisk skal gjøre!

6.3 De videre implikasjoner

Det har vært jobbet i flere år med organisering og forankring av Individuell Jobbstøtte / IPS pilotprosjektet i Bodø. Prosjektleder har vært opptatt av anbefalingene fra USA om viktigheten av lokal forankring. I januar 2013 starter vi opp en ny fase i prosjektet med ansettelse av to jobbspesialister. Dette krever nye fokusområder, spesielt opplæring og integrering inn i teamene der de skal ansettes. Etter hvert starter selve tjenesten, der jobbspesialistene tar inn deltakere og veiledning på oppfølgingen av deltakere får hovedfokus.

Tema for videre forskning vil naturlig være IPS prosess – og kvalitetsmålinger. Dette vil bli gjort, gjennom at alle 6 pilotprosjektene i Norge skal evalueres jevnlig (minst hver 6. måned), ved bruk av IPS kvalitetsskala og av eksternt evaluatorteam. På denne måten vil hvert prosjekt få en direkte tilbakemelding på den tjenesten som tilbys og mulighet til å gjøre eventuelle endringer / korrigeringer. Arbeids- og velferdsdirektoratet skal også gjennomføre forskning på de 6 pilotprosjektene. Forskningsdesignen her er ikke klar ennå. Det er ønskelig med randomiserte studier, men følgeforskning og forskning på praksis vil også være interessant for en eventuell videreføring og / eller spredning av Individuell Jobbstøtte / IPS tjenesten. Pilotprosjektet i Bodø vil kunne bruke resultatene i denne studien for å se om de antakelsene om at god ledelsesforankring vil vise seg i god kvalitet i praksis, viser seg.

Prosjektleder for pilotprosjektet i Bodø, kommer til å følge prosjektet i Bodø nøye og skal også forske på om IPS tjenesten gjør en forskjell i forhold til utfall for mennesker under 40 år med psykoselidelser. Vil Individuell Jobbstøtte / IPS tjenesten kunne bety en forskjell i forhold til uføretrygding? Det jobbes med en forskningsdesign i forhold til en doktorgrad på dette.

Et annet interessant tema for videre forskning kan være å følge deltakere i IPS tjenesten i pilotprosjektet. Brukerperspektivet, recoveryperspektivet og empowermentperspektivet står veldig sterkt i IPS tilnærmingen. Dette blir også ivaretatt gjennom IPS kvalitetsskalaen, der deltakere i IPS tjenesten og deres familier og nettverk er viktige informanter. Forskning på deltakernes opplevelse og erfaring med IPS tjenesten vil være spesielt interessant ut fra et slikt perspektiv.

7.0 Litteraturliste

- Alvesson Mats (2002). *Organisasjonskultur og ledelse*. Abstrakt forlag, 2002.
- Amundsen Jan Sverre (2005). *Verdiskapende endring: veien mot beste praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Anthony (1993). www.psykiskhelse.no/content/248/Recovery. Lastet ned 23.12.12.
- Becker R. Deborah, Bond R. Gary, Merrens R. Matthew, & Swanson Sarah (2008). *Evidence-Based Supported Employment Fidelity Review Manual*.
<http://www.dartmouth.edu/~ips/page19/page49/page51/files/semanual.front.pdf> (Lastet ned mars 2011).
- Black Carol (2008). *Working for a Healthier Tomorrow: Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population*. London: The Stationery Office.
- Bond R. Gary, Drake E. Robert. & Becker R. Deborah (2008). *An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **31**, 280-289.
- Brinchmann Beate (2012). *Virksomme faktorer ved integrering av arbeidsrettet rehabilitering I psykisk helsevern. En undersøkelse av deltakernes egne erfaringer og reaksjoner*. Nav.no: NAV/Arbeid/Inkluderende arbeidsliv/Farve-forsøksmidler/sluttrapporter 2012/Redusert funksjonsevne.
- Burnes Tom, Catty Jocelyn & Becker Thomas et al., (2007). *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness; a randomized controlled trial*. *The Lancet*, **370** (9593), 1146-1152.
- Burnes Tom & Catty Jocelyn (2008). *IPS in Europe: The EQOLISE Trial*, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, Volume 31, No. 4, 313-317.
- Drake Robert E. (2008). *The future of Supported Employment*. Sainsbury Centre Lecture, March 2008 (<http://www.scmh.org.uk/employment/services.aspx>)
- Fossestøl Knut & Andreassen Tone A. (2010). *Rehabilitering med arbeid som mål – et organisatorisk perspektiv*. AFI-notat 12/2010, afi-wri.no

Grove Bob (2012). *Mental health and employment – putting evidence into practice*. Innlegg på samling for Individuell Jobbstøtte / IPS prosjektene i Norge, på Gardermoen 24.10.12. bob.grove@centreformentalhealth.org.uk / www.centreformentalhealth.org.uk/employment

Halvorsen, Knut (2003) *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo

Helle S og Gråwe Rolf W.(2008). *Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 7: 1358-1362

Hofstede Geert, Hofstede Geert Jan & Minkov Michael (2010). *Kulturer og organisasjoner. Overlevelse i en grænseoverskridende verden*. Handelshøjskolens forlag, 3. utgave.

Jacobsen Dag Ingvar og Thorsvik Jan (2008). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Johannessen Asbjørn, Tuft Per Arne og Christoffersen Line (2010). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode*. 4. utgave, Abstrakt forlag

Marwaha Steven, Balachandra S. & Johnson S. (2008). *Clinical attitudes to the employment of people with psychosis*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Online journal (<http://www.springerlink.com/home/main.mpx>) [DOI 10.1007/s00127-008-Os47-5]. (Lastet ned 21.6.11).

Melle Ingrid & Friis Svein et al. (2000). *Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies*. *Psychiatric services* 51 (2): 223-228.

Mykletun Arnstein & Knudsen Ann Kristin (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. Rapport 2009:4, Folkehelseinstituttet.

Nasjonale Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2012). *Arbeidsgruppe 2 Utvikling av kvalitetsindikatorer*.

NAV Nordland Bedriftsundersøkelse (2012). <http://www.nav.no/Lokalt/Nordland/Presse+og+media/Pressemeldinger/Mangel+p%C3%A5+kvalifisert+arbeidskraft.312127.cms> Lastet ned 6.10.12.

NAV (2012). *Flere uføre med psykiske lidelser*. (diagnosestatistikk for 2011). Lastet ned 2.10.12.

- NAV (2011). *Virksomhetsstrategien for Arbeids- og Velferdsforvaltningen, 2011 – 2020*.
- NOU: 6:2012. *Arbeidsrettede tiltak*. Arbeidsdepartementet.
- NOU: 26:1992 *En nasjonal strategi for økt sysselsetting i 1990-årene*. Arbeidsdepartementet.
- Novak Jeanne, Mank David & Rogan Patricia (2011). *Supported Employment and Social Relationships in the Workplace* (Guest Editorial). *Journey of Vocational Rehabilitation*, 35 (3), 193-195.
- OECD (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. OECD Publishing. (<http://www.dx.doi.org/10.1787/978926412452-en>).
- Ose Solveig O. mf. (2008). *Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus*. Rapport SINTEF Helse.
- Perkins Rachel (2011). *Making a reality of Employment for People with Mental Health and/or Addiction Problems*. Presentasjon på konferansen “Arbeid I et behandlingperspektiv” I Oslo 20.11.11. Helsedirektoratet og Arbeids – velferdsdirektoratet. Kan lastes ned på: www.psykiskhelsearbeid.no.
- Rinaldi Miles, Perkins Rachel, Glynn E., Montibeller T., Clenaghan M. & Rutherford J. (2008). *Individual Placement and Support: From research to practice*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 50-60.
- Sainsbury Centre (2009). *Removing barriers: The facts about mental health and employment*. London: Briefing 40: 2009, Sainsbury Centre for Mental Health.
- Saloviita Timo & Pirttimaa Raija (2007). *Supported Employment in Finland: A follow-up*. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4, 229-234.
- Schafft Angelika (2009). *Å få seg en jobb: Arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer*. Kommuneforlaget.
- Schafft Angelika (2008). *Psykiske lidelser og arbeidsinkludering i Skandinavia*. En kunnskapsstatus. AFI-Rapport 4/2008, afi-wri.no
- Seebohm P. & Scott J. (2004). *Addressing disincentives to work associated with the welfare benefit system in the UK and abroad*. London: Social Enterprise Partnership GB.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Veiledningsserie 9/2006. 1-201. IS-1388.

Spjellkavik Øystein et al. (2011). *Supported Employment i Norden*. AFI-rapport 3/2011.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 19 (2008-2009). *Ei forvaltning for demokrati & fellesskap*. Fornyings-, Administrasjons- og Kirkedepartementet.

St.meld. nr. 50 (1998-99). *Om fordeling av inntekt og levekår i Norge* (Utjevningsmeldingen). Arbeidsdepartementet.

St.meld. nr. 21 (1998-99). *Ansvar og mestring – Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. (Rehabiliteringsmeldingen). Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 39 (1991-92). *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepengar og uførepensjon* (Attføringsmeldingen). Arbeidsdepartementet.

St.prp. nr. 1 (2007-2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 63 (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Statsbudsjettet (2012). *Jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne*. Vedlegg til Prop. 1 S (2011-2012) – Statsbudsjettet 2012.

Storvik Tor Inge (2010). *Samstyring i NAV. En studie av styringsutfordringer I partnerskapet mellom kommune og stat I NAV*. Masteroppgave i strategi og ledelse. Handelshøgskolen i Bodø.

Samsha (2009). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Supported Employmen*. SMA-08-4364, Rockville, MD, USA: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009. Elektronisk versjon kan lastes ned fra: www.samsha.gov/shin

Svendsrud Arne (2011). *Norsk oversettelse av Individual Placement and Support KIT-modulene*. Kan lastes ned på [www.attforingsbedriftene.no/kompetanse/materiell-om-ab-og-ips/individual-placement-and-support-\(ips\).aspx](http://www.attforingsbedriftene.no/kompetanse/materiell-om-ab-og-ips/individual-placement-and-support-(ips).aspx)

Svendsrud Arne & Brinchmann Beate (2011). *Fra best på uføretrygd til best på arbeid?* Innlegg i Dagsavisen/Nye Meninger. Lastet ned 23.11.2011.

Swanson Sarah J. & Becker Deborah R. (2011) *Supported Employment. Applying the Individual Placement and Support (IPS) Model to help Clients Complete the Workforce*. Dartmouth PRC. Hazelden 2011.

Tandberg Marte et al. (2011). *Neurocognition and occupational functioning in patients with first-episode psychosis: a 2 – year follow- up study*. Psychiatry Research. 2011, august 15. 188 (3) 334-342.

Torrey William C., Bond Gary R., McHugo Gregory J. & Swain Karin (2011). *Evidence-Based Practice Implementation in Community Mental Health Settings: The Relative Importance of Key Domains of Implementation Activity*. Springer Science+Business Media, LLC 2011. Adm Policy Ment Health. DOI 10.1007/s10488-011-0357-9.

Waddel Gordon & Burton Kim A. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-being?* Norwich: The Stationary Office.

Warner Richard (2004) *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. Third Edition. Hove: BrunnerRoutledge

Wehman Paul (2011). *Employment for persons with disabilities: Where are we now and where do we need to go?* Journal of Vocational Rehabilitation, 35 (3), 145-151.

Wikipedia (2012). *Den norske velferdsstaten*. www.wikipedia.org/wiki/Den_norske_velferdsstaten. Lastet ned 1.10.2012.

Zubin Joseph & Spring Bonnie (1977). *Vulnerability: A new view on schizophrenia*. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103-126.

8.0 Vedlegg

8.1 Intervjuguide ledere i Styringsgruppen / ledere på overordnet nivå

8.1.1 Innledende spørsmål

1. Som leder har du støttet at din organisasjon skal være med i Individuell Jobbstøtte / IPS pilotprosjektet i Bodø. Hvordan hørte du om IPS første gang?
2. Hva var det som gjorde at du ønsket at din organisasjon skulle være med i IPS pilotprosjektet?

8.1.2 Generell organisasjonsindeks

G1. Programmets filosofi

1. Kan du kort beskrive IPS programmet; filosofi, mål, definisjon?
2. Hva kan vanskeliggjøre gjennomføringen av IPS tjenesten?
3. Hva kan fremme gjennomføringen av IPS tjenesten?

G2. Kvalifiseringskrav / deltakeridentifisering

1. Foreligger det en plan for systematisk gjennomgang av de brukerne som allerede er aktive i tjenesten, for en nøyaktig identifisering av dem som vil ha mest nytte av IPS tjenesten? Basert på kriteriene for IPS tjenesten?
2. Hvordan henvises brukerne til IPS tjenesten?
3. Hva er inntakskriteriene for IPS tjenesten?

G3. Penetrasjon

Penetrasjon defineres som hvor mange prosent av brukerne som har tilgang til IPS tjenesten i forhold til det totale antall brukere som kunne ha nytte av IPS tjenesten.

1. Er det foretatt en vurdering av hvor mange brukere totalt som mottar tjenester i psykoseteamet og oppfølgingstjenesten, som kan ha nytte av IPS tjenesten?

G4. Vurdering

1. Er det foretatt en vurdering av hvem som skal få tilbudet om IPS tjenesten av brukerne i de to teamene?
2. Én Jobbspesialist skal ha maks 20 deltakere i IPS tjenesten. Er det gjort en vurdering av hvilke tjenester brukere som ikke får IPS tjenesten skal få?

G5. og G6 Behandlingsplan tilpasset den enkelte

Tilpasset behandling vil si at trinn, strategier, tjenester, tiltakene og graden av engasjement er konsentrert om spesifikke deltakermål og er unike for hver deltaker.

1. Finnes det en eksplisitt, deltakertilpasset behandlingsplan for den enkeltedeltaker i IPS tjenesten, som også inneholder arbeidsrettede mål og beskrivelse av fremgangen i forhold til arbeidsrettede mål?
2. Fremkommer det av behandlingsplanen hvordan Jobbspesialisten og deltaker skal gå frem for å nå målene om arbeid?
3. Oppdateres de individuelle behandlingsplanene jevnlig? Hvis ja, hvor ofte?
4. Tilfredsstiller behandlingsplanen målene for IPS?

G7. Opplæring

1. Får nye Jobbspesialister systematisk opplæring? Hvis ja, obligatorisk eller valgfritt? Varighet? Hvor ofte? Innhold? I gruppe eller individuelt? Hvem underviser? På huset eller utenfor?
2. Vil det bli gitt oppfriskningskurs?

G8. Tilsyn

1. Får Jobbspesialisten deltakerfokusert tilsyn og veiledning i forhold til IPS programmet? Dette dreier seg om IPS tjenesten og hvordan denne gjelder i forhold til spesifikke situasjoner med brukere og ikke bare med kollega, men med en overordnet tilstede.

G9. Prosessovervåking

1. Vil overordnede og IPS ledere foreta jevnlig og systematisk innsamling av data hver 6. måned for å evaluere og evt. forbedre IPS tjenesten?
2. Har prosessdataen påvirkning på hvordan tjenesten vil bli levert?

G10. Resultatovervåking

1. Vil det foregå en systematisk og jevnlig innsamling av resultatdata for å vurdere IPS tjenestens effektivitet og forbedre kvaliteten på tjenesten? Resultatdata for IPS vil være – vanlig jobb
2. Har IPS tjenesten en systematisk metode for å spore resultatdata?
3. Hvordan? Hvor ofte? Hva slags resultatvariabler? Hvem samler inn data?
4. Hva gjøres med resultatdataene?

G11. Kvalitetssikring

1. Hva er Styringsgruppens ansvar og rolle i forhold til IPS pilotprosjektet i Bodø?
2. Skal styringsgruppen gjennomgå prosess- og resultatdata? Hvor ofte?
3. Hvordan skal dere bruke gjennomgåelsen for å gjøre tjenesten bedre?

G12. Brukerens valg angående tjenester

IPS tjenestens leverandører skal informere brukerne om sine faktiske valg og stole på at bruker selv kan velge til beste for seg selv og sine mål.

1. Hva er IPS tjenestens filosofi med hensyn til brukermedvirkning og brukers rolle i å ta kontroll over sine lidelser, og i å ha fremgang i retning av å nå sine mål?

På bakgrunn av samtalen rundt disse punktene, vil jeg forsøke å sette en begrunnet score i generell organisasjonsindeks, poengskjema; 12 kategorier og skårer fra 1 – 5, der 1 = ingen implementering og 5 = full implementering.

Det finnes ikke en egen rapport mal for generell organisasjonsindeks. Jeg kommer derfor til å legge poengskjemaet som vedlegg til IPS Kvalitetsrapport. I tillegg skriver jeg inn resultatene fra generell organisasjonsindeks i oppsummeringen i IPS Kvalitetsrapport.

Tusen takk for at du tok deg tid til å være med på denne kvalitetsgjennomgangen.

8.2 Intervjuguide teamledere / ledere på operativt nivå

8.2.1 Innledende spørsmål

3. Som leder har du støttet at din organisasjon skal være med i Individuell Jobbstøtte / IPS pilotprosjektet i Bodø. Hvordan hørte du om IPS første gang?
4. Kjenner du til ideologien for IPS?
5. Kjenner du til målsettingen med IPS?
6. Kjenner du til prinsippene for IPS?

8.2.2 IPS Kvalitetsskala

Bemanning

Størrelse på porteføljen

1. Hver av de to Jobbspesialistene skal ha en spesifisert portefølje. Hva legger du i det?
2. Kjenner du til hvor mange brukere det er anbefalt at hver Jobbspesialist skal følge opp?
3. Hvor ofte skal Jobbspesialisten møte hver enkelt person i porteføljen?

4. Er det laget inntaks- og avslutningsrutiner for deltakere i IPS programmet?
5. Hvor lenge kan en deltaker motta støtte fra en Jobbspesialist?

Personalet som yter IPS tjenesten

1. Jobbspesialisten skal ansettes i Psykoseteamet og i Oppfølgingstjenesten Psykisk helse og rus. Vil Jobbspesialisten yte andre tjenester i teamet enn de yrkesrettede tjenestene?
2. Hvor mye av Jobbspesialistens tid vil bli brukt på tjenester som ikke er IPS?

Yrkesveiledning

1. Jobbspesialistene vil samarbeide med andre, både i eget team og i samarbeidende organisasjoner rundt IPS tjenesten. Vil Jobbspesialistene yte alle fasene i IPS tjenesten (inntak, forpliktende samarbeid, karriereveiledning, skaffe jobb, jobbcoaching og oppfølging)?

Organisasjon

Integrasjon av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser

1. Hvordan organiseres samhandlingen mellom Jobbspesialisten og andre teammedlemmer rundt den enkelte bruker?
2. I hvilke situasjoner samhandler de og hvor jevnlig? Møtes de personlig eller pr. telefon?
3. Bli Jobbspesialistene henvist til å jobbe sammen med spesifikke medlemmer av teamet?
4. Er Jobbspesialistene tenkt å være med i delt beslutningstaking om brukertjenester? Hvem tar den endelige avgjørelsen?
5. Hvor befinner Jobbspesialistens kontor seg i forhold til resten av teamet?
6. Vil dokumentasjon av IPS tjenestene (yrkesmessig vurdering / profil, sysselsettingsplan, fremgangsnotater) integreres i brukers behandlingsjournal?
7. Jobbspesialisten skal hjelpe teamet å holde fokus på arbeid også for personer som foreløpig ikke er henvist til IPS tjenesten. Hvordan skal dette foregå?
8. Hvordan organiseres samhandlingen mellom Jobbspesialisten og NAV?

Sysselsettingsenhet

1. Har Jobbspesialistene i IPS pilotprosjektet i Bodø den samme overordnede?
2. Møter Jobbspesialistene som en gruppe ved tilsyn og veiledning? I så fall, hvor ofte?
3. Yter Jobbspesialistene tjenester til hverandres brukere?

Kriterier som ikke ekskluderer noen

1. Hva er kriteriene for å være kvalifisert til å motta IPS?
2. Hvem foretar henvisningen?
3. Hvem foretar screeningen?
4. Finnes det forholdsregler som sikrer at ingen blir ekskludert?
5. Blir bruker avsluttet i IPS tjenesten hvis vedkommende slutter i jobben sin, uansett årsak

Organisasjonen har fokus på vanlige jobber

1. Hvilke strategier har organisasjonen for å ha fokuset på vanlige jobber?
(Spørsmål om interessen av og erfaringen fra arbeid ved inntak og integrert i behandlingsplanen. Skriftlig informasjon som f.eks. brosjyrer, plakater og oppslagstavler. Organiserte brukergrupper med deling av erfaring med andre brukere og personell. Opplæringstiltak, nyhetsbrevartikler osv.)
2. Vil organisasjonen måle andelen av vanlige jobber og dele resultatene med organisasjonens ledelse og personale? Hvis ja, hvor ofte?

Støtte til IPS fra ledergruppen

1. Har ledelsen i organisasjonen (alle nivå) kunnskap om prinsippene for den evidensbaserte IPS tjenesten?
2. Vil ledelsen etterspørre eksplisitte vurderinger av IPS programmet eller komponenter i programmet hver 6. måned ved å støtte bruken av IPS kvalitetsskalaen, eller til høy kvalitet er nådd og deretter minst hvert år?
3. Vil ledelsen støtte kvalitetsforbedrelser som disse evalueringene eventuelt foreslår?
4. Deltar minst ett medlem av ledelsen i Styringsgruppen for IPS tjenesten?
5. Vil organisasjonens administrerende direktør kommunisere hvordan organisasjonen støtter IPS tjenesten, ved f.eks. IPS oppstart, møter i hele organisasjonen, nyhetsbrev osv.?
6. Vil prosjektleder for IPS piloten i Bodø kunne formidle informasjon om hva som hindrer og fremmer IPS til ledergruppen, minst to ganger pr. år?
7. Vil ledergruppen hjelpe prosjektleder å sette i verk tiltak for å løse evt. hinder for IPS tjenesten?

Tjenesten

Denne delen av IPS kvalitetsskala handler om selve IPS tjenesten og hvordan denne faktisk utføres. Vi har ikke kommet i gang med IPS tjenesten i pilotprosjektet enda og det er derfor

ikke så mye faktisk informasjon å hente her. Jeg har derfor valgt ikke å formulere spørsmål i denne delen, men heller samtale rundt betydningen av temaene i de 14. punktene;

1. Bistand til å planlegge stønadsbruk i forbindelse med overgang til arbeid.
2. Åpenhet om egne vansker, hva skal fortelles og til hvem
3. Fortløpende karriereveiledning
4. Rask oppstart av jobbsøk
5. Individuelt tilpasset jobbsøk
6. Jobbutvikling – hyppig arbeidsgiverkontakt
7. Jobbutvikling – kvalitet i kontakt med arbeidsgiver
8. Stor bredde i typer jobber
9. Stor bredde i typer arbeidsgivere
10. Vanlige jobber
11. Individuelt tilpasset oppfølging
12. Tidsubegrenset oppfølging
13. Tjenester som er basert i lokalsamfunnet
14. Aktivt engasjement og oppsøkende arbeid fra integrert behandlingsteam

På bakgrunn av samtalen rundt disse punktene, vil jeg forsøke å sette en begrunnet score i IPS Kvalitetsskalaen, 25 kategorier med score fra 1 – 5, der 1 = ingen implementering og 5 = full implementering.

På bakgrunn av scorene lager jeg en rapport som jeg sender til alle respondentene, slik at dere får anledning til å korrigere evt. misforståelser eller feil, eller komme med mer informasjon. Den endelige rapporten blir presentert på første Styringsgruppemøte etter at den er ferdig. Rapporten vil inneholde:

- En tolkning av resultatene fra evalueringen, med begrunnelse
- Sterke og svake sider ved IPS programmet
- Tydelige anbefalinger om hvordan IPS programmet kan forbedres

8.2.3 Generell organisasjonsindeks

G1. Programmets filosofi

4. Kan du kort beskrive IPS programmet; filosofi, mål, definisjon?
5. Hva kan vanskeliggjøre gjennomføringen av IPS tjenesten?
6. Hva kan fremme gjennomføringen av IPS tjenesten?

G2. Kvalifiseringskrav / deltakeridentifisering

4. Foreligger det en plan for systematisk gjennomgang av de brukerne som allerede er aktive i tjenesten, for en nøyaktig identifisering av dem som vil ha mest nytte av IPS tjenesten? Basert på kriteriene for IPS tjenesten?
5. Hvordan henvises brukerne til IPS tjenesten?
6. Hva er inntakskriteriene for IPS tjenesten?

G3. Penetrasjon

Penetrasjon defineres som hvor mange prosent av brukerne som har tilgang til IPS tjenesten i forhold til det totale antall brukere som kunne ha nytte av IPS tjenesten.

2. Er det foretatt en vurdering av hvor mange brukere totalt som mottar tjenester i psykoseteamet og oppfølgingstjenesten, som kan ha nytte av IPS tjenesten?

G4. Vurdering

3. Er det foretatt en vurdering av hvem som skal få tilbudet om IPS tjenesten av brukerne i de to teamene?
4. Én Jobbspesialist skal ha maks 20 deltakere i IPS tjenesten. Er det gjort en vurdering av hvilke tjenester brukere som ikke får IPS tjenesten skal få?

G5. og G6 Behandlingsplan tilpasset den enkelte

Tilpasset behandling vil si at trinn, strategier, tjenester, tiltakene og graden av engasjement er konsentrert om spesifikke deltakermål og er unike for hver deltaker.

5. Finnes det en eksplisitt, deltakertilpasset behandlingsplan for den enkeltedeltaker i IPS tjenesten, som også inneholder arbeidsrettede mål og beskrivelse av fremgangen i forhold til arbeidsrettede mål?
6. Fremkommer det av behandlingsplanen hvordan Jobbspesialisten og deltaker skal gå frem for å nå målene om arbeid?
7. Oppdateres de individuelle behandlingsplanene jevnlig? Hvis ja, hvor ofte?
8. Tilfredsstillende behandlingsplanen målene for IPS?

G7. Opplæring

3. Får nye Jobbspesialister systematisk opplæring? Hvis ja, obligatorisk eller valgfritt? Varighet? Hvor ofte? Innhold? I gruppe eller individuelt? Hvem underviser? På huset eller utenfor?
4. Vil det bli gitt oppfriskningskurs?

G8. Tilsyn

2. Får Jobbspesialisten deltakerfokusert tilsyn og veiledning i forhold til IPS programmet? Dette dreier seg om IPS tjenesten og hvordan denne gjelder i forhold til spesifikke situasjoner med brukere og ikke bare med kollega, men med en overordnet tilstede.

G9. Prosessovervåking

3. Vil overordnede og IPS ledere foreta jevnlig og systematisk innsamling av data hver 6. måned for å evaluere og evt. forbedre IPS tjenesten?
4. Har prosessdataen påvirkning på hvordan tjenesten vil bli levert?

G10. Resultatovervåking

5. Vil det foregå en systematisk og jevnlig innsamling av resultatdata for å vurdere IPS tjenestens effektivitet og forbedre kvaliteten på tjenesten? Resultatdata for IPS vil være – vanlig jobb
6. Har IPS tjenesten en systematisk metode for å spore resultatdata?
7. Hvordan? Hvor ofte? Hva slags resultatvariabler? Hvem samler inn data?
8. Hva gjøres med resultatdataene?

G11. Kvalitetssikring

4. Hva er Styringsgruppens ansvar og rolle i forhold til IPS pilotprosjektet i Bodø?
5. Skal styringsgruppen gjennomgå prosess- og resultatdata? Hvor ofte?
6. Hvordan skal dere bruke gjennomgåelsen for å gjøre tjenesten bedre?

G12. Brukerens valg angående tjenester

IPS tjenestens leverandører skal informere brukerne om sine faktiske valg og stole på at bruker selv kan velge til beste for seg selv og sine mål.

2. Hva er IPS tjenestens filosofi med hensyn til brukermedvirkning og brukers rolle i å ta kontroll over sine lidelser, og i å ha fremgang i retning av å nå sine mål?

På bakgrunn av samtalen rundt disse punktene, vil jeg forsøke å sette en begrunnet score i generell organisasjonsindeks, poengskjema; 12 kategorier og skårer fra 1 – 5, der 1 = ingen implementering og 5 = full implementering.

Det finnes ikke en egen rapportmal for generell organisasjonsindeks. Jeg kommer derfor til å legge poengskjemaet som vedlegg til IPS Kvalitetsrapport. I tillegg skriver jeg inn resultatene fra generell organisasjonsindeks i oppsummeringen i IPS Kvalitetsrapport.

IPS-KVALITETSSKALA

Versjon 2011 (oversatt fra versjon 01/07/08)

Vurdert av:

Sted:

Dato:

Totalresultat:

Veiledning: Sett ring rundt ett alternativnummer for hvert kriterium.

<u>Kriterium</u>	<u>Data- kilde*</u>	<u>Alternativ</u>
Bemanning		
1. <u>Deltakerportefølje</u> : Det varierer hvor stor deltakerportefølje hver IPS-konsulent arbeider med. Den maksimale deltakerporteføljen for hver heltidsengasjerte IPS-konsulent er 20 eller færre deltakere.	MIS, DOC, INT	1 = En andel på 41 eller flere deltakere per IPS-konsulent. 2 = En andel på 31–40 deltakere per IPS-konsulent. 3 = En andel på 26–30 deltakere per IPS-konsulent. 4 = En andel på 21–25 deltakere per IPS-konsulent. 5 = En andel på 20 eller færre deltakere per IPS-konsulent.

2. Rendyrking av IPS-tjenester:
IPS-konsulenter yter bare IPS-tjenester.

MIS, DOC INT 1 = IPS-konsulenter yter IPS-tjenester mindre enn 60 prosent av tiden.

2 = IPS-konsulenter yter IPS-tjenester 60–74 prosent av tiden.

3 = IPS-konsulenter yter IPS-tjenester 75–89 prosent av tiden.

4 = IPS-konsulenter yter IPS-tjenester 90–95 prosent av tiden.

5 = IPS-konsulenter yter IPS-tjenester 96 prosent eller mer av tiden.

3. IPS Konsulent: Den enkelte IPS-konsulent utfører alle faser av IPS-tjenesten, inkludert inntak, forpliktende samarbeid, karriereveiledning, skaffe jobb, jobbcoaching og oppfølging før programmet trappes ned til mindre intensiv støtte fra en annen behandler. (Merk: Det forventes ikke at den enkelte IPS-konsulent skal gi råd om stønader til sine deltakere. Henvising til en rådgiver om stønadsordninger er i tråd med kvalitetsmålet, se punkt nr. 1 under «Tjenester».)

MIS, DOC, INT, OBS 1 = IPS-konsulenten yter bare en yrkesrettet henvisningstjeneste som leverandører og andre programmer kan benytte.

2 = IPS-konsulenten arbeider med en deltakerportefølje, men henviser deltakere til andre yrkesrettede programmer.

3 = IPS-konsulenten utfører én til fire faser i IPS-tjenesten (inkludert inntak, forpliktende samarbeid, karriereveiledning, skaffe jobb, jobbcoaching og oppfølging).

4 = IPS-konsulenten utfører fem faser av IPS-tjenesten, men ikke hele tjenesten.

5 = IPS-konsulenten utfører alle de seks fasene av IPS-tjenesten (inkludert inntak, forpliktende samarbeid, karriereveiledning, skaffe jobb, jobbcoaching og oppfølging)

ORGANISASJON

1. Integrering av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom teamarbeid: IPS-konsulentene deltar i inntil to behandlingsteam som omfatter minst 90 prosent av IPS-konsulentens deltakerportefølje.

MIS,
DOC,
INT,
OBS

1 = IPS-konsulentene er en del av et yrkesrettet program som fungerer uavhengig av behandlingen av psykiske lidelser.

2 = IPS-konsulentene er tilknyttet tre eller flere behandlingsteam for psykiske lidelser. ELLER deltakerne betjenes av individuelle helsearbeidere som ikke er organisert i team. ELLER IPS-konsulentene er tilknyttet ett eller to team som omfatter mindre enn 50 prosent IPS-konsulentens deltakerportefølje.

3 = IPS-konsulentene deltar i ett eller to behandlingsteam som omfatter minst 50–74 prosent av IPS-konsulentens deltakerportefølje.

4 = IPS-konsulentene deltar i ett eller to behandlingsteam som omfatter minst 75–89 prosent av IPS-konsulentens deltakerportefølje.

5 = IPS-konsulentene deltar i ett eller to behandlingsteam som omfatter 90–100 prosent av IPS-konsulentens deltakerportefølje.

2. Integrering av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmer: IPS-konsulentene deltar aktivt under ukentlige møter med behandlingsteamet (som ikke kan erstattes av administrative møter), der enkeltdeltakere og deres sysselsettingsmål drøftes og beslutninger fattes i fellesskap. IPS-konsulentens kontor er i nærheten av (eller deles med) medlemmene i behandlingsteamet. Behandling og IPS-tjenester dokumenteres på ett enkelt deltakerskjema. IPS-konsulentene hjelper teamet med å holde fokus på arbeid også for personer som foreløpig ikke er henvist til IPS-tjenester.

MIS,
DOC
INT,
OBS

1 = Ett eller ingen elementer er til stede.

2 = To elementer er til stede.

3 = Tre elementer er til stede.

4 = Fire elementer er til stede.

5 = Fem elementer er til stede.

Alle fem nøkkelementer er til stede.

- IPS-konsulenten deltar under ukentlige møter med behandlingsteamet.
- IPS-konsulenten deltar aktivt i behandlingsteamets møter der beslutninger fattes i fellesskap.
- Dokumentasjon av IPS-tjenestene (dvs. yrkesmessig vurdering/profil, sysselsettingsplan, fremgangsnotater) integreres i deltakerens behandlingsjournal.
- IPS-konsulentens kontor er i nærheten av (eller deles med) medlemmene i behandlingsteamet.
- IPS-konsulenten hjelper teamet med fokus på arbeid for personer som foreløpig ikke er henvist til IPS-tjenester.

<p>3. <u>Samarbeid mellom IPS-konsulenter og NAV-veiledere</u>: IPS-konsulenter og NAV-veiledere har hyppig kontakt for å diskutere felles klienter og finne frem til mulige henvisninger.</p>	<p>DOC, INT OBS, ISP</p>	<p>1 = IPS-konsulenter og NAV-veiledere har deltakerrelatert kontakt (telefon, e-post, personlig møte) sjeldnere enn hvert kvartal for å diskutere felles klienter og henvisninger. <u>ELLER</u> IPS-konsulenter og NAV-veiledere kommuniserer ikke.</p> <p>2 = IPS-konsulenter og NAV-veiledere har deltakerrelatert kontakt (telefon, e-post, personlig møte) minst hvert kvartal for å diskutere felles klienter og henvisninger.</p> <p>3 = IPS-konsulenter og NAV-veiledere har deltakerrelatert kontakt (telefon, e-post, personlig møte) hver måned for å diskutere felles klienter og henvisninger.</p> <p>4 = IPS-konsulenter og NAV-veiledere har planlagte, personlige møter minst hvert kvartal, <u>ELLER</u> har deltakerrelatert kontakt (telefon, e-post, personlig møte) hver uke for å diskutere felles klienter og henvisninger.</p> <p>5 = IPS-konsulenter og NAV-veiledere har planlagte, personlige møter minst hver måned og har deltakerrelatert kontakt (telefon, e-post, personlig møte) hver uke for å diskutere felles klienter og henvisninger.</p>
--	----------------------------------	---

4. IPS enhet: IPS teamet består av minst to heltidsengasjerte IPS-konsulenter og en enhetsleder/veileder. De har ukentlige deltakerbaserte gruppegjennomganger i henhold til IPS-modellen der strategier identifiseres og jobbmuligheter drøftes. De dekker om nødvendig opp for hverandres deltakerportefølje.

MIS,
INT,
OBS

1 = IPS-konsulenter deltar ikke i en IPS-enhet.

2 = IPS-konsulentene har samme arbeidsleder, men møtes ikke som en gruppe. De dekker ikke opp for hverandres deltakerportefølje.

3 = IPS-konsulentene har samme arbeidsleder og diskuterer deltakere med hverandre ukentlig. De dekker om nødvendig opp for hverandres deltakerportefølje. ELLER hvis et program implementeres i et landlig område der IPS-konsulentene er geografisk atskilt med én IPS-konsulent på hvert sted, møtes IPS-konsulentene 2–3 ganger per måned til telekonferanse med sin arbeidsleder.

4 = Minst to IPS-konsulenter og en teamleder danner en IPS-enhet som avholder 2–3 regelmessige og planlagte møter per måned for deltakerbaserte gruppegjennomganger i henhold til IPS-modellen for å finne frem til strategier og drøfte jobbmuligheter og deltakere. De dekker om nødvendig opp for hverandres deltakerporteføljer. ELLER hvis et program implementeres i et landlig område der IPS-konsulentene er geografisk atskilt med én IPS-konsulent på hvert sted, møter IPS-konsulentene 2–3 ganger per måned sin enhetsleder ansikt til ansikt eller under en telefonkonferanse, og behandlere er tilgjengelige for å hjelpe IPS-konsulenten med aktiviteter som å bringe deltakere til arbeidsplassen eller samle inn jobbsøknader.

5 = Minst to heltidsengasjerte IPS-konsulenter og en teamleder danner en IPS -enhet med ukentlige deltakerbaserte gruppegjennomganger i henhold til IPS-modellen for å finne frem til strategier og drøfte jobbmuligheter. De dekker om nødvendig opp for hverandres deltakerporteføljer.

5. IPS enhetsleder/veileders rolle: IPS – enheten ledes av en IPS veileder. IPS-konsulentenes kompetanse utvikles og styrkes gjennom resultatbasert arbeidsledelse. Alle de fem nøkkelrollene til enhetslederen er oppfylt.

MIS,
INT,
DOC,
OBS

1 = Én eller ingen rolle er oppfylt.

2 = To roller er oppfylt.

3 = Tre roller er oppfylt.

4 = Fire roller er oppfylt.

5 = Fem roller er oppfylt.

Enhetslederens fem nøkkelroller:

- Én heltidsengasjert enhetsleder har ansvaret for maksimalt ti IPS-konsulenter. Enhetslederen har ikke annet lederansvar. (Enhetsledere med ansvar for færre enn ti IPS-konsulenter kan bruke en tilsvarende andel av sin tid på andre ledelsesaktiviteter. En Enhetsleder med ansvar for fire IPS-konsulenter kan for eksempel ha en halv stilling innen IPS-ledelse.)
- Lederen gjennomfører ukentlige IPS-gjennomganger som skal evaluere deltakernes situasjon, samt finne frem til nye strategier og ideer for å støtte deltakerne i arbeidslivet.
- Lederen kommuniserer med behandlingsteamledere for å sikre at tjenestene integreres med hverandre, for å løse problemer i forbindelse med programmet (f.eks. i henvisningsprosessen eller ved overføring av oppfølging til behandlere) og for å fremheve verdien av arbeid. Deltar på et møte med hvert behandlingsteam hvert kvartal.
- Lederen blir med IPS-konsulenter som er nye eller som har problemer med jobbutvikling, ut i felten hver måned for å øke kompetansen ved å observere, forme og gi tilbakemelding om kompetanse, f.eks. under møter med arbeidsgivere i forbindelse med jobbutvikling.
- Lederen evaluerer gjeldende deltakerresultater sammen med IPS-konsulentene og setter opp mål for å forbedre programmets resultater minst hvert kvartal.

6. Ingen eksklusjonskriterier: Alle deltakere som er interessert i arbeid, har tilgang til IPS-tjenester, uavhengig av jobbklarhetsfaktorer som stoffmisbruk, symptomer, fortid med voldelig atferd, kognitive svekkelser, manglende overholdelse av behandling og personlig fremtoning. Dette gjelder også for IPS-tjenester. IPS-konsulentene tilbyr seg å hjelpe til med en ny jobb når en jobb er avsluttet, uansett årsak til at jobben ble avsluttet eller antall jobber man har hatt. Hvis NAV har screeningkriterier, skal ikke organisasjonen for helsetjenester bruke disse for å ekskludere noen. Deltakere screenes ikke formelt eller uformelt.

DOC,
INT OBS

1 = Det finnes formelle retningslinjer om å ekskludere deltakere på grunn av manglende jobbklarhet (f.eks. på grunn av stoffmisbruk, fortid med voldelig atferd, lavt funksjonsnivå osv.), og som benyttes av IPS-personell, case managers eller annet helsepersonell.

2 = De fleste deltakerne har ikke tilgang til IPS-tjenester fordi de ikke anses for å være jobbklare (f.eks. på grunn av stoffmisbruk, fortid med voldelig atferd, lavt funksjonsnivå osv.).

3 = Enkelte deltakere har ikke tilgang til IPS-tjenester fordi de ikke anses for å være jobbklare (f.eks. på grunn av stoffmisbruk, fortid med voldelig atferd, lavt funksjonsnivå osv.).

4 = Ingenting tyder på eksklusjon, verken formelt eller uformelt. Henvisninger etterspørres ikke av et bredt spekter av kilder. IPS-konsulentene tilbyr seg å hjelpe til med en ny jobb når en jobb er avsluttet, uansett årsak til at jobben ble avsluttet eller antall jobber man har hatt.

5 = Alle deltakere som er interessert i å arbeide, har tilgang til IPS-tjenester. Behandlere oppmuntrer deltakere til å vurdere arbeid, og henvisninger til IPS-jobber etterspørres av mange kilder. IPS-konsulentene tilbyr seg å hjelpe til med en ny jobb når en jobb er avsluttet, uansett årsak til at jobben ble avsluttet eller antall jobber man har hatt.

7. Organisasjonen har fokus på vanlige jobber: Organisasjonen satser på vanlige jobber ved hjelp av flere strategier. Inntak i organisasjonen omfatter spørsmål om interessen for å arbeide. Organisasjonen benytter skriftlig informasjon (f.eks. brosjyrer, oppslagstavler, plakater) om jobbmuligheter og IPS-tjenester. Organisasjonen bør fokusere på programmer som yter tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Organisasjonen støtter opplegg der deltakere kan dele arbeidserfaringer med andre deltakere og med personalet. Organisasjonen måler andelen av vanlige jobber og deler denne informasjonen med organisasjonens ledelse og personale.

DOC,
INT,
OBS

1 = Ett eller ingen elementer er til stede.

2 = To elementer er til stede.

3 = Tre elementer er til stede.

4 = Fire elementer er til stede.

5 = Fem elementer er til stede.

Organisasjonen satser på vanlige jobber ved hjelp av flere strategier:

- Inntak i organisasjonen omfatter spørsmål om interessen for å arbeide.
- Organisasjonen spør om interessen for å arbeide ved alle årlige (eller halvårlige) vurderinger eller gjennomganger av behandlingsplanen.
- Organisasjonen benytter skriftlig informasjon (f.eks. brosjyrer, oppslagstavler, plakater) om jobbmuligheter og IPS-tjenester i resepsjonen eller i venterom.
- Organisasjonen støtter opplegg minst to ganger per år der deltakere kan dele arbeidserfaringer med andre deltakere og med personalet (f.eks. arbeidsrelaterte arrangementer for hele organisasjonen, opplæring i arbeidstiden, kollegastøttegrupper, nyhetsbrevartikler, foredragsholdere for behandlingsgrupper osv.).
- Organisasjonen måler andelen av vanlige jobber minst hvert kvartal og deler resultatene med organisasjonens ledelse og personale.

8. Støtte til IPS fra ledergruppen:

Organisasjonens ledergruppe (f.eks. administrerende direktør, driftsleder, QA-leder, økonomisjef, klinikkssjef, medisinsk ansvarlig, personalsjef) bidrar til å implementere og drive IPS-programmer. Alle fem nøkkelementer for støtte fra ledergruppen er til stede.

DOC,
INT,
OBS

1 = Ett element er til stede.

2 = To elementer er til stede.

3 = Tre elementer er til stede.

4 = Fire elementer er til stede.

5 = Fem elementer er til stede.

- Administrerende direktør og klinikkssjef viser at de har kunnskap om prinsippene for evidensbaserte IPS-tjenester.
- Organisasjonens QA-prosess omfatter en eksplisitt evaluering av IPS-programmet eller komponentene i programmet minst hver 6. måned ved å bruke IPS-kvalitetsskalaen eller til høy kvalitet er nådd, og deretter minst hvert år. Organisasjonens QA-prosess bruker resultatene fra kvalitetsvurderingen til å forbedre implementeringen og utførelsen av IPS-programmet.
- Minst ett medlem av ledergruppen deltar aktivt under møtene til IPS-teamet (styringskomitémøter), som avholdes minst hvert halvår for programmer av høy kvalitet og minst hvert kvartal for programmer som ennå ikke har oppnådd høy kvalitet. En styringskomité defineres som en bredt sammensatt interessentgruppe som har i oppgave å vurdere kvaliteten, implementeringen av programmet og systemet for tjenestelevering. Komiteen utarbeider skriftlige sysselsettingsplaner som tar sikte på å utvikle eller opprettholde tjenester av høy kvalitet.
- Organisasjonens administrerende direktør kommuniserer hvordan IPS-tjenestene skal støtte organisasjonens formål og definerer klare og spesifikke mål for IPS-programmet og/eller vanlige jobber for alle ansatte i organisasjonen i løpet av de seks første månedene hvert år og minst én gang per år (dvs. IPS-oppstart, møter i hele organisasjonen, nyhetsbrev osv.). Denne oppgaven delegeres ikke til en annen leder.
- Lederen for IPS-programmet formidler informasjon om hva som hindrer og fremmer EBP, til ledergruppen (inkludert administrerende direktør) minst to ganger per år. Ledergruppen hjelper programlederen med å identifisere problemer og sette i verk tiltak for å løse dem.

TJENESTER

1. Bistand eller hjelp til å planlegge arbeidsstøttende stønadsbruk: Alle deltakere tilbys hjelp med planlegging av omfattende, individualiserte, arbeidsstøttende stønadsbruk før de begynner i en ny jobb, og deretter assistanse med planlegging av arbeidsstøttende stønadsbruk når de skal fatte beslutninger om endringer i arbeidstid og lønn. Planlegging av arbeidsstøttende stønadsbruk omfatter trygdestønader, medisinske stønader, stønad til legemidler, bostøtte, sosialhjelp, forsørgerbidrag, pensjonsutbetalinger fra tidligere ansettelse og alle andre former for inntekt. Deltakeren får informasjon om og hjelp til å rapportere inntekter til NAV, hjelp med bolig, krigsveteranprogrammer osv., avhengig av hva personen har krav på.

DOC,

INT

OBS, ISP

1 = Planlegging og hjelp til arbeidsstøttende stønadsbruk er ikke automatisk eller lett tilgjengelig gjennom organisasjonen for de fleste deltakerne.

2 = IPS-konsulenten gir deltakeren informasjon om hvor vedkommende kan finne informasjon om planlegging av arbeidsstøttende tiltaksbruk

3 = IPS-konsulenten diskuterer endringer i stønader som skyldes jobbstatus, med hver enkelt deltaker.

4 = IPS-konsulenten eller en annen behandler tilbyr deltakerne hjelp med omfattende, individualisert planlegging av arbeidsstøttende stønadsbruk gjennom en person som er opplært i planlegging av stønadsbruk, før deltakerne begynner i en jobb.

5 = IPS-konsulenten eller en annen behandler tilbyr deltakerne hjelp med omfattende, individualisert planlegging av arbeidsstøttende stønadsbruk gjennom en spesialist på arbeidsstøttende stønadsbruk, før deltakerne begynner i en ny jobb. De legger også til rette for planlegging av arbeidsstøttende tiltaksbruk, når deltakerne må fatte beslutninger om endringer i arbeidstid og lønn. Deltakeren får informasjon om og hjelp til å rapportere inntekter til NAV, hjelp med bolig osv., avhengig av hva personen har krav på.

2. Åpenhet om egne vansker: IPS-konsulentene gir deltakerne nøyaktig informasjon og hjelp med å fatte informerte beslutninger om hva som skal formidles til arbeidsgiveren om egne vansker.

DOC,
INT OBS

1 = Ingen elementer er til stede.

2 = Ett element er til stede.

3 = To elementer er til stede.

4 = Tre elementer er til stede.

5 = Fire elementer er til stede.

- IPS-konsulentene krever ikke at alle deltakere skal avsløre sine psykiske vansker på arbeidsplassen for å motta tjenester.

- IPS-konsulentene tilbyr å diskutere med deltakerne mulige fordeler og ulemper ved å informere arbeidsplassen før deltakerne selv informerer arbeidsplassen. IPS-konsulentene beskriver hvordan det å informere kan påvirke tilrettelegging samt IPS-konsulentens rolle i forhold til kommunikasjon med arbeidsgiveren.

- IPS-konsulentene diskuterer spesifikk informasjon som skal formidles (f.eks. om å motta behandling for psykiske problemer, egne psykiske vansker, problemer med angst eller en periode utenfor arbeidslivet osv.) og gir eksempler på hva som kan fortelles til arbeidsgivere.

- IPS-konsulentene diskuterer informasjon ved mer enn én anledning (f.eks. hvis deltakere ikke har funnet noen jobb etter to måneder eller deltakere forteller om problemer på jobben).

3. Fortløpende karriereveiledning:
Innledende karriereveiledning foregår over 2–3 møter og oppdateres med informasjon om arbeidserfaring fra vanlige jobber. Et yrkesprofilskjema som omfatter informasjon om preferanser, erfaringer, kompetanse, gjeldende tilpasningsevne, sterke sider, personlige kontakter osv., oppdateres etter alle nye yrkeserfaringer. Fokus på å finne løsninger i deltakerens eget miljø og nettverk, og med mulighet for gjennomførbare tilpasninger. Informasjonskilder er blant annet deltakeren, behandlingsteamet, kliniske journaler, og med deltakerens tillatelse, pårørende og tidligere arbeidsgivere.

DOC,
INT,
OBS, ISP

1 = Karriereveiledning gjennomføres før utplassering med vekt på kontorbaserte vurderinger, standardiserte tester, intelligenstagstester og arbeidsprøver.

2 = Karriereveiledning kan utføres gjennom en trinnvis prosess som omfatter: erfaring fra tiltaksplasser (f.eks. arbeidsenheter i forbindelse med et dagprogram), frivillig arbeid eller vernede arbeidsplasser (f.eks. attføring eller arbeid i vernede bedrifter).

3 = IPS-konsulenter hjelper deltakerne med å finne vanlige jobber direkte, uten systematisk vurdering av interesser, erfaringer, sterke sider osv., og analyserer ikke systematisk tap av jobb (eller problemer på jobben) for å dra lærdom av dette.

4 = Innledende karriereveiledning gjennomføres over 2–3 møter der interesser og sterke sider kartlegges. IPS-konsulenter hjelper deltakerne med å lære av hver yrkeserfaring, og samarbeider dessuten med behandlingsteamet om å analysere tap av jobb, problemer på jobben og vellykkede yrkeserfaringer. De dokumenterer ikke disse erfaringene i yrkesprofilen, ELLER yrkesprofilen oppdateres ikke regelmessig.

5 = Innledende karriereveiledning gjennomføres over 2–3 møter, og informasjonen dokumenteres i et yrkesprofilskjema som omfatter preferanser, erfaringer, kompetanse, gjeldende tilpasningsevne, sterke sider, personlige kontakter osv. Yrkesprofilskjemaet brukes for å dokumentere jobbtyper og arbeidsmiljøer. Det oppdateres etter alle nye yrkeserfaringer. Fokus på å finne løsninger i deltakerens eget miljø og nettverk, og med mulighet for gjennomførbare tilpasninger. Informasjonskilder er blant annet deltakeren, behandlingsteamet, kliniske journaler, og med deltakerens tillatelse, pårørende og tidligere arbeidsgivere. IPS-konsulenter hjelper deltakerne med å lære av hver yrkeserfaring, og samarbeider dessuten med behandlingsteamet om å analysere tap av jobb, problemer på jobben og vellykkede

4. Rask oppstart av jobbsøk:

Innledende ansettelsesvurdering og deltakerens eller IPS-konsulentens første personlige kontakt med en arbeidsgiver i forbindelse med en vanlig jobb skjer innen 30 dager (én måned) etter inntak i programmet.

DOC,
INT,
OBS, ISP

1 = Deltakerens eller IPS-konsulentens første personlige kontakt med en arbeidsgiver i forbindelse med en vanlig jobb skjer i gjennomsnitt 271 dager eller mer (> 9 md.) etter inntak i programmet.

2 = Deltakerens eller IPS-konsulentens første personlige kontakt med en arbeidsgiver i forbindelse med en vanlig jobb skjer i gjennomsnitt mellom 151 og 270 dager (5–9 md.) etter inntak i programmet.

3 = Deltakerens eller IPS-konsulentens første personlige kontakt med en arbeidsgiver i forbindelse med en vanlig jobb skjer i gjennomsnitt mellom 61 og 150 dager (2–5 md.) etter inntak i programmet.

4 = Deltakerens eller IPS-konsulentens første personlige kontakt med en arbeidsgiver i forbindelse med en vanlig jobb skjer i gjennomsnitt mellom 31 og 60 dager (1–2 md.) etter inntak i programmet.

5 = Programmet registrerer kontakt med arbeidsgivere, og deltakerens eller IPS-konsulentens første personlige kontakt med en arbeidsgiver skjer i gjennomsnitt innen 30 dager (én måned) etter inntak i programmet.

5. Individuelt tilpasset jobbsøk: IPS-konsulentene kontakter arbeidsgivere med sikte på å finne en jobb som passer godt til deltakerens preferanser. (det hver enkelt liker og har som personlig mål) og behov (f.eks. erfaring, evner, symptombilde, helse osv.) i stedet for å ta hensyn til stillingsmarkedet (dvs. jobber som er lette å finne). En plan for individuelt tilpasset jobbsøk utarbeides og oppdateres med informasjon fra karriereveiledningen /profilskjemaet og på grunnlag av nye arbeids- og utdannelsesrelaterte erfaringer.

DOC,
INT
OBS, ISP

1 = Mindre enn 25 prosent av IPS-konsulentens kontakt med arbeidsgivere er basert på yrkesvalg som avspeiler deltakerens preferanser, sterke sider, symptomer osv. i stedet for stillingsmarkedet.

2 = 25–49 prosent av IPS-konsulentens kontakt med arbeidsgivere er basert på yrkesvalg som avspeiler deltakerens preferanser, sterke sider, symptomer osv. i stedet for stillingsmarkedet.

3 = 50–74 prosent av IPS-konsulentens kontakt med arbeidsgivere er basert på yrkesvalg som avspeiler deltakerens preferanser, sterke sider, symptomer osv. i stedet for stillingsmarkedet.

4 = 75–89 prosent av IPS-konsulentens kontakt med arbeidsgivere er basert på yrkesvalg som avspeiler deltakerens preferanser, sterke sider, symptomer osv. i stedet for stillingsmarkedet, og er i samsvar med gjeldende sysselsettingsplan.

5 = 90–100 prosent av IPS-konsulentens kontakt med arbeidsgivere er basert på yrkesvalg som avspeiler deltakerens preferanser, sterke sider, symptomer, erfaringer fra tidligere jobber osv. i stedet for stillingsmarkedet, og er i samsvar med gjeldende sysselsettingsplan/jobbsøkingsplan. Hvis deltakerne har begrenset yrkeserfaring, informerer IPS-konsulentene om ulike jobbmuligheter i lokalsamfunnet.

6. Jobbutvikling – hyppig arbeidsgiverkontakt: Hver IPS-konsulent har minst seks personlige møter med arbeidsgivere per uke på vegne av deltakere som leter etter arbeid. (Regn ut gjennomsnittet for alle IPS-konsulentene, og bruk den verdien som kommer nærmest på kvalitets-skalaen.) En kontakt med en arbeidsgiver skal regnes med også når IPS-konsulenten møter samme arbeidsgiver mer enn én gang i samme uke, og uansett om deltakeren er til stede eller ikke. Både deltakerspesifikke og generelle kontakter er inkludert. IPS-konsulenter dokumenterer antall arbeidsgiverkontakter per uke på et registreringsskjema.

DOC,
INT

- 1 = IPS-konsulenten har færre enn to deltakerspesifikke personlige kontakter med arbeidsgivere per uke.
- 2 = IPS-konsulenten har to deltakerspesifikke personlige kontakter med arbeidsgivere per uke ELLER bruker ikke noe registreringssystem.
- 3 = IPS-konsulenten har fire deltakerspesifikke personlige kontakter med arbeidsgivere per uke, og bruker et registreringsskjema som vurderes av IPS-lederen hver måned.
- 4 = IPS-konsulenten har fem deltakerspesifikke personlige kontakter med arbeidsgivere per uke, og bruker et registreringsskjema som vurderes av IPS-lederen hver uke.
- 5 = IPS-konsulenten har seks eller flere deltakerspesifikke personlige kontakter med arbeidsgivere per uke, eller to kontakter med arbeidsgivere multiplisert med antall personer som leter etter arbeid, når det er færre enn tre personer som søker jobb i konsulentens deltakerportefølje (f.eks. nystartet program). IPS-konsulentene bruker dessuten et registreringsskjema som vurderes av IPS-lederen hver uke.

7. Jobbutvikling – kvalitet i kontakt med arbeidsgivere: IPS-konsulentene bygger relasjoner med arbeidsgivere gjennom flere personlige besøk for å kartlegge arbeidsgiverens behov, formidler hva IPS-programmet kan tilby arbeidsgiveren og beskriver sterke sider hos deltakeren som kan samsvare med arbeidsgiverens behov. (Regn ut gjennomsnittet for alle IPS-konsulentene, og bruk den verdien som kommer nærmest på kvalitetskalaen.)

DOC,
INT,
OBS

1 = IPS-konsulentene møter arbeidsgivere når de hjelper deltakeren med å levere jobbsøknaden ELLER IPS-konsulentene møter sjelden arbeidsgivere.

2 = IPS-konsulentene kontakter arbeidsgivere for å spørre om ledige jobber og formidler deretter disse mulighetene til deltakerne.

3 = IPS-konsulentene følger opp stillingsannonser ved å presentere seg, beskrive programmet og be arbeidsgiveren om å intervju deltakeren.

4 = IPS-konsulentene møter personlig arbeidsgivere, enten det er annonsert ledige jobber eller ikke, fremhever deltakerne ved å beskrive deres sterke sider og ber arbeidsgiveren om å intervju deltakeren.

5 = IPS-konsulentene bygger relasjoner med arbeidsgivere gjennom flere personlige besøk for å kartlegge arbeidsgiverens behov, formidler hva IPS-programmet kan tilby arbeidsgiveren og beskriver sterke sider hos deltakeren som kan samsvare med arbeidsgiverens behov.

8. Stor bredde i type jobber: IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne ulike typer jobber.

DOC,
INT,
OBS, ISP

1 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne ulike typer jobber i mindre enn 50 prosent av tilfellene.

2 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne ulike typer jobber i 50–59 prosent av tilfellene.

3 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne ulike typer jobber i 60–69 prosent av tilfellene.

4 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne ulike typer jobber i 70–84 prosent av tilfellene.

5 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne ulike typer jobber i 85–100 prosent av tilfellene.

9. Stor bredde i typer arbeidsgivere:

IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne jobber hos ulike arbeidsgivere.

DOC,
INT,
OBS, ISP

1 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne jobber hos ulike arbeidsgivere i mindre enn 50 prosent av tilfellene.

2 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne jobber hos ulike arbeidsgivere i 50–59 prosent av tilfellene.

3 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne jobber hos ulike arbeidsgivere i 60–69 prosent av tilfellene.

4 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne jobber hos ulike arbeidsgivere i 70–84 prosent av tilfellene.

5 = IPS-konsulentene hjelper deltakerne med å finne jobber hos ulike arbeidsgivere i 85–100 prosent av tilfellene.

10. Vanlige jobber: IPS-konsulentene finner vanlige jobber med permanent status i stedet for midlertidig eller tidsbegrenset status, f.eks. attføring. Vanlige jobber lønnes med minimum minstelønn, er jobber som alle kan søke på, og er ikke reservert for personer med funksjonshemninger. (Sesongjobber og jobber i midlertidige organisasjoner som andre samfunnsborgere bruker, regnes som vanlige jobber.)

DOC,
INT,
OBS, ISP

1 = IPS-konsulentene kan tilby en vanlig permanent jobb i mindre enn 64 prosent av tilfellene ELLER det er for tiden færre enn ti slike jobber.

2 = IPS-konsulentene kan tilby en vanlig permanent jobb i omtrent 65–74 prosent av tilfellene.

3 = IPS-konsulentene kan tilby en vanlig permanent jobb i omtrent 75–84 prosent av tilfellene.

4 = IPS-konsulentene kan tilby en vanlig permanent jobb i omtrent 85–94 prosent av tilfellene.

5 = Av de vanlige jobbene som deltakerne er ansatt i, er 95 prosent eller mer permanente.

11. Individuelt tilpasset oppfølging:
Deltakere mottar ulike typer jobbstøtte som er basert på jobben, deltakerens preferanser, tidligere arbeidserfaring, behov osv. Støtten ytes av en rekke personer, blant annet av medlemmene i behandlingsteamet (f.eks. i form av endret medisiner, trening i sosial kompetanse, oppmuntring), pårørende, venner, medarbeidere (dvs. naturlig støtte) og IPS-konsulentene. IPS-konsulentene støtter også arbeidsgiveren (f.eks. med informasjon om opplæring, tilpassing av arbeidsplassen) hvis deltakeren ønsker dette. IPS-konsulentene tilbyr hjelp med karriereutvikling, dvs. hjelp med utdanning, en mer attraktiv jobb eller arbeidsoppgaver som samsvarer bedre med deltakerens preferanser.

DOC,
INT,
OBS, ISP

1 = De fleste deltakere mottar ingen støtte etter at de har begynt i en jobb.

2 = Rundt halvparten av deltakerne som er i jobb, mottar begrenset støtte, hovedsakelig fra IPS-konsulentene.

3 = De fleste deltakere som er i jobb, mottar begrenset støtte, hovedsakelig fra IPS-konsulentene.

4 = Deltakerne mottar ulike typer støtte som er basert på jobben, deltakerens preferanser, arbeidserfaring, behov osv. IPS-konsulentene støtter arbeidsgiveren hvis deltakeren ber om dette.

5 = Deltakerne mottar ulike typer støtte som er basert på jobben, deltakerens preferanser, arbeidserfaring, behov osv. IPS-konsulentene støtter også arbeidsgiveren hvis deltakeren ber om dette (f.eks. med informasjon om opplæring og tilpassing av arbeidsplassen). IPS-konsulentene hjelper deltakere med å gå videre til bedre jobber, og hjelper til med videreutdanning eller sertifiserte opplæringsprogrammer. Organisasjonen har tilbud om ulike typer støtte, som utvidet støtte fra medlemmene i behandlingsteamet.

12. Tidsubegrenset oppfølging:

IPS-konsulentene har i gjennomsnitt ett personlig møte i løpet av den siste uken før jobbstart, innen tre dager etter jobbstart, hver uke den første måneden og minst hver måned i ett år eller mer etter at deltakerne har vært i fast jobb en periode og ønsker dette. Deltakerne overføres til nedtrappet jobbstøtte fra behandlere etter å ha vært i jobb en stund. IPS-konsulentene kontakter deltakerne innen tre dager etter å ha blitt informert om tap av jobb.

DOC,
INT,
OBS, ISP

1 = IPS-konsulenten har ingen personlig kontakt med deltakeren etter den første måneden etter jobbstart.

2 = IPS-konsulenten har personlig kontakt med mindre enn halvparten av deltakerne som er i jobb, i minst fire måneder etter jobbstart.

3 = IPS-konsulenten har personlig kontakt med minst halvparten av deltakerne som er i jobb, i minst fire måneder etter jobbstart.

4 = IPS-konsulenten har i gjennomsnitt kontakt med deltakere som er i jobb, hver uke den første måneden etter jobbstart og minst hver måned i ett år eller mer etter at deltakerne har vært i fast jobb en periode og ønsker dette.

5 = IPS-konsulentene har i gjennomsnitt ett personlig møte i løpet av den siste uken før jobbstart, innen tre dager etter jobbstart, hver uke den første måneden og minst hver måned i ett år eller mer etter at deltakerne har vært i fast jobb en periode og ønsker dette. Deltakerne overføres til nedtrappet jobbstøtte fra behandlere etter å ha vært i jobb en stund. IPS-konsulentene kontakter deltakerne innen tre dager etter å ha blitt informert om tap av jobb.

13. Tjenester som er basert i lokalsamfunnet:

IPS-tjenester som forpliktende samarbeid, jobbsøk og oppfølging ytes i naturlige lokalmiljøer fra alle IPS-konsulenter. (Regn ut gjennomsnittet for alle IPS-konsulentene basert på total, samlet arbeidstid per uke og bruk den verdien som kommer nærmest på kvalitetsskalaen.)

DOC,
INT OBS

1 = IPS-konsulentene bruker 30 prosent eller mindre av sin planlagte arbeidstid i lokalsamfunnet.

2 = IPS-konsulentene bruker 30–39 prosent av sin totale planlagte arbeidstid i lokalsamfunnet.

3 = IPS-konsulentene bruker 40–49 prosent av sin totale planlagte arbeidstid i lokalsamfunnet.

4 = IPS-konsulentene bruker 50–64 prosent av sin totale planlagte arbeidstid i lokalsamfunnet.

5 = IPS-konsulentene bruker 65 prosent eller mer av sin totale planlagte arbeidstid i lokalsamfunnet.

14. Aktivt engasjement og oppsøkende arbeid fra integrert behandlingsteam:

Tjenester avsluttes ikke på grunn av brutte avtaler eller tidsbegrensninger. Systematisk dokumentasjon av forsøk på oppsøkende arbeid. Engasjement og oppsøkende arbeid fra medlemmene i det integrerte teamet. Flere besøk i hjem/lokalsamfunn. Samordnede besøk fra IPS-konsulent og medlem i det integrerte teamet. Kontakt pårørende når det er hensiktsmessig. Gruppen stanser det oppsøkende arbeidet når det er helt tydelig at deltakeren ikke lenger ønsker å jobbe eller motta IPS-tjenester.

MIS,
DOC,
INT,
OBS

- 1 = Det tyder på at to eller færre strategier for engasjement og oppsøkende arbeid er benyttet.
- 2 = Det tyder på at tre strategier for engasjement og oppsøkende arbeid er benyttet.
- 3 = Det tyder på at fire strategier for engasjement og oppsøkende arbeid er benyttet.
- 4 = Det tyder på at fem strategier for engasjement og oppsøkende arbeid er benyttet.
- 5 = Det tyder på at alle seks strategier for engasjement og oppsøkende arbeid er benyttet:
- i) Tjenester avsluttes ikke på grunn av brutte avtaler og tidsbegrensninger.
 - ii) Systematisk dokumentasjon av forsøk på oppsøkende arbeid.
 - iii) Medlemmer av det integrerte teamet gjør forsøk på engasjement og oppsøkende arbeid.
 - iv) Flere besøk i hjem/lokalsamfunn.
 - v) Samordnede besøk fra IPS-konsulent og medlem i integrert team.
 - vi) Kontakt pårørende når det er hensiktsmessig.

*Datakilder

MIS	Lederinformasjonssystem (Management Information System)	
DOC	Dokumentgjennomgang klinisk journal, organisasjonsretningslinjer og -prosedyrer	
INT	Intervju med deltakere, IPS-konsulenter, behandlere, NAV-veiledere, pårørende, arbeidsgivere	
OBS	Observasjon (f.eks. teammøte, oppfølging av IPS-konsulenter)	
ISP	Behandlingsplan tilpasset den enkelte (Individualized Service Plan)	14.02.96 20.06.01, oppdatert 07.01.08, revidert

IPS-kvalitetsskala og poengskjema

Bemanning		
1.	Deltakerportefølje	Poeng:
2.	Rendyrking av IPS-tjenester:	Poeng:
3.	IPS - Konsulent	Poeng:
Organisasjon		
1	Integrering av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom teamarbeid	Poeng:
2.	Integrering av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser gjennom hyppig kontakt med teammedlemmer	Poeng:
3.	Samarbeid mellom IPS-konsulenter og NAV-veiledere	Poeng:
4.	IPS-enhet	Poeng:
5.	IPS enhetsleder/veileders rolle	Poeng:
6.	Ingen eksklusjonskriterier	Poeng:
7.	Organisasjonen har fokus på vanlige jobber	Poeng:
8.	Støtte til IPS fra ledergruppen	Poeng:
Tjenester		
1.	Bistand eller hjelp til å planlegg arbeidsstøttende stønadsbruk	Poeng:
2.	Åpenhet om egne vansker	Poeng:
3.	Fortløpende karriereveiledning	Poeng:
4.	Rask oppstart av jobbsøk	Poeng:
5.	Individuelt tilpasset jobbsøking	Poeng:
6.	Jobbutvikling – hyppig arbeidsgiverkontakt	Poeng:
7.	Jobbutvikling – kvalitet i kontakt med arbeidsgivere	Poeng:
8.	Stor bredde i type jobber	Poeng:
9.	Stor bredde i typer arbeidsgivere	Poeng:
10.	Vanlige jobber	Poeng:
11.	Individuelt tilpasset oppfølging	Poeng:
12.	Tidsubegrenset oppfølging	Poeng:
13.	Tjenester som er basert i lokalsamfunnet	Poeng:
14.	Aktivt engasjement og oppsøkende arbeid fra integrert behandlingsteam	Poeng:
	Totalt:	

115–125 = Meget bra kvalitet

100–114 = Bra kvalitet

74–99 = Godkjent kvalitet

73 og mindre = IPS-program benyttes ikke

8.4 Generell organisasjonsindeks og poengskjema

Generell organisasjonsindeks og poengskjema

	1	2	3	4	5
<p>G 1. Programmets filosofi I henhold til en tydelig uttrykt filosofi som er i overensstemmelse med en spesifikk evidensbasert modell, basert på disse 5 kildene:</p> <p>IPS-leder leder, psykiater) Teammedlemmer som yter EBP Brukere og pårørende som mottar EBP Skrivne materialer (slik som brosjyrer)</p>	Ikke mer enn 1 av 5 kilder har en klar forståelse av programmets filosofi	2 av 5 kilder har en klar forståelse av programmets filosofi	3 av 5 kilder har en klar forståelse av programmets filosofi	4 av 5 kilder har en klar forståelse av programmets filosofi	Alle de 5 kildene har en klar forståelse av og engasjement i programmets filosofi for den gitte EBP
	ELLER	ELLER	ELLER	ELLER	
	Alle kildene har tallrike, større avvik	Alle kildene har flere, større avvik	Kildene er for det meste på linje med programmets filosofi, men har 1 større avvik	Kildene er for det meste på linje med programmets filosofi, men har 1 eller 2 mindre avvik	
<p>G2. Kvalifiseringskrav eller deltakeridentifisering Alle brukere med alvorlige psykiske lidelser som er på et offentlig støtteprogram, brukere i krise og brukere som er innlagt, blir alle sammen screenet for å fastslå om de kvalifiserer for EBP, og det benyttes standardiserte verktøy eller inntakskriterier som er i henhold til EBP. Organisasjonen</p> <p>logger også antallet kvalifiserte brukere.</p>	20 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og/eller organisasjonen logger IKKE systematisk al en deltaker er kvalifisert	21-40 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og organisasjonen logger systematisk al en deltaker er kvalifisert eller ikke	41-60 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og organisasjonen logger systematisk al en deltaker er kvalifisert eller ikke	61-80 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og organisasjonen logger systematisk at en deltaker er kvalifisert eller ikke	Mer enn 80 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og organisasjonen logger systematisk at en deltaker er kvalifisert eller ikke
	eller ikke				
<p>G3. Penetrasjon Maksimalt antall kvalifiserte brukere som mottar tjenester fra EBP, som definert av forholdstallet: Antall brukere som mottar EBP</p> <hr/> <p>Antall brukere som kvalifiserer for EBP</p>	Forholdstall 0.20	Forholdstall 0.21-0.40	Forholdstall 0.41-0.60	Forholdstall 0.61-0.80	Forholdstall > 0.80

- Disse to punktene beregnes med utgangspunkt i alle brukere med alvorlige psykiske helseproblemer, på stedet eller der hvor EBP blir implementert. Alle andre punkter refererer spesifikt til de som mottar EBP.

	1	2	3	4	5
G4. Vurdering Full. standardisert vurdering av alle brukere som mottar EBP-tjenester. Vurderingen inkluderer: <ul style="list-style-type: none"> • Historikk og behandling av medisinske og psykiatriske lidelser og stoffmisbruk • Nåværende situasjon vedrørende eksisterende lidelser • Jobbhistorikk • Nåværende støttenettverk • Evaluering av biopsykososiale risikofaktorer 	Vurderinger er helt fraværende, eller overhodet ikke standardisert	Gjennomgående mangler i 2 av følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Standardisering • Kvaliteten på vurderingene • Rettighet • Tilstrekkelighet 	Gjennomgående mangler i 1 av følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Standardisering • Kvaliteten på vurderingene • Rettighet • Tilstrekkelighet 	61-80 % av deltakerne gjennomgår standardiserte vurderinger av høy kvalitet minst en gang hvert år ELLER Informasjonen er utilstrekkelig for 1 eller 2 områder av vurderingen	Mer enn 80 % av deltakerne gjennomgår standardiserte vurderinger av høy kvalitet. Informasjonen er tilstrekkelig for alle områdene vurderingen dekker, og oppdateres minst en gang hvert år
G5. Behandlingsplan tilpasset den enkelte Det finnes en eksplisitt deltakertilpasset behandlingsplan relatert til EBP for alle EBP-brukere, og den er konsistent i forhold til vurdering og oppdateres hver 3. måned	20 % av EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner relatert til EBP som oppdateres hver 3. måned	21-40 % av EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner relatert til EBP som oppdateres hver 3. måned	41-60 % av EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner relatert til EBP som oppdateres hver 3. måned ELLER Tilpasset behandlingsplan oppdateres hver 6. måned for alle brukere	61-80 % EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner relatert til EBP som oppdateres hver 3. måned	Mer enn 80 % av EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner relatert til EBP som oppdateres hver 3. måned
G6. Behandlingsplan tilpasset den enkelte Alle EBP-deltakere mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte	20 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte	21-40 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte	41-60 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte	61-80 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte	Mer enn 80 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte
G7. Opplæring Alle nye teammedlemmer mottar standardisert opplæring i EBP (minst et todagers seminar eller tilsvarende) innen 2 måneder etter at de er ansatt. Alle nåværende teammedlemmer mottar et årlig oppfriskingskurs (minst et endags seminar eller tilsvarende).	20 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år	21-40 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år	41-60 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år	61-80 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år	Mer enn 80 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år
G8. Tilsyn IPS-teammedlemmene mottar strukturert, ukentlig tilsyn (som gruppe eller enkeltvis) fra et teammedlem med spesiell erfaring i EBP. Tilsynet bør være deltakerfokustert og uttrykkelig dreie seg om EBP-modellen og anvendelsen av den på spesifikke deltakerstusjonene.	20 % av EBP-behandlere mottar tilsyn	21-40 % av EBP-behandlerne mottar ukentlig strukturert, deltakerfokustert tilsyn ELLER Alle EBP-behandlere mottar uformelt tilsyn	41-60 % av EBP-behandlerne mottar ukentlig strukturert, deltakerfokustert tilsyn ELLER Alle EBP-behandlere mottar månedlig tilsyn	61-80 % av EBP-behandlerne mottar ukentlig strukturert, deltakerfokustert tilsyn ELLER Alle EBP-behandlere mottar tilsyn 2 ganger i måneden	Mer enn 80 % av EBP-behandlerne mottar strukturert, ukentlig tilsyn som fokuserer på spesifikke brukere i møter som <i>eksplisitt dreier seg om EBP-modellen og dens anvendelse</i>

(PS - Hvordan sikre kvalitet

	1	2	3	4	5
<p>G9. Prosessovervåking Overordnede og IPS-ledere overvåker EBP-implementeringen hver 6. måned og bruker Dataene til å forbedre programmet. Overvåkingen har en standardisert fremgangsmåte, f.eks. bruk av kvalitetskalaen eller andre omfattende prosessindikatorer.</p>	Det gjøres ikke noe forsøk på overvåking	Overvåking av informasjonsprosessen gjøres minst en gang i året	<p>Prosessovervåkingen er mangelfull ved minst 2 av disse 3 kriteriene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omfattende og standardisert • Fullføres hver 6. måned • Brukes som rettesnor til forbedring av programmet <hr/> <p>ELLER</p> <hr/> <p>Standardisert overvåking gjøres bare en gang i året</p>	<p>Prosessovervåkingen er mangelfull ved minst 1 av disse 3 kriteriene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omfattende og standardisert • Fullføres hver 6. måned • Brukes som rettesnor til forbedring av programmet 	Standardisert. Omfattende prosessovervåking gjøres minst hver 6. måned og brukes som en rettesnor til forbedring av programmet
<p>G 10. Resultatovervåking Overordnede og programansvarlige overvåker resultatene for EBP-deltakerne hver 3. måned og formidler dataene til EBP-teammlemmene. Overvåking innebærer en standardisert fremgangsmåte for å vurdere nøkkelresultater relatert til EBP, slik som inntak ved psykiatrisk institusjon, behandlingsskala for stoffmisbruk eller forholdstall for ansettelser.</p>	Det blir ikke gjort noen resultatovervåking	Resultatovervåking blir gjort minst 1 gang i året, men resultatene blir ikke formidlet til teammedlemmene	Standardisert resultatovervåking blir gjort minst 1 gang i året. Resultatene blir formidlet til teammedlemmene	Standardisert resultatovervåking blir gjort minst 2 ganger i året. Resultatene blir formidlet til team medlemmene	Standardisert resultatovervåking blir gjort hver 3. måned. Resultatene blir formidlet til team medlemmene
<p>G 11. Kvalitetssikring (QA) Organisasjonen har et QA-utvalg eller en styringskomite for implementering med en eksplisitt plan for gjennomgang av EBP eller deler av programmet hver 6. måned.</p>	Ingen gjennomgang eller ikke noe utvalg	QA-utvalget er blitt dannet, men ingen gjennomganger er ferdige	<p>Eksplisitt QA-gjennomgang skjeddner enn en gang i året</p> <hr/> <p>ELLER</p> <hr/> <p>QA-gjennomgangen er overfladisk</p>	Eksplisitt QA-gjennomgang gjøres en gang i året	Eksplisitt gjennomgang gjøres hver 6. måned av QA-gruppen eller styringskomiteen for EBP
<p>G 12. Brukerens valg når det gjelder tjenester Alle brukere som mottar EBP-tjenester, har valgfrihet: EBP-teammlemmene tar hensyn til og retter seg etter hvilken behandling brukeren foretrekker når han eller hun blir tilbudt og levert tjenester.</p>	Deltakerfokusede tjenester er fraværende (eller behandlerne tar alle EBP-avgjørelser)	Få kilder er enige i at typen EBP-tjeneste og hyppigheten av dem gjenspeiler deltakernes valg	Halvparten av kildene er enige i at typen EBP-tjeneste og hyppigheten av dem gjenspeiler deltakernes valg	De fleste kildene er enige i at typen EBP-tjeneste og hyppigheten av dem gjenspeiler deltakernes valg	Alle kildene er enige i at typen EBP-tjeneste og hyppigheten av dem gjenspeiler deltakernes valg
				<p>ELLER</p> <hr/> <p>Organisasjonen omfavner fullt ut Deltakernes valg med ett unntak</p>	

Poengskjema: Generell organisasjonsindeks

Organisasjonens navn: _ Dagens dato: L....I.
 Evaluatorenes navn' _

		Evaluator 1	Evaluator 2	Konsensus
G1	Programmets filosofi			
G2	Kvalifiseringskrav eller deltakeridentifisering			
G3	Penetrasjon			
G4	Vurdering			
G5	Behandlingsplan tilpasset den enkelte			
G6	Behandlingsplan tilpasset den enkelte			
G7	Opplæring			
G8	Tilsyn			
G9	Prosessovervåking			
G10	Resultatovervåking			
G11	Kvalitetssikring IOAI			
G12	brukerens valg angående tjenester			
Gjennomsnitt totalt				