



## Samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp i kommunene

*Samordnet bistand for personer med psykiske plager og arbeidsutfordringer*

*En kartlegging utført på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet*

## Om Oslo Economics

*Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.*

*Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.*

## Kartlegging- og utredningskompetanse

*Oslo Economics bistår offentlige og private virksomheter med utredning av beslutningsgrunnlag. Vi har bred kartleggings-, evaluerings og utredningskompetanse. Gjennom små og store oppdrag har vi opparbeidet oss en bred forståelse av utredningsbehovet i det offentlige, både på statlig og kommunalt nivå.*

*Vi har kompetanse på alt fra spørreundersøkelser til dataanalyser. Vi benytter også dybdeintervjuer og arbeidsgruppemøter for å innhente forståelse fra relevante aktører om et forhold eller en problemstilling. Vi fremstiller våre analyser og rapporter på en måte som skal være lett å forstå.*

*Samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp i kommunene/2020\_64*

*© Oslo Economics, 17. november 2020*

*Kontaktperson:*

*Erik Magnus Sæther / Senior Partner*

*ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192*

*Foto/illustrasjon: iStock.com*

# Innhold

<b>Sammendrag og konklusjoner</b>	<b>4</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Mandat og gjennomføring	6
1.3 Rask psykisk helsehjelp	6
1.4 Arbeidsrettet bistand fra NAV til personer med psykiske helseproblemer	7
1.5 Kartleggingens metode og informasjonsgrunnlag	8
<b>2. Brukere av RPH</b>	<b>9</b>
2.1 Demografiske kjennetegn	9
2.2 Formidling til RPH	10
2.3 Symptomtrykk	10
2.4 Arbeidsdeltakelse og kontakt med NAV	11
2.5 Oppsummering	14
<b>3. Samarbeidet mellom NAV og RPH</b>	<b>15</b>
3.1 Erfaringer fra pilotkommunene	15
3.2 Eksisterende samarbeid	16
3.3 Felles brukere	20
3.4 Gevinster ved samarbeid	22
3.5 Hensiktsmessige former for samarbeid	24
3.6 Suksesskriterier og barrierer for samarbeid	26
3.7 Oppsummering	27
<b>4. Videre utviklingsmuligheter for samarbeid mellom NAV og RPH</b>	<b>29</b>
4.1 Potensialet for samarbeid	29
4.2 Hvordan bør samarbeidet innrettes?	30
4.3 Mulige former for samarbeid	31
4.4 Oppsummering	32
<b>5. Referanser</b>	<b>33</b>
<b>Vedlegg A Beskrivelse av samarbeid mellom NAV og RPH i pilotkommunene</b>	<b>35</b>

# Sammendrag og konklusjoner

*Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet ga i 2018 noen utvalgte kommuner i oppdrag å opprette et samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp (RPH). Oslo Economics har kartlagt erfaringene med samarbeid i disse kommunene og i andre kommuner med RPH-tilbud. Formålet har vært å få bedre kunnskap om det eksisterende samarbeidet mellom NAV og RPH, samt å få et bedre grunnlag for beslutninger om videre utvikling av samarbeidet.*

## Bakgrunn

Mange med psykiske plager mottar helserelaterte ytelser fra NAV. Samtidig har vi de siste årene fått mer kunnskap om at arbeid kan være helsefremmende for personer med psykiske plager. Arbeid kan derfor være en del av selve behandlingen. I 2016 etablerte Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet en felles strategi for arbeid og helse. Gjennom tettere samarbeid mellom NAV og helsetjenesten, skal brukere med fysiske eller psykiske helseplager få mer helhetlige og koordinerte tjenester, med behandling av helseplager parallelt med bistand til å bli eller komme i arbeid. NAV og helsetjenesten skal utvikle modeller og arbeidsmåter som sikrer samtidighet og helhet i tilbudene.

## Om kartleggingen

Oslo Economics har på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av målgruppen i RPH og av eksisterende samarbeid mellom NAV og RPH, samt en vurdering av hvordan samarbeidet mellom NAV og RPH bør utvikles videre. Kartleggingen er basert på intervjuer med NAV og RPH i fem pilotkommuner og tre andre kommuner, spørreundersøkelser rettet mot samtlige RPH-team og NAV-kontor i kommuner som har et RPH-tilbud, samt innspill og diskusjoner med en referansegruppe.

## Resultater

### Brukerne av RPH

De fleste brukere av RPH har milde eller moderate psykiske helseplager og er i arbeid, i fare for å sykemeldes eller tidlig i et sykemeldingsforløp. Det er en overvekt av kvinner og av personer med høyere utdanning. En god del RPH-brukere er samtidig under oppfølging fra NAV, men denne andelen varierer i stor grad mellom kommunene. I gjennomsnitt (over kommuner) er 32 prosent av RPH-brukere under oppfølging fra NAV samtidig som de er i behandling hos RPH, men denne andelen varierer i stor grad mellom kommunene (fra 5 til 75 prosent). RPH-teamene oppfatter generelt at økt deltakelse i arbeid eller utdanning vil kunne bedre den psykiske helsen hos de fleste brukerne. Samlet tyder dette på at en ikke ubetydelig andel av brukere i RPH kan ha fordel av koordinert oppfølging fra NAV og RPH.

### Eksisterende samarbeid mellom NAV og RPH

Per sommeren 2020 er det lite samarbeid mellom NAV og RPH i fire av fem pilotkommuner. Flere av pilotkommunene er fortsatt i en utprøvningsfase. I noen av kommunene har oppstarten av samarbeidet blitt forsinket. Andre pilotkommuner har startet med å opprette et samarbeid mellom RPH og jobbspesialister, men har etter en viss tid erfart at målgruppene er lite overlappende. Av de fem pilotkommunene skiller Fredrikstad seg ut som en kommune med høyere ambisjoner om at et samarbeid mellom jobbspesialister i NAV og RPH skal kunne fungere på sikt. Dette har trolig sammenheng med at RPH-tilbudet gis til flere innbyggere, slik at det i større grad er overlapp mellom brukergruppene.

Også en del andre kommuner er i oppstartsfasen av et samarbeid mellom NAV og RPH. Det eksisterende samarbeidet innebærer oftest et uformelt samarbeid mellom veiledere i NAV og behandler i RPH, hvor NAV-veileder tar kontakt med RPH for å drøfte enkeltbrukere. Det ser i liten grad ut til å være RPH som tar kontakt med NAV angående felles brukere. Vi finner at få brukere får koordinert oppfølging fra NAV og RPH i praksis. De aller fleste informantene oppgir likevel at samarbeid oppleves som hensiktsmessig, både for å tilrettelegge for koordinert oppfølging av felles brukere og for å øke kunnskapen om hverandres tilbud og målgrupper. Flere ønsker et mer formalisert samarbeid som gir mulighet for å ta kontakt på en enkel måte når man har felles brukere. Viktige identifiserte suksesskriterier for samarbeid er lederforankring og formalisering, lav terskel for å ta kontakt, økt kunnskap om hverandres tilbud, felles forståelse av utfordringer og mål, samt fleksibilitet i innretning av tjenestene. Barrierer for samarbeid som er identifisert i enkelte kommuner er avklaringer av

taushetsplikt, mangel på tid og kapasitet til samarbeid, manglende kapasitet til oppfølging av enkeltbrukere hos NAV, og usikkerhet om fremtidig kommunal prioritering av RPH-tilbudet.

### Videre utviklingsmuligheter for samarbeid mellom NAV og RPH

Funn fra kartleggingen tyder på at det er potensial for mer samarbeid mellom RPH og NAV. RPH og NAV har en god del felles brukere, og mange av disse vil ha en fordel av koordinerte tjenester. For å få til dette må begge parter være villige til å utvide perspektiver og arbeidsformer. NAV bør i større grad formidle informasjon om RPH til brukere tidlig i et sykemeldingsforløp, for å bidra til at flere får tidligere hjelp fra RPH. Det ser også ut til å være et betydelig gevinstpotensial ved at RPH kan koble på NAV når de har brukere som de ser kan ha særlig nytte av mer intensiv arbeidsrettet bistand. Når brukere er i behandling hos RPH kan dette være et godt tidspunkt for også å jobbe med arbeidsretting. Selve behandlingen i RPH fordrer at bruker er motivert til å selv ta tak i og endre sin egen situasjon, og når bruker er motivert til å jobbe med sin egen helsesituasjon kan denne motivasjonen trolig overføres til å jobbe med jobbsituasjon samtidig. Gjennom behandlingen får RPH også mye informasjon om brukers status, ønsker og gjeldende funksjonsnivå, som er svært verdifull for NAV. NAV-veiledere har mange brukere å følge opp og begrenset med informasjon om brukernes status og funksjonsnivå til enhver tid. Økt informasjon om brukere fra RPH kan trolig gi NAV et langt bedre grunnlag for både å prioritere hvilke brukere de bør følge opp tettere, samt å prioritere riktig innsats til rett tid for den enkelte bruker.

Vår vurdering er at det er grunnlag for utvikling av samarbeidet mellom RPH og NAV. Tjenestene bør kjenne til hverandre og hverandres tilbud, slik at de kan opprette kontakt i enkeltsaker ved behov. Samarbeidet bør være formalisert, men fleksibelt. Det bør ikke legges opp til unødvendige kontaktpunkter, men være lav terskel for å ta kontakt ved behov. Kontaktflatene bør trolig ikke begrenses til enkelte avdelinger i NAV, fordi det er et potensial for samarbeid med alle i NAV som jobber med brukeroppfølging. Hvilke samarbeidsmodeller som er hensiktsmessige vil trolig variere mellom kommuner. Mer kunnskap om hverandres tilbud og målgruppe fremstår som det første steget for bedre oppfølging av felles målgruppe. Regelmessig kompetanseoverføring, for eksempel i form av felles presentasjoner eller foredrag hos hverandre, kan være et første steg for å øke kunnskapen om hverandre. I tillegg bør det tilrettelegges for at NAV-ansatte med brukeroppfølging og RPH-behandlere har en enkel måte å kunne opprette kontakt ved behov i enkeltsaker.

Enkelte kommuner har hatt svært gode erfaringer med et mer omfattende samarbeid, i form av felles kurs for unge utenfor arbeid og utdanning og IPS eller IPS-lignende oppfølging av RPH-brukere. Slike former for samarbeid krever prioritet fra begge parter og kanskje også mer prioritet av forebyggende arbeid. Foreløpige erfaringer tyder på at denne typen tidlig innsats er svært nyttig for brukerne. Det er imidlertid også en fare for at utvidet innsats mot enkelte målgrupper tar ressurser fra arbeidet med de opprinnelige målgruppene. Det kan særlig være en risiko for at RPH-tilbudet, som har vist gode resultater for den opprinnelige målgruppen, blir redusert for den opprinnelige målgruppen dersom tilbudet vris mot andre brukergrupper. En utvikling av samarbeidet mellom NAV og RPH bør derfor ta utgangspunkt i at RPH først og fremst skal prioritere den tiltenkte målgruppen og arbeide etter gjeldende nasjonale retningslinjer.

# 1. Innledning

*Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet ga i 2018 noen utvalgte kommuner i oppdrag å opprette et samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp (RPH). Oslo Economics har kartlagt erfaringene med samarbeid i disse kommunene og i andre kommuner med RPH-tilbud. Formålet har vært å få bedre kunnskap om det eksisterende samarbeidet mellom NAV og RPH, samt å få et bedre grunnlag for beslutninger om videre utvikling av samarbeidet.*

## 1.1 Bakgrunn

Mange med psykiske plager mottar helserelaterte ytelser fra NAV. Samtidig har vi de siste årene fått mer kunnskap om at arbeid i mange tilfeller er helsefremmende for personer med psykiske plager. Arbeid kan derfor være en del av selve behandlingen.

Helsetjenesten og NAV gir i mange tilfeller oppfølging av de samme brukerne, men oppfølgingen er sjeldent koordinert. I mange tilfeller blir arbeidsdeltakelse først et tema etter at behandling i helsetjenesten er sluttført (Helsedirektoratet og NAV, 2016). Ulike former for koordinert innsats fra helsetjenesten og NAV har vist seg å gi gode resultater i form av økt arbeidsdeltakelse blant personer med psykiske plager. Med arbeidsrettet bistand parallelt med behandling kan flere delta i arbeidslivet og dermed også være bedre rustet mot tilbakevendende psykiske plager.

På bakgrunn av dette etablerte Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet i 2016 en felles strategi for arbeid og helse. Gjennom et tettere samarbeid mellom NAV og helsetjenesten skal brukere med psykiske eller fysiske helseplager få mer helhetlige og koordinerte tjenester, med behandling av helseplager parallelt med bistand til å bli eller komme i arbeid. NAV og helsetjenesten skal utvikle modeller og arbeidsmåter som sikrer samtidighet og helhet i tilbudene.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet ga i 2018 syv kommuner/bydeler i oppdrag å etablere et formelt samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp (RPH). Av disse var det fem kommuner som gikk videre med å opprette et samarbeid; Fredrikstad, Kristiansand, Kristiansund, Moss og Sandnes. Disse kommunene omtales heretter

som pilotkommuner. I disse kommunene fikk NAV-kontorene og RPH-teamene i fellesskap i oppdrag å opprette:

- En samarbeidsstruktur som gjør det mulig å koble på bistand når bruker har behov for begge tjenestene.
- Et samarbeid som påvirker tjenestenes kunnskap om helseutfordringer og arbeidsmuligheter/tilrettelegging i arbeidslivet.
- Samarbeid både på struktur og saksnivå.

## 1.2 Mandat og gjennomføring

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har gitt Oslo Economics i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av samarbeidet mellom NAV og RPH i de fem pilotkommunene og i andre kommuner som har RPH. Formålet med kartleggingen er å:

- Få oversikt over hva slags samarbeid som er etablert mellom RPH-team og NAV.
- Få oversikt over hvilke målgrupper som får oppfølging av RPH.
- Få kunnskap/anbefalinger om hvordan samarbeidet mellom NAV og RPH bør organiseres.
- Gi et bedre beslutningsgrunnlag for videre utviklingsbeslutninger nasjonalt/regionalt.

Kartleggingen er gjennomført i perioden mai-november 2020.

## 1.3 Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt tjenestetilbud som retter seg mot personer over 16 år med mild til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker (NAPHA, 2020). Personer som enten har alvorlige eller langvarige moderate psykiske helseplager er i utgangspunktet ikke i målgruppen. Formålet med tilbudet er at brukerne skal få hjelp tidlig, slik at symptomene lindres og reduseres og dermed ikke utvikler seg, samt å styrke livskvaliteten og arbeidsevnen og redusere langtidssfravær fra jobb (NAPHA, 2020). RPH er et gratis lavterskeltilbud som gir direkte hjelp uten henvisning fra fastlege, og målet er at man skal få et tilbud innen én til to uker etter at kontakt er opprettet (NFKT, 2020).

Metodikken til RPH tar utgangspunkt i kognitiv terapi, og tilbudet baserer seg på en trappetrinnsmodell. Det første trinnet kan være veiledning i forbindelse med bruk av selvhjelpsmateriell, og de neste trinnene kan

bestå av alt fra gruppetilbud i form av mestringskurs til mer tradisjonell samtalerapi av relativt kort varighet (Helsedirektoratet, 2019). De som jobber med RPH har gjennomført en videreutdanning i kognitiv terapi i regi av Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) arrangerer nettverkssamlinger som en videreføring av opplæringen.

RPH ble etablert av Helsedirektoratet i 2012 som et treårig pilotprosjekt i 12 kommuner/bydeler. I 2016 evaluerte Folkehelseinstituttet (FHI) pilotprosjektet, i tillegg til at det ble gjennomført en randomisert kontrollert studie (RCT) i to<sup>1</sup> av kommunene som deltok. FHI konkluderte med at brukerne scorer bedre på symptomer etter endt behandling (Smith, et al., 2016). RCT-en viste at RPH var dobbelt så effektivt som vanlig oppfølging til å lindre symptomer, men at det ikke ga noen signifikante effekter på arbeidsdeltakelse i forhold til vanlig oppfølging (Knapstad, et al., 2019).

Kommuner og interkommunale selskaper kan søke Helsedirektoratet om tilskudd til etablering og drift av RPH i inntil tre år. For å kvalifisere til tilskudd kreves en plan for implementering etter endt tilskuddsperiode (Helsedirektoratet, 2019). Det er i dag 54 RPH-team fordelt på 58 kommuner/bydeler. Alle bydelene ligger i Oslo kommune.

## 1.4 Arbeidsrettet bistand fra NAV til personer med psykiske helseproblemer

Mange mottakere av helserelaterte ytelser fra NAV har psykiske lidelser. Psykiske lidelser er den vanligste diagnosegruppen blant mottakere av arbeidsavklaringspenger (Arbeids- og sosialdepartementet, 2016). Blant unge (under 30 år) som mottar arbeidsavklaringspenger har 70 prosent en psykisk lidelse (NAV, 2020). Blant sykemeldte har 22 prosent en psykisk lidelse som hovedårsak til sykefraværet (NAV, 2020).

### Tidligere modeller med integrert oppfølging av arbeid og psykisk helse

Forskning viser at arbeid og aktivitet i mange tilfeller fremmer psykisk helse og forebygger psykiske plager og lidelser (Waddell & Burton, 2006; OECD, 2013; Kunnskapssenteret, 2015). Flere modeller som kombinerer psykisk helsehjelp og tett arbeidsrettet oppfølging har vist gode resultater i form av økt arbeidsdeltakelse blant personer med milde, moderate og alvorlige psykiske plager, herunder

Individuell jobbstøtte (IPS), Senter for jobbmeistring og Jobbmestrende oppfølging (JMO).

**Individuell jobbstøtte (IPS)** er et tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser, og/eller rusproblemer, som ønsker hjelp til å komme i arbeid eller beholde ordinært, lønnet arbeid (NAV, 2020). IPS-modellen er basert på et samarbeid mellom NAV, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, hvor arbeidsrettet aktivitet inngår som en del av behandlingsforløpet. Egne jobbspesialister følger opp brukeren som en integrert del av behandlingsteamet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten. IPS-jobbspesialistene er enten ansatt i den statlige delen av NAV, i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. Målet med IPS er ordinær, lønnet jobb, og et sentralt prinsipp for tilbudet er at brukeren har et ønske om å være i ordinær jobb (NAPHA, 2020).

En effektevaluering av IPS viste at 37 prosent av deltakerne var i arbeid i etterkant av behandlingen, sammenlignet med 27 prosent av deltakerne i kontrollgruppen som fikk oppfølging gjennom andre arbeidsmarkedstiltak i NAV (Reme, et al., 2016).

**Senter for jobbmeistring** har som formål å hjelpe personer med lett til moderat angst og/eller depresjon å opprettholde eller oppnå arbeidsdeltakelse. Tilbudet gis til personer som er sykemeldt eller i fare for å bli sykemeldt, men også til personer som står utenfor arbeid. I tiltaket benyttes kognitiv atferdsterapi kombinert med individuell jobbstøtte fra en jobbspesialist, etter en lignende modell som IPS, men hvor hele oppfølgingen skjer gjennom Senter for jobbmeistring (NAV). En randomisert effektevaluering har vist positive effekter på arbeidsdeltakelse i etterkant. 44 prosent av deltakerne var i lønnet arbeid ett år etter oppstart, sammenlignet med 37 prosent i kontrollgruppen som fikk vanlig oppfølging (Reme, et al., 2013).

**Jobbmestrende oppfølging (JMB)** er et arbeidsrettet oppfølgingstiltak for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser som ønsker å komme i lønnet arbeid. Tiltaket innebærer kognitiv terapi eller trening, i kombinasjon med arbeidstrening på ordinære arbeidsplasser. En evaluering har konkludert med at både symptomtrykk og arbeidsdeltakelse ble bedret blant deltakerne, men grunnet manglende kontrollgruppe kan det ikke konkluderes med effekt sammenlignet med alternativ behandling (Falkum, et al., 2015).

<sup>1</sup> Kristiansand og Sandnes



## Anbefalt samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp

På bakgrunn av gode erfaringer med både RPH og bruk av kognitiv terapi i arbeidsrettet bistand, anbefalte Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet at et fremtidig, nasjonalt tjenestetilbud burde inneholde et kommunalt tilbud som RPH, kombinert med tilbud med jobbspesialister i NAV etter modell av Senter for jobbmestring (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016).

## 1.5 Kartleggingens metode og informasjonsgrunnlag

Vi har kartlagt (i) egenskaper ved målgruppen til RPH, (ii) eksisterende samarbeid mellom RPH og NAV, og (iii) vurderinger av samarbeidet og suksesskriterier/barrierer for samarbeid.

Kartleggingen er basert på følgende informasjonskilder:

- Spørreundersøkelser rettet mot samtlige RPH-team og NAV-kontor i kommuner som har et tilbud om RPH
- Dybdeintervjuer med ansatte i NAV og RPH i åtte kommuner
- Innspill fra en referansegruppe som ble opprettet ved oppstarten av prosjektet

Basert på dette informasjonsgrunnlaget har vi gjort egne vurderinger av det generelle potensialet for samarbeid mellom RPH og NAV og mulige samarbeidsformer som kan videreutvikles.

### 1.5.1 Spørreundersøkelser

Det er sendt ut to spørreundersøkelser i forbindelse med denne utredningen. Den ene spørreundersøkelsen gikk til samtlige RPH-team i Norge, mens den andre gikk til samtlige NAV-kontor i kommuner med RPH-team. Dette innebærer at det ble sendt ut spørreundersøkelser til 50 RPH-team og 56 NAV-kontor.

Felles for undersøkelsene var spørsmål knyttet til samarbeidet mellom RPH og NAV, herunder beskrivelse av samarbeidet som foreligger (eller ikke foreligger) og vurderinger av hensiktsmessige former for samarbeid. Innledningsvis stilte vi i begge undersøkelsene spørsmål rundt organisering av henholdsvis RPH-team og NAV-kontor. I slutten av undersøkelsen til RPH-teamene stilte vi spørsmål som omhandlet kjennetegn ved målgruppen, herunder blant annet alder, aktivitetsnivå, samt hvordan målgruppen kommer i kontakt med RPH.

Spørreundersøkelsene ble besvart av 32 av 50 RPH-team og 33 av 56 NAV-kontor. Dette tilsvarer en

svarprosent på rundt 60. Noen RPH-team dekker flere kommuner. De 32 RPH-teamene som svarte på undersøkelsen dekker 36 kommuner. I 46 kommuner har minst én av partene svart på undersøkelsen, og i 23 kommuner har begge parter svart. I 10 kommuner har verken NAV-kontor eller RPH-team svart på spørreundersøkelsen.

I spørreundersøkelsen som ble sendt ut til NAV-kontorer oppfordret vi til at undersøkelsen skulle besvares separat av minst to ansatte ved hvert kontor: én leder (enten kontorleder eller avdelingsleder) og én ansatt med brukeroppfølging. 19 NAV-kontorer har oppgitt flere enn ett svar per kontor.

### 1.5.2 Intervjuer

Vi har gjennomført 19 intervjuer som en del av informasjonsinnhenting til kartleggingen. Vi har intervjuet ansatte i NAV og RPH, hver for seg, i åtte utvalgte kommuner, samt hver av medlemmene i referansegruppen.

De åtte kommunene som ble intervjuet var de fem pilotkommunene (Fredrikstad, Kristiansand, Kristiansund, Moss og Sandnes), samt ytterligere tre kommuner/bydeler (Modum, Nordre Follo, bydel Søndre Nordstrand) som ble valgt ut basert på svar fra spørreundersøkelsen.

Intervjuene ble gjennomført via video i perioden juni-oktober 2020. Intervjuene ble gjennomført som semi-strukturerte dybdeintervjuer, hvor vi på forhånd hadde oversendt overordnede tema som ble gjennomgått.

### 1.5.3 Møter med referansegruppen

Referansegruppen ble satt sammen i begynnelsen av prosjektperioden, og bestod av representanter fra:

- Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Helsedirektoratet
- NAPHA
- NAV Sandnes
- NAV Øst-Viken
- RPH Kristiansand

Det ble gjennomført to møter med referansegruppen i løpet av prosjektet, ett i august og ett i oktober. I det første møtet presenterte vi funn fra intervjuene med RPH og NAV i de fem pilotkommunene, samt utkast til spørreundersøkelsene. Referansegruppen ga innspill gjennom diskusjoner i møtet og i skriftlige tilbakemeldinger i etterkant. I det andre møtet presenterte vi samlede funn fra kartleggingen. Referansegruppen har bidratt med verdifulle innspill og refleksjoner i begge møtene. Vi retter en stor takk til alle deltakere i referansegruppen for engasjement rundt problemstillingene og svært nyttige diskusjoner.



## 2. Brukere av RPH

De fleste RPH-brukerne er i arbeid, men mange er også sykemeldte eller står i fare for å sykemeldes. En god del brukere får oppfølging fra NAV samtidig som de mottar behandling i RPH, men dette varierer i stor grad mellom kommuner.

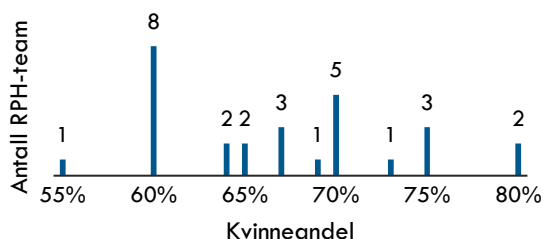
Dette kapitlet bygger på resultater fra spørreundersøkelsen som 32 av landets 50 RPH-team har besvart, samt på innspill fra intervjuer med representanter fra åtte RPH-team. Vi sammenligner våre resultater med tidligere studier som har undersøkt brukerne av RPH. De viktigste referansene på området er Folkehelseinstituttets evaluering av RPH-piloten i 12 kommuner (Smith, et al., 2016) og RCT-studien av RPH i Sandnes og Kristiansand (Knapstad, et al., 2019).

### 2.1 Demografiske kjennetegn

#### Kjønnsfordeling

Det er en overvekt av kvinner blant RPHs brukere. Alle RPH-team som har svart på spørreundersøkelsen har oppgitt at kvinner utgjør mer enn 50 prosent av brukerne. Den rapporterte kvinneandelen varierer mellom 55 og 80 prosent, med en gjennomsnittlig verdi på tvers av RPH-team på 67 prosent (Figur 2-1).

**Figur 2-1: Fordeling av RPH-team over oppgitt andel kvinner blant deres brukere (N=28)**



#### Aldersfordeling

RPH har brukere i alle aldre over 16 år. Svarene fra spørreundersøkelsen viser at fleste RPH-brukerne er i aldersgruppen 30-50 år (Figur 2-2). Alle bortsett fra ett RPH-team har oppgitt at halvparten eller flere av brukerne er i denne aldersgruppen. Flere RPH-team oppgir også at rundt halvparten eller mange av brukerne er under 30 år, mens kun ett RPH-team oppgir at rundt halvparten av brukerne er over 50 år. Det ser dermed ut som at aldersfordelingen blant RPHs brukere er relativt jevn i aldersgruppene under 50 år, mens det er noe færre brukere over 50 år.

#### Utdanningsnivå

Utdanningsnivået blant RPH-brukerne er høyt. 20 av RPH-teamene oppgir at omtrent halvparten, mange eller nesten alle brukere har fullført høyere utdanning (Figur 2-3). De aller fleste (19) RPH-teamene oppfatter at det er svært få brukere som ikke har fullført videregående utdanning.

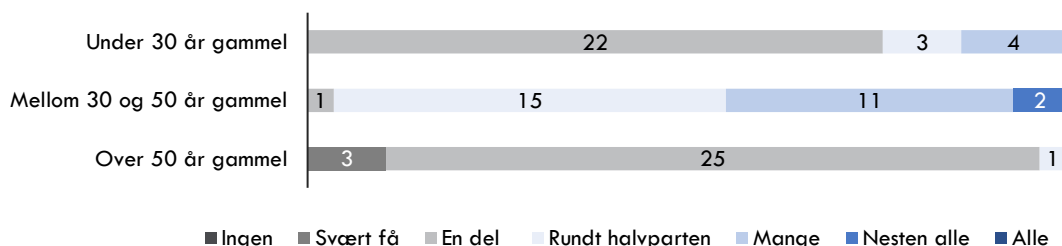
#### Tidligere funn

Fremstillingsmåten av resultatene i denne rapporten skiller seg fra tidligere undersøkelser som har hatt tilgang til data på individnivå. Likevel overensstemmer våre funn i stor grad med resultatene i disse tidligere studiene. Til sammenligning har Smith et al. og Knapstad et al. funnet:

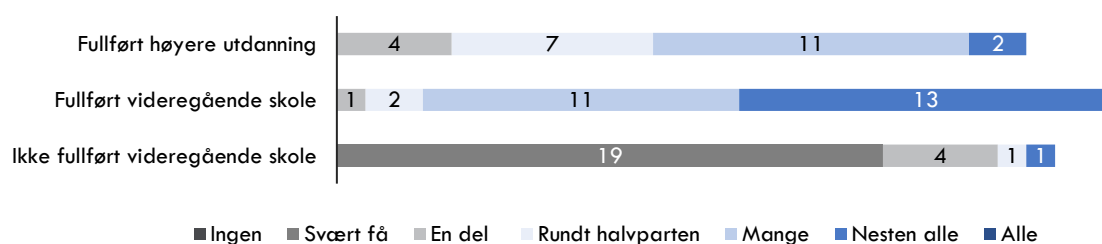
- Kvinneandel på henholdsvis 73 og 67 prosent
- Gjennomsnittsalder på henholdsvis 25-44 år (aldersspenn) og 35 år
- Andel med høyere utdanning på henholdsvis 45 og 42 prosent.

Informanter som vi har intervjuet har bekreftet inntrykket av at det er variasjon mellom kommunene i demografisk sammensetning av brukergruppen, men kvinner med høyere utdanning i aldersgruppen 30+ fremstår som en gruppe som går igjen i mange kommuner.

**Figur 2-2: Oppgitt andel brukere etter aldersgrupper for hvert RPH-team (N=29)**



**Figur 2-3: Andel av brukere etter høyeste fullførte utdanning for hvert RPH-team (N=24-27)**



## 2.2 Formidling til RPH

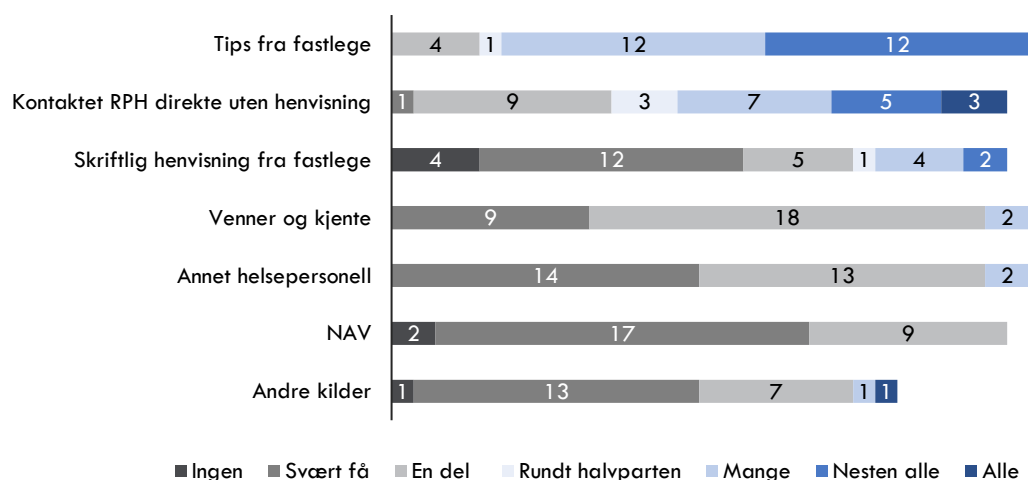
RPH skal være et lett tilgjengelig og gratis tilbud, og det kreves ikke henvisning fra lege for å få behandling i RPH. Det kan derfor være mange veier inn til behandling. Smith et al. (2016) fant i evalueringen av de 12 pilotprosjektene med RPH at nesten halvparten av brukerne tok kontakt med RPH selv. Én av fem kom i kontakt med RPH med direkte henvisning fra sin fastlege og én av fire etter råd fra fastlege.

De fleste RPH-teamene oppgir i spørreundersøkelsen at rundt halvparten, mange eller nesten alle brukerne

kommer i kontakt med RPH etter tips fra fastlege, eller at de kontaktet RPH direkte, uten henvisning (Figur 2-4). En fjerdedel av RPH-teamene oppgir at rundt halvparten, mange eller nesten alle brukerne kommer til RPH etter skriftlig henvisning fra lege. Det tyder på at en del fastleger tror behandling i RPH krever henvisning.

De fleste RPH-team oppgir at ingen eller svært få av brukerne kommer i kontakt med RPH etter tips fra NAV. Noen RPH-team oppgir at en del av brukerne kommer til RPH etter tips fra NAV. I enkelte kommuner ser det altså ut som NAV aktivt henviser sine brukere til RPH.

**Figur 2-4: Andel av brukere etter gitte formidlingsformer for hvert RPH-team (N=23-29)**



## 2.3 Symptomtrykk

Målgruppen til RPH er, ifølge Helsedirektoratet, personer med mild til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker. I de innledende intervjuene med kommuner som har utvidet samarbeid mellom RPH og NAV fremkom det imidlertid at det er variasjon mellom kommunene når det gjelder alvorlighetsgrad av psykiske plager som behandles.

Målgruppens alvorlighetsgrad defineres i stor grad av hvordan behandlingstilbudet er lagt opp. Ved noen RPH-team følges en relativt stringent trappetrinnsmodell for behandlingsforløpet, hvor alle brukere starter med deltakelse i gruppebaserte kurs og deretter gjennomfører nettbaserte kurs. Til slutt kan de tilby individuelle samtaler dersom bruker har behov for det. Mange har imidlertid ikke behov for individuelle samtaler etter at de har gjennomført kursopplegget.

I andre kommuner har RPH et mer fleksibelt behandlingsforløp, hvor brukere som ikke klarer å starte med gruppebaserte kurs kan få individuelle samtaler innledningsvis. Med en slik modell treffer RPH-tilbudet en noe utvidet målgruppe, med personer som kan være dårligere i utgangspunktet. For å undersøke dette mer systematisk stilte vi i spørreundersøkelsen spørsmål om symptomtrykket til brukerne ved starten av behandlingen. Svarfordelingen er oppgitt i Figur 2-5.

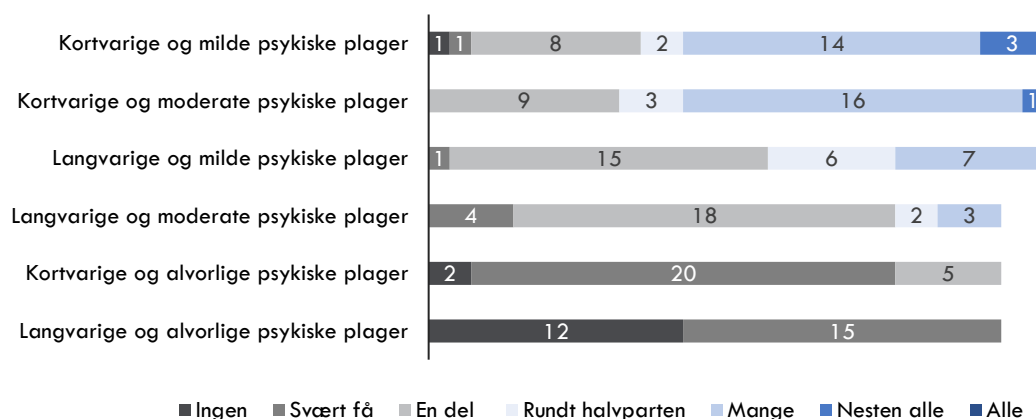
Sammenstillingen viser at det er en overvekt av kortvarige og milde til moderate psykiske plager. De fleste RPH-team oppgir at rundt halvparten, mange eller nesten alle har et slikt symptomtrykk. Samtidig er det verdt å merke seg at det også er mange RPH-team som oppgir at minst halvparten har langvarige og milde psykiske plager, og at det også er en del brukere som har langvarige og moderate plager. Det fremstår fra undersøkelsen som at svært få av brukerne har alvorlige psykiske plager, enten kort- eller langvarige, hvilket er i tråd med retningslinjene for tilbudet.

Representantene fra RPH-team oppga i intervjuer at angst og depresjon er plager som går igjen, men at de også møter mange med søvnvansker og utbrenthet. Alle informanter fra RPH forteller at motivasjon for selvbehandling er et fellestrekk for alle brukerne.

I enkelte kommuner er RPH slått sammen med andre kommunale tjenestetilbud til personer med psykiske plager og da kan målgruppen være noe utvidet sammenlignet med rene RPH-team. I Nordre Follo er RPH slått sammen med opprinnelig vedtaksbaserte psykiske tjenester i kommunen. Disse tjenestene er dermed blitt til tjenester som ikke lenger kun er vedtaksbaserte, men også lavterskeltilbud som ikke krever henvisning. Det gjør at tjenestetilbudet samlet sett er mer fleksibelt og at de tar imot personer med mer alvorlige psykiske plager enn den opprinnelige RPH-modellen tilsier. I Sandnes er RPH slått sammen med mestringsenheten i kommunen.<sup>2</sup> I Bydel Søndre Nordstrand i Oslo har RPH åpnet opp for brukere som trenger stressmestring eller har en kaotisk økonomisk situasjon eller bosituasjon.

Helsedirektoratets krav til målgruppe gjelder kun så lenge RPH-teamet får tilskudd fra Helsedirektoratet (treårig tilskudd til etablering av RPH), men det er anbefalt at kommunene også i etterkant av tilskuddsperioden følger de samme retningslinjene. Omtrent to tredjedeler av RPH-teamene som har besvart spørreundersøkelsen mottar ikke lenger tilskudd fra Helsedirektoratet.

**Figur 2-5: Andel av brukere i gitt kategori for symptomtrykk når de starter behandling i RPH for hvert RPH-team, (N=27-28)**



## 2.4 Arbeidsdeltakelse og kontakt med NAV

Bakgrunnen for dette oppdraget er et ønske om tettere samarbeid mellom RPH-teamene og NAV, og en forutsetning for dette er at brukergruppen, i hvert

fall til en viss grad, sammenfaller. Derfor stilte vi i spørreundersøkelsen spørsmål om hvorvidt og hvordan brukerne av RPH også får oppfølging fra NAV.

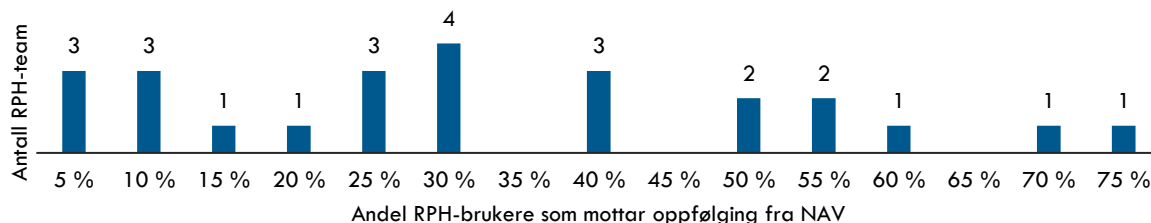
**Det er stor kommunal variasjon i andelen RPH-brukere som samtidig får oppfølging fra NAV (**

<sup>2</sup> Mestringsenheten har ulike tilbud om hjelp til personer med rus- eller psykiske helseutfordringer.

Figur 2-6). RPH-teamenes anslag på andelen brukere som er under oppfølging fra NAV samtidig som de er i behandling i RPH spenner mellom fem og 75 prosent. Gjennomsnittlig andel er på 32 prosent og medianen

er 30 prosent. Nedenfor utdyper vi om brukernes aktivitet ved starten av behandlingen, hvilket også gir mer informasjon om brukernes oppfølging fra NAV.

**Figur 2-6: «Omtrent hvor stor andel av brukerne er under oppfølging fra NAV i samme periode som de er under behandling i RPH?» Estimert andel RPH-brukere for hvert RPH-team (N=25)**



### Brukernes aktivitetsstatus når de starter behandling

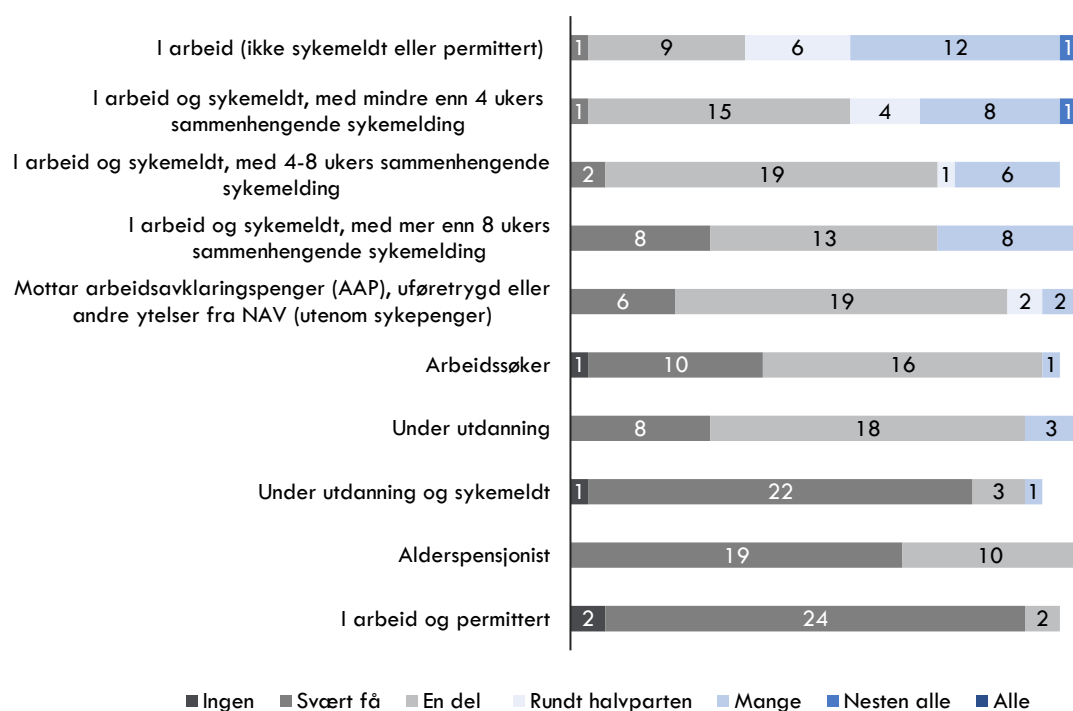
Figur 2-7 viser estimert andel av RPH-brukere i gitte kategorier for arbeids- og utdanningsstatus. Figuren tyder på at mange av RPHs brukere er i arbeid, men at også en betydelig del er sykemeldt eller mottar andre ytelser fra NAV. 23 RPH-team oppgir at en del, rundt halvparten eller mange av brukerne mottar arbeidsavklaringspenger (AAP), uføretrygd eller andre ytelser fra NAV, utenom sykepenger. De fleste RPH-teamene oppgir at under halvparten av brukerne er i utdanning eller er alderspensjonister, hvilket også vitner om at de fleste brukerne er i arbeidsfør alder og har kommet forbi studietiden.

Smith et al. (2016) fant at omtrent én av tre brukere var helt eller delvis sykemeldt ved starten av behandlingen i RPH, og at syv prosent av brukerne var i arbeidsrettede tiltak gjennom NAV eller

kommunen, seks prosent av brukerne var uføre, og ni prosent var arbeidsledige. Disse funnene samsvarer i stor grad med våre funn. Det gjør også funnene fra Knapstad et al. (2019) om at 38 prosent av brukerne var i arbeid når de startet behandling.

Intervjuer med representanter fra RPH gir inntrykk av at de fleste av brukerne står i arbeid ved oppstart av behandling, men at mange enten står i fare for å bli sykemeldt eller er i starten av en sykemeldingsperiode. Mange er altså sårbare for frafall fra arbeidslivet, men de fleste kommer til RPH i en tidlig fase, en stund før de eventuelt får oppfølging fra NAV. Det er likevel også en del brukere som har vært ute av arbeidsmarkedet over lenger tid og trenger mer langvarig oppfølging. Særlig Sandnes og Fredrikstad gir i intervjuer inntrykk av at denne gruppen utgjør en viss andel av brukerne i RPH.

**Figur 2-7: Andel av brukere i gitt arbeids- eller utdanningsstatus for hvert RPH-team (N=27-29)**



### Betydningen av samtidig arbeidsdeltakelse

Ansatte i RPH oppgir i intervjuer at mange brukere vil ha fordel i behandlingen av økt deltakelse i arbeid eller utdanning. Dette underbygges i spørre-

Figur 2-8. Smith et al. (2016) fant at brukere som var i jobb under behandling hadde større nedgang i symptomer på angst og depresjon enn klienter uten jobb. Dette gir en indikasjon på at jobbdeltakelse er positivt for bedring i brukerens psykiske helse. RPH-teamene virker å være bevisste på dette.

Det er imidlertid også en del brukere som har behov for å redusere deltakelse i arbeid eller utdanning for en periode. I intervjuer oppgir informantene at dette for eksempel gjelder personer som er, eller står i fare for å bli, utbrent. Disse brukerne vil gjerne heller ha større bedring i sin psykiske helse ved å ta en pause.

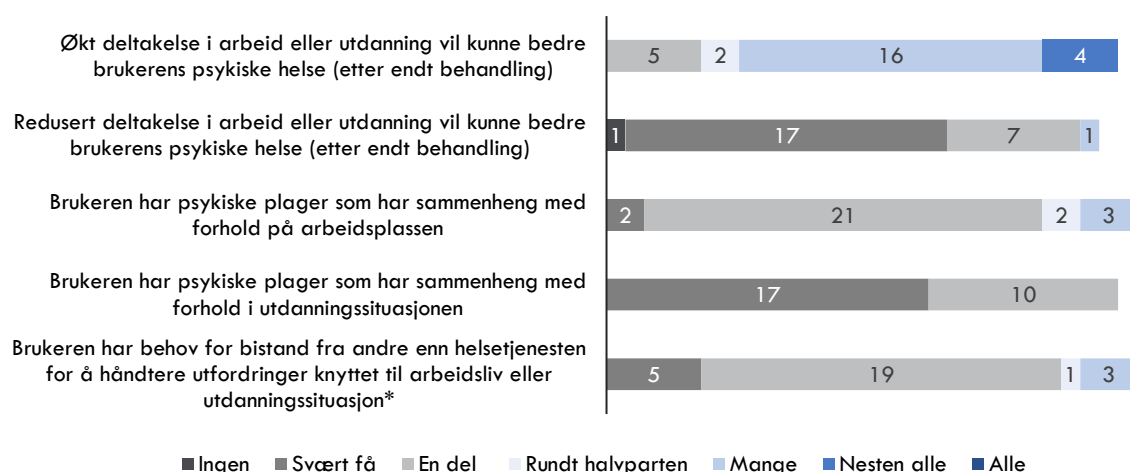
En del av brukerne av RPH har psykiske plager som har sammenheng med forhold på arbeidsplassen. Fem RPH-team oppgir at dette gjelder for rundt halvparten eller mange, mens de aller fleste oppgir at dette gjelder en del brukere. Problematikken til brukerne ser dermed ut å være sammensatt av problemer knyttet til både arbeidsliv og privatliv. utfordringer knyttet til deltakelse i utdanning ser ut til å være et mindre utbredt problem i målgruppen, hvilket trolig har sammenheng med at et mindretall i brukergruppen deltar i utdanning.

undersøkelsen av at 20 RPH-team oppgir at mange eller nesten alle vil kunne få bedre psykisk helse av å økt deltakelse i arbeid eller utdanning, som vi ser i samtidig som man er i behandling i RPH.

De aller fleste RPH-teamene oppgir at en del, rundt halvparten, eller mange av brukerne vil ha behov for hjelp fra andre enn helsetjenesten til å håndtere utfordringer knyttet til arbeidsliv eller utdanning, herunder tilrettelegging av arbeidsoppgaver og å finne ny jobb. Selv om det ikke er eksplisitt nevnt i spørsmålsformuleringen, fremstår det som at NAV er en sentral støttespiller som kan hjelpe til med slike problemstillinger. Vi tolker dette utsagnet som at RPH-teamene mener at det er behov for samtidig oppfølging fra NAV for en ikke ubetydelig andel av RPHs brukere, noe som vitner om at det er potensiale for samarbeid.

Dette er et inntrykk som i varierende grad bekreftes i intervjuer med RPH-ansatte, og det blir særlig bekreftet i kommuner der målgruppen er noe utvidet. For eksempel trekkes gruppen unge arbeidssøkere, brukere med økonomiske vanskeligheter og brukere som ønsker å komme i arbeid, men ikke klarer det selv, frem som en gruppe som behøver oppfølging fra NAV samtidig som man er i behandling i RPH.

**Figur 2-8: Andel av brukere som følgende utsagn stemmer for ifølge hvert RPH-team (N=26-28)**



\*Herunder tilrettelegging av arbeidsoppgaver og å finne ny jobb.

## 2.5 Oppsummering

Følgende punkter oppsummerer kartleggingens funn om brukerguppen i RPH:

- En typisk bruker av RPH er en kvinne mellom 30 og 50 år som
  - har høy utdanning,
  - har kommet i kontakt med RPH etter tips fra sin fastlege eller tar kontakt direkte uten henvisning,
  - har milde eller korte moderate psykiske helseplager,
- er i arbeid, men sykemeldt eller i fare for å sykemeldes.
- I gjennomsnitt (over kommuner) er 32 prosent av RPH-brukere under oppfølging fra NAV samtidig som de er i behandling hos RPH, men denne andelen varierer i stor grad mellom kommunene (fra fem til 75 prosent).
- RPH-teamene oppfatter at økt deltakelse i arbeid eller utdanning vil kunne bedre den psykiske helsen hos de fleste brukerne.
- Samlet tyder dette på at en ikke ubetydelig andel av brukere i RPH kan ha fordel av koordinert oppfølging fra NAV og RPH.



## 3. Samarbeidet mellom NAV og RPH

*RPH og NAV samarbeider i mange kommuner, men samarbeidet er i liten grad formalisert. Den vanligste formen for samarbeid er dialog om enkeltbrukere. I praksis ser det ut til å være få brukere som får koordinert oppfølging fra RPH og NAV, til tross for at de mange steder har felles brukere. I tilfeller hvor tjenestene får til en koordinert oppfølging av felles brukere er dette svært nyttig. Begge aktørene opplever at en viss grad av samarbeid er hensiktsmessig.*

I dette kapitlet starter vi med å oppsummere erfaringene med samarbeid mellom NAV og RPH fra de fem pilotkommunene (kapittel 3-1). Deretter beskriver vi det eksisterende samarbeidet mellom NAV og RPH i kommunene samlet sett (kapittel 3-2), i hvilken grad NAV og RPH har felles brukere (kapittel 3-3), gevinster ved samarbeid (kapittel 3-4), aktørenes vurderinger av hva som kan være hensiktsmessige former for samarbeid (kapittel 3-5) og deres vurderinger av suksesskriterier og barrierer for samarbeid (kapittel 3-6). Kapittel 3-7 gir en oppsummering av funnene i kapitlet.

### 3.1 Erfaringer fra pilotkommunene

#### 3.1.1 Oppdrag om utvidet samarbeid mellom NAV og RPH

I 2018 fikk syv kommuner i oppdrag av Arbeids- og Velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet om å opprette et samarbeid mellom NAV og RPH. Fem pilotkommuner endte med å opprette et samarbeid: Fredrikstad, Kristiansand, Kristiansund, Moss og Sandnes.

Det ble gjennomført en oppstartsamling for alle pilotkommunene på Gardermoen i juni 2018, med representanter fra NAV og RPH i hver kommune. Det opprinnelige oppdraget var at det skulle opprettes et samarbeid mellom jobbspesialister i NAV og RPH. I enkelte kommuner opplevde de at målgruppen til RPH og målgruppen til jobbspesialister i NAV var lite overlappende. Etter hvert ble derfor føringene om samarbeid med jobbspesialister løsnet og kommunene kunne selv bestemme hvilke deler av NAV-kontoret det var mest hensiktsmessig å opprette et samarbeid med. Da var samarbeidet allerede opprettet med jobbspesialister i flere av kommunene, og det er varierende i hvilken grad kommunene også har forsøkt et formelt samarbeid med andre avdelinger i NAV. Kommunene har i etterkant fått utvikle samarbeidet slik de selv mener at det har vært hensiktsmessig.

#### 3.1.2 Status og erfaringer

Sommeren 2020 er det lite samarbeid mellom NAV og RPH i fire av fem pilotkommuner, men flere av pilotkommunene er fortsatt i en utprøvningsfase. I noen av kommunene har oppstarten av samarbeidet blitt forsinket. Andre pilotkommuner har startet med å opprette et samarbeid mellom RPH og jobbspesialister, men har etter en viss tid erfart at målgruppene er lite overlappende.

Både i Kristiansand og Kristiansund er det formelle samarbeidet mellom jobbspesialister i NAV og RPH avsluttet grunnet lite overlappende målgruppe. I Kristiansand fortsetter de med samarbeid om kompetanseoverføring på systemnivå, men har avsluttet samarbeid på individnivå. I Kristiansund er det ønskelig med et samarbeid som i større grad er knyttet til sykefraværsoppfølging i NAV, som det er grunn til å tro at har en mer overlappende målgruppe med RPH. Utfordringen er imidlertid at NAV Kristiansund ikke har et eget team som jobber med sykefraværsoppfølging, da denne oppgaven er fordelt på alle veilederne. Også i Sandnes har samarbeid mellom jobbspesialister og RPH vist seg å være lite hensiktsmessig grunnet lite overlappende målgruppe, og det er i dag primært sykefraværsoppfølgingen i NAV som henviser sine brukere til RPH. I disse kommunene har samarbeidet gitt få eller ingen gode erfaringer med koordinert oppfølging av enkeltbrukere.

Fredrikstad kommune skiller seg imidlertid ut ved at jobbspesialister i NAV og RPH har mange felles brukere, og de har høyere ambisjoner om at tett samarbeid vil gi gevinster for brukerne. Samarbeidet som ble opprettet i 2018 ble lite benyttet av begge parter. I ettertid har RPH i Fredrikstad fått økt kapasitet, og dermed har de fått mulighet til å ta inn flere til behandling. I tillegg til den opprinnelige målgruppen tar de også inn brukere med mer omfattende behov. Dette har trolig vært medvirkende til at NAV og RPH sommeren 2020 kom i gang med å bygge opp en struktur for samarbeid og felles møtepunkter.

Erfaringene fra pilotkommunene viser at ulikheter i størrelse, organisering og tjenesteinnretning gjør samarbeidet utfordrende. NAV-kontorene er generelt store enheter, med mange ansatte med svært ulike oppgaver. Et samarbeid med én avdeling i NAV gjør det ikke nødvendigvis lettere å få kontakt med en annen avdeling i NAV. RPH opplever at det er vanskelig å komme i kontakt med riktig veileder hos NAV, og at det er problematisk at veiledere skiftes ut. RPH bistår ofte brukere med å navigere i NAV sitt

system, noe som oppleves som nyttig for brukerne, men som kan være frustrerende for PRH-behandlere. Å ha en liste med telefonnummer til veiledere har forenklet muligheten til å ta kontakt i enkeltsaker.

I tekstboksen under følger korte sammendrag om erfaringene fra samarbeidet i pilotkommunene. Et utdypende sammendrag om hver pilotkommune finnes i Vedlegg A.

### Tekstboks 1: Erfaringer fra de fem pilotkommunene

#### Fredrikstad

I Fredrikstad har RPH-teamet fått økt kapasitet etter prosjektperioden. Dette har bidratt til at RPH nå har utvidet tilbudet gjennom også å tilby individuell samtalerterapi til brukere som ikke ønsker eller har mulighet til å starte med gruppebaserte tilbud. Gjennom denne utvidelsen av tilbudet i RPH har også målgruppen i større grad sammenfalt med målgruppen til jobbspesialistene i NAV. Omtrent halvparten av RPH-brukerne i Fredrikstad har en tilknytning til NAV, og det er et tydelig behov for samarbeid.

Det foreligger et samarbeid mellom RPH og jobbspesialister i NAV, både system- og individnivå. Begge parter henviser brukere til den andre parten. I minst ett tilfelle har RPH henvist én bruker til NAV, som NAV har prioritert til å motta jobbspesialist. RPH opplevde at dette var veldig positivt for den enkelte brukeren.

Samarbeidet intensiveres nå ved at det jobbes med å finne en direkte vei fra RPH til jobbspesialistene, i stedet for at det skal gå gjennom NAV-veileder. De har gjennomført felles møter med alle jobbspesialister og RPH-behandlere, og de har i fellesskap utarbeidet en rutine som beskriver hvilke ulike måter jobbspesialist i NAV og behandler i RPH kan drøfte mulige brukere i hverandres tjeneste. Det er også åpent for å delta på hverandres møter, enten for generell læring eller for en konkret sak.

#### Sandnes

I Sandnes er det noe samarbeid om enkeltsaker, samt sporadisk kompetanseoverføring. Man har forsøkt med et tettere samarbeid med jobbspesialister, men det opplevdes lite hensiktsmessig grunnet ulike målgrupper. I dag er det først og fremst sykefraværsavdelingen i NAV som henviser til RPH.

#### Kristiansand

I Kristiansand har de prøvd ut ulike former for samarbeid mellom jobbspesialister i NAV og RPH. Samarbeidet på individnivå er avsluttet grunnet lite overlappende målgruppe, men de fortsetter med et samarbeid på systemnivå. Samarbeidet består primært av kompetanseoverføring fra RPH til NAV.

#### Kristiansund

I Kristiansund har NAV og RPH hatt et samarbeid på systemnivå mellom RPH og jobbspesialister, men dette avsluttes i 2020 grunnet ulik målgruppe. Samarbeidet på systemnivå har derimot gjort at det er opprettet kontakt, og at det har blitt lavere terskel for å ta kontakt og å henvende brukere. Det foreligger i dag et usystematisk samarbeid på individnivå ved behov.

#### Moss

I Moss er det noe samarbeid på individnivå, men dette er i all hovedsak om brukere som allerede har en veileder hos NAV. Det formaliserte samarbeidet er forsinket. Både NAV og RPH opplever at det er et utnyttet grunnlag for samarbeid, med et behov for kompetanseoverføringer dem imellom.

## 3.2 Eksisterende samarbeid

I dette delkapittelet beskriver vi det eksisterende samarbeidet mellom NAV og RPH i norske kommuner, basert på informasjon fra spørreundersøkelsen og intervjuer.

I flere kommuner er samarbeidet mellom NAV og RPH i en oppstarts- eller utprøvningsfase. Det er ikke nødvendigvis etablert en fast form for samarbeid eller enighet om hvordan samarbeidet bør se ut. Enkelte ansatte i NAV og RPH prøver seg litt frem for å finne ut av hvordan samarbeidet bør innrettes, hvilke

avdelinger i NAV det er mest relevant å etablere et samarbeid med og hvilke former samarbeidet skal ta.

### 3.2.1 Formalisering av samarbeid

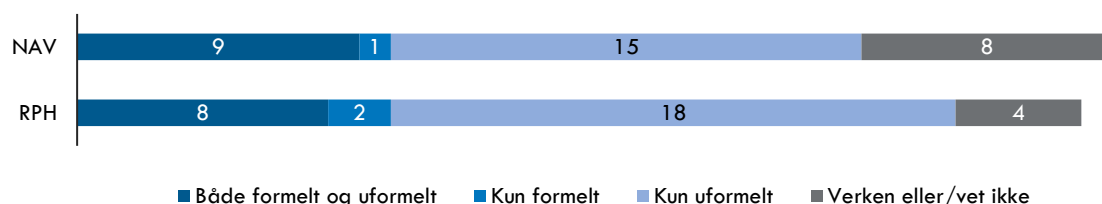
Flertallet av kommunene som har svart på spørreundersøkelsen oppgir at NAV og RPH samarbeider (se Figur 3-1). I 37 av 46 kommuner hvor minst én av partene har svart på undersøkelsen har enten NAV eller RPH rapportert om formelt eller uformelt samarbeid. De aller fleste oppgir at de kun har et uformelt samarbeid. I bare fire kommuner oppgir begge parter at de har et formelt samarbeid. Én av disse er pilotkommunen Fredrikstad.

Representanter fra NAV og RPH fra samme kommune har imidlertid ikke alltid samme oppfatning av om samarbeidet er formelt eller uformelt. Det tyder på at det ikke nødvendigvis er helt avklart for alle parter i hvilken grad samarbeidet er formalisert eller ikke.

De fleste kommuner har som minimum et samarbeid på individnivå (samarbeid om enkeltbrukere) (se Figur 3-2). En del av kommunene har i tillegg et samarbeid på systemnivå (samarbeid som går på overordnede

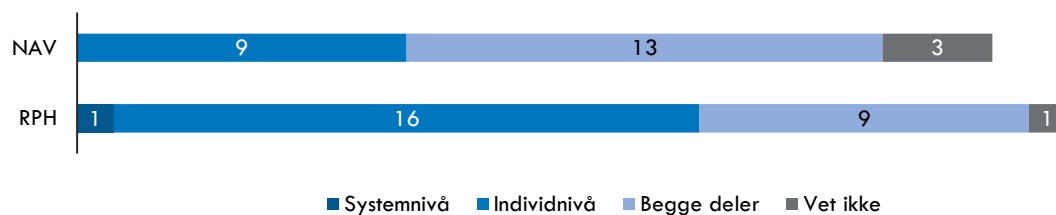
strukturer, utenom enkeltbrukere). Igjen er ikke RPH og NAV i en enkelt kommune nødvendigvis enige om hvilket nivå av samarbeid de har. Ulike respondenter fra samme NAV-kontor rapporterer også om ulike former for samarbeid. Det tyder igjen på at samarbeidet stort sett er personavhengig, avhengig av avdeling, at det mange steder i liten grad er styrt fra NAV-kontoret sentralt og at det i liten grad spres informasjon mellom veiledere innad på NAV-kontoret om et eventuelt samarbeid.

**Figur 3-1: «Har dere formelt eller uformelt samarbeid?» Fordeling av NAV-kontorer (N=33) og RPH-team (N=32) etter rapportert form for samarbeid**



**Merknad:** Figuren inkluderer kun én observasjon per NAV-kontor/RPH-team. For de 19 NAV-kontorene hvor flere ansatte har svart på undersøkelsen har vi benyttet det svaret som tilsier størst grad av samarbeid.

**Figur 3-2: «Dersom dere har samarbeid, er det på systemnivå eller individnivå?» Fordeling av NAV-kontorer (N=25) og RPH-team (N=27) etter rapportert form for samarbeid**



**Merknad:** Figuren inkluderer kun én observasjon per NAV-kontor/RPH-team. For de 19 NAV-kontorene hvor flere ansatte har svart på undersøkelsen har vi benyttet det svaret som tilsier størst grad av samarbeid.

### 3.2.2 Samarbeidsparter i NAV

Ved utsendelse av spørreundersøkelsen ble NAV-kontoret bedt om at de ansatte som har mest kunnskap om samarbeidet med RPH skulle besvare undersøkelsen, i tillegg til en ansatt i lederstilling. Fra NAV-kontorene har vi fått totalt 40 svar fra veiledere, 25 svar fra ledere og åtte svar fra jobbspesialister. Det tyder på at samarbeidet med RPH i hovedsak foregår på veiledernivå.

Alle respondenter i spørreundersøkelsen som har oppgitt at NAV og RPH har formelt eller uformelt samarbeid, fikk også spørsmål om hvordan dette samarbeidet foregår i praksis. Fordeling av svarene er vist i Figur 3-3. Svarene tilsier igjen at RPH oftest samarbeider med veiledere i NAV. Fra NAV har 16 av totalt 17 veiledere og 13 av totalt 16 ledere som har svart på spørsmålet oppgitt at NAV samarbeider med RPH på veiledernivå. I en del NAV-kontorer og RPH-team oppgir også ansatte at RPH samarbeider med jobbspesialister i NAV. Det er imidlertid kun syv

jobbspesialister fra fem NAV-kontorer som har svart på undersøkelsen, som kan ha sammenheng med at ikke alle NAV-kontorene har jobbspesialister som del av sitt tilbud. I fire av disse kontorene oppgir minst én jobbspesialist at de samarbeider med RPH (Fredrikstad, Kristiansund, Nordre Follo og Ålesund).

I Fredrikstad har alle behandlere i RPH og alle jobbspesialistene i IPS NAV felles møter for å bli kjent med hverandres tjenester, dele erfaringer og drøfte mulige brukere å samarbeide om. Videre er det åpent for å delta på hverandres team-/behandlermøter enten for generell læring eller for enkelttilfeller. De henviser brukere til hverandre og gir felles oppfølging. Det oppleves som svært hensiktsmessig å jobbe med brukere som mottar behandling i RPH samtidig som man er i prosess med en jobbspesialist i NAV.

Respondentene ble videre spurt om hvilken avdeling i NAV som samarbeider med RPH. Fordeling av svarene

er vist i Figur 3-4. NAV-kontorene er organisert ulikt, og de forhåndsdefinerte kategoriene det ble spurt om utgjør ikke nødvendigvis egne avdelinger ved alle NAV-kontor. Ved noen kontorer er oppfølging av brukere organisert etter brukernes alder, slik at samme avdeling og samme veileder følger opp brukere under både sykefravær og AAP. Svarene må derfor ikke tolkes som informasjon om hvilke konkrete avdelinger ved NAV-kontoret som RPH samarbeider med, men de sier noe om hvilke brukere de samarbeider om.

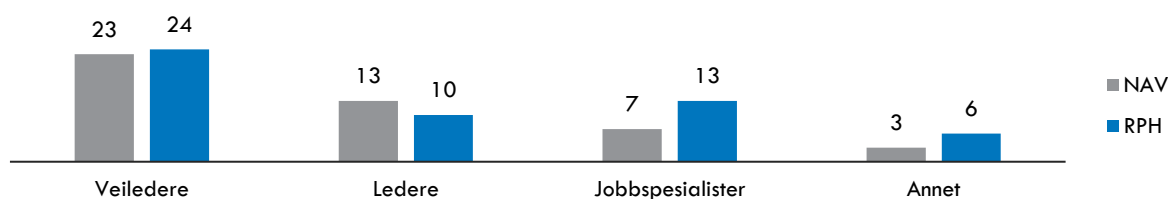
Svarene viser at RPH i hovedsak samarbeider med avdelinger som følger opp AAP-brukere, brukere på sykefravær og unge. En del oppgir også at det er samarbeid med avdeling som følger opp brukere på Kvalifiseringsprogrammet.

I fire av kontorene hvor jobbspesialister har svart på spørsmålet, oppgir minst én at det er samarbeid mellom team for utvidet oppfølging og RPH.

I mange kommuner kan samarbeidet i enkelte tilfeller også berøre hele NAV-kontoret. Det er særlig i tilfeller hvor RPH holder foredrag eller på andre måter informerer hele eller store deler av kontoret om sitt arbeid. I Nordre Follo har de også opprettet en kanal i Teams hvor alle ansatte i NAV enkelt kan komme i kontakt med enkelte behandlere i RPH.

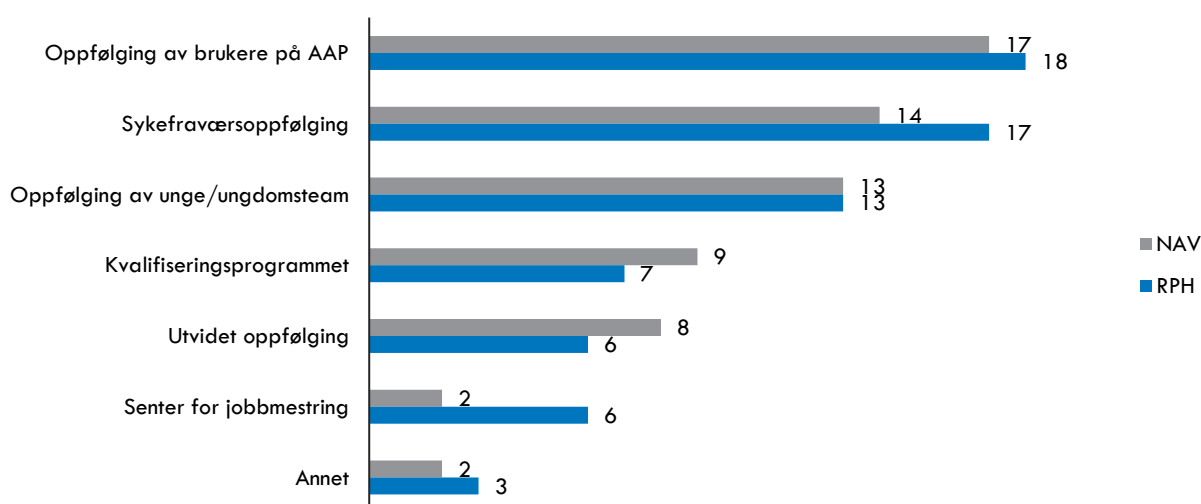
Utover samarbeid med veiledere, jobbspesialister og ledere, oppgir enkelte RPH-team at de samarbeider med IPS, forvaltning og gjeld, voksenopplæringen, flyktningetjenesten eller psykolog i NAV. RPH-teamene har ikke alltid oversikt over organiseringen av NAV og er ikke nødvendigvis klar over rollen til de NAV-ansatte de samarbeider med. På samme måte har ikke nødvendigvis medarbeidere i en enkelt avdeling i NAV oversikt over hvorvidt RPH også samarbeider med andre avdelinger på samme kontor, og de har heller ikke nødvendigvis oversikt over hvordan det kommunale helsetilbudet i kommunen er innrettet

**Figur 3-3: «Hvilke nivåer/roller i NAV samarbeider med RPH?» Antall NAV-kontorer (N=25) og RPH-team (N=28) som har svart at det foreligger samarbeid på gitt stillingsnivå i NAV**



**Merknad:** Figuren inkluderer kun én observasjon per NAV-kontor/RPH-team. For de 19 NAV-kontorene hvor flere ansatte har svart på undersøkelsen har vi antatt at et gitt stillingsnivå samarbeider med RPH dersom det er oppgitt av minst én respondent.

**Figur 3-4: «Hvilken avdeling i NAV samarbeider RPH med?» Antall NAV-kontorer (N=24) og RPH-team (N=27) som har svart at det foreligger samarbeid mellom RPH og gitt avdeling i NAV**



**Merknad:** Figuren inkluderer kun én observasjon per NAV-kontor/RPH-team. For de 19 NAV-kontorene hvor flere ansatte har svart på undersøkelsen har vi antatt at et gitt stillingsnivå samarbeider med RPH dersom det er oppgitt av minst én respondent.

### 3.2.3 Former for samarbeid

Alle respondenter i spørreundersøkelsen som har oppgitt at NAV og RPH har formelt eller uformelt samarbeid fikk også spørsmål om i hvilken grad ulike former for samarbeid eksisterer mellom RPH og NAV i deres kommune. Fordeling av svarene er vist i Figur 3-5.

De vanligste rapporterte formene for samarbeid er at NAV og RPH har dialog om enkeltbrukere, og at det gjennomføres trepartssamtaler med felles brukere.

#### Dialog om enkeltbrukere

I tre fjerdedeler av kommunene som har svart på spørreundersøkelsen oppgir minst én respondent at NAV og RPH har felles dialog om enkeltbrukere i noen til stor grad (32 kommuner). Innspill fra intervjuene tyder på at den vanligste formen for samarbeid innebærer at NAV-veileder tar kontakt med RPH for å drøfte en bruker, uten at brukeren nødvendigvis er i behandling hos RPH eller er i målgruppen til RPH. I Nordre Follo har NAV og psykisk helsetjeneste (som RPH er en integrert del av) i en god del tilfeller slik drøfting av NAV-brukere.

#### Trepartssamtaler

I omtrent halvparten av kommunene som har svart på spørreundersøkelsen oppgir minst én respondent at NAV og RPH har trepartssamtaler med felles brukere i noen til stor grad (24 kommuner). Dette er møter hvor NAV, RPH og bruker, eventuelt også fastlege eller andre relevante aktører, samles for å drøfte brukers situasjon. Det kan være i form av formelle dialogmøter

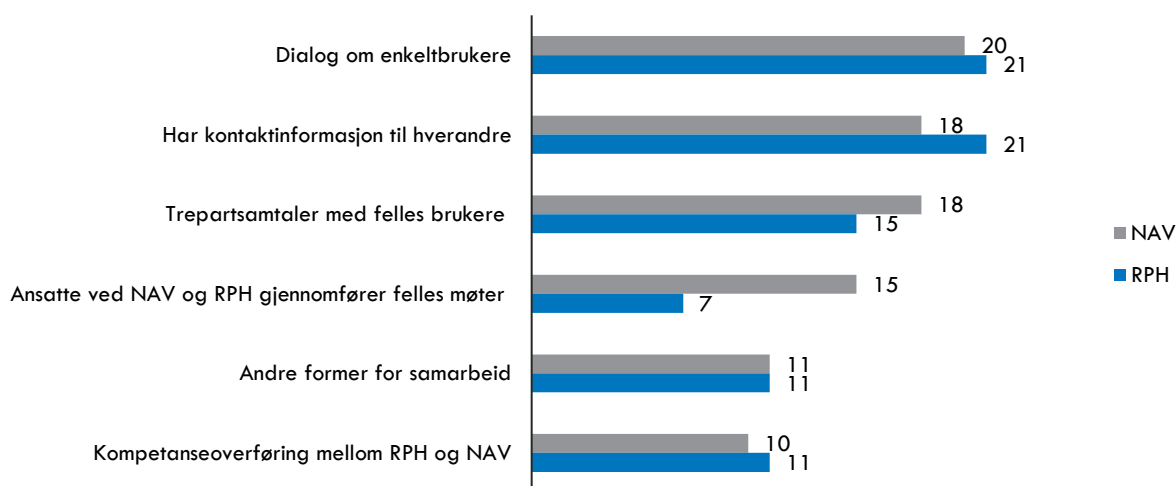
i regi av NAV eller andre felles møter. I tilfeller hvor NAV og RPH har felles møter sammen med bruker, antar vi at det gjelder brukere som er under oppfølging hos NAV og RPH mer eller mindre parallelt, og at NAV og RPH da koordinerer oppfølgingen av brukeren.

Samlede innspill fra spørreundersøkelsene og intervjuer tyder på at det i praksis er et begrenset antall brukere som får koordinert oppfølging fra NAV og RPH. Blant kommunene vi har kartlagt skiller Modum seg ut, ved at NAV og RPH regelmessig har koordinert oppfølging av felles brukere gjennom et skreddersydd kursopplegg for unge og gjennom bruk av IPS (se nærmere beskrivelse av samarbeidet i Modum i tekstboks på side 22). Modum fremstår som et unntak når det gjelder antall brukere NAV og RPH har koordinert oppfølging av.

#### Kontaktinformasjon

Et flertall av respondentene som har oppgitt at det er samarbeid mellom NAV og RPH oppgir også at de har hverandres kontaktinformasjon. Dette innebærer gjerne at saksbehandlere har direkte kontaktinformasjon til hverandre, slik at de lett kan ta kontakt uten å måtte gå gjennom offisielle kommunikasjonskanaler. Mange av respondentene, både fra NAV og RPH, fremhever det å ha kontaktinformasjon til hverandre, og dermed ha en lav terskel for å kunne ta kontakt, som en grunnleggende forutsetning for å kunne samarbeide om enkeltbrukere på en effektiv måte.

**Figur 3-5: «I hvilken grad eksisterer følgende former for samarbeid mellom RPH og NAV i din kommune?» Antall NAV-kontorer (N=23-25) og RPH-team (26-28) som har svart at det foreligger gitt type samarbeid i noen til stor grad**



**Merknad:** Hvordan man kategoriserer samarbeidet med RPH varierer innad i NAV-kontoret der flere har svart fra samme kontor. For disse kontorene har vi antatt at de har en gitt form for samarbeid med RPH dersom det er oppgitt av minst én respondent.

### Felles møter

I en del kommuner gjennomfører NAV og RPH felles møter. Dette kan være regelmessige møter hvor man kan drøfte problemstillinger knyttet til enkeltbrukere, hvorvidt en gitt bruker er i målgruppen til den andre part eller hva som kan være fornuftige fremgangsmåter for den enkelte bruker. I disse møtene kan man også snakke generelt om hverandres arbeid og målgrupper. Videre får de ansatte i NAV og RPH i slike møter anledning til å bli kjent med hverandre og hverandres arbeidsform. Mange løfter frem det å kjenne hverandres ansikter som en viktig forutsetning for å kunne ta kontakt om enkeltbrukere når behovet oppstår.

### Kompetanseoverføring

I noen kommuner består samarbeidet også av arrangerte former for kompetanseoverføring mellom NAV og RPH. Den vanligste formen for kompetanseoverføring ser ut til å være ved at RPH-behandler holder foredrag eller på annen måte informerer om RPHs tilbud og målgruppe for en større gruppe NAV-ansatte. Dette oppleves som veldig nyttig blant ansatte i NAV. NAV-ansatte kan også holde lignende type presentasjoner for hele RPH-teamet eller for et større utvalg av den kommunale helsetjenesten.

### Lite koordinert oppfølging

I de fleste kommuner ser samarbeidet i størst grad ut til å innebære en viss kontakt mellom RPH og enkelte avdelinger i NAV, med drøfting av enkeltbrukere og kontaktflater, og utveksling av informasjon om hverandres tilbud og målgrupper. I praksis ser det ut til å være få brukere som får koordinert oppfølging. Det kan være fordi samarbeidet mange steder er i oppstartsfasen, og at man derfor enda ikke helt har funnet ut av hvilke brukere man kan eller burde samarbeide om. Det kan også være fordi det i praksis er få brukere som er under oppfølging hos NAV og RPH samtidig i enkelte kommuner.

## 3.3 Felles brukere

De fleste RPH-behandlere vi har intervjuet oppgir at det bare er for et fåtall av deres brukere at det oppleves som aktuelt å opprette et samarbeid med NAV. Flertallet av RPHs brukere er i arbeid. Noen er sykemeldt, men ofte i mer kortvarige sykemeldinger slik at de ikke får oppfølging fra NAV, og andre står kanskje i fare for å bli sykemeldt. Samtidig viser resultatene fra spørreundersøkelsene at i gjennomsnitt 32 prosent av brukere ved RPH samtidig er under oppfølging fra NAV (se kapittel 2.4).

I spørreundersøkelsen oppgir respondentene at de brukerne som det er aktuelt å samarbeide om er brukere som er sykemeldte, arbeidssøkere eller mottar arbeidsavklaringspenger (AAP). Flere oppgir også at

ungdom og unge voksne er representert i begge målgrupper.

### Mange RPH-brukere er for friske for NAV, og mange NAV-brukere er for syke for RPH

En del RPH-behandlere trekker frem at mange NAV-brukere med psykiske plager har for omfattende plager til å være i RPH sin målgruppe. Flere respondenter fra NAV-kontorer oppgir at NAV har mange brukere med psykiske helseplager som faller mellom målgruppene til DPS og RPH. De forteller at disse brukerne er for friske til å få tilbud hos DPS (spesialisthelsetjenesten), men at de er for syke for å få tilbud fra RPH. Mange NAV-ansatte etterlyser et bedre tilbud for denne gruppen.

I enkelte tilfeller opplever også NAV-ansatte at brukeren passer i RPHs målgruppe, men at de har behov for hjelp til å ta kontakt med RPH. I flere kommuner har aktørene i oppstarten av samarbeidet prøvd ut en løsning hvor NAV-veileder kan be RPH-behandler ta direkte kontakt med bruker, slik at bruker slipper å ta kontakt med RPH selv. RPH-behandlere har dårlige erfaringer med en slik løsning, fordi mange av disse brukerne er lite motivert til behandling. RPH-behandlere erfarer derfor at det er viktig at bruker selv må ta kontakt med RPH, for å sikre at bruker er reelt motivert til behandling og at dette ikke bare er etter ønske fra NAV eller motivert av å hindre stans av ytelser.

På den annen side oppgir enkelte NAV-veiledere at de har brukere med lettere psykiske helseplager som er motivert til behandling, men som ikke nødvendigvis klarer å ta kontakt med RPH selv. Dersom telefontiden til RPH er begrenset, eller dersom det er kø på linjen, kan dette utgjøre en terskel for enkelte brukere. Noen kan gi opp dersom de ikke kommer gjennom den første eller andre gangen. NAV-veiledere rapporterer om at de da i enkelte tilfeller setter seg sammen med bruker for å ringe til RPH. I slike tilfeller erfarer NAV at det er viktig at RPH sitt tilbud er lett tilgjengelig.

### Både NAV og RPH ønsker utvidet tilbud hos den andre

NAV kan også ha brukere med lettere psykiske helseplager som har problemer med å delta i gruppebaserte tilbud på grunn av sine psykiske plager. Det er varierende i hvilken grad RPH tilbyr individuell oppfølging uten at bruker først må gjennom gruppekurs. Mange NAV-ansatte har dermed et ønske om at RPH på ulike måter kan utvide målgruppen, slik at de kan gi et tilbud til enda flere.

På samme måte uttrykker også flere RPH-behandlere et ønske om et utvidet tilbud fra NAV. Enkelte respondenter fra RPH etterspør at NAV kan bistå brukerne tidligere og mer i sykefraværsoppfølgingen. RPH ser at det hadde vært svært nyttig for mange av



deres brukere å få arbeidsrettet bistand på et tidligere tidspunkt enn når brukere kommer inn i NAVs sykefraværsoppfølging etter åtte ukers sammenhengende sykemelding. Etter åtte uker har gjerne de psykiske plagene gått over til å være av et trykk som går utover målgruppen til RPH. En tilrettelegging for at sykemeldte på en eller annen måte kan få informasjon om RPHs tilbud kort tid etter sykemelding ville kunne gjøre at brukeren kommer i kontakt med RPH på et riktigere og tidlig nok tidspunkt. Særlig én kommune trekker i intervjuer frem at da mer enn halvparten av brukerne av RPH er på en type ytelse fra NAV er det klart at RPH i større grad burde ha blitt tipset om tidligere i brukernes forløp enn det gjør i dag.

*«For å legge til rette for samarbeid med SYFO<sup>3</sup> er problematikken med at SYFO ikke blir koblet på før etter åtte uker med sykemelding. Det hadde vært ideelt med et pakkeforløp for sykemeldte, slik at man hadde fått en form for bistand med én gang man blir sykemeldt, for eksempel gjennom et informasjonsskriv om RPH.»*

#### Sitat RPH-behandler

Mange respondenter fra RPH løfter imidlertid også frem problemstillinger som handler om at NAV har begrenset oppfølging også for brukere i prinsippet skal ha oppfølging. Det gjelder særlig sykefraværsoppfølgingen, hvor RPH-respondenter opplever at det ville være svært gunstig for brukerne dersom de fikk

mer oppfølging fra NAV på et tidligere tidspunkt, også etter åtte uker. Brukere i RPH som er under oppfølging i NAV har ikke nødvendigvis hatt kontakt med sin veileder eller har kjennskap til hvordan de kan ta kontakt. Flere RPH-behandlere oppgir at de i slike tilfeller veileder bruker gjennom NAV-systemet slik at brukere kan ta kontakt med sin veileder. Både ansatte i NAV og RPH ser altså ut til å ønske seg et utvidet tilbud hos den andre for egne brukere.

#### Det er potensial for koordinert oppfølging om felles brukere

Vår vurdering er at det er en del brukere som i prinsippet er i målgruppen til å få oppfølging fra NAV og RPH parallelt, men at det i praksis er få som får samtidig oppfølging. Det ser særlig ut til være en del RPH-brukere som er i NAV-systemet men som i liten grad får oppfølging fra NAV i praksis. For denne gruppen er det trolig et potensial for at NAV og RPH kan hjelpe brukere langt bedre gjennom koordinert oppfølging. Gitt at NAV-veiledere stort sett har mange brukere de skal følge opp og begrenset informasjon om brukernes situasjon til enhver tid, kan RPH ha en viktig rolle med å formidle informasjon til NAV om brukere NAV-veileder bør prioritere eller når de har brukere som kan ha særlig nytte av koordinert oppfølging.

I tillegg er det trolig en del brukere i RPH som ikke er i NAV-systemet, men som ville hatt god nytte av arbeidsrettet oppfølging, enten fordi de er sykemeldt i mindre enn åtte uker eller fordi de står i fare for å miste arbeid. Disse brukerne har NAV av både praktiske og kapasitetsmessige årsaker liten mulighet til å følge opp. Samtidig har det forebyggende arbeidet i Modum kommune vist at det kan være svært nyttig med oppfølging også i forkant av 8-ukers sykemelding.

<sup>3</sup> Enhet for sykefraværsoppfølging

## Tett samarbeid mellom NAV og RPH i Modum kommune

### Vendepunktet – et kurs for unge utenfor arbeid eller utdanning

Kurset *Vendepunktet* er utviklet gjennom et samarbeid mellom NAV, RPH, Kommune-psykologen, Mestringsenheten og Frisklivssentralen i Modum kommune. Deltakere rekrutteres fra NAVs portefølje, er mellom 18 og 29 år og står utenfor arbeid eller utdanning. Kurset går over seks uker med undervisning i temaer som livsmestring, arbeidsliv, psykisk helse, fysisk aktivitet, økonomi, kosthold og søvn. Deltakerne kan få individuell oppfølging fra alle de involverte aktørene underveis og i etterkant av kurset. Arrangørene får svært gode tilbakemeldinger fra ungdommene som har deltatt. – *For noen er dette første gang de har klart å gjennomføre et kurs eller undervisningsopplegg, og det gir en følelse av mestring. I etterkant av kurset står deltakerne langt bedre rustet til å begynne på et utdannings- eller arbeidsløp, sier ansvarlig for kurset fra NAV Modum. – Det er det tette samarbeidet mellom særlig NAV og RPH i kommunen som har gjort det mulig å utvikle dette tilbudet, som er skreddersydd for målgruppen. Samarbeidet startet med at vi satte oss ned sammen og oppdaget at vi hadde felles utfordringer, særlig knyttet til de unge. Vi fant ut at vi kunne gi denne målgruppen et bedre tilbud ved å gå sammen om det og prioritere det forebyggende arbeidet.*

### RPH-brukere henvises til IPS

Siden 1. januar 2019 har NAV og RPH i Modum kommune hatt en formell samarbeidsavtale om å tilby IPS til brukere av RPH, og IPS ble startet opp i NAV Modum i juli 2019. RPH-teamet kan henvise sine brukere til IPS dersom de har brukere som kan ha nytte av dette tilbudet, enten fordi de står uten arbeid eller fordi de er i fare for å miste arbeid. Hittil er ti prosent av IPS-brukere henvist fra RPH, og de resterende 90 fra spesialisthelsetjenesten. Jobbspesialist i NAV Modum opplever at IPS-metodikken er vel så nyttig for brukere i RPH med milde til moderate psykiske plager, som for brukere i spesialisthelsetjenesten med mer alvorlige psykiske plager. – *Det er ikke diagnosen som bestemmer om man trenger mye eller lite hjelp i sammenheng med jobb, sier kursansvarlig.*

### Suksesskriterier

Samarbeidet oppleves som svært vellykket og givende for begge parter, først og fremst fordi de erfarer at det kommer brukerne til gode. De ansatte i NAV og RPH som er involvert i samarbeidet fremhever at forankring hos ledelsen, vilje til å prioritere det forebyggende arbeidet og fleksibilitet med tanke på målgruppe og arbeidsmåter hos begge parter har vært avgjørende for å få til et godt samarbeid.

## 3.4 Gevinster ved samarbeid

I dette delkapittelet drøfter vi hva som ble løftet frem som gevinster ved samarbeid i intervjuer og i spørreundersøkelsen.

### Koordinert oppfølging

Den viktigste gevinsten av samarbeid ser ut til å oppstå i enkeltsaker hvor NAV og RPH samarbeider om parallell oppfølging av en bruker som både har utfordringer med å beholde eller få arbeid, og som har milde eller moderate psykiske plager som påvirker brukerens muligheter i arbeidslivet. I de sakene hvor NAV og RPH klarer å gi koordinert oppfølging av disse brukerne, ser dette ut til å være svært nyttig for brukerens utfall. Når psykiske plager og utfordringer i arbeidslivet henger sammen, hjelper det ikke nødvendigvis å reparere det ene problemet dersom man ikke også samtidig tar tak i det andre. Koordinert oppfølging kan bidra til at man iverksetter tiltak og behandling på riktig nivå og til riktig tid, når brukeren er klar for det og har nytte av det. I de tilfellene et slikt samarbeid fungerer godt, kan det

fremstå som en forenklet versjon av IPS. Et slikt samarbeid trenger ikke nødvendigvis å bestå av mange møter eller treparts-møter. I sin enkleste form kan det være at NAV-veileder og behandler i RPH oppdager at de har en felles bruker og snakker sammen over telefon et fåtall ganger i løpet av behandlingsforløpet for å dele informasjon om muligheter og vurderinger om brukeren, slik at tiltak og behandling koordineres til det beste for brukeren.

Et eksempel fra bydel Søndre Nordstrand i Oslo illustrerer den potensielle verdien av et slikt samarbeid. En behandler i RPH fikk inn en bruker med lettere psykiske plager som i stor grad virket å henge sammen med økonomiske problemer og at brukeren ikke var i arbeid. Brukeren deltok i Kvalifiseringsprogrammet og hadde dermed en veileder i NAV, som vedkommende hadde hatt lite dialog med. RPH-behandler tok kontakt med veileder i NAV og fikk avklart hvordan de sammen kunne hjelpe brukeren. Veilederen fikk da vite at denne brukeren var motivert for arbeid og at RPH anså at brukeren hadde gode muligheter for å kvalifisere for arbeid

dersom hun fikk parallell behandling av de psykiske plagene. Veilederen hjalp brukeren med å få en jobb, først gjennom arbeidspraksis og deretter lønnet arbeid. Samtidig hjalp veileder også brukeren med en nedbetalingsplan for gjeld sammen med en gjeldsrådgiver i NAV. Parallelt fikk brukeren behandling i RPH, slik at hun ble bedre rustet til å håndtere utfordringene. NAV-veileder og RPH-behandler hadde hyppig kontakt om hvordan det gikk med brukeren og for å oppklare eventuelle misforståelser. Dette koordinerte forløpet resulterte i at brukeren i løpet av noen måneder var i lønnet arbeid og ble definert som ferdig behandlet for sine psykiske plager.

Blant våre informanter er det bred enighet om at koordinert oppfølging fra NAV og RPH gir store gevinster for brukere som er i målgruppen hos begge parter. Felles forståelse av utfordringene gjør at partene kan dra i samme retning.

#### Økt forståelse av brukerens behov

Særlig ansatte i NAV opplever det som en stor fordel å få informasjon om brukerens funksjonsnivå fra RPH. De opplever at RPH-behandler sitter med langt bedre kunnskap om brukeren og brukerens forutsetninger enn NAV. En kartlegging av brukerens symptomer og funksjonsnivå ligger som en fast del av behandlingstilbudet i RPH, og det er derfor naturlig at RPH gjennom behandlingsforløpet vil ha en mer oppdatert kjennskap til brukerens funksjonsnivå.

Dette handler trolig også om at partenes oppfattes ulikt av brukere. RPH oppfattes gjerne som en del av helsetjenesten og derfor en ren støttespiller for brukeren, slik at brukeren ikke har noe å tape på å være ærlig om sine utfordringer og muligheter. NAV-veileder kan i større grad oppfattes som en portvokter.

Ved økt forståelse for brukerens situasjon, enten gjennom dialog mellom NAV og RPH, eller gjennom trepartssamtaler hvor brukeren og kanskje også fastlege er med, får både NAV og RPH et bedre grunnlag for å iverksette tiltak/behandling.

*«Behandler i RPH har mye informasjon om brukers funksjonsnivå, som fastlege gjerne ikke har like god oversikt over. Med den kunnskapen kan vi iverksette tiltak som er riktige for brukeren, på riktig tidspunkt»*

Sitat NAV-veileder

#### Forbedret prioritering av innsats

Kunnskap om brukeren fra RPH hjelper NAV å prioritere innsats, slik at riktig bruker og rett tiltak, til rett tid, blir prioritert. Økt samarbeid kan gjøre det enklere for NAV-veiledere å prioritere hvilke brukere de skal bruke tid på å følge opp, som ser ut til å være en potensielt stor gevinst av samarbeid. Brukere i RPH må i utgangspunktet selv ta kontakt med RPH og være motivert for selv å jobbe med å bedre egen situasjon. I denne situasjonen kan brukere også være mer motivert til å ta tak i andre utfordringer i livet. Ved at RPH tipser NAV om enkeltbrukere som kan ha særlig nytte av bistand fra NAV i en gitt periode, kan NAV få viktig informasjon om at denne brukeren bør prioriteres fordi han eller hun på det gitte tidspunktet ser ut til å være motivert for å bedre egen situasjon.

RPH-behandlere opplever på sin side at bistand fra NAV forenkler behandlingen for RPH når man har god ansvarsfordeling og rolleforståelse. En del brukere i RPH har utfordringer som er knyttet til økonomi eller arbeid som har sammenheng med de psykiske plagene. I enkelte intervjuer med RPH-behandlere fremkommer det at behandleren må bruke mye tid på å ta tak i slike problemstillinger som de psykiske plagene knytter seg til. De opplever det svært nyttig i behandlingsforløpet dersom NAV eller noen andre kan ta tak i disse utfordringene, slik at behandlingen kan fokusere på de psykiske plagene.

*«For min del er det veldig nyttig dersom NAV kan fikse det som handler om økonomi og arbeid, sånn at jeg kan fokusere på å behandle helseproblemene»*

Sitat RPH-behandler

#### Kunnskap om hverandre

Mange opplever at kunnskap om hverandre og hverandres arbeidsmetodikk er viktig i det daglige arbeidet. Det gjør det enklere å sluse brukere til riktig hjelpeinstans, slik at brukerne slipper å bli kasteballer mellom ulike instanser og ende opp med å bli skuffet når vedkommende eventuelt blir avvist. Kunnskap om psykisk helse er viktig for NAV sitt arbeid, mens kunnskap om tilbakeføring til arbeid er viktig for arbeidet til RPH-behandlere. Ved å jobbe sammen om oppfølgingen av enkeltbrukere, lærer man både hvordan den andre parten jobber for å hjelpe brukerne, og man lærer hva den andre parten faktisk kan gjøre for seg.

#### Ulike oppfatninger av gevinster ved samarbeid

Vi finner gjennom intervjuer en viss skjevhet i oppfattelsen av gevinster ved samarbeid. NAV-

ansatte vi har intervjuet opplever i stor grad at samarbeidet med RPH-behandlere er nyttig. RPH kan bidra med nyttig informasjon om funksjonsnivået til enkeltbrukere, med diskusjoner og tips til hvordan enkeltbrukere med psykiske plager kan sluses i helsetjenesten og til tips om hvordan NAV kan håndtere slike brukere.

RPH-behandlere er gjennomgående mindre overbevist om gevinstene ved samarbeid. De fleste anerkjenner at det kan være svært verdifullt i enkeltsaker hvor man har overlappende brukere og at det er nyttig å kjenne til hverandres målgruppe og arbeidsmetoder. Samtidig opplever enkelte RPH-behandlere at samarbeidet til en viss grad er skjevt, der det først og fremst er NAV som kontakter RPH for å få bistand til å vurdere eller få hjelp til enkeltbrukere, mens dette i liten grad skjer motsatt vei.

Der våre respondenter fra NAV gjennomgående er svært positive til all bistand de kan få fra RPH, fremstår det som at RPH-behandlere i mindre grad opplever at NAV kan hjelpe deres brukere. I noen sammenhenger kan det handle om at NAV oppleves som stort, lite fleksibelt og at det oppleves som vanskelig å få kontakt med veileder både for bruker og RPH-behandler. Dette handler trolig om at NAV og RPH er svært ulikt innrettet. Der RPH er et lavterskeltilbud hvor alle i utgangspunktet kan ringe inn og få en samtale med RPH-behandler, så er NAV en mye større organisasjon, hvor hver veileder gjerne har ansvar for mange brukere samtidig og har mindre fleksibilitet i muligheten til oppfølging av den enkelte.

Samtidig fremstår det også som at RPH-behandlere har lite kunnskap om hvilke verktøy NAV-veiledere har for å hjelpe brukere til å beholde eller finne nytt arbeid. Begge parter har trolig mye å gå på når det gjelder kunnskap om arbeid og helse. Det kan derimot virke som NAV i større grad enn RPH mener at slik kunnskapsutveksling er nyttig.

Det er vår vurdering at NAV har et større potensial for å hjelpe RPH sine brukere enn det RPH-behandlere opplever at NAV gjør i praksis. NAV-veileder skal ha mulighet til å gi tettere oppfølging til enkelte brukere i en kortere periode, og de har en rekke verktøy som de kan bruke for å hjelpe brukeren til eller tilbake i arbeid. I tilfeller hvor bruker har en arbeidsgiver, har NAV-veileder dialog med arbeidsgiver og kan bistå i tilrettelegging på arbeidsplassen. I tilfeller hvor bruker har behov for å søke annet arbeid, kan NAV

bistå med å finne praksisplasser eller mulige arbeidsgivere.

### 3.5 Hensiktsmessige former for samarbeid

Nesten alle respondentene i spørreundersøkelsen og i våre intervjuer opplever at samarbeid mellom NAV og RPH er hensiktsmessig. De aller fleste respondentene i spørreundersøkelsene, både fra NAV og RPH, vurderer at både formelt samarbeid (se Figur 3-6 panel A) og uformelt samarbeid (se Figur 3-6 panel B) er hensiktsmessig i noen eller stor grad.<sup>4</sup>

Videre oppgir nesten alle respondenter at samarbeid både på systemnivå (se Figur 3-6 panel C) og individnivå (se Figur 3-6 panel D) er hensiktsmessig i noen eller stor grad. Det er størst oppslutning om verdien av samarbeid på individnivå. Både blant respondenter fra NAV og RPH er det flere som oppgir at samarbeid på individnivå er hensiktsmessig i stor grad enn det er som oppgir at samarbeid på systemnivå er hensiktsmessig i stor grad. Det er også verdt å merke seg at det er noe høyere oppslutning om verdien av samarbeid på individnivå i NAV enn i RPH.

#### Uformelt samarbeid kan gi stor verdi

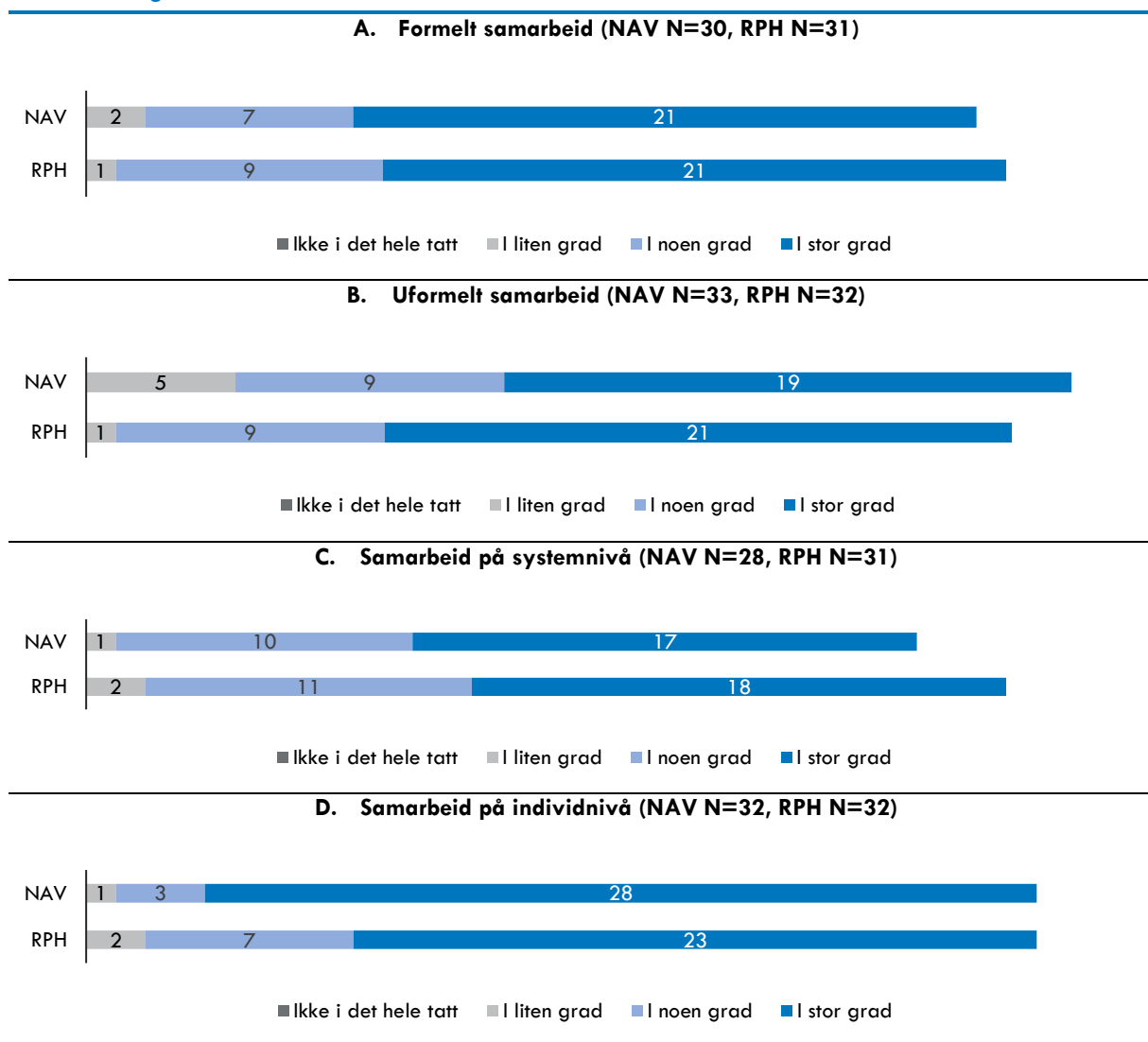
Fra intervjuene og respondentenes kommentarer i spørreundersøkelsen, viser det seg at det først og fremst er det uformelle samarbeidet om enkeltbrukere som oppleves å gi mest verdi. Samtidig fremhever flere at de er avhengige av et samarbeid på systemnivå for å få til et velfungerende samarbeid på individnivå. Et velfungerende samarbeid i enkeltsaker avhenger av at man har opprettet noen kanaler for dette samarbeidet, at man vet hvem man kan kontakte hos den andre aktøren, hvordan man kan kontakte dem og hva de kan bidra med. Dette fordrer at det er etablert et system for samarbeidet. I tillegg er det mange som fremhever viktigheten av lederforankring. Dersom de skal prioritere et slik samarbeid i en travel hverdag, ønsker ansatte å være sikre på at de har ledelsen med seg og at samarbeidet er prioritert også ovenfra. Når samarbeidet er formalisert, gir det større trygghet i at det er prioritert.

I enkelte kommuner vurderes samarbeid på systemnivå som mer hensiktsmessig enn samarbeid på individnivå. Vurderingene av i hvilken grad samarbeid er hensiktsmessig er i liten grad avhengig av hvilke former for samarbeid respondentene selv har oppgitt at de har i sin kommune.

<sup>4</sup> Der noen har svart vet ikke på vurderingen av hvor hensiktsmessige noen av typene samarbeid er har vi regnet dette som nei. Hvordan man vurderer samarbeidet med RPH varierer innad i NAV-kontoret der flere har svart fra samme kontor. For disse kontorene har vi antatt at de har en gitt vurdering av en form for

samarbeid med RPH dersom flertallet har avgitt denne vurderingen. Der det kun er gitt to svar, og én sier «(i noen grad)» og en annen sier «(i stor grad)» har vi for øvrig valgt «(i stor grad)» som representativt svar for kontoret.

**Figur 3-6: «I hvilken grad mener du følgende form for samarbeid er/kan være hensiktsmessig?» Fordeling etter svarkategori**



**Merknad:** Figurene viser kun ett svar per NAV-kontor. Ved 19 NAV-kontorer har flere ansatte besvart undersøkelsen. Da er svarkategorien som er avgitt av flest respondenter benyttet i figuren. Dersom flere svarkategorier er avgitt like ofte fra samme NAV-kontor har vi lagt til grunn svarkategorien som i størst grad oppgir samarbeidsformen som hensiktsmessig.

### Ønske om formalisering

Flere i både RPH og NAV ønsker et mer formalisert samarbeid, men at det samtidig er fleksibelt, lite rigid og ikke statisk. Både NAV-ansatte og RPH-behandlere fremhever at samarbeid om enkeltbrukere gjennom felles møter og trepartssamtaler er hensiktsmessig. For å få til dette er det ønskelig med en lav terskel for å ta kontakt.

Mange understreker også viktigheten av å involvere fastlege i samarbeidet. Fastlegen behøver ikke nødvendigvis å være til stede på felles møter, men det er avgjørende at fastlegen er informert og oppdatert om brukers situasjon.

### Kompetanseoverføring

Mange i NAV etterspør mer kunnskap om RPHs tilbud og målgruppe, og også mer kunnskap generelt om

oppfølging av personer med psykiske plager. Flere informanter fra NAV oppgir at det er vanskelig for NAV-veiledere å jobbe med personer med psykiske lidelser. Ved å få tilført mer kompetanse på dette fra RPH kan veilederne jobbe bedre med denne målgruppen.

NAV-ansatte som har svart på undersøkelsen oppgir at RPH er et veldig godt tilbud til innbyggerne, men de tror det er manglende kunnskap blant NAV-ansatte om RPH sitt tilbud. Mange påpeker at det trolig er et potensial for at NAV, gjennom mer kunnskap om RPH, kan anbefale brukere til RPH på et tidligere tidspunkt.

Kompetanseoverføring gjennom besøk og/eller presentasjoner hos hverandre, fremheves særlig av NAV som nyttig og grunnleggende for at man skal kunne bli kjent med hverandres tilbud og målgrupper,



og slik kunne opprette og/eller vedlikeholde et samarbeid. NAV-veiledere opplever også at RPH vil ha nytte av bedre kjennskap til NAVs tilbud og arbeid. Kjennskap til ulike stønader og oppfølgingsmuligheter i NAV vil gjøre det lettere for RPH-behandlere å bistå brukere som har behov for arbeidsrettet bistand. Om ikke RPH-behandler skal være den som veileder bruker gjennom NAV-systemet, så vil kunnskap om hva NAV kan bistå brukere med kunne gjøre at RPH lettere kan identifisere når en bruker vil ha nytte av koordinert oppfølging med NAV.

Enkelte ønsker også faste møter for å bli kjent med personer og å diskutere enkeltsaker. Møtehyppighet må tilpasses behov, da for hyppige møter kan gjøre at arbeidet med samarbeidet nedprioriteres.

### Dialog med arbeidsgivere

RPH har sjelden kontakt med arbeidsgivere direkte, men enkelte ser at det kan være hensiktsmessig i tilfeller hvor brukeren har behov for tilrettelegging eller annen oppfølging på arbeidsplassen. I spørreundersøkelsen utdyper en representant fra RPH at det ville vært hensiktsmessig om RPH fikk mulighet til å kontakte arbeidsgivere som NAV har vært i kontakt med. Flere foreslår at RPH kunne blitt koblet på i dialogmøter i de tilfellene hvor brukeren samtidig er i RPH. Vår kartlegging tyder på at dette kun gjøres i enkelte tilfeller i noen kommuner i dag.

### Bruk av IPS-metodikk

Flere av våre informanter fra NAV mener at et samarbeid med RPH i større grad kan bli implementert som en del av metodikken i IPS. Jobbspesialistene synes det er hensiktsmessig å jobbe med noen som er hos RPH samtidig som man er i prosess med jobbspesialist, men utviklingen av et godt samarbeid fordrer en bevisst holdning hos metodeveileder og leder i RPH, og at kontakten opprettholdes.

Enkelte stiller spørsmål ved om det kanskje er mer samsvar mellom RPH og Senter for jobbmestring enn med jobbspesialistene. I spørreundersøkelsen utdyper én av respondentene, en jobbspesialist, at det er enkelt å glemme samarbeidet når det i dag er litt opp til hver enkelt å opprettholde kontakten, og at det kunne vært en idé å ha en egen jobbspesialist på RPH som er tilknyttet IPS NAV-team.

### Kommunal variasjon

I hvilken grad respondentene opplever samarbeid som hensiktsmessig, og hva de oppfatter som hensiktsmessige former for samarbeid, varierer i stor grad. Det avhenger trolig både av respondentenes egne erfaringer med samarbeid og av kommunespesifikke forhold som sammensetningen av innbyggerne, organisering av tjenestetilbudet og kapasitet og prioritering av innsats både hos NAV og RPH.

## 3.6 Suksesskriterier og barrierer for samarbeid

I dette delkapittelet oppsummerer vi identifiserte suksesskriterier og barrierer for samarbeid, basert på svar på konkrete spørsmål om dette i spørreundersøkelsen og i intervjuer.

### Suksesskriterier

**Lederforankring/formalisering:** Et viktig suksesskriterium som fremheves av flere respondenter både fra NAV og RPH er at samarbeidet bør ha en tydelig forankring hos ledelsen. Gjennom et formalisert samarbeid på systemnivå kan de ansatte i større grad føle seg trygge på at de har ledelsen med seg og at samarbeidet er en prioritert del av oppgavene deres. En formalisering og strukturering av samarbeidet vil også bidra til at samarbeidet blir mindre personavhengig og mindre sårbart for at enkelte ansatte forlater stillingen.

**Lav terskel for å ta kontakt:** Videre viser erfaringene fra kommunene vi har intervjuet at det er viktig å ha lav terskel for å kunne ta kontakt i enkeltsaker. Mange fremhever at enkle lister med kontaktinformasjon til veiledere/behandlere har stor betydning. Flere opplever også at det er mye lettere å ta direkte kontakt med veiledere/behandlere hos den andre når man har truffet hverandre før og kjenner ansiktene til hverandre. Dersom har hatt noen felles møter for å bli kjent, blir det lettere å ta kontakt. Det er en stor fordel at man kan ta kontakt med den veilederen eller behandleren som har oppfølging av brukeren, ikke bare den personen man tilfeldigvis kjenner hos den andre. Felles møtepunkter gjør dermed samarbeidet mindre personavhengig, og det letter samarbeidet mellom NAV og kommunale psykiske helsetjenester generelt i større kommuner der man har flere aktører som arbeider med psykisk helse.

**Kompetanse og felles forståelse:** Et suksesskriterium for samarbeid er kompetanseheving på spesielt to områder. Det første er bedre kunnskap om hverandres tilbud, organisering og målgrupper enn man har i dag. Dette trekkes særlig frem av RPH-team. Det andre er en felles forståelse av at det å stå i arbeid kan bidra til bedre psykisk helse. Dette trekkes frem av flere respondenter fra både RPH og NAV som viktig for at brukerne opplever at man har samme mål og drar i samme retning. Samtidig som dette er suksesskriterier for å få til et godt samarbeid, er dette også faktorer som kan utløses nettopp gjennom tettere samarbeid. Gjennom dialog og samhandling vil aktørene lære mer om hverandre og i større grad få en felles forståelse for hvordan de best kan bistå brukere med sammensatt problematikk.



**Fleksibilitet:** Flere trekker frem at fleksibilitet blant begge parter er avgjørende for å få til et vellykket samarbeid. For å få til koordinert oppfølging av brukere må begge parter være villige til å utvide perspektiver og arbeidsformer. Dette krever igjen en forankring hos ledelsen, slik at de ansatte har trygghet på at de kan prioritere et samarbeid som kanskje går litt utenfor de vanlige arbeidsoppgavene.

**Rolleforståelse:** Flere NAV-ansatte trekker frem at det er viktig at man har en tydelig rolleforståelse, herunder at man har likeverdige og avklarte roller i samarbeidet.

**Felles metode:** En representant fra RPH påpeker at det ville vært nyttig med en felles metode og tilnærming til hvordan man har fokus på jobb. Metoden måtte da vært kjent både blant terapeutene i RPH og hos spesialister og andre leverandører.

**Lokal tilpasning:** Forutsetningene for samarbeid varierer i stor grad mellom kommuner. Flere respondenter fremhever viktigheten av at samarbeidsformer mellom RPH og NAV tilpasses den enkelte kommune, fordi det er de som kjenner sitt tilbud best.

### Barrierer

**Taushetsplikt:** Det er ofte velvilje hos felles brukere for at behandler i RPH og relevant person i NAV kan utveksle informasjon om vedkommende. Det er derimot et hinder for samhandling at det ikke finnes gode systemer for hvordan taushetsplikten kan oppheves, og at det derfor oppleves tungvint og komplisert å få samtykke fra bruker. Særlig NAV-kontorene vi har intervjuet opplever usikkerhet knyttet til hvordan dette kan løses. De er usikre på i hvilken grad muntlig samtykke er tilstrekkelig, særlig når det i tider med fysisk avstand (les: Covid-19) er komplisert å innhente skriftlig samtykke på egne skjemaer i NAV og RPH.

**Mangel på kapasitet:** Både RPH-team og NAV-kontorer trekker frem at mangel på tid og kapasitet, herunder ressurser, gjør det vanskelig å kunne holde i, og følge opp, et samarbeid. Manglende tid og kapasitet gjør at man ikke klarer å være tilgjengelige og fleksible i møtet med hverandre, noe som er en viktig forutsetning for at samarbeidet skal kunne fungere. Flere informanter fra NAV fremhever at veilederne må ha tid, anledning og ressurser til dette dersom de skal anse et samarbeid med RPH som hensiktsmessig.

**Skjevfordeling av engasjement:** Det understrekes av flere respondenter at det er nødvendig med et likeverdig samarbeid med felles målsettinger. Noen av respondentene fra RPH-team trekker frem at en skjevfordeling av ønsket om å samarbeide, hvor ikke begge parter er reelt engasjert i felles utfordringer, er et hinder for et velfungerende samarbeid.

**Ufordrende å få tak i NAV-ansatte:** Flere RPH-team uttrykker at de opplever det som vanskelig å oppnå kontakt med NAV. Dette er både fordi NAV-organiseringen fremstår som uoversiktlig og fordi NAV-veiledere har begrenset oppfølging av brukerne. Flere respondenter fra RPH opplever NAV som en lite nyttig samarbeidspartner på individuelt plan. Veiledere er lite tilgjengelige og vanskelige å få tak i.

**Distanse mellom NAV-veileder og bruker:** Noen RPH-team trekker frem at en barriere for samarbeid er at det er en distanse mellom NAV-veileder og brukere ved at det i noen tilfeller er lite direkte kontakt dem imellom, selv når de i teorien skal ha en veileder i NAV. Dette gjør det vanskelig for RPH å kontakte NAV i enkeltsaker ved behov. Enkelte RPH-behandlere har også uttrykt bekymring for at endringer i forløpet hos NAV for felles brukere vil kunne påvirke et eventuelt samarbeid med RPH på en ikke hensiktsmessig måte. Dersom informasjon fra RPH bidrar til negative konsekvenser for brukeren, for eksempel i form av reduserte ytelser eller frykt for dette, vil det kunne påvirke forholdet mellom bruker og RPH-behandler negativt.

**Henviing av brukere som ikke er motiverte:** RPH opplever også at det skjer at NAV henviser brukere til RPH som et behandlingstilbud, for eksempel som en aktivitet for å beholde dagpenger. RPH tør ikke å avvise disse deltakerne, men dette er en liten hensiktsmessig løsning. Behandlingen fungerer ikke hvis den er tvungen og brukerne frykter at de skal miste økonomisk støtte hvis de ikke gjennomfører den. Slike tilfeller sliter trolig på motivasjonen for samarbeid i RPH.

**RPH truet av nedskjæringer:** Flere opplever det som en utfordring for samarbeidet at RPH ikke er et lovfestet tilbud, og at tilbudet i mange kommuner stadig står i fare for nedleggelse eller nedskjæringer. Noen har midlertidige stillinger. Dette gjør det vanskelig å prioritere oppbygging av et langsiktig samarbeid med andre aktører.

## 3.7 Oppsummering

Følgende punkter oppsummerer de viktigste erfaringene fra det kartlagte samarbeidet mellom NAV og RPH:

- En del NAV-kontorer og RPH-team er i oppstartsfasen av et samarbeid.
- Eksisterende samarbeid innebærer oftest et uformelt samarbeid mellom veiledere i NAV og behandler i RPH.
- Den vanligste form for samarbeid er dialog om enkeltbrukere. Dette er ikke nødvendigvis brukere som mottar oppfølging hos begge aktører samtidig.

- Det virker å være en viss overlapp mellom brukergruppene i RPH og NAV, men i praksis virker det å være få brukere som får koordinert oppfølging fra NAV og RPH.
- De aller fleste informantene opplever imidlertid at samarbeid er hensiktsmessig, både for å tilrettelegge for koordinert oppfølging av felles brukere og for å øke kunnskapen om hverandres tilbud og målgrupper.
- Flere oppgir et ønske om et mer formalisert samarbeid som gir mulighet for å ta kontakt på en enkel måte når man har felles brukere.
- Suksesskriterier for samarbeid er lederforankring og formalisering, lav terskel for å ta kontakt, økt kompetanse om hverandres tilbud og fleksibilitet i innretning av tjenestene.
- Barrierer for samarbeid er avklaring av taushetsplikt, uoversiktlig organisering i NAV, mangel på tid og kapasitet, ulik forståelse av mål og hensikt med samarbeid og distanse mellom veileder og bruker i NAV.

## 4. Videre utviklingsmuligheter for samarbeid mellom NAV og RPH

*Funn fra denne kartleggingen tyder på at det er et uutløst potensial for samarbeid mellom RPH og NAV. En del felles brukere av begge tjenester ville trolig hatt god nytte av koordinert oppfølging. Enkle former for samarbeid kan bidra til at man kan oppdage slike felles brukere og koordinere oppfølgingen til det beste for brukeren. For å få til dette må begge parter være villige til å utvide perspektiver og arbeidsformer.*

### 4.1 Potensialet for samarbeid

#### Mye tyder på et uutløst potensial for samarbeid

Mange av NAVs brukere har milde til moderate psykiske plager, og er dermed i utgangspunktet i målgruppen til å få behandling hos RPH. Funn fra spørreundersøkelsen tyder også på at en del av RPHs brukere er under oppfølging fra NAV. Selv om dette gjelder svært få brukerne i enkelte kommuner, gjelder det mange i andre kommuner. Intervjuer viser også at man i enkeltsaker får stor verdi av koordinert oppfølging, til det beste for brukeren. Nesten alle respondenter oppgir at et samarbeid er hensiktsmessig, både for å kunne gi koordinert oppfølging der det er mulig, men også for å kjenne til hverandres tilbud slik at man bedre kan sluse brukere til riktig hjelpeinstans. Likevel ser det ut til å være få tilfeller av koordinert oppfølging i praksis. Dette kan skyldes at man enda ikke har fått på plass gode samarbeidsrutiner.

#### Mange NAV-brukere med psykiske plager er for «tunge» for RPH

NAV har mange brukere med milde til moderate psykiske plager, men mange av disse passer ikke inn i RPHs målgruppe. En del har ikke tilstrekkelig evne eller vilje til selvbehandling, som kreves for å kunne nyttiggjøre seg av tilbudet RPH. Disse har trolig «gått for langt» når de først er under oppfølging fra NAV, ved at de har vært lenge borte fra ordinære arbeids- eller utdanningsarenaer, og er lite motivert for endring/ har liten tro på at endring er mulig. Samtidig har de ikke nødvendigvis tilstrekkelig alvorlige psykiske plager til å få behandling i spesialisthelsetjenesten. Et samarbeid mellom NAV og RPH bør unngå at NAV sluser brukere som ikke er reelt motivert for behandling over til RPH.

Det ser også ut til å være en annen gruppe NAV-brukere med milde til moderate psykiske plager som er motivert for behandling, men som kan trenge en noe mer omfattende bistand enn RPH tilbyr i enkelte kommuner. Dette kan være personer som ikke klarer å delta i gruppeundervisning grunnet sosial angst, eller som har problemer med å ta kontakt med RPH. I noen kommuner gir RPH et utvidet tilbud til disse, med større bruk av individbaserte samtaler. I andre kommuner holder RPH seg til en mer stringent modell hvor brukerne må starte med gruppebaserte kurs eller internettkurs, før de eventuelt kan få individuelle samtaler dersom det er behov i etterkant. En del personer med milde til moderate psykiske plager faller da utenfor målgruppen til RPH.

Dette betyr ikke nødvendigvis at RPH burde utvide målgruppen. RPH er et godt og effektivt lavterskeltilbud for personer som er i stand til å hjelpe seg selv med bruk av riktige verktøy. Dersom RPH også skal ta imot mer krevende brukere kan det gå ut over tilbudet til den målgruppen de egentlig har. Dette vil avhenge av kommunale prioriteringer.

I kommuner der RPH er slått sammen med opprinnelig vedtaksbaserte psykiske tjenester i kommunen, blir tjenestetilbudet samlet sett mer fleksibelt og kan ta imot personer med mer alvorlige psykiske plager enn den opprinnelige RPH-modellen tilsier. Med en slik organisering av det kommunale helsetilbudet er det trolig lettere å få til en koordinert oppfølging av brukere i samarbeid med NAV, da målgruppene i enda større grad vil være sammenfallende.

#### RPH kan kobles på tidligere i NAV-forløpet

Til tross for at ikke alle NAV-brukere med lettere psykiske plager nødvendigvis kan behandles i RPH, så er det grunn til å tro at det er en del av dem som kan det. Sykemeldte som får tidlig og tett oppfølging fra NAV, samt unge arbeidsledige, er eksempler på brukere det virker hensiktsmessig å samarbeide med RPH om. For de NAV-brukerne som passer inn i RPHs målgruppe, er det viktig at NAV-veiledere kjenner til RPHs tilbud og kan sluse brukere som kan ha nytte av dette tilbudet så raskt som mulig inn til RPH. I slike tilfeller burde NAV og RPH samarbeide slik at de kan gi koordinert oppfølging av brukere med behov for dette. NAV-veiledere som følger opp unge brukere (under 30 år) har i utgangspunktet mulighet for å gi tettere oppfølging, og det kan dermed være lettere å få til en tettere oppfølging mellom tjenestene for denne målgruppen.

### **RPH kan koble inn NAV-veileder for sine brukere som har behov for arbeidsrettet bistand**

En del RPH-brukere er også inne i NAV-systemet, enten fordi de er langvarig sykemeldte eller står utenfor arbeid eller utdanning. Også i disse tilfellene tror vi det er et utløst potensial for koordinert brukeroppfølging. Gjennom et behandlingsforløp får RPH-behandler mye informasjon om brukeren som vil være nyttig for veileder i NAV. Dersom brukeren i tillegg ønsker arbeidsrettet bistand, kan RPH-behandler spille en viktig rolle ved å koble inn NAV på riktig tidspunkt for den enkelte bruker. Den tiden hvor bruker har tatt kontakt med RPH for å få hjelp til å jobbe med sine psykiske plager er trolig også et godt tidspunkt for å jobbe med arbeidsretting. Fordi NAV har begrenset kapasitet til å følge opp alle enkeltsaker, tror vi RPH kan spille en viktig rolle ved å koble inn NAV på riktig tidspunkt i brukerens forløp, og hjelpe NAV-veiledere med å prioritere innsats.

For at RPH skal kunne spille denne rollen, må RPH-behandlere ha kunnskap om hva NAV kan bidra med, og tillit til at NAV faktisk kan hjelpe brukerne. I det eksisterende samarbeidet mellom NAV og RPH kan det se ut til at det er en viss skjevhet mellom aktørene på dette området. Det er i størst grad NAV som formidler sine brukere til RPH eller drøfter sine brukere med RPH, mens formidlingen sjeldnere går motsatt vei. Det handler trolig om at NAV har begrenset kapasitet og er mindre fleksible til å gi rask oppfølging til enkeltbrukere, mens RPH er et lavterskeltilbud som i utgangspunktet skal kunne gi et tilbud i løpet av kort tid.

Dette reiser et viktig spørsmål: I hvilken grad kan RPH-behandlere forvente at NAV tilbyr effektiv arbeidsrettet bistand når de har enkeltbrukere som har behov for koordinert oppfølging? Ved et samarbeid mellom NAV og RPH bør bistanden gå begge veier. Det kan se ut som at NAV mange steder har en jobb å gjøre med å formidle til RPH hva de kan bidra med når det gjelder å gi arbeidsrettet bistand til brukere. Samtidig har RPH også trolig et potensial for å oppsøke denne kunnskapen om NAV og arbeidsrettet oppfølging. Dersom RPH-behandlere får kunnskap om hva NAV kan bidra med av arbeidsrettet bistand, vil de også i større grad kunne koble på NAV når de har brukere som har behov for det.

### **Behov for å spre informasjon om potensialet?**

Det fremstår tydelig for oss at det er potensial for samarbeid som kan gi gevinster for alle parter, både for brukerne av RPH og/eller NAV, behandlere i RPH og ansatte i NAV. Det kan imidlertid være vanskelig å finne frem til gode samarbeidsformer. For å inspirere RPH og NAV rundt om i landets kommuner til å sette i gang med, eller videreutvikle, et samarbeid, kan det være nyttig å utarbeide inspirasjonsmateriale som kan

spres til kommunene. Et slikt materiale kan inneholde informasjon om de mulige gevinstene ved å samarbeide, tips til samarbeidsformer, samt enkelte suksesshistorier, altså gode eksempler på hvordan samarbeid har hjulpet enkeltbrukere. Ved å distribuere dette materialet vil man kunne oppfordre til samarbeid. Det vil være viktig med en fremstilling som gjør at det blir lettere for RPH og NAV å forstå hva slags form for samarbeid som på sikt vil være hensiktsmessig i deres kommune. Hvilke former for samarbeid som det er hensiktsmessig å utvikle vil trolig variere mellom kommunene.

## **4.2 Hvordan bør samarbeidet innrettes?**

### **Et formalisert, men fleksibelt samarbeid, med lav terskel for å ta kontakt**

Etablering av et formalisert samarbeid mellom NAV og RPH er trolig første steg for å få kunnskap om hverandre og tilrettelegge for felles oppfølging i enkeltsaker. For at veiledere og behandlere i RPH skal kunne gi koordinert oppfølging av enkeltsaker må de ha systemer som gjør det enkelt å ta kontakt med hverandre i en travel hverdag. Samarbeidet bør være formalisert, slik at både NAV-veileder og RPH-behandler er trygge på at de har prioritet fra ledelsen og hos motsatt part. Samtidig bør samarbeidet ikke være mer strukturert eller mer omfattende enn nødvendig.

Aktørene bør ha noen felles møteplasser for å utveksle kunnskap om hverandre og hverandres tilbud, men omfanget av slike møteplasser må tilpasses behovene i hver kommune. Hensikten må være at man etablerer enkle kanaler for å ta kontakt når man har brukere med felles behov. Det kan være tilstrekkelig at begge aktører har lister med kontaklinformasjon til veiledere/behandlere hos den andre. Enkelte steder har NAV og RPH også opprettet egne Teams-kanaler hvor de enkelt kan nå hverandre.

### **Kontaktflatene bør ikke begrenses til enkelte avdelinger i NAV**

NAV-kontorene er i mange kommuner store organisasjoner som det er vanskelig å manøvrere i for utenforstående, også for RPH-behandlere. Hvilket nivå i NAV det er fornuftig å opprette et samarbeid med vil kunne variere mellom kommunene. Funn fra denne kartleggingen viser at det er viktig at RPH-behandlere kan ta direkte kontakt med sin brukers veileder når det er behov, uavhengig av om det er en veileder på AAP-oppfølging, sykefraværsoppfølging, kvalifiseringsprogrammet, oppfølging av ledige, unge eller gamle. Det er derfor viktig at samarbeidet skjer på et overordnet nivå og ikke kun med en spesifikk avdeling.

Alle som jobber med brukere i NAV bør kjenne til RPH og kunne ta kontakt med RPH-behandlere når de har brukere som kan være i RPHs målgruppe. Motsatt bør RPH-behandlere kunne ta kontakt med alle NAV-ansatte som har veilederansvar for brukere, når de har felles brukere. RPH-behandlere kan trolig ikke ha personlig kjennskap til alle NAV-veiledere som jobber med brukere, men de bør likevel kunne ha kontaktinformasjon til alle. Dersom alle NAV-veiledere er blitt presentert for RPH og deres tilbud, samt potensialet for samarbeid, vil de også lettere kunne være åpne for en oppfordring om koordinert oppfølging dersom RPH tar kontakt.

### **Innledende dialog for å skape felles grunn**

Kommuner der RPH og NAV har lyktes med samarbeid har brukt en del tid i starten av samarbeidet på å diskutere felles utfordringsbilde og mål. Dette handler om å skape en felles forståelse for hvorfor man bør samarbeide og sammen enes om hva man bør samarbeide om. Et godt startpunkt for et samarbeid kan derfor være at ledelsen ved RPH og NAV etablerer kontakt og oppretter møtepunkter for å ha en slik dialog. I denne dialogen vil det være viktig at også veiledere og relevante personer som er i direkte kontakt med brukere får uttale seg om muligheter for samarbeid i praksis.

Formålet med en slik innledende dialog bør være å finne ut hvilke felles utfordringer man har, hvilke brukere man kan samarbeide om, og hvordan et samarbeid kan vinkles for å levere best mulige tjenester til brukerne.

En utfordring som blir skissert av noen RPH-team og NAV-kontor er at man opplever at RPH og NAV har ulike målsettinger. Et første møte for å etablere kontakt og undersøke mulige former for samarbeid bør innebære at man konkretiserer målsettinger for samarbeidet, og at begge parter tilpasser sine respektive mål for behandling og oppfølging til at man gjennom samarbeidet drar i samme retning. I oppstarten bør man videre sørge for å identifisere og involvere ansatte som har engasjement for samarbeid.

### **Samarbeidsmodellen må tilpasses lokale behov**

Kartleggingen har vist at kommunene som har samarbeid mellom NAV og RPH i dag gjør dette på svært ulike måter. Hvilken samarbeidsform som passer best varierer trolig fra kommune til kommune, avhengig av innbyggernes utfordringer, hvordan tjenestetilbudet er organisert og lokale prioriteringer.

## **4.3 Mulige former for samarbeid**

Her oppsummer vi noen mulige former for samarbeid som praktiseres i enkeltkommuner i dag, fra de minst omfattende til de mest omfattende samarbeidsformer.

### **Felles presentasjoner/kompetanseoverføring**

En lite omfattende form for samarbeid innebærer at utvalgte ansatte besøker den andre aktøren og holder felles kurs eller foredrag for en gruppe ansatte. I flere kommuner holder RPH-behandlere denne type kurs om psykisk helse og RPHs tilbud for NAV-ansatte. Slike presentasjoner kan systematiseres/gjentas med jevne mellomrom, slik at man sikrer at alle NAV-ansatte har kjennskap til RPH. Motsatt kan NAV-ansatte også holde lignende presentasjoner for RPH for å informere om NAVs arbeid og tilbud til brukere.

### **Faste møter**

Å ha faste møter som er forankret i ledelsen vil også være en måte å formalisere samarbeidet og å bli kjent med hverandre på. Det er viktig at frekvensen og formatet ikke blir for rigid. Det bør være møter så ofte og av det omfanget man anser det som hensiktsmessig i sin kommune. En mer omfattende form for møter kan være felles inntaksmøter, mens en mindre omfattende form kan være felles møter i ny og ne hvor man blir kjent og deretter kan drøfte saker ad hoc.

### **Direkte kontakt om enkeltbrukere**

Et viktig formål med samarbeidet er at både RPH-behandler og NAV-ansatte som følger opp brukere gjensidig kan kontakte hverandre ved behov i enkeltsaker. Dette kan både være i saker hvor det er behov eller potensial for koordinert oppfølging, men det kan også være i saker hvor man bare ønsker å drøfte en bruker som kun er under oppfølging hos den ene parten. Trolig er det nødvendig å etablere noen strukturer for at ansatte skal kunne ta kontakt når de har enkeltbrukere med slike behov. Dette kan for eksempel gjøres ved å utveksle kontaktopplysninger slik at terskelen for å ta kontakt er lav. Ved å ha hverandres kontaktinformasjon, formaliserer man samarbeidet og tilrettelegger for raskere avklaringer. Man unngår at man går omveier om henvendelseskøer og problemet med at noen brukere i RPH gjerne ikke vet hvem som er deres veileder i NAV. En litt mindre omfattende form av å ha alles kontaktinformasjon er å etablere en fast kontaktperson hos begge aktører.

### **Trepartssamtaler/ RPH inkluderes i dialogmøter**

Flere respondenter har foreslått at RPH i større grad bør inviteres med i dialogmøter til brukere som får oppfølging av NAV og behandling i RPH samtidig. Enkelte kommuner har fortalt at de praktiserer dette i noen tilfeller, men det ser ut til å være relativt sjeldent. Det vurderes imidlertid som svært nyttig. Gjennom slike felles møter skapes en felles forståelse for brukers situasjon, slik at oppfølgingen i etterkant blir mer treffsikker.

### Felles kurs for brukere

I Modum kommune har det fungert godt med et samarbeid om et felles kurs, *Vendepunktet*, for unge som står utenfor arbeid og utdanning. Deltakere til kurset rekrutteres fra NAVs portefølje, og RPH og NAV samarbeider om å velge ut ungdommene som kvalifiserer for å delta på kurset gjennom kartleggingssamtaler hvor både behandler i RPH og veileder i NAV er til stede. En mer utdypende beskrivelse av dette samarbeidet kan leses i tekstboksen på side 22.

### IPS for RPH-brukere

En mer omfattende form for samarbeid er bruk av IPS-metodikk for RPH-brukere. De kommunene som har inkludert RPH-brukere i sitt IPS-tilbud ser ut til å ha svært gode erfaringer fra dette. I enkelte tilfeller kan det innebære at personer som ikke er under oppfølging av NAV i utgangspunktet, får IPS. Slik blir tilbudet mer forebyggende rettet. Dersom man utvider målgruppen til IPS med RPH-brukere er det derfor viktig å være oppmerksom på balansegangen mellom forebyggende innsats og prioritering av ressurser mot de brukere som har størst behov. En variant av å utvide IPS-metodikken kan være å ansette en jobbspesialist i kommunen gjennom RPH. Det er imidlertid viktig at både IPS og RPH, to tilbud som har vist gode resultater for sine respektive målgrupper, ikke utvannes ved at ressursene vris vekk fra de tiltenkte målgruppene.

## 4.4 Oppsummering

Følgende punkter oppsummerer de viktigste erfaringene fra det kartlagte samarbeidet mellom NAV og RPH:

- Det ser ut til å være et uutløst potensial for samarbeid mellom NAV og RPH. En del felles brukere av begge tjenester ville trolig hatt god nytte av koordinert oppfølging.
- Det er særlig to typer forløp som fremstår som hensiktsmessig å samarbeide om:
  - NAV bør formidle informasjon om RPH til brukere med psykiske plager tidlig i et sykemeldingsforløp.
  - RPH bør koble inn NAV-veileder for sine brukere som har behov for arbeidsrettet bistand.
- Samarbeidet bør være formalisert, men fleksibelt, med lav terskel for å ta kontakt. Det viktigste er at tjenestene får mer kunnskap om hverandres arbeid, tilbud og målgrupper, samt at de har linjer for å opprette kontakt ved behov i enkeltsaker.
- Samarbeidsmodellene bør tilpasses til lokale behov.
- Økt kunnskap om potensialet og gevinstene av samarbeid vil kunne øke motivasjonen for samarbeid.



## 5. Referanser

- Arbeids- og sosialdepartementet, 2016. *Meld. St. 33 NAV i en ny tid - for arbeid og aktivitet*, Oslo: Det kongelige arbeids- og sosialdepartementet.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016. *Videreføring av virksomme tiltak i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016). Tre hovedsatsinger fra 2017.*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)*, Oslo: Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.
- Department of Health, 2012. *IAPT three-year report: The first million patients*, London: Department of Health.
- Falkum, E. et al., 2015. *Effektevaluering av jobbmestrende oppfølging (JMO): Kognitiv atferdsterapi og kognitiv trening i arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser*, Oslo: Oslo universitetssykehus.
- Helsedirektoratet og NAV, 2016. *Arbeid og helse - et tettere samvirke*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2019. *Rask psykisk helsehjelp*. [Internett]  
Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-rask-psykisk-helsehjelp>  
[Funnet 22 Oktober 2020].
- Helsedirektoratet, 2019. *Regelverk for tilskuddsordning: Rask psykisk helsehjelp*. [Internett]  
Available at: [https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-rask-psykisk-helsehjelp/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019.pdf/\\_/attachment/inline/b8f8b81a-275a-45ab-ab68-99a9937beb9e:087be0978b3d803f3bfc042806398c0b9cf6067f/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019](https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-rask-psykisk-helsehjelp/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019.pdf/_/attachment/inline/b8f8b81a-275a-45ab-ab68-99a9937beb9e:087be0978b3d803f3bfc042806398c0b9cf6067f/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019)  
[Funnet 29 Oktober 2020].
- Knapstad, M. et al., 2019. Effectiveness of Promt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Kunnskapscenteret, 2015. *Helseeffekter av arbeid*. August.
- NAPHA, 2020. *Individuell jobbstøtte (IPS)*. [Internett]  
Available at: [https://www.napha.no/content/20131/Individuell-](https://www.napha.no/content/20131/Individuell-jobbstotte-IPS)
- [jobbstotte-IPS](https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp)  
[Funnet 28 Oktober 2020].
- NAPHA, 2020. *Rask psykisk helsehjelp*. [Internett]  
Available at: <https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>  
[Funnet 28 Oktober 2020].
- NAV, 2019. *Senter for jobbmestring*. [Internett]  
Available at: <https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/psykiske-helseproblemer/senter-for-jobbmestring>  
[Funnet 28 Oktober 2020].
- NAV, 2019. *Sykefraværsoppfølging - virkemidler og tiltak*. [Internett]  
Available at: <https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykemeldt-arbeidstaker/relatert-informasjon/sykefravaersoppfolging-virkemidler-og-tiltak>  
[Funnet 27 Oktober 2020].
- NAV, 2020. *Arbeidsavklaringspenger (AAP)*. [Internett]  
Available at: <https://www.nav.no/no/person/arbeid/arbeidsavklaringspenger/arbeidsavklaringspenger-aap>  
[Funnet 27 Oktober 2020].
- NAV, 2020. *Individuell jobbstøtte (IPS)*. [Internett]  
Available at: <https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/psykiske-helseproblemer/individuell-jobbstotte-ips>  
[Funnet 28 Oktober 2020].
- NAV, 2020. *Legemeldt sykefravær etter diagnose og bosted*, Oslo: NAV.
- NAV, 2020. *Mottakere av arbeidsavklaringspenger. Diagnose og alder. Periode September 2014 - september 2020*, Oslo: NAV.
- NAV, 2020. *Tett oppfølging av jobbspesialister for å nå målet om jobb*. [Internett]  
Available at: <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/satsinger-og-aktiviteter/tett-oppfolging-av-jobbspesialist-for-a-na-malet-om-jobb>  
[Funnet 28 Oktober 2020].
- NFKT, 2020. *Rask psykisk helsehjelp*. [Internett]  
Available at: <https://www.kognitiv.no/hjelp-til-deg/behandlingstilbud/rask-psykisk-helsehjelp/>  
[Funnet 28 Oktober 2020].

OECD, 2013. *Mental Health and Work: Norway*, s.l.: OECD Publishing.

Pederse, N. P. & Engebråten, S. T., 2018. *Dagens Medisin*. [Internett]  
Available at:  
[https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/15/\\_kroppen-min-er-bare-en-del-av-meg/](https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/15/_kroppen-min-er-bare-en-del-av-meg/)  
[Funnet 30 Oktober 2020].

Reme, S. et al., 2016. *Effektevaluering av individuell jobbstøtte (IPS)*, Bergen: Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret.

Reme, S. et al., 2013. *Effektevaluering av Senter for jobbmestring*, Bergen: Uni Helse og Uni Rokkansenteret.

Smith, O. R., Alves, D. E. & Knapstad, M., 2016. Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge. *Folkehelseinstituttet*, Oktober.

Sundell, T., 2019. *Utviklingen i sykefraværet, 3. kvartal 2019*, Oslo: NAV.

Waddell, G. & Burton, K. A., 2006. Is work good for your health and well-being?. *The Stationery Office*.

## Vedlegg A Beskrivelse av samarbeid mellom NAV og RPH i pilotkommunene

I dette vedlegget beskrives samarbeidet mellom NAV og RPH i de fem pilotkommunene som i 2018 fikk i oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet å etablere et formelt samarbeid (Sandnes, Moss, Fredrikstad, Kristiansand og Kristiansund). Informasjonen er basert på intervjuer med henholdsvis NAV-ansatt(e) og RPH-behandler i hver kommune, samt besvarelser på spørreundersøkelsene.

Ingen av RPH-teamene i disse kommunene mottar tilskudd fra Helsedirektoratet i 2020.

### A.1 Fredrikstad

#### Om RPH og målgruppen til RPH i Fredrikstad

RPH i Fredrikstad består av syv og et halvt årsverk og åtte ansatte. Fem har gjennomført opplæring i regi av Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT), og tre er under opplæring. I tillegg til å tilby introduksjonskurs om psykoedukasjon, depresjon, angst, søvn, selvhverdelse osv., tilbys det individuelle samtaler og hverdagsmestringsgrupper. Teamet har også drop-in-samtaler på helsestasjon en gang i uka som et samtaletilbud til ungdommer.

RPH i Fredrikstad får ikke lenger tilskudd fra Helsedirektoratet, men har fått en økning i antall årsverk gjennom omdisponering av kommunale ressurser. Med økt kapasitet har de fått muligheten til å gi et tilbud til flere innbyggere og i større grad ta inn personer som har behov for individuell samtaleterapi direkte.

Potensielle brukere henvender seg på telefon, hvor det informeres om tilbudet, og man forsøker å kartlegge om vedkommende er i målgruppen for RPH. De fleste er først på introduksjonskurs som går over fire dager. Slike kurs holdes hver måned. Deretter får de informasjon om videre behandling og kan gå videre til individuelle samtaler eller til hverdagsmestringsgruppe. RPH i Fredrikstad har ca. 30 deltakere på kurs hver måned, i tillegg til noen som kommer rett inn i individuell oppfølging. Dette gjelder gjerne de yngste mellom 16-20 år, de som ikke snakker så godt norsk, de eldste, og de som går på høyskole og ikke ønsker fravær, eller de som ikke kommer seg fra jobb. De har vanligvis 15-20 deltakere på individuell oppfølging hos hver behandler til enhver tid.

I spørreundersøkelsen oppgir RPH-teamet i Fredrikstad at 67 prosent av brukerne er kvinner og omtrent

halvparten er mellom 30 og 50 år gamle. Nesten alle brukerne har kontaktet RPH etter tips fra fastlege, mens svært få kommer som følge av tips fra NAV. Rundt halvparten er i arbeid, og ikke sykemeldt eller permittert, når de starter behandling i RPH. Videre oppgir RPH-teamet at rundt halvparten mottar AAP, uføretrygd eller andre ytelser fra NAV. 60 prosent av brukerne er under oppfølging av NAV i samme periode som de er under behandling i RPH. Det er mange brukere som har enten milde eller moderate psykiske helseplager, både kortvarige og langvarige, når de starter behandling i RPH.

#### Beskrivelse av samarbeidet i Fredrikstad

I 2018 fikk RPH i oppdrag å utvikle et samarbeid med utvidet oppfølging (UO) i NAV. Samarbeidet ble da etablert. UO heter nå IPS NAV, og de tar seg av saker som ikke gjelder brukere av DPS, rusteam osv. Samarbeidet har fungert i varierende grad, men sommeren 2020 ble samarbeidet intensivert. RPH og IPS NAV er i ferd med å prøve ut mer systematiserte former for samarbeid, og har ambisjoner om at dette skal kunne være svært nyttig. Per sommeren 2020 var det kun et fåtall brukere de har hatt en koordinert oppfølging av.

RPH og IPS NAV har i fellesskap skrevet en rutine som beskriver hvilke ulike måter jobbspesialist i NAV og terapeut i RPH kan drøfte potensielle deltagere i hverandres tjeneste. Det er også åpent for å delta på hverandres team-/behandlermøter, enten for generell læring eller for en konkret case. Det er avtalt et nytt samarbeidsmøte før jul for å evaluere så langt, først med avdelingsleder, og deretter med respektive avdelinger. Det er nå etablert en direktevei fra RPH til jobbspesialistene, slik at man slipper å gå gjennom veileder i NAV. Samarbeidsmøtet i oktober viste at man har hatt en markant økning i antall saker man har samarbeidet om høsten 2020, sammenlignet med tidligere. Begge parter har henvendt seg til den andre om en potensiell sak, og samarbeid ble inngått i minst syv saker.

RPH og NAV har hverandres kontaktinformasjon på veiledernivå i NAV og etatsledernivå i RPH. Det er hovedsakelig metodeveileder og jobbspesialister i NAV som samarbeider med RPH. RPH tar kontakt med øvrige avdelinger i NAV ved behov.

Gjennom samarbeidet har i hvert fall én RPH-bruker fått tilbud om jobbspesialist og om koordinert oppfølging, etter en anbefaling fra RPH. Begge parter opplevde at dette var svært nyttig for

brukeren. Det er mange av RPH-brukerne som har en tilknytning til NAV, og ofte er det behov for å snakke med NAV-veilederne. RPH melder om at brukeren ofte er forvirret om sin egen sak i NAV, og da kan det være RPH ringer opp NAV-veileder for å «nøste opp» i saken. RPH mener at disse problemene ofte løser seg etter at de har tatt kontakt, så man ser at det også er behov for et slikt samarbeid.

RPH har for øvrig også et samarbeid med Senter for jobbstring og enhet for sykefraværsoppfølging i NAV (sistnevnte siden oktober 2020). Senter for jobbstring er lokalisert hos NAV Fredrikstad, men ligger organisatorisk under NAV Øst-Viken.

### Vurdering av samarbeidet i Fredrikstad

I Fredrikstad er det enighet om at det fungerer med samarbeid mellom IPS og RPH, samt å ha telefonlister til NAV-veiledere slik at veilederne kan ta kontakt med RPH dersom de ser det relevant, og motsatt. Det oppgis derimot at samarbeidet med IPS fortsatt er i oppstartsfasen, og må videreutvikles slik at det blir enda lettere med kontaktpunkter. Gitt at mer enn halvparten av RPH-brukere i Fredrikstad mottar en type ytelse fra NAV, ser det også ut til å være potensial for at NAV kan tipse sine brukere om RPH-tilbudet tidligere enn i dag.

## A.2 Moss

### Om RPH og målgruppen til RPH i Moss

RPH i Moss består av fire årsverk fordelt på fem ansatte, og alle ansatte er kurset gjennom NFKT og har sertifisering. Teamet jobber på tre måter: de tilbyr individuelle samtaler, har kurspakker samt et assistert selvhjelpsprogram. Det er individuelle samtaler som brukes mest, og deltakerne blir i utgangspunktet tilbudt seks samtaler. Antall samtaler varierer etter behov. Det er mulig å legge på noen ekstra samtaler, men deltakere som har behov for mye mer enn seks samtaler skal i utgangspunktet til andre behandlingstilbud.

I spørreundersøkelsen oppgir RPH i Moss at omtrent 90 prosent av deltakerne i RPH i Moss blir henvist eller kommer i kontakt med RPH fra fastlege. Svært få blir tipset om RPH fra NAV. 67 prosent av brukerne er kvinner, og mange er mellom 30 og 50 år. Mange av brukerne er i arbeid og ikke sykemeldte eller permitterte. Brukerne kan både ha milde og moderate psykiske plager, både kortvarige og langvarige. Nesten alle brukerne har fullført videregående skole.

### Beskrivelse av samarbeidet i Moss

I Moss har samarbeidet mellom NAV og RPH blitt forsinket. I oppstarten var det uttrykt fare for at RPH skulle legges ned, og dette bidro til at andre saker ble prioritert i NAV. Omorganiseringen i NAV i

forbindelse med kommunesammenslåing har også bidratt til at samarbeid med RPH har blitt nedprioritert.

I Moss er det i dag ikke noe samarbeid på systemnivå, men på individnivå er det samarbeid med jevne mellomrom. NAV og RPH har blitt enige om å ta kontakt med hverandre dersom det dukker opp brukere som kan ha nytte av samarbeid, men det er ut til at dette i liten grad har skjedd.

Jobbspesialister i NAV Moss, både IPS og UO, har samarbeidet med kommunal helsetjeneste, men ikke med RPH.

### Vurdering av samarbeidet i Moss

Både RPH og NAV i Moss vurderer at det er mest relevant med samarbeid mellom RPH og NAV-veilederne, og med jobbspesialister kun i unntakstilfeller. RPH oppgir at det tidligere har fungert godt med samarbeid med Senter for jobbstring. Det ser ut til å være et behov for økt formalisering av samarbeidet, for å diskutere felles utfordringer og plukke opp overlappende brukere.

## A.3 Kristiansand

### Om RPH og målgruppen til RPH i Kristiansand

RPH-teamet i Kristiansand består av fem personer: én psykolog, fire kognitive terapeuter, samt én person som har en halv stilling som avdelingsleder og en halv som terapeut. Fire har gjennomgått opplæring i regi av NFKT, mens én er under utdanning.

I spørreundersøkelsen oppgir RPH i Kristiansand at 67 prosent av brukerne er kvinner, rundt én halvpart er under 30 år, mens rundt andre halvpart er mellom 30 og 50 år gamle. Nesten alle kommer i kontakt med RPH etter tips fra fastlege, mens svært få kommer etter tips fra NAV. Mange av brukerne er under utdanning eller i arbeid og sykemeldt. Rundt halvparten er i arbeid og sykemeldt, med 4-8 ukers sammenhengende sykemelding, når de starter behandling i RPH. Mange av brukerne har moderate psykiske plager, enten kortvarige eller langvarige, når de starter behandling i RPH. Mange av brukerne har fullført videregående utdanning og/eller høyere utdanning.

### Beskrivelse av samarbeidet i Kristiansand

Siden oppstarten av samarbeidsoppdraget i 2018 har NAV og RPH i Kristiansand prøvd ut ulike samarbeidsformer. RPH har holdt kurs/foredrag hos NAV i flere sammenhenger, gjennom kurs for jobbspesialister og deltakere i NAV, samt for ansatte i enheten for sykefraværsoppfølging og ansatte i Ungdomsavdelingen. Helt konkret har jobbspesialistene for eksempel bedt om kurs om bekjempelse av søvnvansker, mens kurs for ansatte i

enheten for sykefraværsoppfølging har handlet om angst, depresjon, traumer og PTSD. Kristiansand RPH oppgir i spørreundersøkelsen at brukerne de samarbeider med NAV om ofte har gått lenge sykemeldt og venter på AAP. De er også ofte i behov av noe mer oppfølging over tid.

I tillegg til kompetanseoverføringer har det blitt holdt opptil flere samarbeidsmøter mellom RPH og ansatte i enheten for sykefraværsoppfølging i NAV for å kartlegge hvorvidt det ville vært hensiktsmessig om RPH holdt kurs for brukere hos NAV. Det er forsøkt at RPH gir tilbud til enkeltbrukere fra NAV, men dette har fungert dårlig fordi brukerne i liten grad har vært motivert til behandling fra RPH, og de står dermed utenfor RPHs målgruppe.

Per sommeren 2020 er det formelle samarbeidet mellom jobbspesialister i NAV og RPH avsluttet grunnet lite overlappende målgruppe. De fortsetter med et samarbeid på systemnivå, med kompetanseoverføring, men har avsluttet samarbeid på individnivå.

#### Vurdering av samarbeidet i Kristiansand

Erfaringen tilsier at det har vært vanskelig å få samarbeidet mellom RPH og jobbspesialister i NAV til å fungere optimalt på grunn av de ulike målgruppene. For det første anser RPH at brukerne av jobbspesialister har en grad av psykiske helseplager som går utover mild til moderat. Dette gjør dem for syke til å motta hjelp av RPH, da det kreves av brukerne av RPH at de til en stor grad har evne og motivasjon til selvhjelp. For det andre er det i Kristiansand svært sjeldent brukere av RPH får noen form for hjelp av NAV parallelt med at de får hjelp av RPH.

## A.4 Kristiansund

### Om RPH og målgruppen til RPH i Kristiansund

RPH-teamet i Kristiansund består av én psykolog som er fagleder, én familierapeut, én som er ergoterapeut i bunn, og én kognitiv terapeut. Tre av dem har videreutdanning i kognitiv terapi, og alle jobber bredt med brukerne.

Målgruppen til RPH er annerledes enn for den kommunale enheten for psykisk helse og rus for øvrig, da RPH er tenkt å være et forebyggende tiltak og er et lavterskeltiltak.

I spørreundersøkelsen oppgir RPH i Kristiansund at 65 prosent av brukerne er kvinner, og mange av brukerne er mellom 30 og 50 år. Mange har kommet i kontakt med RPH etter tips fra fastlege, og en del gjennom NAV. Rundt halvparten av brukerne er i arbeid, og ikke sykemeldt eller permittert, når de starter behandling i RPH. Omtrent 25 prosent av brukerne er under oppfølging fra NAV i samme periode som de er

under behandling i RPH. Mange har fullført videregående skole når de starter behandling i RPH.

### Beskrivelse av samarbeidet i Kristiansund

I Kristiansund har det vært et samarbeid mellom RPH og jobbspesialister i NAV på systemnivå siden 2018. Allerede før samlingen på Gardermoen hadde NAV kjennskap til RPH fordi behandlere hadde vært innom NAV og orientert om sine tjenester. Etter samlingen ble det avtalt at RPH og jobbspesialistene skulle møtes annenhver måned til man hadde rutiner for samarbeid og at man hadde prøvd samarbeid på noen enkeltsaker. Jobbspesialistene fikk koder for å få innsikt i de gode nettløsningene RPH tilbød om psykiske helseplager, i tillegg til at det ble gjennomført noen faste møter for dem hos RPH. På denne måten fikk jobbspesialistene innsikt i behandlingsmetodene hos RPH, herunder innføring i reaksjonsmønster i enkelte diagnoser som var nyttig i det daglige arbeidet med brukere. Videre dro jobbspesialistene til RPH for å informere om hva man kunne gjøre hvis en bruker stod utenfor jobb. Utover det systematiske samarbeidet ble det også gjennomført runder med orienteringsmøter om RPH for veiledere i NAV.

I april 2019 fikk man utarbeidet faste rutiner på hvordan man skulle samarbeide, og det var oppført kontaktpersoner for samarbeidet i både NAV og RPH. Et typisk forløp i samarbeidet var at RPH hadde en bruker som hadde behov for bistand i forbindelse med jobb, kontaktet kontaktperson i jobbspesialistteamet i NAV, og brukeren ble prioritert i køen til inntak til en jobbspesialist. Andre veien hendte det også at jobbspesialister tipset sine brukere om å ta kontakt med RPH.

I enkeltsakene hvor målgruppen var sammenfallende fungerte samarbeidet godt, men disse sakene var i fåtall. Det hendte at det foregikk trepartssamtaler mellom terapeut i RPH, jobbspesialist fra NAV og bruker dersom det var behov, men ifølge representant fra RPH gjaldt dette bare for omtrent fire-fem brukere av 200.

I tilfellene der jobbspesialist i NAV anbefalte brukere til RPH som viste seg å være for syke for å motta tilbud fra RPH, ble samarbeidet utfordrende. Begge parter opplevde etter hvert at det i liten grad var sammenfallende målgrupper hos RPH og NAV. De fleste brukerne av RPH hadde jobb, men slet gjerne på arbeidsplassen, mens jobbspesialistene i NAV kobles på for å skaffe jobb, ikke beholde en jobb. Da man var pålagt et formelt samarbeid uten at det var så mange saker det var relevant å samarbeide om gjorde dette at samarbeidet ble tungvint, og det ble organisatorisk merarbeid uten større nytte. Med bakgrunn i dette ble samarbeidet på systemnivå avsluttet i 2020.



Tross avslutning av samarbeidet på systemnivå, forventes det at man fortsetter med usystematisk samarbeid på individnivå. Samarbeidet har ført til at kontaktpunkter er etablert, og at terskelen for å samarbeide om enkeltbrukere er lavere enn det var før. Dette inkluderer at RPH har en liste med oversikt over mail og telefonnummer til de enkelte veilederne i NAV, og man tar kontakt med hverandre ved behov. Brukerne de samarbeider om kan være sykemeldte eller AAP-mottakere, med behov for gode løsninger for å få vedkommende ut i arbeid parallelt med behandling. Videre har enhet for sykefraværsoppfølging i NAV kjennskap til tilbudet til RPH.

### Vurdering av samarbeidet i Kristiansund

Det oppleves som svært nyttig at man har kontaktinformasjon til hverandre, og RPH oppgir at de har fått en telefonliste med oversikt over e-post og telefonnummer til den enkelte veileder i NAV, og at det er noe kontakt på tvers av RPH og NAV. Det er enighet om at en form for samarbeid er gunstig for at jobb kan bli et enda større fokus i RPH, og for at NAV kan benytte kunnskap om psykiske lidelser i møtet med brukere som sliter. Det er også enighet om at det i liten grad er sammenfallende målgrupper hos jobbspesialistene i NAV og RPH, og at det derfor kun er hensiktsmessig med samarbeid i enkeltsaker etter behov.

Det oppgis av NAV at det har vært uheldig at pilotarbeidet har vært knyttet til jobbspesialister, og ikke til veiledere, da deres brukergruppe i langt større grad sammenfaller med brukergruppen til RPH.

## A.5 Sandnes

### Om RPH og målgruppen til RPH i Sandnes

RPH-teamet i Sandnes består av fem årsverk (fem ansatte). Alle disse er utdannet som RPH-terapeuter. RPH i Sandnes er slått sammen med mestringsenheten<sup>5</sup> i kommunen. Samlet jobber mellom 12 og 14 terapeuter, i hovedsak i heltidsstillinger, i RPH. Sammenslåingen med mestringsenheten gjør at de har en noe utvidet målgruppe, sammenlignet med andre RPH-team.

RPH tilbyr et introkurs som kjøres hyppig, med formål om å kunne gi kognitiv terapi til mange slik at de slipper venteliste. RPH i Sandnes oppgir at de trolig er blant RPH-teamene med mest fokus på kurs og workshops, men de har også individuelle aktiviteter som selvhjelpsprogram.

Teamet har i hovedsak brukere med milde til moderate plager. Dette er særlig stressplager som angst, depresjon og søvnplager. Mange av de som

<sup>5</sup> Mestringsenheten har ulike tilbud om hjelp til personer med rus- eller psykiske helseutfordringer.

søker hjelp har også moderate til alvorlige plager. I løpet av et år får de omtrent 1000 henvendelser hvorav 700 får hjelp fra dem og noen loses til andre steder.

I spørreundersøkelsen oppgir RPH-teamet at 70 prosent av brukerne er kvinner, og omtrent halvparten av brukerne er mellom 30 og 50 år gamle. Omtrent halvparten kontaktet RPH direkte uten henvisning, mens svært få kommer etter tips fra NAV. Omtrent halvparten er i arbeid og sykemeldt, med mindre enn fire ukers sammenhengende sykemelding, når de starter behandling i RPH. RPH-teamet oppgir at 55 prosent av brukerne er under oppfølging fra NAV i samme periode som de er under behandling i RPH. Nesten alle har fullført videregående skole, mens mange også har fullført høyere utdanning.

### Beskrivelse av samarbeidet i Sandnes

I Sandnes er det sommeren 2020 ikke noe systematisk samarbeid mellom NAV og RPH, men det er noe samarbeid i enkeltsaker. Siden oppstarten av RPH i Sandnes har det vært noe kommunikasjon mellom RPH og NAV, deriblant i form av sporadiske kompetanseoverføringer. Fokuset i begynnelsen var å dele kunnskap om hverandres roller og oppdrag. Disse møtene har hovedsakelig foregått mellom RPH-terapeuter og NAV-veiledere.

I 2018 ble det igangsatt et mer formelt samarbeid mellom jobbspesialistene i NAV og RPH, på bakgrunn av oppdraget fra direktoratene. I starten ble det avholdt faste samarbeidsmøter mellom RPH og jobbspesialistene i NAV. I møtene ble det diskutert om det var behov for at spesifikke brukere i RPH kunne få raskere hjelp hos NAV, og motsatt. Samarbeidet bestod også av erfaringsutvekslinger og orientering om hverandres tilbud. Dette samarbeidet varte i omtrent ett år, og i løpet av denne perioden ble det funnet rundt fem-ti brukere som ble utvekslet mellom NAV og RPH. Det er litt usikkert hvorfor dette samarbeidet ble utfaset. I intervjuene ble det pekt på at manglende overlapp mellom målgruppen til jobbspesialistene og RPH kan ha vært en av årsakene til at samarbeidet ikke fortsatte.

Av samarbeid som pågår i dag er det hovedsakelig enheten for sykefraværsoppfølging (SYFO) som anbefaler RPH til sine brukere. NAV har i større grad samarbeid med andre deler av mestringsenheten enn RPH. Her er samarbeidet mer avklart, med faste møtepunkter, bytte av telefonlister og andre praktiske ting som gjør at de har kunnskap om hverandres tjenester. Blant annet har NAV fått ressurser til å etablere samarbeid med FACT-team<sup>6</sup> i kommunen. Her

<sup>6</sup> FACT er en modell for oppfølging av brukere med rus og/eller psykiatriproblematikk, og målgruppen er personer med alvorlige psykiske problemer.

fungerer samarbeidet ved at NAV-veileder er en del av selve FACT-teamet.

#### **Vurdering av samarbeidet i Sandnes**

NAV-veilederne mener at RPH har god kvalitet, treffer behovet til målgruppen og at man ser resultater av at man kommer tilbake i jobb. Et samarbeid mellom RPH og jobbspesialister vurderes imidlertid ikke som spesielt gunstig fordi de jobber

med ulike målgrupper. De som får RPH er friskere enn de som er hos jobbspesialister, og behøver en annen type oppfølging. Deler av behandlingen i RPH som foregår i grupper kan oppleves som utfordrende for brukere hos NAV. I løpet av ett år hadde man bare et fåtall felles brukere mellom RPH og jobbspesialister, og mange av RPH-brukerne har ikke kontakt med NAV i det hele tatt.



oslo**economics**

*[www.osloeconomics.no](http://www.osloeconomics.no)*

post@osloeconomics.no  
Tel: +47 21 99 28 00  
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:  
Kronprinsesse Märthas plass 1  
0160 Oslo

Postadresse:  
Postboks 1562 Vika  
0118 Oslo