

**Bedre sammenhæng for borgerne? En
evaluering af implementeringsprocessen af et
forløbsprogram for borgere med angst og
depression relateret til beskæftigelsesområdet**



Rapportens titel:

Bedre sammenhæng for borgerne? En evaluering af implementeringsprocessen af et forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet.

Forfatter:

Eva Ladekjær Larsen, Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet,

Copyright: SDU og forfatteren 2018

Støttet af Region Syddanmark, Tværsektoriel Afdeling.

Forside billede: Colourbox

Rapporten kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Rapporten kan downloades fra: sdu.dk/sundhedsfremme

ISBN 978-87-91245-30-5

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	5
Introduktion	6
Formål	6
Forløbsprogrammets baggrund	6
Sygefravær og tilbage til arbejde	7
Tværfaglighed	9
Teoretiske perspektiver på tværfagligt samarbejde.....	10
Borgerinddragelse	13
Metode	13
Resultater	15
Forløbsprogrammets organisering og forankring.....	15
Udviklings- og implementeringsfasen	15
Ledelsens opbakning og prioritering	16
Forløbsprogrammets aktiviteter.....	17
Overvejelser vedrørende forankringen af forløbsprogrammet	18
Borgerens forslag til forbedringer af samarbejdet.....	19
Borgerens perspektiv	20
Inklusion i forløbsprogrammet på det rette tidspunkt?.....	20
Planlægningsmøder.....	21
Relationen til jobcenteret: Fra utryghed til tillid.....	22
Relationen til psykiatrien i samarbejdet: En støttende funktion.....	23
Psykiske lidelser som tabu	24
Tættere på arbejdsmarkedet?	25
Psykiatrimedarbejderes erfaring.....	26
Arbejdsdelingen ved planlægningsmøderne: Hvem er mødeleder?	26

Støttefunktion for borgere og for jobcenteret.....	27
Tilbage til arbejde: Et fælles mål?	29
Jobcentrets erfaringer	30
At samarbejde med borgere, der har en psykisk lidelse	30
Teknikaliteter ved samarbejdet	31
Rollefordeling og forventninger ved samarbejdet.....	32
At aflive myterne omkring hinanden	33
Diskussion	35
Integration på arbejdsmarkedet.....	36
Samarbejdet og rollefordeling mellem jobcenter og lokalpsykiatri.....	37
Implementering	38
Konklusion og anbefalinger	40
Bilag 1: Aktivitetsskema for implementering af forløbsprogram	42
Bilag 2: Dokumenter til planlægningsmøde.....	43
Referencer	47

Sammenfatning

Psykiatrien i Region Syddanmark og kommunerne Haderslev, Tønder, Sønderborg og Aabenraa har i 2017 implementeret et forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet. Målgruppen er borgere, der er tilknyttet et behandlingsforløb i regionspsykiatrien på baggrund af en angst- og/eller depressionsdiagnose og som samtidig er i et sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb eller er aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere. Forløbsprogrammets formål er at sikre, de indsatser, der tilbydes målgruppen, opleves som sammenhængende og understøtter hinanden på tværs af sektorer og fagområder.

Formålet med denne rapport er at vurdere, om forløbsprogrammet skaber bedre sammenhæng for de inkluderede borgere og om det styrker samarbejdet mellem de involverede sektorer. Rapporten er baseret på en kvalitativ interviewundersøgelse, hvori perspektiver fra de involverede medarbejdere fra lokalpsykiatrien og jobcentre og fra de inkluderede borgere indgår.

Resultaterne viser, at forløbsprogrammet har været en succes i forhold til, at borgeren har følt sig inddraget i eget behandlingsforløb og i de planer, der vedrører beskæftigelse. De involverede medarbejdere er som udgangspunkt positivt indstillet overfor et samarbejde, men der kan med fordel tages større hensyn til lokale arbejdsgange, rutiner, normer, værdier og faglige identiteter. Her er det væsentligt, at der er en klar forventningsafstemning og rollefordeling mellem parterne, så det bliver mere acceptabelt for de involverede medarbejdere at engagere sig i samarbejdet. På baggrund af resultaternes hovedpointer foreslås der følgende anbefalinger, såfremt forløbsprogrammet skal forankres og/eller afprøves i andre kommuner:

- Bevar borgerinddragelse som kernen i forløbsprogrammet.
- Sikre at der er ledelsesmæssig opbakning og prioritering til samarbejdet gennem bl.a. tydelig kommunikation og tilstrækkelige resurser.
- Understøt en høj grad af medarbejderinddragelse i forhold til praktiske løsninger særligt vedrørende kommunikative arbejdsgange.
- Understøt en tydelig rollefordeling og enighed omkring, hvordan opgaverne fordeles og løses.
- Understøt en tydelig forventningsafstemning omkring, hvordan de forskellige fagligheder anvendes i praksis.
- Overvej en opkvalificering af medarbejdere i forhold til at arbejde tværfagligt.
- Overvej hvilken målgruppe, der skal inkluderes i forløbsprogrammet.

Introduktion

Formål

Nærværende rapport har til formål at undersøge implementeringsprocessen af *Forløbsprogrammet for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet – et samarbejdsprojekt om rehabilitering og recovery i Sønderjylland* med særligt blik for at vurdere om forløbsprogrammet skaber bedre sammenhæng for borgere og styrker samarbejdet mellem jobcenter og lokalpsykiatri. De specifikke undersøgelsesspørgsmål lyder:

1. Hvordan opleves samarbejdet af medarbejdere fra psykiatri og jobcenter i forhold til faglige identiteter, arbejdskulturer, borgerinddragelse og forløbsprogrammets organisering?
2. Hvordan oplever borgeren forløbsprogrammet i forhold til borgerinddragelse, håndtering af depression/angst og integration på arbejdsmarkedet?

Undersøgelsen er baseret på et kvalitativt evalueringsdesign, som integrerer kontekstuelle faktorer, der påvirker implementeringsprocessen og anerkender, at deltagere ikke er passive modtagere af en intervention men interagerer med den i forhold til værdier, sociale normer og ressourcer (Moore et al 2013).

Forløbsprogrammets baggrund

Den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser er et organisatorisk redskab udarbejdet af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, der understøtter kvalitet og sammenhæng i de indsatser borgere med en eller flere psykiske lidelser tilbydes af region, praksissektor og kommune. Forløbsprogrammer skal sikre, at de forskellige indsatser koordineres og at der er et samarbejde mellem de sektorer, der varetager de indsatser den enkelte borger tilbydes (Socialstyrelsen 2015). Den generiske model er et arbejdsredskab som kommuner og regioner kan anvende som skabelon til at udarbejde forløbsprogrammer tilpasset en specifik målgruppe. Det er på den baggrund, at psykiatrien i Region Syddanmark og kommunerne Haderslev, Tønder, Sønderborg og Aabenraa har udviklet og implementeret: *Forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet: et samarbejdsprojekt om rehabilitering og recovery i Sønderjylland*¹.

Med udgangspunkt i at styrke borgerens inddragelse i eget forløb, er det overordnede formål for forløbsprogrammet at hjælpe borgere med psykiske helbredsproblemer tilbage i arbejde samt afprøve nye samarbejdsformer mellem sundhedssystemet og arbejdsmarkedssystemet (Region Syddanmark et

¹ Haderslev Kommune kom dog først med i implementeringsfasen. Udviklingsfasen foregik i 2016, mens implementeringen foregik i 2017. Der henvises til rapporten: *Forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet: et samarbejdsprojekt om rehabilitering og recovery i Sønderjylland* for yderligere detaljer om forløbsprogrammets tilrettelæggelse og indhold.

al. 2017). Tilbagevenden til arbejdsmarkedet er nærmere præciseret som, at borgeren skal se muligheder for sig selv på arbejdsmarkedet, mens andre borgerrelaterede mål er, at borgeren bidrager til at prioritere egne mål og oplever en sammenhæng i indsatsen. De specifikke mål på det organisatoriske niveau er bl.a. medarbejderinddragelse i forhold til udarbejdelse af forløbsprogrammet, forbedret tværgående kommunikation samt ledelsesmæssig opbakning til forløbsprogrammet. Målgruppen, som er inkluderet i forløbsprogrammet, er borgere i aldersgruppen 30-65 år, der modtager behandling i lokalpsykiatrien for angst og/eller depression og er tilknyttet jobcenteret enten i et sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb eller er aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere.

Den centrale aktivitet, der udføres i implementeringsperioden, er at afholde et planlægningsmøde mellem borger, lokalpsykiatri og jobcenter, hvor der udarbejdes en fælles plan på tværs af behandling og beskæftigelse². Andre samarbejdsaktiviteter består af gensidige træffetider mellem lokalpsykiatri og jobcenter, hvor medarbejdere kan søge råd hos samarbejdspartneren fx vedrørende diagnose eller arbejdsmarkedslovgivning samt afholdelse af to fælles faglige workshops.

Sygefravær og tilbage til arbejde

Sygefravær forårsaget af de psykiske lidelser angst og depression er stigende i mange velfærdslande (OECD 2010). Også i Danmark ses denne tendens og det er estimeret, at angst og depression er blandt de lidelser, der giver størst produktionstab i form af fravær på arbejdsmarkedet, førtidspension og tidlig død (OECD 2013; Sundhedsstyrelsen 2016). Udover samfundsøkonomiske omkostninger har angst- og depressionsrelateret sygefravær alvorlige konsekvenser for den enkeltes fysiske, sociale og mentale helbred bl.a. fordi, deltagelse i arbejdslivet er grundlag for identitet, social status og forsørgelse (Wadell og Burton 2006).

Tilbage til arbejde (TTA) har gennem mange år været et etableret forskningsfelt og kan karakteriseres som en flerdimensionel proces, der involverer interaktioner mellem de fire systemer: arbejdspladssystemet, lovgivnings- og forsikringssystemet, sundheds- og behandlingssystemet og den sygemeldtes personlige håndteringskompetencer (Loisel et al. 2005). TTA interventioner adresserer typisk faktorer indenfor ét system fx interventioner, der vedrører behandling, mens der er et stigende behov for interventioner, der tager højde for, at borgere bevæger sig mellem flere systemer samtidigt (Loisel et al. 2014).

Interventioner, der er målrettet borgere med psykiske lidelser, er et nyere felt og det er ikke entydigt, *hvad* der virker, *hvorfor* det virker og for *hvem* det virker (Pomaki et al. 2012). Eksempelvis har delvis raskmelding vist sig at have en positiv effekt for sygemeldte med fysiske lidelser, mens det ikke gør sig gældende for sygemeldte med psykiske lidelser (Holm et al. 2012). Et Cochrane oversigtsstudie over 11

² Se bilag 1 for en aktivitetsoversigt af afholdte planlægningsmøder for samtlige kommuner.

interventionsstudier målrettet reducere af sygefraværslængden blandt borgere med depression konkluderer, at medicinsk behandling og psykologisk behandling anvendt alene eller i kombination med hinanden, ikke har nogen dokumenteret effekt (Nieuwenhuijsen et al. 2008). Imidlertid peger et andet Cochrane overblikstudie på, at beskæftigelsesrettede interventioner i kombination med behandling er lovende i forhold til at imødekomme de udfordringer, der er forbundet med TTA forløbet (Nieuwenhuijsen et al. 2014). Dette overblikstudie er også målrettet borgere med depression, hvor interventionsstudier målrettet borgere med angstlidelser er mere sparsomme (Nigatu et al. 2016).

Nyere tiltag, også i en dansk kontekst, er *Individual Placement and Support* (IPS), som integrerer et samarbejde mellem sundhedssystemet og kommunale jobcentre (Christensen et al. 2015). Imidlertid har IPS et eksklusivt fokus på alvorlige psykiatriske diagnoser som bipolare lidelser og skizofreni (Christensen et al. 2011) og der mangler endnu erfaringer, der kan fastslå en effekt for depressions- og angstramte (Poulsen et al. 2017). Af andre relevante og nye studier i en dansk sammenhæng, skal nævnes et interventionsstudie, organiseret som et samarbejde mellem tre jobcentre og en privat virksomhed, der er specialiseret i en multidisciplinær, koordineret og skræddersyet tilgang. I et opfølgingsstudie af interventionen efter to år, viste det sig, at interventionen ingen effekt havde i forhold til arbejdsmarkedstilknudning (Martin et al. 2015a). Et større samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation, målrettet stress, angst og depressionsramte viser, at de inkluderede patienter har flere uger på sygedagpenge og større forbrug af sundhedsydelser, sammenlignet med ikke-inkluderede patienter, der modtager et normalt forløb (KORA 2016). En igangværende intervention, som er et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og fire kommuner, afprøver om Integreret Behandlings- og Beskæftigelsesindsats til Sygedagpengemodtagere med depression, angst, tilpasningsreaktion, udbrændthed og stress (IBBIS) har effekt på arbejdsmarkedstilknudningen (Poulsen et al. 2017). Det er endnu for tidligt at konkludere, om undersøgelsen har en gavnlig effekt.

Den manglende og ikke entydige dokumenterede effekt hænger sandsynligvis sammen med, at evalueringer er foretaget kort tid efter interventionen og at implementeringen af interventionen foregår usystematisk og i forskellige kontekster. Overførelse af interventioner i forskellige sammenhænge indebærer en proces, hvor viden skal oversættes og tilpasses lokalt. Det er ofte udfordrende, da det involverer flere forskellige aktører, der har variende erfaringer, perspektiver, arbejdsgange og holdninger (Martin et al. 2015b). Den kvalitative forskning kan i den sammenhæng bidrage med hvilken betydning de involverede aktører tillægger interventionen i forhold til arbejdsgange, fagidentiteter og normer.

Kvalitativ forskning indenfor TTA er sparsom og særligt vedrørende psykiske lidelser (Andersen et al. 2012). I en dansk kontekst har den kvalitative forskning bl.a. undersøgt sygemeldtes perspektiv (Andersen et al. 2014; Nielsen et al. 2013), arbejdsgivers perspektiv (Ladegaard et al. 2017) og TTA team perspektiv

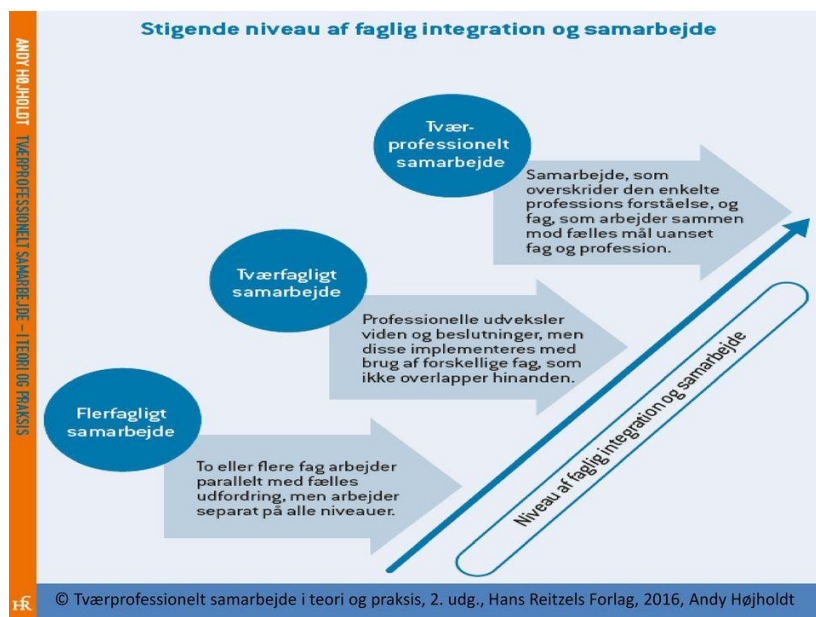
(Martin et al. 2015b), mens der er et behov for forskning, der undersøger interaktionen mellem arbejdsmarkeds- og sundhedssystemet og som integrerer et organisatorisk og kulturelt perspektiv (Ladekjær Larsen og Søgaard 2013). Særligt bør der fokuseres på tværfaglighed, koordinerende og holistiske tilgange i forhold til TTA (Sieling-Monas og Bredgaard 2015) og på borgerinddragelse og sammenhæng i de tilbudte indsatser (Folker et al. 2017). Dette projekt imødekommer det forskningsmæssige behov, som vil dokumentere og identificere de problemstillinger, der kendetegner et samarbejdsprojekt mellem lokalpsykiatri og jobcentre, målrettet beskæftigelsesindsatsen for borgere med angst og depression.

Tværfaglighed

Forløbsprogrammets formål er gennem det tværfaglige samarbejde, at parterne skal understøtte borgerens ønsker, med formålet at dennes liv og hverdag bliver meningsfuld (Psykiatrien i Region Syddanmark 2016:9). Tværfaglighed kan forstås på flere måder, som har betydning for, hvordan samarbejdet defineres af de involverede parter og dermed udmøntes i praksis. Forløbsprogrammet har ikke eksplicit bygget på en specifik teoretisk model, men er baseret på praktiske retningslinjer og skabeloner i form af dagsorden til, hvordan planlægningsmøderne skal afholdes og medarbejderes viden og erfaringer i forhold til at samarbejde tværfagligt.

I almindelighed kan der skelnes mellem tværfagligt samarbejde og flerfagligt samarbejde. Tværfagligt samarbejde er karakteriseret af, at der arbejdes mod et fælles mål, at samarbejdet giver ny viden og at de enkelte fagligheder overskrides gennem samarbejdet. Flerfagligt samarbejde henviser til, at der arbejdes med en afgrænset problemstilling ud fra flere faglige perspektiver og mål og hvor samarbejdet ikke overskrider den enkeltes faglighed. Begrebet *tværprofessionelt samarbejde* kan yderligere tilføje et perspektiv, når forskellige fagligheder skal samarbejde. Udover de forhold, der kendetegner de tværfaglige samarbejde, er der ved det tværprofessionelle samarbejde essentielt at tage højde for, at der til hver profession hører en faglig identitet, som konstrueres gennem uddannelse og erfaring. Det betyder, at professionskultur og identitet integreres og overskrides i samarbejdet og kan dermed forstås som et højere niveau af samarbejde, da det vil føre til ny viden og udvikling af egen professionsidentitet (Højholdt 2016).

Figur 1: stigende niveau af faglig integration og samarbejde.



Yderligere bør det tværsektorielle samarbejde nævnes. Strukturreformen i 2007 medførte en fordeling af sundhedsopgaver mellem kommunerne og regionerne og stiller derfor øget krav til, hvordan de forskellige sektorer samarbejder med henblik på at sikre sammenhæng i komplekse patientforløb og dermed øget patienttilfredshed, øget omkostningseffektivisering og behandlingskvalitet. En udfordring alene indenfor sundhedsvæsenet er den øgede specialisering indenfor de forskellige fagligheder, som komplicerer samarbejdet omkring et fælles mål. Det tværsektorielle samarbejde kompliceres yderligere af, at der er forskellige måder at organisere sig på, f.eks. opdelingen af myndhedsområder. Eksempelvis er deling af informationer om borgere på tværs af myndhedsområder ikke mulig, med mindre borgere giver deres samtykke dertil. Dertil kommer at IT-systemer, praktiske arbejdsgange, mødekultur m.m. kan være forskellige.

Teoretiske perspektiver på tværfagligt samarbejde

Teoretiske udgangspunkter kan bringe os et skridt nærmere i forhold til forståelsen af kompleksiteten, kontekstens indflydelse og udfordringerne ved det tværfaglige samarbejde. Der vil ikke blive redegjort for samtlige teoretiske perspektiver, da det er for omfattende til denne rapports formål og fokus. Et relevant udpluk vil derimod kunne sætte rammen for en yderligere diskussion sammenholdt med undersøgelsens resultater.

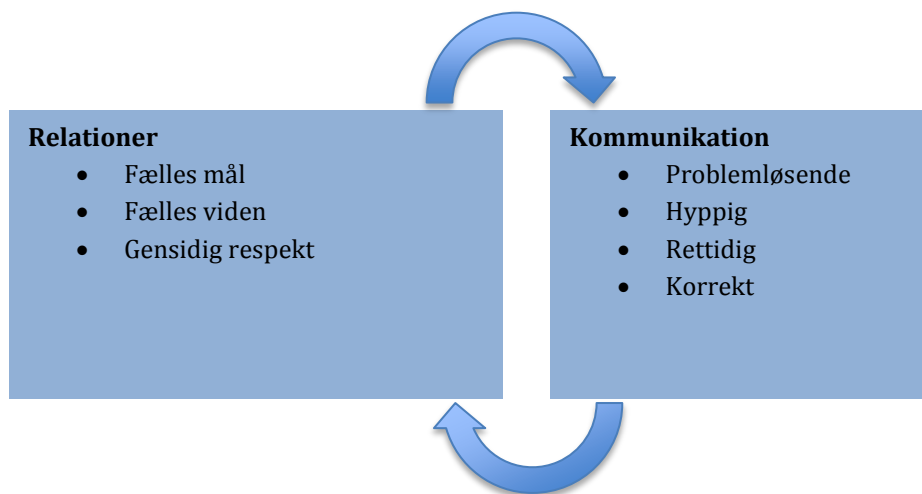
Et sociologisk perspektiv er kendetegnet ved, at der er fokus på de status og positioner, man har og forhandler sig til i samarbejdssituationen. Her kan Pierre Bourdieus termer om *habitus*, dvs. den viden som er indlejret i kroppen og *social* og *kulturel kapital*, den viden og status vi bringer ind i

samarbejdet, bidrage til at den *tavse viden*, eller den viden vi tager for givet samt hierarkiske forhold i samarbejdsrelationen tydeliggøres (Callewaert 1994). Et mikro-sociologisk perspektiv fokuserer på interaktionen i den givne situation, hvor det forstås, at det er gennem selve interaktionen at roller og positioner forhandles. Det er således ikke givet på forhånd, hvordan rollefordelingen i en konkret samarbejdssituation er, men noget man forhandler sig til sammen og er påvirket af de givne rammer, personlige indstillinger og selve arbejdsopgaven (Goffman 1959).

Et systemteoretisk perspektiv er kendetegnet af den kontekst samarbejdet befinder sig i og hvordan de involverede personer forholder sig til den. Autopoiese er det centrale begreb i Luhmans systemteoretiske univers og henviser til, at sociale systemer er selvreferentielt lukkede systemer. Mennesket betragtes som psykiske systemer, der organiserer sig i sociale systemer, hvori de danner mening. I dette system kommunikerer vi ikke med modparten, men derimod med det billede vi har og skaber af modparten. Virkeligheden konstrueres således gennem vores egen forståelse og der findes dermed lige så mange forståelser af virkeligheden, som der findes mennesker. Mennesket er et lukket, selvrefererende system, der handler ud fra egen logik. Det giver sprog og kommunikation en særlig rolle, hvor det er påkrævet at skabe forbindelse gennem sproget mellem vores egen indre logik og den ydre verden (Luhman 2000).

Et teoretisk perspektiv, hvor kommunikation spiller en central rolle dog uden eksplicit reference til systemteori, er teorien om relationel koordinering, som de senere år har fået markant indflydelse på hvordan tværfagligt samarbejde tilrettelægges bl.a. i sundhedsvæsenet (Gittel 2012). Relationel koordinering er særlig anvendelig ved et samarbejde, der er præget af gensidig afhængighed i opgaveløsningen mellem de personer, der udfører opgaven, en høj grad af uforudsigelighed og ved et stort tidspres. Relationer og kommunikation er to nøglekomponenter i relationel koordinering, som er gensidigt afhængige af hinanden. I relationerne er tre centrale forhold væsentligt at opfylde. Det gælder, at der er formuleret et fælles mål, som de forskellige fagligheder integrerer i opgaveløsningen, at opgaveløsningen bygger på en forståelse af, hvordan de enkelte fagligheder har betydning for, hvordan andre løser deres opgaver og det samlede resultat, og at samarbejdet er baseret på gensidig respekt for hinanden på tværs af status og fagligheder. Kommunikation rummer fire væsentlige forhold, der henviser til, at kommunikationen skal være problemløsende, korrekt, hyppig og rettidig.

Figur 2: Den positivt forstærkende cirkel i relationel koordinering. Kilde: Edwards og Lundstrøm 2014.



De syv kernekomponenter, illustreret i figuren ovenfor, har vist sig at øge effektiviteten, styrke kvaliteten og øge arbejdsglæden (Gittel 2012).

Det sociokulturelle læringsperspektiv betragter det tværfaglige samarbejde som noget, der skal læres gennem praksis. Tværfaglighed er ikke på forhånd noget, man kan beslutte sig for at gøre på en bestemt måde, men indebærer en kontinuerlig læringsproces, der dels finder sted ved deltagelsen i en bestemt organisation eller kultur og dels kommunikerer gennem sproget i interaktionen mellem fagpersonerne (Just og Nordentoft 2012). Her er det værd at notere, at en organisationskultur består af synlige værdisymboler, normer og grundlæggende antagelser, der af medlemmer tages for givet og derfor ofte er ubevidste, men samtidig styrende for medlemmers adfærd (Schein 1994). Løsning af nye opgaver i en kultur sker i forhold til *ekstern tilpasning* og *intern integration*. Denne tilgang gør det muligt at betragte fx et forløbsprogram som en ny opgave, hvor der både skal ske en tilpasning til nye, eksterne krav samtidig med, at programmet skal integreres i en eksisterende organisationskultur, karakteriseret bl.a. af arbejdsgange, værdier og fagidentitet.

Denne rapport trækker både på organisationskulturelle principper repræsenteret af Schein og Gittels relationelle koordinerende tilgang. Kombinationen af de tilgange gør det muligt at rette blik mod de lokale arbejdskulturer og værdier, der er indlejret i fagidentiteter samt vil kunne pege på konkrete retningslinjer for, hvordan samarbejdet kan forbedres fremover.

Borgerinddragelse

De seneste år er der i stigende grad kommet fokus på borgerinddragelse eller patientinddragelse, som det benævnes alt efter i hvilket system velfærdsydelsen tilbydes fx behandling eller en social serviceydelse. Den øgede borgerinddragelse hænger sammen med udviklingen af et nyt paradigme, hvor der er fokus på innovation og fremme af ligeværdigt samarbejde mellem offentlige og private aktører og hvor borgere betragtes som en slags medproducent af velfærdsydelser (Osborne 2006). I dette paradigme bliver det essentielt, at fagpersonale i den offentlige sektor praktiserer en tilgang, der inkluderer, at borgere sikres medbestemmelse i beslutninger, der vedrører behandling eller anden ydelse. Den teknologiske udvikling, med hurtig deling af information samt borgeres forventning til at blive inddraget, har også indflydelse på et øget behov for borgerinddragelse.

Der er imidlertid flere dilemmaer forbundet med borgerinddragelse, som vil blive berørt i diskussionsafsnittet, som bl.a. omhandler forventninger til, hvad man kan blive inddraget i. Frontpersonalets forståelse af fx livskvalitet og behov kan modsige borgerens forståelse og borgeren kan måske ikke overskue inddragelse eller ønsker måske, at beslutningerne bliver taget for hende.

Metode

Dataindsamlingen har foregået i efteråret 2017 og har således fulgt sidste halvdel af forløbsprogrammets implementeringsproces. Der er foretaget observationer af projektgruppemøder, hvor implementeringsprocessen er blevet drøftet af de involverede parter, samt observation af den sidst afholdte workshop. Deltagerne var her medarbejdere fra jobcentre i samtlige kommuner, medarbejdere fra lokalpsykiatrien samt borgerrepræsentanter. Workshopen indeholdte faglige oplæg samt gruppearbejder, hvor samarbejdserfaringer samt forankringsmuligheder blev drøftet. Der er desuden observeret to planlægningsmøder samt et møde i behandlingsøjemed mellem borger og lokalpsykiatri i Aabenraa. Observationerne har givet en unik mulighed for at identificere relevante problemstillinger, der senere er indarbejdet i interviewguiden.

De givne resurser har nødvendiggjort en prioritering i forhold til inklusionen og her er det vægtet at fokusere og gå mere intensivt til værks i to kommuner fremfor alle fire. Aabenraa og Tønder er udvalgte til at udgøre lokaliteterne for dataindsamlingen. Aabenraa og Tønder har haft flest borgere igennem forløbsprogrammet og har dermed flest erfaringer at bidrage med. Til sammenligning har Haderslev og Sønderborg haft meget få borgere igennem. Desuden har det ikke været muligt for Sønderborg Kommune at deltage i evalueringen. Der ligger naturligvis en begrænsning i forhold til denne selektion. Et lavt inkluderet antal af borgere kan hænge sammen med manglende prioritering, organisatoriske udfordringer og at borgere ikke har ønsket at deltage m.m. Det er mulige udfordringer,

der også ville have bidraget med vigtig viden i forhold til, hvordan et forløbsprogram modtages og praktiseres af frontmedarbejdere og som ville have kunnet pege på, om samarbejdet er udfordret af organisatoriske og/eller holdningsmæssige forhold.

Selektionen af informanter til interviews er foregået i samarbejde med projektgruppemedlemmer fra hhv. Tønder og Aabenraa, hvor udvælgelseskriteriet er baseret på, at de har haft mindst et planlægningsmøde. Informanterne fordeler sig således: Aabenraa Jobcenter (n3), Aabenraa Lokalpsykiatri (n3), borgere fra Aabenraa (n3), Tønder Jobcenter (n4), Tønder Lokalpsykiatri (n3) og borgere fra Tønder (n3). Seks af de udvalgte medarbejdere er desuden eller har været aktive i projektgruppen. Desuden indgår også en borgerrepræsentant (n1), der ikke selv har deltaget i planlægningsmøder, men har været med i hele forløbsprogrammet. Kønsfordelingen består af 19k og 1m. For at sikre anonymitet omtales samtlige informanter som "hun".

Deltagelsen bygger på frivillighed og der bør i den sammenhæng nævnes, at de inkluderede borgere ikke er tilfældigt udvalgt, men inkluderet baseret på en forespørgsel fra deres behandler i lokalpsykiatrien. Det kan have betydning for resultatdelen, da forespørgslen sandsynligvis er foretaget til de borgere, med hvem behandleren har en positiv relation til og derfor sandsynligvis en positiv oplevelse af forløbsprogrammet, som det også vil fremgå af resultatdelen. Det kan ikke udelukkes, at der er borgere, der har haft en negativ oplevelse af samarbejdet, ikke har øget tilliden til jobcenteret eller endda ikke har været opmærksom på, at man var inkluderet i et forløbsprogram. Det giver en begrænsning i forhold til at borgere, der potentielt har et negativt perspektiv på forløbsprogrammet, ikke er inkluderet i denne rapport.

I alt er 20 deltagere interviewet ud fra en semistruktureret interviewguide, der er tilpasset alt efter, om der er tale om medarbejdere fra lokalpsykiatrien, fra jobcentret eller er borgere. Interviewguiden indeholder spørgsmål, der vedrører samarbejdet og rollefordeling ved planlægningsmøder, borgerinddragelse, opfattelse af samarbejdspartnerne, forløbsprogrammets organisering, rammer og forankring. Alle interviews er fuldt transskriberet og er efterfølgende analyseret baseret på systematisk tekstkondensering (Malterud 2012) og følger kvalitets- og valideringskriterier for kvalitativ forskning (Malterud 2011).

Alle deltagere har underskrevet informeret samtykke efter at være informeret om formålet med undersøgelsen og at de er garanteret anonymitet. For at sikre anonymitet vil de udvalgte citater, der præsenteres i resultatdelen, ikke afsløre om de repræsenterer hhv. Aabenraa eller Tønder, men blot

fremstå som *borger*³, *psykiatrimedarbejder*, *projektgruppedeltager* eller *jobcentermedarbejder* afhængig af hvilket perspektiv, der præsenteres.

Resultater

Resultaterne er opdelt i fire hovedafsnit, der vedrører *Forløbsprogrammets organisering og forankring*, *Borgerens perspektiv*, *psykiatrimedarbejderes perspektiv* og *jobcentermedarbejderes perspektiv*. Hvert hovedafsnit er opdelt i yderligere undertemaer, som illustrerer essensen af de forskellige perspektiver. Afsnittet *Forløbsprogrammets organisering og forankring* rummer projektgruppedeltageres perspektiver på forløbsprogrammets faser, aktiviteter, organisering og forankring. Her indgår også borgerens forslag til, hvordan deres situation kan forbedres gennem et samarbejde. I afsnittene *Borgerens perspektiv*, *Psykiatrimedarbejderes perspektiv* og *Jobcentermedarbejderes perspektiv* indgår de respektive erfaringer med at have været en aktiv deltager i selve praktiseringen af forløbsprogrammet.

Forløbsprogrammets organisering og forankring

Udviklings- og implementeringsfasen

Projektet er som nævnt opdelt i to faser: *udviklingsfasen*, hvor forløbsprogrammet er blevet udviklet og *implementeringsfasen*, hvor forløbsprogrammet afprøves og implementeres. Én beskriver udviklingsfasen, som *"sindssyg hektisk"*, da man på trods af mange forskellige mennesker, fagligheder og dagsordener skulle nå til enighed om projektets formål, men at det samtidig har været fagligt inspirerende. Én beskriver, at projektmøder nogle gange har været karakteriseret af en anstrengt stemning, hvor mødedeltagerne var på vagt overfor hinanden, at det mange gange handlede om at forsvare sit eget fagfelt. Det gav oplevelsen af at: *"Det første halve til hele år, brugte vi rigtig meget tid på, at finde ud af, at vi ikke var der for at slå hinanden oveni hovedet"* (projektgruppedeltager). En anden beskriver udviklingsfasen som mere stabil i forhold til, at der ikke var så meget udskiftning, og oplevedes som fagligt udviklende.

Borgerinddragelsen i projektets tilblivelsesproces opleves som positivt, hvor mange har følt sig oplyst i forhold til borgerens fortællinger på workshops. Nogle beskriver det som *"en øjenåbner"* at høre om borgeres oplevelser af ikke at have følt sig hørt og at skulle kæmpe mod systemet. I implementeringsdelen er der dog forskellige overvejelser på, hvorvidt borgerinddragelsen har været tilstrækkelig: *"Altså nu borgerinddragelse, var jo sådan set mest i starten af projektet. Altså der er*

³ Her foretrækkes termen "borger" fremfor "patient". Det er imidlertid en væsentlig pointe at borger/patient anvendes forskelligt alt efter, om man befinder sig i lokalpsykiatrien eller jobcenteret. Det i sig selv kan have indflydelse på, hvordan man betragter en person: som en der skal deltage på arbejdsmarkedet eller som en, der skal hjælpes gennem behandling.

ligesom tre pinde på den her taburet, jobcenteret, psykiatrien og borgeren, men jeg kan ikke helt vurdere om taburetten balancerer her, altså om borgeren er kommet nok med" (projektgruppedeltager). Omvendt forholder man sig til, at formålet med implementeringsfasen er at få afprøvet forløbsprogrammet i praksis. Det er derfor ikke væsentligt, at borgeren er med til projektmøderne eller andre projektaktiviteter, men nærmere at borgerinddragelsen er fokuseret i selve det praktiske samarbejde. En informant gør dog opmærksom på, at en borgerrepræsentant med fordel kunne have været anvendt på jobcentrene som sparringspartner og i forbindelse med at afholde møder med sygemeldte borgere.

Selve implementeringsfasen opleves af nogen som, at glæden og engagementen har været stort sammenlignet med udviklingsfasen, mens andre beskriver den som kaotisk og kort, hvor der udtrykkes et ønske om bedre at kunne forberede sine kollegaer på projektet: "Hvor de ligesom bare fra den ene dag til den anden skulle gå i gang med mange ting". Det gør man bare ikke lige med et knips med fingrene, derfor synes jeg, det er vigtigt, at jeg sådan 100% kan stå indenfor det, jeg siger til mine kollegaer, der har rigtig travlt" (projektgruppedeltager). Der er flere, der påpeger, at der har været mange afbud til møder og meget udskiftning undervejs og at det har givet udfordringer i forhold til fremdriften og kontinuiteten.

Ledelsens opbakning og prioritering

Udover at der har været to forskellige projektledere i hhv. udviklings- og implementeringsfasen, har der også været udskiftninger i de samtlige lag: styregruppe, mellemlidergruppe og projektgruppe. Denne hierarkiske lagopdeling er ikke usædvanlig i større projektsamarbejder, men kan forsinke de forskellige arbejdsgange: "Hvorfor skal der være så mange lag, altså, at få grønt lys med det samme fremfor, at processen tager for lang tid, det kunne give god mening. Også i forhold til at projektlederen skal være budbringer og hele tiden sørge for, at vi får læst alle referater. Men egentlig synes jeg, det har været berigende at mødes en gang om måneden, men jeg kunne godt have ønsket mig at alle lag var samlet" (projektgruppedeltager).

Opdelingen i de forskellige lag gav også oplevelsen af, at medlemmerne i styregruppen ikke havde det store overblik over de aktiviteter, der foregår i praksis. I det hele taget efterspørges en tættere sammenhæng til praksis, hvor de forskellige arbejdsgange er tænkt med i projektet: "Gentagne gange har styregruppen gået imod projektgruppen, altså det afspejler ligesom bare en manglende viden om den daglige praksis" (projektgruppedeltager). Der efterspørges her en større koordinering mellem de forskellige lag. Det opleves, at styregruppens primære interesser har handlet om økonomi, at overholde tidsfrister, at være for fokuserede på at inkludere et stort antal borgere og at udfylde diverse skemaer.

Der påpeges, at man ikke har haft beføjelser til at bede medarbejdere om at prioritere projektet og at det er et spørgsmål om, der har været manglende opbakning fra ledelsen: *"Jeg kan kun vejlede mine kollegaer til, hvordan de skal gøre tingene, men jeg vil ikke kontrollere, om de gør det. Der har manglet en ledelsesmæssig opbakning, som træder frem og siger, at det her skal altså prioriteres. Og det betyder, at der også skal gives resurser til det"* (projektgruppedeltager).

Den manglende ledelsesopbakning beskrives, som at den: *"Forplanter sig nedad i systemet"*, der smitter af på frontmedarbejdere og som i sidste ende får konsekvenser for borgerens tilfredshed og oplevelse af mening og sammenhæng.

Forløbsprogrammets aktiviteter

Oprindeligt var intentionen, at der i løbet af projektperioden skulle indføres gensidige træffetider, men det viste sig hurtigt, at det ikke blev brugt og derfor betragtet som resursepild. I stedet har man forsøgt sig med temadage, hvor en medarbejder fra jobcenteret underviser medarbejdere fra psykiatrien og omvendt i relevante emner fx en specifik diagnose eller lovgivning omkring resurseforløb. Temadagene opleves positivt og kan generere, at man kommer til at kende hinanden bedre.

Særligt workshops i forløbsprogrammets udviklingsdel finder medarbejdere interessant i forbindelse med at lære om borgeres perspektiv og at have de indledende diskussioner omkring samarbejde med hinanden. Enkelte finder dog, at de har måttet forsvare deres fag overfor jobcentermedarbejdere: *"Jeg følte mig alene. Altså man havde jo meget pædagogisk valgt at blande os ved bordene. Jeg havde heldigvis en kollega med, som oplevede det samme, at jeg følte, jeg skulle forsvare, det vi gjorde"* (psykiatrimedarbejder).

Andre synes, der har været for meget mødeaktivitet, at møderne har manglet struktur, at der er blevet brugt for meget tid til at transportere sig til møderne, at det har været for omfattende og at der har været for mange mails, referater og projektbeskrivelser at sætte sig ind: *"Jeg bruger meget tid på det her projekt og føler aldrig, at jeg når helt til bunds, men det er også et stort projekt og der er mange, der skal involveres i det og det kan godt være, vi har skudt os selv lidt i foden, men jeg synes også bare, det har været vigtigt at få prøvet af, men det har taget sindssygt meget tid"* (projektgruppedeltager).

Også den løbende dokumentation opleves som tidskrævende, hvor man bl.a. har følt, at der har været for meget fokus på, hvor mange borgere man har inkluderet, at man er blevet presset til at inkludere flere og at tidsfristen har været svær at overholde. Det har bidraget til, at det har været svært at bevare motivationen til at deltage i forløbsprogrammet.

Overvejelser vedrørende forankringen af forløbsprogrammet

Grundlæggende er der bred enighed om, at et samarbejde med hinanden er positivt. Flere påpeger, at der i forvejen har eksisteret et samarbejde, om end det ikke har været systematisk og har været afhængigt af de enkelte medarbejders initiativ og borgerens behov. Én gør også opmærksom på, at projektet er *"blæst lidt op"*. Ikke fordi at samarbejdet ikke anerkendes som vigtigt, men fordi det allerede står i beskæftigelseslovgivningen, at relevante samarbejdspartere skal inddrages og det kan arrangeres på langt mere simple måder end forløbsprogrammet.

På trods af at oplevelserne omkring forløbsprogrammet varierer, er der enighed om, at projektet skal fortsætte, men i en anden form og tilpasses lokalt. Det drejer sig særligt om hvilke dokumenter, der skal anvendes, en mere tydelig rollefordeling, håndtering af tidsfrister m.m. Overvejelserne på fremtiden går også særligt på, om man skal justere i forhold til hvilke borgere, der skal inkluderes i et samarbejde. Alder og placering i ydelsesgruppe er vedkommende spørgsmål samt diagnose. Mange med angst og depression behandles ved egen læge, hvorfor et samarbejde med lokalpsykiatrien her ikke er nødvendigt, men nærmere et spørgsmål om og hvordan man kan samarbejde med lægen. Andre nævner, at der er rigtig mange borgere, som beskrives som grænsetilfælde: *"De er for syge til at passe deres arbejde, men praktiserende læger synes ikke, de kan sende dem i lokalpsykiatrien, ordinere medicin eller henvise dem til en psykolog, da de ikke opfylder betingelserne"* (jobcentermedarbejder). Der efterspørges derfor tiltag, som engagerer andre aktører som fx praktiserende læger eller parter, som kan afholde terapeutiske samtaler med borgere i et kommunalt regi.

Nogle påpegede, at en bredere diagnosegruppe ville give god mening, at forløbsprogrammet ikke kun begrænsede sig til angst og depression. Det var særligt medarbejdere fra lokalpsykiatrien, der havde tvivl derom: *"Den her type patienter, det er jo ikke dér vi har samarbejdsvanskeligheder med kommunen. Det er når en ustabil personlighedsforstyrret ung pige eller en fyr med et stofmisbrug og lidt aggressiv adfærd, altså de her mere syge personer, hvor der ikke er forståelse for deres symptomer. Det er dér samarbejdsproblemerne kan være"* (psykiatrimedarbejder).

Andre anser det ikke så væsentligt, hvilken diagnose der er tale om, både fordi flere borgere har mere end én diagnose og det er nærmere et spørgsmål om arbejdsevnen, som netop varierer indenfor hver enkelt diagnosegruppe.

Både medarbejdere fra jobcenteret og fra lokalpsykiatrien har stillet spørgsmålstejn ved nødvendigheden af at inkludere samtlige borgere indenfor en bestemt målgruppe. Der er flere, der er fortalere for, at man kan lave det som et tilbud til de borgere, der har et særligt behov for et samarbejde mellem lokalpsykiatri og jobcenter. Deltagerenes udsagn peger i retning af, at det skal vurderes i hvert enkelt tilfælde. Det vil bygge på et skønsspørgsmål fx, når kommunikationen mellem

borger og jobcenter er *"kørt i hårdknude"*, som det udtrykkes af en psykiatrimedarbejder, eller hvor der kigges på, om borgeren har haft gentagne sygemeldinger. Det vil sikre, at der ikke bruges unødige resurser, men skaber samtidig en risiko for en uens behandling af borgere og potentiel negligering af borgerens egne ønsker.

Borgerens forslag til forbedringer af samarbejdet

Ved spørgsmålet om at forløbsprogrammet kunne forbedres i den fremtidige forankring, giver borgere nogle forskellige bud, som egentlig ikke er relateret specifikt til forløbsprogrammet, men nærmere til det samlede forløb fra perioden op til sygemeldingen og frem til, hvor de befinder sig i dag. For eksempel peger flere på, at samarbejdet med de praktiserende læger bør forbedres. Det gælder i forhold til, at behandlingen hos lokalpsykiatrien ikke er kommet hurtigt nok i gang og som f.eks. har betydning i forhold til at identificere den rette medicin. Det gælder også i forhold til samarbejdet med jobcenteret, hvor en informant fortæller: *"Min læge havde skrevet til jobcenteret, at jeg skulle have fuldstændig ro i 4 måneder. Og det første møde jeg er på jobcenteret, bliver jeg foreslået det her Quick Care og hvor jeg lidt tænker, egen læge har godt nok skrevet, men ok jeg må hellere sige ja. Men det endte jo også med, at jeg måtte stoppe og gå til egen læge igen"* (borger). Hun følte sig presset ud i et tilbud, som hun ikke kunne magte eller afvise. Et samarbejde mellem lægen og jobcentret ville i hendes optik kunne have sparret hende for en ubehagelig oplevelse med endnu et nederlag og en forsinkelse af hendes samlede forløb.

Flere giver udtryk for at have brug for hjælp til at *"trykke på de rigtige knapper"* i forhold til at udfylde diverse papirer og formularer korrekt. Ikke blot for én selv, men også for at arbejdsgiveren får gjort tingene korrekt. Andre beskriver proceduren ved at sygemelde sig som *"en jungle, man let farer vild i"*. Endelig er der ønske om, at *"nogen tar' over for en"* og hjælper i forhold til at tage kontakt til de forskellige myndigheder på de rigtige tidspunkter. En forklarer for eksempel, at hun: *"Var nået til et punkt, hvor jeg ikke en gang orkede at åbne computeren. Det kunne en mentor have hjulpet mig med, når der kommer noget fra min arbejdsgiver eller pensionsselskab. Jeg kunne bare ikke overskue det, så det blev bare liggende i min e-boks"* (borger).

Endelig beskrives både arbejdsgiveren og pårørende som aktører, der kan spille en mere central rolle. Spørgsmålet om inddragelse af pårørende er tvetydigt. Det er allerede almindelig praksis, at borgeren kan invitere en bisidder med til møder i både lokalpsykiatri og ved jobcenter. For nogen er det en god idé, at pårørende både kan fungere som et ekstra sæt 'ører' og hvor de kan understøtte pågældende om at få det vigtige sagt. Særligt én informant har haft gavn af at have pårørende med som deltager i møder hos lokalpsykiatrien. Hun havde vanskeligt ved at få sagt, hvor dårligt hun havde det, og her hjalp pårørende ved at understrege, at hun faktisk havde det virkelig slemt. En anden fortælling

omhandler, at pårørende er blevet vrede i samarbejdet med jobcenteret og således har været mere til besvær end til gavn. Der kan også være et ønske om at skåne pårørende og derfor fravælges de som bisidder til møder. Et lige så broget billede er samarbejdet med arbejdsgiver. Nogle borgere beskriver, at de har følt sig støttet af både arbejdsgiver og kollegaer, mens andre beskriver, at de har følt at arbejdsgiveren gerne ville af med dem, at de ikke har samarbejdet med jobcenteret og ikke overholdt aftalerne.

Borgerens perspektiv

De seks borgere, der er inkluderet i denne interviewundersøgelse og som har været deltagere i forløbsprogrammet, gav alle positive tilbagemeldinger. Det gælder både i forhold til at føle sig inddraget og i relationerne til pågældende sagsbehandler fra jobcentret og medarbejder fra lokalpsykiatrien. Vi skal i det følgende se nærmere på hvilke kvaliteter, der har været for borgeren i samarbejdsprojektet og de udfordringer, der har været gennem deres sygemeldingsforløb.

Inklusion i forløbsprogrammet på det rette tidspunkt?

De borgere, der indgår i interviewene, er alle blevet inkluderet i forløbsprogrammet af lokalpsykiatrien, mens det har varieret, hvornår de har modtaget invitationen. I det samlede billede af inklusionsproceduren i forløbsprogrammet fremgår det dog, at invitationen kan komme enten fra jobcenteret eller lokalpsykiatrien (Bilag 1). Flere borgere gav udtryk for, at de følte, at de var blevet introduceret ordentligt til forløbsprogrammet på et tidspunkt i deres sygdomsforløb, hvor de havde følt sig parate til at tage stilling til deltagelsen. De har også følt, at kontaktpersonen fra lokalpsykiatrien har haft en god fornemmelse for, om pågældende borger var parat. Én udtrykte ønske om, at hun gerne ville være inkluderet tidligere i forløbet, da hun havde haft mange bekymringer omkring økonomi og krav: *"Det skulle måske være sådan, at man bliver tilbudt det forløbsprojekt i starten af sin sygemelding. Jeg tænker efter 3-4 gange i lokalpsykiatrien. Det vil være en god idé for sådan nogen som mig, der går og spekulerer over sygedagpenge og resurseforløb. At man allerede fra starten ved, hvad udsigten vil være"* (borger).

Mens en anden gav udtryk for, at hun mest sagde ja, fordi hun på det tidspunkt ikke havde lært at sige nej. Det var en central problemstilling for hende og mange andre, der var ramt af depression/angst, at de havde vanskeligt ved at afgrænse sig og ofte ikke var i stand til at sige fra. Det kan være et dilemma i forhold til, at det er den enkelte medarbejder, der vurderer, hvornår borgere er klar til at blive introduceret til forløbsprogrammet. På den ene side er det et professionelt skøn, som kan variere ift. hvilken medarbejder, der er tale om, men som samtidig tager individuelle hensyn til den enkelte borgers parathed. På den anden side, betyder det, at inklusionen ikke foretages stringent. I implementeringsforløbet har selve inklusionsproceduren derfor ikke været ens. Det kan have

betydning for sammenligningen af de enkelte forløb. I det samlede billede af borgerens oplevelse, kan det være en fordel, at inklusionen tager højde for borgerens parathed fremfor at følge et bestemt tidskrav. Såfremt forløbsprogrammet bliver en fast arbejdsrutine, vil det være mest naturligt, at borgeren fra starten informeres om samarbejdet mellem lokalpsykiatri og jobcenter.

Planlægningsmøder

Et tilbud, som del af forløbsprogrammet, er, at borgere selv må bestemme hvor planlægningsmøderne skal afholdes. De fleste vælger at afholde mødet i lokalpsykiatrien. Det hænger sammen med, at de føler sig trygge gennem deres nære relation til deres kontaktperson i lokalpsykiatrien og ved at stedet ikke associeres med krav. En informant påpeger dog, at hun skammer sig ved at komme på jobcenteret: *"Jeg skulle samle kræfter til at gå indover dørtrinnet. Jeg var bange for, at jeg mødte nogen jeg kendte og som ville tænke, at nu var jeg nok blevet arbejdsløs, at jeg ikke var klog nok til at klare mig selv"* (borger). Hun gør det samtidigt klart, at det er fordomme, som hun selv har.

Selve planlægningsmøderne opleves som positive og konstruktive og flere borgere har haft en forventning til, at samarbejdet vil forbedres: *"I stedet for at jobcentret trækker til højre og lokalpsykiatrien til venstre"*, som en informant formulerer det og *"Det giver en eller anden form for ro indeni, at man ved, at alle parter er enige i, hvad vi arbejder hen imod"* (borger). Yderligere er der en forventning til, at man ikke behøver gentage sig selv flere gange, som hvis man skulle have afholdt adskilte møder, hvilket opleves som tidsspilde og kilde til misforståelser.

Brugen af både dagsorden og referat har været gavnlig og særligt dagsordenen har været vigtig i forhold til, at borgeren har været forberedt på, hvad der skulle ske på mødet (bilag 2). Det opleves som særligt vigtigt, da flere giver udtryk for, at de befinder sig i en sårbar situation i forhold til, hvad de kan rumme i kraft af deres diagnose og i forhold til, at de bekymrer sig om de krav, jobcentret stiller. En enkelt beretter at hun ikke har modtaget en dagsorden. Referatet opleves ligeledes som positivt, hvor indholdet har svaret til, hvad informanten har oplevet skete på mødet og at sproglige formuleringer gjorde brug af borgerens egne ord.

Det typiske møde beskrives at foregå hos lokalpsykiatrien. Det varierer i forhold til, hvornår mødet afholdes, altså om borgeren selv har haft indflydelse på tidspunktet. Som oftest er det sagsbehandleren fra jobcenteret, der er ordstyrer ved mødet men også dette beskrives forskelligt af informanterne. Overordnet er oplevelsen ved planlægningsmøder positiv: *"Jamen, jeg synes, det er betryggende, at vi kan have den her fælles samtale, hvor vi alle tre er der og hvor man ligesom kan høre, hvordan de snakker til hinanden, hvad der bliver noteret og hvad deres planer er"* (borger). Flere gjorde som sagt opmærksomme på, at de var bekymrede over et samarbejde med jobcentret, mens de ved

planlægningsmøderne oplevede, at sagsbehandlere var hjælpsomme i forhold til at forklare lovgivningen og de muligheder man havde og i forhold til, at de også udviste empati for borgeren.

Relationen til jobcenteret: Fra utryghed til tillid

Relationen til jobcenteret beskrives meget varieret, men det overordnede er, at borgerens oplevelse af jobcenteret formes som mere tillidsfuld i kraft af forløbsprogrammet. Det typiske billede er, at borgeren inden de er blevet inkluderet i forløbsprogrammet, allerede har haft flere møder på jobcenteret og med flere forskellige sagsbehandlere. Dertil kommer at gennem medierne og gennem deres eget netværk kender borgerne til flere eksempler på, at nogle har følt sig pressede og uretfærdigt behandlet af jobcenteret. Hvorvidt, det er korrekt eller ej, er ikke vigtigt her, blot skal konstateres, at dette ry har indflydelse på, med hvilken tillid og åbenhjertighed man møder jobcenterets medarbejdere: *"Jeg har det skidt med at være ærlig overfor jobcenteret, jeg føler, at man bare hurtigt skal ud igen at arbejde"* (borger) en anden fortæller at: *"Det var mere mig selv, der sådan var bange for at møde dem, fordi jeg er jo ikke kendt i systemet på den måde. Og jeg tænker, de historier man hører, det er jo dårlige historier, og så skal man det og man bliver presset ud og jeg skal komme efter dig. Det fyldte rigtig meget for mig og det stressede mig enormt meget"* (borger).

Andre føler, at de ikke er blevet lyttet til, at de er blevet mødt med mistillid, at de har haft mange sagsbehandlerskift, har oplevet store forskelle i behandlingen i forhold til, om det var et samarbejde med en praktikkonsulent eller en sygedagpenge-sagsbehandler, eller at de er blevet presset i aktivering eller presset i antallet af timer, som de skal være i praktik i. For mange er det derfor vigtigt, at jobcenteret agerer som en positiv rollemodel, hvor: *"Kommunen starter med at være respektfuld og imødekommende, så går det også den anden vej, altså så møder borgeren også kommunen på den måde"* (borger).

Grundet disse dårlige erfaringer, har det derfor også været en stor støtte, at borgeren har kunnet afholde møder, hvor en psykiatrimedarbejder har været tilstede, og som har haft betydning for, at borgeren nu oplever jobcenteret helt anderledes og mere positivt: *"Men jeg skal være ærlig at sige, at jeg har også haft den dér, at de var skurken, det var dem, der var de hårde og ikke lyttede. Men jeg synes, det er blevet bedre i forbindelse med det her. Det er som om, de er blevet gjort mere opmærksom på det og de lytter bedre til folk. Jeg er helt sikker på, det er de her love, regler og paragraffer, der gør, at de er nødt til at være lidt hårde en gang imellem. Men for os borgere vil det hjælpe rigtig meget, hvis de var lidt mere menneskelige"* (borger).

Der er mange positive tilbagemeldinger fra borgerne, hvor de føler, de er blevet mødt med forståelse og respekt af jobcentret. En af informanterne fortæller, at hun deltager i møder med sin sagsbehandler

uden at hendes kontaktperson fra lokalpsykiatrien er tilstede. Hun fortæller: *"Jeg har været positivt overrasket, jeg tænkte, at jeg skulle ned og så ville der være én, der sad og dikterede hvad jeg skulle og ikke skulle. Men hun sagde efter 5 minutter: Jeg kan godt se på dig, at du ikke har det godt og selvom jeg kan tilbyde dig en hel masse ting, så vil jeg ikke gøre det lige nu. Hun har også sagt, at jeg bare skal ringe, når jeg føler mig klar, men at jeg først skulle have snakket med lokalpsykiatrien derom"* (borger).

Et af incitamenterne for forløbsprogrammets tilblivelse var netop at styrke, at borgeren bliver set og hørt særligt i forhold til samarbejdet med jobcenteret. I forhold til borgerens oplevelser af forløbsprogrammet, er dette blevet imødekommet. Det kan dog ikke udelukkes, at nogle borgere føler, at forløbsprogrammet ikke har styrket deres relation og tillid til jobcenteret, da ikke alle forløbsprogramsdeltagere indgår i evalueringen.

Relationen til psykiatrien i samarbejdet: En støttende funktion

Borgernes relation til deres kontaktperson i lokalpsykiatrien er baseret på tillid. Her oplever borgeren at blive mødt med respekt og hvor de trygt kan tale om familieforhold, arbejdsliv, diagnose, medicin, behandlingsforløb, jobcenteret og kontakt til andre myndigheder. Her er der frihed til at sige, hvad man vil uden at *"der er nogle love og paragraffer, der dunker dig i hovedet, hvis du siger det forkerte"* (borger). Borgernes relation til psykiatrien omfatter også en høj grad af oplevet inddragelse, hvor de selv har haft indflydelse i forskellige forhold lige fra mødetilrettelæggelse til beslutninger, om man skal sættes op eller ned i medicindosis og at man blot kan *"ringe eller skrive, hvis man har en dårlig dag eller hvis man har brug for at snakke"*. Denne grundlæggende tillid er afgørende for, at planlægningsmøderne ofte vælges at blive afholdt hos lokalpsykiatrien. Lokalpsykiatrien bliver også associeret med en mere uformel og afslappet mødestil, hvor rummets indretning har indflydelse på, at man slapper af: *"Jeg kan godt lide at være her, fordi jeg synes, det er mere uformelt. Altså nede på jobcenteret foregår møderne jo ved et skrivebord med en computer foran og det er jo de vilkår, der er. Men inde hos min kontaktperson, der sidder vi i en sofa og en stol rundt om et bord. Det føles bare sådan lidt mere imødekommende, ikk'?"* (borger).

I forhold til selve samarbejds møderne med jobcenteret, har tilstedeværelse af kontaktpersonen fra lokalpsykiatrien en støttende funktion. De repræsenterer en faglighed, som bevirker, at deres ord har tyngde i forhold til, om borgeren er rask nok til at tage imod et aktiveringstilbud og i forhold til de tanker, der kan dukke op efter et møde med en jobcentermedarbejder: *Det er min tryghed altså, hun har bare fagligheden som gør, at vi kan snakke om alle de her tanker, der kommer efter et møde"* (borger).

Psykiatriens rolle er grundlæggende at være buffer i forhold til de krav, der stilles fra jobcenterets side. Men det kan også betragtes af borgere, som at være for passiv en rolle, hvor deres psykiatriske viden ikke kommer helt i spil, særligt i forhold til, hvad diagnosen betyder for den enkeltes tilknytning til arbejdsmarkedet. Her beskrives det som, at psykiatrien har berøringsangst i forhold til arbejdsmarkedet, at man beskytter patienten for meget og ikke har forventninger til, at borgeren kan bidrage på arbejdsmarkedet eller mærke, hvad der er bedst for sig selv: *"Altså, psykiatrien har sådan en misforstået hynsyntagen, og har ikke tillid til, at mennesker med psykiske sygdomme faktisk godt kan komme sig og man kan have et arbejde, altså tage ansvar for sig selv, men der er sådan en formynderisk tilgang til, at psykiatriske patienter ikke kan vurdere egen situation"* (borger).

Det skal her understreges, at dette udsagn ikke vedrører oplevelsen af forløbsprogrammet specifikt, men nærmere er en refleksion over psykiatriens generelle rolle overfor borgere.

Psykiske lidelser som tabu

Gennem behandlingen har informanterne erfaret og erkendt, at de skulle have reageret tidligere på deres symptomer ved fx at tale med pårørende omkring det eller ved at søge lægehjælp i bedre tid, ved at være ærlige og at lære at lytte til sig selv. Deres egne refleksioner omkring dette tillægges dels deres personlighed, illustreret gennem følgende citater: *"Jeg vil hellere have, at jeg skal hjælpe andre fremfor at der er mig, der får hjælp"* (borger). *"Jeg kunne ikke selv indrømme, at jeg havde det skidt"* (borger) og *"normalt er jeg et lukket menneske, der ikke har lyst til at tale med folk"* (borger). Der kan også være omstændigheder, der gør, at man har vanskeligt ved at sige fra af hensynet overfor sine nærmeste. To af borgerne fortæller, at de i tiden op til sygdommeldingen har været presset af sygdom i den nære familie og at det har betydet at: *"Jeg er selv blevet ramt, fordi jeg har tænkt på andre før mig selv"* (borger).

Andre tilskriver arbejdspress som medvirkende årsag til depression og at man ikke har erkendt og været i stand til at sige fra overfor arbejdsgiveren i tide. Samtlige borgere påtager sig et ansvar i forhold til ikke have sagt fra i tide overfor pårørende eller arbejdsplads og ønsket er at blive bedre til det fremadrettet. Disse refleksioner kan rejse spørgsmål om ansvarsplacering, som ikke gavner den enkeltes situation, og som kan resultere i skyldfølelse over ikke at have søgt hjælp i tide. Mens det er et spørgsmål om at balancere mellem, på den ene side at styrke sin egen rolle i forhold til at magte at kunne sige fra og samtidig ikke bebrejde sig selv for manglende evne hertil. Der ligger også en samfundsmæssig opgave i forhold til at afstigmatisere psykiske lidelser. Flere af borgerne omtaler det at have en psykisk lidelse som skamfuld og et tabu, man ikke taler om. Selve det at skulle i behandling hos lokalpsykiatrien opleves som skamfuldt eller som én udtrykker det: *"At blive henvist til psykiatrien, så er man altså virkelig syg"* (borger) og man kan være *"angst for at møde nogen man kender"* (borger). Mens denne problemstilling ligger udenfor projektets formål og derfor vanskeligt lader sig behandle i

denne rapport, understreger det, at depression, angst og andre psykiske lidelser ikke kan ses som individuelle og isolerede fænomener. En succesfuld håndtering af psykiske lidelser hænger derfor også sammen med samfundsmæssige strukturer og normer, der vanskeligt lader sig integrere i individuelle tiltag.

Tættere på arbejdsmarkedet?

Et langsigtet mål ved forløbsprogrammet har været at øge tilknytningen til arbejdsmarkedet. Der har fra starten ikke været sat nogle målbare parametre herfor, hvorfor spørgsmålet må besvares med udgangspunkt i deltagernes perspektiv og refleksioner i relation til betydningen af den værdi, arbejdslivet tilskrives.

For borgere, der bliver sygemeldte med angst/depression, er sygemeldingen ikke blot et spørgsmål om at forlade arbejdsmarkedet for en stund. Af de seks deltagere er ingen kommet i ordinært arbejde igen, da flertallet stadig er i resurseforløb. Nogle af informanterne har erkendt, at de ikke kan vende tilbage til det arbejde, de forlod. Det kan f.eks. handle om et behov for struktur og rutiner, som arbejdsstedet ikke kan tilbyde pga. skiftende arbejdstider, en presset arbejdshverdag eller mange akutte arbejdsopgaver. Her er der behov for afklaring i forhold til, om man kan vende tilbage til den arbejdsplads, man blev sygemeldt fra, om man kan komme på nedsat tid, flekstid eller skal omskoles og her spiller økonomien naturligvis også en rolle.

Nogle beretter om, at deres intention var at vende tilbage til arbejdet hurtigst mulig, men at dette blev frarådet, primært af deres kontaktperson hos lokalpsykiatrien, da det fra et helbredsmæssigt synspunkt ville være u hensigtsmæssigt. Nogle har derfor et behov for, at de bliver 'holdt tilbage' og understøttet i at holde sig i ro.

De inkluderede borgere føler sig hjulpet i forhold til en afklaring om fremtiden på arbejdsmarkedet. En fortæller, at jobcenteret har været gode til at fortælle om muligheder og at hun sammen med en medarbejder fra lokalpsykiatrien har fået italesat sine ønsker for et fremtidigt job, hvilket vil indebære en omskoling. I det perspektiv anskues forløbsprogrammet som givende et mere bæredygtigt resultat på længere sigt: *"Man finder ud af, at jobcenteret ikke er så farlige igen, de vil ikke bare 1,2,3 smide dig ud i arbejde igen. Der er nogle muligheder for, at de også er med én, og vil gøre alt for, at man kommer ud på den anden side. Så kan du faktisk være dét længere på arbejdsmarkedet fremfor, at du skal ind og ud af systemet, ikk'?"* (borger).

For flere er der en angst forbundet med at vende tilbage til arbejdet igen. For nogen hænger det sammen med tvivl, om de har tilstrækkelig styrke til at kunne sige fra overfor arbejdsmarkedets krav. Andre føler sig ikke raske nok til det: *"Bare tanken om at skulle rumme et arbejde, bare det, at skulle*

sige det højt, så får jeg næsten en klump i halsen og ondt i maven" (borger). For andre handler det om tvivl, om man kan håndtere det ansvar, der følger med arbejdet og særligt hvis man arbejder indenfor omsorgsfagene, som flere af borgerne kommer fra. Her kan det også være svært at erkende, at man måske ikke kommer tilbage igen til sit fag: *"Altså et eller andet sted gør det ondt ind i hjertet, det er et job jeg har været rigtig glad for. Jeg er sådan en omsorgsperson. Det er svært at forholde sig til, at det skal jeg ikke mere* (borger)". Her er det selve arbejdsidentiteten, der er sat i spil, hvor der i kraft af sygdommen føjes endnu en dimension til den svære proces, det er at blive klar til arbejdsmarkedet igen: At man også skal arbejde med at redefinere sig selv fra omsorgsperson til noget andet og ukendt. I den optik er processen med at komme tilbage en transformationsproces, der indebærer en omvæltende forandring for den enkelte i forhold til beskæftigelse men også i forhold til, hvordan man forstår sig selv.

Psykiatrimedarbejderes erfaring

Arbejdsdelingen ved planlægningsmøderne: Hvem er mødeleder?

Overordnet værdsættes samarbejdet og der er mange gode eksempler på, at det fungerer godt, bl.a. har det betydet at man føler sig mere tryk ved at komme på jobcenteret og at der er *"flere kendte ansigter"*. Nogen synes, de har fået mere viden om organiseringen i jobcenteret, lovgivningen og arbejdsgangene, mens andre ikke synes, samarbejdet har tilført ny viden. Flere påpeger, at samarbejdet har eksisteret forud for forløbsprogrammet; blot i en mere ustruktureret form og kun praktiseret efter borgerens behov. Hvorvidt det fungerede, blev beskrevet som afhængig af *"den gode kemi"* mellem sagsbehandler og psykiatrimedarbejder.

Medarbejdere fra psykiatrien følte sig generelt godt introduceret til projektet og at projektet blev prioriteret af ledelsen. En udfordring er dog det tidsmæssige perspektiv, hvor det opleves som vanskeligt at overholde de givne tidsfrister i forløbsprogrammet. Nogle udtrykker, at de har brugt meget krudt på at henvise patienter til forløbsprogrammet, men at jobcenteret ikke har reageret derpå og at tidsfristen dermed ikke er blevet overholdt. Tiden er også en udfordring i forhold til at finde fælles mødetidspunkter med jobcenteret og det blev foreslået, at man kunne arrangere kalenderdeling, så man hurtigt finder overblik over ledige mødetidspunkter.

Planlægningsmøderne opleves forskelligt alt efter hvilken borger, der er tale om og hvilken sagsbehandler, der samarbejdes med. Flere beskriver, at dagsordenen har været god at arbejde med, at den har sikret et konkret udgangspunkt for samtalen, som samtidig giver plads til fleksibilitet efter borgerens behov. Andre udtrykker bekymring om, at dagsordenen primært opfylder jobcenterets målsætning: *"Jeg kunne godt frygte lidt, at den her dagsorden afspejler for meget jobcenterets dagsorden,*

fordi vi har nogen, som ikke kan fungere ud fra de forventninger. Der kan ske en diagnoseændring, som gør, at forløbet forlænges og det skal jo selvfølgelig italesættes på mødet” (psykiatrimedarbejder).

En for fastlagt tidsplan kan også være vanskelig at praktisere. Her er der naturligvis et hensyn at tage til borgerens sygedagpengeforløb, hvor tidsfrister skal afholdes og det derfor kan være en fordel at mødes tidligt i forløbet. Omvendt bør der også være nogle overvejelser om, der er en vis fleksibilitet omkring dette, da nogle borgere har særlige behov, der bør tilgodeses. Inklusionen af borgere til forløbsprogrammet kan både komme fra jobcenteret og psykiatrien, mens det som udgangspunkt er jobcenteret, der indkalder til møderne og sender dagsorden og referat til borgere. Det kan give en fornemmelse af at være afventende og uden for indflydelse, da det er sagsbehandleren, der oftest fungerer som ordstyrer under mødet på trods af, at møderne ofte foregår i lokalpsykiatrien.

Det er imidlertid uklart, hvem der oprindeligt var tiltænkt ordstyrerfunktionen til møderne. Nogle gør opmærksomme på, at det er jobcentermedarbejdere, men at det ikke altid forholder sig sådan i praksis: *”Jeg synes i praksis, er det svært at holde den arbejdsdeling og det kan afspejle, at det måske i virkeligheden er en lidt kunstig forestilling” (psykiatrimedarbejder).* Andre har opfattelsen, at det er psykiatrimedarbejdere, der har ordstyrerrollen, men at de har frabedt sig den rolle, da de mener, at dagsordenen afspejler jobcentrets ønsker mere end psykiatriens: *”De sagsbehandlere jeg har holdt møder med, der har vi været enige om, at det er meget kommunens spørgsmål og for mig er det vigtigt, at jeg har en bærende relation til patienten, så jeg kan hjælpe dem videre i behandlingen. At jeg skal sidde og stille spørgsmål, der omhandler deres arbejdsmæssige fremtid, og lægge det pres på dem, som de jo ofte føler kommunen gør. Det vil jeg ikke” (psykiatrimedarbejder).* I hendes optik tjener spørgsmålene i dagsordenen kommunens dagsorden, men har ikke relevans for den behandling, hun giver patienten.

En psykiatrimedarbejder mener, at hendes rolle er lidt uvant under planlægningsmødet i forhold til formen. Hun er selv vant til at arbejde mere ustruktureret og lader ofte selve situationen afgøre, hvordan et møde med en patient skal forløbe. Hun mener også, at for patienten, kan det måske være vanskeligt at se hende i den sammenhæng, hvor hun skal forholde sig til arbejdsmarkedsspørgsmål.

Støttefunktion for borgere og for jobcenteret

Det opleves, at jobcenteret har en autoritær rolle i kraft af, at de skal følge lovgivningen og at de *”selvfølgelig har et stort fokus på, at patienten hurtigst muligt skal tilbage til arbejdet” (psykiatrimedarbejder),* men at det kan variere i forhold til, om patienten er sygemeldt eller er i ressourceforløb, hvor der typisk er bedre tid. Der er stor forståelse for, at sagsbehandlere naturligvis skal leve op til lovgivningen og der er en anerkendelse af, at det er: *”Hårdt at sidde dér med et menneske, der har det dårligt og så sige du skal ud og hvis ikke, så får du mindre penge. Bum. Altså de er jo nødt til at være kolde for at overleve. Altså, hvis de begynder at få medlidenhed, de kan jo ikke ændre*

på lovgivningen. Der er vi sådan mere bløde her. Jeg ku forestille mig, at det er hårdt at arbejde på jobcenteret.” (psykiatrimedarbejder).

Myterne om sagsbehandlere som hårde og kyniske eksisterer og nogen refererer til, at de selv har fået bekræftet disse myter, hvor sagsbehandlere har overhørt borgere og presset borgeren op i tid. Omvendt er der også en oplevelse af, at denne myte ikke holder længere, at der er masser af eksempler på empatiske sagsbehandlere, og at de har en bedre forståelse for at arbejde med psykisk syge patienter og gerne tager gode råd fra psykiatrimedarejdere. Der er med andre ord et meget nuanceret billede af, hvordan man opfatter sagsbehandlere.

Overordnet ser medarbejdere fra psykiatrien sig selv som patientens bisidder, som fagligt kan understøtte, at patienten ikke sendes i aktiveringstilbud, før hun er klar til det. Her bliver der gjort opmærksom på, at det bunder i en faglighed og at deres opgave er at få formidlet faglig viden til jobcentermedarbejderen i forhold til patientens diagnose, behandling og prognose. De er også bevidste om, at det kan være en balancegang: *”Os fra psykiatrien, vi er nogle gange for gode til at passe på vores patienter. Nogle gange, men ikke alle. Det er også svært at skubbe dem, for vi vil også gerne have, at de har det lidt bedre, inden de måske oplever et nederlag”* (psykiatrimedarbejder). Der er en oplevelse af, at forløbsprogrammet er godt for patienten, som får mere ro og støtte, og endda er i stand til at udvise mere mod i forhold til at ytre sine ønsker og behov til møder, hvor også jobcenteret er repræsenteret.

Der bliver fremhævet, at overfor patienten holder man nogle gange igen, hvis denne giver udtryk for gerne at ville hurtigst muligt tilbage. I nogle tilfælde er det ikke gavnligt og kan hænge sammen med, at patienten mangler erkendelse omkring sin egen formåen. I andre tilfælde kan man godt opmuntre patienten til at tage imod et tilbud, men det er et skøn og baserer sig på den relation, man har til patienten, som gør én i stand til at vurdere, hvor meget hun kan magte.

Nogen har erfaret, at deres egen rolle har ændret sig i samarbejdet, hvor man fremfor at agere støtteperson for patienten bliver en slags støtte for jobcentermedarbejdere. Gennem samarbejdet får man fremhævet overfor borgeren, at jobcenteret også har et menneskeligt ansigt og vil dem det godt. Nogen betragter den rolle som passende i forhold til, at det beroliger patienten: *”Når patienten kan se, at vi vil det samme, at vi har samme dagsorden, så giver det dem ro, når vi sidder og siger det samme, altså det er ikke godt for dig at sidde hjemme i sofaen og du skal ikke i praktik i 37 timer, vi tager det stille og roligt. Det giver ro, altså”* (psykiatrimedarbejder).

Andre opponerer imod, at *”skulle gøre kommunens arbejde”* (psykiatrimedarbejder). Her henvises der særligt til, at siden jobcenteret har et dårligt ry og at de har indflydelse på, hvordan et samarbejde

forløber med borgeren, betragtes det som kommunens eget ansvar og opgave at fremme tilliden mellem borger og jobcenter.

Tilbage til arbejde: Et fælles mål?

Det udfordrende ved samarbejdet hænger sammen med det skarpe fokus på arbejdsmarkedet og for nogen er det en ny retning at arbejde med. Tidligere har man betragtet det at komme tilbage til arbejde som noget, der automatisk fulgte med, når patienten var velbehandlet. Derfor tager samarbejdet for nogen ikke udgangspunkt i, at der er et fælles mål: *"Men generelt er det sjældent, altså, jeg tænker på behandlingsmålene herfra, det er jo sjældent, at patienterne siger, at jeg har det godt, når jeg kan arbejde igen."* (psykiatrimedarbejder). På den anden side anerkendes det, at kommunen og psykiatrien ønsker det samme for borgeren: *"Vi ønsker, at den her patient er velbehandlet, har det godt og kan komme ud at leve sit liv. Og det indebærer også et arbejde. Men mit fokus er jo, at behandle patientens psykiske lidelse og ikke nødvendigvis et arbejde, for det ved jeg, at patienten måske ikke lige magter her og nu. Vi skal selvfølgelig arbejde i samme retning, men med hvert vores udgangspunkt. De skal holde sig til deres paragraffer og aktivering og jeg skal støtte patienten og holde fokus på, hvad patienten kan"* (psykiatrimedarbejder).

Tesen om, at man skal indgå samarbejdet, som om man var et team, kan være uforenelig med den måde, hvorpå man anskuer sin egen fagidentitet og det primære mål, man ser som sit arbejde, nemlig at behandle patienten: *"Jeg synes også, det kan være lidt blåøjet at sige, nå, ja så sørger jeg for, at patienten kommer i arbejde. Og så bliver det sådan en flad snak, synes jeg i stedet for at tage en reel diskussion om, hvordan det er, at vi når derhen og hvad er det udover, at folk skal komme ud i arbejde. Og det er ikke fordi, jeg ikke vil det. Jeg kan godt lide nye ting, men jeg kan godt lide, når jeg forstår meningen med det. Jeg synes, vi bruger alt for meget krudt på det ift., hvad får jeg ud af det. og det er selvfølgelig patienten, der skal have noget ud af det. Det kan jeg bare ikke helt få øje på. Sådan altid"* (psykiatrimedarbejder).

En enkelt beskriver det som, at parterne har *"vidt forskellige kulturer"* og én kæder vanskeligheden ved samarbejdet sammen med, at der er tale om to forskellige typer af mennesker: Om man vælger at blive socialrådgiver og skal håndhæve en lovgivning eller om man vælger at arbejde indenfor psykiatrien.

Omvendt beskrives samarbejdet som, at man nu samarbejder om et fælles mål modsat tidligere: *"Fokus er nok bare blevet lidt andet nu, det er et fælles mål, hvor man før måske har samarbejdet lidt sådan, nu skal du høre, det her er en depressiv lidelse, vi forventer, at den her patient skal have medicin x antal morgener og får det godt om så og så lang tid. Hvor vi nu mere lytter til patienten og hører om mål og ønsker fremadrettet i forhold til samarbejdet med kommunen også"* (psykiatrimedarbejder).

Her betragtes den fælles målsætning som værende borgerinddragelse, at borgeren skal føle sig set og hørt i samarbejdet, hvor borgeren betragtes som et helt menneske med berøringsflader i forskellige systemer. Der er konsensus omkring, at borgerne oplever at være blevet inddraget og at samarbejdet har været positivt for borgerne. Samtidig er psykiatrimedarbejdere bevidste om, at nogle borgere skal hjælpes og motiveres til at tage beslutninger, særligt i begyndelsen af behandling, hvorimod nogen ikke er i stand til at tage en beslutning om, *"de gider have æg til morgenmad eller ej"*. Her er det væsentligt, at psykiatrien bliver patientens advokat og informerer patienterne grundigt, så de på den baggrund kan træffe beslutninger.

Jobcentrets erfaringer

At samarbejde med borgere, der har en psykisk lidelse

Jobcentermedarbejdere oplever, at der i stigende grad er sygemeldinger med årsag i psykiske lidelser. De har derfor en god erfaring med at håndtere borgere med psykiske lidelser. Deres syn på dette samarbejde varierer. Jobcentermedarbejderes primære opgave er at få borgeren i beskæftigelse igen og den opgave, der ligger i at få dem afklaret, er meget forskellig. Her er det ikke den egentlige diagnose, der er afgørende, men nærmere hvad lidelsen betyder for funktionsevnen og hvordan borgeren mestrer at have lidelsen. Det opleves, at det for nogle borgere kan være særdeles grænseoverskridende, at skulle ud i arbejdslivet igen og nogle jobcentermedarbejdere er i sådanne tilfælde tøvende i forhold til at presse på, da de ikke kan se et formål med at presse borgeren i retning af et nederlag: *"Det kan godt give bagslag. Jeg har hørt mange fortælle om, at de været til en eller anden familiesammenkomst og det har bare været så forfærdeligt for dem, de får kvalme, de får hovedpine og de kan slet ikke overskue noget. Så det er meget et skridt frem og to tilbage"* (jobcentermedarbejder).

Der er grundlæggende en anerkendelse af, at borgere befinder sig i en svær situation, at det kan være udfordrende for borgere blot at møde op på jobcenteret og at de måske har ligget søvnløse hele natten. Det hænger både sammen med, at borgeren har en angstdiagnose, men det hænger også sammen med at jobcenteret har et dårligt ry og gennem medier ofte præsenteres som skurk. Her er jobcentermedarbejderens rolle at berolige borgeren og udvise empati: *"Jeg kan godt forstå, det kan være frustrerende og betyder noget for din økonomi, men jeg kan hjælpe dig. Jeg kan ikke gøre for, at lovgivningen er sådan her, men jeg kan hjælpe dig med, at du kommer bedst muligt igennem det"* (jobcentermedarbejder).

I situationer, hvor borgeren er bekymret og bevidste om den myndighedsrolle sagsbehandleren har, er det væsentligt at vurdere om: *"Borgeren taler mig efter munden for så, siger jeg, at borgeren skal mærke efter, altså jeg slår aldrig over i sådan noget terapi-noget"* (jobcentermedarbejder). Her fremhæves det, at man skal holde en professionel distance: *"Der er mange ting, der er overflødige for mig i forhold til*

min vurdering af sagen. Jeg lytter selvfølgelig, men jeg vejleder dem også til at tale med en professionel. Og så gør jeg det klart, at vi er i et jobcenter og det er ikke nogen hemmelighed, at vores mål er at få borgeren i arbejde” (jobcentermedarbejder).

I selve arbejdet med borgerinddragelse handler det om, at møde borgeren med anerkendelse og respekt, som kan bidrage til, at man får en god relation og at borgeren føler sig tryk til at tale: *”For mig handler det om at finde ud af, hvad borgeren har været igennem og hvad borgeren selv tænker er vejen frem” (jobcentermedarbejder).* Der er en indstilling til, at borgeren føler sig bedre inddraget, når samarbejdet mellem jobcentret og lokalpsykiatrien fungerer godt, men at der også er nogle begrænsninger i forhold til, hvornår borgeren skal inddrages. Det kan fx være, når borgeren ikke er velbehandlet og dermed ikke er i stand til at håndtere samarbejds møderne. Jobcentermedarbejdere har også naturlige begrænsninger i forhold til, hvor meget man kan lade borgeren bestemme: *”Vi kan jo ikke efterleve alle krav” (jobcentermedarbejder).* Nogle gange er de også nødt til at træffe beslutninger, der kan være med til at bringe lys over borgerens arbejdsevne: *”Nu sidder vi jo med myndighedsrolle, så nogle gange er vi forpligtiget til at tage en beslutning, så vi kan bede borgeren om at gå til egen læge” (jobcentermedarbejder).*

Med inddragelsen følger også et ansvar i forhold til at følge behandlingen, tage sin medicin, møde op til aftalerne og at være åben og ærlig: *”Borgeren har jo et ansvar for selv at åbne munden og sige, hvordan de har det, men der er jo nogen, der har svært ved at være ærlige, når de møder os” (jobcentermedarbejder).* Borgere opleves som autoritetstro overfor læger og sundhedsfagligt personale og at deres ord, dermed har mere gyldighed end en sagsbehandlers. Det står desuden klart for jobcentermedarbejdere, at borgere er tættere knyttet til deres kontaktperson i lokalpsykiatrien og har nemmere ved at betro sig dem, netop fordi det ingen konsekvenser har for deres økonomi.

Teknikaliteter ved samarbejdet

Det er vigtigt at få fremhævet, at også jobcentermedarbejdere vil samarbejdet. Samarbejdet vurderes generelt som positivt og har genereret, at jobcentermedarbejdere har fået mere viden om behandlingsmuligheder og de vilkår, der arbejdes under i psykiatrien og ikke mindst at have fået sat ansigt på hinanden. Men der er også en fornemmelse af, at man ikke er blevet forberedt ordentligt til samarbejdet. Nogle erkender, at det hænger sammen med selve det, at skulle lave om på rutiner, altså at alle begyndelser er svære. Andre, at de ikke selv har haft tilstrækkelig mange borgere igennem forløbet, så de ikke har opnået den nødvendige erfaring.

Der har været stor usikkerhed omkring, hvorvidt man gjorde tingene rigtigt i forhold til at bruge de forskellige skabeloner og dokumenter. Særligt skemaet, hvor borgeren skal vurdere mødet på en skala

fra 1-10, blev vurderet som "underligt" og blev derfor ikke anvendt systematisk. Andre synes, at dagsordenen er "frygtelig kunstig" og at rækkefølgen af spørgsmålene er for rigide, og derfor ikke fulgt. Referater af planlægningsmøder anses også af nogen som et tidsspilde og betragtes som et dobbeltarbejde: *"Vi laver referatet under alle omstændigheder til vores eget system, da vi har pligt til at journalisere alt"* (jobcentermedarbejder).

Jobcentermedarbejdere oplever, at der har været udskyldelse af møderne pga., at borgere har haft det for dårligt. Forsinkelse i behandling fx ved opstart i gruppeterapi opleves også som et problem. Ind imellem har der også været forsinkelser i kommunikationen, hvor jobcentermedarbejdere ikke har modtaget de nødvendige informationer fra lokalpsykiatrien eller, at det kan ikke lade sig gøre at finde et mødetidspunkt i en overskuelig fremtid. I sidste ende kan det have konsekvenser for borgeren, som det understreges: *"I forvejen befinder sig i en sårbar situation"* og ventetiden derfor opsluger sygedagpengeperioden. Besværligheden ved at overholde tidsfrister hænger for nogle sammen med, at der er tale om to vidt forskellige arbejdskulturer og verdener. Her beskrives det, at kommunen er meget resultatorienteret, svarer lynhurtigt på mails, da de ofte skal forholde sig til tidsfrister, mens de i psykiatrien beskrives som procesorienteret.

Rollefordeling og forventninger ved samarbejdet

Som ovenfor beskrevet var det psykiatrimedarbejderes erfaring, at planlægningsmøderne blev styret af jobcentermedarbejdere. Der var ikke konsensus om, det var den oprindelige plan at rollefordelingen skulle være på den måde, men i praksis blev det sådan og i nogle tilfælde fordi, det ikke gav mening, at psykiatrimedarbejdere skulle styre mødet. Jobcentermedarbejdere fortæller, at der har været en del forvirring omkring, hvem der skulle lede møderne: *"Sådan som jeg havde forstået det, var det jo dem fra lokalpsykiatrien, som var ordfører og som ligesom vidste, hvad vi skulle snakke om. Det var så ikke min oplevelse af det, altså hun var lige så uvidende som mig og det endte faktisk med, at det var mig, der var tovholder"* (jobcentermedarbejder).

En anden fortæller, at hun møder op i lokalpsykiatrien og: *"Så kigger vi lidt på hinanden og jeg siger, jeg havde forstået det sådan, at jeg skulle være mødeleder og jeg skulle sende referatet ud. De siger så, ja, vi ved egentlig ikke helt, hvad det her går ud på. Så jeg prøvede virkelig at være rolig, for jeg synes ikke at man kan være det bekendt overfor borgeren"* (jobcentermedarbejder).

For nogen hænger ordstyrerfunktionen sammen med, at jobcentermedarbejdere er mere rutinerede i at arbejde tværfagligt, mens psykiatrimedarbejdere udelukkende har fokus på behandlingen. Der er her et ønske om, at psykiatrimedarbejdere kommer mere på banen ved møderne, hvor de kan fortælle mere om behandlingen, tidsperspektivet og hvilken betydning behandlingen har for arbejdsevnen:

"Det handlede om, at jeg skulle informere borgeren om hendes ret og pligter og der ville jeg ønske, at det handlede mere om behandlingen, hvad borgeren kan tåle og hvad man kan forvente ift. diagnosen" (jobcentermedarbejder). For jobcentermedarbejdere er det vigtigt at inkludere behandlingsperspektivet, da de som udgangspunkt skal arbejde helhedsorienteret. Omvendt kan det også betragtes som en fordel for borgerens vedkommende, at der er så stort fokus på rettigheder og pligter, da det er med til at berolige borgeren og afmystificere, hvad der skal ske i fx sygedagpengeforløbet.

Om psykiatrimedarbejdere siges der, at de primært har en bisidderfunktion, men at den også inkluderer en mere aktiv og endda forpligtigende rolle i forhold til tidligere, hvor samarbejdet opstod efter borgerens forespørgsel. Der er desuden en klar forventning om, at de ikke skal blande sig i forhold til forlængelse af sygedagpenge eller andet, der vedrører pligter og rettigheder både fordi, de ikke har fagligheden og beføjelserne til det, men også fordi det kan forvirre borgere.

Det ses som en styrke at bruge to fagligheder fremfor én i samarbejdet, hvor der kan komme klarhed omkring arbejdsdygtighed, sanktioner, adfærd ved depression osv. Det bliver også fremhævet at egen faglighed styrkes i samarbejdet. At man bliver klogere på egne kompetencer og arbejdsgange. I forlængelse heraf er der også diskussionen om, hvorvidt samarbejdet foregår omkring et fælles mål: *"Jamen, når man arbejder tværfagligt, arbejder man jo hen imod et fælles mål, hvor hver enkeltes viden bringes i spil, hvor man ikke sidder og har mere magt end den anden"* (jobcentermedarbejder).

Andre der imod er af den opfattelse, at man ikke behøver have et fælles mål: *Det at skulle samarbejde handler i min optik om at have en fælles ting at samles om og her har vi borgeren i centrum. Det nytter ikke noget at have et fælles mål, når vi kommer fra to forskellige verdener, det forvirrer jo bare borgeren"* (jobcentermedarbejder).

I den optik er det fælles udgangspunkt, at det er borgeren, der sættes i centrum for hhv. behandlingsmål og beskæftigelsesmål. Forskellene udmønter sig også i, hvordan de forskellige kulturer betragter borgeren, hvor jobcenteret er resurseorienteret og psykiatrien orienteret mod, hvordan borgeren er begrænset af sin lidelse.

At aflive myterne omkring hinanden

Samarbejdet handler ikke udelukkende om, at borgeren skal føle sig inddraget, men også om at få aflivet myterne omkring hinanden. Anerkendelse og respekt for hinanden vil bidrage til at rette op på eventuelle misforståelser mellem borgere og jobcentermedarbejdere: *"Altså, hvis en borger kommer og siger noget negativt om en sagsbehandler til én fra psykiatrien, så vil det være nemmere for*

psykiatrimedarbejderen at sige: Ej det kan jeg ikke forestille mig, der må være tale om en misforståelse, skal vi ikke lige tjekke det ud?" (jobcentermedarbejder).

I det perspektiv vil psykiatrimedarbejdere fungere som én, der bidrager til, at borgeren kan genvinde tilliden til jobcenteret. Et perspektiv, som også er genkendeligt hos psykiatrimedarbejdere. Imidlertid kan der være en oplevelse af, at myterne stadig eksisterer og fastholdes på trods af samarbejdet: *"Mange kan måske godt synes, at når man sidder som myndighedsperson, så vil vi bare have dem hurtigst muligt igennem systemet. Og hvor man også godt kan tænke om lokalpsykiatrien, at de bare fastholder borgeren"* (jobcentermedarbejder).

De negative forestillinger smitter også af på borgerens adfærd overfor parterne: *"En ting er jo, hvad borgere siger ude i psykiatrien en anden ting er, hvad de siger her"*. Her er indstillingen, at der skal skabes et tillidsfuldt miljø, hvor borgeren kan ytre sig frit ligegyldigt, hvor hun befinder sig.

En udfordring, som nogle oplever, er, at man skal være opmærksom på, at hele forløbet ikke bliver trukket i langdrag, hvor behandleren gentagne gange holder borgeren tilbage i forhold til at starte i et aktiveringstilbud. Det opfattes som en attitude, der primært eksisterede i psykiatrien i fortiden, men at man stadig møder nogle psykiatrimedarbejdere med holdningen, at arbejdsmarkedet ikke er vigtigt og udelukkende har fokus på behandlingen. *"Jeg har set nogle udtrykke med sit kropssprog, at samarbejdsprojektet forbindes med noget negativt og hørt én sige: "Jeg kan da være ligeglad med, om borgeren kommer i arbejde, jeg skal kun koncentrere mig om behandling. Hvis alle medarbejdere er sådan, så er det lidt op ad bakke"* (jobcentermedarbejder).

Nogle beskriver, at dette syn bunder i en sygdomsopfattelse, hvor man skal ligge på sofaen, før man bliver helt rask, men at denne holdning er under afvikling. Jobcentermedarbejdere oplever, at det i stigende grad er blevet mere acceptabelt at tale om, at aktiveringstilbud kan gavne den enkeltes behandlingsforløb og ruste borgere til at møde arbejdsmarkedet igen.

Diskussion

Hovedpointerne fra resultaterne er opsummeret og fremgår af følgende tabel:

Tabel 1: fordele og ulemper ved forløbsprogrammets indhold og implementering

	Fordele	Mangler/barrierer
Borgerens oplevelse af samarbejdet	Føler sig trygge i mødet med jobcenteret, føler sig medinddraget både ift behandling og aktivering, er optimistiske ift fremtiden på arbejdsmarkedet	Mangler inddragelse af andre aktører i forløbet: praktiserende læge og evt. arbejdsgiver.
Psykiatrimedarbejderes oplevelse af samarbejdet	Ønsker og er motiveret for at samarbejde med jobcentret, opbakning lokalt fra ledelsen, succes med borgerinddragelse, at man kender samarbejdspartneren bedre.	Mangler fokus på behandling i planlægningsmøder. Oplevelse af at gå jobcenterets ærinde og understøtte jobcenterets rolle.
Jobcentermedarbejderes oplevelse af samarbejdet	Ønsker og er motiveret for samarbejde med psykiatrien, succes med borgerinddragelse, at man kender samarbejdspartneren bedre	Ønsker omsætning af psykiatrifaglig viden i en arbejdsmarkeds-sammenhæng. Ønsker smidigere arbejdsgang ift. mødetidspunkter og informationsdeling.
Forløbsprogrammets indhold og organisering	Vilje til at samarbejde, Workshops og dialogmøder fungerede godt.	Mangler ledelsesopbakning og prioritering. Større samarbejde mellem de forskellige organisatoriske lag. Bedre tid og forberedelse til implementering. Gensidige træffetider fungerer ikke, målgruppe bør genovervejes.

De interviewede deltagere synes, at det som udgangspunkt er en god idé at samarbejde. Det gælder alle de involverede parter: Psykiatri- og jobcentermedarbejdere, der har afholdt planlægningsmøder, borgere og projektgruppemedlemmer. Det fremgår, at borgere har den største tilfredshed i forhold til at føle sig hørt og medinddraget i forløbet og i forhold til samarbejdet med jobcentret. I det samarbejde er myten om, at jobcenteret presser borgere hurtigst muligt ud på arbejdsmarkedet blevet afkræftet. Borgerinddragelse kan antage mange former alt efter situation og de involverede aktørers forventninger, dagsordner, faglighed og personlige perspektiver. Både medarbejdere fra psykiatrien og jobcentret fremhævede, at deres udgangspunkt i samarbejdet var borgerinddragelsen og at det også var deres erfaring, at borgere følte sig hørt i samarbejdet. Der blev imidlertid italesat nogle begrænsninger ved borgerinddragelse. Lovgivningsmæssigt er der nogle rammer, som man ikke kan

fravige. I det tilfælde handler det om at omgå reglerne, så de passer bedst muligt til borgerens behov og resurser. Det blev påpeget, at borgere muligvis burde inddrages i forhold til mødetider, da det ikke var opfattelsen, at de blev inddraget konsekvent i dette. Medarbejdere fra psykikatrien påpegede desuden, at borgere kunne være 'for dårlige' til at tage stilling til deres arbejdsmæssige fremtid. Borgerinddragelse i den optik kræver derfor, at man i nogen grad har modtaget behandling forud for stillingtagen til et aktiveringstilbud. Det er dog ikke ensbetydende med, at borgeren skal erklæres helt rask før aktivering kommer på tale. Medarbejdere fra psykikatrien anerkender, at parallelforløb kan iværksættes, da deltagelse i arbejdslivet er en menings- og identitetsgivende aktivitet.

Borgerinddragelse er dermed ikke en fast størrelse, men varierer i praksis alt efter, hvordan ledelse og personale fortolker inddragelse, ansvarliggørelse og helhed i indsatsen samt alt efter borgerens forventninger og resurser (Bjerge og Selmer 2007). Man kan derfor med fordel skelne mellem forskellige deltagelsesniveauer i et samlet forløb, da alle ikke kan være lige deltagende i alting.

Integration på arbejdsmarkedet

Formålet med evalueringen har ikke været, at vurdere om borgere kommer hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet. Det ville have krævet et andet tilrettelagt design bl.a. ift inklusion, kontrolgruppe, og stringent monitorering af implementeringen. Som nævnt i indledningen er det ikke entydigt, hvilke tiltag, der er effektive i forhold til at vende hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet. Der er for nyligt afprøvet tværfaglige forløb målrettet borgere med angst og depression, men disse har vist sig ikke at have nogen effekt på TTA. Det er sandsynligt, at der her er en sammenhæng ift, at effektevalueringerne er foretaget forholdsvist kort tid efter interventionen er afsluttet (KORA 2016). Det er også muligt, at implementeringen har mødt mange organisatoriske udfordringer undervejs (Martin et al. 2015). Der kan derfor ikke laves den konklusion, at en tværfaglig koordineret indsats i sig selv, ikke gavner eller forsinket et TTA forløb, men nærmere at implementeringsprocessen ikke har taget tilstrækkelig højde for lokale arbejds gange, holdninger og organisatoriske forhold.

Emnet om borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet har indgået i samtlige interviews. Jobcentermedarbejderen og psykiatrimedarbejderen perspektiver på, om borgeren øger tilknytningen til arbejdsmarkedet, er relateret til erfaringer med målgruppen generelt. På en ene side vurderes angst/depression som tilhørende de milde diagnosegrupper, der er lettest at behandle og som har størst succes i forhold til TTA. Andre påpegede, at mange med angst og depression behandles i primærsektoren og at de patienter, der behandles i lokalpsykiatrien, ofte er de tunge sager og derfor er vejen tilbage til arbejdsmarkedet ofte længere. I deres optik er de inkluderede borgere i forløbsprogrammet langt fra arbejdsmarkedet, nogle er blevet fyret undervejs, nogle må omskoles pga. af et øget behov for struktur og forudsigelighed og mange er i langstrakte resurseforløb.

I forhold til borgerens perspektiver på arbejdsmarkedsintegration er de inkluderede deltagere i denne undersøgelse stadig langt fra arbejdsmarkedet. De befinder sig i en fase, hvor de overvejer deres muligheder for et karriereskifte og føler sig endnu ikke klar til at vende tilbage. Sygdomsforløbet for dem er ikke blot et spørgsmål om et ophold i arbejdsmarkedstilknytning, men er en langvaring proces, hvori de med hjælp fra lokalpsykiatrien lærer at håndtere deres psykiske lidelse i forhold til at kunne fungere i deres hverdag. For dem er sygdomsforløbet et væsentligt brud med deres hverdagsliv og hvad det omfatter af roller ift familiemedlemmer, på arbejdsmarkedet og ift, hvordan man opfatter sig selv (Riessman 2008). Det er derfor ikke relevant at tale om, hvorvidt forløbsprogrammet har øget tilknytningen til arbejdsmarkedet, men nærmere om borgeren kommer styrket tilbage igen og rustet i forhold til at starte en tilværelse med en ny identitet bl.a. på arbejdsmarkedet.

Samarbejdet og rollefordeling mellem jobcenter og lokalpsykiatri

Holdningen til samarbejdet er, at alle som udgangspunkt er positivt indstillet overfor at samarbejde med hinanden. Men der var uenigheder, der dels vedrører, hvordan samarbejdet fungerer i praksis i forhold til mødetidspunkter og kommunikation, og dels vedrørende opfattelsen af, om man arbejder mod et fælles mål. For nogle har det fælles mål bestået af, at samarbejdet er baseret på borgerinddragelse, at man i fællesskab har støttet borgeren i at formulere ønsker i forhold til behandling og aktiveringstilbud. Samarbejdet i den optik er baseret på en fælles værdi og metode, hvor borgeren står i centrum for de beslutninger, der træffes i et tredelt, ligeværdigt samarbejde. Her bliver relationen og respekten for hinandens fagligheder sat i centrum, mens planlægningsmøderne udgør den platform, hvor de egentlige beslutninger træffes gennem samhandling, baseret på borgerens ønsker og helbredsstatus i forhold til aktiveringsmuligheder.

Andre forstår samarbejdet som baseret på forskellige mål. At jobcentermedarbejderen træder ind i samarbejdet med øje for beskæftigelse og psykiatrimedarbejderen med øje for behandling. I den forståelse repræsenterer samarbejdet en ulighed. Nogle jobcentermedarbejdere havde oplevelsen af, at den psykiatrifaglige viden har størst autoritet, at det var psykiatrimedarbejderen, der satte dagsorden i forhold til, om der skulle bremses op eller køres på omkring aktivering. På den anden side var oplevelsen blandt nogle psykiatrimedarbejdere, at rollefordelingen var lige, dvs at der var lige meget fokus på behandling og beskæftigelse, men at deres rolle i samarbejdet, alene var at støtte borgeren og fungere som buffer i forhold til jobcenteret og samtidig bidrage til at tegne et mere positivt billede af jobcenteret. Den pointe blev understøttet af nogle jobcentermedarbejdere, der havde større forventninger til, at psykiatrifaglige kompetencer blev sat i spil under samarbejdet. Her kan der stilles spørgstegn ved, om der er tale om et tværfagligt, tredelt samarbejde, når den psykiatrifaglige part ikke bruges optimalt.

I Gittels teori om relationel koordinering, er der syv egenskaber, som tilsammen er afgørende for ydelsens produktivitet, kvalitet og medarbejderglæde. De tre egenskaber ved relationer er, at der skal være a) et fælles mål, hvor de ansatte praktiserer deres egen opgaveløsning ind i et fælles mål, b) fælles viden, hvor ansatte ser, at deres egen opgaveløsning har betydning for de øvrige ansattes opgaveløsning, c) gensidig respekt for hinandens fagligheder, som motiverer til et samarbejde på tværs af statusforskelle.

Medarbejdernes oplevelser af samarbejdet i forløbsprogrammet bygger på gensidig respekt, mens det ikke fremgår entydigt af resultaterne, at der er tale om et fælles mål eller en kontinuitet i opgaveløsningen af de forskellige parter. De fire kommunikative egenskaber a) problemløsende kommunikation, b) hyppig kommunikation, c) rettidig kommunikation og d) korrekt/præcis kommunikation kan med fordel forbedres. Fx oplevede jobcentermedarbejdere, at det var vanskeligt at indhente relevante helbredsoplysninger rettidig, hvilket har betydning for deres sagsbehandling. Omvendt oplevede psykiatrimedarbejdere, at det var vanskeligt at træffe den rette samarbejdspartner i jobcenteret. Det er konkrete kommunikative veje, der kan forbedres via lokalt tilpassede løsninger. Til gengæld tyder resultaterne på, at der var kvalitet i forhold til det, der vedrører den problemløsende kommunikation. Her var oplevelsen at samarbejdspartneren tilgår evt. opståede problemer konstruktivt og uden at bebrejde hinanden.

Implementering

Implementering af en ny arbejdsopgave eller en ny arbejdsmetode foregår ikke i et tomrum, men i en eksisterende kontekst, med egne værdier, normer og arbejdsgange og hvor medarbejdere er aktive medspillere fremfor passive modtagere (Moore et al. 2013). Betragtes implementeringen af forløbsprogrammet med Scheins teori om organisationskultur, hvor der både skal ske en ekstern tilpasning til nye, eksterne krav og intern integration i den eksisterende organisationskultur, belyses konteksten, motivationen og fagidentiteten hos de involverede medarbejdere. I Scheins univers, består en kultur af de tre niveauer: Artefakter, værdier og grundlæggende antagelser, hvor artefakterne består af synlige værdier og kan billedliggøres med toppen af et isbjerg:

Figur 3: Schein: Det organisatoriske isbjerg. Kilde: Heidi Hansen , Kommunikation skaber din organisation. Hans Reitzels Forlag, 2. Udg. 2014.



Oversættes denne model til jobcentre og lokalpsykiatrien ses der store forskelle mellem de to parter. Lokalteterne er forskelligt indrettet både i modtagelseslokalerne og hvordan kontorene er indrettet, fx beskriver en borger lokalpsykiatrien som hyggelig og uformel sammenlignet med jobcentret. Der bruges forskellige IT-systemer, fleksibiliteten er forskellig i forhold til bookningen af mødetider og mødehyppigheden og interaktionen med borgere adskiller sig fra hinanden m.m. Værdierne er også synligt forskellige fra hinanden, hvor jobcentre opererer med beskæftigelsesrettede formål og lokalpsykiatrien med behandlingsmæssige formål. Endelig er der de grundlæggende antagelser, som repræsenterer de perspektiver og følelser, som vi tager for givet. Her er der tale om faglige identiteter, hvor man bliver skolet til at tænke og handle på bestemte måder, hvilket gør, at man kan løse de opgaver, som fagligheden kræver. De hænger sammen med de synlige værdier, men er indlejret i den enkelte medarbejder, og består af *tavs viden*, eller den viden man tager for givet.

Et samarbejde mellem to forskellige organisationer giver udfordringer på samtlige af de kulturelle niveauer. Man konfronteres med uvante fysiske omgivelser, jobcentermedarbejderen er fx ikke på hjemmebane, da mødet ofte afholdes i lokalpsykiatrien, mens medarbejderen fra lokalpsykiatrien nok befinder sig i vante omgivelser, men ikke er ordstyrer under planlægningsmødet. Værdierne adskiller sig i hhv. behandling og beskæftigelse, mens man kan have borgerinddragelse som fælles metode. Endeligt er de faglige identiteter markant anderledes, hvilket spiller sammen med de synlige værdier og personlige følelser. Eksempelvis udmøntes det i den måde man er skolet på i forhold til at betragte borgeren som en, der skal hjælpes via behandling eller en, der skal aktiveres på arbejdsmarkedet.

Forløbsprogrammets implementering sker i forhold til tilpasning til eksterne forhold og intern integration af forløbsprogrammet i den eksisterende kultur. De eksterne forhold kan her forstås som modpartens tre forskellige kulturniveauer, som man tilpasser sig til og som integreres i eksisterende arbejdsgange og værdier. Selvom der er enighed i blandt psykiatrimedarbejdere og jobcentermedarbejdere, at borgerinddragelse er det, som skal stå i centrum og drive samarbejdet, er der ikke konsensus omkring, hvad endemålet er. Det behøver der nødvendigvis heller ikke at være for, at et samarbejde kan eksistere, men det kan afhjælpe, at det gøres mere eksplicit, hvad man kan forvente af hinanden i samarbejdet og hvilke værdier og mål man arbejder henimod.

Rogers (2003) har fremført teorien om, hvad der afgør om, at en ny idé, metode eller teknologi spredes og implementeres og bliver en succes. Der er tre forhold, der skal være tilstede: a) at den nye tilgang har en fordel i forhold til eksisterende tilgange, b) at den nye tilgang er forenelig med eksisterende værdier og behov hos brugerne og c) at den nye tilgang ikke er for kompleks og krævende, hvilket forudsætter, at nye kompetencer må læres.

Det kan diskuteres, hvorvidt forløbsprogrammet rummer ovenstående tre karakteristika. På den ene side påpeger nogle medarbejdere at samarbejdet er forbedret, da man nu har fået sat ansigt på hinanden, og derfor er det nemmere at tage kontakt til modparten. Andre medarbejdere er af den opfattelse, at forløbsprogrammet ikke har ændret på det eksisterende samarbejde, men blot tilført nye arbejdsgange, som ikke altid opleves som meningsfulde. Foreneligheden med eksisterende værdier er også til diskussion, da man er fælles om at ville borgerinddragelsen og hjælpe borgeren på vej, men uenige om endemålet. Endeligt er der spørgsmålet om, at sam-arbejdsgangene er for komplekse. Her gælder igen, at en forventningsafstemning kunne være en fordel og at de praktiske spørgsmål vedrørende dagsorden, referatskrivning m.m. bør tilrettelægges, så det passer bedst muligt ind i eksisterende arbejdsgange. De beskrevne udfordringer, der opleves af medarbejdergrupperne kan med fordel imødekommes og løses med en højere grad af lokalt forankret medarbejderinddragelse, såfremt forløbsprogrammet skal blive en del af den arbejdsmæssige rutine.

Konklusion og anbefalinger

At implementere nye arbejdsgange er altid en udfordring, hvor der må tages højde for, at alle begyndelser er svære. Resultaterne viser, at forløbsprogrammet har været en succes i forhold til, at borgeren har følt sig inddraget i eget behandlingsforløb og i de planer, der vedrører beskæftigelse. De involverede medarbejdere er som udgangspunkt positivt indstillet overfor et samarbejde, men der kan med fordel tages større hensyn til lokale arbejdsgange, rutiner, normer, værdier og faglige identiteter. Her er det væsentligt, at der er en klar forventningsafstemning og rollefordeling mellem parterne, så

det bliver mere acceptabelt for de involverede medarbejdere at engagere sig i samarbejdet. På baggrund af resultaternes hovedpointer foreslås der følgende anbefalinger, såfremt forløbsprogrammet skal forankres og/eller afprøves i andre kommuner:

- Bevar borgerinddragelse som kernen i forløbsprogrammet.
- Sikre at der er ledelsesmæssig opbakning og prioritering til samarbejdet gennem bl.a. tydelig kommunikation og tilstrækkelige resurser.
- Understøt en høj grad af medarbejderinddragelse i forhold til praktiske løsninger særligt vedrørende kommunikative arbejdsgange.
- Understøt en tydelig rollefordeling og enighed omkring, hvordan opgaverne fordeles og løses.
- Understøt en tydelig forventningsafstemning omkring, hvordan de forskellige fagligheder anvendes i praksis.
- Overvej en opkvalificering af medarbejdere i forhold til at arbejde tværfagligt.
- Overvej hvilken målgruppe, der skal inkluderes i forløbsprogrammet.

Bilag 1: Aktivitetsskema for implementering af forløbsprogram

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Aktivitetsskema for implementering af forløbsprogram										
2	Periode 1. januar 2017 - 30. november 2017										
3	Aktivitet	Haderslev kommune	Lokalpsykiatri Haderslev	Sønderborg Kommune	Lokalpsykiatri Sønderborg	Aabenraa Kommune	Lokalpsykiatri Aabenraa	Tønder Kommune	Lokalpsykiatri Tønder	I alt	
4	Antal borgere / patienter som er rekruteret til projektet	11	4	0	15	26	25	1	31	113	
5	Antal borgere/ patienter som har sagt Nej til deltagelse	0	1	0	3	0	2	0	0	6	
6	Antal forespørgsler foretaget til anden part (til jobcentret hhv lokalpsykiatri)	4	9	0	15	11	18	1	32	90	
7	Antal afholdte planlægningsmøder i jobcenter eller psykiatri	8	0	25	0	9	23	8	10	83	
8	heraf antal møder, hvor fristen på 4 uger overholdes.	2	0	11	0	6	15	3	4	41	
9	heraf antal gange hvor videoudstyr er anvendt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	Antal afholdte planlægningsmøder andet sted (typisk i eget hjem)	3	1	0	0	0	0	0	0	4	
11	Antal gange, hvor der er afholdt "gensidige besøg"	4	1	7	7	5	5	5	5	39	
12	Antal afsluttede borgere / patienter	2			4				1	12	
13	Antal borgere / patienter som deltager i projektet ultimo måneden	13			11		46		31	101	
14	Organisatoriske målsætninger										
15	Antal afholdte projektdeltagermøder										10
16	Antal afholdte styregruppemøder										5
17	Antal afholdte mellemlidergruppemøder										4
18	Antal dialogmøder										4
19	Afholdte workshops										2
20											

Bilag 2: Dokumenter til planlægningsmøde

Beslutningsreferat fra planlægningsmøde

Dato: Deltagere:

Sted: Jobcenter.

	Emner	Hvad er aftalt	Hvem gør hvad (fx sagsbehandleren, medarbejder fra LPC, borger, mentor er ansvarlig)	Evaluering (Ændringer siden sidst?)
1.	Hvilke ønsker har du for fremtiden? (Fx hvad vil du gerne der skal ske de næste 3 mdr.?, Hvad tænker du selv du kan bidrage med for at få det bedre, Dine mål, ønsker, tanker, bekymringer, spørgsmål eller andre særlige behov vi skal være opmærksomme på?)			
2.	Hvordan fungerer din hverdag? (fx familieliv, bolig, økonomi, netværk, fritid)			
3.	Sundhed (fx hvilke skånehensyn har du? Ses behov for behandlingsstøttende tilbud for bedre trivsel fx kost, motion, vejledning i søvn, fysiske gener, smerter, fysiske træning, afspænding, mestrings eller andet)			
4.	Hvilken støtte forventer du fra Lokalpsykiatrien? (fx medicin, behandlingsforløb, behandlingsmuligheder)			
5.	Hvilken støtte forventer du fra Jobcenteret? (fx hjælp til at fastholde sit arbejde, praktik, hjælp til at se muligheder på arbejdsmarkedet, uddannelse, viden om ret og pligt, muligheder i lovgivningen)			

Dit slutmål for din arbejdssituation eller uddannelse:	Evaluering (Ændringer siden sidst?)

På vej mod målet kan der arbejdes med:

	Delmål	Hvad ønsker du at opnå?	Evaluering (Ændringer siden sidst?)
1			
2			
3			

Den konkrete plan for de næste 3 måneder:

	Aktivitet og tidsplan	Hvem gør hvad/ansvarlig	Evaluering (Ændringer siden sidst?)
1			
2			
3			

En evt. mentorens rolle:	Ændringer siden sidst?

En evt. støttekontaktpersons rolle:	Ændringer siden sidst?

Næste gang vi ses følger vi op på planen. (Hvornår, hvor, hvem skal med).		
Hvornår	Hvor	Hvem

Opsamling (1 meget – 5 slet ikke)

I hvilken grad oplever du, at du har overblik over din situation og det videre forløb?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

I hvilken grad oplever du, at du har haft indflydelse på det møde vi har haft i dag?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

I hvilken grad oplever du, at du har haft indflydelse på det vi har aftalt?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

I hvilken grad tænker du positivt om dit videre forløb?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Mine kontakter

Jobcenter – sagsbehandler	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

LPC – kontaktperson	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

<i>Kontaktperson mentor</i>	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

Kontaktperson UU-vejledning	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

Kontaktperson <i>fagforening</i>	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	

Kontaktperson <i>læge</i>	Tlf.:	Træffetider:
Navn:	Mail:	



Referencer

- Andersen MF, Nielsen K, Brinkmann S (2014) How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 24:709-724.
- Bjerge B og Selmer B (2007). *Det sociale arbejdes daglige praksis. Perspektiver på brugerinddragelse og retssikkerhed*. Aarhus Universitetsforlag.
- Callewaert, S. (red.) (1994): *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: Frydenlund
- Christensen TN, Nielsen IG, Stenager E, Morthorst BR, Lindschou J, Nordentoft M, et al (2015). Individual Placement andsupport supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16:280-015-0792-0.
- Christensen TN, Nordentoft M (2011). *Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom*. <http://www.bedrepsykiatri.dk/media/37888/reviewams6-10-2-pdf.pdf>
- Edwards K og Lundstrøm SL (2014). Relational koordinering – kan ændringer i samarbejde og relationer måles? *Tidsskrift for Arbejdsliv* 16(4): 50-68.
- Folker AP, Kristensen MM, Sølvhøj IN, Flint S, Kusier AO, Rod MH (2017). *Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Gittel Jody (2012). *Effektivitet i sundhedsvæsenet*. Munksgaard.
- Goffman E. (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. University of Edinburgh Social Sciences Research Centre. Anchor Books edition
- Holm, A, Høgelund, J & Eplov, LF (2012). The Effect of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 15:157-170.
- Højholdt Andy (2016). *Tværfagligt samarbejde i teori og praksis*. Hans Reitzels Forlag, 2. Udg. 1. oplag.
- Just Eva og Nordentoft Helle Merete (2012). *Tværfaglig praksis*. Hans Reitzels Forlag, 1. udg. 1. Oplag.
- KORA (2016). *Integrated Care Modellen – indsatsen målrettet stress, angst og depressionssramte. Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation*. www.kora.dk
- Ladegaard Y, Skakon J, Elrond AF, Netterstrøm B (2017). How do line managers experience and handle the return to work of employees on sick leave due to work-related stress? A one-year follow up study. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1370733>
- Ladekjær Larsen E og Søgaaard HJ (2013). Screening for Psykiske lidelser – Udfordringer i sygedagpengesystemet. *Tidsskrift for Arbejdsliv* 15(2):43-57.
- Loisel P, Anema JR (eds) (2014). *Handbook of work disability. Prevention and management*. Springer-Verlag, New York.
- Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Schell I, van der Tulder M et al. (2005) Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenges of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation* 15(4):507-24.
- Luhman N (2000). *Sociale systemer. Grundris til en almen teori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Martin MHT, Nielsen MBD, Pedersen J, Rugulies R (2015a). Stability of return to work after a coordinated and tailored intervention for sickness absence compensation beneficiariries with mental ealth problems: results from a two year follow-up study. *Disability and Rehabilitation*, 37:22, 2107-2113.

- Martin MHT, Moefelt L, Nielsen MBD, Rugulies R (2015b) Barriers and facilitators for implementation of a return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems: Results from three Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health* 43:423-431.
- Maltherud Kirsti (2012) Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 40:795-805.
- Malterud Kirsti (2001) Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet* 358:483-88.
- Moore G, Audrey S, Barker M, et al. (2013) Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68(2):101-102.
- Nielsen MBD, rugulies R, Hjortfaer C, Bültman U, Christentensen U (2013). Healing a vulnerable self: exploring return to work for women with mental health problems. *Qualitative Health Research*; 23(3):303-12.
- Nieuwenhuijsen K, Bültman U, Neumeyer-Gromen A., et al. (2008). Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database System. Rev.* 2008; CD006237.
- Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültman U (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Systematic Review*;12:CD00637.
- Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K et al. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine* 2016; 46:3263-74. Doi:10.1017/S0033291716002269.
- OECD (2013). *Mental health and work: Denmark*. Paris, France. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en>
- OECD (2010). *Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris, France: OECD Publishing.
- Osborne S (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*;8(3):377-87.
- Pomaki G, Franche ReL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen T (2012). Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22: 182-95.
- Poulsen R, Hoff A, Fisker J, Hjorthøj C, Eplov LF (2017) Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (The Danish IBBIS trial): a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*;18:578.
- Psykiatrien i Region Syddanmark (2016). *Rehabilitering og recovery i Sønderjylland – et samarbejdsprojekt om et nyt forløbsprogram for borgere med angst og/eller depression i relation til beskæftigelsesområdet*. November 2016.
- Riessman CK (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Sage Publications.
- Rogers EM (2003). *Diffusion of Innovation*. 5th ed. New York: Free Press.
- Schein, EH (1994). *Organisationskultur og ledelse*. København: Forlaget Valmuen.
- Sieling-Monas SM, Bredgaard T (2015) Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere? *Tidsskrift for Arbejdsliv* 17(1):28-43.
- Socialstyrelsen (2015) *Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen*. Downloadet fra <http://shop.socialstyrelsen.dk>
- Sundhedsstyrelsen (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*. Downloadet fra: www.sst.dk
- Wadell G og Burton AK (2006). *Is work good for your health and wellbeing?* London, UK: The Stationary Office.