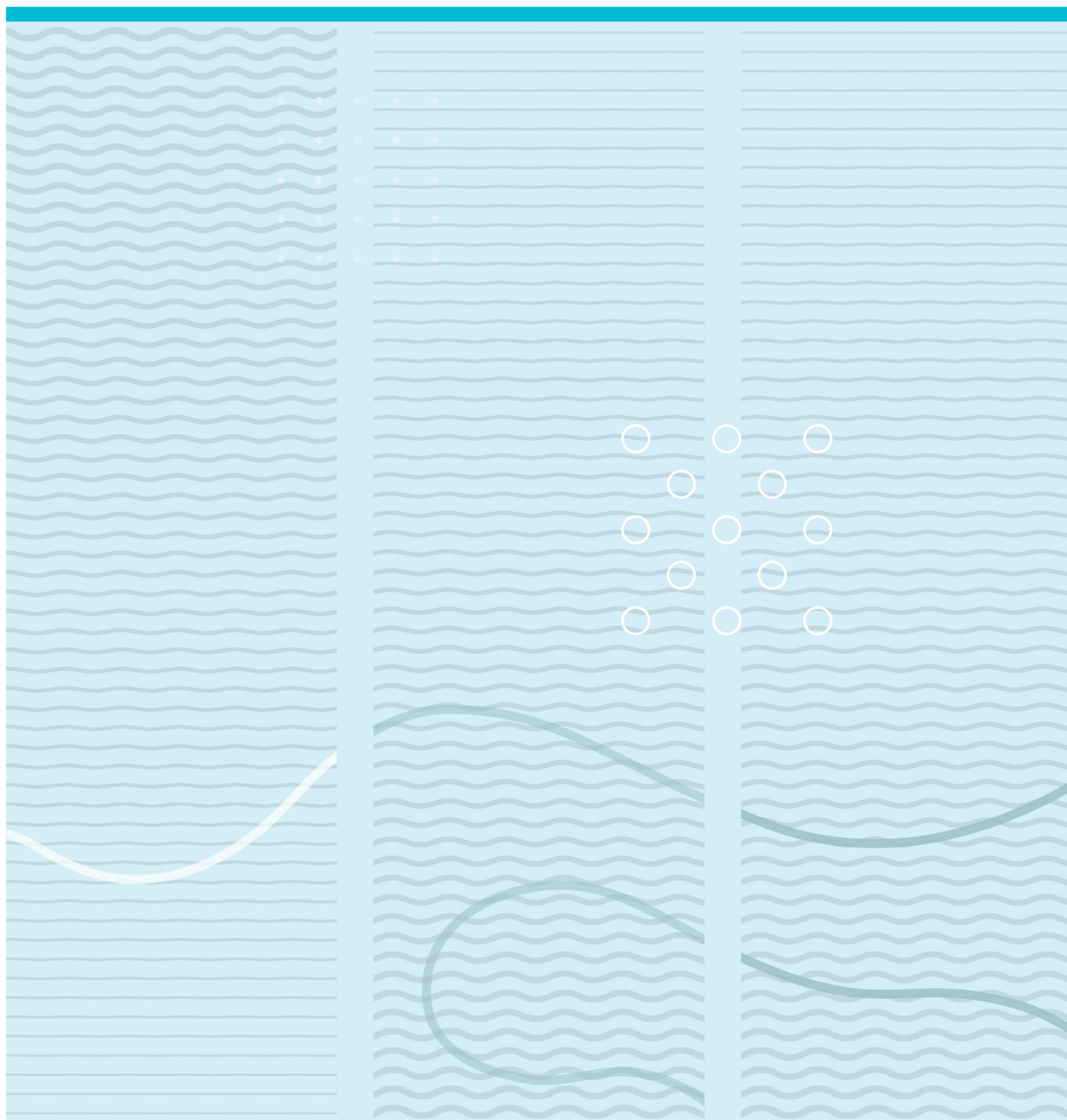


Mona Lie

Ut i arbeid med IPS, behandlernes erfaringer

Hvilke erfaringer har behandlere i en psykosepoliklinikk med å bistå deltakere som ønsker individuell jobbstøtte (IPS) ut i ordinært arbeid?



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for ...
Institutt for ...
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 20xx Forfatternavn

Denne avhandlingen representerer xx studiepoeng

Sammendrag

Hensikten med studien har vært å innhente kunnskap om behandlernes erfaringer med bruk av individuell jobbstøtte (IPS) for å bistå deltakere med psykoselidelser ut i ordinært arbeid. Fokuset var behandlernes samarbeid med jobbspesialistene fra NAV og med deltakerne som ønsket arbeid. Derrest om samarbeidet resulterte i endringer av deres syn på deltakerne og forståelse av helse.

Metode som ble anvendt, var kvalitativt forskningsintervju. Hensikten var å beskrive behandlernes erfaringer. Det ble benyttet flerstegs fokusgruppe med 2 samlinger, for at samme gruppe kunne gå i dybden på temaene. Graneheim og Lundman (2004) kvalitativt innholdsanalyse ble valgt for å systematisere meningsinnholdet i de transkriberte tekstene. Innholdsanalyse er en egnet metode for å få fram de underliggende meninger og erfaringer i et fokusgruppeintervjuet.

Resultatene synes å vise at organiseringen av IPS og de tverretatlige samarbeidsmøtene med jobbspesialistene gav faglig vekst hos behandlerne. Konteksten med fokus på arbeidsressurser og ikke bare sykdom og symptomer, gjorde at behandlerne fokuserte på deltakernes ressurser og evne til å fungere i ordinært arbeid. Det kan synes som situert læring med samspillet mellom jobbspesialistene og deltakerne, skapte engasjement og resulterte i læring og holdningsendring. Behandlerne så deltakerne i et samfunnsperspektiv. De fikk respekt og ydmykhet overfor hverandres kunnskap og tilnæringsmåter. De ble nysgjerrig på og undrende da vurderinger de gjorde av deltakernes arbeidsevne ikke alltid stemte. Behandlerne reflekterte over språket og betydningen av det i forhold til stigma i samfunnet og eget stigma om personer med psykosesyntomer og arbeid. De mente de fortsatt hadde en vei å gå, med hensyn til om deres pasienter kunne bli fremtidige kollegaer.

Abstract

The aim of this study is to enrich the knowledge of healthworkers' experience in using individual placement and support, IPS to help people with mental illness get a normal job. The primary focus was the cooperation between health workers, the employment specialists from NAV, and work-seeking participants. The secondary focus was to find out if this cooperation resulted in changes in attitudes towards the participants and understanding of mental health.

The method that was used is a exploratory qualititative design. It was mulistage focus group interview with 5 participants.

The results would seem to show that organisation of IPS and the interdepartmental collaboratory meetings with employment experts led to professional development among the health workers. The context, with the focus on employment resources and not just on illness and symptoms, meant that the health workers focussed on participants' resources and their ability to function in normal employment. It would appear that situated learning with cooperation between employment specialists and participants created involvement and resulted in learning and changes in attitudes. Health workers saw the participants in a societal perspective. They were treated with respect and humility regarding each other's knowledge and approach to work. The health workers became curious and puzzled when the evaluations they made of the participants' work abilities did not always match. The health workers reflected on use of medical terminology and the meaning of this in relation to societal stigma and the stigma they themselves attach to people with symptoms of mental illness, and employment. They said that there was still room for improvement regarding the possibility of their patients being their future colleagues.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract.....	4
Innholdsfortegnelse.....	5
Forord	8
1 Bakgrunn	11
1.1 Innledning	11
1.2 Psykisk helsevesen i Norge	12
1.3 Psykisk helse og arbeid	14
2 Teori.....	17
2.1 Psykisk helseforståelse	17
2.2 Recovery	18
2.3 Individuell jobbstøtte (IPS)	21
2.3.1 Teori om individuell jobbstøtte (IPS)	21
2.3.2 Forskning på Individuell jobbstøtte (IPS)	23
2.3.3 Oppsummering av forskning	25
2.4 Situert læring	25
2.4.1 Læring som aktivitet	26
2.5 Tverrprofesjonelt samarbeid.....	28
3 Metode	30
3.1 Studiens hensikt	30
3.1.1 Søkestrategi	30
3.2 Design	31
3.2.1 Fenomenologisk og hermeneutisk forankring.....	31
3.2.2 Min forforståelse	32
3.3 Datainnsamling.....	33
3.3.1 Begrunnelse for valg av metode	33
3.3.2 Utvalg og rekruttering	33
3.3.3 Kriterier for deltakelse i studien.....	34
3.3.4 Informantene i studien.....	34
3.3.5 Studiens kontekst	34
3.3.6 Gjennomføringen av fokusgruppeintervju	35

3.4 Analyser.....	36
3.5 Forskningsetiske overveielser.....	38
3.6 Metodiske refleksjoner.....	38
4 Funn.....	41
4.1 Å samarbeide i team.....	42
4.1.1 Ukentlig møte i IPS.....	42
4.1.2 Løsningsfokuset metode	43
4.1.3 Tverretatlig samarbeid	45
5.2 Motivere og å gi håp.....	47
5.2.1 Tro på personen og å gi håp	47
5.2.2 Deltaker og motivasjon i IPS.....	48
5.2.3 Behandlernes motivasjon	49
5.3 Helhetlig tilnærming til deltakerne	50
5.3.1 Arbeide helhetlig	50
5.3.2 Ressursorientering.....	51
5.3.3 Normalisere	53
5.4 Forståelse av deltaker som borger i samfunnet	54
5.4.1 Utvidet helseforståelse.....	54
5.4.2 Kan ikke forutsi hvem som lykkes.....	55
5.4.3 Stigma og språk.....	56
5 Diskusjon	61
5.1 Samarbeid	61
5.1.1 IPS struktur og organisering	61
5.1.2 Lærte av hverandre i samarbeidet	65
5.1.3 Alle bidrar og alle er betydningsfulle	66
5.2 Læring	67
5.2.1 Situert læring	67
5.2.2 Løsningsfokuset tilnærming.....	69
5.3 Holdningsendring.....	69
5.3.1 Likeverdige i samarbeidet.....	70
5.3.2 Fokus på normalitet og ressurser	70
5.4 Helhetlig syn.....	73

5.4.1 Likeverd og språk.....	73
5.4.2 Stigma og åpenhet	74
5.4.3 Etatene og deltakerne	75
5.4.4 Motivasjon og arbeid.....	75
6 Avslutning	77
Referanser/litteraturliste.....	78
Vedlegg	83
Vedlegg 1: Informasjon og samtykkeskriv.....	83
Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	83
Samtykkeerklæring for informanter.....	86
Intervjuguide	87
Tabell: for data og funn	89
7 110	

Forord

Denne masteroppgaven har vært avslutningen på min masterstudie i klinisk helsearbeid med fordypning psykisk helsearbeid. Jeg jobber med personer med psykiske helseutfordringer, og har stor respekt for det de gjør for å mestre hverdagen. Da jeg fikk anledning å gjøre denne studien, ble jeg forundret over hvor gode muligheter helsearbeidere har for å bistå i arbeidsinkludering. Når forholdene er lagt til rette, kan helsearbeidere være medvirkende til at personer som har mål om å komme i ordinære jobber, når målene. Jeg lærte mye av informantene om prosessen de var i og hva som etter deres erfaringer var suksessfaktorer.

Det å skrive denne masteroppgaven har vært mye arbeid og har tatt lang tid. Helsa har skapt problemer i perioder, men det har vært verd å holde ut. Jeg har kost meg med skrivningen. Jeg har hørt for meg, hva informantene fortalte i fokusgruppene. De har inspirert og gledet meg. Det gir meg tro og håp for at det går an å gjøre en forskjell. Mange deltakere i IPS nådde sine mål, og det må ha vært et betydningsfullt for dem og for teamet som bistod. Jeg ønsker å rette en stor takk til informantene som stilte opp til fokusgruppeintervjuene.

Min veileder har vært Ellen Andvik og jeg ønsker å rette en stor takk til henne. Hun har støttet og vært en god motivator. Og i tråd med teori om situert læring, Leave og Wenger (1999) , mellom veileder og den som veiledes, har det vekselvis vært et engasjement og et samspill. Det har resultert i handlekraft og i et produkt fra studien jeg gjennomførte.

Jeg ønsker å takke min arbeidsgiver og muligheten jeg fikk til å gjøre en studie og å skrive en masteroppgave. Jeg ønsker også å takke min sekretær, Valborg Enne for medvirkning.

Til slutt vil jeg takke min familie som vært tålmodige og min sønn som har vært hjelpsom og blitt mer selvstendig. Og også en stor takk til venner som har stilt opp.

Holmestrand, 14.05.2018

Moma Lie

1 Bakgrunn

1.1 Innledning

Denne studien er et masterprosjekt i klinisk helsearbeid, fordypning psykisk helsearbeid. Studiens tema er behandlernes erfaring med individuell jobbstøtte (IPS). Behandlerne jobber i en psykosepoliklinikk. De samarbeider med jobbspesialister fra NAV for å bistå deltaker med psykiske lidelser ut i ordinære jobber. Det er et prosjekt som er igangsatt av arbeids og velferdirektoratet og helsedirektoratet i 2012. Individuell jobbstøtte (IPS) er en evidensbasert metode for arbeidsrehabilitering. Det er en metode med solid empirisk støtte for å hjelpe mennesker med alvorlig psykisk lidelse ut i arbeidslivet. Min interesse for temaet utviklet seg fra et seminar om individuell jobbstøtte og mulighet for å finne ut mer om det interessante feltet innen psykisk helsearbeid.

For å begrunne valg av tema viser jeg til internasjonal og skandinavisk forskning og den aktualiteten individuell jobbstøtte (IPS) har i Norge. Individuell jobbstøtte (IPS) er et godt virkemiddel for å øke deltakelse i arbeidslivet for personer med psykiske lidelser. Det er etterspurt kunnskap om helsearbeidernes erfaringer med å bistå deltakere til arbeidslivet. Det ville være interessant å studere hvilken rolle helsearbeidere hadde i IPS-prosjektet. Hvordan kunne en poliklinikk organiseres for å jobbe aktivt med arbeidsinkludering. Hva konkret bidro behandlerne i samarbeidet med jobbspesialist og deltaker for arbeidsinkludering. Det var noen initiale spørsmål.

Helsepolitiske føringer har hatt helhetlige, koordinerende og individuelle tilpassede tjenester som målsetting i flere år. Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016) har som mål å utvikle kunnskap og etablere individuell jobbstøtte (IPS) som kunnskapsbasert metodikk i arbeids- og helseetatene. De vil bidra med en rask overgang til ordinært arbeid for personer med psykiske lidelser. Målsetting er at personer med langvarige psykiske lidelser skal nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, komme i arbeid og beholde tilknytningen til arbeid. Recovery, likeverd og arbeid er aktuelle i forskningsinstitusjoner, sosiale- og helsemyndigheter, praksiser og i befolkningen.

Min studie ser på psykisk helse og arbeid. Den har en teoridel som støtte for studien. Deretter presenteres metode og metodiske refleksjoner. Funn fra fokusgruppa blir presentert og vurdert. Deretter diskuteres funn opp mot teorier og tidligere forskning gjort på temaene.

Hensikten med denne studien er å innhente kunnskap om behandlernes erfaringer med bruk av individuell jobbstøtte (IPS) for å bistå personer med psykoselidelser ut i ordinært arbeid.

Begrepsavklaring:

Behandlere blir brukt om informantene i min studie. De var helsearbeidere som jobbet i en psykosepoliklinikk.

Deltakere blir brukt om personene med var deltakere i individuell jobbstøtte. De var pasienter i psykosepoliklinikken ved oppstart av IPS.

IPS blir brukt som forkortelse av Individual Placement and support på norsk kalt; Individuell jobbstøtte og IPS.

1.2 Psykisk helsevesen i Norge

Psykisk helsevesen gjennom tider har vært preget av store institusjoner og av skjerming fra samfunnet. I noen fagmiljø sees alvorlige psykisk lidelse på som en kronisk sykdom. Til tross for det, har det til alle tider vist seg at mennesker med forskjellige psykiske lidelser, har hatt evnen til bedring. Bedringen har forgått i hjemmemiljøet og/eller ved hjelp av profesjonelle (Karlson og Borg, 2013). Det psykisk helsefaget kan ikke bare sees i lys av klinisk nevrovitenskap, farmakologi eller hjerneforskning. Psykisk helsevansker må også sees på som en del av samfunnet og situasjonen personene er i. Mennesker er mer enn en maskin som trenger smøring, diagnostisering og behandling. (Karlson og Borg, 2013).

I Norge har det skjedd flere endringer innen psykisk helsesektor de siste tiårene. Det har vært et økende fokus og bevissthet på brukermedvirkning og menneskerettigheter. Helse- og sosialpolitiske føringer har hatt fokus på samarbeid. I Stortingsmeldingen

Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 2012-2013) er fokuset rettet mot samarbeid mellom tjenester, profesjonsutøvere og deltagere, pårørende og frivillige organisasjoner for å utvikle en ny retning for helse og velferdstjenester. Det er vedtatt politisk at alle tjenestetilbud skal baseres på et helhetlig menneskesyn. Det har vært politiske tiltak som nedbygging av institusjoner og opptrapping av lokalbaserte tjenester. Poliske føringer er basert på nyere forskning og erfaring fra andre land og har hatt recoveryinspirerte tiltak (Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013).

Gjennom myndighetenes nasjonale føringer og samhandlingsreformer er det vist forståelse av at det psykisk helsefeltet også har samfunnsmessige utspring. I opptrappingsplanen for psykisk helse 1999, mente myndighetene alvor og det fulgte med penger til det psykisk helsefeltet. Begrepet psykisk helsearbeid ble innført for å vise et bredere perspektiv på psykisk helse med basis i samfunnsvitenskapelige og sosiale perspektiv (Borg og Karlsson, 2013). Senere kom samhandlingsreformen (2012) som mer spesifikt hadde fokus på at psykisk helse har sammenheng med samfunnsforhold og gjenspeiler belastninger og utfordringer hos befolkningen.

FN konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble vedtatt i 2006 og iverksatt i Norge i 2013. Nyere retningslinjene som kom for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid finner vi i veilederen: Sammen om mestring (Helsedirektoratet 2014). Her beskrives viktige forutsetninger som at personen som opplever psykiske helseutfordringer skal stå i sentrum. Dessuten vektlegges det at forskjellige etater må samarbeide og tenke helhetlig for at personen med rus- og eller psykiske utfordringer kan lykkes i mestrings- og recoveryarbeidet. Recovery som modell er blitt praktisert i England og Nederland i noen tiår. I Norge ble oppmerksomhet satt på Recovery i Samhandlingsreformen i 2012. Det ble også fokusert på at samarbeid mellom etater og forvaltningssystem skulle prioriteres og man fikk et mer evidensbasert forskningsfokus. Forståelsen av at psykiske helseutfordringer henger sammen med komplekse samfunnsmessige og individuelle forhold, har ført til nyere retninger for samarbeid mellom tverrprofesjonelle fagetater og personer med psykisk helseproblemer (Willumsen og Ødegård, 2016).

De senere årene har brukerorganisasjoner innen rus og psykisk helse vært aktive for å promotere brukernes erfaringer med helsevesenet. Personer som er eller har vært

pasienter og deres pårørende, har tatt til ordet offentlig om egne erfaringer innen psykisk helse. Flere personer og grupperinger tar i bruk dagens medieform som Facebook og andre sosiale plattformer. Helsemyndighetene i Norge får også direkte spørsmål og tilbakemeldinger gjennom tradisjonelle media som aviser og TV.

Det kan synes som det fortsatt er sprik mellom forventninger og nasjonale føringer fra helsemyndighetene og hva spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan gjennomføre av samarbeid og tiltak.. Det kan handle om det kan ta lang tid å endre fagfelt og forskningstradisjoner (Karlson og Borg, 2017). Recovery forutsetter at personen med psykiske helseutfordringer får delta og samarbeide om sine helsetjenester. Det handler om at alle har rett til å bli respektert som et helt menneske med ressurser og kompetanse og ikke kun bli sett på som en person med psykiske problemer. Med større fokus på menneskerettigheter at alle skal være likeverdige, ha muligheter for arbeid og deltakelse i samfunnet, vil fremtiden vise hvor veien vil gå.

Det er blitt etablert en arbeidspraksis mellom personer med psykisk helse og rusutfordringer og helse og arbeidsetaten etter metoden IPS, individuell jobbstøtte (UniHelse og UniRokkansenteret, 2016).

Hensikten med denne studien er å innhente kunnskap om behandlernes erfaringer med bruk av individuell jobbstøtte (IPS) for å bistå personer med psykoselidelser ut i ordinært arbeid.

1.3 Psykisk helse og arbeid

Personer med moderat til alvorlige psykiske helsevansker og mulighet for å ha arbeid har hatt fokus i Norge gjennom nasjonale føringer fra Helsedirektoratet og opptrappingsplaner siden 1990 årene. Et inkluderende arbeidsliv og tilrettelagte arbeidsplasser for personer med ulike funksjonsnedsettelse har vært satsningsområder. Tiltak og strategier finnes i bl.a. *Arbeid, velferd og inkludering* (St.meld. nr. 9 (2006-2007)) og *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007- 2012*, (Arbeidsdepartementet 2007). I 2012 fikk Helsetjenesten i Norge nye retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med rus og psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2012). Helsepersonell skal følge prinsipper om å ha personen som trenger hjelp i førerete i egen tilfriskning og å ha et helhetlig perspektiv på helse. Målet

for helsepersonell er å hjelpe og finne personens egne ressurser. De skal bidra til å finne meningsfulle aktiviteter eller arbeid. De skal bidra med en ordnet økonomi og bolig og å øke sosiale nettverk for at personene skal få økt livskvalitet og selvbilde. Målsetningene bygger på erfaringer fra recovery tenkning, arbeid og praksiser (Helsedirektoratet, 2012).

Mange mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser ønsker å være i ordinært arbeid. Arbeid har betydning for vår sosiale og personlige verdi og er viktig for psykisk helse fordi arbeid ivaretar personers selvbilde og egenverd. Personer med alvorlige psykiske lidelser som er i ordinært arbeid, har mindre psykiske plager og mindre behov for psykisk behandling. Personer med diagnose schizofreni som er i arbeid, viser mindre symptomer, større tilfredshet med fritid og økonomi. De har større selvfølelse. (UniHelse og UniRokkansenteret, 2016; Areberg, 2013; Karlsson og Borg, 2013,2017; Bull og Lystad, 2012; Burns, Catty, White, Drake og Frioritti, 2009). Personer som er i arbeid forteller at deres motivasjon er ønsket om å være normale og gjøre som andre mennesker. De ser at arbeid strukturerer hverdagen, gir mening og gir økt selvbilde (Karlsson og Borg, 2013; Grini, 2009). Arbeidsplassen er også en sosial arena som gir muligheter for relasjoner og gir trening i å forholde seg til andre (Karlsson og Borg, 2013; Burns, et al 2009)

Arbeidsdirektoratet har de senere årene også hatt fokus på viktigheten av arbeid for personer som strever med alvorlige psykiske helseplager. Selv om helse og arbeidstiltak for personer med psykiske helsevansker har hatt fokus, har det likevel vært få personer som har kommet i arbeid etter første gangs psykoseepisode (Bull og Lystad, 2011). Fra en engelsk undersøkelse var 13% i arbeid etter ett år etter sykehusinnleggelse (Crowther, Marshall, Bond og Huxley, 2001). I Norge viser undersøkelser at 5 % av personer med psykoselidelser hadde ordinært arbeid som hovedinntektskilde i 2004. Det var en nedgang fra 11% til 5% i 2000 (Helle og Gråve, 2007).

Med erfaringer fra prosjekt Vilje viser vei fra Stavanger i 2005, en satsning fra arbeidsdirektoratet og finansiert av opptrappingsplanen og med fokus på evidensbasert forskning, ble det igangsatt et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Arbeidsdirektoratet fra 2012 (Brinchmann, 2012). Samarbeidet skulle ha felles prioriteringer og målsettinger for å hjelpe personer med moderat til alvorlige psykiske

lidelser ut i ordinært arbeid. Det ble igangsatt 6 pilotprosjekt og 17 andre prosjekter i Norge fra 2013. Helsearbeidere skulle samarbeide tett med NAV etter en evidensbasert metode for arbeidsrehabilitering kaldt IPS (Helsedirektoratet, 2013). Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet gjennomførte dette som et landsomfattende prosjekt i Norge fra 2013 til 2015. Det var en stor randomisert studie som målte kostnadseffekt av individuell jobbstøtte (IPS) supplert med en prosessevaluering (UniHelse og UniRokkansenteret, 2016). Det er etter denne studien vedtatt å forlenge midler til individuell jobbstøtte (NAPHA, 2018).

2 Teori

2.1 Psykisk helseforståelse

Psykisk helseforståelse henger sammen med historiske erfaringer i fortid og nåtid skriver Karlsson og Borg (2013). De henter begrepet ”filosofisk ståsted” fra amerikanske familierapeutene Harlene Anderson (2008). De samfunnsmessige sidene er menneskeskapte og psykisk helsetjeneste må forstås i sammenheng i den tiden den er en del av. Moderne psykisk helsearbeid henter kunnskap fra etnologi, sosiologi, sosialt arbeid, pedagogikk og kulturelt arbeid i tillegg til mer tradisjonell medisin og psykologi. De siste hundre årene har mye av kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsearbeid blitt utviklet i institusjoner. I den senere tid er helsefaglig retninger dreiet mot mer nær deltager og på dennes premisser (Ulland, Thorud og Ulland, 2015).

Tangvald-Pedersen og Bøe (2011) s. 98, definerer psykisk helsearbeid som følger:

”Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle delene av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø.”

En foreløpig modell for et humant og en sosial forståelse av psykisk helse ser på hvilke forhold og hva som påvirker og utvikler psykisk helse. Det er et kontekstuelle perspektivet og innebærer at psykisk helse bør sees i sammenheng med kultur, etnisitet, klasse, kjønn, seksuell identifikasjon og religion. Mennesket er helt og det erfarer sin psykiske helse i sammenheng med sin fysiske, sosiale og eksistensielle helse. Personen er ikke enten frisk eller syk. Personen kan oppleve psykiske utfordringer og samtidig ha en måte å mestre de på. Mennesket erfarer sin psykiske helse i forskjellige livssituasjoner, og gjennom forskjellige samfunnsmessige livsbetingelser. Alle har en

psykisk helse. Familie, venner og arbeid er viktig for psykisk helse og er betydelige for personen som opplever psykiske utfordringer (Borg og Karlsson 2013).

I forskjellige situasjoner kan personene ha behov for hjelp fra helse- og velferdstjenester som spesialisthelsetjenesten, kommunale helsetjenester, barnevern og arbeid- og velferdstjenesten NAV. En god offentlig tjeneste i Norden er personorientert og tar utgangspunkt i personens liv og dennes hverdag. Tjenesten ser at personen selv er ekspert på sin situasjon, har ressurser og en personlig mening og vet hvilke mål personen vil nå i en sosial kontekst. Denne forståelsen av psykisk helsearbeid gjør at det å arbeide med menneskers psykiske helse skjer på mange områder av, i og gjennom livet i mange forskjellige sammenhenger.

Ulike sosiale forståelsesmodeller bidrar til kunnskap slik at man kan forstå hvordan sosiale omgivelser og samfunnsmessige betingelser påvirker psykisk sykdom. I følge Beresford, (2003), er det tre grunnleggende elementer som preger disse forståelsesmodellene.

- Psykiske problemer har ofte sammenheng med livshendelser
- Det er klare sammenheng mellom psykisk helse og sosiale forhold knyttet til klasse, arbeidsstatus og sosial rolle
- Personer med psykiske vansker får, eller fortsetter å ha, slike vansker på grunn av samfunnspåvirkninger

Den amerikansk, jødiske forskeren Antovnoski så at mennesket og dens sosiale miljø, mulighet for arbeid og sosial tilknytning kunne påvirke menneskets helse og skape uhelse og psykiske helseutfordringer (Antovnosky, 1987).

2.2 Recovery

Recovery oppstod i USA i 1960 årene i skjæringspunktet mellom de borgerrettslige og de politiske røttene. Det startet som en bevegelse der innbyggernes rettigheter og plikter som samfunnsborgere var i fokus i motsetning til fokuset på personene som pasienter eller brukere. I starten var det fokus på recovery som personlig prosess. Senere er recovery blitt et utvidet begrep og en faglig modell. Helhetlig menneskesyn og borgerrettigheter er hovedtanken bak ideene om Recovery (Borg og Karlsson, 2013).

Recovery er oversatt til bedringsprosesser i norsk. Det handler om personen med psykisk helseutfordringer har sine egne mål og at de har muligheter til å leve et godt liv (med og uten symptomer) som en likeverdig borger (Karlson og Borg, 2017).

I Norge har recovery i den senere tid blitt brukt som begrep for helsetjenesten. På norsk er recovery oversatt med bedringsprosesser. I Helsedirektoratet sin veilederen for lokalt basert psykisk helse og rusarbeid (2014, s 31) ”Sammen om mestring,” beskriver de recovery som :

”Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemene kan forårsake.”

Recovery foregår på flere arenaer. Den kan deles opp i 3 hovedretninger; recovery som personlig prosess, recovery som sosial prosess og recovery som en klinisk prosess.

Recovery som personlig prosess kan se på som erfaringer og utvikling gjennom å bli bedre kjent med seg selv og sine psykiske utfordringer. Det kan forstås som en aktiv og en unik prosess som forgår gradvis ved prøving og feiling med støttende, nærende og omsorgsfulle omgivelser. Personen kan leve et selvstendig, verdig og meningsfullt liv i sitt lokalmiljø til tross for en psykiske symptomer og problemer og ha håp og muligheter for å bruke evner og ressurser for seg selv og andre og ha mulighet for å ha en jobb.

Anthony (1993) beskriver recovery som (s.10, oversatt av Borg og Karlsson, 2017)

”Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og muligheter til å bidra på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg.”

Mange personlige beretninger sier noe om hva det vil si å leve med og komme seg gjennom psykiske helseproblemer. De har beskrevet utrygghet, smerter og livsutfordringer og hvordan de har blitt bedre av å mestre det. De har også beskrevet hvordan de har levet med sosial og helsemessig stigmatisering. Videre beskrives personlig recovery som en reise som forgår i forskjellige stadier og at den endrer

personens liv. Det som kjennetegner en recoveryreise er håp, optimisme og mening med livet. Særlige meningsfulle aktiviteter er fysisk aktivitet, forskjellige sosiale aktiviteter, utdanning og arbeid. Aktiviteter og arbeid er betydningsfulle siden de også betyr en tilknytning og tilhørighet i sosiale lag og innebærer mestringsopplevelser, nye roller og en opplevelse av å bidra og å være en del av samfunnet. Den kan foregå både med og uten profesjonelle (Borg et. al, 2013).

Recovery som sosial prosess innebærer en forståelse om at alle lever i og er en del av et større sosialt miljø.

Sosial recovery tar utgangspunkt i at mennesket alltid er i relasjon og situasjon med andre mennesker i forskjellige sammenhenger. Forståelsen av mennesket tar i større grad utgangspunkt i personens livsvilkår og miljø og ikke bare personens biologiske og genetiske vilkår. Recovery foregår ikke i et behandlingsrom eller i en institusjon, men foregår i selve livet i personens omgivelser.

Sosial recovery beskrives som følger (Jensen, Topor og Borg, 2011, s 20).

” Recovery handler om å utvikle måter å håndtere psykiske problemer på, og ikke minst de sosiale konsekvensene av problemene. Dette arbeidet gjør den enkelte gjerne sammen med sitt sosiale nettverk, det vil si fagpersoner, venner eller pårørende, som støtter på ulike vis.”

Recovery i et sosialt perspektiv, handler om å oppdage og å håndtere ulike livsvilkår og sosiale konsekvenser av psykiske helseproblemer. Personorientert recovery er for enkelt mener flere. De mener recovery betinger sosiale miljøer som er støttende og inkluderende og ikke stigmatiserer eller diskriminerer personer med psykiske utfordringer. I England har man siden 2001 hatt fokus på personer med psykiske helseutfordringer sin velvære og å inkludere de i naturlige sosiale sammenhenger og i ordinært arbeid. I Skandinavia har det vært fokus på personers hverdagsliv, levekår og sosiale prosesser. Og ha et hjem, mulighet for utdanning, et arbeid, sosiale miljøer og nærmiljø, venner og familie har stor betydning for sosiale recoveryprosesser. I studier hvor personer har egenerfaring beskriver de at recovery handler om innsatsen for å ha egen kontroll, finne mening, leve det hverdagslivet den enkelte ønsker, ha retten til valgmuligheter og retten til reelt samarbeid med fagpersoner. Personen ønsker et

positivt liv og å ha en positiv identitet til tross for psykiske helsevansker (Borg og Karlsson, 2014).

Recovery omtales også som et resultat eller klinisk recovery. Klinisk recovery har mange fellestrekk med behandlingsforskning og effektmåling som har lange tradisjoner innen psykisk helsefeltet og særlig innen spesialisthelsetjenesten. Den er utviklet for å måle objektive resultatmål og å måle behandlingseffekt. Det blir brukt standardiserte tiltak, tjenester og mål og resultatene er observerbare og blir vurdert av fagpersoner. Det å tilpasse recovery som unik prosess eller som en sosial påvirkning kan by på problemer i denne forståelsen av recovery.

2.3 Individuell jobbstøtte (IPS)

2.3.1 Teori om individuell jobbstøtte (IPS)

Det er to metoder som dominerer arbeidsrehabilitering. Den mer tradisjonelle er Vocational rehabilitation (VR). Den er kaldt ”train and place” med trinnvis opplæring, strukturelle aktiviteter og arbeid i beskyttede arbeidstiltak før eventuelt ordinært arbeid. Den andre er Supported Employment (SE). Denne modellen skiller seg ut ved at personene starter tidlig med jobbsøk og ordinært arbeid samtidig som de får veiledning og støtte underveis. Den er kaldt ”place and train”. Den evidensbaserte formen av SE er kalt IPS. IPS er forkortelse for individual placement and support, på norsk kalt individuell jobbstøtte. Det er en metode for arbeidsrehabilitering for personer med moderate til store psykiske lidelser. Den ble utviklet i slutten av 1980 årene i USA for at flest mulig skulle kunne ha egen inntekt å livnære seg på (Becker og Drake, 2003). IPS er så langt den beste evidensbaserte metoden for å lykkes med å få personer med moderat til alvorlig psykiske lidelser ut i arbeid (Shepherd, Bacon, Lockett og Grove, 2012).

Individuell jobbstøtte er en metode som har flere av det moderne helsearbeidets premisser innlemmet i en evidensbasert praksis. Den er i Norden et samarbeid mellom to etater, helse og sosialetaten i nært samarbeid med støtte og oppfølging til deltaker på en ordinær arbeidsplass (Frøyland og Spjelkavik, 2014).

IPS har 8 prinsipper og 25 punkter som skal følges opp i samarbeid med deltaker. Utgangspunktet er personens ressurser, mål og ønsker om arbeid/yrke. Et sentralt prinsipp er at kartlegging av ressurser og ønsker for arbeid starter tidlig i prosessen. Ønsker personen arbeid, skal han/henne innen en måned være i gang med arbeidssøking. Helsepersonell skal følge personen med støtte og veiledning under hele prosessen. Behandlingen vil rette seg mot symptomer i arbeidshverdagen og styres av personens egne behov. En jobbspesialist som er ansatt av NAV, følger opp personen i søkeprosessen og arbeidsprosessen. Behov for andre NAV-tjenester kan også være aktuelt. Personen får en helhetlig oppfølging av et team som jobber på personens premisser (NAV, Helsedirektoratet, 2014).

IPS - Individuell Jobbstøtte – 8 prinsipper:

- 1- Målet er ordinært, lønnet arbeid.*
- 2- Deltagelse på bakgrunn av brukers eget ønske.*
- 3- Individuell jobbstøtte er en integrert del av behandlingen.*
- 4- Jobbsøking skjer ut fra deltagerens interesser og ferdigheter.*
- 5- Individuelt tilpasset rådgiving om økonomiske ytelser.*
- 6- Jobbsøking starter med en gang og senest innen 1 måned.*
- 7- Systematisk jobbutvikling.*
- 8- Oppfølging er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset arbeidstager og arbeidsgiver.*

Anthony, Rogers og Farkas (2003) skriver at muligheten for at personer lykkes i arbeidsrehabilitering ikke er avhengig av antall reinnleggelser på sykehus, antall dager i kommunehelsetjeneste, psykopatologi, eller erfaring fra arbeid. Det er viktigere for en persons tilfriskning/recovery å ha en meningsfull rolle i samfunnet. Det å ha muligheten til å bestemme i eget liv, følelse av håp og tro på egen mestringsevne og være fornøyd med livet betyr mye (Anthony, Rogers og Farkas, 2003). Med IPS søker behandlere å rette seg inn mot personens egne ønsker og mål for arbeid. Det er viktig at veien for å nå det er basert på samarbeid og støtte. Metodene som IPS innehar er ikke basert på prinsipper fra recovery, men kan synes å ha en del tilfelles denne modellen (Areberg, 2013).

2.3.2 Forskning på Individuell jobbstøtte (IPS)

Ved søk i forskningslitteratur var det hensiktsmessig og søke bredt. Det var interessant å finne flest mulig artikler som omhandlet metoden IPS, slik at det var mulig å se hvilke forskningsfokus og resultater som var aktuelle på området.

Flere artikler gikk igjen i forskjellige databaser. Mange omhandlet utprøving av IPS som metode for arbeidsrehabilitering sammenlignet med andre metoder i forskjellige land som USA, Storbritannia, Canada, Australia. Det ble funnet 6 studier om IPS med eksplorativt design fra Sverige og Norge.

Det er gjort mye forskning på virkning og effekt av metoden IPS som en arbeidsrehabiliteringsmetode. Hovedvekten av studier av IPS er randomisert kontrollert studer som viser at IPS som rehabiliteringsmetode har god effekt kontrollert mot andre ordinære rehabiliteringsmetoder (Crowther, Marshall, Bond og Huxley, 2008; Burns og Catty, 2008; Rinaldi og Perkins, 2007; Areberg, 2013).

Det var gjort en stor randomisert kontrollert studie fra Sverige. Den viste at rehabilitering med IPS etter 18 måneder hadde 46% av deltakerne kommet ut i arbeid mot 11% fra ordinær rehabilitering. Personene kom 5 ganger raskere ut i arbeid ved hjelp av IPS metoden (Areberg, 2013).

Det er gjort flere studier som viser bedring i psykisk lidelse hos deltagere i IPS (Areberg, 2013; Burns et al, 2009; Rinaldi, 2014; uniHelse og uniRokkansenteret, 2016). De viser i sine studier at personer med moderat til alvorlige psykiske lidelser har fått bedre selvbilde, mindre tilbakefall og innleggelse i sykehus, større sosial kontakt og opplevelse av verdifullhet og mestring..

Forskning fra Norge viser at personer med psykiske helseproblemer fungerer i arbeid med deres helseutfordringer. Disse personenes erfaringer har vært at å ha en jobb hjelper de å mestre ustabil følelsesliv og høring av stemmer. Det vises også til at personer som opplever psykiske helseproblemer, har behov for håp, ha muligheter i livet og å ha kontroll (Karlsson og Borg, 2017). En norsk masterstudie viste at personer

i arbeid opplevde stolthet over det de mestret og mindre skam overfor venner og andre (Grini, 2011). En annen norsk studie så på bedriftslederes erfaringer med å ha personer med psykiske lidelser i arbeid. Bedriftsledere tenkte at helsearbeidere var opptatt av arbeidsdeltakers sykdom, mens de var særlig opptatt av arbeidsdeltakers egenskaper og evner for å mestre arbeidet (Løvereide, 2014). Løvereide etterspør i denne studien, mer kunnskap om helsearbeiderens erfaringer med IPS.

Det er gjort noen studier av helsevesenets organisering og helsepersonells arbeid med IPS i England (Bond, Drake og Becker, 2008). En studie ser på helseavdelingens utfordringer med å følge IPS struktur og samarbeid med jobbkoordinator. Den viste til dårlige resultater med jobbimplementering (Howard, Heslin, Leese, McCrone, Rice, Jarrett, Spokrs, Huxley og Thornicroft, 2010). En annen studie evaluerer 16 nasjonale prosjekt etter modell av IPS. De viser til ulike syn i samarbeidet mellom helsepersonell og jobbkoordinator om hvorvidt personer med psykose har behov for behandling av symptomer før de er klare til å arbeide, for å forhindre forverring av lidelsen (Shepherd, Bacon, Lockett og Grove, 2012).

Selv om IPS har hatt gode resultater i forsknings studier internasjonalt, er det satt spørsmålsteget ved at helsearbeidere ikke hjelper mange nok personer ut i ordinært arbeid (Craig, Shepherd, Rinaldi, Smith, Carr, Preston og Singh, 2014). Den engelske studien har sett på helsearbeidernes holdninger om frykt for tilbakefall og innført tiltak som motiverende intervju. Studien viste at de som fikk opplæring i motiverende intervju, lyktes i større grad med å hjelpe personer ut i jobb.

I Norge ble en stor studie fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet sin satsning på IPS gjennomført fra 2013 til 2015 publisert i desember 2016. Det var en nasjonal randomisert kontrollert studie som målte effekt/virkning av Individuell jobbstøtte (IPS) som en rehabiliteringsmodell. Denne studien ble gjennomført av uniHelse i samarbeid med uniRokkansenteret. Den inneholdt sluttrapporten av i alt 4 rapporter, intervjuene samt kost/nytte-analysen. Den kom også med en prosessanalyse med intervjuer av jobbspesialister, behandlere og deltakere i IPS-prosjektet. Effektevalueringen fra studien, dokumenterte god effekt av individuell jobbstøtte målt opp mot andre rehabiliteringstiltak. Det er en av de store IPS-studiene og viste at IPS har god effekt også i Norge. Det var liten forskjell på gruppen av moderate og alvorlige

psykiske lidelser. IPS har hatt en betydelig bedring av selvpoplevd helse, lavere depresjonsnivå og bedre livskvalitet hos deltakerne. Prosessevalueringen viste det var krevende å implementere IPS i fylkene og holde fokus på at jobber var ordinært arbeid. På bakgrunn av rapporten, anbefales videreføring av IPS (uniHelse og uniRokkansenteret, 2016). Regjeringen har i oktober 2017, vedtatt å videreføre og øke midler i 2018 til helsedirektoratet, for å satse på individuell jobbstøtte (IPS) (www.napha.no).

Min studie er basert på en del av utvalget av behandlerne fra et av pilotprosjektene, som ovennevnte studien ble gjort.

2.3.3 Oppsummering av forskning

Gjennomgang av forskningslitteratur fra USA, Europa inkludert England, Sverige og Norge, viser at IPS som metode har god effekt sammenlignet med ordinære arbeidsrehabilitering. Det er satt spørsmåltegn til effekt av implementering av IPS i helsetjenester. Det er også satt spørsmåltegn ved helsearbeideres holdninger og motivasjon for å følge IPS prinsipper om tidlig jobbsøking og arbeid. Det er gjort lite kvalitativ forskning på helsearbeidernes erfaringer med bruk av metoden IPS og det etterspørres mer kunnskap på område nasjonalt og internasjonalt. Arbeidsrehabilitering for personer med psykose med individuell jobbstøtte (IPS) er evidensbasert og en spennende måte å arbeide på. Individuell jobbstøtte ble igangsatt flere steder i Norge og flere steder ble det gjennomført nasjonale randomiserte studier. Etter jeg gjennomførte min undersøkelse kom rapporten fra den norske undersøkelsen av individuell jobbstøtte (IPS). Det er gjort få kvalitative studier på feltet og det etterspørres mer kunnskap om helsearbeidernes erfaringer på område.

2.4 Situert læring

Jean Leave professor ved Berkely, USA og Etienne Wenger, tidligere forsker ved Institute for Resurche on learning var opptatt av de sosiokulturelle mekanismene rundt læring. De var ikke opptatt av individuell kognitiv læringsteori, men av at læring ofte

skjedde andre steder enn i klasserommene. Leave og Wenger studerte blant annet hvordan håndverkere lærte i afrikanske samfunn. Der så de at læring skjedde effektivt gjennom et sosialt system. Deres teori om læring fokuserer på at læring foregår i en kontekst. Individene i en sosiale setting har forskjellige erfaringer og er i et samspill med omgivelsene. Gjennom dette samspillet utvikles ny kunnskap. At mennesker er sosiale vesener med sosial intelligens, er også et sentralt aspekt av læringen. Å tilegne seg innsikt innebærer å være aktiv deltagende i vårt dagligliv og i verden. Læring foregår hele tiden utenfor klasserommet og i alle situasjoner. Å arbeide er i praksis er det samme som å lære. Det er en del av menneskers natur, forklarer Etinnie Wenger i boken ”Situert læring og andre tekster” (1991).

2.4.1 Læring som aktivitet

Leave og Wenger (1991) mener at læring foregår i den kontekst der livet og våres erfaringer skapes. Å lære er en del av menneskets natur og er livsoppretholdende og uunnngåelig på lik linje med å spise og drikke. Det er en del av den menneskelige natur på lik linje som andre menneskelige aktiviteter. De setter læring inn i en kontekst der læring forstås som alle situasjoner eller praksiser der personer er aktive og deltagende. Man lærer i situasjoner som i familier, i idrettslag og i arbeid. Det er en relasjon mellom de nyankomne personene og de erfarende. De nyankomne personene utvikler bestemte ferdigheter og atferds former som gjør de til en av fellesskapet.

Lave og Wenger mener situert læring er en bro fra oppfattelse av læring der den kognitiv prosess er det primære, til den sosiale prosessen hvor læring finner sted. De definerer læring som (Leave og Wenger, 1991, s. 99): ” *legitim perifer deltakelse i praksisfellesskaper*”.

De mener med sitt perspektiv på læring at det er en analytisk måte å forstå læring på mer enn en teori om pedagogikk. Læring er ikke bare plassert som en situert del av en praksis, men læring er en integrert del av den sosiale praksis i en del av verden. Begrepet ”legitim perifer” skal oppfattes som en helhet og er dynamisk med skiftende miljøer og perspektiver. Læring handler om å finne måter å høre til på i et fellesskap. De tenker seg at personer for mer tilgang til forståelse og resurser gjennom økende deltagelse.

Wenger mener de forskjellige teorier om læring og kan brukes til forskjellige formål. Hun antar læring dreier seg om:

1: Vi er sosiale vesener som et aspekt av læring.

2: Viten dreier seg om kompetanse på forskjellige områder som å lære seg å synge reint, oppdage vitenskapelige kjensgjerninger, kunne reparere en maskin, vokse opp som gutt eller jente.

3: Innsikt er et spørsmål om deltakelse i utøvelsen av fortagende som å aktivt engasjement i omverden.

4: Mening – våres evne til å oppleve verden og våres engasjement som meningsfullt – er i siste instans det, læringen skal produsere.

(Wenger, 1991, side 130-131)

Ikke alt hva vi gjør er læring forklarer Etinne Wenger videre (Wenger, 1991, side 134)

Læring kan forstås som:

” Det er det der forandrer vores evne til at indgå i praksis, forståelsen af, hvorfor vi engagerer os i det, og de ressourcer, vi har til rådighed for at gøre det”.

Hun skriver videre at læringen ikke bare er mentale prosesser. Læringen har å gjøre med utviklingen av praksisene og å forhandle mening. Læringen handler om å gjøre erfaringer og å utvikle ferdigheter og vaner som til sammen danner en identitet. Læring i praksisen er både scene og objekt, vei og mål. For eksempel tenker ikke helsearbeidere på at deres arbeid i praksiser er læring fordi det ikke er målet med praksisen. Den flerdimensjonale og stadig skiftende komplekse praksisen er konteksten for deres utøvelse og utvikling av deres repertoar. Og selve prosessen som helsearbeiderne utøver med å være engasjert i og deltagende i utviklingen av den utøvende praksisen er læringen. Eksempel på en slik læring er tverrprofesjonelt samarbeid og praksis, som behandlerne i min studie var en del av gjennom IPS-prosjektet.

2.5 Tverrprofesjonelt samarbeid

Det har vært fokusert på at helseutfordringer innenfor psykisk helse er komplekse og at det er nødvendig med tverrprofesjonelt samarbeid for å bidra til bedre tilbud til befolkningen. Gjennom helse og sosialpolitiske retningslinjer i Norge de siste 30 årene, fra ”Samordning i helse og sosialtjenesten”, (NOU 1986: 4) til Samhandlingsformen, (St.meld. nr 47, 2012) har tverrprofesjonelt samarbeid vært i fokus.. Ordet tverrprofesjonelt er valgt utfra den internasjonale betegnelsen ”interprofessional” og innebærer at flere profesjoner jobber tett sammen og (Willumsen og Ødegård, 2016). Samarbeid er et veivalg og en prioritet fra helse og sosialmyndigheter gjennom Samhandlingsreformen, St.meld 47 (2008-2009). Rett behandling til rett tid og på rett sted, har betydd fornyet fokus på samarbeid mellom kommune og sykehus, NAV og deltaker selv. (Willumsen og Ødegård, 2014). Stortingsmelding 34 og 10 omhandler arbeid og psykisk helse der prioriteringer er samarbeid mellom etater for å bistå i arbeid for personer med psykisk helseproblem (Meld. ST. 10, 34).

I stortingsmeldingen Morgendagens omsorg, (Melding St. 29 2012 – 2013) er det fokus på innovative løsninger for å skape nye samarbeidsplattformer. Samarbeid mellom helse og sosialaktører og deltaker skal utvikles og det skal skapes nye samhandlingsplattformer. Med store utfordringer nå og i fremtiden kreves det et større samarbeid mellom profesjoner, mellom deltaker, pårørende, frivillige organisasjoner og innbyggere (Willumsen og Ødegård, 2014). Over tid har det vært forsøkt å finne gode måter å implementere en virksom samarbeidsform. Med lov om Individuell plan (Lov om pasient og brukerrettigheter, 1999) ble det lagt vekt på et samarbeid av forskjellige faggrupper og forvaltningsnivå rundt bruker. IPS er en nyere forskningsbasert metode i Norge som implementere et samarbeid mellom flere aktører og deltaker (Arbeid og psykisk helse, 2013).

Willumsen og Ødegård definerer tverrprofesjonelt samarbeid som:

”Samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper som har en felles oppgave eller et felles prosjekt. De er engasjert i felles beslutninger, noe som innebærer integrasjon av andre faggruppers kunnskap og ferdigheter. Sammen skaper deltakerne en ny viten, en form

for ”merviten”, som er en syntese av samarbeidspartneres ulike bidrag og som de ikke kan oppnå hver for seg ” (Willumsen og Ødegård, 2016, s 39).

Willumsen bedyrer at tverrprofesjonelt samarbeid er krevende. Det forutsetter stor bevissthet om egen profesjon og tydelighet i forhold til hva de ulike profesjonene kan bidra med i den aktuelle situasjonen. Det kreves også stor forståelse og villighet til å lytte til de andre profesjonenes kompetanse for å ivareta en helhet i tjenesten. For å få til et godt samarbeidsklima er det viktig å være fleksibel og ha vilje til å finne gode løsninger til det beste for bruker/deltaker (Willumsen, 2009)

Basert på både politisk og faglig etisk verdivalg, er brukerdeltakelse en viktig faktor i moderniseringen av det offentlige helse og tjenestetilbudet. Det stilles krav til tjenestens utforming at den er tilgjengelig, samordnet, individuell og at bruker er deltagende (Willumsen og Ødegård, 2016, s 39).

Kommunene har fått utvidet ansvar for folkehelse både på person- og samfunnsnivå. Behandlerne i min studie jobbet i spesialisthelsetjenesten. I helseforetakene har New Public Management vært en rådene styringsform for. Det er en styringsform som er hentet fra private bedrifter og handler om å økonomisere og effektivisere helsevesenet. I offentlig helsesektor har det handlet om rask diagnostisering og behandling. Pasientbehandling har fått tildelt en stykk-pris. Målet er økt effektivitet basert på kunnskapsmessige standarder. Fagpersoner har fått ansvar for å dokumentere at det han har gjort er i trå med foreskrevne, evidensbaserte og standardiserte metoder og tiltak slik at det kan etterprøves. Det er lite rom for å ivareta pasientens situasjon og aktuelle behov. En slik organiseringen i helsevesenet representerer et menneskesyn som er stykkevis og delt og ikke et helhetlig syn (Karlson og Borg, 2017). Det var rammebetingelsene behandlerne i min studie var da de startet i IPS-prosjektet. De hentydet at jobben de gjorde i IPS-prosjektet, var et paradigmeskifte i henhold til synet på deltakerne i IPS og mulighetene til å fungere i ordinære jobber.

3 Metode

3.1 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å innhente kunnskap om behandlernes erfaringer med bruk av individuell jobbstøtte (IPS) for å bistå personer med psykoselidelser ut i ordinært arbeid.

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har behandlere i en psykosepoliklinikk med å bistå deltakere som ønsker individuell jobbstøtte (IPS) ut i ordinært arbeid?

Forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever behandlerne samarbeidet med jobbspesialistene fra NAV og deltakerne som ønsker arbeid?
- Hvilke endringer skjer hos helsearbeiderne i syn på deltakerne og forståelse av helse?

3.1.1 Søkestrategi

Jeg har foretatt søk i databasene: Oria med søkeord "IPS" and "mental illness" or "psychosis" or "psychiatric patient" gav 191 treff hvorav 97 aktuelle artikler. Søk i Cihnal med søkeord "individual placement and support" and "mental disorders" and "mental health" gav 75 resultat og 64 aktuelle artikler. Søk i Cochraine på "Individual Placement and Suport" and "mental health" gav 47 artikler og 3 Cochraine review. Det ble lest gjennom reviews.

Søkene ble gjentatt 3 år på rad. I 2018 ble søket finjustert med søkeord, "individuell jobbstøtte" og "helsearbeidere" i norske Oria og "IPS" og "healthworker" i Cihnal. Det var 10 artikler og en ny norsk artikkel ble funnet.

De fleste artiklene gjaldt randomiserte kontrollerte studier. I Skandinavia fantes det kvalitative studier. Artiklene som kom frem fra søkene, presenteres i studiens bakgrunn, teoretiske rammeverk og i diskusjonsdelen, og utdypes ikke her.

3.2 Design

I denne studien ønsket jeg å undersøke behandlernes erfaringer, og det ble valgt å benytte kvalitativt forskningsintervju som metode. Kvalitative forskningsmetoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) og støtter seg til teorier fra postmodernisme og sosial konstruksjonsisme. Det er metoder for hvordan man systematisk gå frem for innsamling og organisering, analyse og tolkning av data for å beskrive og analysere fenomener (Malterud, 2013; Thagaard, 2010). Studien har et induktivt, eksplorerende og deskriptivt design. Et induktivt forskningsperspektiv er styrt av data. Det tas utgangspunkt i hvordan informantene beskriver empirien, og det utvikles en forståelse av de temaene som blir undersøkt. Problemstillingen i studien vil bli belyst ut fra empiriske data (Malterud, 2013; Thagaard, 2013). Et eksplorerende design vil forsøke å finne noen nye sammenhenger av erfaringer vurdert opp mot eksisterende teorier. Med deskriptivt tilnærming er hensikten å beskrive behandlernes erfaringer. Det innebærer å lete etter kunnskap om hva noe består av eller hvordan noe forholder seg til noe annet eller hva noe betyr. Målet er forståelse snarere enn forklaring (Malterud, 2011; Thagaard, 2013).

3.2.1 Fenomenologisk og hermeneutisk forankring

Studien har en fenomenologisk og en hermeneutisk forankring. Den søker å beskrive behandlernes erfaringer og forsøker å forstå og fortolke meningen i dataene. Fenomenologi er forbundet med Edmund Husserls filosofi og metode. Han studerte tingene som fenomener og var opptatt av bevisstheten og strukturer i disse. Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av en dypere mening i enkeltpersoners erfaring (Thagaard, 2013). Fenomenologien er en premissleverandør for moderne hermeneutikk. Hermeneutikk betyr ”fortolkningskunst. Den hermeneutiske tradisjon legger vekt på å fortolke

meninger i konkrete menneskelige forhold og i sosiale situasjoner (Bondevik, Bostad, 2003). Hermeneutikken vokste frem på 1600 tallet som en teologisk fenomen for tolkning av bibeltekster. Hans Georg Gadamer var sentral i videreutvikling av hermeneutikken. Hermeneutiske filosofi og metode legger vekt på å tolke personers utsagn og handlinger og å utforske et dypere meningsinnhold i fenomenene eller aktiviteter. Den bygger på prinsipper om at mening bare kan forstås i den sammenheng fenomenet er en del av (Thagaard, 2013). Den hermeneutiske sirkel ble utviklet som en metode av Dilthey. Den hermeneutiske sirkel innebærer at forskeren går i dybden av materialet, veksler mellom å se delene og helheten og etter hvert får en ny forståelse. Metoden er senere blitt kritisert fordi en sirkel går tilbake til utgangspunktet og kan forstås som at ingen ny innsikt er oppnådd. Senere har man i stedet referert til en hermeneutisk spiral eller en dialektisk bevegelse som en pendling mellom to ytterpunkter. (Aadland, 2009). En hermeneutisk tilnærming passer godt for utforskning av dynamiske prosesser. I min studie av behandlernes erfaringer, vil en hermeneutisk tilnærming være egnet til å utforske fenomener og beskrive dem i en ny sammenheng (Malterud, 2013).

3.2.2 Min forforståelse

I kvalitativ forskning og hermeneutisk forankring er det viktig å være observant på egen forforståelse og forståelsesramme. Språk må tolkes for å få en forståelse av hva som blir sagt. Samtidig er det viktig å tolke sin egen oppfattelse. Språket skjuler ofte mer eller mindre sine egne ubevisste oppfatninger og verdier (Bondevik, Bostad, 2003).

Forfatterens forforståelse kan innebære både styrker og svakheter til studien. Jeg har ca 15 års erfaring med arbeid innen psykisk helsesektor og har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Fagkunnskap og filosofi er et interesseområde. Jeg har hatt forbilder og gode veiledere i forskjellige arbeid og utdanning. Jeg har et holistisk og humanistisk menneskesyn. Jeg har erfaring med å arbeide etter recoveryprinsipper med fokus på klientens ressurser og egne valg. Dette verdigrunnlag er i tråd med studiens filosofi og ide.

Utgangspunktet for valget av tema for forskningen ble IPS, var et tips fra koordinator fra mitt arbeidsted. Jeg hadde ikke kjennskap til metoden IPS. Jeg kjente heller ikke behandlere i psykoseposten og hadde ingen erfaring med å jobbe med arbeidstiltak for

personer med psykosesyntomer. Min kunnskap og nysgjerrighet på IPS kom i stor grad etter innhenting av informasjon og etter et seminar med IPS-prosjektets behandlere og deltakere.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Begrunnelse for valg av metode

Metoden for datainnsamlingen har vært flerstegs fokusgruppeintervjuer. I en fokusgruppe møtes mennesker til samtale og refleksjon rundt et tema som forsker ønsker å undersøke. Fokusgrupper egner seg til å få frem kvalitative data som erfaringer, meninger, samhandling og refleksjon i en gruppe (Malterud, 2012). For å få fram behandlernes erfaringer med IPS-arbeidet, ble det valgt å bruke flerstegs fokusgruppeintervju med to samlinger med samme gruppe. Flerstegs fokusgruppeintervjuer karakteriseres av at samme gruppe undersøker et fokusert tema gjennom flere møter (Hummelvoll, 2008). Flere møter kan gi mulighet til kunnskapsutvikling og læring for de som deltar fordi deltakerne kan gå mer i dybden på de tema som kommer fram (Hummelvoll 2008). Flere møter kan gi forskeren muligheter til å løfte frem analytiske spor som bærende ord, setninger og sammenhenger som forsker får fra første samling. Da har en mulighet å sjekke med deltakerne om de gir mening (Hummelvoll, 2008). Med flere møter kan gruppa sammen skape et utvidet perspektiv gjennom refleksjon og læring om egen prosess (Malterud, 2012).

3.3.2 Utvalg og rekruttering

For denne studien ble det gjort et strategisk utvalg av behandlere i en psykosepoliklinikk. De var deltagere i et nasjonalt pilotprosjekt om individuell jobbstøtte (IPS) i Norge. Et strategisk utvalg innebærer at man har satt sammen et utvalg informanter som best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2011). Det er fordel å ha fra 5 til 8 informanter i et flerstegs fokusgruppeintervju (Malterud, 2012).

Jeg tok direkte kontakt med leder for poliklinikken for å innhente tillatelse til å gjennomføre studien. I tillegg ble det innhentet tillatelse fra avdelingsleder av DPS`et.. Rekruttering av informanter foregikk via leder av psykosepoliklinikken. Lederen tok kontakt med lederen for behandlerne i gruppa for IPS-prosjektet. Jeg deltok også på et informasjonsmøte med leder for IPS-prosjektet. Denne lederen leverte ut skriftlig informasjon om studien til aktuelle behandlere. Hun tok ansvar for å rekruttere mellom fem til åtte personer etter de utvalgskriteriene jeg hadde satt.

3.3.3 Kriterier for deltakelse i studien

Kriterier for deltakelse i studien var at behandlere hadde pasienter/deltagere som hadde sagt ja til å delta i IPS. Behandlerne kunne være leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer og andre treårige helsefaglige utdanninger. De skulle ha deltatt i IPS-prosjektet mer enn 6 måneder. Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om hensikt med prosjektet, forsvarlig lagring av data og frivillig deltagelse.

Etter at intervjuene ble gjennomført, ble lydfilene overført til pc og lagret kryptert. Signerte samtykkeskjemaer ble lagret adskilt og innlåst. Jeg memorerte stemmer og nummererte de i det transkriberte materiale.

3.3.4 Informantene i studien

Fem behandlere deltok i studien . En mann og fire kvinner. Det var en psykiater, en sosionom og tre sykepleiere. Alle hadde spesialutdanning innenfor psykisk helsearbeid. En av informantene var under 40 år og tre var mellom 40 og 60 år. Tre av informantene hadde over 20 års erfaring og to av informantene hadde mellom fem og femten års erfaring i psykisk helsearbeid. Alle fem informanter deltok i begge intervjuene.

3.3.5 Studiens kontekst

Forskningen i min studie ble utført ved en psykosepoliklinikk i en distriktpsykiatrisk avdeling på Østlandet. Avdelingen tok selv initiativ til å delta i et landsomfattende prosjekt, individuell jobbstøtte/IPS som var organisert via Helsedepartementet og Arbeidsdepartementet som et samarbeidsprosjekt. Dette prosjektet var et av seks pilotprosjekt i Norge og ble avsluttet våren 2015. Avdelingen som jeg undersøkte,

jobbet fortsatt med IPS etter samme prinsipper og med samme ressurser som de to årene prosjektet varte. De hadde i alt 2,5 års erfaring med å jobbe etter denne metoden.

IPS-programmet i denne studien integrerte behandlere i en DPS, psykose-poliklinikk og jobbspesialister fra NAV i felles arbeid for å hjelpe deltakere med psykiske helseproblemer ut i arbeid. I IPS-programmet ble det holdt et fast ukentlig møte. Møtene bestod av et team av seks til åtte behandlere fra poliklinikken inkludert leder og tre til fem personer fra NAV. Behandlere som deltok i IPS-prosjektet bestod av psykiater, psykologer, sykepleiere og sosionom. NAV var representert med jobbspesialister og jobbløse. En jobbløs gir kurs for arbeidsgivere om å legge til rette for personer med spesielle behov på arbeidsplassen. Jobbspesialistene jobbet utadrettet mot arbeidsgivere. De jobbet også direkte med deltakerne i IPS-prosjektet, for å finne de rette arbeidsgiverne for den enkelte deltaker. De deltok sammen med deltakerne i deres første kontakt med arbeidsgiver og møtte dem senere ved behov. Jobbløs hadde en mer organisatorisk rolle i NAV. Det var ca 20 deltakere i IPS til enhver tid. Noen deltakere hadde behov for lang tid med oppfølging og andre hadde kortere tid med oppfølging.

3.3.6 Gjennomføringen av fokusgruppeintervju

Forberedelser til fokusgruppeintervjuene foregikk i flere faser. Etter å ha satt meg grundig inn i forskningen gjort om IPS, endte jeg opp med en problemstilling rettet mot behandlerne. Deretter utarbeidet jeg en intervjuguide. Hovedspørsmålet ble den samme som problemstillingen og var åpen i formen. Jeg la vekt på å være åpen i tilnærmingen. for å få fram mest mulig av det behandlerne var opptatt av. Derfor lot jeg også samtalen flyte fritt i lengre perioder uten å avbryte. På denne måten ble deres beskrivelser og refleksjoner i minst mulig grad påvirket og farget av meg (Malterud, 2011). Alle var ivrige etter å fortelle om sitt arbeid med IPS prosjektet. De utdypet hverandre og kom med nye vinklinger og mange eksempler. De var positive, engasjerte og støttet hverandre i mye av det som ble sagt. Mye latter og glede ble delt.

Jeg hadde med meg en erfaren pensjonert leder innen psykisk helse og rus, som fungerte som sekretær i fokusgruppene. Hennes oppgave var å følge med på at alle informantene deltok, registrere ulike stemninger i gruppa, observere gruppedynamikken og passe

tiden. Begge fokusgruppene varte 1,5 time. Dialogen i gruppene ble tatt opp på digital opptaker.

Problemstillingen og hensikten med studien ble presentert i starten av begge gruppene. I det første intervjuet hadde jeg som målsetting at behandlerne skulle snakke om det de selv syntes var vesentlig i arbeidet med metoden IPS. Intervjuet startet med et åpent spørsmål og jeg fulgte opp med oppfølgingsspørsmål til temaer de tok frem.

Etter første fokusgruppeintervjuet startet første fase av analysen. Sammen med sekretær noterte vi oss de inntrykkene vi satt igjen med. Deretter ble teksten fra lydbåndet lyttet til noen ganger og ble transkribert. Det ble satt tegn til teksten som latter, pause, støtte m.m. Det for å få frem et mangfoldig inntrykk fra gruppa. Deretter ble den lest flere ganger for å finne analytiske spor som bærende ord, setninger og sammenhenger. Det ble notert ned og tatt med til neste fokusgruppe. Det ble en mulighet å sjekke med deltakerne om det gav mening for dem.

I det andre fokusgruppemøtet ble temaer fra første møtet utdypet og data verifisert eller modifisert. Det ble en samlet diskusjon angående temaer det kunne være forskjellige oppfatninger i forhold til eller spesielle temaer gruppa ville utdype. De fleste tema ble det en konsensus i. Behandlerne kom med mange interessante vinklinger og eksempler fra erfaringene de hadde.

3.4 Analyser

Kvalitativt innholdsanalyse ble valgt for å systematisere meningsinnholdet i de transkriberte tekstene. Innholdsanalyse er en egnet metode for å få fram de underliggende meninger og erfaringer. Metoden er ikke forankret til en filosofisk retning og den har mange teknikker for systematisk dataanalyse. I en datastyrt analyseform identifiseres meningsenheter i tekstene. De abstraheres og danner databaserte kategorier. Gjennom analyseprosessen er målet å finne ut hva datamaterialet har å fortelle. De transkriberte fokusgruppeintervjuene deles opp i mindre enheter for å få tak i de enkelte sidene ved det informantene hadde sagt (Graneheim og Lundman, 2004).

Her har jeg satt på en tabell over analysen av data med eksempler på meningsbærende enheter. Analysen resulterte i fire hovedtema: Å samarbeide i team, syn og forståelse av pasient/helse, motivere og å gi håp, helhetlig tilnærming til deltaker.

Tabell 1-1: Analyse av data

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Subtema eller subkategori	Tema
"nå er vi mer sånn aktive, mer deltakende på område med jobb"	Aktive og deltar på område jobb	Tilrettelegger arbeid	Arbeidsmåter i IPS	Å samarbeide i team
jeg tror at stigmatisering at det ikke er forenelig å ha stemmer og være i jobb, vi får utfordret den, der kanskje helsevesenet har vært den verste synderen"	At helsevesenet stigmatisere å ha stemmer, at det ikke er forenelig med jobb	Stigma i helsevesenet å ha stemmer	Stigma	Syn og forståelse av pasient/helse
"jeg har erfart at når deltaker har noe virkelig noe å jobbe mot, noe matnyttig, så på en måte fremma ressursene han hadde"	Deltakers ressurser øker når har noe matnyttig å jobbe mot	Motivasjon øker ressurser	Motivere	Motivere og å gi håp
"da var jo lissom behandlingsideologien at man skulle ta det mest mulig med ro å bli bra"	Behandlingsideologi er å ta det rolig	Vurdering av deltaker/pasient	Arbeide helhetlig	Helhetlig tilnærming til deltaker

Teksten ble grundig gjennomgått for å innhente et helhetsinntrykk. Observasjoner og refleksjoner ble notert ned under lesingen. Neste trinn var å bestemme meningsenheter. En meningsenhet er beskrevet av Graneheim og Lundman (2004) som en sammenstilling av ord som relaterer seg til samme mening. Meningsbærende innhold ble markert med forskjellige farger i teksten.

Innholdsanalysen bestod av to former, et manifest og et latent innhold. Det manifeste innhold er ordrett det informantene sa, mens det latente innhold er hva som forstås eller tolkes av innholdet. Det manifeste innholdet ivaretas inntil dannelse av kategoriene (Graneheim og Lundman, 2004). Det latente innholdet kommer til uttrykk gjennom tolkning av teksten og underliggende meninger. Man "løfter" innholdet i teksten til et "høyere" abstraksjonsnivå. Den latente delen av analysen fører til overganger fra

kondenserte enheter til kategorier og hovedtemaer. Det kan sees på som forskerens tolking av det opprinnelige datamaterialet (Graneheim og Lundman, 2004).

3.5 Forskningsetiske overveielser

Studien ble meldt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) i oktober 2015 (prosjektnummer 44983). Informantene ble informert om studiens bakgrunn og hensikt via det skriftlige informasjonsmaterialet (vedlegg 1) og gjennom muntlig informasjon fra leder av prosjektet. Det ble redegjort for hva det innebar å være med i studien, at deltakelse var frivillig basert og at de kunne trekke seg på ethvert tidspunkt og be om at deres opplysninger ble slettet. Det ble innhentet skriftlig samtykke til deltakelse fra alle informantene (vedlegg 2). Masteroppgaven er skrevet på en måte som ivaretar informantenes anonymitet. Det ble informert om at data fra studien blir slettet ved når arbeidet med oppgaven er avsluttet.

3.6 Metodiske refleksjoner

I forskning vil vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres. Resultatene trenger å være robuste slik at de kan vurderes av andre i forhold til observasjoner eller resonnementer (Malterud, 2011). Jeg har lagt vekt på være åpen og troverdig i hele forskningsprosessen. Jeg har prøvd å være systematisk og kritisk til egen håndtering av kunnskap. Det har vært viktig for meg å vise leseren hvordan jeg har håndtert betingelsene for innhenting av data og analyse av resultater (Malterud, 2011). Jeg har prøvd å være kritisk og sette spørsmåltegn ved egen framgangsmåte og konklusjoner. Det kan fremgå som tvil og ettertanke i prosessen (Malterud, 2011).

I det følgende vil Graneheim og Lundman (2004) begreper om gyldighet, pålitelighet og overførbarhet bli vurdert opp mot studiens troverdighet. Disse tre aspekter sees i forhold til hverandre. En studies troverdighet vurderes ut fra beskrivelsen av innhenting av data og av analyseprosessen i henhold til hensikten.

Det ble gjort et strategisk utvalg for studien for få variasjon i informantenes erfaringer. Deres ulike fagbakgrunn gjorde at de kunne dele forskjellige tanker og refleksjoner over arbeidet sitt. Jeg arbeidet mye med intervjuguiden. Den ble til på bakgrunn av at jeg tilegnet med kunnskap fra tidligere forskning om IPS,. Dessuten ble den gjennomgått og diskutert med veileder. Det å ha med en sekretær i gjennomføringen av fokusgruppene bidro til at jeg følte meg tryggere og avslappet. Det var viktig at vi var to for å sikre at mest mulig informasjon om innhold og prosess i gruppa ble innhentet. Forskningsintervjuet ble dessuten søkt gjennomført med respekt og varhet overfor informantene.

Alle informantene kjente hverandre fra før. Det kan ha vært positivt ved at alle var trygge på hverandre, slik at samtalen kunne flyte og de kunne fortelle om sine erfaringer. Det kunne være at noen snakket mye og noen lite og det var min oppgave som moderator å forsøke å få alle til å delta (Malterud, 2012).

Pålitelighet handler om at resultatene er troverdige, konsistente og om fremgangsmåten i innholdsanalysen er ensartet og troverdig over tid (Graneheim og Lundman, 2004). Resultatenes pålitelighet handler om hvordan forskningsprosessen leder frem til resultatene. Jeg har vært bevisst på at jeg som forsker påvirker situasjonen og samhandlingen med informantene. I utspørringen har jeg påvirkning på prosessen med spørsmålene jeg stiller. Jeg prøvde å holde meg mest mulig tilbake og la deltakerne snakke mest mulig fritt (Malterud, 2011).

Jeg har vært bevisst på at min tolkning og min forforståelse og kunnskap påvirker resultatene.

I behandlingen av datamaterialet kan min forforståelse ha medført at jeg har sett etter spesielle strukturer og språk i tolkning av teksten. Det kan bety at noe tekst og forståelse har blitt oversett eller tolket etter min egen forforståelse. Det har uansett vært viktig for meg å ha en veksling mellom nærhet og avstand til stoffet under analysen. Det var viktig med pauser fra materialet for å skape rom for å se det fra nye vinkler. Nærhet alene kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon (Malterud, 2011).

Med lang erfaring og kunnskap innen psykisk helsearbeid, var det lett for meg å forstå hva informantene snakket om. Jeg kunne sette meg inn i deres erfaringer og forstå den konteksten IPS-prosjekt foregikk i.

Selv om jeg hadde liten erfaring med bruk fokusgruppeintervju som metode, hadde jeg med meg erfaring fra ledelse av ulike grupper innen psykisk helsefeltet. Det gjorde at jeg klarte å lytte og turte å la informantene komme fram med sine meninger uten å styre for mye og avbryte. Det var en styrke for studien. Det var også en styrke at jeg, i det andre fokusgruppeintervjuet, fikk mulighet til å sikre at jeg hadde forstått informantene korrekt. Det de ikke kjente seg igjen i, ble justert.

Om studien er overførbar avhenger av studiens kontekst, utvalg, datainnsamling og analyseprosessen er detaljert beskrevet. Ved at resultatene ble beskrevet med sitater, gir innsikt i det som ordrett ble sagt. I analysen er fremgangsmåten vist i tabell og tekst. Dette styrker studiens overførbarhet (Graneheim og Lundman, 2004).

4 Funn

I det følgende vil funn fra de to fokusgruppene presenteres. Det ble utviklet 4 hovedtemaer etter analyse av dataene fra samlingene. Det meste av tekstmaterialet fra intervjuene kunne relateres til disse temaene. De fire temaene ble: Å samarbeide i team, Motivere og å gi håp, Helhetlig tilnærming til deltaker og Forståelse av deltaker som borger i samfunnet. Det er utarbeidet en oversiktstabell over temaene, undertemaene og funn. Videre vil funnene bli presentert fortløpende.

Tabell 1-2 Oversiktstabell over tema

Hovedtema	Undertema	Eksempel på funn
Å samarbeide i team	Ukentlig møte i IPS Problemløsning Tverretatlig samarbeid Vurderinger i fellesskap	<i>"Det er et møte ikke sant"</i> <i>"problemløsningsmetoden fremmer en tverretatlig og faglig dialog"</i> <i>"Det er flat struktur"</i> <i>"raskt se om han var arbeidsfør"</i>
Motivere og å gi håp	Tro på deltaker og å gi håp Deltaker og motivasjon i IPS Behandlernes motivasjon	<i>"troverdige i det håpet vi gir"</i> <i>"noe virkelig å jobbe mot", "gulrot"</i> <i>"å kunne gjøre en forskjell for folk"</i>
Helhetlig tilnærming til deltaker	Arbeide helhetlig Ressursorientering Normalisering	<i>"ivareta den mer helhetlige tilnærming til helse"</i> <i>"Vi ser mer ressursene"</i> <i>"Da er det normalisert på en måte"</i>
Forståelse av deltaker som borger i samfunnet	Utvidet helseforståelse Kan ikke forutsi hvem som lykkes Stigma og språk	<i>"arbeid er en del av friskhet"</i> <i>"Vi oppdaga ting vi ikke trodde på, går an"</i> <i>"bygger jo ned barrierer, ser mer mennesket bak, ikke diagnosen"</i>

4.1 Å samarbeide i team

4.1.1 Ukentlig møte i IPS

Det var møteplikt og samarbeidet her har hatt stor betydning fortalte behandlerne. De jobber sammen som et team rundt deltaker i IPS. En helsearbeider beskrev følgende:

Det er et møte ikke sant. Det er en åpen problemstilling, så alle kommer med innspill. Du, styrer det veldig godt. Det er en som snakker og så lytter og kommenterer vi på det og det er veldig sånn, ikke strukturert, men alle skal få uttale seg.(3)

Avsnittet over kan forstås som at de hadde en åpen og kreativ måte å arbeide med aktuelle problemstillinger. Møtet hadde en flat struktur hvor alle bidro. Teamet fikk en gjensidig tilknytning til problemene og til å finne løsninger. Behandlerne fortalte at tavla fyltes med løsningsforslag. De bestemte sammen hva de ville gå videre med og hvem som tok ansvar for hva. Deltagere i IPS deltok ikke i de ukentlige samarbeidsmøtene. De fikk individuell oppfølging av behandlerne og jobbspesialistene. Behandlerne var opptatt av deltagerens egne løsningsforslag på utfordringer og problemer i samtalene med dem. Hvilke utfordringer og behov deltakerne hadde og deltakerens forslag til løsninger, ble tatt opp og diskutert i samarbeidsmøtene mellom behandlerne og jobbspesialistene. Behandlerne mente at samarbeidsmøtene var selve kjernestedet for hvordan lykkes med å hjelpe deltagerne i IPS ut i arbeid. En helsearbeider sa følgende:

Den veksten vi har hatt, har skjedd gjennom samarbeidsprosessene i møtene. Alle er betydningsfulle i teamet og vi belyser saken dypest mulig. Det blir et bredere beslutningsgrunnlag. (2)

Det kan se ut som samhandlingen i møtene styrket båndene mellom behandlerne og NAV- ansatte. Det skjedde en deling og utvikling av kunnskap. Ved at to etater samarbeidet, økte forståelse for hverandres fagfelt. Det tydet også på at prosessen skapte en felles plattform hvor begge etater utviklet en felles erfaringskunnskap. En annen helsearbeider fortalte:

I begynnelsen så var vi i den gamle kulturen med at vi gav fra oss pasienter, lot NAV spesialisten overta litt og så satt vi litt på gjerdet og venta på resultatene. Men det har vi endra på. Nå er det vi behandlere som eier saken og vi er mer på hugget og jobbspesialistene kjenner at vi er mer på laget. Nå søker vi informasjon. Nå søker vi å følge prosessen mer aktivt.(2)

Behandlerne beskrev at ved tidligere organisering av arbeidstiltak gjennom NAV, var de ikke delaktige i prosessen. Når de sendte søknader til NAV for enkelte pasienter, var det lang ventetid. Det var ofte ikke mulig å gjennomføre arbeidstiltak i løpet av tiden deres pasienter var i behandling. Sitatet kan forstås som at behandlerne gjennom IPS, kunne bidra med å utvikle egen kunnskap. Det gav dem interessante utfordringer og gjorde at de ble mer aktive. De fortalte at de opplevde at samarbeidet forpliktet og gav økt ansvar.

4.1.2 Løsningsfokuset metode

Behandlerne la vekt på at i IPS brukte de den problemløsende arbeidsmetode i møtene sine. De analyserte deltagerens situasjon og stilte spørsmål som; hva går bra og hvilke utfordringer har deltaker i søke- og arbeidsprosessen? Alle i teamet deltok. Var det løsningsforslag fra deltakerne, ble de vektlagt. Målet var at deltagerne fungerte best mulig med hans/hennes ressurser og utfordringer. Behandlerne fortalte at formålet med å bruke metoden var å være løsningsfokuset. En informant beskrev det slik:

Det er større respekt for hverandres innspill og kunnskap. Det ligger litt i problemløsningsmetoden. At metoden fremmer en tverretattlig og faglig dialog som sprer seg videre. At den bygger på hverandres erfaringer. Så man blir ikke så eier av pasienten som det kunne være litt tidligere.(2)

Sitatet tyder på at problemløsningsmetoden i IPS var egnet til tverrfaglig samarbeid. De utviklet erfaring og anvendelig kunnskap fra helsefaglig og arbeidsfaglig ståsted. Dette viste at teamet hadde flere kvaliteter og ressurser som kunne komplettere deltagerens behov for veiledning og støtte i jobbprosessen. Behandlerne fremhevet at i problemløsningsmetoden, var alle ansvarlige for å bidra med løsninger. Teamet

bestemte hvem som skulle ta med aktuelle løsningsforslag til deltagerne i IPS, for å diskutere det med han/henne. Å jobbe på denne måten opplevde de inspirerende og utviklende. Behandlerne var ikke alene om ansvaret for forslag til tiltak eller for gjennomføringen. Det kan tyde på at felles ansvar, lettet trykket helsearbeidere vanligvis har for å gjennomføre behandling. Ved at de før eller etter møtet tok med deltager aktivt i løsning av problemene, bidro til å bemyndiggjøre deltager.

De la vekt på at de hadde opparbeidet seg stor respekt for den andre etatens erfaring og kunnskap. De opplevde seg forpliktet og ansvarlig for å gjennomføre tiltakene som teamet besluttet i samarbeid med deltakerne. Et annet aspekt som var interessant i denne måten å organisere tjenesten, var at det gav behandlerne mulighet til å bidra med deres kunnskap om psykisk helse til deltager i arbeidsprosessen. En helsearbeider fortalte:

Det er personer med tunge diagnoser, men så er det muligheter til å skynde seg langsomt. Vi sitter på informasjon om helse, mens NAV ønsker å få folk ut i jobb og så møtes vi på halvveien på en måte.(5)

Sitatet viste at behandlerne kunne bidra med sin fagkunnskap og bruke tid til prosessen mot fast arbeid. Samtidig fikk de interessante innspill fra NAV-teamet som hadde fokus på jobb og så deltakerne fra et videre samfunnsperspektiv. Sammen fikk de et mer helhetlig bilde av deltagerne. De fortalte de fikk stort faglig utbytte ved å delta i det tverretatlig teamet.

Behandlerne brukte sin kunnskap og repertoar av forskjellige behandlingsmetoder i flere konkrete situasjoner for å hjelpe deltakerne i IPS. Noen eksempler behandlerne tok frem var følgende: En deltaker hadde angst og stress for å møte første dag på jobb. Behandleren normaliserte denne reaksjonen med stress som noe de fleste opplever første dag på jobb. Deretter benyttet behandleren kognitiv terapi for å løse opp angsten, bit for bit. I en annen situasjon fortalte en helsearbeider at deltaker hadde stor vilje og motivasjon for å starte i jobb. Deltakeren takket ja til vakter og jobbet over evne. Behandlerne kunne da ha fokus på stress-sårbarhetsmodellen og startet forsiktig med tilvenning til arbeid. Det kan forstås som behandlernes kunnskap kom til rette i en ny kontekst. Deltakerne hadde behov for veiledning og oppfølging i det praktiske arbeidslivet. Behandlerne jobbet løsningsfokuset. De så på alle positive muligheter

deltakerne hadde, for å mestre situasjonene eller løse et problemene. I teamet kunne behandlerne og jobbspesialistene finne muligheter for å løse utfordringer på flere nivå. Det syntes som om denne løsningsmetoden skapte en likhet eller likeverdighet mellom alle deltagere. Alle forslag ble notert på tavla. Det var en arbeidsform hvor løsningene var i fokus i gruppa. Det var ikke en behandler alene som hadde hele ansvaret, men hele gruppa hadde ansvar. Det sa behandlerne var befriende og samtidig forpliktende.

4.1.3 Tverretatlig samarbeid

Behandlerne fortalte at i starten var de spent på hvordan det ville bli å få en annen etat inn i poliklinikken. De hadde betenkeligheter i forhold til hvordan de skulle håndtere taushetsplikten, noe de erfarte gikk fint. Behandlerne fikk innblikk i arbeidsmåter hos NAV og motsatt. Det kan tyde på at det skjedde flere ting med ny organisering og et nytt fokus for deres behandling med metoden IPS. Det tverretatlige samarbeidet beriket deres tenkemåter og handlingsaspekter. Behandlerne trakk frem noen faktor de så på som viktig for samarbeidet. Gruppa var samstemte om det, og en beskrev det som følger:

Jobbspesialistene ser på alle som likestilte. Det spiller ingen rolle for dem om de er pasient eller ansatt her, tror jeg. Det er flat struktur. Alle har ressurser, behandler har ressurser, jobbspesialister og bruker har ressurser. Og dem skal brukes, ja.(4)

En annen helsearbeider påpekte at ”vi også ser på alle som likestilte.” De lo litt da. En sa at ”også overlegen er likestilt i denne arbeidsmetoden.” (2)

Det kan tyde på at samarbeidet hvor alle er likestilte er en annerledes erfaring for behandlerne. Tradisjonelt er helsevesenet profesjonsorientert og forskjellige faggrupper har forskjellig ansvar og oppgaver. I denne sammenheng er organisering og arbeidsmetode mer demokratisk i sin utforming.

En annen helsearbeider sa videre:

Ja det bringer med seg at vi blir mer lydhøre og nysgjerrige på andres innspill. Generelt altså: jeg synes vi er bedre på å lytte på hverandre, innad og utad i alle sammenhenger. Den dere, ja, en større respekt for hverandres meninger og innspill og kunnskap. Generelt synes jeg det er blitt sånn.(2)

Dette kan sees på som at i det tverrfaglig teamet, hadde deltagerne funnet en god samarbeidstone. Den bygget på gjensidig respekt og nysgjerrighet på å lære av hverandre. Det at to etater møttes og jobbet sammen til faste tider hver uke, bidro til at de skapte et felles ståsted og en felles forståelse av arbeidet med IPS.

Behandlerne fremhevet at en viktig faktor ved å bruke IPS-metoden, var at de kunne raskere og sikrere vurdere om en person var arbeidsdyktig. Via tilrettelegging og samarbeid mellom behandlerne, jobbspesialistene og deltager i IPS, fikk de gode observasjoner og tilbakemeldinger om hvorvidt personen er arbeidsfør eller ikke. En sa: ”Nav og vi jobber sammen og da får vi sånne gode observasjoner.” (1) Behandlerne la vekt på at det ble en reell og grundigere vurdering av om det skulle søkes uføretrygd for pasienter. Å vurdere uføretrygd er en vanskelig og viktig sak både for sakkyndig og person med psykisk lidelse. Behandlerne mente at deltager i IPS følte det tryggere å konkludere etter en slik grundig vurdering. Et eksempel illustrerer det.

En person som var veldig ung. Det var vanskelig å akseptere å søke uføretrygd og NAV var veldig på med tiltak og tiltak og det stressa han så enormt. Så kom han inn i IPS og da måtte Helse og Nav jobbe sammen med han og raskt se om han var arbeidsfør eller om han kunne få en varig uføretrygd. Og så skjedde det på veldig kort tid. Da ble mye press tatt av skuldrene hans og så han kunne leve mye bedre med det etterpå. Så slapp han å bli veldig syk for å vise til at han ikke var arbeidsfør.(2)

Teamet i IPS vurderte det og konkluderte raskt med at personen ikke var arbeidsfør. Vanligvis ved slike vurderinger, søkte man bistand fra NAV kontoret. I IPS så avgjorde teamet sammen med deltager hvorvidt han var arbeidsfør. Behandlerne kunne også meddele at vurderinger som ble gjort i IPS, skapte større åpenhet. Vanskelige situasjoner eller forskjellig oppførsel som teamet eller arbeidsgiver reagerte på, var temaer som ble drøftet med deltaker. Det bidro til at deltager ble mer åpen om egen

situasjon også i arbeidssituasjonen. En helsearbeider sa at det gir et bedre resultat om man får til en riktig grad av åpenhet overfor arbeidsgiver. Et eksempel på prosessen:

En person i renhold jobbet for langsomt. Arbeidsgiver tok det opp med oss i IPS-teamet.(5) Vi hadde en nærmere relasjon til deltager. Da ble informasjonen nyansert og gitt på en trygg og god måte.(1) Siden kunne deltager fortelle arbeidsgiver hva som gjorde at hun trengte mer tid og hva som skulle til for at hun kunne jobbe mer effektivt.(5)

Det kan se ut som at personen fungerer bedre i jobb over tid, med tilgang til kontinuerlig oppfølging og med en riktig grad av åpenhet om situasjonen sin.

5.2 Motivere og å gi håp

5.2.1 Tro på personen og å gi håp

Behandlerne hadde gått gjennom en prosess fra å ikke tro egne pasienter kunne jobbe i ordinært arbeid til å erfare at det kunne de. De fortalte de hadde erfart at deltakerne klarte å fungere i arbeid, og det hadde ført til at troen på personene var sterkere. En helsearbeider sa:

Så tenker jeg det er lettere for oss å være troverdig i det håpet vi gir. Vi ser resultatene gjennom IPS og vi får erfaringer med de tingene vi faktisk ikke trodde på, de går. Da snakker man fra et annet sted i seg selv å når man snakker om disse tingene videre. Disse små nyansene tror jeg bare, en merker ikke selv at en endrer seg. Men jeg tror en endrer seg i den retning i å være, ja, mer håpefull selv. F: M-m Du kan ikke gi håp hvis du ikke har det selv vet du. Flere: M-m, nei.(2)

Sitatet viste at det har vært en endring i denne prosessen fra få erfaringer til flere erfaringer med å lykkes i å få folk i arbeid. Det kan forstås som at håpet henger sammen med erfaringer av å lykkes. Da virket det sterkere og var lettere å vise overfor deltager.

Det å lykkes gav energi og håp til behandlerne og en sterkere tro på deltakernes muligheter for å nå målet om arbeid. Håp kan være viktig og vesentlig for å lykkes. Troen på at deltakerne skal klare seg i jobb på den beste måten, kan være en avgjørende faktor.

Ved innkomst i poliklinikken, spurte behandlerne hva pasientene tenkte om arbeid. Det skapte en forventning til eller tro på personene om at det var mulig å starte prosessen mot å bli arbeidstaker. Da kunne de nå fram til personer som kanskje hadde båret på et håp om en gang å komme i arbeid.

5.2.2 Deltaker og motivasjon i IPS

En av behandlerne fortalte at utfordringen i starten, var at de var mer motivert enn deltaker selv. Det hadde ikke fungert og da startet de med at deltager skulle fylle ut motivasjonsskjema på egen hånd. Behandleren sa videre:

Det er ikke vi som hjelper deltager til jobb. Det, det handler om er at er det lav motivasjon, så er sjansen for å lykkes liten. Ved høy motivasjon er sjansen for å lykkes stor. Det har ikke betydning hvor stor motivasjon behandlerne har.(4)

Det tydet på at behandlerne og teamet hadde erfart prinsipper for motivasjon og endring. De var bevisst at arbeid handler om noe betydningsfullt deltager ønsker for seg selv.

Når deltager var motivert, kunne det gå for seg på følgende måte, fortalte en helsearbeider:

Jeg har erfart at når personen får noe virkelig å jobbe mot, noe matnyttig, noe den virkelig ønsker seg. For jeg hadde en pasient som ikke likte å ta buss og tok bare bussen når det var veldig få. Så når det var snakk om å kunne opprettholde en jobb, så tok han toget og byttet busser og gjorde alle tingene som han vegra seg for, men motivasjonen ble så annerledes og så mestra han det.

Så, det på en måte fremma ressurser han hadde, men som han på en måte ikke våga seg helt ut i å prøve ut, når ikke han hadde nok gulerot i andre enden da.(2)

Sitatet viste at IPS metoden med mål om fast arbeid, var en sentral motivasjonsfaktor for deltaker. Motivasjonen kunne være et indre driv mot å oppnå noe som var verdifullt for deltager. Det kunne være en sterkere drivkraft enn for eksempel tradisjonell behandling som eksponeringstrening på buss, om personen ikke helt så behovet for å kjøre buss. En slik motivasjon ville kanskje ikke oppleves like meningsfull.

Behandlerne delte flere erfaringer fra deltakerne og motivasjon. De fortalte at flere av deres deltakere hadde et håp om å være normale, nyttige samfunnsborgere. En fortalte: *”Det å kunne være nyttig og å bli brukt til noe, er så viktig. Så noen setter mål for å mestre arbeid, for mange anser at arbeid er en del av friskhet.”* (1)

Det kunne vurderes slik at å mestre arbeid, kan gi personen en større respekt og sterkere egenverd. Det kunne skape en evne til å mestre sin psykiske lidelse og symptomene ble kanskje ikke så fremtredende eller forstyrrende.

5.2.3 Behandlernes motivasjon

Det å bruke IPS-modellen hadde gitt behandlerne forskjellig motivasjon. De gav alle uttrykk for stor entusiasme. En helsearbeider sa at det som motiverte var:

”At pasientene kan få et bedre liv. At de kan få sitt ønske oppfylt, det er jo det som er målet, tenker jeg. Og så fast jobb i andre enden, vanlig lønnet arbeid uten stigmatisering.” (5)

En annen sa at *”Jeg tenker at jobb er en viktig del av behandlingen. Ja, det er min motivasjon. Ja, at det kan faktisk fremme helse. Og det er ikke lang ventetid og konseptet var veldig bra.”*(1)

Tredje helsearbeider sa: *”At det viser til gode resultater ikke sant, sånn at det var det som var spiren til at dette vil også vi jobbe med.”*(3)

Den fjerde behandleren var opptatt av:

Så motivasjonen tenker jeg, har vært mye at når det begynte å spire, så har vi hatt noen gode eksempler som vi har fått til. Som igjen har økt motivasjonen. Så

det har på en måte vært en spiral som har gått sånn opp. Det har vært mange engasjerte personer. Jeg tror ikke jeg hadde orket å være så engasjert, hvis jeg ikke hadde hatt et svært team, stort engasjement.(4)

Den siste helsearbeideren sa: *”Vi er med på å kunne gjøre en forskjell for folk. Det er noe av det som motiverer meg, Jeg kjenner at jeg er i posisjon til noe. Ja, og med det har vi et ansvar også.”(2)*

Behandlerne viste at de støttet hverandre ved å svare anerkjennende til hverandre og samtidig som de kom med egne utsagn som utfylte hverandre. Motivasjonen gikk mye på å gjøre en best mulig jobb for sine deltakere. Det gikk også på eget engasjement og arbeidet i team og ønske om utfordringer. Det sa noe om hvordan de så på deltakeren, forståelse av helse, og hvordan de opplevde teamarbeidet i IPS.

5.3 Helhetlig tilnærming til deltakerne

5.3.1 Arbeide helhetlig

Behandlerne reflekterte rundt temaet helhetlig helse. De brukte deres kompetanse i psykisk helse til å hjelpe deltager å mestre dagliglivet, fungere i arbeid og å øke deltagers verdighet. Flere var opptatt av det og en sa som følger:

”Fokuset og den måten å arbeide på, setter oss i stand til å ivareta den mer helhetlig tilnærming til helse, da.”(3)

Behandlerne sa de erfarte at jobb var viktig for deltakers helse. De fortalte at jobb hadde vært tema tidligere også, ikke i den grad, men det var gjennom arbeidstiltak som Velle etc. Da i form av skjermede arbeidsplasser. Flere behandlerne tenkte at deres pasienter ikke kunne fungere som vanlige lønsmottagere i ordinære jobber. Noen behandlerne var usikre på om de hadde endret holdninger i synet på deltakers helse, men var samstemte i at de nå var i posisjon til å jobbe mer helhetlig. Mye tydet på at flere

behandlerne ved å jobbe med IPS, hadde utviklet et utvidet perspektiv på deltagers helse i praksis. En annen helsearbeider sa følgende:

Før hadde vi fokus på å stabilisere psykosen, på angst og annet. Nå ser vi litt større på pasienten. Jeg tror vi har åpna blikket vårt litt. Det blir gjort på alle pasientene, selv om de ikke er med i IPS. Det er blitt mer integrert i oss føler jeg.(4)

Avsnittet tyder på at behandlerne hadde fått et større fokus på hva som skulle til for at deltakerne kunne fungere i det ordinære samfunnet. De var ikke bare opptatt av hvordan bedre psykisk lidelse og symptomer. Noen helsearbeidere sa at det hadde skjedd endring i forhold til tidligere behandlingsideologier. En sa:

Jobb, det har lissom blitt et tema i vår behandling. Og det er veldig spennende. For jeg har jobbet så lenge at, fra før det var et tema i psykiatrien, ikke sant at man torde ikke tenke på annet at arbeid var noe annet enn bare stress, og alt for voldsomt til at våre pasienter skulle belemres med det.(3)

Dette sitatet kan forstås som at man i helsevesenet har vært opptatt av symptomer og behandling og at pasienter trengte å være friskere før de kunne fungere i samfunnet. Denne behandlingsideologien hadde behandlerne tatt sjanse på å utforske og gjennom erfaring tilbakevist. De var nå blitt opptatt av en mer holistisk tankegang, som påpeker at helse og sykdom påvirkes av fysisk, psykisk, sosiale og åndelige faktorer. Behandlerne fremhevet at det kunne være en ekstra belastning og ikke fungere i samfunnet og at det påvirker personens psykiske helse.

5.3.2 Ressursorientering

Behandlerne var innom temaet ressurser og hvordan de ble oppmerksomgjort på å fokusere på og ta i bruk deltakers ressurser i deres arbeid med å hjelpe de i jobb. Eksempler fra første fokusgruppe, viste fokus på normalitet og hvordan personene i IPS skulle mestre en arbeidssituasjon. En helsearbeider sa dette:

Det som er artig der, synes er veldig artig, for at vi har vært veldig sykdomsfiksert i jobben våres å hjelpe folk med sykdommen. Nav, jobbspesialistene har fokus på normalitet og ressurser. Det har blitt mer integrert i oss føler jeg i det siste, siden vi starta. Vi ser mer ressursene enn vi kanskje tidligere gjorde.(4)

Dette avsnittet kan forstås som at behandleren er mer bevisst på at en endring av fokus fra sykdom til å se på pasientens ressurser, har vært en læringsprosess ved bruk av IPS-metoden. Det kan se ut som det har blitt etablert en verdiendring hos behandlerne, som de også tok med seg i til vanlig poliklinisk behandling.

I andre fokusgruppe ble holdning til ressurser tatt opp. Flere helsearbeider forklarte at de ikke hadde endret holdning til ressurser hos pasienten. De visste pasienten hadde ressurser. Deres behandlingsideologi var at ressurser var viktig for å mestre hverdag og sykdom. Men før IPS, hadde de ikke en arena for å prøve ut ressursene. Det kan synes som det var nyanser i forhold til holdning om ressurser. Behandlerne var alle enige om at i IPS-metoden, ble det større fokus på deltakers jobbressurser. De sa at IPS-metoden var en måte å få frem deltakers ressurser på. De tok i deltakernes ressurser med en gang, selv om deltaker fortsatt hadde psykotiske symptomer.

Gjennom prosjektet IPS, hadde behandlerne blitt mer bevisst på at deltaker kan delta eller bidra selv. Det gjaldt også i annen poliklinikkbehandling. En fortalte:

Det jeg kjente plutselig overfor en av mine aller, aller dårligste, var at jeg begynte å forvente mer av han til og med. M-m Jeg begynte å forvente at han skulle huske en avtale. Jeg skulle ikke, jeg pakka han ikke inn. Jeg lissom sånn. Jeg snakka som jeg forventa det. Og da tror jeg det skjer noe med den andre i den andre enden. Da tror jeg han forventa det av seg selv også. Til og med overfor den aller dårligste. Så gav jeg en forventning. M-m Og det tror jeg er friskhet i.(2)

Avsnittet sier noe om at en forventning om at personen skal mestre, er en måte å få frem deltakers ressurser og egenverd. Det kan se ut som behandleren var bevisst på at hun/han ikke skulle legge til rette eller overta oppgaver som deltaker selv hadde

mulighet for å mestre. Det gjaldt også i behandling i poliklinikken. En annen behandler illustrerte det med et annet eksempel.

En annen ting, viktig ting som jeg bevisstgjort meg er at. Før så brukte jeg å tenke litt på hva er det vi kunne gjøre får hjelpe til med. Med problemet, så spør vi ofte pasienten, eller bruker hva kan du gjøre for å komme ut av denne problemstillingen her. Hva kan du gjøre av endringer for å unngå dette problemet? Det blir litt å snu det på hodet og bruke ressursene til pasienten, ja. Samtidig som en har støtte fra jobbspesialisten og behandler. Det blir et bra team.(4)

Dette tydet på behandleren er opptatt av at deltager har egne tanker om hvordan løse situasjonen og ressurser for å gjennomføre det. Helsearbeider og deltager var mer likestilt i teamarbeidet.

5.3.3 Normalisere

Behandlerne syntes å ha blitt mer oppmerksom på og brukte en mer folkelig måte å beskrive hvordan deltakernes symptomer og behov fikk utløp i den praktisk arbeidshverdagen. Hvilke utfordringer kunne deltakerne stå ovenfor? Behandlerne sa:

Men man kan si. Jeg strever litt med konsentrasjonen og jeg glemmer fort, eller jeg har problemer med det sosiale og har behov for rolige og forutsigbare omgivelser.. Da er det normalisert på en måte og det kan en arbeidsgiver forholde seg til.(4,1,5)

Behandlerne fortsatte ”En diagnose som schizofreni er en sekkebetegnelse og sier lite om hvilke utfordringer pasienten har eller hvordan pasienten kan fungere i en jobb.”(1,5)

Behandlerne var blitt opptatt av å finne gode betegnelser for deltagers symptomer eller spesielle behov. Det gjorde de i samarbeid med jobbspesialistene i NAV. Deres fokus var rettet mer mot arbeidsgiver og NAV ansatte, og fagterminologien var ikke viktig i denne sammenhengen. Fagterminologi sa ikke fagpersoner så mye heller, for man måtte lese beskrivelsene i journalen for å forstå den, fortalte en helsearbeider.

I denne sammenheng påpekte behandlerne at åpenhet til en viss grad var viktig for deltakerne overfor arbeidsgiver og kolleger. Da ble det lettere for de å forstå hvordan deltakerne reagerte i forskjellige sammenhenger og hvilken betydning en hendelse i arbeidet kunne ha.

Behandlerne fortalte at benevnelse pasienter kunne være litt forvirrende. I IPS brukes jobbsøker eller deltager og ikke pasient. En sa: ”*De er først pasient inne, så deltager i IPS og så jobbsøker, så arbeidstaker. Og om de blir dårligere, så er de pasient igjen. Det er avhengig av hvor de er i prosessen.*”(5) ”Ja, så er de kollegaer til slutt, for vi har en i NAV.”(3) sa en annen. I andre fokusgruppe, så samlet behandlerne seg om at pasient var den riktige benevnelsen for de. Det var benevnelsen som ble brukt i helsevesenet.

5.4 Forståelse av deltaker som borger i samfunnet

5.4.1 Utvidet helseforståelse

Da behandlerne fikk informasjon om prosjektet IPS, ble de forundret og nysgjerrige. Noen tenkte at deres pasienter i poliklinikken, var for dårlige til å arbeide i ordinære jobber. En sa det slik:

Ja, ja, dem kjenner ikke mine pasienter, dem vet ikke helt. F: ler D: og så skjønte jeg litt, det begynte litt å spire bak i her da. Og så skjønte jeg at det var jeg som ikke hadde skjønt noen ting. De hadde skjønt mer enn meg.(4)

Sitatet viser at det var overraskende og at det tok tid for behandlerne å omstille sin tankegang. Det kunne ikke være en umiddelbar tanke at alle, også de med alvorlig psykisk sykdom, var i stand til å arbeide. Med kunnskap som behandlerne fikk gjennom seminarer og gjennom erfaringene de fikk i prosjektet, så det ut til at de gradvis endret deres helseforståelse. En helsearbeider sa at selv om deltaker fortsatt hadde symptomer,

så var det mulig å finne deres ressurser og starte jobbsøking. En annen helsearbeider sa at deres pasienter/deltaker var mer enn bare diagnosen.

Behandlerne fortalte de hadde hatt personer tidligere som ønsket å komme i arbeid, men som de ikke kunne hjelpe. Da var målet å mestre hverdagsaktiviteter. Noen ble sendt videre til NAV og arbeidstiltak, som ofte ikke fungerte. Behandlernes oppfatning var at arbeid var viktig for god helse og en sa:

For mange er det å være i arbeid en del av det å være normal. Det å være nyttig og kunne bidra med noe, er så viktig. Mange anser at arbeid er en del av friskhet og klarer de det så da er mye gjort for å mestre sykdommen sin.(1)

Avsnittet over tydet på at behandlerne var oppmerksom på deltagerens fokus. Arbeid betydde noe for deltagerens normalsituasjon og for mestring av psykisk lidelse. Behandlerne var innom temaet ved flere anledninger. De poengterte at deres deltagere ville bidra i samfunnet og bli sett likt, som alle andre mennesker. For noen av deres deltagere var jobb med på å gjøre hverdagen med en psykisk lidelse til en god hverdag.

5.4.2 Kan ikke forutsi hvem som lykkes

Behandlerne fortalte at de ikke kunne forutse, hvem som kom til å lykkes med jobb. Det hadde gjort at de var blitt veldig overrasket. To forteller:

En person hos oss som var 39 år og hadde gått ut og inn av NAV tiltak. Og i helse var arbeid ikke et tema, noe han syntes var stigmatiserende. Så etter 14 dager i IPS så var han i jobb og har ikke skofta en dag. Og når han fylte 40 år så sa han: "Nå er mitt liv komplett. Nå er den siste brikke falt på plass til at jeg kan si at jeg har det bra."(1)

Også motsatt tenker jeg. De vi har prøvd å få i jobb, som har utviklet motivasjon og har lengta etter det i mange år og i prosessen finner ut at de vil ikke i jobb. Det er ikke det dem egentlig ønsket seg. Det ble for mye stress, det ble for mye ubehag, det var for vanskelig.(4)

Det som overrasket behandlerne mest i arbeide med IPS, var at de ikke var i stand til å forutse hvem som klarte å fungere i jobb. Det syntes de var veldig lærerikt. Som en sa:

Vi oppdaga ting vi ikke trodde på, går an og motsatt og vi oppdaga ting vi virkelig trodde på, ikke går an. Da har vi på en måte kommet til konklusjonen. F: m-m For at det på en måte at vi ikke har noen mulighet til å forutsi resultatet før vi har prøvd. Men det er verdt et forsøk.(4)

Andre utsagn var at man kan ikke alltid kan tenke at det vi tenker er riktig, og det gjør at våres forutinntatthet blir mindre(5).

Behandlerne viste at de var ydmyke overfor deres antagelser av om at deltakerne kunne lykkes i arbeid eller ikke, ville slå ut. De reflekterte rundt det. De var blitt overrasket og var åpen for at verden ikke lett kunne forutsees. De la vekt på, at så lenge deltaker hadde lyst til å jobbe, så ville behandlerne være med å gi de en mulighet. Det gjorde at de ikke hadde noen begrensinger i inntak til IPS, om personene ønsket og var motivert for å forsøke å få arbeid.

5.4.3 Stigma og språk

Stigmatisering var et tema behandlerne reflekterte rundt i begge fokusgruppene. Først var temaet, hvilke stigma og syn på psykisk syke som var rådende i samfunnet. En helsearbeider fortalte at hun tidligere hadde fått det inntrykket at en person med psykose, ikke har noe å gjøre i en vanlig bedrift. Samfunnet og bedriftsledere så ingen nyanser i forhold til diagnosen ”schizofreni”, og de var lite villige til å ta imot disse personene. Hun sa:

”Så nå avstigmatiserer vi det litt. Til tross for at man har en diagnose, så er man ikke diagnosen.”(1)

Behandlerne la vekt på at jobbspesialistene gjorde en god jobb med å avstigmatisere psykisk lidelse. Behandlerne var overrasket over at mange bedrifter ønsket deres arbeidstakere. De trodde ikke jobbspesialistene hadde opplevd uvilje hos arbeidsgiverne. Behandlerne var opptatt av at det var viktig å kommunisere til

samfunnet at alle har en mulig arbeidsevne. Man kan se på alle personer som mennesker med flere evner og egenskaper. En helsearbeider forklarte:

Man bygger jo ned barrierer, ser mer mennesket bak, ikke diagnosen. Det er det mennesket som liker å være mye for seg selv i lunsjen eller han er supergod på å lage god kaffe, men liker ikke å stå foran og selge den. (3)

Dette tydet på at behandlerne var opptatt av at alle mennesker hadde lik verdi, også om de hadde fått en diagnose og hadde psykiske helseproblemer. Videre var de opptatt av personene med psykisk helseutfordringer skulle ha like muligheter som andre. De mente de hadde egenskaper som arbeidslivet kunne ha glede av, og ikke minst fordi det ville gjøre disse personene godt å få realisert drømmer om arbeid.

Behandlerne mente at innenfor somatisk helse, var det det helt naturlig å kommunisere og samarbeide med arbeidsgiver i forhold til tilrettelegging. De mente at innenfor psykisk helse, har diagnose og symptomer vært litt uforståelig og hemmeligholdt overfor samfunnet. Vi har manglet et hverdagspråk for å kommunisere med andre utenfor helseetaten. Nå var de blitt flinkere til å se bak diagnosene. De snakket i stedet om ressurser og hva slags utfordringer og tilrettelegging deltaker hadde behov for. Da kunne arbeidsgiver konkret vite hva han skulle forholde seg til og forstå behovene. Det kan tyde på at de hadde erfart at åpenhet og et forståelig språk kunne hjelpe med å tilrettelegge for personer med behov i forhold til psykisk helse.

Vi har fått et språk for å kunne kommunisere det da. Eller kommunisere, hva trengs av tilrettelegging for at personen skal fungere optimalt i den jobben den har. Vi har fått et språk, en åpenhet, på en måte. Det har blitt stuereint, hvis det sier noe.(2)

Vi kan få et inntrykk av at behandlerne ser det er en sammenheng mellom stigma, åpenhet og språk. De mente det var lite åpenhet om symptomer hos deres pasienter og lite kunnskap om hvordan personer med psykisk helseutfordringer kunne fungere i arbeidssituasjon. Det kan ha sammenheng med at helsearbeidere hadde fastholdt sitt fagspråk og med det opprettholdt stigma fortalte de. Med åpenhet og hverdagspråk så

kommuniserte de hva deltakerne med psykiske helseutfordringer trengte av tilrettelegging for å fungere optimalt i jobbene.

Behandlerne fortalte at i samarbeidsmøtene så brukte de ikke tunge faguttrykk. En sa:

På møte kommer en helt konkret problemstilling. Det kommer ikke at denne pasienten er paranoid, men det kommer sånn at pasienten møter ikke blikket. At pasienten dusjer ikke, eller at pasienten er redd til å møte den og den gruppe. Sånn så der at vi bruker nesten ikke tunge faguttrykk, men konkret hva det er. Vi bruker mer det som er synlig for alle.(1)

Det kan tyde på at i samarbeid med jobbspesialister som ikke hadde helsebakgrunn, så hadde det utviklet seg et normalisert språk. Det betegnet bedre deltakernes utfordringene i arbeidssituasjon.

Behandlerne var opptatt av at vanlig arbeid for deres pasienter utfordrer eget stigma overfor sin pasientgruppe.

Jeg tror at stigmatiseringa, det der at det ikke er forenlig å ha sånne stemmer og være i jobb og sånn. At vi får skikkelig utfordra den biten i oss. Der kanskje helsevesenet har vært den verste synderen på det området, når det gjelder å stigmatisere. Det er den vi virkelig må ta et oppgjør med.(2)

Avsnittet ovenfor tydet på at behandlerne var bevisst eget stigma, at det påvirket hvordan de samhandlet med deltaker og hva det signaliserer overfor samfunnet. De var inne på at det var viktig at helsepersonell avmystifiserer symptomer som stemmer og psykose. For at samfunnet skal tenke at det ikke er vanskelig eller farlig, så må i alle fall ikke vi tenke det, sa en av behandlerne.(5)

Videre ble det snakket om stigma i forhold til at tidligere pasienter kunne bli kollegaer. Det stigma var blitt mer bevisstgjort i IPS-prosjektet. De syntes det ble det nært og skulle forholde seg til en tidligere pasient som en arbeidskollega. Det utgjorde en utfordring i deres tankebilde. Behandlerne syntes de fortsatt hadde en vei å gå i forhold

til å akseptere psykisk syk på lik linje med fysisk sykdom. De var i gang med å jobbe med holdningsendring, og mente de var kommet et godt stykke på vei.

5 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å innhente kunnskap om behandlernes erfaringer med bruk av individuell jobbstøtte/IPS for å bistå personer med psykoselidelser ut i ordinært arbeid.

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan arbeider behandlerne med IPS-modellen i samarbeid med NAV-jobbspesialistene og jobbsøkerne?
2. Hvilke endringer skjer hos behandlerne i syn på deltakerne og forståelse av helse?

Temaene i diskusjonen har fire hovedpunkter. De er som følger:

1: Samarbeid, 2: Læring, 3: Holdningsendring og 4: Helhetlig syn

5.1 Samarbeid

5.1.1 IPS struktur og organisering

Funnene i min studie pekte på flere faktorer som var virksomme. Samarbeide ble referert til flere ganger i fokusgruppe-intervjuet. Behandlerne var begeistret for de faste ukentlige møtene og samhandlingen med jobbspesialistene. De var opptatt av at de var i posisjon til å påvirke og slik bidro de til at deres deltakere kunne få mulighet til å få et ordinært arbeid. Samhandlingen i møtene i IPS var tverretatlig og tverrfaglig organisert. I Arbeid for psykisk helse, (Helse og sosialdepartementet, 2013) står det at noe av det utfordrende og banebrytende med IPS er den tette og avklarte samhandlingen mellom fagfolk, etater og organisasjoner. Denne nye plattformen for samarbeid har lenge vært etterlyst gjennom politiske retningslinjer via Samhandlingsreformen (2012), men samarbeidet har ofte ikke fungert (Ulland et al, 2015). Ved å jobbe organisert slik at alle i IPS-programmet har ukentlige samarbeidsmøter, vil eierskapet og samholdet i metoden få stor betydning (Helse og sosialdepartementet, 2015). Studien min viste at ukentlige samarbeidsmøter førte til samhold mellom deltakerne i teamet og opplevelse

av eierskap til IPS-prosjektet. Behandlerne mente at denne samarbeidsformen, var den viktigste faktoren til de hadde lyktes så godt. De mente de hadde lært mye av jobbspesialistene, som også hadde lært mye av dem. De påpekte de var et godt team og at de hadde gjennomført god støtte og tilrettelegging for deltakerne i IPS.

En annen suksessfaktor var at IPS-prosjektet, ble gjennomført i poliklinikken hos behandlerne. I følge Brinchmann og Mykletun (2012) har det vist seg at arbeidsprosjekt for personer med helse- og rusutfordringer knyttet til et behandlingstilbud i psykisk helsevern med NAV tilstede, har fungerte bedre enn adskilte tilbud. Prosjektet i min studie var en pilotstudie og fulgte IPS retningslinjer (uniHelse og uniRokkansenterert, 2016). IPS er i tråd med retningslinjer for utforming av arbeid og psykisk helse basert på deltakernes behov (Sosial og helsedepartementet, 2005, 2007, 2012, Mestringsperspektiv Meld. St. 19). Prosjektet var et satsningsområde i poliklinikken. Det ble brukt ekstra ressurser som kursing, tid til samarbeid og oppfølging av deltaker i IPS. Oppfølging av deltakere skjedde også etter de var utskrevet av poliklinikken. Evaluering av de norske prosjektene, viste at prosjektene var god bruk av økonomiske ressurser. Derfor ble det videreført midler til denne arbeidsformen (uniHelse og uniRokkansenterert, 2016).

Behandlerne i min studie fremhevet ledelse og implementering av IPS som betydningsfullt for et godt samarbeid. Deres leder prioriterte IPS og møtte selv ukentlig. Det var deltakerplikt for alle behandlerne som hadde deltakere i IPS i det ukentlige møte. Det er godt dokumentert at organisering av IPS trenger å være solid implementert gjennom ledelse og at gruppen følger alle prinsippene (Bond, Drake og Becker, 2008). Barrierer for god gjennomføring av IPS, kunne ha sammenheng med dårlig samarbeid mellom etatene. Helsearbeiderne hadde ofte bekymringer og liten kunnskap om at personer med alvorlige psykiske lidelser kunne fungere i ordinære jobber (Bond et al, (2008); Craig et al, (2014)). Behandlerne var grundig forberedt med kunnskap om IPS i forkant av prosjektstart. I samarbeidet i møtene hadde alle deltakere forslag og stemmerett. De hadde gjennomgått kurs i MI, motiverende intervju, for å ha tro på og å motivere deltakere (Drag, 2014). Det kunne tyde på at det var gjort gode forberedelser av ledelsen i forkant og underveis i prosjektet. Det kan ha vært medvirkende faktorer til at gjennomføringen av prosjektet gikk godt. Disse funnene stemmer overens med

faktorer som er nevnt som viktig for god gjennomføring av prosjektet, gjort i den norske studien (uniHelse og uniRokkansenteret, 2016).

Funnene i min studie viste få faktorer som hadde gjort det vanskelig å lykkes i samarbeidet. De nevnte noen hindre i oppstarten, som at behandlerne trengte tid til å fordøye ny organisering og å engasjere seg i IPS. Behandlerne i min studie nevnte de var bekymret for taushetsplikten og hvordan de kunne snakke om sine pasienter med en annen etat til stede. Noe som også ble nevnt som problematisk i den norske studien (uniHelse og uniRokkansenteret, 2016). Ledelsen og behandlerne løste det, ved å ha egne faste behandlingsmøter for alle pasientene. Ledelse og organisering av prosjekt fungerte i følge behandlerne i min studie. Det er i trå med det som ble rapportert å fungere for poliklinikker i den norske studien (uniHelse og uniRokkansenteret, 2016).

I min studie pekte behandlerne på en annen vesentlig faktor som hadde gjort at samarbeidet hadde blitt slik suksess. Samarbeidet hadde fulgt alle IPS retningslinjer for organiseringen rundt deltakerne som ønsket arbeid. Det har vist seg at når IPS blir implementert etter gjeldende prinsipper for metoden, så har denne formen for arbeidsrehabilitering vært metoden med best resultat (Bond, Drake & Becker, 2008). Det nye med denne arbeidsrehabiliteringen er at deltaker starter i fast arbeid og at jobbspesialistene jobber tett på arbeidsgiver. Behandlerne i min studie kalte det for et paradigmeskifte. Rollen behandlerne fikk, ble en aktiv støtte til deltakerne som skulle i eller var i arbeid. De ble flyttet ut av sine vante samtalerom med temaer som psykose og symptomer, til hvordan kan deltaker best fungere i en fast jobb med sine utfordringer. Ueland (20--) skriver at helsearbeidere har mye å vinne på ved å jobbe i pasienten/deltagers naturlige miljø i samfunnet. Karlsson, Borg (2013) skriver at IPS er en arena der helsearbeidere er på personen med psykisk helseutfordringer sin arena. Det vil være en viktig faktor til at et godt samarbeid vil oppstå.

I IPS var eneste forutsetning for at deltaker kunne delta i prosjektet, at han/hun hadde et ønske om å komme i et fast arbeid. Prinsippet sikret at samarbeidet med deltaker handlet om noe deltaker ønsket. Det var målet for prosjektet. I Karlsson, Borg (2017) referer de fra Tom Andersen (1999) at samarbeidet med deltaker tar utgangspunkt i hans/hennes ønske om å forandre noe. Det innebærer at forandring først kan skje om det er noe deltaker selv ønsker, og ikke fordi det er noe behandlerne ser er nødvendig. Det

stemte med min studie at mange deltakere nådde målene sine nettopp fordi de var motiverte og fordi behandlerne og jobbspesialistene støttet opp om deres ønsker og mål.

Funnene i min studie kan forstås som at dette prosjektet, i praksis hadde likheter med en universell utforming (Lid, 2013). Det samsvarer med tre nivåer, makronivå som tilsvarer verdisyn, mesonivå som tilsvarer organisering og mikronivå som tilsvarer deltakernivå. Universell utforming vil si at tilbudet ble utformet på en slik måte at det kunne brukes av alle, uten at det var lagt opp skjermede tiltak og spesialløsninger for gruppen med psykiske utfordringer (Volden, 2014). Det er i trå med studien min der eneste kravet for deltakerne, var at han eller hun ønsket å komme i fast arbeid. Funnene i viste at på makronivå så fulgte IPS-prosjektet et humant menneskesyn og var i trå med politiske strategier som samhandlingsreformen og politiske føringer. På mesonivå var standarder og tjenester lagt opp etter prinsipper for IPS. Det var lagt opp til evalueringer og ble nøye fulgt opp gjennom leders prioriteringer. På mikronivå ble kvaliteten på tjenesten verdsatt gjennom positive tilbakemeldinger som entusiasme hos behandlerne. De opplevde også at deltakerne gav gode tilbakemelding. Det at nivåene i prosjektet fulgte denne teorimodellen, kan tyde på at det var helhetlig og kvalitetsmessig forankret (Lid, 2013). Det stemmer også med oppdraget fra Helsedirektoratet og Arbeids og velferdsdirektoratet om jobbmestrende oppfølging, 2013-2016. Målet handler om helhetlig, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester for personer med psykiske lidelser for å komme i og beholde arbeid (Helsedirektoratet og Arbeids og velferdsdirektoratet, 2013).

I den norske studien fra uniHelse og uniRokkansenteret, (2016), viste resultatene forskjellige erfaringer i forhold til hvordan etatene opplevde samarbeidene. Noen informanter fra gruppen jobbspesialistene, nevnte ledelse, organisering og beliggenhet som problematisk. Andre opplevde ensartede grupper som psykologer, som utfordringer. De gjennomgående positive resultatene var der det var regelmessige møter og der IPS-arbeidet ble en del av behandlernes behandling. Noen nevnte at det å følge og gjennomføre alle prinsippene i IPS var en suksessfaktor. I min studie viste behandlerne til de samme positive resultatene som ovenfor, og få av de negative resultatene.

5.1.2 Lærte av hverandre i samarbeidet

Behandlerne i min studie var opptatt av erfaringene de hadde fått gjennom samarbeidet med jobbspesialistene. Det var to viktige aktører på helse- og sosialfronten som hadde tett kontakt. Sammen bistod de deltaker i arbeidsprosessen i samarbeid med deltaker selv. Behandlerne i poliklinikken var vant til å jobbe med flere profesjoner. Det som var nytt for dem, var det tette samarbeidet med sosialfaglige profesjoner fra arbeids- og sosialfaglig etat. Forskning fra andre vestlige land viser at samarbeid mellom helseetat og sosialetat har vært problematisk. En review artikkel fra Storbritannia viste at det var særlig tillit til og respekt for hverandres profesjoner som var avgjørende for samarbeidsklimaet (Bond, Drake og Becker, 2008). En annen oversiktsstudie fra England viste at forvirring og usikkerhet i forhold til egen rolle, førte til forvirring og proteksjonisme (Shepherd, Bacon, Lockett og Grove, 2012). Dataene fra denne studien tydet på at bekrefting av egen og de andres rolle, hadde betydning for positivt samarbeid. Funnene fra min studie viste at behandlerne opplevde noe usikkerhet i starten. Det gjaldt blant annet hvilken rolle de hadde i arbeidsprosessen og hva de kunne bidra med av helsefaglig kunnskap. Etter en periode hadde behandlerne fått en styrket tro på at deres kunnskap var viktig og at de kunne bidra i samarbeidet i prosjektet. I boken til Willumsen og Ødegård (2014) står det at når faggrupper opplever å bli forstått og lyttet til, øker nysgjerrighet på andre gruppers kunnskap. Det gir en trygghet for egen medvirkning og kan føre til endring av egne holdninger og oppnåelse av ny kunnskap. Funn fra den norske studien (uniHelse og uniRokkansenteret, 2016) viste at tillit og respekt og den tette kontakten mellom helsearbeiderne og jobbspesialistene hadde betydning for samarbeidet. I funnene i min studie viste behandlerne at de var nysgjerrig på, hadde tillit til og respekt for hverandres fagområde. De opplevde det var et godt team sammen med jobbspesialistene. De hadde fått større tiltro til egen kunnskap. Funnene kan tyde på de hadde lyktes med å forene forskjellig kulturer, kunnskap, holdninger og faglige identiteter i samarbeidet. Det hadde gitt dem et grunnlag for ny kompetanse og nye erfaringer. Det er i tråd med teori om sosial kapital. Sosial kapital brukes til å beskrive, forstå og måle gevinsten i et sosialt nettverk. Sarah Hean skriver i (Willumsen og Ødegård, 2014) at deltakere i en gruppe lærer sammen med, av og om hverandre. Hver profesjonsgruppe bringer med seg kunnskap om sin egen rolle og formidler det til den tverrprofesjonelle gruppen. I denne prosessen utvikler de egen

gruppeidentitet. De beskriver egen rolle samtidig som de også får mer kunnskap og forståelse for andre gruppers kompetanse og rolle. Dette viser at flere profesjoner som lykkes å samarbeide, kan nyte godt av hverandres fagkunnskap. De kan sammen produsere ny felles kunnskap også i samarbeid med deltaker (Willumsen og Ødegård, 2014). I min studie, beskriver behandlerne at de lærer av at deltakerne mestrer utfordringer, fordi deltakernes mål er å ha et ordinært arbeid.

Forskning fra andre vestlige land viser et solid holdepunkt for at samarbeid som fungerer i helse og sosialsektor gir bedre faglig kvalitet (Bond, Drake og Becker, 2008). Regjeringens utredninger og stortingsproposisjoner har samarbeid som en vesentlig faktor for å høyne kvalitet på helse og sosialfaglige tjenester. I nyere forskning på temaet om samarbeid i helse og sosialsektoren, fremheves det å samarbeide som å lære sammen, lære av og om hverandre. Det gjør at samarbeidet og kvaliteten på tjenesten øker. I en slik sammenheng er begrepet samarbeidspraksis brukt for å fremheve at også deltaker er en del av samarbeidet (Ødegård og Willumsen, 2014). Det er i trå med funnene fra min studie som viste at behandlerne opplevde faglig utvikling og vekst. Samarbeidet gjennom IPS-prosjektet, resulterte i mange kvaliteter som var til glede for deltakerne. Noe av det behandlerne lærte, var å ha fokus på deltakernes arbeidsressurser. De erfarte at deltakerne hadde en arbeidsevne, selv om noen fortsatt hadde psykosesymptomer. De var mer motiverte og fikk en større respekt og ydmykhet for det deltakerne klarte å gjennomføre av forskjellige arbeidspraksiser i ordinære jobber.

5.1.3 Alle bidrar og alle er betydningsfulle

Behandlerne i min studie sa at samarbeidet med jobbspesialistene, gjorde at de var i posisjon til å påvirke og å støtte deltakerne i prosessen for å skaffe og beholde arbeid. De kunne bidra og være en ressurs innenfor det helsefaglige aspekter. Det gjorde at deltakere kunne få mulighet til å fungere i et ordinært arbeid med deres helseutfordringer. Dataene i studien viste at behandlerne var opptatt av at de hadde betydelig kompetanse på å støtte deltaker i arbeidsprosessen i IPS. De beskrev denne prosessen som først satt de på gjerdet, men så deltok de aktivt. De viste til flere eksempler fra IPS prosjektet og brukte modeller som stress-sårbarhets modellen, kognitiv behandling og annet. Når profesjonsgrupper får anerkjennelse fra andre, får de også mer tro på hva de selv kan bidra med, enn hva de hadde før samhandlingen

(Carpenter og Dickinson, 2016). Behandlerne i studien hadde lite kunnskap på sosialfaglig del av arbeid. De opplevde seg betydningsfulle i samhandlingen i gruppa og deres kunnskaper innenfor eget fagfelt utviklet seg. Behandlerne mente de ble større bidragsytere i IPS samarbeidet, ettersom erfaringene økte. Det stemmer også med erfaringer Carpenter og Dickinson, (2016) har vist til i sine studier. De beskriver at grupper i et samarbeid blir mer bevisst egen profesjons kunnskap i sammenheng med andre grupper. De viser respekt for og forventer kunnskap fra hverandres fagfelt. Fra den norske studien (uniHelse og uniRokkansenteret, 2016), ble det referert til at for å lykkes, var det nødvendig med fellesskap der alle hadde like mye å si. Alle hadde felles ansvar for hvordan innholdet i IPS tilbudet ble. Det ble også referert til at en slik integreringsprosess trengte tid. Disse erfaringene stemte også med utsagnene fra behandlerne i min studie.

5.2 Læring

5.2.1 Situert læring

Behandlerne i min studie var opptatt av læring. Prosjektet startet opp med kurs om teori og gruppearbeid i metoden IPS. De oppdaget flere fastlåste forstillinger de hadde om personer med psykose, stemme høring og mulighet for å fungere i ordinært arbeid. I begynnelsen tenkte de at i teorien kunne deltakerne arbeide. I praksis mente de at pasientene deres var for dårlige til å kunne arbeide i ordinære jobber.

Behandlerne viste stor entusiasme for det de hadde lært av jobbspesialistene og deltakerne. De mente de hadde gjennomgått en stor faglig utvikling og vekst. Læringen foregikk i en ny kontekst i samfunnet og på deltakernes arena. Behandlerne jobbet med hva som skulle til for at deltakere skulle fungere i jobb. Det nye fokuset handlet om deltakernes ønske om lønnet arbeid. Læringen foregikk gjennom konkrete jobbsituasjoner i samspill med deltakerne og i samarbeid med jobbspesialistene og arbeidsgiverne. Behandlerne lærte ved å få nye perspektiv på deltakers jobbsituasjon, deltakers ressurser og ved å dele erfaringene med jobbspesialistene. De så flere muligheter og ble mer kreative etter hvert i samarbeidet. Det stemmer med Leave og Wenger (1991) teori om situert læring. De mener at læring foregår i en kontekst hvor

personene er i samspill med omgivelsene. Man lærer bort det man kan på et felt og veksler med å lære av de som ser på feltet med nye øyne. Læring er en del av menneskes natur, mener Leave og Wenger.

Behandlerne i min studie opplevde at jobbspesialistene bidro med flere nye perspektiv på deltakerne og deres jobbmuligheter. I de ukentlige møtene opplevde de en god dynamikk og åpne innspill i gruppa. Innleggene var preget av improvisasjon og kreativitet og inneholdt praktiske løsninger. De opparbeidet et kreativt repertoar og etablerte en større og fleksibel kunnskapsbase i praktisk tilrettelegging for hver enkelt deltaker i arbeid. De erfarte at læring hadde forgått i fellesskapet. Det stemmer med det Leave og Wenger (1991) erfarte gjennom sin forskning. De hevder at læring foregår i et praksisfellesskap i hverdagen eller i et arbeidsfellesskap. De viser til teorien om situert erfaring. Det er teorien om mester og elev eller en relasjon mellom skiftende deltakelse og identitetsforandring i et praksisfellesskap. Den vektlegger dynamikken i hverdagsseksistensen der samspillet i grupper er preget av improvisasjonen og koordineringen. Man lærer hele tiden via praktiske oppgaver og gjennom dialog. Det tyder på at teorien om situert læring (Leave og Wenger, 2003) stemte med det behandlerne i min studie erfarte.

En annen viktig faktor behandlerne trakk frem, var at gruppa i IPS-prosjektet hadde handlekraft. De fikk tilbakemeldinger underveis. De viste fremgang i prosessen med å hjelpe flere deltakere til ordinært arbeide. De hadde et mål og lærte og erfarte ved praktisk tilrettelegging og ved tilbakemeldinger. Det viste seg at mange deltakere kunne fungere i ordinære jobber. Dette stemte med teorien om situert læring av Leave og Wenger (1991). De vektlegger at situert læring er preget av handlekraft og intensjoner. Den handler om samspillrelasjonene mellom mennesker og deres miljø. Læring foregår ved aktiv deltakelse gjennom felles samhandling. I aktiv deltakelse får deltakerne direkte tilbakemeldinger på hva som fungerer.

Behandlerne i min studie fortalte at deltakerne viste et stort engasjement IPS-prosjektet. Det motiverte behandlerne. De fikk praktisk erfaring i at deltakerne lyktes med arbeidsrehabilitering. Noen deltakere kom fram til at arbeid ikke var det ønsket og var glad for de hadde forsøkt. De hadde de fått innsikt i hva som gjorde at deltakerne var så fornøyde. Deltakerne ønsket å ha en vanlig jobb, fordi arbeid betydde at de var

likeverdige med andre i samfunnet, hadde en inntekt og var en del av et sosialt miljø. I Phillips og Soltis (2000) bok utleder de hvordan læring skjer i følge John Dewey (1859-1952). Han var en amerikansk filosof og pedagogisk tenker. Han mente at intelligensen er kreativ og fleksibel og at læring skjer når mennesker engasjerer seg i verden og gjør erfaringer. Læringen er praktisk kunnskap som skjer i samhandling med omgivelser og har en viktig funksjon for de det gjelder. Det ser ut til at det stemte med funnene i studien.

5.2.2 Løsningsfokuset tilnærming

Behandlerne i min studie fortalte om problemløsningsmetoden og løsningsfokuset tilnærming. Det vil videre bli beskrevet som løsningsfokuset metode, siden data fra min studie omhandler det å finne ressurser og løsninger på utfordringer. De brukte metoden i de ukentlige møtene med jobbspesialistene. Metoden innbød til samarbeid og felles løsninger, mente de. De opplevde den som en mer demokratisk tilnærming. De opplevde metoden og samarbeidet gav ansvar til alle i gruppa. Det var ulikt det ansvaret de opplevde for egne pasienter i poliklinikken. Alle hadde ansvar for å bidra med løsninger. Det er i trå med løsningsfokuset tilnærming LØFT. Det er i følge Vivian Luth-Hansen (2009) en måte å samtale med og tenke om personen hvor hensikten er å synliggjøre hvilke håp og ønsker de har for fremtiden. Det tar utgangspunkt i hva personen ønsker å oppnå i livet sitt og hva som skal til for å oppnå det. Personen og fagarbeider blir enige om å samarbeide om å oppnå det personen ønsker. I IPS var det et prinsipp at deltakers eget ønske var i fokus. Behandlerne i studien min forholdt seg til deltakernes ønsker og mål for arbeid. Metoden ble brukt i de ukentlige møtene med jobbspesialistene og med deltaker. De var i fellesskap fokusert på hvilke løsninger som skulle til for å mestre arbeidslivet for hver enkelt deltaker.

5.3 Holdningsendring

5.3.1 Likeverdige i samarbeidet

De to foregående temaene, samarbeid og læring, så ut til å være knyttet til holdningsendring i min studie. Et samarbeid som er godt fungerende, vil kunne føre til læring og holdningsendring i følge Willumsen og Ødegård, (2014). Funnene i min studie kan tyde på at det stemte. Behandlerne skulle støtte deltakerne i arbeid. Det foregikk i en ny kontekst. De refererte til at jobbspesialistene så deltakerne som likeverdige aktør og det syntes de var en god tilnærming.

De var reflekterte og så egen profesjon og behandlerrolle utenfra. De så egen praksis fra deltakerne og fra samfunnets perspektiv. Det kan se ut som disse faktorene var medvirkende til holdningsendringer. I følge Allports kontakthypotese (1954) omtalt i Willumsen og Ødegård, (2014), er det flere faktorer som trenger å være tilstede for at holdningsendring skal foregå. En forutsetning er at profesjonsgruppene har lik status i kontaktsituasjonen. De må jobbe mot et felles mål og ha støtte fra leder og myndighetene. De må også ha felles møter og møtes regelmessig. Funnene i min studie viste at disse faktorene var tilstede. Behandlerne fortalte at i metoden IPS, kunne alle parter få uttale seg, alle var betydningsfulle, alle var likestilte og alle bidro. Det bidro til at ble et bredere og grundigere beslutningsgrunnlag. Behandlerne opplevde at de hadde et felles mål og bidro til at deltaker skulle fungere i et ordinært arbeid. Løsningene handlet mer om erfarings basert kunnskap og ikke hva slags utdanning profesjonene hadde. Behandlerne mente at de hadde endret syn på den andre etaten, på hva de selv kunne bidra med og på hva de sammen kunne gjennomføre av aktive arbeidstilpasninger sammen med deltagerne i IPS. De opplevde at det var blitt et godt samarbeidsklima. De hadde et nytt mål og et felles oppdrag. Det var et prosjekt fra helse og arbeidsdirektoratet. Leder var aktiv deltakende og la praktisk til rette for prosjektet. Alle overnevnte faktorer stemte med Allports kontakthypotese.

5.3.2 Fokus på normalitet og ressurser

Behandlerne i min studie var opptatt av å bistå deltaker i å fungere i et arbeid og ikke direkte opptatt av behandling av sykdom og symptomer. Det hadde ført til at de var blitt mer oppmerksom på deltakernes ressurser. De nevnte at jobbspesialistene hadde fokus på normalitet og ressurser og at det var blitt mer integrert i de. De mente at de også var opptatt av ressurser før prosjektet, men de hadde fått en god arena for å fokusere på og å prøve det ut. Det stemte med Karlson og Borg (2013) skriver i sin bok. Behandlerne

som skal utøve helsehjelp trenger å delta på personenes egen arena. God psykisk helse innebærer at personen selv fungerte med sine helseutfordringer i sin hjemmesituasjon. Personen er sammen med sine nære personer og i et arbeidsforhold eller aktivitetsforhold. Det å ha fokus på ressurser og ikke bare symptomer og sykdom, får et naturlig utspring i en slik kontekst. Drag (2014) referer til psykologspesialist Brinckmann som kjenner igjen situasjonen i spesialisthelsetjenesten. Det blir jobbet etter stress-sårbarhetsmodellen og da kan arbeid være noe som må unngås for å hindre tilbakefall. Det kan også være vanskelig å se de positive sidene ved å hjelpe pasienter ut i arbeid, siden fokuset er på sykdom og symptomer. Det stemte med de antydningene behandlerne refererte til. I studien min var det forskjellige utsagn som tydet på at behandlerne hadde endret holdninger. De nevnte de hadde fått en større respekt for hverandre gjennom en tverretatlig dialog. De var blitt mer lydhøre og nysgjerrige på andres innspill. De lyttet på alle i alle sammenhenger og hadde fått en større respekt for alle.

5.3.3 Dannelse og håp

Det var to forhold som overrasket behandlerne. Det ene var at de hadde lite tro på at deres pasienter var i stand til å arbeide som er diskutert tidligere. Det andre var at de oppdaget at de ikke kunne forutsi at den eller den deltakeren kunne fungere i arbeid. De hadde gjort seg noen formeninge om deltakerne ved oppstart av IPS , men oppdaget at de tok grundig feil. Det syntes de var veldig lærerikt. De ble ydmyke over at resultatene var annerledes enn hva de selv forventet. De ble undrende og reflekterende rundt slike temaer. Det kan synes som denne erfaringen de fikk kan betegnes som et begrep; dannelse. Karlsson og Borg (2017) gjengir Aasland (2011) som beskriver dannelse som en forming av menneskets personlighet, oppførsel og moralske holdninger. Dannelse kan foregå i oppvekst, men foregår også i utdanning og arbeid, hvor grupper arbeider tverrfaglige. Dannelse forgår når deltakere i grupper er likeverdige og er i et fellesskap (Karlsson og Borg, 2017). Det stemte med det behandlerne i min studie erfarte. Videre skiller Hellesnes (1975) mellom dannelse og tilpasning. Han beskriver at dannelse skjer gjennom å reflektere over rådende kunnskaper og rammer og ved å stille spørsmål både ved seg selv og andre (Karlsson og Borg, 2017). Det kan stemme med den prosessen behandlerne i min studie beskrev. De opplevde en ydmyk og en nysgjerrig holdning til deltakerne i prosjektet og hva de kunne få til.

Funnene i min studie viste at sammen med læring av måter å løse deltagers utfordringer i jobbsituasjoner på, utviklet de respekt og ydmykhet overfor hverandres kunnskap og tilnæringsmåter. Læringen økte respekten for hverandres forskjellige ståsted og fagkunnskap. Den ydmyke holdningen viste seg i situasjonene og utfordringene overfor deltakerne i IPS. Behandlerne lyttet til deltaker sitt ønske om arbeid og forslag til løsninger i arbeidssituasjonen. Det kom tydelig frem i datamateriale at det skjedde en holdningsendring til deltaker. Det er i trå med det som er hensikten med et tett samarbeid ved at alle aktører er aktive (Willumsen og Ødegård, 2014).

Behandlerne i min studie fortalte om sine lave forventninger til deltaker med psykiske helseproblemer. De fryktet at arbeid ville forverre symptomer og gi tilbakefall og innleggelse. Det stemmer med studier gjort bl.a. i England (Drake et al., 1999). Det er også rapportert at lave forventninger til pasienter overføres til pasientene selv, slik at de blir usikre på om de kan klare å være i jobb. (Rinaldi et al., 2010). Behandlerne i min studie oppdaget at å ha positive forventninger til deltakerne, førte til at deltakerne selv også forventet å klare og jobbe. I poliklinikken ble behandlerne oppmerksomme på å ikke overse pasientenes ressurser. Selv om en pasient var dårlig fungerende, så kunne vedkommende også bidra med å huske avtaler og annet. Å tenke og å handle på denne måten, gjorde pasientene friskere, mente de.

Behandlerne snakket om håp og håpefullhet. Det var viktig for dem at håpet de hadde, var realistisk og ekte. De viste deltakerne at alle hadde muligheter til å kunne jobbe. Det er i trå med det Grini (2009) erfarte i sin studie om erfaringer hos deltakere i IPS. Vibecke Lohne (2006) skriver at håp er god medisin. Håp er en vilje og gir energi når en i en prosess ser det går fremover. Håp er også noe som kommer frem i vanskelige situasjoner, som en måte å se muligheter i det som er vanskelig. Det stemte med behandlerne i min studie, som viste de hadde energi og tro for at deres deltakere skulle lykkes i jobb, uavhengig av utfordringene det kunne medføre.

5.4 Helhetlig syn

5.4.1 Likeverd og språk

Behandlerne i min studie fikk gjennom det nære samarbeidet med jobbspesialistene i prosjektet IPS og med deltakerne, hele tiden et mer helhetlig bilde av deltakerne. Det handlet om jobber, om arbeidslivet, om økonomi, om hvem eller hva som kunne støtte deltakerne og om funksjonell helse. Oppdraget ”å fungere i jobb” var en naturlig del av hvordan mennesker fungerer i sine liv i samfunnet. Ved at behandlerne fikk anledning til å samarbeide med deltakerne i denne prosessen, fikk de en mer helhetlig tilnærming til deltakers verden. De fikk flere erfaringer av at deltakere hadde ressurser, evner og støtte. De fikk se deltakernes hjem og de fikk inntrykk av deltakers arbeidsplass. Det gjorde at de fikk større forståelse for konteksten deltakerne levde i. Det gav behandlerne en anledning til å bidra med eget fagområde i en helhet til glede og nytte for deltaker. Karlsson og Borg (2017) skriver i sin bok at et holistisk menneskesyn innebærer å se fysisk, psykisk, sosial og åndelig sider av personene. Det er også i tråd med recovery ideer. Det kan forstås som at alle mennesker har erfaringer, kunnskaper og kompetanse om hvordan leve med, akseptere og håndtere mangfoldet av livsutfordringer, psykiske helseutfordringer og sosiale vansker. Det sammenfaller med hva behandlerne i min studie konkluderte med. De mente at alle deltakere har en arbeidsevne når ønske og motivasjon er tilstede og en mulighet til å lykkes i ordinært arbeid med riktig tilrettelegging.

Behandlerne var opptatt av og så etter deltakers evner, ressurser og utfordringer. De mente at diagnoser som ”schizofreni”, var en sekkebetegnelse som ikke sa noe om hvordan en arbeidsgiver skulle tilrettelegge arbeidssituasjonen. Det hadde stor betydning at de var konkrete i hvilke utfordringer deltakerne hadde og hvordan de kunne løses. Utfordringer som for eksempel, problemer med konsentrasjonen ved høyt støynivå og sosial aktivitet, handlet om erfaringer alle kunne ha. Det var normale ting en arbeidsgiver forstod. Det handlet om respekt for deltakere og at alle hadde utfordringer og ressurser. Behandlerne mente at hvordan de ordla seg, både hadde med hva de selv var opptatt av, hvordan de forstod deltakernes situasjon og hvordan samfunnet så på deltakerne. Det samsvarer med det Karlsson og Borg (2017) skriver er å praktisere et likeverdig forhold i en hjelpesituasjon mellom fagfolk og deltaker.

Deltaker er likeverdig og dennes erfaringer blir vektlagt. Deltaker blir respektert som en likeverdig samfunnsborger. Verdien av å bli behandlet som en person i samfunnet og at fagperson ser utover diagnose, er viktig for alle personer med psykiske helseutfordringer. Videre står det i Karlsson og Borg (2017) referert fra Andersen (1999) at en persons ord bærer med seg en mening og er ikke tilfeldig. Ord skaper tanker. Språket både informerer og former den som bruker det og de som deltar i dialogen. Fagspråk kan skape avstand og gi kontroll til den som bruker det. Hverdagsspråk skaper dialog og likeverd. Behandlerne i min studie sa de var i ferd med å utvikle et nytt forståelig språk gjennom IPS. Det at de var bevisst språket og reflekterte over hvilken betydning det hadde, tydet på at de viste ydmykhet og respekt overfor deltaker. De så og behandlet deltakeren og respekterte hans arbeids- og sosiale miljø. Det er i tråd med Karlsson og Borg (2017) skriver.

5.4.2 Stigma og åpenhet

Behandlerne i min studie reflekterte rundt temaene, stigma og åpenhet. Noen påpekte at samfunnet ikke så verdien av eller hadde tro på at personer med tunge psykiske diagnoser kunne fungere i arbeid. Jobbspesialistene hadde ikke opplevd noen barrierer med hensyn til det hos arbeidsgiverne. Videre kom det frem at behandlerne trengte å være mer åpne generelt i forhold til personer med psykiske helseutfordringer. De opplevde at de hemmelig gjorde pasienters symptomer og diagnoser ved å bruke fagterminologi. Det gav personene en ”merkelapp”. I stedet var de blitt bevisst på at deltakerne ikke var ”diagnosen”. De hadde en arbeidsevne som andre mennesker med noen utfordringer.

Det som fortsatt var en utfordring for behandlerne, var deres eget stigma med hensyn til om deltakere de hadde kunne arbeide sammen med de i helsevesenet. Det var en prosess de hadde startet på, men det gjenstod fortsatt noen barrierer. I og med at behandlernes utvikling kan forstås som en dannelsesreise, med erfaring, læring og holdningsendring, var de i ferd med å se sine deltakere som likeverdige borgere. Det er et element som gjenkjennes i recoveryorienterte praksiser (Karlsson og Borg, 2017). Det er et samarbeid der behandlerne vektlegger deltakernes menneskelige erfaringer og kunnskap. Det er et samarbeid mellom likeverdige aktører med forskjellige erfaringer

og kunnskap. Behandlerne støttet og var medhjelpere etter deltakernes behov i arbeidssituasjonene.

5.4.3 Etatene og deltakerne

En del av IPS praksisen i min studie, kan det imidlertid settes noen spørsmålstegn til. Hva var grunnen til at deltakerne ikke deltok i det ukentlige samarbeidsmøte som behandlerne og jobbspesialisten? Behandlerne refererte til at deltakerne ikke kunne delta i møtene, fordi der ble alle deltakerne diskutert. Det hadde med taushetsplikt å gjøre, mente de. Det kunne være det ble for ressurskrevende og ta inn en og en deltaker i møtene. Kunne det ha vært andre løsninger i IPS-prosjektet for å få til en sterkere brukermedvirkning. Det kunne kanskje ha vært mulig å gjennomføre, men i følge IPS retningslinjer, skal fagfolk fra etatene samarbeide i disse møtene. Jeg tenker at når det er flere etater og fagfolk, så kan det ha vært for mange for hver enkelt deltaker å forholde seg til. Det ble holdt møter med en jobbspesialist og en behandler sammen med en og en deltaker. Da var i møter hvor deltakernes kontakter samarbeidet med dem. Skal en ha tydeligere fokus på deltaker og brukermedvirkning i lignende møter, må det nok organiseres i en annen form. Slik det ble organisert, kunne det medføre en ovenfra og ned holdning til deltakerne. Det kunne også medføre at deltakernes egen kunnskap om seg selv ikke ble ivaretatt. I Karlsson og Borg (2017) står det om samarbeid og recovery, at det er en forutsetning at en har fokus på deltakers kunnskaper og erfaringer. I samarbeid som skal fungere er det viktig at alle aktører deltar. Systemer og rammevilkår trenger å tilpasses til disse forutsetningene. Det syntes som det ikke skjedde i følge behandlerne i min studie. Det kunne likevel syntes at de klarte å balansere en form for brukermedvirkning og et godt samarbeid to eller en til en. Og i IPS prinsipper som behandlerne fulgte, kunne det ikke iverksette noen tiltak uten deltakers godkjenning.

5.4.4 Motivasjon og arbeid

Behandlerne i min studie var inne på viktige faktor for hva som skulle til for at en deltaker skulle klare å fungere i et arbeidsforhold. De nevnte motivasjon hos deltaker var avgjørende. Hvor motiverte behandlerne var, var ikke så viktig. De erfarte at

deltakerne var opptatt av å bidra i samfunnet og å være til nytte som andre mennesker. Med arbeid fulgte rettigheter og forpliktelser. Behandlerne kunne ikke forutse hvem som lyktes i arbeid. Behandlerne fikk erfare viktige aspekter for helse og uhelse og hvordan arbeid kunne opprettholde og utvikle helse. Borg, Karlsson (2017) skriver om Antonovsky sine teorier. Antonovsky skriver at hvis man ser bort fra stressfaktorer som ødelegger organismen, så kan man umulig vite hva som er helbredende hos mennesker. Vi må endre fokuset fra sykdom til å studere hva som gjør at mennesker opprettholder og utvikler helse, og hva som gjør at mennesker mestrer til tross for høyt stressnivå.

Studien min syntes å vise at behandlerne hadde fått være delaktige i å utvikle og utføre en slik støttende og helhetlig praksis med respekt for deltakernes kunnskap og medvirkning.

6 Avslutning

Denne studien søkte å innhente kunnskap om behandlernes erfaringer med bruk av individuell jobbstøtte (IPS) for å bistå personer med psykoselidelser ut i ordinært arbeid. I fokusgruppeintervjuet brukte jeg åpne spørsmål og en forsiktig tilnærming. Behandlerne snakket ut fra det de var opptatt av i IPS. Det første de var opptatt av var at de var overrasket over at deres pasienter kunne være i stand til å arbeide i ordinære jobber. Dernest var behandlerne opptatt av samarbeidet med jobbspesialistene. Disse erfaringene hadde tydelig preget behandlerne og gav utløp i nysgjerrighet, respekt for og en gledelig praksis. Det var interessant at gjennom samarbeid og læring, så kunne det se ut som de dannet endrede holdninger til deltaker og til helsebegrepet. Det kan tyde på at de utførte en form for recoverypraksis gjennom IPS-prosjektet i spesialisthelsetjenesten.

I videre forskning kan flere temaer være aktuelle. Hvordan kan implementering av IPS fungere på forskjellige forvaltningsnivå?, Hva skal til for å opprettholde IPS-metode i forskjellige praksiser?, Hvordan virker stigma i psykisk helse og rus og hva skal til for å eliminere det? Det er fortsatt mange vinklinger for forskning. Det er også fint å se at det nytter å endre praksiser til mer recoverylignede, med respekt for brukers kunnskap og medvirkning.

Referanser/litteraturliste

Aadland, E (2004). *Og eg ser på deg- Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo.

Tano Høyskoleforlag

Anthony, W., A., Rogers, E. S., and Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114.

Antovnosky, (1987) *Unraveling the Mystery of Health. How many people can manage stress and stay well*. San Fransico: Jossey-Bass

Arbeidsdepartementet Helse- og omsorgsdepartementet. *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)*

Arbeidsdepartementet Helse- og omsorgsdepartementet. *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013- 2016)*

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/oppfplanarborgpsykhelse.pdf>

Arbeid, velferd og inkludering (St.meld. nr 9 (2006-2007))

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007- 2012), (Arbeidsdepartementet 2007)

Areberg C (2013) *Individual Placement and Support (IPS) for persons with severe mental illness –Outcomes of a randomised controlled trial in Sweden*. Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series, Series 2013:31

Becker, D. R., Drake, R. E. (2003) *A working life for people with severe mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Bondevik, H., Bostad, I. (2003) *Tenkepauser. Filosofi og vitenskapsteori*. Akribe forlag.

Borg, M., Karlsson, B., Stenshammer, A. (2013) *Recoveryorienterte praksiser*.

NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Rapport nr.4/2013

Bull, H., Lystad, J. U. (2011) Betydningen av arbeid for personer med schizofreni.

Tidsskrift for norsk psykologforening, 48(8), 733-738.

Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A.,...Lauber, C (2009).

The impact of supported employment and working on clinical and social functioning; result of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia. Bulletin, 35(5), 949-958.*

Burns, T., Catty, J. (2008). Individual placement and support in Europe; the EQOLISE

trial. *International Review of Psychiatry, 20(6), 498-502.*

Craig T, Shepherd G, Rinaldi M, Smith J, Carr S, Preston F and Singh S (2014)

Vocational rehabilitation in early psychosis: cluster randomised trial. *The British Journal of Psychiatry, 205, 145-150.*

Crowther, R., E., Marshall, M., Bond, G., R., Huxley, P. (2001) Helping people with

Severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal, 322(7280), 204-208.*

Forskningsetiske komiteer (2010) *Veiledning forskningsetisk og vitenskapelig vurdering*

av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Oslo.

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2003) Qualitative content analysis in nursing research:

concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Department of nursing, Umeå 90187, Sweden*

Grini, I. (2009). *Arbeidsrettet rehabilitering for unge voksne med psykiske lidelser. Om betydningen av empowerment og motivasjon i opplevelsen av å mestre.*

(Masteroppgave) Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Helle, S., Gråve, R. (2007) Sysselsetting og trygd blant personer med

schizofrenidiagnose. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 1358-1362.

Helsedirektoratet (01.06.2013) Utredning, behandling og oppfølging av personer med Psykoselidelser. Nasjonale retningslinjer, IS-nr- 1957

Helsedirektoratet. (St.meld. nr 9 (2006-2007) Rett behandling – til rett sted – på rett tid, samhandlingsreformen

Howard, L., M., Heslin, M., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., Spokrs, T., Huxley, P., Thornicroft, G. (2010) Supported employment: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 404-411.

Hummelvold, J., K., (2008) Focus group interview, A relevant and fruitful method in action reserch base don a cooperative inquiry perspective. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10: 1, 3-14

Jensen, P., Topor, A., Borg, M. (2010), Återhemting, bedring, at komma seg: Recovery revisitet- ti år etter. *Socialpsykiatri s 20*

Karlson, B., Borg, M. (2013) Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser. Gyldendal

Karlson, B., Borg, M. (2017) Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser. Gyldendal

Lave, J., Wenger, E., (1999), Situert læring og andre tekster (Nake, B., dansk oversettelse 2003) Hans Reitzelts Forlag

Løvereide, L. (2013) *Et forfriskende arbeidsliv? En kvalitativ studie av lederes Erfaringer med å ta imot mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis.* (Masteroppgave) Universitetet i Stavanger. Institutt for helsevitenskap.

Malterud K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo: Universitetsforlaget

Malterud K. (2013) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget

NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Individuell jobbstøtte (IPS) lastet opp okt 2014, endret 22. mars 2018
<https://www.napha.no/content/20131/Individuell-jobbstotte-IPS>

NAV, Helsedirektoratet (2014) Arbeid og psykisk helse. *Innføring i Individual placement and support/IPS, Individuell jobbstøtte*. 310714.

Ramvi E, Skarpaas L S, Løvereide L, (2014) *Veien inn i arbeidslivet. Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med psykiske helseplager*. Rapport nr 40, Universitetet i Stavanger

Rinaldi, M., Perkins, R., (2007) Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual Placement and Support and non-integrated pre-vocational services in the UK. *Journal of Vocational Rehabilitation* 27, 21-27.

Rinaldi, M., (2014) *The importance of work focus in recovery and treatment*. South West London and St George's NHS, Mental Health NHS Trust.

Shepherd, G., Bacon, J., Lockett, H., Grove, B. (2012) Establishing IPS in clinical teams – Some key themes from a national implementation program. *Journal of Rehabilitation*, 78(1), 30-36.

Spjelkavik, Ø. (2012) Supportet employment in Norway and other Nordic countries. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37, 160- 178.

Stortingsmeldingen, Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 2012-2013) Oslo 2012

Tangvald-Pedersen og Bøe (2011) Redaksjonen, TPH, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 8(2) s. 98

Thagaard T. (2015) *Systematikk og innlevelse*. En innføring i kvalitativ metode.

Bergen: Fagbokforlaget.

UniHelse, UniRokkansenteret; Endresen, S. R., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., Løvvik, C., Lie, S., A. Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport, Desember 2016, oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet.

Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. Universitetsforlaget

Willumsen, E., Ødegård, A. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag. 2. Utgave. Universitetsforlaget

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjon og samtykkeskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

”Ut i arbeid med IPS, helsearbeidernes erfaringer”

Bakgrunn og hensikt med prosjektet

Formålet med denne studien er å undersøke helsepersonells erfaringer med bruk av individuell jobbstøtte/IPS for å bistå personer med psykoselidelser ut i ordinært arbeid.

Studien søker derfor å svare på problemstillingen :

Hvilke erfaringer har helsearbeidere i en psykosepoliklinikk med å hjelpe personer som ønsker individuell jobbstøtte ut i arbeid?

Studien gjennomføres som er en masterstudie i klinisk psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, fakultet for helsevitenskap. Mitt navn er Mona Lie, og jeg gjør denne studien som et selvstendig forskningsprosjekt med førstelektor Ellen Andvig som veileder.

Hva innebærer deltagelse i fokusgruppeintervju?

Dette informasjonsskrivet er sendt ut via din leder. Kriterier for å delta i denne studien er at du er helsearbeider eller behandler i en psykosepoliklinikk og at du deltar i det nasjonale pilotprosjektet Individuell jobbstøtte/IPS.

Datainnsamlingen vil foregå gjennom et flerstegs fokusgruppeintervju med to samlinger. Det innebærer at en gruppe på 6-8 personer sitter sammen og samtaler om sine erfaringer med å bistå personer som ønsker arbeid. Det vil være interessant for prosjektet om dere forteller konkrete historier og erfaringer fra deres hverdag med arbeidsinkludering med individuell jobbstøtte. Jeg vil gjerne høre om deres erfaringer med samarbeid, motivasjon, bedringsprosesser, egenskaper hos helsearbeideren m.m. I den første samlingen vil deltakerne få anledning til å dele erfaringer, meninger, forståelse og refleksjon. I den andre samlingen får dere muligheter til å reflektere over resultater av data fra første samling.

Jeg vil lede samtalen i begge samlingene sammen med en sekretær. Samlingene vil forgå på arbeidsplassen i starten av november 2015 og slutten av november begynnelsen av desember 2015.

Taushetsplikten

Din taushetsplikt gjelder fortsatt i deltagelse i studien. Ingen opplysninger som kan identifisere pasienter må fremkomme i studien. Dersom du ved et uhell avgir slik informasjon, må du gjøre forskerne oppmerksom på dette og kreve at taushetsbelagte opplysninger slettes umiddelbart.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at masterstudenten og veilederen vil ha taushetsplikt overfor alle opplysninger som samles inn.

Alle opplysningene om deg vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Det vil bli gjort lydopptak fra samlingene ved hjelp av lydopptager. Data vil bli oppbevart på egen separat pc vil bli oppbevart innelåst i skap. En navneliste over deltakerne vil bli oppbevart innelåst, separat fra pc/lydbånd. Alle opplysninger og lydbånd/datafil vil bli slettet etter prosjektet er ferdig, beregnet innen juli 2016.

Frivillig deltagelse i fokusgruppeintervjuene.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta uten å oppgi noen grunn og uten at det får noen konsekvenser for deg. Navn fra navneliste vil da bli slettet og data som omhandler deg vil da bli slettet. Om du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Formidling.

De innsamlede data danner grunnlaget for en masteroppgave og en vitenskapelig artikkel.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Prosjektansvarlig.

Prosjektansvarlig er Ellen Andvig, Høyskolen i Buskerud og Vestfold. Hun kan kontaktes på e-post: ellen.andvig@hbv.no Masterstudent Mona Lie kan kontaktes på tlf. 91710603 og på e-post: monatjrn@yahoo.no

Med vennlig hilsen

Samtykkeerklæring for informanter

Helsepersonells erfaringer med arbeidsrehabilitering.

Erfaringer behandlere i en psykosepoliklinikk har med å anvende prinsipper for IPS og arbeidsrehabilitering i samarbeide med NAV.

Jeg har lest informasjonsskrivet. Jeg vet at deltagelse i studiet er frivillig og at jeg kan trekke meg når som helst. Alle opplysninger om meg vil bli behandlet konfidensielt og oppbevart forsvarlig. Data fra fokusgruppeintervju vil bli anonymisert i studien. Ved spørsmål kan jeg kontakte prosjektleder Ellen Andvik på telefon: eller e-post Ellen.Andvik@hbv.no

Jeg gir med dette forskeren i prosjektet tillatelse til å intervju meg.

.....

.....Sted/dato: Informantens underskrift

Intervjuguide

Ønske velkommen og takke for dere vil delta i fokusgruppe og forskning om helsearbeidere og IPS.

Vi har gledet oss til å høre om deres erfaringer med IPS.

Presentasjon av hverandre.

Informasjon om fokusgruppe:

- 1- Vi ønsker at dere samtaler om spørsmålene jeg stiller. Det er veldig bra om dere kommer med eksempler fra deres hverdag, **det er gode data for forskning**. Alle har forskjellige opplevelser og erfaringer og det er godt å dele det med hverandre.
- 2- Viktig at en snakker av gangen, og flott om samtalen går naturlig. Jeg lytter.
- 3- Neste gang vi møtes vil jeg oppsummere hva dere har sagt og vi snakker om det og om temaer som videre er sentrale.

Noen spørsmål!

Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive helsepersonells erfaringer med innføring av IPS i en psykosepoliklinikk.

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsearbeidere i en psykosepoliklinikk med å hjelpe personer som ønsker individuell jobbstøtte ut i ordinært arbeid?

Spørsmål:

Hvilke erfaringer har dere som helsearbeidere med å jobbe med IPS?

Gi eksempler fra deres hverdag.

Nå skal jeg lytte.

Hva gjør dere for å følge prinsipper i IPS? Gi eksempler fra hverdagen.

Deltagelse på brukers ønske, interesser og ferdigheter, behandling av symptomer ut fra brukers behov.

Er det noe dere gjør annerledes nå enn tidligere?

Gi eksempler.

Hvilke utfordringer har dere hatt med å jobbe med IPS?

Gi eksempler fra hverdagen.

Hva er motivasjonen deres for å jobbe med IPS?

Gi eksempler fra hverdagen.

Har dere eksempler på egenskaper hos helsearbeideren som kan være viktige/gode for å hjelpe personer ut i arbeid?

Nevn eksempler fra hverdagen og fortell på hvilken måte de hjelper?

Hva i IPS metoden er verdifull, hva er bra med metoden IPS? Hva er gullet i metoden IPS?

Gi eksempler.

Tema:

Finne ut hva de er opptatt av.

Hvordan jobber de med IPS.

Hvordan møter de pasienten. Hvordan ser de på sin rolle. Hvordan er motivasjonen deres.

Hvilke egenskaper er gode/bra for å jobbe med personer som ønsker arbeid.

Hva gjør de i samarbeidet med pasient og jobbspesialist.

Hva er bra med IPS.

Tabell: for data og funn

Tema	Undertema	Utsagn/sitat
"Å jobbe i team"	Ukentlig møte i IPS	<p>5: Om pasienten er motivert for jobb, så får vi en fellessamtale med jobbspesialisten. Jobbspesialisten er engasjert og stiller alltid opp og er veldig tilgjengelig for oss og brukerne. Og så starter prosessen med å finne ut hva pasienten er interessert i, hva han kunne tenkt seg og så jobber vi ut derifra, å få den jobben som er, som pasienten er motivert for da.</p> <p>Det er ukentlig møter med behandlere og jobbspesialister og det er deltakerplikt"</p> <p>"Det er et møte, ikke sant. Det er en åpen problemstilling, så alle kommer med innspill. Du, A styrer det veldig godt. Det er en som snakker og så lytter og kommenterer vi på det og det er veldig sånn, ikke strukturert, men alle skal få uttale seg, alle skal få mulighet."</p> <p>Jobbsøker er i sentrum men ikke med i møte.</p> <p>Samarbeid forplikter og gir oss økt ansvar.</p> <p>2: I begynnelsen så var vi i den</p>

	<p>Tverrfaglig og tverretattlig</p>	<p>gamle kulturen med at vi gav fra oss pasienter, lot NAV spesialisten overta litt og så satt vi litt på gjerdet og venta på resultat.</p> <p>Men det har vi endra på. Nå er det vi behandlere som eier saken og vi er mer på hugget og jobbspesialistene kjenner at vi er mer på laget. Nå søker vi informasjon. Nå søker vi å følge prosessen mer aktivt.</p> <p>”Det er tverrfaglig og tverretattlig samarbeid og alle lærer mye. Helse får innblikk i hva NAV gjør og motsatt. Møtepunktene er selve kluet, tror jeg”</p> <p>A: ”Alle er betydningsfulle i teamet og vi belyser saken dypest mulig. Det blir et bredere beslutningsgrunnlag.”</p> <p>2: Ja det bringer med seg at vi blir mer lydhøre og nysgjerrige på andres innspill. Generelt altså: jeg syns vi er bedre på å lytte på hverandre, innad og utad i alle sammenhenger. Den dere, ja, en større respekt for hverandres meninger og innspill og kunnskap. Generelt syns jeg det er blitt sånn.</p> <p>1: For det at det, all den veksten vi har hatt har vært at vi har vi fått i kraft av at vi har vært i de teama</p> <p>F: ja. : og jobba der. Og derfor og få det bringi videre. Det finns ingen lettvinde løsninger, man må</p>
--	-------------------------------------	---

	<p>Problemløsningsmetode</p>	<p>bruke metoden som den er, så må man jobbe tverrfaglig og tverretatlig og bruke ressurser på det også. Det er bare, sånn er det.</p> <p>4: Jeg tenker det positive vi sier om jobbspesialistene, det tror jeg faktisk dem sier om oss også. Tenk deg, de står der å jobber med det tunge materie. De er så syke. Latter. Vi framsnakker hverandre.</p> <p>2: IPS bruker problemløsningsmetode. Det er større respekt for hverandres innspill og kunnskap. Det ligger litt i metoden. At metoden fremmer en tverretatlig og faglig dialog som sprer seg videre. At den bygger på hverandres erfaringer. Så man blir ikke så eier av pasienten som det kunne være litt tidligere.</p> <p>Det er befriende, inspirerende og utviklende.</p> <p>1: Det er ikke avslappende, men flere som deltar, så faktisk ansvaret er større. Det er forpliktende.</p> <p>Men liksom vi alle sitter med det problemet, sånn sett. Men så er det mer ansvar på behandler for å føre det videre inn i behandling å, så ansvaret er større, men man sitter ikke alene.</p>
--	------------------------------	--

	<p>Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid</p> <p>Vurderinger i fellesskap</p>	<p>1: Eks: Pasientene som møter ikke blikket, hilser på en måte ikke, ikke håndhilser og så skal man på et intervju. Personen skal jobbe som stuepike på hotellet. Så tar man det opp som en problemstilling. Hvor vi først drøfter det i teamet og så kommer man på en del løsninger på hvordan vi kan angripe dette problemet. Og så avklarer man hvem som gjør hva. Hva som behandler skal gjøre, hva kan jobbspesialist gjøre? Hva kan vi gjøre sammen i samtale med pasienten.</p> <p>5: Det er personer med tunge diagnoser, men så er det muligheter til å skynde seg langsomt. Vi sitter på informasjon om helse, mens NAV ønsker å få folk ut i jobb og så møtes vi på halvveien på en måte.(5)</p> <p>5: Jobbspesialistene ser på alle som likestilte. Det spiller ingen rolle for dem om de er pasient eller ansatt her, tror jeg. Det er flat struktur. Alle har ressurser, behandler har ressurser, jobbspesialister og bruker har ressurser. Og dem skal brukes, ja.”</p> <p>3:Vi også ser på alle som likestilte,</p>
--	---	--

		<p>også overlegen er likestilt i denne arbeidsmetoden.</p> <p>2: En person som var veldig ung. Det var vanskelig å akseptere å søke uføretrygd, så NAV var veldig på med tiltak og tiltak og det stressa han så enormt. Så kom han inn i IPS og da måtte Helse og Nav jobbe sammen med han og raskt se om han var arbeidsfør eller om han kunne få en varig uføretrygd. Og så skjedde det på veldig kort tid og så ble mye press tatt av skuldrene hans og så han kunne leve mye bedre med det etterpå.</p> <p>1: Nav og vi jobber sammen og da får vi sånne gode observasjoner.</p> <p>5: For eksempel at personen gir inntrykk av at han er friskere og tåler mer, så snakker vi om det sammen.</p> <p>3: Det gir et bedre resultat, hvis man klarer å få en riktig grad av åpenhet.</p> <p>/// 5: Det er muligheter til å skynde seg langsomt. Vi sitter på informasjonen om helse og NAV ønsker å få folk ut i jobb og så møtes vi på halvveien.</p> <p>1: Ved forventninger fra arbeidsgiver, så kan vi hjelpe, ved</p>
--	--	--

		<p>at vi som personen stoler på, kan gi tilbakemeldinger, slik at personen har muligheter til å endre på måter den jobber på.</p> <p>5: En person i renhold jobbet for langsomt. Arbeidsgiver tok det opp med oss i IPS-teamet.(5) Vi hadde en nærmere relasjon til deltager. Da ble informasjonen nyansert og gitt på en trygg og god måte.(1) Siden kunne deltager fortelle arbeidsgiver hva som gjorde at hun trengte mer tid og hva som skulle til for at hun kunne jobbe mer effektivt.(5)</p> <p>5: Ved personens egne kanskje for høye forventninger til seg selv, så kan vi bruke stress/sårbarhetsmodell, ved eksempel gjennomgang av situasjoner tidligere som vedkomne er blitt syk, hvilke symptomer slå ut da og hva gjør det med deg.</p>
<p>"Helhetlig tilnærming til personen"</p>	<p>Arbeide helhetlig</p>	<p>2: "Jeg synes at IPS prosjektet setter oss litt i stand til, i posisjon til å arbeide mer helhetlig." 3: "Ja, det er viktig. Det er det, det er." 2 og 3: "Vi har ikke hatt mulighet for det" 2: "Fokuset og den måten å arbeide på, setter</p>

	<p>Ressursorientering</p>	<p>oss i stand til å ivareta den mer helhetlig tilnærming til helse, da.”</p> <p>3: Jobb, det har lissom blitt et tema i vår behandling. Og det er veldig spennende. For jeg har jobbet så lenge at, fra før det var et tema i psykiatrien, ikke sant at man torde ikke tenke på annet at arbeid var noe annet enn bare stress, og alt for voldsomt til at våre pasienter skulle belemres med det.</p> <p>B: Vi har tenkt jobb før også, men da var det sånn, Velle, Fønix. Man tenkte aldri at pasientene skal i ordinært lønnet arbeid, men at de skulle lissom prøve seg og trene seg i en annen, sånn tilrettelagt jobb</p> <p>4: Det som er artig der, synes er veldig artig, for at vi har vært veldig sykdomsfiksert i jobben våres å hjelpe folk med sykdommen. Nav, jobbspesialistene har fokus på normalitet og ressurser. Det har blitt mer integrert i oss føler jeg i det siste, siden vi starta. Vi ser mer ressursene enn vi kanskje tidligere gjorde.</p> <p>4: En annen ting, viktig ting som jeg bevisstgjort meg er at. Før så brukte jeg å tenke litt på hva er det vi kunne gjøre får hjelpe til med.</p>
--	---------------------------	--

		<p>Med problemet, så spør vi ofte pasienten, eller bruker hva kan du gjøre for å komme ut av denne problemstillingen her. Hva kan du gjøre av endringer for å unngå dette problemet? Det blir litt å snu det på hodet og bruke ressursene til pasienten, ja. Samtidig som en har støtte fra jobbspesialisten og behandler. Det blir et bra team.</p> <p>4: Har erfart at IPS er en måte å få frem ressursene og utfordringene hos personen.</p> <p>"Han er helt klar for jobb, det her blir bare barnemat", men vi hadde aldri oppdaga de utfordringene, hadde han ikke vært utsatt for å skulle ut i jobb. For da hadde vi ikke stilt noen krav til han og da hadde det ikke vist. Så plutselig var det en kjempegod grunn til at han fortsatt skulle være i behandling.</p> <p>1: Det blir kanskje sånn at man kan utnytte ressursene også tidlig selv om de fortsatt har symptomer. For vi har alltid visst at det finns ressurser hos pasienter, i forskjellig grad selvfølgelig, men at nå tar vi tak i ressursene med en gang. Uten å vente på en måte at vi ja vi får, for det blir flere ressurser etter hvert. Det er helt naturlig når de er bedre behandlet.</p>
--	--	---

	<p>Forventning i møte med personen</p> <p>Nysgjerrig på personen</p>	<p>1: Men jeg tror ikke vi har endret holdning. Vi visste at det finns nyanser. Men på en måte man hadde ikke mulighet til å få den litt sånn å plassere folk et sted, for at de skal vise de har ressurser. Jeg tenker at vi har alltid tenkt ressurser og sånn. Men hvor skal man prøve de.</p> <p>2: Det jeg kjente plutselig overfor en av mine aller aller dårligste, var at jeg begynte å forvente mer av han til og med. M-m Jeg begynte å forvente at han skulle huske en avtale. Jeg skulle ikke, jeg pakka han ikke inn. Jeg lissom sånn. Jeg snakka som jeg forventa det. Og da tror jeg det skjer noe med den andre i den andre enden. Da tror jeg han forventa det av seg selv også. Til og med overfor den aller dårligste. Så gav jeg en forventning. M-m Og det tror jeg er friskhet i.</p> <p>2: "Jeg har jo han, en som, han har et kroppsspråk som er veldig tafatt, sånn stillferdig. Og hvis man bare ser han i gangene her, så kan man tolke ham i en retning. Og så fikk man komme hjem til ham og se hjemmet hans. Og så har han bare verdens vakreste hjem. Og da snudde hele synet på ham som person helt om, ikke</p>
--	--	--

	<p>Normalisere</p> <p>Fra pasient til ansatt</p>	<p>sant. Fordi vi så den friske sida hans også. Så det der å tenke det perspektivet. Være litt mer nysgjerrig på: Hvem er du egentlig?”</p> <p>D: En konkret utfordring, da en person skulle møte første arbeidsdag og det sosiale var vanskelig. Og så var det å normalisere det å ha angst for å møte på jobb og sitte i lunsjen. Jeg er jo også nervøs når jeg begynner i ny jobb. Så jobbet vi konkret med sånn dilemma med kognitiv terapi og da løst man opp bit for bit.</p> <p>5: Veldig mange pasienter redd for at man skal si til arbeidsgiver at den karen her eller den jenta her har schizofreni. Man snakker om en sekkebetegnelse som ikke sier så veldig mye. F: m-m D: Men man kan si at: jeg strever litt med konsentrasjonen og jeg glemmer fort. Eller jeg har problem i sosiale, da er det normalisert og på en måte og det kan en arbeidsgiver forholde seg til.</p> <p>Normalisere språk, begreper for pasientens utfordringer</p> <p>Søker åpenhet om hva slags informasjon personen kan dele med kolleger og arbeidsgiver.</p>
--	--	--

		<p>1: Ja, de går fra pasient til ansatt. De er først pasienter inne F: Ja. M: ikke sant, så deltakere, så er de søkere, ikke sant og så blir de pasient litt, så det er hvor de er i prosessen.</p> <p>2: Ja, og så blir de kollegaer til slutt. For da har vi en i NAV.</p>
<p>"Syn/forståelse pasienten/helse</p>	<p>av Utvidet helseforståelse</p> <p>Nysgjerrig på og ser hele mennesket.</p> <p>Ser personen i et større perspektiv/</p> <p>Vet ikke hvem som lykkes</p>	<p>5: I Oslo på første møte om IPS. Det var helt nytt for meg. Ja, ja, dem kjenner ikke mine pasienter, dem vet ikke helt. F: ler D: og så skjønte jeg litt, det begynte det litt å spire bak i her da. Og så skjønt jeg at det var jeg som ikke hadde skjønt noen ting. Dem hadde skjønt mer enn mæ.</p> <p>//Trodde at egne pasienter var for syke til å jobbe.</p> <p>Nysgjerrig på og ser hele mennesket.</p> <p>Ser personen i et større perspektiv/</p> <p>1: For mange er det å være i arbeid en del av det å være normal. Det å være nyttig og kunne bli brukt til noe og så det er viktig. Mange anser at arbeid er en del av friskhet og klarer de det så da er mye gjort for å mestre sykdommen sin.</p> <p>2: Så har vi erfart at i forkant ved</p>

	<p>Stigma</p>	<p>oppstart, så kan vi ikke si hvem som lykkes eller ikke. Der har vi lært litt. Ressursene er mange ganger gjemt</p> <p>A: En person hos oss som var 39 år og hadde gått ut og inn av NAV tiltak. Og i helse var arbeid ikke et tema. Så etter 14 dager i IPS så var han i jobb og har ikke skofta en dag. Og når han fylte 40 år så sa han: "Nå er mitt liv komplett. Nå er den siste brikke falt på plass til at jeg kan si at jeg har det bra."</p> <p>4: Også motsatt tenker jeg. De vi har prøvd å få i jobb, som har utviklet motivasjon og har lengta etter det i mange år og i prosessen finner ut at de vil ikke i jobb. Det er ikke det dem egentlig ønsket seg. Det ble for mye stress, det ble for mye ubehag, det var for vanskelig.</p> <p>1: Mange anser at arbeid er en del av friskhet, så hvis de klarer det er mye gjort for å mestre sykdommen.</p> <p>4: Vi oppdaga ting vi ikke trodde på, går an og motsatt og vi oppdaga ting vi virkelig trodde på, ikke går an. Da har vi på en måte kommet til konklusjonen. F: m-m For at det på en måte at vi ikke har noen mulighet til å forutsi</p>
--	---------------	--

		<p>resultatet før vi har prøvd. Men det er verdt et forsøk.</p> <p>5: Det sier jo noe om at man skal ikke alltid skal tenke at det er sånn som vi tenker. –latter. Forutinntattheten blir jo litt mindre da.</p> <p>5: Så lenge de har lyst å jobbe må vi bare prøve.</p> <p>1: Vi vet det er nyanser, men ikke der ute på arbeidsplasser. Så for dem så tror jeg det ikke fantes nyanser. Nesten slik at sånn jeg opplevde det tidligere at en med psykose har ikke noe å gjøre i en vanlig bedrift. Jeg tror ikke det var så stor åpenhet for å ta imot sånne. Så nå avstigmatiserer vi det litt. Til tross for man har en diagnose så er man ikke diagnosen.</p> <p>Det er jobbspesialistene som gjør en god jobb.</p> <p>5. Det er mulighet for vanlig lønna arbeid uten stigmatisering.</p> <p>2: Det er jo virkelig en gulerot som ligger langt fram i tiden, som er veldig, synes jeg, det er på en måte et langsiktig mål.</p> <p>5: Jeg tenker det med åpenhet er veldig viktig da. Det er noe av stigmatiseringsproblematikken at man ikke skal snakke om det. Hvis man kan snakke om det og finne</p>
--	--	--

	<p>Språk</p>	<p>ut hva er det jeg kan si og hva er det jeg ikke bør si, så. Eller hva er jeg komfortabel med å kunne si. Så vil det også på en måte bli mindre stigmatisering da. Ja vi har faktisk tre som jobber i den bedriften med en eller annen psykisk lidelse. Det går kjempebra. Så det er lissom. Ja—</p> <p>3: Man bygger jo ned barrierer, ser mer mennesker bak, ikke diagnosen. Det er det mennesket som liker å være mye for seg selv i lunsjen eller.</p> <p>1: Jeg tror at stigmatiseringa ,det der at det ikke er forenlig i å ha sånne stemmer og være i jobb og sånn. At vi får skikkelig utfordra den biten i oss. Der kanskje helsevesenet har vært den verste synderen på det området, når det gjelder å stigmatisere. Det er den vi virkelig må ta et oppgjør med. M-m Begrensningene. At vi må normalisere de begrensningene. m-m.</p> <p>Ikke lage det så vanskelig og så farlig. Vi må gjøre det. For at samfunnet skal tenke sånn, så må hvert fall vi tenke sånn om det. Vi som jobber med helse.</p> <p>Vanlig jobb uten stigma.</p> <p>Helse har fordommer mot at tidligere pasienter kan jobbe i avdelinger for helse. Det jobber de</p>
--	--------------	---

		<p>med.</p> <p>2: Hvis man sammenligner fysisk helse og du brykker et bein, så er det helt naturlig å samarbeide rundt en sånn problematikk med arbeidsgiver. Det er helt uproblematisk å kunne konversere det. Men vi har ikke hatt noe språk og det har vært litt sånn hemmeligholdt og litt sånn. Vi har fått et språk for å kunne kommunisere det da. Eller kommunisere, hva trengs av tilrettelegging for at personen skal fungere optimalt i den jobben den har. Vi har fått et språk, en åpenhet, en måte. Det har blitt stuereint, hvis det sier noe.</p> <p>1: Og det er det vi er flinkere i å se bak diagnose og så arbeidsgiver der ute lærer litt mer på en måte. Diagnose blir ikke viktig, hva den heter. Det sier ingen ting til en som egentlig ikke kan kriterier. Og mange ganger sier det ikke mye til oss heller, for vi må lese symptomer for å vite hva slags schizofreni dette er</p> <p>1: På møte kommer en helt konkret problemstilling. Det kommer ikke at denne pasienten er paranoid, men det kommer sånn at pasienten møter ikke blikket. At pasienten dusjer ikke, eller at pasienten er redd til å</p>
--	--	---

		<p>møte den og den gruppe. Sånn så der at vi bruker nesten ikke tunge faguttrykk. Men hva det er. Vi bruker mer det som er synlig for alle.</p> <p>Eks. 2: Vi kan ta han der som lagde kaffe. Han er kjempeflink til å lage kaffe, men ikke den beste til å stå i fronten og snakke med kundene. Og så er det hvordan kan man benytte hans veldig flinke kaffekunnskap, sånn at han kan brukes mer til det og ikke få så stor fokus på den kundekontakten som kan bli litt vanskelig. Den der en til en- biten der, det er en av problemene ikke sant. Det er noe av det sykdommen kanskje gjør med han, sånn at han håndterer det litt dårligere da.</p>
<p>Motivere og gi håp (håpefull praksis)</p>	<p>Tro på personen</p> <p>Motivere</p>	<p>3: Vi har erfart at personer klarer å arbeide i ordinære jobber og troen på personen er sterkere.</p> <p>3: Det å tenke arbeid når personen kommer til behandling handler om å motivere og gi litt håp.</p> <p>2: Jeg har erfart at når personen får noe virkelig å jobbe mot, noe matnyttig, noe den virkelig ønsker seg. For jeg hadde en pasient som ikke likte å ta buss og tok bare</p>

	<p>Stiller krav</p> <p>Gi håp</p>	<p>bussen når det var veldig få. Så når det var snakk om å kunne opprettholde en jobb, så tok han toget og byttet busser og gjorde alle tingene som han vegra seg for, men motivasjonen ble så annerledes og så mestra han det. Så, det på en måte fremma ressurser han hadde, men som han på en måte ikke våga seg helt ut i å prøve ut, når ikke han hadde nok gulerot i andre enden da.</p> <p>2: Så tenker jeg det er lettere for oss å være troverdig i det håpet vi gir. Vi ser resultatene gjennom IPS og vi får erfaringer med de tingene vi faktisk ikke trodde på, de går. Da snakker man fra et annet sted i seg selv å når man snakker om disse tingene videre. Disse små nyansene tror jeg bare, en merker ikke selv at en endrer seg. Men jeg tror en endrer seg i den retning i å være, ja, mer håpefull selv. F: M-m Du kan ikke gi håp hvis du ikke har det selv vet du. F: M-m, nei.</p> <p>1: Det gir håp når vi føler at vi kan påvirke det. Det er ikke 6 mnd ventetid. For hvordan skal jeg egentlig motivere pasienten når jeg egentlig blir så oppgitt og frustrert.</p>
--	-----------------------------------	---

	<p>Motivasjon</p>	<p>2: Så vi har mye større påvirkningskraft her.</p> <p>1: Det tenker jeg.</p> <p>5: At pasientene kan få et bedre liv. At de kan få sitt ønske oppfylt, det er jo det som er målet, tenker jeg.</p> <p>1: Jeg tenker at jobb er en viktig del av behandlingen. Ja, det er min motivasjon. Ja, at det kan faktisk fremme helse.</p> <p>3: At det viser til gode resultater ikke sant, sånn at det var det som var spiren til at dette vil også vi jobbe med.</p> <p>1:Og nå plutselig får de et prosjekt, der skal inn pasienter som kan starte å jobbe i løpet av en måned. Så tenkte og ja litt sånn og det var bra F: ja, ler M: Det er ikke lang ventetid og konseptet var veldig bra. F: m-m</p> <p>T: Absolutt.</p> <p>5: Og så fast jobb i andre enden, vanlig lønnet arbeid uten stigmatisering</p> <p>4: Så motivasjonen tenker jeg, har vært mye at når det begynte å spire, så har vi hatt noen gode eksempler som vi har fått til. F: Ja</p> <p>D: Som igjen har økt motivasjonen. Så det har på en måte vært en spiral som på en måte har gått sånn "opp". Det har vært mange engasjerte personer. Jeg tror ikke jeg hadde orket å</p>
--	-------------------	---

	<p>Helse opplever å være mer nyttige</p> <p>Motivasjon</p> <p>Økt trivsel</p>	<p>være så engasjert, hvis jeg ikke hadde hatt et svært team. Stor engasjement.</p> <p>2: Vi er med på å kunne gjøre en forskjell for folk. Det er noe av det som motiverer meg,</p> <p>jeg kjenner at jeg er i posisjon til noe. Ler. Ja, og med det har vi et ansvar også.</p> <p>Personen får mange små seiere og er villig til å satse mer og utfordrer seg selv.</p> <p>Kunne stå opp om morran og gå på jobb er anvendt ressurs.//</p> <p>////</p> <p>Helse opplever seg mer nyttig når de er deltagende i jobbprosess.</p> <p>Helse kan påvirke og delta i samarbeidet om jobb.</p> <p>Arbeid gir resultater</p> <p>Personen får et bedre liv.</p> <p>Å få jobbe er en viktig del av behandlingen</p> <p>Moro å jobbe.</p> <p>Gir masse energi.</p> <p>Tavla fyller seg med løsningsforslag</p>

