



Høgskolen i Sørøst-Norge

Emne 10 Masteroppgaven

MOPP900

Predefinert informasjon

Startdato: 04-05-2017 09:00

Termin: 2017 06

Sluttdato: 15-05-2017 14:00

Vurderingsform: Norsk 6-trinnsskala (A-F)

Eksamensform: Masteroppgave

SIS-kode: MOPP900 2 MO

Intern sensor: (Anonymisert)

Deltaker

Navn: Morten Willy Dreyer

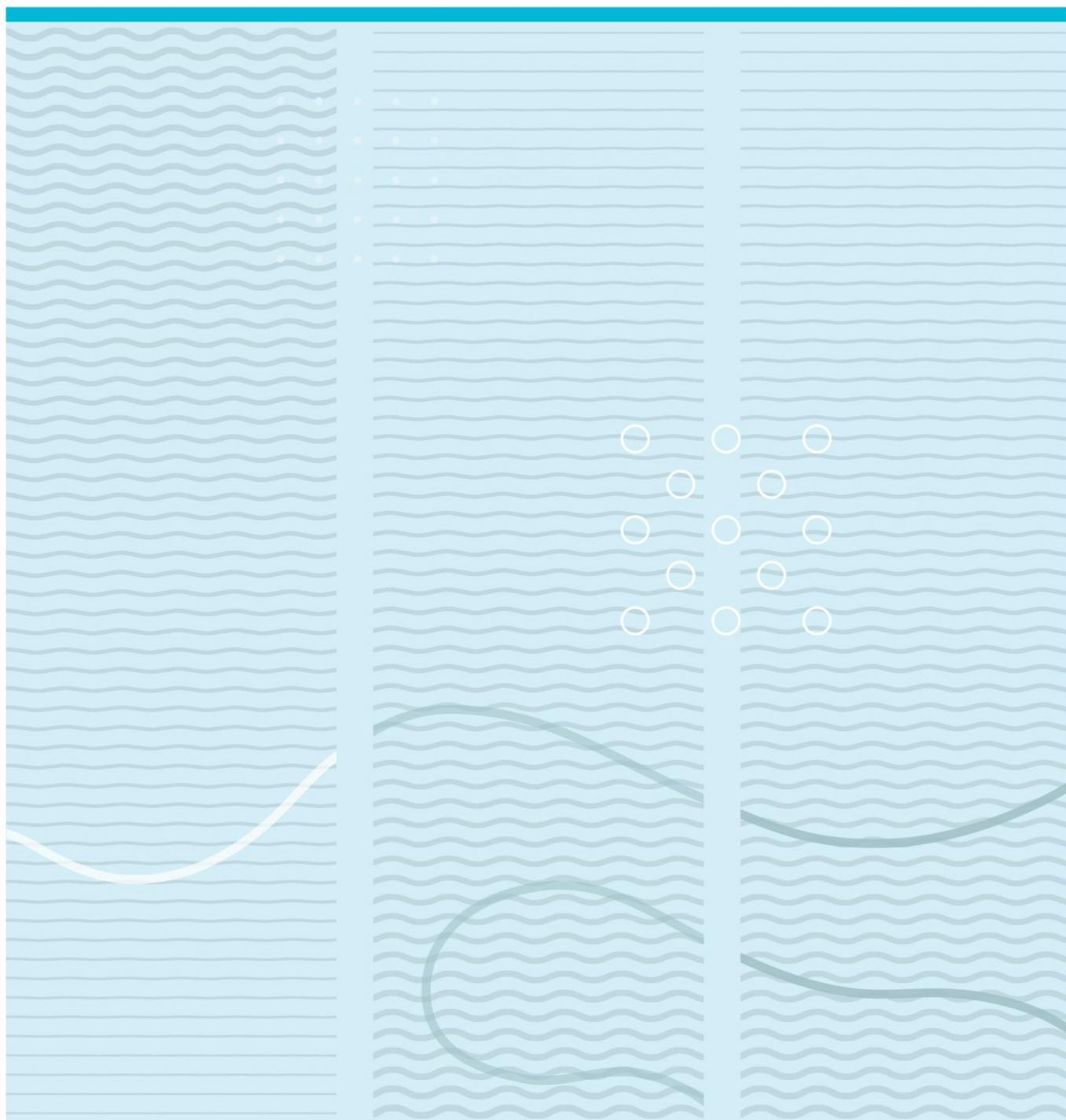
Kandidatnr.: 214

USN-id: 041744@usn.no

Morten Willy Dreyer

Individuell jobbstøtte i bedringsprosesser

Arbeid og psykisk helse: Deltakererfaringer fra IPS på Østlandet



(Her skal det være en blank side)

Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for Helsevitenskap
Papirbredden, Drammen
Postboks 235
3603 Kongsberg
<http://www.usn.no>

© 2016 Morten Willy Dreyer
epost: mwdreyer@gmail.com

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng
(15'000-25'000 ord, 40-65 sider)

Navn: Morten Willy Dreyer	Dato: 15.05.2017
Tittel og undertittel: Individuell jobbstøtte i bedringsprosesser Arbeid og psykisk helse: Deltakererfaringer fra IPS på Østlandet	
<p>Bakgrunn: Denne studien er en tverrsnittundersøkelse av erfaringer fra fem arbeidssøkere med moderate til alvorlige psykiske lidelser på Østlandet. Studien ble utført samtidig med avslutningen av dette nasjonale Individual Placement and Support (IPS)prosjektet 2013-2016.</p> <p>Hensikt: Belyse betydningen av brukermedvirkning i psykisk helsearbeid og arbeidsrehabilitering. Funnene presenteres i tre deler: Hva som er til hinder for det å komme i arbeid, hva som er til hjelp for å bli i arbeid, og til sist hvilken innvirkning arbeid kan ha på deltakernes bedringsprosesser.</p> <p>Teoretisk forankring: Bedringsprosesser (eng: recovery) er lagt til grunn som perspektiv med fokus på sosiale, individuelle og kontekstuelle faktorer. Studien vektlegger perspektivet til arbeidssøkerne. Teori om arbeidsrehabilitering, IPS, Salutogenese, brukermedvirkning og sammenlikning av funn med aktuell forskning danner grunnlaget for studien.</p> <p>Metode: Det er anvendt et kvalitativt forskningsdesign. Datainnsamling ble gjennomført med intervju av fem personer. Ved analyse av transkriberte intervjuer er det anvendt fenomenologisk-hermeneutisk metode etter modell fra Malterud. I studien er det redegjort for teoretisk og praktisk utførelse av tekstkondenseringen.</p> <p>Funn: Studiens viktigste funn pekte på betydningen av at (1) IPS-metoden ga personlig og varig oppfølging av deltaker og arbeidsgiver, før, under og mellom ansettelser. (2) At arbeidstid og arbeidets intensitet var tilstrekkelig tilpasset, hvilket muliggjorde deltakelse i arbeidslivet gjennom å forebygge tilbakefall. (3) Til sist beskrev deltakerne det som viktig for dem at deltakelse i arbeidslivet kunne redusere plager fra psykisk lidelse.</p> <p>Konklusjon: Erfaringer analysert i denne studien tyder på at det er virksomt med høy grad av brukerdeltakelse ved arbeidsrehabilitering. Dette pekes ut som et grunnfjell i psykisk helsearbeid og arbeidsrehabilitering. Studiens drøfting understreker betydningen av trygge relasjoner og verdien av at personell strekker seg utover det som forventes av deltakerne. Erfaringer formidlet i denne studien ser ut til å speile at IPS-metoden, både forskningsmessig og praktisk sett står på et slikt grunnfjell av brukermedvirkning. IPS metodens kvalitetskontroll med deltakerinnflytelse fra utvikling til gjennomføring, kan være noe av grunnen til, at deltakere beskriver IPS-metoden som til hjelp og nytte ved arbeidsrehabilitering.</p>	
Nøkkelord: Arbeid, arbeidsrehabilitering, arbeidsinkludering, Arbeid med bistand, SE, bedringsprosesser, brukererfaringer, salutogenese, Antonovsky, Individuell Jobbstøtte, IPS, Jobbmestrende oppfølging, arbeidssøkere, alvorlig psykisk lidelse, moderat psykisk lidelse, mental helse, voksne, personer med psykisk funksjonsnedsettelse.	

Name: Morten Willy Dreyer	Date: 15.05.2017
Title and subtitle: Vocational rehabilitation in Eastern Norway, A qualitative study of the user experiences of an Individual Placement and Support program.	
<p>Background: From 2013 to 2016 Norwegian authorities tested the vocational rehabilitation method Individual Placement and Support (IPS). This qualitative study analyses experiences from five participants at the end of this national program. Securing an integration of user participation, integration of mental health services, and a “place then train” strategy towards placement in competitive labor, are all important parts of this rehabilitation method.</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to explore experiences from participation in a IPS program. Focus are aimed at what is described as barriers to get employed, what is described as helpful to stay employed, and how the participants describes their own process, through recovery during vocational rehabilitation.</p> <p>Theoretical framework: The theoretical foundation in this study is based on literature and theory about Individual Placement and Support, Sense of Coherence, and Vocational rehabilitation as part of a process of recovery for citizens who are experiencing serious mental illness.</p> <p>Method: The study has a qualitative design. Data were derived from Five in-depth interviews. A phenomenological-hermeneutic approach, inspired by Malterud, was used in the data analysis. The theoretical and practical methods of analysis are described.</p> <p>Findings: The three main findings of this study are (1) The IPS method contributes to personal and persistent support to both employer and jobseeker, before, during and in between employments. (2) Adequately adapted work-time and intensity made it possible for the participants to stay employed and prevent relapse from mental disability. (3) Participation in the work-force underpinned their personal recovery process, and reduced the torment of lasting mental problems.</p> <p>Conclusion: Securing user participation and control in vocational rehabilitation for citizens who are experiencing serious mental illness are described as key. The discussion underlines the significance of a reciprocal relation between participant and employment specialist, and the significance of mental health workers stretching beyond system regulations and the participants expectations of the service. The overarching theme of this study describes user participation as the platform bedrock underpinning mental health work. User experience described in this study, points to the strong control of method used in IPS to assure user involvement. This high level of user involvement, might be one factor explaining why the IPS method is described as useful and helpful, during recovery in vocational rehabilitation for citizens experiencing serious mental illness.</p>	
Key words: Work, Employment, Vocational Rehabilitation, Supported Employment, Place then train, Recovery, User Experience, Antonovsky, Salutogenic model, Individual Placement and support, persons with mental disabilities.	

Takk til:

Takk til deltakerne som åpnet opp for denne studien, og takk til to imponerende prosjektansatte ved DPS på Østlandet som har bidratt med rekruttering til prosjektet over tre måneder.


Takk til veileder professor Ottar Ness, som har bidratt med kunnskap og erfaring. Hjelp, hint, og vurderinger har vært uvurderlige for å forme denne studien. Mastersamlingene på skolen siste året har også bidratt positivt til refleksjon og endring i denne skriveprosessen.

Veien inn til denne studien ville heller ikke vært mulig uten hjelp fra ledere på mitt arbeidssted. Tilrettelegging for skoledager og skrivearbeid har vært helt nødvendig. En spesiell takk til den gang avtroppende leder: Terje W., som i 2013 tok min forespørsel om utdanning på mastergradsnivå på største alvor, og sammen med Unni H. godkjente støtte til dette studieløpet. Påtroppende og nåværende leder m/kontor har fortsatt å yte særdeles god hjelp. Dette er jeg takknemlig for, og jeg sender dere til stadighet en tanke. Takk til kjære kollega Anders I. som villig har lånt bort røde pennestrøk og markeringer i forkant av skriftlige innleveringer.

En stor takk til min kjære samboer og kommende kone, Maria, som gjennom fire år har stått ekstra på med hjem og barn i de periodene hvor denne utdanningen har krevet sitt. Dette har vært spesielt krevende siste halvår av masterløpet. Maria, du har vært en uvurderlig støtte og jeg er sikker på at studien ikke kunne blitt skrevet uten din innsats og støtte i hjemmet. Takk også for korrekturlesning gjennom fire år, og nå til sist i denne studien.

Tusen takk til dere alle, uten god hjelp ville ikke dette prosjektet kunnet bli utviklet.

Sandefjord 15. mai 2017



Morten Willy Dreyer

(Her skal det være en blank side)

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1	INNLEDNING	9
1.1	BAKGRUNN FOR TEMAET	9
1.2	STUDIENS RELEVANS FOR FAGFELTET.....	9
1.3	HENSIKTEN MED STUDIEN.....	9
1.4	BEGREPSAVKLARING OG DEFINISJONER.....	10
1.4.1	<i>Individuell Jobbstøtte</i>	<i>12</i>
KAPITTEL 2	TEORETISK GRUNNLAG	14
2.1	ARBEID OG PSYKISK HELSE.....	14
2.1.1	<i>Arbeidsinkludering</i>	<i>16</i>
2.1.2	<i>IPS som arbeidsmarkedstiltak</i>	<i>17</i>
2.2	BEDRINGSPROSESSER	18
2.2.1	<i>Virksomme faktorer og hindre i bedringsprosesser</i>	<i>20</i>
2.2.2	<i>Bedringsorientert kunnskap om arbeidsrehabilitering.....</i>	<i>21</i>
2.3	DET SALUTOGENE PERSPEKTIVET	22
2.4	BRUKERMEDVIRKNING I TJENESTENE	24
2.4.1	<i>Om begrepet brukermedvirkning.....</i>	<i>25</i>
KAPITTEL 3	METODOLOGI.....	26
3.1	VITENSKAPSTEORI.....	26
3.2	KVALITATIV METODE	27
3.2.1	<i>Det kvalitative intervjuet</i>	<i>28</i>
3.3	DATAINNSAMLING.....	28
3.3.1	<i>Utvalg og rekruttering</i>	<i>29</i>
3.3.2	<i>Beskrivelse av intervjusituasjonen.....</i>	<i>30</i>
3.4	TRANSKRIBERING	31
3.5	ANALYSE.....	31
3.5.1	<i>Analyseprosessens fire trinn:.....</i>	<i>32</i>
3.5.2	<i>Om resultatet av analyseprosessen.....</i>	<i>32</i>
3.6	FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER.....	34
3.6.1	<i>Informert samtykke og konfidensialitet.....</i>	<i>34</i>
3.6.2	<i>Konsekvenser av å delta i prosjektet</i>	<i>34</i>
3.6.3	<i>Norsk senter for forskningsdata</i>	<i>36</i>

3.7	STUDIENS KVALITET	36
3.7.1	<i>Validitet</i>	36
3.7.2	<i>Refleksivitet</i>	37
3.7.3	<i>Relevans</i>	38
3.7.4	<i>Reliabilitet</i>	39
3.7.5	<i>Overførbarhet</i>	40
KAPITTEL 4	PRESENTASJON AV FUNN	41
4.1	HINDRE FOR Å KOMME I ARBEID	41
4.2	TIL HJELP FOR Å BLI VÆRENDE I JOBB	42
4.3	INNVIRKNING PÅ EGNE BEDRINGSPROSESSER.....	45
4.4	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER.....	46
KAPITTEL 5	DISKUSJON.....	48
5.1	INNFLYTELSE SOM GRUNNFJELL.....	48
5.1.1	<i>Metodeetterlevelse</i>	51
5.2	INDIVIDETS BEDRINGSPROSESS I EN ARBEIDSKONTEKST	53
5.3	ARBEID ER ET BEDRINGSFELLELESSKAP.....	54
5.4	BEDRING SKJER I EN KONTEKST	58
5.5	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	61
5.5.1	<i>SPØRSMÅL TIL VIDERE FORSKNING</i>	61
KAPITTEL 6	AVSLUTNING.....	63
KAPITTEL 7	LITTERATURLISTE	64
KAPITTEL 8	VEDLEGG	II
8.1	VEDLEGG 1 - SEMISTRUKTURERT INTERVJUGUIDE.....	II
8.2	VEDLEGG 2 - TEORETISK ANALYSEMETODIKK	III
8.3	VEDLEGG 3 - ANVENDT PRAKTISK ANALYSEMETODIKK	V
8.4	VEDLEGG 4 - FORESPØRSEL OM DELTAKELSE - SAMTYKKEERKLÆRING	VIII
8.5	VEDLEGG 5 - TILBAKEMELDING FRA NSD.....	XI
8.6	VEDLEGG 6 – SØKELOGG FOR PROSJEKTUTVIKLINGSFASE	XIV

KAPITTEL 1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for temaet

Denne masteravhandlingen handler om å utforske hva deltakere i et arbeidsrehabiliteringsprosjekt, erfarer til hjelp og til hinder for å komme i arbeid og hva som har påvirket deres bedringsprosess. Fra oppstart av det nasjonale Individual Placement and Support (IPS)-prosjektet i 2013 har jeg vært nysgjerrig på hvilke erfaringer deltakerne har fra denne arbeidsrehabiliteringsmetoden. Mitt daglige virke er knyttet til langtidsavdeling og alvorlig psykisk lidelse i et sykehus på Østlandet. Det var her jeg først ble oppmerksom på IPS som arbeidsrehabiliteringsprosjekt, og jeg har observert at metoden har bidratt til sysselsetting i lønnet arbeid, der dette tidligere har vært tenkt utfordrende.

1.2 Studiens relevans for fagfeltet

Det kan være av betydning å innhente erfaringer fra personer som strever med psykiske lidelser. Det antas at de i liten grad forteller om erfaringene sine. Borg og Topor (2014) skriver at mange har vært opptatt av å holde seg skjult, og fryktet at noen skulle oppdage denne delen av historien deres. Det er knyttet stigma og tabu til det å ha vært innlagt til behandling eller å ha gått til behandling hos psykolog eller poliklinikk. Innen forskning er det en vei å gå, før brukeres erfaringer og meninger legger premissene for kunnskapsutvikling, og slik kunnskap omtales som riktig kunnskap (Borg & Topor, 2014).

Denne studien kan ha relevans for fagfeltet gjennom å søke individets erfaringer fra deltakelse i IPS. I likhet med Borg og Topor (2014) fremmer Lexen (2014) at personer med moderat til alvorlige psykisk lidelse er en stigmatisert gruppe med høy arbeidsløshet. Dette kan bidra til å forklare hvorfor det er gjort mindre forskning knyttet til denne gruppen. I tillegg fremmer Lexen at mye av den eksisterende forskningen, er knyttet til arbeid og helserelaterte mål på gruppenivå. Særlig på individnivå er det gjort få studier. Det er fortsatt uklart hvordan psykisk funksjonsnedsettelse påvirker muligheten til å stå i arbeid (Lexen, 2014). Denne studien tilbyr fagfeltet kunnskap om hvordan deltakere i IPS på Østlandet, selv erfarer hjelpsomme og hindrende faktorer, for å komme i og for å stå i arbeid.

1.3 Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å utvikle forskningsbasert kunnskap fra erfaringene til arbeidssøkere med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Studien fokuserer på hva som er til hjelp eller til hinder for å komme i, eller stå i lønnet arbeid. Dette er på linje med anbefalinger fra

Karlsson og Borg (2013) som skriver at det er av stor betydning at tjenestene og forskningsmiljøene utvikler erfaringsbasert kunnskap om arbeidsrehabilitering, og hva som er til hjelp for å få, og for å beholde arbeid.

Studiens problemstilling er:

«Hvilke erfaringer har personer med psykiske lidelser fra egne bedringsprosesser etter arbeidsrehabilitering i et IPS prosjekt?»

For å belyse denne problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utviklet:

- 1) Hvilken innvirkning erfares arbeid å ha på egne bedringsprosesser?
- 2) Hva erfares som til hinder for å komme i jobb?
- 3) Hva erfares som til hjelp for å kunne bli værende i jobb?

1.4 Begrepsavklaring og definisjoner

Psykisk helse defineres av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som:

«En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet» (WHO referert i Nes & Clech-Aas, 2011, s. 11).

Definisjonen som her benyttes om psykisk helsearbeid er beskrevet av redaksjonen i tidsskriftet for psykisk helsearbeid i 2008. Den er som følger:

«Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler 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» (TPH, 2008, s. 102).

Personer som erfarer psykiske lidelser og tar i bruk helsetjenester er individer, personer og borgere fremfor pasienter, diagnoser eller brukere (Becker & Drake, 2003). Begreper som i denne studien refererer til lidelse eller helsetjenester er på ingen måte i stand til å avgrense eller definere disse personenes identitet. Personer som tar i bruk helsetjenester kan i tekst benevnes på mange måter. Ofte som pasient i et sykehus, bruker eller klient i kommunehelsetjenesten,

«overlevende» (survivors) i brukerorganisasjoner, og informanter eller deltakere i forskningsprosjekt (Becker & Drake, 2003). I denne studien er begrepet deltakere vektlagt, da dette er et forskningsprosjekt. Variasjon i begrepsbruken kan forekomme gjennom teksten. Dette er ikke på noen måte tiltenkt å avgrense personer som erfarer psykisk uhelse fra en rolle som en fullstendig person og medborger. På grunn av studiens nærhet til IPS, er begrepet «Jobbspesialist» her mye anvendt. Begrepet benevner den IPS prosjektansatte personen i NAV, som tettest bistår arbeidssøkeren i arbeidsrehabiliteringsprosessen.

Alvorlig Psykisk lidelse (APL) er et lite heterogent begrep med lav grad av konsensus (Parabiaghi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia, & Leese, 2006). Begrepet gis ofte forskjellig innhold avhengig av sted det anvendes (Slade, Powell, & Strathdee, 1997). Dette er ikke noe nytt. Minst 17 forskjellige slike definisjoner var kjent allerede i 1990 ved gjennomgang av materiale fra de foregående tjue årene (Schinnar, Rothbard, Kanter, & Jung, 1990). En slik norsk definisjon av APL inkluderer ICD-10 diagnosene schizofreni, affektive sinnslidelser og alvorlig personlighetsforstyrrelse (Evjen, Øiern, & Kielland, 2012). I Norge bør APL «skilles fra lovens bruk av alvorlig sinnslidelse, hvilket som hovedregel betinger tilstedeværelse av virkelighetsforvrengende psykose i hensikt av å vurdere tilregnelighet» (NOU 2011:9, 2011, s. 163-164). På modell fra internasjonal forskning på IPS avgrenser en rapport fra UNI Helse, APL til å innebefatte psykoselidelse og bipolare lidelser. Omtrent halvparten av deltakerne defineres som med alvorlig psykisk lidelse i studier på IPS. Her beskrives også moderat psykiske lidelse primært som affektive lidelser (Reme et al., 2016). I denne studien er APL i størst grad forenlig med Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, og Tansella (2000) sin definisjon, hvor personen erfarer psykose eller alvorlige symptomer fra diagnostiserbar lidelse, der funksjonsnedsettelse og innvirkning på dagliglivet varer over to år. Denne definisjonen anvendes innen kvalitativ forskning på IPS av Lexen (2014). Lette psykiske lidelser vil for avgrensningens skyld i denne studien overlappe med Helsedirektoratets bruk av begrepet psykiske plager. De definerer psykisk helse blant annet på denne måten:

«Psykisk helse er evnen til å mestre tanker, følelser og atferd, og til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang. Psykiske problemer, plager eller vansker, kan defineres som symptomer som angst, depresjon eller søvnvansker, som ikke behøver å være så store at det kan stilles en diagnose. Psykisk lidelse kan være endring i tenkning, følelser og/eller atferd kombinert med opplevelse av psykisk smerte og/eller redusert fungering. Symptomene er av en slik type eller grad at diagnose kan stilles» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 6).

Bedringsprosesser er den norske oversettelsen av det engelske begrepet «Recovery» (Karlsson & Borg, 2013). Recovery kommer fra det engelske verbet «To recover», som kan tolkes som det å få tilbake, tilfriskne eller komme over noe (Hummelvoll & Dahl, 2012). Begrepet danner et perspektiv på psykisk helse og psykisk helsearbeid. Begrepet er nærere knyttet brukerstyring enn brukermedvirkning, og det teoretiske grunnlaget har blitt utviklet fra erfaringer til personer med psykisk uhelse og deres tanker om hva som er til hjelp. Begrepet retter seg blant annet mot den prosess en person går gjennom på vei fra psykisk uhelse til bedring (Karlsson & Borg, 2013).

«Arbeidsrehabilitering er et samlebegrep som brukes i forhold til en rekke prosesser og tiltak der målet er å hjelpe personer med helse- og velferdsproblemer å komme i, og beholde arbeid» (Karlsson & Borg, 2013, s. 104).

Arbeidsinkludering anvendes som begrep i offentlig litteratur for både Supported Employment (SE) og IPS, og betegner metoder som fokuserer på å hjelpe deltakere først ut i ordinært arbeid (Meld. St. nr. 46 (2012-2013), 2013). Tidligere metoder som tradisjonell attføringsvirksomhet har gjerne omhandlet trening og kvalifisering på andre arena i forkant utplassering i arbeidslivet. (Nøkleby, Berg, Blaasvær, & Straumann, 2017a).

1.4.1 Individuell Jobbstøtte

Individual Placement and Support, eller IPS, er en manualbasert metode for arbeidsinkludering utviklet fra metoden Supported Employment (SE) (Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001) Nøkleby et al. (2017a) skriver at SE tidligere ble benevnt som Arbeid med bistand, men at de har valgt å gå bort fra denne oversettelsen på grunn av forvirring med andre liknende begrep. Forskjellen på SE og IPS, er blant annet at IPS spesifikt er rettet mot personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser.

I følge Bjaarstad, Trane, Hatling, og Reinertsen (2014) skal arbeidssøkere som inkluderes i IPS ha behov for koordinert fleretattlig bistand for å komme i gang med, og stå i betalt arbeid. Arbeidssøkeren deltar i team med behandler fra psykisk helsetjeneste (sykehus), jobbkonsulent og stønadsveileder fra arbeidsformidlingsetat. IPS metoden har bakgrunn i amerikansk psykisk helsevern (Nøkleby et al., 2017a). Hovedbestanddelene i SE er inkludert i IPS; Ingen ekskluderes, raskt ut i arbeid, oppfølging på arbeidsplassen, jobbspesialist gir støtte til både arbeidsgiver og arbeidstaker. En ting som skiller IPS fra liknende arbeidsmarkedstiltak som SE,

er krav om integrering og samarbeidet med personell fra psykisk helsevern i sykehusene (Nøkleby et al., 2017a).

Til sammenlikning er den metodespesifikke delen av IPS ifølge Nøkleby et al. (2017a, s. 1) basert på 8 prinsipper:

«Det settes ikke kriterier for å bli inkludert, behandlere fra psykisk helsevern skal delta, målet er vanlig jobb, og personen tilbys rådgivning i overgangen fra trygd. Videre skal søket etter arbeid starte raskt, og senest innen en måned. Oppfølging begrenses ikke i tid, og skal være individuelt tilpasset for arbeidstaker og arbeidsgiver. Jobbsøket skal skje ut i fra deltakerens interesser og ferdigheter. Til sist skal det være slik at jobbspesialisten bygger nettverk med arbeidsgivere, og utvikler relasjon med lokale arbeidsgivere» (Nøkleby et al., 2017a, s. 1).

KAPITTEL 2 TEORETISK GRUNNLAG

I dette kapitlet vil jeg presentere studiens teoretiske ramme. Først beskrives temaet arbeid og psykisk helse, teori om arbeid i bedringsprosesser, og til sist salutogenese. Temaene er valgt i henhold til tema i veileder; Sammen om mestring, hvor begrepene brukervedvirkning, brukerstyring, salutogenese, bedringsprosesser og IPS fremmes som sentrale (Helsedirektoratet, 2014).

2.1 Arbeid og Psykisk Helse

Offentlige tjenester har de siste årene styrket innsatsen for å gjøre arbeid mer tilgjengelig for personer med rus- og psykiske lidelser. Offentlige føringer som har bidratt til dette er blant annet, opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (Prop. nr. 63, 1998) og Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2008-2012 (Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013-2016 beskriver at utfordringene fremdeles er store (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Den nasjonale veilederen «Sammen om mestring» identifiserer syv områder som styrker bedringsprosesser i hverdagslivet ved rus- og psykiske funksjonsnedsettelse: Dette er: Fast bolig, arbeidsstøtte, hjelp til å håndtere personlig økonomi, fysisk aktivitet, normal ernæring, tobakksslutt og å forebygge søvnproblemer (Helsedirektoratet, 2014).

Meld. St. nr. 46 (2012-2013) (2013) «Flere i arbeid» beskriver at arbeidsrehabilitering ved ordinære virksomheter innebærer at attføringskompetansen sendes dit brukeren er, og øker sannsynligheten for en vellykket overgang til arbeidslivet. En av forskjellene mellom tradisjonell attføringsvirksomhet og arbeidsinkludering ligger i den enkeltes motivasjon til å jobbe. Der arbeidsinkludering blant annet fordrer at brukeren ønsker en rolle i arbeidslivet, beskrives det i veilederen at tradisjonell attføringsvirksomhet, må ta utgangspunkt i at ikke alle nødvendigvis er motivert for jobb. Statlige føringer legger opp til å øke bruken av det ordinære arbeidslivet som tiltaksarena. Arbeid først er en av flere grep i arbeids og velferdsetatens virksomhetsstrategi i perioden 2011-2020 (Meld. St. nr. 46 (2012-2013), 2013).

Arbeid skal være en integrert del av behandlingen for personer med psykiske lidelser og rusproblemer, IPS er et slikt tiltak (Meld. St. nr. 34 (2012-2013), 2013). Målet er at samordnet bistand og tjenester på tvers av etatene skal bidra til at flere kan delta i arbeidsliv og utdanning, i den hensikt at flere skal kunne leve verdige liv (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Norges offentlige utredninger 2012:6, arbeidsrettede tiltak, beskriver samfunnsnyttene av arbeid for personer med nedsatt arbeidsevne. Det presiseres at det er vanskelig å treffe en sikker konklusjon knyttet til effekt av forskjellige tiltak. Det fremmes også som et problem at det er lite Norsk forskning på arbeidsrehabilitering (NOU 2012:6, 2012). Videre står det at:

«Det er en tendens til at tiltak knyttet til ordinær virksomhet er mest effektive for å få deltakere over i arbeidslivet. Samtidig oppfølging med tverrfaglige team med både arbeidsmarkedsfaglig og medisinsk kompetanse gir gode resultater. Samme tiltak kan gi svært ulike effekter. Det er derfor viktig å sikre kvaliteten på gjennomføringen av tiltakene» (NOU 2012:6, 2012, s. 158).

I følge OECD. (2013) står halvparten av personer med moderate til alvorlige psykiske funksjonsnedsettelse i yrkesaktiv alder, utenfor arbeidslivet. Nøkleby et al. (2017a) beskriver at Norge i 2015 brukte 7,5 milliarder kroner på arbeidsrettede tiltak for personer med muskel og skjelettlidelser, rusmiddelproblemer og personer med psykiske lidelser. Totalt er 200000 personer registrert med nedsatt arbeidsevne, hvorav omtrent 61000 personer i snitt hver måned deltar i arbeidsrehabilitering.

I gruppen for psykisk helse og rusmiddelproblemer ble det i 2011 antatt at omtrent 60000 personer hvert år var i løp for arbeidsrehabilitering som utdanning, arbeidstrening eller jobbstøtte. 10% eller 6000 av disse var da utplassert i tiltak for arbeidsinkludering. OECDs rapport for psykisk helse og arbeidsliv (2013) påpeker at Norge i for stor utstrekning har fokusert på tiltak som utdanning og trening før arbeid. Dette begrunnes i at disse tiltakene ikke gir umiddelbar trening i arbeidslivet, men snarere forlenger prosessen før en person starter med arbeid (OECD., 2013).

Betydningen av arbeid for «å komme seg» for personer med psykiske funksjonsnedsettelse anses som vesentlig av nasjonale og internasjonale organer (Helsedirektoratet, 2014; OECD., 2013). Tradisjonelle metoder for arbeidslivsrehabilitering har gått under navnet «Train, then

place». Dette kan være arbeidstrening uten lønn i skjermet miljø, og er de siste årene blitt regnet som mindre effektive. Her starter inntil 20% i annet lønnet arbeid etter endt trening (Bejerholm, Areberg, Hofgren, Sandlund, & Rinaldi, 2015). Arbeidsinkludering som IPS handler heller om «Place, then Train». Her gis støtte på en konkurranseutsatt arbeidsplass (Bejerholm et al., 2015).

2.1.1 Arbeidsinkludering

Det eksisterer flere metoder for arbeidsrehabilitering. Vingilis og State (2011) skiller mellom fire arbeidsrehabiliteringsmetoder. Den første er blant metodene som ikke retter seg mot konkurranseutsatt arbeidsliv, men som gir brukeren dagaktiviteter. Den andre typen metode, har som mål å trene en person til en fremtidig rolle i arbeidslivet, men utplasserer ikke personen direkte i arbeid, slik som brukerstyrte tilbud eller møtesteder knyttet til å komme i arbeid. Den tredje gruppen er tilrettelagte eller sosiale bedrifter, der en tredjedel eller flere av posisjonene er reservert for personer med mentale eller fysiske funksjonsnedsettelse. Der utbetales det gjerne minimumslønn eller bedre. Den fjerde gruppen består av metoder hvor personen med funksjonsnedsettelse utplasseres i en konkurransedrevet bedrift i arbeidsmarkedet, og gis støtte på arbeidsstedet. Dette er for eksempel SE eller IPS (Vingilis & State, 2011).

Frem til for få år siden var arbeidstrening og kvalifisering før utplassering i arbeidslivet en anbefalt metode. Becker og Drake (2003) beskriver i sin historiske gjennomgang vernet eller skjermet arbeidspraksis som spesielt uhensiktsmessig. De mener vernet arbeid segregerer personer med psykiske lidelser vekk fra vanlig arbeid, vanlige medarbeidere, og det vanlige samfunn. Videre fremmer de et syn om at den underliggende målsettingen for slik praksis er å gjøre personer til gode pasienter, fremfor vanlige borgere (Becker & Drake, 2003). Dette støttes av Bull og Lystad (2011) som skriver at arbeid i skjermet virksomhet fremfor ordinært arbeid, innebærer en utestengelse fra det ordinære arbeidslivet. Davidson, Rakfeldt, og Strauss (2010) fremmer borgerskap som en grunnleggende rettighet for alle personer, og vektlegger spesielt rettigheter som borgerskap gir til utsatte grupper som personer med psykiske lidelser. De skriver at man antakelig må erfare og leve med alvorlig psykisk lidelse, for å forstå at dette alene kan føre til tap av grunnleggende rettigheter som frihet og autonomi.

Større gjennomganger av studier i Europa støtter bruk av individuell jobbstøtte. Personer med moderate til alvorlige psykiske funksjonsnedsettelse gis best hjelp gjennom ansettelse på vanlige arbeidsplasser. Det anbefales ikke å trene på enkeltferdigheter før vanlig ansettelse. Videre er det kjent at diagnose, grad av funksjonsnedsettelse og grad av sosiale ferdigheter ikke

predikerer resultatet av en arbeidsrehabilitering. Derimot kan omfanget og typen støtte som blir gitt i arbeidsrehabiliteringen være av stor betydning (Rinaldi et al., 2008).

I norsk sammenheng støttes arbeidsinkludering som metode. Karlsson og Borg (2013) skriver at tjenestene i større grad bør tilby vanlige jobber og ikke trening før arbeid. Bjaarstad et al. (2014) fremmer at ferdigheter bør trenes opp i omgivelser der de skal anvendes. Norvoll (2013) forkaster trening før arbeid, og slutter seg til individuell jobbstøtte som mest effektive tiltak.

Arbeid kan være en effektiv behandling for personer med psykoselidelse. I likhet med god medisinerer kan arbeid bidra til å redusere symptomer, tilbakefall og reinnleggelser (Bull & Lystad, 2011). Helsedirektoratet (2014) anbefaler metoder som IPS, men inkluderer også arbeidsrettet aktivitet der det er behov for dette. Et arbeidssted kan gi personer med rus- og psykiske lidelser mulighet til å bygge nettverk og relasjoner. Først og fremst anbefales ett tilbud i det ordinære arbeidsliv gjennom bruk av individuell jobbstøtte (IPS). Derneest bør de som faller utenfor dette tilbudet gis mulighet for meningsfull arbeidsrettet aktivitet i hverdagen (Helsedirektoratet, 2014).

2.1.2 IPS som arbeidsmarkedstiltak

IPS er ikke først og fremst en unik tilnærming til SE (Supported Employment). Det er snarere et forsøk på å standardisere en metode for kunnskapsbasert praksis. Målet er å utvikle IPS metoden fra forskning på arbeidsrehabilitering. I dette lyset, kan IPS beskrives som kunnskapsbasert Supported Employment for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser (Becker & Drake, 2003). Fordelen med jobbstøtte og støtte direkte på arbeidsplassen, er at personene umiddelbart kommer i arbeid (OECD., 2013).

Nye data bekrefter at IPS får dobbelt så mange i arbeid som tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak (Nøkleby, Blaasvær, & Berg, 2017b). En rapport av UNI Helse summerer effekt av prosjektperioden for IPS i Norge 2013-2016. Reme et al. (2016) beskriver her IPS data fra de sentra som ble målt. Deres konklusjon er at IPS prosjektene kan bli samfunnsøkonomisk lønnsomme hvis arbeidssøkere står i arbeid i minst to år. IPS bidro til høyere grad av sysselsetting enn tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak. Omtrent halvparten av deltakerne rapporterte at de forventet å komme i arbeid, og like mange mente at arbeid ville gi svært gunstig effekt på helsen. 73% var fornøyd med tiltaket, mot 1% som var direkte misfornøyd. Tilfredsheten med jobbspesialisten var nær 80%. Etter 18 måneder var IPS og kontrollgruppen

endret fra at 18% deltok i arbeid, til henholdsvis 27% for kontroll, og 37% for IPS gruppen. Et av sekundærmålene i studien var å måle effekt av IPS på helse og livskvalitet. Omtrent 50% (n=193) av deltakerne besvarte disse skjemaene, og gruppen som deltok i IPS viste ingen endring ved 6 mnd., men rapporterte om bedre helse og livskvalitet etter 12 måneder. I følge besvarelser på spørreskjema erfarte deltakerne bedre livskvalitet, bedre selvopplevd helse, lavere symptomnivå på depresjon, og bedre funksjon sammenliknet med kontrollgruppen. IPS gruppen hadde også større tro på arbeidets positive rolle for helsen (Reme et al., 2016).

I sammenlikning med data fra en svensk doktoravhandling av Lexen (2014), kommer omtrent 50% av deltakerne i IPS i jobb. Lexen sin hovedveileder i denne studien er for øvrig Bejerholm, som noe tidligere kom frem til tilsvarende tall for arbeidsrehabilitering for IPS i Sverige (Bejerholm et al., 2015).

Lexen (2014) skriver at det er uklart hva som gjør at ikke alle får hjelp av IPS metoden, og hvorfor en del som begynner å jobbe ikke beholder arbeidet. Her finnes det tilsynelatende et behov for arbeidslivsforskning som kan bidra med kunnskap om hvilken form for innsats som kan gi en langsiktig arbeidskarriere for personer med psykisk funksjonsnedsettelse. I følge Lexen (2014) finnes det i dag ytterst lite langsiktig forskning på dette området. At denne gruppen er mindre forsket på, kan grunne ut i stigmatisering og stor arbeidsløshet blant personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Tidligere forskning knyttet til IPS har i stor grad rettet seg mot arbeids- og helserelaterte mål på gruppenivå. Få studier har derfor vært utført på individnivå. Det er fortsatt uklart hvordan den psykiske funksjonsnedsettelsen påvirker muligheten til stå i arbeid. Derfor kan det være rimelig å anta, at det er behov for mer kunnskap om hvordan IPS deltakerne selv opplever sin arbeidsrolle og arbeidsmiljø (Lexen, 2014).

2.2 Bedringsprosesser

Bedringsprosesser handler om en holdning hvor alle mennesker har ressurser, rettigheter, vekstpotensial og kompetanse. Grunnmuren består av ressursene hos den enkelte, oppbygningen av håp og tro på et bedre liv og fremtid, samt å søke miljø som styrker den psykiske helsen. Bedringsprosesser er noe personlig og handler om egen innsats. Men bedringsprosesser skjer hovedsakelig i en sosial tilhørighet og samspill med andre. Bedringsprosesser regnes derfor også for å være en sosial prosess (Karlsson & Borg, 2013).

Blant de første til å omtale og definere begrepet personlig bedringsprosess, var den amerikanske psykologen William Anthony. Hans definisjon beskriver bedringsprosesser som en personlig prosess hvor en utfordrer egne holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Målet er å leve et tilfredsstillende liv, som kan bidra til håp og opplevelse av god helse, på tross av begrensninger forårsaket av lidelse. Etter hvert som man erfarer de katastrofale konsekvensene av en psykisk lidelse, innebærer en bedringsprosess at man finner ny mening og hensikt i livet (Anthony, 1993).

I Norge har begrepet recovery eksistert i omtrent femten år, men har linjer tilbake til Kraepelin på 1900 tallet, hvor han skrev om bedringsprosesser som et alternativ for personer med alvorlige psykiske lidelser (Karlsson & Borg, 2013). I Norge kan forskning på bedringsprosesser ha skapt et vendepunkt i det tradisjonelle psykiske helseverns forståelse av tjenestemottakere og psykiske lidelser. Særlig har den store nedgangen i liggedøgn i sykehus og institusjoner bidratt til at omstendighetene for personer med psykiske lidelser har endret seg drastisk de siste femten årene. Forskning på bedringsprosesser og førstehåndserfaringer, produserer gjerne kunnskap som tidligere har hatt lite anerkjennelse i etablerte fagmiljøer innen psykisk helsevern og psykiske helsetjenester. Det kan være vi ikke kan unnvære denne erfaringsbaserte kunnskapen i utviklingen av fremtidens vitenskap og tjenester (Topor, Borg, Di Girolamo, & Davidson, 2011).

Sentralt for bedringsprosesser står håp og mulighet for å bli bra og det å kunne leve godt med en psykisk lidelse. Personer med egenerfaring har lenge beskrevet at de kan komme seg fra alvorlige psykiske lidelser. Fundamentet i bedringsprosesser er hentet fra personer med egenerfaring om hva som hjelper og er viktig når man gjennomgår en psykisk lidelse. Denne erfaringsbakgrunnen går langt i å sidestille betydningen av profesjonell helsehjelp med andre arena i livet, som venner, sosiale forhold, penger, et trygt hjem, åndelighet og en meningsfull hverdag (Karlsson & Borg, 2013).

Patricia Deegan er en fremstående erfaringsformidler og fagperson knyttet til bedringsprosesser. Hun skriver at personer med psykisk funksjonsnedsettelse ikke «blir rehabilitert», men snarere starter en bedringsprosess med ny følelse av mening og selvet. Gjennom en bedringsprosess blir personene selv aktive og ansvarlige deltakere i deres eget rehabiliteringsprosjekt (Deegan, 1988).

«Bedringsorientert omsorg innen psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet har som mål å fremme psykisk helse ved å lindre eller redusere psykisk uhelse og stimulere håp om bedring»

(Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 77). Et aspekt i bedring er håpet og troen på at det er mulig å fornye selvfølelse og livsmål, etterfulgt av trang til endring og motivasjon. Håp opprettholder livslust og kan regnes som en av grunnsteinene i livet. Det kan induseres av en annen person eller knyttes til en spesifikk begivenhet som å få arbeid eller å gifte seg. Håpet eksisterer sammenvevd med mellommenneskelige, gjensidige relasjoner (Hummelvoll & Dahl, 2012).

Det er vanlig å dele bedringsprosesser inn i personlige, sosiale og kliniske bedringsprosesser. Personlige bedringsprosesser kan omhandle det den enkelte person gjennomgår på et kontinuum (skala) fra psykisk funksjonsnedsettelse til optimal psykisk helse. Dette kan innebære at personen når egne mål for et bedre liv. Sosial bedringsprosess omtaler gjerne betydningen av omgivelsene, og særlig relasjonene rundt en person. En klinisk bedring kan innebære at personen når mål eller kriterier etter vurdering fra eksempelvis helseprofesjonelle (Karlsson & Borg, 2013).

2.2.1 Virksomme faktorer og hindre i bedringsprosesser

Eksisterende forskning på personlige bedringsprosesser har til dels virket som en motvekt til tidligere antakelser om at personer med psykiske funksjonsnedsettelser er passive, hjelpeløse ofre av en funksjonsnedsettelse (Topor et al., 2011). Ness, Borg, og Davidson (2014) skiller mellom virksomme faktorer og hindre for bedringsprosesser. De fant fem virksomme faktorer i bedringsprosesser. Virksomme faktorer handlet om det å ha et meningsfullt hverdagsliv, fokus på personlige styrker, og det å reetablere sosial deltakelse og støttende relasjoner. Faktorer som ble ansett som til hinder i bedringsprosesser var manglende skreddersøm i tjenestene og kompliserte og lite koordinerte tjenester. Borg (2009) skriver at bedringsprosesser handler om å leve sine vanlige liv. Personene i hennes doktorgradstudie beskrev det som viktig å bli sett på som en person i en hverdagssammenheng. De beste vilkårene for å prøve seg ut og oppnå bedring kom gjerne ved deltakelse i de vanlige samfunnsarenaene, slik som ved arbeid.

Topor og Denhov (2015) finner at de profesjonelle som oppleves som de mest hjelpsomme, var de som går ut over den tjenesten som brukeren forventer. Dette bidrar blant annet til et skifte fra det å være en person blant mange som trenger hjelp, til å være en person som er av betydning. Dette kunne inkludere hjelp med hverdagslige ting, eller at hjelperen bruker mer tid enn hva som er avsatt. Dette oppleves som at avstanden mellom hjelper og bruker reduseres. Det andre funnet var betydningen av å oppleve de helseprofesjonelle som en person, og ikke som en rolle. Dette ga i større grad en gjensidighet i relasjonen mellom hjelper og bruker, samtidig som at det likevel forelå en klar forventning, til at den profesjonelle ikke legger egne problemer over til deltakeren.

Deltakerne beskrev hjelpsomme profesjonelle som en person som også kunne fortelle om seg selv og eget liv. Denne gjensidigheten beskrives som en kontrast til de tradisjonelle holdningene i helse og sosialtjenestene, hvor et markert skille mellom privat og profesjonell rolle har vært regnet som idealet (Topor & Denhov, 2015).

Det tredje funnet var at brukeren ble verdsatt som en person og ikke en rolle. Dette kunne inkludere at relasjonen hadde en kvalitet utover den forventede profesjonelle rammen, og også inkluderte en profesjonell tilnærming til vennskap. Dette gir en eksklusivitet for brukeren da forventningen er at dette ikke lar seg gjøre for alle brukere. I dette lå også det å bli verdsatt som person. Handlinger som fremstår urettferdig fordelaktig i forhold til andre personer som mottar tjenester, fremstår som bevis på at den profesjonelle virkelig har sett brukeren som person. Deltakerne beskrev langt på vei den hjelpende profesjonelle som en venn, hvor relasjonen gikk utover de faktiske forhold som lønn og arbeidstid, samtidig som de også anerkjente forskjellen på et personlig vennskap og den relasjonen de hadde med den hjelpsomme helseprofesjonell (Topor & Denhov, 2015).

2.2.2 Bedringsorientert kunnskap om arbeidsrehabilitering

Borg (2009) skriver at bedringsprosessen for hennes deltakere handlet om å leve sine vanlige liv. De beskrev det som viktig å bli sett på som en person i en hverdagssammenheng. De beste vilkårene for å prøve seg ut og oppnå bedring kom gjerne ved deltakelse i de vanlige samfunnsarenaene, slik som ved arbeid. Borg og Topor (2014) gjorde nylig liknende funn.

Kinn, Holgersen, Aas, og Davidson (2014) fant i sin systematiske gjennomgang av 16 kvalitative studier (N=465) at det er avgjørende med empatiske og kunnskapsrike støttespillere i arbeidsgjøringsprosessen. De fant ti meningsfortettinger i sin analyse. Faktorer som bidro til å komme i arbeid var; å komme i gang, å ta kontroll, å ha oppmuntrende likemenn. Hindringer for å komme i arbeid var utfordringer knyttet til lidelsen, og manglende støtte og mulighet. Faktorer som var til hjelp for å stå i arbeid, var å gjøre noe som er vanlig, sosial utjevning samt det å bli tildelt tydelige roller og ansvar av arbeidsgiver. Utfordringer for å stå i arbeid var blant annet for deltakeren å håndtere hvor mye informasjon andre skal ha om en selv. Kinn et al. (2014) anvender metaforen «å stå på skøyter» for å illustrere deres funn. Isen representerer det å stå i en ansettelse i arbeidslivet. De finner at personer med psykiske funksjonsnedsettelser trenger støtte for å komme seg ned fra benken, og for å finne og beholde balansen ute på arbeidslivets skøyteis. Dette kan best gjøres gjennom en kombinasjon av å lære nye ferdigheter og kompetanse,

samtidig som de mottar assistanse fra empatiske og kunnskapsrike støttespillere. Dette kaller Kinn et al. (2014) for å bli trent mens man er på isen.

Fossey og Harvey (2010) finner at betydningen av ansettelse varierer, og at det er viktig med strategier for å opprettholde jobb og mental helse. Det er også til hjelp med forskjellige støtteformer både på arbeidsplassen og andre arenaer, for å overkomme utfordringer med for eksempel å navigere helse og sosialsystemene.

Blank, Harries, og Reynolds (2011) peker på at mange med psykiske funksjonsnedsettelse ønsker å jobbe, og skriver at støttepersonell bør ha kunnskap om hvilke antakelser og verdier deltakere knytter til det å være i arbeid. De skriver at det er en sammenheng mellom erfaringsbaserte beskrivelser av barrierer for å komme i jobb, og resultatet av arbeidsrehabiliteringsprosesser. Blank et al. (2011) anbefaler at fremtidige studier deles inn i fordeler med arbeid, og hindre for å stå i arbeid. De fant at det var betydningsfullt med støtte for å bli ansatt. En av de mer fremtredende motivasjonene for å stå i jobb, var møte med engasjerte og støttende relasjoner, som for eksempel en engasjert arbeidsleder. De fant også at det kan være avgjørende for arbeidslivsrehabilitering, at tjenestene anerkjenner at forutsetninger for å stå i arbeid kan endres over tid (Blank et al., 2011).

Stickley og Wright (2011) finner at håp, optimisme og mening i livet er viktige i bedringsprosesser. I tillegg regnes fysisk aktivitet, utdanning og arbeid å være spesielt positivt (Stickley & Wright, 2011). Borg og Kristiansen (2008) undersøkte hva som er av betydning ved å stå i arbeid, for personer med langvarige alvorlige psykiske funksjonsnedsettelse. De fant at det var av betydning å inneha rollen i jobb, å være inkludert på arbeidsplassen, å balansere hvile og aktivitet, og å ha et støttende kollegium der personene tror på deg.

2.3 Det salutogene perspektivet

Salutogenese regnes som en motsetning til patogenese. En patogen tilnærming forsøker å besvare hva det er som gjør folk syke. Den salutogene tilnærmingen forsøker å besvare hva det er som gjøre at folk fortsetter å være ved god helse, på tross av store belastninger. Eksempelvis: Hva er det som gir beskyttelse mot stressfaktorer? Et av Antonovskys svar på dette spørsmålet er begrepet «opplevelsen av sammenheng», eller OAS. På engelsk benevnt som «Sense of Coherence» eller SOC (Antonovsky, 2012).

Den salutogene modellen er et rammeverk eller forståelsesmodell for helse. Forståelsesmodellen stammer fra et tilfeldig funn i en annen studie. Antonovsky oppdaget at kvinner etter å ha gjennomlevet grusomheter i konsentrasjonsleirer, fortsatt beskrev god helse senere i livet. Hans tilnærming ble å ta avstand fra spørsmålet om hva som gjør personer syke, og isteden rette fokuset mot helsebringende faktorer. Ut i fra dette utviklet han det salutogene spørsmål; Hva er helsens opprinnelse? (Antonovsky, 2012).

Opplevelse av sammenheng (OAS) er definert av Antonovsky (2012, s. 41) som opprinnelsen til helse på denne måten:

«Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i».

De viktigste komponentene i OAS regnes for å være begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet er kanskje den opprinnelige komponenten i begrepet OAS. Begripelighet kan gi en person en opplevelse av at et stimuli er forståelig, velordnet, sammenhengende, strukturert og klart. Der begripelighet reduseres, vil stimuli isteden fremstå som støy, kaos, uorganisert, tilfeldig, uventet, eller uforståelig.

Håndterbarhet på en annen side beskriver hvorvidt en person har tilstrekkelig rådighet over ressurser, for å takle de utfordringer man kan bli stilt overfor. Meningsfullhet handler om i hvilken grad livet eller hendelser gir mening rent følelsesmessig. Dette innebærer ikke en ren kognitiv forståelse av at noe kan være meningsfullt, men snarere en grunnleggende følelsesmessig respons hvor individet kan engasjere seg følelsesmessig. Elementer som i stor grad påvirker opplevelsen av sammenheng er i hvilken grad en person opplever stressfaktorer eller motstandsunderskudd, samtidig med motgang eller belastning. Visse ressurser bidrar til motstand mot stress. Dette kan være tilgang på penger, familie og venner, religion, sterkt ego, samt sterk tilhørighet i et nettverk (Antonovsky, 2012).

Antonovsky tar avstand fra den rådende dikotomiske (todelte) tenkningen om en person som syk eller frisk. Han presenterer sin forklaringsmodell for helse som et kontinuum, eller en skala, hvor alle personer til enhver tid har en grad av helse. Livets hendelser forflytter oss frem og tilbake

langsmed dette kontinuumet. Antonovsky mente at inndelingen syk/frisk ikke tillot tilstrekkelig kunnskapsutvikling knyttet til studier av personers helse. Han tar også i bruk begrepet uhelse, fremfor begrepet sykdom, da salutogenese ikke skal benyttes til å måle ut sykdomsfremkallende faktorer, men snarere rette fokuset mot hvilke motstandsressurser som opprettholder helse. Fremfor spørsmålet «Hva fører til denne lidelsen», stiller det salutogene perspektivet et spørsmål om «Hva er det som vil føre til en bevegelse i retning av helse?» (Antonovsky, 2012).

2.4 Brukermedvirkning i tjenestene

Ottawa-erklæringen av 1986 vektla blant annet betydningen av å skape et støttende miljø utenom helsetjenestene for personer med psykiske lidelser, og at helsetjenestene må dele makt med dem som skal motta helsetjenester (World Health Organisation, 1986) «Selv etter flere år med implementering og diskusjon om hva brukermidvirkning innebærer, melder pårørende og brukere fortsatt at praksisfeltet ikke virker spesielt opptatt av brukermidvirkning og brukernes egne erfaringer» (Borg & Topor, 2014, s. 126). I stortingsmelding 25 (1996-1997), Åpenhet og Helhet (Meld. St. nr. 25 (1996-1997), 1997) fremmes det at den enkelte bruker sine behov skal bli vektlagt, og tjenestene skal fremme brukerens uavhengighet, selvstendighet, og mestring.

Stortingsmelding nr. 47 danner grunnlaget for at helsetjenestene skal fremme medbestemmelse og medvirkning (Meld. St. nr. 47 (2008-2009), 2009). «Det er en demokratisk rettighet og politisk målsetning at brukere aktivt skal involveres i valg av behandling og tjenester» (Helsedirektoratet, 2014, s. 16). Tjenestemottakers rett til medvirkning og helsetjenestenes plikt til å involvere personen det gjelder, er også anført her. Helsedirektoratet går også langt i å beskrive reell brukermidvirkning som «deltakelse i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at brukerens ulike oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk, og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud» (Helsedirektoratet, 2014, s. 17).

Wisløffutvalget skriver at det er mange som kjenner seg maktesløse og sårbare i møtet med helsetjenesten. Det er derfor viktig at møtet preges av respekt for personen og dens integritet (NOU 2005:3, 2010). Helsetjenestene skal ivareta integritet, medbestemmelse og medvirkning, og tjenestemottaker skal oppleve å ha innvirkning på tjenestetilbudet (Meld. St. nr. 47 (2008-2009), 2009).

Empowerment er et begrep som samvirker med, men er ikke konkurrerende mot begrepene brukermidvirkning, bedringsprosesser og salutogenese (Hummelvoll & Dahl, 2012). Brukeren

er her viktigste aktør i alle bruker- og pasientforløp. Om empowerment skriver Helsedirektoratet (2014) at utgangspunktet er personers egne ressurser og evne til kontrollere eget liv. Dette forutsetter at de gis makt eller autoritet og bestykses til å delta i sentrale vurderinger og valg. Brukermedvirkning er et viktig deltakelselement i behandlings- og tjenestetilbudet, mens lokalsamfunnet anses som den viktigste arenaen for å vinne kontroll over forhold som påvirker folkehelsen. Ingen kjent oversettelse dekker meningsinnholdet i begrepet Empowerment, men "Myndiggjøring" er det som kommer nærmest (Helsedirektoratet, 2014).

2.4.1 Om begrepet brukermedvirkning

Utrykket brukermedvirkning sier i seg selv lite annet enn at forskjellige aktører samhandler. Det definerer ikke på egenhånd maktbalansen mellom aktørene eller innflytelse brukere skal ha på helsetjenesten (Regjeringen, 2012). Brukermedvirkning kan eksistere langs ett kontinuum, eller skala for innflytelse. Innflytelse innebærer at de som møter helsetjenestene eller benytter denne selv, kan påvirke beslutningsprosesser og utformingen av tjenestene (Regjeringen, 2012).

Grad av brukermedvirkning ble av Stoltenberg II regjeringen stykket opp på en firedelt skala for økt innflytelse på følgende måte: (1) Brukerperspektiv, innebærer at tjenestene forsøker å ta brukerens perspektiv, (2) Brukere som informanter; Tjenestene innhenter informasjon fra bruker, men har selv definisjonsmakten. (3) Dialog; Innebærer reell dialog mellom partene, hvor makten deles. (4) Ved brukerstyring, har bruker endelig beslutningsmakt (Regjeringen, 2012). Rådet for Psykisk Helse (2004, s. 8) skriver at «brukerstyring kan innebære en beslutningsrett ved at bruker i stor grad kan ta beslutninger om egne tjenester» (Rådet for Psykisk Helse, 2004, s. 13).

KAPITTEL 3 METODOLOGI

Dette kapitlet vil omtale studiens metodologi. Først beskrives vitenskapsteoretisk forankring. Deretter redegjør jeg for studiens design, samt kvalitativ metode. Her vil datainnsamling gjennom intervju beskrives. Så følger beskrivelse av transkriberingsprosess, analyse av data og forskningsetisk refleksjon. Til sist beskrives studiens kvalitet som inkluderer validitet, reliabilitet og overførbarhet, i lys av kvalitativ metode.

3.1 Vitenskapsteori

Vitenskap kan defineres som systematisk produksjon av ny kunnskap. Det er av betydning å presentere eksisterende kunnskap, og beskrive måten man har utviklet den nye kunnskapen på (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne studien har et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv med et humanistisk menneskesyn.

Fenomenologi betyr læren om fenomenene eller det som oppfattes av sansene (Dalland, 2012). Fenomenologiens filosofiske grunnlegger i omtrent år 1900, var Edmund Husserl. Martin Heidegger videreutviklet den eksistensfilosofiske retningen, og Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty utviklet den eksistensialistiske og dialektiske retningen. Først med Husserl og Heidegger ble fenomenologien utvidet til også å omfatte menneskets livsverden, hvor fokus på bevissthet og opplevelse er en del av kjernen (Kvale & Brinkmann, 2009). Fenomenologien representerer et filosofisk perspektiv der erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Dette handler om undersøkelser av personers erfaringer som en del av deres livsverden. Individets tolkninger, meninger og erfaringer er her av interesse (Kvale & Brinkmann, 2009). Et fenomenologisk perspektiv søker å illustrere hvordan personer kan oppleve fenomener i sin livsverden.

«Hermeneutikk betyr fortolkningskunst, og hermeneutikken er en metodelære for tolkning av meningsfulle fenomener» (Bondevik & Bostad, 2003, s. 238). Hermeneutikk var opprinnelig basert på fortolkningen av bibeltekster der forfatteren av teksten settes inn i et menneskelig fremfor et guddommelig uttrykk. Her tolkes en persons mening historisk sett gjennom teksten denne har skrevet (Malterud, 2011) Hensikten med en hermeneutisk fortolkning er å oppnå en forståelse av hva en tekst eller samtale kan bety. Ricoeur utvidet Gadamers fortolkning av skrevne tekster og samtaler, til også å omfatte fortolkning av gjenstanden for samfunnsvitenskapene. I hermeneutikken er beskrivelse av kontekst sentralt. Hva personer sier

og gjør er alltid avhengig av hvilken kontekst handlingen skjer i. Konteksten fortolkningen skjer i er kanskje like viktig som fortolkningen. Derfor legges det stor vekt på at forskeren skal synliggjøre for leser egen kontekst og forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Hermeneutikk er spesielt relevant for helse, sosial og pedagogiske fagområder. Grunnen til dette er at adferden eller tekstene er basert på personers handlinger, og dermed er det behov for fortolkning for å forstå meningen bak handlingene eller teksten. Slike handlinger eller tekster kalles også for meningsfulle fenomener (Bondevik & Bostad, 2003).

Der fenomenologien retter seg mot betydningen av en persons livsverden spiller hermeneutikken en rolle i fortolkningen og beskrivelsene av denne (Bondevik & Bostad, 2003). Subjektive opplevelser er her regnet som viktige og sanne i fenomenologien. Samtidig regnes tolkning og beskrivelse som uløselig sammenvevet i hermeneutikken. I denne studien anvendes en fenomenologisk-hermeneutisk metode med beskrivelser av fenomener og tolkningene av disse. Dette innebærer at innsamling av intervjudata er forsøkt gjort med minst mulig fortolkning. Men ved analyse og rapportering er det anvendt fortolkninger og samtidig forsøkt å beskrive forforståelse og kontekst.

Vitenskapelig kunnskap vil hevde å kunne generaliseres, eller overføres til andre situasjoner der den er utviklet. Enkelte former for samfunnsforskning, slik som den positivistiske, hevder å kunne utvikle universelle og generaliserbare lover om menneskers adferd (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette synet regnes som en motsetning til det humanistiske menneskesynet som denne studien er skrevet under. I følge Kvale og Brinkmann (2009) vil hver enkelt situasjon i et humanistisk menneskesyn være unik. Likeledes vil struktur og logikk være forskjellig selv i tilsynelatende like eller gjentakende fenomen.

3.2 Kvalitativ metode

«Kvalitative metoder er forskningsstrategier rettet mot å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres» (Malterud, 2011, s. 26). Der kvantitative metoder bygges på tall, representerer gjerne teksten i kvalitative studier samtaler. Forskerens perspektiv og posisjon har her betydning for hvilken kunnskap som produseres. Kvalitative metoder søker i større grad forståelse enn forklaring, og den egner seg spesielt til å bringe frem menneskers forventninger, opplevelser, erfaringer og holdninger (Malterud, 2011). Målsettingen for kvalitativ metode er å bringe frem fenomener fra deltakernes livsverden så nært opp til deres egne beskrivelser som mulig, og kan innebære strukturert tekstanalyse av

intervjutranskripsjoner. Det foregår fortolkning både i utvelgelse av meningsinnhold, kategorisering, sammenstilling av tekster, utvelgelse av sitater og produksjon av sammenstillinger (Kvale & Brinkmann, 2009). Selv om det er et mål at fortolkningen av forskningsdata skjer nært opp til opprinnelig betydning, vil det likevel ikke foregå uten fortolkning. Enten det gjelder planleggingsfase, teoretisk bakgrunn, intervjumetode, transkribering, analyse eller presentasjon av funn, vil det påvirkes av forskjeller i fortolkning fra forsker til forsker. Den endelige presentasjonen vil derfor kunne endre karakter avhengig av hvem som foretar forskningsarbeidet (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.2.1 Det kvalitative intervjuet

I følge Malterud (2011), er det sosial samhandling og informasjonsutveksling som danner grunnlaget for et intervju. Her vil kontekst være av betydning for kunnskapsutviklingen. Ordene som anvendes er med på å skape en konstruksjon av virkeligheten, og forskeren bør forstå intersubjektivitetens innvirkning på deltaker, forsker og funn. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at forskeren starter analyse allerede på intervjutidspunktet gjennom stadige nye innblikk i konteksten som deltakeren beskriver. Forskeren kontrollerer informasjon i intervjuet med deltakeren, og kan på denne måten få sjekket om egne slutninger overensstemmer med deltakernes.

Det kvalitative intervjuet kan for eksempel betegnes som dybdeintervju eller ustrukturert intervju. I forskningssammenheng anvendes gjerne semistrukturert intervju, da forskeren normalt sett har en agenda og styrer intervjuet gjennom en intervjuguide. Den kan forandres etter hvert som intervjuene gir mer kunnskap om hva som er viktig for deltakerne. Intervjuguiden bør ikke være for detaljert, eller følges for slavisk, da dette kan ha negativ innvirkning på flyten i intervjuet. Hvis forskeren i for stor grad styrer samtalen, kan det gi resultater forankret i forskerens for forståelse. For lite struktur kan gi problemer hvis samtalen ikke berører de tema forskeren søker kunnskap om (Malterud, 2011).

3.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjort med dybdeintervju av fem arbeidssøkere med erfaring fra langvarig moderat til alvorlig psykisk lidelse. Det ble rekruttert fra det nasjonale arbeidsrehabiliteringsprosjektet for IPS et sted på Østlandet. Prosjektpersonell fra IPS ved et distriktpsikiatrisk senter har foretatt rekrutteringen. Hensikten har vært å undersøke hvilke erfaringer disse arbeidssøkerne har med hva som er til hinder og til hjelp ved arbeidsrehabilitering, samt hvilken innvirkning dette har på deres bedringsprosesser.

3.3.1 Utvalg og rekruttering

Rekruttering av deltakere startet sommeren 2016 i helse og sosialtjenester på Østlandet. Målgruppen var deltakere med moderate til alvorlige psykiske lidelser, og kontakt med lokalt distriktpsikiatrisk senter(DPS) ble derfor naturlig. To behandlere ved DPS knyttet til IPS prosjektet, tilbød seg å rekruttere deltakere. Behandlerne signaliserte et selvstendig behov for å foreta en etisk vurdering knyttet til rekruttering av deltakere. Dette med tanke på sårbarhet og antatt totalbelastning pr tiden for den enkelte potensielle deltaker. De som pr. tiden beskrev sterkt lidelsestrykk, ble ikke forespurt om deltakelse. Deltakere som tidligere har vist interesse for å beskrive sine erfaringer offentlig eller i studier, ble prioritert. Personell ved DPS valgte å spørre potensielle deltakere etter hvert som de kom inn til avtalt time. Føringer for rekruttering har derfor vært inklusjonskriterier og skjønn utvist av rekrutterende personell. Det ble diskutert etiske problemstillinger anført i samtykkeerklæringen knyttet til inklusjon. Det ble innhentet tillatelse fra lokale ledere ved DPS og i sykehuset før rekrutteringen startet. Leder ved DPS formidlet positivitet rundt IPS prosjektet, og var positiv til denne studiens tema.

Ved forespørsel om deltakelse ble det gitt muntlig informasjon fra samtykkeerklæringen, samt kopi av denne (Se vedlegg 4). Informasjon om deltakers telefonnummer og ønske om deltakelse ble så utlevert fra DPS. Tidspunkt og sted for intervju ble avtalt med tekstmelding eller telefonsamtale. Ved opprettelse av kontakt ble det viktig å verne deltakernes anonymitet og sikre at rett person svarte på henvendelsen. Alle deltakere som samtykket til å delta i studien svarte på henvendelse og deltok i intervjuet.

Inklusjonskriterier:

- Over 18 år
- Arbeidssøkende
- Deltar i IPS prosjekt
- Kan rekrutteres av personell ved DPS

Eksklusjonskriterier

- Personer som er ferdig i IPS prosjektet
- Personer uten arbeidserfaring
- Personer som allerede er kjent for prosjektleder

Det ble ikke gitt spesifikke krav knyttet til diagnose for inklusjon. Det legges til grunn at IPS prosjektene inkluderer personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Deltakerne ble ikke spurt om diagnose eller psykiske helseproblemer i intervjuene. De fleste valgte likevel på eget initiativ å beskrive kort hvordan lidelsen artet seg for dem.

3.3.2 Beskrivelse av intervjusituasjonen

Det ble tatt kontakt med deltakerne, med presisering om at oppmøte kunne skje der det passet best for den enkelte. Avhengig av geografisk plassering ble det foreslått å benytte hjemmet, samt at det ble gitt tilbud om møtelokaler over flere fylker. Hvert intervju hadde en ramme på 60 minutter. Korteste intervju ble 45 minutter, lengste ble 80 minutter. Av 5 deltakere valgte 2 å benytte eget hjem, 2 valgte oppmøte i foreslått møtelokale, og 1 ønsket oppmøte på utsiden av en offentlig helsetjeneste. Intervjuer reiste ut til de steder hvor deltakerne ønsket å møtes. Alle deltakerne signerte samtykkeerklæring på oppmøtetidspunkt for intervju.

Atmosfæren under intervjuene var vennlig og deltakerne var imøtekommende på spørsmål. Deltakerne delte aktivt av sine erfaringer, og de kjente til at de til enhver tid kunne trekke sitt samtykke eller trekke seg fra intervjuet uten konsekvenser. Ingen av deltakerne har ønsket å trekke sitt samtykke. Hvert intervju ble startet med kort briefing for å sikre at opplysninger knyttet til forskningsetiske retningslinjer var mottatt. Alle intervjupersonene oppga at de var kjent med at intervjuet var knyttet til deres erfaringer fra deltakelse i IPS-prosjektet.

Det ble gitt kort informasjon om tema og hensikten med studien. Første spørsmål var formulert som et åpent spørsmål, der deltakerne ble invitert til å fortelle om sine erfaringer. Denne invitasjonen ga en god start på intervjuene. I starten av intervjuene var det derfor kun nødvendig med korte bekreftende ord, lyder som «mm» eller kroppsspråk ved å nikke eller vise nonverbal tilstedeværelse. Det var et mål å unngå å påvirke beskrivelsene til deltakerne med ledende spørsmål, og i stor grad anvende åpne spørsmål. For å opprettholde en naturlig kommunikasjon ble det utover i intervjuet nødvendig med oppfølgende spørsmål, på de tema som ble brakt opp. Jeg fant det spesielt utfordrende å balansere stillhet i rollen som intervjuer. Jeg etterstrebet likevel å ivareta en positiv stillhet der det lot seg gjøre, for å se om det kunne lede deltakerne til selvstendig å utdype et tema, eller spontant finne et nytt. Bortsett fra i det første intervjuet, ble intervjuguiden kun tatt opp mot intervjuets slutt for å kontrollere om de mest sentrale tema var nevnt. Spørsmålene/temaene som ble fremstilt er å finne i intervjuguide (se vedlegg 1). Hvert intervju ble rundet av med en oppsummering. Egen forståelse av informasjonen ble summert, og deltakerne ble så spurt om denne forståelsen samstemte med det som var beskrevet. I stor grad

ble dette bekreftet uten forbehold, og i enkelte tilfeller ble misforståelser rettet opp. Intervjuene ble i hovedsak rundet av naturlig ettersom den tilmålte tiden på 60 minutter løp ut.

3.4 Transkribering

Transkribering ble gjort ved å lytte til lydopptak fra intervjuene, for så å føre disse som tekst i en elektronisk tekstbehandler. Under transkriberingen ble informasjonen fortløpende anonymisert og muntlig talemåte generalisert til bokmål slik at talemåter eller dialekt ikke kan bidra til identifikasjon. Transkriberingen ble ikke utført ordrett, men tilpasset lesbarhet i tekstform. Her ble mindre pauser og ventelyder som «ehm» utelatt. Den muntlige formen og ordstillingen ble i størst mulig grad bevart. Gjentatte lyttepasseringer på opptaket ble gjennomført for i størst mulig grad å sikre nærhet til opprinnelig ordlyd og ordstillingen. Ved å lytte til opptakene flere ganger ble feil fra første transkribering fjernet. Dette bekreftet at flere lyttepasseringer var nødvendig for å sikre korrekte data. Lydopptaket ble slettet umiddelbart etter endt transkribering. Totalt ble det 57 sider sammenhengende intervjuetekst. Det ble ikke oppbevart kodenøkkel som kunne identifisere deltakerne. Transkriberingene oppbevares ikke utover den tid som er opplyst i søknad til NSD. Sikker sletting av informasjonen berammes derfor til 01.07.2017.

Jeg erfarer at det å skrive ut intervjuene selv gir en større nærhet til stoffet. Det opplevdes vanskelig å ta avstand til ferdig transkribert tekst kort tid etter intervjuene. Analyse av transkripsjonene ble avventet i to måneder, hvilket bidro til å sette teksten i et nytt lys. Gjennom avstand til intervju og transkribering ble ytterligere betydninger oppdaget ved analyse.

3.5 Analyse

Det er her anvendt fenomenologisk hermeneutisk metode med systematisk tekstkondensering fra Malterud. Analysemetoden er basert på Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2011). Metoden ble gjennomført i fire trinn. (1) Naiv lesing, med fri tematisering av transkribert tekst, (2) Kodingen besto av å utkrystallisere meningsbærende enheter og holde disse opp mot problemstilling og forskningsspørsmål. (3) Kondensering smeltet sammen intervjuene til tekst underordnet koder, og til sist (4) i sammenfatningen ble tekstsyntese skrevet om til analytisk tekst. I dette lå også en ny gjennomlesning av transkriberingene med påfølgende rekontekstualisering av funnene i lys av teori om bedringsprosesser.

3.5.1 Analyseprosessens fire trinn:

Jeg vil her beskrive anvendt analysemetode. For mer inngående beskrivelse se vedlegg 2 og 3.

Ved intuitiv lesing (Trinn 1) gjennomleses tekstene for å få et helhetsinntrykk. Forforståelse og teoretisk referanseramme settes i parentes. Mulige tema på deltakernes synspunkter formuleres. Ved koding (Trinn 2) identifiseres meningsdannende enheter. Først utvelges tekst som henger sammen med tema hentet frem i trinn 1 til analyse. Samtidig som meningsbærende områder i teksten merkes, vil de også sorteres. Denne sorteringen kalles for koding. Ved kondensering (Trinn 3) abstraheres innholdet til de enkelte meningsdannende enhetene. Målet er å hente ut mening, ved systematisk å kondensere de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Prosessen starter med kodegruppen som fremtrer mest. Stikkord noteres og mulige subgrupper lages. Den videre prosessen baserer seg på analyse av subgruppene og utvelgelse av de subgrupper som best belyser prosjektets problemstilling. Videre lages det et kondensat, eller kunstig sitat i Jeg-form som sammenfatter hver subgruppe. Til sist, utvelges et gullsitat fra hver subgruppe som best representerer kondensatet. (4) I det fjerde og siste analysetrinnet sammenfattes betydningen av de meningsbærende enhetene for hver enkelt kodegruppe, og kategoriseres i 3-5 kategorier. Det vurderes om de løsrevne og abstraherte tekstbitene fortsatt er gyldige sammenliknet med den opprinnelige konteksten. Kunnskap fra hver kodegruppe og hver subgruppe sammenfattes. Det konstrueres også en analytisk tekst i tredjepersonform for hver kodegruppe, som forteller for leser hvordan kodegruppen belyser prosjektets problemstilling. Hver kodegruppe gis egne avsnitt. Dette skal være resultatene i forskningsprosjektet. Tekstene ble så sammenliknet med opprinnelig transkribering, for å kontrollere at ikke tekst var tatt ut av sin sammenheng. Dette siste trinnet muliggjorde en rekontekstualisering, og produksjon av nye perspektiv i lys av teori om bedringsprosesser.

3.5.2 Om resultatet av analyseprosessen

Ved utvelgelse, kondensering og produksjon av synteser, blir tekst tatt ut av sin opprinnelige kontekst og kan miste mening. Dette kan påvirke leser sin forståelse av uttalelsene. Dette blir kanskje mest tydelig i produksjon av synteser, der forskerens hermeneutiske fortolkning bidrar til en samlet og kortfattet presentasjon av uttalelser (Malterud, 2011). Så sant det ikke har vært til hinder for anonymisering, er syntesene presentert minst mulig forandret fra de opprinnelige transkripsjonene. Syntese vil her si at setninger fra alle deltakerne har blitt vevet sammen til en meningsbærende tekst. Dette innebærer at setningene i den grad det er nødvendig, er justert for å passe sammen med andre setninger i avsnittet. Malterud (2011) skriver at en av styrkene til

denne metoden, er at den på kort tid tillater leser å få et inntrykk av deltakernes erfaringer, uten at man selv må delta i intervjuene, eller finlese og fortolke intervjuetekster. Denne hermeneutiske metoden krever fortolkning fra forskeren. Funnene representerer derfor deltakernes erfaringer, men utvelgelsen av disse er styrt av forskerens fortolkning av disse dataene. Funnene kan gi et representativt tverrsnitt for deltagernes erfaringer samlet sett på intervjuetidspunktet. Funnene behøver ikke representere den enkelte deltakers meninger eller være overførbare til liknende situasjoner eller til øvrig populasjon (Malterud, 2011).

Etter avslutningen av siste gjennomlesing i trinn 4, trådte nye perspektiv frem. I lys av teori om bedringsprosesser ble nye temaer utviklet; Individets bedringsprosess i arbeid, arbeid som et bedringsfelleskap og at bedring skjer i en kontekst. Det overgripende tema for rekontekstualiseringen var innflytelse, eller brukerdeltakelse, da dette gikk igjen i hvordan deltakerne beskrev sin rolle i arbeidsrehabiliteringen. På bakgrunn av dette ble det synlig at arbeidsrehabiliteringen og metodespesifisiteten i IPS står på et grunnfjell av brukerdeltakelse. «Brukerdeltakelse som grunnfjell» ble derfor det overgripende begrepet for funnene. Som tidligere gjengitt fra Becker og Drake (2003), er det strenge krav til hvordan IPS-metoden kan gjennomføres. Det anvendes store ressurser på å kvalitetskontrollere aktører som ønsker å følge metoden, for å sikre at tidligere forskning følges opp, og ny utvikles. Denne kvalitetskontrollen tar blant annet utgangspunkt i tidligere brukererfaringer, og sikrer innflytelse på IPS metoden fra dem som selv har erfart å delta.

Studiens funn fremkom gjennom tekstkondensering og det ble konstruert ti subtemaer. Disse ble organisert under studiens forskningsspørsmål. Tema i de tre forskningsspørsmålene er som følger: 1. Hindre for å komme i arbeid, 2. Til Hjelp for å komme i arbeid, og 3. Innvirkning på egne bedringsprosesser. (1) Subtemaer som ble erfart til hinder for å komme i arbeid var manglende støtte, midlertidig arbeid, og lidelsestrykk. (2) Det som ble erfart som til hjelp for å bli i arbeid var tidsubegrenset støtte til både deltaker og deres arbeidsgiver, tilpasset arbeid, og mulighet for økt inntekt. (3) Til sist påvirket arbeid egne bedringsprosesser gjennom å bedre døgnrytme, gi opplevelse av å kunne være til samfunnsnytte, samt at arbeid kunne bidra til å redusere opplevelsen av psykiske plager. De mest betydningsfulle av disse funnene beskrev nytten av vedvarende personlig støtte til arbeidstaker og arbeidsgiver, at det erfares som nødvendig at arbeidstid og intensitet tilpasses, og til sist at meningsfullt arbeid kunne bidra til å dempe psykiske plager.

3.6 Forskningsetiske refleksjoner

I en forskningsprosess er gjerne etiske verdier knyttet til om forskningen tjener vitenskapelige og menneskelige interesser. Etiske problemstillinger omhandler ifølge Kvale og Brinkmann (2009) både tematisering, planlegging, intervju, transkribering, analysering, verifisering og rapportering i et forskningsprosjekt. Etikk omtales på gresk som «ethos» og på latin som «morales».

Begrepene viser til hva mennesket bør gjøre. Ordet etikk viser gjerne til teoretiske beskrivelser og moral ofte til praktiske beskrivelser. Sammenhengen mellom en studies midler og mål kan stilles i lys av moral (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg vil her vise noen av de etiske momentene ved intervju som forskningsmetode.

3.6.1 Informert samtykke og konfidensialitet

Informert samtykke i forskningssammenheng innebærer at deltakere tilbys informasjon om mulige fordeler, risiko, formål og hovedtrekk i en studie. Frivillighet og rett til å trekke seg fra studien uten ulempe er også en sentral del av dette. Konfidensialitet innebærer opplysninger om hvem som skal ha tilgang til lydopptak, transkribert tekst og informasjon om hvordan dataene skal anvendes og publiseres. Det bør foreligge en skriftlig avtale som tydeliggjør denne informasjonen (Kvale & Brinkmann, 2009).

I denne studien ble det gitt muntlig og skriftlig informasjon om anonymitet og konfidensialitet både ved rekruttering og før intervju (se vedlegg 4). Deltakerne ble informert om at det var mulig å trekke seg fra intervjuet uten at det ville føre til konsekvenser. Det ble forklart at kun intervjupersonen ville ha tilgang til lydopptak og at opptakene ville bli slettet umiddelbart etter transkribering. Navn, kjønn, arbeidssted, bosted, nettverk eller andre indentifiserende opplysninger ble anonymisert ved transkribering. Videre ble det forklart at original transkribering kunne bli forevist navngitt professor som veileder studien. Hensikten med denne transkriberingsmetoden er her at indentifiserende opplysninger, ikke gjøres tilgjengelig for andre enn intervjupersonen og deltakeren. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at anonymiteten også kan være et problem. På den ene siden kan forskning gi en stemme til personer med egenerfaring. Samtidig kan anonymiseringen bidra til å frata dem nettopp denne stemmen.

3.6.2 Konsekvenser av å delta i prosjektet

Hensynet til deltakere skal gå foran forskningens interesser (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). En kvalitativ studie kan omhandle følsomme og personnære temaer. Både fordeler og ulemper for deltakerne er en del av vurderingen av konsekvenser.

Velgjørhetsprinsippet viser til at skaden av å delta i en studie skal være minst mulig, og at nytteverdien bør veie opp for de ulemper som måtte foreligge (Kvale & Brinkmann, 2009).

Deltakerne ble informert om at de har anledning til å kontakte intervjupersonen i etterkant av intervjuet, og ble forespurt om de hadde en kontaktperson tilgjengelig hvis det skulle oppstå reaksjoner etter intervjuene. Ingen av deltakerne opplyste om behov for å kontakte intervjupersonen. Deltakerne opplyste at de hadde personell de kunne henvende seg til i NAV/IPS eller DPS ved behov.

Det koster tid og krefter å stille til et personintervju. En deltaker beskrev utfordringer med stemmer eller plagsomme tanker, men beskrev disse som overkommelige på intervjutidspunktet. En annen insisterte på å gjennomføre intervjuet på avtalt tidspunkt, på tross av uventet innleggelse i somatisk avdeling. Alle deltakerne beskrev pågående utfordringer i hverdagslivet knyttet til psykisk helse. Det bemerkes at deltakerne likevel tok seg tid til å delta. Deltakerne formidlet et ønske om å bidra med sine erfaringer. De fleste formidlet det som verdifullt at deres erfaringer kunne komme andre i samme situasjon til gode. To av deltakerne ønsket studien tilsendt etter fullført sensur.

Denne studien kan bidra til økt forståelse av hvordan personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser kan erfare arbeidsrehabilitering ved deltakelse i IPS på Østlandet. Fra starten av prosjektet gikk jeg inn i teori om arbeid og psykisk helse med relativt lite kunnskap, og en åpen holdning. Jeg erfarer mot prosjektets slutt at min tenkemåte knyttet til arbeid og psykisk helse er endret. Av størst betydning for meg er tanken om «Place, then train» for å komme ut i arbeidslivet. Dernest kommer betydningen av å gi motiverte personer tilgang til arbeid på tross av pågående psykisk lidelse og på tross av rus. Dette er kunnskap jeg kan anvende i mitt daglige virke. Arbeid som rehabiliteringsmetode ved moderate til alvorlige psykiske lidelser kan være avgjørende, og er kanskje den beste medisinen for noen. Alternativet er en helsetjeneste i sykehuset som tenker å ferdigstille behandling og rehabilitering, før det gis tilgang til arbeid. Dette anser jeg etter prosjektslutt ikke å være en kunnskapsbasert praksis. I klinisk sammenheng kan det være at denne studien er til nytte for personer som søker erfaringsbasert kunnskap om betydning av arbeid som rehabiliteringsmetode for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser.

3.6.3 Norsk senter for forskningsdata

Studien ble meldt inn, vurdert og tilrådet gjennomført av personvernombudet for forskning 27.06.17, ved Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). I deres svar presiseres det at de ikke godkjenner studier, men fremmer en anbefaling for hvorvidt en studie skal gjennomføres (se vedlegg 5). Denne godkjenningen dannet grunnlaget for å ta kontakt med praksisfeltet og starte rekruttering til intervju.

3.7 Studiens kvalitet

I dette kapittelet vil jeg si noe om utvikling av kunnskap, og belyse hvilken sammenheng det har til denne studien.

Epistemologi, eller kunnskapen om kunnskapen, kan bidra til at en unngår forestillinger om at vitenskapelig kunnskap er evige sannheter (Malterud, 2011). Forskningsmetodeteoretikere vektlegger og benevner kvalitetsmåling av forskning forskjellig. Kvale og Brinkmann (2009) omtaler begrepene validitet (Pålitelighet), relabilitet (Gyldighet) og generaliserbarhet. Disse diskuteres som troverdighet, styrke og overførbarhet i tilknytning til samfunnsvitenskapenes kvalitative studier. Thagaard (2013) anvender begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet, og skriver som Kvale og Brinkmann (2009) at disse er mer hensiktsmessige å anvende til kvalitetsvurdering av kvalitativ forskning. Malterud (2011) vektlegger refleksivitet, relevans og validitet i sin kvalitative forskningsmetode. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at teoretikerne Lincoln og Guba i 1985 avviste spørsmålene om validitet, relabilitet og generaliserbarhet i kvalitativ forskning. De tok i bruk dagligdagse språkuttrykk som troverdighet, tilforlatelighet, sikkerhet og bekreftbarhet i diskusjonen om forskningens sannhetsverdi.

3.7.1 Validitet

I følge Kvale og Brinkmann (2009) bør validering omfatte alle forskningsprosjektets syv stadier; Tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering. Validitet kan vise til en uttalelses sannhet, riktighet og styrke. En høy validitet kan innebære at anvendt metode reflekterer de fenomen man søker. Validitet, eller intern validitet, kan forstås som i hvilken grad en metode undersøker det man har ment å undersøke. I denne forståelsen kan kvalitativ forskning i prinsippet gi valid eller gyldig kunnskap. Malterud (2011) beskriver validitet som kunnskapen om hva forskeren egentlig har funnet ut.

Troverdighet beskriver pålitelighet knyttet til funnene (Thagaard, 2013). Denne studiens troverdighet er knyttet til at fremgangsmåte er beskrevet, og forskningsprosess og metode forsøkt gjort synlig for leser. Det er forsøkt vist at det i denne studien er tenkt validitet utover positivismens søken etter kvantitet, bevislighet og summering og heller lagt vekt på beskrivelse av egen rolle og kontekst. Som en del av en klinisk mastergradsutdanning, vil pragmatisk validitet, eller praktisk nytteverdi være av betydning. Dette innebærer i hvilken grad funn eller diskusjon kan gi bidrag til praksis.

3.7.2 Refleksivitet

Å synliggjøre forskerens forutsetninger og tolkningsramme er sentralt i refleksivitet. Dette handler om aktivt å søke konfrontasjon mellom egne forestillinger og posisjoner. Her er forskerens egen rolle, forforståelse og hypoteser viktig å formidle til leseren. Falsifikasjon og refleksivitet innebærer ikke et forsøk på å endelig motbevise egne funn, men snarere er det å vise leseren en vurdering av hvorvidt egne funn er det sterkeste blant flere konkurrerende alternativer (Malterud, 2011).

I de følgende avsnitt vil jeg beskrive mitt ønske om å (1) anvende denne studien til å lære om en ny del av fagfeltet psykisk helse, og ha fokus på (2) brukermedvirkning og (3) betydningen av sosial støtte. Til sist vil jeg nevne (4) min antakelse om at arbeid kan være den beste medisin for noen.

3.7.2.1 Forforståelse

Egen forforståelse eller grunnleggende antakelse om et fenomen er noe alle har. Samtidig eksisterer det til enhver tid mange måter å forstå et gitt fenomen på. En løsning, metode eller tenkemåte vil ikke være riktig for alle (Karlsson & Borg, 2013). Derfor vil jeg i denne studien etterstrebe å gi innblikk i forståelse og arbeidsmetode. I dette er det også vektlagt å vise for leser hvordan funnene er arbeidet frem. Min forståelse av bedringsprosesser, brukermedvirkning samt arbeid og psykisk helse er på ingen måte unik, men anvendte beskrivelser og utdrag kan tjene til å gi leser et innblikk i min tenkemåte og vurdering.

Når jeg nå har valgt å se på personers erfaringer fra arbeidsrehabilitering, tror jeg dette bunner ut i min antakelse om at arbeid kan være en viktig komponent til bedring for mange. Samtidig tror jeg at jeg har valgt å benytte en kvalitativ metode og intervju, for å komme litt nærmere på de positive effekttallene som gjerne beskrives ved kvantitative målinger fra IPS. Et ønske har vært å finne ut mer om hvilke erfaringer personer på Østlandet har fra deltakelse i IPS.

Arbeidsrehabilitering for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser var for meg en ukjent del av fagfeltet i forkant av denne studien. Derfor har det vært både krevende, lærerikt, spennende og nødvendig å innhente kunnskap. Selv om informasjon om arbeidsrehabilitering er innhentet i halvannet år, er likevel kun en liten del av arbeidsrehabiliteringsfeltet blitt berørt. Førstehåndsinformasjon fra personer med egenerfaring er en viktig kilde til kunnskap, og er informasjon som bør inkluderes i utviklingen av tjenester. Jeg har derfor hatt stor glede av å søke den enkelte deltakers erfaringer gjennom intervju. Min bakgrunn er en del av konteksten studien er gjort i. Som spesialsykepleier ansatt i psykisk helsevern er disse erfaringene med på å forme hva jeg observerer i intervjuene, og hva jeg søker av informasjon.

Betydningen av sosiale strukturer til støtte eller ulempe ved psykiske problemer har også vært en av mine faglige interesseområder. Min personlige holdning er at forklaringsmodeller knyttet til individet i en sosial kontekst kan være av større betydning og funksjon enn for eksempel diagnostisering og fokus på problemer eller lidelse. I 2013 var dette en av mine argumenter for å søke masterutdanning hos min arbeidsgiver. Mitt nåværende arbeidssted har antakelig inspirert denne interessen. Det har vært naturlig for meg å plassere deltakeren i sentrum og overlate ansvar og valg til personen selv, på godt og vondt. Det bør være slik at det er personen selv som best er i stand til å kjenne hvor «skoen trykker» og selv ta de mest gunstige valg for sin situasjon. I dette tenker jeg profesjonelle innen psykisk helsearbeid har en viktig rådgivende rolle, men at borgerne er best tjent med at helsetjenestene dras i retning av brukerstyring, fremfor brukervedvirkning.

3.7.3 Relevans

Selv om kravene til kunnskapsutvikling er fulgt, gir det likevel ingen garanti for at det er vitenskapelig kunnskap som er produsert. Vitenskapelig kunnskap bør bringe frem ny kunnskap, som kan anvendes til noe. Det vil variere i hvilken grad det som foreligger fra en studie er en viktig nyhet. Helsefaglig forskning er sjeldent virkelig original. Innhold og metode har gjerne vært anvendt i andre sammenhenger tidligere (Malterud, 2011).

Uttesting av IPS metoden startet i 2013. Dette ble bestilt av Helsedirektoratet og gjennomført av NAV med samarbeidspartnere, for å teste ut effekten av IPS i Norge. IPS oppsummeres gjerne i internasjonal og skandinavisk sammenheng i form av kvantitative data. De mer kvalitative erfaringene er ifølge Denhov og Topor (2012) viet mindre oppmerksomhet. Det kan være at det i dette geografiske området, tidligere ikke har vært gjort tilsvarende undersøkelse av

deltakererfaringer i et bedringsperspektiv ved avslutningen av et IPS prosjekt. Denne masteravhandlingen bidrar med et tverrsnitt av deltakernes erfaringer på et tidspunkt hvor IPS prosjektet avsluttes. Studien kan bidra med kunnskap om hva som opptar deltakerne på dette undersøkelsestidspunktet, og hva de erfarer er til støtte eller hinder for arbeidsrehabilitering i deres bedringsprosess. Separat er ikke disse funnene i denne studien unike eller spesielle.

I forkant av ferdigstilling av studien, har praksisfeltet vist interesse for studien. Tilknyttet helsepersonell, deltakere og personell fra tilstøtende etater har bedt om å få tilsendt kopi av studien. Fagorganisasjon (FO) inviterte til presentasjon av preliminaire resultater på en lokal fagdag 4 april 2017. Denne anledningen ble benyttet til å presentere funn, og motta tilbakemeldinger fra praksisfeltet på studien i forkant av ferdigstilling. De kommentarer som kom tilbake var knyttet til gjenkjennelse fra dem som arbeidet i IPS og arbeidsrehabilitering. Fagdagen «Arbeid er den beste medisin» var spesielt nyttig for å få kunnskap om arbeidsrehabiliteringsmetoder som IPS.

3.7.4 Reliabilitet

Reliabilitet er gjerne knyttet til hvorvidt et forskningsresultat er reproduserbart og knyttes også til begrepene konsistens og troverdighet. Dette retter seg gjerne mot den praktiske oppgaven andre forskere kan ha, hvis de forsøker å replikere studien. Innen kvalitativ forskning vil svarene gitt i et intervju endre seg med tid, forsker og deltakere. Svak reliabilitet i intervjuer kan for eksempel knyttes til ubevisst bruk av ledende spørsmål. Også ved transkribering kan reliabilitet knyttes til at to forskjellige forskere gjerne kommer frem til to forskjellige funn. Vilkaarlighet kan motvirkes i intervjustudier gjennom å sikre høy reliabilitet, men samtidig er det et behov for at reliabilitet ikke er til hinder for kreativ tenkning og variasjon i slike studier. Gjennom å ha frihet til å følge fornemmelser, egen intervjustil og improvisere underveis, kan kreativ tenkning og variasjon i større grad få spire og gro (Kvale & Brinkmann, 2009).

Konsistens mellom ulike undersøkelsessituasjoner er ikke relevant i kvalitativ forskning. Troverdigheten ovenfor andre forskere kan ivaretas gjennom å gjøre rede for tilgangen til data i studien og datautvikling. Det er også hensiktsmessig å diskutere metode og funn med andre forskere. Det er nødvendig med kritisk vurdering av egne resultater og til egen posisjon i studert miljø (Thagaard, 2013).

Bekreftbarhet kan være knyttet til hvorvidt funnene lar seg sammenlikne med annen forskning. Veileder har vurdert studien underveis i produksjonen, og preliminaire funn er presentert på

fagdag for personell knyttet til praksisfeltet for arbeidsrehabilitering. Tilbakemeldinger fra disse partene kan ha styrket studiens bekreftbarhet. I denne studien er egen forforståelse forsøkt presentert. Arbeidsmetode og støtteverktøy som intervjuguide er vist frem, og arbeidsmetode i intervjusituasjon, transkribering og analyse beskrevet.

3.7.5 Overførbarhet

I en positivistisk versjon av samfunnsforskningen kan man finne en søken etter lover for menneskelig adferd som kan generaliseres og gjøres universelle (Kvale & Brinkmann, 2009). En motsetning til dette er det humanistiske menneskesynet, som denne studien skrives under. Her har hver enkelt situasjon, person og fenomen en unik iboende logikk og struktur. Denne studien er skrevet i et postmodernistisk syn. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at dette innebærer at den positivistiske søken etter universell kunnskap og troen på det individuelle, er skiftet ut med troen på mangfold av kontekstavhengig kunnskap. Kontekst er dermed viktigere enn generaliserbarhet, og hver enkelt beskrivelse av et fenomen bidrar til å belyse biter av et gitt tema. Thagaard (2013) skriver at det kvantitative begrepet generaliserbarhet omtaler hvorvidt et funn kan anvendes i andre sammenhenger. Det kvalitative begrepet overførbarhet, retter seg isteden mot hvorvidt et funn har relevans utover konteksten en studie er gjort i.

Overførbarheten i denne studien er forsøkt synliggjort ved å beskrive, innsamling av data, analyseprosess, og kontekst. Her spiller også sammenstillingen mellom funn og tolkningen av disse en vesentlig rolle. Det er ikke slik at overførbarhet her vil kunne peke ut samme resultat i en annen kontekst. Beskrivelsene av fremgangsmåte kan likevel bidra til å øke forståelse for hvordan kunnskapen i denne studien er produsert, og således kunne peke ut likheter med tilsvarende studier.

KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV FUNN

Jeg vil her gjøre rede for hvilke subtemaer som ble kondensert i analysen, og presentere dem underordnet de tre forskningsspørsmålene. De fem deltakerne er anonymisert gjennom aliaser.

4.1 Hindre for å komme i arbeid

Det som ble erfart som til hinder for å komme i arbeid, var manglende støtte, midlertidig arbeid, og lidelsestrykk.

Flere beskrev håpløshetsfølelsen som oppsto ved tanken på å håndtere en arbeidsrehabiliteringsprosess på egenhånd. Før IPS beskrev mange at de var i ferd med å gi opp tanken på å kunne jobbe. En deltaker nevnte at det opplevdes frustrerende å ikke klare å skaffe praksisplass, og samtidig oppleve for lite hjelp fra det offentlige. Deltakerne beskrev den andre siden av dette, som den personlige veiledningen de erfarte som deltakere i IPS prosjektet.

En av deltakerne, Fiona, beskrev sin erfaring med tidligere manglende støtte slik:

«Jeg var litt i en frustrasjonsprosess når jeg ikke kunne finne meg en praksisplass, og ikke fikk hjelp fra NAV. Da kom plutselig det der IPS, og jeg fikk liksom redningshjelp. Nesten som en engel som kommer fra himmelen, det oppleves sånn».

Midlertidig ansettelse ble beskrevet som en fordel, da det gir jobb. Et problem med slike ansettelsesforhold var at man uten fast ansettelse, ikke oppnår stabilitet eller kontinuitet med personalstab eller arbeid generelt. Alle deltakerne beskrev at varighet av ansettelsene varierte og at det ofte var vanskelig å vite når ny jobb kunne bli tilgjengelig. Det ble beskrevet som en glede de gangene det «klaffet» slik at man igjen var i virke.

Trevor beskrev dette på følgende måte:

«Håpet er å få noe fast. Da de utlyste en stilling et annet sted i bedriften, søkte både jeg og en medarbeider på denne. Min medarbeider fikk jobben. Igjen ble vi for få personer på mitt sted, og jeg fikk jobbe videre der. Men akkurat nå håper jeg at det er noen som blir sykemeldt, slik at jeg fortsette mitt virke ved arbeidsplassen».

Deltakerne beskrev negative erfaringer knyttet til økende lidelsestrykk. En deltaker beskrev en situasjon med en tidligere arbeidsgiver som oppfordret til å gi opp arbeidslivet og melde seg som ufør hos NAV.

En annen deltaker, Enrike, eksemplifiserte en tidligere erfaring med økende lidelsestrykk slik:

«Jeg jobbet på [næringsmiddelindustri] en stund. Det var en god start det. Så gikk det litt skeis. Jeg gikk inn i en sånn psykose. Etter det sleit jeg med å jobbe.»

Deltakerne beskrev forverring av lidelse som problematisk ved oppstart i ny jobb. Dette kunne formidle et uheldig førsteinntrykk til arbeidsgiver, og begrense mulighet for videre ansettelse. Forverring ble beskrevet som et langt mindre problem etter at trygge sosiale relasjoner var etablert på arbeidsplassen.

4.2 Til hjelp for å bli værende i jobb

I det andre funnet beskrives tre subtemaer som er av betydning for å bli i et allerede etablert arbeidsforhold. Dette var tidsubegrenset støtte til både dem selv og deres arbeidsgiver, tilpasset arbeid, og mulighet for økt inntekt.

I det første subtemaet beskrev deltakerne det som utilstrekkelig å bare få hjelp til å finne arbeid. Trygghet og varighet i relasjon til jobbspesialist var betydningsfullt, og det ble beskrevet som avgjørende med støtte før, under og mellom arbeidsforhold. Deltakerne fant det hjelpsomt med emosjonell støtte i den nye arbeidshverdagen, og praktisk støtte til å skrive CV eller arbeidssøknad. Av mer avgjørende betydning var støtte til å selv håndtere utfordringer eller konflikter på jobben. Jobbspesialistens tilgjengelighet trekkes frem. Det ble beskrevet som en trygghet at jobbspesialist om nødvendig kunne ringes på kveldstid, eller bes om å stille på arbeidsplassen i løpet av uken.

Fiona beskrev betydningen av støtte over tid på denne måten:

«For å lære noe må man ha et fundament. Hvis jeg tenker; «er det riktig å gjøre sånn, er det alltid godt å kunne spørre veileder. Det burde være påbudt at veileder fortsetter å være tilgjengelig i flere år».

Deltakerne beskrev støtte fra arbeidsgiver som viktig for at de ble værende i jobb. Samlet sett handlet dette om, at det ble lettere for deltakerne å få tilpasset egen arbeidshverdag på en god måte. Både økonomisk støtte og støtte i samhandling var av betydning.

Støtte til samhandling kunne være å involvere jobbspesialist i møtevirksomhet med arbeidsgiver. Det var av betydning at jobbspesialist var tilgjengelig for arbeidsgiver ved behov. Dette kunne bidra til å løse misforståelser og konflikter. En deltaker beskriver at denne mekanismen kunne ha bakgrunn i at arbeidsgiver anser jobbspesialist som en nøytral part. Deltakeren formidlet et inntrykk av at arbeidsgiver derfor lettere hadde tillit til jobbspesialist fremfor arbeidssøkeren, og derfor lettere tok opp utfordringer før disse ble et alvorlig problem.

Enrique beskrev dette slik:

«En gang sa faktisk arbeidsgiver fra til IPS at arbeidet gikk for tregt. IPS sa det så til meg på en ganske fin måte. - En annen gang hadde sjefen snakket med veileder, og fortalt at de var fornøyd. Det ga motivasjon til å fortsette. Det har vært veldig bra. Arbeidsgivere kan på en måte slippe å tenke på måter å si ting på, for ikke å være demotiverende eller for kritiske eller noe sånt».

Økonomisk støtte til arbeidsgiver ble beskrevet som en trygghet. Dette bidro til å sikre deltakernes arbeidshverdag og var med på å forebygge, at arbeidsgiver ble unødig økonomisk skadelidende ved psykisk forverring, eller varig redusert arbeidstempo. Jobbspesialistens rolle ble beskrevet som å være en person som har kunnskap om støtteordninger. Det var ønskelig at jobbspesialist kunne bidra til å søke på ordninger som kunne være til hjelp i det konkrete arbeidsforholdet. Dette var for eksempel fritak fra arbeidsgiverperioden ved oppstått sykdom eller søknad om lønnstilskudd.

Felix beskrev dette på følgende måte:

«Det kan vel by på problemer for arbeidsgiver hvis jeg blir dårligere og ikke kan stille på jobb. Da ville det vært veldig positivt om arbeidsgiver ikke går i store tap. Så ville jeg følt det tryggere i arbeidssituasjonen».

Det andre subtemaet ble beskrevet som behov for tilpasset arbeidstid og intensitet. Alle deltakerne beskriver tilpassing av antall arbeidsdager og arbeidstid som nødvendig for å kunne stå i arbeid. Full stilling ble ikke ansett som overkommelig, da redselen for overbelastning, med

påfølgende risiko for tilbakefall ble for stor. To til fire arbeidsdager i uken var vanlig, flere dager ga behov for kortere arbeidstid. Arbeidsmengde pr uke ble beskrevet som mellom 20% og 50% for de fire som hadde nåværende eller nylig arbeidsforhold. Alle deltakerne beskriver et behov for å «hente seg inn» etter å ha vært en dag på jobben. Deltakerne beskrev at tilpassing fordret at arbeidsgiver lyttet til dem.

Trevor beskrev tilpassing av arbeidstid på følgende måte:

«Jeg jobber 50%. Jeg prøvde en stund 100% men det klarte jeg ikke. Det ble mye stress, og jeg var redd for å få tilbakefall. Så nå jobber jeg 50% fra kvart over ni, til halv to, fire dager i uken med fri på fredag».

Alle deltakerne fortalte om tidligere negativ erfaring med stor arbeidsbelastning over tid. Hensikten med tilpasset intensitet i arbeidet var å kunne fortsette å stå i arbeidet gjennom å forebygge overbelastning og psykisk forverring. Dette kunne være kortere pauser, eller mulighet til å jobbe saktere i en innlæringsperiode. Dette ble erfart å kunne bli et problem blant kollegene, da det lett kunne bli oppfattet som unnasluntring eller latskap. En løsning på dette kunne være at det forelå en helt klar avtale om arbeidets intensitet med arbeidsgiver.

Fiona beskrev dette på følgende måte:

«Jeg sier at jeg vil ha en liten pause, og de tror kanskje at jeg er lat. Denne sårbarheten er litt problematisk for meg. Slike små justeringer skal til for at jeg skal kunne fortsette å jobbe. Hvis ikke det blir tatt hensyn, og jeg sliter meg ut, så tar det lang tid for meg å hente meg inn igjen».

Det tredje subtemaet som ble erfart som til hjelp for å bli i jobb, var at arbeid kunne gi mulighet for økt inntekt. Mulighet for økt inntekt ble beskrevet som en fordel, men samtidig var det viktigere for deltakerne å forebygge mulig psykisk forverring. En deltaker uttalte at han kanskje ville ha valgt vekk arbeid, hvis det ikke kunne bidra til lik eller bedret økonomi sammenliknet med støtteordninger. Det ble også beskrevet som motiverende å ha mulighet til å jobbe ekstra hvis det var energi og overskudd til det.

Tore beskrev sine tanker rundt økt inntekt på følgende måte:

«Lønn er også en god grunn til å gå på jobb. Det er noe med dagene når man kommer hjem fra jobb: Man har tjent penger, gjort noe fornuftig, og kan glede seg til lønningen kommer. Det ville jo ikke være noe gøy å jobbe hvis en ikke hadde fått noe igjen for det».

Tilpasset arbeidstid, varighet av arbeidsdagen samt tilpasset intensitet ble beskrevet som avgjørende for å kunne tre inn i og bli i arbeidslivet.

4.3 Innvirkning på egne bedringsprosesser

Arbeid innvirket på egne bedringsprosesser gjennom å bedre døgnrytmen, bidra til opplevelse av å være til nytte, samt at det reduserte psykiske plager.

Dette hovedfunnets første subtema er at arbeid bidrar til bedre døgnrytme. Deltakerne beskrev at det er lett å bli passiv og sløv uten en jobb som driver en fremover. Tre av deltakerne beskrev døgnrytmen som bedre når de var i jobb. En deltaker beskrev at kombinasjonen arbeid og god døgnrytme, gjør at hverdagen og fremtiden ble opplevet mindre mørk og trist. Flere deltakere beskriver også økt velvære på fritiden etter jobb. Samlet sett reduserte god døgnrytme psykiske plager.

Trevor beskrev dette på denne måten:

«Uten jobb sover jeg kanskje ikke på natten, har tankekaos, blir deprimert, og da går det kanskje fra vondt til verre».

Det å være til nytte beskrives som å ha innvirkning på egne bedringsprosesser. Flere av deltakerne uttalte at arbeid ga mulighet til å se på seg selv som en samfunnsnyttig person, som bidrar fremfor en person som kun mottar hjelp fra samfunnet. En deltaker vektla at arbeid har en positiv innvirkning på selvrespekten, og beskrev arbeid som spesielt viktig for å kunne vise egne barn betydningen av å være i jobb.

Tore beskrev dette på følgende måte:

«Det er jo ikke allright, for min del i hvert fall, å være syk, ha dårlig selvtillit, og føle seg udugelig i tillegg. Det er veldig vondt. Da er det godt å være en som bidrar. At en er samfunnsnyttig, og ikke tar imot hele tiden. Gi litt tilbake igjen».

Arbeid kunne dempe ubehag fra psykisk lidelse og plager. Tilstedeværelse av meningsfullt arbeid ble beskrevet som å bedre velvære generelt, og styrket evnen til å ivareta sosiale relasjoner, for eksempel i familien. Tre av deltakerne opplevde bedring ved at arbeidet krevde deres fulle oppmerksomhet. Dette fortrenget andre tanker som ellers hadde vært til plage. En av deltakerne beskrev at psykoseplager og inntrengende tanker kunne være plagsomme i arbeidet. Gjennom å trene på å holde indre stemmer på avstand, ble evnen til å holde stemmene i bakgrunnen opparbeidet. En deltaker beskrev fysisk arbeid som spesielt ønskelig, da han opplevde psykisk velvære når kroppen ble fysisk sliten.

Trevor beskrev dette slik:

«Før var jeg mye hjemme. Jeg var redd for folk, var mye trist, og gråt mye. Jeg ønsket ikke å handle, og var heller ikke aktiv med barna. Nå stiller jeg meg, går på jobben, og trives rett og slett. Det betyr veldig mye».

Av de tre subtemaene tilknyttet innvirkningen arbeid har på egne bedringsprosesser, fremstår reduksjon av psykiske plager som mest vesentlig. Følelse av velvære, meningsfullhet og det å gjøre noe nyttig er tett vevet sammen med dette. Deltakerne er tydelige på at meningsfullt arbeid bidrar til at deres psykiske problemer i mindre grad spiller hovedrollen i hverdagen, sammenliknet med når de går arbeidsledig.

4.4 Avsluttende refleksjoner

Deltakerne beskriver erfaringer som i stor grad bærer likhetstrekk med kunnskap fra andre studier. Deltakerne hadde vært i IPS prosjektet omtrent to år på intervjudispunktet.

Tre subtemaer stikker seg ut blant hovedfunnene. Subtemaet mest til hinder for å komme i arbeid, var mangelen på personlig støtte over tid for å håndtere utfordringene i arbeidslivet. Deltakerne beskrev at dette var en av de største styrkene til IPS metoden. Subtemaet av størst betydning for å bli i arbeide, var tilpasset tid og intensitet. Dette ble beskrevet som helt avgjørende av deltakerne. I det tredje og siste subtemaet beskrives reduksjon av psykiske plager som å være blant de viktigste innvirkningene arbeid har på egne bedringsprosesser.

Deltakerne beskrev at de selv gis stor innflytelse i utviklingen av egen arbeidsrehabilitering, og at de har en betydningsfull relasjon til sin jobbspesialist. Denne relasjonen tillater dem å håndtere problemer, som ellers beskrives som problematiske å ta opp direkte med arbeidsgiver. Det

sosiale perspektivet i arbeid og de sosiale konsekvensene arbeid kan ha på privatlivet ble trukket frem av deltakerne. De beskrev også muligheten til å føle seg som en bidragsyter i samfunnet, og tre ut av en stigmatisert rolle som mottaker av tjenester.

KAPITTEL 5 DISKUSJON

Diskusjonen er delt inn i (1) Innflytelse som grunnfjell, (2) Individets bedringsprosess, (3) Arbeid som et bedringsfellesskap, (4) Bedrings skjer i en kontekst. Denne studien handler om å utvikle kunnskap om hvilke erfaringer personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser kan ha ved arbeidsrehabilitering i et IPS prosjekt. Studiens problemstilling er: «Hvilke erfaringer har personer med psykiske lidelser fra egne bedringsprosesser etter arbeidsrehabilitering i et IPS prosjekt?»

5.1 Innflytelse som grunnfjell

Innflytelse står sentralt i utviklingen og rapporteringen av denne studien. Deltakernes erfaringer er vesentlige både i utvikling og etterfølgelse av IPS-metoden (Nøkleby et al., 2017a). Målene i IPS metoden uttrykkes i flere av funnene. Dette gjelder for eksempel ønsket om tidsubegrenset oppfølging og personlig oppfølging av dem selv og arbeidsgiver. Deltakernes behov ser ut til å sammenfalle med målene i IPS-metoden. Dette trådte først frem for meg i avslutningen av analysen. Min erfaring fra denne studien, er at IPS-metoden skiller seg fra andre tilsvarende metoder med en streng metodeetterlevelse. Eksempelvis følges dette opp gjennom et måleverktøy kalt IPS-kvalitetsskala. Dette ser ut til å bidra til at arbeidsrehabiliteringen forankres i brukermedvirkning. Ikke bare skjer dette i følge deltakerne i møte med jobbspesialist, men jobbspesialistens arbeidsveiledning er bygget på tidligere forskning, blant annet på tidligere IPS-deltakeres erfaringer.

Vurderingsverktøyet IPS-Skala bidrar til etterlevelse av brukernes tilbakemeldinger (NAV & Helsedirektoratet, 2012). Dette gir innflytelse og kan kanskje bidra til å forklare at 80% av deltakerne i det nasjonale IPS-prosjektet beskrev at de var fornøyd med tiltaket (Reme et al., 2016). Midler til IPS prosjektene ble avviklet ved utgangen av 2016.

Fremtidige arbeidsmarkedstiltak bør ut i fra effekttall (Nøkleby et al., 2017b) innebære arbeidsinkludering, og IPS-metodens metodekontroll bør være et eksempel til etterfølgelse for andre aktører som ønsker å utvikle arbeidsmarkedstiltak. Strukturert anvendelse av erfaringer fra dem som best kjenner tiltakene på kroppen, burde løftes frem. Streng metodekontroll kan bidra til å løfte frem deltakererfaringer og fremme innflytelse innen arbeidsrehabilitering for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser.

Håndterbarhet kan beskrive hvorvidt en person har tilstrekkelig rådighet over ressurser for å takle de utfordringer som en er stilt ovenfor (Antonovsky, 2012). Funn i denne studien tyder på at en tilpasset arbeidshverdag kan være en forutsetning for arbeidsrehabilitering, for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Muligheten til pauser og tilstrekkelig hviletid mellom arbeidshverdagene er eksempler på dette. Innflytelse så her ut til å være nært knyttet til det å bli sett, hørt og tatt på alvor. Opplevelsen av innflytelse kan tenkes å henge sammen med at deltakerne beskriver en god relasjon til jobbspesialist. Innflytelse ble eksempelvis beskrevet som tilgangen deltakerne hadde til å velge arbeidssted, tid, hviletid og hjelp til dialog med arbeidsgiver, når deltakerne ønsket dette. Funnene i min studie tyder på at deltakerne hadde nytte av den individuelle tilpassingen som fant sted i IPS programmet.

Tilpasset arbeidshverdag kan være avgjørende for å kunne komme i og stå i arbeid. Alle deltakerne pekte på betydningen av å få skreddersøm på egen arbeidsrehabilitering.

Det kan være at det burde være krav til å anvende oppsummert forskning på individuelle erfaringer i helseutdanningene. Regjeringen forventer at høyere utdanning i Norge formidler forskningsbasert informasjon (Meld. St. nr. 16 (2016-2017), 2017). Praksis innen helsefag hviler på erfaringsbasert kunnskap, profesjonell erfaringsbasert kunnskap og teoretiske kunnskap. Den erfaringsbaserte kunnskapen knyttes til hvordan et individ erfarer en funksjonsnedsettelse i møte med samfunnet. Denne kunnskapen er også knyttet til hvordan det oppleves å møte støtte- og behandlingstjenestene. Problemet som både forskere og praksisfeltet står ovenfor er å kunne forstå hva det innebærer å ha psykiske funksjonsnedsettelser (Hummelvoll, 2010).

Oppsummert og erfaringsbasert forskning kan gi tilgang til en stor mengde personfortellinger som kan bidra til et slikt innblikk. Det er antakelig nyttig med førstepersons fortellinger samt forskning som oppsummerer slike erfaringer. Enkeltstudier og oppsummert forskning på erfaringer, kan kanskje gi et bedre overblikk over hvilke erfaringer og opplevelser personer kan ha i møte med tjenestene. Dette underbygger betydningen av at tjenestene og utdanningsstedene bør legge til rette, for at personer med erfaring fra tjenestene på forskjellige måter, kan delta i utviklingen av kunnskap og morgendagens tjenester. Kanskje bidrar dette til å sikre at det tilbudet som gis, speiler kravene borgerne har til tjenestene.

Deltakerne beskrev det som betydningsfullt at arbeid kunne bidra til økt inntekt, og til en opplevelse av å være til nytte i samfunnet. En deltaker trakk det frem som spesielt meningsfullt å

kunne vise egne barn betydningen av arbeid. Linhorst (2006) utfyller dette inntrykket med at arbeid er en viktig brikke knyttet til Empowerment for personer som erfarer psykiske lidelser. Gitt en adekvat inntekt kan inntekt være av betydning for å betale til livets opphold, kjøpe ønskede varer, men også for å oppnå selvstendighet som person. Arbeid kan også ha betydning for hvilken sosial posisjon en person har i samfunnet. Ikke minst er det et sted hvor mange knytter sosiale relasjoner, og en arena som kan påvirke en persons selvfølelse og selvidentifisering. Yrket en person har kan være med på å definere hvem personen er i samfunnet, og er et essensielt element i hvordan vi deltar og blir akseptert i lokalsamfunnet. Uten en slik sosial rolle erfarer mange et liv uten mål og mening, hvor arbeid ellers kunne være en essensiell del av bedringsprosessen for personer med psykiske lidelser (Linhorst, 2006).

Brukermedvirkning eller innflytelse i psykisk helsearbeid innebærer ikke bare at enkeltindivider skal kunne påvirke forløp knyttet til egne prosesser. Det kan også innebære å gi innflytelse gjennom organisasjoner og pasientgrupper, i undervisning og opplæring, samt på systemnivå der beslutninger tas. Hensikten med brukermedvirkning er å styrke innflytelsen som personer kan ha på egen behandling. Slik kan medvirkning endres i retning av deltakelse (Storm, Rennesund, Jensen, & Mikkelsen, 2009).

Linhorst (2006) skriver at selv om arbeid og inntekt kan settes i en ramme av Empowerment for personer med psykiske lidelser, er det likevel hindre som bidrar til at personer enten ikke kommer i jobb, eller ikke blir tilstrekkelig styrket av det å stå i arbeid. Noe av dette knyttes til motivasjonen for å komme i jobb, hvor arbeidet må veie opp fordelene med å fortsette å stå i andre former for inntekt. Dette kan for eksempel være forskjellige former for stønad. En annen grunn til manglende empowerment er mindre fordelaktige betingelser enn for andre arbeidstakere. Betingelser som personer med psykiske lidelser i større grad er utsatt for inkluderer lav lønn, avtaler som ikke inkluderer et ansettelsesforhold i bedriften, midlertidig arbeid og uønskede typer deltidsarbeid. Fremfor kun å «komme i jobb» har mange som engasjerer seg i arbeid og psykisk helse derfor tatt til orde for god lønn og permanente ansettelser med fordeler fremfor ulemper (Linhorst, 2006). En lønn som er konkurransedyktig med det øvrige arbeidsmarkedet, vil også forbedre kvaliteten på den personens liv (Davidson et al., 2010).

Deltakerne i denne studien beskriver en reell innflytelse på eget arbeidsrehabiliteringsforløp. De beskriver også IPS tjenesten som ønsket og nyttig for å kunne leve det livet de ønsker å leve.

Dette reiser en utfordring til arbeidsrehabiliteringsfeltet generelt. På tvers av metoder for arbeidsrehabilitering, burde det foreligge en metodekontroll. Dette kan bidra til at tjenestene etterlever brukerdeltakelse, og kan gi innflytelse på helse- og sosialtjenestene generelt, og utvikling og gjennomføring av arbeidsrehabilitering spesielt. Karlsson og Borg (2013) skriver at tjenestene i særlig grad må få frem erfaringsbasert kunnskap. De peker også på utfordringen for tjenestene innen forskning, i å hente frem konkrete forhold knyttet til arbeidslivserfaring, og til hva som bidrar til å få og beholde arbeid.

Denne studien peker på at IPS-metoden er et viktig bidrag i det å sikre deltakerne innflytelse over egne tjenester. Linhorst (2006) skriver at empowerment for personer som erfarer psykiske lidelser også kan skje gjennom forskning. Deltakererfaringer kan utdype det som oppleves viktig, og bidra til å evaluere og forbedre helse og sosialtjenestene. Graden av brukerinvolvering strekker seg fra det å være deltaker i en studie, til å være i et partnerskap med en forsker, til selv å delta som forsker eller leder i en studie. Empowerment fremmes best der personer med egenerfaring selv deltar som forsker i en studie. Samtidig er det likevel ikke ubetydelige krefter i det å kunne formidle sin historie som deltaker, og være med å påvirke utviklingen av tjenestene (Linhorst, 2006). Arbeidsrehabilitering spesielt og tjenestene generelt bør sikre at støtte tilbys godt festet til et grunnfjell av innflytelse, gjennom å implementere erfaringsbasert kunnskap. Funnene i denne studien kan tyde på at tjenestene i likhet med IPS-metoden bør strekke seg nærmere brukerstyring enn brukerdeltakelse. Det kan være det er det som skal til for å sikre gode og varige arbeidsrehabiliteringsprosesser for arbeidssøkere som erfarer moderate til alvorlige psykiske lidelser.

5.1.1 Metodeetterlevelse

De fem deltakerne beskriver at IPS-tjenesten har vært et stort skritt i retning av mellommenneskelighet i tjenestene. Dette kan bunne ut i den personlige oppfølgingen som fordres av IPS. Det kan være at den strenge metoden i IPS gjør at tidligere deltakeres ønsker i IPS, speiles i nåværende anvendelse av metoden. Det kan være at dette er viktige bidrag inn mot deltakernes opplevelse av arbeidsrehabiliteringen. Samme tiltak kan gi forskjellig effekt. NOU 2012:6 (2012) underbygger betydningen av metodeetterlevelse, og skriver at det kan være avgjørende med kvalitetssikring, for å sikre hvordan den enkelte tiltakene gjennomføres i praksis.

IPS fordrer høy grad av metodeetterlevelse. I helsetjenestene eksisterer liknende modelltrofaste behandlingstilbud rettet mot helsehjelp til personer med samtidige og langvarige rus- og

alvorlige psykiske lidelser. Rundt om i Norge er ACT (Assertive Community Treatment) metoden tatt i bruk, blant annet gjennom ROP prosjektene og tilhørende ROP-team. Noe av kjernen i ACT er at praksis bør følge 46 faste elementer definert i metoden. Et likhetstrekk mellom ACT-modellen og IPS-metoden er at brukermedvirkning både er helsepolitisk forankret, og en del av måleverktøyene som kontrollerer for modelltrofasthet. Måleverktøyene anvendes av forskere for å sammenlikne helsehjelpen med andre tjenester (Aakerholt, 2010). I fagfeltet har det vært fremmet usikkerhet rundt hvordan modelltrofasthet kan innvirke på brukermedvirkning. Stokmo, Ness, Borg, og Sommer (2014) intervjuet helsearbeidere i to ACT-team i Norge, og fant at modelltrofasthet førte til en human, holistisk og dynamisk arbeidspraksis med tyngde på brukermedvirkning. I min studie beskrev deltakerne en høy opplevet grad av brukermedvirkning og kontroll over egen arbeidsrehabilitering. Disse studiene kan tyde på at både helsearbeidere og deltakere i tjenestene kan erfare at modelltrofasthet kan styrke brukermedvirkning. Dette kan ha sammenheng med at ACT og IPS- tjenestene aktivt vurderes av eksterne tjenester og forskere for hvorvidt kvalitetspunktene for brukermedvirkning etterfølges.

Meningsfullhet handler om i hvilken grad livet eller hendelser gir mening rent følelsesmessig. Dette innebærer ikke en ren kognitiv forståelse av at noe kan være meningsfullt, men snarere en grunnleggende følelsesmessig respons som individet kan engasjere seg følelsesmessig i (Antonovsky, 2012). Funn og teori i denne studien kan tyde på at det er de enkle praktiske handlingene og de gode mellommenneskelige møtene, som danner kontekst for en god opplevelse av helse og sosialhjelp. Men kanskje skal ikke metode heller undergraves, den tid dette er en viktig ramme i IPS. Metode og samtidig håndtering av mellommenneskelige møter virker å henge sammen. I denne studien ser det ut til at den høyst strukturerte IPS metoden og godt samarbeid med jobbspesialistene erfares som både nyttig og virksomt for å komme ut i arbeid.

IPS metoden er til dels basert på tidligere deltakeres erfaringskunnskap. Dette er det ikke alle metoder for arbeidsrehabilitering som er. Det er her ønskelig å peke på det gapet som kan oppstå mellom en teoretisk fundert metode, og erfaringene personene i denne studien beskriver i møte med klinikere som skal praktisere en bestemt metode. Karlsson og Borg (2013) peker på betydningen av likeverd, samarbeid og anerkjennelse. De skriver at selv om det foreligger en asymmetri i relasjonen mellom hjelper og den som søker hjelp, er de fortsatt to likeverdige personer. Videre at hjelp-hjelper relasjonen er basert på et samarbeid hvor hjelperen kan legge til rette for at personens egne ressurser kan få virke. Til sist beskrives anerkjennelse, hvor selvet og

selvstendigheten utvikles i møtet med andre personer, særlig i nære relasjoner (Karlsson & Borg, 2013). Deltakernes beskrivelser av det mellommenneskelige møtet fremstår som viktige. De beskriver nytten av at den betydningsfulle profesjonelle har tid til å se dem, følger dem over tid, og lytte til deres behov.

Deltakerne beskriver i min studie gode mellommenneskelige møter med sine jobbspesialister. Jeg sitter igjen med et grundig og godt inntrykk av ressurspersonene som har deltatt i IPS prosjektet både fra NAV og fra behandlersiden på DPS. Dette kan være et uttrykk for at IPS personellet har klart å finne en god balanse, mellom metodemanual og betydningsfulle mellommenneskelige relasjoner i arbeidsrehabiliteringen. En av erfaringene jeg sitter igjen med fra denne studien, er betydningen av at en metode er forankret i innflytelse fra borgerne som selv har kjent tiltakene på kroppen.

5.2 Individets bedringsprosess i en arbeidskontekst

I denne studien er lidelsestrykk beskrevet av deltakerne som til hinder for å komme ut i og stå i arbeid. Bedret døgnrytme og dempet psykisk ubehag ble beskrevet som fremmende for å kunne stå i arbeid.

Borg (2009) skriver at de beste vilkårene for å oppnå bedring, gjerne kommer ved deltakelse i de vanlige samfunnsarenaene, slik som ved arbeid. Borg skriver at hverdagslivsperspektiv i forskning kan innebære et fokus på tilsynelatende trivielle ting, hvis disse beskrives som viktige for bedring, av personer med alvorlige psykiske lidelser.

Funn i min studie kan tyde på at arbeid kan oppleves å være en god hjelp på vei tilbake til stabil døgnrytme, redusert lidelsestrykk og mindre ubehag. Dette fremmer blant annet velvære og sosiale aktiviteter med familie og venner utenom arbeidstiden. Deltakerne beskriver betydningen arbeid har for å kunne oppleve seg selv som en bidragsyter, og hvordan dette oppleves å innvirke på selvfølelse og sosial status. I lys av at bedring også er en sosial prosess, kan dette tenkes å underbygge bedringsprosessen den enkelte gjennomgår. Borg (2009) skriver at bedringsprosesser for hennes deltakere handlet om å leve sine vanlige liv, og de beskrev det som viktig å bli sett på som en person i en hverdagssammenheng.

Deltakerne i min studie beskrev egen bedringsprosess i arbeid som både krevende og givende. Enkelte beskrev utfordringer i det å håndtere eksempelvis psykose eller stemmer på

arbeidsplassen. Lexen, Hofgren, og Bejerholm (2013) fant at for å håndtere effekter av lidelse var det enkelte deltakere som valgte å skjule at de ikke hørte stemmer på arbeidsplassen. En deltaker i deres studie beskrev det som negativt å fortelle om egne psykiske utfordringer til kollegaer, da dette etter hans erfaring ikke kunne gi positive konsekvenser.

Deltakerne beskrev at stadige skifter mellom midlertidige ansettelse representerte en vesentlig sosial usikkerhet for dem. Dette faller på linje med Lexen et al. (2013) som utdyper at de sosiale kravene som kunne fortone seg som hindre, var evnen til å samarbeide, det å kunne småprate, være fleksibel, samt det å raskt kunne tilpasse seg sosiale krav. -Funn i min studie kan tyde på at arbeid er verdifullt for bedring, men at deltakelse i arbeidslivet mister nytteverdi hvis det leder til en forverring av psykisk lidelse. Det ble beskrevet som et mål å forebygge tilbakefall og overbelastning. I likhet med dette fant Fossey og Harvey (2010) at arbeid i seg selv var av betydning, men at denne betydningen varierte. De fant også at det var avgjørende med strategier for å opprettholde jobb og mental helse. I tillegg beskrev de at disse strategiene bidro til vedvarende og aktiv selvkontroll.

5.3 Arbeid er et bedringsfellesskap

Betydningsfulle hjelpere ble i denne studien fremmet som både til hjelp for å komme i og for å stå i arbeid. Manglende støtte ble beskrevet som til hinder for å stå i arbeid. Det at arbeidstaker støttes over tid, samt opplevelsen av å være til nytte, ble beskrevet som til hjelp for å stå i arbeid.

Den sosiale delen av bedringsprosessen fremstår betydningsfull for deltakerne. Dette trådte ikke frem under intervju, transkribering, eller ved tekstkondensering. Det trådte først frem etter at kondensert tekst og analytisk tekst avslutningsvis ble holdt opp mot opprinnelige transkripsjoner. Dette har resultert i begrepet bedringsfellesskap. Samlet sett ser det ut til at jobbspesialistene erfares å være viktige støttepersoner for deltakerne. I intervjuene ble det spurt hvilke personer som var til størst hjelp hvis det oppsto problemer. Alle deltakerne pekte gjentatte ganger ut jobbspesialist, fremfor nære venner eller familie som en betydningsfull støtte knyttet til arbeid. Dette bekreftes til dels av Lexen et al. (2013) som finner at støtte fra IPS-nettverket var av betydning, og ble regnet som en positiv faktor i seg selv. Men de fant i tillegg at de viktigste støttespillerne utover dette var familie, venner, kollegaer eller andre personer ansatt innen psykisk helsearbeid. Det ble oppfattet som viktigere at IPS- jobbspesialist støttet ved konflikter på arbeidsplassen, enn å få støtte av arbeidsgiver og kollegaer til å tåle omstillingen til en ny

hverdag og nye arbeidsoppgaver (Lexen et al., 2013). Fokus i denne delen av drøftingen er derfor relasjonen til den betydningsfulle profesjonelle.

Begripelighet er kanskje den opprinnelige komponenten i begrepet, opplevelse av sammenheng (OAS). Begripelighet vil gi en person en opplevelse av stimuli som forståelig, velordnet, sammenhengende, strukturert og klar. Der begripelighet reduseres, vil stimuli isteden fremstå som støy, kaos, uorganisert, tilfeldig, uventet, eller uforståelig (Antonovsky, 2012). Slik deltakerne er tolket i denne studien, har jobbspesialist og annet helse- og sosialpersonell en betydningsfull rolle. Alle deltakerne beskrev jobbspesialistene som empatiske og kunnskapsrike støttespillere av stor betydning for arbeidsrehabiliteringen. Dette er på linje med større studier hvor betydningsfulle profesjonelle beskrives som en kritisk komponent i rehabiliteringsprosessen (Kinn et al., 2014).

Bedringsprosesser beskrives ikke bare som et anliggende for individet, men som noe som skjer som en del av en sosial prosess. Betydningen av sosial støtte bekreftes også av Ottawa charteret (World Health Organisation, 1986). Det at deltakerne beskriver jobbspesialistens rolle som betydningsfull, kan tyde på at jobbspesialistene i det lokale IPS prosjektet, har hatt fokus på utvikling av relasjoner og sett betydningen av sin profesjonelle rolle som medhjelper. Dette pekes også på av Denhov og Topor (2012) som skriver at den betydningsfulle profesjonelle erfares å være avgjørende for utfallet av en arbeidsrehabiliteringsprosess, for personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette gjelder både om den er god, eller om den er av negativ karakter. Ljungberg, Denhov, og Topor (2016) undersøkte hva personer som erfarer alvorlig psykisk lidelser opplever er kjennetegnene på ikke-hjelpsomme relasjoner. Deres deltakere beskrev dette i hovedsak som en motsetning mellom organisering og relasjon. Ikke-hjelpsomme profesjonelle ble beskrevet som pessimistiske, paternalistiske og respektløse. Manglende kontinuitet, lite tid og tvang, ble beskrevet som kontekstuelle faktorer som hindret gode relasjoner. I tillegg til å være til hinder for gode relasjoner, fremmet disse ikke-hjelpsomme elementene økt lidelse, håpløshet og personlig vekst. De pekte på kvaliteten på relasjonen mellom fagpersonen og deltakeren. Varighet eller stabilitet i relasjonen, den følelsesmessige konteksten og samhandlingen mellom dem ble beskrevet som betydningsfull av deltakerne (Ljungberg et al., 2016).

I lys av bedringsprosesser, peker Patricia Deegan (1988) på at en person ikke «blir rehabilitert» men i stedet starter en prosess som ansvarliggjør personen i eget rehabiliteringsprosjekt.

Deltakerne som ble intervjuet i denne studien, var en del av et prosjekt med begrenset varighet. Alle formidlet bekymring over det å bryte av en ønsket og funksjonell relasjon til den betydningsfulle profesjonelle helperen. At det kan bli mange profesjonelle i møte med systemene for noen arbeidssøkere er kjent fra tidligere (Jonassen & Borg, 2013) Deltakerne gir uttrykk for at det er betydningsfullt med varige profesjonelle relasjoner. Dette bekrefter tidligere kjent kunnskap om betydningsfulle profesjonelle relasjoner. Det å skulle tilby varighet i profesjonelle relasjoner kan fortsatt være en viktig utfordring for helse- og sosialfeltet. Erfaringskunnskap om den profesjonelle relasjon, bør være en del av kunnskapsgrunnlaget for personell som deltar i arbeidsrehabilitering.

Deltakerne beskrev negative faktorer som høy arbeidsbelastning og negative kollegiale miljøer. Varigheten av arbeidsforholdet dempet enkelte ulemper over tid. Men det er også ulemper som rapporteres av deltakerne som økte med varigheten av arbeidsforholdet. Sosialt samspill ga utfordringer på arbeidsplassen. Dette gjaldt spesielt det å møte nye personer, og ble rapportert av deltakerne å bli en gradvis mindre utfordring etter hvert som de ble kjent på arbeidsstedet. Begrensninger som vedvarte var; angst ved pendling, redsel for ikke å komme til tiden og redsel for å bli stigmatisert. Mange var redd for å måtte avsløre og redegjøre for seg og sin situasjon til kollegaer eller leder. Det var betydningsfullt for deltakerne å kunne velge om de ville fortelle om sin lidelse eller ikke. Dette er på linje med funnene til Lexen et al. (2013). De fant også at det ble erfart som kritisk at IPS-personell hjalp til å håndtere hvor selvavslørende man burde være. Begrensninger som vedvarte og økte i deres studie var situasjoner med økende stress og progredierende redusert utholdenhet hvor deltakerne til slutt følte seg utmattet (Lexen et al., 2013).

Det kan være at andre arbeidsrehabiliteringstjenester på linje med IPS, bør ha større fokus på å støtte deltakerne i hele arbeidsrehabiliteringsprosessen. Deltakerne beskriver sine erfaringer med andre enkelte metoder, hvor tiltakene strekker seg frem til der hvor man er kommet i arbeid. De er også tydelige på at dette ikke er tilstrekkelig. Det er et vesentlig behov å opprettholde støtte på arbeidsstedet og mellom ansettelser. For å anvende Kinn et al. (2014) sin metafor, så beskriver deltakerne under funnet «Arbeidstaker støttes over tid» at det ikke er tilstrekkelig at man bare blir sendt ut på isen gang etter gang, men man må også få støtte og bli trent den tid man er utpå.

Selv om arbeid kan anses som utfordrende av de fleste til tider, vil arbeid for noen være en grunnleggende komponent i det å få tilbake eget liv, også for personer med moderate til alvorlige

psykiske lidelser. Davidson et al. (2005) skriver at meningsfulle aktiviteter som arbeid, bidrar til å bekjempe isolasjon, ensomhet og lediggang. Arbeid kan underbygge muligheten til å sosialisere seg og få nye venner. Utvikling av nye ferdigheter i arbeidet henger sammen med alburommet man som arbeidstaker blir gitt til å prøve ut nye ting, uten at man feiler eller avvises av den grunn. En styrkende bedringsprosess kan også knyttes til utviklingen av en positiv sosial rolle, hvor andre er i behov for hjelpen man gir, eller at man føler seg verdsatt.

Elementer som i stor grad påvirker opplevelsen av sammenheng er i hvilken grad en person opplever stressfaktorer eller motstandsunderskudd, samtidig med motgang eller belastning. Visse ressurser bidrar til motstand mot stress. Dette kan være tilgang på penger, familie og venner, religion, sterkt ego, samt sterk tilhørighet i et nettverk (Antonovsky, 2012). Dette kan også være støtte til arbeidssøkeren for å mobilisere tilstrekkelig motstandsressurser i en skiftende og krevende arbeidshverdag. Dette kan være en bekreftelse på at tjenestene bør holde fokus på å støtte personer gjennom hele arbeidsforholdet. Utfordringene med å stå i en arbeidsrehabiliteringsprosess for personer med psykiske lidelser, har bare så vidt begynt når arbeidsavtalen er inngått. Mye kan tyde på at deltakerne erfarer sitt møte med arbeidslivet svært forskjellig, men alle beskriver store utfordringer knyttet til å mestre lidelsestrykk, samtidig med at de skal håndtere den nye hverdagen.

Deltakerne beskrev betydningen av en åpen og god relasjon til sin jobbspesialist. De var fornøyd med mulighetene jobbspesialisten ga og gjentok flere ganger betydningen deres personlige kontakt fra IPS hadde for dem. De beskrev at en av styrkene i å ha en slik god relasjon, var tilgangen dette ga til å ta opp vanskelige saker knyttet til arbeidet. Dette kunne være spenninger mellom dem selv og kollegaer, arbeidsgiver, men også i selve relasjonen til jobbspesialist. Deltakerne beskrev positive opplevelser og utfall etter å ha tatt opp og diskutert utfordringer i et løsningsorientert felleskap. Deltakerne beskrev den hjelpende profesjonelle som spesielt verdifull gjennom å være tilgjengelig når de trengte det som mest. Det kunne være via telefon på kveldstid, eller det å komme på arbeidsplassen og bistå når det var behov for å løse opp i konflikt. Deltakerne presiserte at det ikke var behov for dette ofte, men det ble opplevet som viktig å ha denne muligheten når behovet meldte seg.

Funnene i denne studien underbygger betydningen av at den betydningsfulle profesjonelle går utover de arbeidsoppgaver brukeren forventer. Dette sammenfaller med Topor og Denhov (2015) sine funn om at profesjonelle som går ut over den tjenesten som deltakeren forventer, gjerne

erfares som de beste hjelperne. Dette inkluderer et skifte fra profesjonell til personlig hjelp og forsterker opplevelsen av endring i relasjonen mellom hjelper og deltaker. Dette beskrives som en gjensidighet mellom partene, og beskrives i deres studie å stå i kontrast til holdningene i de tradisjonelle helse- og sosialtjenestene (Topor & Denhov, 2015).

Det er kjent at psykisk lidelse kan påvirke arbeidsevnen, og at stresset som oppstår ved sosial integrering på ny arbeidsplass reduseres ettersom man har vært i arbeidet over tid (Lexen et al., 2013). Deltakerne i min studie bekrefter dette, og beskriver oppstart i nytt arbeide som utfordrende og tidvis vanskelig. Dette kan tyde på at utplassering direkte i arbeidslivet både bidrar til nyttig arbeidserfaring fra sosiale aspekter ved arbeidslivet, men også kan bidra til stor belastning i oppstartfasen av arbeidet. Deltakerne beskrev utfordringer spesielt knyttet til det å bli kjent med mange nye personer, og at denne problemstilling ble forverret av stadig skiftende midlertidige arbeidsforhold. Nøyaktig hva som skapte dette ubehaget ble ikke problematisert i intervjuene, men Lexen et al. (2013) skriver at det i deres studie var variasjon i om arbeid ble oppfattet som positivt eller negativt. På den negative siden bidro arbeid til konflikterfaring. Særlig fremmet deltakerne at de ofte følte seg i et spenn mellom aksept og eksklusjon på arbeidsplassen. Noen var redd for å bli ekskludert fra fellesskapet på grunn av stigmatisering ovenfor en person med psykisk lidelse. Ovenfor arbeidsgiver var det også vanlig å ha bekymring knyttet til om man ville oppnå suksess i arbeidet, eller feile i gjennomføringen av praktiske oppgaver (Lexen et al., 2013).

Denne studien kommer frem til at det relasjonelle er av betydning. Dette er i seg selv ikke et nytt funn. Derimot står dette som en bekreftelse på at det å legge til rette for trygge og varige relasjoner fortsatt er av betydning for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser som deltar i arbeidsrehabilitering.

5.4 Bedring skjer i en kontekst

I denne studien ble midlertidig ansettelse beskrevet som til hinder for å bli i arbeid. På en annen side var dette også til hjelp for å komme ut i virke. Mulighet for økt lønn, at arbeidet er tilpasset, og støtte til arbeidsgiver beskrives som til hjelp for å bli i arbeidet. Deltakerne beskriver egen innflytelse som sentral for å komme i, og bli i arbeid. Denne studien tyder på at det finnes kontekstuelle faktorer av særlig betydning. Konteksten rundt arbeidssøkerne består av mange fenomener som helt eller delvis er utenfor den enkeltes kontroll, men som er av avgjørende

betydning for å mestre den nye arbeidshverdagen. Ottawa charteret peker på at det er nødvendig å tilpasse ytre miljøbetingelser der psykisk støtte tilbys (World Health Organisation, 1986).

Deltakerne beskrev et absolutt behov for å få tilpasset både tid og tempo i arbeidshverdagen. Dette for å sikre varig deltakelse i arbeidslivet, samt forebygge tilbakefall. Jobbspesialisten ble beskrevet som en viktig ressurs for at deltakerne kunne be om nødvendig tilpasning på arbeidsplassen. En deltaker beskrev at det kunne virke som at arbeidsgiver i større grad hadde tillit til en objektiv part, og pekte ut jobbspesialistens rolle i møte med arbeidsgiver. Ved manglende tilpasning ble deltakelse i arbeidslivet i seg selv beskrevet som et hinder for en god bedringsprosess. Kinn et al. (2014) skriver at «Tydelige roller og ansvar» og «Miljøfaktorer» er av betydning for å bli i arbeid.

Funn i min studie kan tyde på at arbeid kan være en ressurs i en bedringsprosess, men ved manglende tilpasning også være en belastning og en byrde. En deltaker eksemplifiserte dette med at han i et tidligere arbeidsforhold, allerede første dagen ble satt til fysisk krevende arbeid. Han fortalte at han svimmet av etter noen timer med arbeid, og arbeidsforholdet endte med forsøket. En annen deltaker peker ut et ønske om å få lov til å være en ressurs for arbeidsgiver, men at overdreven velvilje lett kunne føre til overbelastning og langvarig restitusjonsbehov. Funnene peker på at det er fordelaktig med et jevnt tilpasset arbeidstempo. Arbeid med for høy intensitet, for lang varighet eller for hyppig, kan lett gi behov for lange perioder med restitusjon eller sykemelding.

Fossey og Harvey (2010) fant at det er til hjelp med forskjellige støtteformer både på arbeidsplassen og andre arenaer. De fant også at systemutfordringer kan bidra til de allerede eksisterende hindre, og at økt inntekt var av betydning. De finner at deltakerne vektlegger å forebygge tilbakefall, fremfor å øke inntekt. Dette virker å sammenfalle med funn i min studie hvor deltakerne vektlegger betydningen av å forebygge tilbakefall gjennom tilpasset arbeid fremfor muligheten til å øke inntekten.

Tilpasset arbeid handlet i stor grad om en mulighet til å leve et ønsket liv både på arbeidsplassen og på fritiden. For å få til dette beskriver en deltaker behovet for en gjensidig plan for tilpasning av arbeidet som arbeidsgiver kan akseptere. Arbeid annenhver dag, kunne bidra til tilstrekkelig hvile mellom arbeidsslagene. En annen deltaker beskriver at det er helt nødvendig for ham å få rutinepreget arbeid for å mestre arbeidet. For mange nye inntrykk ville være overveldende.

Sammen med jobbspesialist ble rutinepreget arbeid avtalt sammen med en arbeidsgiver. I kombinasjon med spredte arbeidsdager og redusert arbeidstid pr dag, beskrev deltakerne dette som gode forutsetninger for å på nytt forsøke å tilpasse seg rollen som arbeidstaker. Dette sammenfaller med studien til Lexen et al. (2013). De fant at deltakerne erfarte behov for å planlegge og organisere aktiviteter, men i tillegg var det nyttig å redusere omgivelsenes krav til effektivitet. De fant også at det var betydningsfullt å ha en god balanse mellom arbeidstid og fritid. I tillegg fant de at deltakerne ønsket å veksle mellom komplekse og enkle arbeidsoppgaver, samt tilpasse arbeidshastighet.

Blant de største hindrene for gode bedringsprosesser er kompliserte tjenester med manglende skreddersøm (Ness et al., 2014). Behovet for støtte gjelder vel så mye arbeidsgiver som arbeidstaker. Deltakerne erfarer at det er verdifullt for deres arbeidsgivere å ha med en jobbspesialist, for å veilede og underlette prosesser med å søke om offentlig støtte og tiltak. Deltakerne beskrev at jobbspesialist hadde bidratt til avgjørende søknader som minimerte arbeidsgiver risiko for å tape penger på ansettelsen. En deltaker beskrev også at arbeidsplassen var blitt bestykket med hjelpemidler, for å legge til rette for gode arbeidsdager på tross av funksjonsnedsettelse.

Midlertidig arbeid beskrives i denne studien som til dels et hinder og til dels en fordel. Becker og Drake (2003) skriver at som arbeidstakere generelt, vil personer med psykiske lidelser flytte til bedre arbeidsplasser, slutte i arbeid de ikke liker, bli permittert under nedskjæringer, eller bli sagt opp når ting ikke utvikler seg slik som forventet. I min studie oppdaget jeg i intervjuene noe som har trådt frem som en særlig nyttig ramme i IPS. Dette var hvordan avsluttede arbeidsforhold rammes inn som en nyttig erfaring. En av grunnpilarene i IPS er at avsluttede arbeidsforhold kan rammes inn i en positiv kontekst. For hver jobberfaring har deltakeren og jobbspesialisten fått lære noe nytt om behov og ønsker. Slik kan erfaringene være med å utvikle preferanser og endringer for hvordan den neste jobben skal utføres eller bli. Avsluttede arbeidsforhold blir da en unik mulighet til å lære om egne reaksjoner i arbeidslivet, og ta med seg kunnskapen inn i tilpassing til det kommende arbeidsforholdet. Der kortvarige eller midlertidige arbeidsforhold kan erfares som en ulempe, beskrives dette samtidig å kunne gi verdifull erfaring, som kan benyttes inn mot kommende arbeidsforhold.

5.5 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Arbeidsmarkedstiltak av typen «Place, then train» kan erfares som hjelpsomme i egen bedringsprosess. Funn og anvendt teori i denne studien tyder på at IPS erfares som en nyttig arbeidsrehabiliteringsmetode av personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Arbeid kan både være til fordel og til ulempe i den enkelte sin bedringsprosess. Individuelt tilpasset arbeid kan bidra til økt livskvalitet og til å dempe plager fra psykisk lidelse. Individuell tilpassing av arbeidstid, varighet og intensitet ser ut til å være avgjørende for å kunne komme i, og for å fortsette å kunne stå i arbeid. For å få til tilstrekkelig skreddersøm for den enkelte, virker innflytelse på egen arbeidsrehabilitering å være av stor betydning.

Den betydningsfulle profesjonelle kan ha en avgjørende rolle for arbeidssøkere med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Funn i denne studien tyder på at deltakerne erfarte relasjonen til egen jobbspesialist som viktig i arbeidsrehabiliteringsprosessen. Deltakerne beskrev at jobbspesialisten i IPS hadde en viktig støttende rolle, både overfor dem selv som arbeidssøkere, men også overfor deres arbeidsgivere. Vedvarende støtte til å håndtere løpende utfordringer i arbeidshverdagen ble trukket frem som spesielt nyttig.

Deltakerne i denne studien ønsket seg at IPS metoden ville bli videreført ved en senere anledning, da denne fremsto som både hjelpsom og nyttig. En indikasjon på dette kan kanskje ligge i Reme et al. (2016) sin sammenfatning av data fra IPS-prosjektene. Denne er gjort etter prosjektenes ferdigstillelse, og peker på at IPS-metoden mest sannsynlig er samfunnsøkonomisk lønnsom der deltakerne står i arbeidslivet utover to år. Samtidig tyder teori og empiri på at IPS metoden med sin samordning av helse og sosialtjenestene, er blant de nåværende viktigste bidragene til arbeidsrehabiliteringsfeltet, for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Også funn i denne studien tyder på at IPS-metoden erfares som et nyttig og viktig bidrag både for å komme i, og for å stå i arbeidslivet. Hvis disse dataene vektlegges betydning ved utvikling av tjenester for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser, kan det være at enten den spesifikke IPS-metoden, eller liknende metode vil bli anvendt i praksis i fremtiden.

5.5.1 SPØRSMÅL TIL VIDERE FORSKNING

Der denne studien vektlegger at forskjellige støttende faktorer er av betydning, ser den ikke nærmere på hvordan tiltakene i tjenestene bør utformes for å styrke innflytelse. I fremtidig forskning kan det være nyttig å se nærmere på hvordan tjenestene best kan legge til rette for høy

grad av innflytelse og brukermedvirkning ved arbeidsrehabilitering for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Innhenting og systematisering av individuelle data kan være et nødvendig supplement til de oftere anvendte gruppebaserte data.

I videre forskning kan det også være av interesse å innhente kvalitative data fra arbeidsgivere om hva de erfarer er til hjelp i møte med IPS som arbeidsrehabiliteringsmetode. Det kan være av særlig betydning å undersøke hva arbeidsgivere tenker er viktig for å komme i arbeid og bli stående i arbeid. Det kan også være av interesse å følge deltakere i IPS over en periode på mer enn to år, for å undersøke hvordan arbeid bidrar til rehabilitering over lengre tid.

KAPITTEL 6 AVSLUTNING

I denne studien beskriver fem deltakere i et IPS-prosjektet på Østlandet hvordan det kan være å komme tilbake til arbeidet. Selv om effektstudier viser at IPS bidrar til å øke antallet personer som kommer ut i og blir stående i arbeid, er det fortsatt mange som ikke kommer ut i arbeid. Funn og kommentarer ført i denne studien tar utgangspunkt i den positive merverdien som deltakerne formidler knyttet til IPS-metoden, og at denne arbeidsrehabiliteringsmetoden ikke videreføres alle steder hvor den har vært testet ut. Studien er derfor både en undersøkelse av hvilke erfaringer deltakerne har fra arbeidsrehabilitering i IPS, men også en kommentar til hvilke komponenter i IPS-metoden deltakerne selv erfarer som støttende.

Deltakernes erfaringer var i stor grad knyttet til et ønske om å sikre muligheten til å stå i arbeid, på tross av de utfordringer som lidelse og psykiske problemer ga. Studiens viktigste funn pekte på betydningen av at (1) IPS-metoden ga personlig og varig oppfølging av deltaker og arbeidsgiver, før, under og mellom ansettelser. (2) At arbeidstid og arbeidets intensitet var tilstrekkelig tilpasset, hvilket muliggjorde deltakelse i arbeidslivet gjennom å forebygge tilbakefall. (3) Til sist beskrev deltakerne det som viktig for dem at deltakelse i arbeidslivet kunne redusere plager fra psykisk lidelse. Studiens drøfting understreker betydning av trygge relasjoner og verdien av at personell strekker seg utover det som forventes av deltakerne. Betydningen av innflytelse i alle ledd av helse- og sosialtjenestene understrekes av deltakerne i denne studien. I likhet med befolkningen for øvrig, er personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser best tjent med en høy grad av innflytelse på egne tjenester. Personer som tar i bruk helse- og sosialtjenester eller erfaringsformidlere med tilsvarende kompetanse, bør kunne møte helse- og sosialpersonell som likeverdige deltakere og delta i utformingen av egne tjenester.

KAPITTEL 7 LITTERATURLISTE

- Aakerholt, A. (2010). ACT-håndbok Hentet fra <http://rop.no/media/Dokumenter/act-haandbok>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Trans.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet, & Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse : strategiplan 2007-2012*. Oslo: Departementenes servicesenter, Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategiplan-for-arbeid-og-psyk/id546573/>.
- Arbeidsdepartementet, & Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)*,. Oslo: Departementenes servicesenter, Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/oppfplanarbogpsykhelse.pdf?id=2155420>.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (2003). *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., & Rinaldi, M. (2015). Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 69(1), 57-66. doi: 10.3109/08039488.2014.929739
- Bjaarstad, S., Trane, K. A. R., Hatling, T., & Reinertsen, S. (2014). Nye trender innen arbeid og psykisk helse - sett i sammenheng med recovery. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(03), 232-240.
- Blank, A., Harries, P., & Reynolds, F. (2011). Mental health service users' perspectives of work: a review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 191-199. doi: 10.4276/030802211X13021048723336
- Bondevik, H., & Bostad, I. (2003). *Tenkepauser : filosofi og vitenskapsteori*. Oslo: Akribe.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46(5), 452-459.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2008). Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability & Society*, 23(5), 511-523. doi: 10.1080/09687590802177072

- Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bull, H., & Lystad, J. U. (2011). Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 733-738.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi: 10.1002/14651858.CD003080
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177-201.
- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry : Lessons Learned*. Hoboken, GB: John Wiley & Sons, Incorporated.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. doi: 10.1037/h0099565
- Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417-424. doi: doi:10.1177/0020764011406811
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp : om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforl.
- Fossey, E. M., & Harvey, C. A. (2010). Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 303-314 312p. doi: 10.2182/cjot.2010.77.5.6
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse : strategiplan 2007-2012, Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012090408005
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten Veileder / Helsedirektoratet,
- Hummelvoll, J. K. (2010). Praksisnær Forskningsetikk. I A. Lyberg, E. Andvig & J. K. Hummelvoll (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal akademisk.

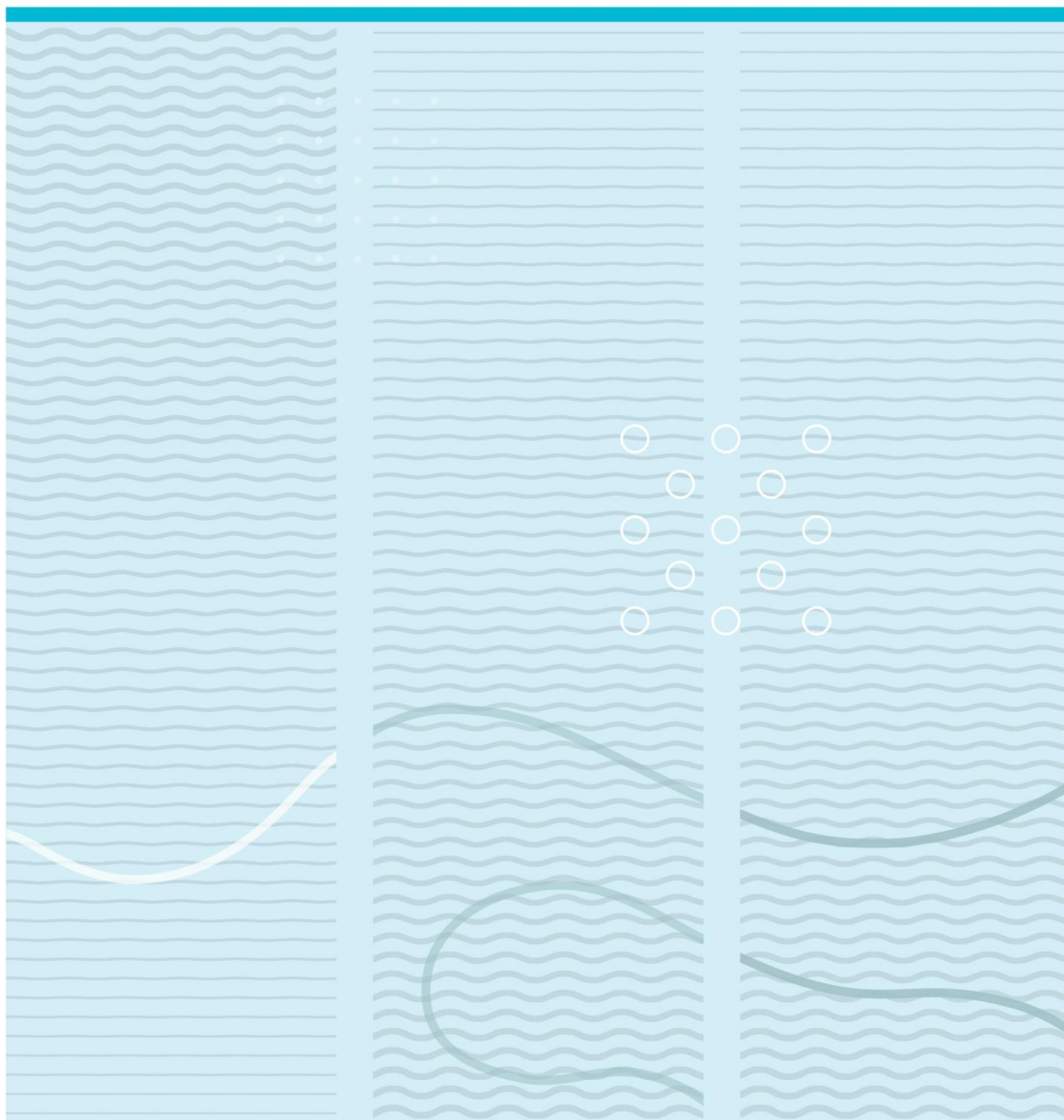
- Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jonassen, R. H., & Borg, M. (2013). Ut i arbeidslivet på egne premisser : erfaringsbasert kunnskap om arbeid og psykisk helse: Høgskolen i Buskerud, Arbeids- og velferdsetaten,.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Aas, R. W., & Davidson, L. (2014). "Balancing on Skates on the Icy Surface of Work": a metasynthesis of work participation for persons with psychiatric disabilities. *J Occup Rehabil*, 24(1), 125-138. doi: 10.1007/s10926-013-9445-x
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lexen, A. (2014). *Work and psychiatric disabilities. A person, environment, and occupation perspective on Individual Placement and Support*. 2014:24 Doktorgradsavhandling, Lunds Universitet.
- Lexen, A., Hofgren, C., & Bejerholm, U. (2013). Reclaiming the worker role: Perceptions of people with mental illness participating in IPS. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 20(1), 54-64. doi: 10.3109/11038128.2012.693946
- Linhorst, D. M. (2006). *Empowering People with Severe Mental Illness : A Practical Guide*. New York, US: Oxford University Press.
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals—a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 25(3), 267-277.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. nr. 16 (2016-2017). (2017). *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Meld. St. nr. 25 (1996-1997). (1997). *Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Departementet.
- Meld. St. nr. 34 (2012-2013). (2013). *Folkehelsemeldingen : God helse - felles ansvar*. Oslo: Departementenes servicesenter, Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>.

- Meld. St. nr. 46 (2012-2013). (2013). *Flere i arbeid*. Oslo: Arbeidsdepartementet, Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/26dc321559c24ee8b8779b6c5105ae42/no/pdfs/stm201220130046000dddpdfs.pdf>.
- Meld. St. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- NAV, & Helsedirektoratet. (2012). *Arbeid og psykisk helse - Innføring i Individual placement and support - IPS - Individuell Jobbstøtte*. Oslo: NAV.
- Nes, R. B., & Clech-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge : tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Folkehelseinstituttet Hentet fra fhi.no.
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107-117 111p. doi: 10.1108/ADD-02-2014-0007
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse : samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 2005:3. (2010). *Fra stykkevis til helt : en sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/sec1>.
- NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Oslo: Departementenes servicesenter, Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>.
- NOU 2012:6. (2012). *Arbeidsrettede tiltak*. Oslo: Departementenes servicesenter, Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f2ce6d22c3914e7b89d15db41285cf85/no/pdfs/nou201220120006000dddpdfs.pdf>.
- Nøkleby, H., Berg, R. C., Blaasvær, N., & Straumann, G. H. (2017a). Effekt av Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov. fra <http://www.kunnskapssenteret.no/prosjekter/effekt-av-supported-employment-for-arbeidssokere-med-bistandsbehov>
- Nøkleby, H., Blaasvær, N., & Berg, R. C. (2017b). Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*. Paris: OECD Publishing.
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(6), 457-463.

- Prop. nr. 63. (1998). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Regjeringen
- Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>.
- Regjeringen. (2012, 01.03.2012). Brukermedvirkning. fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/krd/tema-og-redaksjonelt-innhold/kampanjesider/2007/kvalitetskommuneprogrammet/verktoykasse/brukermedvirkning/brukermedvirkning/id582859/>
- Reme, S. E., Monstad, K., Tonje, F., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., . . . Lie, S. A. (2016). Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport. Oslo
- Bergen: Uni Research Helse & Uni Rokkansenteret,.
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), 50-60.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149-155.
- Rådet for Psykisk Helse. (2004). *Stykkevis og delt: forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*, 147(12), 1602-1608. doi: 10.1176/ajp.147.12.1602
- Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 177-184.
- Stickley, T., & Wright, N. (2011). The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part One: a review of the peer-reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 247-256. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01662.x
- Stokmo, H., Ness, O., Borg, M., & Sommer, M. (2014). Helsearbeidernes erfaringer med hvordan krav om modelltrofasthet virker inn på brukermedvirkning i ACT-team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01), 14-23.
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F., & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *The International journal of social psychiatry*, 57(1), 90.
- Topor, A., & Denhov, A. (2015). Going beyond: Users' experiences of helping professionals. *Psychosis*, 7(3), 228-236. doi: 10.1080/17522439.2014.956784
- TPH. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(02), 98-103.
- Vingilis, E., & State, S. A. (2011). *Applied Research and Evaluation in Community Mental Health Services : An Update of Key Research Domains*. Montreal, CA: MQUP.
- World Health Organisation. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>.

Vedlegg



KAPITTEL 8 VEDLEGG

8.1 Vedlegg 1 - Semistrukturert intervjuguide

1. Skjema/Signering samtykkeerklæring

2. Info

Lydopptaket vil slettes kort tid etter intervjuet, og identifiserende data vil ikke bli ført når intervjuene skrives ned. Lydopptakene kan kun anvendes og lyttes til av intervjuer i den hensikt å skrive ned intervjuene som tekst, for å analysere denne. Lydopptaket oppbevares på passordbeskyttet og kryptert enhet uten nettilgang. Kort tid etter intervju foretas transkribering, og lydopptaket slettes.

Funn som fremkommer i studien blir presentert i masteravhandling i Mai 2017.

3. Semistrukturert intervjuguide

A) Betydning av å komme i arbeid?

- Helse
- Velvære
- Opplevelse av å delta i prosjektet

B) Hva har vært til hinder for å komme ut i og å stå i arbeid?

- Erfaringer
- Hindre i forkant av deltakelse i IPS?
- Hva er konsekvensen for deg hvis IPS ikke fortsetter?

C) Hva har vært til hjelp for å komme ut i og stå i arbeid

- Mest betydningsfullt for å komme i arbeid
- Lønn
- Trivsel i og utenfor jobben
- Tillit og Støtte

4. Oppsummering / tidslinje

- Før IPS
- Oppstart
- Aktuelt
- Om fem år?

8.2 Vedlegg 2 - Teoretisk analysemetodikk

Det er her anvendt systematisk tekstkondensering fra (Malterud, 2011). Den systematiske tekstkondenseringen er gjennomført i fire trinn. Teksten representerer planleggingsfasen før analyse som dannet grunnlag for anvendt analysemetode. For praktisk beskrivelse av analyse, se neste vedlegg. Analysemetoden til Malterud er basert på Giorgios fenomenologiske analyse. Formålet er å utvikle kunnskap om deltakerne erfaringer og livsverden.

1. **Intuitiv lesning:** Tekstene leses gjennom for å få et helhetsinntrykk
 - a. Forforståelse og teoretisk referanseramme settes i parentes. Lekmannsperspektivet er her mest interessant.
 - b. Etter fullført gjennomlesning formuleres 4-8 mulige tema som representerer deltakernes synspunkt. Disse temaene vil så reduseres til 3-6 enheter.
2. **Koding:** Det identifiseres meningsdannende enheter.
 - a. Tekst som henger sammen med tema hentet frem i trinn 1 utvelges til analyse.
 - b. Samtidig som de meningsbærende områder i teksten merkes, vil de også sorteres. Denne sorteringen kalles også for koding. Utvalgte tekstområder kodes med temaets navn fra trinn 1, men det skal også være rom for å etablere nye koder underveis. Kodene vil her holdes opp mot studiens problemstilling og forskningsspørsmål.
 - c. Tekstutdrag samles under utvalgte koder.
3. **Kondensering:** Innholdet abstraheres til de enkelte meningsdannende enhetene.
 - a. Målet er å hente ut mening ved systematisk å kondensere de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Prosessen starter med kodegruppen som fremtrer mest. Stikkord noteres og mulige subgrupper lages.
 - b. Den videre prosessen baserer seg på analyse av subgruppene og utvelgelse av de subgrupper som best belyser prosjektets problemstilling.
 - c. Videre lages det et kondensat, eller kunstig sitat i Jeg-form som sammenfatter hver subgruppe.
 - d. Til sist i trinn 3, utvelges et gullsitat fra subgruppen som best representerer kondensatet.

4. **Sammenfatning:** Betydningen av de meningsbærende enhetene sammenfattes for hver enkelt kodegruppe kategoriseres i 3-5 kategorier.
- a. Det vurderes om de løsrevne og abstraherte tekstbitene fortsatt er gyldige ammenliknet med den opprinnelige konteksten.
 - b. Kunnskap fra hver kodegruppe og hver subgruppe sammenfattes. Det konstrueres en analytisk tekst i tredjepersonsform for hver kodegruppe, som forteller for leser hvordan kodegruppen belyser prosjektets problemstilling. Hver kodegruppe gis egne avsnitt. Dette er resultatene i forskningsprosjektet.
 - c. Gullsitatene fra trinn 3 kontrolleres for om de fortsatt utdyper den analytiske teksten.
 - d. Hver kodegruppe med analytisk tekst og gullsitat gis en sammenfattende overskrift som regnes som sluttresultatet i prosjektet.
 - e. Kontroll opp mot opprinnelige transkriberinger.
 - i. Det letes systematisk etter data som er motstridende til aktuelle funn.
 - ii. Hvilke kunnskap reflekterer størst del av materialet evt hva stammer fra enkeltindivider.
 - iii. Funn vurderes opp mot eksisterende empiri og teori. Er funnene for like andre anvendte arbeider?.
 - iv. Har analysen ledet til uventede funn og overraskelser?
 - v. Gir de teoretiske perspektivene en ny vri på teksten?

Hentet fra Malterud (2011).

8.3 Vedlegg 3 - Anvendt praktisk analysemetodikk

Det ble anvendt en elektronisk tekstbehandler gjennom hele analysen. Tekst ble tematisert, kodet, kondensert og beskrevet analytisk. Teksten var opprinnelig på 27000 ord, og ble kondensert og sortert til 1900 ord. Teksten under representerer trinnene i arbeidsprosessen med å tematisere og kondensere tekst ned til funn.

Trinn 1: Gjennomlesing og tematisering (fra 27000 ord til 9000 ord)

- A) Innsamlet og anvendt teori i avhandlingens teoridel ble oppsummert i eget dokument, for å gi best mulig oversikt før tematisering tok til.
- B) 1. lesepassering: Det ble gjennomført en naiv lesing av transkripsjonstekster.
- C) Hver av de fem transkriberte tekstene ble overført til et sammenhengende word dokument med en tabell med to kolonner. Transkriberingene ble adskilt med nummer for å holde dem adskilt. Transkribert tekst ble plassert i den venstre kolonnen. Den høyre kolonnen ble så anvendt til å skrive aktuelle tema i teksten som sammenfalt med problemstilling og forskningsspørsmålene.
- D) Hver av forskningsspørsmålene ble gitt fargekoder for å underlette sorteringen av tema. Hindre ble merket med **rød tekst**, Hjelp til å bli i arbeid ble merket med **gul utheving**, og innvirkning på egne bedringsprosesser ble merket med **grønn utheving**.
- E) 2. lesepassering: All tekst ble på nytt gjennomlest, og aktuelle tema oppført i høyre kolonne i sort tekst.
- F) 3. lesepassering: All tekst sammen med tema ble så gjennomlest for å fargekode temakolonnen etter de utvalgte fargekodene tidligere tildelt forskningsspørsmålene. Tekst som ikke hadde direkte sammenheng med forskningsspørsmålenes tema, ble merket ut i lysegrått.

Eksempel fra tematisering i analyseprosess i trinn 1:



Trinn 2: Koding (Redusering fra 9000 til 5000 ord)

Først ble tema fra høyre kolonne sortert og prioritert i eget dokument

- A. **Del 1.** Alle koder fra trinn 1 ble samlet i et eget dokument, og samlet under forskningsspørsmålene etter de anvendte fargekoder. Tekst fra hvert av intervju holdt adskilt med et tall avhengig av hvilket intervju teksten kom fra. Tema som ikke ble ansett som relevante ble samlet i et eget fjerde avsnitt. Sluttresultatet ble en kronologisk listing av tema og tekst inndelt etter forskningsspørsmål.
- B. **Del 2:** Kodegrupper ble formet gjennom lesing av opplistede tema, og preliminnære subgrupper ble formet gjennom å finne likheter i temaene. De temaer som i størst grad ble belyst av deltakerne, eller som ble subjektivt vektlagt i intervjuene ble prioritert. Det ble utviklet ett «tre» under hvert forskningsspørsmål, som også prioriterte de forskjellige temaene ut i fra likhet med andre tema, og i hvilken grad deltakerne omtalte liknende tema på forskjellige måter. Overskriften under forskningsspørsmålene ble til de preliminnære subgruppene. (Preliminært resultat ble følgende sortering: RØD: «I Jobbsøkeprosessen», «I Arbeidsforholdet» GUL: «Helse og sosialtjenestene» «På Arbeidsplassen» og GRØNN: «Arbeid Bedrer» «arbeid demper»
- C. **Del 3:** Tre separate dokumenter ble laget, ett for hvert forskningsspørsmål. Her ble subgruppene oppført, og tema tilhørende subgruppene ble plassert nedover i dokumentet. Tekst tilhørende subgrupper og tema fra trinn 1, ble så plassert inn i de tre dokumentene. Tekst som ikke ble fargekodet i trinn 1 og tekst som ikke ble vurdert inn i en av subgruppene i trinn 2 del 2, ble utelatt.
- D. **Del 4:** Tekst ble overført fra de tre separate dokumentene, over til et samledokument, hvor alle subgrupper ble organisert i en innholdsfortegnelse. Tema og subgruppe ble vurdert for mengde omtale i intervjuene, samt betydningen av uttalelsene ble vurdert opp imot intervjusituasjon. Målet var å kondensere blandingen av tema og subgrupper ned til koder. Avsnitt som ikke ble ansett som spesielt betydningsfulle eller i liten grad belyste subgruppen ble utelatt. Det ble til slutt formulert 6-10 koder under hvert av de tre forskningsspørsmålene (*se bilde over*).

1.0 RØD – Hva erfares som til hinder for å komme i jobb	
1.1 I jobbsøkeprosessen	
1.1.1 Ugjennomtrengelig jobbsøkeprosess	
1.1.2 Eksisterende jobbsøkeordninger passet ikke	
1.1.2 a a Hull i CV'n	
1.2 I Arbeidsforholdet	
1.2.1 a a Manglende tilpasning av arbeid og tidsbruk	
1.2.2 Ugunstige ansettelsesformer	
1.2.3 Møter manglende forståelse	
1.2.4 Personlig	
1.2.5 Annet	
2.0 GUL – Hva er til hjelp for å bli værende i jobb?	
2.1 Helse og sosialtjenestene	
2.1.1 Jobbstøtte	
2.1.2 a a Støtte fra helsetjenestene	
2.2 På Arbeidsplassen	
2.2.1 Stabilitet	
2.2.2 Arbeidsgiver	
2.2.3 Arbeidstakers behov	
2.2.4 Annet	
3.0 GRØNN – Hvilken innvirkning har arbeid på egne bedri	

Trinn 3: Kondensering (Reduksjon fra 5000 ord til 1900 ord)

- A. Del 1 - Kondensering av koder med tilhørende subgrupper. Tekst fra trinn 2 del 4, ble gjennomlest på nytt, og likheter og forskjeller ble vurdert. Tekst som i stor grad passet sammen med overlappende kode, ble plassert sammen. Målet var å redusere antallet koder og redusere mengden tekst.
- B. Del 2 - Videre kondensering av teksten ble gjort, men i dette trinnet var det kun tillatt ett avsnitt til hver deltaker under hver kode.
- C. Del 3 – Hele dokumentet ble gjennomlest på nytt for å sikre forskjellighet mellom tekst underlagt hver kode, og avdekke likheter mellom koder og tekst. Hensikten var her å forberede ferdig kondensert tekst på utvikling av samlelekkondensater for hver kode. Koder og subgrupper ble vurdert opp mot forskningsspørsmålene, og gitt en endelig plassering under hvert forskningsspørsmål. Til sammen tre hovedtema ble utviklet for hvert forskningsspørsmål.
- D. Under hver kode ble det utviklet en syntese i jeg-form på 250-350 ord som sammenfattete intervjuene omtrent som om det var en kunstig 6. deltaker. Overlappende og like uttalelser ble her sammenslått. Det ble også utvalgt et «gullsitat» fra hver enkelt subgruppe, som best representerte syntesen. Avslutningsvis ble teksten renset for tidligere fargekoder og så gitt nye. Følgende ble anvendt: Sort= Synter i jeg-form, Rødt= Analytisk tekst, Grønt=Gullsitat (Se fig til høyre). Til sist ble det laget et nytt avsnitt under hver subgruppe som forberedte utviklingen av ny analytisk tekst. Denne ble farget blått.

I: Målet var å få tak i 20% jobber jeg fra kl 10:00 til 1 jeg heldig å får meg en 20 bør vel helst holde meg til Jeg kan ikke risikerer at je

SYNTESE: Arbeidstid, 108 100% jobb blir vanskelig. I dager, inntil fire dager pr formen og hvor kjent og t mulighet er eksempelvis å tilbakefall. Unntaksvis kan være i behov av lengre re mulig forverring og tidkre

Gullsitat:
I: Jeg jobber 50%. Jeg prøv redd for å få tilbakefall. Så fredag

Trinn 4 – Sammenfatning:

- A. All kondensert tekst i syntesene, ble skrevet om til en analytisk tekst i tredjepersonsform. Avslutningsvis ble det vurdert at funnet «Lønn» var viktig å inkludere under «hjelp til å bli i arbeid» som et fjerde tema, da dette på lik linje med de andre utvalgte tema ble fremmet av deltakerne som viktig.
- B. Teksten ble så farget sort, og satt inn i kapittel 4, funn.

8.4 Vedlegg 4 - Forespørsel om deltakelse - Samtykkeerklæring

**Prosjektansvarlig:**

Navn: Morten W Dreyer

Epost: mwdreyer@gmail.com

Mobil: 41463682

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

[ARBEID I BEDRINGSPROSESSER]

Dette er forespørsel om deltakelse i ett intervju med varighet 1 time. Intervjuet kan ha form som en samtale. Dine erfaringer fra IPS prosjektet og innvirkningen du tenker dette har hatt for deg og din hverdag, vil være av interesse for intervjuet.

Du mottar denne forespørselen fordi ditt lokale sykehus har mottatt en henvendelse fra prosjektansvarlig ved Høgskolen i Sørøst-Norge om å gjennomføre intervju knyttet til IPS prosjektet. Prosjektansvarlig kjenner ikke din identitet før du tar kontakt eller bekrefter at din kontaktperson kan sende en henvendelse til prosjektansvarlig.

MÅLSETNING:

Arbeidsledighet blant personer som opplever psykiske funksjonsnedsettelse er et problem i Norge (OECD.2013). Arbeid kan være en vesentlig kilde til bedre helse, og det er mange som står utenfor eller havner utenfor arbeidslivet ufrivillig. Brukererfaringer fra det å ha arbeid og psykiske funksjonsnedsettelse kan bidra til å forbedre situasjonen for andre som opplever en liknende situasjon. Den innsamlede kunnskapen fra denne studien vil fremmes for forskningsmiljø som masteravhandling ved Høgskolen i Sørøst-Norge (Campus Drammen), Juni 2017. Hvis du ønsker det, kan du kreve å få utlevert studiens resultater ved prosjektets slutt.

Prosjektet søker å intervju 5 personer over 18 år som har/har hatt, psykiske funksjonsnedsettelse, og som deltar i IPS prosjekt med bistand til arbeid i vanlig lønnet arbeidsliv.

HVA INNEBÆRER STUDIEN?

Prosjektet innebærer ett intervju av inntil en time. Tid og sted for intervju tilpasses etter dine ønsker, og avtales med prosjektansvarlig. Du kan også etter prosjektslutt formidle spørsmål om denne undersøkelsen til prosjektansvarlig.

Intervjuet vil bli spilt inn på bånd. Kort tid etter opptaket, skrives lydopptaket ned ord for ord, og lydopptaket vil så bli slettet. Enhver form for informasjon som kan identifisere deg vil ikke bli skrevet ned fra lydopptaket, for å sikre anonymitet. Tekstloggen kan bli oppbevart ved spesielt sikrede forskningsdatabaser, hvis slik forespørsel sendes fra en offentlig forskningsinstitusjon.

MULIG NEGATIVE KONSEKVENSER

Deltakelse i studien kan bidra til at du formidler kunnskap om din situasjon. Tema i denne studien kan for noen være knyttet til sorg og ubehag. Det er derfor frivillig hvilke spørsmål du ønsker å svare på, og du kan også etter intervjuet ta kontakt med prosjektansvarlig hvis du har spørsmål eller henvendelser.

Intervjuinformasjonen vil ikke være tilgjengelig for andre enn prosjektansvarlig og tilknyttet prosjektleder/professor ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Ved publisering av masteravhandlingen vil kun anonymiserte setninger bli gjengitt i sin helhet, og fellestrekk/funn fra intervjuer vil bli beskrevet mer utførlig. Alle data vil bli behandlet anonymt. Prosjektleder og prosjektansvarlig har taushetsplikt overfor alle opplysninger du gir, og har med denne forespørselen kun adgang til å bruke informasjon relevant for denne studien.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side ved oppmøte til intervju. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlet informasjon, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du fortrinnsvis kontakte Høgskolen i Sørøst-Norge, Campus Drammen, Fakultet for helsevitenskap ved Prosjektansvarlig: Morten W. Dreyer, mwdreyer@gmail.com. Du kan også henvende deg til veiledende professor: Ottar Ness, Professor i Psykisk Helsearbeid, Høgskolen i Sørøst –Norge, ottar.ness@hbv.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes, slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Prosjektansvarlig har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Transkripsjon fra samtalen er anonymisert og slettes tidligst ved prosjektslutt Juli 2017 og senest Juli 2018, hvis prosjektet ikke opphører til normert tid.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Høgskolen i Sørøst-Norge (www.usn.no), den 17.06.2016

Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (www.nsd.no), den 27.07.2016

- NSD saksnummer: 49010/3/HIT

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

Dersom du ønsker å delta, kan du benytte telefon, sms, epost, eller brev til prosjektansvarlig. Når henvendelsen er mottatt, vil du bli kontaktet av prosjektansvarlig.

Prosjektansvarlig: Morten W Dreyer, mwdreyer@gmail.com.

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I STUDIEN

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet [Tas med hvis ønskelig og bare i de tilfeller der informasjon gis ansikt til ansikt.]

Sted og dato

Morten W. Dreyer / Signatur [Prosjektansvarlig]

Rolle i prosjektet

8.5 Vedlegg 5 - Tilbakemelding fra NSD

Ottar Ness

Fakultet for helse- og sosialvitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge

Papirbredden - Drammen

3045 DRAMMEN



Vår dato: 27.07.2016

Vår ref: 49010 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.06.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49010	<i>Arbeid og psykisk helse i bedringsprosesser. Brukererfaringer fra arbeidslivet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ottar Ness</i>
Student	<i>Morten Willy Dreyer</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 22.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Morten Willy Dreyer mwdreyer@gmail.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 49010

Formålet med prosjektet er å innhente erfaringer fra personer med psykiske funksjonsnedsettelse knyttet til betydningen av arbeid for deres bedringsprosesser. Prosjektets problemstilling er: Hva mener personer med psykiske funksjonsnedsettelse at en vanlig jobb bidrar med i egne bedringsprosesser?

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er i utgangspunktet godt utformet, men vi ber om at følgende endres:

- setningen "Unntak fra dato for sletting (...)" bør slettes/omformuleres, da det i utgangspunktet bør gis nyinformasjon til utvalget hvis dato for anonymisering/sletting skal endres,
- setningen om at prosjektet "godkjennes" av NSD bør endres til at prosjektet vurderes av NSD, da vi i praksis ikke godkjenner prosjekter,
- veileders kontaktinformasjon bør tilføyes.

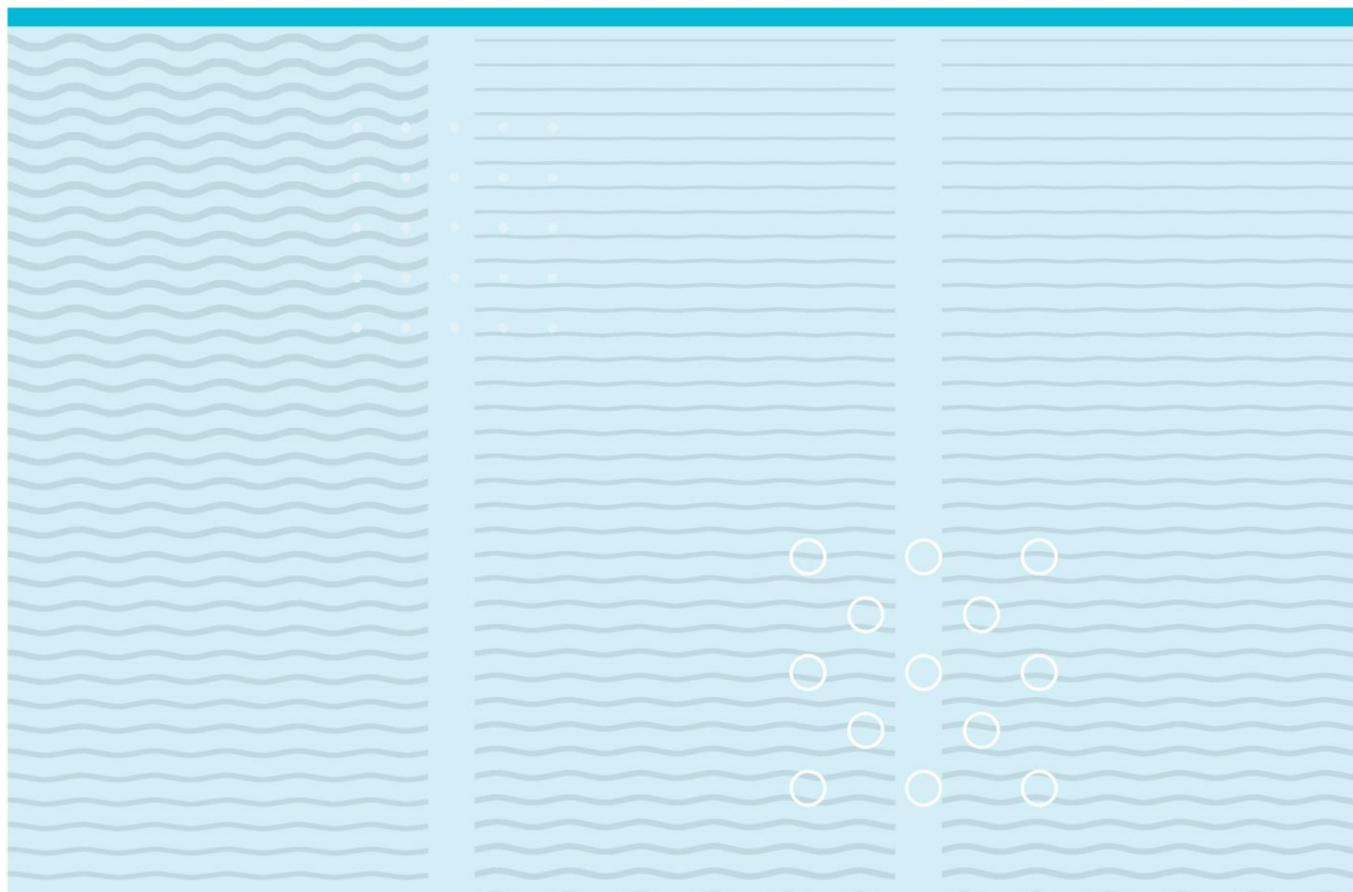
Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet dato for prosjektslutt og anonymisering er 22.06.2018, jf. informasjonsskriv. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Søkelogg for prosjektutviklingsfase



8.6 Vedlegg 6 – Søkelogg for prosjektutviklingsfase

Søkelogg består av 1. Logg, 2. Funn, 3. Definisjon på valgte søkeord, og 4. Generell metode eller avgrensning brukt i søkene.

Antall Utvalgte artikler: tallene refererer til liste nedenfor PICO-loggen, med beskrivelse av utvalgte studier av betydning.

Dato for søk	Database (eks. PubMed, Cinahl, Cochrane, UpToDate)	Søkeord med kombinasjonsord (eks. AND kobler sammen søkeord og begrenser antall treff, OR brukes mellom alternative søkeord og utvider antall treff)	Avgrensninger (eks. språk, publiseringsår, peer reviewed/fagfellevurdert)	Antall treff (etter at ordene er kombinert)	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
Søk 1						
30.04.16 03.05.16	Pubmed	("diagnosis, dual"[MeSH Terms]) AND Rehabilitation, Vocational[MeSH Terms]	<10 år	13	3	3 (nr.1,2,3)
03.05.16	SveMed+	(exp:"Diagnosis, Dual" AND exp:"Rehabilitaton, Vocational")	-	0		
03.05.16	Cochrane Library	"Diagnosis, Dual" AND "Rehabilitation, Vocational"	-	5	0	0

--	--	--	--	--	--	--

Dato for søk	Database (eks. PubMed, Cinahl, Cochrane, UpToDate)	Søkeord med kombinasjonsord (eks. AND kobler sammen søkeord og begrenser antall treff, OR brukes mellom alternative søkeord og utvider antall treff)	Avgrensninger (eks. språk, publiseringsår, peer reviewed/ fagfelleverdert)	Antall treff (etter at ordene er kombinert)	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
Søk #2						
03.05.16	Cochrane Library	"Mental disorder" AND "Rehabilitation, Vocational"	-	1	1	1 (nr 4)
03.05.16	Pubmed	(drug addiction[MeSH Terms]) AND ((mental disorder[MeSH Terms]) AND rehabilitation, vocational[MeSH Terms])	<10 år Reviews	7		1 (Nr 5)

Dato for søk	Database (eks. PubMed, Cinahl, Cochrane, UpToDate)	Søkeord med kombinasjonsord (eks. AND kobler sammen søkeord og begrenser antall treff, OR brukes mellom alternative søkeord og utvider antall treff)	Avgrensninger (eks. språk, publiseringsår, peer reviewed/ fagfellelvurdert)	Antall treff (etter at ordene er kombinert)	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
Søk #3						
16.05.2016	PubMed	Search ("mental disorders"[MeSH Major Topic]) AND "rehabilitation, vocational"[MeSH Major Topic]	<10 år Meta-Analyser	(1686) (547) (6)	6	3 (nr 6, 7 og 8)
16.05.2016	Cochrane	MeSH descriptor: [Mental Disorders] AND [Rehabilitation, Vocational] explode all trees	<10år Cochrane Review	1	1	0
16.05.2016	Cochrane	MeSH descriptor: [Rehabilitation, Vocational] explode all trees	<10 år Other Review, -> NOT cancer, hiv, "Back Pain", "Brain Injury", stroke	5	3	0
16.05.2016	SveMed+	MeSH exp:"Rehabilitation, Vocational" AND "Mental Disorders"	"Översikter"	6	2	1 (9)

Dato for søk	Database (eks. PubMed, Cinahl, Cochrane, UpToDate)	Søkeord med kombinasjonsord (eks. AND kobler sammen søkeord og begrenser antall treff, OR brukes mellom alternative søkeord og utvider antall treff)	Avgrensninger (eks. språk, publiseringsår, peer reviewed/ fagfellelvurdert)	Antall treff (etter at ordene er kombinert)	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
Søk #4						
06.06.2016	SveMED +	MeSH exp:"Employment, supported" AND "Mental Disorders"	<10 år, RCT(Randomized Controlled Trials) og Översikter(Systematic Reviews)	Övers.: 3 RCT: 2	5	0

Dato for søk	Database (eks. PubMed, Cinahl, Cochrane, UpToDate)	Søkeord med kombinasjonsord (eks. AND kobler sammen søkeord og begrenser antall treff, OR brukes mellom alternative søkeord og utvider antall treff)	Avgrensninger (eks. språk, publiseringsår, peer reviewed/ fagfellelvurdert)	Antall treff (etter at ordene er kombinert)	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
Søk #5						
07.06.2016	SveMED+	MeSH exp: "Employment, supported" AND "Mental Disorders"	<10 år, RCT(Randomized Controlled Trials) og Översikter(Systematic Reviews)	Övers.: 3 RCT: 2	5	-
07.06.2016	OVID	Subheadings: Supported Employment/ AND Mental Disorders	<5 år, Review, Engelsk NOT Youth, Japan, Asia	19	8	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17

Artikler fra søk utvalgt til lesing til prosjektbeskrivelse, sortert etter kronologisk rekkefølge de er innhentet:

1. Schizophr Res. 2012 Jul;138(2-3):233-9. doi: 10.1016/j.schres.2012.04.007. Epub 2012 Apr 29.
A 10-year study of steady employment and non-vocational outcomes among people with serious mental illness and co-occurring substance use disorders.
2. [SYSTEMATIC REVIEW] Community Ment Health J. 2008 Jun;44(3):213-24; discussion 225-6. Epub 2007 Nov 1.
Evidence-based practice implementation strategies: results of a qualitative study.
3. Psychiatr Rehabil J. 2009 Spring;32(4):261-8. doi: 10.2975/32.4.2009.261.268.
First person accounts of long-term employment activity among people with dual diagnosis.
4. Cochrane Schizophrenia Group, Ruth Crowther , Max Marshall , Gary R Bond and Peter Huxley, Online Publication Date: April 2001
“Vocational rehabilitation for people with severe mental illness”
5. Schizophr Bull. 2009 Mar;35(2):319-35. doi: 10.1093/schbul/sbn182. Epub 2009 Mar 5.
Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation.
6. [META ANALYSIS]J Occup Rehabil. 2014 Mar;24(1):125-38. doi: 10.1007/s10926-013-9445-x.
"Balancing on Skates on the Icy Surface of Work": a metasynthesis of work participation for persons with psychiatric disabilities.
Kinn LG1, Holgersen H, Aas RW, Davidson L.
7. Can J Occup Ther. 2010 Dec;77(5):303-14., -Fossey EM, Harvey CA.
[Meta Analysis]**Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views.**
8. Aust N Z J Psychiatry. 2010 Jun;44(6):495-504. doi: 10.3109/00048671003785716. Review.
[Meta Analysis & Systematic Review]**Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998.**
Tsang HW, Leung AY, Chung RC, Bell M, Cheung WM.
9. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48(8), 733-8. Bull, H., & Lysrad, J. U. (2011).
Betydningen av arbeid for personer med schizofreni.
10. **Workplace accommodations for people with mental illness: a scoping review.** McDowell C., Fossey E. , - Embase, Journal of occupational rehabilitation. 25 (1) (pp 197-206), 2015. Date of Publication: 01 Mar 2015.
11. **Supported employment for persons with serious mental illness: current status and future directions.** Mueser K.T., McGurk S.R. – Embase - L'Encephale. 40 (pp S45-S56), 2014. Date of Publication: 01 Jun 2014.

12. **Recovery and severe mental illness: description and analysis.** Drake RE; Whitley R. - Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) - Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie. 59(5):236-42, 2014 May.
13. **An update on supported employment for people with severe mental illness.** Marino LA; Dixon LB. - Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) - Current Opinion in Psychiatry. 27(3):210-5, 2014 May.
14. **Vocational rehabilitation in mental disorders.** [Finnish], Tuisku K; Juvonen-Posti P; Harkapaa K; Heila H; Vainiemi K; Ropponen T. , Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R), Duodecim. 129(24):2623-32, 2013.
15. **Supported employment for adults with severe mental illness.**, - Kinoshita Y; Furukawa TA; Kinoshita K; Honyashiki M; Omori IM; Marshall M; Bond GR; Huxley P; Amano N; Kingdon D. - Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) - Cochrane Database of Systematic Reviews. 9:CD008297, 2013.
16. **Social costs of expanding access to evidence-based supported employment: concepts and interpretive review of evidence.** - Salkever D. - Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) - Psychiatric Services. 64(2):111-9, 2013 Feb 1.
17. **Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK.**, Heffernan J; Pilkington P., Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R), Journal of Mental Health. 20(4):368-80, 2011 Aug.

Forklaring av valgte søkord i forskningsdatabaser (hentet fra <http://mesh.uia.no> (Norsk database for medisinske emneord). De medisinske emneordene er begrepene som lettest tillater strukturert uthenting av relevante data fra nordiske og engelske forskningsdatabaser.

1. **Mental Disorders**, MeSH ID:D001523, Norsk: Psykiske Forstyrrelser. Hensikt: Søke data om personer med alvorlige psykiske funksjonsnedsettelse. Definisjon: Mental sykdom (Psykiatrisk) eller forstyrrelse som viser seg ved et sammenbrudd i evnen til tilpasning og som først og fremst uttrykker seg i tanker, følelser og atferd og som skaper ubehag og/eller svekket fungeringsevne.
2. **Rehabilitation, Vocational**, MeSH ID: D012050, Norsk: Yrkesrettet rehabilitering, (Alternative termer: Arbeidstrening). Hensikt: Søke data om personer som er i arbeidstrening.

Forklaring: Arbeidstrening for personer med mental eller fysisk funksjonsnedsettelse på ferdigheter knyttet til å være i ett arbeidsforhold, slik at personen senere kan dra nytte av de tilegnede ferdigheter ved en senere ansettelse.

- a. **Employment, Supported**, MeSH ID: D016832, Norsk: Arbeidsmarkedstiltak for funksjonshemmede. Hensikt: Finne nærmeste relevante MeSH begrep knyttet til Individuell Jobbstøtte (IPS, Individual Placement And Support). Definisjon: Betalt arbeid for psykisk eller fysisk funksjonshemmede personer som finner sted i regulære eller normale arbeidssituasjoner. Det kan være det vanlige arbeidsmarked (arbeid som lønnes med minimumslønn) eller ansettelse med lønn lavere enn minimumslønn i personlig opprettede eller gruppevis organiserte arbeidssituasjoner. Tiltakene retter seg mot personer med alvorlige hemninger som krever en rekke støttefunksjoner for at arbeidet skal kunne utføres. Arbeidsmarkedstiltak for funksjonshemmede skiller seg fra VERNETE ARBEIDSPLASSER ved at arbeid i den sistnevnte situasjonen finner sted i et kontrollert arbeidsmiljø.

Avgrensninger og prioriteringer i valg av artikler:

- Søk begrenses til siste 10 år
- Prioritet ved utvelgelse av artikler:
 1. Meta-Analyser (Sammenstillinger av Systematiske oversikter)
 2. «Systematic Reviews» Systematiske oversikter
 3. «Peer Review», eller -fagfelleverderte artikler

Følgende avgrensninger benyttes for å ekskludere søkeresultater under arbeidsrehabilitering:

- Spesifikke amerikanske tema utelates: Veterans» (Amerikanske militære), Homeless (Hjemløse) og Housing First