

# **Et *for*friskende arbeidsliv?**

## **En kvalitativ studie av lederes erfaring med å ta imot mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis**

Masteroppgave i Helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid

Juni 2013

Lise Løvereide

Veileder: Førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger Ellen Ramvi

Universitetet i Stavanger

Institutt for helsefag



**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**  
**MASTEROPPGAVE**

**SPESIALISERING:** Psykisk helsearbeid

**SEMESTER:** Vår - 2013

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Lise Løvereide

**VEILEDER:** Førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger, Ellen Ramvi

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

Et *for*friskende arbeidsliv? En kvalitativ studie av lederes erfaring med å ta imot mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis.

**Engelsk tittel:**

An invigorating working life? A qualitative study of managers' experiences with having people with mental illness in work practice.

**EMNEORD/STIKKORD:** Arbeidsinkludering, Individual Placement and Support, kvalitativ metode, ordinært arbeidsliv, psykisk lidelse, Supported Employment.

**ANTALL SIDER TOTALT:** 30

**ANTALL ORD:**     Artikkel: 4599 ord/29 996 tegn.     Sammenfatning: 5128 ord.

STAVANGER ..... *Lise Løvereide* .....

19/06/2013

## **Forord**

Denne masteroppgaven utgjør den avsluttende delen av min mastergrad i helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger. Arbeidet med masteroppgaven har vært en krevende men også spennende og lærerik prosess. Jeg vil få takke alle som har bidratt til at studien lot seg gjennomføre, særlig de 15 informantene som har bidratt med sine erfaringer knyttet til å ha mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis. Tusen takk til min dyktige veileder gjennom prosessen, Ellen Ramvi for god støtte og inspirasjon i prosessen, og for at jeg fikk være en del av hennes prosjekt «Veien inn i arbeidslivet». Tusen takk også til prosjektmedarbeider Lisebet for godt samarbeid og gode råd underveis. Videre vil jeg få takke Etne og Vindafjord næringsutvikling for lån av kontor. Sist men ikke minst vil jeg få rette en stor takk til min tålmodige samboer Ole for korrekturlesing, gode innspill, og støtte i prosessen.

Tusen takk!

Lise Løvereide

Etne, juni 2013

## Introduksjon

Denne oppgaven består av to deler, del en som utgjør en artikkel og del to som er en sammenfatning. Del en av oppgaven er en artikkel som er utformet etter forfatterveiledning for *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (vedlegg 8), der artikkelen forsøkes publisert etter sensur. I artikkelen gis en presentasjon av bakgrunn for studien og metodiske overveielser. Videre presenteres sentrale funn, som deretter drøftes i lys av oppgavens teoretiske perspektiv. Del to inneholder presentasjon av bakgrunn for studien, tidligere forskning på feltet og oppgavens teoretiske rammeverk som er brukt for å løfte og belyse funnene i oppgavens diskusjonsdel. Del to inneholder også en mer utdypende presentasjon av oppgavens metodiske fundament. Deretter diskuteres funnene med bakgrunn i det teoretiske rammeverk. Sammenfatningen skal slik utgjøre et supplement til artikkelen og løfte det vitenskapelige perspektivet. Del to utgjør en fordypning av artikkelen, og må derfor leses i sammenheng med del en. Del en, artikkelen kan leses separat.



## **Innhold**

### **Del 1: Artikkel**

Et forfriskende arbeidsliv? .....	1- 14
-----------------------------------	-------

### **Del 2: Sammenfatning**

Sammendrag .....	15
Prosjektet "Veien inn i arbeidslivet" .....	15
Bakgrunn og presentasjon av tema .....	15
Studiens hensikt .....	17
Problemstilling .....	17
Søkestrategi .....	17
Teoretisk rammeverk .....	18
Innledning .....	18
Supported Employment .....	18
Definisjoner .....	19
Metode .....	20
Valg av metode .....	20
Forforståelse av tema .....	21
Utvalg .....	21
Det kvalitative intervjuet .....	22
Analyse .....	22
Etiske overveielser .....	23
Funn .....	24
Diskusjon .....	25
Konklusjon .....	27
Referanser .....	28

### **Vedlegg**

- Vedlegg 1: Forespørsel om å delta i prosjekt
- Vedlegg 2: Intervjuguide
- Vedlegg 3: Skjema for data innhenting
- Vedlegg 4: Kodeskjema
- Vedlegg 5: Samtykkeerklæring for informanter
- Vedlegg 6: Litteratursøk
- Vedlegg 7: Meldeskjema til NSD
- Vedlegg 8: Forfatterveiledning

Tittelside for artikkelen

**Tittel:**

**Et forfriskende arbeidsliv?**

En kvalitativ studie av lederes erfaring med å ta imot mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis.

**Engelsk tittel:**

**An invigorating working life?**

A qualitative study of managers' experiences with having people with mental illness in work practice.

**Førsteforfatter:** Lise Løvereide f. 1983.

**Adresse:** Madsgård, 5590 Etne

**Telefon:** 456 62 949

**Epost adresse:** [l\\_lovereide@hotmail.com](mailto:l_lovereide@hotmail.com)

## Del 1:

### **Et forfriskende arbeidsliv**

## **En kvalitativ studie av lederes erfaring med å ta imot mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis**

Arbeidsinkludering av mennesker med psykiske lidelser er et viktig satsningsområde av flere årsaker. Selv om Norge har en økende satsning på arbeidsintegrerende tiltak er det mange som står uten ordinært arbeid. Den overordnede hensikten med dette prosjektet er derfor å bidra med kunnskap om hva som kan være viktig for å lykkes med inkludering av mennesker med psykiske lidelser i ordinært arbeidsliv. Dette er gjort gjennom semistrukturerte intervjuer med 15 ledere som har hatt mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis. Sentrale funn viser at lederne stiller krav til deltakerne, og er opptatt av funksjonsevne heller enn diagnose. Lederne mener at helsevesenet sykkeliggjør, og *syrr puter under armene* på deltakerne. Dette polariserte synet kan utgjøre en barriere i samarbeidet mellom arbeidsliv og helsetjeneste og slik hindre inkluderingsprosessen.

### **Bakgrunn**

Inkludering av mennesker med psykiske lidelser i ordinært arbeidsliv er et prioritert satsningsområde i Norge, av flere grunner. Psykiske lidelser er en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge både i totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, og tapte arbeidsår. Tross ønske om arbeid hos denne pasientgruppen, og samfunnspolitisk vilje til økt arbeidsdeltakelse er det mange som står utenfor (Bull & Lystad, 2011; Major, Dalgaard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011).

Hovedmålet med opptrappingsplanen for psykisk helse var økt selvstendighet, evne til å mestre eget liv (Rogan, 2004), økt deltagelse i samfunnet, individualisering, og at mennesker med psykiske lidelser i mindre grad blir omtalt som en gruppe (Kinn, Ekeland, & og Byrkjeflot, 2012). Satsningen i opptrappingsplanen videreføres i nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007 – 2012), der inkludering av personer med psykiske lidelser i ordinært arbeidsliv er et av regjeringens prioriterte mål. Strategiplanen viser til behov for

individtilpassede tiltak med oppfølging over tid, samarbeid på tvers av instanser og økt kunnskap og kompetanse om arbeid og psykisk helse på de ulike arenaer (Rogan, 2004).

Arbeid og sosial tilhørighet er sentrale verdier for de fleste, også mennesker med psykiske lidelser, og bør derfor få større fokus i psykisk helsevern (Hatling, 2011). Det har de siste årene vært stor oppmerksomhet rundt behovet for tiltak som kombinerer medisinsk og arbeidsrettet innsats (Berg, Eriksen, Klingenberg & Staalesen, 2013). *Supported Employment* (SE) er en tilnærming til arbeidsrehabilitering, der arbeidstrening i ordinære bedrifter skjer samtidig med behandling, så raskt som mulig, og med kontinuerlig, ubegrenset og kompetent oppfølging (Arbesman, 2011; Cook, Lehman, Drake, Fioritti, Knapp et al., 2005; Loyd & King, 2012; Rinaldi, Perkins, Glynn, Montibeller, Clenaghan & Rutherford, 2008). Denne tilnærmingen er basert på kunnskap om at man ikke trenger å være frisk for å komme i arbeid, men at man kan bli frisk eller friskere av å være i arbeid (Scaffit, 2013).

Selv om det i stor grad tas hensyn til pasientens diagnoser og utfordringer knyttet til den psykiske lidelsen, er hovedfokuset å finne arbeid basert på pasientens ønsker og ressurser, som kan bidra positivt til pasientens livskvalitet. Dette er også viktig for å kunne tilby arbeidsgivere en motivert arbeidstager (Akabas, 2006; Drake, McHugo, Bebout, Becker, Harris & Bond, 1999). Individual Placement and Support (IPS) er den SE modellen som er mest beskrevet (Burns, Catty, Becker, Drake, Fioritti & Knapp, 2007). Denne evidensbaserte modellen viser langt bedre resultater når det gjelder overgang til arbeid, enn andre arbeidsrettede tiltak (Arbesman, 2011; Spjelkavik, 2012). Det som skiller IPS fra andre SE modeller er integrering av psykisk helsevern, samt at ingen som ønsker tiltaket skal avvises (Schaft 2013; Rinaldi et al., 2008). Arbeidsrehabiliteringsprosjekt JobbResept som startet ved Stavanger Universitetssykehus i 2007, er et av tiltakene i Norge som arbeider etter IPS modellen (Ramvi & Farstad, 2011).

Det finnes lite forskning på hvilke faktorer i arbeidslivet som kan fremme muligheten for å få jobb for mennesker med psykiske lidelser (Ramvi & Farstad, 2011). Mye av forskningen på dette feltet omhandler arbeidsgiveres holdninger til å ansette mennesker med psykiske lidelser, ikke hvordan de opplever å ha deltakere i arbeid (Ramvi & Farstad, 2011). Målet om økt arbeidsdeltakelse kan bare realiseres i arbeidslivet, og det er derfor viktig å innhente kunnskap om arbeidsgivernes erfaringer med å ha mennesker med psykiske lidelser i

arbeidspraksis (Gundersen, 2012). Dette er nødvendig for å utvikle tiltak og metoder som kan bidra til høyere arbeidsinkludering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser i ordinært arbeidsliv (Ose, Jensberg, Kaspersen, Kalseth & Lilleeng, 2008; Schafft, 2007). På bakgrunn av dette har vi gjort en studie der hensikten er å få kunnskap om hvilke erfaringer ledere har med å ha mennesker med psykisk lidelse i arbeidspraksis. Problemstillingene som blir belyst i denne artikkelen er følgende:

- I hvilken grad er helsetjenesten en del av ledernes historier?
- Hva ønsker lederne å vite om deltakeren?
- Hva synes lederne er viktig/ønskelig når det gjelder oppfølging/samarbeid med helsetjenesten?

## Metode

Studien har et kvalitativt design, og baseres på 15 semistrukturerte intervjuer av ledere som har erfaring med deltakere med psykiske lidelser i arbeidspraksis via NAV.

## Utvalg

Det er gjort et strategisk utvalg, der informantene er typiske tilfeller som er hensiktsmessige for studien (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). Informantene er rekruttert etter lister vi fikk fra NAV Rogaland. I samråd med NSD fant vi at bedriftene måtte ha hatt minst tre personer i arbeidspraksis, hvorav en eller flere med psykiske lidelser eller utfordringer som lederne har visst om, samt at lederen selv hadde hatt direkte kontakt med deltakeren. Det var informanter både fra offentlig (n=5) og privat (n=10) sektor, med både høyere utdanning (n=5) og fagskole eller videregående skole (n=10). De hadde ulike stillinger i bedriftene; Daglig leder (n=4), Avdelingsleder (n=4), Leder (n=3) og videre Nestsjef, Vaktmester, Personalansvarlig og Koordinator (alle n=1). Informantene hadde i snitt 10 års erfaring på denne arbeidsplassen (min-max. 0,5-44 år, SD 11,6 år), og de hadde i gjennomsnitt hatt kontakt med 7 deltagere i arbeidspraksis (min-max. 1-30, SD 8).

## Datainnsamling

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som ble diskutert forskerne imellom, samt i referansegruppen. Hensikten var å få informantene til å reflektere omkring deres erfaringer, så konkret som mulig, uten avbrytelse fra forskeren. Et semistrukturert intervju har en

overordnet intervjuguide som utgangspunkt, mens tema, spørsmål og rekkefølge kan varieres, slik at informanten ledes via spørsmålene uten å bli bundet. På denne måten fikk vi følge informantens fortelling, samtidig som vi innhentet kunnskap om de temaene som var bestemt på forhånd (Hollway & Jefferson, 2005). Dersom informantene ikke hadde sagt noe om erfaringer med helsetjenesten eller helsetjenestens rolle, ble dette stilt som et oppfølgingsspørsmål helt til sist.

Intervjuene foregikk i bedriftene på et egnet skjermet rom, og varte fra i underkant av en time, opp til to timer. Intervjuene ble tatt opp på en lydfil og senere transkribert. Alle forskerne transkriberte de intervjuene de selv hadde gjort. Dette gav hver forsker god kjennskap til materialet og gode forutsetninger for å beholde meningsinnholdet slik det opprinnelig var (Lindset & Norberg, 2004).

## Analyse

Analysen bygger på Hsieh & Shannons (2005) beskrivelse av konvensjonell innholdsanalyse, der koder og kategorier utvikles ut fra datamaterialet, de er ikke bestemt på forhånd.

Konvensjonell innholdsanalyse benyttes oftest i studier der målet er å beskrive et fenomen, særlig dersom fenomenet i liten grad tidligere er beskrevet og det finnes lite tidligere forskning som var tilfelle i vår studie (Hsieh & Shannon, 2005). Vi begynte med at alle tre forskerne i prosjektet leste alle de transkriberte intervjuene for å få et helhetsinntrykk.

Deretter utviklet vi hovedkategorier og underkategorier som vi kodet intervjuene etter. Dette var en møysommelig prosess der vi vekslet mellom å kode hver våre intervju og komme sammen og sammenlikne kodene, endre, og gå tilbake til intervjuene igjen for å prøve ut de nye kodene. Vi benyttet software programmet NVivo i kode-prosessen.

Etterhvert som vi kodet intervjuene lagde vi også et memo til hvert intervju der forskeren oppsummerte intervjuet og noterte egne tanker om informantene eller intervjusituasjonen.

Deretter kondenserte vi meningsinnholdet i hver hovedkategori i hvert intervju, og satte så sammen meningsinnholdet fra hver hovedkategori for alle intervjuene. Vi kunne dermed oppsummere innholdet i hver hovedkategori på tvers av intervjuene. I denne oppsummeringen så vi etter mønstre i informantenes erfaringer innenfor den samme koden, og både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble løftet frem (Malterud, 2011). Til slutt tolket vi frem tema på tvers av kategoriene. De endelige temaene ble også diskutert i prosjektgruppen, for å sikre at vi har bevart både delene og helheten i materialet.

## Etiske overveielser

Studien er godkjent hos NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste). Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra alle informantene i forkant av intervjuet, der det kommer frem at informanten kan trekke seg fra studien til enhver tid uten ytterligere begrunnelser. Lydfiler og datamateriale ble oppbevart i låsbare skap ved Universitetet i Stavanger, og all informasjon er anonymisert og vil bli slettet etter at det har tjent sitt formål.

## Funn

Her presenteres de tema som har relevans for denne artikkelens problemstilling. De tre temaene er: (I) Fokus på funksjonsnivå ikke sykdom, (II) krav og forventninger og (III) sykeliggjøring i helsevesenet. For å skille mellom informantene settes det et tall for hver informant i slutten av hvert sitat.

### Fokus på funksjonsnivå - ikke sykdom

Informantene beskriver hovedsakelig positive erfaringer med å ha deltakere med psykiske lidelser i arbeidspraksis. Sosiale verdier, personlig utvikling for lederen, positiv innvirkning på arbeidsmiljø og rekruttering av arbeidskraft beskrives som motiverende faktorer. En leder sier det slik:

«For det første lærer vi mye om oss selv. Så kan det jo føre til at vi får en veldig god fremtidig ansatt. Og det har vi jo faktisk fått også (...) vi må følge de opp så tett så gjør det også til at vi blir bedre ledere, også overfor de andre» (8).

Andre sier: «Tanken er hele tiden å få folk på beina og samtidig finne folk som passer hos oss og kan gjøre en jobb» (15), «Vi vil gjerne bidra, gjøre en samfunnsinnsats» (14), og flere av lederne beskriver at det er slike verdier de ønsker at bedriften skal representere.

Før lederne tar imot en deltager til arbeidspraksis er de opptatt av å ha en samtale med den mulige deltageren og saksbehandler fra NAV. I denne samtalen er lederne ute etter deltagerens funksjonsnivå, altså arbeidsevne – ikke diagnose for å vurdere om personen kan få en avtale om arbeidspraksis. De ønsker å bli kjent med vedkommende som person, men ønsker ikke detaljer om deltakerens sykdomshistorie eller diagnose. En sier det slik:

«Jeg trenger ikke diagnoser, men jeg trenger å vite hva det er som går greit på jobb, og hva er det jeg (deltakeren) skal trene på, hva har jeg prøvd i andre jobber, hva kan jeg, hva får jeg til og hva mestrer jeg ikke? Er det ting i hjemmesituasjonen som jeg som arbeidsgiver trenger å vite for å gi et godt jobbtilbud?» (1).

Heller ikke Nav vektlegger den psykiske tilstanden til den mulige deltageren når avtale med arbeidsplass skal inngås. Noen ledere sier de bare har fått vite at deltakeren har slitt med «det psykiske» og at de nå vil prøve seg i arbeidslivet. Noen sier også at det kan oppleves som vanskelig å spørre deltakeren om private ting, og de kan føle seg forhindret i å spørre saksbehandleren av respekt for taushetsplikten. Hovedsakelig viser altså intervjumaterialet at lederne ønsker å fokusere på den friske siden. De ønsker ikke å gå inn i en «behandlerrolle» (3), «Å begynne å snakke om ting som har skjedd i fortiden, det tror jeg er feil» (3).

### Å ha forventninger og stille krav

I tråd med at lederne i hovedsak vektlegger funksjonsnivå og ikke sykdom, blir også et annet mønster synlig i intervjumaterialet, nemlig ledernes ønske om å behandle deltagerne likt med de fast ansatte, mest mulig «normalt». Det kommer uttalelser som: «De blir behandlet som en vanlig ansatt rett og slett. Det blir stilt de samme kravene» (8). En annen leder sier: «Det tas ikke så mye hensyn, det er positivt. Det blir forventet noe, de blir behandlet likt med de andre» (15). Dette som kan anses som holdninger om normalisering kommer igjen hos flere av lederne: «Det er det jeg vil, at de skal komme inn i et system der de er som alle andre» (7). Deltakernes psykiske utfordringer nedtones med andre ord, og det forventes at deltakeren gjør sitt beste utfra forutsetninger.

Det stilles krav til deltakerne i det ordinære i arbeidslivet, men lederne legger samtidig til at krav og ansvar skal være basert på respekt, tillit og omsorg, og være et ledd i deltakerens vekst og utvikling på arbeidsplassen. «Hvis en ikke setter noen krav, at de bare kan flyte på en fjøl for å si det slik, så finner en heller ikke det som de har mulighet til, for det er jo det en er på jakt etter» (4). Samtidig som de vektlegger krav hører vi at lederne har åpne og fleksible holdninger som: «Jeg tror det med å være inkluderende, forståelsesfull og åpen er et godt utgangspunkt, så tar vi det som det kommer» (7). En annen leders utsagn samsvarer med dette: «Det er veldig fleksibelt, ikke når det gjelder produksjon, men når det gjelder væremåte.



Der ligger fleksibiliteten. Jeg behandler hver enkelt forskjellig. Det er det det handler om hele veien, å bli sett og bli lyttet til» (13). Lederne uttrykker her en tosidig tilnærming, der de både stiller krav og har forventninger, samtidig som de er fleksible og tolerante.

### Stakkarsliggjøring og sykelliggjøring i helsevesenet

I de frie narrativene der lederne ikke styres av forskeren sier lederne lite om helsevesenet. Først når vi spør spesifikt om deres tanker rundt helsevesenets rolle forteller de om dette. Noen ledere beskriver da at de har opplevd situasjoner der det var ønskelig at helsevesenet hadde tettere oppfølging med deltakeren:

«I noen tilfeller kommer det frem noe gørr som ikke skulle vært der, da skulle vi gjerne hatt helsetjenesten inn i bildet. Vi er ikke kompetente nok til den biten. I disse tilfellene har vi bedt om hjelp fra NAV, og da har vi fått hjelp. Så langt det lar seg gjøre, men det er ikke alt de kan hjelpe med heller» (6).

Hovedinntrykket fra datamaterialet er likevel at lederne ser liten hensikt med samarbeid med helsevesenet. En sier det ganske enkelt slik: «Vi har ingenting med helsetjenesten å gjøre, det har ikke vært behov for det» (8).

Lederne er skeptiske til helsevesenets rolle i arbeidsinkluderingen blant annet fordi de opplever at helsevesenet sykelligjør deltakerne. Flere bruker uttrykket å *sy puter under armene*. De mener helsevesenet stiller for lite krav, har for lave forventninger, og i for liten grad har fokus på forberedelse til arbeidslivet. «Helsevesenet er elendige på å bidra til å få folk tilbake i arbeid. Altså bare ved å snakke om det kommer vi aldri videre. De må se at vi prøver å tenke fremdrift, tenke progresjon i forhold til situasjonen som vedkommende er i» (15). En av lederne setter arbeidslivets krav opp mot en stakkarsliggjøring i helsevesenet:

«Det offentlige hjelpeapparatet er litt sånn «stakkar, stakkar, vi må pakke de inn». De trenger ikke pakkes inn i flere lag med bomull, de trenger at vi har omsorg og respekt, men at vi tør å stille krav (...) Andre vil gjerne si at det er tøft å være i arbeidslivet. Det er tøft å

være i arbeidslivet. Det er krav... Alt skal være så greit og kjekt hele tiden, det er ikke sånn» (14).

En av informantene som også er kritisk til helsevesenets rolle i arbeidsinkluderingen, ser likevel potensialet i et samarbeid. Særlig beskriver han behovet for veiledning og en «åpen dør» (13) til helsevesenet, der lederen får støtte og råd. Han sier at helsevesenet bør være mer synlig i arbeidslivet og bidra med kunnskap om psykiske lidelser. Det pekes også på at de ulike instansene kan tendere til å dra i ulik retning, og at et samarbeid ville vært positivt.

«Sammen tror jeg et slikt trekløver vil være et fantastisk verktøy. For jeg kan mene at de (deltakerne) trenger et spark bak, og NAV kan mene at de må ha et kryss på tavlen, og helsetjenesten kan mene at han ikke er klar ennå, eller omvendt. Da må vi jo kunne snakke sammen» (13).

Flere av lederne pekte på at de skulle ønske at NAV og helsevesenet la større vekt på å bli kjent med arbeidsplassen før de anbefalte den til en deltager. Det hevdes at det er en utfordring at «de sitter med et skjevt inntrykk» (3). Flere av lederne beskriver også feilplasseringer som årsak til mislykkede arbeidspraksisforhold, der deltakeren ikke hadde forutsetninger for å mestre arbeidsoppgavene. Dette kunne vært unngått om de kjente arbeidsplassen bedre hevdes det. De mener også det er en utfordring at NAV «selger inn» (15) deltakerne, og gjør problemet mindre enn det er. Lederne vil ansette på rette premisser: «Det er en utfordring fra det offentlige på å være ærlige og tydelige og ikke for positive» (15).

## **Drøfting**

Jeg vil her sette søkelys på det jeg opplever som polariserte syn i datamaterialet, nemlig forholdet mellom arbeidslivets krav og ønske om normalisering på den ene siden versus ledernes opplevelse av helsetjenestens sykelliggjøring på den andre.

Kravene som stilles i arbeidslivet kan føre til vekst og utvikling hos deltakeren, men kan også utgjøre en belastning. I følge Schaft (2013) uttrykker mange mennesker med psykiske lidelser et behov for å bli utfordret, prøve seg og utvikle nye ferdigheter, overvinne barrierer og møte nye ting. Anvik (2006) ser den andre siden av saken og mener arbeidslivet kan oppleves for

krevenne og at det er et gap mellom arbeidslivets krav og deltakerens arbeidskapasitet. Lederne i studien er opptatt av at kravene skal baseres på omsorg og respekt for deltakeren, og gir uttrykk for fleksibilitet, Dette fremmes også i tidligere forskning som nødvendige faktorer for at deltakerne skal mestre de krav som blir stilt i arbeidslivet (Anvik, 2012; Kinn, Holgersen, Aas & Larry, 2013).

Ledernes oppfatning av at deltakernes diagnose betyr lite for deres arbeidsevne støttes i norsk strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007). Her hevdes det at den enkeltes arbeidshistorie, sosiale ferdigheter og eget ønske om jobb er viktigere. Dette bekreftes også i internasjonale studier (Loyd, 2012; Rinaldi et al., 2008). Kinn et al. (2013) hevder at helsepersonell fokuserer på pasientens diagnose heller enn på pasientens uttrykkede ønske om å arbeide. I følge Rinaldi et al. (2008) vil en sykdomsfokusert tilnærming til psykiske lidelser fra helsepersonells side også kunne skape motstand hos lederne, og bør unngås. I forskningslitteraturen hevdes det også at offentlig ansatte mangler den nødvendige kompetansen til å gjenkjenne behovet for oppfølging (Bull & Lystad, 2011; Drake et al., 1999; Falkum, Hytten & Olavesen, 2011; Scaffit, 2013). I følge Kinn et al. (2012) fokuseres ikke arbeid i behandlingsplaner, til tross for arbeidets terapeutiske verdi, og at det er evidens for at de fleste av de med psykiske lidelser ønsker ordinært arbeid. I følge strategiplanen (2007) bør også arbeid og arbeidsrettede tiltak få et større fokus i utarbeidelse av Individuell plan.

Ledernes opplevelse av sykeliggjøring i helsevesenet samsvarer med mye av forskningslitteraturen, der helsetjenesten omtales som en mulig flaskehals når det gjelder arbeidsinkludering (Bull & Lystad, 2011; Cook et al., 2005; Kinn et al., 2013; Rinaldi et al., 2008; Scaffit, 2012; Swanson, Burson, Harper, Johnson & Litvak, 2011). Lave forventinger og forsiktighet hos helsepersonell kan hindre inkluderingen, og redusere pasientens motivasjon for å søke arbeid (Scaffit, 2013). Psykiske helsearbeidere kan fraråde pasienter fra å søke arbeid, med bakgrunn i antakelser om at arbeidet kan gi symptomforverring og tilbakefall relatert til økt stressnivå. Dette på tross av at det finnes lite evidens for at arbeidsdeltakelse er skadelig for mennesker med psykiske lidelser (Bull & Lystad, 2011; Major et al., 2011). Likevel er det avgjørende at arbeidsrehabiliterende tiltak for mennesker med psykiske lidelser er basert på kunnskap om stress-sårbarhetsmodellen (Falkum, 2011).

Ledernes holdninger til helsevesenet synliggjør en utfordring i samarbeidet mellom instansene. Det er vanskelig å si om arbeidslivet stiller for høye krav til deltakeren, og om helsetjenesten holder igjen deltakerne ved å være for forsiktige og undervurderer pasienters muligheter og ressurser. Vi er imidlertid her ved en kjerne i utfordringen med å integrere personer med psykiske plager i arbeidslivet, nemlig å finne den rette balansen. Schafft (2007) går inn i problemstillingen ved å si ja takk begge deler, det må tas hensyn til diagnosens begrensninger, men også de menneskelige ressursene. Arbeidsinkluderende tiltak bør derfor gi rom for den naturlige variasjonen mellom «syke og friske» dager og perioder. Sykdomsbilde, funksjonsnivå og omsorgsbehov endres i forløpet, og det er store individuelle variasjoner blant mennesker med samme diagnose når det gjelder funksjonsnivå og arbeidsevne (Schafft, 2013). Et arbeidsliv som forholder seg til deltakeren som «frisk» og stiller for høye krav, eller et helsevesen som mener pasienten er «syk» og ikke evner å se ressurser tjener ingen. Balansen mellom rutine og struktur på den ene siden, og stimulering og utfordringer på den andre blir viktig (Kinn et al., 2013). Samarbeid mellom tjenestene er et av hovedelementene i IPS modellen, og kan tenkes å være en viktig faktor for denne modellens gode resultater (Rinaldi et al., 2008). Det kan derfor tenkes at et tettere samarbeid mellom helsetjenesten og arbeidslivet kan bidra til en bedre balanse mellom deltakernes friske og syke side.

## **Avsluttende kommentarer**

En begrensning ved studien er at det kan ha vært de mest engasjerte lederne som hadde interesse for arbeidspraksis som har takket ja til å delta i studien, og at vi kunne fått andre svar fra de deltakerne som takket nei. Det kan også kritiseres at jeg har gått veien gjennom lederne for å få svar på helsevesenets rolle i inkluderingen. Det er derfor viktig at resultatene forstås som *ledernes erfaringer*, og at helsevesenet selv får komme til ordet i videre forskning. Likevel kan resultatene tenkes å gi verdifull kunnskap for hva som kan være viktige faktorer for en bedre arbeidsinkludering av mennesker med psykiske lidelser i ordinært arbeidsliv. Hovedfunn i denne studien antyder at lederne stiller krav til deltakerne i arbeidspraksis og har et ønske om å normalisere heller enn å vektlegge deres psykiske lidelse, herav artikkelens tittel *forfriskende arbeidsliv*. Lederne har også en oppfatning av at helsevesenet sykeliggjør mennesker med psykiske lidelser. Dette polariserte synet kan utgjøre en barriere i arbeidsinkluderingen, ved å hemme samarbeidet mellom partene. Felles forståelse, kjennskap

til hverandre og god kommunikasjon er nødvendig for å kunne jobbe mot felles mål. Det kan derfor tenkes at arbeidsrehabilitering etter IPS modellen kan være gunstig.

## **Summary**

Work is an important source of experience of mastery and self-worth, and at the same time holds important social aspects. Although Norway has an increasing focus on vocational rehabilitation, many are still out of ordinary work. The overall purpose of this project is to contribute with knowledge of what might be important to the success of integration of people with mental disorders in ordinary work. This is done through semi-structured interviews with 15 managers who have employed people with mental illness in vocational practice. Central findings show that managers make demands to participants in vocational practice, and they are focusing on functional abilities rather than diagnosis. The leaders believe that health care workers do pathologize and make the participants passive. This polarized view can create a barrier to the cooperation between the labour market and public health services, and block the inclusion process.

## Referanser

- Akabas, S. H., Oran-Sabia, V. & Gates, L. B. (2006). Work Opportunities for Rewarding Careers (WORC): Insights from Implementation of a Best Practice Approach Toward Vocational Services for Mental Health Consumers. *Journal of Rehabilitation*, 72(1), 19-26.
- Anvik, C. H. (2006). Mellom drøm og virkelighet?: unge funksjonshemmede i overganger mellom utdanning og arbeidsliv (Vol. 17): Nordlandsforskning.
- Anvik, C. H. & Gustavsen A. (2012). Ikke slipp meg - Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid. *Nordlandsforskning-Rapport 13/2012*.
- Arbesman, M. & Logsdon, D.L. (2011). Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 238-246.
- Berg, H., Eriksen, I. M., Klingenberg, S. & Staalesen, P. D. (2013). Nye uførepensjonister. Erfaringer med NAV. Oslo: Proba samfunnsanalyse.
- Bull, H. & Lystad, J. U. (2011). Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 733-738.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M. et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370, 1146-1152.
- Cook, J. A., Lehman, A. F., Drake, R., McFarlane, W. R., Gold, P. B., Leff, S. H., et al. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1948-1956.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., & Bond, G. R., et al. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 627-633.
- Falkum, E., Hytten, K. & Olavesen, B. (2011). Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 1080-1085.
- Falkum, E. (2011). Arbeidet som rehabiliteringsfaktor: I T. Moes (Red.), *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtalerapi* (s. 115-128). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gundersen, T. (2012). Jobb for alle - uten tvil. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(11), 1113.

- Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps - og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 143-153.
- Holloway, W. og Jefferson, T. (2005). At forske i forsvarende subjekter. *Roskilde Universitetsforlag*.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9), 1277-1288.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstract forlag AS.
- Kinn, L. G., Ekeland, T. J. & og Byrkjeflot, H. (2012). Psykisk helsearbeid: konfeksjon eller skreddersøm? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15(1), 23-36.
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Aas, R. W. & Larry, D. (2013). "Balancing on Skates on the Icy Surface of Work": A Metasynthesis of Work Participation for Persons with Psychiatric Disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(1).
- Lindset, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for reasearching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science.*, 18(2).
- Loyd, C. & King, R. (2012). Implementation of supported employment: What are the implications for clinical services? *Journal of Rehabilitation*, 78(1), 25-29.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. (2007-2012): Arbeids- og inkluderingsdepratementet/Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ose, S., O., Jensberg, H., Kaspersen, S., L., Kalseth, B. & Lilleeng, S. (2008). *Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus* (06/08). Trondheim: SINTEF Helse.
- Ramvi, E. & Farstad, L. (2011). *Veien inn i arbeidslivet. En kvalitativ studie av lederes erfaringer med å ha unge voksne med psykisk lidelse i arbeidspraksis*. Universitetet i Stavanger.
- 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).

- Rogan, T. (2004). Opptappingsplanen: Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 4-12.
- Schafft, A. Om å komme seg i arbeid. I Norvoll, R. (Red.). (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver (188-212)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schafft, A. (2007). Ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter: Vi må forstå arbeidsgivernes grunner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(3).
- Schafft, A. & Grimsmo, A. (2012). Gode intensjoner - holder det? En undersøkelse blant deltakere på gjestebud om arbeid og psykisk helse. *Arbeidsforskningsinstituttet (AFI-rapport 9/2012)*.
- Spjelkavik, Ø. (2012). Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37, 163-172.
- Swanson, S., Burson, K., Harper, J., Johnson, B. & Litvak, J. (2011). Implementation Issues for IPS Supported Employment: Stakeholders Share Their Strategies. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14, 165-180.



## **Del 2:**

### **Sammendrag**

I denne kappen trekker jeg inn forhold som ikke har vært like grundig belyst i artikkelen. Jeg gir først kort rede for hovedprosjektet som min studie var en del av. Deretter fokuserer jeg i større grad på det samfunnsmessige perspektivet når det gjelder arbeidsinkludering, samt at det gis en kort presentasjon av noen aktuelle perspektiver innen psykisk helsearbeid. Denne sammenfatningen gir også en noe dypere innføring i metodiske overveielser og teoretiske rammeverket som ligger til grunn for oppgavens artikkeldel. Studiens funn settes her i større grad sammen med teori om Supported Employment, da det er indikasjoner for at denne tilnærmingen er gunstig, ut fra de erfaringer som kommer frem i intervjuer med lederne.

### **Prosjektet «Veien inn i arbeidslivet»**

Denne masteroppgaven er en del av prosjektet «Veien inn i arbeidslivet. Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med psykiske helseplager» ved Universitetet i Stavanger. Prosjektet er finansiert av FARVE - forsøksmidler arbeid og velferd. Prosjektperioden har vært fra august 2012 til juli 2013. Vi var tre forskere engasjert i prosjektet. Datainnsamling og analyse ble utført i et samarbeid mellom oss, der jeg har utført og transkribert 5 av intervjuene. I min oppgave har jeg hatt et særlig fokus på helsevesenet rolle i informantenes fortellinger, og har arbeidet etter egne problemstillinger som presentert under.

### **Bakgrunn og presentasjon av tema**

Sett i sammenheng med artikkelen har sammenfatningens bakgrunn i større grad fokus på samfunnsperspektivet når det gjelder arbeidsinkludering. Den presenterer også noen aktuelle perspektiver på psykisk helsearbeid.

Arbeid og psykisk helse har lenge vært en viktig offentlig debatt. Det skrives stadig om økende antall uføre, som er bekymringsverdig som samfunnsfenomen og innebærer store individuelle belastninger. Psykiske lidelser utgjør cirka en tredel av alle uførepensjoner i Norge (Norvoll, 2011). Arbeidskraft er vår største kilde til velstand i Norge, og skal vi kunne opprettholde og øke vår velstand i fremtiden, er vi avhengig av at en så stor andel av befolkningen som mulig er i arbeid. Det er derfor et viktig politisk mål å øke arbeidsdeltakelsen i befolkningen, og få flere av de som mottar helserelevante ytelser ut i

arbeid (Rasmussen, Dyb, Heldal & Strøm, 2010; Scaffi, 2013). Dette er også et viktig satsningsområde med tanke på individuelle belastninger ved å stå utenfor ordinært arbeidsliv.

Det har tidligere vært mye fokus på arbeidets belastende faktorer for den som er psykisk syk, men nyere forskningslitteratur viser at det motsatte også kan være tilfelle. Arbeidets sosiale funksjon kan være en psykisk vernefaktor i form av sosialt nettverk, mestringsopplevelser, avveksling av miljø, gi faste rammer og en mer meningsfull hverdag og fritid. Arbeid kan også være en kilde til trivsel, og redusere symptomer og reinnleggelser (Bull & Lystad, 2011; Drake, McHugo, Bebout, Becker, Harris, Bond et al., 1999; Loyd & King, 2012).

Arbeidsledighet kan i seg selv bidra til å forverre den psykiske helsen, og det å være uføretrygdet er også en belastning (Major, Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011). Økt fokus på arbeidsrehabilitering springer ut fra kunnskap om at mennesker med psykiske lidelser har mange av de samme behovene som de fleste andre mennesker, deriblant arbeid og sosial inkludering (Aarre, 2010; Bull & Lystad, 2011). Likevel er det svært mange som står utenfor ordinært arbeidsmarked.

Supported Employment (SE) modeller er utviklet for å inkludere mennesker med psykiske lidelser i ordinært arbeidsliv, og har rask jobbsøking, tett oppfølging og suksessfull arbeidsinkludering som mål (Arbesman, 2011; Burns, Catty, Becker, Drake, Fioritti, Knapp et al., 2007; Cook, Lehman, Drake, McFarlane, Gold, Leff et al., 2005). Individual Placement and Support (IPS) er en SE modell som integrerer psykisk helsetjeneste. Implementering av slike modeller vil kreve økt fokus og kompetanse på arbeidsrehabilitering hos psykiske helsearbeidere (Rinaldi, Miller & Perkins, 2010).

I følge Hatling (2011) har det psykiske helsevernet vært kritisert for å være for naturvitenskapelig orientert. Psykisk helsearbeid handler ikke bare om å bekjempe psykisk sykdom, men må i større grad involvere forebyggende og helsefremmende tiltak, samtidig som det må foregå på et mer tverrsektorielt plan. Det kontekstuelle paradigmet som forstår psykiske lidelser først og fremst ut fra den konteksten de oppstår i må få større betydning i psykisk helsevern (Hatling, 2011). Det er derfor nødvendig å innta et samfunnsmessig perspektiv, der ulike kontekster er av betydning for den psykiske helsen, heller enn diagnosene i seg selv (Anvik, 2012). Kolstad (2004) hevder at individuell psykoterapi har hatt en enerådende plass i den psykiske helsetjenesten, men fremstår som mindre viktig i forhold

til folks hovedproblem; å fungere i et hardt og krevende samfunn sammen med andre. Forskingen må vende blikket utover fra den individuelle kroppen til det som skjer i menneskers forhold til hverandre og til samfunnet. Det må ifølge Kolstad (2004) fremskaffes kunnskap om hvordan samarbeidet mellom profesjoner skal foregå i lokalsamfunnet, hva slags hjelp og støtte som faktisk har effekt og kan sikre folk et liv utenfor institusjonene og spesialisthelsetjenesten (Kolstad, 2004).

## Studiens hensikt

Oppgavens overordnede hensikt er å bidra med kunnskap om hva som kan være viktig for å lykkes med inkludering av mennesker med psykisk lidelse i ordinært arbeidsliv

## Problemstilling:

Hvilke erfaringer har ledere med å ta imot mennesker med psykisk sykdom til arbeidspraksis?

Særlige forskningsspørsmål jeg ønsker å få besvart:

- I hvilken grad er helsetjenesten en del av ledernes historier?
- Hva ønsker lederne å vite om arbeidstakeren?
- Hva synes lederne er viktig/ønskelig når det gjelder oppfølging/samarbeid fra helsetjenesten?

## Søkestrategi

Jeg har foretatt søk i databasene Cinahl og Academic Search Premier og Academic Source Business (vedlegg 6). Søkene er avgrenset fra 18 – 44 år. Det endelige søket i Cinahl gav 37 treff, med søkeordene: depression OR psychosis OR mental disorders OR psychiatric disabilities OR psychiatric patients AND vocational rehabilitation OR employment of disabled AND community health care service OR community mental health services.

Et kombinert søk i databasene Cinahl, Academic Search Premier og Business Source Premier ga 34 treff med følgende søkeord: depression OR psychiatric disabilities OR psychiatric patients AND vocational rehabilitation OR employment of disabled OR supported employment AND leadership.

Det som er mest påfallende er at mange av disse artiklene omhandler IPS modellen. Artiklene som kom frem fra disse søkene presenteres i oppgavens bakgrunn, teoretiske rammeverk og drøftingsdel, og utdypes derfor ikke her.

## **Teoretisk rammeverk**

### **Innledning**

Det teoretiske rammeverket brukes for å undersøke et fenomen fra en spesiell synsvinkel, for å forstå meningen, og strukturere forståelse av materialet (Malterud, 2011). Fenomenet vil slik fortone seg ulikt, ut fra hvilket teoretisk rammeverk som benyttes. Å velge perspektiv handler om å rette oppmerksomheten mot et spesielt område, avgrense og utelukke andre områder (Johannessen et al., 2010). I denne oppgaven benyttes teori om Supported Employment (SE), som anses som relevant for å belyse oppgavens problemstillinger. I artikkelen gis bare en kort innføring i denne teorien, og jeg vil derfor her forsøke å heve, og utdype det teoretiske rammeverket.

### **Supported Employment**

SE er en av mange tilnærminger til yrkesrehabilitering. Denne metoden ble utviklet i USA på 1980 tallet, og kalles «place and train» fordi deltakerne søkes direkte ut i ordinært arbeid og får oppfølging der. Dette står i opposisjon til den tradisjonelle tilnærmingen «train and place», der deltakeren mottar arbeidstrening før utplassering i ordinært arbeidsliv (Cook et al., 2005; O'Brian, Price, Burns, & Perkins, 2003). *Arbeid med bistand* som ble etablert i Norge i 1996 baseres på de samme grunnprinsippene som SE (Spjelkavik, 2012). Omfattende forskning indikerer at SE er en virkefull tilnærming til arbeidsrehabilitering, både når det gjelder inkludering i ordinært arbeidsliv, og at deltakerne beholder jobben (Spjelkavik, 2012).

IPS modellen (Individuell Jobbstøtte) er den SE modellen som er mest studert (Arbesman, 2011; Burns et al., 2007; Drake et al., 1999). Et nært samarbeid mellom behandlingsapparatet og yrkesrettede rehabiliteringstjenester skal bidra til en bedre inkluderingsprosess (Loyd & King, 2012), og gir klart bedre resultater for arbeidsrehabilitering. Likevel avhenger det av riktig type arbeid, et hensiktsmessig arbeidsmiljø og tilstrekkelig støtte og oppfølging (Rinaldi et al., 2008).

IPS har vist seg å være mer effektiv jo tettere den følger nøkkelprinsippene:

- Ordinært arbeid er målet
- Tilbudet gis basert på deltakerens eget ønske; man kan ikke ekskluderes med bakgrunn i diagnose, symptomer, rus eller sykdomshistorie
- IPS integreres i team med psykisk helsearbeidere/behandlere med vanlig fokus på den psykiske helsen
- Arbeidssøk skal basere seg på den enkeltes interesser og ferdigheter
- Oppfølgingen inkluderer rådgivning om søknader om offentlige ytelser og trygd
- Hurtig jobbsøk: Man skal ikke ha lengre perioder med forberedelse, trening eller rådgivning før man prøver seg i arbeid
- Systematisk jobbutvikling: IPS-jobbspesialisten bruker en stor andel av tiden sin på å bygge nettverk blant arbeidsgivere basert på å finne aktuelle jobber som passer den enkelte
- Individuell oppfølging uten tidsbegrensning  
(Brinchmann, 2012).

En studie (Rinaldi et al., 2008) av IPS modellen viste god effekt også for personer med tunge psykiske lidelser, som man i utgangspunktet ikke forventet kunne komme i vanlig arbeid. Studien viser at programmet doblet andelen som kom i arbeid, de ble værende i arbeid lengre, kostnadene ved tiltaket var lavere og deltakerne hadde færre reinnleggelser. Det er ikke indikasjoner for at arbeidsrehabilitering etter IPS modellen fører til en forverret helsesituasjon blant mennesker med psykiske lidelser, noe som er viktig informasjon for helsepersonell som er bekymret for at arbeid kan være for stressende for deres pasienter (Brinchmann, 2012; Rinaldi et al., 2010).

## Definisjoner

I denne oppgaven benyttes psykiske lidelser som et samlende begrep ut fra Krogh (2002) definisjon: Betegnelsen psykiske lidelser benyttes når symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose.

Deltaker er her brukt for å betegne mennesker med psykiske lidelser som har vært i arbeidspraksis i ordinært arbeidsliv via NAV. Der det er snakk om helsevesenet benyttes også begrepet pasient eller bruker.

Psykisk helsevern omfatter både kommunal psykisk helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten (Krogh 2002). I denne oppgaven benyttes helsetjenesten, psykisk helsetjeneste, hjelpeapparat og helsevern om hverandre.

Psykiske helsearbeidere betegnes i oppgaven som de som arbeider med mennesker med psykiske lidelser i ulike deler av helsetjenesten.

## **Metode**

Dette avsnittet vil gi en mer utfyllende beskrivelse av artikkelens metodiske overveielser, slik at styrker og svakheter ved studien skal kunne bedømmes. Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan vi går frem for å få informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan denne informasjonen skal analyseres og hva den forteller oss. Det dreier seg om å gå en bestemt vei mot et mål ved å samle inn, analysere og tolke data, som er en sentral del av empirisk forskning (Malterud, 2011).

### **Valg av metode**

Dette er en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer med 15 ledere som har erfaring med å ha mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis. Målet med en kvalitativ studie er å få forståelse og innsikt i andres livsverden (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010), og vil gi mulighet for å få frem kompleksitet og nyanser (Thagaard, 2010).

En viktig målsetning ved kvalitative tilnæringer er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener, og gi grunnlag for fordypning i de fenomenene vi studerer. Fortolkning har derfor særlig stor betydning i kvalitativ forskning, og forholdet til fortolkende teoretiske retninger er derfor viktig (Thagaard, 2010). Denne oppgaven har et fenomenologisk perspektiv som innebærer at oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares av lederne. Den fenomenologiske tilnærmingen trekkes stadig oftere inn i forskningssammenheng, og hviler på en forståelse om at realiteten er slik menneskene oppfatter den. Denne retningen anser

subjektet som forutsetning for forståelse, og søker å få tak i en dypere mening i informantens erfaringer (Thornquist, 2003).

### Forforståelse av tema

Forståelsen av data utvikles gjennom hele forskningsprosessen, og må ses i sammenheng med den forforståelsen forskeren bringer med seg inn i prosessen (Thagaard, 2010). Å reflektere over egen posisjon er således avgjørende for god vitenskapelig kvalitet. Jeg vil derfor her reflektere over min forforståelse av oppgavens tema. Forforståelse er erfaring, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen vi har med oss inn i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Som sykepleier har jeg erfaring fra kommunal psykisk helsetjeneste og psykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten. Her har jeg gjort meg tanker om at vi har for lite kunnskap om, og fokus på arbeid både som en viktig faktor for pasientenes livskvalitet, samt arbeidets terapeutiske verdi. Samtidig tenker jeg at vi har en forutinntatthet om at pasientene er for sårbare og syke til å arbeide, som kan virke hemmende i inkluderingsprosessen. Flere ganger har jeg tenkt at jeg ikke har nok kunnskap om arbeid og psykiske lidelser til å ta denne vurderingen. Mine erfaringer fra yrkeslivet vil farge min forståelse av temaet. Jeg har derfor forsøkt å være bevisst på å ikke la min forforståelse være styrende i prosessen ved å ha en åpen intervjuguide som ikke styrer informanten (se *det kvalitative intervjuet* under).

### Utvalg

For mer informasjon om studiens utvalg henvises det til oppgavens artikkeldel. Jeg vil her tilføye aktuelle aspekter ved rekrutteringsprosessen. Rekrutteringsprosessen var utfordrende ettersom arbeidsgiverne ikke alltid visste om deltakerne de hadde hatt i arbeidspraksis hadde psykiske lidelser. Det viste seg også å være enklere å rekruttere informanter når vi sendte ut et skriftlig informasjonsskriv på epost i forkant, og tok kontakt på telefon noen dager senere. For å kartlegge informantenes bakgrunn ba vi dem om å fylle ut et skjema i starten på intervjuet (vedlegg 3). Informantene måtte selv ha hatt direkte kontakt med deltakeren. Vi har tilstrebet et mest mulig likt antall kvinner og menn, og variasjon når det gjelder arbeidsplassens størrelse, bransje, og offentlig eller privat virksomhet. Eksklusjonskriterier var ledere som har samarbeidet med JobbResept, som arbeider etter IPS modellen.

## Det kvalitative intervjuet

Formålet med et intervju er å få fyldig og omfattende informasjon om andre menneskers erfaringer, og hvilke synspunkter og perspektiver de har på det aktuelle temaet (Thagaard, 2010). Et forskningsintervju kan utformes på ulike måter. Det semistrukturerte intervjuet ga både meg som forsker og informanten mer fleksibilitet, og informanten fikk større mulighet til å uttrykke seg enn det et strukturert spørreskjema ville gjort.

Vi innledet intervjuet med en presentasjon av prosjektet «Veien inn i arbeidslivet» og denne oppgaven, og informerte om at vi ønsket å høre deres erfaringer med å ha deltakere med psykiske lidelser i arbeidspraksis. Vi var også særlig opptatt av å informere om at vi ikke ville avbryte underveis. Dette gjorde vi for å etablere en mest mulig forutsigbar og trygg ramme rundt intervjusituasjonen. Jeg opplevde dette som svært nyttig, da informantene ofte stoppet opp, for så å komme med mer utfyllende historier. På denne måten fikk informantene selv definere hva som var viktige aspekter for dem. For å være sikker på at informantene var innom alle momenter som interesserte oss, hadde vi også noen stikkord som vi benyttet som en huskeliste. Til sist hadde vi noen få spørsmål som var mer spesifikt rettet mot oppgavens problemstilling.

## Analyse

I artikkelen gis en kort og konkret presentasjon av analyseprosessen. Jeg vil her forsøke å gi en noe mer utfyllende beskrivelse av denne prosessen.

Forskning kan ikke begrenses til ren innsamling av opplysninger. Opplysningene må også systematiseres og analyseres, for å utvikle ny og forskerkonstruert kunnskap, et forenklet og typisk bilde av den opprinnelige virkeligheten (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010 s. 231). Denne studien er basert på en konvensjonell innholdsanalyse som beskrevet av Hsieh og Shannon (2005). Utgangspunktet for å benytte konvensjonell innholdsanalyse var at kategoriene utvikles ut fra innholdet i intervjuene, de er ikke konstruerte på forhånd. Dette er en hensiktsmessig metode fordi vi er på jakt etter nye tema som kommer frem gjennom ledernes historier. Kategorier og tema springer direkte ut fra informantenes narrativer uten at disse er påvirket av det teoretiske rammeverket eller forskernes forforståelse av temaet (Hsieh & Shannon 2005). Det må her påpekes at vi hadde en intervjuguide som var med på å legge noen føringer for tema.



La meg konkretisere i detalj hvordan vi gikk frem i analysen. I den første fasen ville vi bli kjent med materialet og skaffe oss et helhetsinntrykk. Vi forsøkte hele tiden å se etter interessante og sentrale temaer, og notere ned hovedpunkter i intervjuene. Vi gikk så gjennom og kodet alle intervjuene, og fikk slik et visst antall koder som vi sammenlignet og laget sammen et utkast til de kodene (vedlegg 4). Deretter kodet forskerne et intervju hver med utgangspunkt om å finne hovedkategorier ut fra informantenes narrativer. Etter at vi hadde laget et utkast med koder, kodet vi 6 intervjuer, og endret på en del koder underveis for å tilpasse nye perspektiver. Denne fleksibiliteten er viktig for at ikke kategoriseringen skal bli en mekanisk prosess. Det endelige kodeskjemaet ble så benyttet på de resterende intervjuene. Etter at materialet var delt inn i koder og kategorier fortettet vi meningsinnholdet ved å komprimere lange setninger, fjerne irrelevant informasjon og forkorte informantens uttalelser (Hsieh & Shannon, 2005).

Koder med samsvarende innhold ble så satt sammen i kategorier, og kategorier ble satt sammen til undertema og til slutt til tema basert på felles mening. Temaenes betydning ble vurdert gjennom å telle kategorier innenfor hvert tema. Vi vurderte beskrivelsene fra det enkelte intervju opp mot intervjuet som helhet, for ikke å miste helheten av syne (Thaagard, 2010). Det kan være en utfordring å sikre at vi som forskere har fått en helhetlig og riktig forståelse for innholdet i ledernes narrativer, og at vi har identifisert de riktige kategoriene som kan resultere i uriktig fremstilling av data. Kvaliteten på innholdsanalysen avhenger derfor i stor grad av nøyaktig koding. Det er derfor en styrke at alle tre forskerne har vært involvert i denne prosessen (Hsieh & Shannon, 2005).

## Etiske overveielser

Etiske retningslinjer krever at forskeren utviser redelighet og nøyaktighet i presentasjonen av resultatene. Utgangspunktet for et etisk forsvarlig forskningsprosjekt er prinsippet om informert samtykke og kravet om konfidensialitet. Vi innhentet skriftlig samtykke fra informantene (vedlegg 5), som klargjør at informanten skal vite at de blir forsket på, at deltakelse er frivillig, at de har rett til informasjon om selve forskningsprosjektet, samt at de har lov til å avbryte deltakelsen uten videre forklaring. De som gjøres til gjenstand for forskning, har også krav på at all informasjon behandles konfidensielt (Johannessen et al., 2010).

## **Funn**

Her gis en kort presentasjon av studiens funn, med særlig vekt på hva lederen ønsker å vite om deltakeren. Funnene presenteres mer inngående i oppgavens artikkeldel, og må ses i sammenheng.

I artikkelen kommer det frem at lederne hovedsakelig har positive erfaringer med å ha deltakere i arbeidspraksis. Faktorer som beskrives som motiverende er personlig utvikling for lederen, rekruttering av arbeidskraft, ønske om å hjelpe enkeltmennesker og sosialt ansvar. De er ressursfokusert og mener helsetjenesten sykeliggjør deltakerne. Særlig fremtredende er det at ingen av informantene er opptatt av deltakerens diagnose. De nevner ikke diagnoser under intervjuene, og sier diagnosen ikke sier noe om arbeidsevne. Funnene indikerer samtidig at informasjonen lederne får om deltakeren på forhånd er mangelfull. Felles for lederne er at de vil vite om symptomer som hemmer eller fremmer arbeidsfunksjonen eller som er nødvendig å ha kunnskap om for å unngå ubehagelige eller farlige situasjoner i arbeidsdagen. De synes også det er viktig å vite mer om deltakerens bakgrunn og arbeidsevne, men det kan oppfattes som om de er usikre på hva deltakeren ønsker de skal vite, og hva saksbehandleren kan si. Det nevnes av noen ledere at de er redde for å «grave» i private ting. Mangelfull informasjon kan ifølge lederne føre til at de har lite å snakke med deltakeren om, og at det kan oppstå usikkerhet rundt deltakeren, særlig blant kollegaer.

Informantene er åpne med kollegaene om at deltakerne er i arbeidstrening via NAV. Utover dette er de fleste lederne opptatt av at deltakeren selv skal avgjøre hva som skal gis av informasjon om deres situasjon eller lidelse. Noen av lederne synes det er viktig at deltakerne er åpne om sin problemstilling, mens andre lar det være helt opp til deltakeren. Det vektlegges at et tillitsforhold mellom lederen og deltakeren er viktig, der det er klarhet i at de ikke forteller noe om deltakeren som vedkommende ikke ønsker skal deles.

Det fremkommer også av artikkelen at informantene mener det offentlige hjelpeapparatet har for lite kjennskap til arbeidsmarkedet. De erfarer at offentlig ansatte sitter med et skjevt inntrykk av bedriftene og mange av informantene forteller om feilplasseringer. Det gis eksempler der deltakeren var motivert for arbeid, og bedriften ønsket å hjelpe, men der deltakeren ikke hadde forutsetninger for å mestre arbeidsoppgavene på grunn av fysiske eller psykiske begrensninger. Dette gir unødvendige belastninger for deltakeren og for bedriften,

og kunne vært unngått ved en bedre dialog mellom partene. Det hevdes at det er viktig å ha en ærlig og god dialog med den som har ansvar for arbeidsutplasseringen og deltakeren i forkant slik at lederne kan danne seg et mest mulig riktig inntrykk av deltakernes utfordringer for å unngå slike feilplasseringer. Lederne mener det offentlige hjelpeapparatet må være mer ærlige og tydelige, slik at arbeidsgiver får et mer realistisk bilde av situasjonen, og ansetter på rette premisser.

Lederne er også opptatt av at de har muligheten til å følge opp deltakerne, og tenker kvalitet fremfor kvantitet. De mener at NAV og helsevesenet er for opptatt av å få folk ut i arbeidslivet, men svikter i den langsiktige oppfølgingen.

## Diskusjon

Studiens hensikt var å bidra med kunnskap om hva som kan være viktige faktorer for å lykkes med inkludering av mennesker med psykiske lidelser i ordinært arbeidsliv. I artikkelen preges diskusjonsdelen av helsevesenets rolle i inkluderingsprosessen. Jeg vil her utdype denne diskusjonen. Videre vil jeg kort diskutere temaene (I) Motivasjon for å ta imot deltakere, og (II) Forhåndskunnskaper om deltakeren.

Selv om mange studier viser til diskriminerende og stigmatiserende holdninger hos arbeidsgivere (Ose et al., 2008; Rinaldi et al, 2008), viser funnene i denne studien hovedsakelig positive holdninger og gode erfaringer, både for ledere, kollegaer og bedrift, som kan indikere et åpent arbeidsmarked. Dette samsvarer med funn gjort av Ramvi og Farstad (2011), som påpeker at det er større sannsynlighet for å inspirere arbeidsledere til å ta imot mennesker til arbeidspraksis når informasjonen er god og interesse og engasjement vekkes. Lederne ser også på det å ta imot deltakere til arbeidspraksis som en litt annerledes form for å rekruttere arbeidskraft, som er viktig kunnskap fordi det kan inspirere andre ledere, samtidig som det balanserer synet på inkludering ved å synliggjøre at bedriftene også har behov for arbeidskraft (Strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012).

I følge informantene er deltakernes diagnose irrelevant, og sier lite om deltakerens arbeidsevne. Lederne har et *forfriskende* syn på deltakeren, men opplever at helsevesenet sykeliggjør og stiller for lite krav. Dette synet på helsevesenet deles av flere, noe som kommer tydelig frem i oppgavens artikkeldel, der helsevesenet blir omtalt som en mulig barriere i

inkluderingsprosessen. Det er i dette skjæringspunktet mellom ledernes friske syn på deltakerne, og det de mener er sykeliggjøring fra helsetjenestens side at det kan oppstå problemer i samarbeidet. Samarbeid mellom tjenestene er en sentral del av IPS modellen, og det er derfor nødvendig å avdekke faktorer som kan vanskeliggjøre samarbeidet (Strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007-2012). Som det diskuteres i artikkelen er dette ingen enten eller sak, og en pragmatisk tilnærming er nødvendig.

La oss se nærmere på hvorfor sykeliggjøring og lave forventninger i helsevesenet kan være hemmende i inkluderingsprosessen. Gundersen (2012) har et viktig poeng når hun sier at dersom mennesker med psykiske lidelser skal se seg selv som kompetente arbeidstakere, må de også bli møtt av hjelpere og tjenester som behandler dem som nettopp det. Hun sier videre at en helsetjeneste som ser arbeid som en naturlig del av alle voksne menneskers liv, er viktig for den enkelte, men også for arbeidsgiverne. Særlig kan helsevesenets sykdomstenkning føre til at de overestimerer risikoen for arbeidsgivere (Rinaldi et al., 2008). Lave forventninger kan også senke motivasjonen og håp om endring og muligheter både hos deltakeren og hos arbeidsgiver, som også vil kunne utgjøre et hinder i inkluderingsprosessen.

Loyd & King (2012) hevder at brukererfaringer kan være nyttig for å overbevise helsepersonell om at arbeid ikke nødvendigvis utelukkende er en belastning og risikofaktor, og påpeker at brukernes erfaringer må stå i sentrum for implementering og utvikling av nye tiltak. Denne studien bygger derfor på kunnskap om at mange mennesker med psykiske lidelser har et ønske om å delta i ordinært arbeidsliv, samt at det innehar viktige terapeutiske kvaliteter. Grini (2009) har også undersøkt deltakeres opplevelser i arbeidslivet i sin masteroppgave, og det er interessant å se at hennes funn er i tråd med det lederne i studien sier. I følge hennes studie var den psykiske lidelsen ikke nødvendigvis hemmende hvis deltakeren følte seg sett, hørt og ivaretatt. Lederne i denne studien er tydelige på at det stilles krav i arbeidslivet, og at helsetjenesten stiller for lite krav til deltakerne. Selv om mye av litteraturen støtter opp om dette, er det viktig å finne et balansepunkt, der kravene står i samsvar med deltakerens ressurser. Kunnskap om mental sårbarhet og om hvordan denne sårbarheten påvirkes av krav og utfordringer er derfor også avgjørende (Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007-2012).

Mennesker med psykiske lidelser trenger systematisk og koordinert hjelp, hvor flere aktører må spille på lag og samarbeide (Anvik, 2012). Samarbeid og integrasjon mellom

behandlingstjenestene og arbeids og velferdstjenestene er derfor særlig viktig for å lykkes med arbeidsinkluderingen (Major et al., 2011), og det er derfor viktig å avdekke barrierer i samarbeidet. I tråd med studiens funn hevder Falkum (2011) at fordommer og negative erfaringer mellom de ulike tjenestene kan utgjøre barrierer i samarbeidet. I følge strategiplanen for arbeid og psykisk helse (2007) er det også behov for å styrke kompetansen når det gjelder arbeid og kunnskap om arbeidslivets krav og arbeidsrettede tilbud. Behovet for systematisk og koordinert hjelp, tettere dialog og felles mål, sett i sammenheng med behov for økt fokus på og kunnskap om arbeidsrehabilitering, kan indikere at arbeidsrettede tiltak etter IPS modellen er gunstig.

Samarbeidet mellom psykisk helsetjeneste og arbeids og velferdsetaten, som er en sentral del av IPS modellen, kan bidra til å unngå den kommunikasjonsvikten som kan oppstå ved parallelle tjenester (Drake et al., 1999). Spjelkavik (2012) påpeker også at felles forståelse og felles mål om ordinært arbeid betegnes også som suksesskriterier.

## **Konklusjon**

Arbeidsinkludering i ordinært arbeidsliv for mennesker med psykiske lidelser kan være en langvarig og krevende prosess som krever kunnskap og kompetanse i alle ledd. Arbeidsgivere spiller en viktig rolle når det gjelder arbeidsinkludering i ordinært arbeidsliv, og det er nødvendig å vite hva som motiverer dem til å ta imot deltakere til arbeidspraksis. Studiens funn indikerer at lederne har holdninger til helsevesenet som kan vanskeliggjøre samarbeidet, og at det er et gap mellom ledernes *forfriskende* tilnærming og helsevesenets sykeliggjørende tilnærming til psykiske lidelser. Det er behov for tiltak som kan balansere disse ytterpunktene til beste for deltakerne. Bedre samarbeid mellom tjenestene og mer kunnskap om arbeidsrehabilitering kan bidra til å redusere usikkerhet og risiko assosiert med ansettelse av mennesker psykiske lidelser. Det kan derfor tyde på at arbeid etter IPS modellen vil være fordelaktig. Denne modellen inkorporerer psykiske helsearbeider i team sammen med NAV, deltaker og arbeidsgiver, og slik kan bedre samarbeid, kommunikasjon, og gi en mer strukturert tilnærming med fokus på økt kompetanse, og felles mål om ordinært arbeid vil være gunstig.

## Referanser

- Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anvik, C. H & Gustavsen A. (2012). Ikke slipp meg - Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid. *Nordlandsforskning-Rapport 13/2012*.
- Arbesman, M. & Logsdon, D.L. (2011). Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 238-246.
- Brinchmann, B. (2012). Virksomme faktorer ved integrering av arbeidsrehabilitering.
- Bull, H. & Lystad, J. U. (2011). Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 733-738.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370, 1146-1152.
- Cook, J. A., Lehman, A. F., Drake, R., McFarlane, W. R., Gold, P. B., Leff, S. H., et al. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1948-1956.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M. & Bond, G. R., et al. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 627-633.
- Falkum, E. (2011). Arbeidet som rehabiliteringsfaktor: I T. Moes (Red.), *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi* (s. 115-128). Bergen: Fagbokforlaget.
- Grini, I. (2009). *Arbeidsrettet rehabilitering for unge voksne med psykiske lidelser*. (Masteroppgave), Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.
- Gundersen, T. (2012). Jobb for alle - uten tvil. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(11), 1113.
- Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps - og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 143-153.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstract forlag AS.

- Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 13-25.
- Krogh, G.V. (2002). *Begreper i psykiatrisk sykepleie - Sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Loyd, C. & King, R. (2012). Implementation of supported employment: What are the implications for clinical services? *Journal of Rehabilitation*, 78(1), 25-29.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. (2007-2012): Arbeids- og inkluderingsdepartementet/Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norvoll, R. (2011). *Jeg vil ikke stå utenfor. Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- O'Brian, A., Price, C., Burns, T. & Perkins, R. (2003). Improving the Vocational Status of patients with Long-Term Mental Illness: A Randomized Controlled Trial of Staff Training. *Community Mental Health Journal*, 39(4), 333-346.
- Ose, S., O., Jensberg, H., Kaspersen, S., L., Kalseth, B. & Lilleeng, S. (2008). *Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus (06/08)*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Ramvi, E. & Farstad, L. (2011). *Veien inn i arbeidslivet. En kvalitativ studie av lederes erfaringer med å ha unge voksne med psykisk lidelse i arbeidspraksis*. Universitetet i Stavanger.
- Rasmussen, I., Dyb, V.A., Heldal, N. & Strøm, S. (2010). Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom. *Vista analyse rapport* (Vol. 7). Oslo.
- Rinaldi, M., Miller, L. & Perkins, R. (2010). Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 163-172.
- 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).
- Schafft, A. (2013). Om å komme seg i arbeid. I Norvoll, R. (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 188-212). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spjelkavik, Ø. (2012). Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries.

*Journal of Vocational Rehabilitation*, 37, 163-172.

Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (3 utg.).

Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen:

Fagbokforlaget.



## **Vedlegg 1: Forespørsel om å delta i prosjekt**

Forespørsel om å delta i prosjekt:



# **Veien inn i arbeidslivet. Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med psykisk lidelse**

### **Bakgrunn og hensikt med prosjektet**

Hensikten med denne studien er å redegjøre for erfaring ledere har med å ta imot personer med psykiske lidelser til arbeidspraksis for å få mer kunnskap om hva som er viktig for å lykkes med denne inkluderingen. Studien blir finansiert av midler fra NAV, gjennom programmet FARVE.

### **Hva innebærer deltagelse?**

Vi sender ut dette informasjonsskrivet til arbeidsplasser som har hatt personer i arbeidspraksis, og ønsker å gjøre intervju på denne arbeidsplassen dersom en eller flere av de som har vært på arbeidspraksis hos dere har hatt psykisk lidelse.

Datainnsamlingen vil foregå gjennom intervju av ledere som har (hatt) erfaring med å ha personer med psykisk lidelse i arbeidspraksis. Så dersom du er leder og har hatt personlig kontakt med/eller oppfølgingsansvar for personer med psykisk lidelse på arbeidspraksis på din arbeidsplass, ønsker vi å intervju deg.

Gjennom intervjuet vil vi be deg fortelle i størst mulig detalj om dine erfaringer (erfaringer med samarbeid, tilrettelegging, konsekvenser for kollegaer, arbeidsmiljø osv.). Intervjuet vil vare ca. 1 time, og kan foregå på din arbeidsplass (eller andre steder om ønskelig). Vi avtaler dette mer konkret når du har bestemt deg for om du eventuelt vil delta. Datainnsamling beregnes å foregå i tiden desember 2012 og januar 2013.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysninger om deg som blir intervjuet vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode vil knytte deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Intervjuet tas opp på lydbånd. Lydbånd og navneliste vil bli oppbevart i ett låst

dokumentasjon. Det er kun forskerne i prosjektet som vil ha tilgang til lydbånd og til å innhente opplysninger som kan spores tilbake til deg som informant. Etter at prosjektet avsluttes 1. juli 2013 vil alle personlige opplysninger om deg bli slettet.

Data fra intervjuene vil brukes i en rapport til FARVE, i en masteroppgave i helsevitenskap på Universitet i Stavanger, en doktorgradsavhandling og i artikler i tidsskrift om arbeid og psykisk helse.

#### **Frivillig deltakelse i intervjuet**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta og alle opplysninger om deg vil bli slettet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Med vennlig hilsen

Ellen Ramvi  
Prosjektleder

Lisebet Skeie Skarpaas  
prosjektmedarbeider

Lise Løvereide  
masterstudent

## Prosjekt: Veien inn i arbeidslivet; Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med psykisk lidelse

### Intervjuguide

#### Innledende spørsmål

- Hva er din jobb her?
- Hvilken rolle har du hatt i forhold til deltakerne dere har hatt i arbeidspraksis?
- Hvordan startet det hele med at dere har blitt et arbeidspraksissted?

#### Narrativ

Det som interesserer oss i dette prosjektet er erfaringer du som leder (og kontaktperson?) har med å ha unge mennesker med psykisk lidelse i arbeidspraksis.

Så kan du fortelle meg historien om hvordan du har erfart å ha unge mennesker med psykisk lidelse i arbeidspraksis? Fortell om alle de hendelser og erfaringer du synes har vært viktige.

Nå skal jeg bare lytte, og jeg kommer ikke til å avbryte deg med spørsmål underveis. Jeg skal bare ta notater slik at jeg kan huske hva jeg har lyst til å spørre deg mer om når du er ferdig. Ta den tiden du trenger.

#### Etter at historien er fortalt, spør etter utfyllende detaljer om:

- **Kolleger** (Hvordan erfarte de dette? Hvordan har det påvirket dem?)(evt kunders oppfatning)
- **Arbeidsmiljø** (Gode og dårlige konsekvenser for arbeidsmiljøet - konkret)
- **Tilrettelegging** (hvordan? Konkret)
- **Kunnskap** (Hva er det viktig å vite om deltakere på forhånd? Hva blir viktig underveis? Hvilken type/hvor mye informasjon mener du er viktig at de øvrige ansatte får vite om deltagerne?)
- **Samarbeidspartnere** ( HVEM og HVA var viktig NÅR)

**Spør spesielt: om forholdet til NAV.** (tilgjengelighet, Har NAV utarbeidet en Tilretteleggingsgaranti (TG)for dine deltagere på arbeidspraksis?)

**Spør spesielt: Koordinering:** Er det noen som har hatt et spesielt koordineringsansvar i disse sakene? I tilfelle hvem? Hvordan fungerte denne koordineringen? Eventuelt hvis ikke – hvordan fungerte da samarbeidet mellom de ulike aktørene?

**Spør spesielt: Helsetjenesten:** Evt: Du har ikke nevnt helsetjenesten, vil du si noe om grunnen til dette? Hvilken rolle har helsetjenesten hatt i forhold til prosessen med disse deltagerne? Hvilken rolle synes du helsetjenesten skal i en slik prosess? Hva skulle du ønske at de bidro med?

- **Varighet** (eventuelt hva er grunnen til at arbeidspraksisforhold avsluttes?).
- **Evaluering** (Hvilke tanker gjør du deg når du i ettertid ser tilbake på arbeidspraksis forløpene du har vært med på? Hvilke faktorer medvirket til det som gikk godt/dårlig i forløpene?)

### **Avsluttende spørsmål**

- Hvordan har det vært å ha deltakere til arbeidspraksis i forhold til hvordan du trodde det var?
- Hvilke fordeler/ulempeser du ved å ta imot deltakere til arbeidspraksis sett fra deltagerens side? Sett fra arbeidsplassens sin side
- Kunne du tenke deg å ta imot en deltaker til arbeidspraksis igjen, hvorfor/hvorfor ikke?

### Vedlegg 3: Skjema for datainnhenting

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

### Skjema for data innhenting

Vi ber informanten selv fylle ut:

Sett kryss for alder	Under 20:	21-30	31-40	41-50	Over 50

**Kvinne:**

**Mann:**

**Type bedrift:**

**Din utdanningsbakgrunn:**

**Din stilling i bedriften:**

**Antall års erfaring på denne arbeidsplassen:**

**Antall deltagere som har vært på arbeidstrening her:**

**Er det noen plass (et rom?) å trekke seg tilbake på denne arbeidsplassen?**

**Ja,**

**Nei**

#### Vedlegg 4: Kodeskjema

INITIAL CODES	CATEGORIES
Jobb beskrivelse	<b>Beskrivelse av arbeidsplass og leders rolle</b>
Rolle i bedriften	
Rolle ift deltager	
Arbeidsmiljø beskrivelse	
Oppstart – å være praksissted	<b>Prosessen: oppstart</b>
Initiativ – konkrete deltagere	
Kriterier for inntak	
Varighet	
Plan for trening/oppfølgingsplan/ opplæringsprogram, mål, inkluderingstiltak	<b>Prosessen: gjennomføring</b>
Spesiell tilrettelegging av arbeidsdag eller praksis	
Kontaktperson/ fadderordning/leders kontakt/relasjon	
Fast ansettelse	<b>Prosessen: avslutning</b>
Årsak til å slutte	
Evaluerings/vurdering av ordningen (om igjen?)	<b>Åpenhet og kunnskap om problemer</b>
Forhåndskunnskap om deltaker	
Åpenhet om problemer til leder	
Åpenhet i kollegafellesskapet	
Holdning til kunnskap og åpenhet	
Kontakt med familie	
Kontakt med andre f.eks. skole	<b>Forventinger og erfaringer med ordningen</b>
Utfordringer/belastninger med deltager	
Reaksjoner fra kollegaer	
Fordeler for deltager (ved arbeidsplassen)	
Fordeler for arbeidsplassen/arbeidsmiljøet	
Fordeler for leder/kontaktperson	
Policy om tiltaket i bedriften	
Holdninger	
Forholdet til kollegaer	
Forventinger vs realitet	
Opplevelse av og behov for støtte for leder	
Leders relasjon til nav-veileder	<b>Samarbeid med NAV</b>
Suksesskriterier for samarbeidet m nav	
Leders avklaring og oppfølging for	

NAV	
Lære av hverandre/ NAVs kartlegging av deltager og bedrift	
Nav s kontakt m deltager	
3 parts samarbeid (deltager, nav, arbeidsplass)	
koordineringsansvar	
Kontakt med helsevesenet	
Eksempler på deltagere m kontakt m helsevesenet	
Holdning til samarbeid med helsevesenet	<b>Samarbeid med helsevesenet</b>
Ved oppstart	
I miljøet	
I samarbeidet	<b>Suksesskriterier</b>
(her legges bare alle de frie narrativene inn, knytt til et memo hvis du ser et tydelig tema)	<b>Narrativer</b>
(Lag babynoder med navn på hva det er eksempel på)	<b>Eksempler</b>

- Når vi har kodet et helt intervju skriver vi et memo som oppsummerer det vi opplever at denne informanten har på hjertet – ser for oss max en halv side – tenke tema



## Vedlegg 5: Samtykkeerklæring for informanter

### Samtykkeerklæring for informanter

**Veien inn i arbeidslivet. Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med psykisk lidelse**

Jeg har lest informasjonsskrivet. Jeg vet at deltakelse i studiet er frivillig og at jeg kan trekke meg når som helst. Alle opplysninger om meg vil bli behandlet konfidensielt, forsvarlig oppbevart og anonymisert i rapportering fra prosjektet. Ved spørsmål kan jeg kontakte prosjektleder førsteamanuensis Ellen Ramvi (UiS) på telefon 51834179 eller e-post:

[ellen.ramvi@uis.no](mailto:ellen.ramvi@uis.no)

Jeg gir med dette forskerne i prosjektet tillatelse til å intervjue meg.

---

Sted/dato: Informantens underskrift



Friday, September 07, 2012 6:52:32 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S18	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled or supported employment ) AND Leadership	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text;Academic Search Premier;Business Source Premier	34
S17	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled or supported employment ) AND Leadership	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text;Academic Search Premier	25
S16	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled or supported employment ) AND Leadership	Limiters - Published Date from: 20000101-20111231; Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1

S15	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND Employment	Limiters - Published Date from: 20000101-20111231; Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	250
S14	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND employment	Limiters - Published Date from: 20000101-20111231; Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S13	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND employment	Limiters - Published Date from: 20000101-20111231; Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S12	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of	Limiters - Published Date from: 20000101-20111231; Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0

	disabled ) AND employment			
S11	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND employment	Limiters - Published Date from: 20000101- 20111231; Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S10	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND Leadership	Limiters - Published Date from: 20000101- 20111231; Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1
S9	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND ( community health care service or Community Mental Health Services )	Limiters - Published Date from: 20000101- 20111231; Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	37
S8	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or	Limiters - Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search	50

	Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND ( community health care service or Community Mental Health Services )		Database - CINAHL with Full Text	
S7	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND ( community health care service or Community Mental Health Services )	Limiters - Published Date from: 20000101- 20111231 Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	150
S6	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND ( community health care service or Community Mental Health Services )	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	194
S5	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search	34

	Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND community health care service		Database - CINAHL with Full Text	
S4	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled )	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1384
S3	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities ) AND Vocational rehabilitation	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	869
S2	( depression or psychosis or mental disorders ) AND Vocational rehabilitation	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	822
S1	( depression or psychosis or mental disorders ) AND work	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5728



Friday, September 07, 2012 6:36:26 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S9	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patents ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND ( community health care service or Community Mental Health Services )	Limiters - Published Date from: 20000101-20111231; Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	37
S8	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patents ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND ( community health care service or Community Mental Health Services )	Limiters - Age Groups: Adult: 19-44 years Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	50
S7	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patents ) AND ( Vocational rehabilitation or	Limiters - Published Date from: 20000101-20111231 Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	150

	employment of disabled ) AND ( community health care service or Community Mental Health Services )			
S6	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND ( community health care service or Community Mental Health Services )	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	194
S5	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled ) AND community health care service	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	34
S4	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities or Psychiatric Patients ) AND ( Vocational rehabilitation or employment of disabled )	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1384



<b>S3</b>	( depression or psychosis or mental disorders or psychiatric disabilities ) AND Vocational rehabilitation	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	<b>869</b>
<b>S2</b>	( depression or psychosis or mental disorders ) AND Vocational rehabilitation	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	<b>822</b>
<b>S1</b>	( depression or psychosis or mental disorders ) AND work	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	<b>5728</b>

## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Veien inn i arbeidslivet. Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med psykisk lidelse	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Stavanger	Vælg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det samfunnsvitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helsefag	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Ellen	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.  Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.  NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	Ramvi	
Akademisk grad	Doktorgrad	
Stilling	førsteamanuesis	
Arbeidssted	Universitetet i Stavanger, institutt for helsefag	
Adresse (arb.sted)	Kjell Arholms hus	
Postnr/sted (arb.sted)	4036 Stavanger	
Telefon/mobil (arb.sted)	51834179 / 93271515	
E-post	ellen.ramvi@uis.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Det overordna målet for prosjektet er å øke andelen personer med alvorlig psykisk lidelse i lønnet arbeid. Dette gjør vi i dette prosjektet, ved å reddegjøre for erfaring ledere har med å ta imot personer med alvorlig psykisk lidelse til arbeidspraksis. Delmålet er derfor å få kunnskap om hva arbeidsledere mener er viktige forutsetninger for at arbeidspraksis for unge voksne med psykisk lidelse skal fungere. Vi vil få erfaringsbasert kunnskap fra leders perspektiv på alle fasene i et arbeidspraksisforløp; fra rekrutering, gjennomføring til en eventuell fast ansettelse. Vi vil få kunnskap om motivasjonsfaktorer og kvaliteter ved lederne og ved arbeidsplassen/kollegafellesskapet, om betydingsfulle kvaliteter ved samarbeid med hjelpeapparatet, og	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<input checked="" type="radio"/> Enkel institusjon <input type="radio"/> Nasjonalt samarbeidsprosjekt <input type="radio"/> Internasjonalt samarbeidsprosjekt	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		

Utvalget	ledere som har erfaring med å ha unge voksne med psykisk lidelse i arbeidspraksis.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Vi får en liste fra NAV over bedrifter som har hatt personer med psykisk lidelse på arbeidspraksis.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Ut fra listen ringer vi ledere på aktuelle arbeidsplasser og spør om personen(ene) de har hatt i arbeidspraksis har hatt psykisk lidelse. Grunnen til at vi spør slik er at deltager(e) på arbeidspraksis ikke er pliktet til å si hva som feiler dem. De som bekrefter at deres arbeidspraksis deltager(e) har hatt psykisk lidelse og er interessert i å delta i studien vår får informasjonsskriv med samtykkeerklæring i posten. Førstegangskontakten vil bli foretatt av forskerne i prosjektet	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om dette på temasidene Hva skal du forske på?
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	15	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse

## 8 Metode for innsamling av personopplysninger

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		

## 9 Datamaterialets innhold

Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Vi er ute etter erfaringer lederne har med å ha mennesker med psykisk lidelse i arbeidspraksis. Erfaringer med tilrettelegging, holdinger, samarbeidsspråttene osv (se intervju guide)	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.  NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke	Navn	NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom

Hvis ja, hvilke?	arbeidssted, yrke, utdanning, kjønn	bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familie medlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan Informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
<b>10. Informasjon og samtykke</b>		
Oppgi hvordan utvalget Informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal Informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Løs mer om krav til samtykke</p>
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkærklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
<b>11. Informasjonssikkerhet</b>		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Har du krysset av for Ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkel og hvem har tilgang til den?	navne listen lagres i låsbart arkiv på Universitetet i Stavanger. Forskerne i prosjektet har tilgang ved å få nøkkel av prosjektleder	NBI Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		

Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.  Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.  Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvøkkommende får innsyn?	PC (både bærbar og stasjonær) er beskyttet med brukernavn og passord. Stasjonær PC står på låst kontor eller i hjemmet til forskerne. Diktafon brukt i intervju vil oppbevares i låsbart skap,	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Bærbar PC og minnepen vil benyttes i arbeid med datamaterialet. PC-en er beskyttet med brukernavn og passord, minnepennen og diktafon lagres i låsbart skap på kontoret eller i hjemmet til forskerne.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?	Forskningsmedarbeidere er: Lise Løvereide (masterstudent UiS) Lisebet Skeie Skapaas (ansatt på prosjektet)	
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?	Avtaler med eventuelt møtested og tid for intervjuene kan avtales via e-post.	
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		

13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.08.2012 Prosjektstlutt:01.07.2013	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.  Prosjektstlutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektstlutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.  Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Personalialia til informantene er på egen liste i låstbart arkivskap på Universitetet i Stavanger, denne vil makuleres etter at prosjektet er avsluttet. Lydoptak på diktafon vil være låst inne i skap eller på kontor, og vil slettes ved avsluttet prosjekt. All skriftlig rapportering fra studien vil være anonymisert.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.  Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Prosjektet finansieres av FARVE midler og av UiS	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	4	

# TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID

## Retningslinjer for forfattere til *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.

### Levering av manus

Manuskripter sendes til redaksjonen som vedlegg til e-post: [redaksjonen.tph@gmail.com](mailto:redaksjonen.tph@gmail.com)

Tidsskriftet publiserer artikler på dansk, norsk og svensk. Tidsskriftet har rutiner for fagfelleevaluering av artikler. Veileder finnes tilgjengelig på [www.psykiskhelsearbeid.net](http://www.psykiskhelsearbeid.net) og på [www.idunn.no/ts/tph](http://www.idunn.no/ts/tph).

### Redaktør

Bengt Karlsson

E-post: [Bengt.Karlsson@hibu.no](mailto:Bengt.Karlsson@hibu.no)

### Manuskriptstandard

Artikler bør ikke overskride 30 000 tegn inkludert mellomrom. Litteraturliste og noter regnes som en del av artikkelen. Essay/Fortellinger bør ikke overskride 20 000 tegn inkludert mellomrom og Skeivt blikk/Gode eksempler/Bokanmeldelser/Vox Populi bør ikke overskride 10 000 tegn inkludert mellomrom. Alle tekster leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1,5.

Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter. Artikkelens tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Forfattere oppfordres til å levere manuskripter med mest mulig ren tekst, og minst mulig bruk av innrykk, tabulator, fet skrift, understrekking, punkter og lignende.

Alle manuskripter skal inneholde:

- Forfatternavn, fødselsår, evt. utdanning og arbeidssted
- Adresse, e-postadresse og tittel på teksten

I tillegg skal alle artikler inneholde:

- Kort norsk sammendrag på 100–150 ord
- Nummererte sluttnoter
- Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet etter APA 6. versjon.
- Engelsk versjon av det norske sammendraget inkludert engelsk tittel

### Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter.

### Litteraturhenvisninger i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin 1987). Hvis det er mer enn seks forfattere oppgis bare navnet på den første samt «et al.», eksempel: (Goolishian et al. 1989). Hvis det er seks eller færre forfattere skal alle forfattere nevnes ved første gangs henvisning. Deretter skrives kun «et al.». Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet, eksempel: (Andersen 2007 s. 12). Henvisninger til flere verk føres på følgende måte: (Andersen 2007; Waaktar 2000). Se ellers:

<http://library.uww.edu/guides/apacite.doc>

### Litteraturliste

Litteraturlisten skrives til slutt etter hovedteksten og notene. Tidsskriftet bruker 6. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Følgende nettsted gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet:

<http://library.uww.edu/guides/apacite.doc>

Eksempel på referanser til bøker:



Waaktaar, T., & Christie, H. J. (2000). *Stryk sterke sider: Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.

Eksempler på referanser til artikler:

Nytingnes, O., & Skjerve, A. G. (2005). «Brist i alle ledd» – eller er leddene selve bristen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(2), 175–184.

#### **Korrektur**

Forfatter får tilsendt ett eksemplar av 1. korrektur som en pdf-fil vedlagt en e-post. Sider med opprettede korrekturfeil returneres per post til redaksjonssekretær innen fem dager etter mottatt korrektur. Det skal ikke foretas endringer i teksten mot manus (omredigering, ny tekst etc.). Forfatter blir eventuelt belastet for slike endringer.

#### **Særtrykk og webpublisering**

Forfatter vil få en ferdig pdf-fil av artikkelen tilsendt etter at tidsskriftet er publisert. Artikler kan også kjøpes gjennom den elektroniske tidsskrift databasen [www.idunn.no](http://www.idunn.no).

Artikler gjengitt i tidsskriftet reguleres av bestemmelser gjengitt i avtale om normalkontrakt for utgivelse av litterære verk i tidsskrift mellom Den norske Forleggerforening og Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening. Avtalen kan leses i sin helhet på: <http://www.nffo.no>. Artikler gjengitt i tidsskriftet vil bli lagret og gjort tilgjengelig på idunn.no, Universitetsforlagets database for elektronisk distribusjon av tidsskrifter ([www.idunn.no](http://www.idunn.no)).

#### **Egenarkivering**

Universitetsforlaget tillater at forfattere arkiverer sin artikkel i åpne institusjonelle arkiv eller på eget nettsted, men bare i den versjon og det format som ble godkjent av tidsskriftets redaksjon og først etter at artikkelen er publisert. Det er ikke tillatt å bruke særtrykket (den ferdig tilsendte pdf-fil fra forlaget) ved slik arkivering.

#### **Behandling av manuskripter og ferdige artikler**

Mottatte manuskripter vurderes av redaksjonen for antagelse. Redaksjonen tilstreber tilsvar innen 3 måneder. For artikler til fagfellevurdering gjelder egne retningslinjer.

#### **Om språk og begrepsbruk i Tidsskrift for psykisk helsearbeid**

Redaksjonen ønsker å gjøre forfatterne særlige oppmerksomme på språk og begrepsbruk i manuskriptene. Tidsskriftet ønsker å unngå tingliggjørende og sykeliggjørende språk og begrepsbruk, og oppfordrer alle forfattere til en kritisk gjennomgang av egne tekster før de sendes til redaksjonen. Generelt ønsker vi å understreke at manuskripter til tidsskriftet skal fokusere på psykisk helsearbeid. Redaksjonen ønsker at forfattere bruker dette begrepet som fellesbetegnelse for det arbeidet som gjøres i psykisk helsefeltet. Ellers ber vi om at forfattere bruker de offisielle betegnelse på tjenestene – for eksempel «psykisk helsevern». Psykiatri, psykologi, psykiatrisk sykepleie, sosiologi etc. viser til bestemte faglige tradisjoner, og brukes i de situasjoner forfatteren ønsker å henvise til en eller flere av disse tradisjonene.

**Lykke til!**

**Vennlig hilsen  
Redaksjonen**