
En meningsfull hverdag for beboere i bofellesskap

En kvalitativ studie av ansatte i bofellesskap
for brukere med psykiske lidelser, deres
tanker om og holdninger til sine beboeres
arbeidsmuligheter

Masterstudent: Maria Berg Gulbrandsen
Veileder: Ellen Ramvi, førsteamanuensis ved UiS

Master i helsevitenskap
Spesialisering i psykisk helsearbeid



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Institutt for helsefag
Mai 2014

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPECIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Vår 2014

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Maria Berg Gulbrandsen

VEILEDER: Ellen Ramvi

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: En meningsfull hverdag for beboere i bofellesskap - En kvalitativ studie av ansatte i bofellesskap for brukere med psykiske lidelser, deres tanker om og holdninger til sine beboeres arbeidsmuligheter

Engelsk tittel: A meaningful life for residents in supportive housing - A qualitative study of employees working in supportive housing for people with mental illness, their thoughts and attitudes regarding work opportunities for its residents

EMNEORD/STIKKORD: Arbeid, arbeidsmuligheter, bofellesskap, brukere, helsepersonell, holdninger, Individual Placement and Support, primærkontakt, psykisk helse, psykisk lidelse, recovery, Supportet Employment

ANTALL SIDER, INKLUDERT VEDLEGG: 65

STAVANGER, 30.mai 2014

.....*Maria Berg Gulbrandsen*.....

Forord

Denne studien representerer den avsluttende delen av min mastergrad i helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger. Disse to årene i Stavanger har vært utfordrende, men også spennende og lærerike, og jeg ser frem til å jobbe videre med psykisk helsearbeid.

Jeg ønsker å takke min veileder Ellen Ramvi for raske tilbakemeldinger og konstruktive kommentarer. Det har vært til stor hjelp at du har sett på oppgaven med et annet blikk enn mitt, det har åpnet for spennende tanker og diskusjoner.

Takk til bofellesskapene og til informantene som ønsket å delta i studien, tusen takk for at dere satt av tid og delte deres tanker og erfaringer med meg. Uten deres bidrag ville ikke denne studien sett dagens lys.

Tusen takk til min familie, spesielt mamma og pappa som alltid støtter meg, og tusen takk til mine kjære venninner hjemme i Oslo, for at dere alltid er der for meg.

Til sist vil jeg si takk til min samboer Roar, som har støttet meg fra start til mål, og tusen takk til mine medstudenter og venninner Camilla og Berit for deres oppmuntrende kommentarer og for korrekturlesing av oppgaven.

Stavanger, mai 2014

Maria Berg Gulbrandsen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1.0 Introduksjon	6
1.1 Tidligere forskning på området.....	6
1.2 Studiens hensikt	9
2.0 Problemstilling med forskningsspørsmål	9
2.0.1 Avklaring av begreper i problemstillingen	10
2.1 Avgrensning av oppgaven	10
2.2 Min forforståelse.....	10
3.0 Tema	11
3.1 Arbeid og psykisk helse.....	12
3.2 Bofellesskap.....	12
4.0 Teori	13
4.1 Recovery	13
4.2 Place and train-modellen	15
4.3 Supportet Employment og Individuell plassering og støtte (IPS-modellen)	15
4.4 Holdninger	16
5.0 Metodisk tilnærming	17
5.1 Forskningsetiske vurderinger.....	17
5.2 Intervju som innsamlingsmetode	18
5.3 Det semistrukturerte intervjuet	18
5.4 Utvalg.....	19
5.4.1 Inklusjonskriterier	19
6.0 Gjennomføring av datainnsamling	20
6.1 Informantene.....	20
6.1.1 Rekruttering av informanter.....	20
6.2 Gjennomførelse av intervju	21
7.0 Analyse	22
7.1 Gjennomførelse av analyse.....	23

8.0 Funn	24
8.0.1 Avklaring av begreper i funnkapitlet.....	25
8.1 Helsepersonellens motiveringsarbeid	27
8.1.1 Hva helsepersonell motiverer brukeren til, og hvordan de forsøker å motivere....	27
8.1.2 Vansker ved motiveringsarbeidet	29
8.1.3 Behov for tilrettelagte tilbud.....	30
8.2 Samarbeid med andre yrkesgrupper og arbeidsliv	31
8.2.1 Hvordan samarbeidet foregår.....	31
8.2.2 Opplevelse av ansvar	33
8.2.3 Bruk av individuell plan	34
8.3 Utfordringer knyttet til arbeid	35
8.3.1 Utfordringer med brukerens motivasjon.....	35
8.3.2 Økonomiske utfordringer.....	36
8.3.3 Brukerens helsetilstand	36
8.3.4 Utfordringer på utsiden av bofellesskapet	37
8.3.5 Ulikt kunnskapsnivå hos helsepersonell	38
9.0 Diskusjon	38
9.1 Hvordan helsepersonellet arbeider for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet	39
9.2 Tanker om fremtiden	42
9.3 Helsepersonellens holdninger til brukernes arbeidsmuligheter.....	44
10.0 Konklusjon	45
10.1 Konklusjon i lys av problemstillingen.....	46
10.1.1 Endring av forståelse	47
10.2 Forslag til videre forskning og avsluttende refleksjoner	47
11.0 Litteraturliste	49

Vedlegg:

- Vedlegg 1: Informasjonsskriv
- Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse
- Vedlegg 3: Samtykkeerklæring
- Vedlegg 4: Intervjuguide
- Vedlegg 5: Kvittering fra NSD
- Vedlegg 6: Utdrag fra analyseprosessen

Sammendrag

Denne studien tok sikte på å beskrive og analysere helsepersonell sine holdninger til arbeidsmuligheter for individer med psykiske lidelser som bor i bofellesskap med helsepersonell tilgjengelig. Studien ønsket å svare på hvordan helsepersonell i slike bofellesskap arbeider for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, og hvilke framtidssikter helsepersonell har i forhold til arbeid på brukernes vegne. Studien har tatt for seg ulike teoretiske perspektiver for å belyse problemstillingen, ved hjelp av kvalitativ metode. Det har blitt benyttet semistrukturert intervju av fem ansatte i fire ulike bofellesskap, og disse informantene ble rekruttert gjennom kontakt med avdelingslederne i bofellesskapene. I studien har det blitt benyttet en analysemetode inspirert av systematisk tekstkondensering. Denne fire trinns analysemetoden handlet om å utvikle et helhetsinntrykk av data, identifisere meningsbærende enheter, abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene og til slutt utvikle beskrivelser av materialet. Gjennom analysearbeidet ble det funnet tre hovedtemaer: 1) Helsearbeiderens motiveringsarbeid, 2) Samarbeid med andre yrkesgrupper og arbeidsliv, og 3) Utfordringer knyttet til arbeid. Disse har blitt diskutert i lys av problemstillingen og teori. Informantene fortalte at deres mål er å gi beboerne i bofellesskapene en meningsfull hverdag og øke brukerens livskvalitet. Aktiviteter så ut til å være viktigere og mer relevant for denne brukergruppen enn arbeid, ut fra informantenes uttalelser. Helsepersonell opplevdes usikre på hvilke arbeidsmuligheter denne brukergruppen har, og flertallet mente ansvaret for å finne egnet arbeid lå hos NAV. Studien konkluderer med viktigheten av å jobbe videre for å forebygge stigmatisering og negative holdninger blant helsepersonell og i samfunnet ellers.

1.0 Introduksjon

Denne studien vil se på arbeidsmuligheter for brukere med psykiske lidelser som bor i bofellesskap, gjennom øynene til helsepersonellet som arbeider i bofellesskapene. I Norge står nesten 700 000 personer i yrkesaktiv alder helt eller delvis utenfor arbeidslivet, og personer med psykiske helseproblemer utgjør en stor og økende andel av denne gruppen. Arbeid og aktivitet har positiv virkning på den psykiske helsen, og mange av personene i denne gruppen ønsker å delta i arbeidslivet (Berge & Falkum, 2013). En liten gruppe av personene med psykiske helseproblemer og psykiske lidelser bor i bofellesskap, da de av ulike grunner kan ha et ønske om, eller behov for, en annen boform enn tradisjonell bolig. Stortingsmelding 25 (1996-97; gjengitt etter Andvig, Lyberg & Gonzalez, 2013) anbefalte at mennesker med psykiske helseproblemer skulle tilbys en styrking av hjemmesituasjon og oppfølgingstilbud, hvilket også innebærer at personens eget hjem er arena for samhandling og koordinering av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

Det å ha en egen bolig, et sted som en kan kalle sitt eget, kan bidra til å styrke ens identitet og opplevelse av trygghet. Mange individer som bor i bofellesskap er for dårlige til å bo alene, og trenger støtte og oppfølging i hverdagen. Mange har av ulike grunner falt utenfor samfunnet, og arbeider ikke.

Denne studien vil altså se på arbeidsmuligheter for denne gruppen mennesker, gjennom øynene til helsepersonellet. Det finnes lite forskning på dette området, da det meste av tidligere forskning har handlet om brukeren selv og hans eller hennes erfaringer og tanker, og om hvordan arbeidslivet opplever inkludering. Det vil derfor være viktig gjennom videre forskning å få mer kunnskap om helsepersonellens arbeid, deres holdninger og deres tanker om arbeidsmuligheter for brukerne de arbeider med, i brukernes egne hjem.

1.1 Tidligere forskning på området

Prosjektet *Veien inn i arbeidslivet. Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med psykiske helseplager* (Ramvi, Skarpaas & Løvereide, 2013) beskriver lederes erfaringer med å ha unge voksne med psykisk lidelse i arbeidspraksis. Inkludering av mennesker med psykiske lidelser er i Norge et prioritert satsingsområde, og det er dermed behov for mer kunnskap om holdninger til, samt kunnskap om, mennesker med psykiske helseplager i ordinært arbeid (Ramvi, Skarpaas & Løvereide, 2013).

Løvereide (2013) fant i sin masteroppgave at ledere sier lite om helsevesenet når

de blir intervjuet om deres opplevelse av dette, og at de ofte har en oppfattelse av at helsevesenet fokuserer på sykeliggjøring og diagnoser. Lederne opplever samtidig at deltakeres diagnoser betyr lite for deres arbeidsevne, og de fokuserer på normalisering av arbeidshverdagen og funksjonsnivå (Løvereide, 2013). Helsevesenet på sin side kan hindre inkluderingen i arbeidslivet gjennom lave forventninger og forsiktighet, og dermed redusere pasientens eller brukerens motivasjon for å søke arbeid (Schafft, 2013; gjengitt etter Løvereide, 2013). Andre artikler viser også at psykiske helsearbeidere har lave forventninger til brukernes arbeidsevner, og at arbeid i liten grad fokuseres på i behandlingsplaner (Kirch, Cockburn & Gewurtz, 2005; Rinaldi, Perkins, Glynn, Montibeller, Clenaghan & Rutherford, 2008; gjengitt etter Kinn, Ekeland & Byrkjeflot, 2012).

Wong og Solomon (2002) fokuserer på hvordan man kan få individer med psykiske helseproblemer integrert i samfunnet, og hvorfor dette er viktig. Det antas at personer med psykiske lidelser kan delta som aktive medlemmer i samfunnet når de gis relevante tjenester og støtte tilpasset deres mentale helsestatus (Wong & Solomon, 2002).

Krupa (2004) har beskrevet arbeidsdeltakelse blant individer med schizofreni, og skriver at å utvikle en forståelse for bedringsprosesser i sammenheng med sosiale roller, som på arbeidsplassen, vil være viktig. Arbeidsdeltakelse spiller en viktig rolle i erkjennelsen av den psykiske lidelsen, samt konstruksjonen av et akseptabelt selv bilde og identitet.

Fra 1997 til 2004 gjennomførte Bergen kommune og Psykisk helsevern i Bergen et felles utviklingsarbeid av lokalbaserte tjenester for personer med alvorlige psykiske lidelser. Erfaringer og resultater fra dette prosjektet beskrives i en fagartikkel av Pedersen (2004). Dette prosjektet, Prosjekt Lokalpsykiatri i Bergen, hadde et hovedfokus på tilrettelagte botilbud, og etter hvert ble også utviklingsprosesser, tiltak innen arbeid, kunst og kultur aktuelle temaer. Utgangspunktet for prosjektet var ”å skape gode livsvilkår for mennesker med alvorlige psykiske problemer, både i forhold til boform, meningsfulle aktiviteter og koordinerte hjelpetiltak” (Pedersen, 2004, s.51). I oppsummeringen konstaterer Pedersen (2004) at i løpet av prosjektets varighet har alle involverte fagfolk, brukere og pårørende vært gjennom en inspirerende læreprosess, og at man har gått fra å se en *pasient* og ha fokus på hans eller hennes symptomer og problemer, har man oppnådd et skifte til nå å se et menneske som forsøker å skape sitt eget liv.

I 2007 presenterte Østnorsk kompetansesenter en rapport som omhandler to casebeskrivelser av bofellesskap for dobbeltdiagnosepasienter, altså brukere med omfattende rusmiddelmissbruk og alvorlige psykiske lidelser (Odden, 2007). Rapporten beskriver og sammenligner to ulike bofellesskap som gir botilbud til denne brukergruppen. Den omhandler i liten grad arbeidsmuligheter, men beskriver bofellesskapenes oppbygning og funksjon. Brukerne har i liten grad hatt gode og fungerende tilbud tidligere, på grunn av deres sammensatte diagnoser. Det rapporten sier om aktiviteter utenfor bofellesskapet har blitt beskrevet ulikt av de ulike bofellesskapene: det ene bofellesskapet har opplevd det vanskelig å motivere brukerne til aktiviteter utenfor bofellesskapet, mens i det andre bofellesskapet har alle beboerne i perioder vært i sysselsetting, med en større satsing på fysiske aktiviteter, friluftsliv og kulturelle aktiviteter (Odden, 2007). Dette sies å ha bidratt til å gi beboerne økt livskvalitet.

Studier som har sett på en sammenheng mellom arbeidsevne og alvorlige psykiske lidelser (Anthony et al., 1995; gjengitt etter Borg, 2006) konkluderer med at symptomer på alvorlig psykisk lidelse ikke egner seg til å kunne forutsi en persons arbeidsevne. De peker på personens arbeidshistorie, sosiale ferdigheter og selvbylde, samt egen oppfattelse av arbeidsrollen, som viktige elementer. Psykiatrisk symptomatologi og mangel på evner er to trekk som ofte nevnes i beskrivelser av individer med langvarige psykiatriske diagnoser. Anthony, Rogers, Choen & Davies (1995) skriver i sin artikkel at mye forskning peker på at arbeidsevne ikke er relatert til psykiatrisk symptomatologi i stor grad. Strauss & Carpenter (1972; gjengitt etter Anthony et al., 1995) fant at 30 av 32 målinger av psykiatriske symptomer ikke hadde en signifikant korrelasjon med arbeid. På den andre siden har andre studier rapportert om positive korrelasjoner mellom målinger av tilpasset arbeidsevne og yrkesutfall (Anthony et al., 1995).

Internasjonale undersøkelser anslår at ca. 53-60 % av personer med schizofrenidiagnose ønsker seg ordinært arbeid (Helle & Gråwe, 2007; gjengitt etter Schafft, 2008). En svensk doktorgradsavhandling peker på at daglig sysselsetting, også ulønnet, er av stor betydning for helse og velvære, og demper sosial og eksistensiell ensomhet (Erdner, 2006; gjengitt etter Schafft, 2008). Annen forskning peker på at lav yrkesdeltakelse blant personer med psykiske lidelser kan komme av at mange ikke ønsker å søke jobb, blant annet i frykt for diskriminering og stigmatisering i ansettelsesprosessen og i jobb, frykt for å bli dårligere psykisk eller frykt for å miste

trygd. I tillegg kan arbeidsgivers stereotypiske oppfatninger om psykiske lidelser og problematikk, samt usikkerhet på hva lidelsen innebærer for den ansattes arbeidsevne og oppfølgingsbehov, antas å spille en rolle (Ose, Jensberg et al., 2008; gjengitt etter Schafft, 2008).

Andvig et al. (2013) har gjennomført en scoping review som tar for seg femten artikler om brukernes erfaringer med å bo i egen bolig, og fant at mennesker med langvarige psykiske helseproblemer ønsker å bo i en vanlig bolig i et vanlig bomiljø. De skriver også at brukere ønsker en trygg bosituasjon med selvbestemmelse, kontroll og forutsigbarhet som ved behov kombineres med tilgang til personal, slik bofellesskap i all hovedsak skal gjøre.

Disse overnevnte studiene reiser noen interessante spørsmål, og en problemstilling jeg ønsker å gå videre med, gjennom å se på hvordan helsepersonell på sin side arbeider for et mer inkluderende arbeidsliv, og hvordan de involverer seg i denne prosessen. Mer spesifikt vil det være interessant å se på hvilke holdninger helsepersonell i bofellesskap for psykisk helse har til å hjelpe deres beboere/brukere ut i arbeidslivet, hvilke erfaringer de har med dette, og om dette i det hele tatt er en prioritering blant helsepersonell som jobber med denne typen brukere.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å beskrive og analysere helsepersonell sine holdninger til arbeidsmuligheter for individer med psykiske lidelser som bor i bofellesskap med helsepersonell tilgjengelig.

2.0 Problemstilling med forskningsspørsmål

Ut fra gjennomgangen av tidligere forskning og beskrivelse av studiens hensikt vil følgende problemstilling søkes besvart i denne studien:

Hvilke holdninger har helsepersonell som arbeider i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser til brukerens muligheter for arbeid?

Denne problemstillingen konkretiseres ved følgende forskningsspørsmål:

- 1. Arbeider helsepersonell for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, i tilfelle hvordan?*
- 2. Hvilke framtidssikter i forhold til arbeid har helsepersonell på vegne av brukeren?*

2.0.1 Avklaring av begreper i problemstillingen

- Med *helsepersonell* menes ansatte i bofellesskap for brukere med psykiske lidelser, hovedsakelig med en helsefaglig bakgrunn, som for eksempel sykepleiere eller vernepleiere. Andre miljøterapeuter og miljøarbeidere vil også defineres som helsepersonell i denne studien, selv om de muligens har en sosialfaglig framfor helsefaglig bakgrunn.
- Med *bruker* menes *beboeren* i bofellesskapet. Ordene brukes synonymt i oppgaven.
- Med *arbeid* og *arbeidsliv* menes hovedsakelig ordinært, lønnet arbeid, selv om studien likevel er åpen for andre typer arbeid som praksisplass eller frivillig arbeid. Dette vil presiseres underveis.

2.1 Avgrensning av oppgaven

Denne studien vil forsøke å besvare problemstillingen med forskningsspørsmål gjennom kvalitative intervjuer av ansatte i bofellesskap. Da arbeid og psykisk helse er et stort tema, må visse avgrensninger forekomme. Studien begrenser forskning til Stavanger kommune. I tillegg ønsker jeg å avgrense oppgaven til bofellesskap som kun har brukere med psykiske lidelser, og ikke rusproblematikk som tilleggslidelse (ROP-lidelse), men dette har vist seg vanskeligere enn forventet. Selv om bofellesskapene i denne studien i all hovedsak er bofellesskap for brukere med psykiske lidelser viser det seg at en del av disse brukerne også ruser seg i ulik grad. Dette påvirker ikke problemstillingen i stor grad, men kan prege noen av informantenes synspunkter og uttalelser, og dermed også funnene som kommer til uttrykk i kapittel 8.0, samt diskusjonen i kapittel 9.0.

Studien fokuserer i all hovedsak på ordinært arbeid, men tar også for seg frivillig arbeid, praksisarbeid og andre aktiviteter. Aktiviteter er tatt med fordi jeg ønsker å se hvilke tilbud som eksisterer for brukere som ikke arbeider, og hvordan ansatte i bofellesskap bidrar til å gi mening til brukernes hverdag.

2.2 Min forforståelse

Min forforståelse består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og av den teoretiske referanserammen jeg har ved studiens innledning (Malterud, 2011). Forforståelsen kan være en viktig side av forskerens motivasjon. På den ene siden kan forforståelsen motivere og inspirere, og på denne måten være nyttig for forskningsprosessen, men på

den andre siden kan forforståelsen bidra til at forskeren ikke går inn i prosjektet med et åpent blikk, og en manglende evne til å lære av materialet. Det er derfor viktig å ha et bevisst og aktivt forhold til sin forforståelse. Jeg ønsker dermed å beskrive mitt utgangspunkt og min forforståelse, samt hva jeg venter å finne i analysen.

Jeg har lite erfaring fra temaet jeg skal utforske videre. Jeg har ikke arbeidet lenge innenfor psykisk helsearbeid, og jeg har ikke arbeidet i bofellesskap. Jeg har dermed ingen kunnskap om hvordan man faktisk arbeider i et bofellesskap. Dette kan påvirke studien på en slik måte at jeg ikke leter etter tidligere forskning og litteratur der jeg ”burde”, og at jeg ikke søker etter ”riktige” ord og begreper. På den andre siden går jeg inn med et åpent blikk, og er åpen for informantenes erfaringer og kunnskap, og vil ikke kunne la min egen erfaring styre intervju spørsmål, funn eller diskusjon i større grad.

Når det gjelder problemstillingen beskrevet i kapittel 2.0 har jeg ulike tanker om dette, som også er grunnen til at temaet er interessant. Jeg forventer at de fleste informantene vil være positive til at brukerne kan og vil jobbe. Jeg tror holdningene er positive, og at de har et ønske på vegne av brukerne om at disse kan jobbe. De opplever kanskje at brukerne ikke kan arbeide i en 100 % stilling, men at de kan jobbe og delta i samfunnet. På den andre siden har jeg også en forventning om at noen av informantene vil nevne at selv om de ser på arbeid som en positiv ting, så er det en grunn til at beboerne bor i bofellesskap – de er for syke til å klare seg alene, og dermed også for syke til å arbeide og forsørge seg selv. Jeg har forståelse for at dette kan variere både mellom og innenfor de ulike bofellesskapene, og at det også vil variere avhengig av brukerens psykiske lidelse og funksjonsnivå.

Når det gjelder forskningsspørsmålene har jeg få tanker om hvordan helsepersonell arbeider for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, nettopp fordi jeg ikke har erfaring med dette fra tidligere. Når det gjelder min forforståelse av informantenes opplevelse av brukernes framtidsutsikter er den at de ikke tror brukerne kan komme til å jobbe 100 % på en ordinær arbeidsplass, men at brukerne rett og slett er for syke.

3.0 Tema

Før teori beskrives vil studien kort belyse sammenhengen mellom arbeid og psykisk helse, som er viktig for å få en forståelse for valg av tema og teori. Deretter vil studien kort presentere bakgrunnen for bofellesskap og hva dette er, samt fremgangsmåte for å få plass i bofellesskap i Stavanger kommune.

3.1 Arbeid og psykisk helse

Som beskrevet innledningsvis har en stor og økende andel av individene som faller ut av arbeidslivet psykiske lidelser. Kostnadene for dem som rammes, for arbeidslivet og for samfunnet er store, og problemet dreier seg i tillegg om tapt arbeidskraft, arbeidsledighet, sykefravær og redusert produktivitet (Berge & Falkum, 2013). Mange av de som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet ønsker å jobbe, men har vansker med å finne arbeid. Arbeidsledigheten er nesten syv ganger så høy blant individer med alvorlige psykiske lidelser (blant annet psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser), og nesten tre ganger så høy blant individer med lettere psykiske lidelser (som for eksempel depresjon og angst) som blant mennesker uten psykiske lidelser (Berge & Falkum, 2013).

Arbeid har en grunnleggende betydning i våre liv, og arbeidsrollen er nært knyttet til ens identitet og selvfølelse (Borg, 2006). Personer med alvorlige psykiske problemer har ofte kun to reelle muligheter: å være uføretrygdet og uten jobb, eller å delta på et aktivitetssenter eller i en tilrettelagt arbeidssituasjon med lav eller ingen lønn (Borg, 2006). Borg (2006) peker på at dette kan være gode alternativer, men at mange ønsker seg flere valgmuligheter. Arbeid gir individer en mulighet til å forlate pasientrollen, og være en del av samfunnet, og ofte trenger de pengene en jobb kan gi. Arbeidslivet gir mulighet for personlig vekst og utvikling, men kan også bli en belastning og gi helseproblemer (Borg, 2006). Likevel forteller personer som har erfaring med psykiske lidelser at arbeid er viktig, da rollen som arbeidstaker gir en motsetning til rollen som psykiatrisk pasient (Borg, 2006). Et problem er at de med alvorlige psykiske lidelser ofte mister motivasjonen etter lengre tid uten arbeid, og ender opp i en passiv tilværelse som trygdet (Berge & Falkum, 2013).

3.2 Bofellesskap

Bofellesskap er definert som ”en boenhet som består av flere separate leiligheter som forenes av en felles organisasjon for hjelp og tilsyn, og som regel visse fellesrom” (Sandvin et al, 1998; gjengitt etter Ådland & Alsaker, 2000). Mennesket er et sosialt vesen, og har et grunnleggende behov for å inngå i sammenheng med andre mennesker. Fellesskapet en slik boenhet gir indikerer et slikt fellesmenneskelig behov. Ofte har psykiatriske pasienter få mennesker i sitt nettverk, og familien står ofte i en svært dominerende posisjon (Dalgard & Sørensen, 1988; gjengitt etter Ådland & Alsaker,

2000).

I Stavanger kommune kan man søke om bolig med tilrettelagte tjenester for personer med behov for langvarige, koordinerte tjenester. Det finnes retningslinjer for å få tildelt bolig i et slikt bofellesskap, som at man må ha en alvorlig psykisk lidelse som hoveddiagnose, og det prioriteres kandidater som bor i institusjon (Stavanger Universitetssjukehus, 2013). I følge hjemmesidene til Stavanger kommune skal medarbeidere i slike bofellesskap legge til rette for at den enkelte beboer får anledning til vekst og utvikling ut fra egne forutsetninger innenfor områdene bolig, arbeid, læring og fritid. De skal også legge til rette for sosiale aktiviteter som gir beboer en arena til å prøve ut og utvikle sosiale ferdigheter (Stavanger kommune, u.å.).

Ådland & Alsaker (2000) peker på at tilstedeværelsen i et bofellesskap kan gi høyere grad av frihet, livskvalitet og sosial støtte for individer med langvarige psykiske lidelser, noe som kan virke helsefremmende for individene. Samtidig vil også normalisering og integrering i samfunnet være et mål for denne gruppen brukere. Selv om hjem og fellesskap er sentrale områder i menneskers liv finnes det også andre sentrale forhold. Dette kan for eksempel være innhold i hverdagen som arbeid, aktiviteter og opplevelser, samt økonomi til å kunne delta i ulike samfunnsaktiviteter (Ådland & Alsaker, 2000).

4.0 Teori

Her presenteres studiens teori, som vil benyttes for å belyse problemstillingen. Først vil studien presentere recovery, som handler om bedringsprosesser. Dette er en interessant teori som kan benyttes for å belyse hvordan arbeid og psykisk helse henger sammen, og er en spennende bakgrunn for diskusjon. Etter dette vil studien presentere place and train-modellen, Supported Employment og IPS-modellen (individuell plassering og støtte eller individuell jobbstøtte), hva dette er, bakgrunnen for disse modellene og hvorfor disse er aktuelle for denne studien. Til sist vil holdninger presenteres som en del av teorien.

4.1 Recovery

I følge Schafft (2009) kan recovery oversettes med tilfriskning eller bedring. Perspektivet oppsto gjennom erkjennelsen av at mennesker med psykiske lidelser, uavhengig av behandlingsmetode, kan oppleve bedring, mestring og tilfriskning. Individenes egen innsats spiller en viktig rolle, og et viktig aspekt ved recovery er individets håp om at det er mulig å bli bedre ved å overvinne sykdommen og følgene

denne har hatt (Jensen, 2006; gjengitt etter Schafft, 2009). Å kunne bestemme selv, å ha kontroll, og å selv velge farten for framgang, er sentralt. Perspektivet bygger på systematisert kunnskap om personers egne erfaringer med å komme seg gjennom eller leve med psykiske helseproblemer, og refererer til hva mennesker med psykiske problemer selv gjør for å håndtere disse vanskene (Karlsson & Borg, 2013).

Hjem, arbeid og aktivitet er noen av de sosiale prosessene som er viktige for recovery. Et sosial hverdagsperspektiv plasserer omgivelsene i fokus (Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2009; gjengitt etter Karlsson & Borg, 2013). Psykiske helsearbeidere, sammen med brukeren, bør se om omgivelsene brukeren befinner seg i gir næring til vekst, utvikling og håp, og på denne måten analysere omgivelsene der samarbeidet foregår (Topor et al., 2009; gjengitt etter Karlsson & Borg, 2013). Det finnes ulike måter helsepersonell kan støtte opp under recovery på, hvor noen viktige punkter vil være:

- Å ha et åpent sinn med tanke på hva som hjelper individet
- Ikke fokusere på diagnoser, symptomer og funksjonshemninger, men se brukeren i ulike roller og livssituasjoner
- Se recovery som en integrert del av individets hverdagsliv
- Gi bistand på hverdagslivets arenaer, som i arbeidslivet, fritid og hjem
- Forsøke å sette seg inn i individets situasjon
- Være opptatt av individet, gode relasjoner er grunnleggende
- Ikke la prosedyrer komme i veien for menneskelighet
- hjelpe brukeren å ta tilbake kontrollen over sitt eget liv

(Schafft, 2009; Rethink, 2010; gjengitt etter Karlsson & Borg, 2013)

Hensikten med tiltakene fagfolk iverksetter er at de som strever med psykiske helseproblemer skal få et bedre liv og oppleve en meningsfull hverdag i lokalsamfunnet. Man ønsker med dette å bidra til økt selvstendighet og evne til å mestre sitt eget liv (Borge, 2006).

Å definere recovery som et utfall plasserer individet, med sine problemer, i sentrum av behandling (Anthony, 1993; gjengitt etter Corrigan & McCracken, 2005). Målet her vil være å hjelpe personen å passe bedre inn i en verden av selvstendighet og arbeid. På den andre siden vil å definere recovery som en prosess tilsi at individer, deres mål, og deres funksjonshemning som blokkerer disse målene, kan forstås i sammenheng med miljøet og med samfunnet rundt individet. Recovery som en prosess har flere

fordeler, blant annet gir dette individer med alvorlige psykiske lidelser som kanskje aldri vil bli kvitt sine symptomer en mulighet til å likevel nå sine mål – recovery handler om normal kapasitet til å nå disse målene og ha like muligheter som andre individer, og å mestre hverdagen med sine symptomer (Corrigan & McCracken, 2005).

4.2 ”Place and train”-modellen

Den medisinske modellen har fokusert på en ”train and place”-modell for rehabilitering av psykiske lidelser. Denne modellen trener mennesker med psykiske lidelser på forskjellige områder, slik at de skal være i stand til å takle hverdagen og dens krav før de plasseres i en arbeidssituasjon. Det motsatte perspektivet handler om en ”place and train”-modell, hvor mennesker med psykiske lidelser først blir plassert i en arbeidssituasjon, før de der mottar trening og støtte for å takle situasjonen slik den er (Corrigan & McCracken, 2005).

”Place and train”-modellen har også en rolle i recovery-perspektivet. Recovery er ikke bare en mulighet, men også et mål i seg selv (Ralph & Corrigan, 2004; gjengitt etter Corrigan & McCracken, 2005). Flere studier peker på at to tredjedeler av mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan komme seg ut av systemet for psykisk helse, få selvstendige liv og nå sine yrkesrettede mål (Harding, 1988; Möller & von Zerksen, 1995; gjengitt etter Corrigan & McCracken, 2005). ”Place and train”-modellen ser recovery mer som en prosess enn et utfall, med tanke på at individer når deres personlige mål selv med symptomer.

4.3 Supported Employment og Individuell plassering og støtte (IPS-modellen)

Individuell plassering og støtte (heretter IPS) er en av de mest etablerte metodene av ”place and train” i mental helse, og er en modell under Supported Employment (SE) for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Bond, 1998). IPS vektlegger individets preferanser og informerte valg. De grunnleggende IPS-prinsippene er (Bond, 1998):

1. Målet er sysselsetting i vanlige, konkurranseutsatte jobber
2. Raskt jobbsøk
3. Integrering av rehabilitering og mental helse
4. Vektlegger forbrukernes preferanser
5. Sammenhengende og helhetlig vurdering
6. Tidsmessig, ubegrenset støtte

Bond (1998) gjennomgikk i sin artikkel den empiriske bakgrunnen for disse prinsippene, som representerer et skifte fra å først vurdere, deretter trene og til slutt

plassere et jobbsøkende individ i en bedrift, til en metode for direkte intervensjon. Videre beskriver Bond (2004) Supported Employment (heretter SE) for mennesker med alvorlige psykiske lidelser en evidensbasert praksis, hvor forskning viser at mellom 40 % og 60 % av individene som benytter seg av SE oppnår sysselsetting i vanlige, konkurranseutsatte jobber, som er punkt 1 i de overnevnte prinsippene.

Viktigheten av støtte er en mye vektlagt karakteristikkk som påvirker utfall av sysselsetting. Dette er en viktig del av både SE og IPS, og flere studier peker på denne viktigheten, uavhengig av modell (Kirsh, Cockburn & Gewurtz, 2005). Det ser også ut til at raskt jobbsøk og plassering gir fordeler for individet. Bell med flere har utført flere studier på påvirkningen betaling har på yrkesutfall (Bell, Milstein & Lysaker, 1993; Bell, Lysaker & Milstein, 1996; gjengitt etter Kirch, Cockburn & Gewurtz, 2005). En av studiene viste at deltakere oftere startet og beholdt sine jobber der de ble betalt, i forhold til ulønnet arbeid. En annen studie viste at deltakere som får betalt ofte jobbet mer og hadde signifikant færre reinnleggelser. Det er samtidig viktig med problemløsende intervensjoner, som ikke bare tar sikte på å forbedre arbeidsevner, men også fokuserer på å forbedre hverdagen. Ofte har deltakere med alvorlige psykiske lidelser behov for hjelp med deres sosiale interaksjoner på jobben, og også hjelp til å håndtere psykiatriske og medisinske problemer, samt rusproblematikk (Becker et al., 1998; gjengitt etter Kirch, Cockburn & Gewurtz, 2005).

4.4 Holdninger

Holdninger er grunnleggende, og styrer hvordan man oppfatter og tenker om verden, og kan også til en viss grad predikere atferd. Helsepersonellens holdninger er derfor viktige å trekke frem, da de kan fortelle oss hvordan de oppfatter brukernes muligheter for arbeid, og kanskje kan hjelpe oss å forstå hvorfor de har denne oppfattelsen.

En holdning kan defineres som (a) en relativt varig organisering av tro, følelser og atferdsmessige tendenser til sosialt betydningsfulle objekter, grupper, hendelser eller symboler, og (b) en generell følelse eller vurdering, enten positiv eller negativ, om personer, objekter eller problemer (Hogg & Vaughan, 2008).

Negative holdninger fra helsepersonell ovenfor pasienter kan få konsekvenser for deres bedringsprosesser. Det er derfor viktig at disse holdningene blir forstått og adressert (Morris et al., 2011). Historisk sett har holdninger mot mennesker med psykiske helseproblemer og lidelser representert stigma og negativitet, og forskning viser at negative holdninger mot denne gruppen mennesker også finnes blant

helsepersonell (Chow et al., 2007; gjengitt etter Morris et al., 2011). Stigmatiserende holdninger består av fordommer, stereotyper og diskriminerende atferd (Hovland & Rosenberg, 1960; gjengitt etter Arvaniti et al., 2009). Det har blitt rapportert at kjennskap til pasienter med psykiske lidelser innebærer flere positive holdninger til denne gruppen, men at stigmatiserende holdninger ikke er uvanlig blant helsepersonell (Arvaniti et al., 2009). Arvaniti et al. (2009) fant, gjennom deres studie, at en stor del av deres utvalg av helsepersonell og helsefagstudenter hadde negative holdninger i forhold til sosial diskriminering av pasientene.

Schulze (2007) beskriver ulike måter helsepersonell innenfor psykisk helsearbeid kan påvirke stigmatisering. Hennes resultater presenterer ulike måter de som arbeider med psykisk helsearbeid kan bidra til å skape og forsterke stereotyper, og også minske stigma og diskriminering. Schulze (2007) identifiserer tre posisjoner helsepersonell kan havne i: psykiske helsearbeidere som stigmatiserende, psykiske helsearbeidere som de stigmatiserte og psykiske helsearbeidere som ikke-stigmatiserende.

5.0 Metodisk tilnærming

I denne studien har det blitt benyttet kvalitativ metode. Denne metoden sier noe om kvalitet eller egenskaper ved et fenomen som forskes på, i dette tilfellet helsepersonellens holdninger til beboere med psykisk lidelse i bofellesskap sine arbeidsmuligheter. Denne metoden er hensiktsmessig å bruke dersom man skal undersøke et fenomen man ikke har god kjennskap til og man ønsker å få en bedre forståelse av dette (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). Kvalitativ forskning interesserer seg for hvordan noe gjøres, sies, oppleves, framstår eller utvikles, og er opptatt av å blant annet beskrive og forstå menneskelige erfaringskvaliteter og -prosesser (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Det er problemstillingen som har bestemt valget av metode og fremgangsmåte.

Artikler, bøker og fagstoff benyttet i studien er funnet ved hjelp av søkemotorene Academic Search Premier, Google Scholar, UiS Oria og BIBSYS Ask. Det har også blitt benyttet siteringssøk, som vil si at jeg har sett hvilke artikler som har sitert en bestemt artikkel, og hvilke artikler den selv siterer, og funnet artikler på denne måten.

5.1 Forskningsetiske vurderinger

Ved å intervju helsepersonell om deres arbeid, og ikke stille spørsmål om verken deres

eller beboernes privatliv, og ved å ikke spørre om informasjon som kan gjøre at brukeren kan gjenkjennes i intervjuene, vil dette prosjektet være etisk forsvarlig. Helsepersonell regnes ikke som en sårbar gruppe, selv om bofellesskapets beboere vil falle under denne kategorien.

I prosjektet er alle opplysninger anonyme, og data kan ikke knyttes til verken informanter eller beboere i bofellesskapene. Deltakerne har fått utlevert informasjon om prosjektet og intervjuet, samt en samtykkeerklæring. Deltakerne ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet uten at de måtte begrunne hvorfor. Samtykket er dermed frivillig og informert.

Ettersom dette prosjektet var meldepliktig etter personopplysningsloven §31, da det skulle registreres indirekte personopplysninger, ble det i november 2013 sendt et meldeskjema til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Prosjektet fikk tilbakemelding fra NSD samme måned, hvor NSD skrev at ”behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven. (...) Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang” (vedlegg 5).

5.2 Intervju som innsamlingsmetode

Intervjuer er den mest brukte måten å samle inn kvalitative data på (Johannessen et al., 2010). Ved å intervju mennesker får man innblikk i menneskelige opplevelser fra informantenes ståsted. I en intervjuundersøkelse vil man ha mulighet til å se hvordan enkeltindivider oppfatter situasjoner eller fenomener i deres eget liv (Tanggaard & Brinkmann, 2012), og gjennom et intervju ville man forhåpentligvis få fram en detaljert analyse av informantenes tanker og holdninger i forhold til psykisk lidelse og arbeid.

Det finnes ulike typer intervjuer, hvor dybdeintervjuet har blitt benyttet i denne studien. Her etableres et høyt nivå av tillit og rapportering for å utforske intervjuobjektets holdninger og motivasjon (Hayes, 2000). Denne studien opplevde intervju som en god metode for å se på ansattes holdninger, ettersom studien var interessert i *hvilke* holdninger og tanker som kommer frem, og ikke var interessert i å *måle* disse holdningene.

5.3 Det semistrukturerte intervjuet

Denne typen intervju gir intervjuobjektet større frihet i måten han eller hun besvarer spørsmålene på, og gir intervjueren større frihet når det gjelder hvordan spørsmålene stilles, hvilke spørsmål som blir stilt, og i hvilken rekkefølge (Hayes, 2000).

Semistrukturerte intervjuer inneholder et sett med spørsmål formulert på en slik måte at

intervjuobjektet kan svare relativt åpent, men likevel holder seg innenfor spørsmålet. Et semistrukturert intervju inneholder i tillegg noen lukkede spørsmål, hvor svarene enkelt kan kodes eller kategoriseres (Hayes, 2000). De forskningsspørsmålene man har forberedt tidligere kan fungere som styrende for spørsmålene man ønsker å stille i intervjuet, men man kan også avvike fra disse. Det er viktig at man som intervjuer følger den historien intervjuobjektet er interessert i å dele (Tanggaard & Brinkmann, 2012). Et semistrukturert intervju utføres ofte på bakgrunn av en intervjuguide. Denne guiden kan være mer eller mindre styrende for selve intervjuet (Johannessen et al., 2010, s. 139), se vedlegg 4.

5.4 Utvalg

Når man benytter kvalitative metoder vil formålet ofte være å komme nær personer i den målgruppen man er interessert i å vite noe om (Johannessen et al., 2010). I kvalitativ metode ønsker man å få mye informasjon om et begrenset antall informanter. Det er som oftest ikke aktuelt å rekruttere informantene tilfeldig ved kvalitative undersøkelser, da hensikten er å få kunnskap om et fenomen (Johannessen et al., 2010). Det vil si at jeg i denne studien har foretatt en strategisk utvelgelse av informanter, da jeg har sett for meg en målgruppe for undersøkelsen. Utgangspunktet for utvelgelse av informanter i en kvalitativ undersøkelse som denne har vært hensiktsmessighet, og ikke representativitet (Johannessen et al., 2010). Jeg har foretatt en kriteriebasert utvelgelse, ved at jeg har valgt informanter som oppfyller kriteriene beskrevet nedenfor.

5.4.1 Inklusjonskriterier

- Helsepersonell som har erfaring som primærkontakter for brukere som bor i bofellesskap for personer med psykiske lidelser.
- Helsepersonell som har arbeidet i samme bofellesskapet i minst ett år.
- Om mulig, spredning i kjønn og alder.

Bakgrunnen for at jeg ønsket helsepersonell som har erfaring som primærkontakter er fordi de i høyere grad har et tettere samarbeid både med brukeren og med andre instanser. Å være primærkontakt innebærer å ha hovedansvaret for en eller flere brukere i bofellesskapet, i forhold til oppfølging og planlegging. Av samme grunn ønsket jeg at helsepersonellet skulle ha jobbet i samme bofellesskap i over ett år, da det var sannsynlig at ansatte i løpet av ett år hadde kommet godt inn i rutiner og holdninger på arbeidsplassen.

6.0 Gjennomføring av datainnsamling

Her ønsker jeg å presentere hvordan jeg har gått fram for å samle inn data til denne studien, både rekruttering av informanter og gjennomføring av intervju.

6.1 Informantene

Jeg har i denne studien gjennomført kvalitative intervjuer med fem ansatte i fire ulike bofellesskap. Jeg har intervjuet tre kvinner og to menn i forskjellige aldersgrupper og med ulik yrkesbakgrunn. Alle informantene har erfaring som primærkontakter, og mens noen har jobbet i ett års tid, har andre jobbet i ulike bofellesskap over en lengre tidsperiode. Informantene falt dermed innenfor inklusjonskriteriene, og var en variert gruppe individer med spennende tanker og erfaringer.

6.1.1 Rekruttering av informanter

I september 2013 sendte jeg en e-post til avdeling for oppvekst og levekår i Stavanger kommune, som i følge deres hjemmesider er ansvarlig for bofellesskap i kommunen. Denne e-posten ble ikke besvart. I desember sendte jeg dermed en ny e-post, denne gangen til Servicetorget i Stavanger kommune. Der stilte jeg spørsmål om hvordan jeg kunne gå fram for å kontakte bofellesskap og informanter, og ble anbefalt å kontakte virksomhetsleder for de enkelte bofellesskapene.

Jeg sendte deretter ut en forespørsel via mail med informasjon om studien vedlagt (vedlegg 1 og 2) til fire avdelingsledere, som hadde e-post tilgjengelig på Stavanger kommune sine nettsider, i desember 2013. Jeg fikk positiv tilbakemelding fra tre av bofellesskapene, hvilket førte til to informanter, da det var vanskelig å få ny kontakt med det tredje. Jeg sendte deretter en ny mail til avdelingslederne jeg ikke hadde fått tilbakemelding fra, men jeg fikk ikke tilbakemelding fra disse.

I januar 2014 sendte jeg brev med informasjon om studien (vedlegg 1) og informasjonsskriv til informanter (vedlegg 2) til fem bofellesskap. Jeg fikk da en tilbakemelding om at det ene bofellesskapet ikke var aktuelt, da det dreide seg om et bofellesskap for psykisk utviklingshemmede, og jeg fikk én tilbakemelding fra en ansatt som kunne tenke seg å delta som informant fra et annet bofellesskap.

I mars 2014 hadde jeg funnet kontaktinformasjon til to bofellesskap jeg ikke hadde kontaktet tidligere. Den ene avdelingslederen fikk jeg kontaktinformasjonen til gjennom en medstudent. Her var flere interesserte i å dele sine erfaringer og tanker, hvilket førte til to informanter fra dette bofellesskapet. Jeg fikk ikke tilbakemelding fra det andre bofellesskapet.

Jeg opplevde det som utfordrende å rekruttere informanter av flere grunner. Det var lite kontaktinformasjon lett tilgjengelig på Stavanger kommune sine hjemmesider og det tok lengre tid enn forventet å finne denne informasjonen. I tillegg var det færre enn forventet som ga meg tilbakemeldinger på om de var interesserte i å delta eller ikke. Rekrutteringsprosessen tok dermed lengre tid enn planlagt, hvilket ble utfordrende i forhold til transkriberings- og analyseprosessen.

Informantene har blitt rekruttert av sine avdelingsledere på bakgrunn av mine inklusjonskriterier. Det at avdelingslederne har valgt ut informantene kan ha både positive og negative konsekvenser. Det er positivt at avdelingslederne vet hvilke av bofellesskapets ansatte som oppfyller inklusjonskriteriene og som har erfaringer de ønsker å dele, og at man i fellesskap kan se hvem som egner seg til å delta. Utfordringer med en slik utvelgelse kan likevel forekomme ved at noen informanter kunne føle seg presset til å delta, eller bekymret seg for sine uttalelser, da de kunne oppleve at avdelingslederen hadde visse forventninger til deres svar på intervju spørsmålene. I tillegg til dette kunne avdelingslederen ha valgt ut en person han eller hun trodde kom til å gi ”gode” svar på spørsmålene, selv om dette ikke var studiens intensjon. Slik kunne dette påvirke informantenes uttalelser, men forhåpentligvis har informantene svart ut fra deres personlige erfaringer og tanker, da de har fått bekreftet at all personlig og identifiserende informasjon blir anonymisert.

6.2 Gjennomførelse av intervju

Denne analysen baseres på de gjennomførte intervjuene. Jeg har møtt informantene på deres arbeidsplass. De fleste informantene ønsket å gjennomføre intervjuet i deres arbeidstid, på et lukket kontor eller rom. En informant ønsket å møte meg etter jobb, i lokaler utenfor bofellesskapet, men som ansatte og brukerne benytter seg av. Ved å la informantene velge hvor de ønsket å gjennomføre intervjuet ble det lettere for informantene å stille opp, og kanskje har dette også vært tryggere når de skulle intervjues.

Intervjuene ble tatt opp med digital opptaker, og selv om dette kom tydelig frem i informasjonsskriv og forespørsel om deltakelse synes flere av informantene at dette var litt ubehagelig. Som intervjuer opplevde jeg likevel at informantene slappet av under intervjuet.

Hver for seg har intervjuene blitt transkribert, og er dermed en indirekte representasjon av en indirekte gjengivelse som mangler mange av virkelighetens

sentrale egenskaper (Malterud, 2011). Transkripsjon vil si at man skriver ned den muntlige interaksjonen, ord for ord. I muntlig språk er det ikke gitt hvor den ene setningen slutter, og hvor den neste begynner, og man mister ofte noe av informasjonen når man transkriberer, med tanke på at man ikke får skrevet ned for eksempel tonefall eller kroppsspråk (Tanggaard & Brinkmann, 2012). Selv den mest nøyaktige transkripsjon kan aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det som studeres (Malterud, 2011). Teksten skal ivareta det opprinnelige materialet så godt som mulig, slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under intervjuet. Formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen på en måte som best mulig representerer det informanten ønsket å få fram (Malterud, 2011). Intervjuene gjennomført i forbindelse med denne studien hadde en varighet fra 36,40 minutter til 57,51 minutter.

7.0 Analyse

All forskning bygger på fortolkning av representasjoner av den virkeligheten man ønsker å studere (Malterud, 2011). Det er først når dataene er systematisert og analysert at de kan besvare problemstillingen. I følge Johannessen et al. (2010) skrives intervjuene ut i sin helhet som grunnlag for analysen, som består av flere steg. Først og fremst vil en danne seg et helhetsinntrykk, for deretter å identifisere og finne fenomenene som gir mening for informantene. Dette er viktig for å redusere datamengden og for å kunne analysere stoffet. Når dette er gjort vil en gjennomføre en systematisk analyse av de fenomenene som gir mening for informantene, og skrives dermed om til et profesjonelt språk (Giorgi, 1985; gjengitt etter Johannessen et al., 2010).

Når man har samlet inn data fra intervjuer består analysen blant annet i å finne en meningsfull inndeling av materialet. Transkripsjonen skal kodes og reflekteres over, informasjonen skal deles opp og tolkes, som fører til beskrivelser av intervjumaterialet. Å skrive om materialet er en indre del av analyseprosessen (Richardson, 1990; gjengitt etter Tanggaard & Brinkmann, 2012).

I denne studien har det blitt benyttet en analysemetode inspirert av Giorgi, og modifisert av Malterud, kalt systematisk tekstkondensering (Malterud, 1993; gjengitt etter Malterud, 2011). Giorgi beskriver en prosedyre der analysen gjennomføres i fire trinn: 1) å utvikle et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) kondensering av materialet ved å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende

enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette ved å utvikle beskrivelser av materialet (Malterud, 2011). Analysemetoden benyttet i denne studien er dermed inspirert av Malterud (2011).

7.1 Gjennomførelse av analyse

Som beskrevet innebærer analysemetoden jeg er inspirert av, systematisk tekstkondensering av Malterud (2011), fire trinn. Først ble all rådata lest gjennom for å danne et helhetlig bilde og et inntrykk av intervjuene hver for seg. Deretter ble inntrykk oppsummert, foreløpige temaer ble formet og deretter kort diskutert i forbindelse med problemstillingen. Deretter ble nye, reviderte foreløpige temaer med subgrupper formulert.

I neste trinn av analysen ble relevant tekst skilt fra irrelevant, og meningsbærende enheter ble sortert ut. Dette var deler av teksten som kan belyse problemstillingen. Det er å systematisere de meningsbærende enhetene som kalles koding, hvor kodene utvikles fra de foreløpige temaene i trinn 1 av analysen. I denne prosessen ble det identifisert seks foreløpige temaer, basert på sammenslåing av temaene fra de ulike intervjuene i første del av analysen. Disse var:

1. Arbeid og aktiviteter – tanker og erfaringer
2. Samarbeid med andre yrkesgrupper/arbeidsliv
3. Om bofellesskapet – ansvar og oppgaver / helsepersonell som initiativtaker
4. utfordringer knyttet til arbeid – hindringer helsepersonell opplever på vegne av brukeren
5. utfordringer knyttet til helsepersonell og eget arbeidsmiljø
6. Tanker om framtiden.

Hver av de seks temaene hadde ulike undertemaer, eller subgrupper.

I trinn 3 av analysen har de empiriske data blitt redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter (Malterud, 2011). Det jeg har gjort i denne delen av analysen er å omskrive de meningsbærende enhetene fra trinn 2 til kortere kunstige sitater som beskriver innholdet i de meningsbærende enhetene fra hver subgruppe. Dette kalles et kondensat (Malterud, 2011). Kondensatet var et arbeidsnotat som ble benyttet som utgangspunkt for presentasjon av resultater i analysens siste trinn, og var altså ikke et sitat, men en tekst som til sammen inneholder summen av innhold fra de meningsbærende enhetene under hver enkelt subgruppe (Malterud, 2011). I hvert foreløpige undertema ble det trukket frem et ”gullsitat”, som best mulig oppsummerte

innholdet i dette temaet. I løpet av denne prosessen ble det kontinuerlig vurdert om de meningsbærende enhetene beskrev temaet, og om disse var plassert riktig i forhold til tema og subgrupper. Dette var en spennende del av analyseprosessen hvor resultatene begynte å vise seg. Etter diskusjon med veileder ble vi enige om å redusere til tre hovedtemaer, som fanget essensen av det viktigste i de seks tidligere temaene med undertema. Disse nye og reviderte temaene ble dermed:

1. Helsearbeiderens motiveringsarbeid
2. Samarbeid med andre yrkesgrupper og arbeidsliv
3. utfordringer knyttet til arbeid.

I analysens fjerde trinn skriver Malterud (2011) at bitene skal settes sammen igjen, noe som kalles for å rekontekstualisere. Hun skriver videre at det man har funnet skal ”sammenfattes i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser” (Malterud, 2011, s. 107). Ut fra kondensatene og gullsitatene ble det laget en analytisk tekst for hver kodegruppe. Dette ble gjort for å beskrive hva materialet forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling. Denne analytiske teksten representerer resultatene i forskningsprosjektet. Sitater fra intervjuene benyttes for å belyse disse resultatene. Disse presenteres i kapittel 8.0. Gjennom alle punktene i analysearbeidet har fokuset vært å ha problemstillingen og forskningsspørsmålene i bakhånd slik at det dannet utgangspunktet for temaene og kategoriene, og det vil være nyttig å ha disse i tankene også ved gjennomgang av funnene beskrevet nedenfor. Et utdrag fra analyseprosessen finnes i vedlegg 6.

8.0 Funn

Her presenteres studiens tre hovedtemaer med undertema, som kom fram gjennom analyseprosessen. Som beskrevet i metodekapittelet vil hver kodegruppe bli beskrevet med en analytisk tekst, som formidler hva materialet forteller om denne siden av studiens problemstilling, og innholdet belyses av utvalgte sitater. Analysen er gjennomført og gjennomgått av meg, og er i tillegg gjennomgått av min veileder Ellen Ramvi.

Jeg har i sitatene fra informantene benyttet ”(...)” for å vise til steder i teksten jeg har fjernet irrelevant innhold, som for eksempel gjentakelse av ord eller tekst som ikke er meningsbærende. I tillegg ble sitatene skrevet på bokmål for å sikre anonymitet i forhold til dialekter, og språket ble også blitt rettet opp i forhold til å få best mulig flyt i sitatet med tanke på korrekt språk. Dette har blitt gjort i ytterst liten grad, og kun for å

rette opp språket, da det har vært viktig å beholde sitatets originale oppbygning og mening.

8.0.1 Avklaringer av begreper i funnkapittelet

For at videre lesning skal bli mer oversiktlig ønsker jeg å presentere begreper som benyttes underveis i beskrivelse av funn. Flere av disse begrepene vil også bli brukt i diskusjonen.

- *Ordinært arbeid*: Lønnet arbeid, ansatt på lik linje som andre ansatte.
- *Frivillig arbeid*: Ulønnet arbeid, frivillig, kan komme og gå som man ønsker.
- *Tilrettelagt arbeid/arbeidstiltak*: Arbeidsplasser som har tilrettelagt ansettelse for den enkelte brukeren. Kan være ulønnet arbeid der brukeren får trygd, eller lønnet etter avtale.
- *Fontenehuset*: Et arbeidsorientert klubbhus. Medlemskap og deltakelse er frivillig. Deltakerne deltar i den daglige driften av huset. Tilbyr også et tredelt sysselsettingsprogram: arbeidsovergangsplasser, støttet sysselsetting og selvstendig sysselsetting (Fontenehuset, u.å).
- *JobbResept*: Et praksisplassprosjekt som hjelper individet til reell arbeidserfaring i ordinære bedrifter. De første månedene mottar deltakerne sin ordinære støtte fra NAV, mens målet på sikt er ordinær ansettelse (Stavanger Universitetssjukehus, 2014).
- *Attende AS*: En arbeidsmarkedsbedrift som jobber med tilrettelegging av arbeid for personer med redusert arbeidsevne. En forberedelse til ordinært arbeidsliv (Attende, u.å.).
- *NAV*: Navnet på Arbeids- og velferdsforvaltningen, med hovedmål som blant annet å få flere ut i arbeid og aktivitet, og færre på stønad. Skal gi økonomisk trygghet (NAV, 2014).
- *Ansvarsgruppemøte*: En ansvarsgruppe er sammensatt av personer som bidrar med tjenester eller annen hjelp til en bruker med langvarige og sammensatte behov for tjenester (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006).
- *Individuell plan*: Individuell plan er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning, og en rettighet brukere har fått gjennom helse- og sosiallovgivningen. Det er hovedsakelig brukere med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester som har rett til en individuell plan. Plikten og ansvaret for å utarbeide slike planer ligger hos både kommunen og helseforetak, og det er

den delen av hjelpeapparatet brukeren er i kontakt med som er ansvarlig for at arbeidet med den individuelle planen settes i gang (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006).

- *Uførepensjon*: En pensjon fra folketrygden som skal sikre inntekt til livsopphold for personer som har fått sin arbeidsevne varig nedsatt (NAV, 2014)
- *Arbeidsavklaringspenger*: skal sikre arbeidstakere inntekt i perioder de er uten inntekt på grunn av sykdom eller skade, og har behov for bistand til å komme i arbeid (NAV, 2014).

Flere av informantene hadde erfaring med brukere som hadde forsøkt seg på både ordinært, tilrettelagt og frivillig arbeid. Informantene fortalte også om ulike arbeidstiltak. I tabell 1 nedenfor vises de ulike instansene og tiltakene informantene hadde samarbeidet med, for å gi en oversikt over arbeidsplasser og steder brukerne hadde hatt erfaring med.

Tabell 1		
<i>Ulike typer arbeid informantene beskriver at brukerne har erfaring med</i>		
<u>Frivillig arbeid</u>	<u>Ordinært arbeid</u>	<u>Arbeidstiltak/tilrettelagt</u>
Frelsesarmeen	Dagligvarebutikk	NAV
”Oppdrag” i bofellesskapet	Lagerarbeid	JobbResept
Fontenehuset/Verket	NAV	Pøbelprosjektet
	En brukers arbeidsplass	Attende AS
		Allservice AS

Slik som tabellen viser gir informantene uttrykk for at brukerne har mer erfaring med frivillig arbeid og tilrettelagte tiltak enn ordinært arbeid. Videre vil en detaljert analyse av datamaterialet presenteres i studiens tre temaer: helsepersonellens motiveringsarbeid, samarbeid med andre yrkesgrupper og arbeidsliv, og utfordringer knyttet til arbeid.

8.1 Helsepersonellens motiveringsarbeid

Helsepersonellens motiveringsarbeid handler om hvordan helsepersonell forsøker å motivere brukeren til å delta i en aktiv hverdag med arbeid og aktiviteter, og vansker med dette motiveringsarbeidet.

8.1.1 Hva helsepersonell motiverer brukeren til, og hvordan de forsøker å motivere

Ansatte ved bofelleskapene fortalte at de ønsker å øke brukerens motivasjon gjennom å øke livskvalitet. En måte dette gjøres på er å møte brukerne med kjærlighet.

Informantene mente brukerne bør ha noe å strekke seg etter, uten at de presses for hardt. Det er ønskelig å forsøke å utvide brukernes fokus, og øke deres interesse for ting som skjer utenfor bofellesskapet, og forhåpentligvis kan brukerne også motivere hverandre etter hvert som om de blir kjent med hverandre. Det opplevdes viktig for de ansatte å være støttende og ikke gi opp brukeren.

«Det som vi prøver på det er jo å gi de bedre livskvalitet, og det er jo å møte de med ubetinget kjærlighet igjen og igjen, vi glemmer alt som har vært, vi snakker oss ferdige og vi møter [brukerne] på ny. Og det å gi de, rett og slett se de, og gi de ubetinget kjærlighet, vi har blitt veldig glad i de, for vi har blitt veldig godt kjent med de, det er på en måte det som er meningen med denne jobben, å se at de har fått det bedre.»

Informantene mente det er viktig for brukerne at de ansatte i bofelleskapene er tilgjengelige når det er noe, og handler når brukeren ønsker det. Informantene fortalte at de benytter seg av tiltaksplaner og ukeplaner for å legge opp god struktur og planer for brukerne som kan være motiverende, men på grunn av deres psykiske helse er det vanskelig å planlegge langt fram i tid. Informantene fortalte videre at de ansatte ofte måtte ta ting på sparket, dersom dette var det beste for brukeren. Dette preget de ansattes arbeidsdag.

«Egentlig så synes jeg at det å jobbe mot arbeid her, det er en bonus og ikke et mål, for å si det sånn. Men hvis vi kan jobbe slik at de får en bedre hverdag og kan rette blikket ut (...) så har vi gjort en god jobb.»

Informantene fortalte at de ønsker å gi brukerne en meningsfull hverdag, og være med på utvikling og fremskritt. Aktiviteter og fellesskap oppleves som viktig for å fylle hverdagen til beboerne i bofellesskapet, og informantene formidler at fellesskapet et

bofellesskap kan gi indikerer et fellesmenneskelig behov for samvær med andre mennesker. Flere av informantene pekte på at brukerne gjerne har kontakt med familie, men lite kontakt med jevngamle. At brukeren utvider sitt sosiale nettverk er noe de ansatte i bofellesskapene ønsker å motivere brukeren til å gjøre. Samtidig nevnte flere av informantene hvor lite fellesskap det faktisk er i deres bofellesskap, og mente det hadde vært fint å kunne gjøre mer sammen med flere av brukerne samtidig. En informant trakk frem kino og bowling som eksempler på aktiviteter de har forsøkt å gjennomføre med sine beboere, med relativt liten suksess. Informantene pekte også på at det er få brukere som er aktive og gjør ting på egen hånd, men at det samtidig er viktig å huske på at det er en grunn til at de bor i bofellesskap.

«For det er ikke det jeg sier, jeg vet jo at, som sagt, de sliter med sitt, det er en grunn til at de er her, men jeg synes det er så viktig, og det gjelder alle (...) noe å gå til, ha kollegaer å snakke med, (...) flere her har lite venner, nettverk, altså de har familie, men ikke nettverk utenom, og bare det å ha en kollega og si hva du har gjort i helgen, sant? Noe så enkelt.»

Informantene hevdet de forsøker å motivere brukerne til å ha en mer aktiv hverdag, og flere av informantene har selv tatt initiativ til å finne egnede aktiviteter eller arbeidsplasser for brukerne. En av informantene påpekte at det ikke hjelper kun å prate om det, men at det faktisk må skje i praksis, og i dette bofellesskapet har ansatte både oppsøkt bedrifter og tatt kontakt med ulike aktuelle tilbud. Også i et annet bofellesskap har ansatte tatt initiativ til kontakt, i dette tilfellet med Fontenehuset og JobbResept, for å se om dette kunne være aktuelt for noen av brukerne.

«Vi har ringt til Fontenehuset og fortalt at ”en beboer sånn og sånn har lyst til å komme og jobbe hos dere, hvordan er mulighetene for det?”, jo så fikk vi komme på intervju og snakke med de, og så fikk han lov til å jobbe der, ja, i tre-fire uker, men så fikk han problemer, og det er jo fordi han hadde en schizofrenidiagnose og en personlighetsforstyrrelse, og det er jo veldig (...) vanskelig, kommer ofte på kant med folk, sant? Så da plutselig var han sint på de, og det er jo sånn det ofte kan være.»

Når arbeid og aktiviteter utenfor bofellesskapet ikke ser ut til å være aktuelt fortalte noen av informantene at brukerne får små ”oppdrag” i bofellesskapet, som for eksempel å levere post, noen fortalte at brukerne får tilbud om turer stort sett hver dag, en annen

informant fortalte at de tar med brukerne på bilturer, eller at de tar en tur på café. Informanten pekte også på at det å ha styr på leiligheten, vaske klær, handle og andre hverdagsoppgaver også kan sees på som en form for aktivitet for denne brukergruppen.

8.1.2 Vansker ved motiveringsarbeidet

Det gjøres forsøk på å motivere brukerne, både til arbeid og aktiviteter, men informantene fortalte at de opplever at de ansatte i bofellesskapene og andre personer rundt brukeren syns arbeid er viktigere enn brukerne selv. Dette er en vanskelig faktor når man ønsker å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet. Det oppleves vanskelig å motivere brukeren, særlig på grunn av utfordringer med deres psykiske lidelse og rusproblematikk, opplevelsen av at brukerne ikke er motiverte, og at brukerne ikke ser behovet for å jobbe med tanke på at de har en inntekt gjennom trygdeytelser. Det er viktig for informantene å ivareta alle brukernes behov, og det krever at de ansatte må gi mye av seg selv. Man skal motivere, men samtidig ikke ha for høye forventninger. Det ble hevdet at å finne balansen her er utfordrende for de ansatte.

«Og det er klart du blir sliten av det, fordi at du jobber med å motivere for ting som du aldri vet om blir noe av, så der har du den andre siden av det igjen, at du du har lyst til ting, men så er det i perioder mye rus og da blir det lite, og sånn er det bare. Så du må på en måte innfinne deg med hvordan det er, også må du se etter de små tingene, små tegn på utvikling, gjerne se i litt lange perspektiver.»

Med en utfordrende brukergruppe mente de ansatte at det er viktig å være åpne, ta initiativ, være støttende, og se etter små tegn på utvikling. Det er viktig å se ting i perspektiv, og ikke forvente en endring i brukerens psykiske helse eller funksjonsevne fra den ene dagen til den andre, hevdet de. Flere av informantene påpekte at det føles ut som om man ikke kommer noen vei, særlig når det gjelder arbeid, og at ting tar tid.

«Hvis vi kan begynne med en time i uken også gjerne øke på, noe sånt bare for å få folk til å få interessen for arbeid, så det er vårt kortsiktige mål, eller egentlig langsiktig da, for her har vi ikke kortsiktige... kortsiktig er et par år det. Langsiktig er ti til femten år.»

Informantene fortalte at når brukerne har vært i arbeid har dette vært over kortere perioder. Dette handler om alle typer arbeid, både ordinært, frivillig og tilrettelagt. Det

er oftest brukeren selv som har avsluttet arbeidsforholdene. Flere av informantene ga uttrykk for at dette henger sammen med opplevelsen om at tilbudene for denne brukergruppen ikke gir tett nok oppfølging i en arbeidssituasjon. Dette utdypes videre nedenfor, samt i kapittel 8.3.1, som omhandler utfordringer ved brukerens motivasjon.

8.1.3 Behov for tilrettelagte tilbud

Informantene pekte på at denne brukergruppen trenger spesielt tilrettelagte tilbud, og en av informantene var tydelig på at tilbudene til denne brukergruppen er veldig dårlige. Den samme informanten pekte på viktigheten av kompetanse på psykisk helse på arbeidsplassen dersom brukerne skal fungere i en arbeidssituasjon. Flere av informantene hevdet at brukerne trenger trygge rammer rundt seg, samtidig som at de må behandles som normale mennesker med tilgang til vanlige aktiviteter og arbeidsmuligheter.

«Vi var på schizofrenidagene, noe som heter love and recovery, som viser at den brukergruppen her, responderer så sykt på å bli behandlet som normale folk. Å få lov å gå på en aktivitet med vanlige folk, en vanlig aktivitet, en typisk jobb, med vanlige folk. ”Jeg er normal”.»

Flere av informantene mente at flere av beboerne kunne jobbet et par timer om dagen, eller et par dager i uken, og at dette ville vært veldig positivt for brukerne. Dette gjelder ikke nødvendigvis kun ordinært arbeid, men også frivillig og tilrettelagt arbeid på deltid.

«Jeg tenker jo at det er mange av de som kunne ha, de trenger jo ikke ha en fulltidsjobb (...) hvis de sover dårlig om nettene så kunne de jo kanskje ha hatt en ettermiddagsjobb eller helgejobb, eller det er mye de kunne ha gjort da ja, de som er mest sånn jevne, stabile de kunne fint klart å ha en jobb og flytte ut og bodd for seg selv.»

Det var viktig for informantene å hjelpe brukerne til å ha en realistisk holdning i forhold til deres arbeidsmuligheter og –evner, og det var viktig å motivere og følge med på brukerne, slik at man kunne legge best mulig til rette for enkeltindividet.

«Jobbinstruksen, den sier at jeg skal ivareta brukeren, både når det gjelder bekledning, bespisning, og hold av leilighet og andre praktiske oppgaver i forbindelse med samarbeid med andre etater og kommunen generelt sett.»

Samarbeid ble beskrevet av flere informanter som en av primærkontaktens oppgaver, og beskrives videre i neste kapittel.

8.2 Samarbeid med andre yrkesgrupper og arbeidsliv

Informantene hadde ulike erfaringer med samarbeid. Hovedsakelig foregår samarbeidet gjennom NAV, men noen av informantene har også samarbeidet med ulike arbeidstiltak, slik som de som blir nevnt i kapittel 8.0. Dette temaet viser hvordan de ansatte i bofellesskapet har samarbeidet med andre instanser, hvilket ansvar informantene opplever at de har i et slikt samarbeid, og informantenes forhold til individuell plan.

8.2.1 Hvordan samarbeidet foregår

Informantene samarbeider og har samarbeidet med flere ulike instanser, om blant annet arbeid og økonomi. Informantene fortalte at ansatte i bofellesskapene samarbeider blant annet med NAV, sosialkontorene og bestillerkontorene i de ulike bydelene, hjelpeverge og Attende.

«Vi samarbeider med NAV, og det er den eneste måten vi kan gjøre det [på]»

En informant fortalte om dårlig samarbeid med NAV og systemet rundt, og at når det gjelder å finne arbeid til brukerne er det mer effektivt å forsøke å gjøre det selv. En annen informant fortalte også om liten oppfølging fra NAV sin side, og at arbeidstiltak ofte har fulgt opp brukeren bedre, og at de må ta initiativ selv.

«Altså vi kan jo ringe til NAV, men min erfaring er at vi bruker hodet, vi følger med aviser når det er noe nytt, vi hørte om noe nytt i forhold til Kirkens Bymisjon (...) så vi følger jo med. Fontenehuset, Verket motiverer vi for, det er bare aktiviteter, men det er og å komme i gang med noe, sant? (...) så jeg opplever at vi opplyser oss selv, mer enn å ringe NAV egentlig.»

En annen informant snakker varmere om et samarbeid med NAV. Informanten fortalte om et samarbeid hvor partene er likeverdige, og om godt fungerende ansvarsgruppemøter.

«Det er noen i NAV som er med på å jobbe langsiktig, det er jo det, så helt svart er ikke bildet, men hvis vi i løpet av en tiårs periode kan få én person ut i arbeid

herfra så har vi lyktes ... for vår del er ikke jobben å finne arbeid, men det er til å motivere og til å legge til rette så godt vi kan.»

I ansvarsgruppemøter deltar brukeren selv, hvis han eller hun ønsker dette, primærkontakt, koordinator, NAV, en fra sosialkontoret og muligens pårørende, avhengig hvilke aktuelle temaer som skal tas opp. Ansvar for informantene som primærkontakt kommer til uttrykk gjennom ansvarsgruppemøter, hvor man diskuterer og fordeler ansvar.

«(...) det synes jeg er veldig fruktbare møter, men vi blir og stort sett enige om hvordan vi skal legge veien fremover, det er egentlig veldig greit at selv om vi, altså vi jobber i tverrfaglig samarbeid, at vi kan se den samme virkeligheten, det er ikke dårlig (...) ja, så jeg har gode erfaringer der, det er mange som har dårlige erfaringer, men jeg har bare gode erfaringer.»

En tredje informant fortalte også at samarbeid med behandler heller ikke alltid er på topp, da avdelingsleder og informantene selv har følt at en bruker har vært klar for å utfordres mer, mens behandleren mente at brukeren ikke skulle presses, i frykt for forverring av symptomer:

«Jeg synes det var litt synd, for han mente da, behandleren, at alt trenger ikke være hele veien altså bedre og bedre, at det er nok kanskje også være fornøyd med å ha kommet seg.»

En annen informant mente at bofellesskapene har et ansvar i forhold til å ta kontakt med rette instanser for å få hjelp, men at det er viktig å se an brukeren. Det opplevdes ikke nødvendig å engasjere andre instanser i et samarbeid om arbeid dersom brukeren ikke var klar for dette.

«Hvis vi vil ha et samarbeid så tar vi jo kontakt, altså det er vi som ser behov og brukerne, de er jo selvfølgelig under et system og de har jo en koordinator, så det er jo møter, altså det er jo samarbeidsmøter med da koordinator og andre instanser som har med den personen å gjøre, så altså det hadde ikke vært et problem dersom vi ville, eller det var aktuelt, så hadde vi jo tatt kontakt.»

Informantene ga uttrykk for at det er NAV som skal ha den aktive rollen når det gjelder å finne arbeids- og dagtilbud for brukerne, også etter lovverkets definisjon. Samtidig

mente de at også beboerne har et ansvar i forhold til å lete etter jobb, da de vet selv best hva slags arbeid de liker, og hva som oppleves interessant for dem.

«(...) vanligvis så er det gjennom sånn ansvarsgruppemøter at vi utvikler ideene og forsøk, og da er det gjerne koordinator som har den primærkontakten med NAV, for koordinator har jo og et ansvar her i forhold til (...) hva denne beboeren gjør, så de er jo og spesialister på dette her, jeg er miljøterapeut, jeg er ikke... (...) så jeg engasjerer meg ikke mye i den jobbfinningsen jeg, jeg kan heller være med å legge til rette, eventuelt følge til arbeidsplass, være med personen og sånt noe, det er der min jobb kommer inn, ikke i det å finne jobben (...) men jeg kan være med på å vurdere hva slags arbeid som kan være aktuelt.»

Informantene mente primærkontaktens fokus handlet om tilrettelegging og samarbeid, samt oppfølging av brukeren dersom det for eksempel var behov for følge til jobb eller å motivere brukeren til å stå opp og gå på jobb.

8.2.2 Opplevelse av ansvar

Som tidligere nevnt hadde informantene ulike tanker om hvem som har ansvaret for hva. Om det var de ansatte i bofellesskapene som skulle motivere brukeren, finne et tilbud eller en arbeidsplass og hjelpe brukeren å søke på stillingen var det ulike meninger om. En av informantene mente at de ansatte har et større ansvar når det kommer til å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, mens flertallet mener deres ansvar ligger på planlegging, tilrettelegging og oppfølging, og at det ikke er deres ansvar å lete etter aktuelle jobber for brukerne. En informant pekte på, som nevnt ovenfor, at dersom arbeid blir aktuelt var det deres ansvar som primærkontakter og ansatte å kontakte de som kunne hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, som for eksempel NAV. Det opplevdes viktig å se an brukeren før man diskuterte arbeidsmuligheter, for å unngå å såre brukeren, og man måtte ikke presse brukerne for mye. Det forelå også en tanke om at dersom brukerne ikke ville, så kunne ikke de ansatte gjøre noe.

«Jeg tenker jo at vi alltid har et ansvar i forhold til å lytte til brukeren (...) men vi presser ikke på og holder på, altså her må vi være i samspill med bruker, og det er masse etisk på disse tingene. Også tenker jeg også at NAV har et ansvar, de som er i kontakt med disse brukerne har et ansvar, vi opplever ikke at de er på banen og har noen samtaler rundt disse tingene, ikke i det hele tatt.»

En informant mente at personalets holdninger og utdanning er nøkkelen til brukernes arbeidsmuligheter, og at uten deres støtte ville ikke brukerne kunne kommet ut i arbeidslivet.

«Vi er veldig obs på akkurat dette her, så personalet er godt utdannet, vi har gode holdninger og vi har en etikk som er veldig høy, så personalet her er den eneste muligheten de har til å få seg en jobb. Det er jeg overbevist om, uten at personalet er så godt skolert og så godt forberedt til å gjøre jobben sin så ville de ikke ha en nubbsjans. Så hvis det er noen her som kommer ut i arbeid som ikke allerede er det så er det personalets fortjeneste, først og fremst, det mener jeg.»

En annen informant pekte på at det er vanskelig å vite hvor grensen går i forhold til å blande seg inn i brukernes avtaler, som for eksempel i deres samarbeid med den lokale dagligvarebutikken der den ene brukeren jobbet. Informanten opplevde at man ikke visste hvor mye man kunne ta del i dette arbeidsforholdet, og om det var greit å ringe ned å si at brukeren ikke kom på jobb en dag, eller om dette ville være et overtramp.

8.2.3 Bruk av individuell plan

Individuell plan er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning, og en rettighet brukere har fått gjennom helse- og sosiallovgivningen. Det viser seg at informantene stort sett var usikre på om brukerne har en individuell plan eller hva som står i den.

«De hadde vel individuell plan før, og par av dem har det vel og, den hender det at man snakker litt om på ansvarsgruppemøtene, men jeg synes det er veldig lite, egentlig, i forhold til (...) det man har hørt om da, at vi skulle høre om hvor viktig det var å integrere alle og samarbeide med de, det kan jo være at sosialarbeideren som sitter med brukeren på sosialkontoret (...) kanskje jobber veldig mye i forhold til sånn en individuell plan, men det er ikke noe vi ser her, jeg kan ikke minnes vi har det i våre papirer.»

Informantene var usikre på innholdet i planen, og ga uttrykk for at denne brukes svært lite. De pekte heller på planer som benyttes til vanlig i bofellesskapet, slik som ukeplaner.

«Alle har vel... eller har de det? Det er jeg jammen ikke sikker på... om de har hver sin individuelle plan, det vet jeg ikke, da er det ikke noe vi har i alle fall,

gjort... enkelte har vel kanskje det med seg (...) vi har sånne dagsplaner, ukeplaner.»

8.3 utfordringer knyttet til arbeid

Informantene opplevde ulike utfordringer knyttet til arbeid og brukernes arbeidsmuligheter. Dette temaet handler hovedsakelig om utfordringer og hindringer helsepersonell opplever på vegne av brukeren, og også om tidligere erfaringer brukeren har med arbeid.

8.3.1 utfordringer med brukerens motivasjon

Som nevnt tidligere opplevde ikke flertallet av informantene at arbeid er viktig for brukerne, fordi de fleste har det greit med hverdagen slik det er, eller har nok med den slik den er. På spørsmål til en av informantene om det har hendt at brukerne har tatt initiativ til å snakke om arbeid svarte informantene:

«Det har ikke jeg opplevd i alle fall, nå kan jeg jo ikke svare for alle, men det har jeg aldri opplevd (...) det er ikke av interesse. (...) altså om de har en god dag om jeg kan si det sånn så kan de kanskje ”ja, det hadde jo vært greit” så neste gang er det ”nei, aldri i livet”.»

Informantene fortalte at brukerne ofte har tøffe bakgrunner som ødelegger for deres arbeidsmuligheter, og som er en stor del av grunnen til at de sliter i dag. Samfunnet har ikke klart å fange opp disse brukerne tidlig nok, hevdet flere informanter. De fortalte at en del av brukerne har levd et helt liv i psykiatrien, og for disse er det vanskelig å komme seg ut i jobb, da de har lite erfaringer og lite retningslinjer for ”normalt arbeidsliv”.

«Du blir kjent med disse menneskene for de er jo så mangfoldige, og de er så, de har så masse ressurser, og egenskaper, men dessverre så har alle av de en tøff bakgrunn som legger kjepper i hjulene deres og samfunnet har ikke klart å være en buffer, har ikke klart å ta de på et tidlig nok tidspunkt, som gjør at de får lov å gå så langt den gale veien (...).»

En informant mente at for de som har hatt et annet liv før de ble syke vil det muligens være lettere å komme seg ut i arbeidslivet igjen, men det er tydelig at når man mislykkes gang på gang blir letingen etter arbeid og tanken på å forsøke å jobbe

demotiverende, og skuffelsen stor. Dette gjør at mange brukere har gitt opp, og heller ikke ønsker å forsøke mer.

8.3.2 Økonomiske utfordringer

Nesten alle brukerne mottar trygdeytelser, hovedsakelig uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger. Slik informantene fortalte om dette innebærer slike trygdeytelser at brukerne ikke kan tjene mye penger dersom de begynner å jobbe.

«(...) men i og med at han har arbeidsavklaringspenger så får han ikke en krone, alt blir tatt fra han.»

«Hvis han hadde, hvis han hadde klart å gått på en jobb én dag i uken, så burde han fått, han burde fått penger, han burde fått applaus, rett og slett.»

Dette oppleves som lite motiverende, med tanke på at man mottar mer penger ved å gjøre ingenting, enn hvis man forsøker seg i arbeidslivet, hevdet flere av informantene. Det rådet likevel usikkerhet rundt hvordan det faktisk fungerer med ulike trygdeytelser og arbeid, og mye av informantenes uttalelser ble preget av lite kunnskap på dette området.

«Ja da blir det litt vanskelig og, for jeg forstår jo at de ønsker ikke gå ned i lønn heller, men (...) jeg tror det er sånn at de, det er bare en periode og så kan de gå over på... at de får noe mer, jeg vet ikke helt hvordan det virker men (...) jeg kan forstå at de ikke, at de på en måte ikke vil, at det ikke svarer seg, altså de burde ha vært litt mer, hatt litt mer igjen for det kanskje også jobbe.»

8.3.3 Brukerens helsetilstand

Utfordringer i forbindelse med brukerens helsetilstand handler om brukerens diagnoser, rusmisbruk og bruk av medikamenter. Rus som selvmedisinering er tilsynelatende vanlig kost i bofellesskap ut fra informantenes uttalelser. I tillegg skaper diagnoser som schizofreni og personlighetsforstyrrelser utfordringer for brukerne i arbeidslivet.

«Altså det første bofellesskapet jeg jobbet i, der inne hadde omtrent halvparten av brukerne, iallfall en åtte-ni stykker der er det rus og psykiatri og der vil jeg si at når rusen er hovedingrediensen i en persons liv så stenger den arbeidslivet ute. Så før en sånn en person har mulighet til å komme ut i arbeidslivet så må han ville forandring (...)»

«Det er litt vanskelig å komme ut i jobb når du tror at fjernkontrollen til fjernsynet kan styre bilen som står på gaten utenfor.»

En annen utfordring informantene pekte på er dårlig selvtillit, og liten grad av opplevd trygghet på arbeidsplassene. Informantene mente at jo lengre brukeren bor i bofellesskapet, desto vanskeligere er for ham eller henne å forsøke seg utenfor, nettopp på grunn av tryggheten og forutsigbarheten bofellesskapet gir.

«Jo lengre de er i innenfor liksom bofellesskapet, så jo verre er det jo å gå utenfor også, å møte andre friske folk liksom.»

En tredje utfordring som nevnes i forbindelse med brukeren selv er at brukerne kan oppleves som umodne og yngre enn de er på grunn av deres psykiske helseproblematikk. Dette gjelder hovedsakelig de yngre beboerne.

«De er ungdommer der ute og prøver å være voksne ikke sant, selv om de kanskje blir 24, 23 år men så tror jeg nok det har noe å gjøre med at de kanskje egentlig er tenåringer (...) i sin måte å være på, mens de kanskje er litt eldre, men det er nok deres funksjonshemminger da, og deres psykiske sykdom og som har kjørt dem litt lengre tilbake.»

En fjerde utfordring handler om brukernes medisiner. Mange medisiner kan i følge en informant "legge et lokk" på hjernen. Informanten påpekte at å dempe uønsket atferd eller tankekjør, demper medikamentene gjerne også normale funksjoner, og trekker frem dette som utfordrende i forhold til arbeidsfunksjon.

«(...) sånne medisiner legger jo et slags lokk på hjernen, og det virker ikke veldig bra i forhold til arbeid.»

I tillegg til disse utfordringene mente flere av informantene at mange av brukerne så syke at de ikke har evne til å interessere seg for andre ting enn det som skjer i øyeblikket, hvilket kan oppleves av andre utenforstående som egoistisk, fordi det ser ut som at brukerne kun bryr seg om seg selv og hans eller hennes behov her og nå.

8.3.4 Utfordringer på utsiden av bofellesskapet

Noen av informantene ga uttrykk for at de vet at det kan være vanskelig å ha denne brukergruppen på en arbeidsplass, fordi det til tider kan kreve mye av bedriften og

andre ansatte, og hadde dermed forståelse for at noen arbeidsplasser ikke ønsket å ansette brukere med alvorlige psykiske lidelser.

«Jo jeg altså det er (...) kanskje ikke så lett å få en jobb, men i alle fall ikke hvis du skal være mye vekk å eller du tror du kanskje ikke står opp, eller klarer å stå opp til jobben, (...) folk vil jo ha folk som kommer på jobb, så det tror ikke det er så lett»

Informantene pekte i tillegg til dette på vanskeligheter ved selve systemet, som gjør at brukerne får problemer. Informantene opplevde at dersom de klarer å motivere brukeren, må de likevel ”jobbe mot et system”. Dette var også et utfordrende område som ble preget av lite kunnskap, informantene visste ikke helt sikkert hvordan systemet fungerer, og hvilke muligheter brukerne har.

8.3.5 Ulikt kunnskapsnivå hos helsepersonell

Under intervjuene ga informantene uttrykk for et ønske om mer informasjon og kunnskap i forhold til hvordan man kan hjelpe brukerne ut i arbeidslivet. Det var blandede erfaringer i utvalget når det gjaldt å jobbe med dette temaet, og dermed ulikt kunnskapsnivå. De som ikke hadde forsøkt å hjelpe en bruker ut i arbeidslivet var usikre på hva dette ville ha å si for brukerens økonomi, de hadde ulike tanker om hvem som var ansvarlige for å ta initiativ. Samtidig ønsket også flere av informantene et tettere samarbeid med NAV og andre som kan støtte brukerne i en slik prosess.

«Jeg føler at jeg skulle hatt litt mer altså, men det tror jeg vi skulle få, mer undervisning om altså, en fra NAV om hvordan, hvilke muligheter det er, altså fått litt mer tettere samarbeid, for det er litt sånn, som sykepleier så er jeg ikke så vant med å jobbe [med dette], altså vi har jo sosionom og vernepleiere og hos oss, så altså sosionomen er kanskje den som er mest inne i NAV-systemet og jobb.»

Hvordan informantene og andre ansatte arbeider med brukerne varierer fra bofellesskap til bofellesskap. Samtidig varierer også hvordan ansatte arbeider og samarbeider innad i bofellesskapene, og det samme gjør også erfaringene og kunnskapsnivået.

9.0 Diskusjon

Målet med denne studien har vært å beskrive og analysere helsepersonell sin holdning til arbeidsmuligheter for individer med psykiske lidelser som bor i bofellesskap med

helsepersonell tilgjengelig. I dette kapittelet vil funnene beskrevet i kapittel 8.0 diskuteres, både selvstendig og i lys av teorien beskrevet i kapittel 4.0.

Problemstillingen jeg ønsket å studere var: *Hvilke holdninger har helsepersonell som arbeider i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser til brukerens muligheter for arbeid?*

Jeg benyttet følgende forskningsspørsmål for å belyse problemstillingen:

1. *Arbeider helsepersonell for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, i tilfelle hvordan?*
2. *Hvilke framtidsutsikter i forhold til arbeid har helsepersonell på vegne av brukeren?*

9.1 Hvordan helsepersonellet arbeider for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet

Informantene forsøker å motivere brukerne på ulike måter, og til ulike ting. Hjem, arbeid og aktivitet er noen av de sosiale prosessene som er viktige for recovery, som innebærer at brukerne kan oppleve bedring og mestring i sin livssituasjon. Dette er også viktige punkter i casebeskrivelsen av bofellesskap for dobbeltdiagnosepasienter (Odden, 2007), som peker på at ansatte ønsker å motivere og stimulere beboerne til praktiske gjøremål i hverdagen, egenomsorg og aktiviteter, og hjelper beboerne på områder der det er behov for det. Helsepersonell må sammen med brukeren se om omgivelsene fører til bedring. Flere av informantene forteller at bofellesskapene har få felles aktiviteter for sine brukere, og at deres sosiale nettverk dermed ofte begrenser seg til de ansatte i bofellesskapet eller familie. I prosjektet fra Bergen nevnt innledningsvis vektlegger mange av beboerne en lett tilgang til et trygt og positivt fellesskap, samtidig som man kan trekke seg tilbake (Pedersen, 2004). Om dette er et ønske eller tanke også blant brukerne i bofellesskapene i denne studien er vanskelig å vite, men ut fra informantenes uttalelser oppleves det ikke slik. Dette kan være negativt for brukerens sosiale liv og for fellesskapet i bofellesskapet, men kan gi den enkelte brukeren tettere oppfølging da man stort sett gjør ting alene med brukeren.

I tråd med recovery oppleves det viktig for informantene å gi bistand på hverdagslivets arenaer (Karlsson & Borg, 2013). Dette kommer til uttrykk i aktivitetene de ansatte gjennomfører med sine brukere, som bil- og caféturer, hjelp til handling av mat og hold av leilighet, og oppfølging av brukerens aktiviteter utenfor bofellesskapet. Gjennom slik oppfølging ønsker informantene å bidra til at brukerne øker sin selvstendighet og sin evne til å mestre sitt eget liv. Gjennom å øke brukerens

motivasjon til en mer aktiv hverdag øker man forhåpentligvis også brukernes livskvalitet. De ansatte ved bofellesskapene forsøker å utvide brukernes fokus, og øke deres interesse gjennom aktiviteter og støtte. Problemløsende intervensjoner fokuserer på å forbedre hverdagen, og er en viktig del av Supported Employment og IPS (Kirch, Cockburn & Gewurtz, 2005), og å hjelpe brukerne med aktiviteter i hverdagen kan være en del av slik intervensjon. Odden (2007) beskriver relativt store forskjeller mellom de to bofellesskapene hun sammenligner i sin casebeskrivelse, hvor det ene bofellesskapet har opplevd det vanskelig å motivere brukerne, mens det andre har hatt brukere med et høyere aktivitetsnivå. En utfordring som kommer til uttrykk her er hvor mye felles aktiviteter man bør legge opp til, og hvor mye aktiviteter som bør tilpasses den enkelte beboeren (Odden, 2007). Dette er også et dilemma i denne studien, hvor informantene ikke ønsker å presse brukerne til noe de ikke vil, samtidig som de ønsker motivere til fellesskap.

Informantene forteller at når brukerne har vært i arbeid har dette vært i kortere perioder. Dette handler ikke nødvendigvis kun om ordinært arbeid, men også frivillig og tilrettelagt arbeid. Det at det oftest er brukeren selv som avslutter arbeidsforholdene kan henge sammen med opplevelsen informantene har av at tilbudene for denne brukergruppen ikke gir tett nok oppfølging i en arbeidssituasjon, uansett om dette er ordinært eller frivillig arbeid. Det ville muligens vært mer hensiktsmessig å benytte seg av en "place and train"-modell for å hjelpe brukerne å stå i disse situasjonene. Dette handler om at man plasserer personen på en arbeidsplass i samarbeid med denne, og at man der gir personen tett og individuelt tilrettelagt oppfølging (Corrigan & McCracken, 2005). Noen arbeidsrettede tiltak benytter seg av en slik modell, som for eksempel JobbResept (Grini, 2009). På denne måten kan brukeren prøve seg frem på arbeidsplassen uten altfor høye forventninger og krav, og kan selv se hvor mye han føler han mestrer. Ved å benytte seg av en slik modell vil kanskje flere brukere beholde arbeidsplassen sin lengre, oppnå en følelse av mestring over å beholde en jobb over lengre tid, samt forhåpentligvis føre til økt livskvalitet.

Informantene beskriver ulike erfaringer med samarbeid, med tanke på hvem de samarbeider med og hvordan samarbeidet foregår. NAV er en samarbeidspartner som nevnes ofte. Flere av informantene gir som nevnt uttrykk for at NAV har hovedansvaret for arbeid, og at dette også er en del av lovverket. I lov om sosiale tjenester i NAV står det at lovens formål er å "bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig,

og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet”. Man kan her se at dette treffer brukerne som bor i bofellesskap, og at man på denne måten kan tolke setningen ”fremme overgang til arbeid” som NAV sitt ansvar fremfor bofellesskapets. Samtidig står det på Stavanger kommune sine hjemmesider at ansatte i bofellesskap for individer med psykiske lidelser skal legge til rette for at den enkelte beboeren får anledning til utvikling innenfor blant annet bolig og arbeid, og at man skal tilrettelegge for sosiale aktiviteter (Stavanger kommune, 2013). På den ene siden kan dette tolkes som at bofellesskapet har et ansvar i forhold til å hjelpe brukerne ut i arbeidslivet eller å finne passende aktiviteter, men på den andre siden kan det tolkes mer ordrett – at bofellesskapet fungerer som tilretteleggere, som på denne måten skal støtte NAV i deres prosess.

Det kommer tydelig fram at informantene opplever at deres hovedansvar ligger på oppfølgingen rundt brukeren, mens NAV har ansvar for arbeidsdelen. I følge Berge og Falkum (2013) kan et samarbeid med NAV gagne brukerne. De skriver at mens ansatte i helsevesenet ofte ser symptomer og problemer snarere enn funksjon og ressurser, ser NAV og aktuelle arbeidsgivere gjerne på brukernes ressurser og funksjonsnivå i en arbeidssituasjon. Dette kan bidra til normaliseringen informantene ønsker for sine brukere, hvor brukeren på en arbeidsplass kan bli behandlet som en ansatt, og ikke som en pasient. NAV vet på den andre siden mindre om brukerens personlige sårbarhet, og nettopp derfor er det viktig at man samarbeider for å gi brukeren en tryggere opplevelse (Berge & Falkum, 2013). Løvereide (2013) påpeker at arbeidsgivere ofte er skeptiske til helsevesenets rolle i arbeidsinkluderingen da de opplever at helsevesenet sykeliggjør deltakerne. Informantene i denne studien har som nevnt ulike erfaringer med samarbeid med NAV, og jeg opplever at selv om informantene ønsker å motivere til større grad av aktivitet blant brukerne er de samtidig opptatte av å understreke at brukerne er syke, og at de ikke skal presses eller utfordres for hardt og for mye.

Ansvarsgruppemøter er en viktig arena for tverrfaglig samarbeid, hvor man da kan inkludere alle parter som er aktive for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, blant andre ting. Brukermedvirkning er en viktig faktor i et slikt samarbeid, og innebærer at tjenestetilbudet skal tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren (Helse- og omsorgstjenesteloven). I recovery er brukerens egeninnsats viktig for bedringsprosesser, og å kunne bestemme selv, ha kontroll, og å kunne velge farten for framgang er sentralt. Dette skaper trygghet for brukeren, og slik kan man se at

brukermedvirkning er en viktig del av samarbeidet. Likevel gir informantene uttrykk for at brukerne ikke opplever arbeid som viktig, hvilket kan vanskeliggjøre denne samarbeidsprosessen. Det vil derfor være viktig å kjenne brukeren, slik primærkontaktene gjerne gjør etter hvert, før man forsøker å motivere brukeren til å forsøke seg i arbeidslivet. Hvor hardt og hvor mye man presser vil være tilpasset den enkelte brukeren, og hans eller hennes funksjonsnivå og ønsker. Krupa (2004) peker på at å møte utfordringer og krav i ulike arbeidssituasjoner kan gi brukeren en følelse av kompetanse.

Et annet aktuelt hjelpemiddel for samarbeid og brukermedvirkning er individuell plan. Det står i helse- og omsorgstjenesteloven at:

Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres (Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1).

Det er interessant at informantene har så lite erfaring med individuell plan med tanke på at man i Stavanger kommune søker om bolig med tilrettelagte tjenester for personer med behov for langvarige, koordinerte tjenester, slik at det ikke bør være noen tvil om at brukerne som bor i bofellesskap har krav på en slik plan. Man kan dermed stille spørsmål om hvorfor den individuelle planen ikke brukes, når dens hensikt er å beskrive hvilke instanser som har ansvaret for hva, samt gir informasjon om brukerens og hans eller hennes støtteapparat.

9.2 Tanker om framtiden

Brukerne som bor i bofellesskap har tilsynelatende alvorlige psykiske lidelser, og mangler gjerne andre tilbud. I følge Helle og Gråwe (2007; gjengitt etter Schafft, 2008) ser det ut til at ca. 53-60 % av personer med schizofrenidiagnoser ønsker seg ordinært arbeid. Slik oppleves det derimot ikke av informantene i denne studien. Informantene peker på at brukerne er lite motiverte til å arbeide, og at de ofte er for dårlige til å fungere i en arbeidssituasjon. I tillegg opplever informantene det vanskelig for brukerne å forsøke seg på et liv utenfor bofellesskapet, da dette skaper utrygghet og kan i verste fall forverre lidelsen. Dette er én av flere grunner til at mange brukere ikke ønsker å søke jobb, nemlig frykten for å bli sykere (Ose, Jensberg et al., 2008; gjengitt etter Schafft, 2008). Andre grunner kan handle om hvordan lidelsens gjør det vanskelig å

mestre kommunikasjon, fleksibilitet og omstillingsevne i arbeidslivet (Berge & Falkum, 2013). Selv om forskning viser at sysselsetting, både arbeid og aktiviteter, er positivt for helsen (Erdner, 2006; gjengitt etter Schafft, 2008) ser det altså ut som at et flertall av brukerne i disse bofellesskapene, ut fra informantenes uttalelser, ikke har interesse av å jobbe, hvor tanker om dårligere økonomi kommer i tillegg til frykten for forverring av lidelsen. Dette bringer diskusjonen videre til økonomiske utfordringer.

Som beskrevet i funnene mottar et tilsynelatende stort flertall av brukerne trygdeytelser. Der Borg (2006) argumenterer for at mange av brukerne trenger pengene en jobb kan gi, kommer ikke dette behovet til uttrykk i denne studien. Informantene opplever at brukerne har det greit økonomisk, og at de dermed ikke får den samme driven til å arbeide som mange andre har. Det er flott at individer med psykiske lidelser som har falt ut av arbeidslivet kan motta økonomisk støtte, men det kan altså se ut til at det i denne brukergruppen fjerner en del av motivasjonen til å komme ut i arbeidslivet. Særlig peker informantene på at brukerne ”går ned i lønn” hvis de forsøker seg i arbeidslivet, altså at trygden går ned, og de dermed ikke får en like stor sum inn på kontoen når de jobber, som de får når de ikke jobber. Hvorfor skal man utsette seg selv for ekstra påkjenninger som kan forverre den psykiske tilstanden, når man ikke kan tjene penger? Dette ser ut til å være en generell oppfattelse i flertallet av bofellesskapene i denne studien, og her kommer også helsepersonellens kunnskapsnivå inn i diskusjonen. Flere av informantene snakker om temaet økonomi med usikkerhet, og oppleves ikke å ha full kontroll på hvordan systemet fungerer dersom de først har klart å motivere en bruker til å søke jobb. I tillegg er det vanskelig når de ulike arbeidstiltakene opererer med ulike retningslinjer, som for eksempel JobbResept, som allerede er beskrevet i kapittel 8.0.1. Uansett hvor gode tiltak som finnes eller opprettes for denne brukergruppen, eller hvor gode modeller som eksisterer for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, så er økonomi en viktig motivasjonsfaktor. Som nevnt i teorikapittelet har forskning vist at deltakere oftere startet og beholdt sine jobber der de fikk betaling for arbeidet, samt at deltakere som mottar betaling jobber mer, og har færre reinnleggelser på sykehuset (Becker et al., 1998; gjengitt etter Kirch, Cockburn & Gewurtz, 2005). I Prosjekt Lokalpsykiatri i Bergen skriver Pedersen (2004) at nesten alle arbeidstakerne der var uføretrygdet med en alvorlig psykisk lidelse, men med et ønske om meningsfullt arbeid. Her ble arbeidstakerne lønnet med 17 kroner per time i tillegg til egen pensjon. Pedersen understreker videre at selv om lønnen kan være viktig nok ser de fleste andre forhold ved arbeidstilbudet som viktigere, som sosialt nettverk

og større selvstendighet. Flertallet av informantene i denne studien gir ikke inntrykk av at de mener det samme, noe som muligens kan være begrunnet i deres holdninger.

9.3 Helsepersonellens holdninger til brukernes arbeidsmuligheter

Som nevnt i kapittel 5.2 er ikke studien interessert i å måle helsepersonellens holdninger, men å beskrive *hvilke* holdninger og tanker som kommer frem i forbindelse med brukernes arbeidsmuligheter. Som beskrevet i teorikapittelet kan negative holdninger fra helsepersonell ha konsekvenser for pasienters bedringsprosesser (Morris et al., 2011). Det er derfor viktig at helsepersonell er bevisst sine holdninger for å gi brukerne best mulig behandling og støtte. Det er viktig å huske på at denne diskusjonen ikke nødvendigvis gir et fasitsvar på hvilke holdninger helsepersonell har, men er forskerens tolkning ut fra analyse av intervjuene.

Når informantene mener at brukerne har behov for trygge rammer og gjerne kompetanse på psykisk helse på arbeidsplassen, kan dette være vanskelig å oppnå i en ordinær arbeidssituasjon, hvor det ofte forventes at man skal være selvstendig. Samtidig oppleves det viktig at brukerne blir behandlet som normale mennesker med tilgang til vanlige aktiviteter og arbeidsmuligheter. Disse to tankene kan virke lite overensstemmende – på den ene siden er det ønskelig at brukeren skal behandles normalt, og på den andre siden forventes det at arbeidsplassen skal tilrettelegge for brukeren med trygge rammer. Løvereide (2013) fant i sin masteroppgave at ledere i ulike bedrifter ikke fokuserer på deltakernes sykdomshistorie eller diagnose, men de er opptatt av deltakerens funksjonsnivå og arbeidsevne. Lederne i denne studie er skeptiske til helsevesenets rolle i arbeidsinkluderingen, og at helsevesenet kan ”sy puter under armene” til deltakerne. En viktig del av hennes drøfting tar for seg forholdet mellom arbeidslivets krav og ønske om normalisering på den ene siden, og ledernes opplevelse av helsetjenestens sykeliggjøring på den andre (Løvereide, 2013). Dette kommer til uttrykk også i denne studien, hvor informantene stiller krav om både normalisering og tilrettelegging samtidig. Er dette et realistisk krav, eller et uoppnåelig ønske?

Schultze (2007) identifiserer som nevnt tre posisjoner helsepersonell kan havne i, hvor diskusjonen tar for seg den første av disse, nemlig psykiske helsearbeidere som stigmatiserende. I en studie gjennomført av Schulze og Angermeyer (2003; gjengitt etter Schulze, 2007) kom det fram at pasienter følte seg stigmatisert av helsepersonell gjennom manglende interesse i dem og deres helseproblematikk. Ut fra analysen

gjennomført i denne studien gir informantene uttrykk for at de er interesserte i brukerne og deres problematikk, gjennom ulike forsøk på motivere brukerne og øke deres interesse for ting utenfor bofellesskapet. Schulze (2007) skriver videre at bieffekter av medisin også kan bidra til stigmatisering og diskriminering, men dette ser ikke ut til å være noe informantene i denne studien vektlegger i større grad, annet enn en formening om at medikamenter demper brukerens atferd og ”legger et lokk på hjernen”, som kan føre til at brukeren ikke oppfører seg på en måte som oppfattes som normalt.

Helsepersonell har ulike tanker om psykiske lidelser og lidelsens prognose og utfall. I en undersøkelse gjennomført av Magliano et al. (gjengitt etter Schulze, 2007) blant sykepleiere som jobbet i psykiatrien og blant psykiatere var det kun 2 % som trodde at individider med en schizofrenidiagnose ville bli helt friske. Det kan se ut til at en lignende holdning kommer til uttrykk i denne studien. Flere av informantene nevner schizofreni som en diagnose som går igjen i bofellesskapene, og uttalelsene deres er preget av en tanke om at brukerne er alvorlig syke, de vil antageligvis ikke kunne jobbe 100 % i en ordinær jobb, og at framskritt og bedring vil ta tid. Selv om en av informantene mener at noen av brukerne kunne ha flyttet ut og bodd for seg selv ser ikke dette ut til å være en gjennomgående tanke hos de resterende informantene. En slik holdning kan prege ansattes motiveringsarbeid, selv om helsepersonell kanskje ikke er klare over dette selv. Selv om helsepersonell som arbeider med mental helse er velinformerte har de ikke alltid positive tanker om de ulike diagnosene eller menneskene de behandler. Dermed kan helsepersonell bidra til negative holdninger og stigmatisering av psykiske lidelser. Negative holdninger i omgivelsene, i helsevesenet, velferdsetaten og i samfunnet som en helhet kan være en del av årsakene til at mange personer med psykisk lidelse ikke er i arbeid (Berge & Falkum, 2013).

10.0 Konklusjon

Denne studien har tatt for seg helsepersonell som jobber i bofellesskap for personer med psykiske lidelser sine tanker, erfaringer og holdninger til beboernes arbeidsmuligheter. Problemstillingen tok for seg hvilke holdninger helsepersonell har til beboernes arbeidsmuligheter, og forskningsspørsmålene omhandler hvordan helsepersonell arbeider for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, samt hvilke framtidsutsikter de har på beboernes vegne. Gjennom semistrukturert intervju med fem ansatte i fire ulike bofellesskap i Stavanger kommune har studien fått et inntrykk av hvordan helsepersonell i slike bofellesskap jobber, og hvilke tanker og holdninger de har rundt

dette temaet. Dette har blitt diskutert i lys av relevant teori, og i denne delen av oppgaven vil jeg komme med en konklusjon som svar på problemstillingen, kort om min forforståelse i lys av konklusjonen, samt forslag til videre forskning og avsluttende refleksjoner.

10.1 Konklusjon i lys av problemstillingen

Helsepersonell intervjuet i denne studien forteller at deres oppgaver handler om å ivareta brukeren og hans eller hennes behov. Dette gjelder alt fra ernæring og personlig hygiene, til oppfølging av brukeren i samarbeid med andre instanser. Dette er en krevende brukergruppe med alvorlige psykiske lidelser, og dette påvirker hvordan informantene ser på brukernes arbeidsmuligheter. Informantene jobber for å motivere brukerne til ulike ting de håper skal gi brukeren en bedre hverdag. Det går igjen i alle informantenes uttalelser at deres mål er å gi beboerne en meningsfull hverdag, samt å øke hans eller hennes livskvalitet. Hovedsakelig henger dette sammen med et ønske om å aktivisere brukeren gjennom fellesskap og aktiviteter i og utenfor bofellesskapet. Aktiviteter fremstår med andre ord som viktigere og mer relevant for denne brukergruppen enn arbeid, slik jeg tolker mine informanter.

Informantene i denne studien har erfaring med brukere som har forsøkt seg på ulike typer arbeid, men brukerne har mer erfaring med frivillig arbeid og tilrettelagte tiltak enn ordinært arbeid. Informantene ser ut til å ønske tilrettelagt arbeid på ordinær arbeidsplass for flere av sine brukere, men ingen av informantene gir uttrykk for at de har funnet et tilbud som er godt nok tilpasset for noen av sine brukere, og dette oppleves frustrerende. Dette kan henge sammen med at helsepersonell ikke er godt nok informert om de ulike arbeidsmulighetene denne gruppen har, eller tanken om at det er NAV som er ansvarlig for å presentere disse arbeidsmulighetene for bofellesskapet og for brukerne. Det samme gjelder kunnskap om økonomi og trygdeytelser. Flertallet av informantene er usikre på hva som skjer med brukernes økonomi dersom de forsøker seg i betalt arbeid, men de har en tanke om at dette er negativt for brukeren. Dersom dette stemmer bør man se på hvordan man kan gjøre det lettere for brukerne å forsøke seg i arbeidslivet uten at tanker om dårlige økonomi skal stå i veien. Dersom dette ikke stemmer er det viktig å gi helsepersonell den kunnskapen de trenger for å kunne motivere brukeren, da det som beskrevet tidligere viser seg at økonomi er en viktig motivasjonsfaktor.

Informantene gir ingen indikasjon på at én type arbeid er bedre enn en annen

type, eller at arbeid er bedre enn andre typer aktiviteter. Deres viktigste fokus er som nevnt å gi brukeren en meningsfull hverdag, og hvordan de gjør dette avhenger av brukeren og bofellesskapets ressurser. Det ser i tillegg ut til at brukerne selv, i følge informantene, opplever andre ting som viktigere enn arbeid. Informantene viser til en brukergruppe som er lite motiverte av ulike grunner, som for eksempel en frykt for forverring av symptomer eller tanker om at det er lite gunstig for økonomien. Med en brukergruppe som oppleves lite motivert kan dette også være lite motiverende for ansatte i bofellesskapene. Hvor hardt skal man jobbe for å motivere en bruker som ikke oppleves som motivert? Og hva skal man motivere til – ordinært arbeid med de positive og negative sidene som følger med, eller en aktivitet utenfor bofellesskapet som gir brukeren mening i hverdagen?

Flertallet av informantene selv nevner ingen spesielle modeller for å hjelpe brukeren ut i arbeidslivet, men slik informantene forteller om deres ønsker om mer tilrettelagte tilbud opplever jeg det som relevant å påpeke at en ”place and train”-modell som IPS kan gi flere av brukerne, hvis de selv er motiverte, et bedre arbeidstilbud.

10.1.1 Endring av forståelse

Jeg har inntrykk av at mye av min forforståelse ble bekreftet i analysen av datamaterialet. Som funnene viste er flere av informantene positive til at noen av deres brukere kan arbeide, men ikke i en full stilling. Det jeg ikke hadde tenkt mye på var hva slags type arbeid brukerne hadde, om dette var ordinært, frivillig eller tilrettelagt, og det ser ut som at brukerne har flest erfaringer med frivillig og tilrettelagt arbeid. Det var overraskende at informantene i mye større grad enn arbeid fokuserte på aktiviteter, men det som overrasket meg mest var at nesten alle informantene nevnte økonomi som en viktig utfordring i forbindelse med brukernes arbeidsmotivasjon. Jeg har lite kunnskap om trygdeytelser, og så ikke for meg at det skulle være vanskelig å forsøke seg i arbeidslivet selv om man mottar trygd, med tanke på at NAV ønsker at folk skal arbeide. Hvis brukerne er friske nok til å ha en ordinær jobb, er de da for friske til å bo i et bofellesskap? Ut fra informantenes uttalelser opplever jeg det slik, og det kan være én av flere grunner til at aktiviteter er mer aktuelle enn arbeid.

10.2 Forslag til videre forskning og avsluttende refleksjoner

Denne studien har tatt for seg informantenes tanker om brukernes arbeidsmuligheter. De har fortalt om sine erfaringer og meninger, og gitt inntrykk av at det finnes lite tilbud for en lite motivert brukergruppe. Det vil være viktig å forhøre seg med brukerne selv

om hva deres opplevelse av disse tilbudene er. Det vil også være viktig å få en grundig gjennomgang av hvilke tilbud som er egnet til denne brukergruppen, basert på både ansattes, brukeres og arbeidslederens tanker, ønsker og erfaringer.

Det vil også være viktig å se nærmere på hvordan bofellesskap samarbeider med andre instanser, både kommunen og NAV, ettersom erfaringene med slike samarbeid er varierte. Det bør foretas en evaluering av dette samarbeidet, slik at det blir tydeligere hvilken instans som er ansvarlig for hva, og det bør gis tydeligere informasjon om aktuelle tilbud og muligheter for denne brukergruppen til bofellesskapene. I tillegg bør det vurderes nærmere hva slags hensikt den individuelle planen har. Opprinnelig skulle den forenkle samarbeidet mellom ulike instanser, samt presentere et tjenestetilbud tilpasset individet, men det ser ikke ut til at den blir brukt i bofellesskap. Brukerne har krav på en slik plan, og de ansatte er ansvarlige for oppfølging av brukerne på dette nivået.

Det kan også være interessant å forsøke å implementere recovery i større grad i bofellesskapene. Det var kun én informant som nevnte recovery, selv om en del av informantenes uttalelser likevel kan tolkes i denne retningen. Der man ser recovery som en prosess, og hjelper brukerne til å integrere dette i deres hverdagsliv, vil man muligens kunne hjelpe brukeren til i større grad ta kontroll over sitt eget liv. Derfor opplever jeg at det vil være viktig å implementere dette i arbeid med brukere i bofellesskap. Kanskje kan IPS være en nyttig metode for å tenke nytt om arbeidsmulighetene til denne brukergruppen.

Forskning referert til i denne studien viser at både samfunnet og helsepersonell har negative tanker og holdninger til individer med alvorlige psykiske lidelser, og det ser også ut til at informantene i denne studien preges av lignende holdninger på noen områder. Derfor opplever jeg det som viktig å fokusere videre på å minske stigmatiseringen overfor denne gruppen, og videre jobbe for å forebygge slike holdninger både i samfunnet og blant helsepersonell. Det er fortsatt behov for mer kunnskap om dette temaet, og forhåpentligvis kan denne studien inspirere til videre forskning.

11.0 Litteraturliste

- Andvig, E., Lyberg, A., & Gonzalez, M. T. (2013). Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 115-128.
- Anthony, W. A., Rogers, E. S., Cohen, M., & Davies, R. R. (1995). Relationships Between Psychiatric Symptomatology, Work Skills, and Future Vocational Performance. *Psychiatric Services*, 46(4), 353-358.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, (44), 658-665.
- Attende AS. (u.å.). *Om oss*. Hentet fra: <http://www.attende.no/om-oss>
- Berge, T. & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bofellesskap psykisk helse (u.å.). Stavanger kommune. Hentet fra: <http://www.stavanger.kommune.no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/psykisk-helse/Voksne/Bofellesskap/>
- Bond, G. R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical Support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.
- Bond, G. R. (2004). Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(24), 345-359.
- Borg, M. (2006). Arbeid, aktivitet og mening. I Almvik, A. & Borge, L. (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s.53-71). Bergen: Fagbokforlaget.
- Corrigan, P. W. & McCracken, S. G. (2005). Place First, Then Train: An Alternative to the Medical Model of Psychiatric Rehabilitation. *Social Work*, 30(1), 31-39.
- Fontenehuset Stavanger. (u.å.). *Om oss*. Hentet fra: <http://www.fontenehuset-stavanger.no/index.cfm?id=341227>

- Grini, I. (2009). *Arbeidsrettet rehabilitering for unge voksne med psykiske lidelser. Om betydningen av empowerment og motivasjon i opplevelsen av å mestre*. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Hayes, N. (2000). *Doing Psychological Research*. New York: Open University Press.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov av 24. juni 2011 nr.30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2008) *Social Psychology*. England: Pearson Education Limited.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid – Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kinn, L. G., Ekeland, T-J. & Byrkjeflot, H. (2012). Psykisk helsearbeid: konfeksjon eller skreddersydd søm? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15(1), 23-36.
- Kirch, B., Cockburn, L. & Gewurtz, R. (2005) Best practice in occupational therapy: Program characteristics that influence vocational outcomes for people with serious mental illnesses. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 265-279.
- Krupa, T. (2004). Employment, Recovery and Schizophrenia: Integrating Health and Disorder at Work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 8-15.
- Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). *Plan for brukervedvirkning: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. (IS-1315 nr. 04/2006). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for psykisk helse.
- Lov om sosiale tjenester i NAV. Lov av 18. desember 2009 nr.131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=nav>

- Løvereide, L. (2013). *Et forfriskende arbeidsliv? En kvalitativ studie av lederes erfaring med å ta imot mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis*. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morris, R., Scott, P. A., Cocoman, A., Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., & Clinton, G. (2011). Is the Community Attitudes towards the Mentally Ill scale valid for use in the investigation of European nurses' attitudes towards the mentally ill? A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Advanced Nursing (68)*, 460-470.
- NAV. (2014). *Arbeidsavklaringspenger*. Hentet fra: [https://www.nav.no/Helse/Ytelser+ved+sykdom/Arbeidsavklaringspenger+\(AAP\).217377.cms](https://www.nav.no/Helse/Ytelser+ved+sykdom/Arbeidsavklaringspenger+(AAP).217377.cms)
- NAV. (2014). *Om NAV*. Hentet fra: <https://www.nav.no/Om+NAV/NAV>
- NAV. (2014). *Uføretrygd*. Hentet fra: <https://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Uførepensjon>
- Odden, S. (2007). *Mellom institusjon og hjem: To casebeskrivelser av bofellesskap for dobbeltdiagnosepasienter*. Hamar: Østnorsk kompetansesenter.
- Pedersen, A. (2004) Mot «recovery» i praksis? Erfaringer fra Bergen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(4), 50-63.
- Ramvi, E., Skarpaas, S. L. & Løvereide, L. (2013). *Veien inn i arbeidslivet. Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med psykiske helseplager*. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Schafft, A. (2008). *Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia: En kunnskapsstatus*. (AFI-rapport 4/2008). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schafft, A. (2009). *Å få seg en jobb – Arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.

Stavanger Universitetssjukehus. (2014). *JobbResept*. Hentet fra: <http://www.helsestavanger.no/omoss/avdelinger/unge-voksne/Sider/jobbresept.aspx>

Søknad om bolig i Stavanger kommune (u.å.). Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssjukehus. Hentet fra: <http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Documents/Skjema/skjema%20felles%20Søknad%20om%20bolig%20i%20Stavanger%20kommune.pdf>

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2012). Intervjuet: Samtalen som forskningsmetode. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.), *Kvalitative metoder – Empiri og teoriutvikling*. (s. 17-45). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wong, Y-L. I. & Solomon, P. L. (2002). Community Integration of Persons With Psychiatric Disabilities in Supportive Independent Housing: A Conceptual Model and Methodological Considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13-28.

Ådland, A. & Alsaker, K. (2000). Bofellesskap for psykiatriske langtidspasienter. I Almvik, A. & Borge, L. (Red), *Tusenkunstnerne - muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 217-230) Bergen: Fagbokforlaget.

Informasjon om masteroppgavestudien “Ansatte i psykiatriske bofellesskap sine holdninger til beboernes muligheter for arbeid”

Våren 2014 avslutter jeg masterstudiet i helsevitenskap med fordypning i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger, og jeg ønsker i den forbindelse å gjennomføre en studie som beskriver og analyserer helsepersonell sin holdning til arbeidsmuligheter og arbeidsrettet rehabilitering for individer med psykiske lidelser som bor i bofellesskap.

Datainnsamlingen i denne studien vil foregå ved individuelle dybdeintervju med helsepersonell som arbeider i psykiatriske bofellesskap. Det er ønskelig å intervju seks (6) helsepersonell som har erfaring som primærkontakter for brukere i bofellesskap, og at informantene skal ha jobbet i samme bofellesskapet i over ett år.

Intervjuet vil i hovedsak dreie seg om helsepersonellens tanker om brukernes arbeidskompetanse, deres erfaringer i forbindelse med arbeid og arbeidsrettet rehabilitering, samt deres erfaringer med samarbeid med andre instanser.

Deltakelse i studien er frivillig, og informanten vil kunne trekke seg uten å oppgi begrunnelse for dette. Ved deltakelse vil alle opplysninger bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Innsamlet data vil slettes når studien er ferdig gjennomført.

Intervjuene vil bli gjennomført på informantens arbeidsplass eller på Universitetet i Stavanger i løpet av mars/april 2014, og vil ha en varighet på omtrent én time.

Ta gjerne kontakt ved eventuelle spørsmål eller for mer informasjon om prosjektet.

Med vennlig hilsen

Maria Berg Gulbrandsen, masterstudent ved Institutt for Helsefag, UiS

Mobil: 402 10 850

E-post: mb.gulbrandsen@stud.uis.no

Veilder: Ellen Ramvi, førsteamanuensis ved Institutt for Helsefag, UiS

E-post: ellen.ramvi@uis.no

Forespørsel om deltakelse i masteroppgavestudien
“Ansatte i psykiatriske bofellesskap sine holdninger til beboernes
arbeidsmuligheter”



Introduksjon

I forbindelse med avslutning av masterstudiet i helsevitenskap med fordypning i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger skal jeg gjennomføre en studie som beskriver og analyserer helsepersonell sin holdning til arbeidsmuligheter og arbeidsrettet rehabilitering for individer med psykiske lidelser som bor i bofellesskap.

Invitasjon til deltakelse

Jeg ønsker å invitere deg til å delta i denne studien, da du som primærkontakt oppfyller kriteriene som er satt for deltakelse. Intervjuet vil i hovedsak dreie seg om dine tanker om brukeres arbeidskompetanse, dine erfaringer i forbindelse med arbeid og arbeidsrettet rehabilitering, samt dine erfaringer med samarbeid med andre instanser innenfor dette temaet.

Intervjuet vil, etter hva som passer best for deg, gjennomføres på din arbeidsplass eller ved Universitetet i Stavanger, og vare i omtrent én time. Data innsamlingen vil foregå i mars 2014, og intervjuet vil bli tatt opp med diktafon.

Deltakelse i studien er frivillig, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi begrunnelse for dette. Dersom du ønsker å trekke deg underveis vil alle opplysninger om deg slettes. Dersom du deltar vil alle opplysninger bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Det vil ikke være mulig å knytte dine svar til deg. Innsamlet data vil slettes når studien er gjennomført.

Dersom du kunne tenke deg å delta i studien ved å la deg intervju, kan du kontakte meg på e-post eller mobiltelefon. For å gi ditt skriftlige samtykke til deltakelse vil du bli bedt om å signere en samtykkeerklæring ved intervjuets begynnelse.

Dersom du har noen spørsmål om studien eller behov for mer informasjon, ta gjerne kontakt!

Med vennlig hilsen

Maria Berg Gulbrandsen, masterstudent
Mobil: 402 10 850
E-post: mb.gulbrandsen@stud.uis.no

Veilder: Ellen Ramvi, førsteamanuensis ved
Institutt for Helsefag, UiS
E-post: ellen.ramvi@uis.no

Samtykkeerklæring for informanter

Denne samtykkeerklæringen gjelder studien "Ansatte i psykiatriske bofellesskap sine holdninger beboernes arbeidsmuligheter", som gjennomføres som en masteroppgave ved master i helsevitenskap ved institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger.

Jeg har mottatt og lest skriftlig informasjon om studien. Jeg er klar over at deltakelse i studien er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke. Jeg er klar over at alle opplysninger og all informasjon om meg vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Jeg er klar over at intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av diktafon.

På bakgrunn av dette gir jeg min tillatelse til å bli intervjuet til denne studien.

Sted/dato/informantens underskrift

Telefon/e-post

Intervjuguide

Faktaspørsmål

1. Hvor lenge har du jobbet i bofellesskap for psykiatri?
2. Hvor mange brukere har du fungert som primærkontakt for i løpet av denne perioden?
3. Kan du fortelle om dine arbeidsoppgaver som primærkontakt?

Informantens tanker/erfaringer

1. Hvilke tanker har du om arbeidsmuligheter for brukere i bofellesskap som dette?
 - På bakgrunn av dine erfaringer, tror du alle brukere i den typen bofellesskap du jobber i har en mulighet til å arbeide på en eller annen måte? (Utdyp hvorfor/hvorfor ikke)
2. Har du erfaring med at noen av brukerne du er eller har vært primærkontakt for har eller har hatt jobb mens de har vært syke?

Opplevelse av ansvar

1. Opplever du at det å arbeide, eller å komme tilbake i arbeidslivet er viktig for brukerne?
2. Hvor ligger ansvaret i forhold til å finne egnet arbeid (eller annen alternativ sysselsetting)?
3. Har det hendt at du har tatt opp arbeid som et alternativ til aktivitet for brukeren?
4. Har det hendt at brukere har tatt initiativ til å snakke om dette?

Arbeidsrettet rehabilitering

1. Kjenner du til noen ordninger i forhold til arbeid for brukere med psykiske lidelser?
2. Har du erfaring med samarbeid med en slik ordning?
3. Opplever du at noen av disse ordningene kan være relevante for beboere i bofellesskap?

Samarbeid med andre instanser

1. Hvilke tanker har du om samarbeid med andre instanser (i forhold til arbeid)?
2. Deltar du i ansvarsgruppemøter med brukeren og andre instanser? Hvordan fungerer disse møtene?

Vedlegg 4: Intervjuguide

- Hender det at dere i disse ansvarsgruppemøtene diskuterer brukerens muligheter for arbeid?

Verktøy (IP)

1. Hva tenker du om verktøy som individuell plan?
2. Vil du si det er vanlig at brukernes arbeidsmuligheter og mål om arbeid nevnes i denne?

Meningsfull hverdag

1. Hva annet kan være viktig for at brukerne skal kunne oppleve en meningsfull hverdag?
2. Hvilke framtidsutsikter (i forhold til arbeid) har du på vegne av dine brukere?

Avslutning

- Avsluttende kommentarer, oppklaring av eventuelle uklarheter, gjennomgang av svar
- Se om informanten sitter igjen med noen spørsmål eller kommentarer
- Mulighet til å komme med innspill dersom informanten har noe på hjertet som ikke har kommet til uttrykk i løpet av intervjuet



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr: 985 321 884

Ellen Ramvi
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 19.11.2013

Vår ref: 36210 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36210</i>	<i>Ansatte i psykiatriske bofellesskap sine holdninger til beboernes arbeidsmuligheter</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Ramvi</i>
<i>Student</i>	<i>Maria Berg Gulbrandsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36210

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Ombudet forstår at det legges opp til at informantene ikke skal uttale seg om identifiserbare enkeltbeboere. Det anbefales at prosjektleder minner utvalget om dette, i forkant av hvert intervju.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 6: Utdrag fra analyseprosessen

Utdrag fra analyseprosessen

I dette vedlegget vil jeg beskrive og vise hvordan jeg har gått fram for å analysere de kvalitative intervjuene etter disse har blitt transkribert. En detaljert beskrivelse av analyseprosessen finnes også i oppgavens kapittel 7.1. Det er viktig å understreke at dette kun er korte utdrag fra de opprinnelige analysedokumentene.

TRINN 1

Etter intervjuene hver for seg hadde blitt transkribert ble disse lest gjennom for å danne et helhetlig bilde av det enkelte intervjuet, hvor jeg skrev stikkord underveis i gjennomgangen.

Gjennomgang av intervju

Transkribering	Aspekter	Koder
Intervjuer: hva tenker du er de største utfordringene med at brukere skal jobbe? Informant B: det er nok det at de (kremt) altså det er mange som har som kunne tenkt seg men de er redde for det der med eh at de ikke skal klare å stå opp det kan være en utfordring Intervjuer: mhm	Å stå opp	Utfordring
Informant B: at det er sånn ni til fire jobb ehm men og at de ser litt sånn kortsiktig på at de ser at de går ned i lønn eller at de får mindre trygd ehm i stedet for sånn arbeidsavklaringspenger og da at de får mindre i en periode ehm så at de ønsker ikke å ha mindre enn de allerede har, for de har lite ja i utgangspunktet også ja så sier de at det svarer seg liksom ikke økonomisk og så det men samtidig så det så får de erfaring så de må se på det som en eh kanskje en sånn arbeid for trygt eller, ja at trygden er lønn men de kan jo få det samme med å ikke gjøre noe (svak latter)	Økonomi	Utfordring
	Økonomi	Motivasjon

Vedlegg 6: Utdrag fra analyseprosessen

Jeg oppsummerte deretter disse inntrykkene i en tekst for meg selv, før jeg formet forslag til temaer og forsøkte å se disse i sammenheng med min problemstilling.

Analyse A

Kategori: Arbeid og aktiviteter

Subgrupper:

- Mangel på tilbud
- Behandling før jobb
- Initiativ: Bofellesskapet følger med på arbeid, hjelper til med praktiske ting
- Forsiktighet – justere forventinger til arbeidslivet
- Bruker med avslag på ordinære jobber

Kategori: utfordringer

Subgrupper:

- Rus
- Sykdom
- Økonomi Motivasjon
- Oppfølging på arbeidsplass er for dårlig
- Vanskelig å bli hørt utenfor bofellesskapet

Etter jeg hadde formulert temaer som vist ovenfor for hvert enkelt intervju, forsøkte jeg å se om flere av intervjuene hadde lignende temaer, og slo dermed temaene fra alle intervjuene sammen til seks foreløpige temaer med subgrupper.

Tema 5: utfordringer knyttet til helsepersonell og eget arbeidsmiljø

- Ønsker/behov
- Kunnskapsmangel
 - Lite kunnskap om ordninger/arbeidsrettede tiltak
 - Lite kunnskap om individuell plan (brukes lite)
- Slitsomt for ansatte, lite veiledning for ansatte
- Vanskelig å bli hørt utenfor bofellesskapet (tidligere erfaring)

Vedlegg 6: Utdrag fra analyseprosessen

TRINN 2

I trinn 2 ble relevant tekst skilt fra irrelevant, og meningsbærende enheter ble sortert ut. Her fikk de ulike informantene fargekoder for å skille mellom hvem som hadde sagt hva.

Foreløpig tema	Subgrupper	Meningsbærende enheter
5. utfordringer knyttet til arbeid – hindringer helsepersonell opplever	<ul style="list-style-type: none">- Brukerens helsetilstand- Økonomi- Motivasjon- Gjentatte skuffelser- utfordringer på utsiden- Bolig- Manglende stabilitet ved arbeidet- Informantens tanker om arbeidsmuligheter	<p>«dermed så startet på en måte opplegget med rus da som selvmedisinering (...)han var jo veldig syk og brukte hele hverdagen sin på rusatferd i form av å skaffe seg det han trengte (pause) og dette med jobb var egentlig ikke et tema i forhold til ham for han var for dårlig til det som var av tilbud og er av tilbud (...)han ville jo trolig trengt både behandling for sitt rusproblem behandling for sitt psyk eh psykiske-psykiske problemer som var så tunge at det ville nok tatt mange mange mange år før han kunne kommet ut i noe jobb»</p> <p>«altså det er mange som har som kunne tenkt seg men de er redde for det der med eh at de ikke skal klare å stå opp det kan være en utfordring, at det er sånn ni til fire jobb ehm men og at de ser litt sånn kortsiktig på at de ser at de går ned i lønn eller at de får mindre trygd ehm i stedet for sånn arbeidsavklaringspenger og da at de får mindre i en periode ehm så at de ønsker ikke å ha mindre enn de allerede har, for de har lite ja i utgangspunktet også ja så sier de at det svarer seg liksom ikke økonomisk og så det men samtidig så det så får de erfaring så de må se på det som en eh kanskje en sånn arbeid for trygt eller ja at trygden er lønn men de kan jo få det samme med å ikke gjøre noe»</p>

Vedlegg 6: Utdrag fra analyseprosessen

TRINN 3

Trinn 3 handler om kondensering. Her har jeg omskrevet de meningsbærende enhetene fra trinn 2 til kortere kunstige sitater som beskriver de meningsbærende enhetene fra hver subgruppe. Dette kondensatet ble videre benyttet som arbeidsnotat til trinn 4. I hvert av undertemaene ble det også trukket fram et ”gullsitat” som best mulig beskriver og oppsummerer innholdet i nettopp dette temaet.

Tema 5: utfordringer knyttet til arbeid – hindringer helsepersonell opplever

Subgruppe	Meningsbærende enheter	Kondensat og gullsitat
Utfordringer i forbindelse med brukerens helsetilstand	<p>«altså det første bofellesskapet jeg jobbet i, der inne hadde omtrent halvparten av brukerne iallfall en åtte- ni stykker der er det rus og psykiatri og der vil jeg si at når rusen er hovedingrediensen i en persons liv så stenger den arbeidslivet ute. Så før en sånn en person har mulighet til å komme ut i arbeidslivet så må han ville forandring og problemet til disse brukerne er jo ofte at de kommer fra et hjem der veldig mange av de jeg har vært borti kommer fra hjem som ikke har ytt den helsetjenesten til sine unger som de burde ha gjort og det betyr at de ikke vet hvordan de skal oppføre seg i et normalt samfunn og derfor så havner de i rusmiljøet»</p> <p>«jo lengre de er i innenfor liksom bofellesskapet så jo verre er det jo å gå utenfor også at å møte andre friske folk liksom»</p>	<p>Rus som selvmedisinering er vanlig kost i bofellesskap. I tillegg skaper psykiatriske diagnoser som schizofreni og personlighetsforstyrrelser utfordringer for brukerne i arbeidslivet. En annen utfordring det pekes på er dårlig selvtillit og liten grad av trygghet på arbeidsplassene.</p> <p>Gullsitat: «Når rusen er hovedingrediensen i en persons liv så stenger den arbeidslivet ute»</p>

Etter at de seks temaene hadde blitt belyst av meningsbærende enheter, ble disse diskutert med veileder. Her kom vi fram til at flere av temaene egentlig belyste en del av de samme poengene, og reduserte derfor fra seks til tre hovedtemaer. De tre temaene ble dermed:

1. Helsearbeiderens motiveringsarbeid, 2. Samarbeid med andre yrkesgrupper og arbeidsliv, og 3. Utfordringer knyttet til arbeid.

Vedlegg 6: Utdrag fra analyseprosessen

TRINN 4

I analysens fjerde trinn skriver Malterud (2011) at bitene skal settes sammen igjen. Ut fra kondensatene og gullsitatene ble det laget en analytisk tekst for hver kodegruppe. Dette ble gjort for å beskrive hva materialet forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling. Denne analytiske teksten representerer resultatene i forskningsprosjektet.

6.3.2 Brukerens helsetilstand

Utfordringer i forbindelse med brukerens helsetilstand handler om brukerens diagnoser, rusmisbruk og bruk av medikamenter. Rus som selvmedisinering er tilsynelatende vanlig kost i bofellesskap. I tillegg skaper diagnoser som schizofreni og personlighetsforstyrrelser utfordringer for brukerne i arbeidslivet.

«Altså det første bofellesskapet jeg jobbet i, der inne hadde omtrent halvparten av brukerne, iallfall en åtte-ni stykker der er det rus og psykiatri og der vil jeg si at når rusen er hovedingrediensen i en persons liv så stenger den arbeidslivet ute. Så før en sann en person har mulighet til å komme ut i arbeidslivet så må han ville forandring (...)»

«Det er litt vanskelig å komme ut i jobb når du tror at fjernkontrollen til fjernsynet kan styre bilen som står på gaten utenfor.»

Brukerne har ofte vansker for å stå i situasjoner som oppstår på grunn av disse utfordringene. En annen utfordring informantene pekte på er dårlig selvtillit, og liten grad av opplevd trygghet på arbeidsplassene.

«Dette med jobb var egentlig ikke et tema i forhold til ham, for han var for dårlig til det som var av tilbud og er av tilbud (...) han ville jo trolig trengt både behandling for sitt rusproblem behandling for [sine] psykiske problemer som var så tunge at det ville nok tatt mange mange mange år før han kunne kommet ut i noe jobb.»