

Et forfriskende arbeidsliv?

Helsetjenestens rolle og funksjon i inkludering av mennesker med psykiske helsevansker i ordinært arbeidsliv, sett fra et lederperspektiv

Lise Løvereide Stølås

Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser – NKB
lise.lovereide.stolas@sus.no

Ellen Ramvi

Universitetet i Stavanger
ellen.ramvi@uis.no

Lisebet Skeie Skarpaas

Høgskolen i Oslo og Akershus
lisebet.skeie.skarpaas@hioa.no

ARTIKKEL

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

I Norge har det vært økende vektlegging av arbeidsintegrerende tiltak for mennesker med psykiske helsevansker i ordinært arbeidsmarked. I denne artikkelen utforsket vi lederes erfaringer med helsetjenestens rolle i arbeidsinkluderingen. Det ble foretatt 15 semi-strukturerte intervju med ledere fra ulike deler av arbeidslivet. Analyse av materialet viste at lederne hadde liten erfaring med helsetjenesten, og hadde vanskelig for å se for seg helsetjenestens rolle i inkluderingsprosessen. Noen av lederne uttrykket likevel behov for økt kompetanse på psykiske helseplager. Lederne hadde negative forestillinger om helsetjenesten som kan utgjøre en barriere i samarbeidet.

Nøkkelord: arbeidsinkludering, psykiske helsevansker, Supported Employment

Summary

In Norway there has been an increasing focus on inclusion of people with mental health problems in ordinary work. In this article we explored leader's experiences of health service's role in job placement. Semi – structured interviews with fifteen leaders from different parts of ordinary working life was conducted. Analysis of the material revealed that supervisors lacked experience with health care services, and had difficulty seeing the health care services' role in the inclusion process. Some supervisors expressed a need for greater expertise in mental illness. The negative perceptions of health care services may constitute a barrier to cooperation.

Key words: labor inclusion, mental health problems, Supported Employment

Bakgrunn

Psykiske helseplager er en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge (Major, 2011), og utgjør cirka en tredel av alle uførepensjoner (Norvoll, 2011). Arbeid blir omtalt som en viktig faktor i tilfriskningsprosessen, men til tross for ønske om arbeid hos mange av de som har alvorlige psykiske helsevansker, er det mange som står utenfor arbeidslivet (Bull & Lystad, 2011). Arbeidsinkludering av mennesker med psykiske helseplager er et viktig satsningsområde i Norge, og interessen for arbeidsintegre- rende tiltak er økende. I Norge er det NAV (Ny arbeids- og velferdsforvaltning) som har hatt ansvar for arbeidsinkluderingen av mennesker med psykiske helsevansker. Arbeidspraksis i ordinær virksomhet er et tiltak fra NAV for de som har nedsatt arbeidsevne og trenger å prøve ut sine muligheter på arbeidsmarkedet, få arbeids- erfaring og dermed styrke muligheten til å komme i arbeid (Arbeidsdepartementet, 2008).

Innen arbeidsrehabilitering har det siden 1970-tallet foregått et paradigmeskifte fra det tidligere perspektivet «train and place», der deltakerne fikk arbeidstrening i skjermede bedrifter, til å gå direkte i ordinært arbeid med oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen kalt «place and train» (Rogan & Mank, 2011). Supported Employment-modeller (SE) baseres på at man ikke trenger å være frisk for å komme i arbeid, men at arbeid kan ha en tilfriskende effekt (Schafft, 2013). Arbeidstrening skjer så i ordinære bedrifter, så raskt som mulig, og med kontinuerlig, ubegrenset og kompetent oppfølging (Arbesman, 2011; Cook, Lehman, Drake, Fioritti, Knapp et al., 2005; Loyd & King, 2012;

Rinaldi, Perkins, Glynn, Montibeller, Cle- naghan & Rutherford, 2008). I Norge var det pilotprosjektet «Arbeid med bistand» som introduserte dette skillet ved å ta i bruk SE (Spjelkavik, 2012). De siste årene har det også vært mye oppmerksomhet rundt modeller for arbeidsinkludering der medi- sinsk og arbeidsrettet innsats kombineres (Berg, Eriksen, Klingenberg & Staalesen, 2013). Individual Placement and Support (IPS) er en SE-modell, der integrering av helsetjenesten er sentral (Burns, Catty, Bec- ker, Drake, Fioritti & Knapp, 2007; Schafft, 2013; Rinaldi et al., 2008). Dette er en godt beskrevet, evidensbasert metode som viser bedre resultater når det gjelder overgang til arbeid, enn andre arbeidsret- tede tiltak (Arbesman, 2011; Spjelkavik, 2012).

Selv om noen studier har undersøkt leder- nes rolle i inkluderingsprosessen (Rollins, Bond, Jones, Kukla & Collins, 2011; Holmgren & Ivanoff, 2007), er kunnskap fra ledernes perspektiv begrenset (Ramvi & Farstad, 2011; Rollins et al., 2011). Kunnskap om ledes erfaringer med å ha mennesker med psykiske helseplager i arbeidspraksis er et viktig grunnlag for målrettede og effektive tiltak. På bak- grunn av dette har vi gjort en studie (Ramvi, Skarpaas og Løvereide, 2013) der hensikten var å få innsikt i ledes erfa- ringsbaserte kunnskap med å ta imot men- nesker med psykiske helsevansker til arbeidspraksis. Denne studien ble finansi- ert av FARVE – forskningsmidler arbeid og velferd. I denne artikkelen vil vi rette søke- lyset mot den betydningen lederne tilleg- ger helsetjenesten i integreringen. Pro- blemstillingene som blir belyst i denne artikkelen, er følgende:

- I hvilken grad er helsetjenesten en del av lederens historier?
- Hva synes lederne er ønskelig når det gjelder oppfølging/samarbeid med helsetjenesten?

Metode

Da det finnes liten kunnskap om helsetjenestens rolle i arbeidsinkludering av mennesker med psykiske helseplager, valgte vi eksplorerende forskningsdesign med intervju med åpne spørsmål som metode.

Utvalg

Utvalget bestod av 15 ledere (11 menn og 4 kvinner) med ulik erfaring og bakgrunn. Informantene kom fra 15 ulike arbeidsplasser, både fra offentlig (n=5) og privat (n=10) sektor, der de hadde ulike lederposisjoner. De hadde i snitt ti års erfaring på arbeidsplassen (0,5–44 år), og hadde i gjennomsnitt hatt kontakt med sju deltakere (ikke alle disse deltakerne hadde nødvendigvis en psykisk helseplage) i arbeidspraksis.

Arbeidsplassene ble rekruttert gjennom NAVs fylkeskontor. Deretter kontaktet forskerne lederne på de aktuelle arbeidsplassene. Inklusjonskriteriet var ledere som hadde hatt direkte kontakt med både deltakere og NAV-kontoret under praksis. Arbeidsplassen måtte også ha hatt minst tre personer i arbeidspraksis. De aktuelle lederne ble kontaktet på e-post med et informasjonsbrev om prosjektet. Deretter ble de som sa seg interessert i å være med, kontaktet per telefon og forskerne fikk bekreftet at inklusjonskriteriene var møtt.

Datainnsamling

Intervjuene fant sted i et egnet rom på informantens arbeidssted og varte fra én til to

timer. Vi var tre forskere som gjennomførte intervjuene (henholdsvis 2, 5 og 8 intervju hver), som ble tatt opp på lydfil og senere transkribert. Vi hadde utviklet en semi-strukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Åpningsspørsmålet var:

Kan du fortelle meg hvordan du har erfart å ha mennesker med psykiske helseplager i arbeidspraksis? Fortell om alle de erfaringer og hendelser du mener har vært viktige i denne prosessen.

Hensikten var å få informantene til å reflektere så konkret og åpent som mulig om sine erfaringer, uten avbrytelse fra forskeren (Wengraff, 2001). Dersom informantene ikke spontant fortalte noe om erfaringer med helsetjenesten eller helsetjenestens rolle, ble dette stilt som et oppfølgings-spørsmål mot slutten av intervjuet. Vi sa:

Du har ikke nevnt helsetjenesten, vil du si noe om grunnen til dette?» og fulgte videre opp med spørsmål som: «Hvilken rolle har helsetjenesten hatt i forhold til prosessen med disse deltakerne? Hvilken rolle synes du helsetjenesten skal ha i en slik prosess? Hva skulle du ønske at de bidro med?»

Analyse

Vi benyttet tematisk analyse (Braun & Clarke, 2013) av intervjuene. Dette er en fleksibel, men likevel systematisk tilnærming for å identifisere og analysere mønstre og tema – på tvers i et datasett. Tematisk analyse er fleksibel i det den kan brukes til å analysere svært mange typer forskningsspørsmål, og den er ikke knyttet til noe bestemt teoretisk rammeverk, datainnsamlingsme-

tode eller utvalgsstørrelse (Braun & Clarke, 2013). Det er en datadrevet, «bottom-up» fremgangsmåte og egner seg derfor godt for vårt åpne og eksplorerende design.

Framgangsmåten kan beskrives gjennom seks trinn. Første trinn er transkribering av intervju. I andre trinn leste vi alle de transkriberte intervjuene for å få et helhetsinntrykk, og skrev så en kort oppsummering av hovedinntrykket fra hvert intervju. I tredje trinn kodet vi hele datasettet. Vi alternerte mellom at forskerne individuelt kodet intervjuene hver for seg, sammenliknet og diskuterte koder på tvers, endret koder og prøvde ut nye koder. Til slutt hadde vi et sett koder vi brukte på alle intervjuene ved hjelp av dataprogrammet NVivo. I fjerde trinn lette vi etter tema hver for oss, og i femte trinn vurderte vi sammen de temaene vi hadde kommet fram til. Vi vurderte hvilke tema som kunne plasseres som undertema, og hva som kunne være hovedtema. I sjette trinn definerte vi de endelige temaene, og de fikk sine endelige navn. Vi diskuterte disse endelige temaene for å sikre at vi har bevart både delene og helheten i materialet. I neste kapittel blir temaene presentert.

Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra samtlige informanter i forkant av intervjuet. Studien er godkjent av NSD (31829). Alle data ble anonymisert.

Funn

I denne artikkelen utforsker vi hvilken betydning ledere i arbeidslivet tillegger helsetjenestens rolle i arbeidsinkluderingen. Analysen av intervjumaterialet ga tre tema; 1) Lederne hadde forventninger og stilte krav; 2) Liten erfaring med helsetjenesten; og 3) Potensialet i et samarbeid med helse-

tjenesten. Hver informant representeres med et tall som settes i parentes etter sitat.

Lederne hadde forventninger og stilte krav

Lederne beskrev i hovedsak positive erfaringer med å ha deltakere med psykiske helsetilstander i arbeidspraksis. Personlig utvikling for lederen, positiv innvirkning på arbeidsmiljø, sosiale verdier og rekruttering av arbeidskraft ble beskrevet som motiverende faktorer. De mente også at den viktigste suksessfaktoren for at arbeidspraksisen skulle fungere, var at deltakeren var motivert og hadde engasjement for jobben; «De må ville selv» (5). Før lederne tok imot en deltaker til arbeidspraksis, vil de ha en samtale med deltakeren og saksbehandler fra NAV. I denne samtalen var lederne ute etter deltakernes funksjonsnivå, ikke diagnose. En leder sa det slik:

Det som er viktig er at vi vet hva som skal være målet med denne praksisplansen. Og at vi får mest mulig informasjon om hvilke forutsetninger de har før de kommer (10).

I tråd med at lederne i hovedsak vektla funksjonsnivå og ikke sykdom, ble også et annet mønster synlig i intervjumaterialet, nemlig ledernes ønske om å stille krav. En leder sa for eksempel:

Vi forteller veldig tydelig våre krav til dem, for jeg stiller en del krav for at de skal være med på dette (7).

En annen sa:

Hvis en ikke setter noen krav, at de bare kan flyte på en fjøl for å si det slik, så finner en heller ikke det som de har

mulighet til, for det er jo det en er på jakt etter (4).

Et annet mønster i materialet, og i tråd med å sette krav, var at lederne ønsket å behandle deltakerne likt med de fast ansatte, mest mulig normalt:

Det tas ikke så mye hensyn, det er positivt. Det blir forventet noe» (15). «Det er det jeg vil, at de skal komme inn i et system der de er som alle andre (7).

Liten erfaring med helsetjenesten

De fleste informantene så ikke behovet for et samarbeid med helsetjenesten, selv om de få informantene som hadde samarbeidet med helsetjenesten, var fornøyd (figur 2). En sa:

Jeg synes det har vært voldsomt greit (kontakt med helsetjenesten), og når det gjelder legene så har de brukbar kompetanse på dette. Så har vi DPS som vi har hatt kontakt med ved akutte problemstillinger (11).

En annen informant fortalte at han hadde opplevd at deltakerens fastlege var med for å støtte deltakeren på første møte, en annen fortalte at de hadde en deltaker fra et DPS, og at de i den forbindelse hadde telefonkontakt med senteret ca. annenhver uke:

Og hvis jeg sa at i dag var personen for sen på jobb, for eksempel, så sa de; 'Ja, men det er jo en del av det som han sliter med da', sant. Da får jeg jo vite det, på en måte, at det er en del av den greia (9).

De fleste lederne var imidlertid kritiske til helsetjenestens rolle i arbeidsinkluderingen. En sa det slik:

Jeg er mye mer kritisk til helsevesenet enn til NAV faktisk. Helsevesenet er elendige på å få folk tilbake i arbeid. Altså ved bare å snakke om det så kommer vi aldri videre (15).

En av lederne mente at manglende oppfølging var en av de største utfordringene: «Er det ingen til å ta de (deltakerne) opp når de har nedturer, så er det lett å miste de, de gir opp» (12). En annen informant ga også spark til helsetjenesten:

Helsetjenesten syr puter under armene på folk, om de har en diagnose da har de en knagg å henge de på, så de kan bare gi opp. Jeg tenker helt motsatt, de må bare jobbe hardere (...) det offentlige hjelpeapparatet pakker de inn i flere lag med bomull (14).

Flere brukte uttrykket om at helsetjenesten «sydde puter under armene» på deltakerne. En leder sa:

Dersom de skal delta i det ordinære arbeidsmarkedet, må de også ha en viss progresjon. Du kan ikke bære folk på hendene i veldig lang tid. Du kan ikke lime fast putene under armene på dem. Du kan gi de puter i en overgangsperiode, men om denne overgangsperioden strekker seg over et år eller to, så begynner det å bli et stort problem, for da blir det ikke en utplassert med et problem, men da blir det en tilrettelagt arbeidsplass (15).

Potensialet i et samarbeid med helsetjenesten

Datamaterialet viste delt syn på i hvilken grad lederne ønsket kontakt med helsetjenesten. Flere av lederne ønsket det i

utgangspunktet ikke, mens noen var usikre på om de ønsket samarbeid, og i så fall hva helsetjenestens rolle skulle vært. Da vi imidlertid begynte å spørre informantene om helsetjenesten, åpnet det opp for en viss entusiasme blant flere. Den samme informanten som først sa han ikke ønsket kontakt med andre enn NAV, fortsatte:

Det kunne kanskje hjulpet noe å være i kontakt med helsetjenesten, det vet jeg ikke, men det viktigste er vel kanskje at den som er ute i arbeidspraksis, har tett oppfølging av helse, hvis den trenger (3).

En annen var enda tydeligere på at det noen ganger kunne vært ønskelig at helsetjenesten hadde tettere oppfølging med deltakeren:

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

En annen leder hadde imidlertid tro på at et fruktbart samarbeid var mulig, og at helse-tjenesten burde «være aktivt med på laget» og ha en «åpen dør» for arbeidsgiverne. Han sa:

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

Det kom også fram at relasjonen mellom leder og deltaker kunne bli for tett, og en informant fortalte om utfordringen med å finne grensen for involvering som arbeidsleder:

Det er litt det å skille min jobb og en psykolog sin jobb. Det er det faktisk nyttig å være tydelig på, at enkelte ting skal ikke jeg vite, jeg skal ikke vite alt. For det er fort gjort at man går i den fella at man involverer seg for mye, og da er du ikke i stand til å ta vare på de på en skikkelig måte, tror jeg (4).

Lederne møtte deltakere med store utfordringer, og det kunne være vanskelig ikke å ta med arbeidet hjem. En leder fortalte:

Min arbeidstid den er fra kl. 06.00 til jeg legger meg. Vi har en person her som uttalte at hadde det ikke vært for meg, så hadde han ikke vært i live i dag. Det er tøffe ord. (...) Er det veldig alvorlig, så tar jeg det med meg hjem. Jeg klarer ikke legge fra meg han som sier at han ikke hadde vært i live om det ikke var for meg (13).

En annen leder fortalte også om en vanskelig episode med en deltaker som han hadde god kontakt med og hadde brukt mye tid på:

En fredag satt vi og snakket om hvordan vi skulle sørge for at han fikk fagbrev, og alt så vel bare bra ut når jeg gikk fra han. Så fikk jeg beskjed tidlig på lørdagsmorgen fra lensmannskontoret om at han hadde tatt livet av seg. Det var jo en voldsom smell. Du tenker hva har jeg gjort feil. Du vil alltid lure på – hva skulle du ha gjort? (11)

Det var interessant at lederne i utgangspunktet ikke selv ga uttrykk for å savne støtte. Men når vi spurte om muligheten de hadde for støtte, gjorde de seg tanker om at det kunne vært nyttig:

Du får jo innblikk i mange sine liv, og det kan jo være mange tøffe saker, hvem kan du bruke når du føler at det blir ... nei, jeg har ingen som jeg kan sparre med. Nei, kunne vært greit gjerne og hatt det av og til. Ja. Når du nevner det, så er det et savn gjerne av og til (...) En bekreftelse på at du gjør det riktig i hvert fall (6).

En annen leder sa han ikke hadde noen støtte underveis i prosessen med deltakeren:

Ikke gjennom bedriften, nei, der står jeg helt alene. Og det er klart, altså, en har jo saksbehandleren til den personen, men det er jo ikke den type, likevel så er det ikke den avlessingen som en kanskje kunne trengt. For i enkelte situasjoner så, så (...) jeg kan jo ikke gå hjem til kona og snakke om alt som har skjedd (4).

Han uttrykte på denne måten et udekket behov for å kunne snakke om opplevelser og vanskelige situasjoner som oppstår i forbindelse med arbeidspraksisen. Han synliggjorde også et behov for informasjon og kunnskap om psykiske helsevansker:

Alt er jo selvlært, det er jo ikke noe jeg har sittet og lest om, hvordan skal vi behandle den type folk, for å si det sånn. Det er jo bare egen erfaring, det er jo ikke noen slags form for opplæring på dette (4).

Drøfting

Vi ønsket i denne artikkelen å finne ut hvilken rolle lederne tilla helsetjenesten i inkluderingsprosessen, og hva de eventuelt mente helsetjenesten kunne bidra med. Det viste seg overraskende at helsetjenesten hadde liten eller ingen plass i lederne sine historier, og at de samtidig uttrykte negative holdninger til et samarbeid. Vi vil her sette søkelyset på hvordan forholdet mellom lederne krav og ønske om å behandle likt og deres opplevelse av helsetjenestens sykeliggjøring kan påvirke arbeidspraksis for deltakere med psykiske helsevansker.

Å stille krav eller sy puter under armene

Lederne er ikke opptatt av deltakerens diagnose, og de ønsker å behandle alle arbeidstakere så likt som mulig. De er tydelige på at de har forventninger til og stiller krav til deltakerne, og er på jakt etter deltakerens ressurser og muligheter. I forskning som tar utgangspunkt i deltakernes perspektiv, finner vi tilsvarende at mennesker med psykiske helseplager nettopp har dette behovet for å bli utfordret, utvikle nye ferdigheter og overvinne barrierer, men at det også må tas individuelle hensyn (Schafft, 2013). Lederne har en oppfatning av at helsetjenesten tar for mye hensyn og dermed bidrar til å passivere deltakerne. Dette kommer frem i beskrivelser om helsetjenesten som «syr puter under armene», «pakker inn i bomull» og «bærer deltakerne på hendene». Denne oppfattelsen av helsetjenesten beskrives også i en oversiktsstudie gjort av Bull og Lystad (2011), som viser til at psykisk helsearbeidere gjerne kan fraråde brukere fra å søke arbeid, med bakgrunn i antakelser om at arbeidet kan gi negative helsemessige konsekvenser for brukeren, på tross av at det finnes lite evidens for dette

(Bull & Lystad, 2011). Annen forskning på feltet viser også til at helsetjenesten kan være en mulig flaskehals i arbeidsinkluderingen (Cook et al., 2005; Rinaldi et al., 2008; Schafft & Grimsmo, 2012; Swanson, Burson, Harper, Johnson & Litvak, 2011). Rinaldi et al. (2008) viser for eksempel til at en sykdomsfokusert tilnærming fra helsepersonells side forekommer og kan skape motstand hos lederne. Lave forventninger og forsiktighet hos helsepersonell kan senke motivasjonen samt håp om endring og muligheter både hos deltakere og arbeidsgivere (Schafft, 2013).

Det er vanskelig å si om lederne i vår studie stiller for høye krav til deltakeren, eller om helsetjenesten har for lave forventninger til hva mennesker med psykiske helseplager kan klare. Vi er imidlertid her ved en kjerne i utfordringen med å integrere personer med psykiske helseplager i arbeidslivet, nemlig å finne den rette balansen (Kinn et al., 2014). Selv om lederne i vår studie påpeker nødvendigheten av omsorg og respekt, kunne det virke som om kravene og tanken om å finne deltakernes ressurser og behandle alle likt kunne gå på bekostning av hensynet til deltakernes psykiske helsevansker. Schafft (2007) går inn i problemstillingen ved å si ja takk, begge deler – det må tas hensyn til diagnosens begrensninger, men også de menneskelige ressursene. Kinn, Holgersen, Borg & Fjær (2011) hevder i tråd med dette at arbeidsinkluderende tiltak bør gi rom for den naturlige variasjonen mellom «syke og friske» dager og perioder. Sykdomsbilde, funksjonsnivå og omsorgsbehov endres i forløpet, og det er store individuelle variasjoner blant mennesker med samme diagnose når det gjelder funksjonsnivå og arbeidsevne (Schafft, 2013). Et

arbeidsliv som forholder seg til deltakeren som «frisk» og stiller for høye krav, eller en helsetjeneste som mener deltakeren er «syk» og ikke evner å se ressurser, tjener ingen. Utfordringen ligger dermed i hvordan en best skal kunne ivareta deltakerne, håndtere symptomer og et varierende sykdomsforløp i arbeidspraksis, og samtidig bevare deltakernes behov for utfordring og progresjon. Helsetjenestens kunnskap og kompetanse på psykiske helsevansker vil være sentralt i dette arbeidet. Ut fra vår undersøkelse kan det synes som at det er behov for at lederne i tillegg til å se deltakerens ressurser og muligheter også har forståelse for utfordringer knyttet til psykiske helsevansker. Da vil også samarbeidet med helsetjenesten kunne oppleves mer naturlig og nødvendig fra ledernes side.

Ledernes holdninger, en utfordring i samarbeidet

Forskning viser til større suksess med arbeidsintegreringen dersom det har vært tett samarbeid med personer med kompetanse på psykisk helse (Schneider et al., 2009), og taler for at helsetjenesten i større grad bør være involvert i arbeidsinkluderingen. Samarbeid mellom tjenestene er også et av hovedelementene i IPS-modellen, og kan tenkes å være en viktig faktor for denne modellens gode resultater (Rinaldi et al., 2008). Det er derfor nødvendig å ha kunnskap om hva som fremmer og hemmer dette samarbeidet. Som en av informantene i denne studien er inne på, er en åpen dialog viktig; «vi må kunne snakke sammen». Spjelkavik (2012) påpeker at felles forståelse og felles mål om ordinært arbeid også er nødvendige suksesskriterier. Også forskningsfeltet Disability Management viser til at tettere dialog er nødvendig mellom deltaker, arbeidsgiver, NAV og helsepersonell

(Pomaki, Franche, Murray, Khushrushahi & Lampinen, 2012; Martin, Nielsen, Petersen, Jakobsen & Rugulies, 2012). Ut fra vårt datamateriale ser ikke lederne behov for støtte ut til å være løftet tilstrekkelig fram, og det kan være et udekket behov hos lederne.

Ledernes holdninger til helsetjenesten og deres negative oppfatning av helsetjenestens rolle i inkluderingsprosessen synliggjør en utfordring i samarbeidet mellom instansene.

Slik det framkommer i datamaterialet bygger lederne det de gjør, stort sett på egne erfaringer. Å gi arbeidsgiverne mer kunnskap blir trukket fram som sentralt for at de skal gi flere med psykiske helsevansker mulighet for arbeid (Biggs et al., 2010) og for å endre lederes holdninger i en positiv retning (Schafft, Spjelkavik, Brøgger, & Grimsmo, 2012). Ifølge Falkum (2011) forutsetter en vellykket arbeidsrehabilitering både klinikerens kunnskap om symptomer og sårbarhet og attføringskonsulentens kunnskap om rammefaktorer, utfordringer og belastninger i bedriften.

Økt kunnskap og veiledning om psykiske helsevansker til lederne kan altså både være nødvendig for at lederne skal kunne tilby tilrettelagt arbeid, men kan også være nødvendig for lederne selv. Det kan synes som lederne har et behov for å få støtte og veiledning i hvordan de best skal møte mange av de personlige utfordringene deltakerne sliter med. Dette kan også bli leders egne problemer om de ikke får støtte og veiledning i arbeidet. Som det framgår av materialet vårt opplever lederne at de i for stor grad står alene med disse store oppgavene,

selv om de opplever et godt forhold til NAV, og vi kan spørre oss om NAV-koordinatorene alene har den kunnskapen som skal til for å gi lederne den støtten de trenger i sitt arbeid for å inkludere mennesker med psykiske helseplager i ordinært arbeid.

Konklusjon

Lederne i denne studien hadde lite erfaring med helsetjenesten, men hadde negative oppfatninger om helsetjenestens rolle i inkluderingsarbeidet. Særlig beskriver de et spenn mellom de kravene de stiller til deltakerne i arbeidslivet, og det de oppfatter som sykliggjøring og passivisering i helsetjenesten. Disse negative holdningene kan utgjøre en barriere i et nødvendig samarbeid mellom arbeidslivet og helsetjenesten for å få til god integrering av mennesker med psykiske helseplager i ordinært arbeid. Lederne var imidlertid åpne for et potensielt samarbeid, og det er vår tolkning at helsetjenesten må være mer tilgjengelig for arbeidsplassene og bidra med informasjon, oppfølging, veiledning og støtte til ledere og deltakere. Dette vil kunne heve kvaliteten på arbeidspraksis, motivere ledere til å åpne sin bedrift for deltakere og sikre at deltakerne får utfordringer i trygge omgivelser. Et resultat vi vil framheve fra denne studien er at lederne kan ha behov for støtte fra helsetjenesten for sin egen del i den utfordrende jobben de står i. Dette behovet ser ikke ut til å være dekket slik det er i dag.

Referanser

- Arbeidsdepartementet (2008). *Forskrift om arbeidsrettede tiltak mv.* Hentet fra <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20081211-1320.html>.
- Arbesman, M., & Logsdon, D.L. (2011). Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 238–246.

Lise Løvereide Stølås, Ellen Ramvi og Lisebet Skeie Skarpaas

- Berg, H., Eriksen, I.M., Klingenberg, S., & Staalesen, P.D. (2013). *Nye uførepensjonister. Erfaringer med NAV*. Oslo: Proba samfunnsanalyse.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research. A Practical Guide for Beginners*. London: SAGE Publications Ltd.
- Bull, H., & Lystad, J.U. (2011). Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 733–738.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., & Knapp, M. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370, 1146–1152.
- Cook, J.A., Lehman, A.F., Drake, R., McFarlane, W.R., Gold, P.B., & Leff, S.H. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1948–1956.
- Falkum, E., Hytten, K., & Olavesen, B. (2011). Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 1080–1085.
- Holmgren, K., & Ivanoff, S.D. (2007). Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 93–106.
- Kinn, L.G., Holgersen, H., Borg, M., & Fjær, S. (2011). Being candidates in a transitional vocational course: experiences of self, everyday life and work potentials. *Disability & Society*, 26(4), 433–448.
- Kinn, L.G., Holgersen, H., Aas, R.W., & Davidson, L. (2014). «Balancing on Skates on the Icy Surface of Work»: A Metasynthesis of Work Participation for Persons with Psychiatric Disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 125–138.
- Loyd, C., & King, R. (2012). Implementation of supported employment: What are the implications for clinical services? *Journal of Rehabilitation*, 78(1), 25–29.
- Major, E.F., Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var ... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Norvoll, R. (2011). *Jeg vil ikke stå utenfor. Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, nr. 10.
- Ramvi, E., & Farstad, L. (2011). *Arbeid og psykisk helse. En kvalitativ studie av ledes erfaringer med å ha unge voksne med psykisk lidelse i arbeidspraksis*. Stavanger: Universitetet i Stavanger, nr. 30.
- Ramvi, E., Skarpaas, L.S., & Løvereide, L. (2013). *Veien inn i arbeidslivet*. Stavanger: Universitet i Stavanger, nr. 40.
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1).
- Rogan, P., & Mank, D. (2011). Looking back, moving ahead: A commentary on supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 185–187.
- Rollins, A.L., Bond, G.R., Jones, A.M., Kukla, M., & Collins, L.A. (2011). Workplace social networks and their relationship with job outcomes and other employment characteristics for people with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 243–52.
- Schafft, A. (2007). Ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter – Vi må forstå arbeidsgjavernes grunner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(3), 254–261.
- Schafft, A., & Grimsmo, A. (2012). Gode intensjoner – holder det? En undersøkelse blant deltakere på gjestebud om arbeid og psykisk helse. *Arbeidsforskningsinstituttet* (AFI-rapport 9/2012).
- Schafft, A. (2013). Om å komme seg i arbeid. I R. Norvoll (red.). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (188–212). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spjellkavik, Ø. (2012). Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37, 163–172.
- Swanson, S., Burson, K., Harper, J., Johnson, B., & Litvak, J. (2011). Implementation Issues for IPS Supported Employment: Stakeholders Share Their Strategies. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14, 165–180.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interviewing*. London: Sage Publications.