

# Psykiske lidelser og arbeidsintegring i Skandinavia: En kunnskapsstatus

av  
Angelika Schafft

AFI-rapport 4/2008

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE  
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

© Arbeidsforskningsinstituttet 2009

© Work Research Institute

© Forfatter(e)/Author(s)

2. opplag, 2009

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-242-4

ISSN 0807-0865

Arbeidsforskningsinstituttet AS  
Pb. 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO

Work Research Institute  
P.O.Box 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO

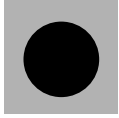
Telefon: +47 23 36 92 00

Telefax: +47 22 56 89 18

E-post: [afi@afi-wri.no](mailto:afi@afi-wri.no)

Webadresse: [www.afi.no](http://www.afi.no)

Publikasjonen kan lastes ned fra <http://www.afi.no>



*Temaområde*  
Medvirkning, inkludering, organisering

*Rapport nr.:*  
4/2008

*Tittel:*  
Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia  
En kunnskapsstatus

*Dato:*  
Desember  
2008

*Forfatter:*  
Angelika Schafft

*Antall sider:*  
118 sider  
Vedlegg: 2 sider

*Resymé:*

Den foreliggende rapporten er basert på en gjennomgang av nyere skandinavisk faglitteratur på området arbeidsintegrering og psykiske lidelser, samt innhenting av erfaringsbasert praktisk kunnskap hos utvalgte lokale aktører og prosjekter i to norske regioner. Det er et mål med denne kunnskapsstatusen å få fram gode eksempler for metoder og tiltak som bidrar til arbeidsrettet rehabilitering, og drøfte disse i lys av sentrale perspektiver og modeller.

*Emneord:*

arbeid, arbeidsintegrering, arbeidsliv arbeidsmarkedstiltak, attføring, brukermedvirkning, Danmark, empowerment, integrering, medvirkning, mental helse, NAV, Norge, oppfølging, opptrappingsplan, psykisk helse, psykiske lidelser, psykiatri, recovery, rehabilitering, supported employment, Sverige, tilfriskning, tilrettelegging, Vilje Viser Vei



## FORORD

De fleste mennesker opplever kontakt med psykisk sykdom – sin egen eller andres – i løpet av livet. Samtidig har vi et arbeidsliv som stadig fremstår som lukket for mennesker med psykiske lidelser og problemer.

Den foreliggende rapporten er laget på oppdrag av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse i NAV, Drift og utvikling. Denne planen er en videreføring og styrking av den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998 – 2008) herunder prosjektet ”Vilje Viser Vei – satsingen på arbeid og psykisk helse i NAV”. Planen understøtter også innsatsen for et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Ved en tidligere kartlegging av skandinavisk faglitteratur om arbeidsliv og psykisk helse fant vi at tiltak som skal bidra til at mennesker med psykiske lidelser kan delta i det ordinære arbeidslivet, var et emne som ga få referanser. Særlig påfallende var fraværet av rapportert og forskningsbasert kunnskap om tiltak og intervensjoner. I Norge har feltet arbeidsrettet integrering av personer med psykiske lidelser vært i rask utvikling i de senere årene, og mye har skjedd på dette området også i de andre skandinaviske land. Både offentlige og private aktører har etablert en rekke nye prosjekter og satsinger, og temaet har fått høy prioritet også hos frivillige organisasjoner. Oppdragsgiver ønsket derfor å få en oppdatert kunnskapsstatus som belyser temaet arbeidsrettet integrering av personer med psykiske lidelser med særlig vekt på kunnskap om nyere erfaringer med tiltak og intervensjoner.

Litteraturstudien ble påbegynt høsten 2007. Feltarbeidet ble gjennomført våren 2008. I denne sammenhengen vil jeg takke for det gode samarbeidet med fylkeskoordinatorene i Vilje Viser Vei, som har gitt nyttig informasjon og hjulpet til med å få kontakt med aktuelle tiltak og prosjekter. En stor takk også til alle som så velvillig har skaffet til veie informasjon og vært sjenerøse med tid til samtaler og intervjuer. Feltarbeidet ble gjennomført i samarbeid med kollega Øystein Spjelkavik, som også har gitt faglige innspill til tidligere utkast av rapporten. Jeg vil også takke Bjørg Aase Sørensen for nyttige kommentarer, Karen Leander for engelsk korrekturlesing og Olaug Hagen for å gjøre manuskriptet trykkferdig.

Oslo, desember 2008  
Angelika Schafft



## INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD  
SAMMENDRAG  
SUMMARY

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>BAKGRUNN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2</b>	<b>METODER</b> .....	<b>3</b>
LITTERATURSØK OG SYSTEMATISERING AV FAGLITTERATUR .....		3
INNHEMING AV ANVENDT KUNNSKAP I TO UTVALGTE REGIONER .....		3
<b>1.3</b>	<b>RAPPORTENS OPPBYGGING</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>ARBEID OG PSYKISK HELSE</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>KUNNSKAP OM BARRIERER MOT DELTAKELSE I   ARBEIDSLIVET</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2</b>	<b>KUNNSKAP OM ARBEIDETS BETYDNING FOR   PSYKISK HELSE</b> .....	<b>11</b>
<b>2.3</b>	<b>OPPSUMMERING</b> .....	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>BRUKERPERSPEKTIV - EMPOWERMENT</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>BRUKERMEDVIRKNING</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>BEDRINGSPROSESSER (RECOVERY)</b> .....	<b>20</b>
RECOVERYPERSPEKTIVET .....		20
HVORFOR VANLIG JOBB .....		23
<b>3.3</b>	<b>SOSIALE NETTVERK – LIKEMANNSARBEID</b> .....	<b>27</b>
SELVHJELPSGRUPPER .....		27
MEDARBEIDERE MED BRUKERERFARING .....		29
<b>3.4</b>	<b>OPPSUMMERING</b> .....	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>SAMARBEID OG KOORDINERING AV TJENESTER</b> .....	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>PROBLEM: ET OPPSPLITTET HJELPEAPPARAT</b> .....	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>STRATEGIER FOR Å BEDRE SAMARBEID OG   KOORDINERING</b> .....	<b>38</b>
INDIVIDUELL PLAN .....		41

KOORDINERING PÅ FYLKESNIVÅ I NAV .....	43
LOSER I NAV .....	45
MILTONPROSJEKT I SVERIGE .....	45
<b>4.3 OPPSUMMERING .....</b>	<b>47</b>
<b>5 TO HOVEDPERSPEKTIVER.....</b>	<b>49</b>
<b>5.1 SKJERMEDE TILBUD .....</b>	<b>50</b>
SOSIALE KOOPERATIVER OG KLUBBHUS.....	51
GRØNT ARBEID .....	53
<b>5.2 INTEGRERTE TILTAK .....</b>	<b>55</b>
TILTAK I SUPPORTED EMPLOYMENT - PERSPEKTIV .....	56
ARBEIDSGIVERRETTETE TILTAK .....	60
ØKONOMISKE KOMPENSASJONSORDNINGER .....	63
<b>5.3 OPPSUMMERING .....</b>	<b>66</b>
<b>6 KUNNSKAP I PRAKSIS: VARIANTER AV TILBUD I</b>	
<b>NORGE.....</b>	<b>69</b>
<b>6.1 SKJERMEDE TIDSUBESTEMTE TILBUD .....</b>	<b>71</b>
EKSEMPEL: VARIG TILRETTELAGT ARBEID .....	71
EKSEMPEL: ”INN PÅ TUNET” .....	72
EKSEMPEL: KAFÉ/KANTINE: .....	73
<b>6.2 SKJERMEDE TIDSBEGRENSETE TILBUD.....</b>	<b>73</b>
EKSEMPEL: MESTRINGSKURS .....	73
EKSEMPEL: MOTIVASJONSKURS .....	74
EKSEMPEL: KURS OG OPPLÆRINGSTILBUD:.....	75
EKSEMPEL: SKJERMET ARBEIDSTRENING PÅ GÅRD .....	75
<b>6.3 INTEGRERTE TIDSUBESTEMTE TILBUD .....</b>	<b>77</b>
EKSEMPEL: VAKTMESTERGRUPPEN .....	77
EKSEMPEL: DAGSVERK .....	78
EKSEMPEL: ORDINÆRT TILRETTELAGT ARBEID I	
OFFENTLIG SEKTOR:.....	81
<b>6.4 INTEGRERTE TIDSBEGRENSETE TILBUD .....</b>	<b>82</b>
EKSEMPEL: ARBEIDSPRAKSIS FOR PASIENTER .....	82
EKSEMPEL: HOSPITERING .....	86
EKSEMPEL: KOMMUNAL ARBEIDSSENTRAL .....	87
EKSEMPEL: INDIVIDUELL OPPFØLGING .....	89
EKSEMPEL: ARBEID MED BISTAND .....	93
<b>7 KONKLUSJONER.....</b>	<b>97</b>
<b>7.1 OVERGANGER.....</b>	<b>97</b>
<b>7.2 GRUPPEPRINSIPP .....</b>	<b>100</b>

<b>7.3 INTEGRERING – ORDINÆRT ARBEID .....</b>	<b>101</b>
<b>7.4 UTFORDRINGER .....</b>	<b>103</b>
TILBUD TIL PERSONER MED SÅKALTE ”LETTE LIDELSER” .....	103
TILBUD TIL PERSONER MED MINORITETSBAGGRUNN .....	104
METODISK SYSTEMATISK BRUK AV VIRKEMIDLER OG TILTAKSKJEDING .....	106
<b>REFERANSER .....</b>	<b>109</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>119</b>







## SAMMENDRAG

Den foreliggende rapporten er basert på en gjennomgang av nyere skandinavisk faglitteratur på området arbeidsintegrering og psykiske lidelser, samt innhenting av erfaringsbasert praktisk kunnskap hos utvalgte lokale aktører og prosjekter. Et viktig mål med denne kunnskapsstatusen har vært å få fram hva som kan gjøres for å styrke arbeidet med å hjelpe mennesker med psykiske lidelser til å kunne komme i jobb.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har lav yrkesdeltakelse, samtidig som mange av dem ønsker seg en jobb. Situasjonen er den samme i alle skandinaviske land. Arbeidsgiveres fordommer, usikkerhet og manglende kunnskap om psykiske lidelser kan fortone seg som en hindring for ansettelse, men en annen grunn for at så få mennesker med psykiske lidelser får jobb, kan være svakheter i støtteapparatet.

Erfaring og forskning synes å støtte godt opp under antakelsen om at arbeid i seg selv har en positiv effekt på helse og livskvalitet, og det å ikke ha en jobb eller annen meningsfull sysselsetting oppleves som negativt.

Rehabiliteringstiltak som fokuserer på å styrke individenes opplevelse av myndiggjøring og mobilisering av egne krefter, kan bidra til sosial integrasjon. I velferdspolitikken generelt og innen det psykiske helsefeltet spesielt er brukermedvirkning definert som et sentralt mål, men vilkår for reell medvirkning er ikke alltid til stede. Brukermedvirkning på individnivå bør sikres gjennom økt ”profesjonell lydhørhet”, det vil si åpenhet ovenfor brukerens innsikt i sin egen situasjon, og veiledning og støtte i situasjoner, hvor brukerne er maktesløse. Brukermedvirkning på et kollektivt nivå betyr at brukere i fellesskap bør sikres innflytelse på utformingen av tilbud og tiltak.

Brukermedvirkning er et vesentlig element innen recovery-perspektivet og likemannsarbeid. Recovery-perspektivet oppsto med erkjennelsen av at mange mennesker med en psykotisk lidelse, opplever bedring, mestring og tilfriskning, uavhengig av behandlingsmetoden. Det avgjørende er at den syke får innflytelse over egen rehabilitering og at han eller hun klarer å opprette personlige relasjoner med andre mennesker.

Hverdagslivets alminnelige møteplasser, steder der vanlig folk ferdes, bor og arbeider, er viktige arenaer i bedringsprosessen, i motsetning til kliniske eller terapeutiske omgivelser. Recovery er ikke et ledd i en "tiltakskjede", en "forberedelse" til arbeidslivet. Tvert om: deltakelse, sosial integrering, normalisering i det ordinære arbeidslivet er nettopp det som støtter opp under recovery-prosessen.

Kvaliteten på den enkeltes sosiale nettverk har betydning for psykisk helse. Likemannsarbeid og frivillige hjelpere har vist seg som vellykkede bedringsstrategier for mennesker i kriser. Gode sosiale nettverk gir støtte og opplevelse av tilhørighet og øker dermed mestring og selvtillit. Selv-hjelpsgrupper er en form for likemannsarbeid som innebærer at mennesker med erfaringskompetanse innenfor det samme problemområde møtes for å hjelpe hverandre. "Medarbeider med brukererfaring" er et annet eksempel på likemannsarbeid innen psykisk helse. Tidligere brukere i psykiatrien får en spesielt tilrettelagt utdanning som skal sette dem i stand til å få arbeid innen tjenesteapparatet for psykisk helse og benytte egne erfaringer til å hjelpe brukere av disse tjenestene. Erfaringene i både Danmark og Norge er positive, men det er viktig at utdanningen også fører til trygge og varige ansettelser.

Personer med psykiske lidelser har ofte sammensatte hjelpebehov og mottar velferdstjenester fra flere hold, og man har satt i verk tiltak og bestemmelser som skal bidra til samarbeid og koordinering av helse- og sosiale tjenester basert på brukernes behov. Likevel greier man ikke å få til tilstrekkelig parallellitet i prosesser og tiltak. Et av de norske tiltakene som skal forbedre samarbeid og samordning av helse- og velferdstjenester er Individuell plan, mens et annet er fylkesvis koordinering av tjenester gjennom Vilje Viser Vei. Individuell plan brukes imidlertid ikke i den utstrekningen man hadde ambisjoner om og ikke alltid på den måten det var tenkt. Fylkeskoordinatorene i Vilje Viser Vei har spilt en viktig rolle ved å initiere og organisere samarbeid og skape arenaer for erfaringsutveksling. Også i Sverige har man hatt nasjonale satsinger på arbeid og psykisk helse, som har bidratt til en større grad av strategisk helhetstenking når det gjelder grupper med sammensatte behov, men det påpekes at det er store forskjeller kommunene imellom når det gjelder innsatsnivå og tilbud for målgruppen.

Det finnes mange ulike tiltakstyper og metoder innen arbeidsrettet rehabilitering, men idealtypisk kan man skille mellom to hovedtilnærminger:

Den ene er den tradisjonelle tilnærmingen, hvor arbeidsforberedelse, trening og opplæring foregår på skjermede arenaer forut foren eventuell overgang til det ordinære arbeidslivet . Den andre er den integrerte tilnærmingen, som vektlegger den ordinære arbeidsplassen som hovedarena i yrkesrettet rehabilitering. Dette går ut på at man først skal finne en egnet arbeidsplass, og så skal trening og opplæring foregå her. Vitenskapelige studier har vist at tiltak som har en integrert tilnærming gir bedre resultater med tanke på å få jobb, enn skjermede tiltak. Det betyr ikke at skjermede tilbud ikke kan ha en viktig funksjon i arbeidsrettet rehabilitering.

Noen skjermede tilbud er tidsbegrenset, som arbeidstreningstiltak eller tiltak for å få avklart arbeidsevne, andre kan brukes på ubestemt tid. Skjermede tilbud oppfattes av brukerne som meningsfulle, men ikke nødvendigvis som tilbud som gir overgang til ordinært arbeid. Veiledning og oppfølging som gis brukerne på skjermede tilbud, kan spille en viktig rolle når det gjelder å komme videre i rehabiliteringsprosessen.

Integrerte tilbud har arbeidsplassen som hovedarena for yrkesrettet rehabilitering, noe som innebærer at rehabiliteringsprosessen understøttes av arbeidsgiverrettede tiltak. Vi vet lite om arbeidsgivernes perspektiv når det gjelder ansettelse av mennesker med psykiske lidelser, men dersom arbeidsgivernes redsel for å bli påført ekstra utgifter utgjør en barriere for inkludering, vil det være av stor betydning at arbeidsgiveren får kompensasjon for disse. Økonomiske kompensasjoner for arbeidsgivere kan bygge ned hindre, men oppfølgingen som gis arbeidsgiver i tillegg til økonomisk kompensasjon, er en særlig viktig forutsetning for bærekraftige ansettelser.

Med utgangspunkt i et utvalg praktiske – og til dels utradisjonelle – eksempler på arbeidsrettede tilbud, tiltakskombinasjoner og samarbeidsformer, diskuteres integreringspraksis i lys av den kunnskapen som er frambrakt i forskningen om recovery, brukervedvirkning og arbeidsrettet integrering.

Skjermede, tidsubestemte tilbud gir deltakerne mulighet til å slå seg til ro. Slike tilbud anses for å være egnet for mennesker som trenger tilpassing, tilrettelegging, romslighet og trygghet over tid. Men selv om også en viss gjennomstrømming er et uttalt mål, er det ikke nødvendigvis det som faktisk skjer. Overgangsmuligheter kan forbedres, for eksempel ved å

kombinere ulike tilbud og tiltak hos samme tiltaksarrangør eller ved at veiledere eller tilretteleggere ved integrerte tilbud oppsøker skjærmede arenaer og etablerer kontakt med potensielle brukere med tanke på overganger. Der hvor nærhet og samlokalisering ikke finnes, må brukeren bli informert om sine valgmuligheter gjennom samarbeid mellom aktører som forvalter ulike typer tilbud.

For mange gir det mening å ha en liten jobb på en vanlig arbeidsplass i et ordinært arbeidsliv, samtidig som de lever på trygd. Hva som er ”jobb” og hva som er ”liksomjobb” oppleves subjektivt forskjellig, og strengt tatt behøver ikke tjenesteapparatet benytte seg av andre definisjoner enn de brukerne selv benytter. I et brukerperspektiv bør den ”profesjonelle lydhørheten” også anvendes med tanke på hvilke begrep hjelperne skal operere med overfor sine brukere.

Samarbeid mellom så ulike aktører som behandlingsinstans, kommunal helsetjeneste, arrangører for statlige tiltak og NAV krever at aktørene definerer sine roller i forhold til hverandre, og at de spiller på lag med brukeren i sentrum. Dette forutsetter at man kjenner til hverandres oppgaver og krav i forhold til brukeren. Men NAV som organisasjon har et regelverk og en måte å styre tiltaksbruk på som ofte oppleves som et hinder for fleksible og helhetlige løsninger. Det å lempe på en del byråkratiske bestemmelser kan bidra til et samarbeid som er mer innrettet på brukernes behov enn på hjelpeapparatets premisser.

Det at pasienter ved en behandlingsinstans kan gå ut i arbeidspraksis i ordinære bedrifter mens de fremdeles er i behandling, er i tråd med funn fra forskningen om både recovery og supported employment. Det at denne type rehabiliteringsstrategi er mulig, er i seg selv en grunn til å sette spørsmålsteget ved påstanden om at arbeidsrettet rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser nødvendigvis må begynne på et ”lavt nivå” i skjærmede omgivelser. Kanskje kunne flere oppleve en raskere integrering i arbeidslivet, hvis også de tradisjonelt mer behandlings- og omsorgsrettede delene av hjelpeapparatet satset på å utvikle mer arbeidslivsorientert kompetanse og virkemidler, samt tettere samarbeid med andre velferdsaktører. På denne måten kan bistand fra ulike hold være tilgjengelig på det stadiet i rehabiliteringsprosessen som brukeren har behov for.



## SUMMARY

This report is based on a review of recent Scandinavian literature in the field of occupational integration of people with mental illness, as well as experience-based practical knowledge among selected local actors and projects. An important objective with this review has been to highlight what can be done to improve the work of helping people with mental illness to be able to work.

People with serious mental health problems are often unemployed, at the same time that many of them want a job. The situation is similar in all the Scandinavian countries. Employers' prejudices, insecurities, and lack of knowledge about mental health issues may function as barriers against employment. Another reason for the lack of job opportunities for people with mental health problems may be found among shortcomings of the welfare and health system. The importance of employment for mental and physical well-being is widely acknowledged, and this is true for people with mental health problems as well.

Experience and research seems to provide strong support for the notion that employment itself has a positive effect on health and quality of life.

Rehabilitation schemes that focus on strengthening the individuals' (experience of) empowerment and mobilisation of their own abilities, may contribute to social integration. With regard to welfare politics in general and the field of mental health in particular, user participation has been identified as a central objective, but the prerequisites for real user participation are not always present. Users' participation at the individual level should be provided through enhanced "professional attentiveness", which means acknowledging a service user's insight into her/his individual situation, and providing guidance and support in situations where the service user may be powerless. Users' participation at a collective level means that they should be able to exert influence on the design of services and schemes.

User participation is a central element within the recovery perspective and "likemanns-arbeid" (peer support). A recovery perspective emerged with the insight that many people who suffer from severe mental ill-

nesses, such as psychoses, actually recover from their illnesses/disabilities. Research based on everyday life experiences of these people has shown that participation in regular arenas for living, leisure and work has contributed more to their recovery than has being in clinical or therapeutic environments. What matters most is that the patient maintains influence over her/his rehabilitation and is able to establish personal relationships with other people. Recovery is not a “link in the chain of schemes”, a precondition for vocational rehabilitation and participation in working life. On the contrary. Seen from a recovery perspective, a real job can provide unique opportunities for learning to cope with symptoms, for gaining insight into one’s limitations and potentials, and for gaining confidence and satisfaction in everyday life.

Peer support and self-help groups, where people who have experienced similar problems support each other, have proven to be successful for people in crisis. Employing co-workers with user experience within mental health services (MB = Medarbejder med brukererfaring) is another method for mobilizing peer support. Service users who have managed to live with their mental health problems and who have themselves made use of mental health services, are offered a special course which qualifies them to be employed as MBs within the mental health services. Evaluations of pilot projects in both Denmark and Norway have reported positive experiences, but emphasis is placed on the importance of establishing safe and permanent job opportunities for MB-co-workers.

People with mental health illness and distress often have complex support needs and receive services from various/numerous agencies. Regulations have been enacted that shall improve the co-ordination and cooperation between social and health services. One of the Norwegian instruments aimed at improving the coordination of services in cases of recipients with complex needs is the latter’s right to an Individual Plan. Another is the appointment of co-ordinators for mental health services on a county level (fylkeskoordinatorer). While the Individual Plan is still not implemented to the desired extent, the county co-ordinators do seem to play an important role in initiating and organising co-operation and in developing arenas for the exchange of experience. In Sweden, national programs for employment and mental health have contributed to a greater degree of holistic strategic thinking.

There are many different types of vocational rehabilitation services used by people with mental health illness and distresses. To put it simply, one can distinguish between two main approaches: The traditional approach, where treatment and preparatory training takes place in a sheltered environment and before the client is deemed ready for a regular workplace, also called the “train-place” approach. The second is the integrated approach, where finding a suitable workplace comes first, and where the client then receives training and support at this workplace. This is called the “place-train” approach. International studies have shown that integrated schemes, often referred to as “Supported Employment” (SE) or Individual Placement and Support schemes (IPS), have better results in terms of clients obtaining ordinary employment than segregated schemes. Segregated schemes, however, may fill important functions within vocational rehabilitation.

Some sheltered schemes, such as training courses or schemes to test clients’ abilities and skills, are of limited duration. Others have no such limitation, and the clients may stay permanently. Sheltered workplaces can be experienced as meaningful, but not necessarily as a station on the way to regular employment. Guidance and consultancy given to clients at these sheltered places play an important role for the clients’ progression in the rehabilitation process.

Within integrated schemes, the workplace is the main arena for vocational rehabilitation. In addition to support in finding a suitable job, the essential tasks include adjustments made to the workplace, individual agreements with regard to working hours and duties, and on-the-job support directed at ways of dealing with the consequences of mental illness and/or medication, as well as support provided to employers. Little is known about employers’ perspective as concerns employing people with mental illness. As for their concerns about financial risks and expenses generated which may serve as an obstacle to employment, compensation for such expenses will be of importance. Such compensation may lower the threshold, but personal follow-up and support to the employer are important preconditions for sustainable employment.

Based on a selection of concrete – and to some extent non-traditional – examples of Norwegian vocational rehabilitation schemes, forms of cooperation and practical experiences are discussed from the perspectives of recovery, user participation, and vocational integration.

Sheltered, permanent schemes provide the employee with the opportunity to relax and acquire stability in life. Such schemes may be useful for people who need stimulation, stability and space, and “a safe place where they can stay for a while”. Despite the fact that a certain client-employee turnover is an explicit objective, this is not necessarily what happens in reality. Clients’ opportunities to move from one scheme to another can be facilitated by combining different types of schemes within the same service provider. Another method would be for job coaches from an integrated scheme to visit the sheltered activity centres and assist those clients who wish to move on to an integrated scheme or a work experience placement in regular work life.

For many clients it makes sense and is satisfying to have a small job at a regular workplace while living on disability pensions. Others call these kind of jobs “so-called jobs”. What is perceived as a “job” and what is a “so-called job” varies from employee to employee. It should not be necessary for those working in the welfare system to use different terms from their clients. In a participatory perspective, the “professional attentiveness” should be applied to language usage and terminology in the welfare system as well.

Co-operation between such different agencies as psychiatric health, community care, vocational rehabilitation schemes, and national employment services requires that these agencies define their roles in relation to each other, with the user perspective as point of reference. The agencies must be familiar with each others’ directives, routines, and regulations. The Norwegian Labour and Welfare Organisation (NAV) has enacted a set of rules and regulations which users have to follow in order to receive the correct benefits, pensions and placements. These rules and regulations are often perceived by both service users and other agencies as obstacles for flexible and holistic solutions. Easening some of the bureaucratic requirements could enhance inter-agency co-operation.

Being “cured” from mental illness is widely seen as a prerequisite to vocational rehabilitation and even more so to placements in regular working life. Nevertheless, we describe one Norwegian project where patients at a psychiatric out-patient clinic gain work experience while receiving therapy. This is an unusual approach, but it is in accordance to



findings from research on recovery and supported employment. This evidence calls into question the assumption that vocational rehabilitation of people with mental illness must necessarily begin at a “low level” within a sheltered environment. Perhaps more people could undergo a more rapid work-related rehabilitation, if those sectors within the health and welfare system which are traditionally more therapy and care orient would invest more effort into developing work-related skills, tools, and closer co-operation with other welfare actors and employers.



# 1

## Innledning

### 1.1 Bakgrunn

Ved en tidligere kartlegging av skandinavisk faglitteratur om arbeidsliv og psykisk helse fant vi at tiltak som skal bidra til at mennesker med psykiske lidelser kan delta i det ordinære arbeidslivet, var et emne som ga få referanser (Schafft 2005, jf. Flermoen 2006). Særlig påfallende var fraværet av rapportert og forskningsbasert kunnskap om tiltak og intervensjoner.

Den foreliggende rapporten er en oppdatert kunnskapsstatus som belyser temaet arbeidsrettet integrering av personer med psykiske lidelse med særlig vekt på kunnskap om tiltak og intervensjoner.

I Norge har feltet arbeidsrettet integrering av personer med psykiske lidelser vært i rask utvikling i de senere årene. Man har etablert en rekke nye prosjekter og satsinger i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse. Diagnosegruppen ”psykiske lidelser” har vært den sterkest økende diagnosegruppen ved yrkesrettet attføring. Mellom 1994 og 2005 er tallet på yrkeshemmede med en psykisk diagnose blitt tredoblet – fra omlag 7 000 til omlag 20 000.<sup>1</sup> I 2005 utgjorde denne diagnosegruppen 26 prosent av alle registrerte yrkeshemmede hos NAV. Man har gjort nye erfaringer og fått ny kunnskap og økt oppmerksomhet på dette området. Noe av denne kunnskapen er evaluert, vurdert og publisert i artikler og rapporter. Når et felt er under såpass rask utvikling, vil det også være mye kunnskap og erfaringer som ikke nedfeller seg i vitenskapelige publikasjoner.

Hummelvoll og Eriksson (2005) skiller mellom tre kunnskapskilder innen psykisk helsearbeid: Erfaringsbasert patient-/brukerkunnskap, erfaringsbasert profesjonell kunnskap (praksiskunnskap) og forskningsbasert teoretisk kunnskap. Den første formen er kunnskap om hvordan psykiske lidelser og problemer oppleves, hvordan behandlingen, bistand og tjenester erfares fra brukernes hold. Samarbeid med brukere og bru-

---

<sup>1</sup> Kilde: NAV <http://www.nav.no/1073745678.cms>

kerorganisasjonen i forskning og praksis skal bidra til at denne kunnskapen kan legges til grunn i utviklingen av behandlingsformer og hjelpetiltak. Den erfaringsbaserte profesjonelle kunnskapen utvikles hos individuelle yrkesutøvere, videreføres og befestes innen kollektivet. Den omfatter både praktisk kunnskap – å vite hvordan man gjør noe – og erfaringskunnskap som utvikles gjennom handling og samspill med andre. Den tredje kunnskapsformen er den som baseres på forskning og teoriutvikling. Denne kunnskapen beskriver blant annet årsakssammenhenger, sykdomskategorier og behandlingsformer, er basert på vitenskapelig evidens og oppfyller krav om generaliserbarhet.

I arbeidet med den foreliggende rapporten skulle kartleggingen av nyere kunnskap fra den skandinaviske faglitteraturen kombineres med innhenting av erfaringskunnskap hos utvalgte lokale aktører og prosjekter som – ifølge nøkkelinformanter innen feltet psykisk helse og arbeid – har vært nyskapende kreativ, og som indikerer suksess. Kunnskapen fra aktuell skandinavisk faglitteratur er til dels vitenskapelige arbeider, rapporter og artikler, og til dels evalueringer, årsrapporter og lignende som ikke fyller strengt vitenskapelige krav, men som viser hva man tenker og gjør på feltet. Vi har sett nærmere på et utvalg av norske, nordiske og internasjonale programmer, prosjekter og studier, først og fremst det som er kommet ut etter 2005. I tillegg presenteres det beskrivelser av et utvalg konkrete norske eksempler på tiltak og forsøk som skal bidra til arbeidsrettet integrering av mennesker med psykiske lidelser. Vi har benyttet oss av skriftlig informasjon om disse tiltak og forsøk i den grad det fantes noen, og vi har intervjuet aktører som er involvert i de lokale prosjektene, aktivitetene og forsøkene, og som sitter med erfaringsbasert praksiskunnskap som (ennå) ikke er blitt dokumentert skriftlig.

Et viktig mål med denne kunnskapsstatusen har vært å få fram gode eksempler for metoder og tiltak som bidrar til arbeidsrettet rehabilitering, og drøfte disse i lys av sentrale perspektiver og modeller.

## 1.2 Metoder

### Litteratursøk og systematisering av faglitteratur

Litteratursøket er begrenset til skandinaviske kilder. Likhetstrekkene mellom de skandinaviske land med tanke på kultur, verdier og velferds-system gjør at erfaringer lettere kan sammenlignes, og at man vil ha en bedre overføringsverdi. Dessuten ville det vært langt mer ressurskrevende å gjøre en like grundig og systematisk gjennomgang også av annen internasjonal faglitteratur. Hvilke databaser som er benyttet i litteratursøkene står i vedlegg til rapporten. Personer med psykiske lidelser og problemer er ingen homogen gruppe. Det finnes mange ulike diagnoser, og innenfor enkeltdiagnoser finner man store individuelle variasjoner. Tematisk har vi valgt bort den litteraturen som spesifikt omhandler rus/avhengighet. Dette området ville ha krevd en fordypning som ikke var mulig å få til innenfor rammen av det foreliggende prosjektet.

Når det gjelder bruken av begreper for ulike former for psykisk uhelse, har vi holdt oss til de begrepene som brukes av de ulike kildene, for eksempel hvis det nevnes spesifikke diagnoser. For øvrig bruker vi begrepene ”psykiske problemer”, ”psykiske lidelser” og ”psykiske vansker” synonymt, selv om man ellers gjerne skiller for eksempel mellom ”lidelser” og ”vansker”, ved at førstnevnte brukes for mer alvorlige sykdommer og diagnoser, mens sistnevnte heller betegner såkalte lettere stemningslidelser. Det er heller ingen entydig forståelse av hva ”alvorlige”, ”tunge” og ”lette” lidelser innebærer, fordi de individuelle forskjellene innenfor hver diagnosekategori er store.

### Innhenting av anvendt kunnskap i to utvalgte regioner

To regioner i Norge ble valgt i samråd med oppdragsgiver. Dette er regioner som ifølge folk med god kunnskap om det aktuelle feltet har hatt en klar positiv utvikling og gode resultater med prosjekter og tiltak. Begge de valgte regionene har vært med i Vilje Viser Vei, Storbysatsingen, en del av Aetat (nå NAV) sin innsats finansiert over Opptrapingsplanen for psykisk helse. Her oppsøkte vi et bredt spekter av tiltak, prosjekter og instanser involvert i arbeidsrettet rehabilitering for mennesker med psykiske lidelser. Vi fikk omvisninger, intervjuet nøkkelpersoner og samlet skriftlig dokumentasjon om tilbudet som fantes i regionen. Dette feltarbeidet fant sted våren 2008.

Våre informanter ble lovet anonymitet. Så langt det har vært mulig har vi anonymisert opplysningene, det vil si vi bruker ikke navn på tiltak og sted, men vi er klar over at en som kjenner til disse tiltak og til feltet, lett vil kunne identifisere hvilke steder, tiltak og tiltaksarrangører som blir omtalt. Av personvern hensyn refereres derfor ikke personlige vurderinger som kan tilbakeføres på enkeltpersoner, og vi formidler ikke informasjon som ikke kan regnes som offentlig.

### 1.3 Rapportens oppbygging

Kapittel 2 gir en oversikt over hva som betraktes som hindringer mot deltakelse i arbeidslivet og hvorfor arbeidslivet stadig fremstår som lukket for mennesker med psykiske lidelser og problemer, samt hva forskning har vist om sammenhenger mellom arbeid og psykisk helse.

Kapittel 3 tar opp ulike aspekter ved brukermedvirkning og empowerment, og setter disse i sammenheng med recovery-perspektivet og ulike eksempler for likemannsarbeid innen psykisk helse, som har betydning for arbeidsintegrering.

I kapittel 4 er tema samarbeid og koordinering av tjenester for psykisk syke, som skal sikre kontinuitet i rehabiliteringsprosessen og parallellitet i bistand. Konkrete eksempler for strategier og ordninger drøftes i lys av evalueringer omkring disse.

Kapittel 5 beskriver og eksemplifiserer de to hovedperspektiver innen arbeidsrettet rehabilitering. Den tradisjonelle tilnærmingen, hvor arbeidsforberedelse, trening og opplæring skal skje på skjermede arenaer først, før en eventuell overgang til det ordinære arbeidslivet ("train – place") og den integrerte tilnærmingen, som vektlegger den ordinære arbeidsplassen som hovedarena i yrkesrettet rehabilitering ("place – train").

Mens de foregående kapitlene hadde skandinavisk forskning og erfaringer som utgangspunkt, gir kapittel 6 eksempler på praktisk erfaringskunnskap fra tilbud og tiltak i Norge. Eksemplene er sortert etter dimensjonene skjermet - integrert og tidsbestemt -varig.

I det siste kapitlet, kapittel 7, diskuteres ulike aspekter ved praksiseksemplene i lys av forskning og teori som ble presentert tidligere i rapporten. Avslutningsvis skisseres det viktige utfordringer for både NAV og andre deler av tjenesteapparat og forvaltning, som – om ikke de er nye, i hvert fall er blitt aktualisert og bekreftet på bakgrunn av denne kunnskapsstatusen.





# 2

## Arbeid og psykisk helse

### 2.1 Kunnskap om barrierer mot deltakelse i arbeidslivet

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har lav yrkesdeltakelse. En registerdataundersøkelse blant personer som ble uførepensjonert i Norge i årene 1998-2001, og som da var under 35 år, viste at mer enn halvparten av dem hadde psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Blant dem som ble uførepensjonert før 25 års alder, hadde relativt sett enda flere psykiske lidelser (Blekesaune 2005).

Situasjonen er den samme i de andre skandinaviske land. Med 44 prosent er psykiske lidelser den hyppigst forekommende hoveddiagnose for nye "førtidspensionister" (uføretrygdete) i Danmark. Andelen søkere med psykiske lidelser var høyest hos de unge: 77 prosent av søkerne under 30 år hadde en psykisk lidelse som hoveddiagnose, mens dette kun var tilfellet for 18 prosent av søkerne over 60 år (Ankestyrelsen 2007). I en dansk undersøkelse om funksjonshemmedes muligheter for å delta på arbeidsmarkedet heter det: "Der er relativt stor forskjell på de fire handicapkategoriens tilknytning til arbeidsmarkedet. Personer, hvis væsentligste handicap er psykiske lidelser, er i langt mindre grad i beskæftigelse (41 pct.), har høyere ledighedsprocent (14 pct.) og er oftere uden for arbejdsstyrken (51 pct.) i forhold til de øvrige handicap kategorier" (Clausen, Pedersen et al. 2004 : 58). I Sverige utgjorde hoveddiagnosegruppen "Psykiska sjukdomar" totalt 40 prosent av alle nye "sjukersättning/aktivitetsersättning" (tidligere førtidspension)<sup>2</sup> i året 2006. Den største enkeltdiagnosen finnes i undergruppen "Stemningslidelser", og kalles for "Depressiv episod" (Försäkringskassan 2007).

En norsk studie som kartla den samfunnsmessige integreringen hos 74 pasienter med diagnosen schizofreni syv år etter at de hadde vært i

---

<sup>2</sup> Jf Försäkringskassan: Socialförsäkringsboken 2006: <http://www.fk.se/filer/publikationer/pdf/sfb06.pdf>

psykiatrisk behandling, viste at 94 prosent var arbeidsledig og 34 prosent hadde mistet sin jobb i løpet av perioden (Melle, Friis et al. 2000). En annen norsk undersøkelse om pasienter med schizofrene lidelser som hadde lønnet arbeid, trygd eller sosial stønad som hovedinntektskilde i 2000 og 2004, viste en signifikant nedgang i andelen av dem som hadde vanlig lønnet arbeid som hovedinntektskilde (fra 11 til 5 prosent) (Helle & Gråwe 2008). En nordisk studie fant at kun 12 prosent av pasientene i poliklinisk behandling hadde en vanlig jobb. Personer som kombinerte vanlig lønnet deltidsarbeid og trygd ble her imidlertid ikke regnet med i kategori ”vanlig jobb”, men i kategori ”trygdemottakere”. Blant dem med lønnet arbeid var det signifikant flere som hadde utdanning fra universitet, høyskole, videregående og yrkesrettet utdanning. På den annen side var det betydelig flere blant dem som levde på trygd, som kun hadde utdanning på grunnskolenivå (Middelboe, Mackeprang et al. ref. i Helle & Gråwe 2008). Undersøkelsen omfattet kun de som mottok poliklinisk behandling, det vil si en gruppe mennesker som sannsynligvis er sykere enn de med de samme diagnosene i befolkningen ellers som har avsluttet den polikliniske behandlingen. (ibid.).

Undersøkelser som Telemarksforskning har gjennomført, viser at sannsynligheten for å være i arbeid etter gjennomført attføring er lavere for mennesker med psykiske lidelser enn for mennesker med andre diagnoser, selv om mye av forskjellen ikke skyldes selve sykdommen, men bakgrunnskjenntegn som inntekt, antall år yrkesaktiv, utdanning, alder mv. og forhistorien, det vil si arbeidslivs- og trygdeforløp (Bergsgard & Løyland 2001; Møller 2005a; Møller 2005b). En forklaring på at det blant yrkeshemmede med psykiske lidelser er færre som kommer i jobb etter attføringstiltak, kan være at denne gruppen har en lengre trygdehistorie og derved kortere arbeidspraksis (Møller 2005a).

Møller peker også på at yrkeshemmede med psykiske lidelser utgjør en heterogen gruppe og konkluderer derfor med at det ikke nødvendigvis er mest hensiktsmessig å utforme egne tiltak rettet mot gruppen. I stedet bør man benytte hele tiltaksspekteret som Aetat har til disposisjon. Han legger imidlertid til at det kan se ut som om yrkeshemmede med psykiske lidelser har god effekt av tiltaket Arbeid med bistand, fordi tiltaket er individorientert, fleksibelt og rettet mot ordinært arbeid (Møller 2005b).

Gapet mellom dem som ønsker jobb og dem som har jobb, er stort: Helle & Gråwe (2007) viser til internasjonale undersøkelser som anslår at cirka

53 – 70 prosent av personer med schizofrenidiagnose ønsker seg ordinært arbeid. En norsk fokusgruppebasert undersøkelse hos 17 personer med psykiske lidelser bekrefter dette:

It was surprising that the individuals in this study placed such great importance on finding a job. A salary, companionship, fixed or regular routines for the day and week all underpinned this desire. The sense of security resulting from the feeling of being confirmed was also highlighted. Employment is an affirmation that one is an active member of society” (Granerud & Severinsson 2006).

Deltakerne i denne undersøkelsen uttrykte et sterkt ønske om å bli sosialt integrert, få tilhørighet i et fellesskap og kunne leve et liv uten skam og ensomhet. Av en nyere svensk doktoravhandling går det fram at daglig sysselsetting – selv når den er ulønnet – er av stor betydning for helse og velvære og demper den sosiale og eksistensielle ensomheten (Erdner 2006). Men slike ønsker er ofte overskygget av lav selvtillit, og tvil rundt hva man faktisk kan klare, samt frykt for helsemessige konsekvenser (Marwaha & Johnson 2005).

Noen forklarer det at personer med psykiske lidelser er dårligere stilt på arbeidsmarkedet med at de har relativt lavere utdanning, lavere sysselsettingsfrekvens og høyere ledighetsprosent sammenlignet med personer med andre funksjonshemninger” (Clausen, Pedersen et al. 2004).

Andre påpeker at lav yrkesdeltakelse blant personer med psykiske lidelser kan være begrunnet i at mange kvier seg for å søke jobb. Det kan være på grunn av frykt for diskriminering og stigmatisering i ansettelsesprosessen og i jobb, frykt for å bli syk, frykt knyttet til prestasjonskrav og frykt for å miste velferdsordninger/trygd (Ose, Jensberg et al. 2008). Brukere sier at de blir ”stemplet” i lokalmiljøet når det kommer fram at de har en psykisk lidelse, og at det gjør deres situasjon vanskelig (Flermoen 2006). Hos mennesker med psykiske lidelser kan stigma føre til at man unngår sosial kontakt, og det igjen kan forsterke opplevelsen av annerledeshet og stigmatisering. ”Opplevelsen av utenforskap har også sammenheng med få muligheter til daglig virksomhet, små økonomiske ressurser, og brutte kontakter med nettverket” (Granerud 2004 : 61). Slike erfaringer kan være med på å danne ”onde sirkler” ved at man overtar holdninger fra omgivelsen og gjør dem til sine egne (Dybvig, Johannesen et al. 2004). Barrierene kan altså bli større etter hvert som man opplever flere negative reaksjoner fra omgivelsen.

En dansk undersøkelse hvor forskerne har intervjuet 55 mennesker som selv har erfart alvorlige psykiske lidelser og deres pårørende, viser at mange frykter diskriminering, fordommer og stigmatisering i arbeidslivet, særlig når det dreier seg om yrker med høyere status og karrierepreg.

”Det er karakteristisk, at anonymiteten og det at skjule sine psykiatriske erfaringer især er viktig for dem, der forsøker at klare sig i konkurrence- og karrierepregede jobs, hvorimod personer, som har fået førtidspensjon, er mere villige til at stå åbent frem. Det siger måske noget om, at rummeligheden har forskellige grænser i samfundets forskellige lag” (Jensen 2006 : 185)

Negative reaksjoner fra omgivelsen på annerledeshet i kombinasjon med dårlig selvtillitt gjør at personer med psykiske lidelser trekker seg tilbake også fra vanlige sosiale aktiviteter. ”Både samfunnsmessige forhold og psykisk helsevern tilrettelegger for en kronifiseringsprosess hvor personene med psykiske lidelser knytter sin identitet til å være gal utenfor samfunnet, og hvor det 'å være gal' blir en heltidsbeskjeftigelse” (Norvoll 2004 [2002] : 118). Mange personer med psykiske lidelser har behov for psykiske helsetjenester over lang tid, og det er derfor viktig å ha et helsevesen som gir tilstrekkelig støtte, samtidig som sykerollen blir mindre dominerende i den enkeltes liv og personlighet (ibid.).

Flere internasjonale forskere har konstatert at arbeidsgivere utgjør en flaskehals for inkludering av personer med psykiske lidelser i arbeidslivet (Lissens & Audenhove 2000; Cimera 2002). Men det er lite forskningsbasert kunnskap om arbeidsgiveres perspektiv når det gjelder ansettelse av mennesker med psykiske lidelser. Vi vet ikke godt nok hva det er på arbeidsplassen som kan hindre eller fremme muligheten for å få jobb for arbeidssøkere med psykiske lidelser, til tross for at IA-avtalen har satt temaet på dagsordenen (Schafft 2007; Ose, Jensberg et al. 2008).

Arbeidsgiveres stereotype oppfatninger om psykiske lidelser og problemer, samt usikkerhet rundt hva diagnosen innebærer for arbeidsevne og oppfølgingsbehov, antas å spille en rolle (Ose, Jensberg et al. 2008). Det samme kan frykten for ekstra kostnader, produksjonstap og for å bli sittende med ansvaret (Peck & Kirkbride 2001). Antakelsen om at en person med psykisk lidelse kan bidra til et dårligere arbeidsmiljø, er en annen mulig grunn til ikke å ansette vedkommende. En dansk undersøkelse har vist at arbeidstakere heller vil jobbe sammen med en person med et fysisk handikap enn med en som har et psykisk handikap (Miiller

et al. 2006). En norsk undersøkelse av erfaringer med IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne har lignende resultater. Den viste at ”personer med psykiske lidelser er vanskelige å få plassert” og at medarbeidere med fysiske plager er ”lettere å takle både for arbeidsgiveren og for de andre ansatte enn medarbeidere med redusert funksjonsevne som følge av psykiske problemer” (Dale-Olsen et al., 2005: 98ff). Det som ser ut til å være av betydning, er at arbeidstakeren har vært ansatt i virksomheten fra før, samt informasjon og kunnskap om den arbeidssøkeren som eventuelt skal ansettes (Dale-Olsen, Hardoy et al. 2005; ECON 2005). Mye tyder på at kunnskap om, og erfaring med, ansatte som har funksjonshemninger, kan redusere negative holdninger eller opplevelsen av risiko (Schafft 2007).

Men selv om arbeidsgiveres fordommer, usikkerhet og manglende kunnskap om hva psykiske lidelser hos en ansatt innebærer – og ikke innebærer – kan fortone seg som en hindring for ansettelse, er det ikke dermed sagt at dette må være hovedårsaken for at så få mennesker med psykiske lidelser i dag får en jobb. Det kan like gjerne være svakheten i det støtteapparatet som skal hjelpe personer med psykiske lidelser til jobb og arbeidsfastholdelse. Vi har helse- og velferdssystemer i de skandinaviske land som rår over et stort spekter av tiltak og øremerkede ressurser for å bistå og støtte både arbeidsgivere og arbeidstakere i inkluderingsprosessen, og som burde være i stand til å forsere denne ”flaskehalsen”. Hvorfor får man det ikke til i den grad man ønsker seg? Hva er det som må til for å lykkes?

## 2.2 Kunnskap om arbeidets betydning for psykisk helse

Arbeid i seg selv har en positiv effekt på helse og livskvalitet (Dalgard 2006), i hvert fall så lenge man ikke er utsatt for mange negative arbeidsmiljømessige forhold. Det finnes ingen grunn til at det samme ikke skal gjelde for mennesker med psykiske lidelser.

Sammenhengen mellom arbeid og livskvalitet hos mennesker som har alvorlige psykiske lidelser er tema for en norsk hovedoppgave (Skjellvik 2002). Syv menn og to kvinner ble intervjuet. Generelt ga informantene uttrykk for at arbeidet bidro til en bedre struktur i tilværelsen, og at også

fritiden fikk en ny dimensjon og nytt innhold. Fellesskap og sosiale aktiviteter var viktige. Støttepersoner hadde en viktig rolle som tilrettelegger, bindeledd mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og problemløser. Hyppige utskiftninger og kortvarige forhold opplevde informantene som negativt. Det var viktig for informantene å få arbeidsoppgaver som de kunne klare, samtidig som de fikk oppgaver og utfordringer som de måtte strekke seg etter. Kravene måtte være godt individuelt tilpasset og ikke for store, men oppgaver som var mer rutinepreget, og som ga få utfordringer, kunne bli opplevd som negative.

”Det å ha følelsen av å være til nytte, få anerkjennelse for utført arbeid og ikke minst få lønn syntes å styrke selvfølelsen. Gjennom dette opplevdes gleden ved å bli verdsatt og anerkjent. Denne positive spiralen utviklet muligheten til enda større bruk av egne ressurser, hvilket også bidro til at egen evne til å håndtere angst og stress ble forbedret.” (Skjellvik 2002 : 137)

Arbeidet var med på å redusere angst hos informantene og forbedret deres evne til å håndtere stress. Stabilitet og varighet, det vil si det å få fortsette i jobben over tid var et forhold som informantene trakk fram og håpet var en viktig drivkraft for troen på en bedre framtid.

Det ikke å ha en jobb eller annen meningsfull sysselsetting oppleves som negativt. En norsk kvalitativ studie som undersøkte hvordan mennesker med psykiske problemer opplever sin evne til sosial integrasjon, konkluderte slik:

“The main findings were that the participants experienced a sense of shame and fear of exclusion, as well as loneliness and the feeling of leading their lives at a slow pace. They struggled for equality and had difficulty finding employment. Lack of equality and employment made them feel neglected. The majority expressed that they were alone for many hours every day. The findings showed that isolation led to loneliness, even when they had contact with family members and friends. Because their family and friends work and live their own lives, the amount of contact is limited” (Granerud & Severinsson 2006: 292)

Det å ha en jobb reduserer isolasjon, kan gi mestringsopplevelser og tilgang til sosial støtte, noe som igjen kan oppfattes både som helsefremmende og sykdomsforebyggende (Dalgard 2006). Men ifølge Dalgard er ”ikke alle psykiske lidelser (...) like påvirkelige av sosiale faktorer. Mest påvirkelige synes angst, depresjon og atferdsforstyrrelser å være, mens de alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni og bipolar affektiv lidelse, i større grad synes å være arvelig betinget” (ibid. : 5).

Forskere knyttet til Institutt for klinisk nevrovitenskap ved universitetet i Lund gjennomførte i de senere årene en rekke undersøkelser om sysselsetting, helse og livskvalitet blant personer med schizofreni og beslektede diagnoser. Forskningen deres viste en klar sammenheng mellom sosiale forhold/aktiviteter/jobb og helse/velvære også hos personer med alvorlige psykiske lidelser (Eklund 2004; Eklund, Hansson et al. 2004; Bejerholm & Eklund 2006; Eklund 2006; Eklund & Bäckström 2006; Bejerholm & Eklund 2007).

Med utgangspunkt i at jobb bare er én av mulige daglige sysler hos mennesker, og at også andre hverdagsaktiviteter, som husstell og fritidsysler, kan ha en positiv helseeffekt, undersøkte disse forskerne hvorvidt det å ha en vanlig jobb skiller seg fra annen meningsfull hverdagsaktivitet med tanke på helse og velvære. Undersøkelsen omfattet cirka 100 personer fordelt på tre grupper, som hadde til felles at de hadde en alvorlig psykisk lidelse: Én gruppe hadde ordinært arbeid eller utdanning på minst 25 prosent, én gruppe tilbrakte tilsvarende mye tid på aktivitetstilbud, dagsentre e.l. og én gruppe hadde mindre eller ingen jobb/aktivitetstilbud. Gruppene skilte seg ikke med tanke på selvrapportert helse og velvære, men de som hadde ordinært arbeid, var mer fornøyd med sine daglige aktiviteter og ble vurdert som bedre fungerende. Det som overrasket forskerne, var at de ikke fant noen forskjell med tanke på fungering og velvære mellom den gruppen som deltok i aktivitetstilbud, og dem som ikke hadde jobb eller aktivitetstilbud. Konklusjonen deres var at ordinært arbeid burde være et mål for arbeidsrettede atferingstiltak (Eklund, Hansson et al. 2004). Hva nøyaktig det kunne være ved ordinært arbeid som var utslagsgivende, kunne imidlertid ikke denne undersøkelsen gi svar på.

En annen undersøkelse blant 74 personer med schizofrenidiagnose, viste at personer med høyt nivå av hverdagsaktivitet hadde færre psykiatriske symptomer og skåret høyere på selvrapportert livskvalitet enn personer som hadde en mer passiv hverdag (Bejerholm & Eklund 2007). Undersøkelsen gir ikke noen svar på hva som er årsak, og hva som er virkning. De samme forfatterne undersøkte også nærmere blant ti menn og ti kvinner hvorfor noen av dem var mer aktive i sin hverdag enn andre, og konkluderte at det var vanskelig å vite i hvilken grad passivitet (disengagement) skyldtes mangel på relevante muligheter for aktivitet, eller individuelle sykdomsrelaterte faktorer og medisiner. Men med henvisning til andre undersøkelser som har vist at økt engasjement kan bidra

til å minske graden av psykopatologiske og negative symptomer, anbefaler forfatterne å la meningsfulle aktiviteter i passe utfordrende omgivelser inngå i schizofrenibehandlingen:

”Thus, using a balanced mix of meaningful occupations in appropriately challenging environments may be considered as an important adjunct to the use of antipsychotic medication in treatment aimed at modifying disengagement and negative symptoms in clients with schizophrenia” (Bejerholm & Eklund 2006 : 113).

Et forhold som mange påpeker spiller en rolle for individets velvære, er opplevelsen av kontroll og ”empowerment”, eller myndiggjøring og mobilisering av egne krefter, som begrepet gjerne oversettes med til norsk. Et aspekt ved kontroll er ”locus” eller lokalisering. Alt etter om man oppfatter hendelser i ens liv som resultat av egne handlinger, eller som en konsekvens av ytre omstendigheter, kan man snakke om intern eller ekstern locus av kontroll (Millet 2005). Et annet aspekt ved kontroll er mestring, det vil si i hvilken grad en person opplever selv å ha innflytelse på de krefter som påvirker ens liv. Med dette teoretiske utgangspunktet gjennomførte Eklund & Bäckström (2006) en undersøkelse om opplevd kontroll og mestring hos cirka 100 personer med alvorlige sinnslidelser. Det kom fram at de viktigste faktorene som påvirket individenes opplevelse av kontroll, var det å ha en venn og det å ha utdanning. Forskerne konkluderer derfor blant annet med at rehabiliteringstiltak som skal bidra til sosial integrasjon og læring, bør fokusere på å styrke individenes opplevelse av kontroll og empowerment. Resultatene fra denne undersøkelsen kan ifølge forskerne også kaste lys på et av deres tidligere forskningsfunn (Eklund, Hansson et al. 2004), nemlig det at personer med psykiske lidelser som deltok på aktivitetssentre, ikke skilte seg fra dem som var inaktive med tanke på fungering og velvære. Disse funn kan indikere at aktivitetene på dagsentre ikke var tilstrekkelig stimulerende i så måte (Eklund & Bäckström 2006).

Borg og Topor (2007) har observert tilfeller hvor jobberelaterte aktiviteter har dempet symptomer knyttet til psykotiske lidelser:

”Et illustrerende eksempel er at lidelser som schizofreni noen ganger medfører å høre plagsomme stemmer. Det er ikke uvanlig i klinikerens hverdag å forutsette at stemmer innebærer en psykose som vil gi nedsatt funksjon i mange daglige aktiviteter, som det å være i full jobb. Pasienterfaringer har imidlertid vist det motsatte: Det å ha en jobb og være i virksomhet er nettopp det som holder stemmene i sjakk og i bakgrunnen” (Borg & Topor 2007 : 112).



Forfatterne problematiserer dermed også bruken av begrep som ”funksjonshemmet”. Funksjonsevne er ingen konstant størrelse, og den er forskjellig i forhold til ulike krav, ulike situasjoner og ulike arbeidsoppgaver. En som fungerer dårlig i en passiviserende og lite stimulerende hverdag, behøver ikke å fungere like dårlig i en jobbsituasjon (jf. Spjelkavik 2008a). Annen forskning indikerer at pasienter som får intensiv yrkesrettet rehabilitering samtidig som de er i stasjonær behandling, har bedre sjanser til å komme tilbake i jobb enn de som ikke får denne rehabiliteringen parallelt til behandling (Beutel, Zwerenz et al. 2005).

### 2.3 Oppsummering

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har lav yrkesdeltakelse, samtidig som mange av dem ønsker seg en jobb. Situasjonen er den samme i alle skandinaviske land. Grunnen til at personer med psykiske lidelser har dårlig tilknytning til arbeidsmarkedet kan være lav utdanning, men også frykt for diskriminering og stigmatisering i ansettelsesprosessen og i jobb, frykt for å bli syk, frykt knyttet til prestasjonskrav og frykt for å miste velferdsordninger/trygd. Stigma kan føre til at man unngår sosial kontakt, og det igjen kan forsterke opplevelsen av annerledeshet. Det er lite forskningsbasert kunnskap om arbeidsgiveres perspektiv når det gjelder ansettelse av mennesker med psykiske lidelser. Men selv om arbeidsgiveres fordommer, usikkerhet og manglende kunnskap om hva psykiske lidelser hos en ansatt innebærer – og ikke innebærer – kan fortone seg som en hindring for ansettelse, er det ikke dermed sagt at dette må være hovedårsaken for at så få mennesker med psykiske lidelser i dag får en jobb. Det kan like gjerne være svakheten i det støtteapparatet som skal hjelpe personer med psykiske lidelser til jobb og arbeidsfastholdelse.

Arbeid i seg selv har en positiv effekt på helse og livskvalitet. Det å ikke ha en jobb eller annen meningsfull sysselsetting oppleves som negativt. Undersøkelser om sysselsetting, helse og livskvalitet blant personer med schizofreni og beslektede diagnoser viste en klar sammenheng mellom sosiale forhold/aktiviteter/jobb og helse/velvære. De som hadde ordinært arbeid, var mer fornøyd med sine daglige aktiviteter og ble vurdert som bedre fungerende enn både de som tilbrakte tilsvarende mye tid på aktivitetstilbud, og de som hadde mindre eller ingen jobb/aktivitetstilbud.

Et forhold som flere påpeker spiller en rolle for individets velvære, er opplevelsen av kontroll og ”empowerment”, eller myndiggjøring og mobilisering av egne krefter, noe som blant annet tilsier at rehabiliteringstiltak som skal bidra til sosial integrasjon og læring, bør fokusere på å styrke individenes opplevelse av kontroll og empowerment.

# 3

## Brukerperspektiv - empowerment

### 3.1 Brukermedvirkning

I velferdspolitikken generelt og innen det psykiske helsefeltet spesielt er brukermedvirkning definert som et sentralt mål i seg selv og en forutsetning for å nå målene. Brukermedvirkning skal bidra til å øke tjenestenes kvalitet. Brukernes behov og erfaringer skal legges til grunn i utforming av tjenester og regelverk. Brukermedvirkning betyr at de som bruker tjenester eller berøres av en beslutning, gis innflytelse på de beslutninger og tjenester som angår dem selv (Andreassen 2004). Det er vanlig å definere medvirkning på tre nivåer (Volden 2004):

1. Individuelt nivå – som handler om brukerens innflytelse over mengde og kvalitet/innhold i tjenesten
2. Gruppenivå – det vil si brukerinnflytelse på utforming av sentre, boliger, tilbud, tiltak osv.
3. Systemnivå – det vil si innflytelse over politiske beslutningsprosesser gjennom brukerrepresentanter.

Brukermedvirkning er blitt et selvfølgelig begrep i byråkrati og forvaltning, men begrepsbruken har etter hvert også kommet i et mer kritisk søkelys: Brukermedvirkning er altså blitt et honnørord, noe alle kan slutte seg til, men ikke alltid er vilkår for reell medvirkning tilstede. Volden hevder at brukermedvirkning ofte rokker lite på det som byråkrati og profesjoner har skapt (Volden 2004; Hummelvoll & Eriksson 2005). For at medvirkningen skal være reell, må maktforholdet mellom brukere og tjenesteutøverne endres slik at brukerne får reell innflytelse.

”Klientens makt är generellt sett låg i relation till övriga aktörer (inklusive 'Svensson'). Han saknar bland annat en väg till makt, som många andra har tillgång till, nämligen identitet ur grupptillhörighet. Identitet som 'brukare' är inte tillnärmelsevis så maktskapande som identitet som 'psykiater'” (Åberg & Källtorp 2001).

Ifølge Hansen (2007) betyr ”brukerperspektiv” at tjenesteyteren definerer tjenestemottakerens behov og hvordan disse skal ivaretas best mulig – noe som gir lite rom til brukermedvirkning. ”Hvilke tiltak som skal

iverksettes styres av tre forhold: Tidligere erfaringer, diagnoser og institusjonelle normer” (ibid. 147). ”Brukerperspektiv” kan også defineres som et overordnet begrep som handler om å skape en mer likeverdig samhandling mellom brukere og tjenesteutøvere gjennom medvirkning og deltakelse. Psykiske problemer kan imidlertid gjøre det vanskelig å medvirke (Ørstavik 2002), samtidig som ekspertene innen psykiatrien har kontroll og definisjonsmakt:

”Avvikande beteende tolkas som sjukdomsprocesser oavsett livssituation. Diagnosen kommer före personen och patienten blir i en mening sjukdomen – och behandlas därefter. Därför mister diagnosticerade personer kontroll över sitt eget öde. När patienten väl har blivit diagnosticerad, förefaller det som om diagnosen hänger kvar vid personen och lever sitt eget liv, eftersom den sällan revideras. På många sätt blir diagnosen en spådom, eller en självuppfyllande profetia. Patienten som person reduceras inom denna modell, han/hon fräntas sitt inflytande medan de som diagnosticeras blir de mäktiga.

För att motverka den psykiatriska modellens negativa verkningar är det nödvändigt att psykiska hälsoarbetare inte ser symtom som indikatorer på sjukdom, utan snarare som problemlösningstrategier, med en speciell mening och avsikt för personen ifråga” (Hummelvoll & Eriksson 2005 : 22f).

Det er ikke bare diagnosen som gis mennesker som er sårbare og avhengige, som kan virke begrensende. Også omsorg kan ha en negativ funksjon:

”For stor vekt på omsorg og dermed trygghet kan virke sementerende, oppleves som kvelende og føre til passivitet. Tanken på å skulle bli avhengig av pleie og omsorg kan oppleves som truende for selvaktelsen. Det man trenger er ikke overflattisk støtte, men en innlevende forståelse for hvem brukeren er slik at han/hun får hjelp og støtte til å se sin egen vei videre”(Hummelvoll 2005 : 42).

En norsk studie som ble gjennomført i tidsrommet 1999 – 2005 hadde som formål å undersøke hvordan idealer om brukerorientert utvikling av tjenester i lokalpsykiatrien implementeres i noen Vest-Agderkommuner (Madsen 2006). Undersøkelsen viste at krav om medvirkning hos den som ikke har krefter til det, riktignok kan fortone seg som en ny form for overgrep, men at brukermedvirkning som prosess er viktig både for brukere og pårørende. Selv om deltakelse i planprosesser ikke har så stor effekt når det gjelder resultater, gir deltakelsen mulighet for utvikling av selvtillit og opplevelse av å gjøre en meningsfull innsats. Tjenesteutøvernes direkte møte med de menneskene som psykiatireformen handler

om, så ut til å bidra mer til holdningsendringer enn saksbehandling og dokumenter.

Et norsk prosjekt som undersøkte brukernes og pårørendes erfaringer med medvirkning og samordning i psykiatrien, viser at praksisen i dag er langt fra idealer om brukermedvirkning, (Sverdrup, Kristofersen et al. 2007). For å kunne studere endringer over tid ble det gjennom to intervjuer. Generelt ønsker brukerne og pårørende som deltok i undersøkelsen å ha større innflytelse på behandling og at behandlingsapparatet tar større ansvar for oppfølgingen av tjenester. Oppmerksomheten rundt Individuelle planer<sup>3</sup> har vært økende, men er fremdeles liten. Det etterlyses også mer informasjon og involvering av pårørende (ibid.).

Brukermedvirkning på individnivå bør sikres gjennom ”profesjonell lydhørhet”, det vil si åpenhet ovenfor brukerens innsikt i sin egen situasjon, og veiledning og støtte i situasjoner, hvor brukerne er maktesløse. Det gjelder for eksempel valg mellom aktiviteter og behandlingstilbud. Brukermedvirkning på et kollektivt nivå betyr at brukere i fellesskap bør sikres innflytelse på utformingen av tilbud og tiltak (Brandt, Ebsen et al. 2003).

Parallellitet og koordinering av forskjellige typer tilbud er gjerne mer i tråd med den enkelte brukerens behov, enn at tilbudet følger trappe-trinnsmodeller hvor det ene tiltaket settes inn etter at et annet er avsluttet. Ikke bare oppleves parallelle tilbud mer tilfredsstillende, de er også mer suksessrike. Forskere ved det svenske Arbeidslivsinstitutet foretok en studie blant 23 langtidssykmeldte, hvorav halvparten fikk arbeidstrening under sykmeldingen og den andre halvparten ikke (Bjerle-Frisk 2006). I gruppa som fikk arbeidstrening var det flere som kom tilbake i jobb enn i den andre gruppa. Forskerne slår fast at det som har vært utslagsgivende for suksessen hos dem som fikk arbeidstrening, er saksbehandlerens (handläggarens) rolle. Hos dem som fikk arbeidstrening opplevdes saksbehandlere som profesjonelle, omtenksomme og kontinuerlig støttende, mens de som ikke fikk arbeidstrening opplevde sine saksbehandlere som usynlige og lite forståelsesfulle. Videre viste denne studien at kun de som fikk arbeidstrening følte seg delaktig i sin rehabilitering. De sykmeldte la også vekt på ”avstämningmöter” (kartleggingsmøter hvor

---

<sup>3</sup> Når ”Individuell plan” skrives med stor forbokstav, viser dette til den lovfestede ordningen som beskrives nærmere i kapittel 4.2. Det brukes også forkortelsen IP.

den sykmeldte, leger, arbeidsgivere og trygdekontor deltar) og samtalerapi (Bjerle-Frisk 2006).

## 3.2 Bedringsprosesser (recovery)

### Recoveryperspektivet

Recovery-perspektivet oppsto med erkjennelsen av at mange mennesker som lider av en psykotisk lidelse som schizofreni, opplever bedring, mestring og tilfriskning, og dette uavhengig av behandlingsmetoden. Derimot spiller den enkeltes egen innsats en vesentlig rolle. For cirka 30 år siden tok William Anthony, direktør ved Center for Psychiatric Rehabilitation ved Boston University i USA, i bruk begrepet "recovery" i rehabiliteringssammenheng. Siden 1970-tallet ble så dette begrepet knyttet til "empowerment", "civil rights movement" og senere til antidiskrimineringslovgivningen "Americans with Disabilities Act" i USA og "Disability Discrimination Act" i Storbritannia (Jensen 2002).<sup>4</sup> I de senere årene har recovery perspektivet fått økt oppmerksomhet, også i de skandinaviske land.

### Sentralt for definisjonen av recovery er ifølge Jensen

"udgangspunktet i det enkelte menneske og håbet om, at det kan lade sig gøre at komme sig. Et andet væsentligt element er, at det ikke alene handler om sygdom eller handicap, men også om at overvinde de følger, sygdommen eller handicapet har haft i ens liv, f. eks. i form av tab, udstødelse, fattigdom og diskrimination. Et tredje afgørende element er ønsket om at leve et liv, hvor man også bidrager til samfundet, dvs. et liv, hvor en persons rolle ikke alene bestemmes af vedkommendes vanskeligheder, men hvor også personens ressourcer får mulighed for at komme til udfoldelse og blive anerkendt. Afgørende i et recovery-perspektiv er ikke symptomer eller funktionsnedsættelser i sig selv, men den rolle de spiller i personens liv: Man kan godt være kommet sig, selv om man fortsat har visse symptomer eller andre vanskeligheter, hvis disse ikke

---

<sup>4</sup> Dette er en rapport fra forprosjektet til det danske Prosjektet Recovery-orientering. Her gir Jensen også en oversikt over aktuell litteratur. Elektronisk (pdf): <http://www.socialpsykiatri.dk/multimedia/Rapport - endelig udgave.pdf>

længere forhindrer én i at leve et liv, som man selv anser for at være tilfredsstillende” (Jensen 2006 : 25).

Begrepet tar ikke utgangspunkt i en bestemt modell. Det er verken et psykiatrisk eller et antipsykiatrisk begrep, understreker Jensen (2006 : 45). At recovery-begrepet har fått så stor tilslutning akkurat nå, begrunner hun med at det ideologisk passer inn i den økte vektleggingen av individets selvbestemmelse og ansvarliggjørelse, samt dets rett og plikt til å utvikle seg og delta aktivt i samfunnslivet. Dessuten oppfattes mennesker med funksjonshemninger, kynisk betraktet, som en arbeidskraftreserve som det kan lønne seg å få integrert på arbeidsmarkedet i tider hvor behovet for arbeidskraft er økende (ibid.).

Siden 1996 har en svensk-norsk forskergruppe (Nordic Recovery Research Group), bestående av blant annet den svenske psykologen og nestor innen den skandinaviske recovery forskningen, Alain Topor, samt Marit Borg og Johan Svensson, undersøkt bedring og bedringsprosesser hos mennesker som er blitt friske etter langvarige, alvorlige psykiske lidelser (Topor, Svensson et al. 2002 [1999]; Topor 2006). I sin doktoravhandling tok Topor utgangspunkt i internasjonal forskning om tilfriskning etter alvorlig psykisk sykdom, som viser at mer enn halvparten av alle mennesker som har fått diagnosen schizofreni, blir friske og kan leve et vanlig liv (Topor 2001). Topor intervjuet 16 personer som tidligere har hatt diagnosen schizofreni eller alvorlige personlighetsforstyrrelser. To faktorer er ifølge Topor avgjørende for at mennesker med slike diagnoser opplever bedring og tilfriskning: Den ene er at den syke får innflytelse over og får delta i sin rehabilitering. Den andre er at han eller hun klarer å bryte ut av sin isolasjon og opprette personlige relasjoner med andre mennesker. Ifølge Topor er ikke behandlingsmetoden det avgjørende for at disse mennesker blir friske, selv om behandlere spiller en viktig rolle i denne prosessen – i hvert fall når de viser seg som medmennesker og om nødvendig bryter profesjonsreglene om avstand og nøytralitet. Viktig er også at materielle forhold i livet er på plass: Det å ha en bolig, et hjem og det å ha egne penger (Topor 2001).

I en senere artikkel beskriver Topor to faser av recovery-forskningen: Den første fasen strakte seg fram til 1980. Her dreide forskningen seg om å dokumentere hvordan brukere hadde opplevd bedring og mestring etter en alvorlig og langvarig psykisk lidelse. I den andre fasen som startet i 1990, fokuserer forskningen mer på hvilke mekanismer og faktorer som fremmer ”recovery” (tilfriskning) (Topor 2004). I forord til sluttrapport-

ten fra et dansk prosjekt med navnet ”Recovery-orientering”, sier Topor: ”I lang tid var recovery først og fremmest en praksis og en erfaring hos dem der kommer sig” (Jensen 2006 : 9). Etter hvert som man så at forskjellige former for behandling kan bidra til denne bedringsprosessen, vokste det fram en aksept av begrepet recovery.

Sammen med Marit Borg har Alain Topor gjennomført kvalitative intervjuer med 15 mennesker som beskriver hvordan de etter lange perioder med en alvorlig psykisk lidelse har opplevd bedring og mestring i hverdagen, og hva det var som har hjulpet dem. Informantene legger mer vekt på hjelpernes medmenneskelighet enn på deres profesjonalitet og faglige virkemidler. De trekker fram betydningen av situasjoner hvor hjelperne har gjort noe utenom ”det vanlige” hvor ”personkjemi” var det vesentlige, og de legger vekt på muligheten til selv å velge hjelper (Borg & Topor 2007). Både i USA og Danmark utdannes nå egne ”recovery-veiledere”, mennesker som selv har opplevd psykisk lidelse, og som veileder andre i hva de selv kan gjøre for å bli bedre (jf. kap. 3.3).

I sin doktoravhandling,<sup>5</sup> bestående av fem artikler fra tre studier basert på intervjuer med 35 personer, fokuserer Borg (2007) på betydningen av hverdagsliv og kunnskap om prosessene rundt bedring fra alvorlige psykiske lidelser i et recovery-perspektiv. En av disse studiene innledes med følgende presisering:

”Recovery means ‘taking back control and getting on with one’s life’, and managing most things most of the time, albeit in one’s own ways or at one’s own pace. Recovery is not about cure nor necessarily about symptom eradication, but rather about learning to live with and gaining more control over what is distressful. Recovery is a process, not an outcome, and this process shows great variation from individual to individual (Borg & Kristiansen 2007 : 5).

Informantene til Borg legger vekt på at ordinære omgivelser har vært viktige arenaer i bedringsprosessen, i motsetning til kliniske eller terapeutiske omgivelser. Det å bli sett og møtt som medmenneske og det å ha tilgang til nødvendige materielle ressursene er helt sentrale forutsetninger for å kunne få oppfylt et ønske om et alminnelig hverdagsliv.

Det som må til fra hjelpeapparatets side for å støtte opp under recovery, er ifølge Borg (2007: kap. 5.4) følgende:

---

<sup>5</sup> jf <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=27212>



- Profesjonelle hjelpere må ha et åpent sinn med tanke på hva som faktisk hjelper. Det kan være små dagligdagse aktiviteter, som å luften hunden eller stelle hagen.
- Profesjonelle hjelpere må ikke ensidig være opptatt av diagnoser, symptomer og funksjonshemninger, men se sine brukere i ulike roller og livssituasjoner med styrker og svakheter, og ta hensyn til deres preferanser og rettigheter.
- Profesjonelle hjelpere og deres ledere må akseptere at hverdagslivets hendelser kan være uforutsigbare, og at recovery er vanskelig, om ikke umulig, å planlegge.
- Et vesentlig aspekt er at hjelpeapparatet forstår recovery som integrert del av folks hverdagsliv, og ikke et tema løsrevet fra sosiale og kulturelle kontekster. Terapeutiske intervensjoner og praksis må i større grad bestå av sosial støtte og evt. tiltak i den enkeltes hverdagsliv.
- Profesjonelle hjelpere må i større grad gi bistand på hverdagslivets arenaer, herunder arbeidsliv, fritid og hjem, hvor ”vanlige mennesker” kan være rollemodeller bare i kraft at de finnes der. Psykisk helsetjeneste har i så måte mye å lære fra kunnskap som stammer fra forskningen om funksjonshemmede med tanke på tilgjengelighet og deltakelse i det sivile samfunnet.

Et dilemma for profesjoner og praktikere som vil arbeide i et recovery-perspektiv, er ifølge Borg (2007) at det i hjelpeapparat og forvaltning legges stadig større vekt på kvalitetssikring og standardiserte retningslinjer som i hovedsak er basert på evidensbasert medisin (EBM), i tråd med trenden om effektivisering i offentlig forvaltning (New public management). Recovery må ikke oppfattes som en metode, noe som det kan lages manualer og bruksanvisninger for. Men når EBM anses å ligge på toppen av det vitenskapelige kunnskapshierarkiet, kan det være vanskelig å skape tilstrekkelig rom for de former for kunnskap og erfaring som ikke forholder seg til målbare fenomener, men som er nødvendige for å forstå recovery.

### Hvorfor vanlig jobb

Hverdagslivets alminnelige arenaer, steder der vanlig folk ferdes, bor og arbeider, er som nevnt viktige arenaer i et recovery perspektiv. Dette tilsier at også arbeidsrettet rehabilitering fortrinnsvis bør foregå på

ordinære arbeidsplasser. Borg & Kristiansen (2007) gjennomførte dybdeintervjuer med 13 personer (seks menn og syv kvinner) som befant seg i en tilfriskningsprosess. Ti av dem hadde diagnosen schizofreni, tre en annen alvorlig lidelse. De fleste jobbet deltid og mottok lønn og supplerende sosialhjelp. To hadde en ordinær fulltidsjobb med vanlig lønn, tre var arbeidsledige, men hadde høy utdanning og langvarig yrkesaktivitet bak seg, og noen hadde etablert sin egen virksomhet. Samtlige ga uttrykk for at det å ha en jobb spilte en stor rolle i deres bedringsprosess. En ordinær jobb, hvor man befant seg i en alminnelig sosial setting, bidro til å føle seg ”normal”. En av informantene beskriver dette slik:

I really believe in being with healthy people... They have expectations about me.... don't bother listening to all my miseries and the negative...In fact they tell me off when they are fed up with my talking about problems...My attention is turned away from me, and then I get interested in what others are concerned with,...feel a part of life instead of being someone ill (Borg & Kristiansen 2007 : 13)

Arbeidssituasjonen ble opplevd som verdifull og meningsfull. Etter mange år med sosial isolering, medisiner og en identitet som ”psykiatrisk pasient”, ga arbeidssituasjonen dem en mulighet til å bevege seg ut av en problemfylt livsverden og inn i en verden hvor de fikk en annen status, selvtillit og følelsen av å bli verdsatt og delaktig i et fellesskap. Det var viktig for dem å forholde seg til ting som ikke hadde noe med deres problemer å gjøre. Det var ikke nødvendigvis betalingen som var det viktigste, men at de utførte oppgaver som var nyttige på en eller annen måte, for eksempel arbeid hos frivillige organisasjoner.

Informantene foretrakk å jobbe på en ordinær arbeidsplass framfor i skjermede omgivelser, selv når dette av og til var stressende eller krevende, fordi de følte at en slik jobb ga utfordringer og muligheter for å lære å takle vanskeligheter. Flere ga uttrykk for at det å være inaktiv, kjede seg eller være sosialt isolert var minst like helseskadelig som det å være for mye opptatt og aktiv. Det var derfor viktig å finne den rette balansen mellom ”ikke for mye og ikke for lite”, og ofte handlet det om å prøve ut hvor mange timer en kunne klare å jobbe hver uke. De fleste jobbet noen få timer hver dag eller annenhver dag. Noen fortalte at selv om jobben bare varte noen få timer, så brukte de flere timer før og etter jobben til å gruble over arbeidsrelaterte forhold og til å koble av etterpå (Borg & Kristiansen 2007 : 14). Mange uttrykte også behov for å bli utfordret, prøve seg og utvikle ferdigheter, overvinne barrierer og møte nye ting.

“Discovering and learning about one’s own limits as well as potentials was important for personal development and gaining control, in other words not going ‘over the edge’. Being together with ordinary, ‘normal’ people in ordinary settings helped many realize that a life with ups and downs is not unusual or pathological” (ibid. : 18).

Hvordan informantene fant sin jobb, hva de likte med jobben og hvordan de forholdt seg i problematiske situasjoner lignet på det hvem som helst ville gjort:

”In the informants’ detailed stories of how they went about finding and maintaining work, enjoyed pleasure at work and dealt with difficult situations, they used strategies much the same as we would all apply in similar circumstances, which they often referred to as ‘normal’. Work provides an arena for trying out new things, a social place to spend time and enjoy the company of others, and for having disagreements as well as collaborating with other people. A real job provides opportunities to be given and also take on responsibility, to be useful, and to do something worthwhile” (Borg & Kristiansen 2007).

Grunnleggende viktig var, ifølge Borg og Kristiansen, å bli møtt med en forståelse i arbeidssituasjonen om at man kunne være både bra og syk samtidig. Recovery er altså ikke et ledd i en ”tiltakskjede”, en “forberedelse” til arbeidslivet. Tvert om: deltakelse, sosial integrering, normalisering i det ordinære arbeidslivet er det som kan støtte opp under recovery-prosessen:

Here is an obvious contradiction to beliefs underlying rehabilitation efforts which are designed for step-wise improvement, typically organised as a gradual progression along a continuum of settings. This is also supported by the claim of the ‘father of supported employment’ Marc Gold that train-and-then-place models should be replaced by on-the-job training, an approach which subsequently has been substantiated by research (Borg & Kristiansen 2007 : 17)

Det danske prosjektet ”Recovery-orientering” var et treårig forskningsprosjekt (2003 til 2006). Dette var den første danske undersøkelse av hva mennesker som selv har erfart alvorlige psykiske lidelser og deres pårørende opplever som fremmede og hemmende i forbindelse med tilfriskningsprosessen.<sup>6</sup> Av de i alt 55 respondenter som ble intervjuet, deltok halvparten som pårørende og halvparten på bakgrunn av egne erfaringer med å komme seg fra alvorlige psykiske lidelser (Jensen 2006).<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Jensen oversetter ”recovery” med ”at komme sig” på dansk.

<sup>7</sup> I boka henvises det til tidligere delrapporter og prosjektets hjemmeside [www.recovery-orientering.dk](http://www.recovery-orientering.dk).

”Mens mange betoner recovery som en personlig proces, hvor det afgørende er at opleve, at man kommer sig, er andre præget af mere udefrakommende vurderinger: at det at komme sig eksempelvis hænger sammen med at have en job på det almindelige arbejdsmarked og klare sig selv” (Jensen 2006 : 18).

Men:

”For mange af de interviewede ses jobbet både som en del af problemet og en del af løsningen. Et for stressende og krævende job kan være med til at skubbe én ud over kanten, men på samme måde kan fællesskabet på en god arbejdsplads være et vigtigt element i at komme sig (...) At blive udelukket fra arbejdslivet føles af mange som at blive kasseret, at blive anset for verdiløs” (Jensen 2006 : 165).

Viktig for flere av respondentene er den sosiale anerkjennelse som arbeid kan gi. Men flere uttrykker også frustrasjon over at deres frivillige innsats ikke verdsettes i kroner og øre, eller at de ikke kan få ”en kontant påskjønnelse” hvis de gjør en innsats (Jensen 2006 : 169). Men ikke bare ”verdsetting”, også økonomisk trygghet spiller en viktig rolle for den enkeltes helbredelse. Det økonomiske aspektet ved arbeid kan ikke overvurderes, mener Jensen. Materiell utrygghet og økonomiske vanskeligheter kan være vesentlig hemmende faktorer i tilfriskningsprosessen (ibid. : 184).

Arbeid handler om mange forskjellige ting for de forskjellige respondentene, konkluderer Jensen, men spiller en stor rolle for alle, uansett om man har en jobb eller ikke (Jensen 2006 : 179).

Interessant og tankevækkende er det, at der ikke lader til at være nogen enkel sammenheng mellom alvorren af sygdom eller diagnose og tilknytningen til arbejdsmarkedet. Der er atskillige eksempler på respondenter, som har fastholdt tilknytning til studier og arbejdspladser på trods af meget alvorlige problemer, og tilsvarende har flere mistet tilknytningen på grundlag af tilsyneladende lettere og mere kortvarige problemer. Atter andre har aldrig opnået en arbejdspladstilknytning, og her ser både tilfældigheder og personlige valg ud til at spille ind (Jensen 2006 : 179).

Selv om arbeid har stor betydning for respondentene, ser det ut til at arbeidsfastholdelse og muligheten for en gradvis tilbakekomst til arbeidet er forsømte områder, konstaterer Jensen. Det er kun svært få eksempler i undersøkelsen hvor dette bevisst er blitt forsøkt. Muligheten for å komme tilbake til utdanning ser ut til å være et enda mer forsømt område (Jensen 2006 : 184).

### 3.3 Sosiale nettverk – likemannsarbeid

Familie, slektninger, venner, kollegaer, naboer og mennesker man omgås med i forbindelse med fritidsaktiviteter og organisasjonsarbeid utgjør ens sosiale nettverk. Kvaliteten av disse nettverk har betydning for psykisk helse. Gode sosiale nettverk gir støtte og opplevelse av tilhørighet og øker dermed mestring og selvtillit.

Personer med dårlig sosial støtte har større forekomster av psykiske helseproblemer. En forklaring er at sosiale støttenettverk fungerer som buffer mot negative virkningene av ulike typer stress og påkjenninger (bufferteori). En annen at sosial støtte og positivt sosialt fellesskap har en direkte positiv helseeffekt. Sosialmedisinske studier har vist at sosial integrasjon, nærhet og harmoniske sosiale relasjoner har en direkte innvirkning på immunsystem og mental helse (Fyrand 2005; Servan-Schreiber 2005). Psykisk sykdom kan både være et resultat av dårlig fungerende nettverk, og det kan ha en dårlig innvirkning på nettverket. ”Det er en positiv sammenheng mellom alvorlighetsgraden av psykiske lidelser og kvaliteten på pasientens sosiale nettverk. Alvorlige og langvarige psykiske problemer vil over tid redusere nettverkets størrelse og kvalitet, noe som over tid kan ha en sykdomsskapende og sykdomsvedlikeholdende innvirkning på pasientens helse” (Fyrand 2005 : 89).

Likemannsarbeid og frivillige hjelpere har vist seg som vellykket strategi for mennesker i kriser. Kobling til mennesker som har erfart samme problemer og kommet seg bra igjennom dem, har ofte vist seg som mer vellykket enn at profesjonelle går inn som hjelpere (Fyrand 2005 : 249). Fyrand (2005) understreker at dersom man velger å koble personer som har vært i lignende situasjoner, er det viktig at hjelperen har kommet lenger i en vellykket tilpasningsprosess eller reetablering. Uformelle hjelpere kan fungere som brobyggere til nye kontakter og kontaktarenaer.

#### Selvhjelpsgrupper

Selvhjelpsgrupper er en form for likemannsarbeid som innebærer at mennesker med erfaringskompetanse innenfor det samme problemområde møtes i en gruppe for å hjelpe hverandre. Profesjonelle hjelpere kan bli ensidig sykdomsfikserte og dominerende. Selvhjelpsstrategien bygger ifølge Fyrand på helt andre prinsipper: ”Å mestre sitt liv som syk gir erfaringer gjennom prøving og feiling, kunnskaper om både proble-

met/lidelsen, dens opprinnelse og dens utvikling. Alt dette rommes i begrepet *erfaringskompetanse*. Derved blir disse personenes egen kunnskap og erfaring satt i fokus, i motsetning til at det fokuseres ensidig på profesjonelles kompetanse” (Fyrand 2005 : 269).

Prinsipper som legges til grunn for utvikling av selvhjelpsgrupper, er ifølge Fyrand hjelpeterapiprinsippet (det vil si at man bytter roller og dermed hjelper seg selv ved å hjelpe andre) og amatørprinsippet (det vil si at det er ikke profesjonelle, men hjelpetrengende som hjelper hverandre). ”At man skifter mellom mottakerrollen og giverrollen, innebærer at man har større muligheter for å forstå andre i liknende situasjoner enn de som ikke står i begge situasjonene.” (Fyrand 2005 : 272).

Sentrale terapeutiske prinsipper i psykologisk terapeutiske selvhjelpsgrupper er gruppeprinsippet, kontinuitetsprinsippet og selvhjelpsprinsippet. Gruppeprinsippet, det at man er deltaker i en gruppe med likemenn, bidrar til en allmenngjøring av personens problem. Man kan benytte sine egne terapeutiske evner og ulike typer relasjoner gruppen gir muligheter for trening av sosial atferd. Kontinuitetsprinsippet betyr at gruppen har en viss varighet. To til fire år gir ifølge Fyrand gode muligheter for utvikling og gjensidig hjelp. Selvhjelpsprinsippet har en viktig effekt fordi andre ser at man kan hjelpe seg selv (Fyrand 2005). Deltakere i selvhjelpsgrupper kan få ny kunnskap og informasjon og utvikle nye mestringsstrategier både i forhold til sitt eget liv og til hjelpeapparatet. Profesjonelle kan initiere og støtte utviklingen av selvhjelpsgrupper ved å innta en konsultativ rolle. Fyrand gir også konkrete eksempler på mulige framgangsmåter for å initiere selvhjelpsgrupper, beskriver forholdet mellom profesjonelle og deltakere og gjør også oppmerksom på visse farer som kan være forbundet med å delta i selvhjelpsgrupper.

Svenske Charlotte Essén (2003) beskriver selvhjelpsgrupper og gir tips for den som vil finne eller starte en selvhjelpsgruppe. Selvhjelpsgrupper er en enkel måte å få mennesker til å bli bedre uten at det krever store økonomiske ressurser. Hun påpeker imidlertid også at det finnes lite forskning om eventuelle negative effekter av selvhjelpsgrupper, i motsetning til studier som påviser en positiv effekt. Essén viser i denne sammenhengen til sosiologen Zygmunt Bauman (1999), som hevder at selvhjelpsgrupper bidrar til ensomhetsfølelse hos den enkelte deltakeren og til en privatisering av problemer som bør være offentlige tema. I stedet for å organisere seg rundt den enkeltes private problemer, som for

eksempel rusproblemer, mener Bauman at mennesker bør organisere seg rundt mer alminnelige samfunnsmessige forhold som forårsaker usikkerhet, angst og problemer (Bauman 1999; Essen 2003). Også andre studier peker ifølge Essen på ulike negative opplevelser i en selvhjelpsgruppe, som for eksempel blyghet, smerte og sorg, feilinformasjon, ydmykelse og avhengighet av gruppen. Selvhjelpsgrupper er også kritisert for å understøtte en kultur av sutrende, ”gnälliga, ältande” offer, samt for å utgjøre et billig alternativ til myndigheters økonomiske satsinger innen det allmenne helse- og omsorgssystemet (ibid.).

### Medarbeidere med brukererfaring

”Medarbeider med brukererfaring” er et annet eksempel på likemannsarbeid innen psykisk helse. Tidligere brukere i psykiatrien får en spesielt tilrettelagt ettårig utdanning som skal sette dem i stand til å få arbeid innen tjenesteapparatet for psykisk helse, og benytte egne erfaringer til å hjelpe brukere av disse tjenestene. I Norge har man hentet idé og inspirasjon fra Danmark. I Danmark ble prosjektet: ”Ansæt Medarbejdere med Brugerbaggrund” startet i 2000 i Aarhus amt (Knudsen 2003),<sup>8</sup> og senere ble det satt i gang et treårig landsdekkende storskalaprojekt Medarbejder med brugererfaring (MB) i Danmark og på Færøylene. I forbindelse med storskalaprojektet ble det foretatt en ”vitensinnsamling” som hadde som formål å undersøke de faktorer som henholdsvis fremmer og hemmer suksessfull arbeidsmarkedstilknytning hos MB-erne. Det rapporteres at 109 personer hadde startet MB-utdanningen. Av disse hadde 82 fullført et fullt MB-forløp på cirka et år. En konklusjon av denne kunnskapsinnsamlingen er at 75 prosent av alle fullførte MB-forløp kan defineres som suksessfulle. Med suksess menes at MB’eren opplever arbeidsoppgavene som meningsfulle og seg selv som en del av arbeidsfellesskapet. Videre at ”MB’erne selv, deres ledere, kolleger og brukerne på de arbeidssteder hvor MB’erne har vært ansat, melder tilbake om tilfredsstillende forløp og om positive endringer af praksis” (Juliussen 2008 : 57). En annen konklusjon er at det å ansette mennesker med psykiske lidelser på særlige vilkår som medarbeidere innenfor sosialpsykiatri og psykiatrisk behandling har vist seg å være en god investering for de kommuner/amter som har deltatt i prosjektet, som kan lønne seg også økonomisk (ibid.). En av grunnene for suksessen er ”modellens

---

<sup>8</sup> <http://www.ceps.suite.dk/mbrap.pdf>

mange delkomponenter der tilsammen spænder et finmasket net ud under MB'eren, som skaber tryghed og sikre rammer". En annen er "den nøje udvælgelse af egnede MB-deltagere gennem afklarende samtaler". Som en tredje grunn for suksess angis den lokale forankringen av modellen i kommunene, som gjør at man har kunnet tilpasse forløpet til den enkelte deltaker, særlig med tanke på praksisplasser (Juliussen 2008 : 85).

Kombinationen af efteruddannelse og arbeidspraktik understøttet af tæt individuell opfølging, netværksdannelse, etablering af smidigt samarbejde mellom jobcentre, socialcentre og social- og hospitals psykiatrien og ikke minst medejerskab i praksis hos kolleger, brukere og ledere, har båret frugt. Særligt etteruddannelsesdelen, hvor MB'erne får redskaber til hvordan de kan bruke egne levede erfaringer i deres professionelle arbej- de, har vist sig at være en god model og noget som MB'erne har sat stor pris på gjennom forløbet. Også på arbeidspladserne har man de fleste steder taget godt imod MB'erne, og set de nye medarbejdere som en ekstra ressource der tilfører arbeidspladsen merværdi på flere fronter (ibid. : 86).

Medarbejdere med brukererfaring (MB'ere) betyder at brukerperspektivet integreres i den faglige refleksjon i personalegruppen hos de ca. 75% af arbeidspladserne hvor MB'erne har succes. Både brukerne, kollegerne og lederne mener her at netop MB'erens introduktion af brukerperspektivet, kvalifiserer praksis. Med MB'ere bliver recovery-perspektivet og dermed rehabiliteringsmuligheden synlig for personalegruppen: Sindslidelse er periodisk, og mennesker kommer sig. MB'erne viser hvordan recovery kan se ud i praksis. Både brukerne, kollegerne og lederne mener at netop MB'ernes introduktion af recovery-perspektivet, kvalifiserer praksis (ibid. : 89).

I Norge er tiltaket Medarbejder med brukererfaring hittil blitt etablert i Bergen og Bærum (Rådet for psykisk helse 2008). AFIs evaluering av tiltaket i Bergen konkluderte blant annet med at prosjektet ser ut til å ha fungert bra både som avklaringstiltak og som kvalifiseringstiltak, og at deltakelsen på MB-prosjektet klart har forbedret deltakernes livskvalitet. Ett av ankepunktene var usikkerheten med tanke på fremtiden:

Hos de fleste studentene står ønsket om å få en vanlig jobb sterkt, samtidig som flere opplever at prosjektet her ikke oppfyller det som ble lovet. Dette skaper usikkerhet og frustrasjon hos MB-erne. Så langt hadde prosjektet ikke noen strategier for hvordan man skal sikre jobbmuligheter for MB-ere utover de øremerkede MB-plasser, som lønnes med 1G og som bare er midlertidige (Schafft 2008 : ii).

"Vitensinnsamlingen" av storskala-MB-prosjektet i Danmark hadde en lignende konklusjon:.



Det dokumenteres at usikkerhet om fortsatt beskæftigelse, negativt påvirker den enkelte MB'er i forhold til nervøsitet og angstelse i forhold til fremtiden. Denne åbenbare risiko kan imødegås hvis der foreligger klare aftaler fra start - eksempelvis at alle MB'erne efter ordinær prøvetid tilbydes fastansættelse på særlige eller ordinære vilkår (Juliussen 2008 : 90).

### 3.4 Oppsummering

I velferdspolitikken generelt og innen det psykiske helsefeltet spesielt er brukermedvirkning definert som et sentralt mål i seg selv og en forutsetning for å nå målene. Brukermedvirkning er blitt et honnørord, noe alle kan slutte seg til, men ikke alltid er vilkår for reell medvirkning tilstede. Psykiske problemer kan gjøre det vanskelig å medvirke, samtidig som ekspertene innen psykiatrien har kontroll og definisjonsmakt. Praksisen i dag er ofte langt fra idealer om brukermedvirkning. Brukermedvirkning på individnivå bør sikres gjennom "profesjonell lydhørhet", det vil si åpenhet ovenfor brukerens innsikt i sin egen situasjon, og veiledning og støtte i situasjoner, hvor brukerne er maktesløse. Det gjelder for eksempel valg mellom aktiviteter og behandlingstilbud. Brukermedvirkning på et kollektivt nivå betyr at brukere i fellesskap bør sikres innflytelse på utformingen av tilbud og tiltak. Parallellitet og koordinering av forskjellige typer tilbud er gjerne mer i tråd med den enkelte brukerens behov – og mer suksessrik – enn at tilbudet følger trappetrinnsmodeller hvor det ene tiltaket settes inn etter at et annet er avsluttet.

Recovery-perspektivet oppsto med erkjennelsen om at mange mennesker som lider av en psykotisk lidelse som schizofreni, opplever bedring, mestring og tilfriskning, og dette uavhengig av behandlingsmetoden. Derimot spiller den enkeltes egen innsats en vesentlig rolle. I de senere årene har dette perspektivet fått økt oppmerksomhet. Ideologisk passer recovery inn i den økte vektleggingen av individets selvbestemmelse og ansvarliggjørelse, samt dets rett og plikt til å utvikle seg og delta aktivt i samfunnslivet. Det som er avgjørende for at mennesker med alvorlige sinnslidelser opplever bedring og tilfriskning, er at den syke får innflytelse over sin rehabilitering, og at han eller hun klarer å opprette personlige relasjoner med andre mennesker. Mennesker som etter lange perioder med en alvorlig psykisk lidelse har opplevd bedring, tilskriver dette i

større grad hjelpenes medmenneskelighet enn deres profesjonalitet og faglige virkemidler. De trekker fram betydningen av situasjoner hvor hjelperne har gjort noe utenom ”det vanlige” hvor ”personkjemi” var det vesentlige, og de legger vekt på muligheten til selv å velge hjelper. Hverdagslivets alminnelige arenaer, steder der vanlig folk ferdes, bor og arbeider, har vært viktige arenaer i bedringsprosessen, i motsetning til kliniske eller terapeutiske omgivelser. En ordinær jobb i en alminnelig sosial setting bidro til å føle seg ”normal”, den ga utfordringer og muligheter for å lære å takle vanskeligheter. Dette tilsier at også arbeidsrettet rehabilitering fortrinnsvis bør foregå på ordinære arbeidsplasser. Grunnleggende viktig var å bli møtt med en forståelse i arbeidssituasjonen av at man kunne være både bra og syk samtidig. Recovery er altså ikke et ledd i en ”tiltakskjede”, en ”forberedelse” til arbeidslivet. Tvert om: deltakelse, sosial integrering, normalisering i det ordinære arbeidslivet er det som kan støtte opp under recovery-prosessen. Arbeid kan gi sosial anerkjennelse, men for den enkeltes helbredelse er økonomisk trygghet like viktig som ”verdsetting”. Materiell utrygghet og økonomiske vanskeligheter kan være vesentlig hemmende faktorer i tilfriskningsprosessen.

Familie, slektninger, venner, kollegaer, naboer og mennesker man omgås med i forbindelse med fritidsaktiviteter og organisasjonsarbeid, utgjør ens sosiale nettverk. Kvaliteten av disse nettverk har betydning for psykisk helse. Gode sosiale nettverk gir støtte og opplevelse av tilhørighet og øker dermed mestring og selvtillit. Personer med dårlig sosial støtte har større forekomster av psykiske helseproblemer. Likemannsarbeid og frivillige hjelpere har vist seg som vellykket strategi for mennesker i kriser. Kobling til mennesker som har erfart samme problemer og kommet seg bra igjennom dem, har ofte vist seg som mer vellykket enn at profesjonelle går inn som hjelpere.

Selvhjelpsgrupper er en form for likemannsarbeid som innebærer at mennesker med erfaringskompetanse innenfor det samme problemområde møtes i en gruppe for å hjelpe hverandre. Sentrale terapeutiske prinsipper i psykologisk terapeutiske selvhjelpsgrupper er gruppeprinsippet, kontinuitetsprinsippet og selvhjelpsprinsippet. Selvhjelpsgrupper er en enkel måte å få mennesker til å bli bedre uten at det krever store økonomiske ressurser. Det finnes imidlertid lite forskning om eventuelle negative effekter av selvhjelpsgrupper, i motsetning til studier som påviser en positiv effekt.

”Medarbeider med brukererfaring” er et annet eksempel på likemannsarbeid innen psykisk helse. Tidligere brukere i psykiatrien får en spesielt tilrettelagt ettårig utdanning som skal sette dem i stand til å få arbeid innen tjenesteapparatet for psykisk helse, og benytte egne erfaringer til å hjelpe brukere av disse tjenestene. I Norge har man hentet idé og inspirasjon fra Danmark. Erfaringene i begge land er stort sett positive, men når denne utdanningen ikke fører til trygge og varige ansettelser, kan det oppstå usikkerhet og frustrasjon som utgjør en negativ påvirkning for den enkeltes helse.



# 4

## Samarbeid og koordinering av tjenester

Personer med psykiske lidelser har ofte sammensatte hjelpebehov og mottar velferdstjenester fra flere hold. Koordinering og samarbeid av tjenester for psykisk syke er ment å sikre kontinuitet i rehabiliteringsprosessen og parallellitet i bistand, samt fremme integrering i lokalsamfunnet. Samordning kan skje på systemnivå, på tjenestenivå, og på individnivå – ved koordinatorene, tverrfaglige team og grupper, Individuelle planer eller ansvarsgrupper (Myrvold 2004).

### 4.1 Problem: Et oppsplittet hjelpeapparat

Velferdsaktører har lenge vært klar over at koordinering og samarbeid av helse- og sosiale tjenester basert på brukernes behov er nødvendig, og man har satt i verk tiltak og bestemmelser som skal bidra til dette. NAV-reformen i Norge har delvis denne begrunnelsen og det har også innføringen av koordineringsverktøy som Individuell plan. Likevel konstaterer man både i Norge og i andre skandinaviske land at man fremdeles ikke greier å få til tilstrekkelig parallelle prosesser og tiltak. De ulike instansene kjenner ikke godt nok til hverandres oppgaver, bistandsformer, regler og betingelser for bistand, og det hender at ulike aktører har motsatte oppfatninger av hva som er riktig for brukeren, samt at de kan ha ulike og til dels motstridende incentiver og suksesskriterier å jobbe etter. Sterk målstyring med kvantitative resultatmål kan for eksempel gjøre at det satses mindre på tiltak med lengre varighet, eller man nøler med å iverksette dem (Spjelkavik 2008a). Ulike ”økonomier”, budsjetter og formelle regler for hva som utløser hva slags bistand og støtte, gjør ofte samarbeid vanskelig, særlig hvis det skal foregå på tvers av sektorer og nivåer (jf. Schafft & Spjelkavik 2006b). Arbeidsmarkedstiltak i NAV-regi er for eksempel lite koordinert med helse- sosial- og omsorgstilbud fra kommune og fylke. ”Dagens funksjonelle skille mellom behandlingstjenester og attføringstjenester passer dårlig med de komplekse, dynamiske og individuelle behovene personer med psykiske plager har i forhold til arbeidsmarkedet” (Joner 2007 : 1958). På kommunalt nivå har det vært store forskjeller med tanke på å oppfylle Opptrappingsplanens

krav om integrering av det psykiske helsearbeidet i tjenesteapparatet, og det er ulikheter i bruken av tiltak for samordning, som koordinatorene, tverrfaglige team, ansvarsgrupper o.a. (Myrvold 2004).

Manglende koordinering og dårlig samarbeid mellom ulike tjenesteytere er et velkjent problem også i de andre skandinaviske land. I en dansk rapport fra tre undersøkelser om tilbudet til mennesker med hjemløshet, misbruksproblemer og psykiske lidelser heter det for eksempel: ”Tradisjonelt er mange af tilbudene rettet enten mod optræning og resosialisering eller mod omsorg og støtte. Det grunnleggende dilemma ved denne opdeling er, at brugergruppen ikke er tilsvarende opdelt” (Brandt, Ebsen et al. 2003 : 123). Og et annet sted i denne rapporten heter det:

”Samarbejdet mellem det sociale og sundhedsmessige område synes preget af en skev ansvarsfordeling. Sundhedsvæsenet kan udskrive en person og fralægge sig ansvaret på ’objective’ kriterier, men det kan det sociale system ikke. Der er her brug for et langt stærkere samarbejde mellem de to systemer omkring løsningen af problemerne. De problemstillinger, som knytter sig til misbrug og sindslidelse, kræver endvidere ofte et tæt lokalt samarbejde mellem arbejdsmarkedscentre, hjemmehjælp, praktiserende læger og politi på det lokale niveau. Selv i overskuelige og afgrænsede provinsbyer kan et sådant samarbejde mislykkes. Formelt er disse samarbejdsrelationer til stede, men undersøgelsen efterlader det indtryk, at samarbejdet ikke er tilstrækkeligt indarbejdet eller ikke prioriteres højt nok. Det er nødvendig at sikre, at et sådant samarbejde er koordineret på det lokale niveau, således at den ene instans kan overtage når den anden slipper.” (Brandt, Ebsen et al. 2003 : 132).

Både i Norge og i Sverige er det slik at staten har et primært ansvar for den arbeidsrettede rehabiliteringen. Likevel finnes i begge land en god del tiltak og prosjekter for arbeidstrening og sysselsetting av personer med psykiske lidelser i kommunal regi. Svenske kommuner finansierer også alternative rehabiliteringsvirksomheter som sosiale kooperativer, frivillige organisasjoner og Fontenehus.

Den svenske ”Nationell psykiatrisamordning” var en offentlig utredning som foregikk i årene 2003 – 2006 og hvor man skulle se nærmere på forhold rundt arbeidsformer, samarbeid og samordning, ressurser, personell og kompetanse, sosial omsorg og rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller psykiske funksjonshemninger. Utred-

ningen har resultert i flere rapporter.<sup>9</sup> I en rapport fra kartleggingen av arbeidsrettede tilbud konkluderer man at svenske kommuner tar et stadig større ansvar for forsørging og sysselsetting, samtidig som den statlige innsatsen trappes ned (Nasjonell psykiatrisamordning, rapport 2006/1). Ulempen er at det dermed finnes store forskjeller kommunene imellom, alt etter hvilket tilbud som gis mennesker med psykiske lidelser. I tillegg spiller ulike aktører som ikke drives av det offentlige, som sosiale kooperativer eller Fontenehus, en viktig rolle i den arbeidsrettede rehabiliteringen. Disse instanser tilbyr fellesskap og sosialt samvær og mange brukere opplever det som positivt at de her kan få trygghet som ikke er tidsbegrenset. Dessuten innebærer organisasjonsformer som bygger på medlemskap eller deleierskap/kooperatørskap at deltakerne får makt og innflytelse både over virksomheten og over sin egen situasjon (ibid. : 76). Usikkerheten om framtidig finansiering av denne type virksomheter er imidlertid et problem, konstaterer Nasjonell psykiatrisamordning.

Blant de hindre for målrettet rehabilitering som er identifisert og beskrevet av Nasjonell psykiatrisamordning, er ”et oppsplittet tilbud av utilstrekkelige innsatser” (ibid.). I Sverige har Forsäkringskassan (trygdeetten) ansvar for å samordne rehabiliteringsinnsatsen. Når det dreier seg om mennesker som ikke har noe arbeidsforhold, og som trenger en mer langvarig innsats, er ikke samarbeid med arbeidsmarkedsmyndighetene en selvfølgelighet:

”Detta innebär att ingen organisation anser sig ha ansvar för rehabiliteringsinnsatser till sannolikt ganska stora grupper av personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, som har behov av kvalificerad stöd under så lång tid som behövs för att kunna utveckla sin arbetsförmåga, men som ännu inte kan arbeta halvtid, eller kan det ibland och/eller med rätt stöd” (ibid. : 76).

I den grad samordnet virksomhet finnes, foregår den som oftest i forbindelse med prosjekter av kortere eller lengre varighet, slås det videre fast i rapporten.

Manglende samarbeid fører til at de ulike velferdsaktørene ikke kan nyttiggjøre seg hverandres kunnskap om bistandsbehov og funksjonsevne. Konklusjonen i den svenske rapporten er at ”organiseringen går foran kunnskap og behov”. Fremdeles råder det en oppfatning blant saksbe-

---

<sup>9</sup> <http://www.sou.gov.se/psykiatri/forslag/rapporter.htm>  
[http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri/specnavigation/Om\\_psykisk\\_halsa/Nasjonell\\_psykiatrisamordning/](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri/specnavigation/Om_psykisk_halsa/Nasjonell_psykiatrisamordning/)

handlere om at rehabilitering er noe som kan deles inn i faser. Grunnen er at

”hela deras arbetssituation – såväl organisatorisk som juridisk och strukturellt placerar dem i en liten ruta i den enskildes rehabiliteringsprocess. [...] Att varje organisation strikt avgränsar sitt ansvarsområde kan vara i enlighet med gällande lagstiftning och oppfattas som logiskt av den organisationen som gör avgränsningen, men det skapar stora svårigheter för den enskilde brukaren” (ibid. : 87).

Det hender at ansatte i hjelpeapparatet oppfatter samarbeidet som tilfredsstillende, selv når samarbeidet ikke sikrer at brukeren får de tjenester han/hun har behov for. En undersøkelse om arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser som ble gjennomført av Telemarksforskning, konkluderer med at

”både Aetat og DPSene er tilfredse med samarbeidsformen. Det kan indikere at disse instansene, i hvert fall for en del av brukerne, har funnet fram til hensiktsmessige samarbeidsformer, og at medvirkning fra psykisk helsearbeid i kommunene ikke er nødvendig. Det er imidlertid grunn til å spørre om det etablerte samhandlingsmønsteret fører til at brukere som burde hatt tjenester fra Aetat, faller utenfor. Vi har sett at ansatte ved Aetat mener at folk blir gående på lite forpliktende tilbud ved aktivitets-sentrene uten at det legges til rette for tiltak med progresjon. Men det har også kommet fram at ansatte innen psykisk helsearbeid mener at Aetat i liten grad ser muligheter for brukere med psykisk lidelse, og at kommunens personell må være meget aktive i prosessen med å få disse brukerne i arbeidsrettede tiltak” (Flermoen 2006 : 62).

Ut fra et brukerperspektiv er ikke samarbeidet godt når det er tjenesteyterne som er fornøyde, men brukeren ikke får det han/hun trenger, muligens uten å vite hva som finnes av tilbud og/eller hva vedkommende kan ha krav på.

## 4.2 Strategier for å bedre samarbeid og koordinering

Integrasjon, samarbeid og samordning av de ulike helse- og velferdstjenestene som bidrar til arbeidsrettet rehabilitering, er nødvendig for å frita brukerne og pårørende fra oppgaven med å finne fram til og få hjelp fra rett instans på rett tid, og for å sikre kontinuitet og helhet i rehabiliteringsprosessen. Har tjenesteyterne kunnskap om hverandres ansvarsom-



råder og tilbud, kan man utnytte hverandres tjenester og kompetanse parallelt, framfor å sende brukeren fra den ene instansen til den neste.

Integrasjon og samarbeid kan også bedre kommunikasjonen mellom behandler, oppfølger og bruker. Arbeidsformen gir trolig et mer arbeidsrettet mål, og klinisk kunnskap vil lettere kunne tas inn i handlingsplanen. I tillegg kan behandler bli mer engasjert i kliniske vurderinger til nytte i jobbsøkerprosessen og bidra med relevant informasjon i forhold til yrkesvalg og for å forebygge at personen faller ut av arbeidslivet igjen”(Joner 2007 : 1958).

Ifølge den norske Opptappingsplanen for psykisk helse skal kommunene blant annet satse på tiltak som bidrar til at flere kan nyttiggjøre seg statlige arbeidsmarkedstiltak (St.prp.nr. 63,1997-98, pkt. 4.7). I forbindelse med evalueringen av det lokale arbeidet med opptappingsplanen undersøkte Telemarksforskning arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser i tolv norske kommuner i Helseregion Sør i perioden 2002 til 2006. Et sentralt spørsmål i denne undersøkelsen er hva kommunene gjør for at mennesker med langvarige psykiske lidelser kan tilbakeføres til arbeidslivet (Flermoen 2006). I første omgang, vinteren 2002/2003, satset man på de ”basale” behovene, som kompetansebygging i det kommunale hjelpeapparatet, bygging av tilrettelagte boliger og etablering av støttekontaktordninger. Kommunale arbeidsrettede tilbud besto i dagsentre eller aktivitetssentre, plasser på gård, eller plasser i vernede bedrifter (Bergsgard, Flermoen et al. 2003). Noen kommuner kom tidlig i gang med å utvikle arbeidsrelaterte tiltak, andre viste mindre oppmerksomhet og engasjement (Flermoen 2005). Mye har imidlertid skjedd siden den gang.

I slutfasen av evalueringen konstaterte man at syv av kommunene var aktive og fem mindre aktive. Karakteristiske trekk ved de aktive kommunene er

”at de på en kreativ måte utnytter de mulighetene som ligger lokalt. Ansatte i psykisk helsearbeid har god lokalkunnskap, og har kjennskap til potensielle arbeidsgivere, noe de drar nytte av for å finne lokale tiltaksplasser. I tillegg har de godt samarbeid med lokal arbeidsmarkedsbedrift eller aktivitetssenter som har utviklet varierte, men forpliktende opplegg, til dels i samarbeid med Aetat” (Flermoen 2006 : 13).

Det er fire trekk som kjennetegner ”god praksis” hos kommunene:

1) Arbeidsrelatert virksomhet blir *synliggjort* ved å opprette en egen enhet. Det er personale som arbeider kun med dette feltet, det avsettes midler over budsjettet m.v. På denne måten gis det signaler til omgivelsene om at dette er et viktig arbeidsområde innenfor psykisk helsearbeid. Syn-

liggjøring av prosjektene har betydning overfor potensielle arbeidsgivere innen både private og offentlige bedrifter, ansatte i andre offentlige virksomheter på både kommunalt og statlig nivå, kommunens politikere og befolkningen generelt. Ytterligere en effekt av å synliggjøre den arbeidsrelaterte virksomheten er at det kan bidra til å ”alminneliggjøre” psykisk sykdom.

2) *Balanse mellom fleksibilitet og klare regler, rutiner, grenser.* Brukere med psykiske lidelser trenger fleksibilitet i arbeids-/tiltakssituasjonen, samtidig som det kan være nødvendig med faste rutiner og klare grenser. Balansegangen her kan være en utfordring.

3) *Kreativitet.* Det gjelder både å utvikle et spekter av virkemidler og å se muligheter for den enkelte bruker.

4) *Utvikling av metodikk.* Ut fra tilbakemeldingene fra brukerne ser det ut som om en har lyktes med å gi formuleringer av typen ”å ta brukerne på alvor”, ”være medansvarlig for egen situasjon” etc. et meningsfylt innhold. Eksempelvis synes det som om balansegangen mellom å gi brukerne nødvendig støtte og trygghet, samtidig som mulighetene for progresjon ikke hemmes, blir ivaretatt på tilfredsstillende måte (kap. 4.4.2).” (Flermoen 2006: 13f)

Telemarksforskningens undersøkelse fant også eksempler for kommuner hvor man hadde et godt samarbeid:

”Det er særlig en kommune som skiller seg positivt ut. Ved dette kontoret har psykisk helsearbeid en egen kontaktperson. I de små kommunene framheves betydning en til lokal arbeidsmarkedsbedrift generelt, og spesielt tiltaket Arbeid med bistand som er lokalisert til bedriften” (Flermoen 2006 : 70f).

En tilrettelegger i arbeidsmarkedstiltaket Arbeid med bistand (AB) fungerer ofte som koordinator mellom bruker og ulike hjelpeinstanser (Spjelkavik, Frøyland et al. 2004). Den individorienterte tilnærmingen i AB gjør at tilretteleggeren blir oppmerksom på hva slags hjelp den enkelte trenger fra ulike instanser. Hvis ikke disse instansene er aktive, er det ofte tilretteleggeren som trer til. Problemet er at tilretteleggeren kan bli såpass opptatt av ”sosialt arbeid”, at de arbeidslivsrettete job-coachoppgavene blir skjøvet i bakgrunn (ibid.).

I Norge har man igangsatt og institusjonalisert en del tiltak for å forbedre samarbeid og samordning av helse- og velferdstjenester. Ett av disse er Individuell plan, et annet er fylkesvis koordinering av tjenester gjennom Vilje Viser Vei.

## Individuell plan

Retten til Individuell plan ble hjemlet i helselovene i 2001 og fra 2005 ble den også hjemlet i lov om sosiale tjenester. Formålet med ordningen er at brukeren skal få et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud, og å sikre at det til enhver tid er en hjelper som har ansvaret for oppfølgingen av den enkelte bruker. Individuell plan skal kartlegge brukerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder. I den utstrekning brukeren ønsker det, skal pårørende trekkes inn i arbeidet med å utarbeide planen.<sup>10</sup> Ansvaret for å koordinere arbeidet med å lage en Individuell plan ligger hos kommunen og helseforetaket.

Individuell plan er blant annet ment å fremme brukermedvirkning og gi bedre koordinering av tjenester for mennesker med sammensatte bistandsbehov, men dette kan også sikres på andre måter:

”Brukerne involveres på ulike måter i ulike faser av prosessen. Det er ingen tilbakemeldinger om ”overkjøring” eller ”skyving” mellom instanser. Manglende oppfølging i venteperioder kan være et problem. Individuell plan har liten betydning for brukernes innflytelse på egen situasjon. Men fast kontaktperson, eller ansvarsgruppe, er en viktig kanal inn i tiltaksapparatet” (Flermoen 2006: 22).

En undersøkelse i 2004 om Individuell plan hos voksne som mottar behandling innen psykisk helsevern, har vist at kun rundt 18 prosent av dem som mottok poliklinisk behandling hadde Individuell plan (Gråwe, Hagen et al. 2005) (jf. Trefjord & Hatling 2004).

Også AFI fant i sin underveisevaluering av Storbysatsingen at Individuell plan ble lite brukt og at brukerne hadde lite kjennskap til den, og anbefaler derfor følgende:

”Det er viktig å få satt i gang samarbeidet mellom alle aktuelle instanser og personer for å få til parallell satsing og ansvarliggjøring. Det har flere steder vist seg vanskelig å få gehør for dette i kommune og psykiatrien og så langt virker det som om man særlig fra kommunalt hold er lite interessert i å påta seg koordinatoransvar og oppgaver. Ansvarsgrupper er ofte nyttig og nødvendig, men det er en utfordring at denne form for samarbeid er tidkrevende. Det er særlig en utfordring å finne egnete møtetidspunkt, noe som bremser opp prosessen i forhold til utvikling av Individuell plan”(Schafft & Spjelkavik 2006a : 84).

<sup>10</sup> <http://www.lovdatabasen.no/cgi-wif/ldles?doc=/sf/sf/sf-20041223-1837.html>

Individuell plan brukes altså ikke i den utstrekningen man hadde ambisjoner om. Og i den grad den brukes, er spørsmålet om den brukes på den måten den var ment.

Det finnes lite forskning på hvilken betydning IP har for tjenestemottakeres tilfredshet med det tilbudet de får, og resultatene er motstridende. Lidal & Røhme, som har gjennomgått de viktigste undersøkelsene på området, konkluderer

”For at individuell plan skal bli et godt samhandlingsdokument, må oppdatert informasjon i en individuell plan nå alle fagpersoner som har tjenestemottakers tillatelse til innsyn i planen, avhengig av rolle og funksjon. Det blir dermed viktig å utvikle rutiner som sikrer denne informasjonsflyten. Rutiner må også sikre oppdatering av planen. Planen skal oppdateres i tråd med endringer som skjer i tjenestemottakers liv. Planen skal ha en angitt dato for oppstart og opphør” (Lidal & Røhme 2006).

I sin doktoravhandling om innføringen av Individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid, hevder Gunnar Vold Hansen at Individuelle planer bygger på en rehabiliteringsideologi med det overordnede målet om selvstendighet og sosial deltakelse i samfunnet.

”For å få til en best mulig rehabiliteringsprosess så kreves det en felles gjennomgang av hvilke mål som er realistiske, hvilke ressurser tjenestemottakeren selv kan bidra med og hvilke behov som foreligger. [...] Slikt samarbeid har jeg ikke observert. Konsekvensen av dette er at de prosessene jeg har observert for en stor del har vært preget av en behandlings- eller reparasjonsideologi. [...] Av ulike grunner ser det også ut som om tjenesteyterne er mest innstilt på ’brannslukking’. Det vil si at de vanligvis reagerer først når en situasjon oppstår og mangler strategier for å møte fremtidige og planlagte utfordringer” (Hansen 2007 : 195f).

Hansen konkluderer slik:

”Mitt utgangspunkt har vært hvorvidt individuelle planer har bidratt til å nå de målene som man skisserte som begrunnelse for å innføre slike planer. I praksis har jeg funnet at disse målene bare i begrenset grad nås, likevel mener jeg at undersøkelsen viser at arbeidet med individuelle planer har videreutviklet viktige deler ved det psykiske helsearbeidet i kommunene” (Hansen 2007 : 218).

Veien mot å få Individuelle planer til å fungere etter intensjonen, er etter hans oppfatning å kombinere utviklingsprosjekter og forskning, og gjøre dette i tett samarbeid med tjenesteytere og ikke minst tjenestemottakere (brukerne).

## Koordinering på fylkesnivå i NAV

Vilje Viser Vei-satsingen på arbeid og psykisk helse i Aetat (senere NAV) ble etablert i 2004 med midler bevilget over Opptrappingsplanen og med varighet til ut 2007. Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007 – 2012 er ment å være en videreføring og styrking av Vilje Viser Vei innenfor NAV-systemet. Opptrappingsplanen for psykisk helse skal være slutført i 2008, det vil si at midlene fra og med 2009 ikke lenger er øremerket psykisk helse.

”Det fremgår ikke tydelig hvordan prosjektene skal organiseres og finansieres etter Opptrappingsplanen for psykisk helse er slutført i 2008. Når Vilje Viser Vei nedlegges i 2008 og arbeidet skal inngå i NAV-systemet, et system som gjennomgår et omfattende reformarbeid, kan det bli en utfordring å få til en god og helhetlig tilnærming” (Ose, Jensberg et al. 2008 : 39).

Vilje Viser Vei-satsingen hadde fire faser: (1) kartlegging, (2) metodeutvikling (kompetanseheving, nettverksbygging, metodeutvikling, forskning og forankring), (3) strategiutvikling og (4) spredning. Tre delprosjekter ble igangsatt i fase 2: ”Storbysatsingen”, ”Jobbmestrende oppfølging” og ”Nettverksbygging og kompetanseheving”.

I en underveisevaluering av Storbysatsingen heter det: ”Et forholdsvis nytt innslag som har vokst fram i forbindelse med Storbysatsingen er samarbeidet mellom Aetat, tiltak og kommunale lavterskeltilbud” (Schafft & Spjelkavik 2006a : 10). Evalueringen anbefaler at praksisen med ubyråkratisk tiltakskjeding, som har vært en suksess i Storbysatsingen, bør videreutvikles.

Ved Storbysatsingen fikk hver av de byene som deltok en egen prosjekt-koordinator knyttet til Aetat. AFIs underveisevaluering understreket betydningen disse storbykoordinatorene har hatt for utviklingen av satsingen. ”De har initiert og organisert samarbeid, skapt arenaer for erfaringsutveksling, vist stor interesse og engasjement og sikret handlingsrom for kreative og uortodokse løsninger” (Schafft & Spjelkavik 2006a : 89). Videre ble det påpekt behovet for bedre og klarere informasjon fra fylkesnivå med tanke på saksbehandling lokalt, og en bedre forankring av samarbeid mellom Aetat, trygdeetat (begge etater er nå NAV), kommune og helsevesenet på ledernivå (ibid.).

I forbindelse med delprosjektet ”Nettverksbygging og kompetanseheving” ble det i løpet av 2006 ansatt koordinatorene i alle fylker, og det ble

etablert samarbeidsfora og lokale nettverksgrupper med kontaktpersoner for satsingen på alle NAV lokalt. Telemarksforskning har evaluert de fylkesvise koordinatorstillingene i løpet av 2007 (Møller, Brandtzæg et al. 2008). Evalueringen konkluderer blant annet med at mye av fylkeskoordinatorenes tid har gått med til kompetansebygging, og mange har også startet opp med å utvikle/implementere spesielle tiltak for målgruppen, hvorav mange hadde sitt utspring i virksomhet og erfaringer i forbindelse med Storbysatsingen (ibid.).

”I forbindelse med opplæringsprogrammet og metodearbeidet ellers har fylkeskoordinatorene også etablert nettverk både internt i etaten og eksternt mot andre relevante samarbeidsinstitusjoner. De viktigste eksterne samarbeidspartnerne synes å være representanten for fylkesmannen, brukerorganisasjoner og tiltaksarrangører. Koordinatorene har i mindre grad bygd nettverk mot DPS-ene. Nettverkene bærer også preg av å være knyttet til konkrete aktiviteter som opplæringsprogrammet og utvikling eller implementering av konkrete tiltak. Nettverkene får dermed også mer preg av å være arbeidsgrupper og i mindre grad faste samarbeidsforum mellom ulike institusjoner. Noe av forklaringen på dette er sannsynligvis at koordinatorene i en tidlig fase manglet forankring på fylkesleddet” (Møller, Brandtzæg et al. 2008 : 84).

Mye av den suksessen koordinatorene har hatt med å utvikle og implementere nye tiltak kan ifølge denne evalueringen sannsynligvis forklares med øremerkingen av tiltakene til storbykoordinatorene. Utvikling, implementering, spredning og vedlikehold av tilsvarende tiltak uten øremerkede midler er en stor utfordring:

”For å lykkes med dette, er det minst tre viktige aktører som må påvirkes. For det første gjelder dette de som planlegger tiltaksaktiviteten i fylkene eller på lokalkontorene. Nye tiltakskonsepter må med andre ord vinne frem og godkjennes i de sentrale beslutningsorganer. For det andre må det øves påtrykk eller gis informasjon til den enkelte saksbehandler om de nye konseptene, slik at de nye tiltakene blir en del av saksbehandlernes ordinære tiltaksspekter. (...). For det tredje må det også øves påtrykk på tiltaksarrangørene for å opprettholde tilbudet i den form og med de metoder som opprinnelig var tenkt” (Møller, Brandtzæg et al. 2008 : 88).

Alle tre aktørene, planleggere, saksbehandlere og tiltaksarrangører, må ha en bevissthet om kravene som stilles til de ulike tiltakskonseptene, og koordinatorene må ivareta både utviklerrollen og pådriverrollen (ibid.).

## Loser i NAV

I 2008 er det blitt opprettet 33 stillinger for ”loser” i de største byene. Dette har vært ett av de tiltakene som foreslås i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007 – 2012. Losene skal følge opp brukere med psykiske lidelser som har behov for tett oppfølging, og de skal være et bindeledd mellom bruker, NAV, helsevesen, arbeidsgiver og andre samarbeidspartnere.<sup>11</sup>

## Miltonprosjekt i Sverige

Også Sverige har hatt nasjonale satsinger på arbeid og psykisk helse, med fokus på blant annet å utvikle samarbeid. I årene 2005 – 2006 gjennomførte den svenske regjeringen en toårig økonomisk satsing på psykiatri og sosialtjeneste, det såkalte ”Miltonprosjekt”.<sup>12</sup> Satsingen omfattet 500 mill. kr i prosjektmidler til landsting og kommuner og 200 mill. kr for et nasjonalt utviklingsprosjekt. Arbeid og sysselsetting var et av de prioriterte områdene i satsingen. En rapport fra prosjektene i kommuner og landsting ble lagt fram i august 2007. Her heter det:

”Ett stort antal av de vårdprojekt som har bedrivits med länsmedel har inriktats mot att integrera vård-, boende- och sysselsättningsinsatser med varandra. Projekt med inriktning mot renodlad medicinsk kvalitet-sutveckling, diagnostik, läkemedelsbehandling och terapi har varit mindre vanliga” (Socialstyrelsen 2007 : 9).

Rundt halvparten av de i alt 94 sysselsettingsprosjektene hadde definert det som sin oppgave å utvikle samarbeidsrelasjoner med andre aktører, først og fremst psykiatri (90 prosent), rundt en tredjedel hadde som mål at deltakerne skulle komme tilbake i jobb (ibid. : 63f). Socialstyrelsen slår fast at satsingen har bidratt til en større grad av strategisk helhetstenkning når det gjelder grupper med sammensatte behov, men den har også flere kritiske kommentarer til satsingen: Blant annet påpekes det en mangel på vitenskapelige vurderinger av de tiltak som iverksettes på kommunalt hold, og at det er store forskjeller kommunene imellom når det gjelder innsatsnivå og variasjoner på tilbud for målgruppen. Videre at satsingen har nådd et begrenset antall mennesker og begrensede deler av målgruppen. Både unge med psykisk uhelse og eldre har fått lite oppmerksomhet gjennom satsingen. Socialstyrelsen etterlyser også bedre

<sup>11</sup> <http://www.nav.no/805379947.cms>

<sup>12</sup> Etter Anders Milton, som ledet den Nationella psykiatrisamordningen i Sverige.

kunnskap om effekten av satsingen for den enkelte: ”Det saknas återkommande uppföljningar som beskriver om människor med psykiska funktionshinder bor bra, har en meningsfull sysselsättning och får ett kunskapsbaserat stöd i sin vardag” (ibid. : 72). Et annet ankepunkt er at en satsing på dette området bør være mer langsiktig og ha et bredere ”innsatsarsenal” som komplement til økonomiske bidrag, for eksempel gjennomgang av lovgivning, organisatoriske endringer, utdanningspolitikk osv. (ibid.).

Den svenske Nationell psykiatrisamordning la fram følgende forslag med tanke på organisering og samarbeid (Rapport 2006/1, kap. 8):

For å forbedre tilbudet av rehabiliteringsinnsatser for mennesker med psykiske lidelser kreves det:

- Organisatorisk, politisk og finansiell samordning av hovedinstansene på rehabiliteringsområdet
- Kunnskapsbaserte vurderinger av den enkeltes ressurser og behov
- Kunnskapsbaserte tiltak
- Kompetanseutvikling
- Økt kjønnsmessig likestilling med tanke på tilgang til rehabiliteringstiltak
- Støtte til alternative rehabiliteringsformer

For å styrke individets stilling, delaktighet og engasjement kreves det

- En tydeliggjøring av den enkeltes lovbestemte rett til rehabiliteringstiltak og støtte
- Særskilte koordinatorene og ”samordnere” som skal følge den enkelte gjennom hele rehabiliteringsprosessen
- Et finansielt system som følger den enkelte, eksempelvis slik at den enkelte selv kan avgjøre innenfor en økonomisk ramme hvilke tiltak som skal vedtas og av hvem.
- Fleksible tidsgrenser og erstatningssystem for personer som deltar i sysselsetting eller rehabilitering.



### 4.3 Oppsummering

Personer med psykiske lidelser har ofte sammensatte hjelpebehov og mottar velferdstjenester fra flere hold. Velferdsaktører har lenge vært klar over at koordinering og samarbeid når det gjelder helse- og sosiale tjenester basert på brukernes behov er nødvendig, og man har satt i verk tiltak og bestemmelser som skal bidra til dette. Likevel konstaterer man både i Norge og i andre skandinaviske land at man fremdeles ikke greier å få til tilstrekkelig parallelle prosesser og tiltak. De ulike instansene kjenner ikke godt nok til hverandres oppgaver, bistandsformer, regler og betingelser for bistand, og det hender at ulike aktører har motsatte oppfatninger av hva som er riktig for brukeren, samt at de kan ha ulike og til dels motstridende incentiver og suksesskriterier å jobbe etter. Integrasjon, samarbeid og samordning av de ulike helse- og velferdstjenestene som bidrar til arbeidsrettet rehabilitering, er nødvendig for å frita brukerne og pårørende fra oppgaven med å finne fram til og få hjelp fra rett instans på rett tid, og for å sikre kontinuitet og helhet i rehabiliteringsprosessen. Har tjenesteyterne kunnskap om hverandres ansvarsområder og tilbud, kan man utnytte hverandres tjenester og kompetanse parallelt, framfor å sende brukeren fra den ene instansen til den neste.

I Norge har man igangsatt og institusjonalisert en del tiltak for å forbedre samarbeid og samordning av helse- og velferdstjenester. Et av disse er Individuell plan, et annet er fylkesvis koordinering av tjenester gjennom Vilje Viser Vei. Individuell plan brukes imidlertid ikke i den utstrekningen man hadde ambisjoner om. Og i den grad den brukes er spørsmålet om den brukes på den måten den var ment. Det finnes lite forskning på hvilken betydning Individuell plan har for tjenestemottakeres tilfredshet med det tilbudet de får og resultatene er motstridende. Koordinatorene i Vilje Viser Vei har spilt en viktig rolle ved å initiere og organisere samarbeid og skape arenaer for erfaringsutveksling. Fylkeskoordinatorer har etablert nettverk både internt i NAV-etaten og eksternt mot andre relevante samarbeidsinstitusjoner, som brukerorganisasjoner og tiltaksarrangører. Koordinatorene har i mindre grad bygd nettverk mot DPS-ene. Også Sverige har hatt nasjonale satsinger på arbeid og psykisk helse, som har bidratt til en større grad av strategisk helhetstenkning når det gjelder grupper med sammensatte behov, men det påpekes at det er store forskjeller kommunene imellom når det gjelder innsatsnivå og tilbud for målgruppen.



# 5

## To hovedperspektiver

Det finnes mange ulike tiltakstyper og metoder innen arbeidsrettet rehabilitering, men idealtypisk kan man skille mellom to hovedtilnæringer: Den ene er den tradisjonelle tilnærmingen, hvor man tenker seg at arbeidsforberedelse, trening og opplæring skal skje på skjermede arenaer først, før en eventuell overgang til det ordinære arbeidslivet ("train – place"). Den andre er den integrerte tilnærmingen, som vektlegger den ordinære arbeidsplassen som hovedarena i yrkesrettet rehabilitering. Dette går ut på at man først skal finne en egnet arbeidsplass, og så skal trening og opplæring foregå her ("place – train") (Spjelkavik, Frøyland et al. 2003; Frøyland 2006). En rekke vitenskapelige studier har vist at tiltak som har en integrert tilnærming, gir bedre resultater med tanke på å få jobb enn skjermede tiltak (Bond 2004; Bond, Rinaldi et al. 2007; Burns, Catty et al. 2007).

Det finnes store variasjoner innenfor både skjermede og integrerte tilbud, og det praktiseres ulike kombinasjoner av dem. Innhold og framgangsmåte varierer fra tiltak til tiltak og innen samme tiltakstype kan man finne høyst ulike varianter. Skjermede tiltak er ikke bare "oppbevaring" og "sysling", og integrerte tiltak kan være ansettelse på spesielle betingelser på ordinære arbeidsplasser, for eksempel kombinasjoner (bonus)lønn/uføretrygd. Mennesker med psykiske lidelser kan – i kortere eller lengre perioder, eller for alltid – ha behov for tilbaketrekking og skjerming, og de kan – i kortere eller lengre perioder, eller for alltid – ha behov for å delta i det ordinære arbeidslivet. Skjermede eller integrerte tiltak er derfor neppe et enten/eller - spørsmål. Det viktigste er hvordan de to tilnæringer omsettes til praktisk tiltaksarbeid som bidrar til at også mennesker med psykiske lidelser kan få utviklet og brukt sine evner og sin kompetanse på best mulig måte og med størst mulig gevinst for helse og livskvalitet.

## 5.1 Skjermede tilbud

Noen mennesker med psykiske lidelser gir uttrykk for at de har behov for særlig tilrettelegging, en forsiktig start, et trivelig og trygt miljø, hvor de kan være så lenge de trenger det, tett oppfølging av noen som de kan stole på, og passe store krav. Disse setter pris på å kunne være på en skjermet arbeidsplass, kanskje også fordi det er vanskelig å finne slike forhold innenfor det ordinære arbeidslivet. Andre kvier seg mot å ”jobbe på vernet bedrift”, særlig når denne er kjent i lokalmiljøet som ”tiltak for psykisk utviklingshemmede”, mennesker med lærevansker.

Noen skjermede tiltak brukes midlertidig, som arbeidstreningstiltak eller for å få avklart arbeidsevne. Flere av brukerne som er i yrkesrelaterte tiltak, har gått fram og tilbake mellom ulike tiltak. Andre tiltak kan ha brukere på ubestemt tid. Dette siste kan være dagsentre og aktivitetstilbud hvor det foregår mer eller mindre forpliktende aktiviteter, eller det kan være varig tilrettelagte arbeidstilbud, for eksempel i regi av en vekstbedrift.<sup>13</sup> Noen arbeids- og aktivitetstilbud brukes som støttetiltak, for eksempel under skolegang, noen brukes som fritidstilbud, andre har brukere som arbeider fast og tilsynelatende uten ambisjoner om å gå over til mer strukturerte opplegg eller arbeid (Flermoen 2006).

Erfaringer fra Storbysatsingen har vist at fleksibelt bruk av skjermede arbeids- og arbeidstreningssarenaer kan være gunstig for mennesker med psykiske lidelser (Schafft & Spjelkavik 2006a). Flexibiliteten kan omfatte kravene som stilles til oppmøte og arbeidstid, og den kan bety muligheten til å kombinere skjermet arbeid med arbeid og praksis i ordinære virksomheter eller andre tiltak på individuell basis. Videre er det mye som tyder på at skjermede arbeidstilbud i ”naturlig miljø”, gårdsarbeid, arbeid med dyr og planter kan være helsefremmende og gunstig for målgruppen (Berget 2006).

Skjermede arbeids- og aktivitetstiltak, dagsentre og aktivitetssentre oppfattes av brukerne som meningsfulle tilbud, men ikke nødvendigvis som tilbud som gir overgang til ordinært arbeid (Olsson & Vikström 2007). For noen kan dette være helt greit. Det spørsmålet man imidlertid kan stille, er hvorvidt slike skjermede arbeids- og aktivitetstilbud kan utgjøre en nødvendig og egnet stasjon på veien til det ordinære arbeidsliv-

---

<sup>13</sup> Den nye betegnelsen for arbeidsmarkedsbedrift i Norge, dvs. skjermet arbeids- og arbeidstreningstilbud.

vet, eller et sted der brukerne blir ”innelåst” og avstengt fra, eller ikke hjulpet til – muligheten til å jobbe på en ordinær arbeidsplass.

Hvilken veiledning og oppfølging som gis brukerne på skjermede tiltak, kan spille en viktig rolle når det gjelder å komme videre i rehabiliteringsprosessen. Dette er hovedkonklusjonen ved en kvalitativ evaluering av en skjermet virksomhet for rehabilitering av psykisk funksjonshemmede i Eskilstuna kommune, kalt ArbetsDax (Erlandsson & Gustafsson 2004). Veilederne (”samordnarna”) som er ansatt på tiltaket, anvender en samtalemotodikk som motiverer og støtter deltakerne:

”Det kan då ha handlat om hur deltagare med samordnares hjälp har lärt sig tankemässiga tekniker för att hantera ångest- och panikartade situationer i vardagslivet, eller för att över huvud taget se en struktur av vem man är och vad man kan” (Erlandsson & Gustafsson 2004 : 44).

Også i ArbetsDax får deltakerne arbeidstrening i ordinære virksomheter, men der får de ikke oppfølging. De vurderes som bedre fungerende som ikke har behov for bistand på arbeidsplassen (Kinnunen 2007).<sup>14</sup> Her kan man imidlertid spørre seg hvilken kontakt tiltaket har med arbeidslivet, og om ikke mer oppfølging også på arbeidsplassen kunne gjøre terskelen lavere, slik at også de som ikke er ”bedre fungerende” kan få arbeidstrening og jobb på ordinære arbeidsplasser.

Det skal i det følgende presenteres noen typer skjermede tiltak. De som omtales er tiltak som har potensial til og opplegg for å være mellomstasjon på veien til ordinært arbeid, selv om ikke alle deres brukere ønsker denne veien, men velger å bli. Videre er dette tiltakstyper som helt eller delvis representerer perspektiver som er beskrevet i de foregående kapitlene, brukerperspektiv og recovery.

### Sosiale kooperativer og klubbhus

Blant svenske kilder finnes flere rapporter som evaluerer og/eller beskriver skjermede tiltak som gir trening som skal forberede mennesker med psykiske lidelser til ordinært arbeid. På oppdrag av den svenske Nasjonale Psykiatrisamordningen ble det laget en oversikt over tiltak som skal gi rehabilitering i hverdagslivets aktiviteter for personer med psykiske

<sup>14</sup> <http://www.diva-portal.org/mdh/abstract.xsql?dbid=295>

funksjonshindre. I rapporten<sup>15</sup> heter det at så godt som alle kommuner har noen form for sysselsettingsvirksomhet med arbeidslignende innslag. Og videre:

”Sociala kooperativ och klubbhus finns i hälften av de undersökta kommunerna. Arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan mellan huvudmän<sup>16</sup> bedrivs i drygt hälften av kommunerna, dock endast ett fåtal som använder evidensbaserade metoder som supported employment. De personer som har aktiviteter inom socialtjänstens sysselsättning tenderar att bli kvar, trots ambitioner och potential till avlönat arbete [...] Gemensamt är att flertalet arbetsterapeuter genomför utredning med standardiserade bedömningsinstrument och använder aktivitet i ett terapeutiskt syfte” (Lindström 2007 : 11). (Jf. Stenbeck, Eklund et al. 2001).

En studie som beskrev og sammenlignet de svenske sosiale arbeidskooperativene med lignende virksomheter i Italia og Storbritannia, kom fram til følgende definisjon av sosiale arbeidskooperativer i Sverige:

Sosiale arbeidskooperativer er frittstående sammenslutninger av personer som samarbeider for å dekke behovet om arbeid og sosialt fellesskap gjennom et sameid og demokratisk foretak. Gevinstmotivet er underordnet formålet om å utvikle og ta i bruk den enkeltes arbeidsevne og medbestemmelse i foretakets anliggender. Den dominerende medlemsgruppen er personer som befinner seg utenfor det ordinære arbeidsmarkedet på grunn av funksjonshindre eller av andre grunner. Sosiale arbeidskooperativer bedriver forretningsvirksomhet med produksjon av varer og tjenester, og de har alltid en relasjon til offentlig sektor gjennom ulike former for støtte, bidrag, salg av plasser eller tjenester (Laurelii 2002).

En fenomenologisk studie (Gahnström-Strandqvist, Liukko et al. 2003; Gahnström-Strandqvist 2003) som tok sikte på å forstå hvilken betydning det å delta i et sosialt arbeidskooperativ har for personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser, konkluderer slik: Kooperativet hadde betydning som en normaliserende livsverden. Tre faser bidro til normaliseringen: I den første fasen opplevde deltakerne en overgang fra en lite tilfredsstillende tilstand, preget av mangel på sysselsetting, til en berikende arbeidsorientert livsverden. I den andre fasen fikk deltakerne anledning til å tilfredsstillende noen av sine arbeidsrettede og sosiale behov av typen å føle at det er behov for en, inngå forpliktelser med andre, samt

---

<sup>15</sup> I denne rapporten finnes det også en oversikt over svenske forskningsmiljøer som arbeider med temaer psykiatri og arbeidsterapi, aktivitet og deltagelse samt relevante publikasjoner.

<sup>16</sup> Hovudman: Myndighet eller oppdragsgiver som har ansvar for en virksomhet.

utvikle både sosiale og arbeidsrettede ferdigheter. I den tredje fasen fikk arbeidskooperativet for noen av deltakerne en ny betydning: Disse ønsket å forlate kooperativet og følte seg klare til å ta skrittet inn i det ordinære arbeidslivet.

Klubbhus eller Fontenehus ser ut til å ha noe av den samme effekten, men har en tydeligere forbindelse til ordinære arbeidsplasser ved bruk av såkalt overgangsarbeid. Mange klubbhus har imidlertid problemer med å organisere overgangsarbeid (Spjelkavik 2003). Spjelkavik peker på at Fontenehus/overgangsarbeid og Arbeid med bistand kan være en god kombinasjon for enkelte mennesker med psykiske lidelser som trenger langvarig støtte parallelt med det å komme i ordinært arbeid. Kombinasjonen klubbhus og varianter av supported employment er ellers vanlig både i Finland, Sverige og Danmark (ibid.).

### Grønt arbeid

I løpet av de siste 10 – 15 årene har ”Grønt arbeid”, ”Grønn omsorg” eller ”Inn på tunet” også blitt viktige tiltak i landbruksrelatert næringsutvikling. Flere gårdbrukere har satset på å utvikle tilrettelagte tilbud om arbeid eller arbeidstrening for mennesker med psykiske lidelser. Arbeidsoppgavene er varierte. Fra NAV sin side defineres ”Grønt arbeid” som ”et arbeidsrettet tilbud med utgangspunkt i gårdens ressurser i regi av NAV”.<sup>17</sup> Ved ”Grønn omsorg” er det i hovedsak kommunen som bestiller tjenestene.

Arbeidstilbud innen ”Grønt arbeid” er de hvor man regner med at selve typen arbeid, fysisk kontakt med dyr og planter, samt nærhet til natur har en terapeutisk effekt, og er positiv for fysisk og psykisk helse. Slike tiltaksplasser er ment å bidra til mangfold og variasjon i spekteret av arbeidsmarkedstiltak. Arbeidsmarkedstiltak på gårdsbruk er en tiltaksform som egner seg både i tidlige avklaringsfaser og i forbindelse med mer langvarige atferdingsprosesser (Meistad & Nyland 2005).

Bente Berget gjennomførte en doktorgradsstudie som tok sikte på å undersøke effekter av arbeid og kontakter med husdyr på voksne pasienters selvfølelse, evne til å mestre ulike situasjoner, livskvalitet og angst

<sup>17</sup> <http://www.nav.no/805366715.cms>

og depresjon (Berget 2006). Undersøkelsen ble gjennomført som en tre måneders randomisert kontrollert forsøk, med behandlingsgruppe (n= 60) og kontrollgruppe (n=30) og oppfølgende registreringer seks måneder etter avsluttet forsøk. Alle som deltok fikk også ordinær terapi i hele prosjektperioden. Hoveddiagnosene til pasientgruppen var stemningslidelse, angstrelaterte lidelser, personlighetsforstyrrelser og schizofreni. Undersøkelsen kunne påvise visse endringer i psykisk helse hos behandlingsgruppen, som ikke fantes tilsvarende i kontrollgruppen. Behandlingsgruppen utviklet større intensitet og nøyaktighet i arbeidet med dyrene, lavere angst og bedret tro på egen mestringsevne. Blant medlemmene av diagnosegruppen var effekten tydeligst hos pasienter med stemningslidelser, hvor de som var i behandlingsgruppen hadde en signifikant større økning i troen på mestringsevne og livskvalitet enn de som var i kontrollgruppen.

Programstyret for Inn på tunet og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag tok i 2006 initiativ til brukerstyrt evaluering av tilbudene ved Inn på tunet gårdene. Mental Helse i Sør-Trøndelag har sammen med Brukerstyrt senter i Midt-Norge stått for gjennomføringen. Målet med denne evalueringen har vært å undersøke hvordan tjenestetilbudene til mennesker med psykiske vansker fungerer i såkalte "Inn på tunet"- tiltak, samt hvordan brukervedvirkningen er ivaretatt på gårdene som inngår i undersøkelsen (Bjørngen & Johansen 2007). Noe av det som kom fram i denne undersøkelsen, var at brukerne riktignok opplever arbeidsoppgavene som meningsfulle, men for mange brukere "er oppgavene mer koblet til et trivelig fellesskap enn en personlig plan for utvikling" (ibid. : 25). Det er få brukere som oppfatter tiltakene som en mellomstasjon for videre attføring eller rehabilitering til arbeid. Mest tilfredse er de brukerne som også ønsker seg en framtidig jobb innen landbruket.

"Oppdragsgivernes (kommuner eller NAV) forventning om at brukerne skal komme ut i jobb synes imidlertid ikke å være særlig fremtredende. For de som ønsker seg videre ut i arbeidslivet virker det å være ulik grad av samsvar mellom yrkesmessig rehabilitering og tiltaket. Det synes tydelig at tiltaket gir en generell sosial kvalifisering og økt grad av mestring på områder som kan overføres til generell yrkesliv. Noen få har oppgitt at deres yrkesmessige interesse ikke er samsvarende med tiltaket, men fungerer allikevel ok i mangel på annet tilbud [...] Tiltaket oppfattes av en del som et midlertidig tilbud som de i en overgangsperiode kan ha nytte av for å få muligheten til å 'friskne' til og avklare egne mål. Det er imidlertid også noen som ikke har ønske om noen videre yrkeskarriere ut



fra uførhet over lang tid eller alder. Disse ønsker å ha tilbudet over lang tid og opplever at dette er det optimale tilbudet for dem” (ibid.: 25f).

## 5.2 Integrerte tiltak

Det er godt dokumentert at parallellitet i behandling og arbeidstrening er en suksessfaktor i arbeidsrettet rehabilitering. Men fremdeles brukes det relativt få integrerte tilbud, det vil si tilbud som har den ordinære arbeidsplassen som hovedarena. Arbeidsgivere er i liten grad motivert til dette, og hjelpeapparatet mangler ofte arbeidslivsrelevant kompetanse (Spjelkavik, Frøyland et al. 2003).

IPS (Individuell plassering og støtte) er en type integrert tiltak hvor man gir en relativt standardisert form for bistand, gjerne i tett samarbeid mellom klinisk personale og sysselsettingsspesialister (Helle & Gråwe 2008).

Nystuen gjennomførte en systematisk oppsummering av internasjonal effektforskning på feltet arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer. Også han konkluderte at

*”individuell plassering og støtte (ligner Arbeid med Bistand) er det mest effektive tiltaket når en person med en alvorlig psykisk lidelse har et uttalt ønske om å komme ut i ordinært arbeid. Nærhet til reelle arbeidssituasjoner en nøkkel i rehabilitering tilbake til arbeid for denne målgruppen. Dette kan innebære langvarig behandling, støtte og oppfølging når personene er i en reell arbeidssituasjon”* (Nystuen 2005: 3).

Ose mfl. påpeker at grunnen til at man har et så stort omfang av vitenskapelige bevis på at integrerte tiltak (supported employment, SE og Individual Placement and Support, IPS) fungerer bra, er at dette er tiltak som lett lar seg undersøke etter strenge vitenskapelige krav. ”Det er vanskelig å si om kanskje andre tiltak ville vist seg å være like effektive dersom de hadde vært like lett å evaluere” (Ose, Jensberg et al. 2008 : 94). Når resultatmål er ”jobb”, er det lettere å få slått fast om målet er nådd og i hvilket omfang, enn når målene defineres diffust, som å oppnå ”bedre livskvalitet”, ”bedre forutsetninger til å få jobb” osv. – selv om også ”jobb” kan bety mye forskjellig.

### Tiltak i supported employment - perspektiv

Det klassiske SE-tiltaket i Norge er arbeidsmarkedstiltaket Arbeid med bistand. Arbeid med bistand ble utviklet på begynnelsen av 1990-tallet i Norge (Spjelkavik, Frøyland et al. 2003). Arbeidssøkerne får individuell veiledning og oppfølging av en ”job coach” (ofte brukes betegnelse- ne ”tilrettelegger” eller ”jobbkonsulent”) i inntil tre år.<sup>18</sup> Personer med psykiske lidelser utgjør den største enkeltdiagnosegruppen i dette tiltaket (Spjelkavik, Frøyland et al. 2003; Møller 2005b).

I starten var Arbeid med bistand tenkt som et tilbud først og fremst til personer med psykisk utviklingshemning, mens det etter hvert kom inn flere diagnosegrupper. Spjelkavik mfl. (2004) som har undersøkt arbeidsmarkedstiltaket Arbeid med bistand, påpeker imidlertid at man i dette tiltaket ikke har utviklet hensiktsmessige metoder for arbeidssøkere med psykiske lidelser, slik man i sin tid gjorde med målgruppen psykisk utviklingshemmede.

Senter for jobbmestring i Østfold er en av to piloter i NAV-prosjektet Jobbmestrende oppfølging.<sup>19</sup> Piloten i Østfold retter seg mot personer med lettere psykiske lidelser, angst og depresjonstilstander, og det jobbes etter prinsipper for IPS. Det er ansatt tre psykologer ved senteret som gir oppfølging til brukerne med tanke på mestring av symptomer på lettere psykiske lidelser i en jobbsituasjon (symptommestrende veiledning). Prosjektet har en tidsramme på tre år og løper ut 2008. Sintef Helse er i gang med å lage en følgeevaluering av prosjektet (Joner 2007).

Det svenske enkelttiltaket med nasjonale retningslinjer, som kommer nærmest det Arbeid med bistand er i Norge, er ”Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd” (SIUS)<sup>20</sup>. Dette er et tilbud hvor arbeidsformidlingen stiller en individuell støtteperson til en person med funksjons- hemning som trenger ekstra støtte og trening i innledningsfasen av en ansettelse eller under arbeidspraksis som gjennomføres i forkant av en ansettelse. I 2006 ble dette tiltaket brukt for 2 500 personer med ulike typer funksjonshemninger (jf. Budgetproposisjonen 2008). I tillegg finnes det i Sverige en rekke tiltaksarrangører og organisasjoner som tilbyr individuell oppfølging og støtte i tråd med supported employment,

---

<sup>18</sup> For særskilte målgrupper inntil 3 ½ år.

<sup>19</sup> Bestemmelser: <http://www.nav.no/805341424.cms> .

<sup>20</sup> <http://www.arbetsformidlingen.se/admin/Documents/faktablad/sius.pdf>

for eksempel MISA (metod för individuellt stöd i arbete)<sup>21</sup> som er en virksomhet i Stockholmsregionen og Malmö/Lund, og Activa, som blant annet anvender "Activamodellen", en individuelt utformet modell med tre utviklingsfaser: "Att NÅ ett arbete, att FÅ ett arbete och att BEHÅLLA ett arbete".<sup>22</sup>

Et av de svenske prosjektene som gir individuell oppfølging og veiledning i ordinært arbeidsliv i et supported employment perspektiv, er et rehabiliteringsprosjekt for unge med psykiske lidelser ved "Nätkraft", en virksomhet i Umeå for arbeidslivsrettet rehabilitering av personer med psykiske funksjonshemminger. En underveisevaluering av dette prosjektet konkluderer med at

"Deltagarna förefaller att uppskatta insatsen i projektet – man är nöjd eller mycket nöjd och tenderar i förekommande fall att se SE som ett bättre alternativ jämfört med tidigare arbetsrehab-erfarenheter. Att man upplever sig få tillräckligt med stöd, och att insatsen individualiseras efter just mina behov, är viktiga noteringar, som antyder att en av grundidéerna bakom supported employment förverkligas" (Sandlund 2005 : 9).

Også i Danmark har man en nasjonal ordning og i tillegg ulike lokale tiltaksarrangører og organisasjoner som anvender et supported employment perspektiv. Den nasjonale ordningen med personlig assistent på arbeidsplassen for "mennesker med en varig nedsatt kognitiv og/eller psykisk arbeidsevne" ble innført 1. juli 2007 gjennom en lovendring. De lokale jobbsentre er bevillende myndigheter for ordningen. Før denne lovendringen trådte i kraft, var ordningen med personlig assistent på arbeidsplass forbeholdt personer med fysiske funksjonshemminger.

Lovendringen hadde sin bakgrunn i et forsøksprosjekt som De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) og Arbejdsmarkedsstyrelsen iverksatte i mai 2003 i Århus og Frederiksborg Amter, og senere (1. juli 2005 – 1. juli 2006) også i København og Nordjyllands Amter. Prosjektet, kalt "Støtteperson til handicappede i erhverv" hadde som formål å samle erfaringer med å integrere og fastholde mennesker med nedsatt kognitiv og/eller psykisk arbeidsevne på arbeidsmarkedet ved å gi dem en støtteperson på arbeidsplassen (SUS 2005).<sup>23</sup> Målgruppen inkluderer både "sindslidende, mennesker med hjerneskade og psykiske utviklingshemmede".

<sup>21</sup> <http://www.misa.se/>

<sup>22</sup> <http://www.s-activa.se/om-activa/activamodellen>

<sup>23</sup> <http://www.handicap.dk/projekter/stotteperson/Evaluering.pdf>

Ifølge rapporten om forsøksprosjektet som ble laget av Sosialt Utviklingscenter SUS (2005), har erfaringene med støttepersonordningen vært positive.

”Med en støtteperson vil en større gruppe mennesker med psykisk funksjonsnedsettelse formentlig kunne få mulighet for at bibeholde eller opnå beskæftigelse på arbeidsmarkedet, enten med ansættelse på ordinære eller særlige vilkår. Mennesker, som ellers kun vanskelig – eller slet ikke – har adgang til arbeidsmarkedet” (SUS 2005 : 5)

Styrken ved ordningen er individuell tilpassning og fleksibilitet, heter det i rapporten. Viktige elementer er tett og fortløpende oppfølging fra Arbeidsformidlingen (AF), tilbud om veiledning til støttepersonene, samt at ordningen er ”udgiftsnøytral for arbeidsgivere” (ibid.).

De fleste som deltok i forsøket var personer som hadde en hjerneskade, ofte høytutdannede og i en vanlig jobb, og psykisk utviklingshemmede som er ansatt på ”fleksjobb”. Personer med ”sindslidelse” utgjorde bare en liten gruppe i forsøket. Rapporten understreker betydningen av oppfølgingen som støttepersonen gir på arbeidsplassen, men det fremheves også at det finnes grenser for hva en støtteperson kan kompensere:

”Støtten må kun relatere sig til forhold omkring beskæftigelsen – ikke til deltagerens sociale, psykiske, økonomiske eller praktiske forhold uten for arbeidsplassen. En del deltagere har sådanne problemstillinger. Det peger på, at det kan være viktig at trekke støttepersonordningens muligheter og begrensninger tydeligt op for både deltagere og støttepersoner. Og samtidig peger det på, at der kunne ligge en opgave i, at den visitende instans, der formidler støttepersonen, styrker samarbejdet med andre instanser (sagsbehandler eller lignende). (SUS 2005 : 43).

Sjansen for at støtteforløpet blir vellykket øker når det på forhånd er gjort en

”meget grundig afklaring af deltagerens støttebehov i forhold til arbejdsopgaver – og i forhold til andre områder. Dernæst at både deltager og støtteperson forberedes og informeres godt i forbindelse med opstarten af forløbet. Og endelig at der foregår en opfølging, som er tilpasset det enkelte støtteforløb i en dialog mellem deltager, støtteperson og opfølgingsperson.” (ibid.).

Et dansk eksempel på et lokalt tilbud, er den psykiatriske jobbkonsulentordningen som ble innført ved ”Huset” i Skive (Schau 2005). ”Huset” er et behandlingstilbud for mennesker med psykiske sykdommer i Skive kommune (Viborgs amt). Huset tilbyr forskjellige gruppebaserte aktivitets- og samværstilbud i et hverdagsperspektiv, som

retter seg til brukere som man mener har bruk for et kortere behandlingsforløp for så å komme videre til et arbeid eller andre psykiatriske tilbud. Allerede på 1990-tallet undret man seg over at så mange av brukerne var gjengangere på Huset, og at mange av dem følte seg sviktet og overlatt seg selv i forbindelse med den etterfølgende arbeidsrettede innsatsen. Kun en liten del av brukerne ble integrert på arbeidsmarkedet. Det kunne være bagateller som førte til at man mistet en jobb og at sykdommen akselererte. Den kommunale oppfølgingen var ikke tilstrekkelig, og i 2000 – 2003 ble det derfor gjennomført et prosjekt som skulle bidra til at flere av brukerne kunne komme i et varig og meningsfullt arbeidsforhold. Suksessen med prosjektet gjorde at man innførte en permanent jobbkonsulentordning som et tilbud for brukere fra Skive og fire andre kommuner.

Målgruppen er personer med kroniske eller langvarige sinnslidelser og/eller psykiske problemer. Først og fremst er tilbudet rettet mot dem som har sykepenger eller ”kontanthjelp” (sosialhjelp) og for ”førtidspensjonister” (uføretrygdede) som ønsker å få en ”skånejobb” (ansettelse med tidsubestemt lønnstilskudd). Innsøkingen kan skje gjennom kommunenes saksbehandlere, eller psykiatriske behandlingssteder som tar kontakt med kommunen for endelig godkjenning.

Jobbkonsulenten er organisatorisk og fysisk plassert på Huset, men mesteparten av tiden tilbringer han ute på arbeidsplasser. En evaluering av nesten to års virksomhet (Schau 2005), konkluderer med at ordningen har vært en suksess. Det har vært i alt 62 brukere i denne perioden, og 34 av dem (55 prosent) har oppnådd en eller annen form for tilknytning til arbeidsmarkedet: To av dem har fått en ordinær ansettelse, de andre ulike former for arbeid i ordinære virksomheter på særlige vilkår (fleksjobb, skånejobb, beskyttet beskjeftigelse, arbeidsutprøving, og virksomhetsrevalidering). Suksessen med jobbkonsulentordningen forklares med rammebetingelsene for arbeidet, jobbkonsulentens psykiatrikompetanse, personlige egenskaper og kjennskap til nettverket (Schau 2005).

Kontakten med brukerne er delt inn i fire faser, kontaktfasen, stabiliseringsfasen, oppfølgingsfasen og utslusnings/fastholdelsesfasen. Ved innsøking plasseres brukerne individuelt inn i den fasen som passer best. Kommunen betaler en fast pris per døgn per deltaker, med ulike månedspriser for de forskjellige fasene. Fase 1 (kontaktfasen) er dyrest og fase 4 (utslusnings- og fastholdelsesfasen) billigst.

Jobbkonsulenten gir individuell bistand og støtte til bruker og til arbeidsgiver. Som regel er det jobbkonsulenten som finner en passende jobb, tar førstehåndskontakt med arbeidsgiver og orienterer vedkommende. Jobbkonsulenten blir så med på jobbintervju, følger opp arbeidsforholdet fortløpende, gjerne ved å ”ta de små problemer i oppløpet”. I evalueringsperioden hadde jobbkonsulenten mellom 15 og 25 deltakere til enhver tid (Schau 2005).

### Arbeidsgiverrettete tiltak

Integrerte tiltak har arbeidsplassen som hovedarena for yrkesrettet rehabilitering. Det innebærer at rehabiliteringsprosessen kan understøttes av arbeidsgiverrettete tiltak. ”Det rommelige arbeidsmarked” var et nasjonalt prosjekt i Danmark som skulle påvirke arbeidsgivernes holdninger overfor funksjonshemmede i en positiv retning. En rapport fra det danske Socialforskningsinstitut handler om vilkår for at personer med psykiske lidelser kan få og beholde arbeid i det ordinære arbeidslivet. (Rosenstock, Tinggaard et al. 2004). Undersøkelsen indikerer at det er flere forhold som har betydning for at en ansettelse på særlige vilkår kan fungere optimalt.

Det som ifølge rapporten trekker i positiv retning er at

- arbeidsgiveren føler et sosialt ansvar, arbeidsgiveren får en henvendelse om en konkret ansettelse, ansettelsen ikke skaper merkostnader for arbeidsgiveren, det finnes egnede arbeidsoppgaver, og at den ansatte og arbeidsplassen matcher hverandre,
- inkluderingen lettes når kollegene er med på ideen, kollegene får ordentlig informasjon, arbeidsoppgavene blir tilpasset og forventningene blir avstemt,
- hverdagen lettes når papirarbeidet ikke er en byrde for virksomheten, samarbeidet mellom virksomhet og kommune fungerer, arbeidsplassen er innstilt på at den ansatte har særlige behov, arbeidsplassen har overskudd og pedagogisk innsikt, den ansatte hjelpes i gang med oppgavene, arbeidsplassen setter av tid, og arbeidsplassen tar særlige hensyn til den ansatte.

I 2006 og 2007 har den danske arbeidsgiver og interesseorganisasjonen Kooperationen, gjennomført et prosjekt, kalt "Bamuda-prosjektet". Prosjektet ble finansiert av Arbejdsmarkedsstyrelsen og skulle avdekke barrierer og muligheter for beskjeftigelse av "psykisk sårbare" personer i kooperative virksomheter. Gjennom prosjektet skulle disse virksomheter utvikles til å fungere effektivt på "det rommelige arbeidsmarkedet" og samtidig sikre

"sindslidende meningsfylt og tilpasset beskæftigelse. Målet er at gjennomføre en reel integration af sindslidende på arbejdsmarkedet og udvikle den enkeltes arbejdsidentitet løbende. Derudover arbejdes der med en synliggørelse af ledelsens og de øvrige medarbejders sociale kompetencer, der ofte udvikles ved at have en sindslidende ansat. Endelig arbejder projektet med at involvere samt etablere og udvikle samspillet mellem den lokale fagforening, kommuner bofællesskaber og andre, der i det daglige arbejder professionelt med at behandle og integrere sindslidende".<sup>24</sup>

Kooperationen utga en rapport fra "Bamuda-prosjektet", basert på intervjuer hos ulike kooperativer som hadde ansatt "psykisk sårbare" mennesker. Rapporten skal være et materiale som

"tilbydes de kooperative virksomheder metoder og værktøjer, der kan benyttes til at afklare og dokumentere værdien af at beskæftige psykisk sårbare personer - samt metoder, der kan understøtte og bakke op om arbejdet med at integrere og fastholde sådanne kolleger - til gavn for samfundet, virksomheden og den psykisk sårbares liv og udvikling" (Bamudarapport: 4).<sup>25</sup>

I regi av kommuneforbundet Västernorrland, Sverige, ble det gjennomført en intervjuundersøkelse blant 25 arbeidsgivere fra ordinære – private og offentlige – virksomheter tilknyttet tiltaksarrangøren Minerva.<sup>26</sup> Undersøkelsen hadde som mål å beskrive arbeidsgivernes erfaringer med å tilby arbeidsplasser til personer med psykiske funksjonshemninger og hvordan dette påvirker arbeidsmiljø og medarbeidere (Rosenberg & Lundberg 2005). Arbeidsgiverne i undersøkelsen hadde erfaringer fra i alt 39 personer, nesten samtlige av disse var ansatt på midlertidige praksisplasser.

<sup>24</sup> Sitert fra AMS' hjemmeside: <http://www.ams.dk/sw4346.asp> . Jf.

<http://vidensnetvaerket.dk/projekter/psykiske-sygdomme-1/bamuda-2013-psykisk-sarbare-medarbejdere-i-kooperative-virksomheder>

<sup>25</sup> En lenke til nedlasting av rapporten er her: <http://www.kooperationen.dk/34271/Projekter>

<sup>26</sup> Minervagruppen er en rehabiliteringsvirksomhet i Sundsvall.

Man fant få eksempler på stigmatisering. Arbeidsgiverne ga uttrykk for et humanistisk menneskesyn og beskrev klienten som en unik person, ikke som en del av en gruppe. Flere la vekt på et støttende miljø på arbeidsplassen, positive holdninger blant kolleger, en velfungerende arbeidsplass, og på at noen har en klar definert veilederrolle og er villige til å ta ansvar. Erfaringene med integreringen var forskjellige, men overveiende positive med tanke på gjensidig støtte, læring og det å få se hvordan klienten utvikler seg. Arbeidsgiverne beskrev en rekke ulike strategier for å støtte og tilrettelegge for den enkeltes behov på arbeidsplassen, men få av dem mente at dette skilte seg nevneverdig fra hva de ellers gjør når de ansetter en ny medarbeider. Disse strategier kunne være å tillate en person å jobbe i sitt eget tempo, og mange la vekt på å gi vedkommende mulighet til å variere arbeidsoppgaver etter behov og til å trekke seg noe tilbake i pressede situasjoner, evt. forlate arbeidsplassen en stund. Samtlige informanter svarte at de gjerne skulle fortsette med å tilby praksisplasser for mennesker med psykiske funksjonshemninger. De var opptatt av balansen mellom det å gjøre tilpasninger til den enkelte og virksomhetens produktivitetshensyn, men kunne godt se klienten som også en produktiv medarbeider med stort potensial og ”var vid många tillfällen imponerade av det arbete och de värderingar som de tillförde arbetsplatsen” (Rosenberg & Lundberg 2005 : 45). Mange ga uttrykk for at både de og deres medarbeidere har fått ny innsikt i hva det innebærer å ha en funksjonshemning. Særlig de arbeidsgivere som var noe frustrert over den enkeltes prestasjoner, uttrykte behov for mer informasjon om klienten.

På bakgrunn av undersøkelsen gir forfatterne blant annet følgende anbefalinger: Klare og tydelige forventninger er viktige i startfasen av en praksisperiode, både for klienten, arbeidsgivere og tiltakets tilrettelegger. Hvilken informasjon som gis om den enkelte, bør avgjøres individuelt. Arbeidsgivere setter pris på å møtes og utveksle erfaringer, dersom de gis mulighet til å planlegge møter i god tid. De trenger også god informasjon om hjelpeapparatets, som trygdekassen, arbeidsformidling, tiltaksarrangør osv., og deres ansvarsområder i rehabiliteringen, for eksempel med tanke på oppfølging og veiledning.

Men selv om arbeidsgiverne i nesten alle tilfeller har gjort positive erfaringer med å tilby praksisplass og også kan tenke seg å ansette personer med psykiske funksjonshemninger, mener flertallet av dem at det er



”ett alltför stort glapp mellan lönebidragsanställning och en fast anställning. De saknar arbetsförmedlingen och försäkringskassan som förmedlare av service och ser behovet av ytterligare stöd för att kunna hjälpa klienten att ta nästa steg mot en reguljär anställning. De ser begränsningar i arbetsmarknaden och sina egna företag och vill komma på nya tillvägagångssätt” (Rosenberg & Lundberg 2005 : 51).

Dette berører ifølge forfatterne et sentralt tema ved alle diskusjoner om videre utvikling av arbeidslivsrettet rehabilitering: Hvordan kan man skape et system hvor det finnes en struktur som kan støtte en rehabiliteringsprosess som viste seg å være framgangsrik? (ibid.)

### Økonomiske kompensasjonsordninger

Vi vet lite om arbeidsgivernes perspektiv når det gjelder ansettelse av mennesker med psykiske lidelser. Det at arbeidsgiverne er redde for å bli påført ekstra utgifter når de skal ansette personer med psykiske sykdommer, er en av konklusjonene i intervjustudien som den svenske Nationell psykiatrisamordning gjennomførte:

”[...] de intervjuade håndläggarna inte uppfattar att det i första hand är fördomar eller rädsla för psykisk ohälsa som avhåller arbetsgivare från att anställa personer med psykiska sjukdomar. Det som skapar tveksamhet är i stället rädsla för att det skal leda till extra utgifter för företaget, till exempel i form av sjuklön och rehabiliteringsinsatser, att anställa en person med psykiska funktionshinder” (Nationell psykiatrisamordning 2006 : 85)

Dersom dette er tilfelle, vil det være av stor betydning at det etableres ansettelsesforhold hvor arbeidsgiveren får kompensasjon for at den enkelte har en funksjonshemning som medfører redusert produktivitet og økt risiko for utgifter i forbindelse med sykdom og rehabilitering, konkluderer Nationell psykiatrisamordning videre, og foreslår utdypende undersøkelser av dette forholdet. Muligheter til å benytte seg av blant annet OSA-ansettelser<sup>27</sup> og lønnstilskudd benyttes i for liten grad, noe som kan skyldes at saksbehandlere oppfatter at gruppen personer med psykiske funksjonshindre definisjonsmessig står langt fra arbeidsmarkedet (ibid. : 86).

<sup>27</sup> OSA står for ”Offentligt skyddat arbete”, dvs. skjermet arbeid i offentlig virksomhet med lønnstilskudd. (<http://www.ams.se/admin/Documents/faktablad/osa.pdf>)

Det norske Arbeids- og inkluderingsdepartementet satte fra 2007 i gang et forsøk med tidsubestemt lønnstilskudd (TULT), først i fem fylker og så landsdekkende. Forsøket er omtalt i St.prp. nr. 1 (2006-2007) og i St.meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering. TULT er en ordning både for dem som står i fare for å ramle ut av arbeidslivet og for dem som har problemer med å komme seg inn i det. Lønnstilskuddet er tenkt å dekke gapet mellom kravet til arbeidstakers yteevne og kravet arbeidsgiver stiller til innsats/yteevne i en aktuell stilling. Størrelsen på lønnstilskuddet skal altså fastsettes ut fra arbeidstakerens arbeidsevne. I det første året kan tilskuddet utgjøre inntil 3/4 refusjon av lønn (inkludert sosiale kostnader), mens det fra og med det andre året kan gis inntil 2/3 lønnsrefusjon. Øvre grense for beløpet som kan gis som tilskudd, er satt til maksimalt 5G per år.<sup>28</sup>

Ifølge forskriften skal NAV sørge for nødvendig oppfølging av arbeidstaker og arbeidsgiver, hvilket må forstås som at oppfølgingen skal være individuelt basert. Det vises i forskriften også til at NAV har ansvar for å utarbeide rutiner som ivaretar oppfølgingsbehovet. Som TULT-ansatt er man inne på et av NAVs tiltak, men man har samtidig fulle rettigheter som ansatt på en ordinær arbeidsplass.

I Danmark har man ordningen med ”fleksjob”<sup>29</sup>

”I den danske social- og arbejdsmarkedslovgivning findes der forskellige muligheder for at kompensere mennesker med funktionsnedsættelser med henblik på at understøtte deres muligheder for at deltage i arbejdslivet på lige fod med deres ikke-handicappede kolleger. De primære kompensationsforanstaltninger i lovgivningen i forbindelse med beskæftigelse på ordinære vilkår er personlig assistance samt muligheden for tildeling af kompenserende hjælpemidler eller særlig indretning af arbejdspladsen. Desuden er mulighederne øget for beskæftigelse på særlige vilkår i form af arbejdstidsnedsættelse med lønkomensation (fleksjob)” (Clausen, Pedersen et al. 2004 : 15).

I en publikasjon fra den danske brukerorganisasjonen LAP (Landsforeningen af Nuværende og Tidligere Psykiatribrugere) omtales fleksjob som en av de to ”ordninger, som giver plads til os - med særlige

---

<sup>28</sup> Ut fra gjeldende satser tilsvarer 5G kr 314.460.

<sup>29</sup> Fleksjob. 17. udgave. Det Centrale Handicapråd (2007): <http://www.dch.dk/publ/fleksjob/index.html> .

hensyn til vores 'handicap' og offentligt løntilskud til vores løn, som skulle give arbejdsgivere lyst til at ansætte os" (Breum 2004 : 6).<sup>30</sup>

Mens det i den danske fleksjob-ordningen er en forutsetning at den fleksjob-ansatte er ansatt i full stilling, har man i den norske TULT-ordningen brukt andre løsninger, som kombinasjon med gradert uføretelse og lønnstilskudd/lønn. Spjelkavik (2008b) peker på at dette medfører at den norske ordningen åpner muligheter for arbeidstilknytning også for dem med svært redusert arbeidsevne. Kombinasjon lønnstilskudd og uførepensjon er ikke tillatt i Danmark. Der bruker man en annen ordning, jobb med lønnstilskudd til "førtidspensjonister" (tidligere kalt "skånejob med lønnstilskudd") eller – om det er tvil om vedkommende fyller kravene til "fleksjob" – "revalideringsydelse" i en periode. Deltidsstilling i "fleksjob" er tillatt, men som regel ikke i kombinasjon med andre offentlige ytelser.

Fleksjobbordningen har hatt stor suksess, men suksessen har ikke vært like stor for personer med psykiske lidelser. Fra saksbehandlerens hold ser det ut til at

"der lovgivningsmessigt mangler muligheder i forhold til beskæftigelsesindsatsen over for personer med psykiske handicap, hjerneskader samt udviklingshæmmede.

Den generelle vurdering af *Lov om kompensation til handicappede i erhverv* er, at den udgør et godt redskab i beskæftigelsesindsatsen over for personer med handicap. Dog finder de fleste handicapkonsulenter og uafhængige jobkonsulenter, at der lovgivningsmessigt mangler muligheder for personer med psykiske handicap samt personer med hjerneskader og udviklingshæmning, hvilket kan udgøre en barriere for beskæftigelsesmulighederne for denne gruppe af personer." Disse har tilleggsproblemer som ikke en kompensationsordning i seg selv kan løse. De trenger støtte også på andre områder. (Clausen, Pedersen et al. 2004)

Personer som har erfart hva jobb betyr for deres egen tilfriskningsprosess, forteller at det er mange forhold som kan støtte opp under bedringsprosessens og gjør det mulig å klare seg i arbeidslivet:

"Many supportive factors in their work settings were recognised and appreciated, as important aspects in their being able to succeed at work. This included sympathetic and flexible managers, understanding and helpful co-workers, and especially being with others who believed that

---

30

[http://lap.rafus.dk/index.php?view=article&catid=47%3AUdgivelser&id=143%3Aarbejdsmarkedet-ogsaa-for-psykiatribrugere&format=pdf&option=com\\_content&Itemid=48](http://lap.rafus.dk/index.php?view=article&catid=47%3AUdgivelser&id=143%3Aarbejdsmarkedet-ogsaa-for-psykiatribrugere&format=pdf&option=com_content&Itemid=48)

they could and would succeed, people who transmitted messages of trust and hope. When met with expectations and positive beliefs, informants in this study experienced increased self-confidence, and felt pride and satisfaction with their accomplishments” (Borg & Kristiansen 2007 : 17).

“Experiencing being included in ordinary work roles and settings was found to be central in the recovery process. Individuals who previously had experienced low expectations about getting a job found they were able to perform well in ordinary work roles despite periodic or ongoing mental distress, if their subjective experiences were positive and if work environments were supportive and flexible” (Borg & Kristiansen 2007).

For å få et mer tilgjengelig arbeidsmarked slik at den enkelte kan forsørge seg gjennom arbeid, om enn med statlig finansiering, foreslår den svenske Nationell psykiatrisamordning blant annet økte muligheter til høyrisikobeskyttelse for arbeidsgivere og øremerkede ansettelsesvern for personer med psykiske funksjonshindre (Nationell psykiatrisamordning, rapport 2006 kap. 8)<sup>31</sup>

Økonomiske tilskudd kan bidra både til økt motivasjon og bedre handlingsrom i virksomheter for å få gjennomført en personalpolitikk som understøtter bedringsprosesser. Økonomiske kompensasjoner for arbeidsgivere kan bygge ned hindre, men for at den enkelte kan nyttiggjøre seg det å ha en jobb på en positiv måte og for at jobben kan bidra til ”tilfriskningen”, trengs det mer. Det ser ikke ut til at man kan ”kjøpe seg vekk” fra alle de faktiske problemene ansettelse av personer med psykiske lidelser medfører. Evalueringen av TULT peker på oppfølging som en særlig viktig forutsetning for bærekraftige TULT-ansettelser (Spjelkavik 2008b).

### 5.3 Oppsummering

Det finnes mange ulike tiltakstyper og metoder innen arbeidsrettet rehabilitering, men idealtypisk kan man skille mellom to hovedtilnærminger: Den ene er den tradisjonelle tilnærmingen, hvor man tenker seg at arbeidsforberedelse, trening og opplæring skal skje på skjermede arenaer først, før en eventuell overgang til det ordinære arbeidslivet (”train –

---

31

[http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri/specnavigation/Om\\_psykisk\\_halsa/Nationell\\_psykiatrisamordning/](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri/specnavigation/Om_psykisk_halsa/Nationell_psykiatrisamordning/)

place”). Den andre er den integrerte tilnærmingen, som vektlegger den ordinære arbeidsplassen som hovedarena i yrkesrettet rehabilitering. Dette går ut på at man først skal finne en egnet arbeidsplass, og så skal trening og opplæring foregå her (”place – train”). Vitenskapelige studier har vist at tiltak som har en integrert tilnærming gir bedre resultater med tanke på å få jobb, enn skjermede tiltak. Det betyr ikke at skjermede tiltak ikke kan ha en viktig funksjon i arbeidsrettet rehabilitering.

Noen skjermede tiltak brukes midlertidig, som arbeidstreningstiltak eller for å få avklart arbeidsevne, andre tiltak kan ha brukere på ubestemt tid. Fleksibel bruk av skjermede arbeids- og arbeidstreningssarenaer kan være gunstig for mennesker med psykiske lidelser. Eksempler på skjermede tiltak som man har gode erfaringer med, er sosiale kooperativer (Sverige), klubbhus/Fontenehus, og tilbud knyttet til gårdsbruk, ”Grønt arbeid” (Norge). Skjermede tiltak oppfattes av brukerne som meningsfulle tilbud, men ikke nødvendigvis som tilbud som gir overgang til ordinært arbeid. Hvilken veiledning og oppfølging som gis brukerne på skjermede tiltak, kan spille en viktig rolle når det gjelder å komme videre i rehabiliteringsprosessen.

”Supported employment” (SE) utgjør et hovedperspektiv for integrert tilnærming. Det klassiske tiltaket i dette perspektivet i Norge er arbeidsmarkedstiltaket Arbeid med bistand, hvor deltakerne får individuell veiledning og oppfølging av en tilrettelegger i inntil 3 år. Det tilsvarende svenske enkelttiltaket med nasjonale retningslinjer er ”Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd” (SIUS). Dette er et tilbud hvor arbeidsformidlingen stiller en individuell støtteperson til en person med funksjonshemming som trenger ekstra støtte og trening i innledningsfasen av en ansettelse eller under arbeidspraksis som gjennomføres i forkant av en ansettelse. Også i Danmark har man innført en nasjonal ordning med personlig assistent på arbeidsplassen for ”mennesker med en varig nedsett kognitiv og/eller psykisk arbeidsevne”. I tillegg har man i alle skandinaviske land ulike lokale tiltaksarrangører, instanser og organisasjoner som tilbyr tiltak i supported employment-perspektiv.

Integrerte tiltak har arbeidsplassen som hovedarena for yrkesrettet rehabilitering. Det innebærer at rehabiliteringsprosessen understøttes av arbeidsgiverrettede tiltak. Forhold som har betydning for at integrerte tiltak fungerer bra, er at arbeidsgiveren føler et sosialt ansvar, at ansettelsen ikke skaper merkostnader eller andre ulemper for arbeidsgiveren, og

at det er en bra ”jobb-match”. Vi vet lite om arbeidsgivernes perspektiv når det gjelder ansettelse av mennesker med psykiske lidelser, men dersom arbeidsgivernes redsel for å bli påført ekstra utgifter utgjør en barriere for inkludering, vil det være av stor betydning at arbeidsgiveren får kompensasjon for disse utgifter. Økonomiske kompensasjoner for arbeidsgivere kan bygge ned hindre, men for at den enkelte kan nyttiggjøre seg det å ha en jobb på en positiv måte og for at jobben kan bidra til ”tilfriskningen”, trengs det mer. Det ser ut til at oppfølgingen som gis arbeidsgiver i tillegg til økonomisk kompensasjon, er en særlig viktig forutsetning for bærekraftige ansettelse.

## 6

**Kunnskap i praksis: Varianter av tilbud i Norge**

I dette kapitlet skal vi beskrive noen eksempler på arbeidsrettede tilbud som gis mennesker med psykiske lidelser i Norge. Disse tilbudene er til dels basert på forskning og evaluering som har vist hva som fungerer bra og virker lovende, og til dels på erfaringer en har samlet gjennom det praktiske arbeidet med mennesker med psykiske lidelser.

Øremerkede midler gjennom Opptrappingsplanen muliggjorde større satsinger i kommunal, statlig og frivillig sektor i de senere årene. Forsøk og tiltak ble satt i gang, kompetansebygging fant sted, og sammen med frivillige organisasjoners prosjekter, opplysnings- og informasjonsarbeid fikk man mediefokus og oppmerksomhet rundt dette tema. Alt dette har bidratt til produksjon også av den erfaringsbaserte praksiskunnskapen hos dem som arbeider i dette feltet. ”God praksis”-eksempler har vi hentet fra to regioner i Norge som begge har vært med i Vilje Viser Vei, Storbysatsingen, en del av NAVs innsats finansiert over Opptrappingsplanen. Satsingen hadde som mål å etablere tilbud og tjenester som representerer nyskaping, videreutvikling og utprøving av nye tilnæringsmåter i tett samarbeid med trygd, helseforetak og kommuner.

Tradisjonelt – og svært forenklet – tenker man arbeidsrettet rehabilitering hos mennesker med psykiske lidelser slik: Psykisk helsevesen er den instans som trer først i aksjon for den som er syk. Når de har gjort jobben sin og pasienten er frisk(ere), blir hverdaghjelperne fra kommunen hovedaktør for brukeren. Brukerens bolig, aktivitet, livskvalitet er et kommunalt anliggende. Når hverdagslivet fungerer rimelig greit, kommer NAV inn i bildet, og man skal tenke på arbeidstrening og arbeidsforberedelse. NAV registrerer, vurderer, kartlegger og fatter vedtak om hensiktsmessige tiltak for at arbeidssøkeren skal få en vanlig jobb. Man lykkes ikke alltid med å nå dette målet, slik at løsningen på den enkeltes ”bedringsvei” kan bli uføretrygd.

Blant pasientene ved poliklinikkene i psykisk helsevern er 20 prosent i jobb og 30 prosent enten sykmeldt eller under rehabilitering (Ose, Jensberg et al. 2008 : 34). Fordi en stor andel av pasientene har et etablert arbeidsforhold, men samtidig står i fare for å falle ut av arbeidslivet,

synes det spesielt viktig å fokusere på arbeidsrettede tiltak som en del av behandlingstilbudet (ibid.). Også mange av dem som ikke har noen tilknytning til arbeidslivet, kan dra nytte av at deres behandlingsinstans retter søkelys på arbeidslivet.

Arbeidsrettede tilbud i regi av psykiatrisk behandlingsinstans er for så vidt ikke noe nytt. Psykiatriske institusjoner hadde tidligere verksteder og ”sysselsettingsterapi”, men det som karakteriserte disse var at de foregikk i skjermede omgivelser med hovedfokus på aktivitet, motivering og sosial trening. Disse aktivitetstilbudene var ment å støtte opp under behandlingen, gi livskvalitet og motvirke passivisering. Etter hvert har man flere steder innenfor psykisk helsevern begynt å utvikle, prøve ut og forske på arbeidsrettede tilbud for psykiatriske pasienter med fokus på det å komme inn i eller vende tilbake til yrkeslivet og ordinære arbeidsforhold, gjerne i samarbeid med andre instanser i hjelpeapparatet, kommuner og tiltaksarrangører.

Vi skal her vise eksempler på tiltak som bryter med den tradisjonelle trappetrinnstenkingen. Utprøving på en vanlig arbeidsplass kan for eksempel foregå allerede tidlig i en rehabiliteringsprosess ved at man kan få tilbud om arbeidstrening i ordinær virksomhet gjennom behandlingsinstans eller den kommunale helsetjenesten. På den annen side trekkes arbeidsmarkedstiltak i NAV-regi inn i arenaer som tradisjonelt har vært kommunens eller behandlingsapparatets domene. Et eksempel på nytenking og samarbeid på tvers av sektorer er et syv ukers arbeidsforberedende kurs hvor psykiatriske fagfolk (DPS-ansatte) ble hyrt inn til å undervise en dag i uka. Kurset hadde åtte deltakere og undervisningen. I stedet for et høyt honorar til de DPS-ansatte fikk DPS tilbud om å disponere fire av plassene til sine pasienter.

I Norge har man god oversikt over arbeidsmarkedstiltak i NAV regi. Disse finansieres over statsbudsjettet, og tiltakene er underlagt et nasjonalt regelverk. Det finnes ingen tilsvarende oversikt over, eller regelverk for, arbeidsrettede tilbud i regi av behandlingsapparat og kommuner, og vi har fremdeles lite forskningsbasert kunnskap om hva man oppnår ved slike tilbud. Ofte dreier de kommunale tilbud seg om skjermede aktivitets- og sysselsettingstilbud, og hos behandlingsinstanser tilbys kurs som fokuserer på mestring og sosialt fellesskap. Et kurs utviklet allerede på 1990-tallet ved arbeidsmarkedsetatens Arbeidsrådgivningskontor i Oslo



(Buer, Jenssen et al. 1996) fungerer fremdeles som inspirasjonskilde og modell for kurstilbud som gis psykiatriske pasienter i dag.

I de følgende avsnittene presenteres et knippe eksempler for til dels utradisjonelle tilbud, tiltakskombinasjoner og samarbeidsformer vi fikk nærmere kjennskap til gjennom våre feltbesøk. Vi gir ingen evaluering av resultater og aktiviteter, men en beskrivelse av aktørenes egne vurderinger og erfaringer. Kapittelinnstillingen vi har valgt, går på tvers av sektorer (stat, kommune, helsevesen), men er i tråd med den idealtypiske dikotomien ”skjermet – integrert” (jf. kap. 5). Innenfor disse to hovedretninger skiller vi mellom varige og tidsbestemte tilbud. Denne inndelingen valgte vi for å lede oppmerksomheten mer på *framgangsmåte og metodikk* i tiltakene, enn på *forvaltningen* av disse tiltak.

## 6.1 Skjermede tidsbestemte tilbud

Eksempel: Varig tilrettelagt arbeid

Varig tilrettelagt arbeid (VTA) er et tradisjonelt tiltak for personer som er definert som å ha minst 50 prosent arbeidsevne. Disse drives som avdelinger på vekstbedrifter (arbeidsmarkedsbedrifter). I bedriften vi besøkte brukes dette tiltaket av mange personer med psykiske lidelser. Det opplyses at personer som trenger tett oppfølging døgnet rundt heller bruker kommunens dagsenter som sysselsettingstilbud. Målgruppa i VTA sies å trenge tilpassing, tilrettelegging og romslighet, og ”en trygg plass hvor de kan være en stund.” Dataopplæring og kantinedrift regnes for å være spesielt egnet for personer med angstproblemer.

På individuelt nivå samarbeider tiltaket med DPS, med flere kommuners psykiatriavdeling og med fastleger. Samarbeidet oppleves som bra på individuelt nivå, men ikke på prosjektnivå og ikke med alle kommuner. En kommune forsøkte å få tiltaksarrangør til å være koordinator for Individuell plan, men tiltaket var imot det. Hvis IP virker, er den ”knallbra”, men den virker sjelden, hevdes det. ”Det trengs noen pådrivere, pårørende. Ansvarsgrupper fungerer bra”.

Personer som skal gå videre ut i ordinært arbeid, får tilbud om utvidet arbeidspraksis i ordinær virksomhet. Dette regnes for å være et viktig

tiltak. Den individuelle og langvarige oppfølgingen skal gi trygghet. NAV ”syr sammen” ulike tiltakskombinasjoner. Man har for eksempel gode erfaringer med å kombinere arbeidspraksis i ordinære virksomheter med fadderordning. De får en kontaktperson i bedriften, en de er trygge på, og som kan følge dem opp over lang tid. Deltakerne som er skrevet ut gis også mulighet til å komme tilbake til tiltaket og få hjelp. En har erfart at det er lettere for disse deltakere å skifte arena enn å skifte kontaktpersonen.

#### Eksempel: ”Inn på tunet”

I dette eksemplet er tiltaksarrangøren et gårdsbruk med melkeproduksjon og rideskole. Kommunens avdeling for psykisk helse kjøper fire heltidsplasser til sine brukere, det vil si fire dager à fire timer pr uke. Plassene deles slik at flere enn fire personer deltar, hvilket innebærer at hver av brukerne jobber færre dager, f. eks kan åtte brukere jobbe to dager i uka. Brukerne har uføretrygd og får 15 kr timen som bonuslønn. Arbeidet består i stell av dyr og diverse vedlikeholdsjobber. Bonden får veiledning av en psykiatrisk sykepleier som jobber i kommunen. Brukerne har kontakt med ulike terapeuter i kommunens avdeling for psykisk helse, og bonden deltar i brukernes ansvarsgrupper. Brukerne følges opp tett: Bonden henter dem med bil fra byen og kjører dem tilbake. Hvis noen ikke møter opp, må bonden gjøre også deres jobb.

Tilbudet har som formål ”å gi folk bedre livskvalitet, aktivitet og arbeidstrening”. For kommunen er målet med tiltaket å tilby en meningsfull tilværelse.

Opprinnelig var tilbudet tenkt som et midlertidig tiltak, men det viste seg å ikke fungere som et overgangstilbud. Etter at tilbudet i sin nåværende form har eksistert i fem år, har ingen av brukerne gått videre til andre tiltak eller jobb. Den eneste brukeren som har sluttet på tiltaket, var en som ”droppet ut”. Det påpekes fra kommunalt hold at flere kunne ha dratt nytte av et slikt tilbud, men at de ikke kommer inn, fordi plassene er opptatt. Tidligere var det heller ikke flere søkere, fordi de regnet med at de ikke ville få plass. Nå har kommunen opprettet søkerliste for å ”synliggjøre behovet”. Utfordringen for gården nå er derfor å utvikle en vei videre for brukerne.

Eksempel: Kafé/kantine:

Vi har sett flere varianter av kafé/kantine/catering som brukes som arbeidstrenings- og aktivitetstilbud for mennesker med psykiske lidelser.

Én variant er at serveringssteder, kiosker, kaféer eller kantiner som hører til psykiske helseinstitusjoner, dagsentre eller kommunale enheter, ansetter brukere, slik at de får et arbeidstrenings- og aktivitetstiltak. Arbeidstid og oppgaver tilpasses individuelt, og arbeidet lønnes med bonuslønn som disse brukerne får i tillegg til uføretrygd.

En annen variant er serveringssteder som drives som skjermede arbeidstilbud, men som befinner seg i alminnelige omgivelser og er åpne for vanlig publikum. Kravene til stabilitet og fungering er forskjellige. Noen av tilbudene har ingen begrensninger nedad for arbeidstiden til den enkelte, mens andre tilbud stiller større krav og kan være arbeidsplasser med ”hektisk miljø”.

## 6.2 Skjermede tidsbegrensete tilbud

Eksempel: Mestringskurs

En DPS-poliklinikk satte prosjektet i gang, fordi man var opptatt av hvordan deres pasienter håndterte kontakten med NAV: Hva gjør det med folk å være i NAV, vente på tiltak, stå i dette systemet, gå på attføring. Hensikten med prosjektet var å finne ut hvordan man kunne optimalisere parallellitet, og fokus skulle rettes mer mot arbeid for en gruppe som var lavere fungerende. Klinikken ansatte en person med erfaring fra yrkesrettet attføring, som hadde det de antok var et ”friskperspektiv”. Et mål med prosjektet var å ”korte ned ventetider mellom stasjonene”.

Kurset startet i desember 2006, og det har vært med i alt med cirka syv deltakere. Tre DPS-ansatte var involvert.

Kriterier for å bli tatt opp på kurset var:

- Motivasjon, ønsket om å komme ut i arbeid
- At man hadde en Individuell plan

- At man hadde en kontakt i NAV, det vil si én saksbehandler i NAV arbeid og én i NAV trygd

Mye av det man jobbet med i gruppa var ”grensesetting” og det å bygge opp emosjonell kompetanse. Noen deltakere hadde svært ambisiøse mål, og det ble diskutert hvordan de i praksis skulle klare å forholde seg til sine kortsiktige og langsiktige mål. Prosjektlederen fra DPS inngikk en avtale med en arbeidsgiver i kommunen om at kursdeltakerne kunne jobbe med stell av et parkanlegg tre dager i uka. Selve jobbutøvelsen og den fysiske aktiviteten skulle gi mestringsfølelse.

Det ble holdt evaluerings- og samarbeidsmøter med NAV og en lokal arbeidsmarkedsbedrift. Her utvekslet man faglige vurderinger og inngikk avtaler om oppfølging. Alle hendelser ble dokumentert i den enkeltes Individuell plan, og behandlingsinstansen var koordinator.

I utgangspunkt skulle prosjektet vare i ett – to år, men det ble lagt ned etter ett år fordi det ikke fantes ressurser til videre drift. Alle deltakere fikk tilbud om individuell oppfølging etterpå. Bortsett fra én som sluttet etter kort tid, kom alle deltakerne inn i ulike typer arbeidsmarkeds- og sysselsettingstiltak: Noen fikk små jobber og bonuslønn i tillegg til trygd, andre gikk videre til arbeidsmarkedstiltak som Arbeidspraksis, Arbeid med bistand, eller Arbeidstrening i skjermet virksomhet.

Det viktigste for deltakerne var tryggheten, det at de kunne delta i en gruppe, og det at de oppfattet kurstilbudet som en normalisering. En deltaker sa: ”Hvis ikke det hadde vært for dette kurset, ville jeg ikke ha vært hvor jeg er i dag”. Det var selve gruppa de savnet mest etter at kurset ble lagt ned.

#### Eksempel: Motivasjonskurs

En DPS-poliklinikk så behov for et annerledes tilbud for unge menn som ellers ”gled unna i systemet”, særlig for unge skole-dropouts: Det skulle være et lavterskeltilbud, og det skulle være morsomt. Kurset ble etablert i 2007 som et prøveprosjekt i samarbeid mellom poliklinikken, NAV-trygd og sosialkontor/booppfølging i kommunen.

Fem unge menn deltok, noen sosialhjelpsmottakere og noen som var på arbeidsmarkedstiltak. Deltakerne fikk penger for frammøte i tillegg til

individstønning. Det ble arrangert turer, sjøkurs, klatring, osv. Erfaringene skal ha vært gode, men prosjektet var dyrt, og etter tre måneder ble det nedlagt. Det som fra prosjektinvolverte betraktes som suksess, var det samarbeidet man fikk til mellom behandlingsinstans, NAV og kommunen. Dette samarbeidet fortsetter også etter at prosjektet er lagt ned.

#### Eksempel: Kurs og opplæringstilbud:

Det finnes et mangfold av kurstilbud for mennesker med psykiske lidelser i kommunalt regi. Et fellestrekk ser ut til å være at man legger vekt på gruppedynamikk og trygge rammer. Slike kurs kan ha som mål å "utvikle kraft og retning", motivasjon og trygghet, gjerne inspirert av veiledningskurset ved ARK i Oslo på 90-tallet (Buer, Jenssen et al. 1996).

Det finnes også kurs som gir kompetanse på ulike arbeidslivsrelaterte ferdigheter, for eksempel hygienekurs for kantine- og kafépersonell, arbeidslivskunnskap eller datakurs.

Noen kurs gir mulighet til å fullføre avbrutt skolegang med støtte og tilrettelegging. Undervisningen blir delvis lagt til aktivitetssentre og foregår gjerne i smågrupper.

Noen kurstilbud er møte- og oppfølgingstilbud for deltakere som går på et annet arbeidsrettet tiltak.

#### Eksempel: Skjermet arbeidstrening på gård

En av gårdene med tiltaksplasser som vi besøkte, hadde et tidsbegrenset arbeidstreningstilbud (Arbeidspraksis i skjermet virksomhet, APS) for fem personer med psykiske lidelser. Gården har smådyr og en gårdsbarnehage. Deltakerne fikk et allsidig arbeidstilbud. Dette var et prosjekt som ble satt i gang i 2007 i forbindelse med Vilje Viser Vei-satsingen. Tiltaksarrangør er en kommunalt eid vekstbedrift. Prosjektet er et samarbeid mellom vekstbedriften, fylke, kommune og NAV. Prosjektet bygger på erfaringer fra "Inn på tunet" og Vilje Viser Vei. Deltakerne kan være i tiltaket i ti måneder med mulighet for forlengelse på ytterligere ti måneder. Målet er å gi deltakere bedre helse. Aktivitet regnes for å være bra i

seg selv, men tiltaket skal være veien til ordinært arbeid. Det opplyses at hovedmålet for dem som er i prosjektet er å komme tilbake til arbeidslivet.

En annen gård er underleverandør for en arbeidsmarkedsbedrift som kjøper syv arbeidstreningsplasser (APS). Også disse plassene ble opprettet gjennom Vilje Viser Vei. Gården hadde lang erfaring med slike tilbud allerede før avtalen med tiltaksarrangøren ble inngått. En jobbkonsulent fra vekstbedriften fungerer som veileder/tilrettelegger. I tillegg har gården også to varig tilrettelagte arbeidsplasser som kjøpes av kommunen. Deltakerne driver med stell av hester og kaniner, og annet gårdsarbeid. Gården har ordinær virksomhet (rideskole og kyllingoppdrett) som økonomisk fundament. Av APS-midlene kjøper bonden avlastning, slik at han og kona kan ta fri innimellom.

Det er meningen at deltakerne skal komme seg videre, muligens på ordinære arbeidsplasser i varig tilrettelagt arbeid, det vil si kombinasjonen trygd og bonuslønn, eller små stillinger, muligens til et skjermet arbeidstilbud eller noe annet som kan gi dem livskvalitet. Jobbkonsulenten har hjulpet en av deltakerne til en praksisplass på en vanlig bedrift hvor han fikk jobbe to dager i uka à to timer. Dette skjedde etter deltakerens eget ønske. Man regner med at det kan ta lang tid å få forbedring i arbeidsevne. Eksempelvis var det en som ble bedre etter fem år.

”Bonden” er fornøyd med at han ikke behøver å ta ansvar for brukerne i forhold til NAV, fordi han er underleverandør. Det er vekstbedriften som har dette ansvaret. Brukerne sies å ha lav arbeidsevne, en del fravær, korte arbeidsdager og de fleste jobber sakte. De gir ingen reell hjelp til gårdsdriften, hevdes det, men krever en god del oppmerksomhet.

Det opplyses også at APS med ti, eventuelt 20 måneders varighet kan oppfattes som altfor kortsiktig for noen av dem med psykiske lidelser, og at dette kan være stressende. Varig tilrettelagt arbeid i skjermet virksomhet (VTA) anses derfor også som et godt tilbud for denne målgruppen, fordi det innebærer langsiktighet. Midlertidig uføretrygd sies å ikke være til hinder for å kunne få dette tilbudet. Et alternativ er Varig tilrettelagt arbeid i ordinær virksomhet (VTAO). Her starter man gjerne i grupper på store ordinære bedrifter.

### 6.3 Integrerte tidsubestemte tilbud

#### Eksempel: Vaktmestergruppen

Sommeren 2007 ble det etablert et samarbeidsprosjekt mellom en psykiatrisk klinikk og NAV. Kontakten kom i stand gjennom Storbysatsingen i Vilje Viser Vei. Prosjektet har ansatt én tilrettelegger, utdannet som psykiatrisk sykepleier, som lønnes i 50 prosent stilling gjennom fylkets helsebudsjett og 50 prosent gjennom NAV. Helsefaglig bakgrunn anses som veldig nyttig i denne rollen, fordi tilrettelegger dermed har mer ”helhetlig kjennskap” til brukerne.

Prosjektet går ut på å gi en gruppe på fem brukere med kroniske lidelser og lang historie i psykiatrien, og som er over 45 år, et arbeidstilbud ved den psykiatriske klinikken. Man har valgt klinikken som arbeidsplass fordi deltakerne selv har bodd her i lang tid og det dermed var et sted hvor de kunne føle seg trygge. Dessuten trengte de et aktivitetstilbud da de flyttet inn i egne boliger.

Rundt 50 prosent av aktivitetene er fritidsaktiviteter og 50 prosent er arbeid. Kombinasjonen gjør det mulig at brukerne ikke bare er sammen på jobb, men også kan delta i fritids- og kulturaktiviteter. Tilrettelegger følger opp deltakerne og legger til rette for at de kan gjennomføre jobben.

Brukerne utfører for det meste enkle arbeidsoppgaver, som vaktmesterarbeid ved institusjonen, ”alt dette er arbeid som må gjøres”. Det utføres ikke oppdrag for eksterne arbeidsgivere, fordi man ikke ønsker å påta seg forpliktelser som det kan være vanskelig å følge opp når noen plutselig blir syk. Prosjektmedarbeidere legger vekt på at arbeidsoppgavene ikke må stille for store krav til kognitiv fungering eller være for kompliserte, samtidig som de må gi ”passe mye utfordringer”.

Arbeidstiden varierer fra bruker til bruker. En av dem jobber 40 – 50 timer/måned, andre 2 x 2 timer i uka. Én jobber alene én dag i uka.

På arbeidsplassen er det ”kort vei til alt”. Kontakten med behandlingsapparatet anses som viktig ”for å unngå at folk ramler ut”. Noen brukere er innlagt flere ganger i året, og tilretteleggeren ”prøver å dra dem med på jobb når de kommer ut”.

Noen av brukerne har Individuell plan, andre ikke. For dem som ønsker "å komme videre" anses IP å være et viktig redskap. Fra behandlingsapparatets side regnes IP som et av de viktigste redskap, og den brukes for eksempel mye i dagposten. Det understrekes imidlertid at IP ikke bare må være "et kjapt papir" eller en behandlingsplan, men "et verktøy for å få tilbake kontrollen over eget liv". IP kan være bra som en mal for ansvarsgruppemøter. Det er viktig er at alle aktører er med, at den kan fungere som en kriseplan som pasienten kan bruke, det vil si at han vet hvem han skal ta kontakt med i en krisesituasjon, understreker en prosjektmedarbeider.

Prosjektmedarbeidere konstaterer at "det går mye bedre med pasientene når de er på tiltak. De har et bedre liv, mindre forbruk av døgninnleggelser og mindre tilbakefall. Jobben gir avledning, og brukerne er mindre psykotiske".

Prosjektet har nært samarbeid med kommunen. Den instansen det er minst samarbeid med, er NAV-arbeid. Opprinnelig skulle tilbudet gjøres til et varig tilrettelagt statlig arbeidsmarkedstiltak i NAV-regi, men på NAV-tiltak må man kunne jobbe minst 50 prosent, noe som ikke var tilfellet hos dem som jobber i vaktmestergruppen. Det understrekes at tilbudet er for de "svakest fungerende", og at det ikke er tidsbegrenset. Brukerne har uføretrygd og får en bonuslønn på kr 35,- i timen. Det er ikke noe press for å komme seg videre. Målet er ikke at deltakerne skal komme ut i ordinært arbeid. Av og til reiser tilretteleggeren med deltakerne til en lokal arbeidsmarkedsbedrift, for å gjøre dem kjent med andre typer tiltak.

#### Eksempel: Dagsverk

Høsten 2006 ble det i forbindelse med VVV Storbysatsingen opprettet et arbeidstilbud, inspirert av et lignende prosjekt ved Senter for arbeidslivsforberedelse (ALF) i Bergen. Dette tilbudet går ut på at deltakerne ikke har oppmøteplikt, men kan få jobbe når de møter opp.

Deltakerne er uføretrygdet og får kr 50,- i timen i bonuslønn for de timene de jobber. Denne bonuslønnen betaler kommunen. Det måtte gjøres en spesiell avtale med den kommunale lønnsavdelingen og med banken, slik at lønn kunne betales hver fredag. Kommunen har det



faglige og økonomiske ansvaret for prosjektet, mens NAV betaler lønnsmidler til tilretteleggere som administreres av en arbeidsmarkedsbedrift. Prosjektet har en prosjektgruppe med medlemmer fra kommunen, NAV-arbeid og Arbeidslivssenteret, samt to brukerrepresentanter.

Målgruppa er mennesker mellom 18 og 62 år som har en psykisk lidelse og som faller utenfor de arbeidstiltak som kommunen har (hospitering/tilrettelagt arbeid) og NAV-Arbeids tilbud. Mange av deltakerne har problemer og vansker, sosial angst, bipolare lidelser. Det opplyses at ”hele spekteret av diagnoser er representert blant deltakerne, unntatt personer med rusproblemer, som i utgangspunkt ikke tas inn. Mange av deltakerne er de dårligste av de dårlige, mennesker som ikke fungerte i de eksisterende tilbud”. Mange har aldri vært i jobb. Gjennomsnittsalderen er 35 år, og begge kjønn er like sterk representert. Deltakerne beskrives som ”forskjellige med tanke på intellektuelle evner. Noen er veldig motivert”.

Deltakerne ble rekruttert ved at informasjon om tilbudet ble gjort tilgjengelig hos helsetjenester, bofellesskap, sykehus og aktivitetssentre. Tilretteleggerne reiser rundt og oppsøker disse stedene – av og til sammen med en deltaker – og informerer, og det legges ut informasjonsfoldere og plakater med detaljer og kontaktadresse. Det opplyses at det stadig er nye folk som prøver seg. Noen dropper ut, noen går videre. Mange er knyttet til bofellesskap eller har en psykiatrisk sykepleier som behandlingskontakt.

Prosjektet drives fra en base i frivillighetssentralen, som er åpen to ganger i uka for rekruttering av arbeidslagene. Det er også to arbeidsplasser på basen for innkjøp og tilberedning av lunsj, vask og stell av arbeidstøy. Tiltaket har to tilretteleggere (en barnevernspedagog og en vernepleier) og 15 plasser. Hver deltaker fyller ut en regelkontrakt ved førstegangs oppmøte hvor reglene blir gjennomgått og navn og fødselsnummer registreres.

Arbeidstiden er to dager/uke kl 10 – 14 og arbeidsoppgavene fordeles om morgenen etter ”første mann til mølla”-prinsippet. Oppdragene fordeles mellom to arbeidslag med cirka 6 deltakere og en arbeidsleder hver. De som vil jobbe den dagen kommer med offentlig transport til basen kl 8.00. På kjøkkenet smører de i fellesskap matpakke og lager kaffe. Det legges vekt på det sosiale, det å ha det hyggelig før de drar på jobb.

Denne tiden får man ikke betalt for, ”fordi man ikke får betalt for å lage seg kaffe og matpakke i en vanlig jobb heller”. Kl 10.00 drar arbeidslagene ut på jobb.

Arbeidet består i oppdrag for eksterne aktører, som lagerarbeid, søppelplukking og rydding, jobber hvor det ikke trengs forhåndskunnskap. Det understrekes at dette er ”arbeid”, ikke ”aktivitet”.

Tilretteleggerens helse-sosialfaglige bakgrunn oppfattes som en nyttig og nødvendig kompetanse for arbeidet med denne målgruppen. Det sosiale fellesskapet anses som viktig, og det er tilretteleggers oppgave å sørge for at miljøet er bra. Det legges vekt på å gi ros og mestringsopplevelser. Tilretteleggerne ”pusher dem litt”, sies det: De som utmerker seg og står på litt ekstra får ti kroner mer i timen, og de kan også fungere litt som arbeidsledere for nye deltakere. På jobben er det ikke tillatt med prat om terapi, lege, medisin eller rus. ”Man snakker om helt nøytrale ting.” ”En person som lager mye dårlig stemning for de andre, kan bli bortvist i en periode.” Det ses på som viktig å ha brukermedvirkning, og at det jobbes miljøterapeutisk. Det holdes personalmøter annenhver måned hvor alt skal tas opp. ”Deltakerne skal føle seg delaktige i ting.”

Deltakerne starter med det enkleste arbeidet, søppelplukking. På denne tiden kartlegger tilretteleggerne hvordan det går, og hvis det går bra og deltakerne vil, kan de få jobbe på lager hos en privat bedrift. På denne bedriften har NAV også én hospiteringsplass. Fra NAV-hold vurderte man det som bra at det er jobber med ulik vanskelighetsgrad, fordi dette er noe som kan gi mestring.

Målet med prosjektet er å gi en arbeids- og samhandlingsarena hvor arbeidsoppgaver løses i fellesskap. Brukeren skal oppleve at arbeidet er nyttig og reelt, få bruke sine ressurser og oppleve mestring. Arbeidsperspektivet har hovedfokus. I prosjektbeskrivelsen heter det at prosjektet skal organiseres ”slik at det i størst mulig grad gjenspeiler en ordinær arbeidssituasjon, dette for at den enkelte skal få mulighet til å kunne prøve ut sin arbeidskapasitet.”

Når det gjelder overgang til jobb, heter det i prosjektbeskrivelsen: ”Prosjektet ønsker også å tenke langsiktig, slik at den enkelte kan ’sluses’ videre i det tilbudet som kommune NN kan tilby, eller videre i Aetats arbeidsmarkedstiltak.” ”Det at tiltaket er uten tidsbegrensning, er noe

som gir livskvalitet og verdighet”, understreker en av de prosjektinvolverte, ”men de skal ikke være her evig. Vi legger vekt på å forklare at de kan være her en stund. Det må være en balansegang mellom å puste folk i nakken og la dem være i fred”. ”Noen har gått videre derfra til godt betalte jobber i det ordinære arbeidslivet”, fortelles det. ”NAV loser dem også videre til for eksempel Arbeid med bistand.”

NAV-systemet med meldekort, diagnoser, og registrering oppleves som svært byråkratisk og tungvint for den enkelte deltaker. Deltakerne kan for eksempel søke økonomisk støtte til transport hos NAV, men da må de også sende meldekort. NAVs formaliteter oppfattes som en høy terskel for denne gruppen. For å unngå at den enkelte selv måtte ta kontakt med NAV og registrere seg, ble prosjektet enig med NAV om å lempe på kravene og la tilretteleggerne stå for registreringen, ved at tilretteleggeren sender lister over deltakerne til NAV. På tiltaket er de ”pro forma”-arbeidssøkere.

Tanken var at prosjektet etter hvert skulle stå på egne ben, med partnere fra det private næringslivet som trengte folk til enkle, men reelle jobber, men dette viste seg å være for usikkert. Kvaliteten på arbeidet var så ujevn at man ikke kunne ta en pris som var høy nok til å dekke alle utgifter. Prosjektet har prøvd å finne oppdrag hvor den enkelte kunne fungere ut fra eget nivå, samtidig som han/hun var med i et arbeidslag. Man begynte med vedlikeholdsarbeid, men det viste seg at det var mange som ikke mestret det. Derfor prøvde man å ha noen få arenaer med ulike nivå og jobbmuligheter både ute og inne. Den bedriften som har de mest krevende jobber, gir litt ekstra i lønn.

#### Eksempel: Ordinært tilrettelagt arbeid i offentlig sektor:

I dette eksemplet ble det opprettet tilrettelagte arbeidsplasser for mennesker med psykiske lidelser ved ulike kommunale enheter. En av arbeidsplassene er et sentralkjøkken. Her ble det etablert seks stillinger, og arbeidet består i å kjøre ut mat til kommunens sykehjem. Noen jobbet som sjåfører, noen som hjelpemenn på bil. En annen arbeidsplass, hvor det ble opprettet fem stillinger, var sortering og utkjøring av internpost i kommunen.

Det som anses som viktig med slike tilbud, er ”normaliseringen”, det vil si at de ansatte får normal timelønn, noe som begrunnes med at det er reelt behov for tjenesten i markedet. De har ordinære avtaler, tillitsvalgte og lønnsforhandlinger.

Et viktig aspekt ved tilretteleggingen er at man på forhånd kalkulerte med 30 prosent sykefravær og derfor opprettet en vikarliste. Når noen blir syk, har vedkommende selv ansvar for å kontakte vikar. Det sies at erfaringene er gode, at de ansatte tar ansvar og jobber når de er i form. Videre fortelles det at en av de ansatte kun har hatt én innleggelse etter at han fikk jobb på kjøreprosjektet, mens han tidligere har hatt flere lange sykehusinnleggelser innenfor det samme tidsrommet.

## 6.4 Integreerte tidsbegrensete tilbud

### Eksempel: Arbeidspraksis for pasienter

Ved en psykiatrisk klinikk, avdeling for unge voksne, har man inngått et samarbeid med NAV Arbeid. I samarbeidsavtalen heter det: ”Partene er enige om å tilstrebe en bedre løsning for personer med psykiske lidelser. Avtalen skal bidra til at flere personer som både er pasienter og arbeidssøkere, kommer i arbeid og aktivitet, eller får beholde sitt arbeid etter endt behandling.” I januar 2007 ble det startet et felles prosjekt, og både NAV og klinikken har avsatt én stilling hver til dette. Det ble ansatt en psykiatrisk sykepleier med spesialkompetanse i rehabilitering som prosjektleder.

I 2007 hadde prosjektet 70 deltakere, over halvparten med diagnosen schizofreni. Våren 2008 var 16 personer på praksisplass i ordinære virksomheter.

Prosjektet går ut på at de som har en behandlingskontakt i sykehusavdelingen tilbys praksisplass i ordinære virksomheter. NAV etablerer disse praksisplasser i pasientenes nærmiljø, samtidig som prosjektmedarbeiderne fra klinikken er veiledere for både prosjektdeltakere og arbeidsgivere. Målet er å hjelpe den enkelte til reell arbeidserfaring i ordinære bedrifter.

Deltakerne beholder sin trygdeytelse i praksisperioden, og arbeidsgiverne betaler ikke lønn. Bedriftene får veiledning av eksperter fra den psykiatriske klinikken. Den faglige ideen er at arbeid anses som del av behandlingen.

Arbeidsrehabiliteringen er lagt opp etter en modell med fire faser som overlapper hverandre i tid, og som kan gjentas flere ganger i løpet av rehabiliteringsarbeidet. De fire fasene beskrives slik i et prosjektinternt notat:

**Første fase** består av grundig diagnostikk av den enkelte pasients ressurser og utfordringer. Både kognitiv funksjon, symptomer og varselsignaler, medisinbruk, rus(mis)bruk, ressurser i det sosiale nettverket og bolig-situasjon inngår i denne utredningen.

**I andre fase** arbeider vi med ”rehabilitation readiness”. Dette arbeidet går ut på å hjelpe pasienten til å komme dit hen at han/hun kan bygge opp et framtidsperspektiv i forhold til skole eller arbeid, fritid, sosiale kontakter og interesser. Elementer av sorgarbeid, traumbearbeiding, motivational interviewing (kjent fra rusbehandling) og styrking av selvbylde er med i denne prosessen. Arbeid med symptomer, det være seg kunnskapsbasert psykoterapi og/eller undervisning om symptomer, varselsignaler og medisiner, inngår også.

**I tredje fase** settes det opp rehabiliteringsmål og rehabiliteringsdiagnose, begge innenfor rammeverket av det som behandlingsplanen byr, her skisseres også delmål og arbeidsmåter. Så vel hovedmål som delmål skal være spesifikke og konkrete i forhold til tid og sted (en konkret arbeidsplass)

Eksempelvis: Hovedmål er å arbeide i en kafé i byen. Et første delmål er da å arbeide i tre måneder i kaféen på (klinikken). Andre delmål kan bli å være velstelt, å stå opp tidlig, å legge seg tidlig, å få i seg nok næring, å holde symptomene i sjakk og dermed holde seg borte fra symptomutløserer som uforutsigbar stress eller rus, å kunne ta bussen til jobb, å ha penger til busskort, å si fra dersom en trenger en pause, og å mestre stress. Arbeidsmåte vil beskrive at pasienten for eksempel trenger en aktiv vekketjeneste, et opplegg for stimulering av egenpleie, hjelp til å tørre å ta buss (angstbehandling), et symptomstringskurs, stor grad av forutsigbarhet i arbeidet, strukturerte oppgaver, korte økter og hyppige pauser, og hyppige positive tilbakemeldinger.

**I fjerde fase** settes rehabiliteringsplanen ut i livet. Det vil i mange tilfeller være naturlig å starte med opptrening av grunnleggende ferdigheter. Da er det avgjørende at vi har et arbeidstilbud som passer denne type trening. [...] Vi (kan) tilby praksis i de ansattes lunchkafé, og foajékiosken

på Psykiatrisk klinikk. For disse tilbudene gjelder at (klinikken) har ansvar for individuell tilrettelegging og oppfølging, og at prosjektgruppa har særskilt ansvar for kommunikasjon med arbeidsgivere eller leder på disse arbeidsplassene. [...]

Etter en første arbeidstreningsperiode, som vil variere fra pasient til pasient i varighet og utforming, revideres så vel rehabiliteringsdiagnose som mål og delmål. En etterstreber en gradvis progresjon fra grunnleggende ferdigheter og begrenset ansvar for egen læring og fungering til mer komplekse ferdigheter og økt egenansvar. Slik vil denne perioden ofte falle sammen med økt selvstendighet i boligsituasjon. Pasienter som er kommet til dette punktet i rehabiliteringen vil ofte kunne bo i egen leilighet med oppfølging fra ambulant team. Noen vil også kunne være klar for å bo i bofellesskap i kommunen, eller i egen leilighet helt utenfor institusjon. Disse pasientene vil primært følges opp av behandlere [...] og av case-managere i avdelingen, alt etter om pasienten bor i eller utenfor seksjonene.

Det er naturlig med et tett samarbeid mellom involverte parter i form av jevnliges ansvarsgruppemøter. Det er også naturlig i denne fasen å nærme seg målet om mest mulig normalt arbeid i mest mulig normale omgivelser, som er hovedfokuset for dette prosjektet. Praksisplasser i bedrifter i nærmiljøet ser vi som en god mulighet for både pasient, bedrift og nærmiljø. Dette forutsetter at pasienten med den hjelp hun trenger, nærmer seg livet utenfor institusjon, samtidig som at bedrifter utenfor institusjonen også åpner opp for mennesker med psykisk lidelse. Et praksisplassprosjekt vil kunne arbeide i begge disse endene. Praksisplassene tilpasses den enkelte pasients forutsetninger under veiledning av prosjektgruppa.

Prosjektet har samarbeid i kommunen og nabokommunen med arbeidsmarkedsbedrifter, Arbeid med bistand, NAV (atføring) og med et Fontenehus. Samarbeidet er formalisert, og man møtes for å vurdere om personer kan gå videre til andre tilbud.

### **Hvordan skaffer man praksisplasser?**

Når pasienten er klar for arbeidspraksis utenfor institusjon, tar prosjektmedarbeider direkte kontakt med en bedrift i nærmiljøet. Det legges vekt på god match med tanke på pasientens ønsker og interesser. Man prøver å utnytte de gode muligheter som dagens arbeidsmarked gir, og det at mange bedrifter er opptatt av å ha et positivt omdømme ved å ta sosialt ansvar. I tillegg kan det tilbys bedriften tilskudd gjennom NAV, slik at eventuelle økonomiske ekstrakostnader for bedriften kunne ses bort fra.

Det legges stor vekt på tilretteleggingen i bedrift. Denne skal ha to hovedelementer som beskrives slik:

1. Gi bedriften redskaper til å få mest mulig positivt utbytte av sin nye ansatte

Kunnskap er det viktigste redskapet vi kan tilby. Vi skal formidle kunnskap om psykiske lidelser generelt og vil da benytte oss av stress-sårbarhetsmodellen som det er lang, god erfaring med i psyko-educasjon. Nøkkelpersoner i forhold til pasienten må også få detaljert informasjon om de tilrettelegginger som må til for denne ene pasienten, og om hvordan en kan bygge opp selvbildet hennes/hans. Vår egen utredning og rehabiliteringsdiagnose vil være utgangspunktet her. En arbeidstaker med et positivt selvbilde yter mer enn en usikker arbeidstaker. Vi kan også tilby veiledning på praksisplassen, ved at vi i en tidsavgrenset periode er med pasienten og viser arbeidsgiver- eller leder hvordan veiledning av pasienten bør se ut. Sammen med arbeidsgiver og pasient setter vi opp læringsmål. Utvikling i forhold til disse læringsmålene følges opp med månedlige samtaler med pasient og arbeidsgiver.

2. Gi pasienten redskaper til å få mest mulig positivt utbytte av sin praksisplass

Kunnskap om egen fungering og tro på egne muligheter er de viktigste redskapene vi kan tilby pasienten i praksisplass. Dette forutsetter godt grunnarbeid i rehabiliteringens første faser, [...] med utredning og rehabiliteringsdiagnose. Praktisk tilrettelegging i forhold til å kunne klare å holde avtaler og opprettholde motivasjon er også oppgaver vi sammen med case-manager og hovedbehandler tar på oss.

### **Erfaringer:**

I det prosjektinterne notatet heter det:

”En del av jobben så langt har vært å informere kollegaer i avdelingen om at tilbudet fins, samt skrive og utarbeide informasjonsbrosjyrer, og presentasjonsmateriale.

Et annet element med jobben er å finne den beste egnede arbeidsplass/praksisplass for deltakerne. Vi tenker oss at prosjektets nøkkel til suksess er å finne den praksisplassen som hver enkelt deltaker ønsker selv.

Interessen har vært stor, og den største overraskelsen har nok vært å møte bedriftsledere som spontant utbryter at de synes dette er et fantastisk prosjekt, og ønsker å bidra til at akkurat deres bedrift får en sosial profil utad i samfunnet.

En bedriftsleder utbrøt: ’dette er jo en ren vinn-vinn situasjon for alle parter!’ Slike kommentarer både varmer og gleder, men ikke minst er det en enorm bekreftelse på at prosjektet er en viktig intervensjon i den behandlingen vi tilbyr våre pasienter.”

Vanlig er at man jobber fire timer to dager i uka, eller to timer fire dager i uka, noen har to timer én dag i uka, mens en med lærlingplass har full tid. Man prøver å sette en fast arbeidstid, men det har vist seg at det ikke passer for alle.

Det anses som viktig å vurdere godt hvor mye den enkelte kan klare av antall timer per dag, slik at det ikke blir for mye. Det hender lett at deltaker sier ja til økte krav fra arbeidsgiver, men erfaringsmessig skjærer det seg når de føler seg dårligere. Man ser det som viktig å begynne forsiktig og så øke timetallet. En eventuell økning av arbeidsinnsats skal avtales med koordinatoren.

Det er full åpenhet mellom arbeidsgiver og kontaktpersonen, men de fleste deltakerne forteller lite om sin diagnose til kolleger, utover det at de går på tiltak.

Man har observert at deltakerne får en reduksjon av negative symptomer gjennom praksisperioden, men ikke så mye økning av positive symptomer.

Det har vist seg å være vanskelig å få dekket kostnader ved reise til jobb. Dette skyldes at det stilles ulike krav, avhengig av om en deltaker er under rehabilitering, attføring eller er uførepensjonist. Kravene og ytelsene varierer dessuten mellom kommunene. Det har vært mye purring overfor NAV. Andre problemer har vært skifte av saksbehandlere, og mye ventetid.

Deltakerne får styrket sitt selvbilde og ønsker å komme seg videre. Da er det erfaringsmessig viktig å få til smidige overganger og oppfølging gjennom case management som involverer behandler og koordinatør. Det har derfor vært en utfordring å gjøre seg uunnværlig, samtidig som noen må følge opp. Oppfølging handler om ivaretagelse, forståelse for psykiske lidelser, det å hjelpe dem videre og det å ha ”det kliniske blikket”.

#### Eksempel: Hospitering

Dette er et tilbud som ble etablert i 2001. Kommunen skaffet hospiteringsplasser i ordinære virksomheter for at personer som har vært lenge utenfor arbeidslivet, skulle få mulighet til å prøve seg uten å binde seg til



noe. Hospiteringen skulle gi arbeidstrening og bidra til kartlegging av den enkeltes evner og behov. En oppfølgingsperson besøkte hospitantene på arbeidsplassen én gang per uke eller etter behov.

En erfaring med prosjektet er at private bedrifter var mer åpne og også etterspurte informasjon. Kommunen som arbeidsgiver kom senere på banen. Det blir sett som viktig at hospiteringsavtaler har klare mål, og at det gis oppfølging. Begge deler gir trygghet både for hospitanten og for bedriften. Dessuten bør det være en mulighet for at hospitanten kan få tilbud om vikariater eller sommerjobber, dersom han/hun er stabil og gjør en god jobb.

#### Eksempel: Kommunal arbeidssentral

Våren 2007 ble det igangsatt et treårig samarbeidsprosjekt mellom NAV Trygd, NAV Arbeid og kommunen (v/sosialtjenesten og seksjon psykiatri) som skal gi inntil 20 personer som er tilknyttet psykiatriseksjonen i kommunen, en mulighet til å få (varig) tilrettelagt arbeid i ordinære bedrifter (VTO). Målgruppa er personer som har, eller i nær framtid forventes å få, uføretrygd på grunn av psykiske lidelser, og som har hatt denne lidelsen i minst ett år. De fleste av deltakerne har vært i jobb før de ble syke. Noen har tidligere mistet et tilrettelagt arbeid.

Behovet for prosjektet oppsto på grunn av problemer med å skaffe arbeid til dem som ønsket det. Aetat stilte krav om 50 prosent tilstedeværelse i jobb eller i skjermet varig tilrettelagt arbeid, ellers regnes det som "aktivitet". Mange klarer imidlertid ikke dette kravet. Varig tilrettelagt arbeid i skjermede virksomheter oppleves dessuten både som for vanskelig og for stigmatiserende for personer i denne målgruppen.

NAV lokalt er tiltaksansvarlig, og deltakerne registreres som ikke-arbeidssøkende. Tiltaket er ikke tidsbegrenset for deltakeren. Psykiatriseksjonen i kommunen har det operative ansvaret gjennom en prosjektkoordinator i 75 prosent stilling. NAV bidrar med midler til 20 varig tilrettelagte arbeidsplasser i ordinære bedrifter: Arbeidsgiver får 4000 kr i refusjon fra NAV, som dekker lønn (bonuslønn) og arbeidsgiveravgift. Psykiatriseksjonens ansatte skal jobbe med tilrettelegging og oppfølging til arbeid. Det er koordinatoren som kontakter arbeidsgivere. De fleste arbeidsgivere sier ja med en gang, hevdes det. Arbeidsplasser er: Butik-

ker, kantiner, post, pleie og omsorg, barnehager, håndverk, verksted, vaktmester, frisør, gartneri.

Fram til våren 2008 har cirka 30 personer hatt kontakt med prosjektkoordinator. Av disse har 17 fått arbeidsavtale i prosjektet. Hittil har prosjektkoordinator alene stått for nesten all oppfølging. Erfaringene så langt tilsier at oppfølging av 20 VTO-plasser er overkommelig for en 75 prosent stilling. Så langt har det ikke vært behov for mer enn å holde kontakt med alle på arbeidsplassene hver 14. dag (selv om det i brev til arbeidsgiver står at de skal få besøk hver uke), men det forventes etter hvert økt press på oppfølgingen på arbeidsplassene. Planen er at hver deltaker skal kunne følges opp to timer hver dag dersom det trengs. Det kan bli aktuelt å involvere arbeidsveilederne (psykiatriseksjonens øvrige medarbeidere) mer.

Prosjektet er inspirert av recoveryperspektivet (Topor 2006). Målet med prosjektet er å bidra til at personer i målgruppa som har ønske om, og behov for, bistand ute i det ordinære arbeidslivet får dette raskt. Tilbudet om støtte og hjelp til å få jobb utenfor skjermede omgivelser skal være ønsket av personen selv. Det stilles ingen krav til stillingsstørrelse. Arbeid er et mål i seg selv, eller delmål knyttet til annen kompetanseheving. Så langt er det ingen av deltakerne som har brukt prosjektet til annen kompetanseheving. Alle ønsker normalitet og verdighet, for noen er også bedre økonomi og sosial aksept det som motiverer dem. Deltakerne kan gå videre til fast lønnet jobb, eller til Arbeid med bistand, men per våren 2008 hadde dette ennå ikke skjedd.

Det spesielle i dette prosjektet er at saksbehandlingen går svært raskt. Det skal gå høyst én uke fra koordinator blir kontaktet til det er blitt tatt kontakt med personen. ”De fleste vet hva de vil og hva som må til av bistand, og kommer i jobb i løpet av én til to uker”, hevdes det.

Intensjonen med prosjektet er å fremme mestring. Derfor anser man det som viktig at alle begynner med et lavt antall timer i jobb, for eksempel to timer to dager i uka. Største timetall er tolv per uke, gjennomsnittet er 6,5 per uke. Minste timetall som er påbegynt, er fire timer i uka. To deltakere har økt timetallet. Kun én person har redusert timetallet. Arbeidstid vurderes etter skjønn individuelt. Ved problemer skal prosjektkoordinatoren kontaktes, som da tar ansvaret videre. Fredager kan derfor ikke brukes som arbeidsdag, for da har prosjektkoordinatoren fri.

Ifølge samarbeidsavtalen forplikter NAV Fylke seg til å opprette 20 VTO-plasser. Det vil si arbeidsplasser for personer med behov for varig tilrettelegging i ordinært arbeidsliv for personer som har varig uførepensjon. Men i dagens system får de fleste tidsbegrenset uførepensjon. Ifølge reglene må en person som innvilges uførepensjon, vente i ett år før hun/han kan begynne å jobbe. De av deltakerne som har tidsbegrenset uførepensjon, og som ifølge regelverket ikke kan bruke de tidsbestemte VTO-plassene, lønnes derfor på sysselsettingsmidler fra kommunen. Disse får 40 kroner bonuslønn i timen, mens lønna for dem som er på VTO-plasser er på 50 kroner timen.

Timelønnen anses å være såpass stor at den gir opplevelse av belønning, men ikke så stor at den blir sovepute for å komme videre og for eksempel øke timetallet og redusere uførhetsgraden. Den ansatte skal kunne jobbe så mye som er ønskelig og mulig innenfor det beløpet som blir refundert. Tilbakemeldingene fra deltakere og arbeidsgivere sies å være gode.

Stillingene er opprettet i tillegg til den ordinære bemanningen. Selv om stillingene er faste, det vil si tidsbestemt, kan avtalen sies opp av begge parter med øyeblikkelig virkning. Deltakerne skal ha arbeidskontrakt, og ordinære lover og avtaler for arbeidslivet gjelder for dem.

NAV Arbeid og Trygd deltar i prosjektgruppa sammen med sosialtjenesten og prosjektkoordinator. Prosjektkoordinator innkaller til møter i prosjektgruppa ved behov – og kontakter medlemmer av prosjektgruppa for å løse problemer underveis. Dette har gitt rask saksgang. Prosjektgruppa skal blant annet sikre at avlønning ikke medfører utilsiktet reduksjon eller bortfall av andre ytelser som bostøtte, det vil si sørge for at deltakerne ikke jobber for mer enn 1 G.

#### Eksempel: Individuell Oppfølging

Tiltaket i dette eksemplet startet i 2005. I NAV-systemet går tiltaket under Arbeidsmarkedsopplæring (AMO), noe som innebærer at tiltaket må søke om toårige tildelinger i anbudsrunder annethvert år. I anbudsbestillingen fra NAV ble det oppgitt seks grunnprinsipper som skulle utgjøre rammeverket rundt tiltaket:

1. Fokus på ordinær jobb
2. Raskt i gang med jobbsøking
3. Integrert attføring og behandling
4. Vekt på deltakernes preferanser
5. Kontinuerlig og omfattende evaluering
6. Tidsbegrenset oppfølging

Tiltaket har tre ansatte veiledere som har 20-25 deltakere hver. Alle har psykiske diagnoser og blir henvist fra NAV. Veilederne har omtrent ukentlig kontakt med hver deltaker. Kontakten er både formell og uformell, med samtaler på kontor og på arbeidsplass, individuell veiledning og motivering, støtte, praktiske ting som ordnes for deltakerne etc. I 40 – 50 prosent av tilfellene tar veilederen kontakt med potensielle arbeidsgivere som en del av jobbsøkingen. Resten ordner dette selv. Man begynner vanligvis på et lavt nivå i jobb. Kontakten med arbeidsgiverne foregår per telefon eller ved besøk på arbeidsplassen. Kontakt med saksbehandlere i NAV foregår per telefon og mail, og av og til har man møter/trekantsamtaler.

Som de to viktigste faktorene i tilnærming regnes:

- Lite sykdomsfokus – nøytral arena i forhold til sykdom
- Praktisk fokus, løsningsorientering

Deltakere er i tiltaket gjennomsnittlig i fem måneder. De to lengste har vært med i vel 13 måneder. Per april 2008 har tiltaket hatt 235 deltakere totalt. 166 av disse har avsluttet. 47 prosent kom i jobb (inkludert praksisplass med løfte om jobb). Det er flere i fulltidsstillinger enn deltid. Mange kombinerer lønn og trygd. 71 har hatt praksisplass, mens 17 har hatt lønnstilskudd

Det som fra tiltakets side regnes som viktige suksessfaktorer, er:

- Deltakernes ønsker og behov som prinsipp. Det innebærer også å bidra til bevisstgjøring og klargjøring av grunnlag for valg. Det er deltakeren som foretar valgene. Individualitet og kreativitet i veiledningen. Alltid å få til å møte deltakerne der de selv er, med utgangspunkt i deres behov. Aktivisering, vektlegging av deltakerens egen aktivitet og utholdenhet.

- Veilederkompetanse som går ut på metodetilnærming (for eksempel i samtaler), bevissthet rundt eget verdigrunnlag, utdanning (coaching, veiledning, terapi), livserfaring og næringslivserfaring.
- Tett oppfølging: Oppfølging med varighet og tilgjengelighet. I begynnelsen har veilederen samtaler med deltaker minst én gang per uke, med umiddelbar oppfølging dersom deltaker for eksempel ikke møter opp.
- Samarbeid med arbeidsgiverne. Hos deltakerne som lykkes med å ta kontakt på egen hånd, tar veilederne sjelden direkte kontakt med bedriften. Hvis førstekontakt gikk gjennom veileder, holdes det tettere kontakt over tid og ut fra individuelle behov.
- Praksisplasser og lønnstilskudd. Flere deltakere starter med en kortvarig praksisplass (oftest én måned) som har som hensikt ”å selge deltakere til ordinære jobber”. Vanligvis skal dette ha resultert i avtale om fast jobb i etterkant av praksisperioden. Lønnstilskudd fungerer mer forpliktende for arbeidsgivere. Samarbeid med saksbehandlere i NAV er viktig for å få til ordninger med for eksempel lønnstilskudd, gradert uførepensjon og for å få informasjon om regler og rutiner.

Det hevdes at det i den senere tiden har kommet inn en ”tyngre målgruppe” enn tidligere, og mange av dem er usikre med tanke på jobb. Det er ofte mennesker med schizofrenidiagnose og folk med rusproblemer. Erfaringen er at de som er vanskeligst å få i jobb, er deltakere uten diagnose. Disse har ofte vært lenge ”i systemet”, men de har i liten grad erkjent sine egne problemer, og de responderer dårlig på tilbakemeldinger. Dette har gjort at tiltaket i økende grad har måttet bruke praksisplass som fungerer som treningsplasser. Det har også medført en økning av avklaringer som varer i mer enn seks måneder. Det anses som nødvendig for å bli kjent og etablere tillit, og for at deltakeren skal få innsikt i egen sykdom.

Man fokuserer på nå-situasjonen og minst mulig historikk. Man må bli kjent med deltakeren. Fra tiltakets side mener man at det bør være realistisk at vedkommende skal klare en jobb for å bli deltaker. Det må gjerne herske usikkerhet, men rusproblematikk bør være klargjort før hun/han henvises til tiltaket. Erfaringen er at deltakere med rusproblem ikke følger opp avtaler, og at de ofte ikke dukker opp. Dette er noe som derfor bør sjekkes. Jo mindre selvgående deltakeren er, jo mer kjent må man bli.

Over 90 prosent av deltakerne sies å være motivert, men de mangler troen på det å få en jobb. Mange deltakere har fått informasjon som har gitt dem inntrykk av at det bare er å stille opp, så får de jobb. Dette har gjort det vanskelig for mange å møte opp, fordi de ikke føler seg kompetente til en jobb, eller fordi de tror de skal få en jobb som de ikke vil ha. Veilederne har et vidt perspektiv på hva som er relevant med tanke på jobb. ”Vi snakker om alt, men alt vi snakker om er jobbrelatert”.

Man bruker gjerne deltakernes eller veilederens nettverk for å få jobb. Mange deltakere mangler eget nettverk, men mange har også et større nettverk enn de tror, og det kan være en viktig oppgave for veilederen å få dette fram. Veilederne søker etter arbeidsgivere som viser forståelse, gjerne etter de som har personlige erfaringer, og som er villige til å ta en viss risiko. De må være tydelige på forventninger og rammer, på hvor grensene går. Arbeidsplassene bør ha struktur og god orden, og man bruker fadder/mentor. Arbeidsgivere skal oppleve trygghet i å ha tiltakets veiledere, de skal oppleve at de er tilgjengelige. De skal vise vilje til tilrettelegging og reell integrering (blant annet sosiale aktiviteter). Man opererer med begrenset informasjon om diagnose, også overfor arbeidsgivere, og bruker heller ”omskrivning” med fokus på praktisk tilrettelegging, praktiske hindringer og utfordringer.

I noen saker har det vært dårlig kommunikasjon mellom tiltakets veiledere og NAVs saksbehandler, for eksempel om størrelse og varighet på lønnstilskudd. Problemene oppstår i og med at det er veilederne i tiltaket som har kontakten med arbeidsgiverne, og som dermed forhandler, mens det er saksbehandlerne i NAV som står for de formelle vedtakene.

Ingen av deltakerne har hatt Individuell plan. Et forum for å koordinere tverrfaglig samarbeid er ansvarsgrupper. Men erfaringen er at leger og psykiatere i ansvarsgrupper ofte har begrenset forståelse for arbeidslivets krav, hevdes det fra tiltakets side. De opplever at det er mye pessimisme i behandlingssamfunnet – at de er fanget i et paradigme som har fokus på begrensninger og sykdom. Tiltaket ser det som en utfordring å få fram mer positiv tenkning i støtteapparatet, for at deltakerne kan få riktig støtte for å komme ut i jobb. Ansvarsgrupper som ser helheten, hvor alle arbeider mot samme målet, kan påvirke mulighetene til å få jobb. Man må vite om det er noe som må tas hensyn til, men ansvarsgruppen bør primært være en arena hvor det ikke snakkes om sykdom, men om jobb, sier man i tiltaket.

### Eksempel: Arbeid med bistand

Arbeid med bistand (AB) er et statlig finansiert arbeidsmarkedstiltak hvor deltakerne får hver sin tilrettelegger,<sup>32</sup> som kartlegger deltakerens muligheter og begrensninger i forhold til jobb, bistår deltaker med å finne en passende arbeidsplass – vanligvis først til utprøving/hospitering – og gi oppfølging på denne arbeidsplassen. Ifølge regelverket jobber én tilrettelegger vanligvis med tolv deltakere samtidig. Regelverket åpner for at deltakerne kan få oppfølging gjennom tilrettelegger i inntil tre år, også etter at deltaker har fått en jobb.

Ett av AB-tiltakene vi besøkte har fire tilretteleggere med ulike spesialkompetanse. En av dem har spesiell kompetanse på ungdom, en annen er spesialutdannet for psykiatri, mens én har salgskompetanse. Man ønsker likevel ikke å være ”spesialister”, men vil heller bruke kompetansen for å hjelpe hverandre. Det anses som viktig at tilrettelegger reiser rundt og snakker med arbeidsgivere og kolleger i bedriftene, og ikke tilbringer så mye tid på kontoret. Det opplyses at rundt 90 prosent av deltakerne har psykiske lidelser som primærdiagnose. Mange har droppet ut av skolen, har problemer med rus og kriminalitet. Alle aldersgrupper er representert.

Formelt må alle søkes inn gjennom NAV, men deltakerne får kontakt med tiltaket også gjennom kommunen, DPS og enkelte fastleger. Noen kommer også fra andre tiltak hos tiltaksarrangøren, og noen kommer direkte ”for å kikke”. Det fortelles at overgangen til AB fra skjermet arbeidstrening (APS) er bra – ”det er god overlapp”. Da har tilretteleggerne møter med deltakeren mens de fremdeles går på APS. APS har en ramme på ett år. Men for dem som går på et åtte ukers avklaringskurs, er overgangen til AB erfaringsmessig vanskeligere, og for dem blir det ofte venting mellom tiltakene. Man opplever i tiltaket også at denne avklaringen har lett for å bli for generell, slik at mye ”avklaring” gjenstår når deltakerne kommer til AB.

Individuell plan fremheves som svært viktig av tilretteleggerne. Det innebærer ifølge dem at alle kjenner målene, og at det skjer en ansvarlig-

---

<sup>32</sup> Det brukes også andre stillingsbetegnelser for tilretteleggerne hos de forskjellige tiltaksarrangører, for eksempel jobbkonsulent eller veileder.

gjøring av de ulike parter. Når en IP fungerer, er arbeidet lettere for AB, fordi man vet hvem som har ansvar. AB tar ofte initiativ til IP, fordi den ikke er på plass hos deltakerne fra før. De som har kontakt med psykisk helsearbeid i kommunen, har oftere en plan enn de som kommer fra DPS. De fleste behandlere er imidlertid med i ansvarsgrupper. Når man opplevde at målgruppen ble ”tyngre” og flere aktører var involvert uten å kjenne til hverandres oppgaver, tok tiltaksarrangør sammen med DPS initiativ til samarbeidsmøter hvor alle involverte aktører ble kalt inn. Kjernegruppa var lederne av tiltakene og ansatte. Målet med møtene var å gi hverandre informasjon og å få kunnskap om hverandre. Det oppleves som et problem at forventninger til deltakerne og målene for hva som skal oppnås, er forskjellige hos de ulike parter. Tilretteleggerne understreker at de ”snakker om hva folk kan”, når de søker etter jobb. Mange ønsker ikke å ha tilretteleggeren på arbeidsplassen, og i så fall må man gi trygghet på en annen måte, opplyser tilretteleggerne. Tilretteleggerne diskuterer for eksempel hva som kan skje når deltaker får en psykotisk episode. Man blir sammen med deltaker enige om hva som skal presenteres på jobb. Fagforening og bedriftshelsetjeneste (BHT) kan være viktige parter å involvere.

Det opplyses at det gjennomsnittlig tar to måneder før deltakerne kommer i sin første arbeidsutprøving. Og videre at halvparten av deltakerne som ble skrevet ut i 2007 kom i jobb med vanlig lønn. Den andre halvparten fikk jobber kombinert med lønnstilskudd eller trygd. En vet imidlertid lite om langtidseffekt.

Selv om regelverket tillater at deltakerne kan få oppfølging gjennom AB-tilrettelegger i inntil tre år, blir mange skrevet ut av tiltaket etter kortere tid, og i hvert fall kort tid etter at de har fått jobb. I gjennomsnitt er deltakerne elleve måneder i AB. Etter disse elleve månedene kunne man ha brukt to år til i AB med oppfølging på jobb. Tiden før de kommer i jobb oppfattes som viktig, men også tiden etterpå. Det er ikke bare deltaker, men også hans/hennes kolleger som trenger ”coaching”. ”Lange løp” for hospitering/jobbutprøving anses også ofte som ønskelig, men i så fall risikerer man at deltakerne bruker opp sine rettigheter til oppfølging senere. Særlig blant personer med psykiske lidelser og blant de unge er det mange som ønsker lengre hospitering. Mange trenger oppfølging i lang tid for å føle seg trygge og for at kolleger og arbeidsgivere kan føle seg trygge. NAV presser imidlertid på for at deltakerne raskt må skrives ut når de har fått jobb, fordi man i NAV ønsker å vise fram



formidlingsresultater. Tilretteleggerne må forhandle med NAV om oppfølgingstid og stønader, og kan ikke stå for hardt på for ikke å bli upopulære. Når for eksempel en deltaker skal ta fagbrev, trenger vedkommende også utstyr og bøker. I slike tilfeller vil NAV helst skrive dem ut av AB og inn på et AMO-kurs, opplyses det.

Ved et annet AB-tiltak som vi besøkte, jobber det 13 tilretteleggere. Ingen av dem har spesialisert seg på deltakere med psykiske lidelser. Alle har alle slags klienter.

I dette tiltaket opplyses det at halvparten av dem som ble utskrevet i 2007 gikk til ordinært arbeid eller ordinært arbeid kombinert med trygd eller lønnstilskudd. Men også her opplever man det som et problem at man ikke kan gi lang nok oppfølging til dem som har kommet i jobb. Det hevdes at halvparten av dem som falt ut i løpet av fem år etter at de fikk jobb, ville ha beholdt jobben hvis de hadde fått oppfølging. Noen ganger avtales det med arbeidsgiver å gi ett års oppfølging for dem som har kommet i jobb. NAV går med på det, hvis tilretteleggeren er klar og tydelig på hvorfor. Ellers er det vanlig å gi oppfølging i to-tre måneder etter at deltakeren har kommet i jobb, og det hender at tilretteleggerne også besøker deltakere som er skrevet ut av tiltaket. Dette gjøres ikke minst for å beholde relasjonen med arbeidsgivere.

I forbindelse med VVV Storbysatsingen ble det fra høsten 2006 lagt to tilretteleggerstillinger til et klubbhus (Fontenehus). I 2007 var AB-tilretteleggerne også til stede på flere aktivitetssentre, men en fast avtale hadde man bare med klubbhuset. Det var klubbhuset som tok initiativ til samarbeidet, fordi man så at det var gode resultater i AB i forbindelse med Vilje Viser Vei og i tillegg var noen av AB-deltakerne allerede medlemmer av klubbhuset.

Tilretteleggerne har ikke eget kontor på klubbhuset, men disponerer et rom til samtaler. Til å begynne med var tilretteleggerne tilstede på klubbhuset to dager per uke à to timer. Senere ble denne tilstedetiden kuttet ned til én dag à to timer. Klubbhuset har cirka 160 medlemmer, og vanligvis møter cirka 30 medlemmer daglig. Ikke alle medlemmer ved klubbhuset ønsker å bli med i AB og få jobb. Av alle personer som tilretteleggerne snakker med på huset, går anslagsvis 40 prosent videre til AB.

Fra klubbhusets side hadde man store forventninger. De hadde ikke så mange overgangsarbeidsplasser. Ved å få samarbeid med AB ønsker man å få større vekt på overgangen fra overgangsarbeid til jobb. Nå prøver også klubbhuset å få flere overgangsarbeidsplasser. Man samarbeider med en bedrift i nærheten som stiller arbeidsplasser mens opplæringen gis på klubbhuset. Man har også planer om å bygge om huset, slik at det kan bli kafé i 1. etasje, som skal være åpen for alle. I tillegg skal det lages en arbeidsstasjon i 2. etasje. Man tenker seg utviklingen mot arbeid i en trappetrinnsmodell, for eksempel fra det å jobbe på kafé/kjøkken til det å drive en kantine selv. Klubbhuset disponerer en kiosk på en DPS, som de som var på overgangsarbeid etter hvert overtok hele driften av. AB kan bane veien til andre tilbud: På klubbhuset var det enkelte personer som fikk jobb på avdelingen for varig tilrettelagt (skjermet) arbeid hos arbeidsmarkedsbedriften som AB er knyttet til.

Både klubbhuset og AB har samarbeid med et prosjekt ved en DPS som går ut på å skaffe pasientene praksisplasser i det ordinære arbeidslivet. I dette prosjektet er arbeid et ledd i behandlingen, og prosjektet tar kontakt med AB når det trengs. Hvis AB skal bistå en person som er på DPS-prosjektet, må dette ordnes via NAV. Man har først trekantsamtaler og skaffer helseerklæring, og papirene sendes til NAV, som registrerer klientene. Det er behov for en fast saksbehandler som også kan fungere som en "los" i systemet.<sup>33</sup> Via dette prosjektet har AB fått kontakt også med andre institusjoner, sykehus. Det opplyses at fastleger er lite inne i bildet, og med kommunen har man heller ikke mye kontakt. Noen av deltakerne har Individuell plan, men fra AB-hold anses IP ikke som så viktig. Nettverket med behandlere regnes som viktigere. Deltakernes egne kontaktpersoner, nærpå personer og behandler oppfordres også til å være aktive.

---

<sup>33</sup> I 2008 ble det opprettet fire stillinger for "loser" i denne byen, jf. kap. 4.2.

# 7

## Konklusjoner

### 7.1 Overganger

Skjermede, tidsubestemte tiltak gir deltakerne mulighet til å slå seg til ro. Slike tiltak anses for å være egnet for mennesker som trenger tilpassing, tilrettelegging og romslighet og ”en trygg plass hvor de kan være en stund”. Disse tilbudene har som hovedmål å gi bedre helse og livskvalitet gjennom meningsfull aktivitet og sosialt samvær. Recoveryforskningen har vist at arbeidssituasjoner som oppleves som meningsfulle, og hvor man blir verdsatt og deltar i et fellesskap, er helsefremmende. De som deltar i det statlige tiltaket Varig tilrettelagt arbeid (VTA) skal ifølge reglene ha en arbeidsevne på minst 50 prosent. På de kommunale tiltakene kan deltakerne ha lavere arbeidsevne. De kan jobbe mindre, kanskje bare et par timer per dag et par timer i uken. De begynner i små økter, jobber så lenge de klarer det i eget tempo, eventuelt øker arbeidstiden etter hvert og når de selv føler seg klar for det. Det ses på som positivt og nødvendig for noen av deltakerne at de får jobbe et sted hvor de vet at de kan være så lenge de ønsker det.

Et hovedargument for tidsubestemte tilbud er at tidsbegrensede tiltak, selv når de er langvarige, ikke kan gi brukerne den tryggheten de trenger for å bli bedre.

Utfordringen er ikke minst også å gi tilbud til brukere kan ønsker seg videre. Overgangsplanlegging forutsetter nært samarbeid med involverte aktører, rutiner og koordinering. Dette er ofte vanskelig på grunn av byråkratiske hindringer (ulike finansieringskilder, regelverk) og faglige kjepphester. Byråkratiske hindre bør bygges ned slik at man unngår ventetid og forbedrer overganger.

I alle tidsubestemte tiltak vi har besøkt, understrekes det at de også skal bidra til at deltakere som ønsker det og har forutsetninger for det, kommer videre, i jobb eller til tiltak som mer målrettet kvalifiserer til ordinært arbeid. Men selv om en viss gjennomstrømming er et uttalt mål, er det ikke nødvendigvis det som i realiteten skjer. Ett av gårdstilbudene vi

besøkte, hadde ingen deltakere som var gått videre i løpet av de fem årene tilbudet hadde eksistert. Forskningen vi har referert til i kapittel 5.1 har vist at gårdsarbeid kan ha gode helseeffekter hos mennesker med psykiske lidelser (Berget 2006), men forskningen viser også at mange brukere som ønsker seg videre, ikke nødvendigvis opplever at denne type tiltak bidrar til dette, og at også oppdragsgivernes (NAV eller kommunens) forventning om progresjon ikke alltid er særlig framtreddende (Bjørgen & Johansen 2007).

To andre gårdstilbud vi besøkte tilbyr skjermet tidsbegrenset arbeidstrening. Her utnytter man den helsefremmende effekten som tilskrives arbeid med dyr og planter, og variasjonen i arbeidsoppgaver som gir gode muligheter til individuell tilpassing av arbeidstreeningen.

Det som kan gjøres i et tidsbestemt tiltak for å forbedre overgangsmuligheter, er for eksempel å kombinere ulike tiltak hos samme tiltaksarrangør. I eksempelet fra VTA får deltakerne tilbud om utvidet arbeidspraksis i ordinær virksomhet, det vil si tilbud om en annen type tiltak hos samme tiltaksarrangør. Oppfølging på arbeidsplassen kan støttes ved bruk av fadderordning. Det er NAV lokalt som må fatte vedtak om disse tiltakene og derfor krever slike tiltakskombinasjoner et godt samarbeid med NAV lokalt.

Vi har også sett eksempler hvor overgangsmuligheter skapes ved at veiledere eller tilretteleggere ved integrerte tiltak oppsøker dagsentre, aktivitetshus eller klubbhus hvor de informerer og etablerer kontakt med potensielle brukere til sine tiltak. Ett eksempel er Dagsverket hvor denne type relasjonsutvikling er en vanlig rekrutteringskanal til tiltaket. Et annet eksempel er det mer formaliserte samarbeidet mellom tiltaket Arbeid med bistand og et Fontenehus, hvor en av AB-tilretteleggerne har faste trefftider på klubbhuset. Også ved disse eksemplene er godt samarbeid med NAV en helt vesentlig forutsetning for å lykkes. Samarbeidet går ut på å fjerne byråkratiske hindre, som å lette rutinene knyttet til krav om å registrere seg som arbeidssøker hos NAV, eller å fatte raske avgjørelser om tiltaksbruk, slik at brukeren unngår ventetid.

Fleksibilitet i tiltaksbruk er opplagt noe som kan lette overgangen for brukerne som ønsker seg videre. En forutsetning for å kunne velge mellom de tilbud som finnes, er at brukeren har kjennskap til hvilke andre tiltak som kan være aktuelle, og hva de innebærer. Nærhet mellom

skjermede og integrerte tiltakstyper ved at disse er samlokalisert hos en tiltaksarrangør, gir brukerne mulighet til å bli fortrolige med et nytt tiltak før de formelt søker seg inn.

Der hvor nærhet og samlokalisering ikke finnes, må brukeren bli informert om sine valgmuligheter gjennom samarbeid mellom aktører som forvalter ulike typer tilbud – forutsatt at overgangsmuligheter og tiltaks-kjedning er noe samarbeidspartnere aktivt engasjerer seg i, og at man tar brukermedvirkning på alvor. En viktig forutsetning for slikt samarbeid er at involverte aktører kjenner hverandres tilbud. Frykt for budsjettmessige konsekvenser, for eksempel hvis en aktør skal tilby tjenester for brukere av tilbud som er finansiert av en annen instans, kan ødelegge for et slikt samarbeid. Dårlig samarbeid, dårlig kjennskap til hverandres tilbud og rammebetingelser skaper dårlige vilkår for brukermedvirkning. Personalet som følger opp brukerne i tiltakene er ikke i stand til å bistå de brukerne som ønsker å komme seg videre, hvis de ikke selv vet hvilke alternativer som finnes lokalt. Brukeren må veiledes med ”profesjonell lydhørhet” for å kunne medvirke i avgjørelsen.

Samarbeid mellom så ulike aktører som behandlingsinstans, kommunal helsetjeneste, arrangører for statlige tiltak og NAV krever at aktørene definerer sine roller i forhold til hverandre, og at de spiller på lag med brukeren i sentrum. Dette forutsetter at man kjenner til hverandres oppgaver og krav i forhold til brukeren. For at det i det hele tatt skal være mulig å utnytte hverandres tilbud slik at brukeren opplever kontinuitet i sin bedringsprosess og på veien til en jobb, må de samarbeidende parter vite hva den enkelte instans kan tilby brukeren.

Det har vært mange endringer på kort tid, slik at ikke alle aktører vet hva de andre gjør. NAV-reformen skaper økt press på saksbehandlere/veiledere, og det kommunale systemet har nærmest ”eksplodert” i forbindelse med opptrappingsplanen. Disse øremerkede midlene forsvinner fra 2009. Spørsmålet er hva som skjer videre.

Mye tyder på at Vilje Viser Vei-satsingen har vært en døråpner for nye samarbeidsformer og en banebryter for utradisjonelle tiltakskombinasjoner. Arbeidet føres videre i Najsonal strategiplan for arbeid og psykisk helse i NAV. Flere eksempler viser at NAV har tillit til andre aktører og viser fleksibilitet.

Men NAV som organisasjon har et regelverk og en måte å styre tiltaksbruk på som både av brukere og av samarbeidende parter oppleves som et hinder for fleksible og helhetlige løsninger, uavhengig av hvor mye den enkelte NAV-ansatte prøver å få det til. Vi har møtt NAV-ansatte som selv fortviler over eget regelverk og byråkrati. Det kan se ut til at det å lempe på en del byråkratiske bestemmelser, som meldekortsystemet, kan fjerne en del angst hos brukere og gi større handlingsrom hos kommunale aktører og i helsevesenet og dermed et samarbeid som er mer innrettet på brukernes behov enn på hjelpeapparatets premisser.

Individuell Plan er tenkt å være et redskap for samarbeid og for bedre å ivareta brukernes medvirkning. Men våre erfaringer bekrefter det andre undersøkelser har vist, nemlig at Individuell Plan brukes lite, og at oppfatninger om verdien av den varierer. De fleste betrakter IP som et bra redskap, for eksempel fordi man vet hvem man kan henvende seg til hvis det oppstår en krise. De fleste opplyser likevel at IP ikke brukes ofte, og mange forbinder IP med noe som gir mye ekstraarbeid og lite gevinst.

## 7.2 Gruppeprinsipp

Flere av de skjermede tilbudene med tidsbegrensning er kurstilbud, til dels kombinert med arbeidspraksis, hvor det legges vekt på motivasjon og mestring, samt læring i omgivelser som brukerne opplever som trygge. Sosialt fellesskap spiller en viktig rolle ved slike tilbud. Mennesker med alvorlige og langvarige psykiske problemer har ofte et dårlig sosialt nettverk. Forskning om selvhjelpsgrupper viser at disse kan bidra til at deltakerne får kunnskap og informasjon og utvikler nye mestringsstrategier, både i forhold til eget liv og i forhold til hjelpeapparat (jf kapittel 3.3). De kurs og opplæringstilbud som vi her har brukt som eksempler på skjermede tidsbegrensede tilbud, er ikke egentlig selvhjelpsgrupper, men gruppeprinsippet ser ut til å ha gjort seg gjeldende i positiv retning: Det å være deltaker i en gruppe med andre som har felles erfaringsbakgrunn ser ut til å bidra til allmenngjøring av den enkeltes problem. Gruppen kan dessuten gi muligheter for trening av sosial atferd (jf. Fyrand 2005).

Også i noen av de tidsubestemte integrerte tiltakene møtes brukerne i grupper. Ved eksemplene Vaktmestergruppen og Dagsverk jobber brukerne sammen i arbeidslag som utfører ulike oppdrag for ordinære

bedrifter. Ved sistnevnte møtes man også om morgenen for å lage matpakker og kaffe før jobben. Dette er grupper som kan sammenlignes med ordinære sosiale fellesskap og aktiviteter blant kolleger på en alminnelig arbeidsplass. Det er ikke uvanlig at man begynner dagen med å drikke kaffe sammen, som regel har man felles lunsj, og i de fleste bedrifter arrangeres det også felles fester og utflukter. I så måte er ikke gruppeaktivitetene i disse tiltakene noe annet enn det som foregår i en hvilken som helst virksomhet. Det understrekes også i disse tilbudene at denne type fellesskap ikke er noe forum for snakk om sykdom og symptomer. Dermed kan ikke denne type gruppeaktivitet sammenlignes med selvhjelpsgrupper eller mestringsgrupper, og kanskje nettopp derfor fungerer de bra som arena for mestring og tilfriskning. De er eksempler på tilbud hvor normalisering gjennom aktiviteter på alminnelige hverdagsarenaer utgjør et viktig element.

### 7.3 Integrering – ordinært arbeid

Samtlige eksempler på integrerte tidsbegrensede tilbud (avsnitt 6.4) har store likhetstrekk, selv om det dreier seg om tilbud fra instanser som tradisjonelt forbindes med forskjellige trinn i en tiltakstrapp. ”Arbeidspraksis” er et tilbud fra en behandlingsinstans innen psykisk helsevern. ”Hospitering” og ”Kommunal arbeidssentral” er kommunale tilbud. ”Individuell Oppfølging” og ”Arbeid med bistand” er statlige arbeidsmarkedstiltak. Til tross for forskjellige rammebetingelser og regler har disse tilbudene det til felles at den enkelte brukeren får en tilrettelegger som skaffer praksisplasser i ordinære virksomheter, og som også følger dem opp på disse arbeidsplasser. Disse tilbudene overskrider dermed tradisjonelle skillelinjer mellom sektorers arbeidsområde.

Det at pasienter ved en behandlingsinstans kan gå ut i arbeidspraksis i ordinære bedrifter mens de fremdeles er i behandling, er i tråd med funn fra forskningen om både recovery og supported employment. Det at denne type rehabiliteringsstrategi er mulig, er i seg selv grunn til å sette spørsmålstegn ved påstanden om at arbeidsrettet rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser nødvendigvis må begynne på et ”lavt nivå” i skjermede omgivelser. Kanskje kunne flere oppleve en raskere integrering i arbeidslivet, hvis også de tradisjonelt mer behandlings- og omsorgsrettede delene av hjelpeapparatet satset på å utvikle mer arbeids-

livsorientert kompetanse og virkemidler samt tettere samarbeid med andre velferdsaktører. På denne måten kan bistanden fra ulike hold være tilgjengelig på det stadiet i rehabiliteringsprosessen hvor brukeren har behov for den.

For pasienter ved behandlingsinstans og brukere av kommunale tilbud dreier det seg i de aller fleste tilfeller om praksisplasser eller små jobber som lønnes med såkalt "bonuslønn" i kombinasjon med uføretrygd. Også noen av deltakerne i Arbeid med bistand ender opp med jobber hvor de beholder uføretrygden, selv om en større andel her får ordinær lønn eller lønn kombinert med graderte trygdeytelser, eller ansettelse med lønnstilskudd.

Det kan hevdes at en jobb med 100 prosent uføretrygd og bonuslønn og en arbeidstid som kan være så liten som fire timer i uka, ikke er noen "reell jobb". En kan også spekulere om ikke denne type ansettelser kan utnyttes av arbeidsgivere som får en viss mengde gratis arbeidskraft uten at de behøver å inngå større forpliktelser. Eller at arbeidstakere foretrekker å beholde sine trygdeytelser så lenge de kan, fordi dette gir dem trygghet og økonomisk forutsigbarhet. Trussel om å få redusert trygden kan i verste tilfelle gjøre folk sykere igjen.

Men for mange gir det mening å ha en slik liten jobb på en vanlig arbeidsplass i et ordinært arbeidsliv. I flere av eksemplene understrekes betydningen av at også de små jobbene er "reelle jobber", det vil si jobber "som må gjøres". Det betyr at man føler seg behøvd. (Spjelkavik 2008). Også små jobber og jobber som er "utenpå" de ordinære jobber, og som består av ekstraarbeid, kan gi bedre livskvalitet. Man har et sosialt liv utenfor hjemmet, kolleger, man har noe å fortelle barna sine om under middagen, og man kan lettere svare når man blir spurt "Hva er det du jobber med?" I tillegg kan slike småjobber fungere som trening og utprøving, og for noen som springbrett til mer ordinær ansettelse. For noen er det dette de forbinder med jobb, for andre er "jobb" det å få lønn på lik linje med kollegaene, mens alt annet er "tiltak", eller "liksomjobber" (Schafft 2008). Hva som er "jobb" og hva som er "liksomjobb" oppleves subjektivt forskjellig, og strengt tatt behøver ikke tjenesteapparatet benytte seg av andre definisjoner enn dem brukerne selv benytter – det vil si at den "profesjonelle lydhørheten" også anvendes med tanke på hvilke begrep hjelperne skal operere med overfor sine brukere.



## 7.4 Utfordringer

### Tilbud til personer med såkalte "lette lidelser"

Ose, Jensberg et al. (2008) påpeker at forskning og innsats i høy grad har vært rettet mot mennesker med moderate og alvorlige lidelser, mens det store flertallet av uføre har mer lette lidelser. Forfatterne viser til den britiske "Depression Report" (Layard, Bell et al. 2006) som hevder at størsteparten av budsjettene for å behandle psykiske lidelser går til behandling av de mest alvorlig syke (schizofreni og bipolare lidelser), samtidig som disse pasientene utgjør et lite mindretall og står for en liten andel av de samfunnsøkonomiske konsekvensene av psykisk sykdom. Langt mindre ressurser brukes på det store flertallet av uføre og syke som lider av depresjoner og kroniske angstlidelser. Deres udekkede behandlingsbehov forårsaker store samfunnsøkonomiske kostnader (ibid.). Dette omtales som et "samfunnsøkonomisk forebyggingsparadoks" (Ose, Jensberg et al. 2008). Kognitiv atferdsterapi regnes ifølge Layard mfl. for å være en kostnadseffektiv metode som – dersom den tilbys i større omfang til dem med depresjons- og angstlidelser – vil kunne gi store samfunnsøkonomiske innsparinger. En kritisk innvending mot dette forslaget er at koblingen mellom behandlingssuksess og tilbakeføring i arbeid ikke godt nok er dokumentert. "Det er langt mindre evidensbasert forskning som viser hva som bør gjøres for personer med lettere psykiske lidelser" (Ose, Jensberg et al. 2008 : 62). Tilsvarende konkluderte også Nystuen i en oversikt over oppsummert forskning på arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer:

"De fleste arbeidsrettede tiltak som benyttes i det norske velferdssystemet er ikke tilfredsstillende vurdert med tanke på effekter. Det er også i internasjonal sammenheng veldig lite eksisterende kunnskap om effekter av tiltak rettet mot personer med moderate psykiske lidelser. Det er store kunnskapshull på feltet og det er åpenbart et behov for å måle tilbakeføring til arbeid som et viktig utfallsmål i forskning på ulike tiltak for denne målgruppen" (Nystuen 2005 : 2).

Kjøp av helsetjenester i NAV er ett av tiltakene som i 2007 ble igangsatt med utgangspunkt i den samme erkjennelsen som Layard mfl. har kommet til: I Norge kan sykmeldte med sammensatte og lettere psykiske lidelser få poliklinisk samtalebehandling hos psykolog eller psykiater i

opptil 18 uker.<sup>34</sup> Ventetiden for å få tilgang til slik behandling skal være kort.

Fokus på alvorlige lidelser ser ut til å avlede oppmerksomhet fra det store flertallet av mennesker som er/blir uføre på grunn av såkalte lettere lidelser. Her er det viktig å rette oppmerksomhet mot kunnskap om behandlingsmetoder som kan styrke inkluderingsmuligheter og motvirke arbeidsmiljøfaktorer som utløser og forsterker stress og invalidiserende psykiske reaksjoner, og som støtter mestringsevnen. Det er også viktig å utvikle gode tilbud for unge under 20 som håper eller venter på trygd. Det er en gruppe i sterk vekst, og man mangler ressurser for lavterskeltilbud.

#### Tilbud til personer med minoritetsbakgrunn

En antar at personer med minoritetsbakgrunn har over dobbelt så stor risiko for å oppleve psykiske problemer som befolkningen for øvrig (Ayazi & Bøgwald 2008). Folkehelsas undersøkelse om helsetilstanden blant den voksne befolkningen i Oslo i 2002 har vist at innvandrere fra ikke-vestlige land hadde en høyere andel med symptomer på psykiske problemer enn andre innvandrere og høyere enn personer fra Norge, Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia (Grøtvedt 2002).

I en rapport utgitt av Rådet for psykisk helse heter det:

”En del mennesker med minoritetsbakgrunn opplever at det skjer en opphopning av avmaktssituasjoner og at de får psykiske problemer som i utgangspunktet ikke var der. Andre opplever at allerede eksisterende psykiske plager forsterkes av en rekke avmaktsopplevelser. Personer med majoritetsbakgrunn som har psykiske lidelser, kan også oppleve avmakt når de ikke får arbeid som er tilpasset deres behov, noe som igjen fører til dårlig økonomi og problemer med å skaffe seg en stabil bolig. De kan også oppleve avmakt overfor hjelpeapparatet når de ikke blir hørt og tatt med i planleggingen av egen behandling, eller når de faller mellom flere stoler i hjelpeapparatet” (Jareg 2007 : 11).

Flyktninger som gruppe har en stor opphopning av psykiske belastninger før de kom til Norge. I tillegg kommer belastninger fra selve flukten samt det å leve i fremmed eksil. I den såkalte HUBRO-undersøkelsen, en

---

<sup>34</sup> <http://www.nav.no/805364615.cms>

helseundersøkelse blant innbyggerne i Oslo<sup>35</sup> finnes det data som viser at traumatiske hendelser forklarer noe av den økede hyppighet av psykiske plager hos innvanderne, spesielt hos flyktningene (Dalgard 2005).

Den viktigste sosiale forklaringsfaktor etter ankomsten til Norge synes å være manglende arbeid, og i mindre grad økonomiske problemer. Av psyko-sosiale faktorer synes manglende sosial støtte, manglende integrasjon i det norske samfunn (i alle fall hos menn), opplevelse av diskriminering, bl.a. på boligmarkedet, samt en generell opplevelse av maktesløshet, å være de viktigste (Dalgard 2005 : 6).

Man har funnet tre hovedfaktorer som virker positivt inn på den psykiske helsen til flyktninger med traumatiske erfaringer. Ifølge HUBRO-undersøkelsen ser det ut til at god økonomi er en buffer mot angst og depresjon. De to andre faktorene er henholdsvis arbeid/aktivitet og nære familierelasjoner [...]. Det er også en betydelig sammenheng mellom arbeidsledighet og opprettholdelse av symptomene, og dess større traumebelastningene er, dess viktigere blir nære familierelasjoner for den psykiske helsen [...]. Det å være uten meningsfull aktivitet og være isolert er altså risikofaktorer for utvikling av og forsterkning av psykiske problemer hos mennesker med traumeopplevelser. (Jareg 2007 : 22)

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress<sup>36</sup> har utgitt en veileder med kunnskapsbaserte råd om utredning, behandling og oppfølging i arbeidet med flyktninger (Dahl, Sveaass et al. 2006). Ett av temaene i veilederen er rehabilitering av flyktninger med kroniske lidelser. I denne sammenhengen heter det:

Et helhetlig psykiatrisk rehabiliteringsopplegg i nærmiljøet krever en omfattende tiltakskjede og en klinisk koordinator, helst ved det distriktpspsykiatriske senteret flyktningen sokner til. I tiltakskjeden inngår

1. Poliklinisk behandling med en ivaretaende, stabiliserende og støttende psykoterapi og oftest medikamentell behandling.
2. Fastlege som vil ha koordinerende ansvar for somatisk behandling og smertebehandling.
3. Ferdighetstrening og utvikling av kulturell kompetanse hos pasienten. Ferdighetstrening er særlig kjent brukt overfor schizofrene pasienter og kan dreie seg om sosiale og mellommenneskelige ferdigheter, ferdigheter i problemløsning, ferdigheter som trengs i dagliglivet og yrkeslivet. Når det gjelder flyktningpasienten vil det være naturlig å vurdere hva han/hun trenger å trene seg i for å klare seg i Norge. Det gjelder ikke minst å lære

<sup>35</sup> Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO/UNGHUBRO) pågikk fra 2000 – 2001. Målet med undersøkelsen var å få oversikt over Oslo-befolkningens helse, samt å bruke materialet til forskning. HUBRO er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune, Universitetet i Oslo og Nasjonalt folkehelseinstitutt, som også har databehandlingsansvaret.

<sup>36</sup> <http://www.nkvts.no/>

seg til å forstå og snakke norsk, forstå kulturelle koder for sosial omgang, hva slags atferd som gjør at en kan få hjelpeapparatet i tale og regelkulturen som hersker i norsk byråkrati. Det vil være koordinators oppgave å utforske sammen med pasienten hva han /hun forstår uti fra sin kultur, hvilke ferdigheter vedkommende kan ha nytte av og å bistå han/hun i å erverve seg ferdighetene. Slik blir koordinator også en viktig kulturell brobygger og formidler (...)

7. Skole og arbeid. Flyktningpasienten i rehabiliteringsopplegg vil oftest trenge spesialpedagogisk opplegg i norskundervisning fordi det ofte er knyttet store lærevansker til deres lidelse. Ved sysselsetningstiltak, arbeidstrening innenfor rehabilitering eller vernet arbeid må det taes hensyn til at mange pasienter kan ha behov for redusert arbeidstid, at traumatiserte sover lite, kan ha store problemer med for eksempel støy, konsentrasjon, samarbeid med andre og kan ha generelt lav stresstoleranse. Trygghet, oversikt og kontroll er også svært viktig i slike situasjoner. Innenfor en aktivitetsplan må det også være rom for at kvinner med hovedomsorg for barn arbeider med å etablere en relasjon til barnehage og skole. I norskundervisning vil kvinner også kunne komme ut av en pålagt isolasjon og få kontakt med et flerkulturelt kvinnenettverk.” (Hauff & Dahl 2006 : 41 ff)

Samtidig som behovet for psykiske helsetjenester er stort blant innvandrere og særlig flyktninger, har man konstatert et betydelig underforbruk av disse tjenestene. Utfordringen består i å nå denne gruppen og utvikle et tilbud som er tilpasset deres behov.

### Metodisk systematisk bruk av virkemidler og tiltakskjedning

Praksisplasser og hospitering brukes mye for å komme inn i jobb, men ikke alle ser ut til å ha en klar metodisk tilnærming. I noen eksempler har vi fått nøyaktige beskrivelser om hvordan disse brukes metodisk, for eksempel med eksplisitte mål og avtaler mellom veileder, deltaker og arbeidsgiver, med oppfølging som er planmessig og kompetent, og hvor det sikres parallell bistand og samarbeid med andre instanser. Arbeidspraksis for pasienter og Kommunal arbeidssentral er slike eksempler. Det ser ut til at det er behov for at kunnskapen om hvordan man kan anvende praksisplass og hospitering som integreringsmetode blir løftet bedre fram, og at man også forsøker å systematisere denne kunnskapen. Dette vil gjøre det lettere å spre god metodepraksis og å spesifisere kravene til tiltaksarrangører.

Fremdeles er det slik at det er langt lettere å skaffe tidsbegrensede praksisplasser enn å skaffe varige jobber, med eller uten trygdeytelser. Be-

grunnelser for dette varierer. Vanlig er: Mangel på passende jobber, arbeidsgivere som er fordomsfulle eller kunnskapløse, for dårlige muligheter til å gi oppfølging etter ansettelse eller utilstrekkelige økonomiske virkemidler. Også dette er et område hvor det trengs mer kunnskap for å forbedre praksisen.

Det hersker stor enighet om at ”tett individuell oppfølging” er det viktigste virkemiddel for å etablere et jobbforhold og for å sikre fastholdelse. Men hva konkret denne oppfølgingen innebærer, hvilke elementer i den som er de viktigste, finnes det lite systematisk kunnskap om. Vi vet at direkte menneskelig kontakt er å foretrekke framfor brev og telefonkontakt, og at oppfølgingen bør tilpasses den enkeltes behov. Men hvem er det som definerer den enkeltes behov, og hvordan kan man sikre at ikke overbeskyttende hjelpere gjør brukerne tilsynelatende svakere og mer uselvstendige enn de i utgangspunktet er? Hvordan sikrer man at planlagte formelle evalueringspunkter får et reelt innhold med tanke på nødvendig bistand? Hvordan kan oppfølgingen få en forebyggende effekt ved å oppdage behov før det er for sent? Hvordan sikrer man brukermedvirkningen også hos personer som er i en utsatt situasjon i møte med hjelpernes profesjonsmakt? En systematisering av virkemiddelbruken som samtidig ivaretar fleksibilitet og individuell tilpasning, krever god kompetanse hos hjelperne og i tiltak.





## Referanser

### Offentlige dokumenter:

- Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012. Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet.
- Nasjonell Psykiatrisamordning (2006). I begynnelsen var organisationen...: rehabilitering till arbete för personer med psykiska funktionshinder : hinder och möjligheter. Stockholm, Fritze.
- Prop. 2007/08:1. Budgetpropositionen för 2008. Finansdepartementet (Sverige).
- Rådet for psykisk helse (2008). Med livet som kompetanse : Brukeransettelser i psykiske helsetjenester. Oslo, Rådet for psykisk helse.
- St.prp. Nr.63 (1997–1998). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006.
- St.prp. nr. 1 (2006-2007), Arbeids- og inkluderingsdepartementet: Prosjekt for evaluering av forsøk med tidsubestemt lønnstilskudd [august 2007 – juni 2008].
- St.meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeids- og inkluderingsdepartementet: Arbeid, velferd og inkludering.
- SOU (2007:100) Ambition och ansvar - Nationell strategi för samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

### Litteratur:

- Andreassen, T. A. (2004). Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Ankestyrelsen (2007). Førtidspensioner: Årsstatistik 2006. København, Ankestyrelsen.
- Ayazi, T. & K. Bøggwald (2008). "Innvandrerens bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste." Tidsskrift for den Norske Legeforening 128: 162 - 5.

- Bauman, Z. (1999). In Search of Politics. Cambridge, Polity.
- Bejerholm, U. & M. Eklund (2006). "Engagement in occupations among men and women with schizophrenia." Occupational Therapy International 13(2): 100-121.
- Bejerholm, U. & M. Eklund (2007). "Occupational engagement in persons with schizophrenia: relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life." American Journal of Occupational Therapy 61(1): 21-32.
- Berget, B. (2006). Animal-assisted therapy: effects on persons with psychiatric disorders working with farm animals, Tønsberg, Universitetet for miljø- og biovitenskap.
- Berget, B. (2006). Dyreassistert terapi: effekter av arbeid med husdyr for mennesker med psykiske lidelser. Gården som ressurs for oppvekst- helse og sosialektoren, Tønsberg, Universitetet for miljø- og biovitenskap, Institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap.
- Bergsgard, N. A., S. Flermoen, et al. (2003). Brukernes deltakelse i yrkesretta tiltak og fritidstiltak - samarbeid og organisering lokalt: evaluering av det lokale arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse : delrapport fra fase 1. Rapport nr 10/2003. Bø i Telemark, Telemarksforsking.
- Bergsgard, N. A. & K. Løyland (2001). Effekten av yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser. Bø i Telemark, Telemarksforsking.
- Beutel, M., R. Zwerenz, et al. (2005). "Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation - short and long-term results from a controlled study." Disability & Rehabilitation 27(15): 891-900.
- Bjerle-Frisk, A. (2006). Handläggaren gör skillnad! : försäkrades upplevelser av insatser samordnade av Försäkringskassan. Stockholm, Arbetslivsinstitutet förlagstjänst.
- Bjørgen, D. & K. J. Johansen (2007). Bruker spør bruker : Evaluering av Inn på TUNET, Mental Helse Sør Trøndelag.
- Blekesaune, M. (2005). Unge uførepensjonister: hvem er de, og hvor kommer de fra? Oslo, Nova.
- Bond, G., M. Rinaldi, et al. (2007). "Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual Placement and Support and non-integrated pre-vocational services in the UK." Journal of Vocational Rehabilitation 27(1): 21-27.



- Bond, G. R. (2004). "Supported employment: Evidence for an evidence-based practice." Psychiatric Rehabilitation Journal 27(4): 345-359.
- Borg, M. (2007). The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems. Trondheim, Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science. 2007:110.
- Borg, M. & K. Kristiansen (2007). Working on the edge: Everyday life research from Norway on the meaning of work for people recovering from severe mental health distress. I: Borg, M.: The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems. Trondheim, Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science. 2007:110.
- Borg, M. & A. Topor (2007). Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo, Kommuneforlaget.
- Brandt, P., F. Ebsen, et al. (2003). Brugerne, de professionelle og forvaltningen: en diskussion af sammenhængen mellem brugernes livsverden, den professionelle og frivillige indsats og den samlede organisering af tilbudene til mennesker med hjemløshed, misbrug eller sindslidelse som problem. København, AKF Forlaget.
- Breum, M. (2004). Arbejdsmarkedet - også for psykiatribrugere : en pjece : til vejledning og hjælp på arbejdsmarkedet. Odense, LAP - Landsforeningen af Nuværende og Tidligere Psykiatribrugere.
- Buer, T., E. W. Jenssen, et al. (1996). Rapport fra prosjektet "Yrkesmessig attføring av tidligere psykiatriske pasienter". Oslo, Arbeidsrådgivningskontoret.
- Burns, T., J. Catty, et al. (2007). "The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial." Lancet 370(9593): 1146-1152.
- Cimera, R. E. (2002). "The monetary benefits and costs of hiring supported employees: A primer." Journal of Vocational Rehabilitation 17(1): 23-32.
- Clausen, T., J. G. Pedersen, et al. (2004). Handicap og beskæftigelse - et forhindringsløb. København, Socialforskningsinstituttet.

- Dahl, S., N. Sveaass, et al., Eds. (2006). Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger: veileder. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Dale-Olsen, H., I. Hardoy, et al. (2005). IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne. Oslo, Institutt for samfunnsforskning.
- Dalgard, O. S. (2005). Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. Resultater fra befolkningsundersøkelser. Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter : tilbakeblikk og erfaringer. N. Ahlberg, A. Aambø and I. Ghile. Oslo, NAKMI. 1: 25-32.
- Dalgard, O. S. (2006). Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Oslo, Folkehelseinstituttet.
- Dybvig, S., J. O. Johannesen, et al. (2004). Stigma - antistigma: stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser og hvordan stigma kan bekjempes. Stavanger, Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- ECON (2005). 16 IA-virksomheter to år etter. Oslo, ECON Analyse.
- Eklund, M. (2004). "Satisfaction with Daily Occupations: A Tool for Client Evaluation in Mental Health Care." Scandinavian Journal of Occupational Therapy 11(3): 136-142.
- Eklund, M. (2006). "Occupational factors and characteristics of the social network in people with persistent mental illness." American Journal of Occupational Therapy 60(5): 587-594.
- Eklund, M. & M. Bäckström (2006). "The Role of Perceived Control for the Perception of Health by Patients with Persistent Mental Illness." Scandinavian Journal of Occupational Therapy 13(4): 249-256.
- Eklund, M., L. Hansson, et al. (2004). "The Importance of Work as Compared to Other Forms of Daily Occupations for Wellbeing and Functioning among Persons with Long-Term Mental Illness." Community Mental Health Journal 40(5): 465-477.
- Erdner, A. (2006). Berättelser om ensamhetens vardag hos människor med psykiska funktionshinder. Stockholm, Karolinska institutet.
- Erlandsson, S. & M. Gustafsson (2004). ArbetsDax : rehabilitering av psykiskt funktionshindrade : utvärdering av en verksamhet i samverkan mellan landstinget, kommunen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Eskilstuna. Eskilstuna, Centrum för välfärdsforskning, Mälardalens högskola.

- Essen, C. (2003). Samtal i selvhjelpsgrupp: få kraft og stød av andra i samma situasjon. Stockholm, Wahlström & Widstrand.
- Flermoen, S. (2005). Evaluering av opptrappingsplan for psykisk helse : arbeids- og fritidstiltak: situasjonsbeskrivelse høsten 2004. Bø, Telemarksforskning-Bø.
- Flermoen, S. (2006). Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser: evaluering av det lokale arbeidet med opptrappingsplanen for psykisk helse : sluttrapport. Bø, Telemarksforskning-Bø.
- Forsäkringskassan (2007). Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos, 2006, Försäkringskassan, Försäkringsdivisionen, Enheten för statistik.
- Frøyland, K. (2006). Supported employment or segregated rehabilitation?: vocational rehabilitation and the idea of "rapid job placement" : a literature review. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Fyrand, L. (2005). Sosialt nettverk : teori og praksis. Oslo, Universitetsforlaget.
- Gahnström-Strandqvist, K., A. Liukko, et al. (2003). "The meaning of the working cooperative for persons with long-term mental illness: A phenomenological study." American Journal of Occupational Therapy 57(3): 262-272.
- Gahnström-Strandqvist, K. (2003). Rehabilitation in a changing context - responses, difficulties and competence from the view of occupational therapists and clients : consequences of the ideological and organisational changes in psychiatry. Karolinska Institutet, Solna. Stockholm.
- Granerud, A. (2004). Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer : erfaringer, utfordringer og ønsket støtte, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og idrettsfag, Institutt for sykepleie.
- Granerud, A. & E. Severinsson (2006). "The struggle for social integration in the community - the experiences of people with mental health problems." Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 13(3): 288-293.
- Grøtvedt, L. (2002). Helseprofil for Oslo, Voksne. Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Gråwe, R. W., H. Hagen, et al. (2005). Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne: september 2004. Oslo, SINTEF Helse.

- Hansen, G. V. (2007). Samarbeid uten fellesskap - om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag, Karlstad Universitet.
- Hauff, E. & S. Dahl (2006). Rehabilitering av flyktninger med kroniske lidelser. I: Dahl, Sveaass & Varvin (2006). Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger: veileder. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Helle, S. & R. W. Gråwe (2008). "Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose." Tidsskrift for Norsk Psykologforening 7: 1358-1362.
- Hummelvoll, J. K. (2005). Verdifullt psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. I: Beston, G. m fl.: . Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid. Elverum, Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K. & B. G. Eriksson (2005). Psykiskt helsearbeid och brukarperspektivet - några inledande reflexioner. I: Beston, G. m fl.: . Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid. Elverum, Høgskolen i Hedmark.
- Jareg, K. (2007). Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn. Oslo, Rådet for psykisk helse.
- Jensen, P. (2002). Recovery. Rapport over Videnscenter for Socialpsykiatri recovery-forprosjekt, marts - juli 2002.
- Jensen, P. (2006). En helt anden hjælp: recovery i bruger- og pårørende-perspektiv. København, Akademisk Forlag.
- Joner, A. (2007). "Nye koster i ny etat." Tidsskrift for den Norske Lægeforening 15(127): 1957-8.
- Juliussen, F. B. (2008). En anderledes brik? Medarbejdere med brugererfaring - en aktiv brik i rehabiliteringsarbejdet. København, Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Kinnunen, P. (2007). Framgångsfaktorer i arbetsträning. En studie om psykiskt funktionshindrade personers erfarenhet av arbetsträning. Institutionen för Samhällsvetenskap och Beteendevetenskap. Mälardalen, Mälardalens Högskola.
- Knudsen, H. (2003). Medarbejdere med brugerbaggrund. Århus, Psykiatrien i Århus Amt - Center for evaluering.
- Laurelii, E. (2002). Sociala arbetskooperativ. Funktionshindrades möjligheter till arbete genom sociala arbetskooperativ. Strukturella förutsättningar i Sverige, Storbritannien och Italien. Rapport. Arbetslivsinstitutet.

- Layard, R., S. Bell, et al. (2006). *The Depression Report - A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*. London, The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, London School of Economics.
- Lidal, E. & K. Røhme (2006). *Individuell plan : Et virkemiddel for koordinering, sammenheng og forutsigbarhet*. I: A. Almvik and L. Borge (red.): Psykisk helsearbeid i nye sko. Bergen, Fagbokforlaget.
- Lindström, M. (2007). *Vardagslivets Rehabilitering – Del B: Vy över arbetsterapeutiska insatser i svensk psykiatri.*, Umeå Universitet.
- Lissens & v. Audenhove (2000). *Supported Employment for people with mental health problems: the practices in four European organisations*. Jyväskylä, Finland, Gummerus Printing.
- Madsen, V. (2006). "På samme hav, men ikke i samme båt": brukerperspektiv i lokalpsykiatrien. Oslo, Høgskolen i Oslo, Avdeling for økonomi-, kommunal- og sosialfag.
- Marwaha, S. & S. Johnson (2005). "Views and experiences of employment among people with psychosis: A qualitative descriptive study." International Journal of Social Psychiatry 51(4): 302-316.
- Meistad, T. & R. M. Nyland (2005). *Du må så før du høster: om arbeidsmarkedstiltak på gård for mennesker med psykiske lidelser*. Trondheim, Norsk senter for bygdeforskning.
- Melle, I., S. Friis, et al. (2000). "Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies." Psychiatric Services 51(2): 223-228.
- Millet, P. (2005). *Locus of control and its relation to working life : studies from fields of vocational rehabilitation and small firms in Sweden*. Doctoral thesis / Luleå University of Technology, 1402-1544 ; 2005:13. Luleå, Luleå tekniska universitet.
- Myrvold, T. M. (2004). Tilbudet til mennesker med psykiske problemer: kommunenes arbeid med integrering og koordinering. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Møller, G. (2005a). Hvordan fungerer tiltaksapparatet for yrkeshemmede med psykiske lidelser? Rapport. Telemarksforskning.
- Møller, G. (2005b). Yrkeshemmede med psykiske lidelser: tiltaksbruk og effekter. Bø i Telemark, Telemarksforskning-Bø.

- Møller, G., B. A. Brandtzæg, et al. (2008). NAVs satsing på arbeid og psykisk helse: evaluering av fylkesvise koordinatorstillinger i NAV og bruk av øremerkede tiltaksmidler. Bø, Telemarksforskning-Bø.
- Norvoll, R. (2004 [2002]). Psykisk lidelse som sosial prosess. I: . Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon. R. Norvoll. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Nystuen, P. (2005). Arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer, Avdeling for Sosialtjenesteforskning, Sosial- og helsedirektoratet.
- Olsson, Å. & H. Vikström (2007). Meningsfull sysselsætning i två typer av dagliga verksamheter - en jämförelse mellan en brukarstyrd och en kommunalt driven daglig verksamhet för människor med psykiska funktionshinder. Institutionen för hälsa och samhälle, Högskolan Dalarna, .
- Ose, S. O., H. Jensberg, et al. (2008). Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus, SINTEF Helse.
- Peck, B. & L. T. Kirkbride (2001). "Why businesses don't employ people with disabilities." Journal of vocational rehabilitation 16(2): 71-75.
- Rosenberg, D. & A. Lundberg (2005). En kugge i maskineriet : arbeidsgivares erfaringer av psykiatrisk rehabilitering. Härnösand, FoU Västernorrland.
- Rosenstock, M., K. Tinggaard, et al. (2004). Rummelighedens rammer : ansættelsesmuligheder for personer med hjerneskade, sindslidelse eller udviklingshæmning. København, Socialforskningsinstituttet.
- Sandlund, M. (2005). Utvärdering "PROJEKT 16" Samverkansprojekt kring arbetslivsinriktad rehabilitering för psykiskt funktionshindrade i Umeå i form av Supported Employment på Nätkraft. Umeå, Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten.
- Schafft, A. (2007). "Ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter - Vi må forstå arbeidsgivernes grunner." Tidsskrift for psykisk helsearbeid 4(3): 254-261.
- Schafft, A. (2008). Klok av skade: evaluering av tiltaket "Medarbeider med brukererfaring" i Bergen. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.

- Schafft, A. & Ø. Spjelkavik (2006a). Arbeid og psykisk helse: underveis-evaluering av Vilje Viser Vei, Storbysatsingen. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schafft, A. & Ø. Spjelkavik (2006b). På vei til jobb? Evaluering av arbeidsmarkedssatsingen for sosialhjelpsmottakere. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schau, M. E. (2005). Sindslidende og arbeidsmarkedet : en dokumentation af hvad der virker og hvorfor. Viborg, Viborgs amt.
- Servan-Schreiber, D. (2005). Evnen til helbred: behandling av stress, angst og depresjon uten medikamenter eller psykoterapi. Oslo, Pax.
- Skjellvik, M. (2002). Arbeid og livskvalitet: hvilken sammenheng er det mellom arbeid og livskvalitet for mennesker som har alvorlige psykiske lidelser? Oslo, Universitetet i Oslo.
- Socialstyrelsen (2007). Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006 Socialstyrelsens uppföljning.
- Spjelkavik, Ø. (2003). Rehabilitering av personer med psykiske lidelser : Fontenehuset i Oslo. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Spjelkavik, Ø. (2008). Er det for tøft å være inkludert? Innlegg på Velferdskonferansen 2008. Oslo.
- Spjelkavik, Ø. (2008a). Nye muligheter for jobb med tidsubestemt lønnstilskudd? Evaluering av forsøk i 5 fylker. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Spjelkavik, Ø. (2008b). Fokus på nye muligheter. Evaluering av et kurs ved Mølla Kompetansesenter. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Spjelkavik, Ø., K. Frøyland, et al. (2004). Supported employment in Norway: a national mainstream programme. Oslo, Work Research Institute.
- Spjelkavik, Ø., K. Frøyland, et al. (2003). Yrkeshemmede i det ordinære arbeidslivet: inkludering gjennom Arbeid med bistand. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Stenbeck, B., M. Eklund, et al. (2001). "The Domain of Concern of Swedish Occupational Therapists Working in Psychiatric Care." Scandinavian Journal of Occupational Therapy 8(4): 184-192.
- SUS (2005). Evaluering af De Samvirkende Invalideorganisationers "Projekt støtteperson til psykisk handicappede i erhverv". København, Socialt Udviklingscenter SUS.

- Sverdrup, S., L. B. Kristofersen, et al. (2007). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Topor, A. (2001). Återhämtnig från svåra psykiska störningar. Stockholm, Natur och Kultur.
- Topor, A. (2004). "Vad hjälper i återhämtning från svåra psykiska problem? Ett samverkansprojekt mellan brukare och professionella." Tidsskrift for psykisk helsearbeid 4: s. 4-15.
- Topor, A. (2006). Hva hjelper? veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer. Oslo, Kommuneforlaget.
- Topor, A., J. Svensson, et al. (2002 [1999]). Vendepunkter - Et nærstudie af vendepunkter for mennesker der er kommet sig efter alvorlig psykisk lidelse. København, Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Trefjord, S. & T. Hatling (2004). Erfaringer fra arbeid med Individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH): sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003. Oslo, Sintef Unimed.
- Volden, O. (2004). "Vi sier farvel til "den psykiatriske pasienten": Et brukerperspektiv på psykisk helse. Volum 1 nr. 1, 2004. ." Tidsskrift for psykisk helsearbeid 1(1): 43-54.
- Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. I: Norvoll, R.: Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Åberg, J. & O. Källtorp (2001). Styra sitt liv. Om förutsättningar för social funktion hos personer med psykisk funktionsnedsättning.: Psykiatireformen i Gävleborgs län i olika perspektiv. Gävle, Vaxholm, Bjurner och Bruno.



## Vedlegg

### Databaser som ble brukt til litteratursøk

#### NORGE:

**BIBSYS:** omfatter bøker og andre publikasjoner (inkl. enkelte artikler) som finnes i universitetsbibliotekene, Nasjonalbiblioteket og i bibliotekene ved høyskoler og forskningsinstitusjoner i Norge.

**FORSKPUB:** inneholder opplysninger om mer enn 160 000 publikasjoner og andre resultater av FoU-arbeid.

**NORART (norske tidsskriftartikler):** Referanser til artikler fra ca. 375 norske tidsskrifter og årbøker, herav ca. 60 innen helse- og sosialfag.

**Norsk bokfortegnelse – Doktoravhandlinger:** Referanser til doktoravhandlinger og lisensiatavhandlinger utgitt i Norge etter 1970, samt nordmenns utgitt i utlandet etter 1977. Fra 1978 også utlendingers avhandlinger om Norge og norske forhold. Registreringen av avhandlinger utgitt i Norge er basert på pliktavlevering; de utenlandske registreres i den grad de oppdages.

#### NORDEN:

**bibliotek.dk:** Dansk bibliografisk litteraturlase som omfatter blant annet referanser materiale i danske folkebibliotek og forskningsbibliotek: bøker, tidsskrifter og aviser.

**LIBRIS** er en nasjonal samkatalog for svenske bibliotek. Ca 300 bibliotek i Sverige registrerer sitt materiale i **LIBRIS**. Av disse er de fleste universitets-/høyskole- og spesialbibliotek..

**Arblin** inneholder referanser til bøker, rapporter og artikler fra Arbeidslivsbiblioteket, som har vært en del av Arbeidslivsinstituttet.

#### INTERNASJONAL REFERANSE DATABASER FOR ARTIKLER:

EBSCO-Host

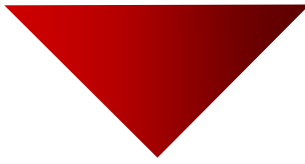
ISI Web of Science fra Institute for Scientific Information

#### Type medier:

- Artikler i vitenskapelige tidsskrift
- Rapporter/utredninger
- Bøker
- Avhandlinger/monografier
- Rapporter fra relevante lokale erfaringer som dokumenterer lokale aktiviteter/tiltak.

**Avgrensing:**

Rent medisinsk og psykiatrisk faglitteratur som forutsetter at leseren har medisinsk fagkunnskap er ikke tatt med. Heller ikke debattinnlegg eller populærvitenskapelige innlegg av journalistisk karakter, avisartikler, multimedia (cd-rom, video og lignende), anmeldelser og lignende.



# Arbeidsforskningsinstituttet

AFI er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt. Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Se [www.afi.no](http://www.afi.no)

Publikasjoner kan lastes ned eller bestilles fra AFIs hjemmeside eller direkte fra instituttet.

Pt 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO  
Besøksadresse:  
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00  
Fax: 22 56 89 18  
E-post: [afi@afi-wri.no](mailto:afi@afi-wri.no)  
[www.afi.no](http://www.afi.no)

