

Veien inn i arbeidslivet.

**Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med
psykiske helseplager.**

Av Ellen Ramvi, Lisebet Skeie Skarpaas og Lise Løvereide

Universitetet i Stavanger

N-4036 Stavanger

Norge

www.uis.no

ISSN 0806-7031

ISBN 978-82-7644-529-9

Rapport nr 40, Universitetet i Stavanger

«Når vi får inn folk som tydelig sliter med noe, som vi tilrettelegger for og prøver å snakke en del med, så sprer det seg jo i miljøet. Folk blir mer hjelpsomme, folk får mer forståelse for sine kollegaer som også sliter av og til.» (Erfaringsbasert kunnskap fra en leder som har hatt mennesker med psykiske helseproblemer i arbeidspraksis i sin bedrift.)

Forord

Dette prosjektet, *Veien inn i arbeidslivet. Lederes erfaring med inkludering av unge voksne med psykiske helseplager*, ble finansiert av FARVE - forsøksmidler arbeid og velferd.

Prosjektperioden har vært fra august 2012 til juli 2013. Førstemanuensis Ellen Ramvi ved Universitetet i Stavanger var prosjektleder og ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet. Høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus Lisebet Skeie Skarpaas og masterstudent Lise Løvereide var prosjektmedarbeidere.

Datainnsamling og analyse ble utført i et samarbeid mellom alle 3 forskerne. Løvereide hadde imidlertid et særlig fokus på helsevesenet rolle i informantenes fortellinger. Hennes masteroppgave har tittelen «Et **for**friskende arbeidsliv? En kvalitativ studie av lederes erfaring med å ta imot mennesker med psykiske lidelser i arbeidspraksis».

De 15 lederne som har bidratt med sine erfaringer i denne studien fortjener en stor takk. En stor takk også til NAV Rogaland for godt samarbeid i rekrutteringsfasen av prosjektet.

Universitet i Stavanger, Institutt for Helsefag,

Juli 2013.

Ellen Ramvi

Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	7
Sammendrag.....	8
1.0 Bakgrunn	9
1.1 NAV og arbeidspraksis	9
1.2 Studiens relevans.....	9
1.3 Tidligere undersøkelser	10
1.4 Begrepsavklaring.....	14
2.0 Metode.....	15
2.1 Design.....	15
2.2 Utvalget	15
2.3 Datainnsamling.....	16
2.4 Analyse.....	16
2.5 Forskningsetiske vurderinger	17
3.0 Resultater.....	17
3.1 Innledning.....	17
3.2 Prosessen - Oppstart	19
3.3 Prosessen - Gjennomføring	24
3.4 Prosessen: Avslutning	33
4.0 Diskusjon.....	35
4.1 Innledning.....	35
4.2 «De må ville det selv»	36
4.3 Å få- og å gi et realistisk bilde.....	37
4.4 Ledernes personlig engasjement.....	38
4.5 Kvalitet ved samhandlingen mellom aktørene	39
4.6 Kvaliteter ved arbeidsplassen	42
5.0 Oppsummering	44
6.0 Referanser.....	45
Vedlegg 1	48
Vedlegg 2	51
Vedlegg 3	54

Sammendrag

Studien *Veien inn i arbeidslivet*, beskriver lederes erfaring med å ha unge voksne med psykiske helseplager i arbeidspraksis.

Bakgrunnen for studien var et behov for mer kunnskap om og fra arbeidslivet når det gjelder holdninger til og kunnskap om mennesker med psykiske helseplager i ordinært arbeid. Mange mennesker med psykiske helseplager ønsker å komme ut i arbeidslivet, men selv om arbeidsrettet integrering av personer med psykiske helseplager har vært fokusert i Norge den senere tid, har denne gruppen lav deltagelse i yrkeslivet.

Formålet med studien er å synliggjøre den erfaringsbaserte kunnskap ledere har med å ta imot personer med psykiske helseproblemer til arbeidspraksis. Dette vil være et bidrag til det videre utviklingsarbeidet innen arbeidsrettet rehabilitering for unge voksne med psykiske helseplager.

Metode. Det ble foretatt intervju med 15 ledere i ulike virksomheter som hadde hatt direkte erfaring med oppfølging av mennesker med psykiske helseplager i arbeidspraksis.

Resultatet. Lederne er opptatt av at deltagerne må være motivert, og ser etter deres ressurser og det friske. For at praksisen skal være vellykket mener de det er viktig at deltager får et riktig bilde av arbeidsplassen i forkant, og at lederen får et realistisk bilde av deltageren. Åpenhet om problemer blir sentralt, men her kommer også en motsetning til uttrykk. Det kan synes som lederne både har et ideal om åpenhet om problemer og om å tilrettelegge for den enkelte deltager ut fra deltagers behov, samtidig som de også har et ideal om ikke å forhåndsdomme, behandle alle likt og å stille krav til deltager. Det kan også være tungt å ta innover seg det åpenhet fra deltager kan innebære, og lederne kan ha behov for å beskytte seg. Lederne som viser et stort personlig engasjement, vil ha behov for mer støtte enn de får i dag, både for egen del og for å kunne forstå og tilrettelegge for deltager. Kanskje vil et tettere samarbeid med helsetjenesten være viktig? Samarbeidet med NAV vurderes til godt, men en tettere oppfølging av deltager på arbeidsplassen vil være ønskelig. Lederne mener noe av det viktigste arbeidsplassen kan tilby er et hverdagsliv med rutiner og sosialt fellesskap. Arbeid som kan differensieres slik at deltager kan begynne med noe lett og etter hvert få mer kompliserte oppgaver fungerer godt. Ledere som selv har erfaring med deltagere med psykiske helseplager i arbeidspraksis vil i hovedsak fortsette med ordningen.

1.0 Bakgrunn

1.1 NAV og arbeidspraksis

NAVs overordnede mål er å gi mennesker mulighet til arbeid og aktivitet, samt sikre rettigheter til velferdsytelser. NAV skal bidra til å skape et inkluderende samfunn, et inkluderende arbeidsliv og et velfungerende arbeidsmarked (*Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse - 2007–2012*).

Arbeidspraksis i ordinær virksomhet er et arbeidsrettet tiltak for de som trenger å prøve ut sine muligheter på arbeidsmarkedet, få arbeidserfaring og dermed styrke muligheten til å komme i arbeid (Arbeidsdepartementet, 2008). Deltakere på tiltaket arbeidspraksis kan få tilrettelagt arbeidstrening med oppfølging. De må i samarbeid med arbeidsgiver utarbeide en opplæringsplan som inneholder målsettingen med praksisperioden. Det skal også framgå en beskrivelse av de arbeidsoppgavene som deltageren skal utføre, og hvordan opplæringen er tenkt gjennomført. Arbeidsgiver skal utpeke en kontaktperson som har hovedansvaret for oppfølgingen i tiltaksperioden. Deltageren i arbeidspraksis er ikke ordinært ansatt i virksomheten, men vil gå som en tilleggsressurs. Arbeidspraksis i ordinære virksomheter er et tilbud til de som har vanskeligheter med å komme inn på arbeidsmarkedet og har fått arbeidsevnen nedsatt. Varigheten på tiltaket skal tilpasses behovene til den enkelte ut fra mulighetene på arbeidsmarkedet. Det er mulig å være deltaker på tiltaket i inntil ett år. For personer som har fått arbeidsevnen sin nedsatt, kan tiltaket forlenges med inntil to år.

1.2 Studiens relevans

Arbeid og psykisk helse har lenge vært gjenstand for offentlig debatt. Et økende antall uføre blir beskrevet som et bekymringsverdig samfunnsfenomen og landet vårt utmerker seg med en høyere grad av uførhet enn sammenlignbare land. Av alle uførepensjoner utgjør psykiske lidelser cirka en tredel i Norge (Norvoll, 2011). Arbeidskraft er vår største kilde til velstand, og skal vi kunne opprettholde og øke vår velstand i fremtiden, er vi avhengig av at en så stor andel av befolkningen som mulig er i arbeid. Det er derfor et viktig politisk mål å øke arbeidsdeltakelsen i befolkningen, og få flere av de som mottar helserelaterte ytelser ut i arbeid (Rasmussen, Dyb, Heldal, & Strøm, 2010; Schafft, 2013). Dette er også et viktig satsningsområde med tanke på individuelle belastninger ved å stå utenfor ordinært arbeidsliv.

Kunnskapsstatus på området arbeid og psykisk helse gjort av AFI og SINTEF (2008), viser begge at det er et stort behov for kunnskap om og fra arbeidslivet. Det løftes fram uavklarte spørsmål som; Hvilke holdninger har arbeidsgivere til psykisk syke mennesker? Har arbeidsgiverne nødvendig kunnskap om psykiske lidelser? Hvilket ansvar skal arbeidsgiverne ha for å legge til rette for mennesker med psykiske helseproblemer i arbeidslivet etc. (Ose, 2008; Schafft, 2007). I vårt prosjekt vil vi nettopp la arbeidslivet selv komme til ordet, og svare på disse spørsmålene. Vi vil synliggjøre ledernes erfaringsbaserte kunnskap med å ta imot personer med psykiske helseproblemer til

arbeidspraksis. En slik kunnskap gir et viktig bidrag til det videre utviklingsarbeidet innen arbeidsrettet rehabilitering for unge voksne med psykiske helseproblemer. Kunnskapen vil være nyttig fordi den retter seg ikke bare mot hjelpeapparatet, men like mye mot arbeidsplassene, og vil ha stor betydning for rekruttering av praksisplasser. Studien er en videreføring av prosjektet "Arbeid og psykisk helse" gjennomført ved Universitet i Stavanger (Ramvi & Farstad, 2011).

Problemstillingen formulerer vi slik: Hvilke erfaringer har arbeidsledere med å ta imot unge voksne med psykiske helseproblemer til arbeidspraksis?

1.3 Tidligere undersøkelser

Arbeidsdeltagelse og psykiske helseproblemer

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

Arbeid er en viktig arena for voksne, men vi ser i en rekke land at om lag 70-80 prosent av befolkningen med psykiske helseproblemer står utenfor arbeidslivet (Downey, 2012). Økt fokus på arbeidsrehabilitering springer ut fra kunnskap om at mennesker med psykiske lidelser har behov som de fleste andre mennesker, deriblant behov for arbeid og sosial inkludering (Aarre, 2010; Bull & Lystad, 2011). Arbeidsledighet kan i seg selv bidra til å forverre den psykiske helsen, og det å være uføretrygdet kan være en belastning (Major et al., 2011). Å delta i arbeidslivet har en rekke fordeler for mennesker med psykiske helseproblemer, både finansielt, sosialt og helsemessig (Burns, White, & Catty, 2008).

En oppsummering av de ulike tiltakene for arbeidsrehabilitering som foregår på verdensbasis utført av Corbiere og LeComte (2009) oppsummerer de positive faktorene med arbeid;

- utvikling av grunnleggende prosesser som følelse av ansvar og dømmekraft og øking av selvfølelse der arbeidsforholdene er passende,
- minsker behov for reinnleggelser hvis det blir tilbudt arbeidstilpasning, utvikling av sosiale ferdigheter,
- å gjenvinne personlig makt og kontroll (empowerment) og oppnå mer autonomi og en følelse av å kunne bestemme over seg selv,
- i tillegg til å utvikle en sosial og arbeidsmessig identitet og rett og slett en mulighet til å være lik andre og videre få mulighet til å være et fullverdig medlem av samfunnet og bidra til fellesskapet (Corbiere & Lecomte, 2009).

Selv om det er dokumentert mange positive effekter av å opprettholde kontakt med eller skaffe tilgang til arbeidslivet for mennesker med psykiske helseproblemer, har det vært lite fokus på mental helse på arbeidsplassene (Curran, Knapp, McDaid, & Tómasson, 2007). Det ser likevel ut til at dette er i endring, også fordi presset på stønadssystemet blir stort og fravær fra arbeidslivet grunnet mental helse ser ut til å øke. Fortsatt er andelen mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer som inkluderes i arbeidslivet lav (Curran et al., 2007). Det ser også ut til at selv om det er mange studier som evaluerer intervensjoner for mennesker med mentale helseproblemer, er det få studier som rapporterer på arbeid som utfallsmål (Lauber & Bowen, 2010).

Arbeidsplassen og psykisk helse

Arbeidsgivere har generelt store bekymringer for å ansette mennesker med psykiske helseproblemer i sin bedrift. En studie viser at de er bekymret for om de kan stole på vedkommende, og for om de vil ha et stort behov for veiledning. Videre er de bekymret for at de som har eller har hatt psykiske helseproblemer har manglende evne til å ta initiativ og forholde seg til offentligheten (Biggs, Hovey, Tyson, & MacDonald, 2010). Å gi arbeidsgiverne mer kunnskap blir trukket fram som sentralt for at de skal gi flere med psykiske problemstillinger mulighet for arbeid (Biggs et al., 2010). En tverrkulturell studie (Tsang, Fung, Leung, Li, & Cheung, 2010) rapporterte at likt for arbeidsgiverne var at de hadde mange bekymringer som hindret dem i å ansette mennesker med psykiske helseproblemer (psykoser), og på den måten er de med å skape vanskeligheter for integrering i samfunnet og fullverdige bedringsprosesser for disse menneskene.

Å utvikle en kultur der det er åpenhet for psykiske helseproblemer kan potensielt ha positive effekter både for arbeidsgivere og for den enkelte ansatte (Downey, 2012). En studie hvor mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer entrer arbeidslivet konkluderer med at de har generelt positive erfaringer med det sosiale arbeidsmiljøet på arbeidsplassen der de kommer (Rollins, Bond, Jones, Kukla, & Collins, 2011). Men mange med psykiske helseproblemer er usikre på i hvilken grad de skal være åpne om sine mentale utfordringer på arbeidsplassen (Wheat, Brohan, Henderson, & Thornicroft, 2010). Det er mer utfordrende å være åpen om psykiske helseproblemer når man skal søke jobb, enn å avsløre fysiske funksjonsnedsettelse.

Brohan et. al (2012) undersøkte hvilke faktorer som påvirker arbeidsgiveres holdninger til å ansette og ha mennesker med psykiske helseproblemer i arbeid. De fant at *karakteristika ved arbeidet* påvirket holdningene; de som arbeidet i sosialsystemet hadde mindre bekymringer enn de som eksempelvis arbeidet med transport eller kommunikasjon, og også nivå av ansvar så ut til å ha noe å si. Videre fant de at *karakteristika ved arbeidsgiver* påvirket holdningene; de som hadde erfaring med å ansette mennesker med psykiske helseproblemer fra før var mindre bekymret, og de med positive erfaringer var mer villige til å ansette på nytt. Det var også viktig å kjenne til rettighetene til funksjonshemmede i arbeidslivet, og å ha opplevd sosial kontakt med mennesker som har psykiske lidelser. *Karakteristika*

ved arbeidssøkeren har også betydning; i hvilken grad tilpasninger, som i arbeidstid, er påkrevd påvirker sannsynlighet for ansettelse, og også bekymringer for om det vil være kostbart og i hvilken grad tilpasningen vil være forstyrrende. Alvorlighetsgraden til den psykiske lidelsen har også noe å si, depresjon blir vurdert til mindre alvorlig enn schizofreni, men dårligst ut kommer alkoholisme. Til sist ble det rapportert at *organisatoriske og intervjurelaterte karakteristika* påvirket mulig ansettelse; tilgang på arbeidskraft, store organisasjoner var mer villige til å ansette, og det å bruke intervjuteknikk og referanser økte sannsynligheten. Det påpekes i studien at disse holdningene representerer hypotetiske ansettelser, og at det er uklart hvordan disse faktorene er bestemmende i realiteten (Brohan et al., 2012).

Utviklingen innen arbeidsrehabilitering

Innen arbeidsrehabilitering har det siden 1970-tallet foregått et paradigmeskifte, fra det tidligere perspektivet at man måtte behandles og vernes i skjermede bedrifter før man kunne ut i ordinært arbeid, til et fokus på plassering i ordinært arbeid med oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen (Corrigan & McCracken, 2005; Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001; Rogan & Mank, 2011). De ulike modellene for å inkludere i arbeidslivet har gått fra det vi kaller «train & place» til det vi i dag ser mer av er av «place and train». På det internasjonale forskningsfeltet knyttet til arbeidsrettet rehabilitering ser vi i dag et stort fokus på «Supported employment» (SE) og tilnærmingen innen denne retningen som kalles «Individual placement and Support» (IPS). Denne tilnærmingen har fokus på å plassere i ordinært arbeidsliv, for så å trene under oppfølging der. IPS vektlegger at valg av type arbeid skal gjøres av individet selv, og ikke av et byrå eller en profesjonell hjelper (Curran et al., 2007). I Norge var det introduksjonen av SE gjennom pilotprosjekt med «Arbeid med bistand» (AB) som introduserte dette skillet i tenkemåte (Spjelkavik, 2012).

I Norge har SE blitt testet ut siden begynnelsen av 1990-tallet gjennom AB. Evalueringer av dette opplegget viste i første runde gode resultater, men det har senere vist seg at det er relativt få av de som ble rekruttert til arbeid gjennom AB som har klart å opprettholde tilknytningen til arbeidsplassen. Mye av grunnen til dette ser ut å være at arbeidsplassene ikke var egnet (Spjelkavik, 2012). I forskningsprosjekter internasjonalt er det mye som tyder på sterk evidens for at SE er en god metode for å inkludere mennesker med psykiske helseproblemer i arbeidslivet. Det kan likevel se ut som det er problemer med å implementere tjenesten i praksis i de nordiske landene, blant annet grunnet manglende profesjonalisering av koordinatoren for arbeidsinkluderingen og en for lite kunnskapsbasert modell av SE. I 1999 ble det påpekt av Kristiansen (Spjelkavik, 2012) at de fleste med psykiske helseproblemer i Skandinavia fortsatt er uten vanlig jobb, men har arbeidslignende aktiviteter i skjermet miljø uten virkelig lønn, og Spjelkavik (2012) hevder at situasjonen fortsatt er den samme.

Evalueringen av AB i Norge (Spjelkavik, Frøyland, & Skardhamar, 2003) viste at hele 96 prosent av arbeidsgiverne syntes arbeidstakerne gjennom ordningen gjorde en god jobb. De vanligste grunnene til å ansette gjennom AB var at de ønsket å hjelpe, og at de trengte arbeidskraft. Arbeidsgiverne som både ønsket å hjelpe og trengte arbeidskraft ansatte oftere arbeidstakerne gjennom AB på permanent basis. Når arbeidstakerne ikke ble ansatt permanent var det som oftest økonomiske årsaker som ble oppgitt (Spjelkavik, 2012).

Det er mye som tyder på at det er mer effektivt for å beholde en jobb at det skjer minimalt med jobbforberedende tiltak, men at brukeren i størst mulig grad finner en reell jobb raskt. Og videre ser det ut til å være sentralt at det blir tatt hensyn til individuelle preferanser, at det foregår kontinuerlig kartlegging og blir gitt støtte underveis (Secker, Membrey, Grove, & Seeböhm, 2002).

Arbeidspraksis i Norge

De siste årene har det i Norge vært et økende fokus på psykisk helse i arbeidslivet, og på å gi mennesker med psykiske helseproblemer som står utenfor arbeidslivet større mulighet for inkludering. Arbeidspraksis er ett av tiltakene som benyttes for denne målgruppen. Vi skal se nærmere på rapporter fra de siste årene som beskriver en del av satsningen i dette feltet, og som på ulike vis har en tilknytning til arbeidspraksis.

Arbeidsforskningsinstituttet (Schafft & Grimsö, 2012) har undersøkt i hvilken grad de såkalte «gjestebudene» som var en samarbeid mellom Rådet for psykisk helse, Nav og Helsedirektoratet hadde bidratt til at flere med psykiske helseproblemer var kommet i jobb eller hadde klart å beholde jobben. Undersøkelsen viser at økt kunnskap om psykiske helseproblemer endret holdningene til lederne i en positiv retning i forhold til å ha mennesker med psykiske helseproblemer i arbeid. Kunnskapen førte til at de i større grad klarte å beholde ansatte som fikk psykiske problemer og takle dette på arbeidsplassen, men det er lite som tyder på at det fikk konsekvenser for mer åpenhet ved nyansettelser.

En annen satsning mot personer med moderate og alvorlige psykiske helseproblemer som trenger bistand for å komme ut i arbeid er Storbysatsingen eller det såkalte "Vilje Viser Vei". Denne satsningen har hatt fra sin start i 2005 som mål å utarbeide en strategi for hvordan NAV alene og i samarbeid med andre etater, kan bedre tjenestetilbudet for mennesker med psykiske helseproblemer. Arbeidsforskningsinstituttet (Schafft & Spjelkavik, 2006) evaluerte satsningen, og det kom fram at deltagerne hadde gode erfaringer og opplevde det som meningsfylt og relevant å komme i arbeidspraksis. Av negative erfaringer var det særlig kontinuitet i tiltakene og kommunikasjon mellom aktører som ble trukket fram. Økt fokus på selve det å komme i arbeid, og ikke bare på avklaringen forut for arbeid, ble pekt på som utviklingsområder. I en nyere rapport fra Norlandsforskning (Olsen & Gjertsen, 2011) evalueres Vilje viser vei satsningen. Gjennom intervjuer med deltagere, NAV ansatte

og veiledere fra arbeidsmarkedsbedrifter kommer det fram at satsningen i hovedsak har fokus på avklaring. Det er likevel noen av deltagerne som kommer ut i ordinært arbeid eller arbeidspraksis etter dette tilbudet. Fokus er på ansvarliggjøring og motivering, og sentralt i tilbudet står tett oppfølging og fleksibilitet i kravene som stilles. Det kommer fram at å stille passe store krav er en utfordring for veilederne.

For unge mennesker (mellom 14 og 25 år) som faller ut av skole med rus og psykiske problemer som årsak er det de siste årene satset på et utviklingsarbeid ved tretten NAV-kontor for å øke inkluderingen i skole eller arbeid. Her har tiltaket arbeidspraksis i ordinær virksomhet blitt benyttet mest, i om lag en tredjedel av sakene. Arbeidspraksis får delte tilbakemeldinger på effekt (Frøyland, 2012), men man ser at der hvor det er klare formål og god oppfølging fungerer det best. Det er en fordel om det er mulighet for ansettelse etter praksisperioden, og å følge opp både ungdommen og arbeidsgiver for suksess.

Som en del av NAVs satsning på psykisk helse i arbeidslivet har det fra 2009-2012 foregått en forsøksordning med arbeidsgiverlos i syv Arbeidslivssentre. En rapport som evaluerer tiltaket (Schafft, Spjelkavik, Brøgger, & Grimsmo, 2012b) konkluderer med at arbeidsgiverlosen kan bidra med kompetanse og en funksjon som mangler i støtteapparatet og i bedriftene. Arbeidsgiverlosen bidrar med kunnskap som ledere med personalansvar kan gjøre nytte av i møte med ansatte med psykiske vansker, og de har bidratt med kompetanseheving på psykisk helse på NAV kontorene og i Arbeidslivssentrene.

I en tidligere studie (Ramvi & Farstad, 2011) ble det gjort en kvalitativ studie av arbeidsleders erfaring med å ta imot unge voksne med psykiske helseproblemer til arbeidspraksis. Alle arbeidslederne som ble intervjuet i denne studien hadde hatt samarbeid med arbeidsrehabiliteringsprosjektet "JobbResept" som driver sin virksomhet etter modell av Individual Placement and Support (IPS). Forutsetninger lederne mente var viktige for at deltakeren skulle lykkes med sin praksisplass var at alle må ha et ønske om å lykkes; både leder, kollegaer og deltakeren selv, at det må være et tett samarbeid med deltaker, at utfordringene må komme i passelige "doser" (viktig å følge deltakerens tempo), at det må utvises tålmodighet i samarbeidet, at det er et realistisk tidsperspektiv og at ordinært arbeid er målet.

1.4 Begrepsavklaring

Begrepet *deltaker* blir i denne studien brukt om de personene som er eller har vært i arbeidspraksis.

De tre begrepene *leder*, *arbeidsleder* og *arbeidsgiver* brukes synonymt og innebærer personer i bedrifter som har, eller har hatt, ansettelses- og oppfølgingsansvar av personer med psykiske helseproblemer i arbeidspraksis.

Arbeidspraksis betyr praksisplass i ordinær bedrift hvor arbeidsleder skal sørge for

oppfølging av deltaker etter behov i samarbeid med instanser som formidler arbeidspraksisen (*Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse - 2007–2012*).

Psykiske helseplager/problemer innebærer mange ulike diagnoser, alt fra vanlige psykiske helseproblemer som angst og depresjon til de mer sjeldne psykoselidelsene som omfatter schizofreni og bipolare lidelser (Ose, 2008).

2.0 Metode

2.1 Design

I denne studien benyttes kvalitativt beskrivende design ettersom vi er ute etter å undersøke erfaringskunnskapen til ledere som har hatt unge voksne med psykiske helseproblemer i arbeidspraksis (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). For å få tak i ledernes erfaringer med å gi tilbud om arbeidspraksis valgte vi å gjøre individuelle intervju med åpne spørsmål. Det ble utarbeidet en semistrukturerte intervjuguide som rammeverk, samtidig som det ble lagt opp til at informantene skulle snakke mest mulig fritt.

2.2 Utvalget

Vi tilstrebet en heterogen gruppe av informanter, med erfaring fra ulike typer arbeidsplasser. Utvalget vårt bestod av femten arbeidsplasser der vi intervjuet femten ledere, en fra hver arbeidsplass. I samråd med Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) fant vi at inklusjonskriteriet for arbeidsplassene var at de hadde hatt minst tre personer i arbeidspraksis. Rekrutteringen skjedde gjennom et fylkes NAV kontor som gav oss lister over aktuelle bedrifter som oppfylte inklusjonskriteriet. Videre var inklusjonskriteriet for informanten på arbeidsplassen at informanten hadde vært/er leder til unge voksne med psykiske helseproblemer i arbeidspraksis, at han/hun har hatt direkte kontakt med deltageren og at han/hun hadde hatt samarbeid med et NAV kontor om deltager. Vi sendte først en e-post med forespørsel om å delta i studien, med informasjonsbrev og samtykkeerklæring (vedlegg 1). Deretter tok vi kontakt per telefon for å undersøke om leder fylte inklusjonskriteriene. Dersom leder kunne bekrefte dette og sa seg villig til å delta i studien avtalte vi tidspunkt for intervju.

Tabell 1 viser oversikt over fordelingen av informantenes kjønn og alder.

Tabell 1: Alder og kjønn

	Alder				Kjønn	
	21-30	31-40	41-50	Over 50	Kvinne	Mann
Antall	1	4	2	8	4	11

Det var informanter både fra offentlig (n=5) og privat (n=10) sektor, med både høyere utdanning (n=5) og fagskole eller videregående skole (n=10). De hadde ulike stillinger i bedriftene; Daglig leder (n=4), Avdelingsleder (n=4), Leder (n=3) og videre Nestsjef, Vaktmester, Personalansvarlig og Koordinator (alle n=1). Informantene hadde i snitt 10 års erfaring på denne arbeidsplassen (min-max. 0,5-44 år, SD 11,6 år), og de hadde i gjennomsnitt hatt kontakt med 7 deltagere i arbeidspraksis (min-max. 1-30, SD 8).

2.3 Datainnsamling

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervju guide (vedlegg 2) som ble diskutert forskerne imellom. Hensikten var å få informantene til å reflektere omkring deres erfaringer, så konkret som mulig. Alle tre forskerne i prosjektet gjorde intervju (henholdsvis 2, 5 og 8). Intervjuene foregikk på arbeidsplassen på et egnet skjermet rom, og varte fra i underkant av en time opp til to timer, noe som var avhengig av hvor mye tid informanten hadde til rådighet, og hvor mye de hadde på hjertet. Intervjuene ble tatt opp på en lydfil og senere transkribert.

2.4 Analyse

Det ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004; Hsieh & Shannon, 2005). Koder, kategorier og navn for kategorier (tema) ble utledet av data. Vi begynte med at alle tre forskerne i prosjektet leste alle de transkriberte intervjuene for å få et helhetsinntrykk. Vi skrev en kort oppsummering av hovedinntrykket av intervjuet på 5 intervju hver (15 intervju til sammen).

Gjennom bruk av software programmet NVivo ble intervjuene så kodet, det vi si at meningsfulle enheter i teksten ble gitt foreløpige koder. Dette var en møysommelig prosess der vi vekslet mellom å kode hver våre intervju (sette navn på det vi synes informantene snakket om) og komme sammen og sammenlikne kodene – endre - og gå tilbake til intervjuene igjen for å prøve ut de nye kodene. Koder med samsvarende innhold ble satt sammen til kategorier. Etter arbeid med seks intervju synes det som hovedkategoriene og underkategoriene vi hadde funnet dekket det informantene snakket om (vedlegg 3 «kodeskjema») (Hsieh & Shannon, 2005).

Vi jobbet videre med fem intervju hver, og kodet all teksten i henhold til «kodeskjema». Videre ble meningsinnholdet kondensert i hver kategori i alle intervjuene. Deretter satt vi sammen meningsinnholdet fra alle intervjuene for hver kategori, for på den måten å kunne oppsummere meningsinnholdet i hver kategori (på tvers av intervjuene). I denne oppsummeringen så vi etter mønstre i informantenes erfaringer innenfor den samme kategori, og både konsensus- og minoritetsoppfattinger ble løftet fram (Kvale et al., 2009; Malterud, 2003). Denne prosessen førte til endring av navn på kategorier igjen basert på sammensmeltning av kategorier med sammenfallende mening. Vi presenterer dette som resultatene av studien (kategorier på tvers av intervju).

Til slutt tolket vi fram tema på tvers av kategoriene (tema på tvers av intervju og kategorier). Disse temaene er det vi anser som suksess kriterier og som vi løfter fram og diskuterer i rapportens siste kapittel.

2.5 Forskningsetiske vurderinger

Studien er meldt inn hos og godkjent ved NSD. Ettersom det ikke innhentes sensitive personopplysninger er dette en tilstrekkelig godkjenning for denne studien. Det har vært diskutert hvor spesifikt man kan spørre om detaljer rundt en bestemt deltager i studien, og det ble anbefalt å spørre etter erfaringer mer åpent, slik at svaret kan romme erfaringer med flere deltagere. Videre ble det i dialog med NSD bestemt at man kun kan intervju på arbeidsplasser som har hatt minst tre deltagere i arbeidspraksis, for å sikre anonymitet.

Det ble innhentet informert samtykke fra samtlige informanter. De fikk informasjon om studien skriftlig på e-post, før vi hadde en samtale per telefon om hva deltagelse innebar i forbindelse med avtale om tidspunkt for intervju. I tillegg informerte vi muntlig og innhentet signatur på samtykkeerklæringen ved starten av intervjuet. Vi gjorde det klart av data og formidling av data skulle anonymiseres, og at det ikke ville være mulig å gjenkjenne verken arbeidssted, informant/lederen eller personene som har vært i arbeidspraksis. Det ble informert om lydopptak, at det er mulig å trekke seg når som helst fra studien, og hvordan resultatene skulle brukes.

3.0 Resultater

3.1 Innledning

I denne studien var målet å få fram lederes erfaringer med å ha unge voksne med psykiske helseplager i arbeidspraksis. Det som imidlertid ble klart under intervjuene var at lederne ikke skilte klart på om deltagerne de snakket om i intervjuet hadde psykiske eller fysiske helseplager. Dette gjør at mange av uttalelsene vi bygger på ikke alltid spesifikt knytter an til mennesker med psykiske helseplager men kan også gjelde mer generelt for deltagere i arbeidspraksis. Vi har utelatt der hvor informantene eksplisitt snakker om deltagere med fysiske plager og konsekvenser av dette. Der hvor informantene snakker om mennesker med psykiske helseplager i særdeleshet har vi understreket dette.

Under intervjuene kom det også fram at lederen vi snakket med ikke bare hadde erfaring med å få deltagere direkte fra NAV kontor. De hadde også erfaring med deltagere fra kriminalomsorgen, arbeidsmarkedsbedrifter (SMI, Envivo med mer) eller også fra helsevesenet (jfr. vårt inklusjonskriterium om at lederne skulle ha erfaring fra rekruttering av deltagere via ordinært NAV kontor). Lederne selv gjorde ikke noe skille på hvor deltageren kom ifra da vi snakket med dem, de sa ofte bare «NAV». For denne studien ble det dermed interessant om arbeidsleder oppfattet tre parts

samarbeidet med saksbehandler fra NAV kontor annerledes enn om samarbeidet var med andre instanser. Vi var også opptatt av om helsevesenet ble trukket inn som en fjerde part i tre parts samarbeidet – NAV, arbeidsplass og deltager (det skriver vi om under overskriften «Samarbeid med helsevesenet»).

Vi skriver alle ledere som «han» og NAV kontakt som «hun». Den enkelte informant har fått et nummer det refereres til i parentes når informanten siteres.

Vi har nedtonet presentasjonen av uttalelser fra to informanter som arbeider i bedrifter som likner NAV, fordi praksisperiodene der ikke kunne sies å være ordinære ettersom bedriften hadde en særlig kompetanse. Disse to informantene har imidlertid bidratt til å gi en god forståelse av intensjonene for ordningen om praksisplass.

Før vi presenterer analysen av data vil vi vise tre små fortellinger hentet fra tre forskjellige intervju. Disse tre fortellingene griper mye av det vi i den videre presentasjonen vil gå mer i detalj om. Vi får høre om et stort personlig engasjement fra ledere som har deltagere med store utfordringer. Historiene sier noe om det viktige arbeidet lederne gjør, og ut fra historiene kan vi blant annet spørre som vi også gjør i denne studien: Hva slags kunnskap trenger ledere? Hva betyr åpenhet for å kunne hjelpe?

Vi har en person her som uttalte at hadde det ikke vært for meg så hadde han ikke vært i livet i dag. Det er tøffe ord. Det forteller at vi har gjort noe riktig. Han hadde kjempeproblemer, han følte seg forfulgt, sett på feil måte. Han var kasteball i NAV systemet veldig lenge før han fikk muligheten til å komme seg ut. Da tok NAV kontakt med meg, så havnet jeg på et informasjonsmøte. Når jeg så var klar over utfordringene hans så har jeg jo mye større forutsetning for å kunne trekke han til side og snakke litt og spør litt. Og da blir han også hørt og sett, og det betyr mye. Han betyr noe. Det koker ned til at de må bety noe. Så det er svært sjelden at jeg stenger av telefonen, for de skal kunne nå meg. Min arbeidstid den er fra kl. 06.00 til jeg legger meg. Er det veldig alvorlig så tar jeg det med meg hjem. For jeg bryr meg om menneskene. Men samtidig er det veldig ensomt her på toppen. Og da er det jeg er glad at jeg har NAV som jeg kan snakke med. Jeg ringer til mennesker jeg kjenner for jeg vil også bli sett. Helsevesenet kunne hatt en "dør" for oss som arbeidsgivere til enhver tid, en vaktjeneste, sånn at «nå har jeg en som... og jeg vet ikke hvordan jeg skal gjøre.. eller om han kommer på jobb i morgen» osv.. En sånn litt åpen dør, ikke sånn det er i dag, stengt dør, vent et halvt år før du kommer inn. Og de (helsetjenesten) må gjerne ut på arbeidsplassene og informere og se litt.

Jeg har hatt en som var her to ganger i uken, han kom bare noen dager, og plutselig så kom han ikke mer. Så traff jeg han en kveld på vei hjem fra jobb. Da var han på vei hit. Når han så meg ble han helt fortvilet for han hadde håpet jeg hadde gått hjem. Han ville helst ikke snakke med meg for han var så flau. Så sier jeg at du trenger ikke være flau for meg. «Når du ikke kommer på jobb, da antar vi at du har hatt et tilbakefall eller noe. Så fra min side er det positivt de dagene du er på jobb, men det er ikke

problem om du ikke er der. Ikke vær flau over det, ikke føl at du har gjort noe galt. Vi er jo her nettopp for å hjelpe deg til å komme tilbake til arbeid.» Og da takket han og det var ikke måte på hvor positivt han sa det var at vi tok det på den måten. Vi hadde veldig lyst til å hjelpe han tilbake til arbeidslivet, men klarte det dessverre ikke. Vi forsøker så godt vi kan å behandle de som trenger tilrettelegging og arbeidstrening på samme måte som vanlige ansatte. Vi tar selvsagt hensyn til de utfordringene de har enten det er fysisk eller psykisk og forsøker å gi konstruktive tilbakemeldinger på hva vi er fornøyd med, hva vi synes de kan forbedre og bør jobbe med. I noen tilfeller der de ikke klarer dette må vi avslutte, i noen tilfeller får de forlenget og i noen tilfeller får de fast jobb når perioden er over fordi de har tilpasset seg så godt og gjør en god jobb. Men vi kan ikke være altfor snille, da gjør vi både de det gjelder og oss selv en bjørnetjeneste, altså vi må stille krav til de som om de ikke er syke når perioden er ferdig for å si det sånn.

Det var en som kom til oss uten å ha nakke, det betyr at han ikke turte å se mennesker i øynene, veldig nedtrykket i forhold til tidligere arbeidsplasser og sånn. Jeg tror det gikk to eller tre uker, også var han oppreist denne personen, og smilte, han følte seg integrert i dette samfunnet her hos oss. Men jeg må si det at, vi visste hva vi fikk den gangen, og vi ble enige på bedriften at vi skulle ta imot han og prøve å løfte han opp. Jeg ble litt kjent med bakgrunnen til denne personen, og fikk medfølelse med en gang, også tok jeg opp da på et møte, et ledermøte, også sier jeg «du, jeg har lyst til å ta inn en person som er sånn og sånn, dere kan få hilse på han og sånn», og vi var enige da om at dette her, han gir vi en sjanse. Vi ba også om tettere oppfølging fra NAV. Så det var litt spesielt da, men det gikk veldig fint og den personen jobber hos oss den dag i dag. Det er sikkert 5-6 år siden. Han jobber nå 100 prosent, jeg tror han får 50 prosent fra NAV og 50 prosent i fra oss. Så det er et godt eksempel på at det nytter å gi folk sjanser.

I det videre vil vi presentere analysen av dataene i rammen av prosessen i en arbeidspraksisperiode. Vi deler prosessen i «Oppstart», «Gjennomføring» og «Avslutning».

3.2 Prosessen - Oppstart

Initiativ

Hvordan hadde det seg at arbeidsplassen hadde begynt å ta imot deltakere til arbeidspraksis fra NAV? I noen tilfeller kom initiativet fra arbeidsplassen selv, mens i andre tilfeller kom det fra NAV. I tilfeller hvor det første initiativet kom fra arbeidsplassen kunne det ha med at arbeidsleder av personlige grunner kjente til denne ordningen, eller arbeidsplassen hadde rekrutteringsproblemer: «og vi har da tatt kontakt med NAV, og bedt om bistand i forhold til folk som de følte kunne passe inn i vår bedrift».(6) Oftest oppstod imidlertid kontakten andre veien: «Ja det startet vel med at jeg fikk et spørsmål fra NAV. Da tok jeg det opp med arbeidslederne her hva de syntes, jeg hadde ikke så lyst å presse inn noen som de

absolutt ikke ville ha. Så prøvde jeg å forklare dem at fordelene med arbeidspraksis er at dette er folk som trenger hjelp til å komme inn i eller tilbake til arbeid.» (15). En av informantene påpeker at det er arbeidsleders ansvar å si ja eller nei til et slikt samarbeid. Han sier: *«Det er jo leder som avgjør om en skal utsette organisasjonen for den type belastning, og som ser potensialet eller utfordringen i det.»* (1)

Når kontakten mellom NAV og arbeidsplass så var opprettet, kunne initiativ til nye deltagere igjen komme både fra arbeidsplass og fra NAV. Det vanligste synes imidlertid igjen å være at NAV tar kontakt: *«NAV tar kontakt med oss når de har kandidater. De ser jo om vi har andre kandidater inne, og om vi allerede har en spør de om vi er villige til å ta en til»* (5). Det blir understreket at antallet personer på arbeidstrening begrenser inntak av nye. En sier: *«Jeg vil ikke ha for mange fordi vi har allerede mange av de fast ansatte på opplæring så vi må ikke utfordre skjebnen. Om det er noen med psykiske helseproblemer vi tror vi kan hjelpe så er det nok med en av gangen.»* (15) En annen legger vekt på at lederen ikke må si ja hvis ikke de ansatte er *«innstilte på å ta imot, veilede og hjelpe»* (10). En sier at tillitsvalgte er opptatt av at personen i praksis ikke skal ta oppgavene fra andre ansatte.

Å få et realistisk bilde

Alle informantene understreker betydningen av å treffe den mulige deltageren sammen med saksbehandler fra NAV før det inngås kontrakt. En av arbeidslederne forteller: *«Vi kaller inn til et intervju, presenterer bedriften, tar en runde rundt på huset, og viser litt av arbeidsoppgavene som de kan bli tiltenkt. Og så får kandidaten si om de synes dette var interessant, eller ikke. Veldig ofte så sier de at det er interessant, og vi starter en prosess»* (6). Noe av det første de da gjør er å: *«... avklare hvordan arbeidsforholdet skal være, hvor mange timer pr dag, hvor mange dager i uken»* (3). En beskriver at det er to ting som er viktige å få avklart helt i starten: *«Det som er viktig er at vi vet hva som skal være målet med denne praksisplassen, hva er hensikten med at de skal være her. Og at vi får mest mulig informasjon om hvilke forutsetninger de har før de kommer; har de vært borti dette? Har de arbeidet med noe av dette før?»*. (10). En annen legger til: *«Også tenker jeg av og til at den som skal komme på arbeidspraksis og NAV veileder har litt forskjellige målsetninger, da er det viktig for meg å høre begge deler.»* (1)

På dette tidlige stadiet i prosessen framhever alle informantene at de i tre parts fellesskap blir enige om en plan. En av arbeidslederne sier: *«Det er viktig å få et realistisk bilde av situasjonen til de som trenger arbeidstrening.»* (15) Det er nettopp dette mange av lederne understreker som utfordrende. En av arbeidslederne sier: *«Det er mange utfordringer, som ikke vi kan gjennomlyse før de begynner. Det vil si at de må gå seg til, og vi dømmer jo aldri noen før de får bevist noe selv.»* (6) Denne samme informanten legger til: *«og vi tar aldri inn folk som vi vet at vi ikke kan hjelpe»*. (6). En annen sier: *«Alt går på magesfølelsen når man møter de personene der og da (...) Så, det er en del som har fått nei, men det er også noen som har fått prøvd seg og det har stort sett gått bra.»* (8) At troen på arbeidspraksisens verdi

må være gjensidig blir også uttrykt av en informant som sier: *«Jeg skal kun ha folk som vi begge tror på kan ha nytte av denne plassen»*.(1).

Ikke bare trenger leder et realistisk bilde av deltager, men deltager trenger et realistisk bilde av arbeidsplassen. Lederne understreker at NAV har et ansvar for å kjenne arbeidsplassen godt og tilby rett sted til rett person. En leder sier: *«på meg så virker det som NAV sitter med skjevt inntrykk av hvordan det er å jobbe på en SFO, hvor tøft det kan være å jobbe med unger. Det virker som om de tror at det er en lett jobb»*. (3) En annen sier: *«Det negative oppi det hele er at når de får en saksbehandler, et jobbtreningskurs eller noe, så er det ikke virkeligheten de møter. De møter det som de store arbeidsgiverne med tversoversløyfe vil ha. De får ikke vite at om du biter negler så får du ikke jobb i en delikatessebutikk, alle de småtingene som vi faktisk må tenke på»* (13). En sier: *«Hvis vi ikke gjør en type forarbeid, spesielt saksbehandleren.. og hvis ikke vi har kartlagt hva vi kan tilby, og bare sier ja uten å ha noe å tilby, da er det jo veldig bortkastet»*(4). Han eksemplifiserer dette med å si at for en som ønsker at å kjøre truck, nytter det ikke å tilby en arbeidsplass som ikke har behov for truckkjøring. En annen sier: *«Det er gjerne den største utfordringen, at de (deltagerne) er voldsomt interessert i å ha utfordrende jobber»* (11).

En leder utdyper de viktige avklaringene som må gjøres på denne måte: *«Det er veldig viktig å ha en ærlig og god dialog i forkant med de som har personer de vil ha i arbeidslivet, at vi får et rett inntrykk av hva det er som er utfordringen og hva de trenger av tilrettelegging. Det er et problem at saksbehandler gjerne ikke har samme inntrykk eller vurdering av vedkommende som oss. De håper gjerne de skal selge de bedre inn hvis de gjør problemet mindre. Hadde vi fått beskjed om hvordan det egentlig var så hadde vi vært forberedt på en annen måte enn når vi sier ja på feil premisser, da blir det et helt feil utgangspunkt. Det er en utfordring fra det offentlige på og vær ærlige og tydelige og ikke for positive i forhold til hvilke utfordringer det er. Det er viktig å få et realistisk bilde av situasjonen til de som trenger arbeidstrening»* (15).

Alle informantene sier at den viktigste suksessfaktoren for at arbeidspraksisen skal fungere er at deltageren er motivert og engasjement for jobben. Det dreier seg om at deltagerne ikke må være presset til jobben av NAV eller andre, og at de må få best mulig kjennskap til jobben slik at de har grunnlag for å kunne si at det er dette de selv vil. Informantene uttrykker det for eksempel på denne måten: *«De må ville selv. Saksbehandleren må ikke fortelle en person hva han eller hun vil komme til å like. Vi må ikke tre det ned over hodet på dem»* (5) En annen sier det slik: *«Det er viktig å forklare deltager at når du skal tilbake i arbeidslivet igjen så er det viktig å vise at du vil. De burde bli fortalt at når du begynner på en ny arbeidsplass så begynner du lavest og så må du bygge deg opp kompetanse og vise interesse og stå på vilje for å komme videre i systemet»*.(15) En annen sier: *«Det må vises at de virkelig vil være her og at de liker jobben sin og at de viser at de har en arbeidsmoral, at de ikke er her bare fordi de er nødt»*.(8)

Ut fra data synes det således klart at i prosessen med inntak av deltagerer er det å skape et realistisk bilde av så vel deltager som av arbeidsplass svært viktig. «... jo bedre en får gjort det (grunnarbeidet), jo større sjans er det for å lykkes». (4) Et realistisk bilde av deltager er imidlertid knyttet til åpenhet og kunnskap om problemer og det er neste tema.

Åpenhet og kunnskap om problemer

En informant sier: «*Psykiske lidelser er det absolutt vanskeligste å arbeide med. For det første kan du ikke se at folk er syke. Så er det også fortsatt forbundet med skam. Og på grunn av at det er forbundet med skam så er det også forbundet med at det er vanskelig å være åpen om sånt. Men jeg tror at jo åpnere du greier å være om det du sliter med, jo lettere er det å få hjelp, og jo lettere er det å få aksept for at du ikke fungerer 100 % for eksempel. Det kommer jo an på hvilke typer psykiske lidelser det er og. Men om en får nok informasjon så tror jeg de aller fleste kan akseptere det uten noe stort problem*» (15). En annen leder sier tvert imot at siden psykiske helseproblemer er mer usynlige og «*at personen egentlig ser frisk ut, så ser vi ikke noen grunn til å fortelle andre om det*». (5). På denne måten uttrykker disse to informantene to syn som begge gjør seg gjeldene i datamaterialet. Noen ledere ønsker å vite mer om deltagerens problemer og tror på stor grad av åpenhet, mens andre mener de ikke trenger å vite så mye og at åpenhet ikke alltid er av det gode.

De fleste lederne forteller imidlertid den samme erfaringen, nemlig at de får lite informasjon om deltager ved oppstart. En sier: «*Når det gjelder psykiske forhold må vi i tilfelle spørre selv*» (5). Dette fungerer godt for den gruppen ledere som mener at de ikke trenger så mye informasjon. «*Jeg får bare beskjed om at her har det vært noe psykisk sykdom i bilde. Jeg trenger ikke vite hva det går i. Nei, altså så lenge NAV går god for det, og har kontroll på det så er ikke det noe jeg trenger å vite noe mer om*» (3).

Grunnen til at lederne ikke vil vite så mye ser ut til å henge sammen med en holdning og et ønske om at deltageren skal få «en ny start» med «blanke ark» hvor de ikke skal være «forhåndsdomt på bakgrunn av diagnose». Hva som skal sies og hvem som skal si det er opp til deltageren selv å bestemme. Men når lederne blir bedt om å reflektere rundt dette med hva de trenger å vite om deltager kommer det likevel fram at mer informasjon kanskje ville hjulpet. Det kom for eksempel fram på denne måten: «*Jeg hadde vel gjerne likt å vite litt mer. Ikke av forvitenskap, men fordi at det er lettere å møte de da. Jeg vet jo ingenting om den plassen han bodde, jeg bare vet at det er noe institusjonsgreier. Men det var taushetsbelagt og da ville ikke jeg spør så mye(...)*Da kunne jeg tatt tak i det på en litt annen måte om jeg hadde visst litt mer. Jeg synes ikke det var greit å ikke vite noe ting. Jeg visste jo ikke hva jeg kunne si til han. Jeg vet jo ikke om han ville vi skulle vite heller» (14). Og en leder utdyper dette slik: «*Det er liksom veldig dumt å holde det skjult, for det avdekker seg selv etter en liten stund. Og i stedet for at det blir en suksesshistorie så blir det bare motsatt. Og det er i hvert fall det siste de folkene trenger, det er det motsatte*» (4).

Andre er mer tydelige og tør å spørre deltagene mer rett ut: «Jeg starter ofte med å spørre «drikk du?» «bruker du stoff» «har du sittet i fengsel»? De tingene der er noe av det viktigste. Så spør jeg om de er gift, altså de personlige tingene der er litt viktige ikke nødvendig å vite det, men det sier noe om det totale nettverket, så spør jeg om de har mye venner. Da sjekker jeg facebook. Men om de har sånn som han ene som har sosialangst, han kunne ikke komme på noen møter, det var for mye folk. Da må jeg vite det. Ikke at han har sosialangst, men at han ikke trives i store forsamlinger. Det er den informasjonen som er viktig. Hvis det er en som blir sint av en eller annen grunn så vil jeg vite det. Det er viktig at jeg kan forsvare det for de andre. Men selve diagnosen trenger jeg ikke vite. Men jeg vil vite hvor skoen trykker. Om de kommer til meg og sier de er schizofrene, jeg kan ikke gjøre noe med det jeg. Ingenting. Men jeg kan gjerne gi han en bedre hverdag om jeg vet at han har trøbbel med det og det. Så det å fortelle om seg selv og være åpen og ærlig (er viktig). Trenger ikke fortelle meg alt, fortell meg det du føler jeg trenger å vite, så skal jeg grave litt mellom for å hente resten» (13)

En annen leder er også klar på at han vil vite mer: «Det er ikke alltid jeg vet hvorfor de trenger en gradvis tilnærming til arbeidslivet. Da forteller jeg vedkommende i starten at det er nok en fordel om vedkommende kan fortelle meg, ikke nødvendigvis hvilken sykdom de har hatt, men hvilke symptomer de får og hvorfor de har vanskeligheter med å komme seg tilbake igjen, slik at vi kan ta hensyn til det når vi skal forsøke å gi de oppgaver. Hva er det vedkommende sliter med. Og som jeg sa til en at om jeg hadde fått diagnosen så skjønner jeg den ikke likevel. Så jeg trenger ikke vite hva sykdommen heter, men jeg må vite hvilke oppgaver du ikke kan gjøre. Hvis de plutselig har en plage som ingen av oss vet om, da kan det jo bli et problem for å si det sånn» (15).

Tidsaspekt

Det inngås kontrakt mellom deltager/NAV og arbeidsplass. Tre måneder, som mange av disse kontraktene var, mener flere er for kort periode. En sa det slik: «hvis det er bare en måneds kontrakter da går den som har arbeidspraksis fra dag én og lur på liksom, hva skjer etter den måneden. (5) En annen sa. «En rusmisbruker eller en som har psykiatri, de har jo ikke selvtillit i det hele tatt og de er så dårlig fungerende at de trenger tid.» (12) En tredje sa: «Vi har et kjempestort datasystem som tar lang tid å sette seg inn i. Så de fleste bruker minimum et halvt år før de er up and running, for fullt. Det å være i praksis i 2-3 måneder, det er nesten ingen poeng. Så det er noe av det første vi gir beskjed om at skal de være i praksis hos oss så bør de se for seg en litt lengre periode. Det er jo først når man har blitt trygg på det man gjør at man ser om man liker det eller ikke. Og det er jo da man begynner å gjøre den gode innsatsen og får vist seg frem litt» (14). Noen informanter framhever det gode med deltagere fra verna bedrifter eller kriminalomsorg i så måte. Her opererer de med kontrakter på minst ½ år og mange ganger 1 år, og ennå lenger. Dette synes flere informanter fungerer bra. En sier at de må være der minst et år, og at: «Han ene hadde jeg jo i 7 år, nesten» (7), i det som var en avtale om arbeidspraksis.

3.3 Prosessen - Gjennomføring

Differensierte oppgaver

Informantene fremhever betydningen av å kunne tilby deltagerne oppgaver med ulik vanskelighetsgrad. En informant fra dagligvarebutikk forklarer: «Vi starter gjerne helt på scratch. De starter med å rydde papp i hyller, snu hver og en hermetikkboks så den står rett vei, og lage butikken fin (...) Og sånn utvikler oppgavene seg hele tiden.» (5) Informant fra en produksjonsbedrift sier på liknende måte: «Veien for mange mennesker går til mens de går. Og sånn er det her hos oss og. De begynner på det stadiet som de selv føler at de klarer å yte. Vi prøver forsiktig å påføre dem litt mer og mer stress, deadline, altså den type. Det går fra den enkleste arbeidsoppgaven for eksempel å legge sammen tre og tre papirer. Vi har veldig mange oppgaver som de kan starte på, og så bygge seg videre på.» (6) En annen sier noe liknende om sin arbeidsplass: «En står jo ganske fritt her, hvis en er villig til å gjøre litt forskjellig så kan en godt påvirke sin egen arbeidsdag også.» (9)

Det kan synes som det nettopp er arbeidsplasser som ikke har mulighet for en slik differensiering og oppdeling av arbeidsoppgaver som får problemer. På for eksempel en arbeidsplass som SFO, er det «mange forskjellige oppgaver» (3), men samtidig vil arbeid med barn mellom 6 og 10 år («noen ganger over 70 unger på en gang») føre til «veldig mye lyd og veldig mye hyling.» (3). I en slik situasjon kan det være vanskelig å finne tilpassede oppgaver for deltager. Eller når arbeidsplassen er resepsjonen i et hotell. Utfordringen er at: «... alle må kunne alt om det som har med resepsjonen å gjøre» (8).

Informantene forteller at de ofte må pushe litt på deltager for å få han eller henne videre: «En må faktisk av og til si at vet du hva, nå er det faktisk på tide å øke, du må øke til to dager eller tre dager, alt etter som...». (4). En annen sier at: «veldig ofte så ønsker de ikke å gjøre så mye mer på nåværende tidspunkt, men vi forteller dem vi ønsker deg videre og da forstår han at han har gjort noe bedre enn det som han selv tror. Så bygger vi litt opp selvtilliten.» (6). Men det kan også være slik at leder ikke utfordrer tidlig nok på nye oppgaver, fordi den som følger i det daglige opplever det som tungt å gi opplæring og måtte forklare ting hele tiden. «Det letteste er jo å sette de til det de kan, og det er jo der vi må følge opp hele tiden» (7).

Kontakt med deltager

Informantene forteller om betydningen av motivasjonsarbeid og kontakt med deltagerne underveis. En av arbeidslederne sier: «så jeg kjenner dem jo, jeg vet jo navnet på familiemedlemmene deres og hva de gjør på fritida og, vi har en veldig tett dialog, så, og de kan komme til meg med alt, både personlige problemer og i forbindelse med jobb.» (8) En annen sier: «Når det er kriser da tar vi tak i krisen med en gang, for det kommer hele tida, at de sliter og kommer med utbrudd og sånn, så tar vi de til samtale og prøver å motivere de og roe de videre, tar tak i de vanskelige tingene.» (12) Igjen hører vi altså at det

med åpenhet om problemene aktualiseres. Åpenhet kommer etterhvert som tilliten bygges opp, hevder en: «Som regel vil jeg nokså fort forstå at det er ting. Så vil vi gjerne i løpet av kort tid snakke litt om det i hvert fall. Men de må jo stole på deg da vet du. Det er jo viktig at folk stoler på den de skal snakke med. Og at ikke ting blir spredt ut» (11). Og igjen hører vi at noen likevel ikke vil vite for mye: «Vi prøver å ikke spørre for mye i og med at det er egentlig ikke vår business å vite. og vi har jo sikkert noen fast ansatte som også har sine ting, sant, vi vet jo ikke alt som foregår i de ansattes liv. Det er ikke alt man trenger å vite (...) Vi sier ingenting til dem (kollegaene), så det blir opp til deltageren selv å fortelle. Som regel så kommer de så tett inn på kollegaene sine ganske fort, så de forteller ting selv. hadde det vært nødvendig for oss at de andre hadde visste det, så hadde vi bedt om lov til å si det før de hadde startet praksisen» (8). Men flere nevner at det kan være lurt å være åpen med kollegaer for å få mer støtte: «Når du har folk rundt deg som skal være dine nærmeste kollegaer eller skal lære deg opp, hvis de begynner å lure på hvorfor gjør du sånn, hvorfor svetter du, eller skjelver på hendene eller stammer i enkelte sammenhenger, så begynner de å lure. Alle som jobber her vet hvem som er på arbeidstrening. Det er jeg åpen og ærlig med alle om: Nå har vi tatt inn en på arbeidstrening, ta godt imot vedkommende og forsøk å gi han en best mulig start her.» (15). En annen leder beskriver i tråd med dette et eksempel på at mangel på åpenhet ble vanskelig i et tilfelle der deltageren var påfallende medisiner. Lederen mente dette skapte usikkerhet og mange spørsmål hos kollegaer.

En annen leder beskriver hvor nær kontakten er mellom ham selv og deltager, når han sier han «driver litt sånn oppdragelse. Det blir jo litt som om det er mine gutter dette sant.» (14) Han sier for eksempel at han kan konkret oppfordre en deltager til å vaske seg, om det er nødvendig.

Men det kommer også fram at relasjonen kan bli for tett, og en informant forteller om å finne grensen for involvering som arbeidsleder: «.. det er litt det å skille min jobb og en psykolog sin jobb. For at ikke jeg krysser den grensen. Det er det faktisk nyttig å være tydelig på, at enkelte ting skal ikke jeg vite, jeg skal ikke vite alt. For det er fort gjort at man går i den fella at man involverer seg for mye, og da er du ikke i stand til å ta vare på de på en skikkelig måte, tror jeg.»(4).

Det vises til mange positive erfaringer med å ta imot deltagere i arbeidspraksis i forhold til kollegaene på arbeidsplassen. Stort sett er «... de veldig åpne for å ha folk i praksis» (8), og de blir sett på som en vanlig kollega. Etter hvert som deltageren blir kjent blir det lettere både med oppgavene og det sosiale på arbeidsplassen og en sier: «Utfordringene blir glemt etter hvert. De bare ligger der. Det tas ikke så mye hensyn. Det blir forventet noe. De blir behandlet likt med de andre.» (13) og en sier videre: «Det er liksom helt utrolig at vi klarte å få dette til å fungere i sammen (...). Disse gamle karene var ikke nådige når det gjaldt folk som sluntret unna» (11).

Et godt arbeidsmiljø vektlegges også av flere som en suksessfaktor for å lykkes med arbeidspraksis. En sier: «Også har det det med veldig godt miljø hos oss, at de blir fort integrert i miljøet. Da er det ikke

alltid så farlig hva de gjør, bare vi har det kjekt der vi er. De blir gode kompiser fort. Noen inviterer de for eksempel med på kino en kveld eller et eller annet, selv om vi ikke pålegger noen å gjøre det.» (6) En annen får fram betydningen av gode relasjoner på denne måten: *«Om de etablerer en veldig god kontakt med deltageren, og føler godhet for den personen er det lettere» (14).* En leder trekker spesielt fram forholdet mellom deltager og den ansatte som har den daglige kontakten: *«hvis du får til en god kjemi mellom den som er utplassert og den veileder-ansatte så er det en sånn suksessfaktor. Hvis det er en åpenhet mellom de to, de kan si til hverandre; i dag er jeg ikke så god i form, i dag sliter jeg med det og det. Hvis de kan få den dialogen, så er det også en suksessfaktor» (10).* Likeverd trekkes fram som en viktig verdi. Han sier videre: *«.. og at veilederen er tydelig, det også hjelper. Hvis det blir sånn ullent og veileder sier lite og gir lite tilbakemeldinger så blir den andre usikker. At de er tydelige, åpne og klare i budskapet sitt til den de skal veilede, det er en suksessfaktor».*(10) Den samme leder mener også at når den som er i praksis har psykiske problemstillinger, så blir det ekstra viktig å følge tett opp i starten: *«... det er veldig avgjørende at vi spør tidlig hvordan det går. Og på en måte gir tilbakemelding og er interessert i å høre: Hvordan går det? Fungerer det greit? Hvordan har du det? Du kan ikke gå fjorten dager uten at noen henvender seg, det går ikke» (10).*

Det er flere som beskriver hvordan deltageren får en fast person å forholde seg til. En av informantene forklarer hva ansvaret for deltageren dreier seg om: *«Så da er det en av de (på teamet) som tar seg av henne, på en måte, og hjelper henne i gang (...) det er noen i personalet som er i 100 prosent stilling som får mest oppfølging av dem, og da blir de satt på litt etter litt større oppgaver».* (10). På en av arbeidsplassene har de fadderordning. Arbeidslederen mener ordningen er utviklende for fadderens også: *«fadderens blir mer bevisst på hvorfor hun gjør ting og konsekvensene hvis det ikke blir gjort, også blir de jo veldig gode venner» (8).*

Å gi særbehandling eller behandle alle likt

Informantene snakker om betydningen av å behandle den enkelte individuelt samtidig behøver ikke dette bety at arbeidslederen mener han vil gi særbehandling. En sa: *« Hvert enkelt menneske blir fulgt opp så langt jeg kan, men vi har ikke noe sånn særbehandling».* (13) En annen sier: *«Skal jeg ha folk i arbeid så må de i hvert fall kunne passe på seg selv, til en viss grad. Jeg kan ikke springe etter dem.» (3).* En annen sier: *«Jeg forlanger at de skal komme på tiden på jobben, de skal gå når de er ferdige, de skal ha krav på sin pause, de skal komme skikkelige, de skal gi beskjed hvis de er syke. De får de samme kravene som alle andre, og fungerer det så fungerer det» (7).* Ennå en annen leder snakker om å stille krav. Han forteller om en litt ”masete” deltager de andre ble litt lei av: *«men han er en god gutt og jeg har veldig lyst til å ansette han fast i bedriften. Og da må vi prøve å oppdra han slik at han ikke blir en de ikke vil ha med (...) Det offentlige hjelpeapparatet er litt sånn "stakkar, stakkar vi må pakke de inn". Men de trenger ikke pakkes inn i mange lag med bomull (...) vi har omsorg men vi stiller krav» (14).* En

annen sier: «Det er ikke mer utfordringer med de som kommer i arbeidspraksis enn andre medarbeidere. Nei, det er helt likt. Føler jeg. Alle har sine ting» (8).

På den andre siden sier en annen: «Jeg er opptatt av at hver enkelt må eie sitt problem. Erkjenne at de faktisk har et problem, da kommer du langt (...) Disse her som mister jobben sin enten av fysiske eller psykiske årsaker, de er så langt nede at de trenger ikke et sånt menneske som sier «å ja, du greide ikke mer» (13). Lederen tror deltageren trenger mennesker som bryr seg, som tør å komme nær. En annen sier at «... vi har jo samarbeid med flere, og jeg vet jo at de som kommer her er ulike og må tilpasse arbeidsoppgavene til hver enkelt uansett» (9).

Det fremstår noe uklart hva lederne egentlig mener; Mener de som denne informanten sier i klartekst: «Vi må nok være litt rausere med de som er på arbeidspraksis» (1) eller mener de som denne informanten sier: «De blir behandlet som en vanlig ansatt, rett og slett. Og blir stilt de samme kravene» (8). Det synes som denne noe motsetningsfulle måten å snakke om å behandle alle likt eller gi særbehandling peker mot en ambivalens i lederens holdninger til dette. Er deltageren som alle andre, eller har de særlige behov og skal behandles deretter? En av informantene sa noe som kanskje klargjør hva de egentlig mener: «Så forsøker vi så godt vi kan å behandle de som trenger tilrettelegging og arbeidstrening på samme måte som vanlige ansatte. Jeg forsøker å følge de opp på samme måte, og stille krav på samme måte, ut fra forutsetningene de har».(15) Det kan synes som lederne mener at de må sette krav til deltagerne – ofte uttrykt som at de ikke vil dem særbehandling – men de vil samtidig behandle deltagerne individuelt – uttrykt som et ønske om å vise omsorg og tilrettelegge oppgaver. Lederne erfarer at det å ha deltagere i arbeidspraksis nettopp lærer dem noe om at folk er forskjellige, og skal respekteres for det. En leder sier: «Etterpå kom folk sånn «han der han er litt merkelig men han er ikke så dum heller, han har jo greie på ting». Så det at folk ser at folk er forskjellige, det synes jeg er bra. Det som har gjort at det har gått bra er at vi har hatt toleranse for at vi er forskjellige» (11).

Leders opplevelse av støtte

Lederne møter deltagere med store utfordringer og som en leder sier: «Du lærer å takle disse problemstillingene. Du klarer jo ikke takle alt, men du må lære å legge noe fra deg når du går fra jobb.» (11) Likevel må han være forberedt på telefoner når han kommer hjem sier han: «I de verste periodene var det sånn at jeg stengte av telefonen gjerne sånn på lørdagen fra kl. 16-18 så fikk jeg fred og ro til å se fotball». Lederen gir eksempel på utfordringer han står overfor: «Vi hadde jo en som vi brukte mye tid på som helt klart hadde store problemer. Snakket mye med han, men han hadde mange andre problemer som jeg aldri fikk greie på. Vi la planer for framtiden. Alt så bare bra ut når jeg gikk fra han. Neste dag fikk jeg beskjed fra lensmannskontoret om at han hadde tatt livet av seg og det var jo en voldsom smell. Du tenker hva har jeg gjort feil? Du vil alltid lure på - hva skulle du ha gjort? (...). Du hører ting du

helst ikke vil høre, du får se ting du helst ikke vil se, men det er jo en del av livet da. Det er utrolig hvor mye faenskap det er altså» (11).

Der hvor arbeidsplassen er en helseinstitusjon ser det ut til at det allerede etablerte systemet for støtte blir tatt i bruk når det er utfordringer; som muligheten for å snakke med en psykiatrisk sykepleier i HMS teamet, eller man bruker en annen fagperson som kjenner til situasjonen for å ta opp vanskelige ting. Men det er stor forskjell på hvordan lederne ellers opplever å få støtte, noen sier at de har støtte fra ledelsen og andre på arbeidsplassen. Det var interessant at lederne i utgangspunktet ikke selv ga uttrykk for å savne støtte. Men når vi spurte om muligheten de hadde for støtte var det som om noen fikk den ideen der og da: Hør for eksempel hva en leder sa: *«Du får jo innblikk i mange sine liv, og det kan jo være mange tøffe saker, hvem kan du bruke når du føler at det blir. nei, Jeg har ingen som jeg kan sparre det med, nei, kunne vært greit gjerne og hatt det av og til. Ja. Når du nevner det, så er det et savn gjerne av og til. Jeg snakker jo litt med NAV og litt sånn, men det blir ikke sånn. Nei, det blir det ikke..»* (6).

En annen leder sier han ikke har noen støtte underveis i prosessen med deltageren: *«Ikke gjennom bedriften, nei, der står jeg helt alene. Og det er klart, altså, en har jo saksbehandleren til den personen, men det er jo ikke den type, likevel så er det ikke den avlessingen som en kanskje kunne trengt. For i enkelte situasjoner så, så...(begynner å snakke om noe annet)»* (4). Men samme leder sier senere *«... jeg kan jo ikke gå hjem til kona liksom og snakke om alt som har skjedd»*. Og uttrykker på denne måten at det er et udekket behov for å kunne snakke om opplevelser og vanskelige situasjoner som oppstår i forbindelse med arbeidspraksisen. Den samme informanten sa også: *«Jeg nevnte jo et tilfelle her i stad (hvor leder opplevde å involvere seg for mye i en alvorlig psykisk syk deltager), og det er klart det at da hadde nok veiledning vært bra, rett og slett. (...) for alt er jo selvlært, det er jo ikke noe jeg har sittet og lest om, hvordan skal vi behandle den type folk, for å si det sånn. Det er jo bare egen erfaring, det er jo ikke noen slags form for opplæring på dette der.»* (4).

Samarbeid med NAV

Samtlige ledere sier at samarbeidet med NAV om arbeidspraksis har fungert og at de har gode erfaringer. Samtidig sier flere at deltageren har kommet til dem og blitt «forlatt» av NAV på arbeidsplassen: *«De legger bare kandidaten i våre hender og vær så god, og her må du gjøre en innsats selv hvis du har lyst til å få deg en jobb...»* (10). En annen leder mener også at NAV slipper deltageren litt for raskt, at det ville vært nyttig om de hadde mer oppfølging på arbeidsplassen ettersom de kjenner personen bedre enn lederen gjør. Han sier om samarbeidet med NAV: *«Jeg kunne tenkt meg at de viste seg litt tydeligere overfor den praksisen som er hos meg. Hatt litt tettere dialog hos meg. For jeg klarer meg jo fint, personlig fint, men av og til så merker jeg at de skulle kommet hit og sjekket de (deltageren) litt og sagt; går det greit her på jobben? Synes du det fungerer?»* (7). En

annen leder sier også han ønsker at NAV er: «... mer inni bildet over lengre tid» (12). En sier at NAV på sin side oppfordrer leder til å ta kontakt når det er noe: «Hvis det ikke fungerer må vi (NAV) få beskjed, og så må vi ha møte» (10). Noen av informantene nevner at det er tettere kontakt med Kriminalomsorgen, Envivo, smi osv. enn kontakten med veilederne fra NAV kontoret.

Møtene i trepartssamarbeidet mellom leder på arbeidsplassen, deltager og saksbehandler fra NAV foregår i fellesskap på arbeidsplassen. Noen ledere sier imidlertid at de snakker litt med saksbehandleren på tomannshånd først; «... sånn at vi liksom snakker samme språket» (4). Og denne lederen forteller videre at samtalen danner grunnlag for om de skal motivere deltageren til å for eksempel øke i antall dager. Saksbehandlers og leders enighet er med på å påvirke i hvilken grad de får med seg deltageren på dette. Det nevnes også eksempler på at NAV må hjelpe deltageren til å begrense arbeidsmengden, og en leder beskriver at han legger ansvaret for dette til saksbehandleren: «Det har ikke jeg lagt meg opp i, i og med at jeg ikke kjenner diagnose og sånt, så er det vanskelig for meg å si at nå er han klar for å jobbe mer. Det har de koordinert» (9). Saksbehandleren kommer ut til dem på arbeidsplassen når det er oppfølgingsmøte, men det er som nevnt flere som savner å se saksbehandleren utenom disse møtene som skjer ved forlengelse av avtale eller justeringer av krav og lignende. En leder har imidlertid erfaring med en kontaktperson som var mye i bedriften: «..han hadde oppfølging sikkert i en måned der veilederen eller saksbehandleren var med fysisk. Og så var det nedtrapping, sånn at i starten var han med hver gang hele dager, og så var det liksom halv dag, og så bare en time og så møtte hun opp og hilste: ja, vær så god, her er den (deltageren) kommet. Nå så er hun ikke med i det hele tatt.» (4). En annen leder sier at en oppfølging fra NAV også hadde vært bra i tilfeller der det går godt: «Jeg sa at i begynnelsen skulle de (NAV) fulgt mer opp, men når personen sier det går veldig fint og det fungerer, så er det liksom... hvor mye skal du følge opp? Men av og til tror jeg de trenger en liten ekstra». (7)

Samarbeidet rundt arbeidspraksis foregår mellom tre parter; deltager, leder og saksbehandler/konsulent. Som nevnt innledningsvis hadde noen ledere erfaring med at kontaktpersonen som fulgte deltageren var fra helsevesenet eller en arbeidsmarkedsbedrift, men da var ikke saksbehandleren fra NAV kontoret med i samarbeidet samtidig. Kontaktpersonen er den som blir oppfattet å være koordinator for praksisen, uansett om hun kommer fra NAV eller helsevesenet. Å ha en god relasjon til denne kontaktpersonen er viktig for lederne, å vite at de har mulighet for å ta kontakt ved behov er viktig, og at vedkommende er lett å få tak i. En leder sier noe om at han ønsker at kontakten og oppdateringen skal være gjensidig: «At faktisk saksbehandleren kan gi meg en oppdatering på hvordan det ligger an, og på hva er statusen nå. Sånn at vi vet hva som skjer.» (4) Dette blir nevnt i sammenheng med at en deltager har fått en nedtur mens hun var i praksis. Lederen sier at saksbehandleren kunne gått inn og støttet lederen mer i tillegg til deltageren. Samtidig ser lederen at denne dobbeltrollen kanskje kunne blitt vanskelig: «..hvis saksbehandleren faktisk gikk inn

på begge sidene, men jeg ser jo, det er ikke alltid lett da.» (4). Noen nevner også at de er IA-bedrift og har hatt nytte av kontaktpersonen sin der.

Lederens oppfølgingsansvar

Flere av lederne vi snakker med er ikke de som følger deltageren i det daglige arbeidet, selv om det er de som har kontakten med NAV, og deltar på møtene med deltager i forhold til å legge planer for praksisen. En leder sier at han samarbeider med sjefene for de ulike avdelingene i forhold til hvordan deltageren fungerer i det daglige og sier: *«... det er jo ikke jeg som tar alle avgjørelsene, men det er jeg som har dialog med NAV og personen (som er i praksis) når det er et problem. Når ting går bra, i det daglige så tar de (avdelingssjefene) det sosiale og alt det der.»* (7). Det er flere av lederne som sier nettopp at deres rolle er viktig når det er problemer eller når det skal stilles nye eller andre krav til den som er i arbeidspraksis. Ulike mål beskrives som sentrale for lederne, de fleste snakker mest om sosialisering inn i arbeidslivets rutiner, andre sier at det: *«... handler jo om å finne hva er egentlig yteevne til denne personen her»* (4) og gir videre et eksempel *«Hvis vi klarer etter en sånn periode som er på et halvt år og si, vet du hva, denne personen har faktisk 40 prosent arbeidsevne, som er glimrende, men de trenger litt lengre tid. Selv om vi ikke kan tilby denne personen en jobb, så har saksbehandleren noe å jobbe videre med, at de faktisk vet litt hva denne personen kan tilby»* (4). Lederen kan også se det som sin oppgave å få deltageren videre til en annen plass dersom det viser seg at deres arbeidsplass ikke er den rette, for å utnytte tiden hvis de går på attføringspenger som er tidsavgrenset. Samtidig kan de synes at dette er en vanskelig oppgave å være så tydelig: *«For det er nok en fare at en ikke tør være så direkte...»* (4). I dette med progresjon for deltager ligger det også forhandlinger mellom leder og NAV på hvem som skal betale for jobben som gjøres, der arbeidsplassen tar større og større del av kostnadene når det er framgang. En sier at økonomisk støtte for å ha personen i arbeidspraksis er viktig for å kunne forsvare at de tilbyr en plass, og mener at det tidsubestemte lønnstilskuddet er brukt for lite. En annen leder snakker også om betydningen av økonomisk sikkerhet. Han sier: *«de (lederne) må ha en sikkerhet på at den som kommer inn enten produserer så en tjener penger eller i verste fall går i null. Og hvis det går galt så må det være en garanti for at det ikke blir en økonomisk belastning»* (13).

En leder sier at byråkratiet rundt slike avtaler kan være tidkrevende: *«Det er litt tungt dette med når du skal få penger igjen, den papirmøllen eller hva du skal kalle det... ... det er ganske mye papir som skal sendes inn en gang i måneden. Det kunne vært enklere, det var det før. Men ok, sånn er det.»* (7).

Samarbeid med helsevesenet

De fleste informantene har aldri hatt noe samarbeid med helsevesenet og de ønsker det i utgangspunktet ikke heller. *«jeg hadde ikke noe kontakt med andre enn NAV, det interessante er å prøve*

å se om denne personen kan komme ut i arbeid. Det nav sier også, det er det de prøver å teste ut, om denne personen klarer det» (3).

Det kanskje mest interessante er at informantene ikke nevner helsevesenet i det hele tatt før vi bringer tema på bane under intervjuet. Det er som om helsevesenet ikke eksiterer i deres bevissthet. En annen (5) som forteller at han aldri har hatt noe samarbeid med helsevesenet gir et eksempel med en deltager som ikke dukket opp på 14 dager, og som selv ringer og forteller det har vært dødsfall i familien. Lederen eller NAV gjør ingenting i denne situasjonen ennå lederen sier at han ville tatt mer kontakt om dette gjaldt en vanlig ansatt. Dette kan tolkes som et uttrykk for leders usikkerhet og mangel på resurser med tanke på psykiske forhold hos deltager. Han gir uttrykk for at selv om forholdet til NAV er bra så «glipper» (vårt ord) deltagere ut av systemet om de for eksempel som her ikke dukker opp. Denne informanten mener det er en tettere oppfølging når deltager kommer fra Arbeid med bistand. Men han nevner ikke noe ønske om å samarbeide med helsevesenet.

Når vi imidlertid begynner å spørre informantene om helsevesenet åpens det opp for en vis entusiasme blant flere, og i alle fall en mindre fastlåst holdning til helsevesenet. Den samme informanten som sier han ikke ønsker kontakt med andre enn NAV fortsetter: *«det kunne kanskje hjulpet noe å være i kontakt med helsevesenet, det vet jeg ikke, men det viktigste er vel kanskje at den som er ute i arbeidspraksis har tett oppfølging av helse, hvis den trenger» (3).* En annen sier: *«I noen tilfeller så skulle vi gjerne ønske det var kontakt. I de fleste tilfellene så fungerer det veldig godt, men i noen tilfeller så kommer det noe gørr som ikke skulle vært der, da skulle vi gjerne hatt helsetjenesten inn i bilde, for vi er ikke kompetente nok til den biten. I disse tilfellene så har vi tatt kontakt med nav og bedt om hjelp» (6).*

Noen få informanter har hatt et samarbeid med helsevesenet, og særlig en er fornøyd. Han sier: *«Jeg synes det har vært voldsomt greit (kontakt med helsevesenet), og når det gjelder legene så har de brukbar kompetanse på dette. Så har vi DPS som vi har hatt kontakt med ved akutte problemstillinger» (11).* Denne informanten mener de kanskje kunne brukt bedriftshelsetjenesten mer. Bedriftslegene kjenner både bedrift, leder og ansatte. En annen informant forteller at han hadde opplevd at deltagerens fastlege var med for å støtte deltageren på første møte, en annen forteller at de har en deltager fra et distriktpsykiatrisk senter og at de i den forbindelse hadde telefonkontakt med senteret ca. annenhver uke: *«Og hvis jeg sier at i dag var personen for sen på jobb for eksempel, så sier de; «Ja, men det er jo en del av det som han sliter med da», sant. Da får jeg jo vite det, på en måte, at det er en del av den greia» (9).*

Flere er kritiske til helsevesenet. En sier: *«Jeg er mye mer kritisk til helsevesenet enn til NAV faktisk. Helsevesenet er flinke til å reparere skader. Helsevesenet er elendige på å få folk tilbake i arbeid, eller bidra til at folk kommer tilbake i arbeid. Altså ved bare å snakke om det så kommer vi aldri videre» (15).* Han påpeker problemet med at helsevesenet ikke tenker nytt: *«De glemmer ut at om det ikke virker må vi*

prøve noe nytt» (15). Han er opptatt av at en må se progresjon. En annen informant gir også spark til psykiatrien og spør: «hvorfor får personalet på boligen dem ikke til å trene, han hadde jo ikke en muskel, han orket ingenting. Han ville jo men han klarte det ikke» (14). Denne samme informanten mener: «helsetjenesten syr puter under armene på folk», og han fortsetter: «For om de har en diagnose da har de en knagg å henge de på så de kan bare gi opp. Jeg tenker helt motsatt, de må bare jobbe hardere (...) Vi har omsorg men vi stiller krav» (14). En annen informant snakket om det samme, at helsetjenesten syr puter og sykeliggjør. Helsetjenesten betyr venting i kø for å få hjelp, mener han «Hvis det er psykiske utfordringer, så sier det seg selv at du må gjøre noe nå! Om tre måneder har han gjerne tatt livet av seg (...) Hvis jeg ber om hjelp fra NAV, så får jeg hjelp. Det tar meg en time det. Men ikke i psykiatrien. Jeg har jo ikke vært så mye i kontakt med dem men... » (13). Han mener at helsetjenesten ofte snakker over hodet på deltageren og glømmer å spørre hva deltageren selv ønsker og har behov for». Nummer en for de med psykiske lidelser er å bli sett, hørt og trodd», sier han og fortsetter: «Du må spør; «hvordan har du det?», det spørsmålet er jeg sikker på at det er få som spør. Hva kunne du tenkt deg å gjøre? Ikke si: Du får ikke mer, vi har ikke midler, vi har brukt opp budsjettet vårt. Det er det de får høre. Jeg får vite at han har psykiske lidelser sant men NAV kan ikke sette meg i kontakt med den psykiske helsetjenesten. De kan sikkert men de gjør det ikke» (13). Denne informanten har imidlertid tro på at et fruktbart samarbeid er mulig. Han sier hvordan han mener det bør være: «Psykiatrien tar kontakt med arbeidsgiver, psykiatrien inviterer arbeidsgiver pluss NAV til et møte for å få kandidaten tilbake på plass. Der psykiatrien ikke bare er en observatør, men hvor de er aktivt med på laget. Du må være et medmenneske. Da tror jeg vi kunne lykkes». Han fortsetter: «jeg tror det at ethvert menneske ikke ville hatt vondt av å treffe en spesialist i NAV systemet som har en psykiatrisk utdanning/bakgrunn som kan forstå noe som jeg som arbeidsgiver gjerne ikke kan forstå eller som den som er på NAV ikke kan forstå. Og sammen tror jeg et slikt trekløver vil være et fantastisk verktøy. For jeg kan mene at de trenger et spark i bakenden, og NAV kan mene de må ha et kryss på tavlen, og du kan mene at han er ikke klar ennå, eller omvendt. Da må jo vi kunne snakke sammen» (13).

En av lederne legger særlig vekt på at oppfølgingen er for dårlig. Han sier: «Det er så lett at når de har fått jobb liksom, da tror de at da order det seg alt. Men det gjør det ikke. Er det ingen til å ta de opp når de har nedturer så er det lett å miste de, de gir opp. Så en av de største utfordringene det er oppfølging. De trenger lang tid for å være trygge på en arbeidsplass, og de trenger tett oppfølging, gå til psykolog og hjelp hele tiden mens de er i jobb». Han mener: «pengene styrer hele NAV. De sender de til behandling, det koster enormt, så har de ikke oppfølging. To dager i uken å gå tur eller noe, det er ikke nok det for en mann som vil jobbe og gjøre noe» (12).

3.4 Prosessen: Avslutning

Det synes ikke som arbeidslederne oppfatter det å ha mennesker i arbeidspraksis som en policy på arbeidsplassen, men heller som en personlig motivasjon hos den enkelte leder. En sier imidlertid at de er en IA-bedrift, og har handlingsplaner som sier at de skal legge til rette for å ta imot folk i arbeidspraksis.

Lederne erfarer stort sett at *«det er mye mer plusser. Ellers hadde vi ikke gjort det»* (6). En leder sier at selv om han ikke alltid lykkes, føler han seg *«privilegert som får lov til å jobbe med mennesker og jeg føler meg privilegert når mennesker åpner seg for meg»* (13). Flere nevner at det er godt å føle at en kan bidra med noe for unge mennesker, at det å lære å kjenne hva de sliter med bidrar til *«mer menneskekunnskap»*. *«Det gir oss økt kompetanse på hvordan vi på best mulig måte kan gi folk den kompetansen de trenger for å kunne gjøre en god jobb»* (15). En sier: *«Det er på en måte kjekkere enn jeg hadde trodd. Det er mye arbeid, men det er utrolig kjekt å se når de får det til, (at de) klarer dette og kan være med. Så gir det meg noe, å klare å se at vi kan gjøre noe, vi har mulighet til å gjøre det»* (7).

Spør vi informantene hvordan deres forventinger sto i forhold til erfaringene de har gjort seg med å ha mennesker med psykiske helseplager i praksis, svarer de at de ikke fikk noen store overraskelser, eller de svarer det gikk bedre enn forventet. De aller fleste informantene sier de vil ha personer i arbeidspraksis igjen. Kun noen få står tilbake med negative erfaringer. De som nøler på om de vil ha personer i arbeidspraksis igjen, peker på behovet for mer kunnskap om deltageren på forhånd slik at de kan gjøre seg opp en mening om deres arbeidsplass/miljø passer og at NAV må skaffe tilveie nok kunnskap om arbeidsplassen før de anbefaler den til en deltager. En sier: *«Vi må tenke oss godt om før vi gjør det igjen. Det kan tenkes at vi burde vite noe mer om personen på forhånd. Og det kan tenkes at jeg må spørre NAV om de har tenkt skikkelig gjennom dette. De som sender folk til oss, de må vite hva vi holder på med»* (3). En annen arbeidsleder som også har hatt en dårlig erfaring sier: *«Neste gang ville jeg visst litt mer, jeg ville visst hva bakgrunn den personen har. Og så ville jeg sett til at vi fikk til en mer stabil arbeidsplass hos oss, for det nytter ikke å være rundt i hytt og vær. De må ha mer trygge rammer. Om vi ikke kan tilby det neste gang, så vil jeg si nei. Så det er litt med hva jeg får vite på forhånd og litt med hva vi kan tilby»* (14). En tredje sier: *«Jeg kan gjerne forsøke å ta imot flere, men jeg vil i tilfelle gjerne ha en samtale med vedkommende først for å avklare om dette er et miljø han kan fungere i»* (15).

Noen av informantene våre forteller om arbeidspraksis forhold som er blitt avbrutt, andre forteller om praksisforhold som har ført til fast ansettelse og andre igjen snakker om at praksisplassen har fungert som springbrett til andre ansettelsesforhold andre steder. Vi kan oppsummere ledernes refleksjoner over årsaker til at deltagere avslutter praksisforholdet slik: Noen forteller om deltagere som *«har hatt med seg noe som har vært for tungt – som de ikke hadde kompetanse til»* (11) eller *«Når det gjelder både psykiatri og rus så er det en del som dropper ut. De makter det ikke»* (12). Andre snakker om

arbeidsledere som ikke har villet fortsette for produksjonen ble for lav: «Jeg vil ikke ha han, fordi vi må produsere og bli ferdige, jeg har ikke tid» (14). En annen sier: «Vi hadde jo hun som bare sluttet å komme, og det er som regel når de er gjennom NAV at det skjer at, ok, de bare slutter liksom» (5). En mener at grunnen til at det går galt for noen kan skyldes at det blir glømt at de har et behov, for eksempel for at noen tar vare på dem. Den samme informanten nevner også at deltagere kan føle seg utnyttet «deltakerne som gjerne går på minimumstrygd av et eller annet slag føler seg utnyttet når de kommer ut i arbeid som gjør at de faktisk faller fra. Veldig ofte så er det økonomi, de sier at de føler seg utnyttet» (13). Det skjer også at arbeidstreeningen blir avsluttet fordi: «Det er ei som vi fant ut at ikke passet med denne type arbeid. Det er noen som ikke egner seg i dette. For det er jo spesielt, omsorg, du kommer veldig tett på personer og intime soner og alt, ikke alle som behersker like godt det» (10).

Fordeler for arbeidsplassen

La oss høre hvordan lederne oppsummerer fordelene for arbeidsplassen med å ha personer i arbeidspraksis. En sier: «Det er jo klart det at til mer hjelp en kjøpmann kan få, til mindre trenger den personen å betale i lønnskostnader, så det er nok en del av motivasjonen til at en kjøpmann vil dette (...) Noen av de som har vært innom her har vært veldig flinke og gjør en god jobb, og det gjenspeiler seg på at vi andre får gjort ting som vi gjerne ikke så veldig ofte får tid til å gjøre. Og det gjør jo sitt til at arbeidsmiljøet blir bedre. Jeg ser på det som en ressurs. Fordelen er jo at vi har mulighet til å finne ut om det er folk som kan jobbe, altså rekruttering. (...) Terskelen vår for å si ja til at de skal komme i arbeidspraksis, den er utrolig lav, men forventningene våre når vi ansetter noen er mye høyere, men når de kommer i arbeidspraksis, så har vi mulighet til å se hva de kan og kan klare. Og vi får sjans til å prøve de før vi eventuelt ansetter de» (5). Det kommer fram i flere intervju at å ha en deltager i arbeidspraksis er til hjelp i bedriften for å løse oppgaver de ellers ikke ville fått tid til. Videre er det flere bedrifter som bruker arbeidspraksisen som en mulighet for rekruttering «.. for vi har hele tiden behov for hender som kan jobbe» (10). Videre kommer det fram i flere intervju at å være arbeidspraksissted får positive følger for arbeidsmiljøet; både fordi de får mer ressurser som bidrar til å løse oppgaver, men også fordi det tvinger ansatte til å tenke annerledes, være tydeligere på hva de gjør og hvorfor. En leder sier: «for det første er det det at vi lærer mye om oss selv. Vi er jo samfunnsengasjerte når vi er med på dette her. Og er villige til å gi folk en sjanse. Og det kan jo og føre til at vi får en veldig god fremtidig ansatt. Og det har vi jo faktisk fått også. Også er det det, hvis personen fungerer og vi har jobb til den etterpå, så har vi jo på en måte fått gratis opplæring, (...) I og med at vi må følge de opp så tett så gjør det også sitt til at vi blir bedre ledere, også ovenfor de andre. (...) Vi blir enda mer tydelige og direkte mot de andre også» (8).

Flere snakker om de positive følgende for arbeidsmiljøet. En sier: «Når vi får inn folk som tydelig sliter med noe, som vi tilrettelegger for og prøver å snakke en del med, så sprer det seg jo i miljøet. Folk blir mer hjelpsomme, folk får mer forståelse for sine kollegaer som også sliter av og til» (15). En annen

oppsummerer konsekvensene slik: «... med tanke på å være inkluderende, åpenhet, forståelse for andre, gjøre tankene enklere, vi tar hensyn når vi gjør ting... ...altså, du lærer jo mer» (7).

På den negative siden nevner informantene kravet om at de som bedrift skal tjene penger, og det kan være en utfordring. Det er viktig at deltageren ikke er en kostnad for bedriften. Det derfor er viktig at «vi får en del tilskudd» (13). Den samme informanten sier: «det er ingen arbeidsgivere i Norge i dag som vil ha arbeidere med tunge psykiske problemer. Fordi det er snakk om å tjene penger. Vi kan ikke gamble på om de kommer på jobb i morgen» (13). Flere mener imidlertid at selv om det kreves opplæring av deltageren, går de i pluss ressursmessig til sammen i løpet av perioden. En sier: «Jeg har veldig bruk for ekstra hjelp, så for meg er det veldig nyttig å ha ekstra folk» (9).

Fordeler for deltager

Lederne mener naturlig nok at den viktigste fordelen for deltager i arbeidspraksis er erfaringen de får med arbeidslivet: «De får mulighet til å finne ut om det er et yrke de kan trives i» (5).

Noen legger også vekt på den gode erfaringen deltager kan få ved å være i et godt arbeidsmiljø. En sier det slik: «det er veldig mye omsorg i miljøet, i gruppa, og man er veldig opptatt av det menneskelige» (3). Informanten legger imidlertid til: «Men det kan også være, tøft, fordi man ikke takler det å være sammen med så mange mennesker. Man må forholde seg til veldig mye folk. Og det kan bli tungt for enkelte» (3). En annen leder snakker om hva han tenker er viktig som de kan tilby deltageren. Han sier: «Og et kollegateam. Altså at en faktisk tilbyr kollegaer. Noen andre å snakke med enn en husvegg» (4) og han mener at i forhold til psykiske lidelser er det særlig viktig å komme seg ut og ha en struktur på hverdagen: «... vi kan tilby en hverdag, rett og slett». (4). En annen sier: «Når de har noen som sier at du må være på jobb kl. 8, så begynner de å leve et liv som alle andre. Og blir det forventet noe av deg og du har noen kammerater eller noen som savner deg når du ikke kommer. Det er behandling i seg selv å kunne komme på jobb, eller måtte ringe til meg og si at jeg kan ikke komme i dag» (13). Flere snakker om betydningen av denne grunnleggende sosialisering inn i arbeidslivet. En sier: «For mange kan det å gå på jobb være forskjellen mellom å ha det bra og ha det forferdelig...» (15).

4.0 Diskusjon

4.1 Innledning

I denne studien ønsket vi å sette søkelys på arbeidslederes erfaringer med å ta imot unge voksne med psykiske helseproblemer til arbeidspraksis. I forrige kapittel har vi presentert en fylldig analyse av ledernes erfaringer, og vi har lagt vekt på å fange deres erfaringskunnskap slik den kommer til uttrykk gjennom deres egne ord. I dette siste kapittelet vil vi så løfte fram og drøfte det vi ut fra analysen kan

peke på som viktige forhold for å lykkes i arbeidet med å integrere mennesker med psykiske helseplager i ordinært arbeid.

4.2 «De må ville det selv»

Å ha en arbeidstilknytning i det ordinære arbeidslivet, og møte hverdagslivets krav og forventninger blir av mennesker med psykiske helseproblemer ansett som viktige element i bedringsprosessen (Borg & Kristiansen, 2008). I denne studien kommer det fram at lederne synes den enkelte deltagers motivasjon for arbeidet er avgjørende for om det skal lykkes å integrere han eller henne. Motivasjon oppnår man når noe oppleves som meningsfylt, og det å ha meningsfylte aktiviteter på verdifulle arenaer er beskrevet som viktig for bedring (Borg & Kristiansen, 2008). Lederne sier at deltageren må «ville det selv», og de er opptatt av at verken NAV eller arbeidsledere skal tre arbeid ned over hodet på deltager. Lederne viser på denne måten at de respekterer deltager, og har tro på den enkeltes ressurser og vektlegger det friske. Dette er sentralt i forskning knyttet til recovery-tankegangen, der man har et håp og en tro på den enkeltes ressurser og muligheter for å komme seg og oppleve bedring fra sine psykiske helseproblemer (Borg, Veseth, Binder, & Topor, 2013).

I evalueringen av Arbeid med bistand var det nettopp den enkeltes mangel på motivasjon for jobben de ble satt til som så ut til å være et hinder for å lykkes i arbeidsintegreringen (Spjelkavik, 2012). Når unge uføre får uttale seg om hva som kunne vært gjort annerledes for at de kanskje skulle klare å stå i jobb er blant annet relevans av tiltak og avklaring et av punktene, der både relevans for egne begrensninger og arbeidslivets behov er påpekt, og helst skal det være i ordinært arbeid (Berg, 2013). IPS modellen som det er bred internasjonal støtte for at er den mest virksomme for å integrere mennesker med psykiske helseproblemer i arbeidslivet, vektlegger nettopp også dette vi finner om at deltageren må ville selv (Curran et al., 2007; Secker, 2009). Å være en del av det vanlige arbeidslivet er også viktig med tanke på å ha en identitet som ikke er knyttet til sykdom, men mot rollen som arbeidstaker, noe som er beskrevet som sentralt i bedringsprosesser (Borg & Davidson, 2008).

Videre er oppfølging i kombinasjon med tiltakene nevnt som et savn av de som ble unge uføre (Berg, 2013), og tett samhandling mellom aktører har vist seg å være ett av de sentrale punktene for å lykkes med arbeidsrehabilitering (Secker, 2009). Forskning viser at hvis man ønsker å knytte sammenhenger på tvers av instanser og aktører så er det nettopp deltakerens mål og verdier som må være styrende for prosessen (Brinchmann, 2012). At lederne har fokus på dette er derfor viktig for å bedre sjansen for suksess.

Man kan imidlertid spørre seg om dette ressurssynet også kan komme til å være et hinder for å se at deltagerne har ekstra utfordringer i form av psykiske helseplager, og at ved at dette blir oversett på den andre siden kan gjøre at man mislykkes likevel.

En viktig forutsetning lederne vektlegger i forbindelse med deltagers motivasjon er at vedkommende har et reelt bilde av seg selv og arbeidsplassen. Dette fører oss over til den neste suksessfaktor som tydeliggjøres i materialet, nemlig at det må skapes reelle bilder av deltager og arbeidsplass for at arbeidsinkludering skal lykkes.

4.3 Å få- og å gi et realistisk bilde

Intervjumaterialet er rikt på data som sier noe om lederne behov for å få et realistisk bilde av deltager og om deres oppfatning av deltagers behov for å få et riktig bilde av arbeidsplassen. Lederne ønsker et realistisk bilde av deltager fordi de ut fra dette kan vurdere om de tror deltager vil passe inn på deres arbeidsplass og de får mulighet til å legge til rette arbeidsoppgaver for vedkommende. Lederne ønsker også at deltageren på sin side skal få et riktig bilde av arbeidsplassen slik at deltager kan ta et realistisk valg i forhold til om de ønsker å jobbe akkurat her, med disse oppgavene (jmf. «de må ville det selv»). For å lykkes med en praksisplass plassering ønsker således lederne at NAV skal ha gjort seg kjent med arbeidsplassen før de anbefaler den til en deltager, og ikke bare være glad til om de finner en praksisplass (dette vil vi diskutere videre under overskriften «kvaliteter ved samhandlingen mellom aktørene»). Lederne tar også selv et ansvar for å presentere arbeidsplassen for deltager i det de sterkt vektlegger betydningen av et første møte med deltager før de inngår noen avtale.

Men la oss her gå nærmere inn på hva det kan innebære at leder ønsker å få et realistisk bilde av **deltager**. For det første, hvem har ansvaret for å gi dette bildet, er det NAV eller er det deltageren selv? Og videre, hvor åpne bør deltagerne og eventuelt andre være om de psykiske helseplagene? Mange med psykiske helseproblemer er usikre på i hvilken grad de skal være åpne om sine mentale utfordringer på arbeidsplassen (Wheat et al., 2010). Kombinasjonen av rus og psykiatri blir for eksempel sett på som en særlig utfordring av lederne i vår studie, noe som også tidligere studier har vist at bekymrer lederne (Brohan et al., 2012). Det er med andre ord en risiko for at lederne bekymringer for å ansette en person med psykiske helseutfordringer kan gjøre at åpenhet ikke lønner seg. En studie viser også at dilemmaet om åpenhet er en pågående prosess for den ansatte i et arbeidsforhold, og ikke bare noe som forekommer ved oppstart (Peterson, Currey, & Collings, 2011). Forskning viser at det er både fordeler og ulemper ved å fortelle om psykiske utfordringer (Jones, 2011). Åpenhet er ikke reversibel, og avgjørelsen om å fortelle eller ikke må til slutt være den som eier problemene sin avgjørelse (Peterson et al., 2011).

Nav-ansatte er underlagt taushetsplikt om personopplysninger, inkludert helseopplysninger, etter NAV-lovens § 7, jf. folketrygdlovens §§ 13 til 13 e. Taushetsplikten er streng - og det er ikke gjort unntak for taushetsplikten for å kunne gi informasjon til arbeidsgivere som tar imot deltakere i arbeidsrettede tiltak. Om den NAV-ansatte skal gi helseopplysninger til arbeidsgiver, må hun ha innhentet informert samtykke fra deltager om dette først.

Arbeidsgiverne på sin side kan få helseopplysninger av deltager selv, men i arbeidslivet generelt, er det svært strengt med hensyn til arbeidsgiveres tilgang på helseopplysninger. Arbeidsmiljøloven (§ 9-3 og § 9-4) har strenge regler om hvilke helseopplysninger arbeidsgiver kan spørre en arbeidssøker om. I § 9-3 står det blant annet at arbeidsgiver ikke må be om at søkerne skal gi andre helseopplysninger enn dem som er nødvendige for å utføre de arbeidsoppgaver som knytter seg til stillingen. Det står videre at arbeidsgiver heller ikke må iverksette tiltak for å innhente helseopplysninger på annen måte. Det ligger utenfor denne studiens område å si noe om det eventuelt må utredes i hvilken grad det kan gjøres unntak i saker om arbeidsrettede tiltak. Ut fra våre analyser av ledernes erfaringer kan vi bare understreke betydningen av at arbeidsleder får et så reelt bilde av deltager som mulig før endelig avtale om arbeidspraksis inngås.

4.4 Lederne personlig engasjement

Informantenes historier forteller om hvor mye det til tider kreves av lederne i rollen som kontaktperson for deltagere med psykiske helseproblemer i arbeidspraksis. Mange beskriver et stort personlig engasjement for å bygge tillit og skape gode forhold for deltager. Åpenhet om problemer kan være et svar på tillit som bygges opp over tid, slik vi hører lederne erfarer. Det er også vanligere at man som psykisk syk er mer åpen overfor lederen sin enn overfor kollegaer (Jones, 2011). I datamaterialet blir det tydelig at åpenhet om problemer kan være viktig av flere grunner. Det gir lederen mulighet for å legge til rette for oppgaver som passer, kollegaer kan bli mer tolerante (de forstår hvorfor deltager gjør ting som er uvanlig eller blir tatt hensyn til på særlige måter) og deltageren selv kan få omsorg og hjelp når han trenger det. Tidligere forskning kan bekrefte dette (Jones, 2011).

Men åpenhet kan også føre til at lederen får kjennskap til mye, noen ganger kanskje mer enn han ønsker. Det kan derfor være tilfelle at åpenheten fra deltageren kan gjøre oppgaven for leder ennå mer utfordrende. I tråd med dette synliggjør datamaterialet vårt en spenning mellom ønsket om å få et realistisk bilde av deltager (som kan innebære å få vite om de psykiske plagene) og ønsket om å ikke vite så mye om deltager (behovet for å beskytte seg). Noen ledere kan føle behov for mer kunnskap og kompetanse jo mer han lærer deltager å kjenne, mens andre kan tvert imot føle usikkerhet og hjelpeløshet som det mest påtrengende, og derfor helst ønsker å unngå åpenheten.

Resultatet fra en tidligere studie av ledes erfaring med å ha unge vokse med psykiske helseplager i arbeidspraksis (Ramvi & Farstad, 2011) viser den samme ambivalens hos lederne som vi finner i denne studien. Ambivalensen er knyttet til hva en egentlig ønsker å vite om de psykiske helseplagene og problemene den enkelte har og at en i stedet er opptatt av ikke å gjøre noen forskjell på deltageren og andre ansatte, sette krav og behandle alle likt. Det er ikke slik at noen ledere tilhører enten de som vil vite mer om de psykiske helseplagene og problemene eller de som vil behandle alle likt, men en kan tenke seg at alle lederne opplever denne ambivalensen i større og mindre grad til enhver tid

avhengig av deltagers problemstillinger, tilgjengelige resurser og ikke minst lederne egne ressurser og toleranse for problemer.

Det vi klart hørte i materialet var variasjoner i hvor mye lederne synes det er deres rolle å involvere seg personlig, og hvor mye de ønsker å avgrense rollen sin fra omsorg og hjelp. Dette er interessant i forhold til tiltak som kan settes i verk for å rekruttere og beholde ledere som vil ta imot deltagere til arbeidspraksis. Ut fra våre funn er det vår tolkning at støtte i rollen vil være et slikt tiltak. Men, fordi lederne er ambivalente var det få som direkte sa de trengte hjelp. Da de reflekterte mer rundt dette derimot kom et behov for støtte mer til overflaten. Slik det framkommer i datamaterielt bygger lederne det de gjør stort sett bare på egne erfaringer. Å gi arbeidsgiverne mer kunnskap blir trukket fram som sentralt for at de skal gi flere med psykiske problemstillinger mulighet for arbeid (Biggs et al., 2010) og for å endre lederes holdninger i en positiv retning i forhold til å ha mennesker med psykiske helseproblemer i arbeid (Schafft, Spjelkavik, Brøgger, & Grimsmo, 2012a). Vi vil også legge til at veiledning der lederne får hjelp til å tåle det de kan komme til å høre, blir viktig. Økt kunnskap og veiledning om psykiske helseproblemer kan altså både være nødvendig for å kunne tilby tilrettelagt arbeid (dette kommer vi tilbake til under overskriften «forhold ved arbeidet»), men kunnskap og veiledning kan også være nødvendig for lederne for å vite hvordan de best skal møte mange av de personlige utfordringene deltagerne sliter med, og som også kan bli leders egne problemer om de ikke får støtte og veiledning i dette arbeidet.

La oss derfor under neste overskrift se nærmere på hva slags støtte, veiledning og/eller opplæring lederne får i de ulike profesjonelle samarbeidene de inngår i.

4.5 Kvalitet ved samhandlingen mellom aktørene

I denne studien kommer det fram at alle lederne i stor grad er fornøyde med samarbeidet med NAV. De fleste opplever at de har en god allianse med saksbehandleren, og at det er lett å få kontakt på telefon og e-post, og det er en åpenhet dem imellom. Dette samarbeidet ser det altså ut til at NAV har fått til på en god måte. Det vi kan spørre oss om i denne sammenhengen, og som vår studie ikke svarer for, er om NAV klarer å balansere denne alliansen slik at de også klarer å være deltagerens kontaktperson og ha en allianse til dem på lik linje? En rapport (Berg, 2013) beskriver unge uføres erfaringer med NAV på vei mot å bli ufør, og deres oppfatning er at NAVs dialog med dem har vært dårlig, at de har blitt vist lite respekt og ikke tatt på alvor. Man kan spørre seg om saksbehandleren er mer opptatt av å skaffe praksisplasser og løse deltageren gjennom systemet, enn å høre på deltageren og sette dennes ønsker, behov og motivasjon i sentrum. Noen ledere synes å antyde dette i materialet vårt.

Deltagerne har behov for støtte underveis i prosessen med å skaffe arbeid og holde på arbeidet. Lederne påpeker at selv om de var fornøyd med samarbeidet med NAV synes flere at deltagerne ble

sluppet for fort, og ble forlatt uten oppfølging på arbeidsplassen fra de som i utgangspunktet kjente deltageren. De hadde videre erfaring med at når koordinator for praksisen kom fra en annen arbeidsmarkedsbedrift enn NAV eller fra helsevesenet ble de tettere fulgt opp. Å ha oppfølging også på arbeidsplassen kan være viktig, uavhengig av om deltageren velger å være åpen om sin psykiske lidelse eller ikke (Boyce et al., 2008). Koordinatoren som skal tilrettelegge for arbeidsdeltagelse kan bidra med å løse problemer og utfordringer som oppstår underveis på arbeidsplassen. Og videre proaktivt å kartlegge om forhold ved en pågående psykisk lidelse har betydning for arbeidsutførelsen. En studie av Boyce med flere (2008) viste at deltagerne ikke nødvendigvis stiller spørsmål ved dette selv (Boyce et al., 2008). En studie har også vist at deltagere i en bedringsprosess opplever det å få støtte fra profesjonelle er særlig til hjelp når det foregår i hverdagslivet, som på arbeidsplassen, til den enkelte (Borg & Davidson, 2008). Forskning viser at deltagerne er mer fornøyde med arbeidsintegreringen og har større suksess med å bli i arbeid dersom de har et tett samarbeid med personer med kompetanse på psykisk helse (Schneider et al., 2009).

Leder kan ha behov for støtte på to måter; til oppfølging av deltager og til oppfølging av seg selv (som nevnt under overskriften «Lederes personlige engasjement»). Som det framgår av materialet vårt opplever lederne at de i for stor grad står alene med disse store oppgavene, selv om de opplever et godt forhold til NAV. Vi kan spørre oss om NAV koordinatorene har den kunnskapen som skal til for å gi lederne den støtten de trenger i sitt arbeid for å inkludere mennesker med psykiske helseplager i ordinært arbeid? I forskningslitteraturen hevdes det at offentlig ansatte mangler den nødvendige kompetansen til å gjenkjenne behovet for oppfølging (Bull & Lystad, 2011; Drake, 1999; Falkum, 2011b; Schafft, 2013). Det vi særlig vil legge vekt på er behovet lederne kan ha for støtte for sin egen del i den utfordrende jobben de står i. Dette behovet ser ikke ut til å være dekket slik det er i dag.

Samarbeid mellom tjenestene er et av hovedelementene i IPS modellen, og kan tenkes å være en viktig faktor for denne modellens gode resultater (Rinaldi, 2008). I denne modellen bidrar også helsevesenet med sin kompetanse for å støtte deltager og leder på arbeidsplassen. Men helsepersonells sykdomskompetanse kan også stå i sterk kontrast til arbeidsplassens fokus på ressurser og normalisering. Kinn et al. (2013) hevder at helsepersonell fokuserer på pasientens diagnose heller enn på pasientens uttrykkede ønske om å arbeide. En sykdomsfokusert tilnærming til psykiske lidelser fra helsepersonells side vil kunne skape motstand hos lederne, og bør derfor unngås (Rinaldi, 2008). Lederne oppfatning av at deltakernes diagnose betyr lite for deres arbeidsevne støttes i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse – 2007-2012. Her hevdes det at den enkeltes arbeidshistorie, sosiale ferdigheter og eget ønske om jobb er viktigere. Dette bekreftes også i internasjonale studier (Loyd, 2012; Rinaldi, 2008).

Ledernes kritiske holdninger til helsevesenet slik disse kommer fram i vår studie synliggjør også en utfordring i samarbeidet mellom instansene. Flere ledere mente at helsevesenet sykeliggjorde

deltagerne og sydde puter under armene på dem. Lederne i vår studie ønsket som nevnt tidligere å gi deltager et realistisk bilde av hva arbeidslivet er (generelt) og hva deres arbeid er (spesielt). Dette uttrykte lederne gjennom å snakke om at betydningen av å sette krav til deltagerne. Faktisk er ledernes uttalelser om at de setter krav, ikke vil gi særbehandling noe av det mest framtreddende i hele materialet. Igjen møter vi altså denne tankegangen hos lederne som vi kjenner igjen fra recovery teori om at å oppleve krav og tro på at du kan mestre noe er viktig for å kjenne seg verdsatt, og viser seg å være effektivt for å oppleve bedring (Borg & Davidson, 2008). Lederne legger vekt på det friske og på troen om at deltager har ressurser og kapasitet. De ønsker å integrere og normalisere ved å stille deltageren på lik linje med de andre ansatte (men vi har også vist en ambivalens til denne holdningen).

Kravene som stilles i arbeidslivet kan føre til vekst og utvikling hos deltakeren, men kan også utgjøre en belastning. I følge Schafft (2013) uttrykker mange mennesker med psykiske lidelser et behov for å bli utfordret, prøve seg og utvikle nye ferdigheter, overvinne barrierer og møte nye ting (Schafft, 2013). Anvik (2006) ser den andre siden av saken og mener arbeidslivet kan oppleves for krevende og at det er et gap mellom arbeidslivets krav og deltakerens arbeidskapasitet (Anvik, 2006). Lederne i studien er opptatt av at kravene skal baseres på omsorg og respekt for deltakeren, og gir uttrykk for fleksibilitet. Dette fremmes også i tidligere forskning som nødvendige faktorer for at deltakerne skal mestre de krav som blir stilt i arbeidslivet (Anvik & Gustavsen, 2012; Kinn, Holgersen, Aas, & Davidson, 2013). Når standpunktet er å behandle alle så likt som mulig og ha fokus på ressursene, kan vi jo også tenke oss at ekstra støtte blir vurdert som unødvendig?

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

Det er vanskelig å si om arbeidslivet stiller for høye krav til deltakeren, og om helsetjenesten holder igjen deltakerne ved å være for forsiktige og undervurderer pasienters muligheter og ressurser. Vi er imidlertid her ved en kjerne i utfordringen med å integrere personer med psykiske plager i arbeidslivet, nemlig å finne den rette balansen. Schafft (2007) går inn i problemstillingen ved å si ja takk begge deler, det må tas hensyn til diagnosens begrensninger, men også de menneskelige ressursene (Schafft, 2007). Arbeidsinkluderende tiltak bør derfor gi rom for den naturlige variasjonen mellom «syke og

friske» dager og perioder. Å ha mulighet for motiverende, forutsigbare og fleksible arbeidsforhold beskrives som sentralt (Kinn, Holgersen, Borg, & Fjær, 2011). Sykdomsbilde, funksjonsnivå og omsorgsbehov endres i forløpet, og det er store individuelle variasjoner blant mennesker med samme diagnose når det gjelder funksjonsnivå og arbeidsevne (Schafft, 2013). Et arbeidsliv som forholder seg til deltakeren som «frisk» og stiller for høye krav, eller et helsevesen som mener pasienten er «syk» og ikke evner å se ressurser tjener ingen. Balansen mellom rutine og struktur på den ene siden, og stimulering og utfordringer på den andre blir viktig (Kinn et al., 2013).

Det kan derfor tenkes at et tettere samarbeid mellom helsetjenesten og arbeidslivet kan bidra til en bedre balanse mellom deltakernes friske og syke side. Falkum (2011) hevder også at vellykket arbeidsrehabilitering trolig forutsetter både klinikerens kunnskap om symptomer og sårbarhet og attføringskonsulentens kunnskap om rammefaktorer og utfordringer og belastninger i bedriften (Falkum, 2011a). Han knytter også teori om opplevelse av stress i arbeidet som balansen mellom krav, kontroll (autonomi) og støtte (Karasek & Theorell, 1990) til arbeidsrehabiliteringen. Dette eksemplifiseres med at leder kan bidra med å tilrettelegge balansen mellom krav og kontroll og gi følelsesmessig støtte og hjelp til å mestre arbeidssituasjonen (Falkum, 2011a). Her nevnes dog ikke at lederen selv vil kunne ha behov for følelsesmessig støtte i arbeidet med deltagere. I vårt datamateriale blir dette behovet synlig og bør tas på alvor, om ikke ledere som tar på seg denne rollen overfor deltagere skal selv gi opp eller ende med stressplager.

Evalueringsstudien av Arbeidsgiverlosen viser at de bidrar med kunnskap som ledere med personalansvar kan gjøre nytte av i møte med ansatte med psykiske vansker (Schafft et al., 2012a). Når lederne i vår studie sier noe om at de har liten kunnskap om psykiske lidelser, og at de noen ganger kunne ønske seg mer støtte i forhold til rollen sin, kan vi jo spør oss om Arbeidsgiverlosen kunne dekket noe av dette behovet hvis dette tiltaket kom flere til gode?

4.6 Kvaliteter ved arbeidsplassen

Flere av lederne snakker om at de ser det som en stor fordel at bedriften kan tilby varierte arbeidsoppgaver, og beskriver hvordan de starter opp med enkle rutineoppgaver, for så å tilby mer komplekse oppgaver etter hvert. Arbeidsplasser som ikke hadde denne muligheten, der alle må stå i oppgavene hele tiden som SFO er et eksempel på, hadde større problemer med å tilpasse arbeidsdagen for den enkelte deltager. Utfordringene med tilpasninger er like mye på kompleksiteten i selve oppgaven, som miljøet oppgaven foregår i – og i hvilken grad oppgavene krever sosial kontakt med kunder, barn, pasienter eller andre.

Noen av ledere i vår studie snakker om at de ser på arbeidspraksisen som en avklaringsjobb de gjør for NAV, i forhold til om deltageren kan komme i ordinært arbeid, og i så fall hvor mye de er i stand til å jobbe, og om de klarer å yte det som kreves av en stillingsprosent, eller om det er behov for

kompensasjon fra NAV i en del av stillingsbrøken. I evalueringen av Vilje viser vei satsningen (Olsen & Gjertsen, 2011) kom det fram at den i hovedsak har fokus på avklaring. En tidligere studie viste også at deltagerne ønsket større fokus på selve det å komme i arbeid, og ikke bare på avklaringen forut for arbeid (Schafft & Spjelkavik, 2006). I vår studie varierer det veldig mellom bedriftene om de kan tilby ordinære kontrakter etter en tid. Det at lederne også ser på dette som en avklaringssituasjon i mange tilfeller, kan muligens gjøre noe med motivasjonen til den enkelte deltager. Da ordinært arbeid på ordinære kontrakter synes å være å foretrekke.

I Vilje viser vei er fokus på ansvarliggjøring og motivering, og sentralt i tilbudet står tett oppfølging og fleksibilitet i kravene som stilles (Olsen & Gjertsen, 2011). Å stille krav til deltagerne er som nevnt også fremtredende i det lederne i vår studie vektlegger. Å stille passe store krav viser seg å være en utfordring for veilederne i Vilje viser vei (Olsen & Gjertsen, 2011), enda dette er veiledere med særlig fokus på og erfaring med integrering i arbeidslivet for mennesker med psykiske helseproblemer. Vi kan jo spørre oss om det ikke da er naturlig at dette kan være veldig utfordrende for ledere uten sosial- eller helsebakgrunn som kunnskapsbase, og som i stor grad bare har sin egen erfaring å bygge.

Å ha en kultur av manglende åpenhet og kunnskap om psykiske lidelser kan skape frykt hos ansatte og føre til stigmatisering av den som har psykiske helseproblemer, hevder Freeman med flere (Freeman, Cromwell, Aarenau, Hazelton, & Lapointe, 2005). De fant at å skape en kultur av aksept i organisasjonen krevde forberedelse og involvering av kollegaer. Dette bekreftes av Downey (2012) som sier at å utvikle en kultur der det er åpenhet for psykiske helseproblemer kan potensielt ha positive effekter både for arbeidsgivere og for den enkelte ansatte (Downey, 2012). Dette sa også våre informanter. På tross av at leders rolle er krevende, sier likevel de fleste at de opplever å få noe tilbake som gjør at det er verd innsatsen. Vi fant det samme i den forrige undersøkelsen vår (Ramvi & Farstad, 2011), nemlig at lederne opplevde at de utviklet seg som ledere ved å ha deltagere i praksis, og at hele arbeidsplassen hadde mye å lære av dette. Det kan få positive ringvirkninger å ansette noen med psykiske lidelser, da det blir en kultur av mer sosial støtte og toleranse for ulikhet. Det at både leder og ansatte må være bevisst på hvordan de gjør oppgaver og hvorfor, og formidle dette til deltageren, har også en positiv ringvirkning da oppgavene og hvordan de formidles blir tydeligere for alle. Nettopp det at leder og øvrige ansatte opplever det å ha en deltaker i arbeidspraksis som positivt og utviklende kan tenkes også å påvirke hele arbeidspraksis forløpet i en positiv retning. Man kan med andre ord se konturene av en vann - vann situasjon både for arbeidsplass og deltaker. Annen forskning (Brohan et al., 2012) støtter også den positive spiralen vi kunne spore i vårt materiale av at erfaring med å ha deltagere med psykiske helseplager i arbeidspraksis førte til at lederne ble positive til ordningen og ville gjøre det igjen.

5.0 Oppsummering

Lederne er opptatt av at deltagerne må være motivert, og ser etter deres ressurser og det friske. For at praksisen skal være vellykket mener de det er viktig at deltager får et riktig bilde av arbeidsplassen i forkant, og at lederen får et realistisk bilde av deltageren. Åpenhet om problemer blir sentralt, men her kommer også en motsetning til uttrykk. Det kan synes som lederne både har et ideal om åpenhet om problemer og om å tilrettelegge for den enkelte deltager ut fra deltagers behov, samtidig som de også har et ideal om ikke å forhåndsdomme, behandle alle likt og å stille krav til deltager. Det kan også være tungt å ta innover seg det åpenhet fra deltager kan innebære, og lederne kan ha behov for å beskytte seg. Lederne som viser et stort personlig engasjement, vil ha behov for mer støtte enn de får i dag, både for egen del og for å kunne forstå og tilrettelegge for deltager. Kanskje vil et tettere samarbeid med helsetjenesten være viktig? Samarbeidet med NAV vurderes til godt, men en tettere oppfølging av deltager på arbeidsplassen vil være ønskelig. Lederne mener noe av det viktigste arbeidsplassen kan tilby er et hverdagsliv med rutiner og sosialt fellesskap. Arbeid som kan differensieres slik at deltager kan begynne med noe lett og etter hvert få mer kompliserte oppgaver fungerer godt. Ledere som selv har erfaring med deltagere med psykiske helseplager i arbeidspraksis vil i hovedsak fortsette med ordningen.

Gjennom arbeidet med denne studien ser vi behovet for at en i videre studier av ordningen med arbeidspraksis i ordinær bedrift også trekker inn deltagernes stemmer, slik at deres erfaring kan gjøres gjeldende. Likeledes ville det vært interessant å gå inn i ulike deler av helsevesenet og høre hvordan de tenker og handler i forhold til arbeidsrettet rehabilitering for unge voksne med psykiske helseproblemer. Det er ikke nok å si seg enige om felles mål. De ulike partene i et samarbeid må komme til ordet med sitt perspektiv og sin forståelse av situasjonen. Først da kan en forstå forutsetningene for at samarbeid ikke alltid går som planlagt og hva som kan bidra til å lykkes.

.

6.0 Referanser

- Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anvik, C., & Gustavsen, A. (2012). Ikke slipp meg - Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid. *Nordlandsforskning-Rapport 13/2012*.
- Anvik, C. H. (2006). *Mellom drøm og virkelighet?: unge funksjonshemmede i overganger mellom utdanning og arbeidsliv* (Vol. nr. 17/2006). Bodø: Nordlandsforskning.
- Arbeidsdepartementet. (2008). *Forskrift om arbeidsrettede tiltak mv.*: Retrieved from <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20081211-1320.html>.
- Berg, H., Eriksen, I. M., Klingenberg, S. & Staalesen, P. D. (2013). Nye uførepensjonister. Erfaringer med NAV. Oslo: Proba samfunnsanalyse.
- Biggs, D., Hovey, N., Tyson, P. J., & MacDonald, S. (2010). Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. [Article]. *Journal of Mental Health, 19*(6), 505-516. doi: 10.3109/09638237.2010.507683
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. [Article]. *Journal of Mental Health, 17*(2), 129-140. doi: 10.1080/09638230701498382
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2008). Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. [Article]. *Disability & Society, 23*(5), 511-523. doi: 10.1080/09687590802177072
- Borg, M., Veseth, M., Binder, P.-E., & Topor, A. (2013). The role of work in recovery from bipolar disorders. *Qualitative Social Work, 12*(3), 323-339. doi: 10.1177/1473325011424642
- Boyce, M., Secker, J., Johnson, R., Floyd, M., Grove, B., Schneider, J., & Slade, J. (2008). Mental health service users' experiences of returning to paid employment. *Disability & Society, 23*(1), 77-88.
- Brinchmann. (2012). Virksomme faktorer ved integrering av arbeidsrehabilitering.
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E., . . . Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. [Article]. *BMC Psychiatry, 12*(1), 11-24. doi: 10.1186/1471-244x-12-11
- Bull, H., & Lystad, J. U. (2011). Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 48*, 733-738.
- Burns, T., White, S. J., & Catty, J. (2008). Individual Placement and Support in Europe: The EQOLISE trial. [Article]. *International Review of Psychiatry, 20*(6), 498-502. doi: 10.1080/09540260802564516
- Cook, J. A., Lehman, A. F., Drake, R., McFarlane, W. R., Gold, P. B., Leff, S. H., Blyler, C., Toprac, M. G., Razzano, L. A., Burke-Miller, J. K., Blankertz, L., Shafer, M., Pickett-Schenk, S. A. & Grey, D. D. . (2005). Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *The American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1948 - 1956.
- Corbiere, M., & Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. [Article]. *Journal of Mental Health, 18*(1), 38-50. doi: 10.1080/09638230701677779
- Corrigan, P. W., & McCracken, S. G. (2005). Place First, Then Train: An Alternative to the Medical Model of Psychiatric Rehabilitation. [Article]. *Social Work, 50*(1), 31-39.
- Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ: British Medical Journal (International Edition), 322*(7280), 204-208. doi: 10.1136/bmj.322.7280.204
- Curran, C., Knapp, M., McDaid, D., & Tómasson, K. (2007). Mental health and employment: An overview of patterns and policies across Western Europe. [Article]. *Journal of Mental Health, 16*(2), 195-209. doi: 10.1080/09638230701279865
- Downey, J. (2012). Changing attitudes. [Article]. *Occupational Health, 64*(6), 18-20.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R. & Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry, 56*(7), 627-633.
- Falkum, E. (2011a). Arbeidet som rehabiliteringsfaktor (pp. S. [115]-128.). Bergen: Fagbokforl.

- Falkum, E., Borge, L., & Martinsen, E. W. (2011). En biopsykososial forståelseshorisont (pp. S. [21]-30.). Bergen: Fagbokforl.
- Falkum, E., Hytten, K. & Olavesen, B. (2011b). Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 1080-1085.
- Freeman, D., Cromwell, C., Aarenau, D., Hazelton, M., & Lapointe, M. (2005). Factors Leading to Successful Workplace Integration of Employees who Have Experienced Mental Illness. *Employee Assistance Quarterly*, 19(4), 51-58. doi: 10.1300/J022v19n04_04
- Frøyland, K. (2012). Inkludering av ungdom i skole eller arbeid (pp. 93). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Jones, A. M. (2011). Disclosure of Mental Illness in the Workplace: A Literature Review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), 212-229. doi: 10.1080/15487768.2011.598101
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. [New York]: Basic Books.
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Aas, R. W., & Davidson, L. (2013). "Balancing on Skates on the Icy Surface of Work": A Metasynthesis of Work Participation for Persons with Psychiatric Disabilities. [Journal article]. *J Occup Rehabil*, 8, 8.
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Borg, M., & Fjær, S. (2011). Being candidates in a transitional vocational course: experiences of self, everyday life and work potentials. [Article]. *Disability & Society*, 26(4), 433-448. doi: 10.1080/09687599.2011.567795
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauber, C., & Bowen, J. L. (2010). Low mood and employment: When affective disorders are intertwined with the workplace—A UK perspective. [Article]. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 173-182. doi: 10.3109/09540261003716405
- Loyd, C., King, R. (2012). Implementation of supported employment: What are the implications for clinical services? *Journal of Rehabilitation*, 78(1).
- Major, E. F. (2011). *Bedre føre var -: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Vol. 2011:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. In 1 (Ed.). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- . *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse - 2007–2012*. (2007). Arbeids-og inkluderingsdepartementet
- Helse-og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>.
- Norvoll, R. (2011). Jeg vil ikke stå utenfor. Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne 10 (Vol. 10). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Olsen, T., & Gjertsen, H. (2011). Nye veier til arbeid? En studie av arbeidsrettede tilbud til personer med sammensatte bistandsbehov. Bodø: Norlandsforskning.
- Ose, S., O., Jensberg, H., Kaspersen, S., L., Kalseth, B. & Lilleeng, S. (2008). Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus (06/08). Trondheim: SINTEF Helse.
- Peterson, D., Currey, N., & Collings, S. (2011). "You don't look like one of them": disclosure of mental illness in the workplace as an ongoing dilemma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(2), 145-147. doi: 10.2975/35.2.2011.145.147
- Ramvi, E., & Farstad, L. (2011). Arbeid og psykisk helse: en kvalitativ studie av lederes erfaringer med å ha unge voksne med psykisk lidelse i arbeidspraksis (Vol. nr. 30, pp. 41 bl. : fig.). Stavanger: UiS.

- Rasmussen, I., Dyb, V. A., Heldal, N., & Strøm, S. (2010). Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom *Vista analyse rapport* (Vol. 7). Oslo.
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M. & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), 50-60. doi: 10.1192/apt.bp.107.003509
- Rogan, P., & Mank, D. (2011). Looking back, moving ahead: A commentary on supported employment. [Opinion]. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 185-187.
- Rollins, A. L., Bond, G. R., Jones, A. M., Kukla, M., & Collins, L. A. (2011). Workplace social networks and their relationship with job outcomes and other employment characteristics for people with severe mental illness. [Article]. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 243-252.
- 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. (2013). Om å komme seg i arbeid. In R. R. Norvoll (Ed.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schafft, A., & Grimsmo, A. (2012). Gode intensjoner – holder det? - En undersøkelse blant deltakere på gjestebud om arbeid og psykisk helse (pp. 35). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schafft, A., & Spjelkavik, Ø. (2006). Arbeid og psykisk helse - Underveisevaluering av Vilje Viser Vei, Storbysatsingen. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schafft, A., Spjelkavik, Ø., Brøgger, B., & Grimsmo, A. (2012a). Arbeidsgiverlos - lederstøtte i arbeidet med psykisk helse på arbeidsplassen. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schafft, A., Spjelkavik, Ø., Brøgger, B., & Grimsmo, A. (2012b). Arbeidsgiverlos – lederstøtte i arbeidet med psykiske helse på arbeidsplassen (pp. 69). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schneider, J., Slade, J., Secker, J., Rinaldi, M., Boyce, M., Johnson, R., . . . Grove, B. (2009). SESAMI study of employment support for people with severe mental health problems: 12-month outcomes. *Health & Social Care in the Community*, 17(2), 151-158. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00810.x
- Secker, J. (2009). Supporting mental health service users back to work. *Journal of Public Mental Health*, 8(3), 38-45.
- Secker, J., Membrey, H., Grove, B., & Seeböhm, P. (2002). Recovering from Illness or Recovering your Life? Implications of Clinical Versus Social Models of Recovery from Mental Health Problems for Employment Support Services. [Article]. *Disability & Society*, 17(4), 403-418. doi: 10.1080/09687590220140340
- Spjelkavik, Ø. (2012). Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37, 163-172.
- Spjelkavik, Ø., Frøyland, K., & Skardhamar, T. (2003). Yrkeshemmede i det ordinære arbeidslivet - inkludering gjennom Arbeid med bistand Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Swanson, S., Burson, K., Harper, J., Johnson, B. & Litvak, J. . (2011). Implementation Issues for IPS Supported Employment: Stakeholders Share Their Strategies. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14, 165-180.
- Tsang, H. W. H., Fung, K. M. T., Leung, A. Y., Li, S. M. Y., & Cheung, W. M. (2010). Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. [Article]. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 49-58. doi: 10.3109/00048670903393613
- Wheat, K., Brohan, E., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Mental illness and the workplace: conceal or reveal? *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 103(3), 83-86. doi: 10.1258/jrsm.2009.090317

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i prosjekt:



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

Bakgrunn og hensikt med prosjektet

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

Hva innebærer deltagelse?

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

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

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

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger om deg som blir intervjuet vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode vil knytte deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Intervjuet tas opp på lydbånd. Lydbånd og navneliste vil bli oppbevart i ett låst dokumentskap. Det er kun forskerne i prosjektet som vil ha tilgang til lydbånd og til å innhente opplysninger som kan spores tilbake til deg som informant. Etter at prosjektet avsluttes 1. juli 2013 vil alle personlige opplysninger om deg bli slettet.

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

Frivillig deltakelse i intervjuet

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

Med vennlig hilsen

Ellen Ramvi
Prosjektleder

Lisebet Skeie Skarpaas
prosjektmedarbeider

Lise Løvereide
masterstudent

Samtykkeerklæring for informanter

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

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

ellen.ramvi@uis.no

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

.....
Sted/dato: Informantens underskrift

Vedlegg 2

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

Intervjuguide

Innledende spørsmål

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

Narrativ

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

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

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

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

- **Kollegaer** (Hvordan erfarte de dette? Hvordan har det påvirket dem?)(evt kunders oppfatning)
- **Arbeidsmiljø** (Gode og dårlige konsekvenser for arbeidsmiljøet - konkret)
- **Tilrettelegging** (hvordan? Konkret)
- **Kunnskap** (Hva er det viktig å vite om deltakere på forhånd? Hva blir viktig underveis? Hvilken type/hvor mye informasjon mener du er viktig at de øvrige ansatte får vite om deltagerne?)
- **Samarbeidspartnere** (HVEM og HVA var viktig NÅR)
Spør spesielt: om forholdet til NAV. (tilgjengelighet, Har NAV utarbeidet en Tilretteleggingsgaranti (TG)for dine deltagere på arbeidspraksis?)

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

Spør spesielt: Helsetjenesten: Evt: Du har ikke nevnt helsetjenesten, vil du si noe om grunnen til dette? Hvilken rolle har helsetjenesten hatt i forhold til prosessen med disse

deltagerne? Hvilken rolle synes du helsetjenesten skal i en slik prosess? Hva skulle du ønske at de bidro med?

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

Avsluttende spørsmål

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

Skjema for data innhenting

Vi ber informanten selv fylle ut:

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

Kvinne:

Mann:

Type bedrift:

Din utdanningsbakgrunn:

Din stilling i bedriften:

Antall års erfaring på denne arbeidsplassen:

Antall deltagere som har vært på arbeidstrening her:

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

Ja,

Nei

Vedlegg 3

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

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

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