

# Nye trender innen arbeid og psykisk helse – sett i sammenheng med recovery

**Siri Bjaarstad**

siri.bjaarstad@napha.no

**Kristin Augenie Randi Trane**

kristin.trane@napha.no

**Trond Hatling**

trond.hatling@napha.no

**Stian Reinertsen**

stian.reinertsen@napha.no

## Sammendrag

Artikkelen handler om nye trender innen arbeid og psykisk helse sett i sammenheng med recovery-tenkning. En forutsetning for økt arbeidsinkludering av mennesker med psykiske helseproblemer er at de eksisterende tjenestene bedre utnytter hverandres potensial. Tjenestene bør være basert på hva den enkelte ønsker og trenger.

Gjennom eksempler på god praksis viser artikkelen kraften i å tenke jobb og behandling parallelt, der menneskene med psykiske helseproblemer selv styrer prosessen, med gode samhandlende aktører som medspillere. Sammen kan nye retninger innen arbeid og psykisk helse og recovery bidra til endring i tenkning og praksis.

**Nøkkelord:** Arbeid, psykisk helse, recovery, samhandling, NAV, helsetjenester

## Summary

This article discusses new perspectives in work and mental health in the context of recovery. A prerequisite for increased labor inclusion of people with mental health problems is that the existing services better utilize each other's potential. The course of interaction should be based on each individual's needs and preferences.

Good examples of practice shows the strength of thinking work and treatment as parallel processes, in which people with mental health problems even control the process as equal partners. New directions and paradigms in work and mental health recovery should contribute to a change in thinking and practice.

**Keywords:** Work, mental health, recovery, interactions, NAV, health services

## Bakgrunn

De fleste ønsker å delta i arbeidslivet. Dette gjelder også mennesker med psykiske helseproblemer. Seks av ti personer med alvorlige psykiske lidelser sier at de ønsker å jobbe (Swanson & Becker, 2013). Likevel står mange mennesker med psykiske helseproblemer utenfor arbeidslivet. Psykiske vansker er årsak til flere tapte årsverk enn noen andre helseproblemer i Norge. Stadig flere innvilges uføretrygd grunnet dette (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Særlig bekymringsfull er utviklingen blant unge. Antallet unge med psykiske helseproblemer i seg selv ser ikke ut til å øke særlig. Likevel faller stadig flere unge ut av skole og arbeidsliv grunnet psykiske helseproblemer (Nes & Clench-Aas, 2011).

Vi vet at arbeid har positive effekter på både psykisk og fysisk helse. Forskning viser at arbeidsledige får bedre helse når de får seg jobb. I samfunn hvor arbeid er normen, har 90–95 prosent av befolkningen helsefordeler av å være i arbeid (Waddell & Burton, 2006).

Denne artikkelen starter med å gi et bilde av hvordan Norge har håndtert disse utfordringene. Den handler videre om hvordan de nyeste trendene innen arbeid og psykisk helse kan ses i sammenheng med recovery, og troen på at mennesker med psykisk sykdom kan oppnå bedring. Vi vil belyse hva disse perspektivene har til felles, og hvordan de kan bidra til å utvikle tjenester som tar på alvor de erfaringene og ønskene mennesker med psykiske helseproblemer har. Gjennom eksempler på god praksis vil vi vise kraften i å tenke jobb og behandling samtidig. Praksis der mennesker med psy-

kiske helseproblemer selv styrer prosessen, med samhandlende aktører som medspillere. Til slutt gir vi noen innspill på hva vi mener kan bidra til et mer inkluderende arbeidsliv i Norge.

## Politisk satsing på arbeid og psykisk helse

Norge har i lang tid hatt en politikk for økt arbeidsinkludering. I 1991 kom attføringsmeldingen (St.meld. nr. 39, 1991–92), med en ambisjon om å dreie fra passivitet til arbeidsdeltakelse og fra avhengighet av stønader til å forsørge seg selv i ordinært arbeid. Gjennom intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) samarbeider regjeringen og partene i arbeidslivet for å få flere ut i arbeid. NAV-reformen, som ble iverksatt sommeren 2006, innebar sammenslåing av Aetat, Trygdekontoret og deler av de kommunale tjenestene. Et av NAV-reformens hovedmål er å få flere i arbeid og færre på stønad (St.meld. nr. 9, 2006–2007).

Siden 2007 har regjeringen hatt en egen satsing på arbeid og psykisk helse. Gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012) ble det satt i gang en rekke øremerkede tilbud og tjenester, som blant annet skulle gi bedre samhandling og koordinering mellom NAV og helsesektoren. Planen var forankret både i Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og skulle bygge bro mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsesektoren. For å oppnå dette ble det etablert et eget prosjekt i Arbeids- og velferdsdirektoratet, der alle fylker hadde fylkeskoordinatorer med ansvar for å koordinere innsatsen knyttet til arbeid, psykisk helse og rus.

Erfaringene fra strategiplanen viste blant annet at tett, helhetlig oppfølging er noe som fungerer (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016) skal videreføre satsingen, og en rekke tiltak står beskrevet her. Mens Nasjonal strategiplan var fulgt av øremerkede midler, er Oppfølgingsplanens tiltak stort sett lagt inn i de generelle rammene.

### Trappetrinnmodellen – tren og plasser

For å inkludere flere mennesker i arbeidslivet jobber vi, både i Norge og internasjonalt, i stor grad fremdeles etter en trappetrinnmodell. Målet på toppen av trappa er en ordinær jobb. Trappetrinnene underveis representerer behandling, arbeidstrening, utdanning og karriereveiledning. Frem til midten av åttitallet fikk nesten alle mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer som ønsket seg ut i jobb, tilbud om arbeid i vernede bedrifter (Berge & Falkum, 2013). Målet var ordinær jobb på sikt, etter en periode med arbeidstrening i skjermede og tilrettelagt omgivelser. Selv om intensjonene er gode, er resultatene av modellen høyst moderate. Ifølge Bond, Drake & Becker (2008) kommer kun 23 prosent av brukerne ut i ordinært arbeidsliv etter å ha fått denne typen bistand. Det som oppnås med denne trappetrinntenkningen er heller å overbevise mennesker med psykiske helseproblemer om at de kun er i stand til å jobbe i spesielle, tilpassende omgivelser, og ikke i det ordinære arbeidslivet (Rinaldi, Perkins, Edmund, Montibeller, Clenaghan & Rutherford, 2008).

I helsetjenestene, og spesielt i tjenester som behandler alvorlige psykiske helseproble-

mer, har det vært en kultur for å tenke behandling før det kan være aktuelt med arbeid. Men, som en behandler i spesialisthelsetjenesten uttalte til NAPHAAs (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) hefte *Arbeid og psykisk helse – fem gode eksempler*: «Jeg tror vi har undervurdert kraften i å delta i yrkeslivet på lik linje med andre. Kan du tenke deg noe mer stressende enn å være pasient og NAV-bruker?» (NAPHA, 2013a, s 23)

Noen hjelpere i helsetjenestene ser arbeid som mer stressende og slitsomt enn positivt. Dette er kanskje ikke så rart, da behandleren tradisjonelt har sett etter symptomer og sårbarheter (Berge et al., 2013).

NAV-ansatte kartlegger muligheter og ressurser. Samtidig viser erfaringer fra NAV at mange føler seg utrygge på hva psykiske helseutfordringer innebærer, og hva som eventuelt kan forsterke problemene (Norvoll & Fossetøl, 2010). Derfor kan det føles tryggere for NAV-veiledere å søke personer med psykiske helseproblemer inn i skjermede tiltak med oppfølging, enn å tenke ordinært arbeidsliv.

### Arbeid som viktig for å redusere stigma

Samfunnets holdninger ovenfor mennesker med psykiske utfordringer er preget av stigmatisering (Clement et al., 2013). Slike holdninger finner en både blant ansatte innen psykiske helsetjenester og i samfunnet for øvrig (Nyttingnes, 2008). Holdningene er gjerne uttrykt gjennom oppfatninger om at personer med psykiske helseproblemer har manglende kompetanse, er farlige, at lidelsen er selvforskyldt, at det ikke er mulig å komme seg, og at de

ikke ønsker kontakt med andre (Hinshaw & Cicchetti, 2000).

Disse holdningene er særlig synlige i arbeidsmarkedet (Tew, Ramon, Slade, Bird, Melton & Boutillier, 2012; Perkins, Raines, Tschopp & Warner, 2008). Ledighet rammer som oftest sosialt skjevt. Den rammer altså dem som på mange områder allerede er utsatte og sårbare. Jobb betyr mye for sosial status og sosial identitet (Borg, Jensen, Topor & Andersen, 2011). Arbeidsløshet, lav inntekt og dårlige levekår hindrer sosial inkludering (Tew et al., 2012).

At flere kommer i ordinært lønnet arbeid er essensielt for å få til en endring i måten mennesker med psykiske vansker blir sett på, både i hjelpeapparatet og i samfunnet for øvrig (Borg et al., 2011).

### **Recovery og økt brukerstyring**

Recovery er et begrep og et kunnskapsområde som i den senere tid har fått økt oppmerksomhet innen brukermiljøer og de kommunale psykiske helsetjenestene i Norge. Internasjonalt finnes også en rekke eksempler på at recovery ligger til grunn for utviklingen av mer likeverdige samarbeidsformer mellom brukere og fagpersoner (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Recovery blir definert på ulike måter, men selvbestemmelse og selvstyring er sentralt i de fleste definisjonene. Hver person må finne sin egen vei. Fokuset er på bedringsprosesser, og å leve et godt liv med sine helsebegrensninger, heller enn målet om å bli helt frisk (NAPHA, 2013b).

Forskning viser at tilhørighet, håp, optimisme, gjenoppbygging av identitet og opplevelsen av mening og myndiggjøring er

sentrale elementer (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011). Familiemedlemmer og andre støttepersoner spiller ofte en viktig rolle i en persons recoveryprosess (Borg et al., 2013).

Recovery har ifølge Borg et al. (2013) særlig handlet om hva personene selv mener skal til for å komme seg. Perkins og Slade (2012) påpeker at tjenester som skal jobbe recoveryfokustert må hjelpe mennesker til å leve det livet de ønsker. Hva som er det riktige for den enkelte, er det bare personen selv som vet. Hjelpere må lytte til dette.

Recoveryforskning har vist at personer med psykiske helseproblemer har ervervet seg mange erfaringer og kunnskap om hva som kan bedre eller forverre deres situasjon (Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2009). De er de fremste ekspertene på egne vansker. Et bærende prinsipp i recoverytenkning er at mennesker selv skal være aktivt med i beslutninger rundt eget liv (Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen & Rise, 2013). I opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) var en av hovedmålsettingene at brukere skulle medvirke i større grad i egen behandling. I dag er brukermidvirkning både en lovfestet rettighet forankret i blant annet pasient- og brukerrettighetsloven av 1999, og en sentral del av verdigrunnlaget for fag- og praksisfeltet psykisk helsearbeid (Almvik & Borge, 2006).

### **Arbeidets betydning i en recoveryprosess**

Til grunn for recovery ligger egenfortellinger om bedring samt forskning som viser at mange kommer seg etter alvorlige psykiske vansker (Borg et al., 2013). Ingen skal ses på som så «kronisk syke» at de ikke kan

leve et selvstendig, verdig og meningsfullt liv i sitt nærmiljø (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron & Kangas, 2006). Et meningsfullt liv handler for mange om å ha en jobb. Flere forskere og forfattere trekker frem arbeidets betydning i en recoveryprosess (Stickley & Wright, 2011; Borg, Veseth, Binder & Topor, 2011; Borg et al., 2013, og Burns et al., 2009). De finner at ordinært lønnet arbeid har ført til reduksjon i symptomer hos mange. Aktivitet og arbeid gir tilknytning og tilhørighet på ulike arenaer (Borg et al., 2013). Det er viktig å få muligheter til å mestre, få nye roller og være del av et sosialt fellesskap. Arbeid gir også et større sosialt nettverk (Tew et al., 2012).

### **Arbeidsgiver må stimuleres og støttes**

For at mennesker med psykiske helseproblemer i større grad skal få innpass i arbeidslivet, er vi avhengige av arbeidsgivere som vil ansette. Internasjonal litteratur viser at arbeidsgiverne utgjør flaskehalsen for å få mennesker med psykiske helseproblemer inn i arbeidslivet (Schafft, 2007). De er bekymret for arbeidsevne og oppfølgingsbehov hos personer med psykiske helseproblemer (Ose, Jensberg, Kaspersen, Kalseth & Lilleeng, 2008). Mange arbeidsgivere mangler også systemer og planer for å fange opp og tilrettelegge arbeidssituasjonen for personer med psykiske helseutfordringer (Rolfe, Foreman & Tylee, 2006).

Arbeidsgivere som har ansatt personer med psykiske helseproblemer, er mer positive til slike ansettelser enn de som ikke har slike erfaringer (Schafft, 2007). Dette er noe JobbResept i Stavanger også har erfart. JobbResept har trukket frem at når de tror på pasientene, tror også arbeidsgiverne på dem.

Rachel Perkins, kjent som forkjemper for individuell jobbstøtte i England, mener at arbeidsgivere trenger det samme som personer som ønsker jobb; tett oppfølging. Hun sa i et foredrag i Oslo i 2012 at hennes erfaringer er at arbeidsgivere er positive til å ansette mennesker med psykiske helseproblemer, så lenge de har et navn og et telefonnummer de kan ringe dersom de trenger noen å snakke med.

### **Jobb og behandling samtidig**

Ifølge Borg et al. (2011) må hjelpeapparatet anerkjenne at arbeid bedrer den psykiske helsen. De trekker frem at de fleste personer med psykiske vansker kan fungere i arbeidslivet. Metoder som i stor grad tar sikte på å kombinere behandling med aktiv tilstedeværelse i ordinært arbeidsliv, gir gode resultater både for den enkelte og samfunnsøkonomien (Burns & Catty, 2008). Tilnærmingen baseres på at arbeidstrening og praksis bør skje i omgivelser hvor ferdighetene skal brukes. Slike metoder er også noe som etterspørres fra mennesker med psykisk helseproblemer selv (Norvoll, 2011).

Det skjer mye bra i Norge som bidrar til å skape et mer inkluderende arbeidsliv. For å vise hvordan arbeid og behandling kan foregå samtidig, har vi valgt å trekke frem Individuell jobbstøtte samt JobbResept, Jobbmestrende oppfølging og jobbstøtte av likemenn som eksempler på god praksis. De er alle tilnærminger som tenker arbeid og behandling parallelt, og er gode eksempler på det omvendte perspektivet av trappe-trinnmodellen. Fellesnevneren for disse tilnærmingene er et optimistisk menneskesyn med vekt på ressurser og muligheter, fremfor hindringer og begrensninger, i tråd med recoverytenkning.

### Individuell jobbstøtte

Individuell jobbstøtte (IPS – Individual placement and support) kommer opprinnelig fra USA. Det prøves nå ut over store deler av Europa, inkludert Norge. Modellen er utviklet spesielt for mennesker med alvorlig psykisk lidelse som ønsker seg ut i ordinær jobb, og personens egne preferanser skal være styrende for valg av arbeid (Swanson & Becker, 2013). Ambisjonen er brukerstyring heller enn brukermedvirkning. Den som ønsker seg jobb, er med i et team bestående av jobbkonsulent, behandler i psykisk helsetjeneste og stønadsveileder i velferds-systemet (NAV i Norge). Sammen utarbeider de en plan for hvordan han eller hun skal komme ut i ønsket arbeid, og hvilken støtte som trengs underveis. Støtten skal gis til både jobbsøker og arbeidsgiver så lenge det er nødvendig. Filosofien er at alle har mulighet til å være i en ordinær jobb så lenge det er riktig type arbeid, og den rette støtte gis (Rinaldi et al., 2008). Studier fra både USA og Europa viser at individuell jobbstøtte gir betydelig bedre resultater enn andre typer inkluderende tiltak. En oppsummering av elleve randomiserte kontrollerte studier (RCT) fra USA viser at individuell jobbstøtte får 61 prosent av deltagerne ut i lønnet arbeid, mens av de som fikk vanlige tilbud, kom 23 prosent ut i arbeid. De som fikk tilbud om individuell jobbstøtte jobbet også flere timer pr. uke, og kom raskere ut i jobb enn de som mottok mer tradisjonell hjelp (Bond et al., 2008).

En del har vært usikre på hvordan denne modellen vil fungere i land med bedre velferdsordninger enn USA. En europeisk studie med deltagere fra seks forskjellige land viser at det å tenke jobb og behandling samtidig dobler sjansen for at mennesker med

psykoselidelser kommer ut i ordinært arbeid (Burns et al., 2008). Dette fungerer med andre ord også i land med bedre velferdstjenester.

### JobbResept

I Stavanger finnes et tilbud som heter JobbResept. Der samarbeider Avdeling unge voksne ved Universitetssykehuset med NAV, for at flere unge med alvorlige psykiske helseproblemer og rusproblemer skal komme ut i ordinære jobber og utdanningsløp. De tror på å tenke jobb tidlig i et behandlingsforløp, og på å ta utgangspunkt i ønskene til hvert enkelt menneske. JobbResept er sterkt inspirert av recovery, og har troen på den friske delen i mennesker. Prosjektet bygger på ideen om at jobb er den beste medisinen for psykisk sykdom og rusproblemer, og at deltagelse i arbeidslivet er helsefremmende.

Resultatene er gode. I 2012 kom 62 prosent av deltagerne ut i ordinært arbeid eller skole. De har siden oppstart i 2007 gitt tilbud til 380 personer. Ifølge prosjektleder har JobbResept også ført til færre innleggelses i psykiatrien (NAPHA, 2013a).

Peter Norum er en av dem som har fått jobb ved hjelp av JobbResept. Han forteller i et intervju med NRK i november 2012 at dette er et tilbud som virker, og at et lignende tilbud bør være på plass i alle kommuner: «Mange forventer at NAV skal slenge en jobb i fanget på deg, men sånn er det er ikke. JobbResept er noe som fungerer veldig godt, og har hjulpet meg og mange andre inn i jobb.» (<http://www.nrk.no/rogaland/det-var-ikke-nav-som-hjalp-peter-1.8399450>)

JobbResept skiller seg fra individuell jobbstøtte ved at NAV-veiledere ikke er en del av det faste teamet. I Stavanger har de et tett og godt samarbeid med NAV. Tidlig i prosjektperioden ble det inngått en samarbeidsavtale mellom NAV og Stavanger universitetssykehus. Kostnadene er likt fordelt mellom partene, og prosjektet er godt forankret i begge leirer. Til NAPHA forteller fylkeskoordinator ved NAV Rogaland, Kjell Ramsvik, at NAV-ansatte opplever tilbudet som en støtte til den jobben de selv skal gjøre, og at NAV og helsetjenesten drar i samme retning.

### Jobbmestrende oppfølging

Forsknings- og utviklingsprosjektet jobbmestrende oppfølging er et tilbud til mennesker med psykoselidelser for å få hjelp til å komme ut i arbeid. Prosjektet tester ut effekten av kognitiv trening og kognitiv adferdsterapi som metoder i arbeidsrehabilitering. Deltagerne skal lære å mestre vansker forbundet med sykdommen deres i en jobbsituasjon (NAPHA, 2013a).

Prosjektets overordnede mål er at flere personer med alvorlige og langvarige psykiske helseproblemer skal få mulighet til å jobbe, og samtidig etablere gode samarbeidsmodeller og felles kunnskap om arbeidets betydning for psykisk helse (Oslo Universitetssykehus, 2013).

De som ønsker jobb, får hjelp til å avklare hvilken type jobb som er mulig, og det tilrettelegges for arbeidstrening i tiltaksbedrift eller i ordinært arbeid. Behandler forplikter seg til et samarbeid med jobbsøker, jobbkonsulenten i jobbmestrende oppfølging samt NAV (Helsedirektoratet & Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2011).

Oslo Universitetssykehus evaluerer prosjektet, og resultatene skal foreligge sommeren 2014. De foreløpige resultatene viser at blant 150 deltagere var 77 prosent i en eller annen type jobb etter ti måneder i prosjektet. Til sammenligning var færre enn hver femte av dem i jobb før de mottok dette tilbudet.

I jobbmestrende oppfølging har jobbkonsulenten i en arbeidsmarkedsbedrift tett kontakt med den som ønsker seg jobb. De samarbeider tett med NAV og helsetjenestene. Jobbkonsulenten får opplæring i både kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju, for best å kunne hjelpe deltagere med utfordringer de møter i arbeidslivet.

### Jobbstøtte av likemenn

I februar 2014 var NAPHA på en konferanse ved Universitetet i Agder. Der ble et nytt initiativ presentert, hvor brukerorganisasjonen A-larm, Søgne kommune (inkludert NAV) og Handelsforeningen har inngått et lokalt samarbeid for å inkludere flere som ønsker det i jobb. Hovedtanken er at personer som selv har erfart problemer knyttet til rus og psykisk helse, kan hjelpe andre i samme situasjon. De som ønsker seg arbeid, kan få oppfølging på arbeidsplassen av en likemann, og kommunen stiller med ruskonsulent som veileder. Handelsforeningen i Søgne vil jobbe for å finne aktuelle arbeidsplasser blant sine medlemmer, og er en viktig aktør. Agderforskning evaluerer prosjektet.

### Økt arbeidstilknytning er mulig

Den nye trenden innen arbeid og psykisk helse handler om å tenke jobb og behandling samtidig. Individuell jobbstøtte, JobbResept, jobbmestrende oppfølging og like-

mannsprosjektet i Søgne er alle gode eksempler på hvordan det går an å bygge tilbud, der NAV og helsetjenestene jobber sammen for å bidra til økt arbeidsinkludering.

Vi tar i denne artikkelen utgangspunkt i dem som ønsker seg jobb. Arbeid kan også oppleves som en byrde for noen (Tew et al., 2012), og ordinært, lønnet arbeid er ikke svaret for alle. Dette taler mot for ensidig satsing på én modell for økt arbeidsinkludering.

En del av utfordringen har vært at NAV og helsetjenestene ikke har hatt godt nok koordinerte tjenester, og at arbeid forbindes med NAV, og behandling med helsetjenestene. Som vist gjennom artikkelen bør arbeid ses på som en del av behandlingen, altså at NAV også bidrar til bedre helse. Tilsvarende bør behandlere hjelpe mennesker ut i jobb. Mange ansatte i psykiske helsetjenester følger opp mennesker med psykiske helsetjenester tett, uten at de nødvendigvis fokuserer på jobb. Det er dermed et stort potensial i at også ansatte i kommunale helsetjenester tenker behandling og arbeid samtidig.

Å tilby tjenester på brukerens premisser handler om å samhandle på tvers av tjenestene (Hatling, 2011). NAV og helsetjenesten har tradisjonelt ulike perspektiver i arbeidet med de samme menneskene. For å tenke jobb og behandling samtidig, er samhandling mellom tjenestene helt avgjørende. Mange brukere ser på gode tjenester som samarbeidende, at de kommuniserer og fordeler oppgaver på tvers av nivå, instanser og systemer (Steinsbekk et al., 2013).

### **Tett oppfølging av arbeidstaker og arbeidsgiver**

Tett oppfølging er en mangelvare innen NAV-systemet, men samtidig et viktig premiss for å lykkes med å hjelpe mennesker ut i arbeid. Erfaringer fra Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012) viste at tett oppfølging over tid virker, og unge som ramler ut av skole og jobb, ønsker at voksne holder tak i dem til de vet at det går bra (Anvik & Gustavsen, 2012).

Sentrale elementer i å lykkes med å få arbeidsgivere med på laget, er å finne rett person til rett jobb, og tilby støtte og oppfølging både til arbeidstaker og arbeidsgiver. Det er viktig å lage systemer der også arbeidsgivere har noen å sparre med ved behov, slik som JobbResept, jobbmestrende oppfølging og likemannsprosjektet i Søgne er gode eksempler på. Ved å være tilgjengelig, også for arbeidsgivere, kan utfordringer løses underveis, og kriser unngås.

Det er viktig å også ta i betraktning at enhver arbeidsplass ikke nødvendigvis er en recoveryfremmende arena for den enkelte. Noen omgivelser er støttende for bedring, mens andre er hindre (Borg, 2009). Det å gå fra isolasjon til sosial kontakt kan være en stor overgang (Steinsbekk et al., 2013). Også derfor er tett oppfølging av både arbeidsgiver og arbeidstaker viktig.

### **Involver også andre enn NAV og helsetjenesten**

Prosjektet på Sørlandet er et godt eksempel på hvordan andre aktører, i dette tilfellet en brukerorganisasjon og en næringsorganisasjon, kan bidra til at flere inkluderes i arbeidslivet.

De nye trendene innen arbeid og psykisk helse, knyttet sammen med recoverytenk-



ning, gir oss også drahjelp i riktig retning. Ikke alle kan jobbe systematisk etter individuell jobbstøtte-modellen, eller lage et tilbud som er likt JobbResept. Det handler heller om å bruke tankegangen til å bygge lokale tilbud som tar utgangspunkt i hvert enkelt menneske, og som bygger bro mellom NAV, helsetjenestene og arbeidslivet. Ved å lytte til den enkelte og å tenke jobb og behandling samtidig er det mulig å gi flere mennesker med psykiske helseproblemer mulighet til å delta i samfunnet på lik linje med andre. Da får vi også et samfunn som i større grad nyttiggjør seg ressursene og kraften hos de som nå står utenfor arbeidslivet.

## Referanser

- Almvik, A., & Borge, L. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. 3. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.
- Anvik, C.H., & Gustavsen, A. (2012). *Ikke slipp meg! Unge, psykisk helseproblemer, utdanning og arbeid*. Bodø: NF-rapport nr. 13/2012.
- Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse* (2013–2016).
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse* (2007–2012).
- Berge, T., & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R. (2008). An update on Randomized Controlled Trials of Evidence-Based Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 280–290.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452–459.
- Borg, M., Jensen, P., Topor, A., & Andersen, A.J.W. (2011). Recovery med nordisk blikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(4), 290–292.
- Borg, M., Veseth, M., Binder, P.E., & Topor, A. (2011). *The role of work in recovery from bipolar disorders. Qualitative Social Work*. DOI: 10.1177/1473325011424642.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport nr.4/2013.
- Burns T., & Catty J. (2008). IPS in Europe: The EQOLISE Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 313–317.
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletis, M., Fioritti, A., Rossler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., & Lauber, C. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 949–958.
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S., Slade, M., Rüschi, N., & Thornicroft, G. (2013). *Mass media interventions for reducing mental health-related stigma*. Cochrane Database Syst Rev.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in Mental health system transformation. *Psychiatric services*, 57(5).
- Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 143–153.
- Hesledirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2011). *Jobbmestrende oppfølging*. Informasjon om metoder og muligheter. Hentet fra <https://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/Jobbmestrende+oppfo%CC%8Bging.346128.cms>. IS-0351.
- Hinshaw, S.P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 555–598.
- Leamy, M., Bird, V.J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). *A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445–452.
- NAPHA (2013a). *Arbeid og Psykisk helse- fem gode eksempler*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport nr.2/2013.
- NAPHA (2013b). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport nr. 4/2013.
- Nes, R.B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2011:2.
- Norvoll, R., & Fosseth, K. (2010). *Funksjonshemmede og arbeid. En kunnskapstatus*. AFI-notat 2010:13.
- Norvoll, R. (2011). *Jeg vil ikke stå utenfor. Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne*. AFI-notat 10/2011.
- NRK (2012). *Fikk hjelp av JobbResept*. [http://www.nrk.no/video/fikk\\_hjelp\\_av\\_JobbResept/8A9D8C2CC6A85184/emne/arbeidsliv/](http://www.nrk.no/video/fikk_hjelp_av_JobbResept/8A9D8C2CC6A85184/emne/arbeidsliv/)
- Nytingnes, O. (2008). Er brukersettelser mulig og ønskelig? – Internasjonale erfaringer med brukersettelser i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(4).
- Ose, S.O., Jensberg, H., Kaspersen, S. L., Kalseth, B., & Lilleeng, S. (2008). *Kunnskapstatus: Arbeid og psykisk helse og rus*. SINTEF Helse.

- Oslo Universitetssykehus (2013). *Jobbmestrende oppfølging. Kognitiv atferdsterapi og kognitiv trening i arbeidsrehabilitering for personer med alvorlig psykisk lidelse*. Rapport til styringsgruppen, 8.februar/2013.
- Perkins, D.V., Raines, J.A., Tschopp, M.K., & Warner, T.C. (2008). Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia. *Community Mental Health, 45*, 158–162.
- Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry, 24*(1), 29–39.
- Rinaldi, M., Perkins, R., Edmund, G., Montibeller, T., Cle-naghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*, 50–60.
- Rolfe, H., Foreman, J., & Tylee, A. (2006). *Welfare or Farewell? Mental health and stress in the workplace*. National Institute of Economic and Social Research. NIESR Discussion Paper nr. 268.
- 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.
- Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D., & By Riise, M. (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for norsk psykologforening, 50*, 2–5.
- Stickley, T., & Wright, N. (2011). The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part two: a review of the grey literature including book chapters and policy documents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*, 297–307. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01663.x.
- St.meld. nr.9 (2006–2007). *Arbeid, velferd og inkludering*. Arbeids- og sosialdepartementet.
- St.meld. nr.39 (1991–1992). *Attføring og arbeid for yrkes-hemmede. Sykepenger og uførepensjon* (Attførings-meldingen). Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- Swanson, S.J., & Becker, D.R. (2013). *Individual placement and support – en praktisk veileder*. Norsk oversettelse. Utgivelsesår norsk oversettelse: 2014. 1. utgave. Oslo: Bransjeforeningen Attføringsbedriftene
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Boutilier, C.L. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of social work, 1*–18.
- Torpor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2009). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International journal of Social Psychiatry*. Doi:10.1177/0020764009345062.
- Waddell, G., & Burton, A.K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* TSO, London.