

Innholdsfortegnelse

ABSTRAKT	2
1.0 INNLEDNING	3
1.1 ARBEID OG SAMFUNNSRELEVANS	3
1.2 PSYKISKE LIDELSER.....	4
1.3 PROBLEMSTILLING.....	5
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR.....	6
2.0 TEORI	6
2.1 AKTIVITETSIDENTITET	6
2.2 AKTIVITETSKOMPETANSE	7
3.0 METODE.....	8
3.1 SØKEPROSESSEN.....	9
3.2 INKLUDERING OG EKSKLUDERINGSKRITERIER	9
3.3 ANALYSEMETODE	10
4.0 RESULTAT.....	11
4.1 TABELL	12
4.2 MESTRINGSOPPLEVELSE.....	13
4.3 ROLLE SOM ARBEIDSTAKER.....	13
4.4 STØTTE I OMGIVELSENE	14
4.5 BARRIERER.....	15
5.0 DISKUSJON.....	16
5.1 MESTRINGSOPPLEVELSE.....	16
5.2 ROLLE SOM ARBEIDSTAKER.....	17
5.3 STØTTE I OMGIVELSENE	18
5.4 BARRIERER.....	19
6.0 AVSLUTNING.....	21
7.0 REFERANSELISTE.....	23

ABSTRAKT

Bakgrunnsinformasjon: Formålet med denne bacheloroppgaven er å undersøke hvilke faktorer som fremmer deltakelse i arbeidsliv for mennesker med schizofreni. Mennesker med psykiske lidelser utgjør en stor del av de som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet. Helsedirektoratet beskriver likevel at mange ønsker å delta i arbeid tross sykdomsbildet. Deltakelse i arbeid kan bidra til mestring, økt sosial fungering og nytteverdi. Denne oppgaven tar for seg hvilke faktorer som kan fremme arbeidsdeltakelse hos mennesker med schizofreni, men også hvilke barrierer de kan møte på i arbeid for å belyse to sider av samme sak.

Metode: For å finne forskningslitteratur har jeg benyttet meg av den metodiske tilnærmingen til helserelatert forskning som er scoping review. Søket ble gjort i flere ulike databaser, både helserelaterte og ergoterapeutiske baser ble brukt. Alle artiklene som ble valgt ut inkluderte faktorer som fremmer deltakelse i arbeidsliv for mennesker med schizofreni. Analyse av innsamlet empiri var inspirert av systematisk tekstkondensering av Malterud (2017).

Resultat: Resultatene som er lagt til grunn er basert på fem artikler. Disse blir presentert både i tabell og i fire hovedkategorier. «Mestringsopplevelser», «Rolle som arbeidstaker», «Støtte i omgivelsene» og «Barrierer»

Konklusjon: Det jeg har sett i denne oppgaven er at det finnes faktorer som kan både fremme og begrense deltakelse i arbeidsliv for mennesker med schizofreni. Faktorer som fremmer deltakelse handler om mestringsevne, motivasjon, tilrettelegging i omgivelsene, følelsen av å være til nytte og verdsatt tross sykdom. Barrierer som kan begrense deltakelse i arbeid handler om stigmatisering, lave forventninger i omgivelsene, redusert utførelseskapasitet og nedsatt evne til å ha et fremtidsrettet fokus.

Nøkkelord: schizofreni, deltakelse, arbeid, fremme, begrense, aktivitet

1.0 INNLEDNING

Dette er en bacheloroppgave i ergoterapi som vil omhandle arbeid og psykisk helse. Oppgaven vil fokusere på faktorer som fremmer deltakelse i arbeid hos mennesker med schizofreni. Videre vil samfunnsrelevans for dette temaet presenteres, samt en beskrivelse av schizofreni for å få en forståelse på sykdomsbildet. Det presenteres også innledningsvis arbeidsstatus for mennesker med psykiske lidelser og hvilke fordeler arbeid kan ha for personer med schizofreni.

1.1 ARBEID OG SAMFUNNSRELEVANS

Mennesker med psykiske lidelser eller psykiske problemer utgjør en stor del av de som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet, de representerer en betydelig ressurs som samfunnet går glipp av (Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2017 s.10) Helsedirektoratet (2017) sier at de fleste med psykiske utfordringer ønsker å delta i arbeid, men at arbeidsledigheten likevel er nesten sju ganger høyere hos mennesker med alvorlig psykiske lidelser sammenlignet med de som ikke er psykisk syk. Arbeidsmarkedet i dag består ofte av stor arbeidsmengde, høyt tempo og mange krav til forpliktelser. Arbeid krever at man har tilstrekkelig arbeidsevne som innebærer flere elementer. Energi, oppmerksomhet, konsentrasjon, samtidig som det kreves at man er målrettet og utholden både fysisk og mentalt (Helsedirektoratet, 2010). Dette kan gjøre det spesielt vanskelig for personer med schizofreni å komme seg i jobb og sørge for at arbeidsdeltakelsen opprettholdes (Bull & Lystad, 2011, s. 4). I neste avsnitt beskriver jeg nærmere hvilke konsekvenser diagnosen schizofreni fører med seg, som kan være en hindring for å delta i arbeid. I følge Bull & Lystad (2011, s. 4) beskrives det at de siste 10-15 årene har det kommet studier som viser at de menneskene som mestrer sykdommens utfordringer, kan lykkes med å delta i arbeid. Helsedirektoratet beskriver i Nasjonalfaglige retningslinjer (2012, kap.7, s. 58) at målet for å få en bedre livskvalitet kan variere ut ifra personens utgangspunkt og hva de strever med, men for å stimulere til menneskers utvikling i positiv retning kan det være betydningsfullt å finne balansen mellom å utfordre til endring, samtidig ikke stille for store krav eller forventninger. Arbeid og meningsfulle aktiviteter kan bidra til å skape struktur i hverdagen og gi en følelse av nytteverdi og uavhengighet. Deltakelse i arbeid kan også være med å bidra til sosial deltakelse og opplevelse av mestring (Helsedirektoratet, 2012)

1.2 PSYKISKE LIDELSER

Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017, s. 7) beskriver at de ønsker å skape et samfunn som støtter opp om mestring, tilhørighet og gir en opplevelse av mening.

Regjeringen (2017, s. 7) har som mål at flere skal få oppleve god psykisk helse, derfor vil de arbeide for å legge til rette for å fange opp de som behøver hjelp og iverksette målrettet tiltak før de kan utvikle lidelser. I strategiplanen ønsker regjeringen å løfte frem mestring og livskvalitet som viktige bestanddeler av arbeidet innen feltet psykisk helse. Mestring ifølge regjeringens strategi for god psykisk helse (2017, kap.3 s. 13) handler om forholdet mellom individets ressurser og omgivelsenes krav og muligheter. Opplevelsen av mestring og trivsel støtter seg på at det burde være en balanse mellom individets forutsetninger og omgivelsenes krav. Hvis mestringen svikter, kan resultatet bli stress, helsesvikt og mistrivsel. Årsaken til dette kan være både hos individet og omgivelsene, og ikke minst i møtet mellom dem (Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017, kap.3 s.13)

Folkehelse rapporten (2018) viser at psykiske lidelser er en av de viktigste årsakene til sykdom og redusert helse. Flere kommuner rapporterer at psykisk sykdom er deres største folkehelseutfordring og at de opplever mangelfullt med kunnskap, tiltak, verktøy og metoder som de kan bruke (Helse og omsorgsdepartementet, 2019). Psykisk sykdom omfatter et bredt spekter av diagnoser og psykoselidelser er en av de. Psykoser er delt inn i tre hovedgrupper: schizofreni, paranoide psykoser og akutte, forbigående psykoser. Av disse er schizofreni den hyppigste og mest utforskede lidelsen (Helgesen, 2017). Lidelsen kjennetegnes ved fire grunnsymptomer, som den enkelte pasient har ulik grad av. Symptomene er beskrevet som de 4-A er, som står for assosiasjonsforstyrrelser, autistiske trekk, affektavflatning og ambivalens (Helgesen, 2017). Disse symptomene kan utspille seg som ukontrollerte tanker og vrangforestillinger, tvangstanker, redusert evne til medfølelse og de har ofte mer enn nok med seg selv (Helgesen, 2017). Bull & Lystad (2011) beskriver at lidelsen kan også komme til uttrykk gjennom tilbaketrekning, reduserte sosiale ferdigheter og dårlig egenomsorg. Samlet sett er symptomene en alvorlig hindring for både funksjonsnivå, det preger hverdagslivet og kan være en hindring for arbeidsdeltakelse (Bull & Lystad, 2011). Mennesker med psykiske vansker utgjør en stor del av dem som står utenfor arbeidslivet eller står i fare for å falle ut. (Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007-2012, kap.1 s. 10).

Temaet psykisk helse er noe jeg finner interessant, krevende og spennende. Jeg jobber i kommunehelsetjenesten med pasienter som har ulike former for psykoselidelser og ser hvor mye de trenger omsorg og utdannet helsepersonell for å bli ivaretatt og møtt på behovene deres og rettigheter de har i samfunnet. Jeg ser også at flere pasienter kan være en ressurs i et tilpasset arbeidsliv, men at det finnes barrierer og begrensninger i en selv og omgivelsene som forårsaker at prosessen stopper opp. Derfor er jeg litt nyskjerrig på hva forskning sier om hva som kan bidra til at mennesker med schizofreni kan mestre å delta i ordinært arbeidsliv. Jeg ønsker å fortsette å bidra til at disse sårbare menneskene blir anerkjent og inkludert i samfunnet tross funksjonsnivå. Ergoterapeutens bidrag inn i dette fagfeltet kan være at vi ser på mennesker med et holistisk perspektiv og fokuserer på individuelle meningsfulle aktiviteter fremfor sykdom og diagnoser (Creek, 2014) Arbeidsmetoder som kartlegging av muligheter og begrensninger for å anskaffe innsikt kan danne et intervensjonsgrunnlag (Creek, 2014). Gjennom kartleggingsprosessen kan ergoterapeuter få en oversikt over hva som skal til for å gjenopprette eller lære mer for at klienten kan oppnå sine kortsiktige eller langsiktige mål (Creek, 2014). Målsetting i samarbeid med den gjeldende klient kan øke følelsen av medbestemmelse til sin egen rehabiliteringsprosess (Creek, 2014). Aktivitetsanalyse er også et redskap som kan brukes av ergoterapeuter for å identifisere hvor aktiviteten begrenses, for deretter å kunne planlegge og igangsette tiltak med bakgrunn i individuelle mål og motivasjon (Creek, 2014). Motivasjon er hensiktsmessig når en skal delta i ulike aktiviteter som livet har å by på, som for eksempel arbeid. Dette bringer meg inn på problemstillingen min som er førende for denne oppgaven.

1.3 PROBLEMSTILLING

Mennesker som har en psykoselidelse slik som schizofreni bærer med seg ulike former for symptomer som gjør det ekstra utfordrende å opprettholde forpliktelser i forbindelse med deltakelse i arbeid. Likevel beskriver Bull og Lystad (2011) og flere studier viser at denne sårbare gruppen mennesker har potensialet til å lykkes med å delta i jobb. Dette sammen med egen motivasjon bringer meg inn på det som har blitt problemstillingen for denne bacheloroppgaven.

Hvilke faktorer fremmer deltakelse i arbeidsliv for mennesker med schizofreni?

1.4 OPPGAVENS STRUKTUR

Bacheloroppgaven er delt inn i seks deler og beskrivelsen av oppgavens videre struktur starter med det teoretiske perspektivet. Her presenteres og begrunnes aktivitetsperspektivet som er aktivitetskompetanse og aktivitetsidentitet. Videre kommer metoddelen hvor vi skal se nærmere på søkeprosessen og hvordan datamaterialet ble valgt ut. Så kommer resultat hvor sentrale funn beskrives kort i en tabell og mer utfyllende blir funnene strukturert etter tema og underkategorier. Etterfulgt av diskusjon hvor forskningsspørsmålet som handler om å fremme deltakelse i arbeidsliv for mennesker med schizofreni diskuteres i lys av funn fra forskningslitteratur. Aktivitetsperspektivet inkluderes også i diskusjon for å finne ut av hvordan aktivitetskompetanse og aktivitetsidentitet kan bli påvirket når mennesker med schizofreni forsøker å delta i arbeidsliv.

2.0 TEORI

I denne delen av oppgaven skal valg av teoretisk perspektiv presenteres og begrunnes, videre vil jeg knytte det opp mot tema for oppgaven og problemstillingen. Det teoretiske perspektivet jeg tenker å bruke aktivitetskompetanse og aktivitetsidentitet av Kielhofner (2010) Dette er fordi jeg ønsker å se på hvordan aktivitetsidentitet og aktivitetskompetanse kan bli påvirket av psykisk sykdom og deltakelse i arbeid. Videre i denne oppgaven ønsker jeg å se dette aktivitetsperspektivet sammen med faktorer som fremmer deltakelse i arbeidslivet for personer med schizofreni.

2.1 AKTIVITETSIDENTITET

Aktivitetsidentitet ifølge Kielhofner (2010) er definert som en sammensatt følelse av hvem man er og ønsker å være som et aktivt menneske. Denne følelsen blir skapt gjennom aktivitetsdeltakelse i løpet av livet og kan forandre seg etter hvert som man utvikles (Kielhofner, 2010). Aktivitetsidentitet er en sammensetning av flere elementer og bygger på ens subjektive følelse av kapasitet og effektivitet (Kielhofner, 2010). Elementene i en identitet kan bestå av interesser, roller og forpliktelser. Vilje, vaner og rutiner er også viktige nøkkelfaktorer som blir en del av identiteten (Kielhofner, 2010). Hva man finner som tilfredstiller ens behov, hva man føler seg forpliktet til og regner som viktig vil være betydningsfullt for å utvikle en identitet man er tilfreds med (Kielhofner, 2010). Aktivitetsidentiteten blir til når et menneske har oppsamlet livserfaring som kan fortelle noe om hvem man har vært, hva man har foretatt seg og kanskje hvem man ønsker å være i fremtiden (Kielhofner, 2010).

Oppbygningen av en identitet starter med kjennskap til sine egne kapasiteter og interesser fra tidligere erfaring og fortsetter å utvikle seg ved at mennesker kan ta mer ansvar for eget liv og vite hva man ønsker for fremtiden. I tillegg vil omgivelsene ha en betydelig innvirkning på identiteten i form av at den kan støtte eller begrense hva man kan foreta seg (Kielhofner, 2010). For eksempel hvis man av ulike årsaker er inne i en endringsprosess som utspiller seg i et annerledes atferdsmønster enn det som har vært tidligere, eller at man har andre tanker eller følelser enn før. Vil denne forandringsprosessen være enklere hvis omgivelsene tillater det og er støttende (Kielhofner, 2010). Et nøkkelement i en endringsprosess kan være en forandring i ytre eller indre omstendigheter, som fører til nye tanker, følelser og atferd (Kielhofner, 2010). Og hvis dette gjelder positiv utvikling er det ønskelig at disse forandringene i tanker, følelser og atferd skal vare i lengre tid. Dette er fordi vi forandrer oss kun hvis vi gjentar det vi foretar oss i det lengre løp (Kielhofner, 2010). Det som kan skje hvis vi praktiserer disse forandringene kontinuerlig er at komponentene som utgjør vår identitet kan samles til et nytt mønster. Kielhofner (2010) beskriver ovennevnte som at når nye levemønstre gjentas over tid vil vilje, vane, utførelseskapasitet sammen med støttende omgivelser utgjøre et nytt levesett.

Samlet sett vil menneskers personlige aktivitetsreise gjennom livet ikke bare handle om hva man gjør i dagliglivet, men hvilke betydning aktivitetene har og ikke minst hvordan de bidrar til at mennesker kan utvikle en identitet og kompetanse (Brandt, Madsen & Peoples, 2013, kap.18, s. 337).

2.2 AKTIVITETSKOMPETANSE

Aktivitetskompetanse oppstår når man opprettholder et fast mønster for aktivitetsdeltakelse og aktivitetsdeltakelse handler om å engasjere seg i arbeid, lek eller dagligdagse aktiviteter (Kielhofner, 2010). Mens aktivitetsidentiteten handler om den subjektive meningen om hvem man er, handler aktivitetskompetanse mer om å bruke identiteten. For eksempel at man kan delta i ulike engasjementer som er av personlig betydning (Kielhofner, 2010).

Deltakelsen kan påvirkes blant annet av elementer som vilje, utførelseskapasitet og forhold i omgivelsene (Kielhofner, 2010). Vilje består av viljemessige tanker og følelser av handleevne, verdier og interesser (Kielhofner, 2010). Følelsen av handleevne innebærer en følelse av å ha tilstrekkelig evne og effektivitet i det man skal foreta seg (Kielhofner, 2010). Verdier handler om hva man synes er viktig og meningsfullt, for eksempel kan det handle om å oppfylle

forventningene eller forpliktelsene til sine roller mens interesser handler om hva man finner tilfredstillende (Kielhofner, 2010). Viljemessige tanker og følelser kommer frem ettersom man opplever, tolker, gjør og velger aktiviteter (Kielhofner, 2010). Vilje er en prosess som er i utvikling hele tiden og forandring kan oppstå igjennom livets løp. Dette kan handle om å møte nye miljøer med nye muligheter og krav, vi kan også oppdage nye ting som vi finner interessant. Eller vi kan også finne ut at vi ikke lenger er så god til det vi fant fornøyet før, vi kan miste gamle interesser og oppdage nye evner (Kielhofner, 2010). Det finnes komponenter av kontinuitet og forandring både i våre verdier, interesser og følelse av handleevne igjennom livet. Vi kan også oppdage nye ting om vår kapasitet ettersom årene går. Utførelseskapasitet handler om evnen til å gjøre ting, som er styrt av fysiske og mentale elementer. Sammenflettet med den subjektive erfaringen som enkeltmennesket har om seg selv, kan det påvirke hvorvidt en person definerer sin egen aktivitetsutførelse. (Kielhofner, 2010). All aktivitet kan foregå i ulike kontekster og omgivelser. Omgivelsene er en konstant påvirkning på all aktivitet som man bedriver og kan være en avgjørende dimensjon som enten støtter eller forstyrrer et individs aktivitet. Aktivitetskompetanse innebærer å organisere livet sitt slik at man klarer å fylle rollene sine og leve opp til grunnleggende forpliktelser som følger i livet (Kielhofner, 2010).

3.0 METODE

Metode er et redskap som brukes til å undersøke noe og den forteller noe om hvordan vi bør gå frem for å anskaffe kunnskap (Dalland, 2012). Sitat : «En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2012, s. 111). For å komme frem til ny kunnskap ønsker jeg i denne delen av oppgaven å beskrive fremgangsmåten for innsamling av empiri, hvordan data er selektert og en beskrivelse av prosessen med å analysere valgt empiri som svarer på problemstillingen. Jeg er inspirert av den metodiske tilnærmingen scoping review, som jeg har benyttet for å samle inn forskningslitteratur. Denne metoden er et rammeverk for å identifisere og analysere forskningslitteratur som er valgt ut for å svare på en gitt problemstilling (Arksey&O`Mally, 2005). Denne tilnærmingen består av fem trinn (Arksey&O`Mally, 2005).

3.1 SØKEPROSESSEN

I første trinn formuleres og identifiseres problemstillingen som et forskningsspørsmål. (Arksey & O`Mally, 2005). I denne oppgaven er forskningsspørsmålet «hvilke faktorer fremmer deltakelse i arbeidsliv for mennesker med schizofreni». Denne problemstillingen vil være guiden i søkeprosessen og styre hva jeg leter etter. Videre i søkeprosessen identifiseres relevant forskningslitteratur, som beskrives som trinn to av Arksey & O`Mally (2005). For å finne relevant forskningslitteratur bruker jeg ulike databaser og søkeord. For å finne vitenskapelige artikler som fokuserte på deltakelse i arbeid for mennesker med schizofreni, brukte jeg helserelevante databaser som pubmed, psycinfo, OT seeker, scandinavian journal of occupational therapy, idunn og oria. Søkeordene jeg benyttet meg av var schizophrenia and work. De samme ordene brukte jeg på norsk når jeg skulle søke i norske databaser.

3.2 INKLUDERING OG EKSKLUDERINGSKRITERIER

I dette avsnittet skal forskningslitteratur som er valgt ut studeres. Det skal komme frem hvilke litteratur som ble inkludert, hva som ble ekskludert og hvorfor. Kriteriene for inkludering og ekskludering av forskningslitteratur styres av problemstillingen (Arksey & O`Mally, 2005).

I utvelgelsen av artiklene fokuserte jeg på muliggjørelse av deltakelse i arbeidsliv for mennesker med diagnosen schizofreni. Personer med andre psykiske utfordringer som angst og depresjon ble ekskludert. Det gjorde også artikler som hadde et medisinsk perspektiv da det ikke er relevant for problemstillingen. Artikler som fremmet kun arbeidsgivers perspektiv på deltakelse i arbeidsliv for personer med schizofreni ble også ekskludert da disse artiklene hadde delvis et politisk og organisatorisk perspektiv. Japanske og Kinesiske artikler ble ikke inkludert da de lever i en annen kultur som ikke har overføringsverdi til nordisk kultur. Artikler som handlet om familier som pårørende til mennesker med schizofreni ble også ekskludert da dette ble feil målgruppe og tema. Jeg har valgt å se bort fra kognitiv fungering og schizofreni, som ikke hadde relevans for deltakelse i arbeid, dermed ble de også ekskludert.

Jeg har inkludert artikler for de siste 20 år og krysset av for fagfellevurderte artikler for å kvalitetssikre innholdet. Jeg fikk antall treff mellom 90-148 i nevnte databaser med avgrensningene. Her valgte jeg å gå igjennom alle artiklene og plukket ut de som hadde relevant tittel. Jeg leste deretter abstraktet og skrev ut de artiklene som tok opp elementer

som kunne brukes for å svare på problemstillingen. Noen av artiklene tok opp samme tematikken og det ble også lagt til grunn for inkludering. Da hadde jeg flere forfattere som sa noe om samme tema; hva som fremmer deltakelse i arbeid for mennesker med schizofreni. For å belyse to sider av temaet valgte jeg å ta med barrierer de kan møte når de skal ut i ordinært arbeidsliv, for å se et annet perspektiv og ha mulighet til et større diskusjonsgrunnlag

3.3 ANALYSEMETODE

Analysen av datamaterialet er inspirert av prinsippene for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, kap 11). Jeg startet med å skrive ut de fem artiklene som jeg har benyttet i denne oppgaven, for å lese igjennom dem. Dette for å bli kjent med materialet og få et helhetsbilde av hva jeg kan bruke for å svare på problemstillingen. Grunnen til at jeg valgte disse fem artiklene var på bakgrunn av relevant tittel og abstrakt. Deretter laget jeg 5-10 temaer for hver artikkel. Videre leste jeg gjennom artiklene for å finne meningsbærende enheter som kunne sorteres og systematiseres. Her skilte jeg mellom det som kunne brukes for å svare på problemstillingen og det som var irrelevant. Flere av artiklene løftet temaer som jeg kunne bruke for å svare på hvilke faktorer som fremmer deltakelse i arbeidsliv for personer med schizofreni. Jeg inkluderte også barrierer i møte med arbeidslivet fordi jeg ønsker å se på hva som kan begrense deltakelsen og kunne se på hva vi kan unngå. For å identifisere meningsbærende enheter tilknyttet min problemstilling, laget jeg kodegrupper for det som var felles for artiklene. Det endte opp med sju kodegrupper, men noe av innholdet i disse gruppene var av samme karakter, derfor ble de slått sammen fra to grupper til en. Eksempel på det er : «støtte i omgivelsene» istedenfor «fleksibilitet» og «omgivelser» hver for seg. Denne prosessen førte til at sju koder med meningsbærende enheter ble til fire. Resultatet presenteres under fire tema.

Kanskje med andre søkeord og databaser ville jeg fått andre artikler. For eksempel hvis jeg ikke hadde brukt databasen pubmed kan det tenkes at jeg ikke hadde fått opp så mange artikler med medisinsk perspektiv. Eller om jeg hadde brukt søkeord som deltakelse eller aktivitet kunne jeg fått et mer aktivitetsrettet fokus.

4.0 RESULTAT

I denne delen av oppgaven beskrives og presenteres datamaterialet som er trukket ut fra de valgte artiklene. Dette er siste trinn i scoping review metoden. Resultatet viser at det finnes flere faktorer som kan bidra til at mennesker med schizofreni lykkes med å delta i ordinært arbeid, men at det også finnes barrierer for denne sårbare gruppen mennesker i møte med et arbeidsliv. Disse funnene blir presentert i fire underkategorier basert på tema. Disse kategoriene er : «Mestringsopplevelse», «Rolle som arbeidstaker», «Støtte i omgivelsene» og «Barrierer». I tillegg har jeg valgt å fremstille empirigrunnet i en tabell for å gi en oversikt over forfatter og tittel, tidsskrift og år, hensikt med studien, metode og utvalg og sentrale funn til sist.

4.1 TABELL

FORFATTER OG TITTEL	TIDSSKRIFT OG ÅR	HENSIKT	METODE OG UTVALG	FUNN
Krupa, T. Employment, Recovery and Schizophrenia: Integrating health and disorder at work	Psychiatric Rehabilitation Journal 2004	Hensikten med dette studiet var å undersøke prosessene som er involvert når mennesker med schizofreni skal tilbake til jobb og finne ut av hvordan det er å arbeide når man har schizofreni	Kvalitativ «multiple case» study design 3 deltakere	Finne mestringsstrategier, håndtere symptomtrykk, anerkjennelse, integrere sykdommen med personlige styrker, fleksibilitet, rolle som arbeidstaker, mangel på selvkontroll førte til utfordringer
Bejerholm, U. & Areberg, C. Factors related to the return to work potential in persons with severe mental illness	Scandinavian Journal Of Occupational Therapy 2014	Undersøke potensialet for å komme tilbake til arbeid hos personer med alvorlig psykisk sykdom	Worker Role Interview, Brief Psychiatric and Rating Scale, Sociodemographic Questionnaire, Empowerment Scale, The Profile Of Occupational Engagement 120 deltakere	Sosial deltakelse og meningsfulle aktiviteter fremmet arbeidsdeltakelse, rutiner og struktur, "følelsen av å være "empowered", måloppnåelse, gjennomføringsevne ga motivasjon, problemer med fremtidsperspektiv og arbeidstaker-rollen
Bull, H. & Lystad, J. U. Betydningen av arbeid for personer med schizofreni	Tidsskrift for norsk psykologforening 2011	Løfte frem forskningslitteratur om arbeid og rehabilitering for schizofrene. Og undersøke om det kan hjelpe deltakerne til å komme ut i arbeid	Litteraturstudie - Review (finn ut hvor mange artikler som er inkludert i studien)	Arbeid strukturerer tiden og gir hverdagen meningsfullhet, arbeid var "motgift" til depresjon, positiv innflytelse på sosial funksjonsevne, tilrettelegging i omgivelsene, frykt for tap av ytelser, lave forventninger
Lippestad, J. W. & Steihaug, S. Hva mener mennesker med en schizofrenidiagnose er viktig for å komme i arbeid?	Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2015	Utforske hvilke aspekter ved arbeidsrehabilitering mennesker med schizofreni mener er viktig for å komme i arbeid	Intervju 21 deltakere	Arbeid har betydning for verdighet, struktur og fellesskap, tett oppfølging, motivator i omgivelsene, opplevelsen av nytteverdi, takhøyde og aksept, mangelfull arbeidsinteresse, opplevelse av uverdige arbeidstilbud
Taskila, T., Steadman, K., Gulliford, J., Thomas, R., Elston, R. and Bevan, S. Working with schizophrenia: Experts' views on barriers and pathways to employment and job retention	Journal of Vocational Rehabilitation 2014	Ønsker å øke forståelsen rundt barrierer og muligheter i arbeidslivet for schizofrene	20 deltakere fra ulike fagprofesjoner. Theoretical Sampling ble brukt for å innhente informasjon. Metoden tematisk analyse for analyseprosessen	Individuell oppfølging, sosial inkludering, individuell målsetting, holistisk støtte og fleksibilitet i omgivelsene, "benefit trap"

4.2 MESTRINGSOPPLEVELSE

To av artiklene løfter frem mestringsopplevelser som et viktig element for å fremme deltakelsen i arbeid. Håndtering av symptomtrykket er en mestringsstrategi som gir følelsen av å ha litt mer kontroll over seg selv (Krupa, 2004). En annen strategi som ble brukt hos deltakerne i studien til Krupa (2004) var å snakke åpent med mennesker rundt dem om symptomtrykket og anerkjenne at symptomene kunne være intens og tidvis uhåndterbare. Dette ble beskrevet som nøkkelen til et liv som ikke er styrt av sykdom (Krupa, 2004). Om deltakerne mislyktes med å håndtere symptomene kunne det påvirke bevisstgjøringen på hvilke opplevelser og handlinger som kunne bidratt til videre engasjement for arbeidsdeltakelse (Krupa, 2004).

Videre funn beskriver at noen av deltakerne etterstrebet å integrere sykdommen sammen med personlige styrker i arbeidslivet. Alle arbeidsrelaterte opplevelser skulle bli tolket som bevis på utvikling. Krupa (2004) beskriver at deltakelse i arbeid ga deltakerne mulighet til å utvikle et positivt syn på seg selv som ressursperson og lære seg strategier for å kombinere jobb og sykdom. Evnen til å utføre en gitt oppgave eller å oppnå et mål gir følelse av mestringsevne, som igjen har innvirkning på motivasjon og aktivitetsutførelse. Flere av deltakerne formidler at det opplevdes meningsfullt å være til nytte og kunne bidra, dette ga også mestringsopplevelse (Krupa, 2004). Bejerholm & Areberg (2014) finner i sin studie at deltakerne som brukte tiden sin på ulike meningsfulle aktiviteter og deltok i sosiale engasjementer, samt hadde rutiner og struktur i hverdagen hadde også større sjanse for å mestre prosessen med å komme tilbake i arbeid. Deltakelse i rehabilitering og få yrkesstøtte, i tillegg delta i klubbhus og på dagsenter påvirket prosessen med å komme tilbake i jobb positivt. Denne type engasjement i sosiale arenaer kan ha økt deltakernes motivasjon, målsetting og innstilling til et aktivt arbeidsliv (Bejerholm & Areberg, 2014).

4.3 ROLLE SOM ARBEIDSTAKER

Fire av artiklene finner i sine studier at en rolle som arbeidstaker hadde betydning for utvikling. Flere av deltakerne i funnen til Krupa (2004) oppga at å delta i arbeid ga de mulighet til å løsrive seg fra en uønsket identitet som psykisk syk. Bejerholm & Areberg (2014) fant ut i sin studie at desto mer kontroll deltakerne hadde over egen situasjon, jo større kapasitet til å opprettholde og tilpasse rutiner hadde de. Bull & Lystad (2011) beskriver deltakelse i arbeid som stor betydning for verdighet, fellesskapet og struktur i hverdagen. Samtidig så var det noen av deltakerne i studien til Lippestad & Steihaug (2015)

som beskrev arbeidsoppgavene som kjedelige, ensformig og meningsløse. Flere etterlyste arbeid der de fikk bruk for utdannelsen sin og de ønsket å jobbe med noe de hadde interesse for. Av de som ikke lyktes med å komme ut i arbeid etter arbeidsrehabilitering sier at det kan skyldes at de hadde for høyt symptomtrykk på det tidspunktet de fikk tilbudet. Noen oppfattet seg heller ikke som arbeidsfør og var tilfreds med å få uførepensjon (Lippestad & Steihaug, 2015).

Taskila et.al (2014) finner i sin studie at både SE (supported employment) and IPS (individual placement and support) er effektive metoder for å hjelpe mennesker med schizofreni tilbake til jobb. Suksess med IPS-metoden som blir beskrevet i funnene handler om å finne en passende rolle til hver enkelt deltaker, hvor de kan bruke sine eksisterende ferdigheter og erfaring.

4.4 STØTTE I OMGIVELSENE

Støtte i omgivelsene er en fellesnevner som tre av artiklene løfter frem. De beskriver at et godt samarbeid mellom arbeidstaker og arbeidsgiver betyr mye for et varig arbeidsforhold. Krupa (2004) finner i sin studie at fleksible mål uten strenge standarder for oppnåelse på arbeidsplassen var en måte å legge til rette for mestring. Lippestad & Steihaug (2015) skriver at deltakerne motiveres av et ønske om å være normale og gjøre som andre vanlige mennesker. Funnene fra Lippestad & Steihaug (2015) fant også at mennesker med schizofreni mente at arbeid strukturerer tiden, det gir hverdagen mer mening og bidrar til bedre selvbilde. Bull & Lystad (2011) beskriver i sin studie at jobben var også en «motgift» til kaos, depresjon og kjedsomhet. Arbeid skapte en arena for sosial inkludering og hadde positiv påvirkningskraft på sosial funksjonsevne ved å bidra til utvidet sosialt nettverk. Arbeid kan gjøre det enklere å forholde seg til andre i sosiale sammenhenger (Bull & Lystad, 2011).

Lippestad & Steihaug (2015) beskriver fra sine forskningsfunn at tett oppfølging over lang tid av en kompetent og trygg arbeidskonsulent som forstår hva de sliter med, samt formidler håp og motiverer til å holde fokus på jobb bidro til å holde motivasjonen oppe. Det blir også beskrevet i studien til Lippestad & Steihaug (2015) at arbeidshverdagen ga naturlige svingninger med høydepunkter. Noen av deltakerne sier at takhøyde og aksept på arbeidsplassen var avgjørende for å trives på jobb (Lippestad & Steihaug, 2015). Det kommer også frem i Taskila et.al (2014) sine funn at individuell oppfølging av en arbeidskonsulent via

IPS bidrar til sosial inkludering. I følge Taskila et.al (2014) beskrives IPS som en metode som blant mye annet kan tilby støtte og assistanse til arbeidsgiver og arbeidstaker ved å gi dem ubegrenset tid til tilrettelegging og bistand. Denne fleksibiliteten ga arbeidsgiver trygghet til å ta imot mennesker med schizofreni i utgangspunktet.

Det ble nevnt i studien til Taskila et.al (2014) at tidlig intervensjon som fokuserer på individuell målsetting som har hensikt å tilstrebe en innholdsrik hverdag med bredt spekter av aktiviteter, kan være en støtte i omgivelsene ved å tilby et behandlingstilbud i en tidlig fase. Dette tilbudet har som hensikt å støtte mennesker i deres tidlige fase av en recovery-prosess. Det innebærer blant annet at de får mulighet og bistand til å delta i utdanning og individuelle meningsfulle aktiviteter (Taskila et.al, 2014). Det beskrives også fra samme artikkel at støtte anbefales å være holistisk og ikke bare arbeidsrelatert. Det vil si både sosial og personlig bistand utenfor arbeidssammenheng, slik som veiledning i økonomisk håndtering og veiledning til passende bekledning i forhold til hva en skal foreta seg, skape og opprettholde rutiner.

4.5 BARRIERER

Fire av artiklene beskriver ulike barrierer som mennesker med schizofreni møter i arbeidslivet. Negative holdninger, lave forventninger og tvil blant helseprofesjoner til mennesker med schizofreni sin evne til å delta i ordinært arbeidsliv, samt opprettholdelse av arbeidsdeltakelse beskriver Taskila et.al (2014) som sterke barrierer. Taskila et.al (2014) finner også i sin studie at stigmatisering av personer med schizofreni er en stor barriere for å komme ut i arbeid. Det beskrives at det finnes mange myter om schizofrene og arbeidsliv, blant annet at de blir stemplet som at de ikke vil jobbe, ikke kan jobbe, at arbeid er for stressende for dem og at de trenger en gradvis tilpasning til ordinært arbeidsliv for å kunne mestre arbeid. Slike stigma i omgivelsene kan i verste fall føre til selv-stigmatisering hvor konsekvensen kan bli at motivasjonen for å søke arbeid reduseres (Taskila et.al 2014). Frykten for tap av ytelser løfter både Taskila et.al (2014) og Bull & Lystad (2011) som en barriere mot å delta i arbeidslivet. Dette blir nevnt som «the benefit trap», der mennesker med høye ytelser risikerer lavere inntekt om de går fra økonomisk bistand fra velferdsordninger til ordinært lønnet arbeid. Dette kan være en ytre faktor som skaper begrensninger inn mot mulighetene til et arbeidsliv. I studien til Taskila et.al (2014) kommer det frem at saksbehandlere som hadde lave forventninger til deltakerne frarådet de å søke

arbeid på grunn av risiko for å mislykkes. Dette kan føre til negative konsekvenser som symptomforverring, tilbakefall og redusert selvtillit (Taskila et. al, 2014). I studien til Bejerholm & Areberg (2014) fant de at noen unge mennesker med alvorlige psykiske lidelser strever med å ha et fremtidsrettet perspektiv og klarer ikke se seg selv i rollen som arbeidstaker. Det kan føre til at de heller ikke føler seg kapable til å sette mål i jobbsammenheng. Det kommer også frem i denne studien til Bejerholm & Areberg (2014) at langtidssyke mennesker kan bli negativt påvirket i form av dårlig humør og dårlig selvtillit. (Krupa, 2011) fant i sin studie at psykosetilstander og nedsatt evne til selvkontroll kan føre til komplikasjoner i prosessen med å komme tilbake til jobb. En av deltakerne i Krupa (2011) sin studie beskriver at vrangforestillingene kunne følge henne i to til tre måneder etter en psykosehendelse. Hun håndterte dette ved å snakke med arbeidskollegaer om dette og fortsatte å konsentrere seg om arbeidsoppgavene, til tross for at dette var veldig krevende.

5.0 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven skal problemstillingen diskuteres i lys av funn fra forskningsartiklene og det teoretiske perspektivet. Det vil si at jeg skal bruke forskningsfunnene for å diskutere hva som fremmer deltakelse i arbeidsliv for mennesker med schizofreni. Videre tenker jeg å diskutere problemstillingen og funnene i lys av aktivitetskompetanse og aktivitetsidentitet.

5.1 MESTRINGSOPPLEVELSE

Kielhofner (2010) beskriver aktivitetskompetanse som deltakelse i engasjementer over tid som er av personlig betydning. Denne deltakelsen styres ofte av utførelseskapasitet, vilje og forhold i omgivelsene (Kielhofner, 2010). Det løftes frem av Krupa (2004) og Bejerholm & Areberg (2014) at mestringsfølelse er en av drivkreftene til fremming av deltakelse i arbeid. Så hva fremmer mestring i arbeidslivet for disse deltakerne? Flere av deltakerne nevner at følelsen av å ha nytteverdi og bli bekreftet på at man er verdt noe ga mestringsfølelse og videre pågangsmot til arbeidet (Lippestad & Steihaug, 2015). Opplevelse av mestring beskrives av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse (2013) at bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner på en bedre måte. Mestring bidrar til at vi øker vår evne til å løse problemer og det kan fremme en bedre livssituasjon på sikt (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, 2013).

Kielhofner (2010) beskriver at vilje betegner motivasjon for aktivitet, og viljen vil påvirke deltakelsen i ulike aktiviteter som hver enkelt finner interessant. Kielhofner (2010) sier at mennesker ønsker i utgangspunktet å foreta seg noe de verdsetter, føler seg kompetent til og finner interessant. Dette er elementer som vil påvirke motivasjonen og drivkraften til å delta i meningsfulle aktiviteter, som for eksempel arbeid. Funn fra Krupa (2014) sin artikkel beskriver at deltakerne ble motivert av å erfare evne til å utføre en gitt arbeidsoppgave eller å oppnå et mål i arbeidssammenheng. Deltakelse i arbeid beskriver Krupa (2014) fra sin studie at det ga deltakerne mulighet til å utvikle et positivt syn på seg selv som ressursperson. Kielhofner (2010) løfter også dette elementet med positivt syn på seg selv. Altså at den subjektive følelsen av å ha god kapasitet er grunnmuren til å utvikle en aktivitetsidentitet man er tilfreds med. Krupa (2014) trekker frem at deltakerne følte de kunne løsrive seg fra en uønsket identitet når de opplevde å mestre arbeidshverdagen.

5.2 ROLLE SOM ARBEIDSTAKER

For å kunne utvikle en aktivitetskompetanse man er tilfreds med har man behov for muligheter til å delta i noe som gjør at man kan utvikles både personlig og sosialt (Kielhofner, 2010). Arbeid er et eksempel på et engasjement og en mulighet til å praktisere interesser og utføre forpliktelser som følger med en arbeidstakerrolle. Bejerholm & Areberg (2014) som fant i sin studie at desto mer kontroll deltakerne hadde over egen situasjon, jo større kapasitet til å opprettholde og tilpasse rutiner hadde de. Kan derfor anta at hvis mennesker med alvorlige psykiske lidelser får mulighet til å praktisere noe de føler at de mestrer og er kompetente til kan dette påvirke følelsen av handleevne, som Kielhofner (2010) beskriver som en følelse av å ha tilstrekkelig evne og effektivitet i det man foretar seg. For å oppleve tilstrekkelig evne i en aktivitet kan det være enklere å oppdage denne siden ved seg selv om en finner noe interessant å foreta seg. Kielhofner (2010) beskriver at interesser skapes igjennom å erfare aktiviteter, oppleve og fortolke ens handlinger igjennom deltakelse. Interesser kan aktivere viljen om man foretar seg noe interessant (Kielhofner, 2010). Hvis en føler at det er mangelfull tilgang på aktiviteter som er tilfredstillende, slik som noen av deltakerne i studien til Lippestad & Steihaug (2015) beskriver at de mistet arbeidsinteressen fordi de ikke synes at arbeidsoppgavene ga dem noe. De mente også at tilbudet som ble gitt var under deres verdighet. Dette kan føre til ytterligere nedsatt interesse for å delta i arbeidet og kan bli en ond sirkel med lite meningsfulle aktiviteter i hverdagen hvis man ikke bryter ut av dette mønsteret.

5.3 STØTTE I OMGIVELSENE

Omgivelsene er en konstant påvirkning på all aktivitet en foretar seg og er en avgjørende dimensjon som enten støtter eller forstyrrer et individs aktivitet (Kielhofner, 2010). Det fremmes i funnene fra alle fem artiklene som er inkludert i denne oppgaven at omgivelsene rundt mennesker med schizofreni kan bidra til både muliggjørelse og begrensning av deltakelse i arbeid. I dette avsnittet fokuserer jeg på støtte i omgivelsene og muliggjørelse av deltakelse, så kommer jeg tilbake til barrierer og begrensninger i neste avsnitt. Et eksempel på muliggjøring av deltakelse for mennesker med schizofreni er at de ble møtt med aksept på arbeidsplassen, når de var åpne om sykdommen og hva den fører med seg i ulike situasjoner fra tid til annen. Dette kunne føre til at flere av deltakere fikk økt motivasjon til å fortsette arbeidet tross sykdom. Trygge og motiverende arbeidskonsulenter som holdt motet oppe når deltakerne hadde det vanskelig var også betydningsfullt for at de skulle bli motivert til å fortsette arbeidet. Flere kilder slik som helsedirektoratet (2012) og Bull & Lystad (2010) løfter også frem at arbeid har positiv innflytelseskraft. Som kan komme til synet gjennom økt sosial deltakelse og en mer strukturert hverdag med meningsfullt innhold. Bull & Lystad (2010) beskriver arbeidsdeltakelse som en «motgift» til kaos, angst og depresjon. En kan anta at på bakgrunn av dette har støtte i omgivelsene en betydning for selvbildet, mestringsevne og følelsen av kapasitet.

Mennesker som har vært alvorlig psykisk syk i flere år og får mulighet til å delta i arbeid og praktisere selvstendig arbeidsoppgaver over tid kan være i en endringsprosess. Det Kielhofner (2010) sier om endringsprosesser er at det er enklere å opprettholde en forandring hvis omgivelsene tillater det og er støttende. Et nøkkelelement i en endringsprosess kan være en forandring i ytre eller indre omstendigheter, som fører til nye tanker, følelser og atferd (Kielhofner, 2010). Slik som i denne situasjonen hvor det er en endring i hverdagen for deltakerne. Her viser funn fra Lippestad & Steihaug (2015) at deltakelse i arbeid skaper en følelse av bedre selvbilde og bidrar til mer innhold med mening i hverdagen. Hvis denne positive forandringen fra å være arbeidsledig og definert som syk, til å ha nytteverdi som en akseptert kollega opprettholdes over tid, vil komponentene som utgjør aktivitetsidentiteten, altså vilje, vane, utførelseskapasitet sammen med omgivelsene utvikles. Dette er elementer som er i forandring ettersom vi stadig utvikler oss og reagerer på livets opp og nedturer. Det vil si at identiteten og kompetansen vår er i utvikling kontinuerlig og vi bygger den opp fortløpende gjennom livet hvis vi deltar i ulike aktiviteter

som er meningsfulle for oss. Aktivitetsidentiteten beskriver den tilstanden vi befinner oss i til enhver tid løpet av livet (Kielhofner, 2010). Schizofreni fremstår som en sykdom med mange utfordringer når det kommer til deltakelse i arbeidslivet, likevel nevner Bull & Lystad (2011) at man kan oppnå positive effekter med å delta i arbeidslivet hvis man overkommer utfordringene sykdommen fører meg seg. Det kan være mulig å løsrive seg fra en uønsket identitet som psykisk syk.

Omgivelsene har en konstant påvirkning på all aktivitet en foretar seg og er en avgjørende dimensjon som enten støtter eller forstyrrer et individs aktivitet (Kielhofner, 2010). Forskningsfunn som er løftet av Krupa (2014), Bull & Lystad (2011) og Lippestad & Steihaug (2015) beskriver støtte i omgivelsene som avgjørende for å opprettholde et varig arbeidsforhold for mennesker med schizofreni. Dette handler om støtte både fra arbeidsgivers og arbeidstakers perspektiv. Arbeidsgiver fikk tilbud om støtte og bistand fra IPS, som er en samarbeidsmodell mellom NAV, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Denne støtten handlet om å gi arbeidsgiver ubegrenset tid og fleksibilitet til å tilrettelegge arbeidsforholdene i forsøk på at deltakerne skulle lykkes med å delta i arbeid (Taskila et. al 2014). Fra arbeidstakers perspektiv handler det om at arbeidsplassen var en positiv påvirkningskraft på sosial funksjonsevne ved å gi deltakerne mulighet til å utvide det sosiale nettverket (Bull & Lystad, 2011).

5.4 BARRIERER

Forskningsfunn fra Taskila et. al (2014) og Bejerholm & Lystad (2014) sier at stigmatisering og utfordringer med å ha et fremtidsrettet fokus kan være barrierer for å delta i arbeid. Mennesker med schizofreni bærer ofte med seg symptomer i større eller mindre grad som kan forårsake funksjonsfall ved at utførelseskapasiteten blir redusert. Dette kan påvirke evnen til å delta i ulike typer aktiviteter som er viktig for en. For eksempel hvis psykose hos mennesker med schizofreni oppstår og utspiller seg som vrangforestillinger og redusert evne til selvkontroll. Dette kan være tegn på at utførelseskapasiteten har blitt påvirket og kan komme til uttrykk igjennom nedsatt sensoriske og kognitive evner. Som kan bety at forstyrrelser i syn, hørsel, hukommelse og dømmekraft kan påvirke kapasiteten til å delta i arbeid. Dette kan bety at de mentale evnene reduseres når et psykoseanfall inntreffer, slik at det kan forekomme en begrensning eller en svikt i å delta på det som er planlagt. Om dette

skjer ofte og jevnlig kan det også bli vanskelig å opprettholde et fast mønster av aktivitetsdeltakelse.

Deltakelse i ulike aktiviteter kan også bli påvirket av hvordan mennesker med schizofreni oppfatter seg selv. Altså de subjektive erfaringene og opplevelsen av hvordan de utfører ting. Dette kan handle om at mennesker med schizofreni ikke mestrer å delta i aktiviteter i hverdagen som er viktig for en, som kan føre til en brist i rolleforventninger og forpliktelser i ulike aktiviteter. Dette beskriver Bejerholm & Areberg (2014) at kan føre til utfordringer med å ha et fremtidsrettet fokus og sette mål i arbeidssammenheng.

Kielhofner (2010) beskriver at identiteten utvikles kontinuerlig igjennom deltakelse i meningsfulle aktiviteter, men begrensninger i omgivelsene som fører til at en ikke ønsker å delta kan også forårsake at en blir hindret i å utvikle sin aktivitetskompetanse og aktivitetsidentitet. For eksempel om en opplever stigmatisering på arbeidsplassen eller fra helsepersonell, kan det skape frykt for å mislykkes eller at en mister motivasjonen til å prøve.

Mennesker med schizofreni kan ha en del utfordringer i forbindelse med psykotiske symptomer, som kan gjøre det vanskelig å stadig utvikle en kompetanse og identitet hvis det ikke finnes nok tilrettelegging i omgivelsene eller at kapasiteten ikke strekker til.

Oppbyggingen av en aktivitetsidentitet ifølge Kielhofner (2010) starter med kjennskap til ens egne kapasiteter og interesser som bygger på erfaringer. Helgensen (2017) beskriver at en psykoselidelse rammer yngre mennesker og sykdommen debuterer ofte i tenårene, dette kan utspille seg blant annet i nedsatt evne til selvkontroll, reduserte eksekutive funksjoner, nedsatt evne til å skape gode relasjoner og realitetsbrist. Dette kan påvirke funksjonsnivået, som igjen kan begrense en i å bli kjent med ens egne kapasiteter og få erfare hva man synes er interessant (Kielhofner, 2010). Det kan også ha en negativ innvirkning på opprettholdelse av forpliktelser og den subjektive følelsen av å ha god kapasitet (Kielhofner, 2010). Disse destruktive følelsene kan forsterkes hvis deltakerne blir utsatt for stigmatisering av omgivelsene. Takila et.al (2014) fant i sin studie at barrierer kan handle om stigmatisering og lave forventninger fra omgivelsene. Bull & Lystad (2011) beskriver at stigmatisering fra omgivelsene kan handle om at schizofrene blir satt merkelapp på, som sier at de er for syke til å jobbe, jobb skaper for mye stress for dem og at de frarådes å oppsøke ordinært arbeidsliv på grunn av for høy risiko for tilbakefall og symptomforverring. Taskila et.al (2014)

nevner i sine funn at konsekvensen av dette kan bli selv-stigmatisering som igjen kan føre til redusert motivasjon. Slik kan omgivelsene også være en begrensning for deltakelse i arbeidsliv. Hvis det oppstår så mange begrensninger i omgivelsene rundt personer med schizofreni kan følelsen av å ikke mestre hverdagens gjøremål blir for stor og hindre en i å leve livet sitt slik man ønsker.

Nesten alle funn om barrierer i møte med arbeidslivet innebærer begrensninger i omgivelsene. Jeg er overrasket over de mange begrensningene og fordommene fra omgivelsene som kommer frem i forskningsfunnene. Jeg hadde ikke forventet å finne så mye motstand i omgivelsene når mennesker med schizofreni ønsker seg en plass i arbeidslivet. Spesielt de lave forventningene som forskningsfunnene viser at helsepersonell har. Disse holdningene støtter ikke regjeringens tanker om å finne en balanse mellom individets forutsetninger og omgivelsenes forventinger for å oppnå trivsel og mestring. Ut ifra dette har jeg blitt mer bevisst på mine arbeidsoppgaver i psykisk helsevern, hvilke rolle jeg har og hva slags filosofi ergoterapeuter formidler.

6.0 AVSLUTNING

I denne oppgaven har jeg valgt å innhente forskningslitteratur ved hjelp av metoden som er inspirert av scoping review, for å belyse hvilke faktorer som fremmer deltakelse i arbeidsliv for mennesker med schizofreni. Teorien som er valgt ut er aktivitetskompetanse og aktivitetsidentitet. Denne teorien ble valgt ut for å se på hvordan psykisk sykdom og arbeid hos mennesker med schizofreni påvirker aktivitetskompetanse og aktivitetsidentitet. Resultater fra mine funn er at det finnes både muligheter og begrensninger som påvirker deltakelse i arbeidsliv for personer med schizofreni.

Funnene beskriver at mestringsopplevelser i arbeidshverdagen, følelsen av å ha nytteverdi i en arbeidstaker-rolle og støtte i omgivelsene var de tre hovedfunnene som flere artikler løftet frem. Mestring påvirker motivasjon og virker som en drivkraft på arbeidsdeltakelsen. Muligheten til å delta i ordinært arbeidsliv gjorde at flere av deltakerne følte de kunne løsrive seg fra en uønsket identitet som psykisk syk. Videre funn viser også at følelsen av å være tilstrekkelig og effektiv på jobb, har innflytelse på den subjektive følelsen av hva man kan og hva man er. Samtidig viser funnene at omgivelsene har stor betydning for fremming av deltakelse. Dette handler om at arbeidsplassen legger opp til fleksibilitet og tilrettelegging, at deltakerne omgås motiverende, trygge arbeidskonsulenter og kollegaer,

samt at det finnes takhøyde for deltakerne til å utforske kombinasjonen sykdom og arbeid. Dette er faktorer som kan fremme deltakelse i arbeidslivet for mennesker med schizofreni. Når det er sagt har jeg belyst to sider av samme sak, som vil si barrierer de møter i arbeidslivet. Funnene viser at barrierer som kan oppstå er stigmatisering, svikt i utførelseskapasitet og redusert evne til et fremtidsrettet fokus. Ved å belyse «skyggesiden» av schizofreni og arbeidsliv kan det bringe meg inn på ergoterapeutens bidrag til denne målgruppen. Når en person har en begrensning i sin kapasitet kan ergoterapi bidra til å gjenopprette denne kapasiteten ved ulike arbeidsmetoder og redskaper (Kielhofner, 2010) Modifisering av aktivitetsnivå, endring av omgivelser eller erstatte en aktivitet med en ny kan gjøres ved hjelp av grundig kartlegging, målsetting i samarbeid med pasient og igangsetting av tiltak tilpasset den enkeltes problemstilling og forutsetning.

Etter dette arbeidet har jeg tilegnet meg ny kunnskap om hva som fremmer deltakelse i arbeidsliv for mennesker med schizofreni, hva som kan begrense deltakelse og blitt mer bevisst på hva ergoterapeuters jobb kan innebære inn mot denne målgruppen.

7.0 REFERANSELISTE

- Arbeids og Inkluderingsdepartementet., Helse og Omsorgsdepartementet (2002-2017) *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/planer/i-1127-b.pdf>
- Arksey, H.& O'Mally, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), (19-32) DOI: 10.1080/1364557032000119616
- Brandt, Å., Madsen, A. J. & Peoples, H. (2013). *Basisbog i ergoterapi* (3. utg.). Munksgaard: København
- Bull, H., & Lystad, J. U. (2011) Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/08/betydningen-av-arbeid-personer-med-schizofreni>
- Creek, J., & Lougher, L. (2014). *Creek's Occupational Therapy and Mental Health*. (Fifth edition). Churchill Livingstone
- Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg) Oslo: Gyldendal akademiske forlag
- Folkehelseinstituttet. (2018, mai). Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon. Hentet 20. februar 2020 fra <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Helgesen, L. A. (2017) *Menneskets dimensjoner, lærebok i psykologi*. Cappelen Damm akademiske forlag
- Helsedirektoratet. (2017, 07. mai) Psykisk helse og livskvalitet – lokalt folkehelsearbeid Hentet 07. mai 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/arbeid-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnlag>
- Helsedirektoratet. (2012, 28.april). Helsedirektoratets Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helse og Omsorgsdepartementet (2017-2022). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Helse og Omsorgsdepartementet. (2019). *Psykisk helse og Livskvalitet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>

Kielhofner, G., (2010). *MOHO: Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til utdanning og praksis* (2. utg.). København: Munksgaard Danmark

Krupa, T. (2004). Employment, Recovery and Schizophrenia: Integrating Health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*: Summer 2004 – Volume 28 Number 1. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15468631/>

Lippestad., J. W. & Steihaug, S. (2015). Hva mener mennesker med en schizofrenidiagnose er viktig for å komme i arbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Volum 12, Nr 3. Side 217-228. Hentet fra <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=CRISin+1265479>

Malterud, K., (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse (2013, 15.mars). *Mestring*. Hentet 02. juni 2020 fra <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/mestring/>

Taskila, T., Steadman, K. Gulliford, J. Thomas, Rosemary. Elston, Robert. & Bevan Stephen. (2014). Working with schizophrenia: Experts`views on barriers and pathways to employment and job retention. *Journal of Vocational Rehabilitation* 41 (29-44) DOI:10.3233/JVR-140696

Ulrika, B., & Areberg, C. (2014). Factors related to the return to work potential in persons with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 21:4, 277-286, DOI: 10.3109/11038128.2014.889745