

Sofie Sørum (10012)

Hvordan kan deltagelse i arbeidslivet bidra til å øke livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser?

How can participation in working life increase the quality of life for people with mental illness?

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Cecilie Ellefsen

Mai 2022

Sofie Sørum (10012)

Hvordan kan deltagelse i arbeidslivet bidra til å øke livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser?

How can participation in working life increase the quality of life for people with mental illness?

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Veileder: Cecilie Ellefsen
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

Sammendrag:

I denne oppgaven belyser jeg hvordan deltagelse i arbeidslivet kan bidra til å øke livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser. Forskning viser at det å ha en psykisk lidelse ikke er uvanlig, og noe som berører mange i løpet av livet. Det er flere uheldige konsekvenser som kan følge av å ha en lidelse. Arbeidsledighet er for eksempel en konsekvens. Psykofarmaka har lenge vært brukt til behandling av mennesker med psykiske lidelser. Samtidig kan det se ut som at det også er nødvendig med andre tilnærminger for å bedre helsen til disse individene.

Problemstillingen belyses ut ifra det teoretiske perspektivet salutogenese. Oppgaven viser at deltagelse i arbeidslivet kan føre til økt selvtillit, et utvidet nettverk, sosial støtte, tilgang til økonomiske ressurser, redusert symptombelastning og en sterkere opplevelse av mening med livet for mennesker med psykiske lidelser. Dette er faktorer som kan bidrar til økt livskvalitet, sett ut ifra et salutogent perspektiv. Samtidig viser oppgaven at arbeid i seg selv nødvendigvis ikke bidrar til økt livskvalitet. Hvor tilfreds man er i jobben og om man evner å utnytte de positive konsekvensene ved deltagelse i arbeidslivet, er av størst betydning for å oppnå økt livskvalitet.

Abstract:

In this paper I illuminate how participation in working life can contribute to increase the quality of life for people with mental illness. Research shows that having a mental illness is not uncommon, and something that affects many in the course of their lives. There are several unfortunate consequences following having an illness. Unemployment is for instance one consequence. For a long time psychopharmaceuticals have been used in treating humans with mental illness. Simultaneously it seems necessary to use other approaches in bettering these individuals health.

The issue is elucidated from the theoretical perspective of salutogenesis. The thesis shows that participation in working life can lead to increased self-esteem, an expanded network, social support, access to financial resources, reduced symptom burden and a stronger experience of life purpose for people with mental disorders. These are factors that can contribute to increased quality of life, seen from a salutogenic perspective. At the same time, the thesis shows that work in itself does not necessarily contribute to an increased quality of life. How satisfied you are with the job and whether you are able to utilize the positive consequences of participating in working life, is of importance for achieving an increased quality of life.

Innholdsfortegnelse

<u>1.0 INTRODUKSJON</u>	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA:	1
1.2 PROBLEMSSTILLING:	2
1.3 RELEVANS FOR SOSIALT ARBEID	2
1.4 DEFINISJONER AV SENTRALE BEGREPER I PROBLEMSSTILLINGEN:	3
1.4.1 ARBEID:	3
1.4.2 PSYKISKE VANSKER OG LIDELSER:	3
1.4.3 LIVSKVALITET:	4
1.4.4 AVGRENSNINGER.....	4
1.5 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING	4
<u>2.0 METODE</u>	5
2.1 SØKEPROSESSEN:	5
2.2 FORSKNINGENS RELEVANS:	6
2.3 BEGRENSNINGER OG KRITISK BLIKK PÅ VALGT FORSKNING:	6
<u>3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER</u>	9
3.1 SALUTOGENESE	9
3.2 STIGMA	10
3.2.1 STIGMAETS BETYDNING FOR OPPLEVELSE AV SELVET	11
<u>4.0 DISKUSJON:</u>	11
4.1 UTVIDET NETTVERK OG SOSIAL STØTTE	12
4.2 ØKT SELVTILLIT OG «NY» IDENTITET.....	14
4.3 OPPLEVELSE AV MENING	16
4.4 TILGANG TIL ØKONOMISKE RESSURSER	19
4.5 SYKDOMSREDUKSJON OG BEDRE MESTRING AV LIDELSEN?	19
4.6 BIDRAR ALLTID ARBEID TIL ØKT LIVSKVALITET?	20
<u>5.0 AVSLUTNING:</u>	23
<u>6.0 LITTERATURLISTE:</u>	24

1.0 Introduksjon

Huseby et al. (2015) skriver i rapporten *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*, at psykiske helseproblemer ikke bare er en stor samfunnsutfordring i Norge, men også internasjonalt (s. 15). Forskning viser at opp mot 30-50% av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Kessler, 2005; Mykletun, 2009 referert i Grøholt et al., 2014, s. 167). Ifølge Helse og Omsorgsdepartementet (U.Å, referert i Huseby et al., 2015, s. 15) er psykiske lidelser beregnet å koste den Norske velferdsstaten 70 milliarder kroner, hvert år. Kostnadene omfatter direkte kostnader, som vil si kostnader til behandling av mennesker med psykiske lidelser, samt indirekte kostnader, i form av uføretrygd og tapte skatteinntekter. I tillegg fører psykiske lidelser ofte til redusert livskvalitet, lavere levealder, stigmatisering, nedsatt fysisk helse og økt dødelighet hos de berørte (Folkehelseinstituttet, 2014 referert i Huseby et al., 2015, s. 16). Dette viser at psykiske lidelser rammer mange mennesker, og at konsekvensene av å ha en slik lidelse kan være store, både for staten, men og for det enkelte individ.

Arbeidsledighet blant mennesker med psykiske lidelser er ikke uvanlig. Tall fra NAV (2019) viser at majoriteten av uføretrygdede i Norge oppgir å ha en psykisk lidelse, og at det er dette som er hovedårsaken til at de ikke er i arbeid. Tall fra Statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser også at psykiske lidelser utgjør risiko for arbeidsledighet (Sundt, 2022). Et interessant spørsmål tilknyttet arbeid og psykisk helse, er om deltagelse i arbeidslivet kan bidra til å bedre livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser. I oppgaven ønsker jeg å belyse denne sammenhengen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

En faktor som har vært styrende for valg av tema, er praksisperioden jeg hadde forrige semester. I ca 4. måneder jobbet jeg i en arbeids- og inkluderingsbedrift, hvor min funksjon var å hjelpe mennesker utenfor arbeidslivet inn i lønnet jobb. Majoriteten av brukerne på praksisplassen hadde psykiske utfordringer, og det var disse utfordringene som i hovedsak gjorde at de ikke klarte å «stå» i en jobb. Jeg erfarte at mange av deltakerne hadde mistet troen på seg selv og sine evner. Gjennom deltagelse i arbeidslivet, opplevde jeg at flere brukere fikk redusert sykdomsbelastning, mer tro på seg selv og et håp om en bedre fremtid. Arbeidsinkludering ble etter mitt skjønn, derfor et viktig virkemiddel for å bedre den psykiske helsen til deltakerne. Erfaringene i løpet av praksisoppholdet har vært med på å øke min

interesse for hvilke tiltak som kan være helsefremmende i møte med mennesker hvor psykiske lidelser er en uttalt utfordring.

1.2 Problemstilling:

Hvordan kan deltagelse i arbeidslivet, bidra til å øke livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser?

1.3 Relevans for sosialt arbeid

Det kan se ut som at årsaken til at noen får en psykisk lidelse kan henge sammen med sosiale problemer. Folkehelseinstituttet (FHI) oppstiller i rapporten *Psykisk helse i Norge 2018* flere risikofaktorer for å få psykiske lidelser. Risikofaktorer er ikke faktorer som i seg selv gjør at man får en psykisk lidelse, men de øker risikoen for negative helseutfall som psykisk og fysisk sykdom (Reneflot et al., 2018, ss. 11-12). Noen av risikofaktorene som nevnes er arbeidsløshet, økonomiske problemer, traumer, problemer i mellommenneskelige relasjoner og gener (reneflot et al., 2018, ss. 48-49). I fagartikkelen «Sosionomer viktige i psykiatrien» argumenterer Sjøby (2018) for at psykiske lidelser henger nært sammen med sosiale problemer. Sjøby er sosionom ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS). Hun sier at typiske sosiale problemer hos pasientene på DPS er økonomiske problemer, lite nettverk, kriminalitet og mangelfull utdanning. Videre argumenterer hun for at de nevnte problemene påvirker den psykiske helsen til pasientene, og at disse ikke kan løses med medisiner (Sjøby, 2018). Både erfaringene til Sjøby og risikofaktorene nevnt av FHI, tyder på at det er nødvendig med en helhetlig tilnærming for å hjelpe mennesker med psykiske lidelser til å få det bedre.

I forlengelsen av forannevnte, kan en hypotese være at bruk av psykofarmaka, som eneste metode for å bedre den psykiske helsen til mennesker med psykisk sykdom, nødvendigvis ikke er tilstrekkelig. Ifølge Kringle (2011, referert i Håkonsen, 2014, s. 416) er det flere som er kritiske til at medisiner har en dominerende plass i det psykiske helsevesenet, og at det brukes i for stor utstrekning (s. 416). En brukerundersøkelse gjort ved DPS i Jæren indikerer også at et medisinfritt behandlingstilbud er å foretrekke blant pasienter (Heskestad et al., 2019). Deltagelse i arbeidslivet kan i så måte være en tilnærming for å bedre helsen til mennesker med psykiske lidelser, som ikke utelukkende innebærer medisiner.

Det å ha et helhetsperspektiv, samt forstå hvordan et individ påvirkes av omgivelsene og forskjellige systemer, er noe av kjernen i sosialt arbeid (Shulman, 2003, s. 33; Levin, 2015, s. 38). I denne oppgaven har jeg valgt å rette fokuset på hvordan deltagelse i arbeidslivet, som et av flere aspekter ved et individs liv, kan være betydningsfullt for mennesker med psykiske lidelser. Ved å skrive en oppgaven om dette, er ønsket å tilegne mer kunnskap om utfordringer mennesker med psykiske lidelser kan oppleve, samt hvilken betydningen det å kunne delta i samfunnet har for denne gruppen. Jeg anser innsikt i denne tematikken som relevant for min videre yrkesutøvelse, i møte med mennesker med psykiske lidelser.

1.4 Definisjoner av sentrale begreper i problemstillingen:

1.4.1 Arbeid:

Arbeid er et vidt begrep og det foreligger ikke en entydig definisjon av hva arbeid er. En definisjon på arbeid er at det er aktivitet som foregår på et bestemt sted, til en bestemt tid og at det er klart adskilt fra fritiden. I tillegg til at en mottar lønn for arbeidet som er utført. Dersom man avgrenser arbeid til å kun gjelde innenfor et visst tidsrom, kan det være problematisk i dagens samfunn. Dette fordi de fleste, i hvert fall i vestlige land, har tilgang til mobiltelefoner og internett, noe som gjør at arbeidstiden for mange er fleksibel (Heen, 2008 referert i Gjertsen et al., 20s. 22). Jeg velger likevel å bruke hovedtrekkene av denne definisjonen i oppgaven, slik at husarbeid, omsorgsarbeid og/eller frivillig arbeid ikke inngår som en del av begrepet. Det vil si at det er primært ordinært arbeid som belyses i oppgaven. Ordinært arbeid vil si at man arbeider i en bedrift eller organisasjon, og mottar lønn fra organisasjonen eller bedriften (Skatteetaten, 2021).

1.4.2 Psykiske vansker og lidelser:

Det er mulig skille mellom begrepene psykiske lidelser og psykiske vansker, selv om begrepene til en viss grad «flyter inn i hverandre». Psykiske lidelser kjennetegnes av at symptomene påvirker våre tanker og følelser, i tillegg til vår væremåte og samvær med andre. Ved en psykisk lidelse er symptombelastningen så stor at det kan stilles en diagnose. Psykiske vansker er også kjennetegnet av at man ofte har så mye symptomer at det går ut over daglige gjøremål, læring, trivsel, samvær med andre og vår livskvalitet. Likevel tilfredsstillende ikke symptombelastningen kravene for å stille en diagnose (Mykletun et al., 2009 referert i Huseby et al., 2015, s. 27). Dersom en psykisk lidelse fører til vesentlig funksjonsnedsettelse og

begrenser store deler av livet kan den kategoriseres som alvorlig (National Institute of mental health, 2022).

1.4.3 Livskvalitet:

Livskvalitet kan både forstås som noe subjektivt og objektiv. Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for det enkelte individ. Det omfatter blant annet positive følelser og opplevelsen av god fungering, mestring og mening. Den subjektive livskvaliteten kan variere og oppleves som god, selv under vanskelige livsbetingelser, som sykdom og andre belastninger. Den objektive livskvaliteten handler om objektive mål på livskvalitet, som blant annet objektiv funksjonsevne og helsetilstand, i tillegg til materielle levekår og arbeidsoppgaver (Reneflot et al., 2018, s. 151).

1.4.4 Avgrensninger

I denne oppgaven har jeg i hovedsak valgt å belyse hvordan deltagelse i arbeidslivet kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser. Dette inkluderer også mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Videre er det hvordan deltagelse i ordinært arbeid, kan øke livskvaliteten til mennesker med psykiske lidelser, som drøftes i oppgaven. Betydningen av frivillig arbeid berøres også. I tillegg er det heller ikke utenkelig at flere av fordelene ved ordinært arbeid også kan oppnås gjennom deltagelse i frivillig arbeid. Samtidig, har jeg på grunn av oppgavens begrensede omfang, valgt å i hovedsak belyse temaet ordinært arbeid i tilknytning til psykiske lidelser.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven består av kapitlene: 1 introduksjon, 2 metode, 3 teoretiske perspektiver, 4 diskusjon og 5 avslutning. Metodekapittelet starter med en beskrivelse av hva som menes med metode, og kjennetegn ved datagenereringsmetoden som er anvendt i denne oppgaven. Deretter beskriver jeg hvordan jeg har innhentet relevant litteratur, for så å avslutningsvis belyse begrensninger ved egen oppgave og inkludert litteratur. Teorikapittelet består i hovedsak av to teoretiske perspektiver – salutogenese og stigmaten. Ved å redegjøre for teorien salutogenese, belyser jeg viktige forutsetninger som må være tilstede for at mennesker skal oppnå god livskvalitet, i lys av et salutogent perspektiv. Deretter trekker jeg inn stigmaten for å vise hvordan det å ha en psykisk lidelse kan påvirke ens identitet og selvbilde negativt. I diskusjonskapittelet drøfter jeg problemstillingen. Dette gjør jeg blant annet ved å belyse forskjellige kjennetegn ved livssituasjonen til mennesker med psykiske

lidelser. Jeg nevner også hva som er viktig for at mennesker med psykiske lidelser skal oppnå god livskvalitet. Deltagelse i arbeidslivet trekkes frem som et virkemiddel, som kan bidra til økt livskvalitet for den aktuelle gruppen. Funnene belyses så i lys av salutogenese.

Avslutningsvis i diskusjonsdelen drøfter jeg om arbeid alltid bidrar til økt livskvalitet. I det siste kapittelet oppsummerer jeg funnene fra diskusjonsdelen. I tillegg kommer jeg med egne refleksjoner rundt problemstillingen.

2.0 Metode

Metode handler om hvilken fremgangsmåte man velger for å belyse problemstillingen (Dalland, 2020, s. 197). Dalland (2020) sier at det å bruke en metode, betyr å følge en bestemt vei mot et mål (s. 56). For å belyse en problemstilling er det mulig å velge flere forskjellige metoder. Når Dalland (2020) beskriver hvilke metoder man kan velge, skiller han mellom kvalitative og kvantitative metoder. En kort forklaring på forskjellen mellom de to metodene, er at kvalitative metoder søker å belyse et tema i «dybden», mens kvantitative metoder ofte belyser et tema i «bredden». Innenfor hver metode eksisterer det forskjellige datagenereringsmetoder. Intervju er et eksempel på en datagenereringsmetode som ofte regnes som kvalitativ. Dersom man sender ut et spørreskjema, anses dette som en kvantitativ datagenereringsmetode (s. 55). Det som i størst grad avgjøre hvilken metode som bør anvendes er problemstillingen. Dalland (2020) uttrykker at man bør velge den metoden som best belyser temaene i problemstillingen. Samtidig sier han at det ofte er flere metoder som kan belyse problemstillingen på en tilfredsstillende måte (s. 197). I denne oppgaven har jeg valgt å skrive en teoretisk oppgave som ligner på litterastudie. Det vil si at jeg anvender eksisterende litteratur og forskning for å belyse problemstillingen. Ved bruk av litteraturstudie som metode, skaper man ikke ny kunnskap, men systematiserer allerede eksisterende kunnskap, noe som kan føre til at nye erkjennelser kommer fram (Strøen, 2013, s. 17). Litteraturstudie kan anses som en kvalitativ metode (Tjora, 2021, s. 195). I den første delen av metodekapittelet forklarer jeg søkeprosessen. Deretter beskriver jeg forskningens relevans, før jeg avslutningsvis belyser begrensninger med oppgaven og anvendt forskning.

2.1 Søkeprosessen:

I denne oppgaven har jeg benyttet ulike databaser for å finne relevant forskning og litteratur. Databasene jeg har brukt er i hovedsak Oria, Google Scholar og Idunn. I databasene har jeg skrevet inn forskjellige søkeord for å finne relevant forskning. Søkeordene jeg har brukt er «mental illness», «severe mental illness», «quality of life», «employment», «work»,

«meaning of life», «stigmatization», «internalized stigma», «health», «well-being» og «economy». Disse søkeordene har jeg benyttet hver for seg og i kombinasjon med hverandre. Jeg har også brukt søkeordene på norsk. Likevel har jeg i all hovedsak søkt på engelsk, fordi dette har ledet meg til flere relevante artikler. I starten av søkeprosessen benyttet jeg spesifikke inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette innebar at jeg i menyen i Oria og Google Scholar krysset av for vitenskapelige artikler og registrerte et tidsspenn fra 2012-2022. Underveis i skriveprosessen utvidet jeg tidsspennet. Blant annet fordi det var krevende å finne relevante vitenskapelige artikler innenfor de nevnte årstallene. De relevante artiklene jeg fant var primært litteraturstudier. Disse refererte i stor grad til studier publisert mellom 1980 og 2010. Jeg har derfor valgt å inkludere eldre studier i oppgaven, dersom jeg har ansett de som relevante for problemstillingen. Relevant forskning har både blitt funnet gjennom direktesøk i for eksempel Oria, men også ved bruk av snøballmetoden. Ved bruk av den sistnevnte metode har jeg for eksempel brukt en artikkel til å finne frem til en relevant studie for problemstillingen. Oppgaven inneholder en kombinasjon av primær- og sekundærkilder. Grunnen til at jeg har valgt å bruke sekundærkilder, er fordi flere av disse forklarer teorier og studier på en oversiktlig måte. I tillegg til har det i enkelte tilfeller vært krevende å finne primærkildene innen rimelig tid.

2.2 Forskningens relevans:

Problemstillingen søker å belyse hvordan deltagelse i arbeidslivet kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser. Jeg har derfor valgt å inkludere studier som i hovedsak forsker på denne gruppen. Studiene i oppgaven er både kvalitative og kvantitative. Det vil si at jeg har anvendt forskning, hvor forskerne for eksempel har intervjuet mennesker med psykiske lidelser om et bestemt tema. I tillegg har jeg inkludert kvantitative studier for å belyse omfanget av et fenomen. Eksempelvis hvor mange mennesker med psykiske lidelser som opplever internalisert stigmatisering. Oppgaven inneholder primært vitenskapelige artikler som er fagfellevurderte. Det vil si at artiklene er vurdert av forskere og andre med mye kunnskap om temaene i artiklene, før de er publisert.

2.3 Begrensninger og et kritisk blikk på valgt forskning:

Oppgaven inneholder noen begrensninger. Jeg har som nevnt valgt å inkludere sekundærkilder i oppgaven. Dette kan anses som en begrensning, fordi jeg ikke har lest primærkildene, og jeg kan derfor ikke bekrefte at det jeg har lest samsvarer med primærkildene. Det skal likevel komme tydelig frem hvor det er sekundærreferert. I tillegg drøftes problemstillingen i lys av flere primærkilder i kapittel 4.

Det kan være mulig å argumentere for at en annen begrensning ved oppgaven er at jeg ikke har avgrenset litteraturen til å kun gjelde for en spesifikk type psykisk lidelse. Oppgaven tar heller ikke direkte høyde for kulturelle forskjeller når det gjelder psykiske lidelser. Jeg har valgt å belyse fenomenet psykiske lidelser på et generelt plan. En antagelse kan likevel være at mennesker med angst, kan ha en annen opplevelse av det å være i eller utenfor arbeid, enn mennesker med for eksempel schizofreni. Studiene i oppgaven er i hovedsak gjort på mennesker med psykiske lidelser i vestlige land. Samtidig har jeg også inkludert en studie fra Singapore, knyttet til internalisert stigma. Det er ikke utenkelig at mennesker med psykiske lidelser, i Norge og Singapore, opplever konsekvensene av å ha en psykisk lidelse noe ulikt, på bakgrunn av kulturelle forskjeller. Tatt forskjellene i betraktning, kan en også tenke at det er flere likheter mellom mennesker med psykiske lidelser på tvers av landegrenser og lidelsestyper.

Jeg har valgt å inkludere en artikkel i diskusjonsdelen som verken er vitenskapelig eller fagfellevurdert. Dette er artikkelen til Mineo (2017). Artikkelen er publisert i en avis som er utgitt av Harvard. Den beskriver hovedfunnene i en relevant studie på en oversiktlig og tydelig måte. Jeg har ikke funnet noen vitenskapelige artikler som direkte belyser funnene i Mineos artikkel. Derfor har jeg valgt å inkludere den i oppgaven. Jeg har også valgt å ha med en eldre studie, gjort av Van Dongen fra 1996. Forklaringen på dette er at jeg anser denne studien som svært relevant for problemstillingen. I studien undersøkte Van Donge (1996) forskjellen i livskvalitet mellom mennesker med psykiske lidelser, i og uten arbeid. Jeg har ikke funnet en lignende studie av nyere dato og har på bakgrunn av dette valgt å inkludere den i kapittel 4.

3.0 Teoretiske perspektiver

3.1 Salutogenese

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke teorien om salutogenese, som utgangspunkt for å forklare hvordan arbeid kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser. Teorien ble først introdusert av Aaron Antonovsky på slutten av 1970-tallet. Spørsmålet «Hva er det som gir god helse?» er noe av kjernen i salutogenese (Lindström og Eriksson, 2015, s. ss. 14-15). Lindström og Eriksson (2015) sier at Antonovskys teori om salutogenese i hovedsak var ment som en teori om stress. Stress blir i teorien sett på som en naturlig del av livet. Mennesker kan enten gi etter for stressfaktorer (stressorer), eller så kan man håndtere dem og bevege seg i retning av helse, som vil si i retning av salutogenese (s. 18). Sentralt i teorien er at mennesker befinner seg på et kontinuum mellom helse og uhelse (Lindström og Eriksson, 2015, ss. 23, 24, 27). Gjennom å bevege seg i retning av salutogenese kan mennesket oppleve god fysisk og psykisk helse, samt få økt livskvalitet (Lindström og Eriksson, 2015, s. 43).

Et sentralt begrep i teorien salutogenese er *Opplevelse av sammenheng (OAS)*. Opplevelse av sammenheng er en generell innstilling man har til livets hendelser og utfordringer. Lindström og Eriksson (2015) sier at OAS i hovedsak består av tre dimensjoner: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (s. 28). OAS er kjennetegnet av at man har tillit til at hendelser i ens ytre og indre miljø er forutsigbare, forståelige og strukturerte. Videre er OAS kjennetegnet av en tro på at man har nok ressurser til å håndtere disse hendelsene, og at man tenker at de er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 1986, referert i Lindström og Eriksson, 2015, s. 28). Mennesker med en sterk opplevelse av sammenheng opplever ofte livet som meningsfullt og håndterbart. Disse menneskene har også tillit til at de har egne indre ressurser, samt ressurser i omgivelsene, som de kan ta i bruk på en helsefremmende måte. Ved å utvikle en sterk opplevelse av sammenheng kan mennesker bevege seg i retning av helse og god livskvalitet (Lindström og Eriksson, 2015, ss. 28, 46).

Ifølge Lindström og Eriksson (2015) var Antonovsky opptatt av hvilke faktorer og ressurser som får oss til å bevege oss i retning av helse (s.18). Et sentralt begrep i denne sammenheng er *generelle motstandsressurser*. Lindström og Eriksson (2015) sier at generelle motstandsressurser er en forutsetning for å utvikle en sterk opplevelse av sammenheng (s. 30).

Egenskaper ved et individ, samt kvaliteter og ressurser rundt et individ, kan inngå som en del av de generelle motstandsressursene til en person. Sosiale relasjoner, selvbilde, penger og kunnskap er eksempler på generelle motstandsressurser (Antonovsky, 1979 referert i Lindström og Eriksson, 2015, s. 30). Det kan være mulig å si at det er våre generelle motstandsressurser, som avgjør om vi oppfatter livet som begripelig, håndterbart og meningsfullt, og om vi utvikler en sterk opplevelse av sammenheng.

3.2 Stigma

Ifølge Elstad og Norvoll (2013) utviklet Goffman begrepene stigma og stigmatisering for å forklare hvordan samfunnet og individer reagerer på mennesker med forskjellige sykdommer. Å bli stigmatisert, vil si at en oppfattes som å ha dårlige eller diskrediterende egenskaper, noe som ofte fører til den stigmatiserte personen blir ekskludert fra det sosiale fellesskapet (ss. 120-121). For å forstå hvordan stigmatisering utarter seg, er det også relevant å definere begrepet stereotypisering. Goffman (1963, referert i Elstad og Norvoll, 2013, s. 121) gir uttrykk for at stigmatisering springer ut av stereotypifisering av mennesker som oppleves som avvikere. Stereotypier er antagelser, forventninger eller generelle oppfatninger man har om en gruppe. Disse er i seg selv nødvendigvis ikke negative, men de er ofte misvisende, fordi de ikke tar høyde for individuelle forskjeller. Dette kan føre til upresise antagelser om en sosial gruppe, og videre til diskriminering og stigmatisering (Rogers og Pilgrim, 2005; Scambler, 2011, referert i Elstad og Norvoll, 2013, s. 121).

Goffman hevder at mennesker med psykiske lidelser er spesielt utsatt for å bli stigmatisert. Dette begrunner han med at psykiske lidelser anses som et avvik fra normalen i storsamfunnet. Dette avviket kan føre til at tilliten mellom mennesker som er «syke» og «normale» svekkes, fordi annerledeshet skaper usikkerhet. Den som oppfattes som avvikende, er for eksempel ofte klar over at omgivelsene vil reagere på sykdommen, noe som gjør at hen har svekket tillit til andre. De «normale», kan på den annen side oppleve usikkerhet knyttet til den avvikende, fordi hen er annerledes. Dette kan så føre til stigmatisering av den med psykisk sykdom (Elstad og Norvoll, 2013, s. 120-121).

Konsekvenser ved stigmatisering er blant annet diskriminering og avpersonifisering av mennesker som oppleves som avvikere. Goffman (1963, referert i Elstad og Norvoll, 2013, s. 120) sier at grunnen til at vi diskriminerer personer som avviker fra «normalen», er fordi vi ikke oppfatter dem som «riktige» mennesker (s. 120). Videre innebærer en avpersonifisering

av de med psykiske lidelser, at en kun ser sykdommen til vedkommende og ikke mennesket bak (Scambler, 2011, referert i Elstad og Norvoll, 2013, s. 121). Dette viser at det eksisterer sosiale reaksjoner på psykiske lidelser, og at mennesker med psykiske lidelser kan ende opp med å bli identifisert som kun en syk person, hvor andre egenskaper ved individet tilsløres av sykdommen.

3.2.1 Stigmaets betydning for opplevelse av selvet

Det å oppleve stigmatisering kan ha betydning for ens identitet og hvordan en oppfatter seg selv. En teori som kan være relevant i denne sammenheng er stempelingsteorien. Denne teorien tar utgangspunkt i at menneskers identitet og bevissthet om seg selv, dannes og utvikles gjennom samspill med andre mennesker. Mennesker tolker erfaringer i livet, som igjen påvirker hvordan vi oppfatter oss selv (Elstad og Norvoll, 2013, s. 123). Dersom man legger til grunn at menneskers identitet utvikles i samspill med andre, kan dette føre til at negative erfaringer og relasjoner, bidrar til utviklingen av en negativ selvidentitet. Opplever en person med psykiske lidelser for eksempel mye stigmatisering, kan vedkommende ende opp med å rette stigmaet mot seg selv. Denne personen har da internalisert stigmaet (Corrigan et al., 2009 referert i Elstad og Norvoll, 2013, s. 123). En konsekvens av dette, og spesielt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er at lidelsen får en stor betydning for vedkommende sin identitet. I stedet for å tenke at man har en psykisk lidelse, vil man i større grad oppleve at man er sykdommen (Hydén, 2005, referert i Elstad og Norvoll, 2013, ss. 123-124). En slik selvforståelse, kan føre til at en opplever seg selv som noe annet enn «alle andre» (Elstad og Norvoll, 2013, s. 123).

4.0 Diskusjon:

I denne oppgaven besvarer jeg problemstillingen: *Hvordan kan deltagelse i arbeidslivet, bidra til å øke livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser?* I det følgende belyses viktige faktorer for å oppnå god livskvalitet og kjennetegn ved livssituasjonen til mennesker med psykiske lidelser. Videre anvender jeg forskjellige studier for å vise hvordan arbeid kan føre til bedre livskvalitet for den aktuelle gruppen. Avslutningsvis, i hver del, ses funnene fra de inkluderte studiene i lys av et salutogent perspektiv.

4.1 Utvidet nettverk og sosial støtte

Det er flere som fremhever betydningen av sosiale relasjoner og sosial støtte for utviklingen av høy livskvalitet. Reneflot et al. (2018) sier at mangel på sosial støtte og ensomhet regnes som sentrale risikofaktorer for utvikling av lav livskvalitet, mens sosial støtte er en livskvalitetsfremmende faktor (s. 163). Sosial støtte handler om i hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, og mennesker som bryr seg om en (Helsedirektoratet, 2014 referert i Helsedirektoratet, 2021). En studie som fremhever betydningen av sosiale relasjoner, er *The harvard study of adult development*. Studien beskrives som en av verdens lengste studier gjort på voksnes utvikling. Et sentralt funn i studien er at våre nære er av spesielt stor betydning for vår opplevelse av velvære og lykke. Studien viser at disse relasjonene beskytter oss mot psykisk og fysisk sykdom, og at de er av større betydning for om vi opplever glede gjennom livet enn gener, sosioøkonomisk status og intelligens (Mineo, 2017). I artikkelen bruker ikke Mineo begrepet livskvalitet, men «happy». Selv om hun ikke eksplisitt snakker om livskvalitet, kan det være grunn til å tro at «happy» kan sammenfalle med den subjektive livskvaliteten, hvor tilstedeværelse av positive følelser er sentralt.

Det kan se ut som at det å ha sosial støtte, samt tilgang til et sosialt nettverk, er av ekstra stor betydning for mennesker med psykiske lidelser. Kogstad et al. (2012) sier blant annet at sosiale nettverk kan tilby kvaliteter som tilsvarende og reduserer behovet for profesjonell hjelp, for mennesker med psykiske lidelser (s. 95). I denne sammenheng beskriver Kogstad et al. (2012) et nettverk som gir glede og avslapning, samt bistår med materiell hjelp ved behov (s. 96). En studie gjort av Hendryx et al. (2008) viser også at sosial støtte øker sannsynligheten for å bli frisk, for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (s. 320). Hva som er årsaken til dette nevnes ikke. Samtidig sier Kogstad et al. (2012) at det å ha et sosialt nettverk, for mennesker med psykiske lidelser, kan bidra til at man får bedre tilgang til helsetjenester. Dersom man i tillegg opplever nettverket som støttende, kan det også føre til at en får økt tillit til profesjonelle helsetjenester (ss. 95, 98). En antagelse kan derfor være at dette er faktorer som øker sannsynligheten for at mennesker med psykiske lidelser blir friske. Selv om ingen av de nevnte studiene gir et tydelig svar på denne antagelsen, viser de likevel at sosiale relasjoner er av stor betydning for disse menneskene.

Det å ha tilgang til sosiale relasjoner, samt sosial støtte er som nevnt viktige faktorer for utviklingen av høy livskvalitet. I motsatt tilfelle, kan det være grunn til å tro at ensomhet utgjør risiko for lav livskvalitet. Dette bekreftes i en rapport utgitt av Folkehelseinstituttet (Reneflot et al., 2018, s. 163). En studie gjort av Holt-Lundstad et al. (2010) viser også at ensomhet kan medføre like høy risiko for død som røyking, alkoholmisbruk og overvekt. I følge Borge et al. (1999, referert i Perse og Wolf, 2009, s. 591) opplever mer en halvparten av de med psykiske lidelser ensomhet (s. 591). På den annen side utgjør denne andelen ca 1/3 for resten av befolkningen (Lauder et al., 2004 referert i Perese og Wolf, 2009, s. 591). Mangel på sosial støtte er heller ikke uvanlig blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser, fordi denne gruppen ofte har et lite sosialt nettverk (Bradshaw og Haddock, 1998 referert i Perse og Wolf, s. 2009, s. 593). Det er ikke utenkelig at arbeidsledighet også utgjør risiko for ensomhet, fordi det kan innebære redusert kontakt med andre mennesker. Dette tyder på at mennesker med psykiske lidelser, uten arbeid, er ekstra sårbare for å oppleve ensomhet, og som en konsekvens av dette få redusert livskvalitet.

Deltagelse i arbeidslivet kan være en måte mennesker med psykiske lidelser, uten jobb, kan få utvidet sitt nettverk, få nye relasjoner og samhandle med andre. Strauss et al. (1998, referert i Van Dongen, 1996, s. 563) sier at det kan se ut som at deltagelse i arbeidslivet er spesielt viktig for mennesker med psykiske lidelser, nettopp fordi arbeid kan medføre økt sosialisering for denne gruppen. I en studie gjort av Van Dongen (1996) fremheves interaksjon med andre og sosialisering, som en viktig konsekvens ved deltagelse i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser. I studien undersøkte Van Dongen (1996) hvilken sammenheng det er mellom arbeidsstatus og livskvalitet, for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Utvalget i studien består av 92 personer, hvor 52 arbeidet og 41 var uten arbeid. Alle deltakerne hadde en psykisk lidelse (s. 535). Deltakerne som arbeidet ble spurt om hva de likte mest med å være i arbeid. Det flest svarte var interaksjon med andre kollegaer (Van Dongen, 1996, s. 544).

I en nyere studie gjort av Millner et al. (2022) blir det gitt uttrykk for at arbeid kan være med på å dekke det sosiale behovet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. I studien undersøkte forskerne hvordan mennesker med alvorlige psykiske lidelser opplever det å være i arbeid. Mange av deltakerne sa at det å ha en jobb har gjort at de har fått nye venner. I tillegg sa flere informanter, at deltagelse i arbeidslivet dekker deres sosiale behov. Et annet funn i studien er at arbeid nødvendigvis ikke kun fører til etablering av nye vennskap, men

også bidrar til å gjenopprette kontakt med tidligere relasjoner. En informant uttalte at hun fikk mer selvtillit på grunn av deltagelse i arbeidslivet. Som et resultat av dette turte hun å ta kontakt med venner tilbake i tid (s. 400). Både studien til Millner et al. (2022) og Van Dongen (1996) viser at det å ha en jobb kan bidra til økt sosialisering. Studien til Millner et al. (2022) indikerer også at deltagelse i arbeidslivet kan føre til at en får nære relasjoner som vennskap. I så fall er det heller ikke utenkelig at deltagelse i arbeidslivet kan føre til økt sosial støtte for mennesker med psykiske lidelser.

Deltagelse i arbeidslivet kan altså være en arena, hvor de med psykiske lidelser, uten arbeid, kan få utvidet sitt sosiale nettverk, interagere med andre og få sosial støtte. I et salutogent perspektiv kan det å ha et sosialt nettverk være en generell motstandsressurs. Dersom man står overfor en utfordring, og samtidig har et sosialt nettverk og/eller sosial støtte, kan det ut ifra salutogenesen bidra til at utfordringen oppleves som begripelig, håndterbar og meningsfull å engasjere seg i. Med en slik forståelse, vil en bevege seg i retning av salutogenese, altså helse og god livskvalitet.

4.2 Økt selvtillit og «ny» identitet

En positiv konsekvens, av å delta i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser, er økt selvtillit. I studien gjort av Van Dongen (1996) var et av hovedfunnene at de som arbeidet, hadde vesentlig mye høyere selvtillit, enn de uten arbeid. Det var forskjellen i selvtillit som i størst grad skilte gruppene fra hverandre (s. 540). I studien til Millner et al. (2022) gir også deltakerne uttrykk for at det å ha en jobb bidrar til økt selvtillit (s. 402). Det kan være mulig å anta at det er flere forklaringer på hvorfor arbeid kan føre til en økning i selvtillit for mennesker med psykiske lidelser. En hypotese kan være at det å ha en jobb, bidrar til å endre identiteten til psykisk syke, hvor en går fra å oppleve seg selv som en pasient og passiv, til å bli en aktiv samfunnsdeltaker og subjekt i eget liv.

I teoridelen har det blitt uttrykt at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan oppleve seg som noe annet enn «alle andre», og at lidelsen blir en fremtredende del av deres identitet.

Dette underbygges av Yanos et al. (2010) som sier at mennesker med psykiske lidelser står i fare for å utvikle en sykdomsidentitet. En *sykdomsidentitet* kan defineres som et sett med roller og holdninger, som en person har utviklet på bakgrunn av vedkommende sin forståelse av hva det vil si å ha en psykisk lidelse (s. 73). Dersom mennesker med psykiske lidelser har en forståelse av at det å ha en psykisk lidelse innebærer at man er inkompetent, kan dette

videre føre til at en blir passiv, og at symptomene ved lidelsen forverres (Yanos et al., 2010, s. 88).

Forskning kan tyde på at mennesker med psykiske lidelser kan utvikle en sykdomsidentitet, på bakgrunn av stigmatisering, som videre kan føre til internalisert stigma. Ifølge Lyngstad (2000) viser en studie gjort i Storbritannia og Irland, at 75% av deltakerne regnet psykiatriske pasienter som farlige. Videre ga 50% av deltakerne uttrykk for at de hadde følt på frykt dersom en psykiatrisk bolig hadde blitt åpnet i nærheten av dem. Det kan være mulig å argumentere for at disse tallene ikke er representative i dag, hvis en legger til grunn at det har blitt mer åpenhet og aksept for at mennesker har psykiske lidelser. Samtidig viser en nyere studie gjort av Bjørnshagen (2021), at mennesker med psykiske lidelser blir diskriminert i arbeidsmarkedet (s. 1). Dette kan tyde på at det i dagens samfunn fortsatt eksisterer negative holdninger og stereotypier tilknyttet denne gruppen. En konsekvens av stigmatisering, som belyst tidligere, er at mennesker med psykiske lidelser kan ende opp med å rette stigmaet mot seg selv, slik at stigmaet internaliseres. Internalisert stigma innebærer blant annet at man devaluerer seg selv og kjenner på skam knyttet til lidelsen (Boyd et al., 2014, s. 221). En studie gjort av Picco et al. (2016) viser at det ikke er uvanlig for mennesker med psykiske lidelser å ha internalisert stigma. I studien sendte de ut et spørreskjema til 280 pasienter ved forskjellige polikliniske avdelinger. Et av spørsmålene handlet om internalisert stigma, hvor deltakerne skulle svare på om dette var noe de opplevde. I studien svarte ca 50% av pasientene at de hadde moderat til høy grad av internalisert stigma (s. 500). Det å ha internalisert stigma kan videre påvirke ens selvtilit og livskvalitet negativt (Yanos et al, 2010, s. 80; Yanos et al 2001, ss. 416-417). Det er altså mye som indikerer at et negativt selvbilde ikke er uvanlig blant mennesker med psykiske lidelser, hvorpå dette kan utgjøre risiko for lav livskvalitet.

Forskning peker på at en viktig forutsetning for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal få det bedre, er en endring av deres identitet og forståelse av seg selv. En studie gjort av Roe (2001, referert i Yanos et al., 2010, s. 78) viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser, som får en bedring i symptombelastningen, går fra å ha en selvopplevd identitet som «pasient» til «person». Forskjellige studier viser at det å ha en jobb kan bidra til en slik endringsprosess for mennesker med psykiske lidelser. I studien til Millner et al. (2022) ga flere av informantene uttrykk for at deltagelse i arbeidslivet gir en følelse av at man har en verdi, bidrar med noe i samfunnet og blir sett på som noe annet enn kun en syk person. Den

ene deltageren sa blant annet at det å ha en jobb, viser at man er i stand til å gjøre noe mer, enn det man ble fortalt når sykdommen inntraff (ss. 402-403). En studie gjort av Leufstadius et al. (2009) viser også at mennesker med alvorlige psykiske lidelser, opplever deltagelse i arbeidslivet som en måte å få styrket sin identitet (s. 28). Begge studiene fremhever betydningen av økt selvtillit som en av årsakene til utviklingen av en mer positiv identitet. Det er altså mye som taler for at arbeid kan bidra til økt selvtillit og en styrket identitet for mennesker med psykiske lidelser. Studiene viser også at de to fenomenene (selvtillit og identitet) henger nært sammen, der økt selvtillit kan føre til utviklingen av en mer positiv identitet. Dersom arbeid resulterer i økt selvtillit, og en styrket identitet for mennesker med psykiske lidelser, kan det også være mulig å anta at det å ha en jobb kan bidra til å motvirke utviklingen av en sykdomsidentitet, og redusere graden av internalisert stigma. Reduseres graden av internalisert stigma, er det heller ikke utenkelig at dette fører til økt livskvalitet.

I lys av et salutogent perspektiv, kan økt selvtillit og en mer positiv identitet innebære en styrking av individets motstandsressurser. Dersom en person med psykiske lidelser står ovenfor et problem eller en utfordring, kan et styrket selvbilde og økt selvtillit bidra til at problemet oppleves som mer begripelig, håndterbart og meningsfullt å engasjere seg i. I motsatt tilfelle, kan en tenke at lav selvtillit og et negativt selvbilde kan føre til at en utfordring ikke oppleves som håndterbar, og som en konsekvens av dette engasjerer man seg heller ikke for å løse den. Selvtillit og en styrket identitet kan derfor føre til økt livskvalitet, fordi det kan bidra til en sterk OAS.

4.3 Opplevelse av mening

Forskning tyder på at mange mennesker med psykiske lidelser ikke opplever livet som meningsfullt. I en studie gjort av Ehrlich-Ben et al. (2013) fant de en sterk sammenheng mellom internalisert stigma og opplevelse av mening med livet, blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Studien viser at desto mer internalisert stigma en person har, desto mindre mening opplever de med livet (s. 198). Som belyst tidligere i oppgaven, er mennesker med psykiske lidelser utsatt å bli stigmatisert, og som en konsekvens av dette ha internalisert stigma. Dette kan indikere at mennesker med psykiske lidelser er utsatt for å ikke oppleve livet som meningsfullt. I følge Bjereholm og Eklund (2004, referert i Eklund et al., 2012, s. 93) er det ikke uvanlig at mennesker med for eksempel schizofreni er ensomme og passive, noe som fører til en opplevelse av svært lite mening med livet. Dette viser at konsekvensene av å ha en psykisk lidelse, kan medføre at livet oppleves mindre meningsfylt.

I teorien salutogenese er det å oppleve livet som meningsfullt den viktigste faktoren for hvordan vi håndterer utfordringer og hendelser i livet. Lindström og Eriksson (2015) sier at *mening* utgjør selve drivkraften i livet. Dersom man opplever en mening med livet, er man mer tilbøyelig til å lete etter ressurser og skape struktur. Dette vil ha en positiv effekt på de to andre dimensjonene av OAS, som er begripelighet og håndterbarhet (s. 28-29). Det å oppleve livet som meningsfylt er derfor viktig for utviklingen av høy livskvalitet.

I en studie gjort av Eklund et al. (2012) undersøkte de hva mennesker med schizofreni opplever som meningsfulle liv, og hva som må være tilstede for at livet skal oppleves meningsfullt. Det flest svarte var avgjørende for å oppleve livet som meningsfullt var sosial kontakt med andre mennesker. Kontakt med familie ble trukket frem som spesielt betydningsfullt. Tilhørighet til en sosial gruppe, praktisere sine interesser, føle at noen har behov for en og ha daglige aktiviteter og rutiner var også noe av det informantene nevnte (ss. 98-100). Tilsvarende funn finner man i en lignende studie gjort av Argentzell et al. (2012). I denne studien nevner informantene i tillegg at det å føle seg kompetent, tilegne ny kunnskap, få skryt av andre og bli akseptert i samfunnet er viktig for å oppleve livet som meningsfullt (ss. 52-55). I likhet med studien til Eklund et al. (2012) hadde informantene i denne studien også psykiske lidelser. I det følgende belyser jeg hvordan deltagelse i arbeidslivet kan bidra til å dekke noen av de nevnte behovene.

Det kan se ut som at deltagelse i arbeidslivet kan bidra til å bedre familiekontakten for mennesker med psykiske lidelser. I studien til Argentzell et al. (2012) blir det gitt uttrykk for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan oppleve å bli stigmatisert av sin egen familie, hvor familien trekker seg unna vedkommende som har en psykisk lidelse (s. 52). Hva som er årsaken til dette nevnes ikke i artikkelen. Samtidig hevder Goffman at stigma har en tendens til å «smitte over» på personer som omgås mennesker med for eksempel psykiske lidelser (Elstad og Norvoll, 2013, s. 121). Dette kan være en forklaring på hvorfor familien kan trekke seg unna vedkommende med en psykisk sykdom. Studien til Millner et al. (2022) indikerer at deltagelse i arbeidslivet kan føre til økt og bedre familiekontakt for mennesker med psykisk lidelser. En informant i studien ga blant annet uttrykk for at hun ikke hadde kontakt med familien før hun begynte å arbeide, fordi familien ikke ville ha noe med henne å gjøre. Etter at hun fikk en jobb, beviste hun noe ovenfor seg selv og andre, noe som førte til økt kontakt med familien, ifølge informanten. En annen informant sa at det å ha en jobb gjør

at hun blir gladere, og at dette har bidratt til å bedre relasjon mellom henne og familien (ss. 400-401). Dette tyder på at deltagelse i arbeidslivet kan føre til mindre stigmatisering fra familiemedlemmer, og bedre relasjonen mellom den «syke» og familien. En positiv konsekvens av dette, kan være at man opplever livet som mer meningsfullt. I så fall kan det å ha en jobb bidra til en sterkere OAS og økt livskvalitet.

Forskning tyder også på at arbeidsdeltagelse, for mennesker med psykiske lidelser, kan gi en følelse av at andre har behov for en. I en studie av Leufstadius et al. (2009) undersøkte de hvilken betydning arbeid har for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Flere av Informantene ga uttrykk for at det å ha en jobb gir en følelse av at man bidrar med noe, i tillegg til en følelse av at andre har behov for en (ss. 25-27). Dette sammenfaller med et av behovene som Eklund et al. (2012) nevner. Et interessant funn i studien til Leufstadius et al. (2009), under dette punktet, er at det å gjennomføre «ekte» arbeidsoppgaver var viktig for om deltakerne opplevde seg som nyttige for andre. En informant sa blant annet: *“I don't want to come and go as I please. . . I want to have real tasks, otherwise I feel useless”* (Leufstadius et al., 2009, s. 25). I forlengelse av dette kan det være mulig å diskutere hvorvidt frivillig arbeid vil gi en følelse av at man gjennomfører «ekte» arbeid, og om det innebærer de samme forpliktelsene som det å være i en lønnet jobb. I studien til Van Dongen (1996) ble det å ha en lønnet jobb foretrukket av de som arbeidet og de arbeidsledige. Informantene i denne studien så på det å ha en lønnet jobb som vanskeligere enn frivillig arbeid, men at det var mer «verdt det». Majoriteten av informantene sa også at det å arbeide frivillig, ikke kan anses som en forberedelse til det å skulle være i ordinært arbeid (s. 543- 544). Det fremgår ikke direkte av studien hvorfor en lønnet jobb var å foretrekke fremfor frivillig arbeid. Likevel sier Van Dongen (1996), at informantene ga uttrykk for at en lønnet jobb innebar flere forpliktelser og forventninger enn frivillig arbeid (s. 546). Ut ifra studien til Van Dongen, kan det tyde på at frivillig arbeid ikke tilsvarer det å ha en lønnet jobb, når det gjelder forpliktelser og opplevelsen av å utføre «ekte» arbeidsoppgaver. På den annen side viser studien til Argentzell et al. (2012) at frivillig arbeid kan gi en følelse av at andre har behov for en, at man er nyttig og gjennomfører «ekte» arbeidsoppgaver (ss. 53-54). Dette indikere at både frivillig og lønnet arbeid kan bidra til en økt opplevelse av mening i livet.

Studien til Leufstadius et al. (2009) og Millner et al. (2022) synligjør at deltagelse i arbeidslivet kan bidra til at mennesker med alvorlige psykiske lidelser opplever livet som mer meningsfullt. Begge studiene viser at det å ha en jobb, kan dekke de fleste behovene som er

nevnt i studien til Eklund et al. (2012) og Argentzell et al. (2012). Noe av det som nevnes i de førstnevnte studiene, er at arbeid bidrar til at man er del av en sosial gruppe, en følelse av at man er verdsatt, akseptert og kompetent. I tillegg fører arbeid til struktur, rutiner og en følelse av balanse i livet (Leufstadius et al., 2009, ss. 25-27; Millner et al., 2022, ss. 400-403). Dette tyder på at det å ha en jobb, kan være viktig for at mennesker med psykiske lidelser skal oppleve livet som meningsfullt. I lys av salutogenese, kan deltagelse i arbeidslivet derfor føre til økt livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser.

4.4 Tilgang til økonomiske ressurser

I studien til Millner et al. (2022) og Leufstadius et al. (2009) blir økt tilgang til økonomiske ressurser beskrevet som en viktig positiv konsekvens av det å ha en jobb. Flere av informantene, i begge studiene, sier at deltagelse i arbeidslivet har ført til økonomisk trygghet og gjort det mulig for dem å forsørge seg selv og sin familie. I tillegg sier de at det å få lønn har bidratt til at de kan dyrke sine interesser. I begge studiene nevner flere av informantene også indirekte konsekvenser som følge av økt tilgang til økonomiske ressurser. Økt selvtillit, sosial status, motivasjon og økt livskvalitet er noen av konsekvensene som nevnes.

Informantene utdyper dette, og sier at penger «åpner dører» og gir en følelse av at man er selvstendig. En informant sier blant annet at inntekten hun fikk gjennom arbeid, gjorde det mulig for henne å reise, ta videreutdanning og dyrke vennskap (Millner et al., 2022, s. 399; Leufstadius et al., 2009, s. 25).

Sett ut ifra salutogenese kan en tenke at penger inngår som en del av de generelle motstandsressursene til en person. Dersom man står ovenfor en utfordring, og har tilgang til økonomiske ressurser, vil utfordringen oppleves mer begripelig, håndterbar og meningsfull og engasjere seg i. De nevnte studiene viser i tillegg at økt tilgang til økonomiske ressurser også kan influere andre aspekter ved et individ. For eksempel påpeker studiene at det å tjene egne penger kan føre til økt selvtillit for mennesker med psykiske lidelser. Som belyst tidligere i oppgaven, kan selvtillit være en generell motstandsressurs som fører til økt livskvalitet. Et annet eksempel, er at penger kan gjøre det mulig for mennesker med psykiske lidelser å dyrke sine interesser. Dette kan føre til økt opplevelse av mening med livet. Lønn tilegnet gjennom arbeid kan derfor bidra til økt livskvalitet på flere nivåer.

4.5 Sykdomsreduksjon og bedre mestring av lidelsen?

Flere av studiene i oppgaven viser at arbeid kan bidra til en reduksjon i symptombelastningen for mennesker med psykisk lidelser. I studien til Van Dogen (1996) sa de med psykiske

lidelser, som var i arbeid, at det å ha en jobb gjorde at de fikk mer kontroll på symptomene ved lidelsen. I tillegg uttrykte de at arbeid fungerte som en distraksjon fra deres sykdom (s. 544). Lignende funn kommer frem av studien til Millner et al (2022). I denne studien rapporterte flere deltagere at det å ha en jobb hadde positiv innvirkning på deres psykiske lidelse. De ga også uttrykk for en reduksjon i symptombelastningen, som et resultat av å være i arbeid. Dette er fordi arbeid tilbyr fasiliteter som fremmer «recovery», ifølge informantene (ss. 402-403). Studien til Leufstadius et al. (2009) viser også det samme som de to foregående studiene (s. 27). Dette understøtter tydelig at deltagelse i arbeidslivet kan føre til en reduksjon i symptombelastningen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

I forlengelse av det som er skrevet ovenfor, kan det være mulig å anta at en reduksjon i symptombelastningen kan føre til økt livskvalitet. Forskning tyder på at det er en middels sterk sammenheng mellom psykiske lidelser og livskvalitet. Det vil si at et høyt plagenivå ved en psykisk lidelse kan føre til lav livskvalitet. Motsatt, kan høy livskvalitet føre til redusert symptombelastning ved en lidelse (Reneflot et al., 2018, s. 152). Barstad (2016, referert i Strøen et al. 2021, s. 45) sier at god helse er en av de viktigste faktorene for høy livskvalitet. Dersom deltagelse i arbeidslivet bidrar til en reduksjon i symptombelastningen ved en psykisk lidelse, kan det derfor tyde på at dette føre til økt livskvalitet. I et salutogent perspektiv, kan en tenke at redusert plagenivå ved en lidelse, kan bidra til at livet oppleves som mer begripelig, håndterbart og meningsfullt å engasjere seg i. I så fall vil en bevege seg i retning av helse og god livskvalitet.

4.6 Bidrar alltid arbeid til økt livskvalitet?

Ovenfor har det blitt belyst hvordan arbeid kan bidra til å bedre livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser. Likevel er det flere ting som kan tyde på at arbeid i seg selv nødvendigvis ikke fører til økt livskvalitet. I en studie gjort av Eklund et al. (2021) er et av funnene at det å ha en jobb, nødvendigvis ikke bidrar til bedre helse og livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser. Det er hvor tilfreds man er i jobben, som er av betydning for opplevelsen av livskvalitet og velvære (ss. 6, 12). I studien til Millner et al. (2022) gir noen av informantene blant annet uttrykk for at deltagelse i arbeidslivet har bidratt til å forverre deres psykiske helse. Økt symptombelastning, arbeidsrelatert stress og tretthet er noen av de negative konsekvensene som nevnes. Flere informanter sa også at de var bekymret for at stresset de opplevde i forbindelse med arbeid, skulle gjøre at de ble arbeidsledige (s. 403). Dette viser at det å ha en jobb ikke utelukkende er positivt. Det kan faktisk tyde på at

deltagelse i arbeidslivet kan bidra til redusert livskvalitet, dersom det å ha en jobb fører til en forverring av lidelsen.

Et annet interessant funn, finner man i studien til Van Dongen (1996). Av studien fremgår det at de som arbeidet hadde høyere subjektiv og objektiv livskvalitet enn de uten arbeid. Likevel var det ikke signifikante forskjeller i den subjektive og objektive livskvaliteten mellom gruppene (s. 540). Ut ifra de presenterte funnene i oppgaven, som belyser hvordan arbeid kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser, skulle man kanskje tro at forskjellen i livskvalitet hadde vært større. Samtidig viser studien til Argentzell et al. (2012) at mennesker med psykiske lidelser, uten arbeid, kan finne substituerende aktiviteter for ordinært arbeid, som også kan bidra til økt livskvalitet. Aktivitetene som nevnes i denne sammenheng er husarbeid, frivillig arbeid og det å hjelpe slektninger. Deltagelse i disse aktivitetene kan bidra til å skape struktur, rutiner og gi en følelse av at andre har behov for en (s. 53- 54). Som vist gjennom oppgaven kan dette bidra til en sterkere opplevelse av mening i livet og derav til økt livskvalitet. Dette indikerer at deltagelse i ordinært arbeid, kun er en av flere aktiviteter som mennesker med psykiske lidelser kan engasjere seg i, for å få økt livskvalitet.

I oppgaven har det blitt vist hvordan deltagelse i ordinært arbeid kan bidra til at mennesker med psykiske lidelser opparbeider seg flere generelle motstandsressurser. Utvidet nettverk, sosial støtte, selvtillit og tilgang til økonomiske ressurser er noen av motstandsressursene som er nevnt. I lys av et salutogent perspektiv er det likevel ikke nok å ha disse ressursene til rådighet for å få god livskvalitet. Motstandsressursene må også tas i bruk på en helsefremmende måte, for at de skal bidra til økt livskvalitet og god helse (Lindström og Eriksson, 2015, s. 30). Nettverk i seg selv vil for eksempel ikke nødvendigvis føre til økt livskvalitet, dersom det ikke bidrar til økt sosialisering og sosial støtte. Det er ikke utenkelig at mange med psykiske lidelser, uten arbeid, opplever å få et utvidet nettverk gjennom arbeidsdeltagelse. Samtidig kan en annen antagelse være at flere mennesker, med og uten psykiske lidelser, ikke opplever at nettverket tilegnet gjennom arbeid bidrar til sosial støtte, økt sosialisering og nære relasjoner. I et slikt tilfelle vil ikke et utvidet nettverk nødvendigvis bidra til bedre helse og økt livskvalitet. Dette viser at deltagelse i arbeidslivet i seg selv ikke fører til økt livskvalitet.

5.0 Avslutning:

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan deltagelse i arbeidslivet kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser. Oppgaven viser at det å ha en psykisk lidelse kan føre til flere negative konsekvenser. Lavt selvbilde, ensomhet, arbeidsløshet og i mindre grad opplevelse av mening med livet er noe av det som nevnes. Arbeid har blitt trukket frem som en faktor som kan motvirke flere av disse konsekvensene og bidra til økt livskvalitet. Ved å ha en jobb kan mennesker med psykiske lidelser, uten arbeid, få et utvidet nettverk, sosial støtte, en sterkere opplevelse av mening med livet, tilgang til økonomiske ressurser og redusert symptombelastning. Dette er faktorer som kan føre til en sterk opplevelse av sammenheng og økt livskvalitet.

Samtidig viser den siste delen av oppgaven at arbeid i seg selv nødvendigvis ikke fører til økt livskvalitet. Det er hvor tilfreds man er i jobben, og om man evner å ta i bruk de generelle motstandsressursene på en helsefremmende måte, som er av betydning for om man får økt livskvalitet. Oppgaven viser også at mennesker med psykiske lidelser, uten arbeid, kan engasjere seg i forskjellige aktiviteter som kan fylle funksjonen til ordinært arbeid. Frivillig arbeid er et eksempel på en slik aktivitet.

Ingen av studiene i oppgaven viser at deltagelse i arbeidslivet gjorde informantene friske fra deres psykiske lidelse. Det kan derfor være grunn til å tro at det å ha en jobb, kun er en av flere faktorer som kan føre til økt livskvalitet og bedre helse for den aktuelle gruppen. En antagelse kan være at mange med alvorlige psykiske lidelser aldri vil bli helt friske. Det å få økt livskvalitet kan i så fall være viktig for at disse menneskene skal kunne leve gode liv, og det å ha en jobb kan være en «brikke» for å oppnå dette.

Dersom arbeid kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser, vil det også være viktig å inkludere disse menneskene i arbeidslivet. Oppgaven belyser ikke hvilke arbeidsmarkedstiltak som aktivt tas i bruk i dag og effekten av disse. På den annen side viser oppgaven at det fortsatt eksisterer negative holdninger og stereotyper tilknyttet denne gruppen, og at mennesker med psykisk sykdom er utsatt for å bli diskriminert i arbeidsmarkedet. Dette kan tyde på at det kanskje er nødvendig med inngripende tiltak, som for eksempel kvotering, for at denne gruppen skal bli inkludert i arbeidslivet, og kunne dra nytte av helsefordelene ved arbeidsdeltagelse.

6.0 Litteraturliste:

- Argentzell, E., Håkansson, C., & Eklund, M. (2012). Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *19*(1), 49–58.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2010.540038>
- Bjørnshagen, V. (2021). The mark of mental health problems. A field experiment on hiring discrimination before and during COVID-19. *Social Science & Medicine*, *283*, 114181. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114181>
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(1), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg). Gyldendal Norsk Forlag.
- Ehrlich-Ben, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Lysaker, P. H. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(2), 195–200.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.011>
- Eklund, L., Gunnarsson, A. B., Jansson, J.-Å., Pooremamali, P., & Eklund, M. (2021). A cross-sectional study addressing the importance of work and other everyday activities for well-being among people with mental illness: Does additional vulnerability matter? *BMC Psychiatry*, *21*(1), 383. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03388-8>
- Eklund, M., Hermansson, A., & Håkansson, C. (2012). Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? *Journal of Occupational Science*, *19*(2), 93–105. <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.605833>

- Elstad, T., & Norvoll, R. (2013). Sosial eksklusjon og inklusjon. Norvoll, R. *Samfunn og psykisk helse – samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 118-148). Gyldendal akademisk.
- Gjertsen, H., Melbøe, L & Hauge, H, A (2021). Behov for å tenke nytt om arbeidsinkludering. Gjertsen, H., Melbøe, L & Hauge, H, A (red). *Arbeidsinkludering for personer med utviklingshemning* (S. 17-31). Universitetsforlaget
- Grøholt, E. K., Hånes, H., & Reneflot, A. (2014). *Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>
- Hendryx, M., Green, C. A., & Perrin, N. A. (2008). Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 320–329. <https://doi.org/10.1007/s11414-008-9151-1>
- Helsedirektoratet (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>
- Heskestad, S., Kalhovde, A. M., Jakobsen, E. S., Tytlandsvik, M., Horpestad, L., & Runde, I. K. S. (2019). Medikamentfri psykiatrisk behandling – hva mener pasientene? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0912>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine*, 7(7), 1-20.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Huseby, B., Pedersen, P. B., Mjelde, A., & Huus, G. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20>

Ohelsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kogstad, R. E., Mönness, E., & Sörensen, T. (2012). Social Networks for Mental Health Clients: Resources and Solution. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 95–100. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9491-4>

Leufstadius, C., Eklund, M., & Erlandsson, L.-K. (2009). Meaningfulness in work – Experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work*, 34(1), 21–32. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0899>

Levin, I. (2015). Sosialt arbeid som spenningsfelt. Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, E. C (Red.), *Sosialt arbeid en grunnbok* (s. 36-46). Oslo: Universitetsforlag.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Lyngstad, G. D. (2000). Stigma og stigmatisering i psykiatrien – et område som krever innsats? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2000/08/kronikk/stigma-og-stigmatisering-i-psykiatrien-et-omrade-som-krever-innsats>

Millner, U. C., Rogers, E. S., Bloch, P., Costa, W., Pritchett, S., Woods, T., Teixeira, C., & Hintz, K. (2022). Unpacking the Meaning of Work for Individuals Living With Serious Mental Illness. *Journal of Career Development*, 49(2), 393–410. <https://doi.org/10.1177/0894845320941256>

Mineo, L. (2017). Good genes are nice, but joy is better. *The Harvard Gazette*. Hentet fra: <https://news.harvard.edu/gazette/story/2017/04/over-nearly-80-years-harvard-study->

[has-been-showing-how-to-live-a-healthy-and-happy-life/](#)

National Institute of mental health (2022, 1. januar). *Mental health*. Hentet 8. Mai 2022 fra:
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

NAV (2019, 1. desember). *Diagnoser uføretrygd*. Hentet 20. mars 2022 fra:
<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>

Perese, E. F., & Wolf, M. (2009). Combating Loneliness Among Persons with Severe Mental Illness: Social Network Interventions' Characteristics, Effectiveness, and Applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 591–609.
<https://doi.org/10.1080/01612840590959425>

Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500–506.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>

Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal.

Skatteetaten (2021, 1. januar). *Ordinært arbeidsforhold*. Hentet 03. april. 2022 fra:
<https://www.skatteetaten.no/bedrift-og-organisasjon/arbeidsgiver/a-meldingen/veiledning/arbeidsforholdet/type-arbeidsforhold/ordinart-arbeidsforhold/>

Støren, K. S., Rønning, E. & Gram, K. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet-i-norge-2020>

Strøen, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning til å skrive litteraturstudier*. Cappelen Damm Akademisk.

Sundt (2022, 22. februar). *108 000 personer med nedsatt funksjonsevne var sysselsatt i fjor*. Hentet 20. mars 2022 fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/personer-med-nedsatt-funksjonsevne-arbeidskraftundersokelsen/artikler/108-000-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-var-sysselsatt-i-fjor>

Søby, W. (2018). Sosionomer viktig i psykiatrien. *Fontene*. Hentet fra: <https://fontene.no/fagartikler/sosionomer-viktig-i-psykiatrien-6.47.497837.f37f3fe9f1>

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Van Dongen, C. J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32(6), 535–548. <https://doi.org/10.1007/BF02251064>

Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73–93. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>

Yanos, P. T., Rosenfield, S., & Horwitz, A. V. (2001). Negative and Supportive Social Interactions and Quality of Life Among Persons Diagnosed with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 405–419. <https://doi.org/10.1023/A:1017528029127>

