

Deltakererfaringer fra samarbeidsprosjektet mellom NAV, 1. og 2. linjetjenesten: “Arbeid, rus og psykisk helse”

En formativ evaluering i brukerperspektiv

Participant experiences from the collaboration project between NAV, 1. and 2. line service: «Work, substance abuse and mental health»

A formative evaluation from a user perspective

Karin Alice Mikkelsgård



Høgskolen i Hedmark

Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid

Avdeling for folkehelsefag

HØGSKOLEN I HEDMARK

2012

alle snakker sant

hvor skal du gå
når alle veier fører til en vegg
og i den veggen er et lite søkk
fra gamle møter med ditt hode?
hvem hører du på
når alle snakker sant og sier hør
og du har hørt det tusen ganger før?
og du lurere på
hvor skal du gå?
du trenger en ny vei nå

togene går
og andre mennesker klarer fint
riktig tog til riktig tid
du våkner alltid opp i feil by
hvor lenge holder et håp
når du tror at du skal klare deg
men beina bare vil en vei?
og du lurere på
hvor skal du gå?
du trenger en ny vei nå

når du ikke orker kjempe mer
du lukker øynene og ser svart
det mangler tegninger på ditt kart

hvem skal du slå
hvem skal overvinnes i duell
når den eneste du møter er deg selv
igjen og igjen?
hvor mange ganger skal du gå
den samme veien gang på gang
fordi det er den eneste du kan?
og du spør med din klareste stemme
hvor skal du gå?

(Siri Nilsen, 2011)

Forord

*Ideen til denne evalueringen kom etter kontakt med fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse i gjeldende fylke, som formidlet kontakt til prosjektansvarlig. Interessen for tematikken som sådan har både en faglig og personlig forankring: Jeg har fagbakgrunn innenfor humanistiske og samfunnsvitenskapelige fag samt helsefag, og ser stadig kompleksiteten i samspillet mellom menneske, samfunn og miljø og behovet for å tenke helhet og på tvers av fagdisipliner. **Arbeidets betydning** ble synliggjort for meg på et personlig plan da jeg i en periode måtte sette arbeidslivet på vent på grunn av sykdom. Dette har totalt sett gitt meg en motivasjon for å utforske ulike aspekter knyttet opp mot det å være i arbeid og aktivitet.*

*Siri Nilsens tekst «Alle snakker sant» har dukket opp flere ganger i arbeidet med masteroppgaven. Det å skulle komme i arbeid eller aktivitet etter lang tids fravær kan oppleves som en svært utfordrende prosess på mange måter. Ofte må nye veier prøves for å finne fram, og møter med hjelpeapparatet kan representere spor som fører videre eller til blindveier. Hvem skal den som søker hjelp lytte til? Særlig for mennesker med sammensatte problemer kan det være nødvendig at hjelpeapparatet ikke tenker alene, men samler sin kompetanse for å finne nye veier videre **sammen** med den det gjelder. Dette tverrfaglige fokuset var et av de aspektene som fasinerte meg med Arbeids- og velferdsforvaltningens (NAV) prosjekt «Arbeid, rus og psykisk helse», og som jeg fikk lyst til å undersøke nærmere.*

For å finne nye veier trengs det kunnskap om hvordan det er mulig å fange drømmer, se muligheter og finne livsveier videre i ofte svært vanskelige og kompliserte livsfaser. Prosjektet representerer en spennende og nytenkende vei å gå i forhold til dette, noe denne studien via fokus på deltakererfaringer søker å belyse. Siden studien er en formativ evaluering, vil det være mulig å ta hensyn til betraktninger som er gjort for å iverksette forbedringer.

En stor takk går til de deltakerne som stilte opp til intervju og raust delte av sine erfaringer og opplevelser. Det har vært inspirerende å lytte til deres fortellinger, og jeg er imponert over deres livskraft og veivalg. En stor takk går også til ansatte i prosjektet og til NAV for øvrig i gjeldene kommune og fylke for et flott samarbeid. Leder av Mental Helse i gjeldende kommune og prosjektets brukerrepresentant takkes for viktige pilotintervjuer. Ikke minst går en stor takk til min veileder ved Høgskolen i Hedmark, Sevald Høye, for konstruktive innspill og raske tilbakemeldinger, studiets øvrige lærere, min trofaste kollokviegruppe gjennom året, og til familie og venner som har kommet med innspill og lyttet tålmodig.

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
SAMMENDRAG	7
ABSTRACT	8
1 INTRODUKSJON	9
1.1 BAKGRUNN	9
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	10
1.3 AVGRENSNINGER OG BEGREPSAVKLARINGER	10
1.4 OPPDRAGSFORSKNING	11
1.5 AVHANDLINGENS OPPBYGGING	11
2 TEORETISK RAMMEVERK	12
2.1 PSYKISK HELSEARBEID	12
2.2 RECOVERY	13
2.3 SALUTOGENESE	15
2.4 ARBEID OG PSYKISK LIDELSE	17
2.5 ARBEIDETS BETYDNING	18
2.5.1 FORDELER MED Å ARBEIDE	18
2.5.2 BARRIERER MOT Å KOMME I ARBEID	19
2.5.3 ARBEID OG STØTTE	20
2.5.4 ARBEID, IDENTITET OG ENDRING	21
2.6 SAMARBEID OG HELHETLIG OPPFØLGING	22
3 METODE	24
3.1 EVALUERINGSFORSKNING	24
3.2 MÅLRETTEDE EVALUERINGSMODELLER	25
3.3 METODEVALG	27
3.4 MÅLIDENTIFISERING OG OPERASJONALISERING	30

3.5 DATAINNHEITING	30
3.5.1 INFORMANTREKRUTTERING	31
3.5.2 INTERVJUGUIDE, PILOTINTERVJU OG KONTEKST	32
3.6 ANALYSEPROSESSEN	32
3.7 ETISKE OVERVEIELSER	34
3.7.1 INFORMERT SAMTYKKE, AUTONOMI OG ANONYMITET	34
3.7.2 SKADE, RISIKO OG NYTTE	35
3.8 METODEDISKUSJON	36
4 RESULTATPRESENTASJON	42
<hr/>	
4.1 EN LIVSENDRENDE PROSESS	44
4.1.1 LIVSSAVN	45
4.1.2 LIVSLYST	50
4.2 BÆRENDE OG BRISTENDE OPPFØLGING	55
4.2.1 STYKKEVIS OPPFØLGING	55
4.2.2 HELHETLIG OPPFØLGING	59
4.2.3 TVERRFAGLIG SAMARBEID	60
4.2.4 VENTETID OG TILGJENGELIGHET	61
4.3 MANGESIDIG STØTTE	63
4.3.1 BROBYGGER	63
4.3.2 SYSTEMLOS	65
4.3.3 STØTTEPERSON	65
4.4 PERSONORIENTERT PERSPEKTIV	66
4.4.1 TERAPEUTISK RELASJON	66
4.4.2 IKKE-MEDISINSK BEHANDLINGSFOKUS	68
4.4.3 INDIVIDUELL TILPASNING	70
5 DISKUSJON	74
<hr/>	
5.1 MANGESIDIG STØTTE	76
5.2 IDENTITET OG AMBIVALENS	78
5.3 RASKT TILBAKE	80
5.3.1 SLITSOMT BYRÅKRATI	80
5.3.2 SAMARBEID	81

5.3.3 VENTETID	83
5.4 INDIVIDUELL TILPASNING	84
5.4.1 BEHANDLING OG AKTIVITET	84
5.4.2 FLEKSIBILITET	85
5.5 TILGJENGELIGHET	86
5.6 HELHET, NY START OG UTBYTTE	87
5.7 BIEFFEKTER	88
6 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	90
LITTERATURLISTE	92
VEDLEGG 1: FORESPØRSEL OG SAMTYKKEERKLÆRING	100
VEDLEGG 2: PÅMINNELSE	103
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE	104
VEDLEGG 4: TILRÅDNING FRA NSD	107
VEDLEGG 5: ANBEFALING FRA NAV	108
VEDLEGG 6: ILLUSTRASJON AV ARBEIDSMETODIKK I ANALYSEPROSESSEN	109
SLUTTNOTER	111

Antall ord: 26 725.

Sammendrag

Hensikt: Flere utredninger peker på behovet for en helhetlig innsats fra Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og helse- og sosialtjenesten for å virkeliggjøre intensjonen om samtidig arbeid og behandling for mennesker med psykisk funksjonshemming, noe NAV-prosjektet «Arbeid, rus og psykisk helse» søker å realisere. Denne studiens hensikt var å undersøke prosjektdeltakernes opplevelser av å delta i prosjektet.

Metode: Studiens design var formativ evaluering og metoden var kvalitativ forskningsintervju. 7 prosjektdeltakere deltok i undersøkelsen hvor data ble analysert etter kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Funnene tyder på at prosjektet arbeidet innenfor et salutogenetisk og recoveryorientert perspektiv, og flere funn bekrefter tidligere forskning på disse områdene. Deltakerne beskriver det som viktig at NAV tilbyr hjelp til å mestre psykiske problemer, og enkelte beskriver det som avgjørende for egen framgang å delta i prosjektet. Flere opplever økt livslyst gjennom mangesidig støtte, et fleksibelt, individuelt tilpasset tilbud med lite ventetid og rask intervensjon hvor de står i sentrum som hele mennesker. Behandlerne og enkelte saksbehandlere i NAV framstår som betydningsfulle livsveiledere som gjennom et personorientert perspektiv har fanget deltakernes drømmer og støttet disse. Funnene viser også fenomener som bidrar til stagnasjon og livssavn. Ventetid på NAV-tiltak, slitsomt byråkrati, hyppig saksbehandlerbytte og krysspress bidrar til å skape hjelpeløshet, maktesløshet, usikkerhet, stress, frustrasjon og mangel på helhet.

Konklusjon: Prosjektet er avhengig av NAV-kontoret for øvrig for å lykkes, og det anbefales å undersøke nærmere samarbeidet mellom behandlerne og saksbehandlerne, ventetid, deltakerambivalens samt bevisstheten prosjektet og NAV for øvrig har rundt kroppsspråket og relasjonens betydning i møte med deltakerne.

Søkeord: *Work, recovery, mental illness, employment, working life, occupational health og mental health.*

Abstract

Purpose: Several studies point to the need for a unified effort from the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV) and the health and social services to realize the intention to simultaneously work and treatment for people with mental disabilities, which the NAV-project "Work, substance abuse and mental health" seeks to realize. The purpose of this study was to examine the project participants experiences of attending in this project.

Method: The study design was a formative evaluation and the method was qualitative research interview. 7 project participants took part in the survey where the data were analyzed by qualitative content analysis.

Results: The findings suggest that the project works within a salutogenetisk and recovery-oriented perspective, and confirms previous research in these areas. Participants describe it as important that NAV offers help to cope with mental health problems, and some describe it as crucial to their progress to participate in the project. Several experience increased lust for life through diverse support, a flexible, personalized service with low waiting time and rapid intervention where they stand in the center as whole persons. The therapists and certain caseworkers of NAV stands out as significant life coaches who, through a person-oriented perspective has seen opportunities, captured participants dreams and supported them. The findings also show phenomens that contribute to stagnation and life longing. Waiting time of NAV-measures, exhausting bureaucracy, frequent switching of caseworker and cross-pressure contribute to creating helplessness, powerlessness, insecurity, stress, frustration and lack of a whole.

Conclusion: The project is dependent on the NAV-office at large to succeed, and it is recommended to investigate further the cooperation between the therapists and the caseworkers, waiting time, participant ambivalence and awareness the project and NAV in general have about the significance of body language and relationships when meeting the participants.

Keywords: Work, recovery, mental illness, employment, working life, occupational health and mental health.

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Det har lenge blitt antatt at mennesker med psykiske lidelser ikke har kunnet arbeide inntil, eller med mindre de opplevde bedring (Blank & Hayward, 2009). Nyere forskning peker imidlertid på at arbeid kan bidra signifikant i recoveryprosesser, og Helsedirektoratet oppfordrer i dag hjelpesystemet til å tenke samtidig behandling og arbeid, fordi dette oftere gir raskere bedring hos pasienter med psykiske problemer (Helsedirektoratet, 2011).

Det står her sentralt å sikre en helhetlig offentlig innsats, og flere offentlige strategier understreker at helsehjelp kan være et viktig element når det gjelder å kunne delta i arbeidslivet eller komme tilbake til arbeid. Mange har behov for samordnede tilbud fra helse- og sosialtjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen for å kunne utnytte sin arbeidsevne (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Arbeidsdepartementet, 2011).

Prosjektet ”Arbeid, rus og psykisk helse”, som gjennomføres ved NAV i en mellomstor kommune på Østlandet i perioden 2010-2013, er et samarbeidsprosjekt mellom kommunen/Samtaletjenestenⁱ, spesialisthelsetjenesten/Distriktpsykiatrisk senterⁱⁱ (DPS) og NAV i aktuell kommuneⁱⁱⁱ, og kan med sitt brobyggende arbeid sees på som et svar på dette. NAVs mandat er primært å følge opp folk til å komme i arbeid eller aktivitet og ikke drive med behandling. Utfordringen NAV har sett, og nå tar tak i via prosjektet, er imidlertid at mange ikke kommer videre nettopp på grunn av psykiske og/eller rusrelaterte problemer. Mange trenger *behandling* i tillegg til tradisjonelle tiltak for å komme ut i arbeid/aktivitet.

Gjennom å ansette 2,5 årsverk øremerkede behandlerstillinger for NAVs brukere til 1. og 2. linjetjeneste, vil prosjektets mål være at behandling og aktivitet/arbeid skal kunne skje parallelt. Det særegne ved dette prosjektet er at behandlerne er ansatt i NAV, men har tilholdssted ved henholdsvis Samtaletjenesten og ved DPS. Deltakelse i prosjektet er frivillig og basert på motivasjon fra den enkelte deltaker.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å få fordypet kunnskap om hvordan deltakerne opplever å være en del av det beskrevne NAV-prosjektet. Gjennom evalueringsdesign vil deltakernes opplevelser og erfaringer bli sett opp mot målsettinger som er formulert i prosjektbeskrivelsen på brukernivå, og det gjennomføres en formativ evaluering etter målrettet evalueringsmodell.

Resultatene fra studien kan anvendes i prosjektets videre arbeid og vil blant annet bli presentert for ansatte i prosjektet og NAV for øvrig ved aktuelt kontor. Resultatene kan også bidra til kompetanseutvikling. Det er ønskelig at andre innenfor helse- og sosialtjenesten kan dra nytte av studien ved at den setter fokus på helhetlig og tverrfaglig samarbeid, og belyser arbeid som en mulig del av recoveryprosesser. Følgende problemstilling søkes belyst:

Hvordan opplever brukere ved NAV i en mellomstor kommune på Østlandet å være deltakere i prosjektet «Arbeid, rus og psykisk helse»?

Problemstillingen er operasjonalisert gjennom tre forskningsspørsmål:

1. I hvilken grad opplever prosjektdeltakerne et helhetlig, tilgjengelig, fleksibelt og individuelt tilpasset tilbud med støtte og rask intervensjon?
2. Hvordan opplever prosjektdeltakerne samarbeidet mellom ansatte i prosjektet og NAV-veiledere?
3. I hvilken grad opplever deltakerne endring som følge av deltakelse i prosjektet?

1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Evalueringen avgrenses til å omhandle kun arbeid og psykisk helse, og «rus» belyses ikke, fordi ingen av informantene ga uttrykk for å ha utfordringer knyttet til rusrelaterte problemer. Mål for prosjektet som går på systemnivå blir ikke undersøkt. Studien er avgrenset til en kommune: et NAV-kontor en Samtaletjeneste og et DPS. Data er samlet inn over en avgrenset seks ukers periode i mars-april 2012. Rekruteringsgrunnlaget har kun vært frivillige deltakere som ble med i prosjektet i perioden 2010-2011.

Følgende begreper benyttes som synonymer: «Bedre», «bedring» og «bedringsprosesser» brukes synonymt med «recovery» og «recoveryprosesser». «NAV-veileder» og «NAV-saksbehandler» anvendes som synonymer. «Deltaker» og «bruker» benyttes også som synonymer.

Det ble gjennomført litteratursøk høsten 2011 og våren 2012 i databaser^{iv} som er avgrenset til APA Psyc Net, Psyc INFO, DARE, Ovid, Bibsys, Idun og Sve-Med. Aktuell relevant forskning fra Skandinavia, Europa, USA, Canada og Australia lokalisert i artikler, bøker, rapporter og utredninger vil bli belyst.

1.4 Oppdragsforskning

Denne studien er et oppdrag fra NAV i aktuell kommune. Forsker er student ved Høgskolen i Hedmark, og ikke ansatt i NAV eller mottaker av økonomiske eller andre godtgjørelser fra oppdragsgiver. Forskerens forbindelse til oppdragsgiver kan beskrives som uavhengig, fordi forsker ikke kjente noen av de ansatte ved NAV-kontoret i forkant. Dette kan ha betydning i forhold til at forsker er mer uhildet enn ved en intern evalueringstudie. Kaiser og Tostensen (2012) hevder at oppdragsgiver både i evalueringens initieringsfase, gjennomføringsfase og formidlingsfase kan forsøke å påvirke forsker i en bestemt retning.

I forhold til valg av metode og spørsmålstilling var oppdragsgiver til en viss grad involvert. Forsker og oppdragsgiver kom i fellesskap fram til valg av metode ut fra hva som kunne gi rikest kunnskap. Forslag til spørsmål basert på mål i prosjektplanen ble gjennomgått med de ansatte i prosjektet. Endelig spørsmålstilling, problemstilling og forskningsspørsmål ble utformet av forsker i samråd med veileder og forelagt og diskutert på studentsamlinger der andre mastergradsstudenter og studiets lærere deltok.

1.5 Avhandlingens oppbygging

Evalueringen har følgende oppbygging: Etter introduksjonen følger et teoretisk rammeverk i kapittel 2, etterfulgt av metode i kapittel 3, resultatpresentasjon i kapittel 4, diskusjon i kapittel 5 samt konklusjon og anbefalinger i kapittel 6.

2 Teoretisk rammeverk

Videre beskrives teoretisk forståelse av psykisk helsearbeid, recovery og salutogenese samt arbeid og psykisk lidelse.

2.1 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er et vidt felt som stadig er i endring, og ulike definisjoner og forståelser av begrepet er fremsatt. Bøe og Thomassen (2007) foreslår en definisjon hvor psykisk helsearbeid kan sees på som et samlebegrep for praktisk og faglig innsats i møte med psykiske lidelser: «Psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse» (s.18). En utvidelse av denne definisjon som enda tydeligere favner omfanget av begrepet, ble foreslått i lederen «Vi bærer psykisk helsearbeid videre» i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* etter avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse i 2008:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (s. 103).

I en slik forståelse er det ikke bare behandlerne som jobber under NAV-prosjektet som utøver psykisk helsearbeid. Den enkelte saksbehandler og ledelsen i NAV forvalter en rekke tiltak som kan hjelpe mennesker tilbake i arbeid eller i andre meningsfulle aktiviteter som kan være fremmende i en recoveryprosess, hindre stigmatisering og sosial utstøting. I denne utvidet kontekstforståelse av begrepet kan også disse sees på som sentrale utøvere innenfor psykisk helsearbeid.

Definisjonene over har elementer fra både et recoveryorientert og et salutogenetisk perspektiv, og forskning fra disse områdene benyttes som overordnet teoretisk rammeverk. Det er også naturlig å gjennomgå forskningslitteratur på området arbeid og psykisk helse, siden rammen for denne undersøkelsen nettopp er et prosjekt som befinner seg i dette skjæringspunktet.

2.2 Recovery

At mennesker med psykiske problemer utgjør en heterogen gruppe er blitt mer anerkjent i senere tid. Det er en pågående bevegelse fra å forstå psykisk funksjonshemming fra en medisinsk modell til en recoverymodell, ettersom flere longitudinelle studier publisert over de siste 30 år har vist at majoriteten av mennesker med alvorlige psykiske lidelser enten kommer seg eller opplever betydningsfull forbedring på flere livsområder ved å gjenoppbygge livet over tid (Goldberg, Killeen & O'Day, 2005; Davidson, O'Connell, Tondora, Evans & Lawless, 2005).

Det er framsatt flere beskrivelser og forståelser av begrepet recovery (Davidson et al., 2005; Hummelvoll, 2012). En av de mest brukte definisjonene er Anthonys (1993) definisjon utviklet etter intervju og skriftlige fortellinger fra det han benevner som brukere, overlevende og klienter:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life (...) (s. 527).

Anthony peker på at recovery fra psykisk lidelse også innebærer å komme seg fra ulike former for stigma, negative sider ved arbeidsledighet og knuste drømmer, og at det er en ikke-lineær og ofte kompleks og tidkrevende prosess (ibid). Bedringsprosesser kan sees på som en dypt personlig og individuell prosess, hvor den enkeltes styrker, ferdigheter og ressurser til å finne egne løsninger og utvikle strategier for å leve med symptomer, å skape mening og sammenheng i det en opplever og gjennomgår og å ha håp og tro på at bedring er mulig, har

avgjørende betydning. Kjernen i recovery-tanken ligger i gjenoppdaging av en sterk selvopplevelse og selvfølelse (Borg & Topor, 2007; Goldberg et al., 2005; Topor, 2006; Vatne, 2006; Sheperd, Boardman & Slade, 2008; Blank & Hayward, 2009).

Bedringsprosesser kan i tillegg til å forstås som en individuell prosess, også forstås i et sosialt og kontekstuell perspektiv, hvor de subjektive erfaringene og ressursene i hverdagslivet sees på som en grunnleggende (Borg & Davidson, 2008; Borg, 2009). Hummelvoll hevder at det «å komme på sporet igjen av et livsprosjekt som foreløpig er avbrutt» (2012, s.79), forutsetter utvikling av relasjoner preget av felleskap og likeverd. Møter med hjelpeapparatet kan være av stor betydning, enten som hinder eller som hjelp i bedringsprosessen (Borg & Kristiansen, 2004; Bøe & Thomassen, 2007; Borg & Topor, 2007; Johnson, 2010).

Hindringer beskrives blant annet som for mye vektlegging av rutiner, regler og teknikker i forhold til den lidende samt opplevde krenkelse i relasjoner. Dette kan vise seg ved tiltaleformer, ved å bli oversett, ikke tatt på alvor, ikke hørt, bekreftet eller forstått (Bøe & Thomassen, 2007; Borg & Topor, 2007; Knutzen, 2008; Schön, Denhov & Topor, 2009). Skau (2011) peker på at profesjonell maktarroganse kan føre til stor skade fordi profesjonsutøveren har mye makt i arbeidet med sårbare og utsatte mennesker. Selv om krenkelser skjer uten viten og vilje sendes det indirekte et budskap om at «*det er jeg som er viktigst av oss to / min tid er i motsetning til din dyrebar / du er egentlig ikke verdt min fulle oppmerksomhet / du har ikke krav på virkelig å bli hørt eller sett*» (ibid, s. 37).

Hjelp av betydning beskrives i omtrent motsatte elementer, hvor den profesjonelle fremstår som en brukerorientert hjelper. Dette innebærer myndiggjøring i form av at den profesjonelle følger og lytter til den andre heller enn å styre vedkommende, noe som forutsetter gjensidighet og anerkjennelse i relasjonen, det vil si et subjekt-subjekt forhold. Det innebærer at den profesjonelle gir støtte, er lydhør og nysgjerrig, viser fleksibilitet, er interessert og at terapien går over tid. Det er også av betydning at fagpersoner gir råd om praktiske forhold i hverdagen og har en åpen holdning til hva som hjelper og anerkjenner den enkeltes egne perspektiver på problemer så vel som løsninger, viser omsorg, tillit, ærlighet, forståelse og aksept og møter den andre som et medmenneske (Bøe & Thomassen, 2007; Borg & Topor, 2007; Borg, 2009; Vatne, 2006; Røkenes & Hanssen, 2006; Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2011; Schön et al., 2009). Kogstad (2004) fant at i 230 av 300 vendepunktsopplevelser i møte med hjelpeapparatet var etablering av en trygg relasjon sentral. Personlighet, likeverd og gjensidighet framsto som sentralt funn også her.

En systematisk gjennomgang av forskning, evalueringer og erfaringer fra det sosialfaglige praksisfeltet i perioden 2002-2009 viser også at relasjonsbygging mellom deltaker og tiltaksarbeider kan se ut til å ha avgjørende betydning for å lykkes med tiltaks- og oppfølgingsarbeid. Elementer som tid, tilgjengelighet, fleksibilitet, trygghet, tillit, anerkjennelse og respekt ble funnet som sentralt, i tillegg til forutsetningen om at ansatte innehar bred relasjonell kompetanse og erfaring (Aasen, Marthinsen & Vist, 2010).

Det er ikke noen selvfølge at yrkesutøvere innehar gode relasjonelle ferdigheter, og Skau (2011) peker på begrepet personlig kompetanse som avgjørende for kvaliteten i arbeid med mennesker, og bestemmende for relasjoner. Dette er en form for kompetanse som er vanskelig å beskrive, tar lengst tid å utvikle og som man er kommet kortest med å dokumentere og vurdere. Selv om den ikke er yrkesspesifikk brukes den i utøvelse av yrker og beskrives som en kombinasjon av menneskets personlige og erfaringsbaserte kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter som i stor grad virker inn i møtet med andre (ibid).

Leenderts (1995) peker på at opplevelser man får som fagfolk ikke blir til erfaringer som kan gi personlig utvikling, vekst og modenhet, uten refleksjon. Uten en *refleksjonsprosess* kan arbeidet bli ren rutine, med den følge at bruker behandles mer ut fra det den profesjonelle vet om diagnose eller kategori, enn ut fra brukers personlige livssituasjon. Ut fra et slikt perspektiv hevder Skau (2011) at forpliktende arbeid med personlig utvikling bør inngå som del av kvalifikasjonskravet som rettes til dem som skal arbeide med andre menneskers liv, helse, utdanning eller velferd. Ved å bevisstgjøre og øke den relasjonelle kompetansen og erfaringen kan hjelpers evne til å framstå som brukerorientert styrkes.

2.3 Salutogenese

I Antonovskys modell og forståelse av helse fra 1990-tallet står begrepet salutogenese, læren om hva som gir god helse, sentralt. Perspektivet er flyttet fra det tradisjonelle diagnoseperspektivet, som representerer den dikotomiske forståelsen av mennesket som enten sykt eller friskt, til forståelsen av helse på et kontinuum med grader av helse og på hva som fremmer helse. Det er den enkelte persons livshistorie som står i fokus, ikke diagnose eller sykdom (Antonovsky, 1996; Bøe & Thomassen, 2007; Langeland, 2006).

Begrepet «Opplevelse Av Sammenheng» (OAS) er et nøkkelbegrep i forhold til hva som er helsefremmende i et salutogenetisk perspektiv, og det består av tre komponenter: forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky fant i sin forskning at en høy opplevelse av sammenheng vil kunne føre til en høy grad av helse, og motsatt. OAS sees på som universelt og av tverrkulturell karakter (ibid):

Forståelighet omhandler i hvilken grad vi opplever situasjoner, utfordringer og vanskeligheter i livet som forståelige. Dersom livshendelser oppleves som uforståelige, kaotiske og tilfeldige vil det kunne fremme dårligere helse, og motsatt beskytte mot dårlig helse.

Håndterbarhet omhandler i hvilken grad en har tro på å ha nødvendige motstandsressurser tilgjengelige for å finne løsninger og takle utfordringer, slik at stressfaktorer ikke skaper spenning og uheld. Motstandsressurser kan bestå av indre faktorer som selvtillit, trygghet, kunnskap og ferdigheter eller ytre som sosialt nettverk og støtte, bolig, økonomi, mennesker en kan rådføre seg med, steder en kan henvende seg til for hjelp samt utdanning, arbeid eller andre meningsfulle aktiviteter som bidrar til fellesskap. Utfordringer som oppleves uhåndterbare samt lite tilgjengelige motstandsressurser kan føre til større risiko for dårligere helse.

Meningsfullhet omhandler i hvilken grad man opplever mening i livet, og om man opplever utfordringer som motiverende. Opplevd mening vil bidra til et høyere engasjement i utfordringer man møter, mens mangel på dette vil kunne medføre mindre motivasjon for å engasjere seg og overvinne problemer, noe som vil kunne medføre at en i større grad opplever seg som offer for livets påkjenninger og føre til en dårligere helse. Passende utfordringer, og ikke under- eller overbelastninger i det daglige livet, blir også sett på som grunnleggende for opplevelse av sammenheng og mening (ibid).

En viktig salutogen faktor er den enkeltes evne til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende (Antonovsky, 1996). Arbeid eller aktivitet kan være med på å skape en opplevd sammenheng, og det kan gi forutsigbarhet i hverdagen fordi en har noe å stå opp til om morgenen og dagen struktureres etter arbeidsdagen. Strukturen på dagen kan lett «gå i oppløsning» uten det daglige arbeidet å gå til (Fyrand, 2005). For mange gir det en mening med livet å være en del av et arbeidsfellesskap og føle tilhørighet (Granerud & Severinsson, 2006).

2.4 Arbeid og psykisk lidelse

Mennesker med psykiske lidelser, rusproblemer eller andre problemer utgjør en stor del av de som faller utenfor arbeidslivet eller står i fare for å falle utenfor. Antallet uføretrygdede har økt de siste årene både nasjonalt og internasjonalt, og særlig stor økning har det vært blant personer med psykiske lidelser. Angst og depresjon var i tidsrommet 1992-2003 i hovedsak årsak til ca. en tredjedel av alle uførepensjoner i Norge (Osborg, Kaspersen, Jensberg, Kalseth & Lilleeng, 2009; Mykletun & Knudsen, 2009; Øverland, Knudsen & Mykletun, 2011).

Det offentlige har i større grad rettet oppmerksomheten mot betydningen arbeid har for den psykiske helsen, og arbeid var et prioritert område i *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). I *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)* videreføres og styrkes fokuset på arbeid, psykisk helse og rus som et samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007). De siste årene har det vært større fokus i NAV på mennesker med psykiske lidelser (Osborg, Kaspersen, Jensberg, Kalseth & Lilleeng, 2009).

Begrepene funksjonshemning og nedsatt funksjonsevne defineres ikke helt likt, men psykiske lidelser og rus er i Statistisk Sentralbyrå (SSB) inkludert i statistikk over dette. I følge SSB var det for 2. kvartal 2011 totalt 542 000 funksjonshemmede i alderen 15-66 år. Tallene inkluderer 65 000 mennesker med psykiske problemer (angst, depresjon, fobier o.l.). Andre varige helseproblemer (inkludert rusmisbruk) utgjorde 35 000 mennesker, med svak overvekt av kvinner (Bø & Håland, 2011). Flere ønsker å komme i arbeid, og tall fra 2. kvartal 2011 viser at 79 000 ikke-sysselsatte funksjonshemmede ønsket arbeid. Av disse var 38 000 under 40 år (ibid). Lignede funn er gjort internasjonalt (Osborg et al., 2009; WHO, 2005).

En kunnskapsstatus i forhold til funksjonshemmede og arbeid oppsummerer internasjonal og nasjonal forskningslitteratur i perioden 2000-2010 (Norvoll & Fossetøl, 2010). I forhold til psykiske lidelser er forskningen på lettere psykiske lidelser og sysselsetting begrenset, mens det finnes et stort omfang av studier hvor fokus ligger på personer med ulike former for alvorlige psykiske lidelser og arbeidsinkludering. Det konkluderes med at det viktigste uansett er å ha fokus på den enkelte og dennes arbeidsevne, siden en *diagnose* ikke nødvendigvis sier noe om en persons arbeidsevne (ibid).

2.5 Arbeidets betydning

Blank, Harries og Reynolds (2011) hevder at forskning i forhold til hva slags erfaringer brukere med psykiske problemer har med å komme tilbake til jobb i stor grad har vært kvantitativ. For å belyse det individuelle perspektivet i større grad gjennomførte de et litteraturreview hvor fokuset utelukkende er på kvalitative studier i perioden 1989-2009. 13 studier som ble gjennomført i flere europeiske land samt USA, Canada og Australia møtte inklusjonskriteriene. Funnene fra disse studiene tyder på at arbeid har flere ulike betydninger for mennesker med psykiske problemer, at det oppleves fordeler og ulemper med å jobbe og at det eksisterer mange barrierer. Ulike former for støtte har avgjørende betydning i forhold til å komme tilbake til jobb, og funnene tyder på at barrierer kan overvinnes om rett type støtte er tilgjengelig. Særlig understrekes den høyst *individuelle* betydningen arbeid har i den enkeltes recoveryprosess og er tett bundet sammen med hvordan individet forstår sin lidelse og oppfatter seg selv, og påvirkes av kontekstuelle faktorer som endres over tid. Det har derfor stor betydning å utforske brukers følelser omkring arbeid, både antatte barrierer og fordeler, og det er behov for en brukersentrert tilnærming fra terapeuter og andre omsorgsarbeidere for å maksimere fordelsaspektet med arbeid for hvert individ (ibid).

2.5.1 Fordeler med å arbeide

I overnevnte studie er det identifisert en rekke fordeler med å jobbe, som alle kan sies å fasilitere recoveryprosesser (Blank et al., 2011): Arbeid gjør det lettere å oppnå en strukturert, meningsfull hverdag med retning, hvor spesielt de daglige rutinene knyttet til arbeid bidrar til utvikling av mestringsstrategier for psykiatriske symptomer, da spesielt tidlig i en recoveryprosess. Arbeid bidrar til bedret sosialt liv, integrasjon og tilhørighet, til følelsen av å bidra med noe og å oppnå noe, økonomiske fordeler som stabilitet og uavhengighet, å få mulighet til å oppnå sosialt verdifulle roller og bli akseptert av samfunnet, konstruere en positiv selvidentitet, selvfølelse og oppnåelse av empowerment gjennom å gjøre noe, oppleve et støttende miljø, økt selvtillit, tilfredshet og stolthet.

Liknede funn er gjort av Lau, Bakke og Berthelsen (2011) som har gjennomgått forskningslitteratur som har vurdert enkeltstudier på en systematisk måte. Det er utført statistiske metaanalyser av empiriske funn i noen av disse studiene. Det bekreftes at personer

med moderate former for angst og depresjon kan ha et positivt utbytte av deltakelse i arbeidslivet. Ulike forhold ved arbeidslivet bidrar til gode effekter på de ansattes mentale helse, og forhold både på arbeidsplassen og virkningen av å ha arbeid i seg selv omtales som sentrale funn. Både redusert fattigdom, bedret sosial status i samfunnet, bygging av sosiale nettverk, økt selvtillit, mulighet for selvrealisering og bruk av egne evner, identitetsskaping, økt status, bruk av egenkompetanse og ressurser ble identifisert. Mulighet for deltakelse i beslutninger, kontroll i arbeidssituasjonen, klare mål og gode tilbakemeldinger ble også funnet å ha en positiv effekt på de ansattes mentale helse (ibid).

I *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)* fremheves fordeler med å være i arbeid som styrket sosiale ferdigheter, redusert isolasjon samt økte muligheter for sosial støtte og redusert innleggelsesfrekvens (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Fravær av nettverk via arbeidslivet kan medføre svakere nettverk på andre arenaer enn arbeidslivet, noe som kan medføre større grad av isolasjon og mindre sosial integrering for den enkelte. Ulike måter å øke sosial aktivitet samt utvide det sosiale nettverket er sentrale virkemidler for å mestre psykiske problemer og øke arbeidsevnen (Eide & Røysamb, 2002; Granerud & Severinsson, 2006).

Selv om arbeid kan ha en positiv innflytelse på mental helse, forutsetter dette at det ikke er psykologiske, sosiale eller organisatoriske forhold ved arbeidsmiljøet som kan virke negativt inn på den enkelte arbeidstakers helse (Lau et al., 2011). En evaluering gjennomført av ECON i 2004 av Mental Helses telefon for arbeidslivet, viser at arbeid i seg selv kan føre til det motsatte av helsefremming og sykdomsforebygging. Flere innringere uttrykte utfordringer knyttet opp mot psykososiale arbeidsplassproblemer og ledelsen på arbeidsplassen, noe som kan øke sykefraværet og uførhet (Norvoll & Fossetøl, 2010).

2.5.2 Barrierer mot å komme i arbeid

Blank et al. (2011) sin studie peker på ulike opplevde individuelle barrierer mot å komme i arbeid. Den største barrieren ble funnet å være et antatt stigma omkring psykisk helse og psykiatriske symptomer, og angst for å måtte avsløre et psykisk helseproblem. Andre barrierer var bekymringer for at arbeid skulle føre til stress og slitenhet og øke de psykiske problemene, konflikter med kollegaer og arbeidsgivere samt mindre tid, kontroll og fleksibilitet til å gjøre andre ting. En usammenhengende arbeidshistorikk og mangel på

arbeidserfaring, økende alder, indre mangel på motivasjon, frykt for å ikke vite hvordan man kan finne jobb og ikke være i stand til å gjøre jobben, ble også funnet. Viktige korrelasjoner mellom vanlige barrierer, det vil si slike som hvem som helst som søker jobb kan møte (for eksempel mangel på utdanning eller ferdigheter eller transportproblemer), lidelsesbarrierer (for eksempel dårlig konsentrasjon og bieffekter fra medisin) og yrkessuksess ble også funnet. Å utforske oppfattede barrierer mot arbeid konkluderes med som er en viktig intervensjon (ibid).

2.5.3 Arbeid og støtte

Opplevd støtte fra andre er funnet å være et viktig element i recoveryprosesser (Davidson et al., 2005). I Blank et al. (2011) sin studie framkommer betydningen av å oppleve ulike former for støtte i det å finne og beholde arbeid. Emosjonell støtte ble sett på som vitalt, og spesielt understrekes betydningen av den individuelle alliansen mellom bruker og støtteperson, der emosjonell støtte og oppmuntring førte til økt selvtillit og motivasjon. Det ble også funnet at arbeidsstøtte var svært viktig i prosessen med å komme tilbake til arbeidslivet, det vil si støtte i forhold til å overvinne psykologiske barrierer og hjelp til å takle oppfattede stigma knyttet til psykisk lidelse på arbeidsplassen. En rekke elementer av praktisk støtte og assistanse ble sett på som nødvendige, som støtte til å få gjennomført yrkesmessig helsevurdering, en integrert tilnærming til yrkesveiledning, sterke forbindelser til byråer som kan gi muligheter for arbeid, tilgang til trygderådgiving samt at psykisk helsetjenester selv tar føringen i å skaffe og promotere muligheter for arbeid.

I studier hvor det var mangel på støtte og problemer med å mestre psykiske problemer, ble recovery mindre usikkert og håpefulle holdninger omkring muligheter for arbeid ble vanskelige å opprettholde (ibid). Lignende funn er gjort av Goldberg et al. (2005) hvor deltakerne hadde større mulighet for å lykkes i recoveryprosessen når de mottok positiv støtte fra familie og profesjonelle. Hel eller delvis avsløring av psykiske problemer fungerte for noen, mens å ikke gjøre det fungerte bedre for andre. Tanker omkring dette kan endre seg i løpet av den enkeltes recoveryprosess (ibid).

2.5.4 Arbeid, identitet og endring

Arbeid og beskjeftigelse kan sees på som de viktigste midlene mennesker har for kontakt mot nærmiljøet sitt og det man bygger livet opp rundt. Etablering av sosiale nettverk gjennom arbeid er svært vanlig, og World Health Organization (WHO) vektlegger betydningen av sosiale nettverk for personer med psykiske problemer for å øke den enkeltes livskvalitet (WHO, 2005).

I et samfunn som preges av stadig sterkere individualisering, knyttes identitet ofte opp mot roller i forhold til hva man driver med eller jobber med, og både utdanning og arbeid kan tolkes som en del av et identitetsprosjekt. «Arbeidet er blitt så allmektig at det i virkeligheten ikke lenger finnes noe motstykke til det», hevder Beck (2004, s. 10). En undersøkelse fra TNS Gallup viste at nesten 96% mente at arbeid var viktig for deres psykiske helse. Kun hjem og familie ble ansett som viktigere (Helsedirektoratet, 2011).

Arbeid er knyttet til verdi, og det kan oppleves som sentralt å få delta i samfunnets «verdiskapning», spesielt siden det kan oppleves som uverdigg å være avhengig av å motta hjelp (Henriksen & Vetlesen, 2006). Gjennom arbeid eller meningsfylte aktiviteter kan den enkelte oppdage verdien av å gi noe til tross for behovet for hjelp, og finne igjen en følelse av verdighet. Dette blir sett på som sentralt i oppbyggingen av en positiv selvoppfattelse, som er kjernen i recoverytanken (Sheperd et al., 2008).

Å gå fra en rolle til en annen kan innebærer en prosess hvor endring på flere områder skjer samtidig, for eksempel endring i identitet, sosiale relasjoner og energinivå som brukes daglig eller andre endringer i adferd. Klarheten for å ta en avgjørelse om framtida og finne motet til å gjøre det som trengs kan derfor oppleves som overveldende (Farkas & Anthony, 2010) og inneha elementer av ambivalens. Dette kan defineres som en «intrapsykisk tilstand kjennetegnet av samtidig eller stadig vekslende motstridende tanker, følelser eller impulser knyttet til samme person, handling eller objekt» (Formo, 2003, s. 9). Miller og Rollnick (2002) peker på at utfordringer knyttet til ambivalens er nøkkelementer som må løses for at endring skal inntreffe, og at tilsynelatende mangel på motivasjon heller kan sees på som uløst ambivalens.

2.6 Samarbeid og helhetlig oppfølging

Forskning viser at det mellom samarbeidspartnere i helse- og sosialtjenesten, og internt i NAV, ligger store utfordringer med hensyn til oppfølging av personer med psykiske lidelser (Schafft, 2008). Velferdsaktører i Norge og andre skandinaviske land har lenge vært klar over behovet og nødvendigheten for koordinering og samarbeid når det gjelder helse- og sosiale tjenester for personer med psykiske lidelser basert på brukernes behov. Til tross for at det er iverksatt tiltak og bestemmelser som skal bidra til dette, er det problematisk å få til tilstrekkelige parallelle prosesser og tiltak. Det pekes på at de ulike aktørene kan ha motsatt oppfatning av hva som er riktig for brukeren, og at de ulike instansene ikke har god nok kjennskap til hverandres oppgaver, bistandsformer, regler og betingelser for bistand samt at de kan ha ulike og til dels motstridende incentiver og suksesskriterier å jobbe etter. Resultatet blir at det er brukeren og pårørende som får oppgaven med å finne fram til og få hjelp fra rett instans på rett tid for å sikre helhet og kontinuitet i rehabiliteringsprosessen (ibid).

I en følgeevaluering (Flermoen, 2006) rettes oppmerksomheten blant annet mot brukernes erfaringer med Aetat (senere NAV). Mens det på den ene siden er brukere som er meget fornøyd med tilbudet de får, er det andre som mener at ansatte i Aetat har for lite innsikt i hva det innebærer å ha en psykisk lidelse, og at de ansatte ikke er interessert i å arbeide med folk som har slike lidelser.

Etter etableringen av den nye arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) hvor de to statlige etatene, arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten sammen med den kommunale sosialtjenesten fusjonerte og ble en etat i 2006, har det vært interne utfordringer (Andreassen & Fossetøl, 2011). Riksrevisjonens undersøkelse om effektiv ressursutnyttelse i NAV (2012a) viser en etat som står ovenfor store utfordringer. Det pekes blant annet på om det i etatens daglige arbeid, og av ledelsen på ulike nivåer, er viet nok oppmerksomhet til det viktige arbeidet med brukeroppfølging. Så lite som 14 prosent av den samlede ressursmengden vies denne oppgaven ifølge NAVs egen statistikk, selv om bedre brukeoppfølging var et viktig premiss for NAV-reformen. Samordningen av ansvarsområdene har vist å kreve betydelig kompetansebehov i forhold til veiledning og oppfølging av brukere, og mange veiledere framhever at de ikke har tilstrekkelig kompetanse for å gi den veiledningen som brukerne forventer (ibid).

Mellom 2008-2010 var det en reduksjon i hvor mye tid som brukes internt på opplæringsaktiviteter ved NAV-kontorene, og ledere og veileder peker på at det er problematisk å sette av nok tid til oppbygging og vedlikehold av kompetanse (ibid). En av de største utfordringene for NAV er i følge flere brukerorganisasjoner variasjonen i kompetanse, både når det gjelder regelverket som skal forvaltes, og vurderingen av brukernes helsesituasjon (Riksrevisjonen, 2012b).

Andre mindre omfattende studier viser samme tendens. Flere brukere i en kvalitativ studie utført av Norvoll (2011) mente at det sosiale arbeidet i NAV-tiltakene er forsvunnet ved innføring av NAV-reformen. Røysum (2009) fant i sin studie at sosialarbeiderne selv, ved et undersøkt NAV-kontor, opplevde at oppfølgingen av brukerne ikke fikk nok tid eller plass. Hun beskriver at et byråkratisk-administrativt helhetssyn fører til økt fokus på saksbehandling og mer byråkrati, mindre tid til brukerne, mindre mulighet for å jobbe utenfor kontoret og mindre muligheter til å jobbe langsiktig. Dette medfører at det profesjonsfaglige helhetssynet i sosialt arbeid, som innebærer en bred forståelse av brukers situasjon sett i lys av at det er et menneske og ikke kun en sak, problem eller behov som skal oppfylles, blir underordnet.

Ellingsen (2010) peker på at vedtak fattet i god forvaltningsånd er tuftet på kravet om riktig, grundig og lik behandling. Det kan da være fare for at vedtak og tjenestetilbud utformes med utgangspunkt i etatens oppfatning av brukerbehov heller enn et individuelt tilpasset tilbud som er basert på brukernes innspill, meninger og faktiske behov.

3 Metode

I dette kapitlet beskrives studiens design, metodevalg, datainnsamling og dataanalyse, etiske overveielser samt diskusjon av studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet.

3.1 Evalueringsforskning

Flere forskere peker på at evaluering som fenomen har ekspandert i den offentlige sektoren de siste tiårene (Denvall & Vedung, 2010; Vedung, 1998). Eriksson og Karlsson (2008) hevder at det i dag finnes like mange definisjoner av evaluering som det finnes forfattere som skriver om emnet. De har utarbeidet en definisjon som kan betegnes som oppsummerende, fordi den binder sammen flere elementer av typiske trekk i evalueringsdefinisjoner:

Vi mener at utvärdering är bakåtblickande men framåsyftande: utvärdering ska komma till användning för handlandet fragment. Aktiviteten utvärdering rymmer två viktiga moment: För det första att skaffa god kunnskap för att kunna ge en så bra beskrivning som möjligt av det som ska utvärderas/utvärderingsobjektet. För det andra att värdera denne kunskap mot en tydeliggjort referensram. Det är genom att kombinera dessa moment som aktiviteten blir utvärdering (s. 33).

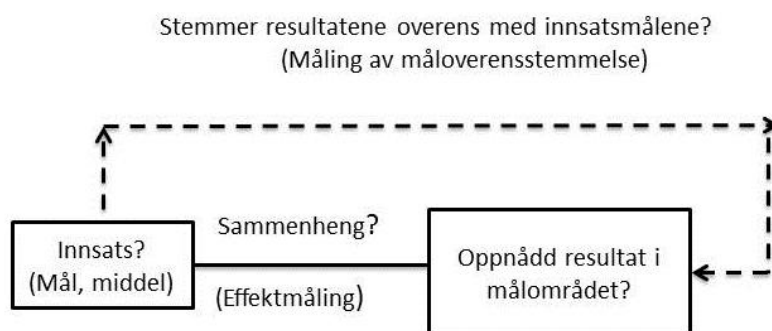
Definisjonen peker på sentrale trekk ved evaluering; å se tilbake, men samtidig tenke framover. Kunnskapen som framkommer skal kunne brukes av de involverte, og den må vurderes mot en tydeliggjort referanseramme. Overnevnte definisjon berører ikke spørsmålet om *når* en evaluering skal gjennomføres, men tradisjonelt har det vært den summative evalueringen som har stått sterkest. Dette er en type evaluering som gjennomføres *etter* avsluttet intervensjon, hvor resultater sammenfattes og kontrolleres i en slutfase. Erfaringer kan dermed bare brukes i kommende arbeider (Denvall & Vedung, 2010; Eriksson & Karlsson, 2008; Patton, 2002). Dersom evaluering skal kunne brukes til å påvirke og fremme igangværende evalueringsobjekter må det evalueres *underveis* i prosessen, noe et formativt evalueringsdesign muliggjør (ibid). Det er sistnevnte denne studien tar sikte mot å oppnå.

3.2 Målbare evalueringsmodeller

Målbare evalueringsmodeller er grunnleggende og tradisjonelle modeller i evalueringshenseende, og er de modellene som oftest benyttes i velferdsvirksomheter (Eriksson & Karlsson, 2008; Vedung, 1998). Det oppsummeres tre varianter; måloppfyllelsesanalyse, bieffektsanalyse og målfri evaluering, hvor førstnevnte regnes som den mest grunnleggende modellen (ibid).

I måloppfyllelsesanalyse peker Vedung (1998) på to sentrale trekk. For det første er det sentralt å se om de mål som er satt opp har blitt innfridd eller ikke; stemmer resultatet, utfallet eller prestasjonene overens med de vedtatte målene? For å gjennomføre en slik evaluering må målene for evalueringobjektet, som bør være virksomhetens egne, klargjøres empirisk av den som skal gjennomføre evalueringen. Vedung hevder at dette blir en objektiv evaluering, fordi målestokken er virksomhetens egne mål og ikke mål som er fastsatt av den som skal gjennomføre evalueringen (ibid).

For det andre er det sentralt å se på om det er selve innsatsen til virksomheten som har bidratt til måloppfyllelsen, og det gjennomføres en form for effektmåling. Her forsøker evalueringen å forklare på hvilke måter innsatsen har bidratt til måloppfyllelse i utfallsleddet, og det undersøkes mulige kausalitetsfunksjoner (ibid). Modellen kan derfor sies å være en del av effektradisjonen (Eriksson & Karlsson, 2008).



Figur 1: Måloppfyllelsesmodellen for evaluering etter Vedung, 1998 s. 52, egen oversettelse.

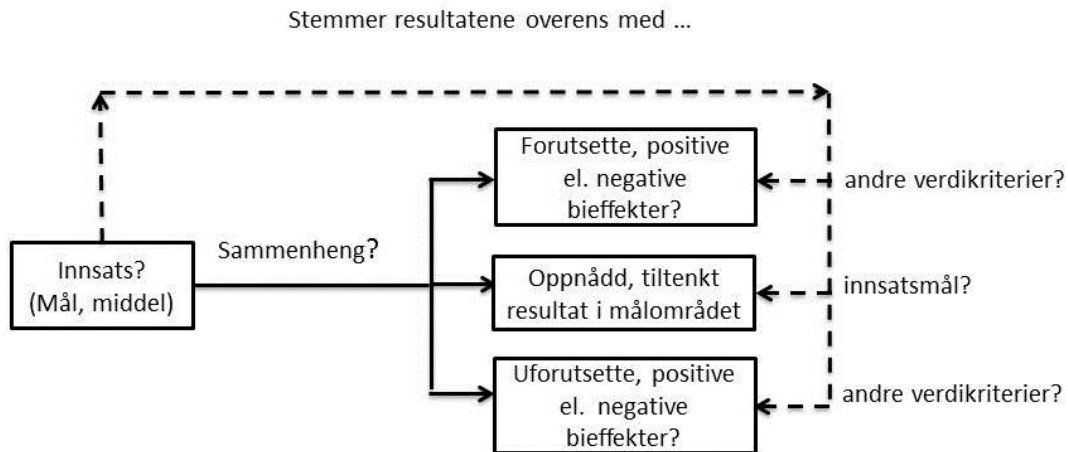
Selv om måloppfyllelsesanalyse kan sees på som en av de grunnleggende måtene å gjennomføre brukerfokusert evaluering, er anvendbar i mange sammenhenger og kan kombineres med tanken om forbedringer, er det en modell som utsettes for kritikk fra flere hold (Eriksson & Karlsson, 2008; Vedung, 1998). Målene som evalueres kommer ofte

ovenfra og er ikke nødvendigvis uttrykk for det brukerne anser som viktigst samt at de ikke uttrykker brukernes interesser i tilstrekkelig grad.

En annen sentral innvendig mot en rendyrket måloppfyllelsesanalyse, er bieffektsargumentet. Siden måloppfyllelsesanalysen kun evaluerer mot de mål som er formulert initialt er denne metoden prinsipielt blind for forandringer som kan skje ved siden av målene. Bieffekter kan være av ulike slag: ønskede, uønskede, forutsette eller uforutsette, positive eller negative, forbigående eller varige. Dersom det ikke tas høyde for bieffekter i evalueringen, kan man risikere å miste verdifull informasjon som kan inntreffe ved siden av målområdene (Eriksson & Karlsson, 2008; Vedung, 1998):

(...) det [är] viktigt att inte bli så «förblindad» av målen vid måluppfyllelsesanalys som den metoden möjligtvis kan förleda till, utan att med öppet sinne söka efter även förändringar och effekter som man inte förutsett men som kanske är de viktigaste, vilket bieffektanalys ger möjlighet till (Eriksson og Karlsson, 2008 s. 151).

Ved å gjennomføre en bieffektanalyse er sannsynligheten større for at det er mulig å holde et åpnere sinn og søke etter uforutsette forandringer og effekter. For øvrig hviler denne modellen på samme grunnforutsetninger som måloppfyllelsesanalysen som vist ovenfor, og den kan sees på som en utvidelse av denne; I tillegg til at måloverenstemmelse beholdes som organiserende prinsipp, komplementeres mål med et spørsmål om det finnes sideeffekter. «Den underliggende idén är att offentliga ingrepp kan åstadkomma annat än avsedda resultat» (Vedung, 1998 s. 59). Figuren under illustrerer dette poenget om bieffekter som Vedung holder som sentralt i evalueringsarbeid:



Figur 2: Bieffektsmodellen for evaluering med presiserte spørsmål om sidekonsekvenser, etter Vedung, 1998 s. 67, egen oversettelse.

Faren med begge modellene er at det å kjenne til målene i seg selv gjør at evalueringen risikerer å bli påvirket til kun å se effekter som kan kobles til målene. Derfor hevder den målfrie evalueringen, det vil si at evalueringen ikke kjenner til målene i det hele tatt, å kunne gi en rikere evaluering (Eriksson & Karlsson, 2008; Vedung, 1998). Den målfrie evalueringen velges i denne studien bort, fordi evalueringen allerede før informasjonsinnhentingen er gjort kjent med målene i prosjektet som skal evalueres.

Siden det er den menneskelige *opplevelsen* av å være prosjektdeltaker som skal undersøkes i denne studien, er det spesielt viktig at studien ikke låses for mye i forhold til å kun se på fastsatte mål jf. måloppfylingsanalysen. Denne studien finner det derfor mest hensiktsmessig å i tillegg benytte seg av bieffektsmodellen, fordi denne modellen, i tillegg til å se på måling av måloverensstemmelse, åpner opp for å finne forandringer og effekter som ikke nødvendigvis er fastsatt på forhånd som mål i prosjektplanen. Dette bidrar til å skape en friere og åpnere tilnærming i evalueringen.

3.3 Metodevalg

I tillegg til å velge modell for evalueringen er det også nødvendig å velge metode for å innhente informasjon. Både kvalitative og kvantitative orienterte metoder og teknikker kan

benyttes i evalueringsdesign (Eriksson & Karlsson, 2008). Siden det var prosjektdeltakerens *opplevelser og erfaringer* som skulle utforskes, var det naturlig å velge kvalitativ metode i denne studien. Det begrunnes nærmere med en vitenskapsteoretisk forankring.

De siste par tiår har både fenomenologi og hermeneutikk fått en voksende plass gjennom kvalitative metoder (Thornquist, 2003). Denne studien hviler på en epistemologisk erkjennelse med bakgrunn i disse retningene. Det er hverdagskunnskapen, livserfaringen og den praktiske erfaringen som den primære erkjennelsesform, som løftes fram. Studien søker på det ontologiske nivå å forstå verden og virkeligheten ut fra brukernes perspektiv gjennom bruk av kvalitativ metode.

Studien hviler også på et hermeneutisk basert syn på mennesket som et forstående og fortolkende vesen, der kjernen ligger i å forstå hvordan mennesket forstår og hvordan vi gir verden mening. Gjennom forståelse og fortolkning av meningsbærende enheter er målet å danne kunnskap gjennom å se verden slik den erfares og oppfattes for og av subjektet, og oppnå større forståelse. I dette ligger erkjennelsen av at subjektet ikke er en passiv mottaker av sanseinntrykk, men en aktiv deltaker som står i selve erkjennelsesprosessen (Thornquist, 2003).

Grunntrekkene ved kvalitative metoder er at de går i dybden for å få fram egenskaper og finne det unike ved fenomener, samtidig som det søkes etter en helhetlig forståelse. Det er få enheter som undersøkes og det er en tett og nær kontakt mellom forsker og informant (Kvale & Brinkmann, 2009). Tilliten som kreves mellom forsker og informant for å få fram informantens synspunkter krever en form for nærhet, innlevelse og empati (ibid.) som ikke kan oppnås gjennom standardiserte spørreskjemaer eller allerede innhentede data fra ulike databaser, som er vanlig i kvantitative design (Olsson & Sörensen, 2003). Upløyd mark som brukerkunnskap fortsatt er, forutsetter den induktive tilnærmingen som kvalitative forskningsmetoder innbyr til.

Denne studien skal undersøke få enheter og søke å gå i dybden for å få fram nyanserte data. Hensiktsmessig metode anses derfor å være kvalitativt forskningsintervju. Fordelen til kvalitativt rettede metoder er som nevnt muligheten for dybdeforståelse. Ved å utforske brukererfaringer kan det oppnås en dypere forståelse av hvordan deltakerne opplever å være med i prosjektet. Gjennom å vurdere disse erfaringene opp mot målsettinger som prosjektet uttegner på brukernivå, vil det være mulig å vurdere nytteeffekten prosjektet har for brukerne og gi en vurdering av overføringsverdi. Studien har imidlertid ikke et kausalt design, det vil si

at den ikke kan vise en statistisk årsakssammenheng mellom variabler, men den forsøker å antyde om det finnes sammenhenger mellom oppsatte mål og måloppnåelse.

Spørsmålet om det er nærhet eller distanse til virkeligheten som gir de beste forutsetninger for å gi en god beskrivelse av den, er avhengig av problemformuleringen eller hensikten med studien. For å forstå den undersøkte virkelighet er behovet for nærhet nødvendig. Men for å sette denne tolkningen i et videre perspektiv er det også sentralt at forskeren holder noe avstand og blir bevisst sin forforståelse (Jacobsen, 2000; Thornquist, 2003). «Poenget er å erkjenne at vi aldri er forutsetningsløse; at vi *alltid allerede* har en forutforståelse» (Thornquist, 2003, s. 142.).

Denne studien hviler på erkjennelsen om at vi som mennesker ikke møter verden som ubeskrevne blad, men at vi har med oss oppfatninger, meninger og bakgrunnskunnskap som vi møter fenomener med og som vi skaper forståelse og fortolkning ut fra. Vi har en forforståelse av de fenomenene som vi møter, som vi er mer eller mindre bevisste på (Dalen, 2011; Thornquist, 2003). Hummelvoll benytter begrepet *epoché* som en metodologisk holdning til det fenomenet som skal beskrives, hvor hensikten er å gi en så nøytral, nøyaktig og korrekt beskrivelse som mulig. Forutsetningen for å lykkes med dette er å bli bevisst sin forforståelse for så å kunne sette denne i parentes (bracketing) mens man deltar, iakttar, tolker, forstår og beskriver fenomener så forutsetningsløst som mulig (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996).

Utfordringene her er flere. Både å bringe sin forforståelse fram i bevisstheten og å trekke denne inn på en slik måte at den åpner for størst mulig forståelse av informantenes opplevelser og uttalelser. Samtidig må ikke forforståelsen bli et hinder i forhold til å kunne være åpen, undrende og mottakelig for informantenes opplevelser og erfaringer slik at beskrivelsene blir mest mulig bredde- og dybdefulle. Forforståelsen vil være i endring hele tiden, fordi det i møte med informantene vil dannes mer kunnskap samtidig som teorikapitlet i studien vil bli mer oppdatert etter som veien blir til. Derfor vil det være viktig å stadig gå tilbake til egen forforståelse og være denne bevisst i hele prosessen. Dalen (2011) beskriver utviklingen av forståelse gjennom flere ledd; fra en rent beskrivende forståelse av det informantene konkret sier, via en fortolkende forståelse av hva som egentlig menes med en uttalelse til en mer teoretisk forståelse av fenomenet som studeres. I alle disse leddene vil forforståelsen spille inn og være i endring. Når slutter forforståelsen og når begynner da forståelsen? Dette er et åpent spørsmål, men det kan antas at dette er en prosess som avsluttes

først når siste punktum settes. En beskrivelse av forforståelsen i tidlig fase av denne studien finnes i sluttnote^v.

Men vil dette si at den ene eller andre måten å finne kunnskap om virkeligheten på er bedre enn den andre? Eller finner vi bare er ulike former for kunnskap som sammen kan komplementere hverandre? I dag er stadig flere forskere enige i at både kvalitative og kvantitative metoder har noen svakheter og noen styrker (Jacobsen, 2000). Verken den induktive eller deduktive metoden gir en objektiv beskrivelse av virkeligheten, forskeren får kun inn ulike tolkninger av virkeligheten basert på mer eller mindre teoridanning før problemstilling formuleres. Og alt er kun en liten flik av virkeligheten (ibid).

3.4 Målidentifisering og operasjonalisering

For å gjennomføre måloppfyllelsesanalyse må målene for NAV-prosjektet klargjøres i forkant av informasjonsinnhenting. Med klargjøring menes her at målene i NAVs prosjektbeskrivelse er identifisert og skrevet ordrett av (se kapittel 5). Intervjuguiden ble utformet med bakgrunn i disse målene. En utfordring ved målevalueringer er å gjøre målet mål- eller bedømmingsbart, noe som jo er en forutsetning for å kunne foreta en slik evaluering. Det er derfor viktig å operasjonalisere målene (Eriksson og Karlsson, 2008).

Premisset for denne studien er at brukerperspektivet skal løftes fram, og det er individets subjektive oppfatning og individuelle tolkning av målene og deres opplevelse av måloppnåelse som står i fokus. Det derfor ikke hensiktsmessig å gi en objektiv operasjonalisering av målene på systemnivå. Slik sett kan dette betegnes som en noe utradisjonell måloppfyllelsesanalyse, fordi den både er mest vanlig å gjennomføre etter avsluttet intervensjon samt at fokus oftest er objektive operasjonaliserte mål som tallmåles. Sluttnote^{vi} viser at enkelte av målene er tallfestet.

3.5 Datainnhenting

Videre beskrives datainnhenting ved å belyse informantrekrutteringen, intervjuguiden, pilotintervju og intervjukontekst.

3.5.1 Informantrekruttering

Prosjektets hovedmålgruppe er unge under 25 år som mottar økonomisk stønad (sosialhjelp), Arbeidsavklaringspenger (AAP) eller er under Kvalifiseringsprogrammet (KVP), og som har sammensatte problemer innen rus og psykisk helse, ofte angst og depresjon med noe lettere grad av rusproblematikk. Det er ikke typisk at brukerne har fått noen diagnose, men det er mulighet for å få utredning i forhold til dette på DPS, hvor den ene prosjektmedarbeideren har tilholdssted og samarbeider tett med andre ansatte. De fleste får oppfølging ved Samtaletjenesten.

I undersøkelsen ble det gjennomført informantrekruttering fra hele populasjonen på 52 som hadde deltatt i prosjektet siden oppstart av 2010. Disse fikk tilsendt skriftlig forespørsel og samtykkeerklæring (vedlegg 1). Etter to og ei halv uke hadde 3 personer returnert samtykkeerklæringen med ønske om å delta. Med så lav svarandel ble det etter samråd med veileder bestemt å sende en skriftlig purring/påminnelse (vedlegg 2), og 7 nye informanter svarte nå positivt. Imidlertid falt 3 fra av ulike årsaker, og studien landet på 7 informanter.

Det er usikkert hvorfor så få ga respons, men en av årsakene kan være, jf. funn fra analysen, at få var klar over at de er med i et prosjekt. Det kan også tenkes at noen følte seg usikre i forhold til hva de ville bli spurt om, eller at det ikke var opprettet nok tillit til forsker, NAV eller andre i prosjektet. I ettertid kan det se ut som om forespørselsbrevet ikke inneholdt nok informasjon om type spørsmål eller tema, og derfor ble intervjuguiden i sin helhet lagt ved i purringen/påminnelsen. Brevene ble igjen sendt ut av NAV, med NAVs logo på konvolutten. NAVs logo øverst i påminnelsen ble fjernet, mens høgskolens logo ble beholdt. Håpet var at den enkelte i større grad skulle oppdage at forsker er uavhengig av NAV, og at det da kunne oppfattes som lettere å uttale seg. I tillegg ble det i purringen/påminnelsen opplyst om at spørsmålene var gjennomgått med leder av Mental Helse samt prosjektets brukerrepresentant, og at studien er godkjent av Personvernombudet for forskning. Dette ble gjort i et forsøk på å ufarliggjøre undersøkelsen ytterligere, og for å skape tillit og trygghet.

Videre ble behandlerne i prosjektet bedt om å foreta en fortløpende muntlig påminnelse til de deltakerne de har inne til behandling, i forhold til om de har mottatt forespørselen. Behandlerne fikk tilsendt forespørselen og purringen slik at de var oppdatert på informasjonen deltakerne fikk og lettere kunne svare på eventuelle henvendelser. En annen vurdering ble gjort i forhold til om behandlerne også skulle få tilgang til intervjuguiden, men dette fikk de

ikke fordi det muligens kunne føre til uheldig påvirkning av informantene. Grensen mellom påminnelse og press er hårfin, og forhåpentligvis ble verken den skriftlige eller muntlige påminnelsen oppfattet som et press om deltakelse, men heller nettopp en påminnelse til en frivillig deltakelse.

Deltakere som hadde oppstart i prosjektet i 2012 fikk ikke tilsendt forespørsel fordi de hadde vært med i for kort tid.

3.5.2 Intervjuguide, pilotintervju og kontekst

Intervjuguiden (vedlegg 3) ble utviklet i flere trinn, og spørsmålene ble utarbeidet på basis av målidentifisering av mål for prosjektet på brukernivå. Det ble foretatt en pilottest av intervjuguiden på to personer som nevnt over: Leder av Mental Helse i vedkommende kommune og brukerrepresentanten i styringsgruppa for NAV-prosjektet. Dette var nyttige tester og noen spørsmål ble endret som følge av dette, og rekkefølgen ble noe justert. De var begge opptatt av å bruke dagligdagse begreper for å øke forståelsen, og vektla betydningen av å skape trygge rammer og en hyggelig atmosfære. Dette beskrives nærmere i metodediskusjonen.

Informantene hadde anledning til å motta kjøregodtgjøring av NAV ved behov, men ingen benyttet seg av dette tilbudet. Intervjuet kunne avholdes på NAV, i høgskolens lokaler eller hjemme hos den enkelte. Det var opp til informantene å bestemme både tid og sted. Her ble trygghetsaspektet lagt til grunn heller enn at omgivelsene skulle være mest mulig like. Tre av intervjuene ble avholdt i høgskolens lokaler mens resten ble gjennomført i NAVs lokaler. Det ble vektlagt å skape mest mulig nøytrale og like omgivelser på den måten at samme rom ble benyttet om mulig. Konteksten beskrives nærmere i metodediskusjonen.

3.6 Analyseprosessen

Dataene ble analysert etter kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet av Graneheim og Lundman (2004). De fremmer det fenomenologisk-hermeneutiske perspektivet om at

virkeligheten, og da også tekster, kan tolkes på ulike måter og at forståelsen er avhengig av subjektiv fortolkning.

Analysen er en prosess gjennom flere trinn, men Graneheim og Lundman understreker at dette ikke er en lineær prosess. Den kan heller sees på som en interaktiv prosess der forsker beveger seg fram og tilbake mellom tekstens helhet og deler, noe som kjennetegner den hermeneutiske sirkel eller spiral. Enhet for analyse i denne studien er intervjuene som ble transkribert til tekst ved verbatim transkribering. Fokus for analysen er tekstens manifeste innhold, det vil si de synlige og opplagte komponentene i teksten samt å oppnå en latent innholdsforståelse, forstått som en analyse som etterstreber å se etter dypere sammenhenger mellom aspekter i teksten. Dette innebærer en tolkning av tekstens underliggende mening.

For å få oversikt over materialet ble det først gjennomført en langsgående analyse der data fra hvert enkelt intervju ble gjennomlest flere ganger. Gjennomlesningen resulterte i en inndeling i meningsbærende enheter, det vil si ord, setninger eller avsnitt som inneholdt aspekter relatert til hverandre gjennom innhold eller kontekst som her ble grovsortert under målsettinger for prosjektet. Meningsenhetene ble kondensert ved at meningskjernen ble beholdt, og den kondenserte meningen ble abstrahert og merket med en kode, slik eksempel fra tabell 1 under viser:

ID	Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
5	Nei det tok ikke lang tid i det hele tatt. Det var.. det tror jeg kanskje var en uke, så det var ikke lange ventetida (...) Ja det var ikke noe sånn langdryge ventelister fikk jeg inntrykk av. Var bare rett inn.	Ventet ikke lenge på å komme til behandler.	Kort ventetid til behandler

Tabell 1: Et eksempel på fortolkende innholdsanalyse: meningsenhet, kondensert meningsenhet og kode

Videre fulgte en tverrgående analyse der de ulike kodene fra alle intervjuene ble sammenlignet med hensyn til likheter og ulikheter, og gjennom flere revideringer ble sortert i kategorier og underkategorier som konstituerer tekstens manifeste innhold, mens formulering av tema representerer tekstens latente innhold. I denne abstraheringsprosessen ble målene satt i en midlertidig parentes både for å kunne være åpen og tro nok mot informantenes utsagn slik at analysen ikke ble for «styrt», men også fordi den langsgående analysen viste at flere av målene interagerer og til dels tangerer hverandre.

Den enkelte kategori/underkategori blir eksemplifisert med informantutsagn for å vise den meningsvariasjonen som kategorien omfatter.

3.7 Etske overveielser

En forskningsprosess innebærer en rekke etiske overveielser, og denne studien hviler på Helsinki-deklarasjonen (2008) som er det mest sentrale dokumentet vi har internasjonalt for medisinsk og helsefaglig forskning.

En telefon til en av rådgiverne ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) bekreftet at studien ikke var meldepliktig til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), fordi det er en evaluering som har som mål å sikre kvaliteten til en helse- og sosialtjeneste. Kvalitetsforbedring av praksis ligger utenfor komiteens ansvarsområde (Hummelvoll, 2010). Studien ble meldt til NSD (ref.nr: 28992) og fikk tilrådning 30.01.2012 til behandling av personopplysninger (vedlegg 4).

Alle data ble behandlet og oppbevart konfidensielt. Lydopptakene ble lagret på bærbar PC som ble oppbevart i privathus. Datamaterialet ble anonymisert, og består kun av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel.

3.7.1 Informert samtykke, autonomi og anonymitet

Informert samtykke er grunnpilaren i all forskning og hviler på autonomiprinsippet, det vil si retten til å ta egne avgjørelser. Prinsippet innebærer respekt for andres rett til å ta selvstendig stilling til informasjon og handlingsalternativer, og all informasjon skal være utformet forståelig og tilstrekkelig (Olsson & Sørensen, 2003).

Studien beskriver og navngir ikke det undersøkte NAV-kontoret, og NAV-kontoret vet ikke hvem som ble intervjuet. Forsker fikk ikke kjennskap til aktuelle informantere identitet før de

ga sitt samtykke til dette. Førstegangskontakten ble opprettet via forespørselsbrev som NAV i aktuell kommune sendte ut med frankert konvolutt, som nevnt tidligere. Konvolutten ble returnert til NAV med samtykkeerklæring, og for å sikre informantenes anonymitet fikk kun forsker tilgang til å åpne disse.

Malterud (2011) mener det er viktig å ikke misbruke deltakernes tid eller tillit, og at det er et etisk anliggende å sørge for at det ikke gjennomføres unødig omfattende datainnsamling. Etter nærmere ettertanke ble derfor spørsmålene som omhandlet sivilstatus og boforhold tatt bort i intervjuguiden. Dette var spørsmål som kunne oppleves som vanskelige å svare på av enkelte.

3.7.2 Skade, risiko og nytte

Det er spesielt viktig å ha gode vurderinger av hvilke mulige skader/risikoer den enkelte studie kan skape, særlig ovenfor sårbare grupper. Velgjørenhet og godhet er et sentralt etisk prinsipp i all forskning, og mulig skade eller risiko ved å delta skal alltid være minimal. I tillegg skal potensielle fordeler eller nytte for den enkelte deltaker, og den antatte betydningen av den kunnskapen som framkommer, være større enn risikoen for å skade deltakeren (Kvaale, 2009; Hummelvoll, 2010).

I det kvalitative intervjuets natur ligger muligheten for det åpne og intuitive, og forsker kan derfor komme til å spørre om ting som oppleves som ubehagelige eller vanskelige for intervjupersonen. Det er ikke mulig å forutsi slike reaksjoner, men forsker har et moralsk ansvar for å etterstrebe en praksis preget av oppmerksomhet og ansvarlighet (Hummelvoll, 2010). På den andre side er det en balansegang i forhold til om, og hva slags sikkerhetstiltak som eventuelt bør settes inn i en kvalitativ studie. Ikke all mellommenneskelig kontakt i et kvalitativt intervju leder til alvorlige konsekvenser, og de fleste deltakere, også pasienter, har en rimelig robust identitet hevder Malterud (2011). Ikke desto mindre er det forskerens ansvar å overveie virkningen av ulike måter å samle inn data på, både i forkant og underveis i prosessen (ibid).

I denne studien fikk deltakerne etter gjennomført intervju tilbud om å ta kontakt med sin behandler dersom forskningsdeltakelsen skulle medføre problemer eller psykisk ubehag. Denne informasjonen ble etter vurdering ikke gitt i forespørselen eller i forkant av intervjuet,

fordi forsker var redd for å virke overbeskyttende eller overdimensjonere innholdet i spørsmålene som ble stilt, jf. Malterud (2011).

Nytteverdien for den enkelte deltaker hadde potensiale til å bli rimelig bra. Den enkelte deltaker som ble intervjuet ble hørt og sett, og deres synspunkter, kunnskaper og erfaringer ble verdsatt og sett på som viktige. Eksempler på tilbakemeldinger fra informanter etter gjennomført intervju kan beskues i sluttnote^{vii}.

Deltakerne får mulighet til å påvirke prosjektets videre gang, fordi studien inneholder en vurderingsdel og anbefalinger basert på funnene. Studien kan sies å indirekte bidra til økt brukermedvirkning og ha en nytteverdi ikke bare for den enkelte, men for gruppen av prosjektdeltakere som helhet. Dette innebærer at resultatene presenteres og drøftes i egne fora. Nytteverdien på sikt både individ- og gruppenivå vil avhenge av at forsker presenterer både gode og mindre gode resultater av evalueringen, og at NAV sammen med sine samarbeidspartnere drøfter og følger opp aktuelle anbefalinger.

NAV har selv ønsket og kommet med anbefaling om at denne studien skal gjennomføres (vedlegg 5), slik at mulighetene for å få til en nytteverdi på gruppenivå sannsynligvis er sterkere til stede enn ved en «påtvungen» evaluering.

Et annet sentralt og viktig aspekt ved all forskning er om den er gjennomført på en pålitelig og troverdig måte, noe som diskuteres videre.

3.8 Metodediskusjon

Graneheim og Lundman (2004) går bort fra begreper som er formet ut fra den tradisjonelle kvantitative tradisjonen som validitet og reliabilitet, og mener studier som bruker kvalitativ innholdsanalyse bør benytte seg av begreper som er mer rettet mot den kvalitative tradisjonen, som *credibility*, *dependability* og *transferability*. Oversatt kan vi si den kvalitative forskningens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet. Det understrekes imidlertid at disse begrepene bør sees i interaksjon med hverandre.

Troverdighet dreier seg om forskningens fokus og tillit til at både forskningsprosessen og data ser på det som var studiens hensikt. Både undersøkelsens fokus, valg av kontekst, informanter, datainnsamling og analyse står her sentralt (ibid). Å velge den mest

hensiktsmessige metoden for datainnsamling samt mengden av data, er viktige aspekter i troverdighetsvurderingen. Mengden data som er nødvendig for å svare på forskningsspørsmål på en troverdig måte vil variere avhengig av fenomenets kompleksitet og datakvalitet. Ved å velge informanter med varierte erfaringer vil muligheten for få belyst forskningsspørsmål(ene) fra ulike sider øke. For å fasilitere overførbarhetsmuligheter understreker Graneheim og Lundman (2004) det som verdifullt å gi en klar og tydelig beskrivelse av kultur og kontekst, av utvalg og karakteristika ved deltakerne, datainnsamling og analyseprosessen. Dette er beskrevet tidligere i kapitlet og enkelte elementer vil videre utdypes og diskuteres sett i lys av Kvale og Brinkmanns (2009) beskrivelser for intervjuets kvalitet.

I denne studien ble det kvalitative forskningsintervjuet ansett å være den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling. Denne studien er ikke styrt med hensyn til valg av antall informanter eller kjønn; de som meldte sin interesse ble intervjuet. Begge kjønn er representert med overvekt av kvinner, alle informantene er unge og mottar enten AAP eller er med i KVP. Av populasjonen på 52 ble 7 intervjuet, og det kan diskuteres om ytterligere intervjuer kunne ført til større mengde data. På den andre siden kom informantene som stilte opp med både positive og negative betraktninger, noe som skapte et rikt materiale. Uavhengig av kjønn og alder representerer informantene til dels store og varierte erfaringer, og belyser problemstillingen på ulike måter.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at kvaliteten på det originale intervjuet vil være avgjørende for kvaliteten på den senere analyseringen, verifiseringen og rapporteringen. De viktigste kvalitetskriteriene for et intervju hevdes å være at det som blir sagt både tolkes, verifiseres og kommuniseres før lydopptakerne slås av. Dette krever både håndverksmessig dyktighet og ekspertise, og er avhengig av intervjuerens kvalifikasjoner og bevissthet omkring å være selve forskningsinstrumentet. Det stilles en rekke kvalifikasjonskriterier for intervjueren som i et fenomenologisk livsverdenintervju bør være kunnskapsrik, strukturerende, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, erindrende og tolkende (ibid).

Intervjuer hadde erfaringer med å gjennomføre kvalitativ forskningsintervju fra første året av mastergradsstudiet, kunnskap som ble videreutviklet og utprøvd i denne studien. Det ble etterstrebet å følge overnevnte kvalitetskriterier for både intervjuet som sådan og for intervjuer. Det ble lagt spesielt vekt på å være klar og ikke bruke for akademisk språk, og vennlighet ved å la informanten få snakke ut. I forkant av intervjuet var intervjuer bevisst på å

ikke forhaste seg framover ved pauser, men heller dvele ved disse, noe som medførte at informantene selv ofte kom med utdypinger av temaet. Det ble også understreket at det var muligheter for å kunne ta pauser om det var behov for å strekke på seg, men ingen benyttet seg av dette. Det var ingen avbrudd i intervjuene, noe som førte til god kontinuitet og en tettere dialog. Intervjuer forsøkte også å etterstrebe følsomhet og å vise empati ved å komme med oppmuntringer^{viii} for å holde oppe fortellervilligheten samt å skape et hyggelig og tillitsfullt klima, som beskrevet tidligere.

Intervjuer vektla å ikke bare høre det som faktisk ble sagt, men også *hvordan* det ble sagt, noe som senere i analyseprosessen ble en god hjelp i å finne tekstens latente budskap. Det ble etterstrebet å være åpen og lytte med oppmerksomt nærvær, og via oppfølgingsspørsmål forfølge nye sider som ble introdusert. Følsomme aspekter som ble antydnet i forhold til opplevelser rundt psykiske lidelser ble ikke forfulgt av respekt for informantens integritet, og det var heller ikke hensikten med studien å utforske deltakernes psykiske lidelser.

Selv om intervjuguiden og hensikten med studien var klar på det som var ønskelig å finne ut, var det til tider utfordrende å styre intervjuet i ønsket retning. På den ene siden opplevdes det som viktig å la informantene snakke ut om sine opplevelser, mens det på den andre siden i enkelte tilfeller kunne komme informasjon som var på sidelinjen. I analysen ble det foretatt valg i forhold til å beskytte deltakernes anonymitet og funn som kunne avsløre informantens identitet ble utelukket i resultatpresentasjonen.

Det ble etterstrebet å være strukturerende ved at formålet med intervjuet ble gjentatt i forkant av intervjuet, fremgangsmåten ble skissert og informanten fikk anledning til å stille spørsmål. Etter intervjuet ble lydopptaker slått av, og informanten ble spurt om hvordan det opplevdes å bli intervjuet, og det ble avtalt at et sammendrag av intervjuet ble sendt i posten eller på mail. Her ble det vektlagt at informantene stod fritt til å endre på uttalelser de ikke kjente seg igjen i samt at de kunne legge til informasjon om ønskelig.

Hvor dypt forsker klarer å få tak i informantens erfaringer avhenger av den tryggheten og tilliten som skapes både i forkant og under selve intervjuet. Å kontinuerlig foreta raske valg mellom hva det skulle spørres om og hvordan, var både utfordrende og spennende, og avhengig både av at intervjuer hadde gode kunnskaper om intervjuemnet, og av at det raskt ble opprettet tillit mellom informanten og intervjuer. Dette ble forsøkt etterstrebet på flere måter: Informantene kunne selv velge tid og sted for intervjuet, som nevnt tidligere, for å underbygge tanken om at det er informanten som sitter i førersetet og kan påvirke situasjonen

ut fra hvor det kjentes tryggest eller enklest for han/hun å møtes. Etter råd fra leder av Mental Helse i gjeldende kommune ble det vektlagt å ordne rom med lite eller ingen innsyn og å skape en god atmosfære ved at bordet ble dekket med en farget duk og blomst. Det ble servert frukt, sjokolade/kjeks samt kaffe/te/vann og rommet ble luftet godt før informantene kom. En informant ble imidlertid noe ukonsentrert og følte det forstyrrende at det var en pipelyd fra ventilasjonsanlegget. Dette var det ikke mulig å gjøre noe med. Forhåpentligvis har overnevnte bidratt til at informantene følte seg ivaretatt, hørt og sett, og at det på denne korte tiden ble bygget nok tillit til at de følte seg ivaretatt og trygge nok til å gi ærlige svar.

Et annet kritisk punkt for å oppnå troverdighet omhandler analysen; å velge de mest egnede meningsenhetene samt hvor godt kategorier og tema dekker data (Graneheim & Lundman, 2004). For vide meningsenheter, som flere avsnitt, kan være problematisk å håndtere siden disse mest sannsynlig vil inneholde ulike meninger. På den andre siden kan for smale meningsenheter, som et ord, resultere i fragmentering. I begge tilfeller kan det være utfordringer knyttet til å beholde tekstens mening i kondenserings- og abstraheringsprosessen. Forhåpentligvis har de gjentatte gjennomlesningene av materialet i denne studien, i tillegg til gjennomlesing av feltnotater og sammendrag som ble laget for hvert intervju spørsmål, bidratt til at de mest relevante meningsenhetene er valgt ut.

Det opplevdes som en forholdsvis stor mengde data å håndtere i forhold til fenomenets kompleksitet, og 9 timers lydopptak resulterte i 235 sider transkribert tekst. Å se deltakernes unike opplevelser og erfaringer opp mot prosjektets målsettinger var til tider en krevende, men spennende prosess.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at kvaliteten på *transkripsjonen* også er av betydning, og at det ikke er ukomplisert å transkribere fordi det foregår en fortolkningsprosess og oversettelse fra talespråk til skriftspråk. Det kan sees på som en fordel at både intervjuene og transkriberingen ble gjennomført av undertegnede, fordi dette ga et unikt kjennskap til materialet, og gjorde det enklere å manøvrere store tekstmengder og finne relevante meningsenheter. Lydopptakene var av god kvalitet og det var enkelt å høre hva informantene sa. Dette ble skrevet ordrett av (verbatim). Det ble etter transkriberingen lyttet gjennom alle intervjuene en gang til for å markere de ordene som informantene la trykk på, sukk og lignende. Dette for å bli enda bedre kjent med teksten, for å se etter dens underliggende mening og være sikker på at de mest relevante meningsenhetene ble hentet ut.

Videre ble det foretatt nye gjentatte gjennomlesninger av meningsenhetene, noe som førte til meningskondensering og koder som resulterte i underkategorier, kategorier og tema, som ble revurdert underveis i hele prosessen. Forhåpentligvis har dette bidratt til at ingen relevant data enten ved en forglemmelse eller systematisk har blitt ekskludert, eller at irrelevant data har blitt inkludert.

Troverdighet dreier seg også om å bedømme likheter innad og ulikheter mellom kategorier. Her kan både representative sitat fra den transkriberte teksten vises og brukes for å underbygge valgte kategorier, og det kan søkes enighet med medforskere, eksperter og informanter. Selv om sistnevnte er omdiskutert, fordi virkeligheten er subjektiv og kan forsås på flere måter, støtter Graneheim og Lundman (2004) verdien i dialogen mellom medforskere. I denne studien ble det gjennomført en forskertrianglering hvor rådata (den transkriberte teksten og utkast til analyse) for hvert enkelt intervju ble forelagt veileder for diskusjon og innspill. Dette bidro til kaste konstruktive lys over analysen.

Et annet aspekt er i hvilken grad informantene kan bekrefte funnene, da ikke forstått som en godkjenning, men heller som en form av gjenkjennelse (ibid). Den intersubjektive validiteten ble ivaretatt ved at alle informantene fikk tilsendt et skriftlig sammendrag av intervjuet. Sammendragene ble basert på feltnotater og den transkriberte teksten, hvor det meningsfortettede svaret ble plassert under hvert intervju spørsmål. Siden sammendragene var konsentrater og kunne ha en annen ordlyd enn det informantene uttrykte direkte, kunne det hende at de ville ha behov for justere sine utsagn opp mot hva de husket at de sa. Informantene ble oppfordret muntlig etter intervjuet og skriftlig (i informasjonen sammen med sammendraget) til å komme med innspill til korrigeringer. Alle informantene gjenkjente det de hadde fortalt, og det ble ikke ble fortatt noen korreksjoner bortsett fra å utelatte et par ord.

Graneheim og Lundman (2004) peker også på et annet aspekt ved troverdighet: pålitelighet. Dette beskrives som i hvilken grad data endres over tid samt endringer i forskers avgjørelser gjennom analyseprosessen. De peker på faren for inkonsekvens dersom dataene er omfattende og datainnsamlingen går over en lang periode. På den ene siden er det viktig å stille spørsmål som omhandler samme område for informantene, mens forskningsprosessen på den andre siden er en pågående prosess hvor ny innsikt i fenomenet som studeres kan påvirke oppfølgingsspørsmål.

Faren med inkonsekvens i analyseprosessen regnes som liten i denne studien, fordi datainnsamlingen ble gjennomført over en 6 ukers periode i mars-april 2012. Det ble lagt inn 3 til 8 dager mellom hvert intervju, slik at det skulle bli tid til å bearbeide rådata fra et intervju før det neste ble avholdt. På denne måten ble det lettere å stille med et åpent sinn og konsentrere seg om neste informants beskrivelser. Det ble vektlagt å stille samme spørsmål til alle informantene, samtidig som ny innsikt og mer intervjutrening utover i prosessen førte til at det på enkelte områder trolig ble stilt flere oppfølgingsspørsmål.

Et siste aspekt ved troverdighet som Graneheim og Lundman (2004) peker på er spørsmålet om overførbarhet. Dette omhandler i hva slags utstrekning funnene kan overføres til andre omgivelser eller grupper. De hevder at det er opp til leseren å vurdere i hvilken grad funnene er overførbare til en annen kontekst, men at forsker kan komme med innspill (ibid). En rik presentasjon av funnene sammen med hensiktsmessige sitater vil forsterke overførbarheten (se resultatpresentasjonen i kapittel 4 for vurdering av dette). Thagaard (1998) beskriver overførbarhet som at den forståelsen som utvikles innenfor rammen av et prosjekt også kan være relevant i andre situasjoner samt at tolkningen vinner gjenklang hos lesere med kjennskap til de studerte fenomener.

Forståelsen og funnene i denne studien vil kunne være nyttig å merke seg ikke bare for ansatte ved det undersøkte NAV-kontoret, men også for andre kommunale og fylkeskommunale NAV-kontor og samarbeidspartnere som DPS og kommunale samtaletjenester.

4 Resultatpresentasjon

En oppsummering av hovedfunnene i analysen viser behovet, nødvendigheten og betydningen av å ha gode livsveiledere som klarer å fange og muliggjøre deltakernes drømmer. *Drømmefangende livsveiledere* står derfor fram som det sentrale temaet i datamaterialet. Fire hovedkategorier med underkategorier viser mønstre av deltakerne står i dyptgripende og svært individuelle endringsprosesser på flere viktige livsområder: Deltakerne står i *livsendrende prosesser* hvor *bærende oppfølging* og *mangesidig støtte* i et *personorientert perspektiv* oppleves som sentrale elementer for å finne livslysten tilbake og komme videre i livet. Andre opplever stagnasjon i denne livsendrende prosessen og befinner seg i et livssavn med *bristende oppfølging*.

Resultatene fra analysens hovedfunn er sammenfattet i tabell 2. I vedlegg 6 vises flere sitater fra kategorien «En livsendrende prosess» med underkategoriene «Livslyst» og «Livssavn», for å illustrere arbeidsmetodikken i studiens analyseprosess ytterligere.

Tema	Drømmefangende livsveiledere									
Kategori	En livsendrende prosess		Bærende og bristende oppfølging				Mangesidig støtte	Personorientert perspektiv		
Under-kategori	Livssavn	Livslyst	Stykkevis oppfølging	Helhetlig oppfølging	Tverrfaglig samarbeid	Ventetid og tilgjengelighet	Brobygger, systemløs og støtteperson	Terapeutisk relasjon	Ikke-medisinsk behandlingsfokus	Individuell tilpasning
Kode	Ventetid på NAV tiltak og mangel på tilpasset tilbud Hjelpeløshet og maktesløshet Lite verdt Uforutsigbarhet, usikkerhet, stress og frustrasjon Ambivalens i forhold til «å gå videre» Krysspress Usikkerhet knyttet til behandlerens rolle og spørreteknikk	En lettere hverdag Stolthet over egeninnsats og identitetsendring Økt mestring og utvikling av mestringsstrategier Fortsigbar framtid Endring i selvinnsett, selvforståelse, selvtillit og selvbilde Arbeidets betydning	Slitsomt byråkrati Hyppig saksbehandlerbytte med lite tilgjengelighet Hyggelig, men handlingsløst NAV	Tett oppfølging med hyggelig og handlekraftig NAV	Samarbeid mellom behandler, NAV og deltaker Usikkerhet i forhold til økt NAV-samarbeid	Liten/ingen ventetid ved oppstart i prosjektet Lite tilbud ved ferie og fravær/sykdom Uvitende om prosjekt-deltakelse og lite informasjon om tilbud	Behandler som synlig påminner, pådriver, talsperson og bidragsyter inn mot NAV Støtte til å søke andre hjelpeinstanser Nøytral støtte med råd og tips	Deltakerne føler seg sett, hørt, tatt på alvor, forstått og verdsatt Gjensidig og likeverdig relasjon Kjemi, forståelse, innsikt og vennskapelig tone og trygghet Ærlighet, omsorg, lyttende stil, personlig engasjement, smil og blikkontakt	Person vs diagnose Ikke sykdomsfokus men hverdagsmestring og støtte til å finne riktig balanse	Fleksibilitet i forhold til samtaletid, sted, mengde og aktivitet Behandling og arbeid/aktivitet samtidig Forsiktig oppstart i arbeid/aktivitet

Tabell 2 viser en samlet resultatoversikt over hovedfunn: koder, underkategorier, kategorier og tema.

4.1 En livsendrende prosess

At informantene befinner seg i en *livsendrende prosess* med viktige veivalg, sto etter hvert fram som en av de fire sentrale kategoriene i dette datamaterialet. Kategorien ble formet og løftet fram av informantenes verbale utsagn og non-verbale uttrykk, som kan beskrives som en aura av glede, smil og optimisme. De utstrålte en form for livsglede og livslyst som vises når mennesker er der de selv føler de skal være i livet.

Betydningen det hadde å være der som de ønsket, om det var utdanning, jobb eller bedring i helsen, var noe informantene formidlet med hele seg, både verbalt og fysisk i så stor grad at det var slående. Slående å se og høre på nært hold hvilken forskjell dette har hatt for de informantene som var der de ønsket, og slående i forhold til de informantene som ikke var der de skulle ønsket de kunne være. De som ventet på å komme i tiltak eller ventet på bedring i helsen, utstrålte det motsatte med hele seg; mindre smil og latter og mer usikkerhet og fortvilelse. Det var som om de ikke hadde så mye håp eller tro på at de også kan lykkes. Fra sitater som «*Det har betydd alt for meg å gå til ..*» til «*Jeg føler meg ikke som et menneske lenger*».. er det et hav av forskjell.

Underkategoriene «*Livssavn*» og «*Livslyst*» er valgt for å illustrere denne livsendrende prosessen, som ble uttrykt som en lang og utfordrende prosess for både deltakere og medhjelpere. Følgende sitat kan illustrere dette:

*«Det her har vært en prosess over lang tid hvor jeg hele tida har vært veldig, veldig klar på at jeg vil **framover**¹, men jeg må avpasse det i mine egne behov. Og det er utfordrende både for meg og for medhjelpere selyfølgelig, fordi det er ikke sånn at man kanskje finner det riktige svaret eller tilbudet med en gang. Det er en prosess å finne tilbake til hvordan det er igjen».*

¹ Sitater med fet skrift/understrekning samsvarer med begrep/ord som informantene har lagt særs vekt på. Alle informanter er representert ved sitater i analysen.

4.1.1 Livssavn

Det var særlig i møte med saksbehandlere i NAV at livssavnet kom til uttrykk, men det beskrives også noe usikkerhet knyttet til behandlers rolle. Videre beskrives opplevelser knyttet til ventetid på NAV-tiltak og mangel på tilpasset tilbud, hjelpeløshet og maktesløshet, lite verdt, uforutsigbarhet, usikkerhet stress og frustrasjon, ambivalens i forhold til «å gå videre», krysspress samt usikkerhet knyttet til behandlers rolle og spørreteknikk.

Ventetid på NAV-tiltak og mangel på tilpasset tilbud

Enkelte deltakere opplever å stå i en utfordrende venteprosess med å få plass på tiltak, og har fått beskjed fra NAV om at de ikke får lov til å gjøre noe før de har startet i tiltaket. Dette oppleves som å bli motarbeidet av NAV, og det beskrives som veldig tøft å måtte forsvare egen situasjon overfor omgivelsene rundt:

«Jeg føler meg veldig motarbeidet og føler at jeg blir dytta litt ned og så er det absolutt ingen som tror på meg når jeg sier det, ennå jeg har brev i fra dem [NAV] der det står at jeg ikke får lov til å jobbe, får ikke lov til å søke skole og sånne ting. Selv om jeg har brevet er det ingen som tror på meg, og det er faktisk innmari tøft».

Selvstendig initiativ overfor NAV for å få fortlgang på å komme ut i tiltak har ikke fungert, og flere opplever å få beskjed om å bare måtte vente. Dette skaper frustrasjon:

*«Sånn som når jeg ringer og sier at nå haster det **litt**, kan dere få litt fortlgang på å få meg ut i verden på en måte. **Nei** det kan de ikke. Så fungerer jo ikke å ringe å mase heller. (...) Det er egentlig frustrerende at ikke NAV kan gjøre **noe mer**».*

Heller ikke behandler får gjort noe med ventetid i forhold til å få deltakerne raskere ut i tiltak, fordi det er ventelister som man må forholde seg til:

*«Hun [behandler] sier det er ikke mer å få gjort noe **med** når NAV har sagt at du må vente. Det er jo ei venteliste som må forholde seg til, for det er mange som skal inn».*

Flere deltakere er motiverte og positive til å gå videre, og de har klart for seg hva de har bruk for av tiltak eller tilpasset tilbud, men opplever å måtte vente på å få svar fra NAV, og at det er lite tilpassede alternativer dersom et tiltak ikke fungerer:

*«Så det var egentlig **det** jeg begynte å føre en dialog med NAV, det var å kunne få støtte til et opplegg som ville være til det beste for **meg** sånn at jeg som en **ressurs** kunne få lov til å bruke det jeg er god for og ikke bare bli stabla i en boks på hylla på en måte og bli sagt at nei det her må du bare. Du må **vente** og så må du bare gå litt rundt og bli frisk, for den funker ikke det kan jeg skrive under på. Og grunnen til at jeg ikke ga meg med det her, var at det ikke var noen andre alternativer fordi det står i NAV sine papirer at det de skal kunne tilpasse et opplegg til deg individuelt når du har bruk for det».*

Hjelpeløshet og maktesløshet

Opplevd mangel på påvirkningsmulighet, ventetid på tiltak og mangel på individuelt tilpasset tilbud skaper for enkelte deltakere en opplevelse av hjelpeløshet med resignasjon, pasifisering og maktesløshet. Det oppleves som vanskelig å forstå hvorfor det ikke er mulig å få gjøre noe når lysten til å gjøre noe er der:

*«Så har jeg mye dårlige dager og, så noen ganger så syns jeg det er greit at jeg ikke gjør noe. Så er det de gode dagene mine der jeg bare tenker; hvorfor kan ikke jeg gjøre noe? (...) Det er vel bare sånn det er da, så må bare godta det egentlig, selv om det er **frustrerende**, så må en jo bare godta det».*

Det sterkeste uttrykket kom fra en informant som uttrykker at det å måtte gå hjemme å vente selv om ønsket var å komme i tiltak, gjorde noe med hele opplevelsen av å være menneske:

«Føler meg egentlig ikke som et menneske i det hele tatt lenger, etter å ha gått hjemme så lenge».

Lite verdt

Det beskrives som å kjenne seg lite verdt som menneske når NAV ikke gir den hjelpen som den enkelte opplever å ha behov for, og det beskrives et system som i istedenfor å hjelpe nesten forårsaker det motsatte:

*«Du føler deg **lite verdt** når de [NAV] ikke ser **verdien** i deg. Og jeg synes det er så **synd**, fordi det er ikke med på å hjelpe deg videre, i hvert fall hvis du faktisk trenger hjelp og hvis du har lyst til komme deg videre. Det er uhørt at et system som er til for å hjelpe deg, nesten forårsaker akkurat det motsatte. Du er jo faktisk tilknyttet det her nettopp fordi du trenger hjelp og ikke fordi at du er en hundre og femti prosents forkjemper som er frisk».*

*«Du **føler** deg, det er klart du kan **føle** deg rett og slett litt **liten** i møte med dem [NAV], fordi det er **de** som bestemmer og du har veldig lite å si. Du kan si det du vil, men til syvende og sist så er det de som sitter med dommen».*

Uforutsigbarhet, usikkerhet, stress og frustrasjon

Et resultat av opplevd ventetid eller diffuse tilbakemeldinger fra NAV, er at hverdagen oppleves som svært usikker og uforutsigbar. Det beskrives en prosess hvor det å leve med usikkerhet for hva framtida bringer bidrar til å skape stress og frustrasjon, og til at en blir sykere. Det beskrives som vanskelig å tenke positivt eller legge planer:

«Det som ble resultat av det er at du lever hele tida i **usikkerhet**, fordi jeg hadde lyst til å begynne med noe, men jeg visste ikke **hva** jeg kunne begynne med og **hvor** jeg kunne gjøre det. (...) Det gjør deg jo faktisk **sykere**. (...) Forutsetning for at jeg kunne [planlegge] var at jeg kunne få støtte til det, og siden jeg ikke visste **om** det ble noe av, **hva** det eventuelt ble til og **hvor** det da ville bli, når det skulle begynne og **hvor** lenge det kom til å vare, så vet du du går rundt i usikkerhet og du **aner** ingen ting om framtida di, og det er klart at det resulterer i **stress**, og stress det er lik lav energi for det stjeler energi og det gjør deg ikke noe friskere. Det gjør det ikke noe enklere å tenke positivt eller å tenke framover».

Ambivalens i forhold til «å gå videre»

Selv om flere deltakere uttrykker uutalt stor motivasjon for å komme videre og ut av NAV, er det noen som uttrykker ambivalens knyttet opp mot dette. På den ene siden uttrykkes et tydelig ønske og behov for å komme videre, mens det på den andre siden uttrykkes usikkerhet på egen klarhet for å komme i arbeid eller aktivitet igjen:

«Men jeg vet ikke om jeg er klar for det. Jeg vet ikke om jeg kan gå videre før jeg på en måte kan **fortsette**. I og med jeg ikke **vet** om jeg på en måte er klar ennå, så vet jeg ikke om jeg kan gå videre med det heller».

Krysspress

Det beskrives også en type krysspress hvor saksbehandler i NAV sier en ting, behandler en annen og deltaker selv er usikker på hvilken vei som bør velges:

«Når saksbehandler fra NAV sitter der så får du gjerne en sånn.. **de** vil at du skal gjøre **det** og **det**, mens jeg er litt mer på den der at.. jeg er litt **usikker** selv.. og så er det [behandler] igjen som sier det at.. hun kanskje syns det er **litt tidlig** og at jeg må føle litt mer på det. Så da sitter jeg der og så.. **mm**.. hva gjør jeg **da**? Og da har jeg lett for å gi etter for det NAV **sier**.. og det er kanskje ikke riktig av meg».

Usikkerhet knyttet til behandlers rolle og spørreteknikk

Det beskrives noe usikkerhet rundt hva det er mulig å få hjelp til av behandler. En side går på det å få hjelp til å finne ut hva man kan gjøre i framtida, noe som oppleves å ikke bli diskutert selv om behovet for hjelp til dette beskrives som stort:

*«Jeg vet ikke helt **hva**, så det er noe jeg kunne tenkt veldig mye hjelp til, for jeg har [lyst til] så **mye**. **Det** kunne jeg tenkt med og gjort og **det** kunne jeg tenkt meg og gjort, men åssen skal jeg få til det og sånne ting. Ja mye jeg har lyst til».*

En annen usikkerhet knyttet til behandlerrollen omhandler hvorvidt det er behandlers jobb å utrede eller skaffe tiltaksplass. Dette beskrives som at det prates om deltakers ønsker og behov, men at det ikke blir gjort noe mer enn det:

*«Tror ikke det blir gjort noe **med** egentlig bortsett fra å prate om det, så blir ikke gjort noe mer enn **det**. (...) Jeg tror ikke hun [behandler] får gjort noe med det. Tror ikke det er hennes jobb å få meg ut i et tiltak. Det er ikke hennes jobb å utrede meg egentlig».*

Andre opplever selve spørreteknikken til behandler som uvant i starten, og det beskrives som at behandler stiller samme spørsmål midt i svaret eller stiller samme spørsmål når svaret er gitt:

*«Da ble jeg så lei for (...) når jeg begynte å svare så kunne det hende at hun spurte det samme spørsmålet **midt i svaret mitt** eller når jeg var ferdig med å svare stille det samme spørsmålet igjen. (...) Men noen individer hjelper det jo å spørre på den måten og ikke sant».*

Det er også noen som opplever et savn og behov for å gå dypere i en samtale, og ikke bare snakke om det som irriterer i hverdagen. Når det ikke stilles dype nok spørsmål oppleves det som vanskeligere å åpne seg tilstrekkelig.

4.1.2 Livslyst

Som beskrevet tidligere er livsgleden informantene viser over å være kommet, eller være på vei dit de ønsker, slående å observere og lytte til og betegnes gjennom kategorien «Livslyst». Informantene opplever og beskriver flere endringer som har utviklet seg, og utvikler seg, gradvis i en kombinasjon av stor egeninnsats og med hjelp av gode støttespillere, da særlig behandlerne i prosjektet, men også enkelte saksbehandlere i NAV beskrives som viktige.

Det beskrives bedret selvbilde, økt selvtillit, økt pågangsmot, bedret angstmestring, mer overskudd, økt sosial aktivitet, bedre humør, utvikling av nye mestringsstrategier, stolthet over egeninnsats, økt selvforståelse og selvinnsett og mindre følelse av skam. I tillegg pekes det på arbeidets betydning hvor økt struktur i hverdagen, mindre avhengighet av andre og økt selvstendighet oppleves som viktig. Gjennom disse endringsprosessene oppleves en mye lettere hverdag og funnene kan betegnes som en bedring i den psykiske helsen.

En lettere hverdag

Det har hatt stor betydning for flere av informantene å snakke med behandler, og det gis særlig beskrivelser av at det har blitt lettere å fungere i hverdagen. Etter å ha fått tømt seg og snakket ut oppleves mindre slitenhet, færre bekymringer, økt pågangsmot ved å lære å ta hensyn til egne behov og ikke gi opp samt å få det bedre med seg selv og et bedre sosialt liv:

*«Hadde det litt bedre med meg selv når jeg hadde vært hos henne, **det** hadde jeg. For hvis en hadde det litt tungt noen dager og så visste at en skulle til henne den dagen så var det greit å få miste litt bagasje rett og slett. [Hverdagen er] blitt **bedre** egentlig. Blitt mere **friere**. (...) Du ser ikke så mørkt på ting og ser at det alltid er lys i tunnelen.*

(...) Gjorde nok så jeg pusha på selv litt og at jeg liksom ikke måtte gi opp så lett da, var bare å kjøre på».

«Jeg merker at det er forandring, jeg er ikke så sliten som jeg var og jeg er litt mer opplagt. Jeg har et litt bedre sosialt liv nå enn det jeg hadde».

Dersom tilbudet om å gå til behandler ikke hadde kommet, tror flere de sannsynligvis ville vært der de var tidligere, og at de kunne vært verre i dag:

*«Jeg begynte å ta tak i problemene før de ble **for store**. (...) Så jeg tror nok det at hvis jeg **ikke** hadde gått til henne, så hadde jeg nok vært mye verre i dag, det tror jeg».*

Stolthet over egeninnsats og identitetsendring

Selv om flere tror endringer skyldes mye hjelp fra behandler, beskrives også den store betydningen det har hatt med egeninnsats. Det beskrives stor stolthet over egeninnsats, og for enkelte kan det anes en endring i identiteten å være ute av NAV:

*«Jeg er **stolt** over egen innsats og progresjon, og jeg er stolt over å være stolt over det, også fordi jeg finner på en måte det som er viktig for meg, og jeg oppnår det jeg har ønsket».*

*«Blir på en måte mer fargerikt (...) bare det å få si at man er utdannet til noe. (...) Det er jo **stilig** å si at du har en utdanning, i **noe**, enn å si sånn nei gikk da på videregående og så (...) jobba via NAV i mange år (...) ikke noe mer spennende enn det».*

Økt mestring og utvikling av mestringsstrategier

Etter oppstart hos behandler opplever informantene økt mestring og utvikling av mestringsstrategier på en rekke områder. Behandler gir hjelp til å håndtere negative kommentarer fra andre, og det oppleves støtte til å si fra om ting og til at det er lov å feile, noe som beskrives som godt, gjør situasjonen lettere og bidrar til å få det bedre med seg selv:

*«Hun hjalp meg vel kanskje litt i grann med at jeg måtte **si ifra**. [Fikk det] jo litt bedre med meg selv tror jeg, istedenfor å holde ting inne som jeg egentlig har lyst til å si og så sier jeg det ikke, men ble mye lettere når jeg faktisk fikk guts nok til å si det for da slapp jeg å irritere meg over det».*

Ved at behandler setter fokus på hva deltaker har klart tidligere, oppleves en større tro på seg selv og egne evner, noe som beskrives som økt mestringsfølelse i tillegg til at det har gjort ting bedre. Det beskrives også som veldig godt å få hjelp til å fokusere på hva som kan gjøres i en situasjon, og ikke på alt som kan gå galt:

«[Behandler] har vært veldig flink til å dra fram det jeg har klart og liksom si at dette må du ikke glemme, dette må du ta med deg. Så sånn sett har jeg fått mye større tro på meg selv angående det jeg kan klare og hvordan jeg skal mestre. (...) Sånn sett har det gjort ting bedre».

Bedre mestring av angst ved lære å stå i angstfylte situasjoner og å kunne snakke om dette med behandler og få råd til å komme gjennom det, oppleves som svært viktig og har ført til en stor endring for enkelte. Ved å ikke bebreide seg selv for angsten oppleves også mindre skam:

*«Det er noe jeg har **lært** meg å akseptere at kommer det [angsten] så kommer det, så får jeg bare gjøre det beste ut av det der og da istedenfor å være livredd og **unngå** ting. (...) Da er det å få litt hjelp til å **la være** å unngå, å tørre å stå i situasjoner som*

er nøkkelen, og da er det veldig kjekt å ha [behandler] som kan hjelpe gjennom slike ting».

Enkelte beskriver det som viktig, og for noen avgjørende, for egen progresjon å gå til behandler. Det oppleves økt livsglede, livskvalitet, mestring, selvtillit, større tro på seg selv og på egne valg og beslutninger. Flere har funnet igjen troen og håpet, noe som beskrives som grunnleggende mestring:

*«Det har hatt så **utrolig** mye å si for meg [å gå til behandler]. (...) Jeg [vil] absolutt si at det har gitt meg mer **livsglede** og **livskvalitet**, og det har vært med på å styrke troen på meg **selv** og mine egne valg og mine beslutninger. Og det har igjen vært helt avgjørende for hvilken progresjon jeg har gjort, så det gir deg både **selvtillit** og det gir deg **styrke**, det gir deg **tro** og **håp** det er ja, det er **grunnleggende**. (...) Det å finne igjen troen, det å finne igjen selvtilliten. Alt det handler om mestring».*

Forutsigbar framtid

Det beskrives som at behandler, og også enkelte saksbehandlere i NAV, har hatt en sentral rolle i forhold til å gi støtte og oppmuntring til å tørre å ta veivalg, noe som skaper en mer forutsigbar framtid. Det oppleves som svært betydningsfullt å ha kommet videre og være på vei mot å drive med det en ønsker:

*«Da får jeg en liten **ekstra push** kanskje som jeg føler jeg trenger til å faktisk tørre å ta det valget, så jeg føler nok at jeg tør å strekke meg litt **lenger** etter ting og satse litt mer. (...) Føler jeg at jeg har en framtid som ikke bare går ut på vente og vente og vente på at angsten skal komme seg mer og mer og mer enn det den har gjort. (...) Det er bare utrolig godt rett og slett å tørre, tørre mer og føle at jeg ikke sitter bom fast i situasjonen».*

*«Det betyr **alt**. (...) Bare det og så kjenne at du **gjør** noe, at du er på vei mot målet ditt. Det har **utrolig** mye å si for hverdagen for livskvaliteten din for bare måten du innstiller deg på til hva du skal **gjøre** og ikke minst det at du **vet** hva du skal **gjøre**. (...) Det sikrer jo framtida mi vil jeg si».*

Endring i selvinnsikt, selvforståelse, selvtillit og selvbilde

Det beskrives som viktig å få tilbakemeldinger på egne refleksjoner, og at det blir enda lettere å åpne seg når behandler finner ting som deltaker ikke er klar over om seg selv, noe som kan tolkes som økt selvinnsikt og selvforståelse:

«Bare det å kunne snakke med noen og formulere dine egne tanker og kunne få tilbakemeldinger på dine egne refleksjoner er utrolig viktig».

Enkelte informanter beskriver økt selvtillit og tro på seg selv samt at selvbildet er i endring, mens andre beskriver mindre endringer:

«Har kanskje ikke verdens største selvtillit men den er mye større enn det den var. Jeg var jo veldig langt nede da, sånn okay hva enn jeg prøver på så går det sikkert til helvete, sånn var jeg før da. Nå er det slik at ja går det ikke så går det ikke, går det så går det. Det er bare å prøve».

Arbeidets betydning

Det gis beskrivelser hvor det å ha kommet i arbeid har ført til positive endringer som økt selvstendighet, mer struktur i hverdagen og mindre avhengighet av andre, og at dagene blir veldig like uten jobb å gå til:

«Istedenfor å bare våkne opp en morra og så tenke jøss hva er det for noe jeg skal gjøre i dag liksom. Det er greit å vite at du har noe å gå til hver dag. Det hjelper mye det på psyke og alt».

4.2 Bærende og bristende oppfølging

Oppfølgingen fra NAV oppleves og beskrives svært ulikt av informantene og er samlet under kategorien «Bærende og bristende oppfølging» med underkategoriene «Stykkevis oppfølging», «Helhetlig oppfølging», «Tverrfaglig samarbeid» samt «Ventetid og tilgjengelighet».

Noen opplever en helhetlig oppfølging som bærer den enkelte videre, mens andre har motsatt erfaring. De opplever en bristende oppfølging, som beskrives videre i underkategorien «Stykkevis oppfølging», med slitsomt byråkrati, hyppig saksbehandlerbytte med lite tilgjengelighet og opplevelsen av et hyggelig, men handlingsløst NAV.

4.2.1 Stykkevis oppfølging

Slitsomt byråkrati

Flere opplever å måtte forholde seg til et NAV-byråkrati som beskrives på ulike måter. Det oppleves som at NAV ikke gir nok hjelp til folk som ikke vet hva de skal spørre om:

«Kommer du på NAV i dag så må du vite hva du skal spørre om for å få hjelp, og du får hjelp til det og ikke noe annet. Så vet du ikke hvilke rettigheter du har så får du ikke noe nok hjelp på NAV. (...) De gir ikke nok hjelp til folk som ikke vet».

Det beskrives som svært slitsomt og trist å måtte finne ut av byråkratiske regler og vilkår i NAV på egen hånd, og det oppleves som tilfeldig behandling samt at det er noe som ikke

stemmer når NAV kommer til motsatt svar etter det som oppleves som lang tids søknadsbehandling:

*«Jeg synes det er **trist**, fordi det her legger opp til.. altså du skal **være frisk** for å være syk. (...) Den perioden **slet skikkelig** på meg fordi det var hele tiden **jeg** som drev å ordnet opp i å kunne gå videre, og det var altså jeg holdt på med **byråkratiet**, og man må finne ut av regler og vilkår på egen hånd, fordi i første omgang så får du et nei og de sier at sånn er reglene, men i andre omgang så får du et ja fordi de plutselig fant ut at reglene åpnet opp for meg allikevel, og da synes jeg det ville vært ille hvis jeg ikke hadde gått noe videre med den saken, og jeg hadde endt opp med det neiet. Jeg vet ikke hvor jeg ville vært i dag. (...) Da tenker jeg at siden de forandra svaret sitt helt komplett så er det noe som ikke stemmer eller noe som mangler i framgangsmåten eller systemet. (...) Sånn at jeg synes det blir ja litt tilfeldig hva som skjer. Ganske så veldig tilfeldig».*

Å oppleve godkjenning av ønsker etter lang tid har gitt stor glede, men samtidig skapt stor irritasjon over at det tok så lang tid, og at mye kjemping, energi, tid, frustrasjon og tårer kunne vært spart:

*«Altså første reaksjon var at jeg ble kjempeglad for det tilsagnet som jeg fikk, at det endelig ble godkjent det som jeg hadde ønske om, det var den store drømmen min, fordi jeg følte det ga meg de mulighetene som jeg trengte. Og så ble jeg selvfølgelig **kjempeirritert** over hvorfor man ikke kom til den beslutningen her før? (...) [Kunne] fått en bekreftelse på det mye tidligere, kunne slippe for det første alle den motstanden og altså rett og slett **kjempinga**, fordi jeg følte virkelig at jeg **kjempa** med knyttnever omtrent. (...) Ja fordi jeg kunne spart veldig mye energi, tid og frustrasjon på det og mange tårer og».*

Flere har erfaringer med at saksbehandlere i NAV ikke møter opp på avtalt møte og heller ikke gir beskjed:

«Jeg skulle på et møte forrige uke og saksbehandleren møtte ikke opp og sa heller ikke fra at hun ikke kom, så jeg var regner vel med at det kommer et brev i posten. Men deres tid er ikke mere verdt en **min** så jeg syns at de godt kan si ifra når de ikke kommer».

Hyppig saksbehandlerbytte med lite tilgjengelighet

Flere opplever at de stadig får nye saksbehandlere i NAV, og dette betegnes som slitsomt. Beskjed om bytte av saksbehandler gis ofte gjennom post:

«Jeg får gjerne et brev i posten om innkalling til samtale, og så er det underskrifta til en **helt** annen person enn det jeg har sett før. (...) Det er det som skjer i grunnen».

«Jeg har det siste året tror jeg har hatt fire eller fem forskjellige saksbehandlere der, fordi det er folk som går i permisjoner og bytter ting internt jobber og sånn og så det er ikke mulig å følge med. Jeg aner ikke hva folk **heter** der lenger. (...) Det er **slitsomt** altså. (...) Hele tida **åh** så mye».

Det oppleves også som at de hyppige byttene av saksbehandlere ikke fører til en oppfølging, men mer til at en blir tatt opp i NAV flere ganger hvert år, og at en egentlig aldri får en start fordi samme historie må fortelles gang på gang:

«Oppfølging har ikke vært **konstant** i og med at jeg har hatt så mye forskjellig saksbehandlere så har ikke vært så mye **oppfølging** har mer vært sånn **opptak** av meg igjen på en måte. Komme å fortelle om akkurat det sammen en tre-fire ganger i året. (...) Så det kan ikke være noen oppfølging før du har hatt en **start** på en måte».

Hyggelig, men handlingsløst NAV

Mange opplever saksbehandlere i NAV som hyggelige, men at de ikke har gjort noe mer enn at de har vært hyggelige å snakke med. Det beskrives et savn etter at flere saksbehandlere viser en genuin interesse for å hjelpe:

*«Som saksbehandler du har selv **valgt** å ta den jobben, da burde du vise at du faktisk er **interessert** i å hjelpe folk, for det er jo det saksbehandlere er for, for å hjelpe folk».*

Det oppleves som at det er vanskelig å finne paragrafer som man kan passe inn under, og det etterlyses metoder i NAV for å fange opp at folk sliter:

*«Det var jo ikke det at jeg ble direkte **motarbeidet**, men jeg ble så frustrert **fordi** man ikke kom noe **lenger**, fordi **de** opplevde det som veldig vanskelig å finne en løsning da, men det var kun fordi de fant ikke en paragraf som sa med klare ord at **det her** har du krav på og at jeg kunne identifiseres med den setningen. (...) Hver dag dukker det opp nye sykdomsforløp, du kan ikke si at alle personer er **like**. Vi er ikke de A4 arkene der hvor alle reglene står, og derfor synes jeg det er synd at man bare skal utelukkes, fordi det ikke **passer inn**».*

«Jeg mener at de som jobber på NAV, spesielt de som er saksbehandlere [bør] sette seg mer inn i hvordan personen faktisk er, at de burde ha et kort psykologkurs eller et eller annet lignende, at de kan gjøre det. Da hadde jeg kanskje sluppet å gått til NAV i fem år før det faktisk skjedde noe».

4.2.2 Helhetlig oppfølging

Tett oppfølging med hyggelig og handlekraftig NAV

Opplevelsen av å ha saksbehandlere som er hyggelige, og som er hyggelige **og** gjør noe samtidig kom for noen informanter først ved bytte av saksbehandler, og dette beskrives som viktig og avgjørende for at noen har kommet seg videre og ut av NAV. Særlig beskrives betydningen av et personlig engasjement fra saksbehandler som betydningsfullt:

*«Nei, jeg har bodd i NAV holdt jeg på å si. Har gått på NAV i fem år, hatt forskjellige saksbehandlere. Alle saksbehandlere har vært hyggelige men det var først når jeg fikk [navn] da, som da var min saksbehandler, at jeg så forskjell på det å være hyggelig og det å være hyggelig **og** gjøre noe samtidig».*

«Det er bare det at man legger merke til på personen om personen faktisk har lyst til å hjelpe deg eller om det eneste personen gjør er å kaste deg ut i en ny jobb».

*«Jeg ble på en måte glad i [navn] da, fordi når hun jobba så virket det liksom så **personlig**, ikke sånn at det gikk ut over hennes privatliv men allikevel så la hun seg **personlig** inn i det. Så jeg sa jo til henne at uten henne så hadde jeg sikkert bare vært i NAV **enda**, og hun har hjulpet meg mer enn det mange andre folk som jeg faktisk kjenner utenfor NAV kunne ha gjort, så jeg verdsetter henne omtrent like mye som jeg kunne ha verdsatt, liksom ikke helt da, men allikevel like mye som jeg kunne ha verdsatt et familiemedlem».*

Videre beskrives det tverrfaglige samarbeidet mellom behandler, NAV og deltaker, utsettelse og lenge mellom samarbeidsmøter samt deltakers usikkerhet i forhold til økt NAV-samarbeid.

4.2.3 Tverrfaglig samarbeid

Samarbeid mellom behandler, NAV og deltaker

Samarbeidet mellom behandler, NAV og deltaker oppleves av flere som lite men godt, og at prosjektet kan ha bidratt til samarbeid:

«Bare første gangen når jeg møtte [behandler], da hadde vi et møte sammen med saksbehandleren min, for det var hun som henviste meg til psykisk helse. Det er eneste gangen vi har hatt møte sammen».

*«Det var et samarbeid **der**, og det var et **bra** et også så man var oppdatert».*

«Men før det prosjektet ble oppretta så var det jo ikke noe kommunikasjon eller noe samarbeid».

Det beskrives også at samarbeidsmøter har blitt utsatt av ulike årsaker, og at det derfor har vært problematisk å bli ferdig med noe.

Usikkerhet i forhold til økt NAV-samarbeid

Mens noen deltakere ønsker mer tverrfaglig samarbeid, er andre usikre på om dette er mulig eller hensiktsmessig og det pekes på personlige egenskaper som innsikt, forståelse og vilje til å forstå:

*«Kunne kanskje vært **mere** sånn samarbeidsmøter. (...) Sånn at man liksom fikk litt mere **oversikt selv** også, ikke bare [behandler] fikk det».*

*«Det har utrolig mye å si **generelt sett**, at de som sitter der på kontorene får den informasjonen de trenger, at det er et tverrfaglig samarbeid».*

«Jeg tror ikke NAV hadde klart å samarbeide mere med oss egentlig».

*«Samtidig så er jeg veldig usikker på hva utfallet ville blitt (...) om **samarbeid** skal til for å overbevise den andre til å se det det samme som du gjør. Det er jo så avhengig av hvilken person du møter og også hva slags personlige egenskaper den personen **har**, fordi det handler først og fremst om **innsikt, forståelse** og **vilje til å forstå**, fordi hvis du ikke **vil** forstå så fungerer det **dårlig**».*

Videre vil kategorien «Bristende og bærende oppfølging» presenteres med hvordan deltakerne opplever ventetid og tilgjengelighet, da i forhold til oppstart i prosjektet, tilbud ved ferie og fravær/sykdom, tilgang til informasjon om tilbud samt at de fleste deltakerne har vært uvitende om at de er med i et prosjekt.

4.2.4 Ventetid og tilgjengelighet

Liten/ingen ventetid ved oppstart i prosjektet

Ingen av informantene har opplevd å måtte vente lenge på å komme til behandler første gangen. Det varierer fra en uke opp til en måned, og det beskrives som en lettelse og veldig godt å slippe ventetid:

*«Det er en **lettelse** i seg selv. (...) Det har jo vært en del venting sånn ute i det offentlige det har det, men med psykisk helse så har det ikke vært noe venting i det hele tatt og det er veldig, **veldig** godt for det er litt frustrerende når man sitter og venter og venter og venter».*

Lite tilbud ved ferier og fravær/sykdom

Noen opplever at behandler har vært mye borte, og uttrykker et behov for en back-up, og at det hadde vært greit å snakke med noen andre dersom behovet for å snakke er presserende:

«Hvorfor er det for eksempel ikke en back-up person da (...) hvis noen blir syk over lang tid så at noen andre kan steppe inn liksom det har de ikke».

*«Hvis man føler at man trenger å prate med noen **da** den dagen så har det ikke nødvendigvis så mye å si nøyaktig hvem det er».*

Det beskrives også som kjedelig at det ikke er noe tilbud i ferier:

*«Jeg syns ferier er kjedelig jeg, for da er det **ikke** trening og så er det **ikke** DPS og så er det **ikke**.. det er ingenting».*

Uvitende om prosjektdeltakelse og lite informasjon om tilbud

De fleste informantene visste ikke at de var med i et prosjekt før de fikk forespørsel om deltakelse i denne undersøkelsen, men mener det ikke hadde gjort noen stor forskjell å få vite det heller, men at det kunne vært greit:

«Hadde nok ikke hatt noe å si sånn sett, men det er jo det er greit å ha fakta inne, sånn hvis man blir kontakta i forhold til dette prosjektet. Men det hadde nok ikke hatt noe sånn å si egentlig det hadde det ikke».

Det oppleves som at NAV har en utfordring i forhold til å kunne videreformidle informasjon om tilbud:

«Jeg tror de har en liten utfordring der med å kunne videreformidle informasjon om hva som faktisk er av tilbud og sånt. (...) Skulle kanskje tro det NAV-veilederen eller saksbehandler eller jeg vet ikke hvem, som skulle sende ut den informasjonen eller om man må gå direkte til NAV og spørre hei er det noen nye prosjekter i dag jeg vet ikke».

Det har også vært viktig at saksbehandler i NAV har kunnet henvise til behandler i prosjektet, fordi det å skulle spørre om hjelp selv i forhold til psykiske problemer oppleves som vanskelig av noen.

4.3 Mangesidig støtte

Neste kategori bærer navnet «Mangesidig støtte», og karakteriserer opplevelsene deltakerne har av at behandler gir ulike former for støtte. Disse er beskrevet i underkategoriene «Brobygger», «Systemlos» og «Støtteperson».

4.3.1 Brobygger

Behandler som synlig påminner, pådriver, talsperson og bidragsyter inn mot NAV

Behandler oppleves som et viktig kommunikasjonsledd for informantene inn i NAV-systemet og beskrives som en synlig påminner, bidragsyter, pådriver og talsperson:

*«Hvis ikke jeg hadde hatt [behandler] for eksempel så hadde jo ikke jeg kunnet gått til henne og hun hadde ikke kunnet gått videre til **de** [NAV] for å videreformidle det **vi** faktisk satt og reflekterte over og mine ønsker og mine behov, sånn at jeg hadde **manglet det kommunikasjonsleddet**».*

«Jeg tror det hadde veldig mye å si det at hun [behandler] jobbet tverrfaglig mellom psykisk helse [navn på kommune] inn i NAV så hun (...) var der som en synlig person

*snakket til dem, ikke bare over telefon men altså øyne til øyne, og ikke ga seg heller. At de [NAV] på en måte ble **påminnet** det her, og at hun kom med sine tanker og sine egne refleksjoner over det».*

Flere informanter beskriver at behandler kontakter saksbehandler i NAV på deres vegne dersom det er behov for avklaringer, utveksling av informasjon eller hjelp til å ordne møte:

*«Men [behandler] har tatt kontakt med saksbehandleren min hvis det har vært noe jeg har drøftet med henne, og som saksbehandleren min må opplyses om. [Det har] fungert **veldig** bra. Da har jeg fått lagt fram saken før jeg kommer på møtet selv, så det har vært kjempe greit. Jeg er ikke en person som er flink til å si ifra selv, det har jeg aldri vært det sliter jeg med, og da er det utrolig kjekt at hun tar den biten for meg».*

Samtidig beskrives betydningen av at behandler kjenner deltakerne godt og kan komme med synspunkter som fagperson:

*«Det at hun kjente meg og **visste** hva det her faktisk **betydde** for meg og hva det gikk ut på. (...) Det har utrolig mye med det at hun **kjente** meg rett og slett og kunne komme med sine synspunkter som fagperson tror jeg. (...) For det har jo så utrolig mye å si hvordan du får formidlet ting til de som skal sitte og bestemme over deg. Og hvis de ikke har et utgangspunkt for å kunne forstå hvem du er og hva du vil så er det klart at det er vanskelig å ta en avgjørelse som da kan bli, vil jeg si, veldig feil».*

4.3.2 Systemlos

Støtte til å søke andre hjelpeinstanser

Om behandler på enkelte områder opplever å ikke ha nok kompetanse, henvises det til andre hjelpeinstanser, noe som av enkelte informanter oppleves som veldig viktig for å komme videre. Dette beskrives som noe saksbehandler i NAV ikke kunne ha gjort, fordi det ikke oppleves om naturlig å fortelle om psykiske vansker utover angstproblemer til denne:

«Altså en ting er å si til saksbehandleren din at jo jeg har angst og må jobbe litt igjennom det, men sånn utover det når du begynner å gå inn på andre ting så (...) føler man i hvert fall at det er mest naturlig å si fra til en psykisk helsearbeider rett og slett».

*«Det har vært kjempefint for jeg har vært inne på tanken om å søke hjelp for den andre biten, men jeg har ikke turt, så hadde ikke vært for at hun [behandler] spurte meg om jeg ville at hun skulle henvise meg så hadde jeg aldri turt å søke hjelp, og det er jeg kjempeglad for at hun gjorde. (...) Det er en veldig **viktig** bit. **Veldig**. Så det har vært helt supert akkurat det».*

4.3.3 Støtteperson

Nøytral støtte med råd og tips

Det beskrives som spesielt viktig at behandler er nøytral og ikke velger side, og det oppleves som en stor lettelse å snakke med andre enn familie og venner som ikke vet hva det går ut på, eller som kan ha nok med sitt eget. I tillegg har det stor betydning å bli møtt med forståelse og få råd og tips til å takle vanskelige ting:

«Det er en enorm lettelse på en måte. Det kan ikke sammenlignes med å gå til familie og venner som ikke helt vet hva det går ut på, hva og hvorfor det er vanskelig».

*«Det har vært **kjempekjekt** [å gå til behandler] for jeg blir møtt med sånn virkelig forståelse for hva det er jeg sliter med, og hun kommer med råd og tips og er en veldig god støtte hvis ting er vanskelig å takle».*

4.4 Personorientert perspektiv

Videre beskrives kategorien «Personorientert perspektiv», med underkategoriene «Terapeutisk relasjon», «Ikke-medisinsk behandlingsfokus» og «Individuell tilpasning». Sentralt her er deltakernes opplevelser av å stå i sentrum som hele individer.

4.4.1 Terapeutisk relasjon

Det er en rekke elementer i relasjonen mellom deltaker og behandler, og også tidvis saksbehandler i NAV, som trer frem som sentrale og viktige, og som fører til at deltakerne opplever å føle seg sett, hørt, tatt på alvor, forstått og verdsatt. Det oppleves som å være i en likeverdig og gjensidig relasjon, der personlig engasjement, tillit, ærlighet, kjemi, innsikt, en lyttende stil med smil og blikkontakt i en vennskapelig tone oppleves som betydningsfull omsorg. Løsninger blir funnet i fellesskap.

Gjensidig og likeverdig relasjon

Det beskrives stor gjensidighet og likeverd i relasjonen mellom behandler og deltaker, som opplever å bli tatt på alvor. Løsninger blir funnet sammen i en tett og god dialog der deltaker er sjefen, noe som beskrives som veldig viktig:

«Det har vært **jeg** som på en måte har vært sjefen hele tida, jeg som har bestemt **når jeg skal ta et skritt videre**, hva er det jeg er klar for og siden hun har vært en så **utrolig god støttespiller** så har det hatt kjempestor betydning for **meg** og (...) alle de skrittene som jeg har tatt framover, og også de avgjørelsene som jeg har tatt, siden hun har støttet meg på en veldig **ærlig** måte».

«Det som har vært så flott er at jeg og [behandler] har hatt en så utrolig **god dialog**. Vi har vi kommuniserer så **utrolig godt** sammen, og det er klart at hun har hatt veldig mye å si for har kunnet delt så veldig mye med henne og bare det i seg selv å kunne dele noe som betyr mye for deg med en annen person det er **veldig viktig**».

Kjemi, forståelse, innsikt, vennskapelig tone og trygghet

God kjemi i relasjonen, innsikt, forståelse og trygghet hos behandler beskrives som viktig og nødvendig for å oppleve den tryggheten som er nødvendig for åpne seg og få tømt seg. Det skapes også en vennskapelig tone når behandler tar opp tråden og spør om ting som har skjedd for en stund tilbake:

«Det som er veldig viktig er selvfølgelig at kjemien stemmer med den du snakker med. Det har utrolig mye altså det har **alt** å si for at du skal få noe **ut av** det, for hvis dere ikke kommer overens enten på måten dere tenker eller altså måten dere kommuniserer på så fungerer det jo ikke. (...) For både ja både **innsikten** hos den andre personen har veldig mye å si og også at den forstår deg og at du føler deg **trygg** på den personen så du føler deg fri til å snakke om akkurat det du vil».

«Det å ha noen å prate med som du kan si hva du vil til som ikke tar seg nær av ting eller at det ikke blir sagt videre er **fryktelig** greit. (...) Folk kommer dit prater og det blir der. Man kan tømme seg for de tankene man har og bli ferdig med det, sånt er **fryktelig** greit altså».

Ærlighet, omsorg, lyttende stil, personlig engasjement, smil og blikkontakt

Det gis beskrivelser av behandler og enkelte saksbehandlere i NAV, hvor ærlighet og bruk av kroppsspråk oppleves som spesielt viktig for å føle seg verdsatt som menneske. Betydningen av å vise genuin omsorg og interesse for deltaker som person, kommer fram gjennom å undersøke forespørsler og gi tilbakemelding raskt, og ikke nødvendigvis ved at deltaker får økonomisk støtte av NAV til alt som etterspørres:

*«Det blir som hun [NAV-saksbehandler] sa, det er jo ikke alt hun får hjulpet meg **med**, kunne ikke hjelpe meg med [økonomisk] støtte og slike ting, men det forandrer ikke det faktum at hun **prøvde**. (...) Det er vanskelig å forklare. Det er bare noe så enkelt som når jeg snakka med henne så **så** hun faktisk **på** meg. Måten hun smilte på. (...) Og bare det at hun hvis jeg spurte om en ting, så undersøkte hun det omtrent med **en gang** (...) da føler du deg faktisk litt **verdsatt**. At du ikke bare går der - åhh ennå en ny saksbehandler hvilken praksis plass kommer jeg til å få nå ikke sant. (...) Hun **prøver** å gjøre noe, hun prøver å hjelpe og hun viser følelser og lytter, og det har veldig mye med hva hun **sier** og hvordan **kroppsspråket** er. Og det syns jeg veldig mange andre kunne ha nytte av å lære av henne».*

4.4.2 Ikke-medisinsk behandlingsfokus

Det oppleves som svært viktig for flere av informantene at behandler har dem som hele personer i sentrum for behandlingen, og at fokuset ligger på hverdagsmestring og støtte til å finne riktig balansenivå, og ikke på diagnoser og sykdom. Dette er samlet i underkategorien «Ikke-medisinsk behandlingsfokus».

Person vs. diagnose

Flere informanter beskriver betydningen det har at behandler ikke identifiserer dem med diagnoser eller kaller dem for pasienter, men ser på dem som hele personer. Dette gir en opplevelse av å bli forstått og tatt på alvor, og behandler oppleves som mer menneskelig når det brukes mindre faguttrykk:

«Hun tok meg **veldig** på alvor **absolutt** hele veien. Og også det at hun la så mye i **det**, altså hun gikk hundre prosent **inn** for å **forstå** meg og for å forstå meg som **person**, og det at hun ikke identifiserte meg med **diagnosen** min».

«Det var mye **lettere** å gå til [behandler] og snakke med henne, fordi hun var ikke så **faglig** på en måte. Hun var mer **menneskelig** på en måte».

«Det [å gå til behandler] føler jeg ble veldig mye mere på et personlig plan rett og slett istedenfor å hele tiden skulle **analysere** på et veldig sånn medisinsk nivå. Det blir også veldig mye mer menneskeligjort at du ikke føler du blir identifisert med en setning i en lærebok».

Ikke sykdomsfokus, men hverdagsmestring og støtte til å finne riktig balanse

Det beskrives at behandler ikke har hatt fokus på sykdom, men på mestring i hverdagen der bruk av erfaringer fra eget dagligliv har vært viktig og gjort det lettere for deltakerne å prate:

«Hun [behandler] fortalte litt om kanskje ikke hennes privatliv, men hennes dagligliv, og var lettere å spørre om ting som kanskje ikke direkte omhandlet mine problemer men veldig nært da. (...) Kan nok hende at hun på den måten trekker ting litt ut av meg uten at jeg egentlig vet om det, men hun pratet på en sånn på en måte som gjør at du føler deg mer fortrolig med det».

«Greit å ha en sånn som får meg til å takle hverdagen sånn som den er nå og. (...) Det er godt å ha noen å prate med [som er] utenforstående. Kanskje hjelpe meg å sette ord på det jeg føler og tenker og sånn».

Det oppleves også som viktig å få støtte til å finne riktig balanse på aktivitetsnivået i hverdagen:

*«Det er nettopp det å finne **balansenivået**, det var det jeg følte var det mest utfordrende [fordi] alt lå på meg. (...) Det var kjempe- kjempeessensielt i samtalenes våres; hva jeg **gjorde**, **hvordan** jeg gjorde det, framgangsmåten, hva jeg kunne gjort på en annen måte, hva jeg kunne gjøre **neste** gang, hvordan man skal gjøre for å forandre litt på det, hva kan man gjøre utfordre seg **litt** mer. Hvis det ikke fungerer **en** dag hva betyr det. Ja det ble rett og slett **analyse** av **masse**».*

4.4.3 Individuell tilpasning

Underkategorien «Individuell tilpasning» viser hvordan fleksibilitet i forhold til samtale tid, sted, mengde og aktivitet står sentralt for å oppleve et individuelt tilpasset tilbud. I tillegg beskrives det som viktig å fremme individuell tilpasning i forhold til at behandling og aktivitet kan skje samtidig. Forsiktig oppstart og individuelt tilpasset arbeid/aktivitet beskrives som sentralt.

Fleksibilitet i forhold til samtale tid, sted, mengde og aktivitet

Det er særlig fleksibiliteten behandler viser i forhold til samtale tid, samtalested, samtalemengde og type aktiviteter det er mulig å gjøre som fremheves som viktig i den individuelle tilpasningen:

*«Det opplegget som jeg hadde med [behandler] var jo helt.. jeg vil si at det var **optimalt**. Hun var **veldig** fleksibel. (...) Hun kom hjem til **meg** og vi hadde samtaler hjemme (...) Det var også sånn at hvis hun ikke skulle ha muligheten til å komme hjem til meg en dag så kunne vi heller ta en telefonsamtale».*

Det å kunne sende tekstmeldinger via mobiltelefon har fungerte godt, og det beskrives som uproblematisk å få timer utenom avtalte timer og å flytte på timer. Dette oppleves som veldig fint, fordi det gir mindre press og ikke en opplevelse av tvang, noe som fører til at ting gjøres mer frivillig og at det blir enklere å få ting til. Det bidrar også til å skape trygghet og en lettere situasjon å vite at det er mulighet for å få hjelp raskt:

[Det var] veldig greit, fordi føler man press på seg så får man gjerne en sånn derre demonstrativ vegg foran seg; -nei søren heller da gidder jeg ikke, men når en liksom ikke har det presset så føler du ikke noe tvang liksom og da gjør man ting mer frivillig og ja [det blir] enklere å få til ting».

«Kunne bare sende melding for da fikk jeg hastetime hvis jeg hadde behov for det var ikke noe problem. (...) Det syns jeg var helt greit for det hjelper litt på tryggheten og slik det og, at du hvis det virkelig var noe så kunne du få hjelp akkurat der og da nesten så det var egentlig ganske bra. (...) Ble jo mye lettere med en gang for da kan jeg få hjelp med det jeg sliter med akkurat her og nå. Det var ganske betryggende egentlig».

At behandler tilbyr seg å følge til ulike aktiviteter/tiltak samt at det er mulighet for å gå turer og trene, beskrives også som betydningsfullt og som et veldig bra og fleksibelt tilbud:

«Når jeg tenker fleksibel så tenker jeg hvordan de kan strekke seg i hvert fall, og hun foreslo faktisk å følge meg til [navn på tiltaket] som jeg hadde ekstremt skrekk for».

«Vi kan også gå turer og prate istedenfor bare å sitte på kontoret og jeg har tilbud [om å] trene. (...) Også at hun kan være med første turen og kan få hjelp når en ikke har selvtillit til å gå på treningssenter selv (...) det syns jeg er et innmari bra tilbud».

Selv om tilbudet om samtaler er fleksibelt og deltaker kan kontakte behandler ved behov, er det enkelte som opplever utfordringer med å be om hjelp dersom det går for lang tid mellom samtalenene:

«Er bare redd for at det skal bli mas for henne fra meg da. Liksom sånn at hvis jeg spør om hun kan sette opp en time at hun.. føler at det er ja.. at det er.. nei jeg vet ikke.. (...) Jeg har vanskeligheter for å.. spørre om hjelp».

Behandling og arbeid/aktivitet samtidig

Flere informanter mener det vil kunne være mulig gå til behandling samtidig som det startes opp i arbeid/aktivitet, og det beskrives som svært viktig å ikke bli overlatt til seg selv i denne oppstartsprosessen. Det beskrives som en fordel å kunne få oppfølging av noen som kjenner en fra før, og samkjøring og et individuelt tilpasset tilbud beskrives som en forutsetning for å lykkes:

*«Jeg kan ikke stoppe med det ene og starte med det andre. Det kommer ikke til å fungere. (...) Nei da går en liten stund og så detter man tilbake. (...) Tror det er fryktelig dumt å **stoppe brått** med en ting og så starte med noe helt annet liksom [det] er aldri noe godt. (...) Fordi skal jeg **stoppe** hos [behandler] og **så** begynne å jobbe så tror jeg det går feil vei. For det er kanskje litt sånn at man.. jeg **vet** ikke, kanskje jeg føler meg litt sånn.. **forlatt** på en måte, sånn overlatt til meg selv. Det tror jeg **ikke** er noe bra altså. (...) Tror det er veldig viktig å så få oppfølging på en måte **der** du har fått hjelpa».*

Det pekes også på et annet moment, og det er at behandling alene ikke er nok hjelp for de som føler seg klar for noe mer:

*«Jeg trenger til å komme meg ennå mere ut, jeg trenger å få mer ork, og det tror jeg man kan få hvis man kommer seg mer ut. (...) Begynne å **gjøre noe** med livet, ikke bare sitte hjemme. Det er jo ikke noe liv. Kjennes ikke ut som jeg har noe liv. Jeg tror jeg trenger **mer** enn det [å gå til behandler]».*

Forsiktig oppstart i arbeid/aktivitet

Flere informanter forteller om betydningen av å starte forsiktig opp igjen i arbeid/aktivitet etter langt fravær i arbeidslivet, starte pent og rolig, prøve seg fram og ikke ta for hardt i. At det er mulig å få et individuelt tilpasset tilbud med færre dager i praksis beskrives som en fin og nødvendig overgang:

*«Kanskje ikke begynne like hardt som det jeg gjorde. (...) Jeg jobba liksom tre dager i uka rett på, og så hadde jeg ikke gjort noen ting på et år eller to så da blir det fort litt **mye**».*

I tillegg beskrives det som viktig at det brukes nok tid på å finne en arbeidspraksis som passer den enkelte, fordi det ellers vil være problematisk å trives og lykkes:

*«Bare [å bli] slengt ut i jobb var rask behandling fra andre saksbehandlere, men i prosjektet her så syns jeg det har gått **sakte** på en **riktig** måte. Vi lette etter en praksisplass som jeg skulle gå to ganger i uka, så var det veldig viktig at vi lette etter noe som **passet** meg som en person, noe jeg faktisk kunne ha tenkt meg».*

*«Hvis jeg hadde fått jobb som jeg ikke trives med hvor lenge tror dere jeg kommer til å **være i** den jobben, da blir det jo bare å hoppe rett tilbake til NAV».*

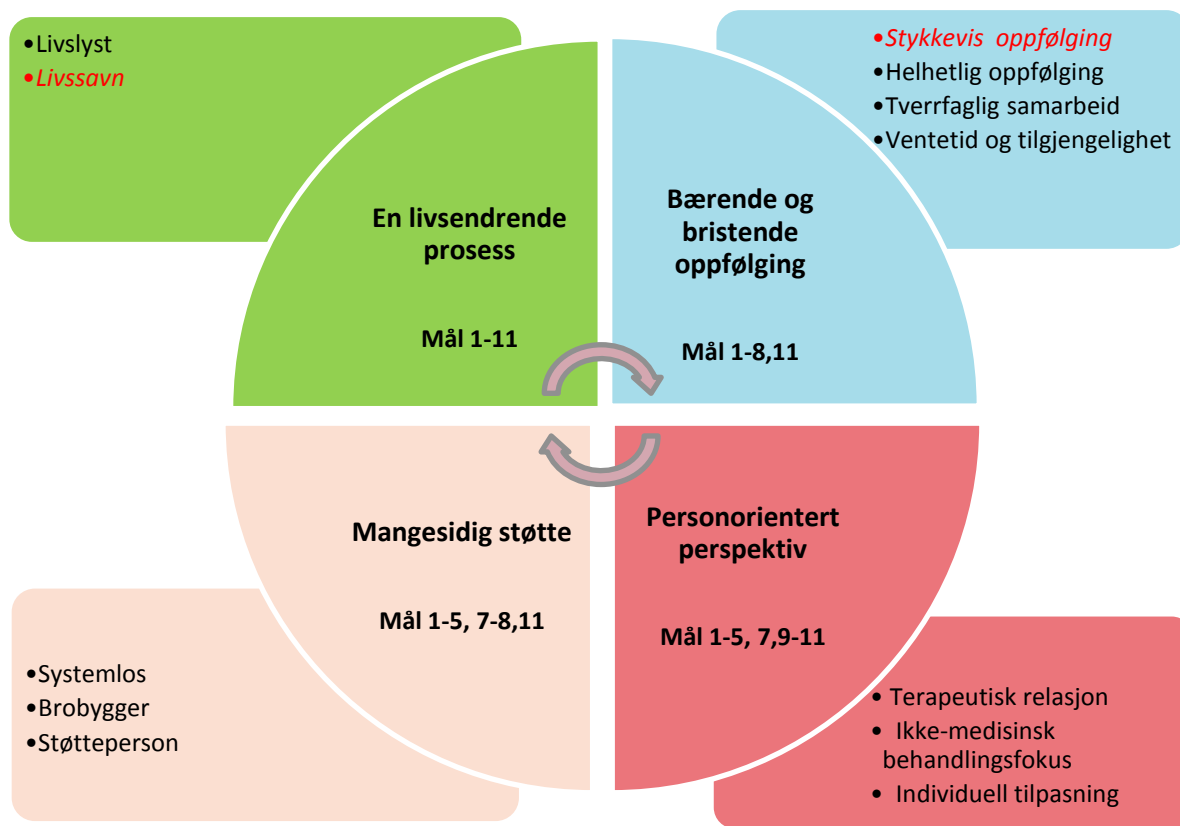
5 Diskusjon

I diskusjonen vil funnene fra den kvalitative innholdsanalysen sees opp mot NAV-prosjektets formulerte målsettinger og diskuteres i lys av relevant teori.

Siden utgangspunktet for denne studien er en evaluering sett i brukerperspektiv er det *deltakernes* tolkning av målene og deres opplevelse av måloppnåelse som har stått i fokus. Studien har vært åpen for å ikke kun se på fastsatte mål jf. måloppfyllingsanalysen, men også for bieffekter jf. bieffektsmodellen.

Det ble identifisert 11 mål i prosjektplanen (figur 3) som kan relateres til brukernivå. Disse interagerer til dels med hverandre, og det ble derfor funnet mest hensiktsmessig å se enkelte mål og deler av enkelte mål i sammenheng i diskusjonen.

Diskusjonens struktur ble dannet ut fra at de mest talende funnene ble sett opp mot prosjektmålene og diskutert i lys av relevant teori. Interaksjonen mellom målene og hovedfunn fra analysen illustreres i figur 3.



Prosjekt mål fra «Arbeid, rus og psykisk helse»
1 Sikre rask behandling og støtte i løpet mot arbeid.
2 Bruker raskt tilbake til ordinært arbeid/aktivitet.
3 Helhetlig tilbud/sømløse tjenester/rask intervensjon.
4 Gi støtte/behandling når motivasjon er tilstede.
5 Gi bruker best mulig utbytte av tiden i KVP og AAP, og sikre at bruker får rett ytelse.
6 Unngå ventetid på grunn av ventelister.
7 Via KVP og AAP gi unge mennesker med rus/psykiske helseplager, en ny start og et helhetlig oppfølgingstilbud, med fokus på mestring i arbeidslivet.
8 En tett og god dialog mellom bruker, behandler og veileder hos NAV er en forutsetning for å lykkes.
9 Stor grad av fleksibilitet på brukernes premisser.
10 Behandling og aktivitet skal kunne skje samtidig
11 Målet er helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud, både i NAV og i psykisk helsearbeid.

Figur 3 illustrerer en oppsummering av analysens hovedfunn. Pilene i midten indikerer at kategoriene kan sees i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre, mens mål 1-11 indikerer prosjekt mål som sees i sammenheng med funnene i diskusjonen. Rødt kursiv skrift indikerer hemmende faktorer i prosjektdeltakernes bedringsprosesser. Til høyre vises mål på brukernivå som ble identifisert etter dokumentanalyse av prosjektplanen «Arbeid, rus og psykisk helse».

5.1 Mangesidig støtte

Forskning viser at støtte fra andre er et viktig element i recoveryprosesser, og at det er en sentral generell motstandsressurs som kan bidra til å skape større håndterbarhet og minske stressfaktorer som skaper spenning og dårligere helse. Ulike former for støtte har også stor betydning i det å finne og beholde arbeid, og mangel på støtte kan føre til mindre mulighet for å lykkes i recoveryprosesser (Antonovsky, 1996; Davidson et al., 2005; Blank et al., 2011; Goldberg et al., 2005).

Målet om å «*Gi støtte/behandling når motivasjon er tilstede*» vil videre sees i sammenheng med målet om å «*Sikre (...) støtte i løpet mot arbeid*». Det er et gjennomgående funn at alle informantene i undersøkelsen opplever betydelig støtte fra behandler, og det ble identifisert flere ulike former for støtte, både intrapsykisk og mot andre hjelpeinstanser. Funnene tyder på at behandler har en betydningsfull rolle utover den tradisjonelle behandlerrollen, som ofte omhandler støtte og behandling rettet kun mot intrapsykiske utfordringer. Behandlerrollen kan i tillegg sees i et kontekstuellt perspektiv og sies å ha en brobyggende effekt ved å befinne seg i spenningsfeltet *mellom* den enkelte deltaker og NAV-systemet.

Flere studier på nasjonalt plan viser at NAV står overfor store utfordringer (Riksrevisjonen, 2012a; Riksrevisjonen 2012b), og funnene i denne studien viser at behandler har fungert som brobygger og kommunikasjonsledd for deltaker inn mot NAV. Behandler har vært en sentral pådriver og talsperson for deltakere som opplever det som utfordrende å legge fram sin sak og få forståelse av saksbehandler i NAV, enten fordi de tidligere har opplevd liten vilje til handling fra saksbehandler, eller at de er utrygge i forhold til å ta opp saker selv. For noen informanter har en slik støtte spilt en avgjørende rolle for å komme videre, og enkelte har fått omgjort vedtak fra saksbehandler i NAV fra et nei til et ja etter at behandler kom inn i bildet.

I tillegg til å inneha rollen som brobygger og bindeledd for deltaker inn mot saksbehandler i NAV, har behandler fungert som en systemløs. I et hjelpesystem som kan virke overveldende for deltakere som sliter med psykiske utfordringer, har det for enkelte hatt stor betydning at behandler har klart å fange opp dette, gitt støtte og loset deltakeren til å kunne søke andre hjelpeinstanser. Lignede funn er gjort av Flermoen (2006) hvor brukere beskriver betydningen av å ha en fast kontakt som de har tillit til, inn mot tiltaksapparatet, som loser brukeren gjennom systemet.

Et betimelig spørsmål knyttet opp mot funnene er *hvorfor* enkelte opplever deltakere å få større gjennomslag for det de ønsker når de ikke står alene, men har støtte i behandler? Dette kan se ut til å ha sammenheng med behandlers unike kjennskap til deltaker som er opparbeidet gjennom et personorientert perspektiv samt behandlers posisjon som fagperson.

Behandlerne har fått stor tillit hos informantene, og i stor grad fremstått som det forskningen på recoveryprosesser omtaler som en brukerorientert hjelper (Bøe & Thomassen, 2007; Borg & Topor, 2007; Borg, 2009; Vatne, 2006; Røkenes & Hanssen, 2006; Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2011; Schön et al., 2009). Dette har innebært en trygg, gjensidig og likeverdig relasjon, god kjemi, forståelse, innsikt, vennskapelig tone og trygghet, ærlighet, omsorg, lyttende stil, personlig engasjement og et vennlig kroppsspråk med smil og blikkontakt. Funnene tyder også på at behandler jobber innenfor et salutogenetisk perspektiv der fokuset ligger på å oppdage og understøtte det unike ved hver person og dennes livshistorie, og ikke på sykdom og diagnoser. Fokuset i behandlingen ligger i stor grad på hverdagsmestring, og deltakerne opplever det som viktig å få støtte til å finne riktig balanse i livet, og å få råd og tips til å takle utfordringer i hverdagen.

Deegan (Karlsson, Deegan & Borg, 2011) hevder at den psykiske helsearbeideren må bruke sin medmenneskelighet i arbeidssituasjonen, og ikke holde fram den distanserte helsearbeideren som et ideal. Å støtte brukeren i å finne sin «personlige medisin», er en av helsearbeiderens viktigste oppgave. I dette legger Deegan det å søke å forstå, utforske og støtte den enkelte i å søke svar på hva det er som gir livet mål og mening.

Behandlerne understøtter gjennom den terapeutiske relasjonen kreative prosesser i individet selv, og oppmuntrer deltaker til å våge å satse på drømmer de bærer på. De støtter deltakerne i å finne sin «personlige medisin», drømmer fanges og flere opplever en ny forståelse av seg selv med økt livslyst. Endringer i selvinnsikten, selvforståelsen, selvtiliten, selvbildet, økt mestring og utvikling av mestringsstrategier, stolthet over egeninnsats og en lettere hverdag er funnet, alle sentrale elementer i recoveryprosesser.

Funnene tyder på at behandler blir kjent med deltakers livsverden på en annen og mer personlig måte enn saksbehandler i NAV kanskje har mulighet til innenfor sine rammer jf. undersøkelsene fra Riksrevisjonen (2012a; 2012b) og Røysum (2009). Gjennom å følge en deltaker over lengre tid, har behandler mulighet til å bli godt kjent med vedkommendes situasjon på en helhetlig måte, som da får mulighet til å opparbeide seg tillit og mulighet til å vise at de er til å stole på.

At noen har tillit til en som person, kan i seg selv betegnes som tillitskapital, som kan sies å være en form for relasjonell sosial kapital. Dette utgjør de ressurser og goder en person kan aktivere nettopp på basis av sitt rykte for å være å stole på (Esser, 2008). Deltakerne bruker da behandler, som de har tillit til, inn i et system de har mistillit til, og opparbeider seg posisjonell kapital i hjelpeapparatet. Behandler kan «gå god for» deltaker, og i kraft av å være fagperson blir behandler oftere lyttet til av saksbehandler i NAV, og har større mulighet til å få igjennom saken, enn om deltaker skulle lagt fram saken sin alene som ikke-fagperson. Lignede funn er beskrevet av Solheim (2009) i en undersøkelse basert på kvalitative intervju av 13 unge stønadsmottakere.

På den andre siden er deltakerne da prisgitt at de får en god relasjon til sin behandler, ellers kan de bli stående alene, om ikke fastlegen eller andre involveres. En annen side av dette er hva slags signaler som sendes til deltaker når det oppleves som nødvendig å ha noen som kan snakke for seg for å bli hørt. Det gis signaler om at en ikke blir trodd på, for så å bli trodd på når en fagperson uttaler seg. Hva skjer med reell brukermedvirkning og enkeltpersoners tro på seg selv? Er det slik at det i NAVs system ikke er mulig å bli godt nok kjent med en bruker for å kunne ta hensyn til ønsker og behov? Må det andre til som kjenner personen bedre, og har bygget en relasjon på en annen måte som skaper nok trygghet og tillit til at deltaker tør å åpne seg og fremme sine ønsker? Da har behandlerne en viktig misjon i det å være et bindeledd i et system som er bundet av regler.

Selv om flere opplever stor og betydningsfull støtte av behandler på ulike måter i løpet mot arbeid, er det for enkelte deltakere usikkerhet rundt *hva* det er mulig å få hjelp til. Det ligger et utviklingspotensiale for prosjektet i forhold til å klare å fange opp deltakere som føler seg klare til noe mer enn samtaler om «her og nå» og hverdagsfrustrasjoner. Noen ønsker å gå dypere i sine opplevelser, andre ønsker hjelp til å finne ut hva man kan gjøre i framtida.

5.2 Identitet og ambivalens

I diskusjonen over er det belyst faktorer og ulik type støtte/behandling i løpet mot arbeid som blir gitt når motivasjon er *tilstede* hos deltaker. I dette målet ligger det imidlertid et underliggende premiss om at motivasjon også kan være *fraværende*, og at deltakerne da oppfattes som umotiverte.

I et samfunn som preges av stadig sterkere individualisering, knyttes ofte identitet opp mot hva man driver med eller jobber med, og både utdanning og arbeid kan tolkes som en del av et identitetsprosjekt (Beck, 2004). Det er derfor nærliggende å tro at det for enkelte kan dannes en slags «NAV-identitet» etter å ha vært lenge i dette system, på samme måte som det kan skapes «pasientidentitet» for mennesker som er syke over lenger tid, eksempelvis man *har* ikke depresjon, man *er* deprimert. Etter å ha vært under NAV-systemet i opp mot fem år er det sannsynligvis knyttet en viss trygghet og ikke mins forutsigbarhet i hverdagen for mange deltakere, som kan oppsummeres i det folkelige uttrykket «å vite hva man har, men ikke hva man får».

Ambivalens kan sees på som et normalt aspekt ved menneskets natur i en endringsprosess, men problemer kan bli intensivert dersom folk blir sittende *fast* i ambivalensen (Miller & Rollnick, 2002). Endring, som å gå fra «NAV-identitet» til en annen identitet som arbeidstaker eller student, kan medføre flere utfordringer og oppleves overveldende. Funn i denne undersøkelsen viser at dette kan gi seg uttrykk i ambivalens; på den ene siden ønsker enkelte deltakere å gå videre, men på den andre siden er de svært usikre på klarhet for dette. Her ligger en stor utfordring for hjelpere, fordi fenomenet reaktans lett kan oppstå. Dette innebærer at mennesker har en tendens til å oppleve påvirkning utenifra som en trussel mot frihet og autonomi, noe som kan føre til forsøk på å reetablere sin evne til å bestemme selv (Brehm & Brehm, 1981). Dette kan, i tillegg til ambivalens, framstå som mangel på motivasjon eller som motstand.

Enkelte deltakere befinner seg i en slik endringsprosess kjennetegnet av reaktans og ambivalens. Det kan se ut som at prosjektet ikke har klart å fange denne ambivalensen i tilstrekkelig grad overfor enkelte deltakere, som kan synes fastlåste i ambivalensen. Ved å legge til rette for å utforske deltakers følelser i forhold til både fordeler og ulemper ved arbeid, kan prosjektet utforske ambivalensen i større grad. Forskning utført av Blank et al. (2011) understøtter betydningen av dette. Det kan da være mulig at usikkerhet og ambivalens kan bli en kilde til energi, heller enn til hinder for utvikling og dermed bli en del av den enkeltes livslyst. Siden dette forutsetter en brukerorientert helper er det god mulighet for at prosjektet kan lykkes med en slik tilrettelegging.

5.3 Raskt tilbake

Målet om «*Bruker raskt tilbake til ordinært arbeid/aktivitet*» utfordres på flere måter. Dette vil videre diskuteres i forhold til et opplevd NAV-byråkrati, samarbeid, ventetid på NAV-tiltak og tilbudets tilgjengelighet, som i større eller mindre grad kan sies å utfordre måloppnåelsen. Liten eller ingen opplevd ventetid på å komme til behandler og et fleksibelt tilbud fra prosjektet som i stor grad oppleves å være individuelt tilpasset, kan sies å virke svært fremmende i forhold til å nå dette målet. Andre mål interagerer også med raskhetsmålet og vil fortløpende behandles under dette kapitlet.

5.3.1 Slitsomt byråkrati

NAV, som i 2011 forvaltet velferdsordninger med utgifter på nær 300 mrd. kroner (Riksrevisjonen, 2012a), skal som vårt nasjonale arbeids- og velferdssystem ivareta oss når det skjer store og viktige, noen ganger svært dramatiske, endringer i livene våre. Det er en rekke lover og regler som skal forvaltes på en god måte for å lykkes med dette viktige arbeidet, og det kan fort oppleves som et byråkratisk hav å forstå og forholde seg til for brukere som i utgangspunktet befinner seg i en sårbar posisjon.

Enkelte deltakere forteller om opplevelser med et byråkratisk NAV-system hvor det har vært en liten fleksibel tolkning av regelverket. Dette har ført til at enkelte opplever at deres behov i liten grad blir tatt hensyn til, og at de må finne ut av regler selv. Dette beskrives som en svært slitsomt og trist prosess. Det beskrives også et savn etter en mer genuin interesse fra saksbehandler om å hjelpe, og at de må sette seg mer inn i hvordan *personen* er. Forskning beskriver at det ofte oppstår utfordringer i kommunikasjonen i samtaler mellom brukere og sosialarbeidere nettopp når sosialarbeider ikke vet nok om hvordan brukerne ønsker å leve livene, og heller ikke kjenner godt nok til brukers kulturelle og sosiale bakgrunn (Nordby, 2009).

Disse utfordringene kan beskues både på individ- og systemnivå. På individnivå kan det pekes på at en mulig lav bevissthet fra saksbehandler om betydningen av at relasjonsbygging, emosjonell støtte og oppmuntring kan føre til økt selvtillit og motivasjon samt at arbeidsstøtte kan være viktig i prosessen med å komme tilbake til arbeidslivet. Uten en refleksjonsprosess

og fokus på personlig kompetanse omkring slike forhold kan arbeidet bli ren rutine, og deltaker kan oppleve å bli behandlet som en diagnose eller sak, heller enn ut fra sin personlige livssituasjon jf. Leenderts (1995).

På systemnivå viser Riksrevisjonens undersøkelse (2012a) utfordringer i form av at så liten grad av NAVs totale ressursmengder er viet brukeroppfølgning, muligens fordi mye av tiden går med til kompetansebygging av administrative oppgaver etter reformens innføring. Dette beskrives i flere undersøkelser, av både brukere og veiledere i NAV, som at det sosiale arbeidet og helhetsperspektivet på brukeroppfølgning kan se ut til å bli fortrent til fordel for et byråkratisk-administrativt helhetssyn (Norvoll, 2011; Røysum, 2009).

Slike problemstillinger kan virke inn som hindringer i recoveryprosesser ved at deltaker opplever å ikke på tatt på alvor, hørt eller sett. Situasjonen kan også oppleves som uforståelig, kaotisk og tilfeldig og føre til en lavere grad av forståelighet og håndterbarhet. Dette kan medføre dårligere helse ut fra et salutogenetisk perspektiv om opplevelse av sammenheng. Behandler har som vist tidligere fungert som en brobygger i dette spennet mellom det opplevde byråkratiske NAV og deltaker med god virkning, og for enkelte bidratt til å nå målet om raskhet.

5.3.2 Samarbeid

Denne undersøkelsen tolker at det usikkert i hvor stor grad målet om «*En tett og god dialog mellom bruker, behandler og veileder hos NAV er en forutsetning for å lykkes*», er nådd. På den ene siden er enkelte deltakere veldig fornøyd med samarbeidet, og dialogen mellom behandler og veileder i NAV kan i enkelte tilfeller betegnes som tett og god. På den andre siden er inntrykket at partene i mindre grad møtes *samtidig*, fordi flere deltakere tar opp saker gjennom sin behandler, som vist tidligere i diskusjonen, og fordi møter har av ulike årsaker er blitt avlyst.

Samtidig som enkelte uttrykker at det kan ha stor betydning med samarbeidsmøter og ønsker dette i større grad, er det også flere som gir uttrykk for en ganske sterk usikkerhet og skepsis i forhold til om de ønsker *mer* samarbeid med NAV. Her virker spesielt en type krysspress inn, hvor veileder i NAV sier en ting, behandler en annen mens deltaker selv er svært usikker på

hva som er «riktig» vei å gå videre. Andre studier viser også utfordringer knyttet til at ulike aktører kan ha motsatt oppfatning av hva som er riktig for brukeren (Schafft, 2008).

Både behandler og NAV-veileder balanserer i større eller mindre grad på en skjør linje i forhold til hva som er riktig mengde å gi av utfordringer for å støtte deltaker framover. For mye kan resultere i reaktans og motstand, mens for lite kan resultere i pasifisering. Både under- og overbelastning kan i et salutogent perspektiv gi opplevelser som bidrar til mangel på motivasjon, oppleves u håndterbare og uforståelige. Lav grav av opplevd sammenheng kan bidra til at deltaker opplever seg som et offer for livets påkjenninger, heller som en aktør, og derigjennom føre til dårligere helse. Uenigheter mellom profesjonelle kan oppleves som en ekstra belastning for den enkelte bruker, og det kan være fare for at en brukersentrert tilnærming kan komme i skyggen av intern uenighet. I tillegg kan det vanskeliggjøre behovet for å utforske den ambivalensen enkelte deltakere kan oppleve i forhold til å skulle gå videre, som diskutert tidligere.

En annen utfordring på systemnivå ligger i ofte saksbehandlerbytte og utilgjengelige saksbehandlere. Det beskrives som slitsom å måtte forholde seg til nye personer og fortelle samme historie mange ganger. I tillegg kan det representere en utfordring for samarbeidet mellom deltaker, NAV-veileder og saksbehandler som må bli kjent med hverandre på nytt. Siden det tar tid å skape gode relasjoner og utforske brukers ønsker og behov, kan dette utfordre målet om at deltaker raskt skal få hjelp til å komme tilbake til ordinært arbeid/aktivitet. Andre deltakere er usikre på om det er mer *samarbeid* som skal til for å få den andre til å se det samme som de gjør. Her pekes det på noe av det som Skau (2011) legger i begrepet personlig kompetanse: innsikt, forståelse og vilje til å forstå.

I en sårbar situasjon er brukerne avhengig av å møte profesjonelle som er bevisst den makten de utøver i form av sin posisjon, slik at hjelpen ikke virker hemmende i recoveryprosesser, men fremmende. Siden NAV forvalter økonomiske incentiver som kan avgjøre fremtiden til mennesker, gir dette en ekstra dimensjon i graden av makt som utøves ovenfor brukerne. Usikkerheten som deltakerne uttrykker i forhold til om de ønsker økt NAV-samarbeid, kan virke hemmende i å nå raskhetsmålet. Dette er noe prosjektet kan være oppmerksom på og eventuelt undersøke nærmere.

5.3.3 Ventetid

Alle deltakerne opplever å ha kommet til behandler svært raskt, noe som beskrives som en lettelse. Sett ut fra inntak i prosjektet kan derfor målet om å «Unngå ventetid på grunn av ventelister» samt målet om å «Sikre rask behandling (...)» sies å være nådd.

Men selv om ventetiden for prosjektet isolert sett er nådd, opplever enkelte deltakere *allikevel* ventetid, da i forhold til å få plass på tiltak. Dette gjenspeiles i en utredning som viser at ventetidene på arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne har økt de siste årene, fra seks måneder i 2006 til ni og en halv måned i starten av 2010 (Arbeidsdepartementet, 2012). For lang varighet i vente- og utredningsfaser har vist klare negative sysselsettingseffekter (ibid), og ventetiden i denne undersøkelsen beskrives som svært utfordrende, frustrerende og tøff, spesielt siden motivasjonen for å komme tilbake til arbeidslivet eller i aktivitet er sterk.

Deltakere som får beskjed fra NAV om at de ikke får lov til å gjøre noe før de har startet i tiltak, bidrar til en prosess som skaper livssavn. Situasjonen blir svært vanskelig å forstå, og det gir ingen mening i hvorfor en må vente uten alternative tilbud. Selv om et tilbud er å gå til behandler og dette mottas raskt, oppleves ikke dette som et *tilstrekkelig* tilbud når deltaker er motivert og klar for noe mer. Fenomenet hjelpeløshet kan spores hos enkelte deltaker som beskriver aspekter av resignasjon, pasifisering og maktesløshet. De opplever å føle seg lite verdt som menneske med en uforutsigbar og usikker framtid, og en hverdag preget av stress og frustrasjon. Når heller ikke behandler får gjort noe i forhold til ventelistene for å komme inn på tiltak, men kun kan støtte den enkelte i dennes frustrasjon, kan det oppleves som en dobbel byrde å bære. I et salutogentisk perspektiv fører dette til liten grad av opplevd sammenheng og til dårligere helse.

Det bør vurderes om det er muligheter for at motiverte deltakere som står lenge på venteliste på tiltak kan få alternative aktivitetstilbud. Det ligger implisitt her at målet om å komme raskt tilbake sterkt blir utfordret og vanskelig å nå. I tillegg kan målet om «(...) individuelt tilpasset tjenestetilbud (...)» på grunn av ventetid på tiltak for enkelte sies å være nådd i liten grad i forhold til ønske om noe mer enn å gå til behandler. For andre oppleves dette motsatt, og individuell tilpasning vil bli diskutert videre sammen et par andre mål.

5.4 Individuell tilpasning

I forhold til målet om et «*Individuelt tilpasset tjenestetilbud (...)*» viser funnene at det oppleves som betydningsfullt å få tilbud i forhold til at arbeid og aktivitet kan foregå samtidig samt at behandlers evne til å vise fleksibilitet på ulike vis står sentralt. Målet om at «*Behandling og aktivitet skal kunne skje samtidig*» og målet om at tilbudet skal inneha «*Stor grad av fleksibilitet på brukernes premisser*» vil også bli diskutert her.

5.4.1 Behandling og arbeid/aktivitet samtidig

Individual Placement and Support (IPS) er den metoden som internasjonalt har vist mest lovende resultater i forhold til tanken om at det er mulig med samtidig arbeid og behandling for mennesker med alvorlig psykiske lidelser (Bond, Drake & Becker, 2012). Flere studier viser at det å være i arbeid kan medføre en rekke fordeler og positive gevinster for den enkelte og å ha positiv effekt på psykisk helse og livskvalitet samt bidra til å fasilitere recoveryprosesser (Norvoll & Fossetøl, 2010; Lau et al., 2011; Blank et al., 2011).

NAV-prosjektet har arbeid i fokus som en mulighet samtidig med behandling, og kan sies å ligge nært opp mot kjernen i IPS-modellen. Undersøkelsen viser at flere deltakere kan tenke seg et parallelt tilbud om behandling og arbeid/aktivitet. Fordeler med et slikt samtidig tilbud fremheves å være at den enkelte ikke blir overlatt til seg selv, og at det vil være en stor fordel og skape trygghet å få oppfølging og støtte fra noen som kjenner en fra før. Mange understreker imidlertid at det er nødvendig med forsiktig oppstart etter langt fravær fra arbeidslivet, og at muligheten for å få færre dager i praksis har vært viktig. I tillegg sees det på som svært viktig å bruke nok tid til å finne praksis som *passer* den enkelte. Det vil da være større muligheter for å treffe med riktig tiltak tidlig, og en kan forhindre at praksis kun blir en oppbevaringsplass og heller maksimere mulighetene for å nå målet om å komme raskt tilbake til ordinært arbeid/aktivitet.

Forskning på recoveryprosesser beskriver at dette er ikke-lineære, ofte tidkrevende og høyst individuelle prosesser (Anthony, 1993; Hummelvoll, 2012; Davidson et al., 2005; Sheperd et al., 2008), noe som bekreftes også i denne studien. Her fremtrer hver informant som svært unike personer med sin høyst individuelle livshistorie og med ulike ønsker og behov. Studier

viser at oppfatninger av arbeidets betydning (Blank et al., 2011) også er høyst individuelle og tett bundet sammen med hvordan individet forstår sin lidelse og seg selv, og påvirkes av kontekstuelle faktorer som endres over tid. Det vil derfor være viktig å ta høyde for individuelle forskjeller i forhold til *når* deltaker *selv* opplever å være klar for å gå videre. Ellers kan det være fare for at deltaker oppfatter det som et press om å bli bedre og tar nye utfordringer før de er klar for det, noe som kan virke hemmede i recoveryprosesser (Davidson et al., 2005).

Balansen mellom å forvalte regler knyttet opp mot ulike ordninger i NAV for å nå målet om at bruker skal raskt tilbake, og samtidig være en brukerorientert hjelper som skal ta hensyn til brukers behov, ønsker og opplevd press er hårfin, og funnene i denne undersøkelsen er noe delt. Enkelte opplever et visst press på å gå videre og komme i arbeidspraksis og opplever dette som utfordrende, spesielt i et krysspress mellom veileder i NAV og behandler som vist tidligere. De fleste har imidlertid ikke slike erfaringer, og opplever ikke noe press, snarere det motsatte. Både behandler og enkelte saksbehandlere mestrer denne balansen på en slik måte at deltakerne opplever å ha noen som har stor *tro* på de kan lykkes, viser støtte og «pusher» på i *pass*e mengde. De er ikke bare hyggelige, men viser også handling for eksempel i at det raskt undersøkes ting som etterspørres og raskt gis svar tilbake. Dette oppleves som å bli tatt på alvor, hørt, sett og verdsatt som person.

Deltakerne opplever at det har svært stor betydning at noen viser medmenneskelighet og er engasjert i og genuint bryr seg om deres liv og framtid. For enkelte har dette vært avgjørende for å tørre å satse på å gå videre, og beskrives som en ny start. Dette understøttes av forskning som viser betydningen møter med profesjonelle i hjelpeapparatet kan ha som hjelp i recoveryprosesser (Borg & Kristiansen, 2004; Bøe & Thomassen, 2007; Borg & Topor, 2007; Johnson, 2010).

5.4.2 Fleksibilitet

Fleksibilitet er også funnet å være et sentralt element i recoveryprosesser, noe som understøttes i denne studien. Her viser funnene at fleksibilitet på ulike måter i den individuelle tilpasningen har hatt stor betydning for den enkelte. Behandler har vist stor fleksibilitet på brukernes premisser, nettopp som målet uttrykker ønske om, og kan derfor sies å være nådd. Dette har dreid seg om samtaletid, sted, mengde og aktivitet. Å få mulighet til å

få hjelp raskt oppleves som et svært godt tilbud som skaper trygghet, en lettere situasjon og mindre press. Funnene viser også at det har hatt stor betydning å få pause fra arbeidspraksis for å få tid til å komme seg, men da med samtidig tett oppfølgingen.

Det kan allikevel se ut til at det for enkelte som uttrykker å ha behov for tid uten intervensjon (Aas & Dahl, 2011), ligger en mulig utfordring hvis det kun er opp til *deltaker* å kontakte behandler igjen. Enkelte uttrykker da at det kan være vanskelig å be om hjelp igjen, fordi de ikke vil være til bry. Dersom det heller ikke er møter i regi av saksbehandler i NAV (eller en av partene ikke kommer på avtalt møte) kan det lett ende med at deltaker blir overlatt til seg selv og ikke kommer videre. Prosjektet kan derfor med fordel vurdere om tilbudet er *for* fleksibelt, da i betydningen som nevnt overfor; dersom alt kontaktansvaret legges på deltaker. Flexibiliteten ellers bør fastholdes siden den viser seg å ha stor betydning for den enkelte.

5.5 Tilgjengelighet

Funnene i denne studien tyder på at det usikker i hvor stor grad målet om et «(...) *tilgjengelig tilbud* (...)» er nådd. Selv om flere opplever at behandler er lett å få tak i via telefon, og at det er et fleksibelt tilbud som diskutert over, beskrives et utilgjengelig tilbud i ferier og ved behandlerens fravær, fordi det da ikke finnes noen back-up person. For noen er dette helt greit, mens andre opplever det som frustrerende å ikke ha noen å gå til i slike perioder.

Et annet element i forhold til prosjektets tilgjengelighetsgrad kan ut fra funnene tolkes å ligge mer opp mot systemnivå. Nesten ingen av informantene var klar over at de var under et prosjekt, og flere savner informasjon om tilbud fra NAV, noe som på nasjonalt plan gjenspeiles i Riksrevisjonens rapporter (2012a; 2012b). Er dette fordi deltakerne ansees som for sårbare til å få informasjon om at de er under et prosjekt, eller at det kan virke forstyrrende med for mye informasjon? Et kritisk blikk på den opplevde mangelen på informasjon eller åpenhet rundt tilbudet, og å ikke vite hvilke tiltak man er under, kan vitne om en mulig undervurdering av brukernes evne til å selv vurdere nytten av tilbud de mottar. Dette kan tenkes å føre til en indirekte svekkelse av brukernes autonomi og retten til selv å bestemme hva som er riktig; det er vanskelig å se for seg at brukerne kan påvirke hvilke tiltak de ønsker å være en del av om de i utgangspunktet ikke vet hva slags tilbud de er inkludert i.

Selv om flere mente det ikke ville ha noen betydning om de visste at de var en del av et prosjekt eller ikke, inkluderer tanken om myndiggjøring blant annet en bevisstgjøring av den enkeltes ressurser og muligheter til å påvirke sin egen livssituasjon (Løken, 2006). Da kan det være sentralt å vite hvor man er på veien i NAV-systemet, og ikke minst vite hvilke muligheter for oppfølging og hjelp som finnes. En slik bevisstgjøring kan være med i en viktig myndiggjøringsprosess som innebærer en rett til selvbestemmelse, og å få lov til å ta ansvar for det man er en del av.

5.6 Helhet, ny start og utbytte

Funnene i denne undersøkelsen tyder på at flere av faktorene som er diskutert overfor kan virke fremmede og hemmende i forhold til å nå målet om helhet, som er nevnt under tre målsettinger i prosjektplanen: «*Helhetlig tilbud/sømløse tjenester*», «*(...) helhetlig oppfølgingstilbud*» og «*(...) helhetlig (...) tjenestetilbud både i NAV og i psykisk helsearbeid*». Dette kan sees på individ og systemnivå, og diskusjonen over har elementer som videre oppsummeres i forhold til i hvilken grad dette målet kan sies å være nådd. I diskusjonens siste fase er det også naturlig å belyse målene om «*Via KVP og AAP gi unge mennesker med rus/psykiske helseplager, en ny start (...) med fokus på mestring i arbeidslivet*» og målet om å «*Gi bruker best mulig utbytte av tiden i KVP og AAP² (...)*».

På individnivå vil det være viktig for deltakerne å bli møtt som et *helt* menneske, her forstått som at de profesjonelle ikke bare er opptatt av deler eller fragmenter i livene deres, men av å se dem og møte dem som unike og enestående personer. Helhet trenger ikke bety hjelp på alle livets områder, og må oppleves som frivillig og uten press (Lingås & Herheim, 2008).

Behandlerne, og enkelte saksbehandlere i NAV, har i stor grad fungert som brukerorienterte hjelpere. Gjennom et personorientert perspektiv, en terapeutisk relasjon, et ikke-medisinsk behandlingsfokus, ulike former for støtte og høy grad av individuell tilpasning og fleksibilitet er det skapt rom for å møte den enkelte der den er og som et helt menneske. Dette har bidratt til å skape en livsendrende prosess med økt livslyst, og flere sier de opplever en form for ny start og hatt et økt utbytte av tida i KVP og AAP etter at de kom med i prosjektet. Det kan derfor for sies at disse målene for enkelte er nådd.

² Siste ledd i dette målet «*(...) og sikre at bruker får rett ytelse*», blir ikke behandlet i denne undersøkelsen.

På den andre siden er det noen deltakere som opplever stagnasjon og ambivalens knyttet mot endring, og ikke noen form for ny start. Noen har behov for økt støtte til å utforske dette for å komme videre, og oppfølgingstilbudet kan på den måten tenkes å bli ytterligere helhetlig. Funnene indikerer også at enkelte deltakere i møte med NAV ikke har opplevd å bli tatt vare på som en helt menneske, noe som både kan skyldes manglende bevissthet rundt relasjonsbygging og personlig kompetanse (Skau, 2011; Leenderts, 1995), men også at det kan være satt av for lite ressurser til brukeroppfølgning på systemnivå (Riksrevisjonen, 2012a; Riksrevisjonen 2012b). Ventetid på å komme ut i tiltak oppleves som spesielt frustrerende og fører til økt livssavn, særlig fordi lysten til å komme videre for flere er stor.

Det er usikkert i hvor stor grad deltakerne kan sies å oppleve et *sømløst tilbud*, i den betydning at de får lik informasjon og svar både hos behandler og saksbehandler. Behandler har spilt en betydningsfull rolle for bruker i et kontekstuellt perspektiv som brobygger og systemløs, og har for flere deltakere bidratt til å skape større grad av opplevd sammenheng i et slitsomt NAV-byråkrati. Enkelte deltakere har vært avhengig av behandler som fagperson for å bli hørt, og ulike hjelpeaktører har hatt ulike oppfatninger av hva som er riktig for deltaker. På den andre siden er det deltakere som har opplevd et godt samarbeid og følt seg ivaretatt.

5.7 Bieffekter

Denne evalueringens hensikt var i tillegg til å vurdere grad av måloppfyllelse også å være åpen for eventuelle bieffekter. Dette åpnet opp for å finne forandringer og effekter som ikke nødvendigvis var fastsatt på forhånd som mål i prosjektplanen. Det ble ikke identifisert mange bieffekter, men de som er funnet er viktige å merke seg.

I forkant av intervjuene var en antatt forutsett positiv bieffekt at *det å delta i prosjektet kunne ha en positiv virkning og føre til en bedring i den psykiske helsa*. Som belyst i diskusjonen kan de fleste deltakerne sies å ha hatt en betydelig nytte og utbytte av å være med i prosjektet, og flere beskriver endringer som her er tolket som bedring. Endringene skyldes ikke kun deltakelse i prosjektet, men det kan se ut som at det i ulik grad har en sammenheng med deltakelse her.

Det ble ikke identifisert noen forutsette eller uforutsette negative bieffekter av prosjektdeltakelse i forkant av undersøkelsen, og heller ikke i etterkant av undersøkelsen. Positive uforutsette bieffekter som er funnet oppsummeres videre:

For det første opplever deltakerne det som *svært viktig at NAV kan tilby hjelp i forhold til psykiske utfordringer*. For det andre etterlyses *mer informasjon* om tilbudet slik at andre de vet har behov for et slikt tilbud vet hva eller hvem de skal spørre etter. For det tredje er *kontakt etter prosjektslutt* erfart som betydningsfullt, og det beskrives omtrent på samme måte som betydningen av oppfølging ved oppstart i praksis. Dette handler om at endring og overganger kan oppleves som skremmende og uhåndterbare, og det beskrives som svært viktig for trygghet og sikkerhet å kunne ta en telefon til behandler ved behov. Denne oppfølgingen oppleves imidlertid som uformell i dag, og det etterlyses formalisering av denne.

6 Konklusjon og anbefalinger

Gjennom prosjektet «Arbeid, rus og psykisk helse» skjer et brobyggende arbeid mellom NAV, 1. og 2. linjetjenesten, og deltakerne opplever det som viktig og betydningsfullt at NAV tilbyr hjelp til å mestre psykiske problemer. Enkelte opplever det som avgjørende å komme med prosjektet, og beskriver en betydningsfull mangesidig støtte, et fleksibelt, individuelt tilpasset tilbud med lite ventetid og rask intervensjon hvor de har stått i sentrum som hele mennesker. Flere opplever en livsendrede prosess med en ny start og økt livslyst. Dette har bidratt til at de har klart å tørre å satse på sine drømmer, avsluttet samarbeidet med NAV og kommet videre i livet med andre ting. Det har vært et tilgjengelig tilbud når deltaker har vært med i prosjektet, men det er lite informasjon om tilbudet utad noe det er ønskelig blir gjort noe med, siden flere kunne hatt nytten av tilbudet.

Det er ikke bare behandler som har fungert som en drømmefangende livsveileder. Også saksbehandlere i NAV har vist at dette er mulig å lykkes med, noe som antyder at en ikke trenger å være psykisk helsearbeider for å skape gode relasjoner og være en brukerorientert hjelper, jobbe i et salutogenetisk perspektiv og slik bidra til å fasilitere deltakernes recoveryprosesser.

Det er imidlertid motsatte krefter som bidrar til å skape stagnasjon og livssavn. Både ventetid på NAV-tiltak, slitsomt byråkrati, hyppig saksbehandlerbytte og krysspress bidrar til hjelpeløshet, maktesløshet, usikkerhet, stress, frustrasjon, mangel på helhet, mindre opplevelse av sammenheng og til dårligere helse.

Anbefalinger for videre arbeid: Prosjektet innehar en rekke styrker som bør opprettholdes og videreutvikles: Liten/ingen ventetid på å komme til behandler, videreføring av tilbudets fleksibilitet og et personorientert perspektiv samt den mangesidige støtten. Det bør vurderes metoder for å utforske deltakers følelser omkring arbeid i større grad, både antatte barrierer og fordeler i forhold til å jobbe. Motiverende intervju (MI) (Miller & Rollnicks, 2002) kan vurderes som en aktuell behandlingstilnærming, dersom den ikke allerede er i bruk i dag. Det kan vurderes måter å tydeliggjøre for deltakerne *hva* det er mulig å få hjelp til av behandler samt muligheter for at behandler utvider sin rolle til å ha oppfølging av deltaker ute i felten ved ny aktivitet eller jobb. Det bør vurderes om det er muligheter for at motiverte deltakere som står lenge på venteliste på tiltak kan få alternative tilbud for å komme ut i arbeid/aktivitet. I tillegg kan det vurderes om det er mulig å gi behandlingstilbud i ferier eller

ved annet fravær til deltakere som ønsker det. Det bør vurderes veiledningsgrupper over tid for ansatte med mål om å utforske og bygge relasjonskompetanse og bevisstgjøring av hvordan den profesjonelle bruker sin personlige kompetanse og kroppsspråket i møte med bruker. Videre kan det vurderes muligheter for å ha informasjon om prosjektet tilgjengelig på internett eller andre steder samt vurdere muligheter for et mer formalisert oppfølgingstilbud *etter* at deltakerne er ferdige i prosjektet.

Mulige **forskningsområder** som følge av prosjektet kan innebære elementer på individ og systemnivå: På individnivå kan det være interessant å undersøke nærmere deltakers ambivalens i forhold til å komme i arbeid/aktivitet både i forhold til psykisk lidelse og/eller rusrelaterte problemer, samt å undersøke betydningen av samtidig arbeid og behandling over lengre tid. På systemnivå kan det være interessant å undersøke om ventetid på tiltak er strukturelle barrierer samt å se om det er muligheter for alternativer. Det kan også være av interesse å se nærmere på samarbeidet mellom behandler og NAV-veileder, og å undersøke nærmere hvorfor enkelte deltakere uttrykker usikkerhet rundt om de ønsker å samarbeide mer med veileder i NAV. Et annet område kan være å søke mer kunnskap rundt bevisstheten prosjektet og NAV for øvrig har rundt kroppsspråkets og relasjonens betydning i møte med deltakerne.

Litteraturliste

- Andreassen, T.A., & Fossetøl, K. (2011). Organisasjonsendring som velferdsreform. I T.A. Andreassen & K. Fossetøl (Red.), *NAV ved et veiskille: Organisasjonsendring som velferdsreform* (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. Lokalisert på <http://www.bu.edu/cpr/resources/articles/1990-1995/anthony1993c.pdf>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Arbeidsdepartementet. (2011). *Jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne. Vedlegg til Prop. 1 S (2011–2012) – Statsbudsjettet 2012*. Oslo: Departementet.
- Arbeidsdepartementet. (2012). *Arbeidsrettede tiltak*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 2012:6). Oslo: Departementet.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)*. Oslo: Departementet.
- Beck, U. (2004). *Globalisering og individualisering: Bind 2. Arbeid og frihet*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Blank, A., & Hayward, M. (2009). The role of work in recovery. *British journal of Occupational Therapy*, 72(7), 324-326.
- Blank, A., Harries, P., & Reynolds, F. (2011). Mental health service users` perspectives of work: a review of the literature. *The British Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 191-199. doi: 10.4276/030802211X13021048723336
- Bond, G.R., Drake, R. E., & Becker, D.R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39. Lokalisert på <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266767/>

- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(5), 452-459.
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129-140. doi: 10.1080/09638230701498382
- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505. doi: 10.1080/09638230400006809
- Brehm, S.S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control*. New York: Academic Press.
- Bø, T.P., & Håland, I. (2011). *Funksjonshemma på arbeidsmarknaden i 2011*. Statistisk sentralbyrå. (SSB Rapport 47, 2011). Lokalisert på http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp_funksjonshemmede/rapp_201147/rapp_201147.pdf
- Bøe, T.D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., Evans, A.C., & Lawless, M. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. doi: 10.1037/0735-7028.36.5.480
- Denvall, V., & Vedung, E. (2010). Evalueringsforskning. I A. Meeuwisse, H. Swärd, R. Eliasson-Lappalainen & K. Jacobsson (Red.), *Forskningsmetodikk for sosialvitere* (s. 179-195). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, A.H., & Røysamb, E. (2002). The relationship between level of disability, psychological problems, social activity and, social networks. *Rehabilitation Psychology*, 47(2), 165 – 183. doi: 10.1037/0090-5550.47.2.165
- Ellingsen, P. (2010). *Service kan ikke vedtas*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Eriksson, B. G., & Karlsson, P.-Å. (2008). *Att utvärdera välfärdsarbete*. Stockholm: Gothia.
- Esser, H. (2008). The two meanings of social capital. I D. Castiglione, J.W. Van Deth & G. Wolleb (Red.), *The handbook of social capital* (s. 22-49). Oxford: Oxford University Press.
- Farkas, M., & Anthony, W.A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions. A review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 114-129. doi:10.3109/09540261003730372
- Flermoen, S. (2006). *Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser: Evaluering av det lokale arbeidet med Opptappingsplanen for psykisk helse*. Telemarksforskning-BØ. (Rapport 234, 2006). Lokalisert på http://www.tmforsk.no/publikasjoner/detalj.asp?merket=5&r_ID=1207
- Formo, T.H. 2003. *Ambivalens – hemmende eller fremmede i terapi? En teoretisk undersøkelse av ambivalensbegrepet i motiverende intervju* (Hovedoppgave). Lokalisert på <https://bora.uib.no/handle/1956/1538>
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: Teori og praksis*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Goldberg, S.G., Killeen, M.B., & O'Day, B. (2005). The Disclosure Conundrum: How People With Psychiatric Disabilities Navigate Employment. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 463-500. doi: 10.1037/1076-8971.11.3.463
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community – the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 288 – 293. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00950.x
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St.prp.nr. 63 (1997-1998)). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>
- Helsedirektoratet. (2011). *Arbeid + behandling = god medisin*. Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsearbeid/arbeid-og-psykisk-helse/oppfolging/Sider/arbeid-behandling-god-medisin.aspx>

Helsinki-deklarasjonen. (2008). Lokalisert på:

<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

Henriksen, J.O., & Vetlesen, A.J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J.K. (2010). Praksisnær forskningsetikk. I J.K. Hummelvoll, E. Andvig & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykiske helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J.K., & Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleier profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten, *Vård i Norden*, 26(2), 25-32.

Jacobsen, D.I. (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johnson, D. (Red.). (2010). The Recovery Promotion Relationships Scale (RPRS) at the Center for Psychiatric Rehabilitation. *Recovery & Rehabilitation*, 7(2). Lokalisert på <http://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/downloads/2011/11/Recovery-Promoting-Relationships-Scale.pdf>

Kaiser, M., & Tostensen, A. (2012). *Oppdragsforskning*. Lokalisert 04.07.2012 på <http://www.etikkom.no/en/FBIB/Temaer/Forholdet-forskningsamfunn/Oppdragsforskning/>

Karlsson, B.E., Deegan, P., & Borg, M. (2011). Vi må våge å bryte stillheten. I A. J. W. Andresen & B. E. Karlsson (Red.), *Variasjon og dialog: Perspektiver på psykisk helsearbeid* (s. 23-30). Oslo: Universitetsforlaget.

Knutzen, M. (2008). Relasjoner, tvangsmidler og krenkelse. I S. Opjordsmoen, P. Vaglum & G.-R. B. Thorsen (Red.), *Oss i mellom. Om relasjoners betydning for mental helse* (2. utg., s. 169-181). Stavanger: Hertervig Akademisk.

Kogstad, R. (2004). Vendepunkter – Byggesteiner i bedringsprosessen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(4), 41-49.

- Kogstad, R.E., Ekeland, T.- J., & Hummelvoll, J.K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 479-486. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01695.x
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2006). Mestring av psykiske helseproblemer - salutogenese i teori og praksis. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 87-103). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lau, B., Bakke F.L., & Berthelsen, M. (2011). Deltakelse i arbeidslivet: Helsefremmende eller en risiko for utvikling av dårlig mental helse? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(8), 745-750.
- Leenderts, T. A. (1995). *Person og profesjon: Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lingås, L.G., & Herheim, Å. (2008). *Kommunikasjon og samarbeid: Utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Løken, K.H. (2006). Å lykkes med brukermedvirkning. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 187-200). Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (2.utg.). New York: Guilford Press.
- Mykletun, A., & Knudsen, A.K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd*. Nasjonalt folkehelseinstitutt (Rapport 4, 2009). Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/47c13ed7e1.pdf>
- Nilsen, Siri. (2011). *Alle snakker sant*. Lokalisert på <http://www.sirinilsen.no/sangtekster-2/alle-snakker-sant-2011/>

- Nordby, H. (2009). Verdier som sosial kapital. I R. Rønning & B. Starrin (Red.), *Sosial kapital i et velferdsperspektiv: Om å forstå og styrke utsatte grupperes sosiale forankring* (s. 147-160). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. (2011). *Jeg vil ikke stå utenfor: Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne*. Arbeidsforskningsinstituttet. (AFI-notat 10, 2011). Lokalisert på http://www.afi.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=1&I=5650
- Norvoll, R., & Fossestøl, K. (2010). *Funksjonshemmede og arbeid: En kunnskapsstatus*. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI-notat 13, 2010). Lokalisert på www.afi-wri.no/stream_file.asp?iEntityId=5109
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal.
- Osborg, O.S., Kaspersen, S.L., Jensberg, H., Kalseth, B., & Lilleeng, S. (2009). Psykisk helse og arbeidsliv – behov for nye tilnæringer. *Søkelys på arbeidslivet*, 26(1), 75-92. Lokalisert på <http://www.samfunnsforskning.no/Tidsskrifter/Soekelys-paa-arbeidslivet/Tidligere-utgivelser-i-fulltekst/2009>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3. utg.). California: Sage Publications, Inc.
- Riksrevisjonen. (2012a). *Riksrevisjonens undersøkelse om effektiv ressursutnyttelse i NAV*. (Dokument 3:10 (2011–2012)). Lokalisert på http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/20112012/Dokumentbase_3_10_2011_2012.pdf
- Riksrevisjonen. (2012b). *Riksrevisjonens undersøkelse av partnerskapet mellom staten og kommunen i NAV*. (Dokument 3:16 (2011-2012)). Lokalisert på http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_16_2011_2012.pdf
- Røkenes, O.H., & Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røysum, A. (2009). Ulike forståelser av helhetlig oppfølging i NAV? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 12(3), 192-206.

- Schafft, A. (2008). *Psykkiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia: En kunnskapsstatus*. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI-rapport 4, 2008). Lokalisert på www.afiwri.no/stream_file.asp?iEntityId=3435
- Schön, U.-K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336-347. doi: 10.1177/0020764008093686
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health. Lokalisert på http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf
- Skau, G.M. (2011). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Solheim, L. J. (2009). Marginalitet og sosial kapital. I R. Rønning & B. Starrin (Red.), *Sosial kapital i et velferdsperspektiv. Om å forstå og styrke utsatte gruppers sosiale forankring* (s. 58-71). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Vi bærer psykisk helsearbeid videre. (2008). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98-103.
- WHO. (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference*. Lokalisert på http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

Øverland, S., Knudsen, A.K., & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(8), 739-744.

Aas, E., & Dahl, T. (2011). Med bruker som veileder. I T. Dahl (Red.), *Brukeren som veileder: Ambulant brukerstyrt tilnærming* (s.146-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aasen, K., Marthinsen, E., & Vist, G. (2010). *Tett individuell og helhetlig oppfølging i NAV – en systematisk gjennomgang av erfaringer, forskning og evalueringer rettet mot kunnskap om innsatser for brukere med redusert arbeidsevne og behov for tett individuell oppfølging*.

Trondheim: HUSK Midt-Norge, NTNU Samfunnsforskning. Lokalisert på <http://husk-midtnorge.no/images/stories/file/PDF%20AVDir%202010.pdf>

Vedlegg 1: Forespørsel og samtykkeerklæring



02.02.2012

Forespørsel om å delta i evaluering av NAV prosjektet "Arbeid, rus og psykisk helse".

Prosjektet "Arbeid, rus og psykisk helse" har pågått siden mars 2010 ved NAV [REDACTED]. NAV ønsker nå sammen med Høgskolen i Hedmark å se på om deltakelse i dette prosjektet har hjulpet den det gjelder.

Denne forespørselen er sendt ut av NAV [REDACTED] til alle som var deltakere i prosjektet i 2011. Du blir derfor spurt om å delta i en samtale med Karin Alice Mikkelsgård, som studerer master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark.

Samtalen vil vare ca en time, og du vil få noen spørsmål om dine personlige erfaringer og opplevelser med å delta i dette prosjektet. Karin Alices veileder er førsteamanuensis Sevald Høye, men han skal ikke delta i samtalen.

Det som kommer fram i evalueringen skal hjelpe de som jobber i prosjektet til å bli enda bedre i sin jobb. Det er derfor viktig for oss å få fram erfaringer fra brukere som deltar/har deltatt i dette prosjektet, og du får en unik mulighet til å være med å påvirke hvordan prosjektet skal drives videre.

Du velger selv hvor vi møtes. Det kan være ved NAV i [REDACTED], ved Høgskolen eller jeg kan komme hjem til deg om du ønsker det. Samtalen skal gjennomføres i løpet av februar eller mars 2012. Du kan selv bestemme når det passer best for deg, og du vil få dekket kjøreutgifter av NAV dersom du har behov for det.

Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd, fordi dette vil gjøre det lettere for meg å registrere og huske alle de viktige tingene som du sier. Dette lydopptaket vil bli oppbevart trygt og konfidensielt i prosjektperioden. All informasjon, inkludert lydopptaket, vil bli slettet når evalueringen er gjennomført ved utgangen av 2012.

Det er helt frivillig å delta, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis. Dette vil ikke få noen konsekvenser for din videre behandling eller rettigheter i NAV.

Resultatene fra evalueringen vil bli presentert muntlig for ansatte ved NAV [REDACTED], og det vil bli skrevet en rapport og en artikkel for fagfolk om resultatet. De opplysninger du gir vil bli anonymisert her, og det vil derfor ikke være mulig å identifisere deg.

Karin Alice Mikkelsgård og Sevald Høye kjenner ikke din identitet før du eventuelt sender samtykkeerklæringen om at du ønsker å delta.

Dersom du ønsker å delta i en samtale med meg er det fint om du skriver navnet ditt, telefonnummer og e-post (om du har det) på svararket (samtykkeerklæringen). Denne kan du sende tilbake til meg i den vedlagte frankerte og adresserte konvolutten.

Det er fint om du er rask til å svare, helst ønsker jeg å høre fra deg innen 2 uker. Jeg vil da ringe eller maile deg så vi kan lage en avtale for hvor og når vi møtes.

Det er dessverre ingen godtgjørelse for å delta, men en kaffekopp og en trivelig prat kan jeg by på!

Dersom det er noe du lurer på er du velkommen til å ringe meg på tlf. [REDACTED], eller sende en e-post til karinalice@hotmail.com.

Med vennlig hilsen

Karin Alice Mikkelsgård
Tlf: [REDACTED]
E-post: karinalice@hotmail.com

Veileder:
Sevald Høye
Tlf: [REDACTED]
E-post: sevald.hoye@hihm.no

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om evalueringen.

Jeg ønsker å delta.

Navn:

Tlf:

E -post:

Sendes i vedlagte frankerte og adresserte konvolutt til:

██████████

c/o Karin Alice Mikkelsgård

Nav ██████████

Postboks ██████

██████ ██████

NB: Brevene om deltakelse vil ikke bli åpnet av NAV, kun av Karin Alice Mikkelsgård som skal gjennomføre intervjuene.

Vedlegg 2: Påminnelse

Hei!

Jeg håper det står bra til med deg!

Har du har mottatt og lest informasjonen jeg sendte deg for noen uker siden? Her ble du spurt om du kunne tenke deg å delta i en samtale med meg.

Du vil få noen spørsmål om dine erfaringer ved å være med i NAV prosjektet ”Arbeid, rus og psykisk helse”. Dersom du er usikker på hva du blir spurt om kan du lese vedlagte ark. **Her står de spørsmålene du vil få under samtalen.** Du svarer bare på de spørsmålene som du selv ønsker å svare på. Det er ikke noen svar som er riktige eller feil. **Det viktige er å få fram nettopp DINE erfaringer!! Samtalen vil bli brukt til å forbedre prosjektet.**

Dersom noe er uklart eller du er usikker på noe, kan du kontakte meg, eller din behandler (██████, ██████ eller ██████) både før og etter intervjuet.

Jeg vil gjerne få understreke at det er frivillig å delta og at jeg er underlagt taushetsplikt. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i datamaterialet, og du kan når som helst trekke deg. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning.

Spørsmålene du får har jeg gått igjennom med ██████████ som er leder av Mental Helse i ████████ og ██████████ som sitter som brukerrepresentant i styringsgruppa for dette prosjektet.

Dersom du fortsatt er interessert ber jeg deg om å kontakte meg så snart som mulig. Dette kan du gjøre via telefon, SMS eller mail. Jeg håper å høre fra deg☺.

Med vennlig hilsen

Karin Alice Mikkelsgård, student master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark

E-post: karinalice@hotmail.com

Telefon: ██████████

Vedlegg 3: Intervjuguide

A: Bakgrunnsinformasjon

- 1) Hvordan fikk du høre om prosjektet?
- 2) Når ble du med i prosjektet?
- 3) Hvilken stønad er du innenfor?
- 4) Hvor lenge har du mottatt stønad?

B: Tilbud før og nå

- 1) **FØR:** Hadde du noen tilbud fra NAV før du ble med i prosjektet? Kan du fortelle kort om tilbudet?
- 2) **NÅ:** Kan du fortelle om dine erfaringer fra å være med i dette prosjektet?
- 3) Er det noe du er spesielt misfornøyd med i dette prosjektet?
- 4) Er det noe du er spesielt fornøyd med i dette prosjektet?

C: Betydning av prosjektdeltakelse

- 1) Kan du si noe om hvilken betydning det har for deg å delta i prosjektet?
- 2) Er det noe du opplever er blitt annerledes i hverdagen din etter at du kom med i prosjektet?
- 3) Har du opplevd noen endring i livet ditt etter at du kom med prosjektet? Eventuelt hva slags endring.
- 4) Tror du dette skyldes deltakelse i prosjektet eller andre ting?

D: Arbeid eller aktivitet

- 1) Er du kommet i aktivitet eller arbeid underveis i behandlingen?
- 2) Hva har vært viktig for at du nå er i aktivitet eller arbeid?
- 3) Hvilken betydning har det for deg at du nå er i aktivitet eller arbeid igjen?
- 4) Har du noen tips til hvordan du kan komme i aktivitet eller arbeid (om du ikke er det allerede)?
- 5) Er det noe du føler kunne vært gjort annerledes for at du skal kunne gjøre det du ønsker i forhold til arbeid eller aktivitet?

E: Individuelt tilpasset tilbud / brukermedvirkning

- 1) Opplever du å få støtte til det du ønsker å gjøre? Hva betyr dette for deg?
- 2) Føler du at dine ønsker og behov blir lyttet til og gjort noe med? På hvilke måter?
- 3) Hvis noe ikke fungerer – føler du at du kan påvirke slik at situasjonen blir bedre?

F: Rask intervensjon

- 1) Må du vente lenge på den hjelpa du trenger i dag? Hvilken betydning har dette for deg?
- 2) Opplever du å få rask behandling?
- 3) Hvor lenge måtte du vente på behandling? Hvordan opplevde du ventetiden?

G: Kvalitet på tilbudet

- 1) Tilgjengelighet: Opplever du at det har vært lettere å få tilbud om behandling eller andre tiltak etter at du ble med i prosjektet? Hvilken betydning har dette hatt for deg?
- 2) Helhetlig: Opplever du at tilbudet er tilpasset de behovene du har? Kan du si noe mer om det? Hvilken betydning har dette for deg?
- 3) Fleksibelt: Opplever du at tilbudet er fleksibelt? På hvilke måter?

H: Samarbeid

- 1) Syns du at samarbeidet mellom deg, din behandler (■■■■■, ■■■■■ eller ■■■■■) og din NAV veileder er slik du ønsker at det skal være?
- 2) Ønsker du mer eller mindre samarbeid?
- 3) Syns du at samarbeidet mellom deg, din behandler (■■■■■, ■■■■■ eller ■■■■■) og din fastlege er slik du ønsker at det skal være?
- 4) Ønsker du mer eller mindre samarbeid?

Til slutt vil du bli spurt om det er noe annet du vil si som du ikke er blitt spurt om 😊.

Tusen takk for hjelpa - den betyr mye for å få til en god evaluering av prosjektet 😊.

Vedlegg 4: Tilrådning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Sevald Høye
Avdeling for helse- og idrettsfag
Høgskolen i Hedmark
Postboks 400
2418 ELVERUM

Vår dato: 30.01.2012

Vår ref: 28992 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDNING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.12.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 25.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

28992
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Evaluering av NAV prosjektet "Arbeid, rus og psykisk helse"
Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder
Sevald Høye
Karin Alice Mikkelsgård

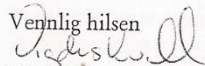
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

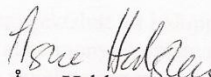
Personvernombudets tilrådning forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Karin Alice Mikkelsgård, Vestre Strøte, 2436 VÅLER I SOLØR

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Vedlegg 5: Anbefaling fra NAV



ERKLÆRING FRA OPPDRAGSGIVER

██████████, 20.10.2011

Prosjektet "Arbeid, rus og psykisk helse" er et samarbeidsprosjekt mellom ██████████ kommune/Samtaletjenesten, spesialisthelsetjenesten/DPS ██████████ og NAV ██████████. Prosjekteier er NAV ██████████, og prosjektet ble igangsatt medio 2010 med avslutning i 2013.

NAV ██████████ ønsker gjennom kvalitative intervju å gjennomføre en brukerundersøkelse som del av en tentativ evaluering av prosjektet, med vekt på måloppfylingsanalyse. Målsettinger for prosjektet som går på brukernivå ønskes vurdert opp mot hvordan brukerne selv opplever å være en del av prosjektet. Det er ønskelig at det gjennomføres en evaluering som nettopp har et brukerperspektiv, siden dette ikke finnes i dag. Det anses som svært viktig å få tak i brukernes opplevelser som prosjektdeltakere for å kunne forbedre kvaliteten på det arbeidet som utføres i dag. Det kan også ha en egenverdi for brukerne å få fram sine synspunkter, noe som kan bidra til økt brukermedvirkning.

NAV ██████████ ønsker gjennom en slik evaluering i tillegg å sette fokus på nytteverdien av et helhetlig og tverrfaglig samarbeid innenfor arbeid, psykisk helse og rus, og bidra til kunnskapsutvikling internt og eksternt. Det er derfor ønskelig at studien gjennomføres som forskning, og Høgskolen i Hedmark vil ha ansvaret for gjennomføringen.

...sign...Prosjektleder

██████████, NAV ██████████

Vedlegg 6: Illustrasjon av arbeidsmetodikk i analyseprosessen

Tabellene i vedlegg 6 illustrerer arbeidsmetodikken i studiens analyseprosess, og viser flere sitater for kategorien «En livsendrende prosess», med underkategoriene «Livslyst» og «Livssavn»:

Tema	Drømmefangende livsveiledere
Kategori	En livsendrende prosess
Under-kategori	Livslyst
Kode	<p>En lettere hverdag</p> <p>«Hvis jeg hadde time eller samtale på en torsdag, og jeg gikk på tirsdag og begynte å føle å nå må jeg snakke med noen, så var det liksom sånn onsdagen den kunne godt bare bli hjemme og ikke stå opp i det hele tatt. Bare totalt fraværende fra verden, men da etter at jeg hadde vært hos henne og så prata med henne for eksempel da på en torsdag så var det ikke noe problem for meg å være oppegående og glad på fredagen liksom, så det har veldig mye å si altså».</p> <p>«Jeg føler ikke at det så mye som ligger på skuldrene mine sånn i forhold til det å kunne snakke ut om ting så ja det er nok kanskje litt lettere å fungere på en måte det er det nok».</p> <p>«Hun fikk meg til å tenke på meg selv også, ikke alle andre liksom hele tida. (...) Da fikk jeg det litt bedre med meg selv og, for da var jeg liksom ikke så sliten hele tida og fikk vel litt mindre bekymringer selvsagt. Fikk slik bedre driv og hadde det bedre på jobb».</p> <p>«Hadde sikkert vært det samme tralt som det alltid har vært liksom, hadde sikkert trodd at jeg måtte gjøre alt selv og ikke stole helt hundre prosent på folk og sikkert bare vært der tenker jeg, så det hadde nok vært slitsomt tror jeg».</p> <p>Økt mestring og utvikling av mestringsstrategier</p> <p>«Jeg synes det er godt å gå til samtaler. Det er jo for å litt vite hva jeg skal svare folk og hun på en måte sier til meg, at ikke bry deg om dem, og det er litt greit å høre det fra henne, for det er ingen andre som sier det».</p> <p>«Så hjalp det veldig at jeg gikk til henne da, for liksom før ville jeg ikke gjøre noe feil, for jeg ville være helt slik helt feilfri, men det ble litt lettere når liksom hun sa at det er lov å gjøre feil».</p> <p>«[Behandler] har vært veldig flink til å dra fram det jeg har klart og liksom si at dette må du ikke glemme, dette må du ta med deg. Så sånn sett har jeg fått mye større tro på meg selv angående det jeg kan klare og hvordan jeg skal mestre (...). Sånn sett har det gjort ting bedre».</p> <p>«Da er det utrolig godt å kunne gå til henne og snakke ut om alle mulige skrekkszenarioer jeg har klart å danne meg i mellomtiden og liksom ta litt livet av de vonde tankene holdt jeg på å si (...) og heller tenke på hva jeg kan gjøre mens jeg er i situasjonen, og det har hun vært veldig flink til å hjelpe meg med».</p> <p>«Jeg gikk jo på medisiner som jeg hadde fått av psykiater og det ene og det andre som ikke hjalp i det hele tatt, det gjorde ting ganske mye blekere og verre. (...) Jeg synes det er utrolig viktig å kunne snakke om det like mye som å utføre eksperimenter som har med angsten å gjøre og bli bedre på å gjøre ting. Man må liksom ha de riktige rådene også (...) Da bebreider man ikke seg selv like mye for problemene man har, og vet at man er ikke man er ikke sær av den grunn liksom selv om man har angst, det er greit ikke noe.. liksom.. skam».</p> <p>Forutsigbar framtid</p> <p>«Det er hun [NAV-saksbehandler] som på en måte har oppmuntret meg til å faktisk gå [videre] da, for det er jo et vanskelig valg å droppe alt i fra NAV, til å gå til et sted hvor det usikkert om hvordan det går, men jeg ble oppmuntret til det og hun sa det ville være bra for meg å faktisk gjøre det psykisk også».</p> <p>«Det er nesten vanskelig å beskrive med ord faktisk å snart ha fullført. (...) Det er en så enorm lettelse og så godt føle på at det kunne ikke blitt bedre for det har vært som et sånn stort fjell, så at jeg fikk støtte til det, det er jeg bare så utrolig glad for, det har vært kjempeviktig».</p> <p>Endring i selvinnsikt, selvforståelse, selvtillit og selvbilde</p> <p>«Da ble det enda litt lettere å prate med henne og liksom, når hun liksom fant ting ved meg som jeg ikke visste om meg selv».</p> <p>«Jeg antar at [selvbildet har endret seg] med tanke på at hvis jeg samtidig føler meg mer motivert og samtidig føler meg mer oppegående og gladere (...) det får jo meg selv til å føle meg bedre».</p> <p>«Ja kanskje litt økt selvtillit men ikke sånn veldig men kanskje litt. (...) [Selvbildet] går veldig sånn opp og ned tror jeg».</p> <p>Arbeidets betydning</p> <p>«[Det har] veldig stor [betydning å være i jobb] egentlig. Syns det er viktig at du er selvstendig og ikke er avhengig av at andre må være der for å hjelpe deg da, når du faktisk klarer å gjøre det selv (...) Vet at jeg gjør noe for å få det bra med meg sjøl». «Dagene blir veldig like vet du [uten jobb å gå til]».</p>

Tema	Drømmefangende livsveiledere
Kategori	En livsendrende prosess
Under-kategori	Livssavn
Kode	<p>Ventetid på NAV tiltak og mangel på tilpasset tilbud: <i>«De [NAV] sier bare at jeg får ikke lov til å gjøre noe før jeg har begynt på [tiltaket], og før jeg har begynt på [tiltaket], er først da jeg kan begynne å tenke på hva jeg har lyst til å gjøre. Og det gjelder uansett hva».</i> <i>«Sånn er det og sånn er det sier dem bare».</i> <i>«De som jobber i NAV vil jo selvfølgelig ha deg ut i arbeid og utdanning, og det var jeg kjempepositiv til, men det var nettopp da mulighetene eller hva skal man si tilpassa alternative mulighetene som manglet».</i></p> <p>Hjelpeløshet og maktesløshet: <i>«De [familie] tror jo absolutt ikke på meg, så da må jeg bare sitte der og forsvare meg selv, men sånn er det bare, får ikke gjort noe med det, bare nei blir jo på en måte kalt for løgner og det er jo ikke akkurat noe artig det».</i></p> <p>Usikkerhet knyttet til behandlers rolle og spørreteknikk: <i>«Hva jeg har lyst til å gjøre? (...) Vet ikke. Aldri prata om sånn vi».</i> <i>«Jo det er greit, men jeg sliter litt med å åpne meg for henne. Det blir å prate om det som irriterer meg i hverdagen, går liksom ikke dypere inn enn det. (...) Hun stiller liksom ikke sånn veldig dype eller hun stiller jo ikke dype spørsmål i det hele tatt og jeg klarer ikke bare begynne å buse ut med det».</i></p>

Sluttnoter

ⁱ Med «Samtaletjenesten» menes i denne studien tilbudet i aktuell kommune for mennesker over 18 år som trenger hjelp til mestring i ulike livskriser, hvor støtte og hjelp gis til mennesker med ulike psykiske behov.

ⁱⁱ Med «Distriktpsikiatrisk senter (DPS)» menes her poliklinisk tilbud (allmenn og rus).

ⁱⁱⁱ NAV-kontor i aktuell kommune er prosjekteier.

^{iv} Av søk i databaser ga det flest treff i databasen PsycINFO på søkeord employment and mental illness (102 med avgrensning til tittel). Det viser en interessant utvikling i fokuset på forskning rundt arbeid og psykisk helse: 1964 til 1986: 1 treff, 1987-1989: 3 treff, 1990 til 2000: 17 treff og 2001 til 2011: 81 treff. Dette viser en tendens i retning en økende interesse for dette feltet med en vekst siste tiår, med lite interesse de nesten førti forgående år. Tas begrepet recovery med sammen med employment og mental illness gir det et treff på kun 2 (en fra 2007 og en fra 2008). Dersom mental illness erstattes med søkeordet mental health gir det treff på 3 (2002, 2009 og 2010) noe som viser en tendens til at begrepet recovery i seg selv er nytt i forhold til at det sees i sammenheng med betydning for arbeid og psykisk helse.

^v I september 2011 begynte jeg å sette ord på min forforståelse som et forsøk på å få denne fram i bevisstheten. Følgende er fra disse månedene tilbake i tid:

Det skal bli interessant å se om informantene kommer inn på noen av disse elementene. Hvordan skape struktur, forutsigbarhet og sammenheng i livet dersom en står uten jobb eller aktivitet? Min forforståelse sier meg at det må være vanskelig. Hvordan kan en etter hvert skille mellom hverdag og helg og når skal en føle at en har ferie dersom en ikke kan ta ferie fra noe? Tap av eller mangel på nettverk vil jeg også tro er svært vanlig, og nettverkets betydning for psykisk helse tror jeg er stor. Mennesket er et sosialt vesen og er avhengig av sosial kontakt. Men er det slik for alle? Trenger alle like mye nettverk og kan man klare seg fint uten nettverket som arbeid kan gi? Utvikling av depresjon og angst som følge av mangel på arbeid eller aktivitet kan jeg godt tenke meg er vanlig. Jeg er spent på å høre om noen av informantene overhodet ikke har vært i arbeid eller aktivitet tidligere og hvordan dette i så fall opplevdes. Er det de samme mekanismene som settes inn? Hvordan har de i så fall klart å skape struktur, sammenheng og forutsigbarhet i livet? Og hvordan kan en som psykisk helsearbeider få tak i dette og forstå det på en slik måte at dette kan være med å danne grunnlaget for en god relasjon?

I påfølgende måneder har min forforståelse summet rundt følgende: De som klarer å oppnå en følelse av sammenheng og skape seg en forutsigbar hverdag som gir mening til tross for at man ikke har arbeid, tror jeg har mindre sannsynlighet for å utvikle en psykisk lidelse. Kan det da være slik at man etter hvert utvikler en trygghet i hverdagen og at det å skulle komme i arbeid eller aktivitet utenfor hjemmet da oppleves som veldig utrygt? Da må en jo på en måte lage seg en ny struktur og sammenheng, og forutsigbarheten kan oppleves som mistet. Trolig er det lett å miste fotfeste i denne prosessen og derfor tror jeg at tett, individuell oppfølging vil være avgjørende i forhold til om den enkelte skal lykkes. En trenger mye støtte i den opprivende prosessen det kan være for mange å skulle prøve seg i noe nytt, og jeg er spent på å høre hvordan dette oppleves i prosjektet.

^{vi} NAV-prosjektet har objektivt (tallfestet) operasjonalisert enkelte av målene; målet om at ventetid skal unngås på grunn av ventelister og i forhold til målet om at bruker skal raskt tilbake til ordinært arbeid/aktivitet og at bruker skal sikres rask behandling. Her er det tallfestede verdier som sier at saksbehandlingstiden skal reduseres med 10% i forhold til dagens situasjon, at ventetiden for start i riktig aktivt tiltak skal reduseres med 20%, andelen av brukere med utvidet bistandsbehov over i fast arbeid skal økes med 10% samt at 50% av brukere som mottar tilbud og gjennomfører behandling i prosjektet og med tett oppfølging fra NAV skal klare å stå i tiltak/komme tilbake til arbeid 6 måneder etter avsluttet behandling. For å få en vurdering av om disse målene er nådd er det nødvendig å foreta en kvantitativ statistisk studie der hele populasjonen undersøkes. Dette er imidlertid ikke agendaen for denne studien.

^{vii} Eksempel på tilbakemeldinger som ble gitt av informanter ifm gjennomførte intervjuer: «For det jeg **håper** i alle fall på at det kan være til **nytte** på en eller annen måte».

*«Det å evaluere og det å kartlegge har så mye å si for som regel er det **noe** som kan forandres på, eller **noe** som kunne vært gjort på en annen måte forbedres så tror jeg det er veldig viktig for **de** som jobber med det her også å få tilbakemelding på det, for det er nettopp **de** som trenger å få tilbakemelding på det og hvis man er tilknyttet et prosjekt så er det så veldig lett å gjøre seg blind på veldig mange ting».*

^{viii} Eksempel på oppmuntring som ble gitt fra intervjuer: «Det er **veldig** viktig det du sier nå altså, det er kjempeviktig. Alt du sier er viktig, men det er veldig viktig informasjon tror jeg, for (...) noe av målet med det jeg gjør i den evalueringen er jo å gi tilbakemeldinger og forslag til forbedringer, så det du sier er jo kjempeviktig».

