

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP



Forord

Mastergraden i folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB) er allsidig og spennende og åpner mange ny dører i arbeidslivet. Å fullføre en mastergrad kan både være helsefremmende og forebyggende. For meg har det vært helsefremmende i form av mestringsopplevelser og flow, og forebyggende da jeg har lært enormt mye som jeg vil ha med meg videre privat og profesjonelt.

Da jeg har en spennende jobb ved siden av å studere var valget av tema jeg skulle skrive om ikke så vanskelig. Jeg ønsket å vite mer om hvordan arbeidstrening for mennesker med psykiske lidelser innlagt i spesialisthelsetjenesten kunne virke helsefremmende. Studiet har styrket mine antagelser om at arbeidet har en helsefremmende effekt, men også hvilke utfordringer arbeidstreningen på dette strukturelle nivået står ovenfor. I tillegg har jeg fått mer innsikt i hvilke behov mennesker med psykiske lidelser kan ha for tilrettelegging i arbeidslivet. Mastergraden har gitt meg lyst til å forske videre for å belyse i hvilken grad arbeidstreningen på sykehus er overførbart til det ordinære arbeidsliv og andre meningsfulle aktiviteter etter utskrivelse.

Jeg hadde ikke klart å gjennomføre mastergraden uten så god veiledning som jeg har fått, så jeg vil rette en stor takk til min veileder Grete Alve. I tillegg vil jeg takke mine fantastiske arbeidskollegaer, Anita og Henriette, som har tilrettelagt arbeidshverdagen slik at jeg har kunne delta på undervisning. De har også gitt meg mye støtte i form av smil, gode ord, klapp på skulderen og sjokolade. Tusen takk! Når et familiemedlem tar en master er det en stor risiko for at de må rommes for oppturer og nedturer. Jeg vil takke min kjære Lorentz for at du har inspirert meg i arbeidet og støttet mine valg, i tillegg til alle de fine ordene underveis som har gitt meg mye motivasjon og mange smil. Sist, men ikke minst, vil jeg takke familie og venner rundt som vært veldig støttende og interesserte i mitt dypdykk i aktivitetsvitenskap. Tusen takk alle sammen!

Cecilia Celo
Oslo, mai 2013

Sammendrag

Bakgrunn: Det er høy andel av arbeidsledighet blant mennesker med psykiske lidelser i Norge. Tidligere studier har funnet ut at arbeid og deltagelse også er helsefremmende for mennesker med alvorlig psykiske lidelser. Viktige elementer viser seg blant annet å være sosial støtte, tilhørighet, meningsfullhet og aktivitetsbalanse. Utfordringen er å skape et inkluderende arbeidsliv med en passende mengde krav ut i fra den enkeltes behov og et godt sosialt arbeidsmiljø, i tillegg til å styrke individets arbeidsferdigheter.

Målet med dette studiet er å utforske opplevelsen av arbeidstrening som helsefremmende aktivitet under innleggelse på sykehus. Arbeidstreningssstedet er en kafè organisert i spesialisthelsetjenesten. Teoretisk utgangspunkt har vært folkehelsearbeid, aktivitetsvitenskap og bedringsprosesser med utgangspunkt i den salutogenetiske tenkningen.

Design: Studiet har et kvalitativt fenomenologisk forskningsdesign som gjør det mulig å utforske erfaringer og opplevelser informantene har av arbeidstreningen. Det ble gjennomført 6 semistrukturerte intervju som studiet baseres på.

Resultat: Informantene fremhevet tre hovedtema som viktige erfaringer ved arbeidstreningssstedet: det meningsfulle ved arbeidstrening, opplevelsen av å håndtere arbeid og hvordan arbeidstrening påvirker hverdagen.

Konklusjon: Resultatene fra dette studiet indikerer at arbeidstrening under innleggelse i spesialisthelsetjenesten virker å være et helsefremmende bidrag til et helhetlig behandlingstilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Ved å styrke ressursene og tilrettelegge for mestringsopplevelser virker det som informantene fikk troen på at de kan mestre å være en del av et arbeidsmiljø i fremtiden. Sosial støtte og et godt arbeidsmiljø var også viktige elementer for å mestre arbeidssituasjonen. Videre og mer langsiktige studier bør gjennomføres for å finne ut om arbeidstreningen på sykehus er overførbart til det ordinære arbeidsliv.

Abstract

Background: Prior studies have found important factors how employment can improve mental illness. It can reduce isolation, being a way to control symptoms associated with psychotic disorders and provide a higher self-rated quality of life. Another important part of being an employee was the importance of having a supporting social work environment.

This master study investigates the health promoting aspect of vocational rehabilitation during hospitalization, experienced by people with severe mental illness. The vocational rehabilitation practice place is a café in a hospital setting, facilitated by occupational therapists.

Design: A qualitative phenomenological design was used and six semi-structured interviews were conducted in a psychiatric hospital in Norway. The six participants have been working in a café, which is a vocational practice place for inpatients, for at least one month prior to the interviews. The interviews aimed to explore the participant's experiences working in the café.

Result: Three main themes emerged: the meaningfulness of work practice, experiences of managing occupations and how work experience improves everyday life.

Conclusion: Vocational rehabilitation during hospitalization seems to be a positive contribution to a holistic treatment for inpatients with severe mental illness, especially for those who are hospitalized for a longer period of time. The salutogenic aspect is strengthening the person's resources along with giving hope to handle everyday life, both during and after hospitalization. Sense of coherence is essential to find life meaningful, comprehensible and to manage occupations along with severe mental illness. Social support and an emphatic work environment seem crucial to succeed with vocational rehabilitation.

INNHold

FORORD

SAMMENDRAG

ABSTRACT

1.0 INTRODUKSJON.....	6
1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Oppgavens oppbygning.....	6
1.3 Folkehelsearbeid – god helse for alle.....	6
1.4 Salutogenese – veien mot god helse.....	8
1.5 Aktivitet og helse.....	9
1.6 Alvorlig psykiske lidelser.....	10
1.7 Recovery prosesser.....	12
1.8 Arbeid og psykiske lidelser.....	12
1.9 Studiens formål og forskningsspørsmål.....	14
2.0 METODE.....	16
2.1 Data.....	16
2.2 Utvalg.....	16
2.3 Forskerens rolle.....	16
2.4 Rammer rundt intervjuene.....	17
2.5 Transkribering og analyse av data.....	17
2.6 Metodekritikk.....	19
3.0 ETIKK.....	22
3.1 Forskningsetiske retningslinjer.....	22
3.2 Informert samtykke.....	22
3.3 Fortrolighet.....	22
3.4 Konsekvenser.....	23

4.0 RESULTAT	24
4.1 Det meningsfulle med arbeidstrening.....	24
4.2 Hvordan håndtere arbeid.....	24
4.3 Hvordan arbeidstrening påvirker hverdagen.....	25
5.0 DISKUSJON	26
5.1 Sosioøkonomiske-, kulturelle- og miljøbetingede vilkår.....	26
5.2 Livs- og arbeidsforhold.....	28
5.3 Sosiale og kommunale nettverk.....	31
6.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER	34
KILDEHENVISNING	35
Vedlegg 1	39
Vedlegg 2	41
Vedlegg 3	42
ARTICLE	43
Tables and appendix	62

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Dette er en masteroppgave i folkehelsevitenskap med arbeid og psykisk helse som tema. Ved bruk av intervju undersøker dette studiet hvordan arbeidstrening kan være helsefremmende for mennesker med alvorlig psykisk lidelse som er innlagt på sykehus. Arbeidstreningstedet er en cafè som har som mål å tilby pasientene en mulighet til å trene opp ulike ferdigheter og sosial trening, i tillegg til å forberede de på arbeidslivet etter utskrivelse. Cafèen er organisert som et lavterskeltilbud for personer med psykiske lidelser hvor de deltar i ulike arbeidsoppgaver tilknyttet driften, veiledet av ergoterapeuter. Studiet tar utgangspunkt i seks personers erfaringer med å jobbe ved cafèen under innleggelse.

1.2 Oppgavens oppbygning

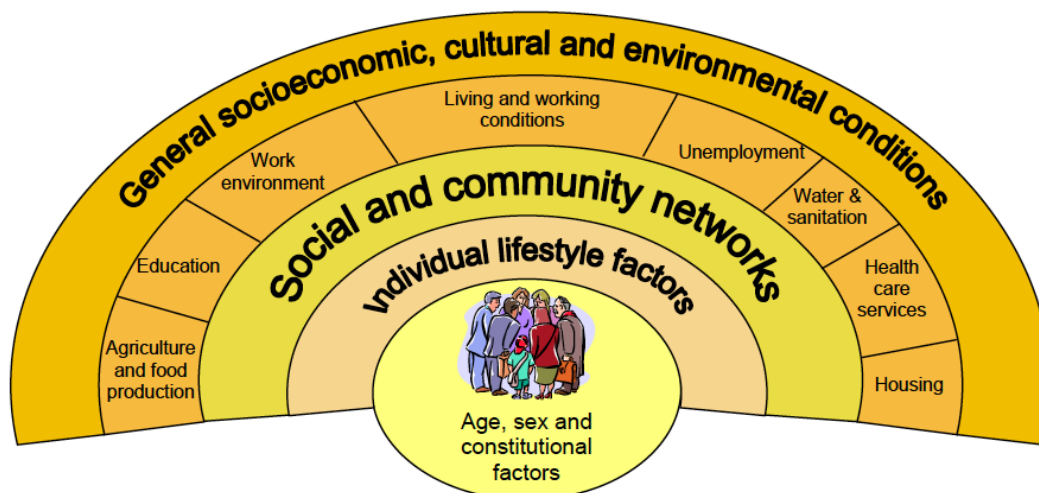
Masteroppgaven presenteres som en vitenskapelig artikkel med en kappe. Første del er kappen, hvor teori og empiri utdyper studiets relevans for folkehelse, samt en utvidet drøfting av metode og resultat. Deretter følger artikkelen: *"Experiences of how vocational rehabilitation can be health promoting for inpatients in a psychiatric ward"*. Artikkelen er et selvstendig produkt hvor retningslinjene til British Journal of Occupational Therapy er fulgt. Kappen inneholder henvisninger til artiklene, i tillegg til utdypende innhold på grunn av plassbegrensning i artiklene.

1.3 Folkehelsearbeid – god helse for alle

I Norge er folkehelsen bedre enn noensinne og nordmenn lever i gjennomsnitt lengre med flere antall gode leveår. På tross av det finner vi også her ulikheter i levekår som igjen skaper ulikheter i helse. Dette undersøkes ved å studere dødelighet, sykkelighet eller selvopplevd helse, både innenfor fysiske og psykiske lidelser. Folkehelsearbeid må derfor favne bredt og tverrsektorelt for å kunne utjevne helseforskjellene (Helsedirektoratet, 2010). I følge Folkehelseloven (2011) handler folkehelsearbeid om samfunnets innsats med å fremme befolkningens helse ved å svekke faktorer som medfører helserisiko og styrke faktorer som bidrar til god helse. Men hva er god helse? WHO (1948) definerer

god helse som: ”...en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende”. Andre moderer seg, som for eksempel Hjort (1982), der definisjonen på helse er: ”...å ha overskudd til hverdagens krav”. Det vil alltid være ulike oppfatninger av hva helse innebærer og som folkehelsearbeider er det viktig å gjøre seg opp en mening om dette selv og sette seg inn i hva andre opplever som helse (Naidoo & Wills, 2009).

Det finnes ulike faktorer som påvirker helsen vår, også kalt helsedeterminanter. I tillegg til genetiske og biologiske faktorer, påvirkes helsen vår av; individuell adferd og livsstil, sosialt og kommunalt nettverk, livs- og arbeidsforhold og sosioøkonomiske-, kulturelle- og miljøbetingede vilkår (Naidoo & Wills, 2009).



Figur 1: Dahlgren og Whiteheads hoved determinanter for helse (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Folkehelseiltak kan rettes mot de ulike helsedeterminantene og årsakssammenhengene kan være komplekse. Arbeid er en viktig helsedeterminant da det bidrar til inntekt, sosialt fellesskap, struktur i hverdagen og forhåpentligvis meningsfullhet. I tillegg kan enkelte arbeidsforhold skape redusert helse ved for eksempel belastende arbeidsmiljø, fysisk og psykisk. Det mest helsefremmende ved arbeid er det sosiale fellesskapet, mulighet for personlig utvikling, økonomiske fordeler og opplevelsen at man bidrar (Helsedirektoratet, 2010). Arbeidsledighet kan medvirke til å forverre helsen (Naidoo & Wills, 2009).

I Norge er arbeidsledigheten på ca. 3% og tall fra Statistisk Sentralbyrå (2012) viser at ca. 8-900 000 personer i yrkesaktiv alder står utenfor eller midlertidig utenfor arbeidslivet. For ca. en fjerdedel av disse er psykiske lidelser årsaken. I Statsbudsjettet (2012) er det satt av ca. 37,7 milliarder kroner til folketrygden for utbetaling av sykepenger.

Regjeringen har som mål at mennesker med psykiske lidelser i størst mulig grad skal få bruke sine ressurser i arbeidslivet og har utarbeidet Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) for å styrke den arbeidsrettede innsatsen. Det understrekes også at det er viktig å begynne arbeidet tidligst mulig i behandlingsforløpet for å sikre best mulig behandlingsresultat. Nyboe og Hvalsøe (2009) mener at ved å investere mer ressurser og innsats tidlig i sykdomsforløpet kan man redusere antall personer som utvikler en alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av den psykiske lidelsen. Dette vil kunne være kostnadsnyttig for samfunnet, men viktigst av alt bidra til å bygge opp under menneskeverd og menneskerettigheter. Rettigheten til å arbeide ble nedfelt i The Universal Declaration of human rights (2012) allerede i 1948 og sier i dag:

”Everyone has the right to work, to free choice of employment, to just and favorable conditions of work and to protection against unemployment.”

1.4 Salutogenese – veien mot god helse

En annen vinkling enn WHO (1948) sitt mer sykdomsfokuserte perspektiv på helse er den salutogenetiske retningen som har snudd tankegangen på hodet. Salutogenese er det motsatte av patogenese, som fokuserer på hvorfor mennesker blir syke. I helsefremmende arbeid mener sosiologen Aron Antonovsky (1996) at feltet må snu fokuset fra risikofaktorer for sykdom til faktorer som skaper høyere grad av helse. En annen viktig faktor er å se mennesket og dets ønsker, fremfor diagnoser (Antonovsky, 1996). Antonovsky (1987/2000) mener ikke at man skal utelukke det patogenetiske perspektiv, men at man bør se de to som komplementære.

Opplevelse av sammenheng, eller *Sense of coherence* (SOC), er et viktig perspektiv i den salutogenetiske tenkningen. Dette innebærer meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet, som er utdypet i artikkelen. Han mener en sterk SOC er formet gjennom

livserfaringer og at det ikke er lett å endre dette raskt, men blant annet ved å engasjere seg i sosiale relasjoner og aktivitet kan man forebygge skade, tilføre styrke og i noen tilfeller skape en åpning for en livsendring (Antonovsky, 1996). Ulike arbeidsarena bør tilrettelegge for at arbeidsoppgavene er så forståelige, håndterbare og meningsfulle som mulig.

1.5 Aktivitet og helse

Occupational behavior frame of reference er en referanseramme hvor grunnantagelsen er at mennesker utvikler seg gjennom hva de gjør og tilpasser seg omgivelsene, i tillegg til at omgivelsene påvirker hva mennesker gjør (Creek & Lougher, 2008). *Occupation* kan oversettes med virksomhet eller aktivitet, som deles inn i egenomsorg, arbeid og fritid. *Performance* kan oversettes med utførelse. Til sammen danner de begrepet virksomhetsutførelse eller aktivitetsutførelse, og handler om den unike måten mennesker utfører og opplever aktiviteter på (Duncan, 2006). Creek og Lougher (2008) legger også til at valg av aktivitet og oppfattelse av meningsfullhet er viktige individuelle perspektiv.

Virksomhet har også en politisk dimensjon hvor samfunnet påvirker hvordan mennesker skal utføre aktiviteter, hvilke som er nyttige og akseptert og hvilke aktiviteter som er tilgjengelig for hvem (Creek & Lougher, 2008). *Occupational justice* er et av grunnegrepene i aktivitetsvitenskap og handler om at alle mennesker har rett til å være i aktivitet for å tilfredsstillere egne behov, utvikling og deltagelse i samfunnet (Christiansen & Townsend, 2011; Creek & Lougher, 2008). Ann Wilcock er en pioner innenfor den teoretiske utviklingen av begrepene *occupational justice* og *occupational deprivation*. I følge henne vil *occupational deprivation* si at ikke alle mennesker har like muligheter til å delta i valgfri virksomhet. Dette skyldes eksterne faktorer som sosiale, økonomiske, miljømessige, historiske, kulturelle eller politiske årsaker, og har ingenting med personens sykdomsbilde å gjøre (Christiansen & Townsend, 2011). Et eksempel på dette er et arbeidsmarked som ikke er tilrettelagt for ulike mennesker og behov, eller forventninger i samfunnet om at mennesker med alvorlig psykiske lidelser ikke har arbeidsevne. Når de personlige faktorer som sykdom og midlertidig arbeidsløshet er årsaken brukes begrepet *occupational disruption*. Det viser til en midlertidig situasjon

hvor individet kortvarig eller periodiske blir avbrutt fra sitt normale aktivitetsmønster, for eksempel når en person med en alvorlig psykisk lidelse har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten (Creek & Lougher, 2008). Dette studiet tar utgangspunkt i virksomheten arbeid og hvordan arbeidstrening kan styrke pasientenes ressurser under innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

1.6 Alvorlig psykiske lidelser

Alvorlig psykisk lidelse omfatter psykotiske tilstander og store karakteravvik hvor ”*lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen*” (Malt, Andreassen, Melle & Årslund, 2012, s. 851). Fra 2006 ble også alvorlig spiseforstyrrelse definert som en alvorlig psykisk lidelse.

Schizofreni er en av de vanligste av de alvorlige psykiske lidelsene og har en høy grad av arvelighet (Malt et al., 2012) For å kunne diagnostisere lidelsen må minst to av følgende symptomer være tilstede i mer enn en måned: vrangforestillinger, hallusinasjoner, disorganisert eller usammenhengende tale, avvikende atferd eller negative symptomer. Siden 1990 har man gruppert symptomene i følgende grupper: Positive-, negative- og disorganiserte symptomer (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

I følge Malt et al. (2012) betegnes de positive symptomene som de egentlige psykotiske symptomer da de inneholder elementer av sviktende realitetsoppfatning og tankeinnhold, for eksempel de overnevnte symptomene hallusinasjoner og vrangforestillinger. Hallusinasjoner er sensoriske opplevelser uten faktisk stimulering av sanseorganene, også kalt sansebedrag. Et eksempel er hørselhallusinasjoner som kan oppleves som kommanderende eller flere stemmer som snakker direkte til personen eller med hverandre. Vrangforestillinger er feilaktige forestillinger som fastholdes på tross av at de ikke stemmer med virkeligheten. Eksempler på dette kan være virkelighetsnære, som å bli bedratt eller å ha en sykdom, eller mer bisarre forestillinger som å ha blitt kidnappet av romvesener.

Malt et al. (2012) beskriver de negative symptomene som noe som bedømmes oftest ut

fra personens atferd og kan være affektflathet, fattig språk, apati, tilbaketrekking eller isolasjon. Sosial tilbaketrekking kan også ofte være en reaksjon på for eksempel vrangforestillinger. Disorganiserte symptomer er forstyrrelser i tankenes form som assosiasjonsforstyrrelser og tankeforstyrrelser, i motsetning til tankens innhold, og kan komme til uttrykk både gjennom tenkning, tale og atferd. Eksempler på dette er avbrudd i normal taleflyt eller usammenhengende tale og personen kan bruke nykonstruerte ord. Symptomene kan også være repetitive motoriske bevegelser eller katatoni, hvor personen kan stivne i en lite hensiktsmessig kroppsstilling.

Lidelsen schizofreni debutterer vanligvis i ung alder, mellom 15 og 25 år, men også senere. Prognosen er blitt bedre for hvert tiår, trolig på grunn av bedre behandlingstilbud og holdningsendringer i samfunnet. I dag regner man at ca. 25 % blir helt friske og at 60 % finner en måte å leve med lidelsen ved å mestre hverdagslivet, å ha et sosialt liv og være inkludert i arbeidslivet eller å ha andre beskjeftigelser. Mange trenger også stabiliserende medikamenter i tillegg til andre tiltak. En omfattende undersøkelse av psykiske lidelser i Norge antyder en forekomst av schizofreni på ca. 1 % av befolkningen (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Schizofreni er en av de mest kostnadsskrevende sykdommer i den vestlige verden og utregninger viser at ca 1 % av bruttonasjonalprodukt går med til behandlings- og støttetiltak (Malt et al., 2012). Derfor er det viktig å sette inn forebyggende og helsefremmende tiltak som kan ha en langtidsvirkende effekt, som for eksempel inkludering i arbeidslivet eller andre meningsfulle aktiviteter.

Også internasjonalt bør psykisk helsearbeid være på agendaen, da det i lav- og mellominntekstland er så mye som 90% av psykiske lidelser som ikke behandles. Dette har ulike årsaker som for eksempel mangel på utdanning innenfor fagfeltet, liten kapasitet samt stigmatisering (Helsedirektoratet, 2010). Norge bør være en foregangsnaasjon på dette feltet da vi har ressurser og kompetansen.

1.7 Recovery prosesser

Recovery brukes for å forklare prosessen med å bli bedre hvor en person kan gradvis

overta ansvar for sitt eget liv, oppleve mestring, velge og handle selvstendig (Nyboe & Hvalsøe, 2009). Det handler ikke nødvendigvis om å kureres, men å lære å leve med lidelsen og kontrollere hverdagen. *Recovery* eller bedringsprosesser er ikke et utfall, men en prosess med store individuelle variasjoner. Nærmere bestemt er det dynamiske og sosiale prosesser som finner sted mellom individet og deres miljø og samfunn (Borg & Kristiansen, 2008). Borg og Davidson (2007) har undersøkt hva som er viktig i hverdagslivet for mennesker med alvorlig psykiske lidelser hvor fire områder ble identifisert. 1. Å ha et normalt liv, 2. Å tro på en selv og at andre tror på en, 3. Å ha mestringsstrategier og 4. Å være god med seg selv. Det som kan virke trivielt for flere er avgjørende i en bedringsprosess for mange mennesker med psykiske lidelser. I en studie utført av Borg og Kristiansen (2008) kom det frem at arbeid er en viktig del av *recovery*. Cafèen som arbeidstreningsssted kan derfor være et bidrag i bedringsprosessen for pasientene innlagt ved sykehus.

1.8 Arbeid og psykiske lidelser

Statistisk sentralbyrå (2012) definerer arbeid som inntektsgivende virksomhet og viser at Norge har en lav andel arbeidsledighet sammenlignet med andre land. Sykefraværet ligger på ca. 6 %. Nedsatt arbeidsevne og deltagelse er vanlig blant mennesker med psykiske lidelser. Statistikk antyder at psykiske lidelser utgjør ca. 13,5 % av sykefraværet i Norge. Internasjonalt antar man at arbeidsdeltagelse blant mennesker med alvorlig psykiske lidelser ligger på mellom 11 og 37 % (Mykletun et al., 2009). Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) viser til internasjonal litteratur som antyder at arbeid virker forebyggende og helsefremmende da det bidrar til å styrke de sosiale ferdighetene og reduserer innleggelsesfrekvensen.

I studien til Borg og Kristiansen (2008) ble arbeid fremhevet som en viktig del av *recovery* og fire viktige faktorer ble identifisert. En faktor var å utvikle seg gjennom å ha en aktiv arbeidsrolle. Identitet er en viktig del av rollebegrepet, som refererer til hva en person har av rutiner og planlegger å gjøre, både i fortid og nåtid (Creek & Lougher, 2008). Tilhørighet ved å være inkludert i en ordinær arbeidssituasjon var en annen faktor som kom frem i Borg og Kristiansens (2008) studie. Det gjenspeiler viktigheten av

nettverk og sosial støtte som helsefremmende faktor (Skårderud et al., 2010). En tredje faktor var balanse mellom aktivitet og hvile som er avgjørende for menneskers helse (Borg & Kristiansen, 2008). Hvis mennesker med alvorlig psykiske lidelser får for lite hvile kan det føre til en oppblomstring av symptomer, på samme måte som for mye hvile kan føre til blant annet mer tilbaketrekking og isolasjon (Creek & Lougher, 2008). Det fjerde poenget som kom frem i forskningen til Borg og Kristiansen (2008) var troen på seg selv ved å ha et godt og sympatisk arbeidsmiljø. Mange mennesker med alvorlig psykiske lidelser trenger et støttende arbeidsmiljø og oppfølging under prosessen med arbeidsrehabilitering. Gjennom å oppleve mestring av arbeidsoppgaver påvirkes motivasjonen for videre arbeid og troen på at det nytter. *Empowerment* eller å ta styring over sitt eget liv, er et sentralt begrep i denne sammenheng (Skårderud et al., 2010).

Informanter i flere forskningsprosjekt har beskrevet hva som er viktige faktorer for dem i arbeidssammenheng. I Skjellviks (2002) hovedoppgave beskrev informantene blant annet at det å ha en jobb reduserer isolasjon, at fritiden fikk en ny dimensjon og at fellesskap og sosial støtte er viktige elementer. En undersøkelse gjort blant mennesker med lidelsen schizofreni, viste at personer med høyt nivå av hverdagsaktivitet hadde færre symptomer og skåret høyere på selvrappertert livskvalitet enn informanter med en mer passiv hverdag (Bejerholm & Eklund, 2007). Borg og Topor (2007) påpeker også at å være i aktivitet og å ha en jobb er med på å dempe symptomene knyttet til psykotiske lidelser. Det kan for eksempel være med på å holde stemmene i bakgrunnen. De trekker også frem poenget om at en som fungerer dårlig i en passiviserende og lite stimulerende hverdag, ikke nødvendigvis fungerer like dårlig i en arbeidssituasjon. Blant annet har studiene til Burns et al. (2007) antydnet at integrert tilnærming til arbeidslivet, med ordinære arbeidsplasser som hovedarena, ofte gir best resultat ved at sannsynligheten for å få seg fast jobb og tjene mer er større. Forskning viser også at mennesker med lidelsen schizofreni kan ha kognitive vanskeligheter med å overfører praktisk kunnskap fra en arena til en annen og bør derfor få opplæring på et arbeidssted med langtidsintensjoner, og da gjerne i ordinær virksomhet (Malt et al., 2012). Burns et al. (2007) påpeker i tillegg at alle har ulike behov og at det viktigste er at den enkelte får utvikle og brukt sin kompetanse på best mulig måte. I en undersøkelse utført av Norvoll (2011) kom det frem

at mange mener arbeidstrening organisert som lavterskeltilbud er en viktig start på bedringsprosessen og kan fungere som et springbrett videre i arbeidslivet. Lavterskelpreget gjør at det er mulig å være i svært dårlig form og samtidig prøve seg frem i det små og gradvis øke arbeidsmengde og vanskelighetsgrad.

Ikke alle opplever at betalt arbeid er like viktig for å ha en meningsfull tilværelse. Informanter i prosjektet til Argentzell, Håkansen og Eklund (2012) hadde erfaring med å erstatte arbeid med andre aktiviteter som ble ansett som produktive og akseptert i samfunnet. Dette kunne være frivillig arbeid, renhold eller annen aktivitet i hjemmet og for eksempel det å ta seg av slektninger og lignende. En informant mente at et arbeidsrettet dagsenter hadde gitt henne tilbake det hun hadde mistet, ved at hun hadde noe å gjøre og at hun kom seg ut, og hun opplevde det som positivt og mindre stressende enn å være i det ordinære arbeidslivet.

En viktig faktor for å mestre arbeid er at menneskets handlingsmuligheter er i balanse med ferdighetene, noe sosialpsykolog Csikszentmihaily (1989) baserer sin teori om *flow* på. Opplevelsen av *flow* fører til at man glemmer sine egne tanker og omgivelsene og man blir helt oppslukt av aktiviteten. *Flow* kan være nøkkelen til opplevelse av mestring. Karasek og Theorell (1990) utviklet en annen modell som beskriver viktigheten av at arbeidsoppgavenes krav er i balanse med personens opplevelse av kontroll for å unngå helseskadelig stress. Informanter i prosjektet til Argentzell et al. (2012) uttrykte at hvis utfordringene i aktiviteten eller arbeidet stod i samsvar med deres ferdigheter opplevde de at tiden fløy avsted og at de tenkte mindre på bekymringer. Arbeid, uansett ordinær virksomhet eller ikke, må bidra til mestringsopplevelser og tilrettelegge for *flow*.

1.9 Studiens formål og forskningsspørsmål

Som nevnt innledningsvis er målet med dette studiet å utforske opplevelsen av arbeidstrening under innleggelse på sykehus. Samhandlingsreformen skal blant annet bidra til at behandling skal finne sted i nærheten av personens hjemsted (St, mld. Nr. 47, 2009). Allikevel vil det være enkelte mennesker som har behov for lengre tids behandling

i spesialisthelsetjenesten, som ikke så lett kan benytte seg av kommunale arbeidstrening- og aktivitetstilbud under innleggelse.

Utgangspunktet for studiet er tenkningen om at alle mennesker har behov for å være i aktivitet og å snu fokuset fra sykdomsbehandling til å fremme pasientenes ressurser og tilrettelegge for opplevelse av sammenheng (SOC). Studiet har undersøkt informantenes opplevelse av arbeidstreningen som helsefremmende virksomhet og tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

Hvordan opplever mennesker med alvorlig psykiske lidelser arbeidstrening som helsefremmende aktivitet?

- 1. Hvordan opplever personen at arbeidstreningen påvirker den psykiske helsen?*
- 2. Hvordan påvirker arbeidstreningen hverdagen?*

2.0 METODE

Metoden utdypes i denne delen på grunn av begrenset med plass i artikkelen, da det er viktig å være grundig når det gjelder metodekritiske betraktninger.

2.1 Data

Studiet har et kvalitativt fenomenologisk forskningsdesign med mål om å utforske erfaringene og opplevelsene av arbeidstrening, erfart av mennesker som er innlagt i spesialisthelsetjenesten (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). Målet var å beskrive og forstå erfaringene, ikke forklare dem (Malterud, 2011). Anvendt metode er semistrukturerte intervju med utgangspunkt i en intervjuguide som ble utarbeidet på forhånd. Med utgangspunkt i anbefalinger fra Kvale og Brinkmann (2009) tilrettela jeg for en så spontan intervjuprosedyre som mulig, for å få mer intuitive, levende og uventede svar. Spørsmålene ble ikke fulgt slavisk, men jeg sørget for at alle de formulerte spørsmålene ble dekket i løpet av intervjuene. Jeg la vekt på et positivt samspill, holdt samtalen i gang og forsøkte å stimulere intervjupersonene til å fortelle om sine opplevelser og følelser.

2.2 Utvalg

Informantene i prosjektet er 6 personer med en alvorlig psykisk lidelse som har vært eller er innlagt i spesialisthelsetjenesten og har erfaring med arbeidstrening under innleggelse. Flere har vært innlagt i mer enn ett år. Begge kjønn ble forsøkt inkludert for å få mest mulig bredde. Kun menn jobbet i kafèen på intervjutidspunktet, derfor er informantene 6 menn, i alder fra 20 til 50 år. Det var ikke avgjørende hvor lenge de har hatt arbeidstrening, men et kriterium var at de har vært tilknyttet arbeidstreningsstedet i minst en måned. Dette fordi de skulle være noe kjent i kafèen og ha gjort seg noen erfaringer med arbeidstreningen. Rekrutteringen av intervjuobjektene gjorde jeg på egenhånd, da de har jobbet eller jobber ved arbeidstreningsstedet jeg er tilknyttet.

2.3 Forskerens rolle

I følge Malterud (2011) er det ikke tvil om at jeg som forsker påvirker

forskningsprosessen, men spørsmålet er på hvilken måte. Jeg har i denne sammenheng vært oppmerksom på min rolle i intervjusituasjonen og i analyse av data. For å synliggjøre min forskerrolle, som i denne studien er preget av et fenomenologisk design, har jeg beskrevet egen opplevelse og forforståelse av fenomenet (Postholm, 2010). Min forforståelse er basert på tidligere forskning og egne observasjoner, i tillegg til informasjon fra pasientene før studiets ble satt i gang. Derfor har jeg vært veldig bevisst på å gjengi informantenes opplevelse av arbeidstrening så presist som mulig.

Et annet viktig aspekt ved forskerrollen er makten jeg som forsker har i forhold til informantene, da jeg er den som styrer situasjonen. For å fremme informantenes synspunkter og meninger har jeg vært bevisst på å stille åpne spørsmål og gi rom for avsporinger underveis. I tillegg har jeg fortløpende forsøkt å verifisere mine fortolkninger slik at informantenes meninger blir fremmet og ikke mine (Kvale & Brinkmann, 2009).

2.4 Rammer rundt intervjuene

Intervjuene foregikk en til en og hadde en ramme på en time, men som ble utvidet ved behov. Et par av intervjuene ble kortere enn en time, da informantene opplevde at de hadde formidlet det de ønsket. Etter anbefaling av Malterud (2011) satte jeg av god tid til intervjuene for å ha tid til å lytte til informantene og til avsporinger, slik at jeg kunne fange opp eventuell viktig informasjon. Informantene fikk informasjon om rammene rundt intervjuene og at de kunne avbryte intervjusituasjonen når de måtte ønske. Ingen av de seks informantene avbrøt intervjuene før vi var ferdige.

2.5 Transkribering og analyse av data

For å sikre at ikke informasjon forsvinner og en mest mulig nøyaktig gjengivelse av samspillet har jeg brukt lydopptaker under intervjuene. Dette har jeg innhente informert samtykke om fra intervjuobjektene på forhånd (Kvale & Brinkmann, 2009). Underveis oppbevarte jeg materialet innelåst slik at ingen andre hadde tilgang til datainnsamlingen. I transkriberingen ble all informasjon anonymisert slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne intervjuobjektene. Etter transkribering ble opptakene slettet fra selve båndopptaker og ingen data som kan identifisere personer er tilgjengelig lenger.

Sentralt i det vitenskapelige arbeidet er å tolke de innsamlede data i lys av studiets teoretiske referanserammer, som i dette tilfelle er at alle mennesker har behov for å være i aktivitet. For å få en dypere forståelse for fenomenet arbeidstrening har jeg redegjort for konteksten handlinger og ytringer fra informantene inngår i. Rammene er en café som er et lavterskel arbeidstreningstilbud på et sykehus. Jeg har vært bevisst min forforståelse av arbeidstrening som helsefremmende aktivitet og hvordan dette har påvirket analysearbeidet. I tillegg er informantene også fortolkere med sine forventninger til blant annet min profesjon som ergoterapeut, at jeg er kvinne og min alder. Uansett er jeg åpen om hvilke metoder som er brukt og gjør arbeidet tilgjengelig for kritikk (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det finnes ulike måter å utføre kvalitative dataanalyser på. I dette studiet er Giorgis (1996) fenomenologiske analyse anvendt, som tar utgangspunkt i individets opplevelse, hvor målet er å utvikle kunnskap om deres erfaringer og livsverden. Analysen anbefales å gjennomføres i fire trinn. I den første fasen var målet å få et helhetsinntrykk, som innebærer å gå igjennom de transkriberte intervjuene for å finne de tema som er interessante. Helhetsinntrykket var at opplevelsene av arbeidstreningen var helsefremmende for informantene. I andre fase ble de meningsbærende enhetene identifisert og systematisert ved hjelp av koding. Tre tema ble fremmet som viktige helsefremmende faktorer; det meningsfulle med arbeidstrening, hvordan håndtere arbeidet og hvordan arbeidstrening påvirker hverdagen. Videre i tredje fase ble kunnskap trukket ut fra kodegruppene og resulterte i underkategorier. Det meningsfulle med arbeidstreningen dreide seg om følelser om oppgavene, positive tilbakemeldinger og deltagelse. For å håndtere arbeidet trakk informantene frem viktigheten av å få tankene over på noe annet, samarbeid, forutsigbarhet og forståelighet. Underkategoriene om hverdagsrutiner, sosial trening og tilbakeføring til samfunnet ble fremmet under temaet arbeidets påvirkning på hverdagen. I fjerde og siste fase ble funnene sammenfattet og gjenfortalt på en så forståelig og relevant måte som mulig. Funnene viser at arbeidstreningens helsefremmende effekt er subjektiv og påvirkes av ulike faktorer som det fysiske, psykiske og sosiale arbeidsmiljø, forståelse av informasjon, meningsfulle arbeidsoppgaver, samarbeid og deltagelse.

2.6 Metodekritikk

Studiet har en kvalitativ fenomenologisk tilnærming som er en egnet måte å belyse forskningsspørsmålet, da det er en metode som grundig utforsker informantenes egne erfaringer og opplevelser av fenomenet arbeidstrening. Studiets kvalitative design med utgangspunkt i intervju fremmer vitenskapelig kunnskap om den enkeltes subjektive opplevelse av arbeidstrening (Kvale & Brinkmann, 2009).

Som intervjuer er jeg uerfaren og sannsynligheten for at min forforståelse har påvirket intervjuguiden og at ledende spørsmål ble stilt under intervjuene er tilstede, på tross av en oppmerksomhet rundt dette. Transkriberingen og analysearbeidet har også med stor sannsynlighet blitt påvirket av dette. I tillegg kjente jeg informantene fra før da studiet foregikk på min arbeidsplass. Dette kan ha påvirket svarene som ble gitt. På den annen side kan dette også, i følge Kvale og Brinkmann (2009), være en styrke som får informantene til å føle seg trygge og kan fremme ærlige svar. Allikevel kan jeg ubevisst til tider ha gått inn i terapeutrollen under intervjuene, noe som igjen kan ha påvirket svarene og intervjusituasjonene. I tillegg kan informantene ha opplevd intervjuene som noe forvirrende da jeg skulle innta en annen rolle enn terapeut, som de vanligvis kjenner meg som. For å forebygge dette fikk informantene informasjon om min rolle i forkant av intervjuene.

En av informantene har ikke norsk som sitt første språk, noe som kan ha påvirket hans og min forståelse av hverandre under intervjuet. I tillegg har et av kriteriet for utvalget vært at informanten ikke må oppfattes som psykotisk i forbindelse med intervjuet, da det kunne ført til blant annet konsentrasjonsvanskeligheter. Erfaringsmessig kan noen som er psykotiske fortelle om opplevelser som er spesielt knyttet til det psykotiske symptombildet, som for eksempel å ha en annerledes opplevelse av seg selv. Å vurdere om informantene oppfattes som psykotisk i forkant av intervjuet ble vurdert ved hjelp av at to andre terapeuter var med i utvelgelsesfasen.

Transkriberingen ble utført ved hjelp av lydopptakene fra intervjuene, for å sikre en mest mulig nøyaktig gjengivelse av samspeillet, men dette er ikke uproblematisk. En

oversettelse fra en narrativ form til skriftspråk er utfordrende, da det kan være vanskelig å høre nøyaktig hva som ble sagt og at det er vanskelig å skrive ned det mellommenneskelige samspillet under intervjuet. I tillegg er det utfordrende å gjengi stemmeleie, kroppsspråk og bruk av ironi (Kvale & Brinkmann, 2009). Det var sannsynligvis også i dette studiet mye kommunikativ informasjon som gikk tapt i denne prosessen. Dette kunne vært løst ved å notere underveis under intervjuet, men ble unngått da tidligere erfaringer tilsier at å notere under samtaler med pasientene kan føre til at mange blir distraheret og kan trigge paranoide tanker.

I analysen av data kan jeg som forsker ha mistolket informasjon selv om jeg har forsøkt å være redelig mot hva informantene har formidlet. Kvaliteten av analysen har vært avhengig av min kunnskap og forforståelse av tema, i tillegg til at jeg måtte beherske analyseverktøyet (Kvale & Brinkmann, 2009). I dette studiet ble analysen gjennomført basert på Giorgis (1996) fenomenologiske analysemetode. Lite erfaring med analyseverktøyet kan ha påvirket mine fortolkninger, men da verktøyet er godt forklart og ved hjelp av veiledning, representerer forhåpentligvis fortolkningene i størst mulig grad det som kom frem under intervjuene. Da masteroppgaven skrives som artikkel med kappe og hvor artikkel skrives på engelsk, er sjansen stor for at forvridninger av data har forekommet under oversettelsen. Derfor har en engelskmann, som også kan godt norsk, lest igjennom funnene.

En svakhet ved studiet kan også være at data er samlet fra kun et sted. En bredde kunne vært tilført studiet hvis flere informanter og ulike arbeidstreningssteder hadde vært inkludert. På den andre siden har jeg tilstrebet en bredde ved å forsøke å inkludere begge kjønn og ulike aldersgrupper, i tillegg til å inkludere alle som hadde jobbet minimum en måned på intervjutidspunktet.

Forskningens uavhengighet er et etisk aspekt ved dette studiet, som innebærer at forskningen kan påvirkes fra prosjektets sponsorer og deltagere, i dette tilfelle sykehusets og mine interesser, i tillegg til informantenes eventuelle interesser. Dette kan føre til at jeg som forsker kan ha ignorert noen resultater og fremhevet andre. Det har vært

utfordrende å ha en profesjonell distanse til informantene da vi kjente hverandre fra før. Jeg kan derfor i for stor grad ha tatt rollen som den vennskapelige forskeren. Da jeg har intervjuet mennesker jeg har jobbet med så det vil være en reell mulighet for at svarene kan bære preg av at intervjuobjektet gir meg de svarene de tror jeg ønsker og kanskje ikke den ærlige opplevelsen av arbeidstreeningen (Kvale & Brinkmann, 2009). Etter intervjuene ble alle informanter spurt om hvordan de opplevde intervjusituasjonen og om de følte de kunne være ærlige ovenfor meg. Samtlige svarte at det ikke var noe problem at vi kjente hverandre fra før og at de opplevde at de kunne være ærlige. En svarte i tillegg at det var bedre å kjenne intervjuer, noe som gjorde at han følte seg trygg, i motsetning til om intervjuer var en han ikke kjente. Uansett må jeg ta høyde for at det kan hende noen utela viktige erfaringer som kunne endret noe på resultatene i studiet.

Et annet fenomen jeg som forsker har vært bevisst på er det såkalte *going native*, hvor jeg i for stor grad kan ha identifisert meg med personene som inngår i forskningen. Jeg har på bakgrunn av det forsøkt å påvirke forskningen i en så objektiv retning som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009). Allikevel er muligheten til stede for at jeg ubevisst kan ha påvirket svarene da jeg kjenner informantene og arbeidstreningsstedet fra før og har en forforståelse av deres opplevelser basert på observasjoner og tidligere samtaler.

3.0 Etikk

Her utdypes den etiske siden ved forskningen, på tross av at noe er nevnt i artikkelen, da dette er spesielt viktig når data er hentet fra direkte møte med mennesker som lider av en alvorlig psykisk lidelse.

3.1 Forskningsetiske retningslinjer

Helsinkideklarasjonen, utarbeidet av Verdens legeforening, er etiske prinsipper for forskning som omfatter mennesker (Malterud, 2011). Den daglige forvaltningen av slike regler skjer ved at alle medisinske forskningsprosjekter skal meldes til de Regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Malterud, 2011). REK har hjemmel i forskningsetikkloven og helseforskningsloven. Alle studier som skal oppfylle vitenskapelige krav og har som mål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom skal meldes til REK. Prosjektet er meldt til REK Sør- Øst og er vurdert til ikke å være framleggingspliktig. Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

3.2 Informert samtykke

Informert samtykke er innhentet for hver informant i dette studiet. Det innebærer at deltagerne i studiet har vært rikelig opplyst om forskningsprosjektets formål og design, samt mulige fordeler og risiko ved å delta (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuobjektene har deltatt frivillig og har fått informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet (Helseforskningsloven, 2008). Da jeg har intervjuet mennesker som er eller har vært tilknyttet spesialisthelsetjenesten måtte jeg forsikre meg om at de som deltar er i stand til å samtykke uten andres godkjennelse. På bakgrunn av anbefaling fra NSD har jeg i samarbeid med to terapeuter valgt ut de informanter vi trodde kunne samtykke på egen hånd. Jeg har utelatt informanter vi opplevde som psykotiske på intervju tidspunktet.

3.3 Fortrolighet

§7 i Helseforskningsloven (2008) har klare retningslinjer om taushetsplikt som jeg har overholdt i dette forskningsprosjekt. Jeg som forsker har ansvar for å hindre at andre får

tilgang til helseopplysninger og andre personopplysninger jeg har fått informasjon om i forbindelse med studiet. Dette er gjort kjent for alle deltagere i prosjektet. I tillegg er alle data anonymisert slik at de ikke kan spores tilbake til intervjuobjektene. Informantene har fått vite at alle data slettes når studien er fullført.

3.4 Konsekvenser

Det etiske prinsippet velgjørighet vil si at jeg som forsker må sørge for at risiko for å skade en deltager er så liten som mulig. Det som kjennetegner en del kvalitativ forskning er åpenhet og intimitet, noe som kan føre til at informanter gir opplysninger de angret på i ettertid. Intervjusituasjonene i dette studiet var lagt opp til å være nettopp åpne for å tilrettelegge for at informantene kunne fortelle det de ønsket, noe som kan ha ført til at noen har angret i ettertid på noe de har fortalt. For å forebygge dette ble informantene informert om at de når som helst kunne trekke informasjon de hadde gitt. I tillegg kan intervjusituasjonen også ha ført til en såkalt ”kvasiterapeutisk relasjon”, noe jeg som har jobbet med informantene har vært klar over i prosessen, men allikevel ikke klart å unngå, som nevnt under metodekritikk (Kvale & Brinkmann, 2009). Studiet har hele tiden vært preget av åpen dialog med informantene slik at de har blitt så godt ivaretatt som mulig. I etterkant av intervjuene er det ingen av informantene som har kommet med noen innvendinger om prosessen.

4.0 RESULTAT

Studiets resultater er beskrevet i artikkelen, så denne delen vil inneholde en oppsummering av resultatene.

4.1 Det meningsfulle med arbeidstrening

Alle informantene understreket viktigheten av at oppgavene i cafèen er meningsfulle. Flere fant enkelte oppgaver, som for eksempel rutinearbeid og rengjøring, kjedelig og lite motiverende. En hadde erfart at ved å gjøre rutinearbeid fikk han et mer helhetlig bilde av hvordan en cafè drives og han kunne til og med like noen av de oppgavene han ikke likte til å begynne med. Andre virket å være mer opptatt av om arbeidsoppgavene var kjent eller ukjent, og hvor tilnærmet like de var ordinært arbeid.

Positiv tilbakemelding var også en viktig faktor for informantenes motivasjon og selvtillitt. Dette kunne være i form av at en av kollegaene sa de hadde gjort en god jobb, eller at kundene gav tilbakemelding om at maten smakte godt. Flere hadde konkrete eksempler på når de hadde fått gode tilbakemeldinger på mat de hadde laget.

En annen viktig del av en meningsfull arbeidssituasjon var opplevelsen av deltagelse og å bidra med noe. Alle hadde kjent på følelsen av å være innlagt ved et sykehus hvor de oftest er mottagere, fremfor den som gir. Mange var opptatt av at ved å gi til andre så opplevde de å få mer selvtillitt og positive opplevelser.

4.2 Hvordan håndtere arbeid

Å forstå og håndtere arbeidsoppgavene var også viktig for mange av deltagerne. I begynnelsen av arbeidsforholdet opplevde de fleste at det var mange ny ferdigheter å lære og hadde behov for tett oppfølging av ergoterapeutene. Alle mente de fikk nok og god informasjon helt fra starten av, og hvis de trengte hjelp kunne de lett spørre noen. Etter hvert kunne alle jobbe mer selvstendig og opplevde at arbeid hadde en positiv effekt på den psykiske helsen.

Cafèen ble oppfattet som en strukturert arbeidsplass som var oversiktlig for de fleste av informantene. De fleste opplevde at arbeidsoppgavene var forutsigbare og at de stort sett visste hva de skulle gjøre. Noen tok det mer på sparket, mens andre bestemte seg på forhånd for hva de skulle gjøre den dagen. Et annet viktig poeng var opplevelsen å kunne påvirke arbeidsoppgavene, både ved å bestemme hva de vil gjøre og kunne bidra med nye oppskrifter.

Videre snakket alle om hvordan de ved å jobbe i cafèen fikk vanskelige tanker på avstand. De opplevde at ved å gjøre noe konkret og sosialt så glemte de bekymringene sine, fikk mindre angst og positive symptomer ble dempet. Dette ble også påvirket av opplevelsen av et trygt arbeidsmiljø. I tillegg nevnte en at hvis han hadde mye å tenke på hjalp det å snakke med en av terapeutene før han begynte å jobbe, som gjorde at tankene ble mindre fremtredende. Et annet viktig aspekt var å lære seg å håndtere redskap igjen, som for eksempel kniver, på tross av dårlig erfaringer. I tillegg var de fleste informantene opptatt av samarbeid og et støttende arbeidsmiljø for å håndtere arbeidsoppgavene, og at det var lettere å lære noe nytt og tryggere å gjøre det sammen med noen.

4.3 Hvordan arbeidstrening påvirker hverdagen

Alle deltagerne var enige om at arbeid var med å forbedre deres funksjonsnivå, ved at det gav dem en struktur på dagen. Det opplevdes lettere å stå opp om morgenen når de hadde noe å gå til, i tillegg til det meningsfulle ved å arbeide, gikk ukene raskere og det bidro til at flere så mer positivt på fremtiden. Ved å være innlagt på et sykehus opplevde informantene å bli mer isolert fra resten av samfunnet. På cafèen fikk de sosial trening, ved blant annet å opprettholde relasjoner og møte nye mennesker.

En annen side ved å være innlagt var opplevelsen av å automatisk bli mer passiv og at det var en ond sirkel som var vanskelig å komme ut av. Ved å ha noe å gjøre under innleggelse var viktig for å blant annet føle seg mer normal og å trene opp igjen lysten til å være i aktivitet. Å jobbe i cafèen gjorde at de fikk nyttige erfaringer og ble sett på som et springbrett videre i arbeidslivet.

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg utvide diskusjonen gitt i artikkelen. Her drøfter jeg resultatene i et folkehelseperspektiv, da artikkelen i større grad tar for seg et aktivitetsperspektiv.

Diskusjonen tar utgangspunkt Dahlgren og Whiteheads (1991) modell om helsedeterminanter. På bakgrunn av resultatene i studiet velger jeg å utdype tre av fem helsedeterminanter; sosiale og kommunale nettverk, livs- og arbeidsforhold og sosioøkonomiske-, kulturelle- og miljøbetingede vilkår. Arvelige- og biologiske faktorer er viktige med tanke på forekomst av alvorlig psykisk lidelse og individuelle livsstilsfaktorer, som for eksempel bruk av rusmidler, kan være viktige utløsende miljøfaktorer. Allikevel utdypes disse ikke i denne delen.

5.1 Sosioøkonomiske-, kulturelle- og miljøbetingede vilkår

Arbeid er en viktig helsedeterminant og helsefremmende fordi det skaper struktur, fellesskap, inntekt og mening (Helsedirektoratet, 2010). I følge Statistisk Sentralbyrå (2012) er arbeidsledigheten i Norge høy blant mennesker med alvorlig psykisk lidelser. Det kan i følge Naidoo og Wills (2009) medvirke til å forverre helsen da de for eksempel ikke har en såkalt normal rolle som arbeidstaker noe som er en stor del av den kulturelle forventningen i vårt samfunn. Folkehelsearbeid skal fremme befolkningens helse, på en forebyggende og helsefremmende måte (Folkehelseoven, 2011). Å fremme helse kan være å tilrettelegge slik at mennesker med en alvorlig psykisk lidelse har overskudd til hverdagens krav om å ha en tilstrekkelig økonomi, å være en arbeidstaker og arbeidslivets utfordringer (Hjort, 1982). Antonovskys (1987/2000) salutogenestiske tenkning fremmer at folkehelsearbeid bør dreie seg om å styrke faktorer som skaper høyere grad av helse komplimentært med det patogenestiske fokuset. Sosiale relasjoner og aktivitet mener han kan forebygge skade, tilføre styrke og skape muligheter for livsendringer (Antonvosky, 1996). Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) trekker arbeid frem som både forebyggende og helsefremmende, og det er derfor viktig at folkehelsearbeidere jobber med å påvirke myndighetene, arbeidsgivere og befolkningen på det strukturelle nivå som innebærer sosioøkonomiske-, kulturelle- og miljøbetingede vilkår (Naidoo & Wills, 2009).

En grunn til høy arbeidsledighet blant mennesker med alvorlig psykisk lidelse kan være hvordan samfunnet tilrettelegger for et inkluderende arbeidsliv. I følge vitenskapen om aktivitet handler dette om *occupational deprivation* (Christiansen & Townsend, 2011). Det vil si at ikke alle har like muligheter til å delta i de aktivitetene de ønsker, noe som er regulert av eksterne faktorer som samfunnet rundt personen. Arbeidslivets krav kan være for høye og i ubalanse med opplevelsen av kontroll for mange med alvorlig psykiske lidelser, noe som kan føre til et helseskadelig stressnivå eller at noen opplever at de ikke mestrer arbeidet (Karasek & Theorell, 1990). Dette kan løses ved at flere arbeidsgivere tilrettelegger arbeidskravene for ulike behov slik at det blir en balanse mellom krav og kontroll, i tillegg til støttetiltak, og dermed kan skape en mer helsefremmende arbeidsplass. Mennesker utvikler seg gjennom hva de gjør og har evne til å tilpasse seg sine omgivelser dersom også omgivelsene som påvirker menneskers arbeidsutførelse er i balanse med individets behov (Creek & Lougher, 2008). På den annen side kan en av grunnene til lav arbeidsdeltagelse også være at mange mennesker med psykiske lidelser ikke har troen på at de kan mestre en arbeidssituasjon og derfor ikke søker eller klarer å beholde en jobb (Borg & Davidson, 2007). Her kan folkehelsearbeidere være med å styrke individene i samfunnet ved å sørge for at informasjon om effekten av arbeidsrettede forskningsprosjekt når ut til denne gruppen og nettverket rundt. I denne sammenheng er det viktig å bruke flere kanaler for å nå ut til flest mulig (Naidoo & Wills, 2009). Informantene i vårt studie opplevde at arbeidstreningen i cafèen styrket deres mestringsopplevelser og troen på at de kan håndtere en arbeidssituasjon i fremtiden.

Det vil være samfunnsøkonomisk nyttig å inkludere flere i arbeidslivet. I følge Malt et al. (2012) har psykiske lidelser en høy samfunnskostnad i form av behandlings- og støttetiltak og statsbudsjettet (2012) har satt av 37,7 milliarder kroner til folketrygden. Spørsmålet er hvordan kan samfunnet fremme et inkluderende arbeidsliv og dermed kutte kostnadene på dette området? Nyboe og Hvalsøe (2009) mener det vil være kostnadssnyttig for samfunnet å investere mer ressurser og innsats tidlig i behandlingsforløpet for mennesker med psykiske lidelser for å redusere antall personer som utvikler en alvorlig funksjonsnedsettelse. Dette vil kunne føre til at flere mennesker kan fungere i arbeidslivet, med eller uten støtte. Nasjonal strategiplan for arbeid og

psykisk helse (2007-2012) skal fremme inkludering i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser og mener tidligst mulig inkludering sikrer best mulig resultat. Arbeid er i følge strategiplanen en viktig del av behandlingsforløpet som virker forebyggende ved å styrke de sosiale ferdighetene og reduserer innleggelsesfrekvensen.

Cafèen som arbeidstreningsted er tilrettelagt av spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern hvor mennesker som på grunn av sin psykiske lidelse, over kortere eller lengre tid, opplever å bli avbrutt i sitt normale aktivitetsmønster. I følge aktivitetsvitenskapen kalles dette *occupational disruption* (Christiansen & Townsend, 2011). Arbeidstreningen i cafèen er en arena hvor pasientene kan trene opp og opprettholde ulike praktiske og sosiale ferdigheter under innleggelse. På den annen side viser forskning at mennesker som lider av schizofreni kan ha store kognitive vansker med å overføre praktisk kunnskap fra en arena til en annen (Burns et al., 2007). Det er derfor viktig at ferdigheter også trenes opp i langsiktige og kjente omgivelser, som for eksempel der hvor personen skal bo og eventuelt arbeide etter utskrivelse. Samhandlingsreformen (St. mld. Nr. 47, 2009) skal bidra til at behandling foregår i nærheten av personens hjemsted. Utfordringen er at flere deltagere i vårt studie har vært innlagt på sykehus i mer enn ett år og har dermed behov for helhetlig behandling på dette behandlingsnivået. Når noen trenger innleggelse i spesialisthelsetjenesten er det sykehusets ansvar å fremme opprettholdelse av et helsefremmende aktivitetsmønster. På den annen side vil arbeidstreningen i cafèen ikke gjenspeile det normale aktivitetsmønsteret til pasientene før innleggelse da beliggenheten er sykehuset og arbeidsveilederne er terapeuter. Derimot kan cafèen i følge våre informanter bidra til å opprettholde praktiske og sosiale ferdigheter, i tillegg til opplevelse av deltagelse som helsefremmende effekt.

5.2 Livs- og arbeidsforhold

Livs- og arbeidsforhold påvirker helsen vår. Mennesker med alvorlig psykiske lidelser har på lik linje med andre behov for å være i meningsfull aktivitet og arbeid, som kan virke motiverende og utviklende. Kanskje er det spesielt viktig for denne gruppen på grunn av de negative symptomene, som kan innebære tilbaketrekking og isolasjon (Malt et al., 2012). Ved å være inkludert i arbeidslivet vil de få en sosial arena og de kan

dermed oppleve tilhørighet som viser seg å være helsefremmende (Borg & Kristiansen, 2008). I et studie utført av Bejerholm og Eklund (2007) viste det seg at de som hadde en aktiv hverdag skåret høyere på selvrapportert livskvalitet enn de som hadde en mer passiv hverdag. Informantene i vårt studie opplevde at de fikk en mer passiv hverdag under innleggelse på sykehus og understreket at det var viktig å ha en arena som cafèen for å ha noe å gjøre i løpet av dagen. På den måten hadde de noe å stå opp til, dagene gikk raskere og de opplevde en økt lyst til å være i aktivitet, som kan overføres til andre arena. På den annen side viser forskning av Borg og Kristiansen (2008) at en balanse mellom aktivitet og hvile i hverdagen er viktige faktorer i en bedringsprosess. Arbeid kan som kjent virke helseskadelig ved for stor belastning fysisk eller psykisk (Helsedirektoratet, 2010).

Arbeidstreningen i cafèen kan være et viktig bidrag til *empowerment* (Skårderud et al., 2010). Spesielt siden mange informanter i vårt studie fremhevet opplevelsen av å få en mer passiv rolle etter innleggelse på sykehus, noe som de mener blir en ond sirkel og vanskelig å komme ut av. Borg og Kristiansen (2008) mener *empowerment*, hvor personen gradvis overtar ansvaret for sitt eget liv, er en viktig del av *recovery*. De tydeliggjør at det ikke nødvendigvis handler om fravære av lidelsen, men at man kan lære seg å leve med den og kontrollere sin egen hverdag. Borg og Topor (2007) understreker at mange fungerer godt i en arbeidssituasjon, på tross av at de virker å fungere dårlig i en passiviserende og lite stimulerende hverdag. Terapeutene ved sykehus har ansvar for å tilrettelegge for deltagelse i meningsfulle aktiviteter i form av arbeid eller annet, selv når pasienten er i en dårligere fase i sykdomsforløpet. På den annen side har individene, som har forutsetning for dette, selv også et ansvar for å følge opp tilbudene som gis under innleggelse. I følge Sumsion (2006) bør terapeutene i spesialisthelsetjenesten ha et klientsentrert fokus og dermed finne en balansen mellom å veilede pasientene og tilrettelegge for at de skal ta ansvar for eget liv, nettopp for å unngå for stor grad av institusjonalisering. Da er sjansen større for at overgangen fra spesialisthelsetjenesten tilbake til samfunnet blir lettere, både for pasienten selv og det tverrsektorelle samarbeidet.

Borg og Davidson (2007) fant fire områder som var viktig i hverdagen for mennesker

med alvorlig psykiske lidelser. De fire elementene var; å ha et normalt liv, å tro på seg selv, å ha mestringsstrategier og å være god mot seg selv. De tre første elementene ble trukket frem som viktige i vårt studie. Ved å arbeide opplevde mange at de fikk en mer tilnærmet normal rolle enn å kun være en som var innlagt. I tillegg fremmet en av informantene at det var viktig for han å lære seg å håndtere redskap igjen, som kniver, på tross av negative opplevelser tidligere. Dette gjør det også lettere for han å håndtere kniver utenom cafèen igjen. På en annen side har cafèen en terapeutisk struktur og dermed er det en mulighet for at cafèen bidrar til et større gap i overgangen fra arbeidstrening på sykehuset til ordinært arbeid eller andre meningsfulle aktiviteter etter utskrivelse. Uansett var det viktig for informantene at cafèen var en strukturert og oversiktlig arbeidsplass med forutsigbare arbeidsoppgaver som bidro til en opplevelse av sammenheng, da de opplevde å forstå og håndtere arbeidsoppgavene, i tillegg til meningsfullhet (Antonvosky, 1996). Den er lagt opp slik at de som jobber der lager maten og er også de som serverer kundene, og kan på den måten bidra til en mest mulig realistisk arbeidssituasjon. Å være en som gir noe til andre og ikke bare den som mottar noe trekker informantene frem som et viktig aspekt.

Gjennom arbeidstreningen i cafèen kan det virke som flere opparbeidet seg mestringsstrategier ved å trene på å mestre symptomer, som for eksempel hørselshallusinasjoner, samtidig med at de kunne håndtere en arbeidssituasjon. De fleste opplevde at hallusinasjonene kom mer i bakgrunn og at de hadde mindre angst under arbeidet. En har erfart at det nyttet å snakke med noen før han begynte å jobbe, hvis han hadde mange bekymringer. Dette kan være viktige erfaringer som gjør det lettere å mestre arbeidslivet senere. På den annen side er det ikke sikkert at arbeidsgivere kan tilrettelegge for samtaler ved behov, både på grunn av eventuell manglende kompetanse og ressurser. I så tilfelle kan cafèen ha en urealistisk terapeutisk tilnærming. Cafèen kan derimot fungere som et springbrett videre, og som flere informanter beskrev, kunne bidra med nyttige erfaringer for videre arbeidsliv. For mange vil det være viktig å ta stegene mot det ordinære arbeidsliv gradvis, mens andre kan mestre en ordinær arbeidssituasjon tidligere (Burns et al., 2007; Norvoll, 2011). Terapeutene i cafèen må forberede pasientene så langt det lar seg gjøre på denne overgangen, i samarbeid med det

tverrfaglige teamet som følger opp pasientene etter utskrivelse. Derfor er det så viktig å fremme tverrsektorielt arbeid.

Andre viktige elementer ved arbeidstreeningen informantene beskrev var å få tankene bort fra bekymringer, noe som Csikszentmihailys (1989) teori om *flow* støtter opp om. Opplevelsen av *flow* kan føre til at man blir oppslukt av aktiviteten og er i følge teorien nøkkelen til mestring, og virker på den måten helsefremmende. Dette handler om den enkeltes unike opplevelse og utførelse av en aktivitet (Duncan, 2006). Informantene opplevde at de kunne velge arbeidsoppgaver de mestret i kafèen og kunne spørre om hjelp ved behov. Samarbeid med andre ble fremhevet som viktig når de skulle lære nye ferdigheter. På den måten kan det virke som informantene opplevde at de hadde, eller ervervet seg, de nødvendige ferdighetene for å gjennomføre oppgavene. Dermed kan det se ut som kafèen tilrettelegger for *flow*. På den annen side er dette en så subjektiv opplevelse at det kan vanskelig måles. Flere i vårt studie fortalte at de ofte kunne glemme bekymringer under arbeidet, noe som indikerer tilnærmet opplevelse av *flow* i kafèen.

5.3 Sosiale og kommunale nettverk

Et helsefremmende aspekt ved arbeidstreningssted som kafèen er i følge våre informanter det sosiale miljøet og tilhørighet. Et støttende og empatisk arbeidsmiljø fremmer blant annet opplevelsen av sammenheng (Antonovsky, 1996). Informantene i vårt studie understreket viktigheten av å få positiv tilbakemelding på arbeidet de gjorde, noe som bidro til motivasjon og bedret selvtillitt. I følge Naidoo og Wills (2009) er nettverk en viktig helse-determinant og er noe alle mennesker har behov for. Spesielt viktig er det at helsesektoren er bevisst på at pasientene under innleggelse har opplevd å bli fjernet helt eller delvis fra sine sosiale og kommunale nettverk (Helsedirektoratet, 2010). Å bygge opp igjen gamle og nye nettverk rundt mennesker med alvorlig psykisk lidelse må jobbes med både under innleggelse og etter utskrivelse, noe som krever et tverrsektorielt samarbeid.

I Skjellviks (2002) prosjekt fremmes også viktigheten av at arbeid reduserer isolasjon og fremmer fellesskap og sosial støtte. Mange som er tilknyttet kafèen har vært innlagt i

spesialisthelsetjenesten over lengre tid, noen i flere år. Det betyr at mange også jobber i kafèen i flere år og derfor er sjansen stor for at de knytter seg til menneskene og omgivelsene der. Dette kan være positivt ved at de erfarer at de kan mestre å være en del av et arbeidsmiljø over tid. På den annen side kan det også være vanskelig for mange å komme seg videre, da de helst ønsker å fortsette i kafèen. Dette er en utfordring terapeutene må være seg bevisste og forberede medarbeiderne på at kafèen er et midlertidig arbeidstreningssted, men at de vil få hjelp og støtte av et tverrfaglig team til å finne en jobb eller andre aktiviteter etter utskrivelse.

Et annet aspekt er at en meningsfull arbeidssituasjon ikke nødvendigvis må være ordinært arbeid. Informanter i prosjektet til Argentzell et al. (2012) hadde erfaring med å erstatte arbeid med andre aktiviteter som ble ansett som produktive og akseptert i samfunnet. En informant mente at et arbeidsrettet dagsenter hadde gitt henne tilbake det hun hadde mistet, ved at hun hadde noe å gjøre og at hun kom seg ut, og hun opplevde det som positivt og mindre stressende enn å være i det ordinære arbeidslivet. Kafèen som arbeidstreningssted er som sagt tilrettelagt som et lavterskeltilbud og er ikke et ordinært arbeidstreningssted, men målet er å tilnærme seg det ordinære arbeidslivet så mye som mulig, for å øke overførbarheten og å romme flest mulig. Et lavterskeltilbud kan være en viktig start på *recovery*, i følge Norvoll (2011), og kan fungere som et springbrett videre i arbeidslivet eller mot andre aktiviteter. Mange som er innlagt i spesialisthelsetjenesten er nettopp det fordi de er i en dårligere fungerende fase i livet. Lavterskeltilbud som kafèen gjør det mulig å få prøve seg frem gradvis og etter hvert, når man er klart, å kunne øke arbeidsmengden og vanskelighetsgrad. På den annen side må det tas hensyn til at ikke alle ønsker å arbeide, men heller finner det helsefremmende å delta i andre meningsfulle aktiviteter. Informantene i vårt studie understreket at det meningsfulle ved arbeidet i kafèen ble styrket ved å ha et godt sosialt arbeidsmiljø. Forskning viser at det ofte er det sosiale nettverket som er avgjørende for bedringsprosessene og i den sammenheng kan arbeidet i seg selv være en mindre betydningsfull faktor (Borg & Kristiansen, 2008).

Uansett har alle mennesker behov og rett til å være i aktivitet, hvor man utvikler seg i en gjensidig påvirkning med omgivelsene (Creek & Lougher, 2008). Dette gjelder alle

mennesker i samfunnet, uavhengig om man lider av en psykisk lidelse eller ikke. Menneskerettighetserklæringen er tydelig og er en rettesnor for alt folkehelsearbeid i fremtiden:

”Everyone has the right to work, to free choice of employment, to just and favorable conditions of work and to protection against unemployment.”

(The Universal Declaration of Human Rights, 2012).

6.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER

Arbeid er ifølge forskning helsefremmende og kan være en viktig del av bedringsprosessene for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Utfordringene med et inkluderende arbeidsliv er mange, både på det strukturelle nivå og i forhold til individuelle faktorer.

Dette studiet har undersøkt hvordan mennesker med alvorlig psykiske lidelser opplever arbeidstrening som helsefremmende under innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Informantene fremhevet tre hovedtema som viktige erfaringer ved arbeidstrening: det meningsfulle ved arbeidstrening, opplevelsen av å håndtere arbeid og hvordan arbeidstrening påvirker hverdagen.

Resultatene fra dette studiet indikerer at arbeidstrening under innleggelse i spesialisthelsetjenesten virker å være et helsefremmende bidrag i et helhetlig behandlingstilbud for mennesker med alvorlig psykiske lidelser. Ved å styrke ressursene og tilrettelegge for opplevelse av sammenheng virker det som informantene fikk troen på at de også kan mestre å være en del av et arbeidsmiljø i fremtiden. Sosial støtte og et godt arbeidsmiljø var også viktige elementer for å håndtere arbeidssituasjonen. For å fremme deltagelse blant denne gruppen kreves det at folkehelsearbeidet har et godt tverrsektorelt samarbeid.

Videre og mer langsiktige studier bør gjennomføres for å finne ut om arbeidstreningen på sykehus er overførbar til det ordinære arbeidsliv. I tillegg kan det virke som at det terapeutiske preget kaféen har kan være en av grunnene til at mange opplever en velfungerende arbeidssituasjon. Dette kan være med å skape et gap mellom arbeidstrening og det ordinære arbeidslivet og bør studeres videre. Effekten av arbeidstreningen ble heller ikke målt ved bruk av standardiserte redskap som for eksempel måler *Selvrapportert livskvalitet*, noe som bør gjøres i fremtidige forskningsprosjekt.

KILDEHENVISNING

Antonovsky, A. (1987/2000): *Helbredets mysterium*. Kap. 1. På vej mod et nyt syn på helbred og sygdom. S. 19-32 og 66. København: Hans Reitzels Forlag. 14 sider.

Antonovsky, A. (1996) *The Salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Hentet fra: <http://heatpro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/1/11>

Argentzell, E., Håkansson, C. & Eklund, M. (2012): *Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 19: 49-58.

Bejerholm, U. & Eklund, M. (2007): *Occupational engagement in persons with schizophrenia: relationships to self-related variables, psychopathology and quality of life*. American Journal of Occupational Therapy 61.

Borg, M. & Davidson, L. (2007): *The nature of recovery as lived in everyday experience*. Journal of Mental Health.

Borg, M. & Kristiansen, K. (2008): *Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway*. Disability & Society. Vol 23, No. 5, August 2008, 511-523.

Borg, M. & Topor (2007): *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo, Kommuneforlaget.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Busschbach, J. V., White, S. & Wiersma, D., (2007): *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial*. Lancet 2007; 370: 1146–52.

Christiansen, C.H. & Townsend, E. A. (2011): *Introduction to occupation - the art and science of living*. Upper Saddle River, N. J.: Pearson.

Creek, J. & Lougher, L. (2008): *Occupational Therapy and Mental Health*. Churchill Livingstone Elsevier.

Csikszentmihalyi, M. & Le Fevre, J. (1989): *Optimal experience in work and leisure*. Journal of Personality and Social Psychology.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991): *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Duncan, E. A. S. (2006): *Foundations for practice in occupational therapy*. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Folkehelseloven (2011): *Lov om folkehelsearbeid 2010-2011 (Folkehelseloven)*. Prop. 90 L. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet.

Giorgi, A. (1996): *Phenomenology and psychological research*. 7th ed. Duquesne University press Pittsburg, PA.

Helsedirektoratet (2010): *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. (IS-1846/2010).

Helseforskningsloven (2008): *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)* Hentet ned 16.09.2012 fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20080620-044.html>

Hjort, P.F. (1982): *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. Oslo: Tanum-Norli. S. 11-30.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (4. utgave). Oslo: Abstrakt forlag AS.

- Karasek, R. & Theorell, T. (1990): *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademiske.
- Malt, U. F., Andreassen, O. A, Melle, I. & Årslund, D. (2012): *Lærebok i psykiatri*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning -en innføring* (3.utgave). Oslo:Universitetsforlaget AS.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K. & Mathiesen, K.S. (2009): *Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra 23.10.12: <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009): *Foundations for Health Promotion*. Third Edition. Bailliere Tindall.
- Nasjonalt strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012): *Nasjonalt strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse og omsorgsdepartementet.
- Norvoll, R. (2011): *Jeg vil ikke stå utenfor- Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne*. Arbeidsforskningsinstituttet 2011:10.
- Nyboe, L. & Hvalsøe, B. (2009): *Lærebok i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. Danmark: Munksgaard.
- Postholm, MB. (2010): *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2. utg. Universitetsforlaget.

Skjellvik, M. (2002): *Arbeid og livskvalitet: hvilken sammenheng er det mellom arbeid og livskvalitet for mennesker som har alvorlige psykiske lidelser?* Oslo, Universitetet i Oslo.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010): *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Gyldendal Akademisk.

Statistisk sentralbyrå (2012): *Arbeid*. Hentet fra: <http://www.ssb.no/emner/06/arbeid/>

Statsbudsjettet (2012): *Finansdepartementet. Statsbudsjettet 2013*. Hentet fra <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2013/Satsinger/?pid=60788#hopp>

St.meld.nr. 47 (2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet.

Sumsion, T. (2006): *Client-Centred Practice in Occupational Therapy. A Guide to Implementation*. Second edition. Elsevier Ltd.

The Universal Declaration of Human Rights (2012). Hentet den 01.11.12 fra: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>

WHO (1948): *WHO definition on health*. Hentet fra: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (29.03.13)

Vedlegg 1. Informasjon og forespørsel om deltakelse i prosjektet

Informasjon og forespørsel om deltakelse i prosjektet

Informasjon og forespørsel om deltakelse i prosjektet: Arbeid og psykisk helse. Mitt navn er Cecilia Celo og jeg er masterstudent i Folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap på Ås. Jeg er prosjektansvarlig for dette prosjektet og skal sørge for at forskningen utføres etter de forskningsetiske retningslinjene og gjeldene lover og regler.

Hensikten med studiet

Formålet med prosjektet er å undersøke opplevelsen av hvordan arbeidstrening påvirker den psykiske helsen. Dette kan tilføre viktig kunnskap om hvilke faktorer som kan være virksomme i behandling av mennesker med psykiske lidelser og hva som er viktig for enkeltindivider. Dette vil jeg undersøke ved intervju, som tas opp på lydbånd da det gjør det lettere å få samlet inn mer nøyaktig informasjon.

Hvorfor du blir forespurt

Da du har erfaring med arbeidstrening i spesialisthelsetjenesten ønsker jeg å få et innblikk i dine erfaringer med tilbudet.

Du bestemmer selv

Det er frivillig å delta i intervjuet. Du trenger ikke å oppgi grunner til at du ikke vil delta og det får ingen konsekvenser for deg. Hvis du underveis ikke ønsker å delta allikevel, kan du når som helst trekke ditt samtykke.

Konsekvenser for deg

Hvis du sier ja til å delta i studien vil du delta i et intervju som varer i ca. en time, hvor jeg vil utføre intervjuet. Informasjonen vil bli brukt til å skrive en masteroppgave basert på flere intervjuer om informantens opplevelse av arbeidstrening i spesialisthelsetjenesten. Din deltakelse medfører overhodet ingen risiko for deg.

Ivaretagelse av den informasjon du gir

Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen personopplysninger blir innhentet i dette prosjektet. Prosjektansvarlig har ansvar for at ingen opplysninger kan knyttes til deg underveis eller i ettertid. Lydopptaket vil bli slettet så fort transkriberingene er gjennomført og analysert, innen 15. mai 2013.

Godkjenning av prosjektet

Prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), Sør-Øst, og Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. De har ingen innvendinger mot at det gjennomføres.

Publisering

Det endelige resultat av prosjektet vil bli publisert i en masteroppgave, i form av en artikkel. Jeg har som mål å få publisert artikkelen i et internasjonalt tidsskrift. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg da vi ikke benytter noen form for personopplysninger.

Prosjektansvarlig

Hvis du har spørsmål om studien kan du kontakte prosjektansvarlig Cecilia Celo, masterstudent ved Universitetet for Miljø- og Biovitenskap, (tlf: 22 92 35 69/98 61 21 55), hovedveileder Grete Grindal Patil, ved UMB (tlf:) eller biveileder Grete Alve, førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo (tlf:)

Vedlegg 2. Samtykkeerklæring for prosjektdeltaker i studien

Samtykkeerklæring for prosjektdeltaker i studien

Samtykkeerklæring for prosjektdeltaker i studien: Arbeid og psykisk helse.

Deltagelse i prosjektet Arbeid og psykisk helse er frivillig og basert på informert samtykke. Hvis du ønsker mer informasjon om prosjektet enn det som allerede er gitt har du full anledning til å be om det. Da kontakter du Cecilia Celo som er prosjektansvarlig. Har du fått den informasjon du synes er nødvendig og ønsker å delta i prosjektet må du signere denne samtykkeerklæringen.

*Jeg, _____ (navn med blokkbokstaver),
har innhentet den informasjon jeg har hatt behov for, og er villig til å delta i prosjektet.*

*Signatur: _____ Dato: _____
(prosjektdeltakers signatur)*

Vedlegg 3. Intervjuguide

Intervjuguide

Arbeid og psykisk helse – hvordan opplever mennesker med alvorlig psykiske lidelse arbeidstrening som helsefremmende aktivitet under innleggelse i spesialisthelsetjenesten?

I. Bakgrunnsinformasjon

- Kjønn?
- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du vært innlagt i spesialisthelsetjenesten?
- Hvilke erfaringer har du med arbeid fra tidligere?
- Hvilke aktiviteter deltar du i nå?

II. Hvordan opplever du at arbeidstreningen påvirker din psykiske helse?

- Hva er god psykisk helse for deg?
- Hvordan trives du på arbeidstreningsstedet?
- Merker du noen forskjell på din psykiske helse før og etter en arbeidsdag?
(Utdyp)

III. Hvordan opplever du arbeidsoppgavene dine?

- Hvilke arbeidsoppgaver har du?
- Hvilke arbeidsoppgaver synes du det er meningsfullt å utføre?
- Opplever du at informasjonen du får om arbeidsoppgavene dine er tydelige? Utdyp.
- Opplever du at arbeidsoppgavene dine er forutsigbare?
Utdyp.
- Hvordan opplever du at du mestrer arbeidsoppgavene dine?
- Hvis ikke, hvordan kan arbeidstreningsstedet tilrettelegge for mer mestring?
- Hvor vanskelig synes du arbeidsoppgavene er: altfor lette, passe lette/vanskelig eller altfor vanskelige?
- Hvordan opplever du at du kan påvirke dine arbeidsoppgaver?

IV. Ønsker du å jobbe etter utskrivelse?

V. Har du noe å tilføye?

Experiences of how vocational rehabilitation can be health promoting for inpatients in a psychiatric ward

Cecilia Celo

Health UMB, Norwegian University of Life Science, Ås, Norway

Grete Alve

Oslo and Akershus University College, Oslo, Norway

Correspondence: Cecilia Celo, Norwegian University of Life Science, Ås, Norway.

E-mail: betasuppe@hotmail.com

Abstract

Introduction: This master study investigates the health promoting aspect of vocational rehabilitation during hospitalization, experiences by people with severe mental illness.

Method: A qualitative phenomenological design was used and six semi-structured interviews were conducted in a psychiatric hospital in Norway. The six participants have been working in a café, which is a vocational practice place for inpatients, for at least one month prior to the interviews. The interviews aimed to explore the participant's experiences working in the café.

Findings: Three main themes emerged: the meaningfulness of work practice, experiences of managing occupations and how work experience improves everyday life.

Conclusion: Vocational rehabilitation during hospitalization seems to be a positive contribution to a holistic treatment for inpatients with severe mental illness, especially for those who are hospitalized for a longer period of time. The salutogenic aspect is strengthening the person's resources along with giving hope to handle everyday life, both during and after hospitalization. Sense of coherence is essential to find life meaningful, comprehensible and to manage occupations along with severe mental illness. Social support and an emphatic work environment seem crucial to succeed with vocational rehabilitation.

Key words: vocational training, severe mental illness, occupations, sense of coherence.

Introduction

Many people suffering from severe mental illness have difficulties being employed and keeping a job, and many don't have faith in their own work capacity (Rambøl 2009). Statistics suggest unemployment in Norway among this group to be 13,5% and internationally labor participation among the same group is as low as between 11 and 37% (Mykletun et al 2009).

An important focus for occupational therapy and health promotion is the "Occupational behavior frame of reference". Human beings develop through what they do and that the environment both affects and can be affected is the basic assumption (Creek and Lougher 2009). Everyone has their own unique performance and experience of occupations, and they have the right to and want to be active (Duncan 2006). Occupation also has a political dimension where society affects what is viewed as useful and accepted and which occupations are available to whom. Inpatients hospitalized for a longer time often experience occupational disruption (Creek and Lougher 2009).

Antonovsky (1996) is one of the important contributors to how we view health promotion. With his salutogenic theory he wanted to turn our views on health from what causes and how to treat diseases, to how a person can be moved toward greater health. Sense of coherence (SOC) is an important perspective in health promotion. A person with a strong SOC holds three aspects. One is comprehensibility, which is the belief that things are predictable and having a sense of understanding events in life. Manageability means believing you have the ability, support and resources necessary to take care of things and you are in control of your life. The last, and according to Antonovsky (1996), the most important aspect is meaningfulness, which means you believe that something is interesting and a source to satisfaction, and there is a good reason to take care about what happens. The SOC develops through life experiences and it's not easy to change this over night, but engaging in social relations and activity may be preventative, add strength and some times create an opportunity for a life-change (Antonovsky 1996). Vocational rehabilitation can be such an arena.

A study conducted in Sweden found at least two important factors that can be important to improve mental illness. The first is that the person gains influence on his or her own rehabilitation process. The other was the importance of the person being able to

avoid isolation and to maintain social relations, which is a known difficulty for many people with severe mental illness (Topor 2001).

A study conducted by Bejerholm and Eklund (2007) indicates that employment reduce isolation, leisure gets a new dimension and social support being important elements. Further the survey suggested that people suffering from schizophrenia disorder, having a high level of everyday activity, reported for example work contributing to better controlling symptoms associated with psychotic disorders, like hearing voices and feeling of isolation. They also scored higher on self-reported quality of life than participants with a more passive lifestyle (Bejerholm and Eklund 2007). Another study by Borg and Kristiansen (2008) revealed that work is an important part of the recovery process for people with severe mental illness and four key factors were identified. The first was developing through an active work role, which is supported by “The model of human occupation” that emphasizes that people develop their role in society by interacting and to engage in activities (Kielhofner 2008). Secondly, belonging to a social work environment was essential. Another factor was having a balance between work and leisure and the fourth having faith in themselves supported by a good and sympathetic work environment (Borg and Kristiansen 2008).

Additionally, research emphasizes people suffering from schizophrenia can have cognitive difficulties transferring practical knowledge from one working arena to another, so work training should be received in a place with long-term intentions and preferably a ordinary work arena (Malt et al 2012). Another study by Norvoll (2011) takes into account the personal differences and that a low threshold organized work training can be important in the beginning of a rehabilitation process and be a stepping stone to further work. In spite of someone having high degree of symptoms makes it possible to try out and gradually increase the amount of work and the difficulty.

Because of the fact that inpatients are hospitalized for a shorter time today, mental hospitals in Norway prioritized occupational therapy in specialist health, mainly because of a coordination reform stating that most treatment should take place close to where people live (Ministry of health and care service 2009). The problem is that reality is a different story for many people with severe mental illness who can be hospitalized for a much longer time than others.

The aim of this study was to examine the health promoting aspect of vocational rehabilitation, experienced by inpatients with severe mental illness in a psychiatric hospital setting. The study questions were:

- How does the vocational training affect the mental health among hospitalized patients with severe mental illness?
- In what way does vocational training in a psychiatric hospital setting affect everyday life?

Method

The study had a qualitative phenomenological design where the goal is to explore the human experience of a phenomenon, in this case how work practice influences mental health and the health promoting aspect (Johannessen, Tufte and Christoffersen 2010).

The study was performed in a psychiatric hospital in a city of the southern parts of Norway. The department provides service to people who have enduring mental health problems; mainly psychotic disorders and many of them are not voluntarily admitted to the hospital. The most frequent diagnosis is schizophrenia, but the client group also included people with paranoid psychosis, major depression and bipolar disorders. The setting is a low threshold café where the inpatients have the opportunity to get vocational training. The basic idea is that they will learn the necessary tasks and cooperate together running the café, supervised by three occupational therapists.

The interviews were semi structured with an interview guide and a timeframe of about an hour, to give each of the participants the chance to elaborate and for the interviewer to have sufficient time to listen. The interviews were conducted in the café since that was considered as a familiar and safe environment, inviting the participants to express their views and opinions (Kvale and Brinkmann 2009).

Recruitment and data collection

All the patients working in the café at the time were considered as potential participants in the study. Since this was part of a master degree with limited time, the authors decided

the maximum amount of participants to be six persons, with at least one month of work practice in the café. Since there were only men working in the café at the time, there are only men included in the survey, with an age width from 20 to 50 years. The author working in the café recruited participants and conducted the interviews. All six participants were well informed of the study aims, design, benefits and risks of participation and the possibility of any time withdraw from the program (Kvale and Brinkmann 2009).

Data analysis

All the six interviews were transcribed verbatim from the digital recordings by the author performing the interviews, supervised by the other author, which has been more objective since she's not familiar with the café. The first author was well aware of her presupposition and how this can affect the analysis (Kvale and Brinkmann 2009).

The phenomenological analyses by Giorgi (1996) were conducted in four stages. First it had to be descriptive to avoid premature analytic or explanatory constructs and to get an impression of what the texts is about. Secondly, meaningful topics had to be identified and presented as precisely and close to reality as possible. The third characteristic was the condensation of the meaningful topics in order to find the essences of the data. The fourth, and last stage, is intentionality, to summarize and retell in an understandable and relevant way.

Ethical considerations

The study is reported to the Norwegian Social Science Data Services (NSD). Additionally, The Norwegian Regional Ethics Committee for Medical and Healthcare Research was consulted and confirmed that formal ethical approval was not required for the study. However, ethical principles were followed and informed consent to participate was obtained from each of the participants. Two other therapists were also consulted in terms of selection. The name and location of the hospital, names or age of the participants is not mentioned in the master to ensure anonymity.

Findings

The themes, sub themes and categories from the interviews are provided in Table 1. The three themes were the meaningfulness of work practice, experiences managing occupations and how vocational training improves everyday life.

(INSERT TABLE 1 HERE)

The meaningfulness of work practice

The participants emphasized the importance of the occupations being meaningful. Some tasks in the café were experienced as more fun or more boring depending on how useful they were perceived. Many found routine work, like cleaning tables and so, boring. By doing mostly fun tasks one participant found the days more fulfilling. Another participant stated the importance of learning to see what was needed of him without being told by someone else and the usefulness of doing different tasks to have a complete understanding of how a café works:

“After a while I got used to see what was needed of me and it even got more fun when I put my effort in it. This has been very useful for my job today and now I am the one teaching others to see what they have to do.”

“There are some tasks, like cleaning the smoking area, I don’t like because I find it degrading even though I smoke my self. It’s not my style.”

One of the participants expressed the need for tasks to be as similar to ordinary work as possible in order to make it meaningful. He found for example cooking and serving the customers more challenging than going to the store buying groceries, which is one of the tasks they could participate in. Other participants have engaged in similar skills like cooking and serving customers previously and it has clearly been an advantage:

“It’s easier, it feels safer and you are more confident that you do it right. (...) I have learned several skills in the café and I see the kitchen working in the same way, as I am used to. It all makes sense to me.”

All the participants stressed the importance of getting positive feedback in order to feel more confident and motivated to perform the tasks:

“I find it meaningful to cook. (...) I was very excited when I made the spring rolls and the customers told me it tasted very good!”

Another important part of meaningfulness of vocational training is the feeling of contributing. Being able to give something to others was important for several of the participants, and stated further it’s also a way to get something back, like confidence and positive experiences. When you are an inpatient you often have a role as a receiver:

“I think work makes you content in the way that you have done something constructive and useful. You use yourself, handle things and have a good time.”

The experience of managing occupations

To understand and manage occupation were important for several participants. When they first started working in the café, most of them found it was an excessive amount of new skills to learn and they needed guidance from the occupational therapists. All of them felt they got sufficient information about the tasks from the beginning, and if the participants didn’t understand them there was a common impression that they could easily get support by the occupational therapists. They found the recipes understandable and easy to read. After a while most of them felt they could work more independent and that working had a positive effect on their mental health. However, one man found it important to be mentally ready, which had something to do with being somewhat more stable than many are in the very beginning of hospitalization:

“It was when I started to work things started to happen. It was like I woke up and wanted to participate in as much as possible. I read in my journal later that it was then I improved my self.”

The café structure was comprehensible and systematic for most of the participants and all of them had an adequate understanding of the information that was presented:

“We have these lists with different tasks that needs to be done. I miss those kinds of lists in my present occupation. It’s a good way to remember all my daily routines. Its like a checklist.”

Further more predictability was important to some of the participants. Most of them found they knew what to do before they came to work, but some pointed out the fact that the service industry can be unpredictable some times, because you can meet difficult and demanding customers. Another important part of being a co-worker was the ability to influence:

“I feel I have influence at work in the way that we can choose what we want to make and we can bring new recipes.”

Most of the participants` stressed that working in the café gave them some time to think about something else, being occupied with something concrete like cooking for example or to associate with others. By engaging in tasks it was easier to get a break from everything that was going on in their lives. Many also emphasized that a safe work environment was important, and the fact that they felt the occupational therapists were used to work with people also made them feel safe:

“I don’t think so much when I work as I do otherwise. Here I get the difficult thoughts on a distance. (...) It can solve some of your problems, you will get less anxiety and a better health. (...) It’s easy to feel safe being in a pleasant environment”

Further more one man told about difficulties handling knives in the beginning, because of an accident he had earlier. After a short while working in the café he got used to handle it and began seeing the knife as an ordinary cooking utensil. By working he got his mind away from the accident:

“While we were talking and cooking in the kitchen I forgot I was afraid of knives.”

The support by others is another important factor handling tasks, both by co-workers and the occupational therapists. Several stressed the fact that cooking can be difficult if you don't have any experience in the field, but it is manageable if you know what to do. Others stated:

“I think the tasks in the café have just the right amount of challenge and most people can handle them.”

Some said they experience the occupational therapists to be empathic and easy to cooperate with. Many found it easier to learn new things by doing it together with someone who could help them to structure their work, which gave them more confidence:

“How I handle my tasks have a lot to do with the cohesion and cooperation with my colleagues. I feel a necessity to have someone to ask if I am stuck.”

Work experience improving everyday life

The participants all agreed that the vocational training in the café improved their everyday life activities and gave them a structure of the day:

“It does something with your routines when you have something to do: the week goes faster, it's more meaningful and it's easier to get up in the morning, dreaming a little bit of your future.”

Many of the informants have been inpatients for several years and been partly isolated from everyday life meeting strangers and busy surroundings. The café is a lunch

place for inpatients, therapist and other people passing by. In that way the inpatients got to practice meeting different and new people already while they were hospitalized:

“I experienced my social skills improving after I started to work in the café. Before I fell out of conversations, now I can concentrate much better. (...) I think I improved because of the overall treatment with working in the café, exercise and conversations with my therapist.”

Further more, all of the participants emphasized the importance of having something to do while they were hospitalized in order to feel more normal again:

“When you are hospitalized, as I have been for a long time, you automatically get more passive. The only thing you do is to eat and watch TV. Its like a vicious circle were you cannot bear to do anything.”

Most of them also saw the work practice as a stepping-stone where they have acquired more knowledge and improving the possibilities to integrate back to society:

“It has been useful to learn how the service industry works. Just to learn how to work a coffee machine is an important skill further on. (...) I think I got the job in the hotel because of my work experience in the café.”

The experience of managing work made them more satisfied with themselves and had strengthened their believes that they can manage to work in the future and making a difference in their lives. Most of them didn't feel they will be able to work 100% in the near future, but some got more courage and hoped they would manage later in life. Much of this was also motivated by an economic matter:

“Work increases your standards of living, for example economic advantages, joy and a social arena.”

Discussion

Activity and health

The results of this study showed that vocational training during hospitalization is health promoting when it is meaningful and manageable, and it can even provide a better everyday life-structure. Inpatients often experience occupational disruption from their job or other meaningful activities (Christiansen and Townsend 2011). On the other hand many people with severe mental illness are unemployed and many don't engage in other meaningful activities either (Mykletun et al 2009). Being deprived from meaningful occupations seems to have a negative impact on mental health (Christiansen and Townsend 2011). According to the participants in this study, different factors must be considered for the vocational training to succeed.

In Antonovsky's (1996) theory of SOC meaningfulness is the most important source to change. The participants in this study also stressed the importance that occupations have to be meaningful, but their experiences varied. Some found different tasks so boring and meaningless that they didn't want to perform them at all, while others found meaning in boring tasks and after a while found it useful. One stated that it was important for him to learn to see what to do in a café setting because it was not obvious to him. Another one just wanted to perform activities he found similar to ordinary work. Meaningfulness seems to be connected with individual differences. The perception of meaningfulness in the café may be connected with understanding how to perform and manage tasks like for example cooking, serving and cleaning. On the other hand, understanding the purpose of the occupations seems to be another important aspect. Even though it doesn't necessarily makes it more meaningful, it seems important as an occupational therapist to address the purpose of the occupations and in addition clarifying that all tasks in a café are not funny, but necessary.

If a task was previously known it was clearly an advantage to make it easier, safer and giving confidence. However many participants had never engaged in cooking or serving customers before they started working in the café. In spite of that, they found the activities both meaningful and fun. Additionally, it seemed to awaken the desire to be more active, since most of them wanted to have similar work after hospitalization. This has also probably something to do with the work experience in the café that makes this

kind of activity more familiar. On the other hand many of the participants also wanted to engage in other types of activities and work after subscription from the hospital. Either way this is a positive outcome.

Many chose known recipes in the kitchen, but they could challenge themselves if they got support and positive feedback from the occupational therapist. Research adducted by Bejerholm and Eklund (2007) also found social support to be important for employment.

Most of the participants were very satisfied when they got compliments about something they had done well. This may be a reason why the patients got more confidence and challenged themselves in the café. Additionally this can contribute to a stronger SOC because the patients may feel more in control and satisfied. On the other hand the positive feedback also have to be constructive in order to promote development and a sincere relationship (Creek and Lougher 2009). However it can be challenging working in the service business where you can meet demanding customers. Then again, this can be a positive challenge in the way that the patients get relevant training for ordinary work situations.

Participation and being a contributor instead of the one receiving, was another important part of why the participants found the café as a meaningful place to work. Most of them were content with themselves after a day at work and felt like useful human beings and enjoyed themselves. These valuable experiences are an important part of the salutogenic perspective in health promotion and contribute to strengthen the persons resources (Antonovsky 1996). Earlier studies also found participation as an important aspect of the recovery process and self reported quality of life (Bejerholm and Eklund 2007). A study adducted by Borg and Kristiansen (2008) also showed that employment and engagement in occupations is an important part of the recovery process for people with severe mental illness. The participants in our study found the social work environment important and felt they learned and developed through engaging in the different tasks in the café. Both the social aspect and the specific tasks seemed crucial for them in order to experience meaningfulness. On the other hand the social environment in the café itself seems so important that the participants might have had the same

perception of meaning if the café was only a social arena and not providing vocational training.

Managing occupations

The understanding and the ability to manage the work in the café were important to most of the participants. They found it was a lot of new skills to learn and the need of guidance was important, when they first started working. This correlates with SOC in the way that things have to be comprehensible and manageable (Antonovsky 1996). The participants were all satisfied with the training and the possibility to ask whenever needed. They had different opinions about the predictability of the job. Some said they knew how to perform the different cooking and serving tasks and in that way felt they could choose what to do when they arrived in the café. Others found it important to know what to do and decided in advance. This has probably something to do with individuality and how experienced they are with the tasks. On the other hand it can also be affected by environmental factors like the predictable café structure and the experience of feeling safe. Importantly, the participants had worked in the café for at least one month and knew the tasks and environment, so the results could be different with more inexperienced study contributors.

As according to earlier study conducted by Bejerholm and Eklund (2007), the participants emphasized the importance of being occupied to get their mind on something else than everyday concerns and symptoms associated with psychotic disorders. Some even said they got less anxiety by working. This is also supported by the basic outline of occupational therapy, where occupations with the right amount of challenge is health promoting (Creek and Lougher 2009). Additionally the demands of the task seem to be in balance with the informant's abilities that makes it more manageable. On the other hand it's important to balance the demands so the activity doesn't get so easy that it gets boring. The opposite will be to avoid the tasks being so difficult that the patients don't have the confidence to engage in them, which even can lead to anxiety.

Another important part of managing the tasks, additionally to have a safe and emphatic environment, was to cooperate with someone. Social support is according to several studies, an important factor to increase confidence, which again is crucial to

motivation (Bejerholm and Eklund 2007; Borg and Kristiansen 2008). Since the café has a low threshold structure the patients get a lot of support during the vocational training. On the other hand this amount of support may not reflect reality and the patients may experience a gap between the café in the hospital and a ordinary café downtown. Additionally research by Malt (2012) stresses the cognitive challenge for many people with severe mental illness, of transferring practical knowledge from one work arena to another. That's why they recommend vocational training in a long-term setting. The café is a place where the patients can work during hospitalization, so it varies how long the patients work here. Because of that the café might not represent the ideal long-term vocational training setting. On the other hand research adducted by Norvoll (2011) shows that these needs are individual and that a low threshold café like this can be important in the beginning of a rehabilitation process, like during hospitalization. In this point of view the café functions as a steppingstone to a more long-term work placement and maybe ordinary work for several of them. However the occupational therapists address this in the training and try to prepare the patients for ordinary work.

To be included and belonging

Many of the participants found the work experience helpful structuring everyday routines, like having something to motivate them to get up and using themselves in constructive activities. One especially stated that work affected his cognitive function and he now feels more concentrated in conversations. Another important part was the feeling of time passing by when they engaged in activity, since several experienced the hospitalization making them automatically more passive. According to a study by Topor (2001) an important factor to improvement was gaining influence on ones own rehabilitation process. By working in the café during hospitalization, the patients have the possibility to break the passive pattern by getting out of the ward and avoid isolation. One of the participants experienced that he wanted to participate more after he started to work. In addition the café is a place the inpatients meets people and get social practice, which several participants stated as important to them. In the café the workers get the chance to practice the meeting of strangers and being part of more busy surroundings. On the other hand the surroundings is different from the rest of the society since the café is placed in a

hospital setting. Many of the customers are therapists and it is a possibility that they are more therapeutic than other customers would be. Though the participants found the social setting as a positive challenge, one stated the importance of being mentally ready, which of course has to be considered individually. On the other hand, with enough support by the occupational therapist it seems like many can manage more demanding activities and in that way be motivated to challenge themselves earlier in the course of treatment.

Feeling normal again, was very important to most of the participants. Work practice gave them a chance to get useful experiences, both being able to cook for themselves and the fact that they have learned tasks useful for later work. This gives them a chance to be more prepared to get back to society. On the other hand, as mentioned earlier, the hospital setting of the café may lead to difficulties reflecting the rest of the society. The fact that the café has a low threshold structure and that three occupational therapists facilitate the activities and the environment may be an important factor why the patients manage and find the work environment meaningful. Maybe the activities themselves are not important for the patients to experience SOC, but the environment being a crucial part of it. The question is how transferable the vocational practice in the hospital setting is to another vocational rehabilitation setting or ordinary work. However it seems essential to have a gradual transition after a long time of hospitalization. Vocational training during hospitalization seems to give the inpatients a better chance to manage everyday life by having useful experiences of practical and social occupations, and at the same time, strengthen their resources towards greater health.

Study limitations

The results from a qualitative study rely on the sufficient and appropriate sample of participants. Since this study was part of a master degree there were limited time and resources. That's why it conducts a small number of participants, and only men, since there were only men working in the café at the time.

The author performing the interviews also works as a occupational therapist in the café, which may be a validity problem in the way that the participants is loyal and gives the answers they think the interviewer wants. Another challenge is to balance the role as a researcher and therapist and to avoid a “therapeutic session” in order not to influence the

answers. However, because of this all the participants were asked how they found the interview situation, and most of them even said it was easier to be honest because they felt safe.

Most important the researcher had to make sure that all the participants volunteered, not only because they felt they had to. Although, there is a chance that someone still didn't feel they could be honest and say no to participate.

The analysis in interview studies is a time-consuming process, where each step could have an impact on the validity of the findings. Transforming oral speech to written text is complex. Although, the content of the interviews was captured accurately, it was semi-structured interviews and may have been influenced by the interview guide and the interviewer. Some participants may have omitted relevant and important information, even though they were invited to speak open about their experiences.

In the translation of the interviews from Norwegian into English, some information may have been lost or, to some degree, distorted. However, one English and one Norwegian speaking person has read through the research to verify the translation of the findings.

Further studies about vocational training in hospital settings should be conducted over a longer period of time, with samples from a larger group of participants, included women.

Conclusion

Health promoting experiences of vocational training during hospitalization were explored interviewing six inpatients in a psychiatric hospital in Norway. The findings in this study indicates that vocational training can be a positive contribution to a holistic treatment for inpatients with severe mental illness, especially for those who are hospitalized for a longer period of time.

With the use of the salutogenic perspective it looks like it's strengthening the persons resources a long with giving a hope to handle everyday life, both during and after hospitalization. Sense of coherence is essential to find life meaningful, comprehensible and to manage occupations, together with a severe mental illness. Social support and an emphatic work environment are crucial to succeed with vocational rehabilitation. Maybe

rehabilitation that includes these aspects can contribute to increase the employment among people with severe mental illness, giving them faith in their own work capacity.

What this study doesn't show is if the patients experience manageability because the activities are meaningful themselves or because the environment is facilitated by occupational therapists. However, further studies with more measurable effects of vocational training during hospitalization and the transferable aspect are recommended, along with a larger number of participants.

Key findings

- Vocational training during hospitalization is experienced as giving meaning to patients every day.
- To manage occupations along with a mental illness is health promoting.
- Work experience improves everyday life.

What the study has added

The study has added knowledge of how inpatients in a psychiatric hospital experience vocational training in a café as health promoting. It indicates that it's important for inpatients to participate in meaningful occupations which enable them to manage and participate in their own rehabilitation process.

References

Antonovsky A (1996) The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. Available at: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/11.full.pdf+html> Accessed 13.05.13. World Wide Web.

Bejerholm U, Eklund M (2007) Occupational engagement in persons with schizophrenia. Relationships to self-related variables, psychopathology and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 61 (1), 21-32.

Borg M, Kristiansen K (2008) Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability and Society*, 23(5), 511-523.

Christiansen CH, Townsend EA (2011) *Introduction to occupation - the art and science of living*. Upper Saddle River, N. J.: Pearson.

Creek J, Lougher L (2009) *Occupational therapy and mental health*. Churchill Livingstone Elsevier.

Duncan EAS (2006) *Foundations for practice in occupational therapy*. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Giorgi A (1996) *Phenomenology and psychological research*. 7th ed. Duquesne University press Pittsburg, PA.

Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kielhofner G (2008) *Model of Human Occupation. Theory and application*. Lippincott Williams and Wilkins.

Kvale S, Brinkmann S (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademiske.

Malt UF, Andreassen OA, Melle I, Årslund D (2012) *Lærebok I psykiatri*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademiske.

Ministry of health and care services (2009) *The coordination Reform. Proper treatment - at the right place and right time*. Available at:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om->

samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137 Accessed 24.03.13. World Wide Web.

Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS (2009) Rapport 2009:8 Psykiske lidelser I Norge: Et folkehelseperspektiv. Folkehelseinstituttet. Available at: <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf> 24.03.13. World Wide Web.

Norvoll R (2011) Jeg vil ikke stå utenfor – Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne. Arbeidsforskninginstituttet.

Rambøl MC (2009) Undersøkelse om arbeid og psykisk helse. For Mental helse og NAV

Topor A (2001) Återhämtning från svåra psykiska störningar. Stockholm. Natur och Kultur.

Tables

Table 1. Themes, sub themes and categories from the interviews		
Meaningfulness	Manageability	Work experience
<i>Feelings about the tasks</i>	<i>Get your mind on something else</i>	<i>Everyday routines</i>
Fun or boring	Troubled thoughts	Getting up
Making sense		Activity
<i>Positive feedback</i>	<i>Cooperation</i>	<i>Meeting people</i>
From customers	Social support	Social practice
From the therapists		
<i>Participation</i>	<i>Predictability</i>	<i>Back to work/society</i>
Contributing	To know what to do	Useful experiences
	Influence	Feeling normal
	<i>Comprehensibility</i>	
	Information about the tasks	

Appendix

Appendix 1: Topic guide for the interviews with the participants

1. Background information
2. How does vocational training affecting your mental health?
3. How do you experience your tasks in the café?
4. Would you like to work after discharge from the hospital?
5. Do you have something you want to add about this subject?