



Bachelorgradsoppgave

Tittel: Psykisk helse og arbeidsliv

Title: Mental health and work life

Undertittel: Depresjon og tilrettelegging i arbeidslivet

Subtitle: Depression and facilitating work life

Forfattere: Inger Karin Dullum og Hjørdis Fordal

VPL310

Bachelorgradsoppgave i vernepleie

Avdeling for helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



HINT

Sammendrag

Temaet for denne bachelor oppgaven er arbeidsliv og psykisk helse.

Hensikten med denne oppgaven var å se på hva vi som helse- og sosialarbeidere kan bidra med for at personer med depresjon skal greie å stå i, eller komme tilbake i arbeid, etter å ha falt helt eller delvis ut på grunn av sin psykiske helse.

Vår problemstilling ble som følgende: *«Hvordan kan vi som helse- og sosialarbeidere bidra slik at personer med depresjon kommer raskere tilbake til arbeid».*

Vi har brukt litteraturstudie og erfaringer fra praksis for å belyse vår problemstilling, hvor vi har sett på hva som kan være viktige faktorer som må ligge til grunn for at vi som vernepleiere skal kunne tilrettelegge slik at deprimerte klarer å stå i et arbeidsforhold.

Gjennom oppgaven har vi funnet ut at det å ha gode støttespillere rundt seg, samt å unngå full sykemelding, er viktige faktorer for at mennesker med depresjon ikke skal falle helt ut fra arbeidslivet.

Nøkkelord: arbeidsliv, funksjonshemming, depresjon, miljøarbeid, kommunikasjon, relasjon, motivasjon.

Innhold

1. INNLEDNING	1
1.1. Bakgrunn for valg av oppgave	2
1.2. Presentasjon av problemstilling	2
1.3. Oppgavens oppbygging og avgrensninger.	3
2. METODE	4
2.1. Metodevalg	4
2.1.1. Litteraturstudie.....	4
2.1.2. Empiri	5
2.2. Gjennomføring	5
2.2.1. Litteratur	5
2.2.2. Søkeprosessen	6
2.2.3. Empiri	8
2.2.4. Vår forforståelse	8
2.2.5. To forfattere	9
2.3. Metodekritikk.....	10
3. TEORI	11
3.1. Arbeidsliv	11
3.1.1. Politisk satsning på arbeid og psykisk helse:	11
3.2. Den skjulte funksjonshemningen	13
3.2.1. Den medisinske forståelsen	13
3.2.2. Den sosiale modellen	13

3.2.3.	Den relasjonelle forståelsen	14
3.3.	Depresjon	15
3.3.1.	Årsaker til depresjon	15
3.3.2.	Kjennetegn ved depresjon	16
3.3.3.	Grader av depresjon	17
3.3.4.	Konsekvenser ved depresjon	18
3.4.	Miljøarbeid.....	19
3.4.1.	Kommunikasjon og relasjon	20
3.4.2.	Motivasjon	22
3.4.3.	Vernepleierfaglig arbeidsmodell	23
4.	DRØFTING.....	25
4.1.	Det første møtet	25
4.2.	Veien tilbake til arbeid	27
5.	AVSLUTNING	32
	LITTERATUR	33
	Nettkilder.....	35
	Vedlegg	36

ANTALL ORD: 10 585

1. INNLEDNING

Psykiske lidelser koster det norske samfunnet mellom 60 til 70 milliarder i året (St.prp. nr. 1, 2009-10). I følge Holte (2012) i Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, koster psykiske lidelser mer enn noen annen sykdomsgruppe, og depresjon står for halvparten av kostnadene innenfor denne gruppen. For hver person som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser taper Norge 21 arbeidsår. Selv om vi ikke velger å ha et økonomisk perspektiv i vår oppgave, synes vi disse tallene er en god måte å illustrere hvor stor omfanget er, og hvorfor vi synes det er viktig å rette fokus mot dette temaet.

I dag ser vi at personer med psykiske lidelser får innvilget uførepensjon i tidligere alder enn personer med en somatisk sykdom, og vi vet at psykiske lidelser ikke alltid kan forebygges, men vi tenker at en del av konsekvensene av psykiske lidelser (som for eksempel arbeidsuførhet) kan forebygges i langt større grad enn pr. dags dato. (Mykletun og Knudsen, FHI-rapport 2009:8). Uten at vi går nærmere inn på det i oppgaven, ønsker vi likevel å nevne to av tiltakene for å øke inkludering i arbeidslivet, som ifølge Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016) kan være kurs i mestring av depresjon (KID-kurs) og prosjektet rask psykisk helsehjelp, som gjennom veiledet selvhjelp og kognitiv terapi har som mål å stryke arbeidsevnen og forhindre langtidsfravær.

Videre sier Mykletun og Knudsen at ca. 50 % av landets innbyggere vil oppleve å bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet, og ca. en tredjedel av oss i løpet av et år. I og med at det kan berøre så mange, vil vi med stor sannsynlighet møte brukere som har en psykisk lidelse og står i fare for eller har falt ut av arbeidslivet, og vi mener derfor at det er viktig å ha fokus på dette temaet.

Gjennom erfaringer vi har gjort i møte med brukere med ulike psykiske lidelser, opplever vi at det å kunne si at de har et arbeid å gå til betyr mye for selvfølelsen. For alle har det ikke vært like viktig om det har vært lønnet arbeid, men det å kunne gi et svar når de får spørsmålet «*hva gjør du / hvor jobber du?*». Ifølge Falkum i Rådet for psykisk helse (2013) spør man ikke lenger personer man møter om familie og slekt, slik man i større grad gjorde før. Nå spør man «*hva gjør du?*», og mener med det, «*hvem er du?*».

I vår bachelor oppgave har vi valgt å skrive om temaet arbeid og psykisk helse. Vi har valgt å ta utgangspunkt i mild til moderat depresjon som diagnose, og ønsker å se på hva vi kan bidra med for at mennesker med denne diagnosen unngår langvarig fravær fra arbeidslivet.

Vi har valgt å være to forfattere i denne bachelor oppgaven. Det har vi valgt fordi dette er et tema som begge er interessert i og som vi ønsker å få mer kunnskap om. I tillegg har vi med oss både like og ulike erfaringer som vi mener kan være med og styrke oppgaven gjennom at vi skriver sammen.

1.1. Bakgrunn for valg av oppgave

Vi har gjennom vår jobb blitt kjent med prosjektet Rask psykisk helsehjelp. Rask psykisk helsehjelp er et gratis lavterskeltilbud til personer med lette- til moderate angst- og depresjons-lidelser, som gir direkte hjelp uten henvisning fra lege. De benytter kunnskapsbaserte metoder, basert på veiledet selvhjelp og kognitiv terapi (helsedirektoratet.no).

Dette har bidratt til at vi har blitt mere bevisst på arbeidets betydning, og vekket vår interesse i forhold til hva vi som helse- og sosialarbeidere faglig sett kan bidra med, selv om vi ikke har en behandlerrolle. Vi mener dette kan øke vår faglige kompetanse, og at dette er viktig da vi som vernepleiere er de som har den «daglige» kontakten med brukerne.

1.2. Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan vi som helse- og sosialarbeidere bidra slik at personer med depresjon kommer raskere tilbake til arbeid?

1.3. Oppgavens oppbygging og avgrensninger.

Vi har valgt å ha fokus på depresjon som diagnose, men vi ser at oppgavens vinkling kan være relevant for ulike psykiske lidelser. På grunn av oppgavens omfang, og for at oppgaven ikke skal bli for generell mener vi at det ble en riktig avgrensning for oss.

Vi ønsker å trekke frem arbeidets betydning, og har derfor ikke hatt fokus på om det er lønnet arbeid eller ikke.

I kapittel 4, drøfting, har vi med utgangspunkt i teorien valgt å belyse aspekter vi mener er viktige i veien tilbake til arbeid. Det er mange faktorer som kan bidra til at en person som har en depresjon kommer raskere tilbake i arbeid, men på grunn av oppgavens omfang er det ikke mulig for oss å skulle ta for oss alt. Vi vil derfor ikke presentere det som en prosess hvor vi skriver at: først gjør vi slik, deretter slik osv., men vi har valgt å trekke frem enkelte viktighetsområder som vi mener kan være gjeldene i forhold til hva vi kan bidra med som helse- og sosialarbeidere.

I oppgaven har vi brukt ulike benevnelser som: bruker, person, den deprimerte.

I tillegg omtaler vi oss selv som: helse- og sosialarbeidere, vernepleiere, miljøarbeidere.

Dette for å få bedre flyt i oppgaven gjennom å unngå for mange gjentakelser.

2. METODE

Samfunnsvitenskapene har til hensikt å bidra med kunnskap om hvordan virkeligheten ser ut, og vi må da gå metodisk til verks. Å bruke en metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål Johannessen m.fl. (2010).

I følge Aubert (1985:196) kan metode forklares slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Vi har i vår oppgave valgt å benytte oss av litteraturstudie og empiri for å belyse vår problemstilling.

2.1. Metodevalg

Begrunnelsen for å velge en bestemt metode, er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Når vi valgte hvilke metoder vi ville benytte oss av, måtte vi veie mellom den ideelle framgangsmåten, og hva som var praktisk mulig å gjennomføre. Her kom etiske vurderinger inn, samt at vi måtte stille oss spørsmål om hvilke metoder vi behersker, og hva som ble tidsmessig realistisk for oss. (Dalland, 2012). Gjennom denne prosessen så vi at litteraturstudie og empiri ville være mest hensiktsmessig for vår oppgave.

2.1.1. Litteraturstudie

Med litteraturstudie mener Stene (2003) at man bruker eksisterende kunnskap ved å finne frem relevant litteratur og kilder for å belyse de problemstillinger man har. Videre sier han at litteratursøk og litteraturstudier innebærer og «ta en titt på» de arbeider som eksisterer innenfor det området man skal arbeide med. Det å gjennomføre et litteraturstudie har blant annet til hensikt å skaffe seg kunnskap og orientere seg innenfor valgt fagområde, både når det gjelder metode, empiri og teori (ibid).

2.1.2. Empiri

I følge Johannessen m.fl. (2010) kan empiri forstås som utsagn fra virkeligheten som har sitt grunnlag i erfaring, ikke i synsing.

Stene (2003) forklarer empiri som at man undersøker hvordan noe er i praksis, og at det man finner frem til blir kunnskapen om det aktuelle temaet / problemstillingen, hvor man hele tiden spør seg selv om data man har skaffet seg gjennom erfaring vil belyse den valgte problemstillingen. Dalland (2012) forklarer empiri så enkelt som: kunnskap bygd på erfaring.

2.2. Gjennomføring

I vårt arbeid med oppgaven har vi brukt faglitteratur, artikler, rapporter, brukerundersøkelse og empiri.

2.2.1. Litteratur

Vi har benyttet oss av fagbøker fra pensumliste, lånt relevante bøker av veileder og kollegaer, samt benyttet oss av biblioteket på HINT og Stjørdal folkebibliotek. Hovedsakelig har vi valgt å benytte oss av faglitteratur som er utgitt i løpet av de siste 10 årene, for at oppgavens innhold skal være mest mulig oppdatert.

Når vi har valgt ut fagbøker til bruk i oppgaven, har vi lagt vekt på at bøkene omhandler eller kan knyttes opp mot depresjon og/eller arbeidsliv, og hvordan vi kan bidra med tilrettelegging.

Vi ønsker å trekke frem boken «Se mulighetene» av Berge og Falkum (2013), da denne har vært sentral i vårt arbeid med oppgaven. Det er ei ny bok, som retter en del fokus mot depresjon, samt psykiske lidelsers innvirkning på arbeidsevnen og hvordan man kan styrke jobbmestring og redusere sykefravær.

I tillegg har vi benyttet boken til Eknes, «Depresjon og mani» (2006). Vi har valgt denne fordi vi synes det er ei bok som er god og lese, og som går mer i dybden på diagnosen depresjon i forhold til andre fagbøker vi har anskaffet oss som omhandler psykisk helse.

Vi har også benyttet oss av en del bøker vi har brukt gjennom studietiden, som vi mener er relevant for det vernepleierfaglige arbeid, satt opp mot vår problemstilling.

Vi har benyttet oss en del av Fellesorganisasjonen sitt hefte «*Om vernepleieryrket*», spesielt i kap. 3.4.3 hvor vi beskriver den vernepleierfaglige arbeidsmodellen. Enkelte vil nok hevde at dette ikke er en anerkjent kilde, men vi har valgt å benytte oss av den da vi har brukt den under hele studietiden, samt at vi mener at den gir den beste beskrivelsen av arbeidsmodellen.

Videre har vi også valgt å bruke nyere fagartikler, rapporter og undersøkelser som vi har funnet via internett, og tidsskrift fra norsk psykologiforening.

2.2.2. Søkeprosessen

I vårt arbeid startet vi med å få søkeveiledning på HINT Levanger og Stjørdal. Vi valgte å søke på Oria.no. Søkjetjenesten Oria er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved norske fag og forsknings bibliotek (bibsyst.no).

Tabellen nedenfor illustrerer søk vi har gjennomført.

	Hvor	Søkeord	Årstall	Resultat	Fagfelleverderte	Antall benyttet
Søk 1 20.08.14	Oria.no	depresjon* OR depression arbeidsliv* OR working life sykemeld* OR sick leave	2004- 2014	28	22	0
Søk 2 20.08.14	Oria.no	depression sick leave work	2009- 2014	188	141	0
Søk 3 20.08.14	Oria.no	depression motivation work	2004- 2014	251	204	0

Etter det første søket så vi at de fleste artiklene var på engelsk. Vi valgte å ikke bruke noen av disse da mange omhandlet depresjon som en følge av somatisk sykdom eller andre psykiske lidelser.

Vi foretok et nytt søk, hvor vi valgte å søke kun på engelsk. Her fant vi to artikler som vi mente var relevante for vår oppgave.

Nr.1: *Return to work after sick leave due to depression; A conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians.* G. de Vries m.fl. (2011)

Nr. 2: *Sick leave and depression- Determing factors and clinical effect in outpatient care.* I. Bermejo m.fl. (2010)

Deretter foretok vi et tredje søk, hvor vi fant en artikkel vi mente var relevant.

Nr.3: *Depression, regulatory focus, and motivation.* A. K. Miller og K. D. Markman (2007).

Vi innså etter hvert at det ble for krevende for oss å skulle lese engelske artikler. Dette både på grunn av tidspress og at språket i artiklene gjorde det vanskelig for oss å skulle oversette.

Vi har senere gjennomført en del u strategiske søk. Vi har søkt en del på google.no underveis, hvor vi deretter har etterprøvd resultatene. Dette har ført til at vi valgte å benytte informasjon fra sider som regjeringen.no, forskning.no, napha.no, idunn.no, som vi mener er godkjente nettkilder.

Vi har benyttet oss av ulike artikler og rapporter funnet på nett, men vi føler at det er en som har hatt stor betydning for vårt arbeid med oppgaven. Det er rapporten «*Ut i arbeidslivet på egne premisser*» av R. H. Jonassen og M. Borg (2013). Vi har valgt denne fordi vi mener den får frem brukerperspektivet på hva mennesker med psykiske lidelser ser på som virksomme strategier og relasjoner knyttet til det å komme seg ut i arbeid.

2.2.3. Empiri

Vi har begge valgt og ta høgskole utdanning i voksen alder. Vi ser på dette som en fordel da vi har mer livserfaring, samt at vi har jobbet innen helse før vi begynte på dette studiet. Vi har begge tidligere jobbet med mennesker som har en utviklingshemming. Vi mener at dette er erfaringer som vi kan trekke inn i oppgaven, da jobben blant annet omhandler planlegging/tilrettelegging, struktur og forutsigbarhet i hverdagen.

I dag jobber vi begge med å bistå mennesker med ulike psykiske lidelser, dette har bidratt til at vi har fått nye erfaringer.

Noe av det vi har erfart gjennom å jobbe med mennesker med psykiske lidelser i forhold til mennesker med utviklingshemming, er at selvfølelsen og selvbildet hos mange med psykiske lidelser virker mye lavere, samt at vi opplever at de er mer distansert i forhold til nærhet, noe som igjen kan føre til at det tar lengre tid å bygge en god relasjon.

2.2.4. Vår forforståelse

I følge Johannessen m.fl. (2010) vil alle mennesker møte verden med en forforståelse, hvor vi har kunnskaper og oppfatninger om virkeligheten, som vi ofte ubevisst bruker til å tolke det som skjer rundt oss. Tranøy i Dalland (2012) forklarer at forforståelse kan forstås som at vi allerede har gjort oss opp en mening om et fenomen før vi har undersøkt det. Sånn som det er umulig for oss å ikke ha gjort oss noen tanker rundt vårt tema på forhånd.

Den ene forfatteren hadde med seg en forståelse om at det er viktig at deprimerte mennesker kommer i kontakt i helsevesenet, da de innehar den beste kompetansen for å hjelpe de tilbake i arbeid.

Den andre forfatteren har en oppfattelse om at deprimerte kan ha godt å av være sykemeldt en periode, slik at vedkommende får ro, og nok tid til å «hente seg inn».

2.2.5. To forfattere

For en par år siden ble det slik at vi jobbet på samme arbeidsplass, innen psykisk helse. Vi begynte å snakke sammen om tema til bachelor, og vi så at vi hadde mange like tanker om hva vi ønsket å skrive om. Begge hadde tanker om å knytte oppgaven opp mot egen arbeidsplass, og at vi ønsket å få mer kunnskaper som vi kan bruke i arbeidshverdagen vår.

Den ene forfatteren har de siste åtte årene jobbet innen psykisk helse, og har gjennom jobben erfaring med en til en oppfølging, hvor enkelte av brukerne har hatt behov for oppfølging i forhold til skole og arbeid. Hun opplever at enkelte brukere gir uttrykk for at det å ha et arbeid å gå til blant annet skaper identitet og normalisering, de er «noen».

Den andre forfatteren har de to siste årene jobbet innen psykisk helse, og har tidligere erfaring fra en tilrettelagt arbeidsplass for mennesker med ulike funksjonsnedsettelser. Hun har gjennom sin jobb sett hvor viktig arbeid er for blant annet mestringsfølelsen, og at det å gjennomføre en arbeidsoppgave, uavhengig av størrelsen, betyr mye for mange.

Gjennom våre erfaringer, både like og ulike, har vi sett hvordan arbeidslivet kan ha en positiv innvirkning i en persons liv, og vi mener videre at oppgaven vår styrkes gjennom at vi begge er engasjerte, og opplever selv en stor grad av indre motivasjon for å få økt kunnskap om temaet.

Gjennom at vi har gått inn i dette samarbeidet med ulike erfaringer, synspunkter og ambisjoner, mener vi at dette har bidratt til at vi har fått en merviten. Med det mener vi at har delt vår kunnskap med hverandre, og gjennom det fått en større forståelse, som også kan omtales som synergi. I følge Willumsen (2009), innebærer dette, at ved at vi nyttiggjør oss ressurser og erfaringer fra hverandre, dannes en synergieffekt. Det vil si at når samarbeidet fungerer godt i praksis, vil de involverte bli inspirert av energien i et samarbeid. Vi tolker det slik at to hoder tenker bedre enn et.

2.3. Metodekritikk

I følge Dalland (2012) er det viktig å være selvkritisk til den metoden man har brukt. Man må se på om metoden har fungert, om den var et riktig redskap og om metoden man valgte var riktig for å besvare problemstillingen.

Vi valgte å bruke litteraturstudie som arbeidsform. Dette innebærer at vi har lest mye faglitteratur skrevet av andre, noe som vil føre til at vi tolker det vi leser på vår måte, som igjen kan innebære at vi tolker feil det forfatteren har skrevet. Vi har brukt noen bøker som har vært en sekundærkilde, og da dette har blitt tolket gjennom flere ledd kan det medføre feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland, 2012).

Vi kunne ha gjennomført intervju, hvor vi hadde fått frem brukerperspektivet i større grad, som igjen kunne ha gitt mer pålitelig data. Vi valgte bort intervju da vi så at det ville bli for tidkrevende og at det er strenge kriterier for innhenting av opplysninger, noe som gjorde det vanskelig for oss, samtidig som vi benyttet oss av resultater gjort gjennom andre brukerundersøkelser. Det har vært vanskelig å finne forskning som knytter arbeidsliv direkte opp mot diagnosen depresjon, og vi ser at ved å ha gjennomført intervju kunne vi fått mer nøyaktig informasjon. Slik som Johannesen m.fl. (2010) sier, så er kvalitativ metode særlig hensiktsmessig hvis vi skal undersøke fenomener som det er forsket lite på.

Vi valgte bort engelske forskningsartikler da vi følte at språket ble for vanskelig, noe som igjen kunne ha ført til feiltolkning av data, samtidig som vi ser at dersom vi hadde brukt dem kunne det ha gitt en større bredde i oppgaven.

Vi har i arbeidet med oppgaven brukt empiri. På den ene siden kan det være en styrke at vi delvis kjenner til / forstår tema for oppgaven, samtidig som vår nærhet til temaet kan gjøre oss litt blinde i forhold til hvilken teori vi leter etter, samt hvordan vi tolker det vi leser.

3. TEORI

3.1. Arbeidsliv

I følge Solvang (1994) i Tøssebro (2009), er arbeid en av de viktigste faktorene for sosial integrasjon i samfunnet og en viktig formidlingsinstitusjon mellom samfunnsstruktur og individ.

I tillegg til å være hovedkilden til inntekt og livsopphold, er også arbeidsplassen en viktig sosial arena, hvor vi kan få venner og mulige livsledsagere. Mange opplever gjennom jobben å utvikle sin mestringsevne og selvstendighet, og mange vil føle at de er til nytte. Man kan da tenke at arbeid blir viktig for opplevelse av personlig verdi og identitet (Berge og Falkum, 2013). Dette er noe vi også kjenner igjen fra Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, og hvordan de ser på hvorfor deltakelse i arbeidslivet er en så sentral verdi i samfunnet vårt. Videre sier Berge og Falkum (2013) at det er flere faktorer som taler for at yrkesrollen er den viktigste selvdefinerende rollen vi har i vårt samfunn, og at yrkesrollen som identitetskilde har økt i løpet av de siste tiår.

Identitet kan forstås som individets grunnleggende og varige forståelser av seg selv. I følge Eriksons teori om psykososiale faser vil man i alderen 35-65 år være i fasen som kalles produktivitet versus stagnasjon. For mennesker kan arbeid og deres yrkesrolle bidra til at de kan føle seg skapende. Mislykkes de i dette kan det føre til personlig krise, og en opplevelse av å stagnere i sin personlige utvikling (Håkonsen, 2011).

3.1.1. Politisk satsning på arbeid og psykisk helse:

I 2007 la regjeringen frem en Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Vi mener at dette er en viktig handling fra regjeringens side, hvor vi føler ei sårbar gruppe blir tatt på alvor. Formålet med strategiplanen er å gjøre det enklere for mennesker med psykiske lidelser å nyttiggjøre seg sin arbeidsevne. Regjeringens mål med planen er å hindre utstøtning fra arbeidslivet og å lette inkluderingen i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser.

For å nå disse målene vil de jobbe for å sikre brukermedvirkning og aktiv deltakelse fra den enkelte, og sikre gode relevante arbeids- og helserettede tiltak og tjenester.

De vil få til et godt samarbeid mellom NAV (nye arbeids- og velferdsforvaltningen) og helsetjenesten, andre deler av de offentlige tjenesteapparatet, og med arbeidsgivere. De mener det er viktig at det blir lagt til rette for at arbeidsgivere skal kunne se mennesker med psykiske lidelser som en viktig arbeidskraftressurs. I prosessene er det viktig at brukerne blir hørt. Brukermedvirkning er viktig for at de skal ha en reel mulighet til å medvirke både som individ og på systemnivå (regjeringen.no).

Brukermedvirkning på individnivå betyr blant annet at man får medvirke i valg, utforming og anvendelse av tjenestetilbud som er tilgjengelige, og i planlegging og gjennomføring av tiltakene. På systemnivå innebærer brukermedvirkning blant annet at man blir inkludert som likeverdig i samarbeid med tjenesteapparatet, og deltar aktivt i planleggings- og beslutningsprosesser hele veien. Innhenting av brukerundersøkelser, brukererfaring m.m. som skal benyttes til forbedring av tjenesten er også brukermedvirkning på systemnivå (Johnsen m.fl., 2008).

På bakgrunn av erfaringer gjort gjennom Nasjonal strategiplan, ønsker regjeringen å videreføre samt videreutvikle innsatsen gjennom en oppfølgingsplan. Erfaringene viser at dersom man vil oppnå en endring for den enkelte, arbeidslivet og for samfunnet er det nødvendig med en langsiktig og systematisk satsning på området. For mennesker som møter utfordringer på grunn av psykiske helseproblemer vil en målrettet innsats rettet mot arbeid og utdanning bidra til at hverdagen kan bli bedre for de. De metodene og tiltakene fra strategiplanen som viste seg å gi best resultater vil bli videreført, og her vil det legges vekt på samarbeid, dialog, helhetstenkning og respekt for menneskets iboende ressurser. Regjeringen vil blant annet gjennom oppfølgingsplanen rette mer fokus mot viktigheten av at personer med psykiske lidelser opprettholder sin tilknytning til arbeid ved å vektlegge dette hos arbeidsgivere, sykmeldere og NAV. Gjennom sine erfaringer med strategiplanen har de i oppfølgingsplanen utarbeidet en rekke tiltak som har som mål at mennesker med psykiske helseproblemer skal kunne leve verdig liv, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet med sin kompetanse og arbeidskraft. Et av tiltakene er Rask psykisk helsehjelp (regjeringen.no).

3.2. Den skjulte funksjonshemmingen

Berge og Falkum (2013) hevder at man ikke kan sammenligne de med psykiske funksjonshemninger og fysiske funksjonshemninger, da «tapet» er mindre synlig og tydelig hos de med psykiske lidelser, noe som igjen kan svekke andre menneskers medfølelse. Og at dette igjen kan utsette denne gruppen mennesker for stigmatisering.

Funksjonshemming kan forstås ut ifra flere ulike modeller/forståelser:

3.2.1. Den medisinske forståelsen

I følge Barnes et. al. (1999) i Tøssebro (2009), handler den medisinske forståelsen om funksjonelle begrensinger hos individet, gjerne med en henvisning til underliggende patologi. Dette forstår vi som at her handler alt om individet, og at samfunnet og miljøet rundt personen ikke blir tatt i betraktning.

Funksjonshemmingen kan dermed forstås ifølge Grue (2004) som et individuelt problem der den innsats som gjøre må rette inn mot å bedre den enkeltes tilpasning til eksisterende rammebetingelser.

Slik vi forstår det i Tøssebro (2009) har begrepet funksjonshemming blitt diskutert gjennom flere tiår, og man så etterhvert at funksjonshemmedes forutsetninger ikke bare kan forstås ut fra en medisinsk forståelse, hvor det er fokus på den målbare funksjonshemming.

3.2.2. Den sosiale modellen

Den sosiale modellen snur opp ned på den medisinske modellen, og hevder at funksjonshemmingen skyldes dårlig tilpasset omgivelser, og ikke handler om de funksjonelle begrensningene en funksjonshemmet har. I følge Tøssebro (2009) kan denne modellen knyttes til en gruppe britiske forskere som selv er funksjonshemmet. De setter et klart skille mellom funksjonelle begrensninger, altså det som angår kroppen (funksjonsnedsettelse) og det som handler om konsekvensene i hverdagen (funksjonshemming). De legger til grunn at

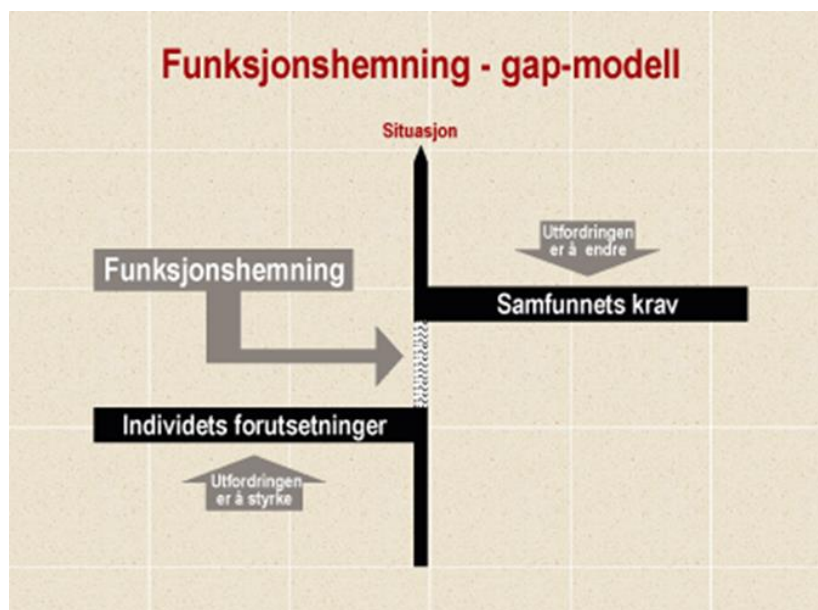
konsekvensene i hverdagen ikke skyldes de funksjonelle begrensningene, men at dette handler om dårlig tilpasset omgivelser. Funksjonshemmingen skapes av samfunnet (ibid).

3.2.3. Den relasjonelle forståelsen

Vi velger å ha vårt fokus på den relasjonelle forståelsen, som ifølge Tøssebro (2009) er en mellomposisjon mellom de to andre forståelsene. Den relasjonelle forståelsen blir også ofte kalt Gap-modellen, hvor man ser på funksjonsevne hos personen og omgivelsenes krav til funksjon, og at det her kan oppstå et gap.

For å gjøre det til et hovedpunkt at innsats må rettes inn mot endringer av miljøet benyttet Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede 90-93 og 94-97 følgende definisjon: *«Funksjonshemming er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etablering av selvstendighet og sosial tilværelse.»* Under disse handlingsplanene hører også psykiske problemer med, som kan ses på som en skjult funksjonshemming (regjeringen.no). Denne definisjon er sentral for vernepleiefaglig arbeid per i dag (Fo, 2008).

Illustrasjon av gap-modellen.



Gjennom st.meld. nr. 40 (2002-2003) *nedbygging av funksjonshemmede barrierer*, kan man se at med GAP-modellen menes det at funksjonshemmingen oppstår i møtet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav, hvor det oppstår et misforhold mellom det som kreves fra samfunnet sin side, og de forutsetningene individet har for å møte kravene. Individets forutsetninger omhandler alle egenskaper som ligger hos individet, både utfordringer, som for eksempel å ha en funksjonsnedsettelse, demens eller depresjon, og styrker, som for eksempel å være god til å prate for seg eller prestere godt sportslig. Med samfunnets krav menes de rammene vi møter i samfunnet. Dette kan være fysiske rammer, som bygninger uten heis, opptakskrav til skole, og/eller holdningene til andre mennesker i samfunnet, og hvorvidt det er rom for annerledeshet (FO, 2008). Da vi mener dette har en betydning for å styrke møtet mellom personer med psykiske funksjonshemninger og samfunnet de skal «fungere» i.

3.3. Depresjon

I følge Eknes (2006) kan depresjon i faglig sammenheng forstås som et syndrom. Her er den depressive følelsen bare et av flere symptomer som inntreffer ved en depresjon, i tillegg forekommer det endringer i både atferd, tanker og følelser samt kroppslige forstyrrelser.

Det å få en depresjon kan sies å miste sin evne til å være glad, og man opplever det motsatte av livsglede og tiltakslust. Ser man på arbeidslivet er det få andre helseproblemer som rammer så bredt og med så betydelige skadevirkninger som depresjon (Berge og Falkum, 2013).

3.3.1. Årsaker til depresjon

Når man leser i Berge og Falkum (2013) kan man se at det er store individuelle forskjeller på hva som er årsak til depresjonen, dette kan være:

- Forhold som gjør en sårbar for å utvikle depresjon
Dette kan være arv og vanskelige oppvekstforhold
- Forhold som bidrar til å utløse depresjon

Her kan det for eksempel være snakk om økonomiske problemer, konflikter på arbeidsplass, oppsigelse, alvorlig sykdom, tap, og endring i sivilstatus.

- Forhold som bidrar til å opprettholde depresjonen

Som ved at personen bruker mye tid på å gruble, blir passiv og isolerer seg.

Når vi møter mennesker med en depresjon, er det viktig at vi er klar over det som kalles sirkulære sammenhenger, dvs. at årsak og virkning ikke bare går den ene veien, men at disse kan påvirke og forsterke hverandre. Et eksempel her kan være at en deprimert person sliter med søvnvansker, disse søvnproblemene vil igjen kunne forsterke depresjonen. Eller at en depresjon kan føre til økt produksjon av stresshormonet kortisol, økningen av kortisolproduksjon kan igjen bidra til depresjon (Eknes, 2006).

3.3.2. Kjennetegn ved depresjon

Kringelen (2012) viser i sin tabell sentrale symptomer ved depresjon, som han videre velger å dele opp i fire kategorier.

1. Emosjonelle symptomer

Følelsen av håpløshet og tristhet, ulyst og fortvilelse er de mest sentrale symptomene ved depresjon. Man kommer i en situasjon hvor man ser mørkt på alt, blir stille og innesluttet, og isolerer seg fra andre. Mange av de som er deprimerte plages også av en indre uro eller angst, hvor tanker om fare ofte er sentrale, og i visse tilfeller kan angsten ledsages av fysisk ubehag, som hjertebank, svetting og hurtig puls. Vi kan også oppleve at personene er gråtlabile i startfasen på en depresjon, senere kan man ofte se en viss tilstivnethet hos de (ibid).

2. Kognitive symptomer

Konsentrasjonsvansker er et symptom som man kan se hos personer med en depresjon. Man kan miste evnen til å tenke klart. Et eksempel kan være at lesing og tilegning av nye kunnskaper blir utfordrende, og mange må ofte gi seg allerede etter å ha lest en par linjer, uten å ha fått med seg innholdet. Vi kan oppleve disse personene som distre. Videre ser vi også at depresjonen kan påvirker selvbildet, for eksempel en deprimert lege klager over at han er dum. Evnen til å se hva de har oppnådd tidligere, hva de mestrer og hva som er deres sterke sider blir overskygget av negativitet og selvbebreidelse (ibid).

3. Selvbilde

Det å skulle motivere personer som er deprimerte kan være vanskelig. I tillegg til å ha et negativt selvbilde, følger det og ofte med symptomer som fører til at de blir apatiske og får problemer med å fatte beslutninger. De kan også slite med følelsen av hjelpeløshet, og ting går tregere enn det gjorde før, både tankemessig og motorisk (ibid).

4. Legemlige symptomer

Det å være deprimert kan også føre til at man kan få en del kroppslige symptomer. Hos enkelte kan disse gi utslag i form av magesmerter, hos andre hodepine. Nedsatt appetitt er et vanlig symptom, noe som ofte fører til vekttap, man kan oppleve at personer trøstespiser, men dette er mer sjeldent. I tillegg kan man oppleve søvnforstyrrelser i form av at noen kan ha vansker med å sovne, og noen kan våkne tidlig uten å føle seg uthvilt. Mange føler de er i depressiv stemning når de våkner tidlig, men for de fleste avtar depresjonen utover dagen (ibid).

3.3.3. Grader av depresjon

En depresjon deles inn i tre forskjellig alvorlighetsgrader, mild, moderat og alvorlig depressiv episode (Berge og Falkum, 2013).

1. Mild depressiv episode

De som er i denne graden av en depresjon, greier å fungere i dagliglivet, men det er en hemmende og plagsom tilstand da de kan oppleve økt trøttbarhet, nedsatt stemningsleie eller tap av interesser og glede. I tillegg må de ha minst to andre symptomer, som påvirker det emosjonelle, kognitive, legemlige eller selvbildet. Når man har en mild depresjon vil man i de fleste tilfeller være i arbeid, til tross for at arbeidsevnen er påvirket. Her vil det ikke være hensiktsmessig med psykoterapi eller medikamentell behandling, men heller rådgivning, fysisk aktivitet og veiledet selvhjelp (ibid).

2. Moderat depressiv episode

I denne graden vil personen oppleve depressive plager. Ofte vil personen ha problemer med å fungere sosialt, hjemme eller på arbeidsplassen. Mange vil være helt eller delvis sykemeldt. De vil ha behov for behandling for depresjonen, og støtte til jobbmestring (ibid).

3. Alvorlig depressiv episode

Disse menneskene opplever store problemer med fremtredende symptomer, som stor grad av grubling og bekymringer, lammelser eller rastløshet, dårlig selvfølelse og problemer med søvn og appetitt. Følelsesmessig vil de gjerne oppleve en form for tilstivning. Noen opplever å få selvmordstanker, og noen forsøker å ta sitt eget liv. Ofte vil de være fullt sykemeldt da de har store problemer med å fungere i arbeid (ibid).

3.3.4. Konsekvenser ved depresjon

Det å få en depresjon kan få konsekvenser på mange områder i livet. Noen av de kan for eksempel være at man mister lyst til å delta på aktiviteter som tidligere har vært lystbetonte, man kan isolere seg og miste kontakt med venner og familie, eller på andre måter påvirke forholdet til nærpersoner og omgangskrets. En depresjon kan også i enkelte tilfeller bidra til utvikling av somatisk sykdom, (Eknes, 2006), men vi velger her å ha vårt fokus på de konsekvensene en depresjon kan ha i forhold til arbeidslivet.

Innenfor arbeidslivet ser man at det er særlig fire områder som blir påvirket av depresjonen. For det første får deprimerte personer ofte problemer med relasjonene til de andre på arbeidsplassen, da en depresjon ofte medfører at vedkommende blir mer irritabel, tilbaketrukket og/eller pessimistisk enn før.

I tillegg vil en deprimert person kunne bli mer utsatt for uhell og skader på arbeidsplassen, som kan skyldes bivirkninger av antidepressive medikamenter, energimangel, konsentrasjonsvansker og svimmelhet. På grunn av dårligere konsentrasjonsevne, redusert energi og svekket evne til å ta beslutninger kan vedkommende oppleve å bli mindre produktiv enn de var før.

Når man er deprimert kan man bli mere disponert for andre sykdommer, noe som igjen kan øke sykefraværet (Berge og Falkum, 2013).

Man ser at det er mange som velger å ikke fortelle noen på jobben om sine problemer, da de vil bli sett på som syk, og fort havner i en pasientrolle som ofte blir satt opp mot et sett av negative kjennetegn, symptomer, problemer eller mangler. Istedenfor opplevelsen av personlig verdi kan man da fort oppleve å bli sett på som «hun deprimerte», hvor det er

symptomene på lidelsen som definere hvem man er, fremfor de holdninger og verdier som man tidligere var kjent for. Det at de velger å «maskere» sine problemer i det lengste, kan bidra til at enkelte føler seg svært isolerte og utenfor på arbeidsplassen med sine problemer. Det at man er helt alene med sine problemer kan igjen bidra til at man bruker opp all sin energi på å bite tennene sammen og gjøre sitt beste for å komme igjennom arbeidsdagen. Når en depresjon fører til symptomer som svekket konsentrasjonsevne, økt irritabilitet og ubesluttsomhet kan det få svært negative konsekvenser når andre på jobben ikke forstår hvorfor man har endret seg, og dette kan igjen føre til konflikter med bla. kollegaer og sjefen, og man kan føle det som et stort personlig nederlag å ikke strekke til. De som klarer å få til en dialog med de på arbeidsplassen om mulighet for å redusere arbeidsmengden, jobbe mindre eller endre arbeidsoppgaver viser seg å oftere takle situasjonen med å stå i arbeid bedre enn de som tier om sine problemer (Berge og Falkum, 2013).

3.4. Miljøarbeid

Som vernepleier må man forsøke å forstå mennesker som har kognitiv svikt, store helseplager, emosjonelle vansker og/eller et dårlig tilrettelagt miljø, for å få en oversikt over kompleksiteten og gjennom den forstå menneskene man arbeider med. Dette kan sies å være kjernen i miljøarbeid (Jacobsen og Gjertsen, 2010).

Linde og Norlund (2012) mener at miljøarbeideren skal kunne gripe øyeblikket, samtidig som en evner å jobbe systematisk. Lorentzen (2011) sier at miljøarbeidere ofte ikke kan ta frie valg da man må forholde seg til formål og miljøregler, noe som vil legge føringer i møte med brukere. Samtidig sier han at det sjelden bare en vei til målet eller bare en måte å gjøre noe på, men for at det skal kunne ses på som miljøarbeid, må det være en logikk mellom miljøarbeiderens handlinger og det som er dens oppgaver og formål. Man kan ha som mål å gjøre ting på en bestemt måte, med mindre en ser at omstendighetene tilsier noe annet. Som miljøarbeider må man kunne vurdere ulike situasjoner, for dersom man bare lærer seg metodiske grep og utfører disse nærmest som bevegelser ville det ikke kunne kalles miljøarbeid.

FO (2008:9) definerer miljøarbeid som:

«systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer for å oppnå bedret livskvalitet og personlig vekst og utvikling hos den enkelte tjenestemottakeren. Det betyr at vernepleiere tilrettelegger og systematiserer ulike faktorer i miljøet rundt den enkelte for å skape trygghet og variasjon».

Som vernepleiere er det viktig at vi forstår at miljøarbeid gjennomføres best i relasjoner der vi og brukerne kjenner og forstår hverandre, gjennom at man oppnår tillit og får til gode møter, og hvor kommunikasjon og samhandling er nødvendig (Linde og Nordlund, 2012).

3.4.1. Kommunikasjon og relasjon

Samtaler kan være så forskjellige. Som Peplau (1952) sier i Eide og Eide (2010) legges grunnlaget for kontakt og trygghet i forholdet mellom miljøarbeideren og brukeren i de første møtene, som han kaller for orienteringsfasen. Miljøarbeideren og brukeren er fremdeles fremmede for hverandre, men de vil etter hvert danne seg oppfatninger om hvem den andre er som person. Ved at miljøarbeideren møter brukeren med en lyttende åpenhet og gir en klar og tydelig informasjon oppnår man raskere kontakt og får kunnskap om hva brukeren har behov for.

En metode vi kan benytte oss av for å innhente informasjon om brukeren og hvilke behov vedkommende har, er åpne spørsmål.

Gjennom det Eide og Eide (2010) skriver, kan vi lese at når vi bruker åpne spørsmål benytter vi oss av spørrepronomen, som hva, hvordan eller hvorfor. «Hva spørsmål» leder gjerne i en retning av fakta og konkrete, håndgripelige forhold. Når vi bruker «hvordan spørsmål» leder det oss i en retning av opplevelser, følelser og prosesser. «Hvorfor spørsmål» vil ofte kreve fornuftige forklaringer eller begrunnelser. Gjennom å benytte disse spørreordene vil det gi rom for brukeren til å snakke ut fra egne tanker, følelser og opplevelser.

I tillegg kan det å bruke bekreftende ferdigheter bidra til at miljøarbeideren uttrykker respekt og interesse for brukeren, og brukerens rett til selvbestemmelse (Eide og Eide, 2010).

Bekreftende ferdigheter kan defineres som: *«ferdigheter som formidler i ord at man har sett og forstått det sentrale i det den andre formidler».* Vi bruker bekreftende ferdigheter i møte

med brukerne gjennom å være bevisst på vår bruk av non-verbal kommunikasjon, som kan være ansiktsuttrykk, blick, stemmens klang, kroppsspråk, berøring, stillhet, fysisk avstand/nærhet, tid/tempo og ikke-ord, slik som «mmm» (ibid).

Videre sier Eide og Eide (2010) at det at noen lytter til oss og lever seg inn i hva vi føler og tenker, oppleves godt, styrker selvfølelsen og fyller et eksistensielt og psykologisk behov for tilknytning og nærhet til andre mennesker. Trygghet og tillit skapes gjennom bekræftende kommunikasjon, og dette kan være vesentlig for å bygge en god relasjon og et godt samarbeidsklima.

Ifølge Lorentzen (1998) i Selboe m.fl. (2005) handler kommunikasjon om langt mer enn bare å meddele seg og utveksle informasjon. Han skriver at det er viktig å stille seg spørsmål om hvordan vi som vernepleiere kan tilpasse og finjustere oss handlingsmessig til brukerne, slik at virkelig felleskap oppstår. Det er viktig at man er opptatt av hvordan brukere ytrer seg og hvordan vi kan bekrefte og reagere på en slik måte at de føler seg sett og besvart. Lorentzen kaller dette partnerkompetanse.

” Partnerkompetanse handler om å gjøre relasjonen så gjensidig som mulig og bidrar dermed til å gjøre den mer symmetrisk. Gjensidighet i relasjonen innebærer med andre ord at begge parter er likeverdige, og at handlingene dem imellom er symmetriske og parallelle” (ibid:142).

For at vi som fagpersoner skal kunne inngå en relasjon med brukerne er det viktig at vi innehar relasjonskompetanse, som omhandler at vi kjenner oss selv, forstår den andres opplevelse og forstår hva det er som skjer i samspillet med brukeren. Gjennom å inneha disse egenskapene skal vi tilrettelegge for god kommunikasjon, og gjennom de ulike situasjoner man kommer opp i, handler vi slik at det er til det beste for bruker. Det er en forutsetning at vi møter den andre som et selvstendig handlende individ, hvor vi viser respekt for brukers integritet og rett til selvbestemmelse (Røkenes og Hanssen, 2010).

3.4.2. Motivasjon

I følge Lillemyr (2007) er motivasjon viktig på alle områder i våre liv, og da særlig på de områdene som vi føler er spesielt viktige for oss, for eksempel skole, vennegjengen, arbeidsplassen osv. På arbeidsplassen kan dette gjøre seg gjeldene i forhold til arbeidsoppgaver, hvordan vi samarbeider med kollegaer og ledelse. Motivasjon er viktig for vår selvoppfattelse. Selvoppfattelse og motivasjon er noe som kan sees i sammenheng da det omhandler hvordan vi oppfatter oss selv, at vi har tro og tillit til vår egen dyktighet.

Videre sier Lillemyr (2007:15) at motivasjon kan forstås på denne måten:

«Motivasjon har å gjøre med de kreftene som forårsaker aktivitet hos en person, et barn eller en gruppe, og med hva som holder aktiviteten ved like. Noen legger stor vekt på at aktiviteten skal være meningsfylt. Vi sier vi er motivert, eller til og med høyt motivert, for det vi er interessert i og det vi ønsker å involvere oss i, det som gir mening for oss».

Motivasjon kan deles opp i «indre motivasjon», som språk tenkning og problemløsning, hvor menneskets iboende vitetstrang og vitebegjær er drivkraften, og «ytre motivasjon», for eksempel belønning og straff (Imsen, 2010).

Indre motivasjon er vesentlig for mennesker som ønsker endring i livene sine, fordi det er viktig at man selv er motiverte for endringer, og at det ikke kun er belønningssystemer som frister. I følge Berge og Falkum (2013), vil motivasjon som kommer utenifra ofte være kortvarig, mens motivasjon som kommer innenfra, gjerne er kraftigere og mer stabil. Når man har mulighet til å ta egne valg som er i samsvar med sine verdier og interesser, og som fører til et personlig engasjement, kan man si at man er indre motivert. Dersom man holder på med en aktivitet, og interessen for aktiviteten er drivkraften for å gjennomføre aktiviteten, vil dette bli en belønning nok i seg selv (ibid).

Reeve, Deci og Ryan (2004) i Lillemyr (2007) viser til tre hovedområder som danner grunnlaget for indre motivasjon. Det første er behovet for å føle at man er kompetent for en oppgave. Det andre er behovet for selv å bestemme, oppleve å ha valgmuligheter, altså selvbestemmelse. Og for det tredje, behovet for å etablere nære bånd og trygg tilknytning til andre, at man opplever at man hører til sosialt og kulturelt, altså behovet for tilhørighet.

3.4.3. Vernepleierfaglig arbeidsmodell

Det vernepleierfaglige arbeid settes i stor grad i sammenheng med hverdagslivets utfordringer og krav, og arbeidet omhandler å gi støtte, hjelp og eventuelt tilrettelegge for trening til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Vernepleieren tar utgangspunkt i de utfordringene hver enkelt bruker står ovenfor, og leter etter løsninger ved å gjenkjenne og benytte ressurser hos den enkelte bruker og i miljøet rundt den (Folkestad, H. i Hutchinson, 2009).

Den vernepleierfaglige arbeidsmodellen består av kartlegging, analyse, målvalg, metodevalg, planlegging, gjennomføring og evaluering (FO, 2008). Man kan se likheter mellom denne modellen, prosjektarbeid og arbeidsmodeller innenfor ulike helsefagutdanninger, hvor man systematisk går frem for å løse et problem, og hvor det er et bestemt mønster som går igjen, selv om prosessen er individuell fra bruker til bruker (Bredland m.fl., 2008). Alle modellene har sitt utspring i problemløsningsmodellen, som G. Kaufmann beskriver i Linde og Norlund (2012) som en modell som kan brukes når man står ovenfor en situasjon som krever en løsning, og som kan benyttes uavhengig av fagområde eller utfordring.

Arbeidsmodellen kan være et nyttig verktøy både på individ og systemnivå. Vi kan benytte den ved tilrettelegging av livsmiljø, opplæring, opptrening av tidligere ferdigheter og behandling (FO, 2008).

I kartleggingen innhenter miljøarbeideren relevante opplysninger for å kunne foreta en helhetlig vurdering av situasjonen for den enkelte. For å kunne gjøre en bredest mulig vurdering må man benytte ulike metoder for innhenting av opplysninger. Dette kan være gjennom samtaler, observasjoner eller kartlegging av rammefaktorer rundt bruker, for eksempel nærmiljø og sosialt nettverk (ibid).

På bakgrunn av data som har kommet frem under kartleggingen foretar man en analyse. En analyse vil kunne vise hvilke faktiske vurderinger som er gjort og vil gi grunnlag for om det eventuelt er behov for tilleggsvurderinger (Linde og Nordlund, 2012).

Målvalg er den overgangen man gjør fra analyse over til tiltak, hvor man vurderer og velger områder for videre arbeid (Linde og Nordlund, 2012). Man vil i samarbeid med brukeren finne tilpassede realistiske mål og tiltak. Miljøarbeideren vil benytte både teoretisk kunnskap, egne erfaringer og sitt etiske og faglige skjønn (FO, 2008).

I metodevalg ser man at dersom mål skal nåes må ofte nåværende situasjon endres. Endringene kan ha med rammebetingelser å gjøre, eller mot å øke brukers kompetanse, eller en kombinasjon av disse. Her blir det viktig å vurdere og begrunne hvilken fremgangsmåte som er mest hensiktsmessig for å nå brukers mål. Her kan vi bruke egne eller andres erfaringer og/eller teoretiske begrunnelser. Når man velger hvilke metoder som er mest hensiktsmessig, er det også viktig å vurdere motivasjonsfaktorene hos bruker og omgivelsene for at det skal skje en endring. Ulike metoder som benyttes kan være kommunikasjon, veiledning og nettverksarbeid (FO, 2008).

Under planleggingsarbeid gjøres det en skriftlig fremstilling av arbeidet, hvordan tiltak skal gjennomføres og evalueres. Det er viktig at tiltakene er basert på frivillig deltakelse fra bruker (ibid).

Under planleggingen beskriver man konkret hva brukeren og tjenesteytere skal utføre og hvordan. Hvor konkret man må være i beskrivelsen vil kunne variere ut fra hvilke tiltak det er snakk om (Tuntland i Linde og Norlund, 2012).

Når man gjennomfører tiltak må man hele tiden ta stilling til om tiltak skal endres eller avbrytes dersom brukeren ikke trives eller det medfører økt belastning. Det er viktig at man har jevnlig dialog med brukeren for å vurdere om tiltaket har ønsket effekt og for å kunne observere hvordan brukeren reagerer i en slik prosess (FO, 2008).

Man må ha rutiner og velge metode for hvordan tiltak skal evalueres. Denne evalueringen skal se på måloppnåelse i tillegg til å se på den prosessen man har vært igjennom. Tiltak vurderes og eventuelt endres/avsluttes (ibid). Linde og Norlund (2012) skriver at målet med en evaluering er å forbedre og har derfor alltid betydning for det videre arbeidet, hvor man tar med seg det som er positivt, og endrer eller avslutter det som er uhensiktsmessig.

4. DRØFTING

I drøftingen tar vi utgangspunkt i brukere som er helt eller delvis sykemeldt som følge av depresjon. Vi mener at det å ha en jobb og gå til, vil for mange kunne bidra til økt livskvalitet, noe som vi også kan se igjennom forskning. I følge Jonassen og Borg (2013) sin rapport kommer det frem at arbeid gir den enkelte en meningsfull hverdag og et meningsfylt liv. Det gir opplevelsen av å være en del av samfunnet og å være i et fellesskap.

4.1. Det første møtet

Som helse- og sosialarbeidere mener vi at samtaler er en naturlig måte å starte samarbeidet på, uavhengig av graden av depresjon. Hvor vi mener at det å bygge gode relasjoner kan ses på som en viktig faktor i arbeidet mot målet med å komme seg raskere tilbake i arbeid.

Vi ser på det første møtet som betydningsfullt for å greie å skape en god relasjon til den deprimerte, og at det er vesentlig at vi greier å forholde oss til den andre på en empatisk og respektfull måte. Det gjør vi gjennom at vi er bevisst vår bruk av bekreftende ferdigheter, slik som non-verbal kommunikasjon. Empati vil ifølge Eide og Eide (2010) forstås som at helse- og sosialarbeidere innehar evne til innlevelse, til å oppfatte hva den andre føler og melde tilbake at følelsene er oppfattet.

Vi vil i det første møtet gjøre oss kjent med den deprimerte, hvor vi mener det er viktig at vi evner å se personens ressurser. I følge Berge og Falkum (2013) vil vi da som helse- og sosialarbeidere kartlegge områder i den deprimertes liv som i mindre grad er rammet av problemer, som for eksempel interesser og arbeidsoppgaver som vedkommende har greid å opprettholde. Som en del av kartleggingen ønsker vi også blant annet å vite om vedkommende tidligere har hatt depresjon, og vi er interessert i å vite om den kan skyldes arbeidsplassen eller andre forhold. Har vedkommende opplevd en depresjon tidligere kan et spørsmål vi stiller være: *«Når du har mestret å komme igjennom en depresjon tidligere, hva gjorde du? Hvilke evner tok du i bruk?»*

Da vi vet at de som er deprimerte kan blant annet miste evnen til å tenke klart, mener vi det er viktig for oss å vite noe om tidligere erfaringer, slik at vi får hjulpet dem til å sortere sine tanker i forhold til hvor «skoen trykker», og hva som er de største problemene.

Dette mener vi vil ha betydning for videre arbeid når man kommer til utarbeidelse og gjennomføring av tiltak. Hvor vi ser vi på hvilke utfordringer den deprimerte har og hvor vi mener at det er mest hensiktsmessig å starte med de utfordringene som lettest lar seg løse.

Dette gjør vi for at ofte så har problemene tårnet seg opp over lengre tid for de deprimerte og de føler ofte at det ene problemet overlapper det andre. Berge og Falkum (2013) mener at ved at man først tar tak i de «små» problemene og løser dem, vil selvtilliten til brukerne øke og de blir mer motivert for å ta grep om de mer alvorlige utfordringene.

I møtet med den deprimerte bruker vi åpne spørsmål som en metode, fordi vi ønsker å hjelpe den deprimerte slik at vedkommende klarer å beskrive hvordan en har det og opplever det, slik at vi får dannet oss et bilde av situasjonen. Eide og Eide (2010) sier at det å bruke åpne spørsmål vil få personer til å snakke fritt og åpent om egne tanker, følelser og oppfatninger, noe vi mener også kan være en faktor i en relasjonsbygging. Steiro (2006) mener også at åpne spørsmål vil få frem den andres synspunkter, uten at vedkommende ledes inn på spesielle tema.

Vi kommer til å være bevisst på når vi benytter oss av «hvorfor» spørsmål, for selv om dette spørreordet ifølge Eide og Eide (2010) krever fornuftige begrunnelser og forklaringer sier de også at dette er et spørreord som fort kan føre til dårlig samvittighet og gi skyldfølelse. Og med tanke på at de som har en depresjon ofte har negativt selvbilde ønsker vi ikke at dette spørreordet skal bidra til økt grubling rundt deres situasjon, noe som igjen kan forsterke negativiteten.

Da vi vet at deprimerte sliter med negativ tenking, og ofte leter etter negative tilbakemeldinger, er det viktig at vi er forståelig i vår kommunikasjon, ved at vi unngår inkongruens, noe Eide og Eide (2010) forklarer som at det ikke er samsvar mellom vår verbale og non-verbale kommunikasjon. Vi sier for eksempel ikke «*det var bra*» samtidig som vi har et skjævt smil, noe som kan få den deprimerte til å tolke dette som om vi er i tvil eller er skeptiske til det vedkommende har fortalt. Berge og Falkum (2013) mener det er viktig at vi ikke gir rom for feiltolkning ved at vi bruker avansert språk, stiller vanskelige spørsmål eller retter fokus mot ting som ikke er realistisk for brukeren å gjennomføre.

4.2. Veien tilbake til arbeid

For å kunne bistå den deprimerte velger vi å ha den relasjonelle forståelsen med oss. I den relasjonelle forståelsen ser vi at det ikke bare er fysiske hindringer som kan oppleves som «gap», men at dette også kan merkes hos mennesker med depresjon som ønsker seg tilbake i arbeid.

På den ene siden vil «gapet» kanskje omhandle lite forståelse og mangel på kunnskap i samfunnet som møter dem, for eksempel blant kollegaer og ledere. Falkum i Hånes (2013) kommer med et godt eksempel på hvordan ledelsen i en bedrift avslører sine fordommer. Eksemplet handler om en person har kommet i en utplasseringsperiode i et stort firma. På grunn av sin psykiske lidelse har denne personen problemer med å håndtere sosiale arenaer, og han har her fått en jobb i firmaet som krever lite kontakt med kollegaer, noe som kjennes trygt for han. Sjefen gir tilbakemeldinger om at arbeidet går svært bra, rapporterer at mannen jobber for to, er samvittighetsfull og ikke tar unødvendige pauser. Etter at utplasseringsperioden er over, gis det beskjed om de ikke vil beholde mannen som ansatt, med begrunnelsen at han ikke passer inn, da de ønsker å fremstå som en utadvendt serviceorientert bedrift, og ikke ønsker personer som ikke kan kommunisere godt. For denne mannen er ikke dette nødvendige kvalifikasjoner for å kunne klare å utføre den jobben han gjorde i firmaet. I dette eksemplet synes vi det kommer tydelig frem at det oppstår et gap, da mannen ikke er funksjonshemmet i den jobben/oppgaven han utfører i firmaet, men firmaet gjør han funksjonshemmet på grunn av fordommer, liten forståelse og lite kunnskap.

På den andre siden tenker vi at den deprimerte også selv kan bidra til å minske «gapet», ved at vedkommende er åpen om sin depresjon på arbeidsplassen. Det at man er åpen om sin situasjon, kan ifølge Jonassen og Borg (2013) bidra til at det vil føles bedre for en selv. Berge og Falkum (2013) sier at enkelte som har bestemt seg tidlig om å være åpen om sin depresjon føler at de har lykket, da de har fått til en slags informasjonsstrategi. Dette kan føre til at åpenheten bidrar til at det er lettere for kollegaene å snakke om problemer som oppstår på grunn av lidelsen. Som vi har skrevet i kapittel 1, innledning, vil halvparten av landets innbyggere bli rammet av en psykisk lidelse. Videre sier Berge og Falkum (2013) at noen som har valgt å være åpen om sin depresjon, opplever å få særlig god støtte fra kollegaer og ledere som har opplevd det å få en depresjon selv, eller at de har opplevd det i nær familie. Gjennom dette tenker vi, at uavhengig av hvilken arbeidsplass man jobber på så er det stor

sannsynlighet for at det er noen andre på samme sted som har erfaringer med dette, og derfor vil kunne vise forståelse for hva man opplever.

I følge Jonassen og Borg (2013) kommer det frem at ikke alle klarer å være åpne om sine psykiske helseproblemer på arbeidsplassen, både ovenfor leder og andre ansatte. Dette kan da oppleves som et spill, og blir en ekstra belastning og en opplevelse av å stå utenfor fellesskapet. Som en av brukerne i rapporten sier, *«utfordringen er å tørre å snakke om min egen psykiske helse til arbeidsgiver og de du jobber sammen med»*.

Sett i et slikt lys mener vi som vernepleiere at vi må gi støtte til brukerne gjennom å motivere de slik at de får økt selvtillit, slik at de igjen greier å mestre det å være åpen om sine problemer. I Eide og Eide (2010) kan vi lese at når alvorlig sykdom oppstår, vil ikke verden lenger være forutsigbar og at følelsen av påvirkning over egen situasjon forminskes kraftig. Det er når omgivelsene og følelsesverdenen er kaotisk og virker overveldende at det sentrale målet for mestring er å gjenvinne opplevelsen av forutsigbarhet og evne til å påvirke egen situasjon. Gjennom vår jobb med å få den deprimerte til å være ærlig ovenfor leder og kollega, mener vi at det å bli møtt med forståelse og aksept når man kommer på jobb om dagene kan bidra til at man kan føle at arbeidsdagen igjen blir mer forutsigbar, og at man kan påvirke sin egen situasjon i større grad enn når man bruker mye av dagen sin på å «skjule» det man sliter med.

Vi har brukermedvirkning i fokus gjennom at den deprimerte selv er med i utarbeidelsen av mål og tiltak og vi bruker flere møter på å utarbeide planen. Dette da vi vet at deprimerte kan ha konsentrasjonsvansker, vansker med å ta beslutninger og har problemer med å se for seg en bedre fremtid. Vi mener det er viktig at vi gir brukerne nok tid og ikke presser på for at de skal komme tilbake i fullt arbeid for tidlig, da det kan bidra til at det blir nederlag fremfor mestringsfølelse. Som Berge og Falkum (2013) beskriver den sykemeldtes perspektiv, hvor den ene personen fikk til rettelagt slik at han jobbet to dager i uken, etter hvert tre. Hadde han måttet starte med full uke, mener han at han ikke ville ha maktet jobben. Mens en annen beskriver at det ikke var noen mellomting på hennes arbeidsplass. I følge henne opplevde hun at dersom man først var tilbake i jobb der, så var du tilbake. Dersom de som er deprimerte føler press fra ulike hold, for eksempel arbeidsplass, lege eller andre til å gå for fort frem i forhold til sine egne mål, så kan vi tilby dem å delta under møter eller samtaler. I artikkelen «Else skal på NAV» kommer det frem at det for enkelte er viktig å ha med seg en støttespiller, en som tør å si ifra og tale deres sak når motet kanskje svikter eller presset blir for stort.

Vi har opplevd at brukere har ønsket å ha oss med som støttespiller, fordi de synes det er vanskelig å skulle møte, for eksempel NAV, alene. Gjennom å ha opparbeidet en god relasjon og kommunikasjon med bruker, mener vi at de kan oppleve det som en trygghet at vi er tilstede. Owren (2010) skriver i artikkelen «Else skal på NAV»: *«hvorfor klare alt selv, når to kan klare alt sammen»*. Vi tolker dette som at han mener at det er viktig for brukere å ha mulighet til å ha med en støttespiller, dersom man synes ting blir vanskelig på egen hånd. Erfaringene til deltagerne som deltok i «Ut i arbeidslivet på egne premisser» sier på den ene siden noe om hvor viktig de synes det er å ha fagpersoner som formidler håp og tro på at de skal klare å komme seg ut i arbeidslivet igjen, selv om de ikke har troen på det selv. På den andre siden sier de også noe om familie, venner og bekjente kan være gode hjelpere, på ulike vis. Videre sier deltagerne at opplevelsen av rause personer rundt er gull verdt, en uttalelse er: *«hun har vært med på møter som hun egentlig ikke trengt å være med på, bare fordi hun skjønner at jeg trenger noen i mitt hjørne»*.

Vi mener at de fleste mennesker har en arbeidsevne, men at noen vil trenge tilrettelegging for å kunne utnytte sin arbeidsevne. Berge og Falkum (2013) sier at mange har en forestilling om at man må bli frisk før en kan begynne å jobbe, mens de mener at tilfriskning hos personer som har en funksjonshemming eller sykdom kan skyte fart dersom de får mulighet til å bruke sine evner og ressurser på en tilpasset måte i normale livsroller.

Videre sier Berge og Falkum (2013) at depresjon kan forverres dersom man er fullt sykemeldt, og at det derfor er viktig at den deprimerte har en hverdag med struktur og gjennomførbare oppgaver. Gjennom dette, mener vi da at det er viktig at vi som vernepleiere motiverer og bistår den deprimerte til å komme raskt i kontakt med eller opprettholde kontakten med arbeidsplass. Et tiltak her, kan være at vi blir med de første gang de skal tilbake etter å ha vært borte fra arbeidsplassen i en lengre periode.

Vi tenker at mange i utgangspunktet har gode relasjoner på arbeidsplassen, og at det da vil være hensiktsmessig for den deprimerte å holde kontakten med arbeidsplassen også når de blir syke, slik at det blir lettere å opprettholde disse relasjonene. Vi mener at dette også kan være viktig for at man skal klare å finne seg gode støttespillere i arbeidsmiljøet. Dette kan man også kjenne igjen i Berge og Falkum (2013), hvor de skriver om personer som har vært sykemeldt over lengre tid, og at de synes tanken på å skulle møte personer på jobben igjen er vanskeligere når de ikke har holdt kontakten med kollegaer og leder under fraværet.

Som vernepleiere kan en del av vår rolle være å bidra med tilrettelegging slik at mennesker med depresjon kan komme seg raskere tilbake i arbeid. Dette kan for eksempel være gjennom utarbeidelsen av mål og tiltak (plan), hvor vi er opptatt av brukermedvirkning, der brukerens ønsker og behov er tatt stort hensyn til. Berge og Falkum (2013) viser til hvor viktig autonomi er for indre motivasjon. Vi mener at vi legger til rette for autonomi gjennom at brukeren får eierskap til planen sin, og ved at personen selv bestemmer hvilke tiltak som skal gjennomføres og hvordan.

Videre kan vi som vernepleiere bidra ved å delta sammen med den deprimerte i dialogmøte med leder på arbeidsplass, hvor man finner måter arbeidsplassen kan tilrettelegge på gjennom at den deprimerte får arbeidsoppgaver som en håndterer. Det å få arbeidsoppgaver som en mestrer mener vi vil gi økt selvtillit, samt at man opplever en indre motivasjon. Gjennom det Reeve, Deci og Ryan (2004) sier om kompetanse i Lillemyr (2007) tolker vi det dit hen at indre motivasjon vil styrkes av at vedkommende mestrer å gjennomføre en arbeidsoppgave, altså at man er kompetent til oppgaven.

Eller så kan tilretteleggingen omhandle tidspunkt for når man starter på jobb. Da vi vet at mange som er deprimerte kan oppleve søvnforstyrrelser, kan tilretteleggingen omhandle endring av tidspunkt for når den deprimerte skal på jobb, kanskje er det bedre å begynne kl. 11.00 istedenfor kl. 08.00. Owren (2010) sier det er viktig at vi som helse- og sosialarbeidere tar hensyn til hvordan brukerne selv uttrykker seg. Kanskje sier de ikke at de på grunn av depresjonen ikke greier å begynne så tidlig på jobb om morgenen, men de sier kanskje at «*jeg orker ikke*» eller «*det blir stress*». Gjennom at vi har oppnådd en relasjon med den deprimerte, kan vi «lese mellom linjene». Med dette mener vi at når bruker kommer med slike uttalelser, så forstår vi at det ikke handler om at de ikke vil, eller at det er late. Det kan handle om å få klarlagt hvilket tidspunkt på dagen vedkommende selv mener den har nok energi til å klare å dra på jobb, slik at vedkommende får gjennomført sine arbeidsoppgaver.

Opplevelsen av å være i jobb vil være ulik fra person til person, men vi tenker at uansett vil den deprimertes indre motivasjon være en viktig faktor på veien tilbake til arbeidslivet. Vi vil avslutte med et eksempel vi har med oss fra praksis, om en person som har hatt gjentagende depresjoner. Vedkommende har prøvd seg i ulike jobber, men har på grunn av sin depresjon hatt mye fravær, noe som har resultert i at han har sluttet. Nå har vedkommende begynt å jobbe på en gård, som er et tilrettelagt tilbud gjennom kommunen. Her trives han veldig godt, og har ikke hatt fravær etter at han begynte. Selv om han ikke mottar lønn for

dette, møter han opp, da han opplever mestringsfølelse og at selvtilliten har økt. Det positive med å være på gården, er nok i seg selv til at han møter opp.

5. AVSLUTNING

Arbeidet med bachelor oppgaven har vært en lærerik, men krevende prosess. Vi har valgt og ikke fordele arbeidsoppgaver, men skrive hele oppgaven sammen. Det har ført til at en av utfordringene har vært og finne tid og rom for arbeidet med oppgaven. Samtidig har vi følt at dette har vært den riktige arbeidsformen for oss, og dette tenker vi vil bidra til at begge får en bedre kjennskap og nærhet til oppgaven vår. Det at vi har vært to forfattere har ført til gode diskusjoner og refleksjoner underveis.

Da vi startet arbeidet med oppgaven kom vi inn med ulike forforståelser, noe som har endret seg gjennom funn gjort i oppgaven.

Vi har funnet ut at det er viktig med gode nærpåersoner og/eller fagpersoner som er støttende for at deprimerte skal ha gode forutsetninger for å mestre arbeidslivet. Vi ser viktigheten av å ta kontakt med helsevesenet, men vi ser også at det ikke er avgjørende for alle skal mestre å stå i arbeid.

Vi har gjennom oppgaven vår, fått en forståelse om at det ikke går an å hvile seg frisk, men at det er viktig å ha meningsfulle oppgaver i hverdagen som gir struktur og følelsen av å bidra. Gjennom oppgaven ser vi at deprimerte ofte ikke bør være fullt sykemeldt, da det er viktig å opprettholde kontakten med arbeidsplass. Det å holde kontakt med leder og kollegaer mener vi vil føre til at den deprimerte føler sosial tilhørighet.

Vi har funnet ut at dersom indre motivasjon ikke er tilstede vil det for personer med depresjon bli vanskelig å skulle greie å stå i arbeid over lengre tid.

Vi ser at fra regjeringen sin side så er det gode intensjoner om at de psykiske lidelser skal inkluderes i arbeidslivet på lik linje med andre, men gjennom arbeidet med oppgaven ser vi at det fortsatt er mye fordommer i samfunnet, noe som gjør at inkludering blir vanskeligere.

I denne oppgaven ble det ikke rom for å se på de ulike tiltakene i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016). Dette er noe vi kunne hatt lyst til å se nærmere på, da vi tenker at det kan bidra til at vi får økt kunnskap om hvilke muligheter som finnes for mennesker som har en psykiske lidelse, og hva som må til for at de skal bli inkludert i arbeidslivet

LITTERATUR

Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Berge, T. og Falkum, E. (2013). *Se mulighetene, arbeidsliv og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bredland, E. L, Linge O. A. og Vik, K. (2008). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani, forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eide, H og Eide, T, (2010). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fellesorganisasjonen, (2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Utarbeidet av seksjonsrådet for vernepleiere.

Hutchinson, G. S. (2009). *Barnevernpedagog, sosionom, vernepleier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hånes, H. (2013). *Psykisk helse i arbeidslivet*. Oslo: Rådet for psykiske helse.

Imsen, G. (2010). *Elevenes verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, K. og Gjertsen, H. B. (2010). *Forståelse i miljøterapi. Teori, forståelsesramme, kognisjon, emosjonell og psykologisk fungering, helse og miljø*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Johannessen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnsen, B. E., Bollingmo, L., Høium, K. (2008). *Det er mitt liv. Brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jonassen, R. H., Borg, M. (2013). *Ut i arbeidslivet på egne premisser*. Forskningsrapport nr. 8/2013. Drammen: Høgskolen i Buskerud.
- Kassah, A. K., Kassah, B., L., L. (2009). *Funksjonshemming. Sentrale ideer, modeller og debatter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kringelen, E. (2012). *Depresjon*. Stavanger: Hertervig Akademisk.
- Lillemyr, O. F. (2007). *Motivasjon og selvforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Linde, S. og Nordlund, I. (2012). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, P. (2011). *Ansvar og etikk i miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mykletun A., Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (FHI-rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Owren, T. (2010). «Else skal på NAV» - om psykisk lidelse og begrepet funksjonshemming. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røkenes, O. H., Hanssen, P. H. (2010). *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Selboe A., Bollingmo L., Ellingsen K. E. (2005). *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Steiro, T. (2006). *Bedre kommunikasjon. Praktiske teknikker og konkrete eksempler for effektiv kommunikasjon*. Stjørdal: Læringsforlaget.

Stene, M. (2003). *Vitenskapelig forfatterskap. Hvordan lykkes med skriftlige studentoppgaver*. Oslo: Kolle Forlag.

Stortingsproposisjon nr. 1 (2009-2010). Nasjonalbudsjettet. Finansdepartementet.

Tøssebro, J. (2009). *Funksjonshemming. Politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid, i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nettkilder

Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, (2007-2012)*.

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>

(Lastet ned: 26.09.2014)

Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet.

Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016).

<http://www.regjeringen.no/upload/AD/publikasjoner/rapporter/2013/OppfPlanArbogPsykHelse.pdf> (Lastet ned: 26.09.2014)

Bibsys.no/oria-ny-soketjenste-for-studenter-og-forskere/ (Lastet ned: 23.10.2014).

Helsedirektoratet. (2012). *12 kommuner etablerer Rask psykisk helsehjelp*.

<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/12-kommuner-etablerer-rask-psykisk-helsehjelp.aspx> (Lastet ned: 08.09.2014)

Holte, A. (2012). *Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser*.

www.psykologtidsskriftet.no/index.php?Seks_id=268860&a=4 (Lastet ned: 05.09.2014).

St.meld. nr. 34 (1996-97). *Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*, Arbeids- og sosialdepartementet.

www.regjeringen.no/mobil/nb/dept/asd/dok/regpubl/stmld/19961997/st-mld-nr-34_1996-97/2.html?id=191144 (Lastet ned: 24.09.2014)

St.meld. nr. 40 (2002-2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*, Arbeids- og sosialdepartementet

http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/040/PDFS/STM200220030040000DDDDPD_FS.pdf (Lastet ned: 02.10.2014)

Vedlegg

Vedlegg 1:

Samtykke til høgskolens bruk av kandidat-, bachelor- og masteroppgaver.

Vedlegg 1.

SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV KANDIDAT-, BACHELOR- OG MASTEROPPGAVER

Forfatter(e): Inger Karin Dullum og Hjørdis Fordal

Norsk tittel: Psykisk helse og arbeidsliv

Engelsk tittel: Mental health and work life

Studieprogram: Vernepleie bachelorgradsstudium, deltid

Emnekode og navn: VPL 310 Bacheloroppgave i vernepleie

Vi/jeg samtykker i at oppgaven kan publiseres på internett i fulltekst i Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: 01.01.2015

Dato: 12.11.2014

Inger Karin Dullum

underskrift

Hjørdis Fordal

underskrift

