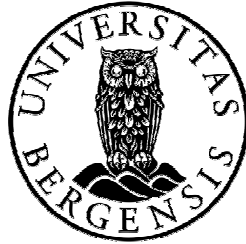


Arbeid og psykisk helse

Tittel: Bør arbeid være en del av behandlingstilbudet til unge voksne med psykiske lidelser?

Lena Heitmann



Masteroppgave i helsefag, sykepleievitenskap
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Universitetet i Bergen

Vår 2010

Forord

Sagt om arbeid:

The greatest analgesic, soporific, stimulant, tranquilizer, narcotic, and to some extent even antibiotic – in short, the closest thing to genuine panacea – known to medical science is work.

- (Szasz 1973)

Først og fremst vil jeg takke alle deltakere i dette studiet som har gitt både av sin tid til å fylle ut skjemaer, men også gitt meg forsterket tro på at intervensjonen i dette studiet er mange steg i riktig retning innen behandling av alvorlig psykisk syke mennesker!

Jeg er spesielt takknemlig for gode råd og veiledning jeg har fått av Professor Kjell Kristoffersen, UIA, til gjennomføringen av dette studiet.

Jeg vil også takke statistiker Morten Aarflot ved SUS, for god hjelp til tolkning og analyse av datainnsamlingen.

I tillegg ønsker jeg å takke mine kollegaer som har hjulpet meg med datainnsamlingen, og kommet med gode råd underveis i dette studiet. En spesiell takk til mine nærmeste kollegaer Irene Grini og Wenche ten Velden Hegelstad, som har vært med i prosjektet JobbResept fra starten av, og bidratt med inspirasjon og motivasjon til gjennomføring av dette masterstudiet, tusen takk!

En spesiell takk til mine overordnede, seksjonsleder Frode Jåtten og avdelingsdirektør Randi Mobæk, begge i AUV, som hele tiden har trodd på intervensjonen i dette studiet og gitt meg anledning til å gjennomføre dette masterstudiet.

Til sist men ikke minst vil jeg takke min kjære mann Are for sin tålmodighet med meg den siste tiden, og for å ha bidratt til konstruktive og oppmuntrende diskusjoner underveis. Takk til Tori, Tuva og Sol som har heiet på mamma i denne prosessen.

Innhold

1. Forord.....	2
2. Sammendrag av masteroppgaven.....	4
3. Abstract.....	5
4. Innhold.....	6
4.1 Bakgrunn for studien.....	6
4.2 Teori grunnlag for studien.....	8
4.3 Studiens hensikt.....	9
5. Intervensjonen i studien.....	9
5.1 Ulike intervensjoner.....	11
5.2 Å måle intervensjonen.....	13
6. Metoden.....	14
6.1 Metodediskusjon.....	14
6.2 Implikasjoner for studien.....	15
6.3 Studiens reliabilitet og validitet.....	16
6.4 Diskusjon av resultatene.....	17
7. Konklusjon.....	18
8. Litteraturliste til innledningen.....	20
9. Artikkelen.....	22
10. Vedlegg	37
10.1 Forespørsel om studiedeltakelse, og samtykke erklæring.	
10.2 Instrumentene	
10.3 Godkjenning fra REK-Vest	
10.4 Figurer I-V	

Sammendrag av masteroppgaven

Bakgrunn: Arbeidsledighet er et stort problem blant mennesker med alvorlig psykisk lidelse selv om studier viser at opptil 70% av mennesker med diagnosen schizofreni uttrykker et ønske om ordinært lønnet arbeid. For å imøtekomme dette behovet er det utviklet ulike arbeidsrehabiliteringsprogrammer som kan benyttes. Denne studien ser på hvordan arbeid kan implementeres i behandling ved å anvende Individual Placement and support, IPS, som metode. Dette har vært med på å påvirke studiens hensikt.

Hensikt: Målet med denne studien er å undersøke om tidlig intervensjon med arbeid samtidig med behandling, for unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse, har effekt på deltakerenes tro på egen mestring og selvfølelse.

Metode: Dette studiet er et pilotstudie med et kvasiekperimentelt design.

24 pasienter ble rekruttert til å delta i dette studiet. 12 pasienter mottok intervensjonen arbeid i tillegg til tradisjonell behandling, og resterende 12 mottok kun tradisjonell behandling.

Deltakerne fylte ut to skjema ved baseline, og etter 3 måneder. Instrumentene som ble brukt var Rosenberg selvfølelses skala, RSES og General perceived self efficacy, GPSE.

Alle hadde før første måling samme behandlingstilbud, og ble matchet på diagnose, kjønn og alder.

Resultater: Denne pilotstudien fant ikke statistisk signifikant økning i selvfølelse eller tro på egen mestring fra baseline til post test måling.

Konklusjon: Pilotstudiens hypotese om at arbeid som intervensjon kan føre til økning i selvfølelsen og økt tro på egen mestring for unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse ble ikke støttet i denne studien. Årsak til dette kan være at studien har for få deltakere, og at tidsrommet mellom første og andre måling var for kort til å oppnå endringer. Likevel tyder mye på at det er behov for en slik tilnærming i behandlingen, da det er stor etterspørsel etter tilbudet blant pasientene.

Nøkkelord: Psykisk lidelse, arbeidsrehabilitering, tidlig intervensjon, selvfølelse og mestring.

Abstract

Background: Unemployment is a major problem among people with serious mental illnesses, even though studies show that up to 70% of people with the diagnosis schizophrenia expresses a wish to work.

Aims: This study wants to explore the association between early intervention using work together with treatment, for young people with serious mental illnesses, and if this has any effect on participants own sense of self-efficacy and self-esteem.

Method: This is a pilot study with a quasi-experimental design. 24 patients were recruited to participate in this study program. 12 patients received the intervention work in addition to traditional treatment, and the remaining 12 only received traditional treatment. Participants filled out two registration forms at baseline, and then again after 3 months. Instruments used were Rosenberg self-esteem scale, RSES, and General perceived self- efficacy scale, GPSE. All participants were matched on diagnosis, sex and age.

Results: This pilot study did not find any statistically significant increase in self-esteem or self-efficacy at follow up test.

Conclusion: The hypothesis about work as an intervention can increase participant's self-esteem and self-efficacy for young people with serious mental illness was not supported in this study. This study did not provide sufficient statistic power because of the small sample size. The period between baseline and follow-up was maybe too short to receive any changes at the scores.

Keywords: mental illnesses, vocational rehabilitation, early intervention, self-esteem and self-efficacy.

4. Innhold

En fyldig og mer utdypende beskrivelse om bakgrunnen for denne studien vil bli beskrevet i denne innledningen. Både den teoretiske og den forskningsmessige forankringen som ligger til grunne for studiet vil bli utdypet her. Intervensjonen i dette studiet er arbeidsrehabilitering ved bruk av IPS som metode, og betydningen av dette vil bli redegjort i første halvdel av denne innledningen, med fokus på intervensjonen som fenomen og hvordan intervensjonen har påvirket denne studiens forskningsspørsmål. Metoden blir diskutert i eget kapittel, der studiens reliabilitet og validet blir gjennomgått, og til slutt kommer en diskusjon av funnene med en konklusjon.

4.1 Bakgrunn for studien

I artikkelen presenteres et pilotstudie utført på egen arbeidsplass. 24 pasienter i samtidig behandling deltar i studien, 12 deltakere mottar intervensjonen arbeid og resterende 12 tilhører kontrollgruppen og mottar ikke intervensjonen. Alle 12 deltakere til eksperimentgruppen har et eget ønske om å komme i ordinært arbeid samtidig med behandling. For å måle om effekten av deltakelse i arbeid virker i helsebringende retning, er to instrumenter anvendt. Selvfølelse og tro på egen mestring blir målt med verktøyene RSES, Rosenberg selvføleleseskala, og GPSE, General perceived self-efficacy, ved baseline og igjen etter tre måneder i eksperimentgruppen, og de samme verktøyene anvendes i kontrollgruppen. Resultatene av dette som er presentert i artikkelen viser at det ikke er noen statistisk signifikant sammenheng mellom intervensjonen arbeid og påvirkning av selvfølelse eller tro på egen mestring. Likevel er det faktorer i denne studien og pågående forskning som viser at det å tidlig intervenere med arbeid kan ha stor betydning for behandlingsforløpet for unge voksne med alvorlig psykisk lidelse. Det å gjenoppta mest mulig av dagliglivets vanlige struktur har fått en sentral plass også i behandlingen av alvorlig psykisk syke mennesker.

Deltakelse i arbeidslivet har en sentral verdi i vårt samfunn. Arbeidsdeltakelse har betydning for den enkeltes identitet og stilling i samfunnet. Deltakelse i arbeid sikrer inntekt og reduserer fattigdom, og er avgjørende for verdiskapningen. Mestring og selvfølelse er i stor grad knyttet til arbeid. Mange som står utenfor eller i utkant av arbeidslivet, ønsker derfor å være i arbeid.

Mennesker med psykiske lidelser utgjør en stor del av dem som står utenfor arbeidslivet, eller står i fare for å falle ut.

En har i økende grad realisert seg dette, slik at arbeid i dag er et prioritert område i

Opptappingsplanen for psykisk helse. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse retter fokus

mot personer med psykiske lidelser under 35 år, som i økende grad blir uførepensjonert. Det fremheves at det er behov for smidige og individuelt tilpassede tilbud med mulighet for kontinuitet og oppfølging over tid, samarbeid på tvers av instanser og økt kompetansebehov for feltet arbeid og psykisk helse. Planen presiserer følgende: ”Både Opptrappingsplanen og nasjonal helseplan fokuserer på at helse- og sosialtjenesten skal bidra til at brukerne av tjenestene i størst mulig grad mestrer eget liv og at de selv, gjennom deltakelse i arbeid og aktiviteter i fritiden, kan finne en meningsfull hverdag.”(Arbeid-og Inkluderingsdepartementet 2007-2012).

Et grunnleggende og vedvarende kjennetegn ved alvorlig psykisk lidelse som schizofreni er kognitiv svikt. Pasienter med schizofrenispekter lidelser har svikt i de fleste kognitive funksjoner, men de mest utpregede er først og fremst relatert til oppmerksomhet, hukommelse og eksekutiv funksjon, det vil si evne til problemløsning, mental fleksibilitet og reguleringsfunksjon. Det er forskningsmessig dekning for å si at den kognitive funksjonen spiller en mer vesentlig rolle for hvordan pasienten fungerer sosialt og i yrkesmessig sammenheng enn tidligere antatt (Malla 1997). For å imøtekomme dette, og det økende behovet for en mer aktiv behandlingssituasjon, ble det i 2003 ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS), Psykiatrisk divisjon (daværende Rogaland psykiatriske sjukehus) startet et arbeidsrehabiliterings prosjekt for pasienter som senere fikk navnet JobbResept. Prosjektet har en generell målsetning om å øke andelen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser, primært psykosepasienter, som er i betalt arbeid.

I tråd med de nasjonale retningslinjene og forskning innen schizofrenispekteret som i økende grad ser på de mer helsefremmende prosessene innen behandlingen, ble det i 2006 innledet et samarbeid mellom Psykiatrisk Divisjon og NAV-arbeid om JobbResept. En stor fordel med å knytte et arbeidsrehabiliteringsprosjekt for personer med psykisk lidelse opp til en institusjon for psykisk helsevern er muligheten til å innpasse pasientens rehabilitering i behandling for øvrig. Den 1. januar 2007 inngikk Stavanger universitetssykehus, Psykiatrisk Divisjon og NAV et formelt samarbeid om JobbResept. Prosjektet inngår i NAV sin storbyatsning. Prosjektet har tre stillingshjemler for jobbkonsulenter, den ene finansieres av NAV og de to andre av Stavanger universitetssykehus, Psykiatrisk Divisjon. Prosjektet er det eneste i sitt slag i Norge.

Tradisjonelt sett har arbeidsrehabiliterings programmer blitt iverksatt *etter* endt sykehusbehandling, slik at det har blitt administrert via kommunale tiltak eller NAV. Programmene har da blitt sett på som en utprøving av arbeidskapasiteten før ordinært arbeid har vært vurdert, da gjerne i NAV-bedrifter eller andre vernede bedrifter. I JobbResept blir tiltaket arbeid iverksatt samtidig med behandling.

Etter henvisning fra hovedbehandler blir deltakeren invitert til et kartleggingsintervju. Her blir deltakerens ressurser, begrensninger og interesser kartlagt. Jobbkonsulenten tar direkte kontakt med den bedriften som kan ”matche” deltagerens interesser og muligheter. Det lages en plan for

opptrapping av arbeidsinnsats og veiledning for bedriften. En person i bedriften er ansvarlig for veiledning av deltakeren. Denne personen i bedriften har regelmessige samtaler med jobbkonsulenten ved JobbResept. Trekantsamtaler der jobbkonsulenten, deltakeren og bedriftens veileder deltar arrangeres så hyppig som det er behov for, men regelen er ukentlig eller hver 14.dag. Målet for disse samtalene er å evaluere perioden som har vært og sette nye mål fremover. Overordnet målsetning er at deltakeren kommer i et betalt arbeidsforhold. Samarbeid mellom deltakeren, JobbResept og arbeidsgiver er i utgangspunkt ikke tidsbegrenset, men i praksis avtar behovet for veiledning som oftest gradvis. Fra og med 1. januar 2007 er det blitt inkludert cirka 140 pasienter.

4.2 Teori grunnlag for studien

De prosessene som støter ut psykisk syke av arbeidsmarkedet styres slik en kan vurdere det av flere typer faktorer. Innen helsetjenestene er det lang tradisjon for å skåne pasienter mest mulig mot stress, deriblant også arbeid, men det har også innen det ordinære arbeidslivet manglet egnet tilrettelegging for mennesker med psykiske lidelser. Og til sist er der også intrapsykiske faktorer som hindrer personer med psykisk lidelse i å søke arbeid. Så som at mange ønsker å kunne arbeide, men tviler på sine evner til å lykkes. I en studie utført av Lysaker et.al, som omhandler arbeidsrehabiliterings effekt på deltakernes håp og egen tiltro til å kunne arbeide, ble faktorer som stigma, behandlers negative forventning og lidelsen i seg selv, nevnt som mulige årsaker til at en ikke trodde at det kunne være mulig å jobbe. Mange så på seg selv som minimalt kompetente, med lav sosial verdi og med liten mulighet til å kunne påvirke sitt eget liv (Lysaker, Bond et al. 2005).

Dette negativet synet på egen tro til mestring er ikke bare en stressfaktor for den enkelte men i tillegg fungerer dette som selvpoppfyllende profeti og begrenser individet i å være problemløsende, og til å bli et uavhengig individ. De fant videre i studien at manglende tro på egen mestring predikerer et dårlig arbeidsforhold, i tillegg hadde det også innvirkning på deltakelsen i behandlingen og generelt dårligere sosial fungering (Lysaker, Bond et al. 2005).

Flere kvantitative studier av blant andre Bond et.al. har sett på sammenhenger mellom arbeidssrehabilitering og selvfølelse hvor de blant annet har brukt Rosenbergs Selvfølelses skala. Resultatene de kom fram til var forskjellig. Bond et al. viser til at selvfølelsen var bedre hos deltakerne i betalt arbeid enn kontrollgruppen (Bond 2001). Mens Torrey et al. fant varierende sammenheng mellom økning i selvfølelse og deltakelse i arbeid. De fant faktorer som talte for at selvfølelsen kunne være et mer stabilt trekk ved deltakerene. Videre var selvfølelsen vel så avhengig av generell tilfredshet i livet, interpersonlige relasjoner, symptomer og bivirkninger av medisiner (Torrey, Mueser et al. 2000).

Rehabilitering av personer med psykose har lenge vært basert på stress-sårbarhetsmodellen, som forenklet sier at mennesker med psykose i størst mulig grad må skånes for stress. Og at symptomer på psykisk lidelse er en konsekvens av en psykobiologisk sårbarhet kombinert med stress i miljøet. Tanken bak modellen er at ulike mennesker har ulik sårbarhet for å utvikle sykdom (McFarlane, Clark et al. 2005).

4.3 Studiens hensikt

Man antar nå at også for personer med psykose kan meningsfylt arbeid bidra til bedre selvfølelse på tross av at det kan være stressfylt, bedre sosial funksjon og mindre depresjon. Men dette har ikke blitt undersøkt skikkelig og en vet for lite om hvordan arbeid og veiledning må tilrettelegges for den enkelte deltaker. Videre vet en ikke nok om betydningen av pasientens læringsevne i rehabiliteringsprosessen. En vet også for lite om i hvilken fase i sykdomsprosessen man kan starte opp med arbeidsrehabilitering.

Det er altså relativt få mennesker med alvorlige psykiske lidelser som er i arbeid, til tross for at arbeid kan føre til bedring i lidelsen (King, Waghorn et al. 2006).

Fortsatt finnes det lite forskning som omhandler unge voksne med alvorlig psykisk lidelse og arbeidsrettet rehabilitering. Det meste av forskning som er presentert i de store databasene omhandler mennesker i voksen alder, med gjennomsnittsalder godt over 30 år. Unntaket er Killackey et.al, som har sett på arbeidsrehabilitering som intervensjon for de med første episode psykose, i Australia. De fant at IPS metoden var et godt redskap for å hjelpe mennesker med førstegangs psykose ut i arbeid. Videre fant de at metoden har økonomiske, sosiale og helsebringende gevinster (Killackey, Jackson et al. 2008) Mangelen på denne type kunnskap i Norge, om hvordan unge voksne med alvorlig psykisk lidelse opplever å delta i arbeidsrettet rehabilitering, og om dette har påvirkning på selvfølelsen og tro på egen mestring, har vært hensikten bak denne studien.

5. Intervensjonen i studiet

Denne studien har hatt som mål å undersøke om arbeid har betydning for enkeltmenneskets helse. Å isolere en liten bit av et menneskets behandling og liv for å studere dette, er som å ta noen få puslespillbrikker og prøve å danne et helt bilde av de. Hva som defineres som god helse vil være svært individuelt fra person til person. Mitt hovedmål har vært å se på hvilken betydning arbeid har for enkeltmennesket, dette er basert på lang erfaring som behandler av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Denne erfaringen har gitt meg troen på at å kunne arbeide er en viktig del av et menneskets ønske om et normalt liv, uavhengig av diagnose eller ikke. Anthony et.al sier at det

finnes fire plattformer i all psykiatrisk behandling som må knyttes sammen, de fire er: helse, arbeid/skole, nettverk og bosituasjon (Anthony 2002). På den måten tenker jeg at arbeid er en viktig brikke i enkeltmenneskes liv. Arbeid og yrkestilknytning gir identitet, det engasjerer, og det gir livet rytme og struktur. Å ha en arbeidsplass er en viktig kilde til sosial kontakt. Å falle utenfor arbeidslivet har vist seg å være en risikofaktor for helsen, derfor tenker jeg at deltakelse i arbeidslivet også er helsefremmende. Som tidligere beskrevet har mye av behandlingen av personer med alvorlig psykisk lidelse vært preget av at disse menneskene må skånes for stress, og det har blitt hevdet at å arbeide er svært stressfylt. Mange av deltakerne i dette studiet har hevdet at det å komme ut i jobb, eller tilbake til jobb, er både meningsfylt og helsefremmende. For mange har det ført til at de kan se en opplevelse av sammenhenger, spesielt når arbeid er en integrert del av behandlingen, og ikke noe som settes ”på vent” til behandling er avsluttet. Hvis man tenker på Antonovskys salutogenetiske måte, kan også stressfaktorer være helsefremmende (Antonovsky 2002). I alle fall når de porsjoneres ut i riktig mengde. Rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser står altså forankret i en tradisjon som lenge har vært basert på at disse personer i størst mulig grad må skånes for stress (Corrigan and Watson 2007). På bakgrunn av nyere forskning kan det se ut som dette ofte har resultert i en for forsiktig satsing på arbeidsrettet rehabilitering, særlig av psykose pasienter. Anthony et.al hevder at tidlig igangsetting av tiltak, som arbeid i et rehabiliteringsperspektiv, kan og bør gjøres også ved høy forekomst av psykosesymptomene (Anthony 2002). Innad i spesialisthelsetjenesten ser en ofte en betydelig forsinkelse fra det tidspunkt det enkelte mennesket utvikler en psykose og til adekvat hjelp igangsettes. Varighet av ubehandlet psykose, det vil si tiden fra første tegn på psykose og til adekvat behandling gis, er i den vestlige verden ofte 1–2 år. Sammen med en prodromalfase av ca. ett års varighet (i snitt), innebærer dette at unge mennesker som utvikler en schizofrenilidelse kan gå ubehandlet i 2–3 år.

Sjeflege Jan Olav Johannessen ved Psykiatrisk divisjon, SUS, skriver i en artikkel publisert i tidsskriftet for den norske lægeförening følgende; Schizofreni er en av våre største helsepolitiske utfordringer de neste årene. Tiden det tar før en psykose behandles, må forkortes.

Forskningsinnsatsen knyttet til schizofreni står ikke i forhold til den samfunnsmessige betydning sykdommen representerer (Johannessen 2002). I vid forstand kan en si at tidlig intervensjon har to hovedanliggender: det første er å forhindre utviklingen av schizofreni hos mennesker med prodromal symptomer; det andre er å igangsette effektiv behandling til mennesker i de tidlige fasene av schizofreniutviklingen, hovedmålet er å redusere den alvorlige sykdomsutviklingen. Behandlingsfilosofien i JobbResept bygger blant annet på en metode som ofte blir kalt ”Boston metoden” den beskrives i boken Psychiatric rehabilitation av Anthony et.al. Det er en rehabiliteringsmetode som går over fire faser, der prosessen som helhet er syklisk, det vil si at

fasene overlapper hverandre og gjentas mange ganger i løpet av rehabiliteringsperioden. Første fase består av grundig diagnostikk av den enkeltes ressurser og utfordringer. Både kognitiv funksjon, symptomer, varselsignaler, medisinbruk, rusmisbruk og ressurser i det sosiale nettverket hører innunder første fase. Etter denne grundige utredningen vil en ha kunnskap om pasientens mot og evne etil fremtidsorientering, det som kalles ”rehabilitation readiness”. I tredje fase settes det opp rehabiliteringsmål og rehabiliteringsdiagnose, dvs, spesifikke og konkrete delmål, og i fjerde fase settes rehabiliteringsplanen ut i livet. Fasene rammes inn i behandlingsplanen, som oppdateres og brukes som arbeidsredskap kontinuerlig, og der arbeid også blir en del av den individuelle planen (Anthony 2002).

I JobbResept skal målet inneholde en konkret type arbeide, aller helst en konkret arbeidsplass. Rehabiliteringsdiagnosen er en beskrivelse, ut fra den samlede utredningen, av pasientens ressurser og utfordringer i forhold de spesifikke rehabiliteringsmålene. Etter hvert settes rehabiliteringsplanen ut i livet. Behandlere har ansvar for individuell tilrettelegging og oppfølging, mens jobbkonsulentene i JobbResept har ansvar for kommunikasjon med arbeidsgivere og kontaktperson på arbeidsplassene. Det legges vekt på å få til en gradvis progresjon fra grunnleggende ferdigheter og begrenset ansvar for egen læring og fungering, til mer komplekse ferdigheter og økt ansvar for egen utvikling (Heitmann 2007). De fleste deltakerne i JobbResept har alvorlig psykisk lidelse, flertallet har psykoselidelser og affektive lidelser, og av disse har noen ruslidelse i tillegg. En alvorlig psykisk sykdomsepisode medfører tap av fremtidsperspektiv, negative konsekvenser for selvbilde og tap av sosiale roller. Endring av den kognitive funksjon er i seg selv traumatisk og har store konsekvenser for den enkelte. Etter grundig utredning i samarbeid med den enkeltes behandler i avdelingen kan arbeidsrehabiliteringen starte. Den arbeidsrehabiliteringsmetoden som passer til behandlingsfilosofien bak JobbResept er IPS metodikken.

5.1 Om ulike intervensjoner med arbeid

Det finnes også mange andre arbeidsrehabiliteringsprogrammer for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Eksempel på slike er vernede arbeidsplasser der man jobber sammen med andre som har lignende diagnoser, og gruppevis jobber i for eksempel produksjon på en fabrikk, dette var vanlig tidligere. Dette kan sikkert fungere for enkelte mennesker, men det fratår deltakeren muligheten for å ha kollegaer som ikke er syke, i tillegg er det usikkert hvorvidt opplæring av ferdigheter knyttet til en type arbeid har noen overføringsverdi til ett annet arbeidsfelt.

Psykososiale arbeidsrehabiliterings programmer involverer alt fra før-jobb trenings kurs, til jobbsøk kurs og ferdighetstrening før jobb. Felles for alle disse intervensjonene er at de følger den klassiske steg for steg tenkningen, altså en ”train and place” metode før jobb. Kritikken mot å arbeide etter

denne metoden har gått ut på at klientene har blitt værende i behandling og pleie for lenge til å klare å komme ut i en ordinær jobb (Corrigan 2006; Corrigan 2008).

Supported employment, SE, på norsk Arbeid med bistand, skiller seg ut fra de foregående programmene på den måten at det er ”place and train” som er hovedmålet, og dette igangsettes så tidlig som mulig i behandlingen. Individual Placement and Support, IPS, er en form for arbeid med bistand eller Supported employment, SE, som oppsto i USA på begynnelsen av 90-tallet.

Oppfølgingen gir en relativ standardisert form for bistand i tett samarbeid mellom klinisk personale og sysselsettingsspesialister (Anthony 2002). Den har også blitt implementert i flere europeiske land og i Skandinavia. IPS er evidensbasert og viser til gode resultater i forbindelse med arbeidsrehabilitering (Corrigan 2008).

JobbResept anvender denne metoden tilpasset norske forhold i jobbsøk og oppfølging på arbeidsplassen. Det særegne med JobbResept er at prosjektet er forankret i spesialisthelsetjenesten og ikke i en arbeidsmarkedsbedrift, slik for eksempel arbeid med bistand og andre arbeidsrehabiliteringstiltak vanligvis er.

IPS bygger på at alle mennesker har mulighet til å klare et vanlig arbeid i ordinært arbeidsliv med individuell tilrettelagt oppfølging, en inkluderende arbeidsplass og et meningsfullt arbeid.

IPS metoden kjennetegnes av seks nøkkelpinsipper (Bond 1998):

1. Fokus er rettet mot det ordinære arbeidsliv, og vanlig betalt arbeid er målet;
2. Rask etablering av en arbeidsplass etter første henvendelse;
3. Tett samarbeid mellom rehabiliteringstiltaket og behandlingstiltak for psykisk helse
4. Fokus på brukerperspektiv, arbeidsplass må matche deltakerens ønsker og forutsetninger.
5. Kontinuerlig og omfattende kartlegging både ved oppstart og senere;
6. Ikke tidsbegrenset oppfølging.

Også et syvende prinsipp blir nevnt i litteraturen, der fokus er trygderettigheter og bistand til dette (Bond, 2004).

Deltakerne i dette studiet ønsket å være aktivt deltakende i egen behandling, og ønsket hjelp til å komme tilbake i arbeid. For de som mottok intervensjonen arbeid var arbeidstid og mengde svært forskjellig. Noen jobbet så lite som to timer i uken, andre opptil fire fulle dager per uke. Grad av oppfølging og veiledning på arbeidsplass varierte, de som jobbet minst var som regel de som trengte mest bistand direkte på arbeidstid av jobbkonsulenten. Arbeidsplasser som ble benyttet var blant annet lagerarbeid, helse og omsorgs sektor, bygg og anleggs bransjer, elektronikk kjeder, diverse butikker, kafe og restaurant steder. Arbeidsplass ble matchet den enkeltes ønske om hvilke typer arbeidsoppgaver som kunne passe, og ut fra tidligere utdanning og erfaring. Flexibiliteten i intervensjonen ga rom for en forsiktig oppstart av arbeid tilpasset den enkeltes behov.

Intervensjonens hovedmål er rask etablering med en konkret arbeidsplass. Det er verdt å merke seg at alle deltakerne i dette studiet hadde en eller annen form for trygdeytelse, slik at oppstart av jobb ikke medførte utbetaling av lønn, for alle beholdt sin trygdeytelse. Dermed var ikke lønn hovedmålet for deltakelse i arbeid, men motivasjonen bak deltakelsen dreide seg om et ønske om å gjenoppta de normale funksjonene i livet og på sikt klare seg uten trygdeytelse.

5.2 Å måle intervensjonen.

I denne studien har hensikten vært å måle om intervensjonen arbeid har hatt effekt eller påvirkningskraft på selvfølelse og tro på egen mestring. Flere internasjonale studier av blant andre (Bond, Drake et al. 2008; Killackey, Jackson et al. 2008) viser til at det å oppnå ordinær lønn er et av hovedmålene med intervensjonen. Videre er det litt uklart hvorvidt det finnes suksesskriterier med intervensjonen utover det å komme i en ordinær betalt jobb, og holde ut i jobb over tid.

Følgelig er poenget med arbeidsrehabilitering å øke arbeidsdeltakelse for mennesker med psykiske lidelser, sånn sett er det naturlig å måle nettopp det.

IPS ble konstruert for å hjelpe mennesker ut i arbeid på en mest mulig fleksibel måte, den gir rom for at den enkelte deltaker kan finne sin riktige balanse mellom aktivitet og hvile. Psykisk sykdom kan være både årsak til ikke klare å komme i jobb, og årsak til at mange ikke klarer å holde på en jobb. IPS metoden kan være et godt redskap for å imøtekomme ønskene til mennesker med alvorlige psykiske lidelser som gjerne vil jobbe, og det kan føre til fordeler ikke bare på individnivå men også på samfunnsøkonomisk nivå. Mye av tidligere forskning vist til i denne studien har indikert at deltakelse i arbeid med IPS kan være en direkte årsak til symptomforbedring, og at kognitiv forbedring kan være et indirekte resultat av deltakelse i arbeid med IPS. I denne studien har en ikke målt symptomnivå før intervensjonen ble iverksatt, men målt selvfølelsen og tro på egen mestring, elementer som er nærmere knyttet til kognisjonen. Likevel kan ikke denne studien finne statistisk signifikant endring fra baseline til andre måling. Studier av blant andre Anthony et.al hevder at en bør starte opp med tidlig rehabilitering av funksjonsnivå på tross av høy forekomst av de mer positive symptomer, de aktive psykosesymptomer, dette er en salutogenetisk tenkemåte, på den måten at en ikke ser symptomene som et hinder for deltakelse i f.eks. arbeid, men at en tar symptomene og lidelsen i betraktning og gir rom for arbeidsdeltakelse på tross av de. Noen studier viser til at sjansen for å lykkes ut i arbeid synes å ha sammenheng med varighet av sykdommen, spesielt de negative symptomene ved schizofreni (Fenton and McGlashan 1991) da spesielt i forhold til affektflathet og manglende evne til å kunne glede seg. Lysaker og Bell fant liknende sammenhenger mellom negative symptomer og arbeidsinnsats(Lysaker and Bell 1995).

Likevel må det alltid vurderes hvor invalidiserende symptomene og plagene av de kan være for den enkelte deltaker før igangsetting av arbeid skjer. Her kan IPS metoden være et godt redskap for å

finne en individuelt tilpasset arbeidsmengde. Resultatene fra datainnsamlingen viser at idnummer 10 i eksperimentgruppen er den deltakeren som skårer seg selv aller lavest på begge instrumentene før oppstart av arbeid. Idnummer 10 er også missing data på 2.måling. Denne deltakerne ønsket å arbeide men hadde nærmest ingen tro på sine egne evner til å mestre dette, kombinert med lav selvfølelse. Kan denne informasjonen predikere grad av "rehabilitation readiness" som bør være tilstede før intervensjon med arbeid kan igangsettes? Dette er ikke tatt hensyn til ved igangsetting av arbeidstiltak for noen i eksperimentgruppen, det er heller ikke tatt hensyn til lengden på sykdomsvarighet før oppstart av arbeid. Å måle intervensjonen synes å være kompleks, IPS som metode involverer så mange ulike elementer at det vil det være nødvendig i fremtidige studier å se om summen av alle delene er viktigere enn de enkelte delene hver for seg.

6. Metodediskusjon:

Denne pilotstudien har anvendt et kvasiekperimentelt design for å besvare forskningsspørsmålene. Den største styrken ved dette designet er at den er praktisk anvendelig, og at den tydeliggjør hva som skal måles med hva i denne studien. Planlegging av studien har foregått ved gjennomgang av eksisterende forskning. Kunnskap om emnet som skal studeres ble gjort for å klargjøre studiens hensikt og forskningsspørsmål, og har vært denne studiens empiriske bakgrunn. Det er funnet mye relevant litteratur om arbeidsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser, samtidig som det er en mengde forskning som pågår og artikler som er publisert omkring emnet blir presentert i artikkelen. Spesielt om ulikhetene og effekten omkring tradisjonell arbeidsrehabilitering, og IPS. Denne studien er en forstudie av intervensjon på egen arbeidsplass. Der målet for intervensjonen er å hjelpe folk ut i arbeid samtidig med pågående behandling. Studien undersøker om det fremkommer endring i deltakernes opplevelse av selvfølelsen og tro på egen mestring. Utvelgelsen av deltakere til eksperimentgruppen ble valgt av praktiske hensyn når en aktuell kandidat ble henvist til JobbResept. Denne studien anvender de samme selvutfyllingsskjema som er en del av kartleggingspakken til JobbResept. Informasjon om studien ble gitt av jobbkonsulent under kartleggingsprosessen og deltaker ga frivillig samtykke til deltakelse. Kontrollgruppen ble identifisert i samme avdeling som JobbResept tilhører. Denne utvelgelsen ble gjort ved gjennomgang av den totale pasientmassen. I og med at alle hadde tilhørighet til samme avdeling var de diagnostiske kriteriene matchet. Likevel er det store individuelle forskjeller på lengden og graden av sykdom. Alderskriterier ble også oppfylt på samme måte, i likhet med kjønn. Dermed var

matchingen utført. Deretter ble hovedbehandlerne til den aktuelle kandidat for kontrollgruppen informert om studien, og videre var det den enkelte hovedbehandler som innhentet samtykke til deltakelse i studiet, og var tilstede ved utfylling av skjemaene, de hadde også ansvar for å gjenta prosedyren etter tre måneder. Skjematrøtthet kan være en fare i dette studiet. Spesielt for kontrollgruppens del, da denne studien overhodet ikke ga noen fordeler for kontrollgruppens deltakelse. Mangel på kontroll under selve skjemautfyllingen har vært en svakhet ved å anvende denne metoden, da det var opp til den enkelte behandler å formidle studiens hensikt. Selve prosessen ved at det har vært selvutfyllingsskjema i denne studien har ført til mangel på kontroll. En har ikke forsikret seg om at deltakerne har forstått hensikten bak studiet, eller de enkelte spørsmål i skjemaene. Samtidig har dette foregått uten påvirkning fra forskeren. Den største svakheten ved å anvende denne metoden i dette studiet har vært at den ikke lett fanger opp de endringene som var ønskelig å se på i dette studiet, på grunn av det lave antallet deltakere. Kompleksiteten i tidsaspektet, følelser, symptomer og sosial fungering, påvirker de uavhengige variablene som er brukt. Dette er faktorer knyttet tett opp til egen selvfølelse og tro på egen mestring. Å kunne levere rigide resultater tatt ut fra komplekse og sosiale situasjoner som er i kontinuerlig endring har vært en utfordring for dette studiet. Hadde denne studien hatt et større antall deltakere ville endringer fremsatt av intervensjonen vært lettere å måle, og kanskje ville det kommet tydeligere fram hva som er sammenhenger mellom årsak-virkning i dette studiet.

I og med at dette er et pilotstudie, og at det har vært tidsbegrensninger for å gjennomføre studien var det likevel ikke mulig å rekruttere flere deltakere. Som et forstudie til en større undersøkelse har likevel metoden fungert hensiktsmessig. I ett større studie kunne det vært interessant å få frem hvilken betydning intervensjonen arbeid har hatt på den enkelte deltaker, i form av myke data som håp, mening og opplevelsen av å delta i arbeid. Tatt i betraktning av at denne intervensjonen er igangsatt samtidig med behandlingen vil det være klinisk interessant å undersøke nærmere hvilken påvirkning deltakelse i arbeid har på symptomer og sykdomsutviklingen, samt nevrokognitiv utredning.. En slik studie bør da forsøke å randomisere deltakerne slik at det vil være tydeligere å se på årsak virknings sammenhenger.

6.1 Implikasjoner for dette studiet.

Idag finnes det mange tidlig oppdagelses programmer, som har som mål å starte utredning og behandling av symptomer på et så tidlig tidspunkt i psykoseutviklingen som mulig. Resultatet av dette, og bedre medikasjon fører til at behandlingen igangsettes tidligere enn før. Dette betyr at deltakerne i denne studien er relativt unge og i faser av livet der arbeid og utdanning står sentralt. Studier viser at sysselsettingsraten hos personer med schizofrenidiagnose er noe høyere hos de som

kun har hatt en psykotisk episode (Marwaha and Johnson 2004). Det vil si at oppstart av behandlingen tidlig i sykdomsforløpet kan være med på å forebygge kronifiserende utvikling, og unngå flere psykosetilbakefall. Tilsvarende viser studier at personer med ubehandlet psykose er sykere og har større funksjonssvikt enn de som mottar behandling (Marshall 2005). Dette er med å underbygge troen på at tidlig intervensjon med arbeid er viktig å implementere i behandlingen. Deltakerne i dette studiet ønsket å være aktivt deltakende i egen behandling, og ønsket hjelp til å komme tilbake i arbeid. Mangelen på umiddelbare lønnsmidler hadde heller ingen påvirkning på ønsket om arbeidsdeltakelse. Motivasjonen dreide seg om å gjenoppta normale hverdagslige funksjoner. For de som mottok intervensjonen arbeid var arbeidssted og mengde svært forskjellig. Arbeidsplasser som ble benyttet var blant annet lagerarbeid, helse og omsorgs sektoren, bygg og anleggs bransjer, elektronikk kjeder, diverse butikker, kafe og restaurant steder. Arbeidsplass ble matchet den enkeltes ønske om hvilke typer arbeidsoppgaver som kunne passe, og tett oppfølging på arbeidssted ble gjort sammen med jobbkonsulent i JobbResept.

6.2 Studiens reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet er de to viktigste kriteriene for å vurdere kvaliteten på en studie, i tillegg kommer studiens generaliserbarhet. Reliabilitet referer til hvor nøyaktig og konsekvent informasjonen er innhentet. Statistisk reliabilitet referer til sannsynligheten for å få frem de samme resultatene med de samme måleinstrumentene til en annen gruppe, og om resultatene har betydning utover den gruppen som måles. I denne studien er det to ulike instrument som brukes for å måle intervensjonens effekt. I hvilken grad et instrument måler det den sier den skal måle, betegnes av Polit og Beck som validitet. De deler begrepet i indre og ytre validitet. Der indre validitet referer til i hvilken grad den uavhengige variabelen virkelig påvirker den avhengige variabelen (Polit 2008). Flere faktorer påvirker den indre validiteten i denne studien. Det innhentes data før intervensjonen starter og etter tre måneder. I løpet av den tiden intervensjonen varer vil det være en rekke andre faktorer som kan påvirke utfallet. I tiden mellom pretest og posttest kan endringer skje som forårsakes av helt andre faktorer enn intervensjonen. Behandlingstilbudet kan endres, modning hos den enkelte og ulike hendelser i livet er slike faktorer. Selve testingen kan også påvirkes, det kan være et ønske hos deltakeren om å bedre resultatet fra første til andre måling. Instrumentering er en faktor ved selve måleinstrumentet som kan påvirkes, og resultere i en kunstig endring. GPSE og RSES er de to instrumentene som er brukt i denne studien, begge verktøy er godt standardiserte til

bruk i studier av menneske med psykiske lidelser. Frafall er nok en faktor som truer studiens indre validitet, i denne studien var det to frafall til andre måling. De to som falt fra, tilhørte begge eksperimentgruppen. Når det gjelder den ytre validiteten handler det om hvorvidt funnene fra denne studien kan generaliseres til å gjelde andre enn det denne studien undersøker. Deltakerne i denne studien er valgt ut fra et bekvemmelighetsutvalg, og en kan ikke si at resultatene er representative for andre enn de som er med i denne studien. Men resultatene fra denne studien var ikke ment for å kunne generaliseres, da en av hensiktene med denne pilotstudien var å prøve ut om metoden kunne være praktisk å anvende for ett større studie. I følge Polit og Beck er de kvasiexperimentelle design den metoden som har størst bias. Med det mener de at tilfeldige og systematiske påvirkninger som kan føre til feil i resultatene (Polit 2008). Denne studien har flere svakheter, blant annet et lite antall deltakere, deltakerne er ikke blitt randomisert, tiden mellom pre og posttest er kort og studien kan ikke generalisere funnene fordi materialet ikke er statistisk representativt. En annen svakhet ved denne studien er at det kun benyttes kvantitative data hvor en får frem harde data om deltakernes egenrapportering, og den enkeltes ønske om å bidra til gode resultater kan være med på å påvirke resultatene. Også min forståelse av deltakelse og erfaring i JobbResept vil kunne spille en rolle i dette studiet, da forskningsfeltet er arena for min arbeidshverdag. I denne sammenheng kan det være eget ønske om at deltakelse i JobbResept fører til økt selvfølelse og bedring av tro på egen mestring, selv om det motsatte kan være tilfellet. Det var derfor viktig for meg å være kritisk under hele forskningsprosessen.

6.3 Diskusjon av resultatene

I denne studien ble en liten enhet studert der arbeid som tidlig intervensjon ble anvendt samtidig med behandling. Faktorer som er vesentlige for suksessfull rehabilitering til arbeid synes å være tett knyttet til syn på egne mestringsstrategier og eget selvbilde. Dysfunksjonell og negativ oppfatning av seg selv predikerer dårligere utfall på de fleste sosiale arenaer (Roe 2003) Men funnene fra denne studien finner ikke tilstrekkelig bevis for dette, mulig forklaring er et for lavt antall deltakere til at studien får nok statistisk kraft. Samtidig som det å måle selvfølelse og mestring vil være av subjektiv karakter. Intervensjonen som blir brukt i dette studiet kan også være for uklar til å fange opp relevante endringer. Igangsetting av arbeid utføres individuelt og sammen med forskjellige jobbkonsulenter, og det er ingen mulighet for å kontrollere at dette gjennomføres helt likt fra deltaker til deltaker. De ulike deltakere har også forskjellige behandlere, og hvordan disse påvirker behandlingen i løpet av studiens varighet er også helt individuelt. Hele poenget med IPS metoden, er å ivareta det enkelte individs begrensninger og ønsker. Dermed blir også ethvert tiltak unikt.

Selv om denne studien ikke finner signifikante sammenhenger mellom intervensjonen arbeid og økt tro på egen mestring og selvfølelse, er det likevel mange grunner til å anta at å integrere arbeid tidlig i behandlingssammenheng kan ha positiv effekt for å realisere og imøtekomme ønsker om arbeidsdeltakelse. Ønsker om dette i seg selv er en positiv og helsefremmende prosess. Dette bør fremheves av behandlere og gi større anledning til at den enkeltes brukermedvirkning og egen påvirkning til å fremme bedre helse vektlegges. Studier viser til at behandlerens negative tro på at individer ikke kan komme til å klare å jobbe på grunn av sin lidelse, henger nøye sammen med den enkeltes selvbilde og tro på egne mestringsstrategier (Hays and Buckle 1992). Mange behandlere vektlegger for tungt at arbeid er en stressfaktor og at pasienter derfor bør skånes for dette for å unngå symptomforverring. Istedet burde en snu dette rundt å tenke at en akkurat passe mengde stress kan være positivt og helsefremmende, spesielt ved å anvende IPS metodens fleksibilitet. Selv om denne studien ikke kan konkludere med økt tro på egen mestring eller økning i selvbilde, førte deltakelse i arbeid heller ikke til det motsatte.

Hva med som droppet ut av studien? Førte dette til nok et nederlag, og at intervensjonen førte til selvpoppfyllende profeti? Det er det ikke undersøkt i etterkant for. Da håp og motivasjon er sentralt for å lykkes med denne type behandling, er det mange som trenger hjelp til å holde håpet oppe. IPS metoden fremhever i ett av prinsippene at det må være et tett samarbeid mellom arbeidstiltaket og behandlingstiltak. Den enkeltes behandler er sentral i oppstartsfasen av intervensjonen arbeid, men like viktig er tett oppfølging videre når intervensjonen er iverksatt. Forutsetning for at denne metoden skal lykkes er at den enkeltes behandler er med på å holde håp og motivasjon oppe underveis og videre i hele denne prosessen.

7. Konklusjon

Å benytte IPS metoden samtidig i behandlingen av unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse, er en relativt ny måte å tenke rehabilitering på. Å bruke arbeid som tidlig intervensjon kan få stor betydning for den tradisjonelle praksisen. En vet nå at individer som oppfatter seg selv som virkningsfulle aktiverer tilstrekkelig innsats for å nå sine mål. Arbeidsrehabilitering har ikke tradisjonelt sett blitt knyttet til spesialisthelsetjenesten, men det er mange grunner som taler for at en burde integrere arbeid inn i behandlingsmoduler med å anvende IPS metoden. Spesielt siden denne metoden gir den fleksibiliteten som mange med alvorlig psykisk lidelse trenger for å nå sine mål.

Det finnes mange studier som viser til ulempene for individer med alvorlige psykiske sykdommer knyttet til det å være arbeidsledig, så som sosial marginalisering, høyere risiko for tilbakefall, tap av

roller og mulighet til å ha innflytelse over egen økonomi(Hoffmann, Kupper et al. 2000). Kognitiv svikt og negative symptomer, ser ut til å ha størst innvirkning på hvorvidt mennesker med alvorlig psykisk lidelse klarer å arbeide. Dette er med på å understøtte behovet for igangsetting av arbeid etter IPS prinsippene, hvor tett oppfølging og samarbeid innen behandlingsapparatet viser å være den arbeidsrehabilitering metoden som virker best for denne målgruppen(Cook, Lehman et al. 2005). Hvis det å implementere arbeid i behandling samtidig med symptombehandling kan føre til at en unngår kronifisering av sykdom, så bør og kan dette iverksettes fra spesialisthelsetjenestens side. Dette handler om et etisk og respektfullt menneskesyn.

Resultater fra dette pilotstudie kan gi føringer for videre forskning omkring intervensjonen arbeid.

Litteraturliste til innledningen

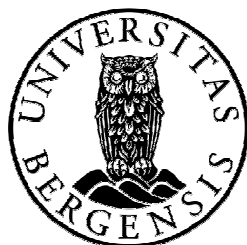
- Anthony, W., Farkas, M., & Cohen, M., Gagne, C. (2002). Psychiatric Rehabilitation. Boston, Boston University.
- Antonovsky, A. (2002). Helbredets mysterium. København, Hans Reitzels Forlag.
- Arbeid-og Inkluderingsdepartementet, H.-o. o. (2007-2012). "Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse."
- Bond, G. R. (1998). "Principles of the individual placement and support model: Empirical support." Psychiatric Rehabilitation Journal(22): 11-23.
- Bond, G. R., Becker, D.R., Drake, R.E., Rapp, C.A., Meisler, N., Lehman, A.F. et al. (2001). "Implementing supported employment as an evidence-based practice." Psychiatric services 52: 313-322.
- Bond, G. R., R. E. Drake, et al. (2008). "An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment." Psychiatr Rehabil J 31(4): 280-290.
- Cook, J. A., A. F. Lehman, et al. (2005). "Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment." Am J Psychiatry 162(10): 1948-1956.
- Corrigan, P., Kim, M., Bond, G., Drake, R., (2008). Principles and practice of Psychiatric Rehabilitation; An empirical approach. London, New York.
- Corrigan, P. W. (2006). "Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions." Expert Rev Neurother 6(7): 993-1004.
- Corrigan, P. W. and A. C. Watson (2007). "The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver." Community Ment Health J 43(5): 439-458.
- Fenton, W. S. and T. H. McGlashan (1991). "Natural history of schizophrenia subtypes. II. Positive and negative symptoms and long-term course." Arch Gen Psychiatry 48(11): 978-986.
- Hays, J. R. and K. E. Buckle (1992). "Self-efficacy among hospitalized mentally ill patients." Psychol Rep 70(1): 57-58.
- Heitmann, L. (2007). "JobbResept." Psykoppnytt 2: 17-21.
- Hoffmann, H., Z. Kupper, et al. (2000). "Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia -an exploratory study." Schizophr Res 43(2-3): 147-158.
- Johannessen, J. O. (2002). "[Schizophrenia--incidence and significance]." Tidsskr Nor Laegeforen 122(20): 2011-2014.
- Killackey, E., H. J. Jackson, et al. (2008). "Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual." Br J Psychiatry 193(2): 114-120.
- King, R., G. Waghorn, et al. (2006). "Enhancing employment services for people with severe mental illness: the challenge of the Australian service environment." Aust N Z J Psychiatry 40(5): 471-477.
- Lysaker, P. and M. Bell (1995). "Negative symptoms and vocational impairment in schizophrenia: repeated measurements of work performance over six months." Acta Psychiatr Scand 91(3): 205-208.
- Lysaker, P. H., G. Bond, et al. (2005). "Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work." J Rehabil Res Dev 42(5): 673-682.
- Malla, A. K. L., A.; McLean, T.; Rickwood, A.; Cheng, S.; and Norman, R.M.G. (1997). "Neuropsychological assessment as an aid to psychosocial rehabilitation of severe mental disorders." Psychiatric Rehabilitation Journal 21: 169-173.

- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. & Croudace, T. (2005). "Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review." Archives of General Psychiatry 62: 975-983.
- Marwaha, S. and S. Johnson (2004). "Schizophrenia and employment - a review." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39(5): 337-349.
- McFarlane, A., C. R. Clark, et al. (2005). "The impact of early life stress on psychophysiological, personality and behavioral measures in 740 non-clinical subjects." J Integr Neurosci 4(1): 27-40.
- Polit, D., Beck, CT., Ed. (2008). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice, Lippincott Williams & Wilkins
- Roe, D. (2003). "A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis." J Nerv Ment Dis 191(1): 45-49.
- Szasz, T. (1973). The second sin. New York, Anchor Press.
- Torrey, W. C., K. T. Mueser, et al. (2000). "Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness." Psychiatr Serv 51(2): 229-233.

Arbeidsrehabilitering og psykisk helse

Et pilotstudie som undersøker om arbeid som tidlig intervensjon i behandling ved alvorlig psykisk sykdom kan føre til økt opplevelse av mestring og selvfølelse?

Lena Heitmann



Masteroppgave helsefag, sykepleievitenskap
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Universitetet i Bergen

Vår 2010

Sammendrag for artikkelen

Bakgrunn: Arbeidsledighet er et stort problem blant mennesker med alvorlig psykisk lidelse selv om studier viser at opptil 70% av mennesker med diagnosen schizofreni uttrykker et ønske om ordinært lønnet arbeid.

Hensikt: Målet med denne studien er å undersøke om tidlig intervensjon med arbeid samtidig med behandling, for unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse, har effekt på deltakerenes tro på egen mestring og selvfølelse.

Metode: Dette studiet er et pilotstudie med et kvasiekperimentelt design.

24 pasienter ble rekruttert til å delta i dette studiet. 12 pasienter mottok intervensjonen arbeid i tillegg til tradisjonell behandling, og resterende 12 mottok kun tradisjonell behandling.

Deltakerne fylte ut to skjema ved baseline, og etter 3 måneder. Instrumentene som ble brukt var Rosenberg selvfølelses skala, RSES og General perceived self efficacy, GPSE.

Alle hadde før første måling samme behandlingstilbud, og ble matchet på diagnose, kjønn og alder.

Resultater: Denne pilotstudien fant ikke statistisk signifikant økning i selvfølelse eller tro på egen mestring ved post test måling.

Konklusjon: Pilotstudiens hypotese om at arbeid som intervensjon kan føre til økning i selvfølelsen og økt tro på egen mestring for unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse ble ikke støttet i denne studien. Årsak til dette kan være at studien har for få deltakere, og at tidsrommet mellom første og andre måling var for kort til å oppnå endringer.

Nøkkelord: Psykisk lidelse, arbeidsrehabilitering, tidlig intervensjon, selvfølelse og mestring.

Bakgrunn

Arbeidsdeltakelse har betydning for den enkeltes identitet og stilling i samfunnet. Deltakelse sikrer inntekt og reduserer fattigdom, og er avgjørende for verdiskapningen. Mennesker med psykiske lidelser utgjør en stor del av dem som står utenfor arbeidslivet, eller står i fare for å falle ut. Det finnes relativt lite forskning som undersøker sammenhenger mellom betydningen av å være i arbeid samtidig med behandling, for unge mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Deriblant årsaker til hva som skal til for at mennesker med disse lidelsene skal kunne få mulighet til å arbeide.

Forskning viser at arbeidsledigheten er høy blant unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse, selv om flere undersøkelser viser at de aller fleste med disse lidelsene ønsker å kunne jobbe (Killackey, Jackson et al. 2008). Det å ha en ordinær jobb er forbundet med symptomatologisk bedring for personer med alvorlige psykiske lidelser (Bond, Resnick et al. 2001).

En norsk prospektiv studie av personer med schizofrenidiagnose (N=76) utført sju år etter endt psykiatrisk behandling, fant at hele 94% var arbeidsledige (Melle, Friis et al. 2000). Studien som kartla den samfunnsmessige integreringen for disse personene, fant videre at i den grad integreringen hadde vært vellykket hadde dette sammenheng med korte innleggingsperioder, høy utdanning, det å være mann, gift, og det å ikke ha en sen "debutalder" for psykosen.

I 2007 publiserte Helle og Gråwe en norsk studie der de undersøkte andelen av pasienter med schizofrenidiagnose som hadde lønnet arbeid, trygd eller sosial stønad som hovedinntektskilde i perioden fra 2000-2004. Av totalt 4684 personer, var det 7 % som oppga lønnet arbeid som hovedinntektskilde, men fra år 2000 til 2004, gikk andelen av personer i ordinært arbeid ned, fra 11 til 5 % (Helle 2007). Dermed viser studier både fra Norge og utlandet at det er et stort gap mellom andelen personer med schizofrene lidelser som faktisk er i arbeid (7 %), og andelen personer med alvorlige psykiske lidelser som ønsker å delta i ordinært arbeid (53-70%) (Mueser, Salyers et al. 2001). Årsaken til denne lave sysselsettingsraten ser ikke ut til å ligge i schizofrenilidelsen i seg selv, men i psykologiske terskler, stigma og samfunnsmessige faktorer (Marwaha and Johnson 2004).

For å gjøre noe med den lave sysselsettingsraten blant mennesker med alvorlig psykisk lidelse er det utviklet en intervensjonsmetode innen arbeidsrehabilitering som kalles IPS-Individual Placement and support. Det er en metode som gir tett individuell oppfølging i ordinært arbeidsliv parallelt med behandling (Anthony 2008). På norsk kalles IPS for Individuell støtte og oppfølging. Programmet ble implementert i Skandinavia og Norge på midten av nittitallet.

I 2003 publiserte Twamley en oversikt over elleve randomiserte studier med kontrollgrupper på arbeidsrehabilitering for personer med alvorlig psykisk lidelse. Ni av disse elleve studiene omhandlet Individual Placement and Support-IPS, utvalget bestod av 1617 deltakere, og funnene viser at IPS metoden gir bedre resultat enn tradisjonell arbeidsrehabilitering for å komme i arbeid.(Twamley, Jeste et al. 2003)

Men det finnes fortsatt få studier som omhandler unge mennesker med alvorlige psykiske lidelser og bruk av IPS-metoden samtidig med behandling. Tradisjonelt sett har en ofte ventet med å tenke arbeid til etter endt behandling, og da har gjerne utprøvingen skjedd via kommunale markedstiltak. I og med at tiden er essensiell i all behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er det riktig å anta at det vil være svært viktig å komme i gang med arbeid på et så tidlig stadiet av sykdomsutviklingen som mulig, for å forebygge tap av allerede innervervede funksjoner. Debut for disse lidelsene opptrer i tidlig tjuårene, og av og til før fylte 20 år. Det tidspunktet da de aller fleste befinner seg i overgangen fra skole eller studier og ut i arbeid, eller til videre studier. En prospektiv studie utført av Lecomte et al. viser til at personer med schizofreni spektrum lidelser ofte har negative tanker i forhold til det å tro på egen mestring, når problemene oppstår er det de negative tankene om ikke å mestre som gjør at personen gir opp (Lecomte, Cyr et al. 1999). Denne negative tenkningen angående tro på egen mestring predikerer også lavere suksess i arbeidslivet (Van Dongen 1998).

Hensikten med denne studien er å undersøke om IPS metoden har effekt som tidlig intervensjon med arbeid for unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse, da spesielt med tanke på selvfølelse og tro på egen mestring. Dette leder frem til følgende forskningsspørsmål for studien:

Kan deltakelse i arbeid føre til økt selvfølelse (RSES), parallelt med behandling?

Kan deltakelse i arbeid føre til økt tro på egen mestring (GPSE) parallelt med behandling?

Metode

Design

For å besvare forskningsspørsmålene har denne pilotstudien anvendt et kvasiekperimentelt design. Av kvasiekperimentene er et pretest-posttest design passende for denne studien, da det er to målinger som blir utført to ganger, mellom to grupper.

Studiens varighet var på 12 uker. Deltakerne i eksperimentgruppen mottok intervensjonen arbeid samtidig med behandling. I både eksperimentgruppen og kontrollgruppen ble selvfølelse og self-efficacy målt ved baseline, og igjen etter tre måneder. Matching mellom gruppedeltakerne ble gjort på kjønn, alder og behandlingsfrekvens.

Deltakerne

I perioden august 2009 til mars 2010, deltok 24 mennesker som var i samtidig behandling i denne studien. Alle deltakerne var i behandling ved Avdeling unge voksne, AUV, Stavanger Universitetssjukehus, SUS. Utvelgelsen til deltakelse i studiet har ikke skjedd tilfeldig, av praktiske årsaker har deltakere til eksperimentgruppen blitt rekruttert når de ble henvist til JobbResept av sin hovedbehandler. JobbResept er en integrert enhet i AUV.

Deltakere til kontrollgruppen ble rekruttert etter at eksperimentgruppen var identifisert, for å finne deltakere som matchet deltakere i eksperimentgruppen ved gjennomgang av den totale behandlingmengden i AUV. Deretter ble den enkeltes hovedbehandler kontaktet, og det var hovedbehandlerne som gikk gjennom instrumentene med deltakerne i kontrollgruppen. Avdelingen som er en del av spesialisthelsetilbudet ved SUS, behandler årlig ca. 1000 pasienter med alvorlig psykisk lidelse, i tillegg er noen i rusbehandling samtidig. Det bor ca. 250 000 tusen mennesker i dette opptaksområdet.

12 menn og 12 kvinner ble rekruttert til å delta i studiet, hvorav 6 menn og 6 kvinner i hver gruppe. Deltakerne i studien var i alderen 19-31 år, med gjennomsnittsalder på 25 år. Gjennomsnittsalder på de kvinnelige deltakere i var 22,8 år, og for mennene var gjennomsnittsalder 26,6 år.

3 deltakere i eksperimentgruppen bodde ved rehabiliteringspost i AUV, og 2 deltakere i kontrollgruppen hadde samme botilbud, mens en i kontrollgruppen bodde ved et kommunalt bofelleskap.

Studien er frivillig og informert samtykke ble gitt skriftlig, og muntlig informasjon ble gitt til alle deltakere. Alle skåringsdata og informasjon om deltakeren er anonymisert ved å ha fått et id nummer, og all data oppbevares i låst journalarkiv på SUS. Studien er godkjent av REK-Vest.

Intervensjonen

Intervensjonen i denne studien er arbeid. Prosjektet JobbResept som er en integrert enhet i AUV, har som overordnet mål å hjelpe unge mennesker til å komme i ordinært arbeid samtidig med behandling så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. JobbResept benytter IPS, individual placement and support, som metode.

IPS metoden kjennetegnes av seks nøkkelprinsipper ((Bond 1998):

1. Fokus er rettet mot det ordinære arbeidsliv, og vanlig betalt arbeid er målet;
2. Rask etablering av en arbeidsplass etter første henvendelse;
3. Tett samarbeid mellom rehabiliteringstiltaket og behandlingstiltak for psykisk helse
4. Fokus på brukerperspektiv, arbeidsplass må matche deltakerens ønsker og forutsetninger.
5. Kontinuerlig og omfattende kartlegging både ved oppstart og senere;
6. Ikke tidsbegrenset oppfølging.

Også et syvende prinsipp blir nevnt i litteraturen, der fokus er trygderettigheter og bistand til dette (Bond, 2004).

Alle som deltok i eksperimentgruppen mottok en eller annen form for trygdeytelse, slik at deltakelse i JobbResept ikke ga automatisk ordinær lønn ved oppstart av arbeid. De første tre månedene i arbeid gjennom deltakelse i JobbResept er å regne som ”prøvetid”, og spørsmålet om ordinær lønn tas opp med arbeidsgiver etter endt prøvetid. Som det fremkommer av IPS prinsippene er det overordnede målet å komme dit. Det finnes sterk evidens for å påstå at de fire første prinsippene i IPS er nødvendige for suksessfull implementasjon av IPS metoden, og de resterende to(tre) prinsippene som mindre viktige (Bond, 2004).

I denne studien ble deltakerne som mottok IPS + tradisjonell behandling, sammenlignet med deltakere i tradisjonell behandling alene. Behandling alene består av psykoterapi som samtaleterapi og medikasjon, og samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet. Behandlingen utføres av psykologer, psykiatere, psykiatriske sykepleiere og sosionomer.

Ved deltakelse i JobbResept blir arbeid som intervensjon levert av tre jobbkonsulenter som alle har lang erfaring med målgruppen, og som tidligere har fungert som hovedbehandlere.

Jobbkonsulentene kartlegger og utreder hver enkelt deltaker, og veileder videre ved igangsetting av intervensjonen både med deltaker og arbeidsgiver, og samarbeider med deltakers hovedbehandler. Jobbkonsulentene har tett kontakt og oppfølging når et arbeidsted er konkretisert.

Lokaliseringen av JobbResept er knyttet til en AUV's poliklinikker. Det betyr at deltakerne i dette studiet mottok behandling poliklinisk.

Instrumenter

Uavhengig variabel blir intervensjonen arbeid, benyttet etter IPS metodikken. Avhengige variabler blir instrumentene som anvendes i denne studien for å måle intervensjonen. Instrumentene benyttes ved baseline, og etter tre måneder. Skårene går fra 1-4 i begge instrumentene.

General Perceived Self-Efficacy scale(GPSE) (Scholz 2002) inneholder 10 testledd som måler pasientens tro på at de har tilgjengelige mestringsstrategier for ulike vanskeligheter. Instrumentet har vært benyttet i en rekke nasjonale og internasjonale studier, og har hatt gode psykometriske egenskaper i norske kliniske utvalg (Leganger 2000). Deltaker skårer ti utsagn, jo høyere skår jo høyere tro på egen mestring. Skåringene går fra 1.Helt galt. 2.Nokså galt. 3. Nokså riktig. 4. Helt riktig.

Eksempler på utsagn er:”Jeg klarer alltid å løse vanskelige problem hvis jeg prøver hardt nok.” og ”Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil.”

The Rosenberg Self-Esteem Schedule (RSES),(Rosenberg 1965) på norsk; Rosenberg Selvfølelses skala(Soest 2002), er den internasjonalt mest brukte selvfølelsesskalaen. Skalaen inneholder ti ledd som er konstruert for å måle generell selvfølelse. Fem av leddene er positivt, og fem er negativt formulert. (Dieserud 2001).

Rosenbergs selvfølelseskala er et selvutfyllseskjema. Deltaker skårer hvert av de ti leddene, jo høyere skåren er jo høyere er selvfølelsen. Skåringene går fra 1.Veldig uenig. 2. Uenig. 3.Enig. 4.Veldig enig.

Reliabilitets koeffisienten fra tidligere studier av mennesker med alvorlige psykiske lidelser fant en indre konsistent koeffisient (Cronbach`s a) høy 0.80 og test-retest reliabilitet på 0.87(Torrey, Mueser et al. 2000).

Eksempler på utsagn: ”Jeg synes ikke jeg har mye å være stolt av.” og ”Jeg skulle ønske jeg hadde selvrespekt.”

Datainnsamlingsmetode

Alle i eksperimentgruppen fylte ut skjemaene i forbindelse med den generelle kartleggingen før intervensjonen av arbeid ble iverksatt, og etter tre måneder i arbeid. RSES og GPSE er med i standard kartleggingspakke i JobbResept, og kartleggingen skjer sammen med en jobbkonsulent. Deltakere i kontrollgruppen utførte skåringen sammen med sin hovedbehandler, og etter tre måneder, jobbkonsulentene var ikke involvert i denne prosessen.

Statistiske metoder og analyse av data:

Statistiske analyser ble utført med hjelp av SPSS versjon 15.0. for Windows, og for å tolke disse ble SPSS, Survival Manual brukt (Pallant 2007). For å sjekke om gruppene var sammenlignbare ved baseline, ble det anvendt uavhengig t-tester. Uavhengig t-test ble anvendt på eksperimentgruppen for å detektere forskjell fra baseline til andre måling. Det er også beregnet styrketest på t-testen for å finne ut hvor stor N dette studiet burde hatt for å finne statistisk signifikante forskjeller.

Resultater

Ved baseline bodde deltakerne i samme opptaksområde og hadde samme behandlingsfrekvens.

Denne studien har ikke tatt hensyn til hvilken sivilstatus den enkelte hadde, symptom og funksjonstatus, eller tidligere utdanning ved baseline. Studier viser for eksempel at mennesker som er i ett forhold, samboer eller gift, tenderer til å fungere bedre både sosialt og arbeidsmessig (Jenkins, Bebbington et al. 2003).

Av 24 deltakere ved baseline, var det to i eksperimentgruppen som droppet ut av studien på andre måling. Dermed er det to missing data på andre måling, disse har ikke blitt fjernet i datainnsamlingen på første måling.

Først en grafisk fremstilling av gruppestatistikken (figur I), som viser en oversikt over alder og kjønn på deltakerne i dette studiet. Figuren er også en oversikt over alle målingene av instrumentene ved baseline og andre måling, i både eksperimentgruppen og kontrollgruppen.

For å teste om eksperimentgruppen og kontrollgruppen var sammenlignbare ved baseline på begge instrumentene, ble gjennomsnittsmålingene studert ved å anvende en independent samples t-test.

Ses-tot (GPSE=self-efficacy) har ved baseline en p verdi=0,75.(figur II)

Ros-tot (RSES=selvfølelse) (figur III) har ved baseline en p-verdi=0,80, dette viser at gruppene var sammenlignbare.

Gruppene ble også sammenlignet ved baseline på alder, ved å anvende en uavhengig t-test. Det var ingen forskjell mellom gruppene på alder, p-verdi=0,832. (figur IV) Dette kan være et resultat av nøyaktig matching i forkant av studiet.

Det første forskningsspørsmålet var: Kan deltakelse i arbeid føre til økt selvfølelse (RSES), parallellt med behandling?

I eksperimentgruppen var det 12 deltakere ved baseline, og alle disse mottok intervensjonen arbeid i tre måneder før neste måling ble utført. En to utvalgs uavhengig t-test ble anvendt for å sammenligne gjennomsnittskårene på Rostot (RSES=selvfølelse) ved baseline (BL) og etter tre måneder for eksperimentgruppen(figur V). Der var ingen signifikant forskjell i skårene. Baseline (M=27,66 og SD=5,71) og 2.måling (M=28,60 og SD=3,23) p-verdi=,652

Studiens andre forskningsspørsmål var: Kan deltakelse i arbeid føre til økt tro på egen mestring (GPSE) parallellt med behandling? En to utvalgs uavhengig t-test er anvendt for å sammenligne Sestot (GPSE=self-efficacy) ved baseline og etter tre måneder, for eksperimentgruppen. Baseline (M=26,91 og SD=5,14) og ved 2. måling (M=28,60 og SD=3,27) med p-verdi=,382 det kan se ut som en liten tendens til sammenheng siden p-verdien er lavere her, men forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Styrkerapport av instrumentene

På grunn av en lav N i denne studien ble det utført styrkeberegninger på begge instrumentene som er blitt brukt i eksperimentgruppen.

Styrkeberegning for GSES (Self-efficacy) :

Det er $n_1 = 12$ ved baseline og 10 pasienter som deltok ved 2 måling, etter 3 mnd. På bakgrunn av dette fikk jeg en styrke $(1-\beta) = 0.55$ gitt $\alpha = 0.05$. Der hadde man en differanse på gjennomsnitt mellom disse to målepunktene på $d=0.17$ og en effekt størrelse på 0.94. Dersom man hadde hatt like mange deltakere ved baseline og 2.måling(like mange pasienter $N=12$) ville man fått en styrke på 0.59

For å oppnå en styrke på 80 % må man ha $N= 21$ for GSES ved baseline og ved 2. måling

Styrkeberegning for RSES (Selvfølelse):

Det er $n_1 = 12$ ved baseline og 10 pasienter som deltok ved 2 måling, etter 3 mnd. På bakgrunn av dette fikk jeg en styrke $(1-\beta) = 0.179$ gitt $\alpha = 0.05$. og mean diff = 0.09. Effektstørrelse på 0.46. Dersom man hadde hatt like mange deltakere ved baseline og 2.måling (like mange pasienter $N=12$) ville man fått en styrke; $(1-\beta)= 0.19$.

For å oppnå en styrke på 80 % må man helt opp til $N=81$ for ROS ved 2. måling. Grunnen til dette er at det er veldig liten forskjell fra baseline til 2.måling for eksperimentgruppen, slik at man må ha en større N for å detektere en signifikant forskjell.

Man ville fått signifikante verdier dersom en hadde detektert større differanse mellom baseline og andre måling.

Diskusjon

Selvfølelse og arbeid.

Konseptet selvfølelse blir brukt i vid forstand innen populærkulturen og også innen sosial vitenskapelig forskning. Selvfølelse kan defineres på mange ulike måter, og generelt kan en si at selvfølelse er en egenevaluering av selvets verdi og betydning. Silber og Tippett`s definisjon for

eksempel peker på at "selvfølelsen er følelsen av hvor tilfreds eller utilfreds en er med sitt eget selvbilde og sitt eget ideale selvbilde (Tippett and Silber 1965). Forandringer i livet som bringer en person nærmere sitt ideale selvbilde kan tenkes å være med på å øke en persons selvfølelse. Det har vært tanken i denne studien ved å måle selvfølelsen for mennesker i arbeidsrehabilitering, fordi det å arbeide i seg selv har en høy verdi i vårt samfunn. Likevel finner ikke denne pilotstudien resultater som kan bekrefte at deltakelse i arbeid øker selvfølelsen. Andre studier av mennesker med alvorlig psykisk lidelse og arbeid, av blant andre Van Dongen fant økning i selvfølelsen hos de i ordinært arbeid i forhold til som var arbeidsledige (Van Dongen 1998). Mens andre studier av for eksempel Torrey et.al, ikke finner noen sammenheng mellom arbeidsstatus og selvfølelse (Torrey, Mueser et al. 2000). De fant heller ingen signifikante sammenhenger på at selvfølelsen ved baseline kunne predikere utfall av arbeidsstatus senere. I denne studien var det to deltakere i eksperimentgruppen som droppet ut etter kort tid i arbeid. Den ene har ved baseline den laveste skåren på selvfølelse av alle deltakere. Men det er ikke mulig å vurdere om dette har hatt noen betydning for drop outen. Likevel er det mulig å tenke seg at intervensjonen arbeid ikke har særlig betydning i forhold til selvfølelsen hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse, eller også at instrumentet ikke effektivt nok fanger opp de endringene som skjer hos den enkelte deltaker. Å kunne levere rigide resultater tatt ut fra komplekse og sosiale situasjoner som er i kontinuerlig endring har vært en utfordring for dette studiet. Selv om faktorer som er vesentlige for suksessfull rehabilitering til arbeid synes å være tett knyttet til syn på egne mestringsstrategier og eget selvbilde, og studier som påpeker at dysfunksjonell og negativ oppfatning av seg selv predikerer dårligere utfall på de fleste sosiale arenaer (Roe 2003) så finner ikke denne studien tilstrekkelig bevis for dette. Det å måle selvfølelse vil alltid være av en subjektiv karakter. Så selv om rehabilitering med arbeid leder frem til ønsket rehabiliteringsmål, kan det være mange andre faktorer i ett menneskes liv som påvirker positiv endring, men dette fanges ikke opp av å måle selvfølelsen. Studier viser også til at selvfølelsen er et realt stabilt karaktertrekk som reflekterer den generelle livskvaliteten hos et menneske, og symptomer som depresjon, mer enn å måle funksjonstatus (Torrey, Mueser et al. 2000).

Mestring og arbeid.

Self efficacy eller tro på egen mestring, er Banduras kognitive teori om tiltro til egen evne i å klare bestemte oppgaver. Teorien handler i korthet om at personen trenger både ferdigheter til å utføre handlingen, samt tro på å sette handlingen ut i livet. Bandura forklarer videre at self- efficacy også er avhengig av tidligere erfaringer, observasjon av personer som har prøvd å gjøre lignende oppgaver, og støtte fra andre vil også kunne bidra i positiv retning (Bandura 1997). Fra baseline til andre måling i denne studien ser man en liten økning i skåringen hos eksperimentgruppen i å tro på

egen mestring, men ingen statistisk signifikante sammenhenger er detektert. Mange studier har påpekt at det å ha negativ oppfatning om sin egen mestringsevne predikerer et dårligere arbeidsforløp for mennesker med alvorlig psykisk lidelse (Davis, Nees et al. 2004). Selv om denne studien ikke finner signifikante sammenhenger mellom intervensjonen arbeid og økt tro på egen mestring, er det likevel mange grunner til å anta at å integrere arbeid tidlig i behandlingssammenheng kan ha positiv effekt for å realisere og imøtekomme ønsker om deltakelse i arbeid. Ønsker om dette i seg selv er en positiv og helsefremmende prosess. Dette bør fremheves av behandlere og det bør gis større anledning til at den enkeltes brukermedvirkning og egen påvirkning til å fremme bedre helse. Studier viser også til at behandlerens negative tro på at individer ikke kan komme til å klare å jobbe på grunn av sin lidelse, henger nøye sammen med den enkeltes selvbilde og tro på egne mestringsstrategier (Hays and Buckle 1992).

Intervensjonen, IPS.

Selv om denne studien ikke finner signifikante sammenhenger mellom intervensjonen arbeid, økt tro på egen mestring og selvfølelse, er det likevel mange grunner til å anta at å integrere arbeid tidlig i behandlingssammenheng kan ha positiv effekt. Istedenfor å tenke at alt arbeid er stress, burde en snu dette rundt å tenke at en akkurat passe mengde stress kan være positivt og helsefremmende. Selv om denne studien ikke kan konkludere med økt tro på egen mestring eller økning i selvbilde, førte deltakelse i arbeid heller ikke til det motsatte. Studiens største svakhet er det lave antallet deltakere som gjør at resultater ikke kan generaliseres til å gjelde andre enn de som deltok i denne studien.

Intervensjonen som blir brukt i dette studiet kan være for uklar til å fange opp relevante endringer. IPS som metode involverer så mange ulike elementer at det kanskje vil være nødvendig i fremtidige studier å se om summen av alle delene er viktigere enn de enkelte delene hver for seg. Igangsetting av arbeid utføres individuelt og det er ingen mulighet for å kontrollere at dette gjennomføres likt fra deltaker til deltaker. Hele poenget med IPS metoden, er å ivareta det enkelte individs begrensninger og ønsker. Dermed blir ethvert tiltak unikt. IPS ble konstruert for å hjelpe mennesker ut i arbeid på en mest mulig fleksibel måte, den gir rom for at den enkelte deltaker kan finne sin balanse mellom aktivitet og hvile. Psykisk sykdom kan være både årsak til ikke klare å komme seg i jobb, og årsak til at mange ikke klarer å holde på en jobb. IPS metoden kan være et godt redskap for å imøtekomme ønskene til mennesker med alvorlige psykiske lidelser som gjerne vil jobbe, og det kan føre til fordeler på individ og samfunnsøkonomisk nivå.

Studiens begrensninger.

Denne pilotstudien har mange begrensninger. Viktigst er nok det lave antallet deltakere, tidsrommet mellom baseline og andre måling er også for kort til at endringer finner sted.

Idag finnes det mange tidlig oppdagelses programmer, som har som mål å komme igang med utredning og behandling på et så tidlig tidspunkt i psykoseutviklingen som mulig. Resultatet av dette, og bedre medikasjon fører til at behandlingen igangsettes tidligere enn før. Dette betyr også at disse menneskene er relativt unge og i faser av livet der arbeid og utdanning står sentralt. Studier viser at sysselsettingsraten hos personer med schizofrenidiagnose er noe høyere hos de som kun har hatt en psykotisk episode (Marwaha and Johnson 2004). Tilsvarende er personer med ubehandlet psykose sykere og har større funksjonssvikt enn de som mottar behandling (Marshall 2005). Dette er med å underbygge troen på at tidlig intervensjon med arbeid er viktig å implementere i behandlingen. Deltakerne i dette studiet ønsket å være aktivt deltakende i egen behandling, og ønsket hjelp til å komme tilbake i arbeid.

Konklusjon

Å benytte IPS metoden samtidig i behandlingen av unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse er en relativt ny måte å tenke rehabilitering på. Å bruke arbeid som tidlig intervensjon kan få stor betydning for den tradisjonelle praksisen. En vet nå at individer som oppfatter seg selv som virkningsfulle aktiverer tilstrekkelig innsats for å nå sine mål. Brukermedvirkning og hva som er helsefremmende for den enkelte blir mer og mer sentralt i alle behandlingsledd.

Arbeidsrehabilitering har ikke tradisjonelt sett blitt knyttet til spesialisthelsetjenesten, men det er mange grunner som taler for at en burde integrere arbeid inn i behandlingsmoduler med å anvende IPS metoden. Spesielt siden denne metoden gir den fleksibiliteten som mange med alvorlig psykisk lidelse trenger for å nå sine mål. Denne studien har ikke sett på om det er noen samfunnsøkonomiske fordeler ved å anvende denne metoden. Men en studie fra Australia om IPS og første episode psykose pasienter, viser til at det er samfunnsøkonomiske gevinster ved å implementere IPS i oppstart av behandlingen, da det viser at det gir den enkelte deltaker høyere lønn enn å motta trygd (Killackey, Jackson et al. 2008)

Det finnes mange studier som viser til ulempene for individer med alvorlige psykiske sykdommer knyttet til det å være arbeidsledig, så som sosial marginalisering, høyere risiko for tilbakefall, tap av roller og mulighet til å ha innflytelse over egen økonomi (Hoffmann, Kupper et al. 2000).

Fremtidige studier i Norge bør se på hvilken påvirkningen av det å være i arbeid kan ha å si på

symptomutviklingen, spesielt bør det tas hensyn til og utrede hvilken betydning den kognitive funksjonen kan for å komme ut i arbeid.

Hvis det å implementere arbeid i behandling samtidig med behandlingen kan føre til at en unngår kronifisering av sykdom, så både bør og kan dette iverksettes fra spesialisthelsetjenestens side.

Aknowledgement

Denne studien er finansiert av SUS, og inngår som en del av et masterprogram i helsefag, sykepleievitenskap ved UIB. En stor takk til min veileder Prof. Kjell Kristoffersen, UIB og UIA, statistiker Morten Aarflot, SUS, og stipendiat Wenche ten Velden Hegelstad, SUS, for god hjelp underveis.

Litteratur til artikkelen

- Anthony, W. A. (2008). "Supported employment in the context of psychiatric rehabilitation." Psychiatr Rehabil J **31**(4): 271-272.
- Bandura, A. (1997) "Self-efficacy. The Exercise of Control."
- Bond, G. R. (1998). "Principles of the individual placement and support model: Empirical support." Psychiatric Rehabilitation Journal(22): 11-23.
- Bond, G. R., S. G. Resnick, et al. (2001). "Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness?" J Consult Clin Psychol **69**(3): 489-501.
- Davis, L. W., M. A. Nees, et al. (2004). "Hopelessness as a predictor of work functioning among patients with schizophrenia." Psychiatr Serv **55**(4): 434-436.
- Dieserud, G., Røysamb, E., Ekeberg, O., Kraft, P. (2001). "Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach." Suicide and Life threatening behavior(3): 153-168.
- Hays, J. R. and K. E. Buckle (1992). "Self-efficacy among hospitalized mentally ill patients." Psychol Rep **70**(1): 57-58.
- Helle, S. o. G., Rolf W. (2007). "Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose." Tidsskrift for norsk psykologforening **44**(11): 1358-1362.
- Hoffmann, H., Z. Kupper, et al. (2000). "Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia -an exploratory study." Schizophr Res **43**(2-3): 147-158.
- Jenkins, R., P. Bebbington, et al. (2003). "The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain--strategy and methods." Int Rev Psychiatry **15**(1-2): 5-13.
- Killackey, E., H. J. Jackson, et al. (2008). "Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual." Br J Psychiatry **193**(2): 114-120.
- Lecomte, T., M. Cyr, et al. (1999). "Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia." J Nerv Ment Dis **187**(7): 406-413.
- Leganger, A., Kraft, P., & Røysamb, E. (2000). "General and task specific self-efficacy in health behaviour research: Conceptualization, measurement and correlates. ." Psychology and health **15**: 51-69.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. & Croudace, T. (2005). "Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review." Archives of General Psychiatry **62**: 975-983.
- Marwaha, S. and S. Johnson (2004). "Schizophrenia and employment - a review." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **39**(5): 337-349.
- Melle, I., S. Friis, et al. (2000). "Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies." Psychiatr Serv **51**(2): 223-228.
- Mueser, K. T., M. P. Salyers, et al. (2001). "A prospective analysis of work in schizophrenia." Schizophr Bull **27**(2): 281-296.
- Pallant, J. (2007). SPSS Survival manual. Berkshire.
- Roe, D. (2003). "A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis." J Nerv Ment Dis **191**(1): 45-49.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescents self-image, Princeton University Press.
- Scholz, U., et al. (2002). "Is perceived self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. ." Eur J Psychol Assess **18**: 242-251.
- Soest, T. v. (2002). "Rosenbergs selvfølelsesskala: Validering av en norsk oversettelse." Tidsskrift norsk psykologforening **42**: 226-228.
- Tippett, J. S. and E. Silber (1965). "Self-image stability: the problem of validation." Psychol Rep **17**(1): 323-329.

- Torrey, W. C., K. T. Mueser, et al. (2000). "Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness." Psychiatr Serv **51**(2): 229-233.
- Twamley, E. W., D. V. Jeste, et al. (2003). "Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials." J Nerv Ment Dis **191**(8): 515-523.
- Van Dongen, C. J. (1998). "Self-esteem among persons with severe mental illness." Issues Ment Health Nurs **19**(1): 29-40.

Forespørsel om studiedeltakelse

Unge voksnes opplevelse av mestring og selvfølelse ved deltakelse i prosjektet JobbResept.

JobbResept er et samarbeid mellom Psykiatrisk divisjon, Stavanger Universitets Sjukehus, og NAV arbeid Rogaland.

En masteroppgave i sykepleievitenskap, ved Lena Heitmann.

Masteroppgavens bakgrunn og formål

Unge som får en alvorlig psykisk lidelse ved overgangen til voksen alder kan ha behov for behandlingstilbud og oppfølging over flere år for å kunne få en tilknytning til arbeidslivet. Arbeidsrehabilitering kan være med på å øke livskvalitet hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

JobbResept fokuserer på tidlig intervensjon hos unge mennesker med moderat til alvorlig psykisk lidelse hvor målet er å få prosjektdeltakere ut i arbeidspraksis tidlig i rehabiliteringsfasen.

Mål for masteroppgaven

Målet er få økt kunnskap som kan brukes til å videreutvikle arbeidsrehabilitering.

Hva innebærer studien?

Via intervjuet ønsker en å få opplysninger om deltakernes opplevelse av:

- Selvfølelsen, før og etter deltakelse i JobbResept.
- Tro på egne mestringsstrategier før og etter deltakelse i JobbResept.

Mulige fordeler og ulemper

Målet med denne studien er å få informasjon om hvordan den enkelte person opplever deltakelse i prosjektet JobbResept. Det er ingenting som tyder på at det vil oppstå ulemper med å delta i intervjuet. Skulle det dukke opp vanskelige tema under intervjuet er det mulighet for å bli henvist til egen behandler i avdelingen. Opplysninger som kommer fram vil ikke på noen måte få konsekvenser for deltakelsen i JobbResept eller annen behandling i avdelingen, opplysningene nedtegnes heller ikke i din journal.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Når masteroppgaven blir godkjent i løpet 2010 vil personlige opplysninger om deg slettes.

Opplysningene skal brukes til å skrive en masteroppgave i sykepleievitenskap ved universitetet i Bergen av Lena Heitmann. Professor Kjell Kristoffersen, v/Universitetet i Bergen er veileder på masteroppgaven.

Finansiering, etisk vurdering og personvern

Lena Heitmann er ansatt som prosjektleder Stavanger Universitetssjukehus, psykiatrisk divisjon, SUS. Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning v/ Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og til Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge.

Deltakelse i intervjuet

Det er frivillig å delta og du kan trekke deg når som helst, uten å oppgi grunn og uten at det får noen negative konsekvenser for deg. Opplysningene behandles konfidensielt, de vil ikke utleveres til andre og masteroppgaven vil ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner. Lena Heitmann er underlagt taushetsplikt og alle data vil behandles konfidensielt. Masteroppgavens datainnsamling beregnes å foregå i tiden september 2009 til januar 2010. Masteroppgaven antas å være ferdig innen utgangen av juni 2010.

Med vennlig hilsen

Lena Heitmann

Mastergradsstudent

Samtykke erklæring for informanter i Jobbresept

Unge voksnes opplevelse av selvbilde og selvfølelse ved deltakelse i prosjektet JobbResept.

Jeg har lest informasjonsskrivet. Jeg vet at deltakelse i prosjektet er frivillig og at jeg kan trekke meg når som helst. Alle opplysninger om meg vil bli behandlet konfidensielt, forsvarlig oppbevart og anonymisert i masteroppgaven. Ved spørsmål kan jeg kontakte Lena Heitmann på tel 476 34 783 eller epost: lhei@sus.no

Jeg gir herved Lena Heitmann tillatelse til å intervju meg angående min deltakelse i prosjekt JobbResept.

.....
Sted/dato: Deltakers underskrift

Vedlegg 10.2

Rosenbergs Selvfølelsesskala

Nå følger noen påstander. Les hvert utsagn nøye og kryss av for de svarene som best angir hvordan du oppfatter deg selv akkurat nå.

	Veldig enig	Enig	Uenig	Veldig uenig
1. I det store og hele er jeg fornøyd med meg selv.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. Av og til synes jeg at jeg ikke er noe tess i det hele tatt.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. Jeg synes jeg har mange gode kvaliteter.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4. Jeg synes ikke jeg har mye å være stolt av.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5. Jeg kan utføre ting like bra som andre folk.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6. Av og til føler jeg meg virkelig unyttig.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
7. Jeg mener at jeg er verd noe, i alle fall like bra som andre.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
8. Jeg skulle ønske jeg hadde selvspekt.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
9. Jeg tenker positivt om meg selv.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
10. Stort sett har jeg en tendens til å føle at jeg er mislykket.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Kommentar:

Leddene 2, 4, 6, 8 og 10 er negativt formulerte og må snus før gjennomsnittsskåren blir beregnet.

Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale

Espen Røysamb, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem (1998)

Vennligst sett kryss ved de svarene som passer best for deg (ett kryss for hvert spørsmål)

1) Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok.
2) Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil.
3) Det er lett for meg å holde fast på planen mine og nå målene mine.
4) Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte.
5) Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner.
6) Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det.
7) Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min.
8) Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det.
9) Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut.
10) Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det.

Response Format:

Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
1	2	3	4

Vedlegg 10.4

Lena Heitmann
lena.heitmann@gmail.com
Stavanger universitetssykehus

Deres ref	Vår ref	Dato
	2009/783	2009

Ad. prosjekt: Arbeid og psykisk helse

Det vises til prosjektsøknad, datert 03.08.09.

Komiteen behandlet søknaden i møtet 20.08.09.

Komiteen mener at dette er et interessant prosjekt hvor en har foretatt en god operasjonalisering av såkalt ”tidlig intervensjon”. En har ingen merknader til protokoll.

Det mangler et eget informasjonsskriv til kontrollgruppen. Komiteen forutsetter at dette blir utarbeidet.

I informasjonsskrivene må en spesifisere tidsbruken under punktet ”Hva innebærer studien?”.

Enkelte mindre feil/unøyaktigheter i informasjonsskrivet bør korrigeres. Se vedlegg.

Vedtaket: Prosjektet godkjennes på vilkår av ovennevnte merknader.

Komiteen ber om å få tilsendt sluttrapport evt. trykt publikasjon for studien.

Vennlig hilsen

Jon Lekven
leder

Øystein Svindland
førstekonsulent

Ny ordning fra 01.07.09:

En gjør oppmerksom på at denne søknaden er vurdert i henhold til helseforskningsloven, som ble satt i kraft 01.07.09. Dette innebærer at REK fra og med denne dato har kompetanse til å godkjenne opprettelse og endring av forskningsbiobank, å innvilge dispensasjon fra taushetsplikt og å gi tillatelse til bruk av personopplysninger til forskning. Saker som er søkt Helsedirektoratet, NSD

eller Datatilsynet vedrørende ovennevnte, vil utelukkende bli behandlet av REK. Dette for å unngå parallellbehandling av saker nå i overgangsfasen.

REK Vest forutsetter at dette vedtaket blir forelagt den forskningsansvarlige til orientering. Se helseforskningsloven § 6, jfr. § 4 bokstav e.

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4. Saksbehandlingen følger forvaltningsloven. Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

Vedlegg 10.5 Tabeller:

Figur I. Gruppe statistikk.

			gruppe	
			Eksprimen tgruppe	Kontrollgru ppe
Alder	Mean		25	25
	Median		25	25
	Range		13	13
	Standard Deviation		4	4
	Standard Error of Mean		1	1
	Variance		16	13
Kjønn	kvinne	Count	6	6
	mann	Count	6	6
Sestot1	Mean		2,69	2,75
	Median		2,55	2,85
	Range		1,60	1,10
	Standard Deviation		,51	,35
	Standard Error of Mean		,15	,10
	Variance		,26	,12
Sestot2	Mean		2,86	2,83
	Median		2,80	3,00
	Range		1,00	1,80
	Standard Deviation		,33	,55
	Standard Error of Mean		,10	,16
	Variance		,11	,31
Rostot1	Mean		2,77	2,71
	Median		2,60	2,85
	Range		1,80	2,00
	Standard Deviation		,57	,57
	Standard Error of Mean		,16	,16
	Variance		,33	,33
Rostot2	Mean		2,86	2,76
	Median		2,90	2,85
	Range		1,00	1,80
	Standard Deviation		,32	,56
	Standard Error of Mean		,10	,16
	Variance		,10	,31

Figur II

Group Statistics

Gruppene		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sestot	Eksp.gr.	12	26,9167	5,14266	1,48456
	Kontrollgr.	12	27,5000	3,50325	1,01130

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
Sestot	Equal variances assumed	2,118	,160	-,325	22	,748	-,58333	1,79629	-4,30860	3,14193
	Equal variances not assumed			-,325	19,400	,749	-,58333	1,79629	-4,33776	3,17109

Figur III.

Group Statistics

Gruppene		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Rostot	Eksp.gr.	12	27,6667	5,71017	1,64838
	Kontrollgr.	12	27,0833	5,71216	1,64896

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
Rostot	Equal variances assumed	,030	,865	,250	22	,805	,58333	2,33157	-4,25206	5,41872
	Equal variances not assumed			,250	22,000	,805	,58333	2,33157	-4,25206	5,41872

Figur IV.

Group Statistics

Gruppene		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Alder	Eksp.gr.	12	25,00	3,954	1,142
	Kontrollgr.	12	24,67	3,627	1,047

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
Alder	Equal variances assumed	,243	,627	,215	22	,832	,333	1,549	-2,879	3,545
	Equal variances not assumed			,215	21,837	,832	,333	1,549	-2,880	3,547

Figur V.

0: base Line, 1: 2. måling		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ROS eksp.gruppen for både 1. måling og andre måling	0	12	2,7667	,57102	,16484
	1	10	2,8600	,32387	,10242
SES eksp.gruppen for både 1. måling og andre måling	0	12	2,6917	,51427	,14846
	1	10	2,8600	,32728	,10349

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
RSES eksp.gruppen for både 1. måling og andre måling	Equal variances assumed	4,896	,039	-,458	20	,652	-,09333	,20379	-,51844	,33177
	Equal variances not assumed			-,481	17,876	,636	-,09333	,19406	-,50125	,31458
GPSE eksp.gruppen for både 1. måling og andre måling	Equal variances assumed	2,559	,125	-,893	20	,382	-,16833	,18843	-,56138	,22471
	Equal variances not assumed			-,930	18,849	,364	-,16833	,18097	-,54731	,21065