

## **Evaluering av AFEM-modell for sosial rehabilitering**

Psykososial rehabilitering som bro  
til livskvalitet og mestring i det  
tverretatlige landskap

**Hildfrid V. Brataas  
Aud E. Evensen**

# **Evaluering av AFEM-modell for sosial rehabilitering**

Psykososial rehabilitering som bro  
til livskvalitet og mestring i det  
tverretatlige landskap

**Hildfrid V. Brataas  
Aud E. Evensen**



**Høgskolen i Nord-Trøndelag**

Rapport nr 34

Avdeling for sykepleier-, ingeniør- og lærerutdanning

ISBN 82-7456-469-3

ISSN 1502-8186

Steinkjer 2006

**Evalueringsrapport:**

***Evaluering av AFEM-modell for sosial rehabilitering***

*Psykososial rehabilitering som bro til livskvalitet og mestring i det tverretatlige landskap*

Oppdrag finansiert av *Innovasjon Norge*.  
Prosjektperiode januar 2004 – desember 2006.

**Prosjektleder/forsker:**      **Førstemanuensis Hildfrid V. Brataas, HiNT**

**Medforsker**                      **Høgskolelektor Aud E. Evensen, HiNT**

Veiledning på kvantitativ analyse: Førstemanuensis Knut Ekker, HiNT  
Rapporten er gjennomlest av professor II Alf Bergroth, HiNT/Mittuniversitetet

**HiNT- rapport nr. 34/2006**

## INNHold:

Liste over tabeller .....	5
Liste over figurer.....	5
<b>Sammendrag.....</b>	<b>6</b>
Resultater .....	6
Oppsummering.....	7
Forslag til tiltak.....	8
<b>Innledning.....</b>	<b>9</b>
Bakgrunn og problemområde .....	9
Problemstilling.....	10
<b>Begrepsklargjøringer og teoretisk perspektiv.....</b>	<b>12</b>
Attføring, rehabilitering, sosial rehabilitering og norsk velferdspolitik	12
Livskvalitet og helserelatert livskvalitet .....	13
Livskvalitet og betingelser for behovstilfredsstillelse .....	14
Helserelatert livskvalitet .....	14
Sosial verdighet, sosiale nettverk og sosial støtte.....	15
Miljøets betydning for å ”ta igjen seg” etter stressende belastninger.....	16
Læring, handlingsberedskap og mestringskompetanse.....	17
Verdsetting av sosial rolle.....	18
Tverrfaglig samarbeid.....	20
Brukerperspektiv.....	20
Flerpartssamtaler.....	21
Motivasjon og økt innflytelse på egen livs- og arbeidssituasjon .....	22
Motivasjon .....	22
Ulike motivasjonsteorier.....	23
<b>Metode.....</b>	<b>24</b>
Survey/spørreskjemametode .....	24
Kvalitativ evaluering.....	24
Utvalg.....	25
Planlegging og gjennomføring.....	25
Forskningsetikk.....	25
Reliabilitet og validitet.....	26
<b>Resultater og anbefalinger .....</b>	<b>27</b>
Spørreundersøkelse om livskvalitet, trygde- og arbeidsforhold .....	27
Deltakere .....	27
Mottak av stønader.....	27
Helse, generelt vurdert .....	27
Effekter av deltakelse i attføring/sosial rehabilitering .....	28
Oppsummering; måling av effekter av opplegget ved Smednes .....	34
Kvalitativ evaluering.....	35
Åpne spørsmål .....	35
Om arbeidssituasjonen .....	36
Betydning av deltakelse i opplegget ved Smednes .....	36
Læring og mestring .....	37
Selvbilde, ro, trygghet, glede og motivasjon .....	38
Velferd, system og kommunikasjon .....	38
Psykososial støtte, omsorg og trygghet.....	39
Erferinger fra deltakelse kun på AFEM-kursdelen.....	41

Hva skjer som følge av AFEM-kurs samt oppfølging over et år? .....	42
Fokusgruppeundersøkelse .....	43
Hva skjedde under opplegget? .....	43
Læring om selvbylde og sosial fungering.....	44
Psykososialt rehabilitert – helt eller delvis .....	44
Deltakerforslag til endringer på kurs- og oppfølgingslengde .....	45
Organisering av opplegget .....	46
Beliggenhet .....	46
Smednes i det tverretatlige landskap.....	47
Sammenfatting av resultater fra fokusgruppeintervjuer .....	47
<b>Drøfting.....</b>	<b>49</b>
Livskvalitetsforbedringer .....	49
Hva betyr hele opplegget og hva betyr kursdelen? .....	50
Å oppdage seg selv og bryte devalueringprosesser.....	50
Helserelatert livskvalitet etter gjennomført opplegg.....	51
En bro til mestring i det tverrfaglige landskap.....	51
Oppsummering.....	52
Anbefalinger .....	53
Metodekritikk og forslag ved oppfølgingsstudie .....	53
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>54</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>57</b>
Vedlegg nr. 1: Opplegg over 52 uker ved Smednes .....	57
Vedlegg nr. 2: Spørreskjema om trygde- og arbeidsforhold.....	58
Vedlegg nr. 3: SF36v2. ....	60

## Liste over tabeller

<b>Tabell nr. 1.</b>	<i>Pre – post forskjeller i generell helse (GH)</i>	s.29
<b>Tabell nr. 2.</b>	<i>Pre – post forskjell i mental helse (MH)</i>	s.30
<b>Tabell nr. 3.</b>	<i>Pre – post forskjell i sosial fungering (SF)</i>	s.30
<b>Tabell nr. 4.</b>	<i>Pre – post forskjell i vitalitet (VT)</i>	s.31
<b>Tabell nr. 5.</b>	<i>Pre – post forskjell i fysisk fungering (PF)</i>	s.32
<b>Tabell nr. 6.</b>	<i>Pre – post forskjeller i fysisk kapasitets rolle/betydning (RP)</i>	s.33
<b>Tabell nr. 7.</b>	<i>Pre – post forskjell i smerter (BP)</i>	s.33
<b>Tabell nr. 8.</b>	<i>Pre – post forskjell i emosjoners betydning for aktivitet</i>	s.34
<b>Tabell nr. 9.</b>	<i>Pre – post test for rapportert helseendring</i>	s.34
<b>Tabell nr. 10.</b>	<i>Betydning for arbeidsevne, planer og motivasjon for arbeid</i>	s.35

## Liste over figurer

<b>Figur nr. 1.</b>	<i>Type engasjement beroende av individets psykiske kraft</i>	s. 17
<b>Figur nr. 2.</b>	<i>Sammenhenger mellom sosialt bilde og kompetanse</i>	s. 20
<b>Figur nr. 3.</b>	<i>Utvikling av motiv for å unngå å mislykkes</i>	s. 41
<b>Figur nr. 4.</b>	<i>Den gode sirkel. Utvikling av det autonome mestringsmotiv vises i den indre sirkel og sosial mestringsevne i den ytre sirkel</i>	s. 41

## Sammendrag

Smednes Trivselsgård i Aure kommune ble i 2004 etablert som kompetansesenter innenfor sosial rehabilitering. Fra og med september 2004 har senteret mottatt klienter fra a-etat og trygdeetat. Klientene har fulgt et ettårig opplegg med fokus på å ta **Ansvar For Egen Mestring (AFEM)** ut fra en AFEM-modell for sosial rehabilitering utviklet av innehaveren ved Smednes trivselsgård. Målet er å danne grunnlag for- og høyne klientenes livskvalitet, samt å bevisstgjøre på den enkeltes arbeidsevne og egenskaper som grunnlag for tilbakeføring til arbeidslivet.

Det vil være i både trivselsgårdens og samfunnets interesse å evaluere opplegget. Smednes Trivselsgård har søkt og fått innvilget midler fra Innovasjon Norge til evaluering av utprøvingen av konseptet. Evalueringsrapporten beskriver hvordan opplegget erfares av 25 deltakere, og betydning det har for deres livskvalitet, arbeidsevne og rehabilitering til arbeid.

I perioden 2004 – 2006 har man prøvd ut AFEM-modellen. Opplegget som går over 52 uker består av to deler:

- Del 1: Et fem ukers kurs med fokus på **Ansvar For Egen Mestring**
- Del 2: Oppfølging over et år med jevnlig loggskrivning og veiledning samt ukesamlinger etter tre måneder, ½ år og 1/1 år; jfr. Vedlegg nr. 1

Opplegget tilbys til grupper på maksimum fem personer. Fjorten personer har deltatt i opplegget som helhet (Del 1 og Del 2). Dessuten har elleve personer deltatt i fem ukers AFEM-kurs (Del 1).

Utprøvingen av modellen er et pilotarbeid. Rapporten omhandler evaluering basert på arbeids- og helse rapporteringer og deltakernes oppfatninger om tiltaket. Det er benyttet spørreskjema og fokusgruppeintervjuer. Ekstern evaluering er foretatt av Høgskolen i Nord-Trøndelag ved førsteamanuensis Hildfrid V. Brataas og høgskolelektor Aud E. Evensen. Førsteamanuensis Knut Ekker, HiNT, har veiledet på analyse av spørreskjemadata. Professor Alf Bergrøth, HiNT/Mittuniversitetet, Sverige har lest og gitt kommentarer til rapporten.

## Resultater

Spørreskjemaundersøkelsen er gjennomført ved avslutning av hhv. Del 1 og Del 2. Alle 25 som deltok besvarte skjema første gang. 24 svarte andre gang. Det ble gjort pre – post tester for å finne effekter av oppfølgingsdelen. Det ble gjort fire fokusgruppeintervjuer med til sammen 21 av de 25 deltakerne i opplegget.

Deltakerne i AFEM-opplegget ved Smednes hadde mottatt ulike stønader over lang tid, gjennomsnittlig 5 år. De har m.a.o. ikke gått direkte over fra en primær sykmeldingsperiode til rehabilitering eller attføring, men hatt perioder hvor også sosial stønad var aktuelt (gjennomsnittlig 13 måneder for gruppen som helhet).

### *Helse*

Deltakerne rapporterte om å ha under middels god helse før deltakelse i opplegget ved Smednes. Helsen virker i stor grad hemmende på deres arbeidskapasitet. Etter deltakelse i rehabiliteringsopplegget var helsen fortsatt ikke god, men en ser tendens til noe bedring, spesielt innen den mentale/ psykisk helsedimensjon. Deltakerne er ikke så ofte nervøse, nedfor eller deprimert etter gjennomført deltakelse i hele opplegget som da de deltok i kursdelen. Tiden hvor de opplever seg mer rolig og harmonisk og mer glad øker tilsvarende. Følelsemessige problemer har mindre betydning for deltakernes aktivitet og arbeid etter fullført deltakelse i det ettårige opplegget. Resultatene viser også at bedring i helse har positiv innvirkning på den sosiale dimensjonen ved helse relatert livskvalitet.

### *Arbeidsevne og motivasjon for arbeid*

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at opplegget i liten grad har ført til økt arbeidsevne. Det førte i varierende grad til planer for fremtidig arbeid (gjennomsnittlig noen/liten grad). For 9 av 13 deltakere på både kurs og oppfølgingsdel er motivasjonen for arbeid økt i noen eller stor grad. Som gruppe hadde deltakerne i utgangspunktet langvarig redusert helse og arbeidsevne. Etter deltakelse i AFEM-opplegget har et flertall fått vurdert og innvilget varige stønadsformer. Egenrapporteringer om motivasjonen for arbeid synes følgelig å være urealistisk med tanke på deltakelse i ordinært arbeid. Flere av de som har fått midlertidig/permanent uføretrygd ønsker tilpasset arbeidsplass. Altså synes arbeid å gi mening, selv om man ikke er i stand til å delta i ordinært arbeid. For velferdsstaten vil det være en politisk oppgave å stimulere til et tilstrekkelig antall arbeidsplasser i vårt samfunn som er både meningsfulle og tilpasset ressurser og begrensninger hos ulike personers som av helsemessige grunner har varig nedsatt arbeidsevne.

### *Betydning av deltakelse på kursdelen*

AFEM-kurset hadde betydning mht. innsikt i egen situasjon. Det ga læring og grunnlag for bedre mestring av smerteproblemer og et bedre hverdagsliv. Effekter var bedre selvbilde, ro, trygghet, glede og motivasjon, kunnskap om velferd i system- og kommunikasjonsperspektiv. Deltakerne opplevde psykososial støtte, omsorg og trygghet, samspill med- og støtte fra andre i lignende situasjoner som positivt. Omgivelsene stimulerte til ro og positive opplevelser.

Etter AFEM-kurset ga deltakerne tydelig uttrykk for selvinnsikt og selvtillit. De oppdaget seg selv på en måte. De visste hva de stod for og hva de ønsket. Deres mentale helse var tydelig bedret og de var motivert for å gjøre noe mer. Deres personlige kompetanse hadde utviklet seg, de mestret noe. Kurset hadde gitt hjelp til de individuelle problemene slik at de kunne utvide sin kompetanse videre til neste nivå, noe som kom fram av intervjuer etter ett års oppfølging.

### *Betydning av deltakelse på hele opplegget*

Forskjeller fra kun kursdeltakelse og en prosess over et år, kom tydelig fram i fokusgruppeintervjuene. Etter både kurs og oppfølging ga deltakerne uttrykk for personlig utvikling, men også utvikling på det sosiale plan, både med tanke på familie og nettverk og med tanke på samfunnet rundt dem. Deltakerne påpekte også viktigheten av støtten fra ansatte på Smednes, samt støtten fra gruppen de var deltaker i. De opplevde en avklaring på deres egen situasjon, både i forhold til økonomi og arbeidssituasjon, og ga uttrykk for et mer nyansert syn på etatene enn etter deltakelse på kursdelen.

Etter et års rehabiliteringsprosess viste deltakerne økt innsikt i forhold til devalueringsprosesser og betydning av egen sosial kompetanse, bl.a. for selv å kunne medvirke konstruktivt i samspill med ansatte i velferdstjenestene. Selvbildet ble styrket, "løftet opp og holdt oppe". Deltakerne var blitt mer klar over egne ressurser og begrensninger og motivert for å planlegge egenutvikling og meningsfulle aktiviteter. En av deltakerne var begynt i full tids jobb, og flere hadde tilpasset arbeid. Noen så muligheter for bedre helse på sikt og ville ta kurs/utdanning, men flertallet innså at uførepensjon var realistisk, permanent eller midlertidig.

## **Oppsummering**

Det synes å skje en personlig utvikling som bidrar til økt livskvalitet, generelt og spesielt i relasjon til helsemessig situasjon. Subjektive og objektive betingelser for tilfredsstillelse og livskvalitet er bedre etter deltakelse i AFEM-opplegget. I sum skjer en prosess fra å ha lavt selvbilde kombinert med lav selvinnsikt og evne til mestring i egen situasjon, til oppdaging og personlig utvikling, og i løpet av oppfølgingen skjer en vekst innen psyko-sosiokulturell kompetanse.

Sosial – kulturell fungering bedres og mestring høyner opplevelsen av grunnleggende trygghet (livskvalitet). Deltakerne møter utfordringer på mer åpen og mindre forutinntatt måte enn



tidligere. Samspill i gruppa ved Smednes fungerer som sosial støtte. Det skjer personlig læring og utvikling/vekst. Dette fører til høynet sosial kompetanse, opplevelse av mestring og som en følge høyning av helserelatert livskvalitet; psykisk, emosjonelt og sosialt. Deltakerne møter utfordringer mindre forutinntatt, og mentalt rettes fokus mer mot hvordan de selv skal gå frem for å fremme sitt syn. Dette synes å føre til mindre opplevelse av devalueringsprosesser.

I sum skjer en prosess fra 1) å ha lavt selvbylde kombinert med lav selvinnsett om dette, til 2) oppdaging og personlig utvikling (Del 1) og 3) høyning av psyko-sosiokulturell kompetanse. AFEM-modellen innebærer psykososial rehabilitering som bro til livskvalitet og mestring i det tverretatlige landskap. Egeninnsett og egeninnsatt for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, aktivitet og sosial deltakelse stimuleres, og livskvaliteten høynes. Opplegget anbefales derfor videreført og evaluert gjennom en større evalueringsstudie.

### ***Forslag til tiltak***

AFEM-modellen for sosial rehabilitering anbefales videreført. Tiltaket bør tilbys før personer over mange år har mottatt ulike trygder/stønader og vært på flere tiltak som virker devaluerende heller enn å fremme mestring og vekst. Tett oppfølging med individuell tilpassing etter AFEM-kurset foreslås. Dessuten anbefales strammere oppfølging av loggskrivningen. Tiltaket tar ikke sikte på fysisk aktivitetstrening, men kan kombineres med individuelt tilpassa aktivitetsopplegg etter AFEM-kurset. Samarbeidet mellom velferdstjenestene og tilbyder av rehabilitering ut fra AFEM-modellen anbefales styrket. Flerpartssamtaler anbefales. Undervisning for etatene om psykososial rehabilitering anbefales.

Det ble ikke gjort baseline målinger. Materialet var lite. Vi anbefaler en oppfølgingsstudie hvor man benytter sammenligningsgruppe samt flere deltakere i AFEM-opplegget. Målinger ved baseline og punktevalueringer etter kursdelen og ved 3, 6 og 12 måneder samt et år senere, anbefales.

## **Innledning**

Smednes Trivselsgård i Aure kommune ble i 2004 etablert som kompetansesenter innenfor sosial rehabilitering. Fra og med september 2004 har senteret mottatt klienter fra a-etat og trygdeetat. Klientene har fulgt en treningsprosess med fokus på å ta ansvar for egen mestring. Målet er å danne grunnlag for- og høyne klientenes livskvalitet, samt å bevisstgjøre på den enkeltes arbeidsevne og egenskaper som grunnlag for tilbakeføring til arbeidslivet.

Det vil være i både trivselsgårdens og samfunnets interesse å evaluere opplegget. Smednes Trivselsgård har søkt og fått innvilget midler fra Innovasjon Norge til evaluering av utprøvingen av konseptet. Evalueringsrapporten beskriver hvordan AFEM prosessen erfares av 25 deltakere, og betydning det har for deres livskvalitet, arbeidsevne og rehabilitering til arbeid. Resultatene vil bli benyttet i videre utvikling av AFEM prosessen ved Smednes trivselsgård.

## **Bakgrunn og problemområde**

Smednes Trivselsgård har utviklet et konsept for sosial yrkesretta attføring/ rehabilitering, sosial trening og forebygging. Konseptet er utviklet av Ester K. Indergård på bakgrunn av hennes fagkunnskaper innen psykiatrisk sykepleie, personaladministrasjon, praktisk pedagogikk, tverrfaglig veiledningspedagogikk og kognitiv smertemestring. Hun har lang arbeidserfaring som leder og utøver i det offentlige helsevesen samt livserfaringer ved å bli syk, få kroniske smerteopplevelser og å være pårørende ved alvorlig sykdom, med døden til følge, i familien. Oppfølging var erfart som mangelfull overfor unge pårørende, mye ansvar for hver enkelt familiemedlem, lite veiledning fra trygdekontor og manglende oppfølging av familiers behov for å mestre situasjonen (Indergård 2003). Erfarte også veilederrollens viktige betydning, holdninger, roller og fallgruver. Erfarte at det manglet tiltak som kunne koordinere hjelpebehovene, og tiltak som kunne gjøre en i stand til å gjenvinne selvspekt og verdighet etter alvorlig sykdom.

Indergård har med grunnlag i ovennevnte utviklet en ettårig AFEM trenings-/rehabiliteringsprosess med formål å bygge bro mellom behandling, rehabilitering og arbeid og fremme deltakernes mestring og livskvalitet. Målet er at deltakerne gjennom læring, oppdaging og motivasjon tar ansvar for egen mestring av livs - og arbeidssituasjonen, gjenvinner sosial verdighet og oppnår akseptabel livskvalitet. Man ser behov for et tilbud som gir trivsel, kunnskaper og egeninnsikt, oppdaging av egne ressurser og motivasjon til mestring, og oppfølging av den enkelte over tid.

Smednes Trivselsgård har en unik beliggenhet hvor man fra stuevinduet kan se sjø, svaberg og fjell på over 900 meter. Et liv i nær kontakt med naturen sees som verdifullt. Videre har man en tro på at kriserammede må sanse, føle, oppleve og bevisstgjøre seg selv her og nå for å oppdage verdiene, mulighetene og sammenhengene, og at slike prosesser vil få mennesker til å trives med seg selv og sammen med andre, gi livet mening og gjøre hverdagen bedre og rikere (op.cit.). Idégrunnlaget ved Smednes Trivselsgård er å bruke både deres kompetanse og gårdens beliggenhet som arena for sosial yrkesretta attføring/rehabilitering.

Menneskesynet er at hvert menneske er unikt og enestående og fortjener å bli møtt med respekt og verdighet, at alle har iboende ressurser og evner til å våge å ta selvstendige valg. Smednes bygger på Katie Erikssons omsorgsfilosofi (Kristoffersen 1996). Omsorg omfatter en helhetsforståelse og innebærer å bry seg om og for den andre. Ved Smednes bygger man på et syn på læring som en oppdagelsesprosess som er subjektiv. Man ser på sosial rehabilitering som å benytte konfluent pedagogikk, hvor man kan legge til rette for bevisstgjøring av tanker, følelser og kroppsspråk slik at deltakerne kan oppdage ressurser, restarbeidsevne og egne muligheter; jfr. Grendstad (1986). En benytter også kognitiv smerteteori samt teori om motivasjon, sosial støtte og nettverksteori. Veiledere ved Smednes er gitt opplæring i verdigrunnlag, helsefaglig- og pedagogisk

grunnsyn, og teori om kommunikasjon, konfliktløsning, krise og mestring, selvoppfatning, forsvarsmekanismer, støtte og nettverksteori som benyttes i attførings/rehabiliteringsprosessen og er da godkjente AFEM trenere/veiledere.

I perioden 2004 – 2006 har man prøvd ut en AFEM trenings-/rehabiliteringsmodell bestående av to deler:

- Del 1: Et fem ukers AFEM –kurs (for deltakere i attføring/rehabilitering.
- Del 2: Oppfølging over et år med jevnlig loggskrivning og veiledning samt ukesamlinger etter tre måneder, ½ år og 1/1 år.

Opplegget tilbys for grupper med maksimum fem deltakere i hver gruppe); jfr. Vedlegg nr. 1. Fjorten personer har deltatt i opplegget som helhet (del 1 og del 2). Dessuten har elleve personer deltatt i fem ukers AFEM-kurs (del 1). Noen av disse har hatt arbeidstrening ved Smednes, men ikke deltatt i oppfølgingsdelen (del 2).

Utprøving av AFEM-modellen er et pilotarbeid. Rapporten omhandler evaluering av modellens del 1 som enkeltstående tilbud og hele modellen (del 1 og 2) som samlet tilbud. Det er benyttet spørreskjema og fokusgruppeintervjuer. Ekstern evaluering er foretatt av Høgskolen i Nord-Trøndelag ved førsteamanuensis Hildfrid V. Brataas og høgskolelektor Aud E. Evensen. Førsteamanuensis Knut Ekker har bistått i evaluering ved bruk av spørreskjema. Professor Alf Bergroth, HiNT/Mittuniversitetet, Sverige har lest og gitt kommentarer til rapporten.

## Problemstilling

Evalueringen av AFEM-modellen ved Smednes Trivselsgård har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling:

*Hvordan erfares rehabiliteringsopplegget, høynes livskvaliteten i løpet av rehabiliteringsperioden, og fører AFEM-tilbudet til konkrete planer for - eller faktisk tilbakeføring til arbeidslivet?*

- Fremmer yrkesretta attføring/sosial rehabilitering ved Smednes Trivselsgård helsereelatert livskvalitet, sosial verdighet, egeninnsikt og aktiv innflytelse på deltakernes livs og arbeidssituasjon?
- Hvordan erfares AFEM-opplegget, og hva betyr det for deltakernes livskvalitet, sosiale verdighet og aktive engasjement i egne arbeids- og livssituasjoner?
- Hvordan evaluerer deltakerne programmet generelt og spesielt med hensyn til å gi støtte og trivsel, og oppdaging, læring og mestring?
- Hva betyr deltakelse på hele AFEM-opplegget (del 1 og del 2) til forskjell fra deltakelse kun på del 1 av opplegget?
  - o Hvilken helsereelatert livskvalitet rapporterer brukerne ved begynnelsen og avslutningen av gjennomført rehabiliteringsopplegg?
  - o Hvilken betydning har kursdelen for oppdagelse og læring om egen situasjon og egne ressurser og muligheter for fremtidig deltakelse i arbeidslivet?
  - o Hvordan erfares AFEM-modellens oppfølgingsdel?

Evaluering er avgrenset til å beskrive deltakernes arbeids-/trygdesituasjon og helsereelaterte livskvalitet ved oppstart av opplegget og etter ett år, samt deltakernes opplevelse av tiltaket, miljøet, egne prosesser, gruppeprosesser og hvordan effekter av tiltaket har oppstått og har betydning sosialt og spesielt i sammenheng med egne trygde-/attføringssaker.

Man kan gjøre en effektanalyse gjennom at effekter av tiltak måles, sammenlignes og vurderes opp mot måloppnåelse (Olsson og Lehto 2005). Effekter ble målt som forskjeller i besvarelser av likelydende spørreskjema på to tidspunkt. Om man bare konsentrerer seg om effekter kommer prosessen i bakgrunnen. Det ble ikke gjort målinger opp mot sammenlignbare grupper.

Gjennom å gå inn i prosessen får man bedre innsikt i hvordan effekter oppstår og hvorfor noe skjer eller ikke skjer (op.cit.) Prosessevaluering ble gjennomført ved hjelp av fokusgrupper. Resultatene diskuteres og danner grunnlag for anbefalinger, forslag til endringer og oppfølgingsprosjekt.

## Begrepsklargjøringer og teoretisk perspektiv

I dette kapitlet beskrives noen sentrale begreper samt teoretisk perspektiv som er lagt til grunn ved evalueringen. Vi benytter termene deltaker og stønadsmottaker synonymt om de personene som har deltatt i opplegget ved Smednes, og som er utvalg og respondenter/informanter i evalueringen.

### **Attføring, rehabilitering, sosial rehabilitering og norsk velferdspolitik**

Under dette punktet beskrives hva vi legger i termer som attføring og rehabilitering, og noen trekk ved norsk velferdspolitik som har relevans i denne sammenheng.

**Yrkesretta attføring** er tiltak etter Folketrygdloven §11.5 med mål at personer med varig nedsatt evne til inntektsgivende arbeid kan få eller beholde arbeid som er høvelig for dem:

Dersom du på grunn av sykdom, skade eller lyte har fått evna di til å ha inntektsgjevande arbeid varig nedsett, eller har fått moglegheitene dine til å velja yrke eller arbeidsplass vesentleg innskrenka, kan du få tilbod om tiltak slik at du kan få eller halda på arbeid som er høveleg for deg (A-etat online; <http://www.aetat.no/cgi-bin/aetat/imaker?id=12908#1>).

Trygdekontoret fatter vedtak om stønadsmottaker fyller vilkårene for attføring. Saka sendes så over til a-etat som har ansvar for å yte bistand ved yrkesretta attføring. Attføringspenger skal dekke utgifter til livsopphold. Attføringsstønad skal dekke utgifter stønadsmottaker har i sammenheng med yrkesretta attføring (op.cit.). I 2001 var det 10066 deltakere på ordinære tiltak hvorav 8090 mottok ytelse til ulike kvalifiseringstiltak. I 2005 var 13150 personer på ulike arbeidsmarkedstiltak (A-etat; [http://www.aetat.no/data/f/0/44/51/5\\_702\\_0/aarsstatistikk\\_2005.pdf](http://www.aetat.no/data/f/0/44/51/5_702_0/aarsstatistikk_2005.pdf)).

Det finnes ingen allment akseptert definisjon for av hva begrepet rehabilitering står for. Flere definisjoner er blitt presentert av blant annet Helsetilsynet, faggrupper og brukerforeninger. Noen har fokus på aktører og plassering av ansvar for oppgaver. Andre definisjoner beskriver prosess; hva skjer og hos hvem prosessen skjer. De fleste definisjoner enes om at **rehabilitering** innebærer tidsavgrensa, systematisk, planmessig arbeid for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, deltaking sosialt og i samfunnet, og at arbeidet organiseres tverrfaglig (Conradi og Rand-Henriksen 2004). Vårt fokus vil være på prosessen, men vi vil også komme inn på den tverrfaglige organiseringen.

**Sosial rehabilitering** har som mål å skape økonomisk og sosial trygghet, likeverd i levekår samt aktiv deltagelse i samfunnet (Westerhäll, Bergroth og Ekholm 2006). Vårt fokus er *sosial rehabilitering med vekt på psykososiale forhold, vekst og mestring*, og ikke medisinsk rehabilitering. En fremvekst av forståelsen av funksjonshemming er etter hvert blitt kjent som den sosiale modellen (Grue 2004). På 1960-tallet fokuserte sosiologer som Goffman og Scott på det de omtalte som stigmatisering og viste at rehabiliteringstenkningen kunne bidra til en sosialt konstruert avhengighet for de funksjonshemmede. Fordi tidligere oppmerksomhet hadde vært rettet mot individuelle funksjonsmessige begrensninger og i liten grad vært fokusert på hvordan funksjonshemmede selv oppfattet dagliglivets problemer, vokste det på 1970-tallet fram en ny politisk bevegelse blant funksjonshemmede i USA. Det har bidratt til utvikling av det vi kan kalle en sosial modell, det vil si en ide om at funksjonshemming er resultat av sosiale prosesser som skaper identiteter og roller og at funksjonshemming er resultat av samfunnsmessig utvikling innenfor en bestemt kulturell kontekst (op.cit.). Rehabilitering dreier seg om å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, innenfor en bestemt kulturell kontekst; se beskrivelse ovenfor. Vårt fokus vil være subjektive og sosiale/kulturelle betingelser for rehabilitering, sosialt og med sikte på meningsfull aktivitet og deltagelse i arbeidslivet. Virksomhetsområdet rehabilitering omfatter det man tidligere kalte medisinsk rehabilitering, voksenrehabilitering, *sosial rehabilitering* og yrkesrettet attføring (Breimo 2005). Rehabilitering og rehabilitering kan defineres som en tidsavgrensa, planlagt prosess med mål og

virkemidler og hvor flere samarbeider om å gi støtte til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig evne til fungering og mestring slik at han/hun kan bli selvstendig og en aktiv sosial og samfunnsmessig deltaker (Helse- og omsorgsdepartementet 2001).

Rehabilitering innebærer ikke nødvendigvis å gjøre en person frisk, men å bistå en person til selv å mestre eller bedre sin funksjonsevne, dette med tanke på deltakelse i arbeidslivet eller dagliglivet (Hedlund 2004). Målsettingen med rehabilitering er å gjøre personer i stand til å ivareta eller bedre sine funksjoner ved hjelp av egne ressurser og offentlige støttetiltak.

Rehabiliteringspenger er en inntektssikrende stønadsordning regulert av folketrygdlovens kapittel 10 (<http://www.lovdato.no/all/tl-19970228-019-003.html>). I 1996 var det 24 639 personer som mottok rehabiliteringspenger fra trygden, mens det i 2003 i alt var 61 209 personer som mottok ytelsen. Ved inngangen av 2004 ble reglene og oppfølgingsrutinene for denne stønaden innskjerpet i trygdetaten, og mot slutten av 2004 var det rundt 11 000 færre stønadsmottakere enn det var ved utgangen av 2003; jfr. Trygdestatistisk Årbok 2003 og 2004 (Rikstrygdeverket 2003, 2004).

Ved inngangen av 2000-tallet har man iverksatt ulike virkemidler for å minke antallet personer som blir avhengige av trygdeytelser som inntektssikring, og forsøkt å stimulere flere til å bli selvforsørget via arbeid. Et virkemiddel brukt for å fremme en slik utvikling er *Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv*. IA avtalen er et virkemiddel for å hindre utstøting fra arbeidslivet og fremme inkludering for marginaliserte grupper. Det er også satt i verk andre tiltak for å få personer med helseproblemer raskere tilbake i arbeid når dette er mulig. Det pågår forsøk med å gi deler av inntektssikringsmidlene som lønnstilskudd. I tillegg er det innført regler som begrenser tidsperioden en kan gå på inntektssikringsmidler. Når medlemmet har mottatt rehabiliteringspenger i seks måneder, skal trygdekontoret vurdere om yrkesrettet attføring bør prøves. Kun ved meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader hvor medisinske behandling antas å ta lengre tid, kan det gjøres unntak fra en slik tidsbegrensning. Det er innført nye ordninger om tidsbegrensninger i uførepensjon, og det er åpnet for mulighet for å "fryse" rettighetene til uførepensjon mens man forsøker seg i arbeidslivet (Hedlund o.fl. 2005).

Norsk velferdspolitik har som mål å få personer tilbake til arbeid, å aktivere personer som ikke har en plass i arbeidsmarkedet i en eller annen form, å bistå arbeidsgivere med subsidiert arbeidskraft, en moralsk funksjon som sikter mot å lede folk til arbeid og å spare offentlige utgifter (Pedersen 2002 referert i Hedlund o.fl. 2005).

## **Livskvalitet og helsereelatert livskvalitet**

Begrepet livskvalitet er ikke entydig, og mye kritikk mot livskvalitetsforskning i klinisk praksis har vært rettet mot manglende avklaring av begrepsinnhold og teoretisk forankring, hevder Wahl og Hanestad (2004). I et forsøk på avklaring hevder flere at begrepet i helsefaglige sammenhenger kan brukes på tre nivåer; global livskvalitet, helsereelatert livskvalitet og sykdomsspesifikk livskvalitet (Wahl og Hanestad 2004, Rustøen og Wahl 1999). Global livskvalitet inkluderer personens tilfredshet, lykke, mening med og realisering av mål knyttet til livet som helhet, mens helsereelatert livskvalitet dreier seg om personens opplevelse av generelle helseforhold. Det tredje nivået dreier seg om en persons opplevelse av forhold knyttet til spesifikke plager eller sykdommer. De tre nivåene har flerdimensjonal karakter, med dimensjoner som fysiske, psykiske, sosiale, åndelige, økonomiske og materielle, og de virker gjensidig inn på hverandre (op.cit.).

For personer som er i attførings- eller rehabiliteringsprosesser vil nivåene for global livskvalitet og for helsereelatert livskvalitet være aktuelle. Det dreier seg om opplevelse av generelle helseforhold i videre forstand enn helseforhold knyttet til sykdom/ sykdomsspesifikke plager. Attføring eller sosial rehabilitering er aktuelt først etter sykmeldingsperioder med kurativ medisinsk behandling hvor nivå tre er aktuelt. Derfor vil vi i det følgende fokusere på livskvalitet som globalt begrep samt på begrepet helsereelatert livskvalitet.

## Livskvalitet og betingelser for behovstilfredsstillelse

Global livskvalitet definert; ”en persons livskvalitet som stammer fra tilfredshet eller misnøye med områder som er viktige for han eller henne” (Ferrans 1990 referert i Wahl og Rognestad 2004: 38). Dette dreier seg om tilfredshet og mening med livet generelt, og har sammenheng med menneskelige behov og verdier og våre tenke- og handlemåter. Behov kan forklares på grunnlag av fysiologiske prosesser og spenningsreduksjon, mens andre teorier betrakter behov som foranderlige og vanskelig å forklare ut fra fysiologiske prosesser (Steen-Olsen 2003). Maslow, 1962, 1970, skilte mellom mangelbehov (fysiologiske behov) og vekstbehov (psykologiske behov) som dekkes gjennom sosiale relasjoner og samhandling med andre mennesker. Inglehart, 1981, har beskrevet en behovsteori bestående av to nivåer. Det ene utgjør grunnleggende behov for fysisk og materiell sikkerhet mens det andre utgjør høyere, postmaterielle verdier som tilhørighet, anerkjennelse, selvaktualisering og estetisk tilfredsstillelse. *Verdier*, - som utvikles og formes og opererer på samfunns- og individnivå, blir her sidestilt med behov. Behov bør forstås ut fra et individ-, kultur- og samfunnsperspektiv, hevder Steen-Olsen (op.cit.). Hun definerer behov som ”en biologisk og psykologisk tilstand som er handlingsorienterende for å oppnå en tilfredsstillende livskvalitet (tilfredshet) og for å forhindre deprivasjon” (op.cit.: 22). Dette har konsekvenser for omsorgsrollen. For å forhindre deprivasjon, bør devalueringprosesser motvirkes, jfr. Askheim (2003). *Devaluering* er omtalt lengre fremme i kapitlet. *Deprivasjon* menes udekkede behov i form av savn eller tap. Steen-Olsen beskriver behov som har betydning for livskvalitet som relasjonelle/sosiale behov og ontologiske behov knyttet til livssituasjonen (eksistens). Disse behovene inkluderer mestrings- og trygghetsbehov. Hun beskriver en behovsmodell som gir rom for både subjektive og objektive betingelser for behovstilfredsstillelse. Objektive betingelser beskrives som trygghet og ontologisk sikkerhet, sosial og kulturell tilhørighet og sosial og kulturell mestringskompetanse. De subjektive betingelsene beskrives som selvverd og selvaktualisering, tillit og kontroll og forståelse og mening. Skillet mellom subjektive og objektive betingelser kan flyte over i hverandre avhengig av personlig utvikling og, livssituasjon og livsbetingelser. Subjektive prosesser blir ivaretatt i den grad det eksisterer harmoni mellom de objektive betingelser. Med referanse til Erikson 1950, 1968, hevder Steen-Olsen (op.cit.: 24) at ”de subjektive opplevelsene av *selvverd/selvaktualisering* og *tillit/kontroll* utgjør grunnleggende behov som må være dekket for at individet skal utvikle seg harmonisk, mestre omgivelsene og relatere seg trykt i forhold til mennesker og miljø”.

## Helserelatert livskvalitet

Helserelatert livskvalitet dreier seg ikke om en tilstand løsrevet fra livsbetingelser, relasjonell- og ontologisk trygghet og livskvalitet eller tilfredshet; jfr. ovenstående punkt om livskvalitet/tilfredshet. Det dreier seg derimot om selvrappotering av helsemessig relaterte livskvalitetstilstander. *Helse* forstås ikke bare som fravær av sykdom, men også som en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende (WHO 1947, 1948 referert i Rustøen og Wahl 1999, Wahl og Hanestad 2004). Funksjon og velbefinnende er knyttet til generelle helseområder, ikke til spesifikke sykdomstilstander.

*Helserelatert livskvalitet* kan forstås som et uttrykk for helse i betydning velbefinnende og fungering, fysisk, psykisk, sosialt og åndelig, det vil si en fremstilling av positive og negative trekk ved en persons velbefinnende og fungering på en gitt tid og i en sammenheng hvor sykdom, plager eller behandlingsforhold er relevante (Padilla o.fl. 1992). Under attføring og sosial rehabilitering kan sykdom være ferdigbehandlet eller under varig/lang tids behandling. Plager av fysisk, psykisk og sosial karakter kan være relevante. Eventuelt kan også lang tids behandling av sykdom og plager være aktuell.

Wahl og Hanestad (2004) hevder livskvalitet på grunn av sitt subjektive aspekt vanskelig kan måles gjennom observasjon av atferd eller biomedisinske mål. Observasjon av atferd synes å være mindre pålitelig. Helsepersonell som observatører kan mistolke grad av symptomer og generell

livskvalitet hos pasientene. Studier har vist at helsepersonell har en tendens til å rapportere alvorlige plager som ikke opptrer så ofte, og at pasienter har rapportert om ganske mye plager som helsepersonell ikke rapporterte som plager (op.cit.: 35). Selvrapporing synes følgelig å være den beste måten for å få kunnskap om personers livskvalitet.

Det er lagt ned et betydelig internasjonalt arbeid for å utvikle skjema for måling av selvrapportert livskvalitet på tvers av land og kulturer. Short Form-36 (SF-36) er det mest brukte helserelevante skjemaet, både i Norge og internasjonalt. SF 36 er et spørreskjema utviklet ut fra en bred helseforståelse; jfr. WHO's definisjon. Man har oppnådd bred aksept for at fysisk og mental helse er vesentlige domener, hevder Ware (1988: 891). SF-36 bygger på WHO's helsebegrep og forståelsen av fysisk og mental helse som vesentlige domener innen helserelevanter livskvalitet. Skjemaets 36 spørsmål danner åtte subskalaer for hhv. fysisk funksjon, fysisk rollebegrensning, emosjonell rollebegrensning, vitalitet, sosial fungering, kroppslig smerte, mental helse og generell helse. I tillegg dreier ett spørsmål seg om egen vurdering av endring av helsestatus det siste året. Hovedtyngden av studier har beskrevet hvordan en gruppe personer har det, eller sammenligninger av flere grupper. *"Det er behov for flere studier som ser på effekten av ulike tiltak på livskvalitetsopplevelsen"*, hevder Wahl og Hanestad (2004:118). For de som har deltatt i del 1 og del 2 av AFEM -opplegget ved Smednes vil det være aktuelt å undersøke hvordan de har det ved oppstart og hvordan de har det etter gjennomført opplegg; jfr. metodekapitlet.

### **Sosial verdighet, sosiale nettverk og sosial støtte**

Sosial verdighet handler om å oppleve seg verdsatt i den sosiale omgivelsen man lever i; jfr. teorien om global livskvalitet. Det sosiale nettverket dreier seg om sosiale relasjoner av betydning disse har for den enkelte. Sosiale nettverk kan defineres som "et sett av relativt varige, uformelle relasjoner mellom mennesker" (Schieffloe 1992). Sosiale nettverk er resultat av sosiale prosesser. Nettverk kan være etablert spontant eller også gjennom planlagte prosesser for å oppnå bestemte mål. Nettverk kan benyttes terapeutisk, for det ene for å styrke etablerte nettverk, og for det andre ved å søke å koble sammen personer med samme type problemer, for at de kan utgjøre et nettverk for hverandre (op.cit.). Ved Smednes setter man sammen grupper hvor de samme personene får kurs og deltar i oppfølging sammen. Man har fokus på både individ og gruppe. Live Fyrand (1994) understreker denne type tenkning på følgende måte: "Å forstå enkelt individet som et selvstendig individ løsrevet fra alle systemer, er like viktig som å se hver og en av oss som et resultat av – og en del av – mange ulike systemer" (Fyrand 1995: 13). Betydningen av denne tenkningen kommer vi tilbake til i resultatkapitlet.

James House (1981) mener støtte fra omgivelsene er av betydning for menneskers helse. Støtte fra andre mennesker er en ressurs for oss når vi opplever situasjoner som er psykisk krevende og belastende. Støtte fra andre kan betraktes som en mestringsressurs, som et sosialt fond mennesker kan benytte og ha nytte av for å håndtere stressorer (House 1981, Thoits 1995, Knardahl 1998).

*"Støtte fra omgivelsene motiverer pasientenes forsøk på å mestre stress. Foruten pasientens støtte fra personer i sitt privatliv, kan pasienten benytte og ha hjelp av helsepersonellens støtte. Helsepersonell er en ressurs og har som funksjon å yte faglig hjelp og støtte for at pasienter skal mestre stress, fungere og handle på slik måte at helende prosesser understøttes og forverring forebygges"* (Brataas 2003: 58).

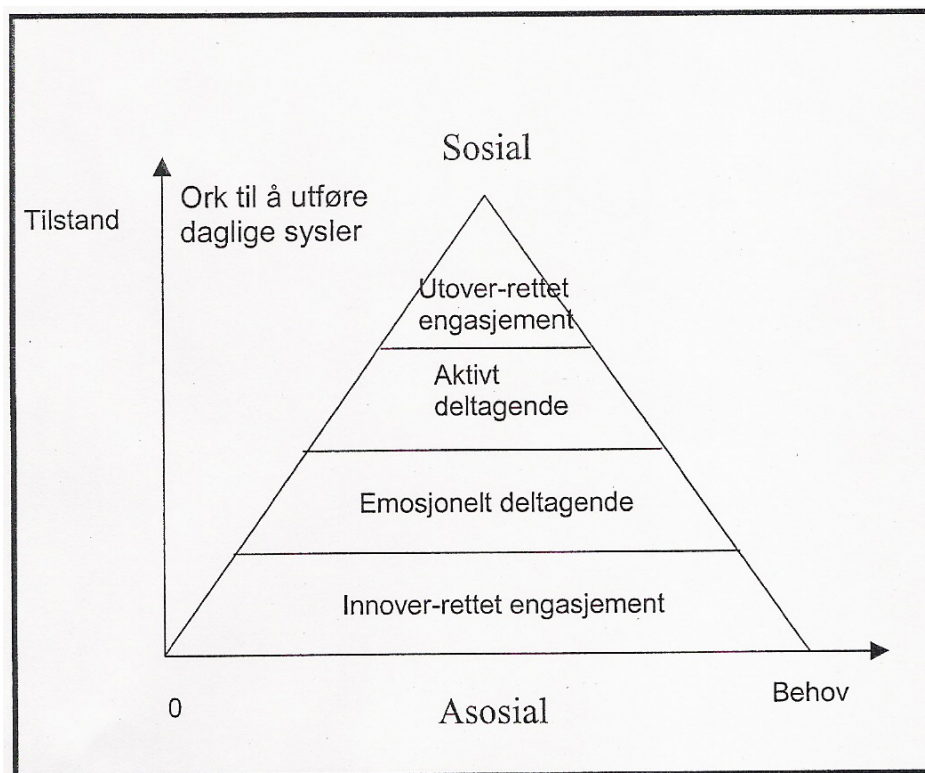
House har delt inn støtte fra andre mennesker i følgende fire typer; instrumentell, informativ, emosjonell og sosial/kulturell støtte. Sammenstill vi de fire kategoriene støtte med de fire områdene for helserelevanter livskvalitet, ser vi at de motsvarer hverandre. Det kreves mer forskning for å beskrive og teste sammenhenger som ligger til grunn for den direkte eller indirekte innflytelse



som støtte synes å ha på stress og strategier for mestring, jfr. Thoits 1995, og på sammenhenger mellom støtte, mestring og livskvalitet (Brataas 2003: 59).

### **Miljøets betydning for å "ta igjen seg" etter stressende belastninger**

Patrik Grahn (2005) har forsket på betydning av syke, funksjonshemmede og eldres aktivitet i naturen, og utviklet en modell for personlig følsomhet for natur. Denne følsomheten er størst når den psykiske kraften er lav. Når den psykiske kraften er lav nærmer man seg apati. Noe høyere opp energimessig, greier personen et innover rettet engasjement, og personen har behov for et naturmiljø som ikke stiller krav, men som støtter dette (op.cit.). Behov er enkle, tydelige og positive inntrykk. På neste nivå finnes noe mer psykisk kraft og man begynner å interessere seg for den sosiale omgivelsen, men orker ikke å delta aktivt. Ytterligere et steg opp finner vi aktiv deltakelse; **jfr. figur nr. 1**. Nå har personen behov for å være virksom og kreativ, produsere og vise dyktighet (op.cit.).



**Figur nr. 1.** Type engasjement beroende av individets psykiske kraft (Etter Patrik Grahn 2005: 250)

I løpet av de siste par desennier har en gruppe forskere rettet oppmerksomheten mot miljøpsykologi og betydning av restorative miljøer ved å fokusere på ulike tilstander som sorg, tap av sosiale ressurser og lignende, og miljøets betydning for å hente seg inn (Hartig 2005). Vi fant det derfor relevant å undersøke hva naturmiljøet ved Smednes har betydd for deltakerne i prosjektet og deltakernes oppfatninger om betydning naturomgivelsene på Smednes har for ro og "å ta seg igjen". Vi anser gjeninnhenting som aktuelt for deltakere ved Smednes. Læring, mestring og nye handlemåter vil være andre viktige prosesser når man har kraft til dette.

## **Læring, handlingsberedskap og mestringskompetanse**

Deltakernes syn på egen arbeidsevne i lys av deres problemer med påkjenninger og mestring av dem, kan forstås i lys av sosialpsykologisk teori hvor begreper som stress og mestring står sentralt. Respondentene må forholde seg til egen opplevelse av utilstrekkelighet, men også til opplevelsen av mangelfull mestring av krav og forventninger fra omgivelsene. I ulike sosiale sammenhenger makter en ikke å fungere slik en gjorde tidligere. Forsøk på håndtering av krav og reaksjoner fra omgivelsene, eller ens indre, er beskrevet som prosesser som dreier seg om å mestre påkjenninger, dvs stressprosesser (Lazarus 1998). Noe i omgivelsene eller i personens indre er årsaksforhold (benevnt som byrde, belastning, stress eller stressorer). Mestringsprosesser har til hensikt å håndtere stressende utfordringer og medfører et mønster av effekter på sinn og kropp, ofte kalt stressreaksjon (op.cit.). Tradisjonelt er mestring beskrevet som to prosesser; kognitiv mestring og emosjonell mestring. Kognitiv mestring dreier seg om å kunne vurdere situasjonen man er i, for så å kunne vurdere hvilke muligheter den gir og hva som er aktuelle handlemåter (Lazarus og Folkman 1984). Emosjonelt kan mestring dreie seg om å regulere negative følelser en situasjon skaper (op.cit.). I den senere tid ser man en dreining mot å vektlegge emosjoner i mestringsprosessen (Lazarus 1999). Mestring og emosjon er tradisjonelt blitt behandlet som atskilte fenomener, men fortolkning og mestring griper hele vegen inn i den emosjonelle prosessen (op.cit.).

Tre vesentlige former for stress er beskrevet i forskningslitteratur:

1. Livshendelser (akutt oppståtte hendelser som krever vesentlig justering av atferd innen en relativt kort periode, eks. å få sitt første barn, skilsmisse eller dødsfall i familien).
2. Kronisk streben (strain) pga vedvarende krav som fordrer justering av atferd over en lengre tidsperiode (skade, fattigdom, problemer i ekteskap eller i arbeidslivet).
3. Krangel eller også oppløftende hendelser, betegnet som mindre hendelser som krever mindre justering av atferd i løpet av en dag (trafikkork, uventet besøk, et bedre måltid) (Thoits 1995).

Litteraturen har generelt fokusert på negative hendelser. En kan anta at noen av deltakerne har opplevd først nevnte form for stress. Dette kan ha hatt innvirkning på arbeidsevnen. Videre kan det ha medført stress i form av kronisk streben. Mye og/eller lang tids påkjenning kan ha ført til sykmeldinger og lengre tids fravær fra arbeidslivet. Videre kan en anta at slike tapsprosesser har ført til opplevelse av redusert helse relatert livskvalitet.

Illeris (2004) belyser *modernitetens kompetansekrav*. Det omfatter de samfunnsmessige krav som voksenutdanningen må fokusere på, og inneholder kvalifikasjoner og kompetanse som arbeidslivet og voksenlivet generelt etterspør. Kravene er både tradisjonelt faglige kvalifikasjoner, personlighetsmessige og sosial kompetanse. Illeris (op.cit.) viser til endring i bruk av begreper, fra termen kvalifikasjoner som etter hvert er blitt utskiftet med begrepet kompetanse.

Kompetansebegrepet kan relateres til deltakerne på Smednes med tanke på å utvikle sin kompetanse ut fra en vid forståelse av begrepet, der deltakerne blir forberedt til samfunnsmessige krav som arbeidsliv og voksenliv forventer.

Kompetansebegrepet henviser til at en person er kvalifisert i en bredere betydning. Det dreier seg ikke kun om at personen behersker et faglig område, men også om at personen kan anvende denne faglige viten – og mer enn det: anvende den i forhold til krav, som ligger i situasjonen, som kanskje er usikker og uforutsigbar. Derfor inngår i kompetanse også personens vurderinger og holdninger, og evne til å anvende en betydelig del av sine personlige forutsetninger; jfr. Illeris (2004:37)

Kompetanse er således et helhetsbegrep som integrerer alt som skal til for å makte en gitt situasjon eller sammenheng. Dette begrepet kan også relateres til en organisasjon. Dette skifte av begrep fra kvalifikasjoner til kompetanse, fører til endring på synsvinkelen mellom læring og utdanning. Utdanning er ikke relatert til institusjon, men får direkte forankring til arbeidslivet. Som følge av endringen på begrepene har det vært og er diskusjon i hva begrepet kompetanse omfatter. Illeris viser for eksempel til kompetanserådet og OECD sin beskrivelse av ulike typer kompetanse.

Han konkluderer med at ulike typer kompetanse er avhengig av hvilke situasjoner de skal anvendes til (op.cit.).

Kompetansebegrepet er i utgangspunktet et omfattende begrep og kan således anvendes til de voksnes læreprosesser. Utfordringen ligger i perspektivet på voksenutdanning og hva som påvirkes av det. AFEM-modellen som er utviklet ved Smednes omfatter en kursdel, som vi vil karakterisere som voksenutdanning i betydning læring med ansvar for egen mestring som mål.

Illeris (2004) påpeker at mange reformer for utdanning i Norge mangler et deltakerperspektiv. Det vil si at det er økonomi som har sterkest fokus. Reformene er som regel begrunnet administrativt og økonomisk. Sett fra et deltakerperspektiv synes det som om beslutningstakerne helt har mistet forbindelsen med de personlige og mellommenneskelige forhold som utgjør utdannelsens hverdag på et gulfplan, og utgjør grunnlaget for den læring og kompetanseutvikling som faktisk skjer. AFEM kurset ved Smednes fokuserer på hver enkelt deltaker og hvordan den enkelte kan støttes slik at de får utviklet sin kompetanse ut fra sitt ståsted.

### **Verdsetting av sosial rolle**

Det har utviklet seg to hovedretninger innen teorier om funksjonsevne og rehabilitering. Den har fokus på menneskers ressurser, vekst og mestring. Den andre retter oppmerksomheten mot hva som er normalt og hvilke tiltak som kan imøtekomme menneskers rettigheter til et normalt liv. Den internasjonale normalitetstenkingen er først og fremst knyttet til professor Wolf Wolfensberger sin teori, VSR (*verdsetting av sosiale roller*) (Askeheim 2003:28). Wolfsberger ønsker å gripe fatt i årsakene til ulikheten og urettferdigheten som nedprioriterte grupper i samfunnet er utsatt for. Fra 60-tallet har hans mening vært å utvikle det han karakteriserer som ” *a systematic theory that can be used as a universal guiding principle in the design and conduct of human services to people who are devalued by the larger society* ” (Askeheim 2003:29). Selv om Wolfensberger har psykisk utviklingshemmede som eksempler, mener han at flere grupper i samfunnet er utsatt for, eller trues av lav samfunnsmessig verdsetting. Han påstår at menneskene av natur er evaluerende og dermed er det i den menneskelige natur at vi verdsetter eller devaluerer andre. Variasjon i devalueringen skjer hele tiden med hvem som gjør det og hvilke grupper som blir devaluert. Men de menneskene eller gruppene som blir devaluert får alltid lav status av de som har høyt verdsatte roller i samfunnet.

Wolfensbergs teori er sterkt påvirket av sosial rolleteori. Blant annet vil grupper eller personer som defineres som annerledes få tildelt sosiale roller som er lite verdsatt.. Det skjer en devaluering, altså lite verdsatt i samfunnet. Denne devalueringen får store konsekvenser for dem som blir utsatt for dette. Verdsetting av disse personene er lav og dermed behandlet dårlig av sine medmennesker. For å jobbe ut fra en VSR modell (op.cit.:30), vil denne devalueringen endres og rollene til personene også endres slik at de blir mer verdsatt.

Smednes sitt tilbud omhandler psykososial rehabilitering. Deltakerne ga uttrykk for opplevelse av en devaluering av sin sosiale rolle. Kursopplegget bidrar til å endre denne devalueringssprosessen ved å bidra til livskvalitet og mestring. Den devaluerende opplevelsen blir redusert og påvirker det sosiale rundt deltakerne slik at deres sosiale miljø gir uttrykk for en verdsetting.

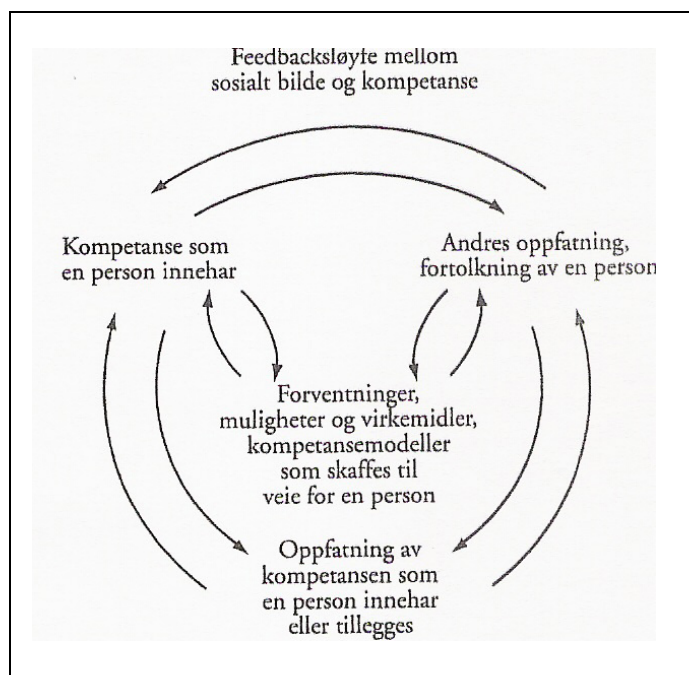
Hovedstrategien for å forandre på devalueringssprosessen blir å heve nivået på det sosialt konstruerte bilde, slik at oppfattelsen av dem blir mer positiv og at deres roller blir mer verdsatt. Videre strategi blir å få høynet kompetansen slik at de blir bedre rustet til å fylle de nye verdsatte rollene som krever kompetanse

For å heve det sosialt konstruerte bilde må en ta utgangspunkt i det som er ligger bak forestillingene og meningene om lav verdsatt rolle. Det kan være fysiske omgivelser, hvor de oppholder seg, hva gjør de og hvem de omgås med. Dette gjelder også hvilket språk eller betegnelser som blir brukt i forbindelse med de lavt verdsatte rollene og hvordan er personene, hvordan oppfører

de seg, hva har de på seg og hvordan ser de ut. Arbeidet for å verdsette de sosiale rollene foregår på ulike områder og nivåer.

Wolfensberger, referert i Askheim (2003), bruker også kompetansebegrepet. Hans begrepsbeskrivelse inkluderer kunnskaper, ferdigheter relatert til personens atferd og sosial kompetanse. Det er en nødvendighet å satse på kompetanse blant annet fordi det har verdi i vårt samfunn å inneha kompetanse. Kompetanse har også en verdi for å kunne være selvstendig og for å produsere noe. Hvis en ikke har kompetanse fører det til vanskeligheter med å fungere tilfredsstillende på forskjellige områder, for eksempel i forhold til verdsatte personer.

Ved å synliggjøre kompetanse vil en bli mer verdsatt av omverdenen. Kompetanseheving og bedring av det sosiale bilde henger sammen. Blir kompetansen bedret vil det sosiale bildet bli bedre. Over tid vil arbeidet med å bedre den sosiale kompetansen ta lengst tid, fordi dette sitter dypest og er mest avgjørende for det bilde vi har av andre personer. AFEM-opplegget ved Smednes fokuserer både på det personlige plan og det sosiale plan, og kompetanseheving for hver deltaker.



**Figur nr. 2.** *Sammenhenger mellom sosialt bilde og kompetanse*  
(Etter Wolfenberger og Thomas 1999  
gjengitt i Askheim 2003:33)

Sammenhengen mellom sosialt bilde og kompetanse er illustrert i Figur nr. 2.

For å arbeide etter VSR modell er det retningslinjer det må arbeides ut fra (Askheim 2003).

Wolfensberger har inndelt arbeidet i ti kjernetemaer. To av temaene omfatter utvikling av personlig kompetanse og sosial integrasjon og verdsatt sosial deltakelse (op.cit.). Ved utvikling av kompetanse er det et grunnleggende premiss ved at alle har et potensialet for å lære, og for å utvikle seg.

Utfordringen blir hvordan en legger til rette for dette til personer med lavt verdsatt rolle. Det må legges til rette ut fra den enkelte og samtidig sette sammen grupper som gir positiv læring innad i gruppene. De tiltakene som settes i verk må være tilpasset den enkeltes nivå og mulighet.

I forhold til sosial integrasjon og vedsetting av sosial deltakelse bør den enkelte integreres inn i de verdsattes aktiviteter og de omgivelsene de verdsatte oppholder seg. De skal få bo normalt, normal utdanning, jobb og det som gir verdsetting.

For at dette skal lykkes må velferdsapparatet gå inn å iverksette de tiltak som er nødvendig.

For å iverksette tiltak som fremmer verdsetting av roller er det flere nivå i samfunnet som berøres:

- Det er på det individuelle nivå der tiltakene berører personen det gjelder.
- Det er på det primære og sekundære nivå som omfatter familie, naboer, sosiale miljø og apparatet som setter i verk tiltak.
- Tilslutt berører det samfunnet som helhet, verdier, språk, lover og regler (op.cit.:42).

AFEM-modellen som benyttes ved Smednes benytter et teoretisk grunnlag som bidrar til at det personlige nivå berøres, det primære og sekundære nivå berøres og tilslutt det samfunnsmessige nivået. Deltakerne blir bevisstgjort og får ryddet opp i de personlige utfordringene de har videre får ryddet opp i det familiære og samfunnsmessig i forhold å møte de ulike etatene. De får også en avklaring med tanke på arbeidsliv eller ikke.

### ***Tverrfaglig samarbeid***

Tverrfaglig samarbeid er et begrep som blir brukt mer og mer. Begrepet er blitt innarbeidet innenfor flere områder i samfunnet, blant annet innenfor undervisning, forskning og omsorg.

I følge Lauvås og Lauvås (2004) er tverrfaglig samarbeid en nødvendighet i det moderne samfunn, fordi samfunnet er blitt delt opp i spesialiteter og funksjonsdifferensiering. Dette har ført til at helhetstenkningen er blitt vanskeligere å håndtere. Videre har det ført til at brukerne av de ulike tjenestene ikke er blitt godt nok ivarettatt og at utnyttningen av ressursene ikke har blitt godt nok utnyttet.

Hovedansvarlig på Smednes fungerer som en samler for alle etatene som deltakerne har forholdt seg til og skal forholde seg til. Tilbudet som blir gitt anvender helhetstenkningen.

### **Brukerperspektiv**

I et tverrfaglig samarbeid er det underforstått at alle representantene fra alle berørte områder samarbeider med tanke på det beste for brukeren (Lauvås og Lauvås 2004:55) Det diskuteres i denne sammenheng om hvordan dette samarbeidet fungerer overfor brukeren. Det er mange fagfolk som skal jobbe sammen og det sees ut som om at det er effektivt, men samtidig også oppleves av brukeren som umyndiggjøring.

I helsetjenesten er det blitt sterkere fokus på at det en gjør skal være til nytte for den en utøver arbeidet mot, altså brukeren. Begrepet brukermedvirkning er i så henseende et aktuelt begrep.

I 1992 lanserte Sosialdepartementet brukermedvirkning som et prinsipp og en nasjonal målsetting for helsesektoren. Departementet definerer brukermedvirkning som:

De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud (Lauvås og Lauvås 2004:56).

Hvilke områder som berøres av brukermedvirkning beskrives forskjellig. Det kan være på individuell plan, forvaltningsmessig og samfunnsmessig plan. I utgangspunktet berører det individets rettigheter og valgmuligheter. Det omhandler den avhengigheten brukerne opplever i forbindelse med de tilbudene hjelpeapparatet tilbyr. Brukermedvirkning berører rutinene for beslutningsprosessene og de daglige tjenestene som tilbys og saksbehandlingen. Og ikke minst

berører det kommunikasjon, høflighet og respekt. I denne sammenheng er begrepet *empowerment* et svar på profesjonsmonopolet som har vært. Der brukeren ikke har vært i sentrum. Begrepet *empowerment* defineres forskjellig, men generelt handler det om å gi makt tilbake til de som har opplevd avmakt (Askheim 2003:104). Begrepet relateres til verdier hvor relasjon mellom behandler og den hjelpetrengende settes i fokus. Relasjonen preges av likeverd og involvering. Brukeren får muligheten til å ta ansvar over sitt eget liv. Utfordringen for hjelperne er hvordan å få til dette (Lauvås og Lauvås 2004).

I et tverrfaglig samarbeid er meningen med brukerperspektivet å utvikle regler for hvordan en skal ta med og involvere brukerne og løse deres egne problemer. Utviklingen vil være å holde fast på, sikre og utvikle fagkunnskapen. Videre å utvikle metoder og erfaringen i fagkunnskapen, med ønske om å dele denne kompetansen med brukeren.

AFEM-opplegget ved Smednes Trivselsgård har et individuelt fokus og dermed et brukerperspektiv. Opplegget vil således ivareta de sentrale retningslinjene fra departementet med hensyn til kvalitet i tverrfaglig samarbeid med et brukerperspektiv.

## Flerpartssamtaler

I en del sammenhenger oppleves det av bruker at samarbeidet ikke fungerer. Det kan være at mange etater er involvert og helhetsperspektivet ikke blir ivaretatt. Når brukeren opplever at samarbeidet ikke fungerer, og når etatene opplever at samarbeidet ikke fungerer bør det søkes forklaringer på hva som forklarer samarbeidsproblemet. Når årsaken er funnet, bør det settes inn tiltak på forbedring (Westerhäll, Bergroth og Ekholm 2006). I den sammenheng kan flerpartssamtaler være et nyttig tiltak. I Sverige har man forsket en del på ulike modeller og tiltak for å ivareta individet når en individuell rehabiliteringsplan utarbeides. Man har som mål at individet skal være i sentrum. Forskning viser forskjeller på behov hos de som trenger rehabilitering. Noen har generelle behov, mens noen har særskilte behov. I den siste gruppen er det spesielt behov for kvalitet på det tverrfaglige samarbeidet. Westerhäll o.fl. (op.cit.) viser til to prosjekter der flerpartssamtalen ble positivt evaluert som en metode i rehabiliteringsarbeidet.

I arbeidet med systematiserende flerpartsamtale er utgangspunktet at en organisasjonen /etaten ikke kan løse et problem alene. Det er en *gruppe* som ivaretar organisasjonene/etatene. I gruppen sitter det representanter fra de ulike etatene. Denne gruppen undersøker hvilke muligheter det er hos de forskjellige etatene. I samarbeid med brukeren blir det lagt en handlingsplan for det videre arbeidet. Dette synes å samsvare med basisgrupper som benyttes i Norge; jfr. NOU 2004:13.

Da gruppen representerer alle berørte etater får brukeren muligheter for å legge frem sitt problem til alle etater samtidig. I motsetning til tidligere, der brukeren måtte legge frem problemet sitt mange ganger alt etter hvor mange etat kontor han/hun måtte oppsøke (op.cit.:157). Gruppen jobber hele tiden med det mål å finne en løsning på brukerens problem og det er gruppen alene som jobber med dette. Den består av de samme personene hele tiden, og ved opprettelse av gruppen trenger en ikke å slå sammen etater, da gruppen skal ivareta det tverrfaglige samarbeidet. Vår erfaring fra norsk praksis er at det deltar personer fra trygd, a-etat, sosialtjeneste, rådgivende lege i basisgruppemøter.

I Sverige ble det gjort evalueringsforskning av den svenske metoden. Man så etter hva som ble positivt og negativt for brukeren (op.cit.: 159). Det ble forsket på grupper med flerpartssamtaler og på grupper som fikk tradisjonell rehabilitering. Med tradisjonell menes at brukeren må gå fra etat til etat i rehabiliteringsprosessen. Det positive ved flerpartssamtaler beskriver helhetstenkning, kortere ventetid, mindre rundgang, opplevelse av brukerpåvirkning, brukerne møtes med større respekt, brukerne blir mer fortrolig til behandlerne, brukerne opplever mer fordeler, mindre samarbeidsproblem, får bedre selvtillit og et mer aktivt liv og behandlerne har fått mer innsikt i de andres etater.

Det negative resultatene gikk på usikkerhet om det var mulig å ha et felles grunnsyn, etatene får for mye informasjon om brukeren som ikke er nødvendig (op.cit). Kan denne informasjon misbrukes mot brukeren. Noen opplevde fremdels at de ikke hadde nytte av metoden, følte seg utrygg og at de ikke var i sentrum og at flerpartssamtalen ikke passet alle. Noen av brukerne opplevde flerpartsamtalene som slitsomme.

Resultatet av prosjektet viser blant annet at det ble utbetalt mindre bidrag etter intervensjonen, og noen kom raskere tilbake til arbeid enn sammenlignbare grupper. Flerpartssamtalen er med på å bidra i rehabiliteringsarbeidet til brukermedvirkning i et tverrfaglig samarbeid. Forskningen viste at det finnes modeller som ivaretar flerpartssamtalen og tverrfaglige samarbeid, og samtidig har individet i sentrum (Weserhäll o.fl. 2006:165).

Deltakerne på Smednes representerte forskjellige kommuner innenfor et geografisk område. I kommunene skjer det i forbindelse med NAV-reformen endringer organisasjonsmessig, slik at etatenes kontorer flyttes og slås sammen. Vi forventet at deltakerne ved Smednes hadde synspunkter på tverretattlig arbeid og den plass Smednes har i et samarbeid med etatene.

### **Motivasjon og økt innflytelse på egen livs- og arbeidssituasjon**

Tverrfaglige tiltak og samarbeidsprosesser farges av fagfolk, lover og offentlig forvaltning, det vil si ytre faktorer. Et mål for opplegget ved Smednes er at deltakerne lærer og oppnår mer egeninnsikt, egenverd og innflytelse på egen livs- og arbeidssituasjon. Her vil ansatte ved Smednes være sentrale ytre faktorer som virker inn på prosessen hvor også andre ytre faktorer er meget sentrale. En viktig faktor vil være deltakernes motivasjon. Denne antar vi at ikke er konstant, men at den kan minke eller øke som et resultat av så vel egen mestring som sosial anerkjennelse, støtte og motiverende tiltak ved Smednes.

### **Motivasjon**

Motivasjon relateres til handlinger vi utfører, og hvordan fornuften, tankene og følelsene blir sammen til å gi en glød til de handlinger vi utfører. Motivasjon defineres gjerne som:

”Det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder denne aktiviteten ved like og det som gir den mål og mening” (Imsen 2001:226).

Ordet motivasjon blir brukt til daglig i vårt språk. I følge Imsen (2001) blir det ofte brukt i negative sammenhenger der motivasjon blir etterspurt som mangelvare der personene en snakker om mangler motivasjon. Men det nevnes også spørsmål om hva er motivet bak en ugjerning. I så henseende kan motivasjon relateres mot en målrettet handling der det kan være ytre eller indre årsaker som ligger bak.

I positiv sammenheng relateres motivasjon ofte til begrepene som blant annet, pliktoppfyllende, imøtekommende, utholdende og interessert. Motivasjonsteorier som blir brukt i psykologisk sammenheng omfatter et begrenset utvalg av de følelser motivasjon omhandler. Det kan for eksempel være trygghet, smerte, angst, glede, aggresjon, frustrasjon og trygghet. Begrepene er ofte relatert mot personlig tilfredsstillelse. Imsen (2001) påpeker at en må ikke glemme at motivasjon kan relateres mot hele vårt spekter av følelseslivet og bruker det som leksikon i møte med elever eller andre.

Motivasjon er viktig i vår kultur, da det berører blant annet våre handlinger, påvirkning av andres virksomhet, nyttig bruk av tid i vårt samfunn, som er opptatt av produksjon.

De grunnleggende verdier har stor sammenheng med motivasjon. Handlingene våre er påvirket av det som vi oppfatter som godt og vondt, viktig eller ikke viktig. Dette har med identitet og identitetsutvikling å gjøre.

I følge Imsen (2001) skiller en imellom indre og ytre motivasjon. Med indre motivasjon gis det eksempler på barn som leker. Når de får lyst til å leke er det en indre motivasjon som er grunnlag. I forbindelse med aktivitet, læring eller arbeidsprosess er det interessen som holder det ved like fordi det er meningsfylt for den det gjelder. Med ytre motivasjon er det utsikten for å oppnå noe som motiverer. Når en er i en læreprosess er det resultatet, karakteren som er motivet. Det som er felles for begge de to formene er at det er lystbetont, enten erfaringsmessig eller at det er lystbetont som forventning.

## Ulike motivasjonsteorier

Det finnes mange motivasjonsteorier som bruker ulike forklaringer og begrep. De mest brukte og anvendbare i pedagogisk sammenheng er behovsteori, prestasjonsmotivasjon, teori om selvoppfatning og attribusjonsteori.

Abraham Maslovs *behovshierarki* er brukt innenfor blant annet pedagogikken og er anvendt mye i praktisk arbeid. Han er den mest sentrale innenfor humanistisk psykologitradisjon. (Imsen 2001) Behovshierarkiet prøver å finne en sammenheng i menneskenes atferd og om det er noe felles trekk. Atferden må sees i den situasjonen den utspiller seg for å finne forklaringer.

I teorien om prestasjonsmotivasjon er motivasjonen relatert til en trang en har for å gjøre noe i forhold til et eller annet. Den personen som er sterkt motivert til å prestere noe ønsker å lykkes med det. Dette gjelder ikke bare for å oppnå noe, men å selv oppleve at en gjør noe som er bra. John W Atkinson (op.cit.) laget en modell på hvordan motivet for prestasjon fungerer. Atkinsons modell viser to handlingsimpulser som er motstridende. Det er lysten til å gå løs på oppgaven og angsten for å mislykkes (op.cit.). Disse to impulsene konkurrerer med hverandre. Hvis angsten for å mislykkes overtar vil en unngå å ta fatt på oppgaven.

I teorien om selvoppfatning er det noen sammenhenger relatert mot identitet da begrepene selvoppfatning og identitet oppfattes som nært beslektet og har relasjon til motivasjon. Erik H Eriksons teori om personlighetsutvikling og Georg Herbert Meads teori om danningen av selvet er sentral her.

Det grunnleggende i teorien til Erikson er blant annet at mennesket er et sosial vesen og mennesket har en beredskap for å samhandle. Samfunnet er lagt til rette slik at det kan møte mennesket i samhandlingen. Skissen av Eriksons utviklingsteori baserer seg på åtte utviklingsperioder. Hver utviklingsperiode ender med en positiv eller negativ utfall. En av dem er puberteten der identitet er positivt utfall (op.cit.).

Georg H Mead sin teori omhandler selvoppfatning og hvordan den formes. Mead ser på selvoppfatning som en sosial struktur der oppfatninger av en selv er i samspill mellom personer. Altså det andre reagerer på oss og som oppfattes av oss selv. Det foregår en speiling der andres reaksjoner gir oss en objektiv oppfatning av oss selv. Språket er viktig i denne sammenheng (op.cit.).

For å utvikle positiv identitet kan innvolveringspedagogikken brukes. Det innebærer bruk av en humanistisk tradisjon der en har tro på at mennesket har evner til å være selvstendig og tenke rasjonelt. Enhver har et behov for å ta ansvar og behov for å utvikle seg selv. Attribusjonsteorien omhandler fortolkningsteori som kan være nyttig å anvende for å bedre motivasjonen. Grovt sett omhandler det hvordan vi oppfatter og tolker hendelser og opplevelser (op.cit.). Vi opplever stadig at hendelser oppfattes forskjellig av de samme personene som er med i hendelsen. Pedagoger har en tendens til å påføre elever, studenter vår oppfattelse av hendelser uten å tenke over eller å gi mulighet for at hendinger kan oppfattes forskjellig. Dette kan relateres til samhandling i arbeidsliv eller møte med ulike etater, og hvordan klienter/brukere gis mulighet for egen oppfatning av det som skjer. Deltakerne ved Smednes attribuerer/fortolker også i forhold til det som skjer på Smednes. Positiv attribuering kan bedre deltakernes motivasjon.



## **Metode**

Studien er en evalueringsstudie basert på to datasamlingsmetoder; spørreskjema/survey og fokusgruppeintervju. Hensikten var for det ene å undersøke effekter ved å sammenligne resultater fra spørreundersøkelse på to tidspunkter, og for det andre kvalitativt å undersøke oppfatninger m måten tiltaket ble gjennomført på og betydning det hadde for deltakernes lærings og mestringsprosesser og opplevelse av livskvalitet.

### ***Survey/spørreskjemametode***

AFEM-modellen er organisert med samlinger og oppfølging av deltakere i ett år. Spørreskjema besvares på to tidspunkter:

- 1) ved oppstart av første gruppesamling på kursdelen
- 2) ved avslutning av hele AFEM-opplegget.

Likelydende spørreskjema benyttes på begge tidspunkt. Spørreskjema gir opplysninger om demografiske data, trykdeforhold, arbeidsforhold, egen vurdering av arbeidsevne, utsikter til arbeid, ønsker om å komme i arbeidsforhold, tiltak/planer for å komme i et arbeidsforhold, samt helsemessig rapportering/helserelatert livskvalitet (SF-36v2); jfr. spørreskjemaer i Vedlegg nr. 2 og Vedlegg nr. 3. Det er utviklet instrumenter for måling av helserelatert livskvalitet, og prosjektet har fått lisens for å benytte måleinstrumentet SF-36v2 (Health Survey © 1994, 2004 Health assesment lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated).

Utvalg er 25 personer som har deltatt i AFEM-opplegget ved Smednes. Under forutsetning av frivillig deltakelse er alle som deltok fra 01. mars 2005 frem til at 25 deltakere har besvart spørreskjema respondenter. (For å anonymisere resultater vil det i rapporter fra prosjektet ikke bli referert til eksakt datasamlingstid.) 14 deltok i hele AFEM-opplegget (del 1 og del 2). 11 deltok kun i del 1 (AFEM-kurs). Disse ble intervjuet og besvarte skjema og deltok i fokusgrupper et år etter at AFEM-opplegget var avsluttet.

Ledelsen ved Smednes Trivselsgård foretok informasjon og forespørsel om frivillig deltakelse, og dele ut informasjonsskriv samt deltakererklæring. Spørreskjema ble delt ut og samles inn i anonymisert form ved Smednes Trivselsgård. Spørreskjema fra hver respondent ble gitt nummerbetegnelse og lagt i lukket konvolutt som ble overlevert eller sendt pr. post til forskerne. Ved Smednes Trivselsgård oppbevares kartotek over nummerbetegnelsen for hver deltaker inntil prosjektavslutning. Hver respondent får ved andre datasamling utdelt skjema med samme nummerkode som ved første spørreunde. På den måten kan man sammenligne resultater fra første og siste spørreundersøkelse for gruppen som helet og for hver respondent. Data ble overført til statistikkprogrammet SPSS som ble benyttet i den statistiske analyse. En beskrev frekvenser og foretok sammenligninger mellom resultater etter del 1 og etter del 2 ved hjelp av T-test.

### ***Kvalitativ evaluering***

Fokusgruppeintervjuer er egnet til kvalitativ evaluering av programmer, og studier hvor hensikten er å få mer kunnskap om sosialpsykologiske faktorer (Brataas 2002, Asbury 1995, Morgan 1988). I fokusgruppeintervjuer benytter forskerne en tematisk intervjuguide, og de følger opp nøkkelinformasjon som fremkommer i løpet av intervuet. Det benyttes en intervjuer (moderator) og en assistent som sørger for oppsummeringer og at alle deltema blir løftet frem. Fokusgrupper er

homogene, dvs at deltakerne (informantene) har lik posisjon i forhold til programmet som evalueres. Dette er fordelaktig ved å involvere deltakerne i tema som engasjerer alle og gi rom for åpenhet og likeverd. Fokusgrupper gir rik forståelse på bakgrunn av at deltakerne får anledning til å sammenligne hverandres syn og erfaringer og bringe frem kunnskap og innsikt om hvordan ulike sammenhenger og elementer i hele programmet virker eller ikke virker. Vår hensikt er å få informasjon om betydning deltakerne legger i miljø, trivsel, kreative prosesser og metoder for å oppdage, lære og mestre.

## **Utvalg**

Utvalget var informasjonsrike personer; det vil si personer med egne erfaringer fra deltakelse i AFEM-opplegget som evalueres. Deltakelse var frivillig. Det ble gjennomført fem fokusgruppeintervjuer ved avslutning av deltakelse i opplegget. Antall intervjuer avhenger av om man får ny informasjon i nye fokusgrupper (Asbury 1995). Intervjuene ble gjennomført på Smednes av forsker og medforsker.

## **Planlegging og gjennomføring**

Planlegging av fokusgruppeintervju omfatter studie av teori og tidligere forskning. En vil komme fram til noen antagelser om elementer, mønster og strukturer i AFEM-prosessen. Et sett hypoteser om meninger og effekter av bestemte aspekter i situasjonen utledes. Dette forarbeidet betraktes som en forutsetning for at intervjuerne skal bli så familiære med situasjonen at de under intervjuene kan oppfatte og samle inn relevant og vesentlig informasjon om rehabiliteringsopplegget og dets betydning for læring, mestring, støtte og eventuell tilbakevending til arbeidslivet. På grunnlag av teori ble det utarbeidet en tematisk intervjuguide. I intervjusituasjonen går man fra beskrivelser av hendelser og generell informasjon til fokuserte stimuli og oppfølging av nøkkelinformasjon (Brataas 2002).

Lydbåndopptak fra fokusgruppe intervjuer ble overført til PC (Media Player) og/eller skrevet av. Alle opplysninger om personer som deltok er anonymisert. Hensikten med analysen av transkribert tekst, var å generere hypoteser og teste hypoteser om forhold av betydning i/for AFEM-prosessen. Fokus var kvaliteter ved AFEM-opplegget som deltakerne mente hadde særlig relevans for trivsel, kreative prosesser, læring, mestring og livskvalitet. Vi har også sett på deltakernes oppfatninger om oppleggets betydning og funksjon innen velferdstjenestens ulike tilbud for denne gruppen.

Analysen var induktiv og hermeneutisk. Materialet ble organisert i koder (kategorier). Første intervju ga kunnskap som ble testet opp mot data i de påfølgende intervjuer. Vi så etter likheter og forskjeller mellom intervjuer med deltakere på kun kursdelen av AFEM-moddelen (Del 1), og intervjuer etter deltakelse på opplegget i sin helhet (Del 2). Mønster som trådte frem ble betraktet opp mot teori og empiri; jfr. teorikapitlet. For å underbygge vesentlige funn ble resultater fra fokusgruppeintervjuer og spørreundersøkelse sammenlignet.

## **Forskningsetikk**

Forskningsetiske retningslinjer er fulgt. Deltakelse var frivillig. Anonymisering av personlige opplysninger er tilstrebet forsvarlig ivarettatt. Prosjektet ble meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

## **Reliabilitet og validitet**

Undersøkelsens pålitelighet er forsøkt sikret gjennom alle faser. I løpet av fokusgruppeintervjuenes skrev forskningsassistenten notater og ba jevnlig om tilbakemeldinger fra deltakerne på om det vi hadde oppfattet var i samsvar med hva de hadde gitt uttrykk for. En annen form for slik "face validity" er å konfrontere deltakerne med resultatet og få tilbakemelding på om de kjenner seg igjen i beskrivelsen; jfr. Jacobsen (2003).

Et pålitelighetsspørsmål dreier seg om hvorvidt de som har deltatt i undersøkelsen er påvirket av intervjuerne eller av faktorer i omgivelsene. Intervjuene ble foretatt i samme lokale som AFEM-kursene var blitt holdt. Dvs. at deltakerne var i kjente, trygge omgivelser. Deltakerne hadde ikke tidligere møtt intervjuerne. Vi brukte noe tid på å presentere oss og fortelle om yrkesbakgrunn og forskerbakgrunn, og la vekt på at vi ønsket deres personlige beskrivelser og ikke generelle oppfatninger. Ønske om å få informasjon om både positive og negative erfaringer ble poengtert da vi flere ganger ba om å få kritiske synspunkter på AFEM-opplegget og prosessen.

Andre former for validering er å få andre fagfolk til å lese og kontrollere (op.cit.). Resultatene er vurdert opp mot teori og forskning, og rapporten er lest og kommentert av professor i rehabiliteringsvitenskap. Kategorisering ble utført av to forskere for seg, for så å sjekke disse opp mot hverandre og diskutere hvorvidt det muligens var andre viktige forhold som belyste kritiske spørsmål og som ikke var fanget opp i analysen. Hvorvidt sammenhenger og forklaringer vi mener finnes i materialet er reelle eller kun våre konstruksjoner ble vurdert opp mot datamaterialet.

## Resultater og anbefalinger

25 personer har deltatt helt eller delvis i det ettårige AFEM-opplegget ved Smednes trivselsgård. 14 personer deltok i opplegget i sin helhet; jfr. Vedlegg nr. 1 med oversikt over tidsplanen som går over et år for grupper på maksimum 5 deltakere. 11 personer deltok bare i 5 ukers AFEM - kurs, uten planmessig oppfølging. Disse har selv tatt kontakt med Smednes i løpet av året etter kurset, og noen har bedt om, og fått arbeidstrening ved Smednes. I den grad det er mulig tar evalueringen likevel sikte på å finne forskjeller mellom deltakelse i det helhetlige AFEM-opplegget og deltakelse kun i AFEM – kursdel. Arbeidstrening inngår ikke i evalueringa.

Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen presenteres i det følgende punkt, og avsluttes med beskrivelse av resultater fra to åpne spørsmål om arbeidsplaner og betydning av AFEM-kurs ved Smednes. Neste punkt beskriver resultater fra fokusgruppeintervjuer ett år etter deltakelse i AFEM – kurs. Deretter følger et punkt hvor resultater i sin helhet analyseres og drøftes i lys av teori og resultater fra annen relevant forskning. Til slutt sammenfattes resultater og konklusjoner fra undersøkelsen.

### **Spørreundersøkelse om livskvalitet, trygde- og arbeidsforhold**

14 respondenter deltok i opplegget i sin helhet (Del 1, bestående av 5 ukers AFEM-kurs samt og Del 2 bestående av ett års oppfølging med logg, veiledning og tre ukesamlinger). 11 respondenter deltok kun på AFEM kursdelen (Del 1). Noen av disse hadde arbeidstrening ved Smednes. Evalueringa har ikke fokus på arbeidstreningsopplegget.

### **Deltakere**

Alle deltakere besvarte spørreskjema etter gjennomført AFEM- kurs (N=25). Deltakerne var i alderen 28 – 57 år (M 44). Fordeling på kjønn var jevn med 12 kvinner og 13 menn. 13 deltakere var gift/samboende, 12 var enslige. 11 bodde alene og 14 sammen med familie.

### **Mottak av stønader**

Besvarelser av spørreskjema ved avslutning av Del 1 ga informasjon fra 24 av 25 om mottak av stønad siste år. (En besvarte ikke spørsmål om dette.) Det var mulig å krysse av for flere typer stønader siste år. 22 rapporterte å ha mottatt attføringspenger, 7 hadde mottatt sykepenger og 4 hadde mottatt sosial stønad siste år. Det ble rapportert om tidsperioder for mottak av syketrygd fra 7 til 72 måneder (M 23). Denne rapporteringen omfatter muligens andre stønadsformer enn syketrygd, da slik trygd ikke skal mottas over så lang tid. Attføringspenger var mottatt fra 1 – 60 måneder (M 13) og sosial stønad fra 4 – 72 (M 13) måneder. Opplysninger kan være unøyaktige. De viser likevel at alle deltakere har mottatt ulike stønader over lang tid, og at de følgelig har lang tids fravær fra ordinært arbeid. På opplysninger fra Smednes har deltakerne i gjennomsnitt gått på stønader i 5 år hver.

### **Helse, generelt vurdert**

Helserelatert livskvalitet ble målt ved hjelp av SF-36v2. Etter deltakelse på Del 1, AFEM kurs, svarte alle 25 på spørsmål om generelle helse. *Stort sett, hvordan vil du si at din helse er?* hadde 5 svaralternativer; 1) utmerket, 2) meget god, 3) god, 4) nokså god, 5) dårlig. Ingen opplyste å ha utmerket helse. En rapporterte å ha meget god helse, 3 god helse, 8 nokså god helse og 13 å ha dårlig helse. Et flertall på 21 (84%) vurderte sin helse generelt som mindre enn god, dvs. nokså god/dårlig.

## Effekter av deltakelse i attføring/sosial rehabilitering

For å måle effekter av AFEM-opplegget, har vi valgt å undersøke forskjeller i helse relatert livskvalitet på to tidspunkt (Pre og post test). Vi har ikke fått målinger av baseline data, men av pre test data fra spørreundersøkelse om helse relatert livskvalitet ved avslutning av AFEM-kurs (Del 1). Svarene reflekterer likevel i noen grad baseline, i og med at arbeids-/trygdesituasjonen er uforandret fra baseline, og livskvalitet målt med SF36v2 gir data om helse siste år, samt helsemessige begrensninger siste fire uker (dvs. mens kurset pågikk). Post test er gjort med data fra likelydende spørreundersøkelse etter avsluttet opplegg (Del 2) som ved pre test (Del 1). Til analyse av forskjeller har vi benyttet parett sample t-test.

13 av totalt 14 som deltok på opplegget i sin helhet (Del 1 og Del 2) har besvart spørreskjema om helse relatert livskvalitet både ved avslutning av kursdelen og ett år senere (svarprosent 92,9). Vi betegner analyser fra Del 1 og Del 2 som hhv. pre- og post tester. Gjennomsnitt (mean) ved første besvarelse betegnes Pre og gjennomsnitt ved andre besvarelse betegnes Post; jfr. følgende tabeller.

### Generell helse (GH)

Fem spørsmål omhandler generell helse (nr. 1 og 11a, b, c og d); jfr. SF-3v2 (Vedlegg nr. 3). Svaralternativer (verdier) for generell vurdering av helsen (GH1) var *Utmerket (1)*, *Meget god (2)*, *God (3)*, *Nokså god (4)* og *Dårlig (5)*. GH2 - GH5 er påstander med svaralternativer *Helt riktig (1)*, *Delvis riktig (2)*, *Vet ikke (3)*, *Delvis gal (4)* og *Helt Gal (5)*. Forskjeller mellom første og andre besvarelse (pre og post tester) for generell helse er vist i Tabell nr. 1.

**Tabell nr. 1. Pre – post forskjeller i generell helse (GH)**

	Pre	Post	Pre - Post	t	Sig (2-tailed)	N
GH1 Din helse generelt	4,38	4,15	0,231	0,82	0,427	(13)
GH2 Blir syk lettere enn andre	4,08	4,08	0,000	0,00	1,000	(13)
GH3 Er like frisk som andre	3,00	2,38	0,615	1,60	0,136	(13)
GH4 Tror helsen vil forverres	3,15	3,15	0,000	0,00	1,000	(13)
G5 Har utmerket helse	3,85	3,54	0,308	0,84	0,416	(13)

Resultatene viser at helse generelt (GH 1) ikke er god men nokså god/dårlig ved begge målinger. Det er en tendens til bedre helse rapportering etter fullført opplegg (t 0,82, p=0,43). Pre-post testen viser bevegelse fra at "utmerket helse" (G5) er delvis galt, i retning "vet ikke" (t 0,84, p= 0,42). Vurdering av om de er like friske som andre (GH3) endres fra "vet ikke" i retning at dette er delvis riktig (t 1,60, p= 0,14). Det er ingen pre - post forskjell for at det er delvis feil at de blir syk lettere enn andre (GH2), og "vet ikke" mht. om helsen vil forverres (GH4).

Resultatene viser at oppfatningen om generelle helse samlet sett ikke forverres. En ser derimot bevegelse i retning bedret generell helse.

### Mental helse (MH)

Termen mental helse (MH) benyttes her synonymt med termen psykisk helse. Fem spørsmål rapporterte mental helse siste fire uker (nr. 9b, 9c, 9d, 9f, 9h); jfr. SF-3v2. Svaralternativer (verdier) for MH var *Hele tiden (1)*, *Mye av tiden (2)*, *En del av tiden (3)*, *Litt av tiden (4)* og *Ikke i det hele tatt (5)*. Ved bedring kan en forvente høyere post-verdier enn pre-verdier, uttrykt som en negative forskjell (pre minus post). Forskjell på besvarelser om mental helse mellom første og andre besvarelse (pre og post tester) er vist i Tabell nr. 2.

**Tabell nr. 2. Pre – post forskjell i mental helse (MH)**

Har de siste fire uker:	Pre	Post	Pre - Post	t	Sig (2-tailed)	N
MH1 Følt seg veldig nervøs	4,00	4,46	-0,46	-1,72	0,111	(13)
MH2 Vært så langt nede at ingen kunne oppmuntre en	4,08	4,54	-0,46	-1,59	0,139	(13)
MH3 Vært rolig og harmonisk siste	2,92	2,77	0,15	0,34	0,739	(13)
MH4 Vært nedfor og deprimert	3,77	4,23	-0,46	-1,48	0,165	(13)
MH5 Følt seg glad	3,08	2,69	0,39	1,24	0,240	(13)

Resultatene viser at de følte seg nervøs litt av tiden ved pre - test for MH1, men tenderer mot ”ikke i det hele tatt” ved post - testen ( $t = -1,72$ ,  $p = 0,11$ ). Deltakerne var så langt nede at ingen kunne oppmuntre dem litt av tiden ved pre – test tidspunktet, og tenderer i retning ”ikke i det hele tatt” på post – test tidspunktet ( $t = -1,59$ ,  $p = 0,14$ ). De ser ut til å ha opplevd seg noe oftere deprimert (gj.snitt 3,77) enn nervøs (gj.snitt 4,00) ved pre test. Tendensen er at de har vært nedfor og nervøs en del av tiden/litt av tiden på pre – test tidspunktet og litt av tiden/ikke i det hele tatt ved post test ( $t = -1,48$ ,  $p = 0,17$ ). Samtidig øker tiden hvor de er rolig og harmonisk (MH3) ( $t = 0,34$ ,  $p = 0,74$ ). Tiden hvor de har følt seg glad (MH5) viser signifikant økning ( $t = 1,24$ ,  $p = 0,24$ ).

En ser tendenser til bedring i mental helse. Deltakerne er ikke så ofte nervøse, nedfor eller deprimert etter gjennomført opplegg, som da de deltok i kursdelen. Tiden hvor de opplever seg mer rolig og harmonisk og mer glad øker tilsvarende.

### Sosial fungering (SF)

To spørsmål rapporterte sosial fungering (SF), nr. 6 og nr. 10; jfr. SF-3v2. Svaralternativer (verdier) for SF1 var *Ikke i det hele tatt (1)*, *Litt (2)*, *En del (3)*, *Mye (4)* og *Svært mye (5)*. Bedring uttrykkes gjennom positiv gjennomsnitt og t-verdi. For SF2 er variabler (verdier) *Hele tiden (1)*, *Mye av tiden (2)*, *En del av tiden (3)*, *Litt av tiden (4)* og *Ikke i det hele tatt (5)*. Her vil bedring komme til uttrykk ved økt gjennomsnittsverdi og negativ t-verdi.

**Tabell nr. 3. Pre – post forskjell i sosial fungering (SF)**

Følgende virker inn på sosial omgang:	Pre	Post	Pre - Post	t	Sig (2-tailed)	N
SF1 Fysiske/følelsesmessige problemer	3,00	2,08	0,92	2,01	0,068	(13)
SF2 Helseproblemer siste 4 uker	3,08	3,77	-0,69	-1,81	0,095	(13)

Resultatene viser at fysiske/følelsesmessige problemer (SF1) virker signifikant mindre inn på sosial omgang ved post testen ( $t = 2,01$ ,  $p = 0,07$ ). Tilsvarende rapporteres helseproblemer siste fire uker (SF2) å virke inn på sosial fungering en del av tiden ved pre testen og omtrent bare litt av tiden ved post test, med signifikant forskjell ( $t = -1,812$ ,  $p = 0,095$ ).

Resultatene viser at fysiske eller følelsemessige problemer har mindre innvirkning på deltakernes sosiale omgang etter gjennomført opplegg. Videre understreker resultatene at bedring i helse har positiv innvirkning på den sosiale dimensjonen ved helserelatert livskvalitet.

### Vitalitet (VT) og fysisk fungering (PF)

Termen vitalitet (VT) benyttes her synonymt med fysisk helse. PF er forkortelse for Physical Functioning. Fire spørsmål rapporterte vitalitet/fysisk helse siste fire uker (nr. 9a, 9e, 9g, 9i; jfr. SF-3v2). Svaralternativer (verdier) for VT var *Hele tiden (1)*, *Mye av tiden (2)*, *En del av tiden (3)*, *Litt av tiden (4)* og *Ikke i det hele tatt (5)*.

Ved måling av forskjeller i uttrykk for lav vitalitet er negative resultatverdier uttrykk for bedring (VT 2, 3 og 4); jfr. tabell nr 4 nedenfor.

**Tabell nr. 4. Pre – post forskjell i vitalitet (VT)**

Siste fire uker	Pre	Post	Pre - Post	t	Sig (2-tailed)	N
VT1 Følt seg full av liv	3,85	3,38	0,46	1,20	0,255	(13)
VT2 Hatt mye overskudd	4,00	4,15	-0,15	-0,32	0,753	(13)
VT3 Følt seg sliten	3,00	3,15	-0,15	-0,35	0,730	(13)
VT4 Følt seg trett	2,69	3,08	-0,39	-0,86	0,406	(13)

Resultatene viser at deltakerne i mindre utstrekning føler seg trett (VT4) etter gjennomført opplegg enn da pre – testen ble gjennomført ( $t = -0,86$ ,  $p = 0,41$ ). De føler seg fortsatt sliten en del av tiden (VT3;  $t = -0,35$ ,  $p = 0,73$ ). Opplevelse av å ha mye overskudd (VT2) bare litt av tiden er ikke signifikant endret ( $t = -0,32$ ,  $p = 0,75$ ). Likevel ser vi signifikant tendens til bedring ved at de har følt seg ”full av liv” en del av tiden (gj.snitt 3,85) ved pre test og nærmer seg å oppleve dette litt av tiden (gj.snitt 3,38) ved post test. T-verdien er 1,20 ( $p = 0,255$ ).

Fysisk fungering (PF) omfatter 10 spørsmål om aktivitetsbegrensninger som følge av redusert fysisk helse (spørsmål nr. 3a, b, c, d, e, f, g, h, i; jfr. SF-3v2). Svaralternativer (verdier) for PF var *Ja begrenser meg mye (1)*, *Ja, begrenser meg litt (2)* og *Nei, begrenser med ikke i det hele tatt (3)*. Her vil minsket begrensning være uttrykt gjennom økning i tallverdi, og følgelig vil bedringer bli uttrykt gjennom negativ verdi på t – testen; jfr. Tabell nr. 5 nedenfor.  
gi negativ

**Tabell nr. 5. Pre – post forskjell i fysisk fungering (PF)**

Fysisk helse begrener:	Pre	Post	Pre - Post	t	Sig (2-tailed)	N
PF1 anstrengende aktivitet	1,31	1,23	0,08	0,56	0,584	(13)
PF2 moderat aktivitet	1,75	1,92	-0,17	-1,00	0,339	(13)
PF3 løfting/ bære handlekurv og lignende	2,15	2,54	-0,39	-2,74	0,018	(13)
PF4 å gå opp trapp flere etasjer	2,00	2,00	0,00	0,00	1,000	(13)
PF5 å gå opp trapp en etasje	2,62	2,62	0,00	0,00	1,000	(13)
PF6 å bøye seg/sitte på huk	1,85	2,15	-0,31	-1,48	0,165	(13)
PF7 å gå mer enn 2 km	2,00	2,00	0,00	0,00	1,000	(13)
PF8 å gå noen hundre meter	2,69	2,54	0,154	1,00	0,337	(13)
PF9 å gå hundre meter	2,77	2,85	-0,77	-0,43	0,673	(13)
PF10 å vaske seg og kle seg	2,54	2,85	-0,31	-1,76	0,104	(13)

Både pre og post tester viser at deltakernes fysiske helse begrener anstrengende aktivitet mye. T-testen er svakt positiv, men viser ingen signifikant forskjell ( $t=0,08$ ,  $p=0,58$ ). Det er også liten forskjell i begrensning av moderat aktivitet ( $t= -1,00$ ,  $p= 0,34$ ). Det er ingen forskjell i begrensning mht. å gå opp trapper, en eller flere etasjer (PF5 og PF4), men noe begrensning ved å gå opp en trapp (gj.snitt 2,62 ved både pre og post test). Fysisk helse begrener deltakerne litt mht. å gå strekninger på 2 km ved både pre og post test (gj.snitt 2,00). Forskjeller mellom pre og post tester er ikke vesentlige mht. begrensninger for å gå mer enn 2 km, noen hundre meter eller hundre meter. En ser derimot en bedring etter gjennomført opplegg mht. å løfte/bære handlekurv og lignende (PF3) ( $t= -2,74$ ,  $p= 0,02$ ) og mht å vaske seg og kle seg ( $t= -1,76$ ,  $p= 0,10$ ).

Generelt synes ikke fysisk helse å endres som følge av opplegget ved Smednes. Det har heller ikke fokus på fysisk opptrening, men derimot på psykososial rehabilitering. Fysisk helse er ganske hemmende mht. anstrengende aktiviteter både før og etter gjennomført opplegg. Hvilke konsekvenser begrensningene har er tema for neste punkt.

### **Den fysiske kapasitetens betydning (RP)**

RP står for "Role Physical" og kan forstås som betydning/rolle den fysiske funksjonen har for å kunne utføre arbeid/fysisk aktivitet. Betydning av fysisk kapasitet (RP) omfatter 4 spørsmål (nr. 4a, 4b, 4c, 4d; jfr. SF-3v2). Svaralternativer (verdier) for RP er *Hele tiden (1)*, *Mye av tiden (2)*, *En del av tiden (3)*, *Litt av tiden (4)*, *Ikke i det hele tatt (5)*. Dersom fysisk kapasitet spiller mindre rolle for å kunne være aktiv etter gjennomført opplegg, kan en forvente høyere gjennomsnittsverdi ved andre besvarelse, og følgelig negative t-verdier. Resultater for pre – post test fremkommer i Tabell nr. 6.



**Tabell nr. 6. Pre – post forskjeller i fysisk kapasitets rolle/betydning (RP)**

Ens helse har ført til å måtte:	Pre	Post	Pre - Post	t	Sig (2-tailed)	N
RP1 (4a) redusere tid brukt på arbeid	2,31	3,23	-0,92	- 1,85	0,089	(13)
RP2 (4b) utrette mindre enn ønsket	2,46	3,00	-0,54	-1,00	0,337	(13)
RP3 (4c) være forhindret for visse typer arbeid	2,46	2,62	-0,15	-0,33	0,746	(13)
RP4 (4d) problemer med å gjennomføre arbeid/fysisk aktivitet	2,08	2,62	-0,54	-1,13	0,279	(13)

Deltakerne er forhindret fra visse typer arbeid mye av tiden/en del av tiden på begge måletidspunkt. Resultatene viser at deltakernes fysiske kapasitet er hemmende for arbeid/aktivitet mye/en del av tiden, og en tendens til at fysisk kapasitet er mindre hemmende på tidspunktet da andre besvarelse ble gitt ( $t=-0,33$ ,  $p=0,75$  for RP3). De har måttet redusere tid brukt på arbeid (RP1) mye av tiden ved første måling og en del av tiden ved andre måling ( $t=-1,85$ ,  $p=0,09$ ) og vært nødt til å utrette mindre enn ønsket (RP2) mye/en del av tiden ved første måling og en del av tiden ved andre måling ( $t=-1,00$ ,  $p=0,34$ ). Helsen har ført til problemer med å gjennomføre arbeid/fysisk aktivitet mye av tiden (gj.snitt 2,08) ved første måling og mye/en del av tiden (gj.snitt 2,62) ved andre måling ( $t=-1,13$ ,  $p=0,28$ ).

Resultatene viser at deltakernes helse virker hemmende på deres arbeidskapasitet, og en tendens til noe bedring etter gjennomført opplegg ved Smednes. Kursdelen omfatter bl.a. opplæring i kognitiv håndtering av smerter. Det kan muligens være en årsaksfaktor for tendensen til reduksjon av helsens aktivitetshemmende rolle/betydning; jfr. neste punkt.

### **Kroppslige smerter (BP)**

BP er forkortelse for "Bodily Pain" dvs. kroppslige smerter. To spørsmål (nr. 7 og nr. 8) omhandler smerter; jfr. SF-3v2). Svaralternativer (verdier) for første spørsmål om hvor sterke smerter har vært de siste 4 uker (BP1) er *Ingen (1), Meget svake (2), Svake (3), Moderate (4), Sterke (5), Meget sterke (6)*. Svaralternativer (verdier) for andre spørsmål om hvor mye smerter har påvirket vanlig arbeid er *Ikke i det hele tatt (1), Litt (2), En del (3), Mye (4) og Svært mye (5)*. Resultater fra pre – post test er fremstilt i Tabell nr. 7.

**Tabell nr. 7. Pre – post forskjell i smerter (BP)**

	Pre	Post	Pre - Post	t	Sig (2-tailed)	N
BP1 hvor sterke smerter siste 4 uker	4,15	3,77	0,39	1,16	0,268	(13)
BP2 hvor mye har smerter påvirket vanlig arbeid	3,23	2,54	0,69	1,56	0,145	(13)

Smerter de siste fire uker har vært moderate eller mer (gj.snitt 4,15) ved første måling og moderate eller mindre ved andre måling (gj.snitt 3,77). Pre – post test gir  $t=1,16$ ,  $p=0,27$ ). Smerter har påvirket vanlig arbeid en del/mer ved første måling (gj.snitt 3,24) og en del/litt ved andre måling (gj.snitt 2,54). Pre – post test gir  $t=1,56$  ( $p=0,145$ ). Fra første til andre måling ser man en tendens til reduksjon av smerter og reduksjon av smerter påvirkning på vanlig arbeid.

### Hva betyr emosjoner for å være i arbeid/aktivitet? - RE

RE er forkortelse for "Role Emotional" dvs. emosjoners rolle/betydning. Tre spørsmål (nr. 5a, 5b, 5c) omhandler følelsenes betydning; jfr. SF-3v2). Svaralternativer (verdier) for spørsmålene er *Hele tiden (1), Mye av tiden (2), En del av tiden (3), Litt av tiden (4), Ikke i det hele tatt (5)*. Resultater fra pre – post testen er fremstilt i Tabell nr. 8.

**Tabell nr. 8. Pre – post forskjell i emosjoners betydning for aktivitet**

Følelsesmessige problemer har medført:	Pre	Post	Pre - Post	t	Sig (2-tailed)	N
redusert utstrekning av arbeid/ aktivitet (RE1)	2,92	4,08	-1,15	-2,41	0,033	(13)
at en utrettet mindre (RE2)	3,08	3,77	-0,69	-1,47	0,168	(13)
mindre grundig arbeid/aktivitet (RE3)	3,00	3,85	-0,85	-1,82	0,094	(13)

Tid hvor følelsesmessige problemer medfører redusert utstrekning av arbeid/aktivitet (RE1) er redusert fra en del av tiden ved første måling til litt av tiden ved andre måling ( $t = -2,41$ ,  $p = 0,03$ ). At slike problemer fører til mindre grundig arbeid (RE3) blir også redusert ( $t = -1,82$ ,  $p = 0,09$ ). Det er også tendens til at følelsesmessige problemer i mindre grad fører til at en får utrettet mindre ( $t = -1,47$ ,  $p = 0,17$ ).

Resultatene viser at følelsesmessige problemer har mindre betydning for deltakernes aktivitet og arbeid etter fullført opplegg enn ved første måling. Oppfølgingen ved Smednes omfatter veiledningssamtaler og tre ukесamlinger hvor deltakerne også kan støtte hverandre gjensidig. Resultater fra fokusgruppe- intervjuene gir kvalitativ informasjon om prosessens betydning for følelsesmessige problemer.

### Endret helse (HT)

HT er forkortelse for "Reported Health Transition" dvs. rapporterte endring i helsen nå sammenlignet med for ett år siden. Det dreier seg om ett spørsmål: *Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå?* Svaralternativer (verdier) er *Mye bedre enn for ett år siden (1), Litt bedre enn for ett år siden (2), Omtrent den samme som for ett år siden (3), Litt dårligere enn for ett år siden (4), Mye dårligere enn for ett år siden (5)*. Resultatet fra pre – post testen er fremstilt i Tabell nr. 9.

**Tabell nr. 9. Pre – post test for rapportert helseendring**

Helse endring:	Pre	Post	Pre - Post	t	Sig (2-tailed)	N
Helse jevnført med for ett år siden (HT)	3,15	2,62	0,54	1,85	0,089	(13)

Resultatet viser at deltakernes helse ved første måling var omtrent som ett år tidligere (gj.snitt 3,15) og at den ved andre måling er litt bedre enn ett år tidligere (gj.snitt 2,62), og  $t = 1,85$  ( $p = 0,09$ ).

### Arbeidsevne, planer og motivasjon for arbeid

Av 13 som besvarte spørreskjema etter deltakelse på hele opplegget, svarte 2 at de p.t. hadde helse for å komme i et arbeidsforhold. 1 var begynt i et arbeidsforhold. Blant de øvrige (11), hadde 3 planer om utdanning for å komme i arbeid, og 2 andre planer (eks. egen virksomhet). Dvs. at 6 av 13 deltakere anså sin helse som usikker med hensyn til fremtidig arbeidsevne.

Pr. dato har 6 av samtlige som deltok på hele opplegget fått innvilget varig uførestønad, og 1 midlertidig uførestønad. Fem har søkt uførestønad som er til vurdering, 1 har vi ikke slik informasjon om. Fem av disse ønsker varig tilrettelagt arbeid ved Smednes (kilde; Smednes).

Hvilken betydning hadde AFEM-prosessen ved Smednes for nåværende arbeidsevne og motivasjon for arbeid? I spørreskjemaet var det tre spørsmål om i hvilken grad opplegget ved Smednes hadde ført til hhv. økt arbeidsevne, planer for fremtidig arbeid og økt motivasjon for arbeid. Svaralternativer (verdier) var *I stor grad (1)*, *I noen grad (2)*, *I liten grad (3)*, *I ingen grad (4)*. Besvarelser etter gjennomført opplegg (Del 2) ga følgende resultat:

**Tabell nr. 10. Betydning for arbeidsevne, planer og motivasjon for arbeid**

<b>Opplegget førte til:</b>	<b>1: I stor grad Antall(%)</b>	<b>2: I noen grad</b>	<b>3: I liten grad Antall(%)</b>	<b>4: I ingen grad Antall(%)</b>	<b>Gj.snitt</b>	<b>N</b>
Økt arbeidsevne	1 (4)	2 (8)	6 (24)	3 (12)	2,92	(12)
Økt motivasjon for arbeid	3 (12)	7 (28)	-	2 (8)	2,08	(12)
Planer for fremtidig arbeid	3 (12)	2 (8)	4 (16)	3 (12)	2,58	(12)

Gjennomsnitt 2,92 for økt arbeidsevne viser at AFEM-opplegget i liten grad har ført til økt arbeidsevne. I hvilken grad prosessen førte til planer for fremtidig arbeid varierte. I gjennomsnitt førte det i noen/liten til planer for fremtidig arbeid (gj.snitt 2,58). Motivasjonen for arbeid er økt i noen grad eller i stor grad for 9 deltakere (gj.snitt 2,58). Besvarelsene henger naturligvis sammen med at deltakerne som gruppe i utgangspunktet hadde redusert helse/arbeidsevne, noe som hadde medført mottak av stønader i gjennomsnittlig 5 år. Ser en resultatene i sammenheng med at et flertall har fått vurdert og innvilget varige stønadsformer etter deltakelse i opplegget, synes egenrapporteringer om motivasjonen for arbeid å være urealistisk med tanke på ordinært arbeid. Men flere ønsker tilpasset arbeidsplass; altså synes arbeid å gi mening, selv om man ikke er i stand til å delta i ordinært arbeid.

### Oppsummering; måling av effekter av opplegget ved Smednes

Flertallet hadde egenrapportert dårlig/nokså god helse (dvs. mindre god helse). Resultatet viser at deltakernes helse ved første måling var omtrent som ett år tidligere, dvs. at baseline helse og helse etter AFEM kursdeltakelse er uforandret. Etter gjennomført kurs og oppfølging (del 2) rapporteres helsen generelt å være litt bedre enn ett år tidligere ( $p=0,09$ ). Det er særlig mental helse som rapporteres å være bedre etter deltakelse i AFEM prosessen. Deltakerne er ikke så ofte nervøse, nedfor eller deprimerte, og tiden hvor de opplever seg mer rolig og harmonisk og mer glad øker tilsvarende. Fysiske eller følelsesmessige problemer har mindre innvirkning på deltakernes sosiale omgang etter gjennomført opplegg. Bedring i helse har positiv innvirkning på den sosiale dimensjonen ved helserelatert livskvalitet. De har også lært seg bedre måter å mestre og å leve med helsemessige plager på enn før deltakelsen i opplegget; jfr. resultater fra fokusgruppe intervjuer.

AFEM-kursdelen omfatter bl.a. opplæring i kognitiv håndtering av smerter. Det kan muligens være en årsaksfaktor for tendensen til reduksjon av helsens aktivitetshemmende betydning; jfr. resultater fra fokusgruppe intervjuer. Fra første til andre måling ser man en tendens til reduksjon av smerter og reduksjon av smerters påvirkning på vanlig arbeid.

Resultatene viser at følelsemessige problemer har mindre betydning for deltakernes aktivitet og arbeid etter fullført opplegg enn ved første måling. Oppfølgingen ved Smednes omfatter veiledningssamtaler og tre ukесamlinger hvor deltakerne også kan støtte hverandre gjensidig. Resultater fra fokusgruppe intervjuene gir kvalitativ informasjon om betydning opplegget ved Smednes hadde for deltakernes opplevelse og håndtering av følelsemessige problemer.

### *Fysisk helse og arbeidsevne*

Generelt synes ikke fysisk helse å endres som følge av opplegget. Fysisk helse er ganske hemmende mht. anstrengende aktiviteter både før og etter gjennomført opplegg. De kjenner seg fortsatt slitne, men kjenner seg trette mindre av tiden enn tidligere, og tiden hvor de kjenner seg opplagt er økt. Fysisk helse og kapasitet må antas å virke hemmende på arbeidskapasiteten. Resultatene viser at dette stemmer. Deltakernes helse virker hemmende på arbeidskapasiteten, men en kan se en tendens til noe bedring etter gjennomført opplegg ved Smednes. Deltakerne hadde lang tids fravær fra deltakelse i ordinært arbeid, med gjennomsnitt for alle deltakere (N 25) på 23 måneder syketrygd, 13 måneder atferingsstønad og 13 måneder sosial stønad da de deltok på Del 1. Deltakerne hadde vært på ulike trygder i gjennomsnittlig fem år.

### *Arbeidsevne og motivasjon for arbeid*

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at AFEM-prosessen i liten grad har ført til økt arbeidsevne. I hvilken grad opplegget førte til planer for fremtidig arbeid varierte. Det førte i noen/liten grad til planer for fremtidig arbeid. Motivasjonen for arbeid er økt i noen grad eller i stor grad for 9 av 13 deltakere på både AFEM-kurs og oppfølging. Besvarelsene henger naturligvis sammen med at deltakerne som gruppe i utgangspunktet hadde redusert helse og arbeidsevne. Ser en resultatene i sammenheng med at et flertall etter deltakelse i opplegget har fått vurdert og innvilget varige stønadsformer, er egenrapporteringer om motivasjonen for arbeid urealistisk med tanke på ordinært arbeid. Men flere av de som har fått midlertidig eller permanent uføretrygd ønsker tilpasset arbeidsplass. Altså synes arbeid å gi mening, selv om man ikke er i stand til å delta i ordinært arbeid. For velferdsstaten vil det være en politisk oppgave å stimulere til et tilstrekkelig antall arbeidsplasser i vårt samfunn som er både meningsfulle og tilpasset ressurser og begrensninger hos ulike personers som av helsemessige grunner har varig nedsatt arbeidsevne.

## **Kvalitativ evaluering**

Først presenteres resultater fra svar på åpne spørsmål i spørreskjema. Deretter resultater fra fokusgruppeintervjuer.

### **Åpne spørsmål**

Spørreskjema omfattet to åpne spørsmål om eventuelle planer for å endre arbeidssituasjonen og om betydningen av deltakelse i opplegget ved Smednes.

1) Hvis de hadde svart ja på planer om å endre din arbeidssituasjon; ”vil du beskrive kort hvilke planer du har?”.

2) Hvis deltakerne krysset av for at opplegget ved Smednes hadde hatt betydning for økt arbeidsevne, gitt motivasjon for arbeid og/eller ført til planer for fremtidig arbeid, ba vi dem nevne opp ”hva som var de viktigste årsakene for det?”.

25 av 25 deltakere besvarte spørreskjema etter AFEM-kursdeltakelse. 24 ga kommentarer om Smednes' betydning etter AFEM-kursdeltakelse, dvs. 13 av 14 som deltok på hele opplegget og alle de 11 som kun deltok på AFEM-kursdelen. Fire av de som bare deltok på del 1 ga korte kommentarer om sin arbeidssituasjon. Av de som deltok på hele opplegget ga 11 kommentarer om Smednes' betydning etter AFEM-kursdeltakelse og 11 etter fullført opplegg. Fem ga korte kommentarer om arbeidssituasjon etter AFEM-kursdelen og 3 etter fullført opplegg.

## **Om arbeidssituasjonen**

Seks kommentarer gikk på planer for å komme i hel/deltids arbeid. En skulle begynne i arbeid på angitt dato. To hadde planer om å ta AFEM-kurs. To hadde planer om å gå på skole for å få jobb som de ønsket seg. En av disse ville kombinere arbeidstrening og skole; *"Planen er å komme ut i jobb igjen etter mange år på attføring. Jeg skal begynne så smått med studier, og samtidig ha praksis"*.

En hadde planer om å søke deltid i tidligere yrkespraksis.

Tre kommentarer gikk på egenvurdering av redusert arbeidsevne med hel/delvis uføretrygd som realistisk alternativ. En ville søke uføretrygd, og en ville søke om 50% uføretrygd, og satse på arbeide i 50% stilling. En kommentar var *"Ingen fysisk sterk arbeider"*.

*Kommentarer om arbeidssituasjonen etter deltakelse på hele opplegget:*

To av de tre kommentarene etter fullført opplegg viste til helsemessige begrensninger; en var blitt 4 år tidsbegrenset uføretrygde; en hadde ikke helse for arbeidstrening men håpet en gang i fremtiden å bli bedre. En kommentar gikk på type arbeidsfelt vedkommende ønsket seg, og at vedkommende ville gå skole og få utdanning for dette.

## **Betydning av deltakelse i opplegget ved Smednes**

I det følgende presenterer vi først hva de som deltok på hele opplegget ga uttrykk for etter deltakelse på AFEM-kursdelen, og sammenholder så med besvarelser fra de øvrige som deltok på denne delen. Deretter presenterer vi resultater fra besvarelser etter deltakelse på hele opplegget. Forskjeller mellom betydning av hele opplegget og kun AFEM-kursdeltakelse fremheves.

*Betydning av AFEM-kursdelen ved Smednes*

Alle utsagn i besvarelsene viser at deltakelse på AFEM kursdelen hadde positiv betydning for samtlige deltakere. Eksempler viser stor betydningen av deltakelse;

*Det har hatt stor betydning. Opplegget har vært veldig positivt for meg.*

*Var langt nede da jeg kom hit, har det mye bedre nå, psykisk.*

*Det har skjedd noe med meg. Positivt. Det kan ikke forklares med ord.*

### *Innsikt i situasjon og årsakssammenhenger*

Mange kommentarer gikk på at AFEM-kurset førte til økt innsikt i egen situasjon og årsakssammenhenger for at den var som den var.

*Fått et helt annet perspektiv over eget sykdomsbilde. Opplevd en del "a-ha" opplevelser over årsaker og sammenheng.*

*Fikk satt et ord på min situasjon, nemlig utbrent.*

*Fått klarhet i min situasjon i forhold til uføretrygd.*

*Jeg begynner å forstå hvorfor jeg ikke er i arbeid.*

*Har fått svar på hvorfor jeg har følt at situasjonen jeg har kommet i har vært en belastning for meg.*

I følge Wofsenberger (Askheim 2003) er det kjernetemaer en må jobbe ut fra for å verdsette den sosiale rollen. Det må fokuseres på utvikling av personlig kompetanse og med et grunnleggende prinsipp der alle har et potensial for å lære og for å utvikle seg. Det må settes i verk tiltak som er tilpasset den enkelte. Utsagnene tyder på at det har foregått en personlig bevisstgjøring i tillegg til at gruppen opplever en positiv læring.

Større innsikt la for det ene grunnlag for *aksept* av egen situasjon, men også for å gjøre *bevisste* valg som var riktige for den enkelte ut fra vedkommendes situasjon, egenskaper og ressurser:

*Større egeninnsikt. I større grad i stand til å takle min livssituasjon.*

*Lært å se mer tydelig hva jeg egentlig ønsker for fremtiden.*

*Lært meg å godta situasjonen som den er, og gjøre det beste ut av den.*

*Har gått i gjennom en læreprosess hvor jeg har blitt bevisstgjort på min egen situasjon.*

*Kan nå ta egne valg, og vet at de er de rette for meg.*

*Lært meg å ta mer ansvar – lytte til mine egne behov/situasjon.*

I motivasjonsteorien til Erikson (Imsen 2001) fremhevs det i teorien om selvpoppfatningen at motivasjon og identitet har en sammenheng. Teorien til Erikson påpeker viktigheten av at vi er sosiale vesen og at vi har en beredskap til å handle. Deltakelse i opplegget ved Smednes har tydelig påvirket deres selvpoppfattelse og klargjort deres identitet. I innvolveringspedagogikken skjer læreprosessen ved at behov og ansvar kommer tydeligere fram.

## **Læring og mestring**

Mye læring dreide seg om dreining av fokus mot å tilegne seg *positive tenkemåter*. De lærte å mestre plager bedre, og å dreie fokus fra sykdom og plager mot muligheter. Resultatet av læringa synes å være bedre mestring av hverdagen:

*Mestrer kvardagen bedre.*

*Lært om mestringsstrategier. Bruke teknikker bevisst for å oppnå bedring. Lært å tenke annerledes over smertesituasjon, mestring.*

*Lært meg å tenke positivt, se muligheter i stedet for begrensninger.*

*Tenker mer positivt. Fokus vekk fra sykdom, lidelse. Mestrer mer.*

I motivasjonsteoriene er prestasjonsmotivasjon relatert mot begrepet mestring. (Imsen 2001) I utgangspunktet vil en del ting påvirke mestringen. Det kan være et grunnleggende mestringsbehov, personens personlige vurdering av å lykkes og personens personlige vurdering av verdien av å

lykkes. Mestringsmotivet ligger latent skjult som et personlighets trekk. Virkningen av motivet vil være sterkt avhengig av situasjonen. Oppgavene som AFEM-kurset tilbyr har tydeligvis påvirket mestringsbehovet til deltakerne.

## **Selvbilde, ro, trygghet, glede og motivasjon**

AFEM-kurset ga mye læring om selvbilde og betydning av å kjenne seg selv og tro på seg selv. Indre trygghet synes å bli stimulert og bidra til ro, glede og motivasjon for å tenke positivt, yte og stå på for egne rettigheter;

*Mye god lærdom, selvinnsikt.*

*Har fått styrket selvbildet. Har bedra selvtilliten min. Føler meg mer verdsatt, og bruker egenskapene mine til noe mer positivt. Fått større tro på meg selv, selvrespekt. Fått bedre selvbilde – styrket troen på meg selv. Har fått tilbake troen på meg selv.*

*Jeg har mye mer ro.*

*Begynt å kjenne litt glede igjen, ser litt mer positivt over livet, gjøremål. Bedre tiltakslyst.*

*Motivasjon for å realisere meg selv personlig, utvikling og styrke.*

*Evne og styrke til å stå på, kreve og yte, gi for og av meg selv.*

*Finne tilbake til hele meg.*

Personens selvoppfatning er påvirket av hva andre gir uttrykk for og ens egen oppfatning av en selv (Imsen 2001). Selvoppfatningen er relatert til identiteten. Ut fra utsagn over fra deltakerne kommer det tydelig fram at selvoppfatningen har vært lav, men prosessen har bidratt til styrking av selvtilliten og dermed identiteten. De vet mer hva de står for.

## **Velferd, system og kommunikasjon**

De har lært om velferdstjenester som system og å forholde seg til etater som kommunikasjonsparter;

*Lært veldig mye hvor sammensatt systemet er.*

*Kommunikasjon, betydning av sosialt nettverk, konfliktmestring.*

*Hvordan jeg skal forholde meg til a-etat og trygdekontor.*

Systemet menes a-etat, trygdeetat. Deltakerne har lært hvordan de gjennom bedre formidling av egne behov kan medvirke til positive løsninger av sine egne saker.

Deltakerne har lang erfaring med å forholde seg til forskjellige etater, og de gir uttrykk for at det har blitt bestemt ”over hodet” på dem og at de har måttet forholde seg til mange personer i de forskjellige etatene.

*Når jeg endelig ville si noe, var møtet over og de sa da gjør vi slik og så da.*

En hadde møtt 6 forskjellige saksbehandlere. Basisgrupper kan være for tverretattlig sammensatt, det blir mange personer å forholde seg til. Vi antar at hver saksbehandler må kunne representere på tvers av etater, – og fokusere saken.

Smednes sin AFEM-modell viser en tenkning som svarer til den som legges til grunn i flerpartsamtaler, i betydning at ansatte ved Smednes bidrar til å se helheten og finne løsninger ut fra dette for den enkelte. Dette fører til en opplevelse av oversikt og ryddighet med tanke på deltakerne. Ved Smednes har hver enkelt sin veileder å forholde seg til gjennom hele opplegget.

Innen empowerment – tradisjonen er det en del prinsipper det jobbes mot og som krever en planmessig framgangsmåte. Dette innebærer at ”produktet skapes, utvikler seg og endres av brukerne i en levende prosess” (Askheim 2003:173). Dette er profesjonelle utfordringer og de grunnleggende prinsippene har et annet grunnlag enn tradisjonell praktis. Prinsippene vinkles mot ”klienten” som et utgangspunkt. Klienten får mulighet til å definere problemet og får dermed fram bakgrunn for problemet. Et annet prinsipp er å identifisere muligheter til klienten slik at han/hun får mer makt og bestemmelse over sitt eget liv. Her må den profesjonelle bidra med kunnskaper og være klientens advokat.

Med bakgrunn i erfaringene til deltakerne på Smednes vil det være naturlig å tenke på anvendelse av flerpartsamtaler der brukeren er i sentrum og de berørte etater er samlet i en gruppe slik at brukeren slipper å forholde seg til mange forskjellige personer fra etatene; jfr. Westerhäll, Bergroth og Ekholm (2006).

## **Psykososial støtte, omsorg og trygghet**

Måten deltakerne ble møtt og fulgt opp på ved Smednes var støttende og skapte trygghet;

*Mye støtte og har blitt hørt.*

*Trygghet over at man blir oppfulgt i 1 år frem i tid.*

*Har fått mye omsorg, føler at jeg er blitt sett, fått forståelse og at jeg har fått det bedre psykisk.*

*Jeg blir tatt vare på, får omsorg.*

James Hose (1981) påpeker viktigheten av støtte fra andre mennesker når vi opplever situasjoner som er psykisk krevende og belastende. Nettverket kan være spontant etablert og være medlemmer som har felles problematikk. Ansvarlig ved Smednes fungerte som en omsorgsperson for deltakerne og bidro til at de etter hvert følte seg trygge. Dette på grunn av omsorgen fra ansvarlig og fra gruppedeltakerne. Dette ga en følelse av å ha noen tilgjengelig dersom man skulle ha behov for hjelp og støtte.

AFEM-kurset ved Smednes innebærer at deltakerne i hver gruppe blir kjent med hverandre og opplever dette som støtte;

*Sosialt – bli kjent med nye mennesker og høre hvordan deres situasjon er.*

*Positivt å treffe andre i samme situasjon.*

Et utvidet kompetansebegrep (Illeris 2004) omfatter også sosial kompetanse der de som lærer ser seg selv i en sammenheng med deltakerne. Ikke bare får de en personlig kompetanse, men en sosial kompetanse. De forskjellige kompetansene som utvikles kan brukes i de ulike situasjonene som deltakerne møter. Når deltakerne på Smednes opplever en personlig kompetanse fører det til at de ser seg selv i relasjon til de andre gruppedeltakerne.

AFEM-kurset ga grunnlag for å tilegne seg mer sosial kompetanse. Oppfølgingen førte til at man ble mer sosialt aktiv og kunne anvende den sosiale kompetansen;

*Større evne til å forstå omgivelser, andre mennesker*

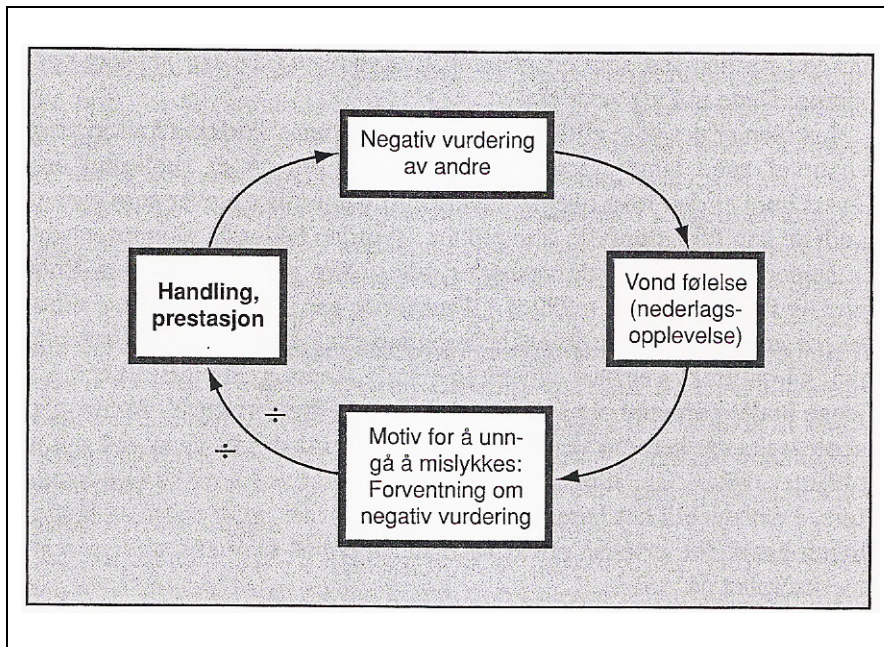
*Jeg er blitt mer sosial og forståelsesfull*

Mestringskompetanse synes å bli utviklet mer og mer i løpet av oppfølgingsåret; jfr. resultater fra fokusgruppeintervjuer.

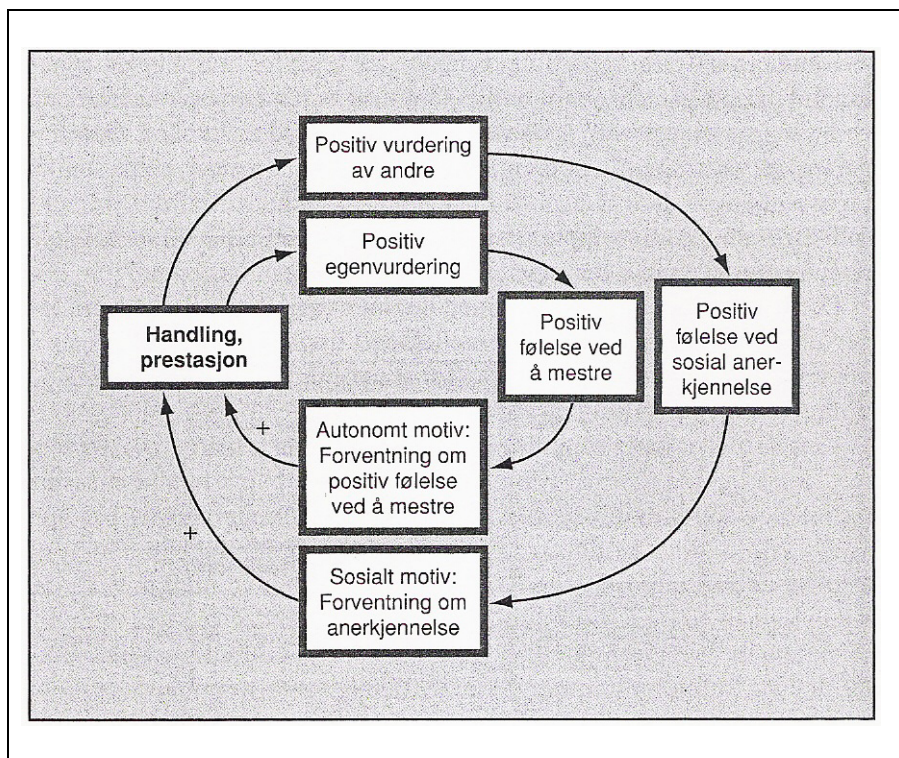
Wolfensberger (Askheim 2003) påpeker i belysning av kompetanse at kompetanseheving har sammenheng med bedring av det sosiale bildet. Hever man kompetansen, vil det påvirke det sosiale



bildet. Det sosiale vil ta lenger tid for det sitter dypest. Dette har innvirkning på forventninger og mestringsmotiv; jfr. Imsen (1998) og kan stimulere en god sirkel; jfr. Figur nr. 3 og figur nr. 4.



**Figur nr. 3.** *Utvikling av motiv for å unngå å mislykkes*  
(Etter Imsen 1998/2001: 257)



**Figur nr. 4.** *Den gode sirkel. Utvikling av det autonome mestringsmotiv*  
*vises i den indre sirkel og sosial mestringssevne i den ytre sirkel*  
(Etter Imsen 1998/2001: 256)

## **Erfaringer fra deltakelse kun på AFEM-kursdelen**

Disse deltakerne har gitt uttrykk for lignende erfaringer som de referert ovenfor. De har lært mye om egen psykisk og fysisk helse, og mestrer nå hverdagen bedre. De har fått stor hjelp med psykisk helse, blitt sett og hørt, fått bedre selvbylde og fått tilbake troen på seg selv. En har blitt flinkere til å takle angsten. To ga klart uttrykk for livbergende endringer:

*Styrke til å fortsette livet!  
Holde livsmotet oppe. At det finnes håp.*

I teorikapittel har vi belyst viktigheten av sosial støtte i et nettverk. House (1981) påpeker støtten fra omgivelsene som en medvirkning for ens egen helse og som en ressurs for mestring. De ansvarlige på Smednes og gruppedeltakerne har hatt en stor påvirkning i så henseende.

En del av AFEM-kurset fokuserer spesielt på smerter og mestring av smerter. Tre ga uttrykk for endret smerteopplevelse og smertehåndtering, og reduksjon fra sterk medisinerings til ingen medisinerings. Dette synes å ha stor betydning;

*Lære å mestre smerte! Før sovemedisin og sterk smertestillende medisin. Er fri for medisiner.  
Lære å forstå kroppen og signaler den gir!*

En undersøkelse av et rehabiliteringsopplegg gjort i Sverige; *Motivation factors for return to work* (Gard og Sandberg 1998), viser at deltakere som får hjelp til å forholde seg til smerte, både psykisk og fysisk er bedre motivert til å jobbe. I tillegg til smertelindring, ble selvillit en viktig faktor.

Deltakerne lærte å vende oppmerksomheten bort fra smerteopplevelser og redusere opplevelsen av plagsom smerte, og dette synes å ha betydning for velbefinnende og fungering, dvs. helserelatert livskvalitet. Måling av livskvalitetsdomener har vist at når smerteplager reduseres, høynes generell livskvalitet. Kvien, Kaasa og Smedstad (1998) benyttet SF-36 til måling av livskvalitet hos personer som led av reumatoid artritt, og fant at smerte og mental helseresultater var likt distribuert.

Trivsel i hverdagen synes å være oppnådd under AFEM-kurset ved Smednes;

*Jeg trives godt, greie folk.  
Være ute og gjøre aktiviteter ute.*

Både sosiale og naturomgivelser på Smednes synes å ha betydning for å trives når man er der og deltar i prosessen. Uttrykk for samhold og støtte fra alle på Smednes, og mer trygghet i samhold med andre, samsvarer med besvarelser referert ovenfor. Ro og tid til ettertanke ble også poengtert. Verdien av å få delta på AFEM-kurset uttrykkes som ”fantastisk”, eller også slik av en deltaker;

*Dette AFEM kurset MÅ alle få muligheten til å være med på !!!*

Skal et tverrfaglig samarbeid ha effekt til brukeren blir brukervedvirkning en nødvendighet. Brukerperspektivet har som mål å utvikle regler for å involvere brukeren slik at de får løst sine problem (Lauvås og Lauvås 2004). Uttalelsene ovenfor viser at AFEM prosessen på Smednes ivaretar brukerne og i så måte bidrar til å løse deres problem etter hvert, spesielt for de som deltar på oppfølgingsdelen, se nedenfor.

## Hva skjer som følge av AFEM-kurs samt oppfølging over et år?

Besvarelser etter oppfølging over ett år har noe, men mindre karakter på individuelt nivå, og fortsatt fremheves selvinnsikt og psykisk helse;

*Selvinnsikt og forståelse av min situasjon pr. i dag.  
Har hatt positiv virkning på min psykiske helse.  
Har fått bedre selvinnsikt.*

*Etter hvert hjalp Ester meg til å forstå at jeg betyr noe og at jeg ikke trenger å føle meg underdanig selv om helsa er dårlig og jeg måtte gå fra jobben.*

Deltakerne ser sin situasjon i en videre sosial sammenheng. Det synes å ha foregått en sosial rehabiliteringsprosess hvor deltakerne ser seg selv og sin situasjon i en sosial sammenheng langt klarere og nyansert enn tidligere. Deltakerne har hatt behov for støtte i denne prosessen, blant annet i forhold til samspillet med velferdstjenestene. Deltakelse i opplegget ved Smednes har bidratt til en verdsetting av sosial rolle (VSR) og en styrking av identitet til deltakerne

*At du har et verdig liv fordi om du ikke kanskje klarer å være i jobb: Verdsatt.*

*Fikk avklart min situasjon, og mine rettigheter.  
Forståelse for min situasjon. Oppfølging (hjelp) mot off. etater med bakgrunn i pkt. ovenfor (forståelse av situasjonen).  
Opplegget: Bli tatt vare på: Ser situasjonen/forstår problemet i hverdagen.  
Lære og mestre hverdagen: Vil si å sette grenser for meg selv.*

En deltaker oppsummerer sin utvikling slik;

*Lært å leve med mine smerter uten bruk av medisin. Lært å arbeide og være i aktivitet uten bruk av smertestillende midler.  
Tenker annerledes – ser mer positivt på livet. Jeg er blitt klar over mine begrensninger og muligheter.  
Lært å ta kontroll over mitt eget liv. Jeg lar ikke andre bestemme over meg lenger. Jeg våger å si nei – lar meg ikke presse til oppgaver jeg ikke ønsker.  
Jeg har endret atferd – er mer bevisst over hvordan jeg bruker kroppen.  
Jeg er blitt oppmerksom på min holdning, og opptrer på en måte som er best for meg selv og ikke lenger opptatt av omgivelsens oppfatning om meg.*

Andre deltakere fokuserte spesielt på å ha lært seg en positiv vinkling som hjelp til håndtering av smerter. Deltakerne lærer å legge bak seg devalueringer og andre ubehagelige opplevelser, og dette fører til en bedre hverdag;

*Har lært å bli ferdig med tidligere ubehagelige opplevelser, det å finne en mening med alt.  
Knagger å henge dritten på.*

Opplevelse av både sosial støtte og samspill med andre deltakere samt naturen på Smednes, er fortsatt poengtert etter ett års opplegg;

*Å vite at en her får hjelp og støtte – hvis behov.  
Møte andre mennesker og det å ha en plass og være på: sjø, skog, mark og gå turer.*

Deltakerne kan oppleve at grunnleggende trykghets og mestringsbehov møtes gjennom samspill med både andre AFEM-kursdeltakere og de som arbeider på Smednes. Global livskvalitet inkluderer personens tilfredshet, lykke, mening med og realisering av mål knyttet til livet som helhet; jfr. teorikapitlets punkt om *Livskvalitet og helse relatert livskvalitet*.

De oppsummerende uttalelser overfor viser at deltakerne har fått løst sine problemer ved å fokusere på helheten. I følge Wolfensberger (Askheim 2003) må tiltakene for å heve verdsetting av den sosiale rolle ta utgangspunkt i individet, familien, sosiale miljø og samfunnet. Uttalelser etter AFEM kurs viser løsning på problem på et individnivå, mens etter et år har deltakerne et utvidet perspektiv der de ser seg selv med en verdsatt rolle i familie og andre sosiale relasjoner, og tilslutt som en verdsatt person i møte med de ulike etatene.

## **Fokusgruppeundersøkelse**

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med fra fire til syv deltakere i hvert intervju. Til sammen deltok 21 av totalt 25 i fokusgruppeintervjuene. To gruppeintervjuer ble gjort med deltakere i hele opplegget ved Smednes. Ett gruppeintervju ble gjort med deltakere kun på AFEM-kurs. Ett intervju ble gjort med en blanding av deltakere på hhv. hele opplegget og kun på AFEM-kurs.

Intervjuene ble foretatt på Smednes Trivselsgård. Vi var to intervjuere; moderator/prosjektleder og assistent. Assistenten skrev feltnotater og oppsummerte undervegs i hvert intervju. Det ble tatt lyd- og videoopptak fra alle fire intervjuer. Materialet ble overført til digital lydfil for analyse, og ble delvis transkribert. Feltnotater og opptak er benyttet i analysen. Hele materialet er hørt og lest flere ganger. Analyse med koding, rekoding og organisering i kategorier og tolkning av mønster har skjedd i en hermeneutisk prosess hvor fokus har vekslet fra helhet til deler og utvikling av en helhetlig forståelse der resultater forankres i datamateriale og teoretisk perspektiv.

Det er samsvar mellom resultatene fra fokusgruppeintervjuene og besvarelsene på åpne spørsmål i spørreskjema. Fokusgrupper gir mer bredde og dybde i informasjonen. I det følgende presenterer vi resultater som utfyller informasjonen fra spørreskjemaene. Vi legger vekt på opplevelser av prosessen slik den forløper fra deltakelse på kurs til gjennomført oppfølgingsdel. Vi vil dessuten vise hvordan organiseringen av opplegget evalueres, samt hvordan deltakerne sammenligner samspillet på Smednes med erfaringer fra møter med velferdstjenestene.

## **Hva skjedde under opplegget?**

Intervjuene understreket oppdagingsprosessen som skjedde i løpet av AFEM- kursdelen. Sitater fra flere deltakere illustrerer dette;

*Aha opplevelse, fa kaos til bearbeidelse. Det var 5 uker med vitamininnsprøytning.*

*Var veldig frustrert, følte meg langt nede. Det var bra å komme hit, følte meg som et null, men etter kurset fikk jeg bedre syn på meg selv.*

*Jeg var formet etter de 10 siste årene, var avstumpet følelsesmessig, opplevde 10 år i tunnel med forviklinger. Var som å hoppe på isflak, sklir når du hopper. Her på Smednes var det som plommen i egget.*

*Her ble det forståelse for meg, ble møtt som den en er.*

*Tema førte meg fremover, emner som traff meg og hjalp meg videre.*

Vi ba deltakerne beskrive betydning av både kurs og oppfølging. De fortalte om sin situasjon da de begynte på kurset, og om mye frustrasjon i forhold til systemet, dvs. velferdstjenestene.

*Var ganske frustrert da.*

*Jeg var vel mest frustrert før jeg kom – over a-etat – for jeg følte meg som en kasteball selv kommet fram til en konklusjon som sa at jeg ikke hadde noe der – i a-etat-miljøet å gjøre.*

Veksling mellom teori, uteaktivitet, veiledning og kreative aktiviteter opplevdes bra.

Opplevde å bli klar og sliten på normal måte og mindre psykisk utmattet som tidligere. Naturen på Smednes ble fremhevet som veldig positiv og nyttig både for fysisk aktivitet og som psykisk lindring.

## **Læring om selvbylde og sosial fungering.**

Deltakerne lærte å bli tryggere på en selv, og som en følge også tryggere på mennesker i omgivelsene. Det autonome mestringsmotivet ble stimulert; jfr. Imsen (1998). De lært å tenke annerledes om seg selv. Det ble gitt eksempler på at AFEM prosessen også hadde betydning for familiesituasjonen, i og med at deltakere fungerte bedre sosialt. Alle var blitt mer sosiale.

*Møter verden på en annen måte. Gir andre signaler til omverden.*

Positive signaler til omverden kan stimulere utvikling av prestasjonsmotiv, både med hensyn til en indre sirkel som stimulerer til positiv egenvurdering og en ytre sirkel som fremmer positiv vurdering av andre; jfr. Figur nr. 3 og Figur nr. 4. Følelse av å mestre og endret væremåte som bidrar til positive tilbakemeldinger fra omgivelser, styrker egenvurderingen.

*Jeg er takknemlig. Opplegget har gjort noe med selvbildet mitt. ... Det vekket meg og oppmuntret meg.*

Kursdeltakelse har bidratt til større åpenhet om situasjonen i sosiale nettverk. Folk spør etter hva deltakerne gjør, og det oppleves meningsfullt å fortelle om dette.

## **Psykososialt rehabilitert – helt eller delvis**

Deltakerne opplevde oppturer og nedturer undervegs. Etter ett år var ikke alle trygge på egen mestring videre fremover. Det var fortsatt godt å vite at Smednes finnes, også etter at opplegget var avsluttet. Noen trenger lengre tids oppfølging, og noen kortere oppfølging.

*Kunne ringe til Smednes hvis det var noe.*

Under oppfølginga var det til tider nedturer for noen, men ikke like mye for alle. Det gikk i bølger å oppnå mestring, kompetanse og bedre livskvalitet. Resultatene viser at oppfølging var verdifullt for alle; jfr. også punktet om organisering av AFEM prosessen. Noen deltakere synes å ha mer behov for tettere oppfølging etter AFEM kursdelen enn andre. De sto i fare for å falle tilbake til gamle tenke- og handlemønstre. Vi vil derfor foreslå at *AFEM modellen* omfatter både kursdelen og oppfølging som omfatter både regelmessige tiltak og individuell tilpasning. Individuelle behov som avdekkes i regelmessige veiledningssamtaler vil kreve fleksibel tilgang til veiledere ved Smednes.

AFEM-kurset bidrog til klargjøring av egne ressurser og for noen betydde dette planlegging av kurs/utdanning med innretning mot nye yrker;

*Kurset har ikke vist hva jeg har lyst til men i hvilke jobber jeg kan brukes  
så på meg som ubetydelig og fjernt fra yrke jeg kunne  
Har kun hatt ett yrke og ikke visst hva andre yrker gikk ut på*

For andre ble det klart at de ikke kunne planlegge en yrkesaktiv framtid, men at de likevel var verdifulle mennesker og hadde ressurser de kunne bygge videre på i sine liv.

Avklaring av ens situasjon betydde mye. En hadde fått innvilget midlertidig uføretrygd i oppfølgingstida. Det ga en viss ro over situasjonen selv om den helsemessig ikke var endret;

*Det gjør ikke situasjonen noe annerledes men har bladd om i hvert fall.  
Har vært i denne situasjonen fra 2000 og det begynner å slite på - den situasjonen du blir  
gående i - en sånn avventende situasjon uten at du kan ta noen skritt.*

*Tror kanskje at de aller siste årene var det jobbing uten å komme tå flekken,  
du trudde du så et lys og sannsynligvis var det toget*

Økonomisk trygghet var en side ved endringen. En annen vesentlig side var at en slapp å forholde seg til etatene og oppleve mangel på kontroll. Dette ble sammenlignet med å hoppe på isflak. Man risikerte stadig å skli utfor og miste grepet om tilværelsen. Dette gjorde noe med en: Man ble avsløpen, og samtidig burde man ha "piggsko" for å berge seg. Det ble gitt uttrykk for å være følelsesmessig avstumpa da man begynte i kursopplegget.

Det synes å skje en modningsprosess under oppfølgingsdelen. Fokusgrupper viser at deltakerne nå handler annerledes i sosiale sammenhenger, og at dette fører til at man blir møtt på nye måter. Sitater som illustrerer:

*Møter verden på en annen måte, jeg tør å se folk i øynene.  
Jeg gir andre signaler til verden, styrke utad og selvtillit.  
Har /hadde stor betydning for familiesituasjonen, blir mer sosial.  
Blir snillere til dem rundt meg  
Helt annet syn på systemet*

Disse eksemplene viser at deltakerne som har hatt ett års oppfølging er kommet lengre i prosessen fra en individuell bevisstgjøring til en sekundær bevisstgjøring på nettverket rundt dem.

## **Deltakerforslag til endringer på kurs- og oppfølgingslengde**

I fokusgruppeintervjuene ble det flere ganger spurt om aktuelle forslag til endringer. I og med at omtalen av opplegget var svært positiv, ba vi deltakerne tenke etter flere ganger om det var noe de kunne ønsket endret.

Noen ønsket mer uteaktivitet, mens andre mente det var nok aktivitet utendørs. Noen hadde vært ute i dårlig vær. Flere personer til å veilede var forslag i en gruppe. Kurset burde gis til andre også, og ikke bare de som er på yrkesretta attføring.

Flere grupper fremhevet behov for mer samarbeid mellom etatene, Smednes og deltakerne. Ansatte ved trygde- og a-etat burde besøke Smednes oftere mente noen. Kurs for etatene var andre forslag. Veileder hadde deltatt i noen basismøter som støtte, og det var erfart som positivt.

Endringsforslag som ble mest poengtert dreide seg om oppfølginga. Skrivning av ukelogg burde "strammes opp". Deltakerne mente selv at de ikke var flinke nok til å skrive logg. Dette



kunne vært mer planmessig gjennomført, og alltid med oppfølgingsamtaler ved direkte kontakt deltaker – veileder (ikke telefonisk). Telefonisk veiledning var likevel positivt vurdert.

Kurs på 5 uker var opplevd positivt av alle. Når intervjuer spurte etter mulige forslag til endringer, uttrykte en personer som deltok i ett års oppfølging at fem uker kurs var noe lang tid. I andre fokusgrupper kom det frem to forslag om kursdelen. Ett var å ha tre ukers kurs og så en ukes pause før siste kursdel. Et var å fire ukers kurs, opphold på en uke, og så 14 dagers kurs, dvs. totalt 6 ukers kurs ved oppstart av opplegget.

Blant de som kun fikk tilbud om 5-ukers kurs, uttrykte alle unntatt en at kurslengden var for kort. En burde være ved Smednes ½ år og fått oppfølging ½ år etter dette.

Opplegg for oppfølginga var å skrive logg ukentlig og få veiledning på den, direkte eller telefonisk. Ukesamlinger var gjennomført etter tre måneder, seks måneder og ett år; jfr. Vedlegg nr. 1. Deltakerne mente logg og veiledning var et bra tiltak, men deltakerne var ikke flinke til selv å følge opp loggskrivning. De ga uttrykk for en underforstått selvkritikk. De fikk likevel veiledning telefonisk hver 14. dag, og alle kommenterte dette som positivt. Deltakerne opplevde ansatte ved Smednes som sosial støtte som kunne benyttes ved behov.

## Organisering av opplegget

Oppfølging etter kurset var planlagt som loggskrivning og veiledning hver 14. dag, og dessuten kurssamlinger etter 3 måneder, ½ år og 1/1 år. Noen mente oppfølgingskuret etter 3 måneder kom for sent. En sa det slik;

*Litt lang tid til tre måneders oppfølginga  
Kom tilbake etter 3 mnd og jeg var ganske deprimert da  
jeg var vel egentlig ikke ferdig med det da, så syns jeg det gikk bedre igjen da*

Den siterte har det litt bedre nå og tar mer hensyn til seg selv enn før. En annen uttrykte behovet for tett oppfølging i starten enda sterkere;

*Det var en tabbe å gi oss en tenkepause på tre måneder  
for etter 1 uke var jeg like langt nede*

Andre mente det var godt å få ro etter deltakelse på kurset. Noen opplevde det som en ny ”nedtur” å komme på kursuka etter 3 måneder. Kanskje la noen det de hadde lært litt bort og fortsatte i samme spor? Vi antar at deltakerne har individuelle behov. For å få mer kunnskap om dette vil vi foreslå utprøving av tettere individuelt tilpasset oppfølging.

## Beliggenhet

Smednes ligger i naturskjønne omgivelser med både sjø, utmark og fjell i nærområdet. Dette ble benyttet i hele opplegget. Alle unntatt en mente denne beliggenheten var en positiv faktor ved opplegget. Naturen ga mulighet for ro og ’høyde under taket’. Flere sa det var godt å kunne være alene i blant og få tid til ettertanke. Det var også trivelig med turer hvor man opplevde støtte i gruppa og trygghet i miljøet.

Noen var fysisk sterke og sprang i forvegen. Andre var uvant med fysisk aktivitet og slet med smerter. Når de var på turer fikk de bearbeidet ting. Dessuten var veiledning og samtaler ute i det fri verdsatt;

*Og så ser jeg som viktig at bålet er gjenopprettet som samtaleplass da!*

## Smednes i det tverretatlige landskap

Alle hadde opplevd ulik grad av styring fra etatene. Kontakt med a-etat og trygdeetat hadde medført utrygghet i forhold til fremtidig aktivitet og økonomi. Om tiltak som ble tilbudt ikke ble akseptert, risikerte man økonomisk tap. Det er fornedrende, men nødvendig å takke ja til arbeidstrening som går på å pakke griseører i plastposer eller å sette topper på leppepomade. Man må lyve for seg selv for å få aksept og støtte fra systemet. Det blir umulig å se fremover, en har ikke kontroll over sin egen situasjon.

*Det blir en sirkel med problemer som burde blitt oppfanget mye tidligere.*

Oppfølgingen fra etatene oppleves uorganisert, mellom etatene og innad i den enkelte etat. Det ble gitt eksempler på å ha fem til seks saksbehandlere i samme etat.

Tilrettelegging i arbeidslivet var ikke bare positivt erfart. En hadde hatt aktiv sykmelding og fikk de tyngste jobbene. Altså var ikke intensjonene med ordningen om individuell tilrettelegging innfridd. Oppfølging på arbeidsstedet var også mangelfull. En deltaker hadde forsøkt assistentarbeid i kommunen. Ingen fra arbeidsstedet eller velferdsetatene etterspurte hvordan det gikk. I arbeidstrening hadde flere opplevd at de var arbeidskraft, og ikke primært i en treningssituasjon. De fleste hadde arbeidserfaring hvor de opplevde å møte forventninger til å prestere produksjon som gikk ut over helsemessig evne.

De som hadde arbeidstrening på Smednes fikk trene på å sette grenser. Å greie det ble positivt vurdert av ansatte ved Smednes. Dette var en ny erfaring. Flere ga uttrykk for at deres forhold til velferdssystemet ble endret som følge av deltakelse i opplegget på Smednes. De har lært om seg selv og kjenner seg tryggere på seg selv og sin mestring. De har lært å kommunisere bedre og legge frem sin sak på konstruktive måter, heller enn å gå i forsvar. Støtte fra Smednes var verdifullt, og flere hadde spurt veileder ved Smednes om å delta i basisgruppemøter. AFEM-modellen ved Smednes synes å ha ivaretatt det etater i samfunnet ellers ikke hadde lyktes med.

Opplevtes kontakten med etatene som selvbestemmelse eller fornedrende styring? Man blir formet av kontakten med systemet og avstumpet følelsesmessig. En sa han hadde erfart en ti års periode i en tunnel med forviklinger før han kom til Smednes. Er du frisk kan du skaffe deg jobb selv. A-etat bestemmer likevel, og ender opp med noe annet enn det du selv ønsker. Dessuten ”går de etter klokka” i a-etat, slik at du får en følelse av å være i vegen. En annen uttrykte at det i etatene bestemmes over hodet på deg, uten at du er med i beslutningsprosessen. En ønsket å gå på skole, og hadde kommet inn på kurs han ville ta, men fikk ikke økonomisk støtte på grunn av formaliteter og regelverk; jfr. uttalelsen om at ”Du hopper på isflak og sklir når du hopper. Må ha piggsko.” Sitatet beskriver hvordan deltakerne kan opplevd velferdstjenester som alt annet enn betryggende. Ontologisk trygghet er vesentlig for menneskers livskvalitet; jfr. Steen-Olsen (2003). Velferdstjenester bør tilstrebes tilbudt på slik måte at tjenestene i seg selv ikke truer den enkeltes livskvalitet.

## Sammenfatting av resultater fra fokusgruppeintervjuer

Deltakerne i AFEM-opplegget ved Smednes hadde mottatt ulike stønader over lang tid, gjennomsnittlig 5 år. De har m.a.o. ikke gått direkte over fra en primær sykmeldingsperiode til rehabilitering eller attføring, men hatt perioder hvor også sosial stønad var aktuelt (gjennomsnittlig 13 måneder for gruppen som helhet).

Den vesentligste forskjellen fra kursdeltakelse til ett års oppfølging kommer tydelig fram i fokusgruppeintervjuene. Etter AFEM-kurs ga deltakerne tydelig uttrykk for selvinnsett og selv tillit. De oppdaget seg selv på en måte. De visste hva de stod for og hva de ønsket. Deres mentale helse



var tydelig bedret og de var motivert for å gjøre noe mer. Deres personlige kompetanse hadde utviklet seg, de mestret noe. Kurset hadde gitt hjelp til de individuelle problemene slik at de kunne utvide sin kompetanse videre til neste plan som kom fram av intervjuer etter ett års oppfølging.

Deltakerne som hadde AFEM-kurs og ett års oppfølging ga uttrykk for sin personlige utvikling, men også utvikling på det sosiale plan, både med tanke på familie og nettverk og med tanke på samfunnet rundt dem. De påpekte også viktigheten av støtten fra ansatte på Smednes, samt støtten fra gruppen de var deltaker i. De opplevde en avklaring på deres egen situasjon. Dette gjaldt både i forhold til økonomi og arbeidssituasjon. De ga uttrykk for et mer nyansert syn på etatene etter deltakelse på opplegget ved Smednes.

Alle deltakerne, både fra kurs og fra kurs samt oppfølging, ga uttrykk for nytte av prosessen de hadde deltatt på. Det hadde skjedd store endringer for hver enkelt deltaker. Hver enkelt ga uttrykk for å ha blitt hørt og blitt sett og opplevde en enorm støtte og trygghet fra Smednes. Jamført med besvarelser av spørreskjema, ga de uttrykk for at deres livskvalitet var bedret. AFEM-kursdelen synes å stimulere det autonome mestringsmotivet. Oppfølgingen synes å stimulere det sosiale mestringsmotivet, jfr. Figur nr. 4.

## Drøfting

Hovedkonklusjonen for vår analyse er at gjennomføring av tiltak ut fra AFEM-modellen fører til psykososial støtte og en oppdagings- og læreprosess som en bro til livskvalitet og til mestring i det tverrfaglige landskap. Felles for gruppen som deltok i AFEM-opplegget var lang tids fravær fra- og helse- og fysisk kapasitetsmessige problemer som hindring for 100 % deltakelse i ordinært arbeidsliv. Virksomhetsområdet rehabilitering omfatter medisinsk rehabilitering, voksenrehabilitering, sosial rehabilitering og yrkesrettet attføring (Breimo 2005). Smertehåndtering var fokusert, men ikke rehabilitering i medisinsk forstand. Fysisk helse var ikke et sentralt tema i opplegget, selv om det var lagt opp til turer som krever fysisk aktivitet to ganger pr. uke.

For noen var yrkesrettet attføring aktuelt, for andre var dette uaktuelt på tida hvor de deltok i prosessen. Noen fikk innvilget varig uføretrygd, og andre midlertidig uføretrygd eller var i andre avklaringsprosesser mht. funksjons- og arbeidsevne. Tretthet, fysisk fungering/kapasitet var helseproblemer, og smerter ganske utslagsgivende. Smerter har påvirket vanlig arbeid en del eller mer ved første måling og en del/litt ved andre måling. Til sammenligning har studier vist at for personer med lang tids sykefravær pga. muskel- og skjelettplager er fysisk fungering og tilbakeføring til arbeid etter ett år lavt (Atroschi o.fl. 2002).

Arbeid synes å gi mening selv om man ikke er i stand til å delta i ordinært arbeid. For velferdsstaten vil det være en politisk oppgave å stimulere til et tilstrekkelig antall arbeidsplasser i vårt samfunn som er både meningsfulle og tilpasset ressurser og begrensninger hos ulike personers som av helsemessige grunner har varig nedsatt arbeidsevne.

Uansett avklaringer/planer for framtidig arbeid, satte deltakelse i opplegget i gang og underbygget psykososiale rehabiliteringsprosesser. Opplegget fører til *psykososial rehabilitering* i betydning personlig og sosial vekst som fremmer mestring, livskvalitet og sosial kompetanse. Begrepet sosial rehabilitering favner noe bredere enn termen psykososial rehabilitering, i og med at sosial rehabilitering har som mål å skape økonomisk og sosial trygghet, likeverd i levekår samt aktiv deltakelse i samfunnet; jfr. Westerhäll, Bergroth og Ekholm (2006). AFEM-opplegget påvirker deltakernes psykiske og følelsesmessige forutsetninger for selv å delta aktivt i prosesser som fører til sosial rehabilitering i bredere betydning. Deltakernes selvbilde, motivasjon og kompetanse for å medvirke til avklaringer innen velferdstjenestene som innebærer økonomisk trygghet og aktiv deltakelse i samfunnet, er styrket.

## Livskvalitetsforbedringer

Rehabilitering innebærer ikke nødvendigvis å gjøre en person frisk, men å bistå en person til selv å mestre eller bedre sin funksjonsevne, dette med tanke på deltakelse i arbeidslivet eller dagliglivet (Hedlund 2004). Endringer av tenkemåter, følelser og oppfatninger synes å gi bedre forutsetninger for deltakelse og velbefinnende i sammenheng med dagliglivets aktiviteter. I løpet av opplegget som helhet høynes helserelatert livskvalitet. Global livskvalitet inkluderer personens tilfredshet, lykke, mening med og realisering av mål knyttet til livet som helhet, mens helserelatert livskvalitet dreier seg om personens opplevelse av generelle helseforhold; jfr. teorikapitlet. Deltakelse i AFEM-opplegget ved Smednes fører til mer motivasjon og kompetanse for å få dekket grunnleggende behov for fysisk og materiell sikkerhet av betydning for global livskvalitet. Verdier som tilhørighet, anerkjennelse og selvaktualisering, beskrevet som vekstbehov (Steen-Olsen 2003), blir møtt

gjennom både AFEM-kurs og oppfølging ved Smednes. Estetisk tilfredsstillelse utgjør også et vekstbehov (op.cit.). Undersøkelsen viste at noen ville ta kurs innen eksempelvis treskjæring, noe som kan indikere estetisk behovstilfredsstillelse. Behov i betydning en handlingsorienterende biologisk og psykologisk tilstand hvis hensikt er å oppnå en tilfredsstillende livskvalitet i betydning tilfredshet, og for å forhindre deprivasjon, dvs. udekkede behov i form av savn eller tap (op.cit.). Prosessen ved Smednes synes å bidra til motvirkning av deprivasjonsprosesser gjennom at deltakerne finner og tar tak i egne ressurser og handlingsberedskap.

### **Hva betyr hele opplegget og hva betyr kursdelen?**

En problemstilling var hva deltakelse på hele opplegget (del 1 og del 2) betyr til forskjell fra deltakelse kun på del 1 av opplegget. Hvilken helserelevanter livskvalitet rapporterer brukerne ved begynnelsen og avslutningen av gjennomført rehabiliteringsprosess? Hvilken betydning har kursdelen for oppdagelse og læring om egen situasjon og egne ressurser og muligheter for fremtidig deltakelse i arbeidslivet? Hvordan erfares oppfølgingsdelen?

### **Å oppdage seg selv og bryte devalueringprosesser**

Generelt peker alle besvarelser på endringsprosesser hvor deltakerne bevisstgjøres på devalueringprosesser som forsterkes på individnivå. AFEM-modellen ved Smednes tar utgangspunkt i personen det gjelder, jfr. Askheim (2003). Etter fem ukers kurs fremheves økt selvinnsikt. Etter oppfølging over ett år viser deltakerne til forståelse for sin situasjon i en bredere sammenheng, og nye handlemåter for å møte omgivelsene på mer hensiktsmessig måte. Støtte fra Smednes oppleves som en trygghet som er tilgjengelig hvis behovet skulle være der.

Ut fra Wolfenbergs tilnærming til verdsettende eller devaluerende prosesser, hevder Askheim (2003: 30) at devaluering finner sted på to nivåer. Det ene er lav verdsetting av enkeltindivider. Det andre er devaluering av kategorier eller grupper av mennesker med et bestemt kjennetegn. Kategorisering av grupper rammer mest, fordi det fører til og opprettholder samfunnsmessig lav verdsetting av grupper. De blir sett ned på og behandlet dårlig av andre mennesker. Denne problematikken angir noen vesentlige mål og hensikter hjelpearbeid kan siktes inn mot. Forebygging av devalueringprosesser som bidrar til oppnåelse av kulturelt verdsatte roller. Personer som deltar i tiltaket ved Smednes opplever seg allerede devaluert, og derfor bør tiltak rettes inn mot å utvikle den devaluerte personens kompetanse i vid forstand (jfr. Askheim, s. 43). Teori fremhever blant annet at følgende kjernetema må vektlegges:

Omsorgsarbeideren må søke å identifisere den ubevisste dynamikken innen tiltak og tjenester som bidrar til devaluering og undertrykking av visse grupper i samfunnet, og utvikle strategier for å hindre devaluert status for dem (Askheim 2003, s. 43).

Deltakelse i opplegget ved Smednes synes å føre til en økt egeninnsikt i forhold til både internalisert oppfatning om seg selv som devaluert og i forhold til eksterne devalueringprosesser i samfunnet.

I følge Imsen (2001) vil forventningene en har i forkant påvirke tolkningen av resultatet. Forventningene er i utgangspunktet påvirket av tidligere erfaringer. Har en mislyktes med noe før, vil en ha forventninger om det ved neste forsøk. Alder, modenhet, intellektuell utvikling, og andres forventninger påvirker også forventningene til resultatene av det en gjør. I Atkinsons teori om prestasjonsmotivasjon (op.cit) er forventningen om å lykkes med oppgaver en viktig forutsetning for motivasjonen. Det er sjelden vi setter i gang noe uten at vi forventer å lykkes med det.

Albert Bandura har videreutviklet teori om forventninger om å mestre, med grunnlag i sosial læringsteori (op.cit.). Bandura mener at forventningene er sentral i motivasjonen. Forventningene om å mestre baserer seg på informasjonskilder. Det er tidligere erfaringer, vikarierende erfaringer

som å se andre lykkes. Verbal overbevisning ved støtte og oppmuntring fra andre. Emosjonelle forhold relatert til handlingen eller resultatet og personens egen tolkning av det som blir prestert.

Det synes å foregå en prosess hvor deltakerne går fra individuell oppdagelse til å forstå sin situasjon i relasjon til en bredere sosial situasjon. En kan se utviklingen i sammenheng med betydning verdsetting av sosial rolle har; jfr. (Askheim 2003:42). Det synes å skje prosesser i løpet av kursdelen som styrker det autonome mestringsmotive, og prosesser i løpet av oppfølgingen som stimulerer det sosiale mestringsmotive, jfr. Imsen (1998).

## **Helserelatert livskvalitet etter gjennomført opplegg**

Helserelatert livskvalitet er beskrevet som en subjektiv opplevelse av velbefinnende og fungering, fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt (Padilla o.fl. 1992, Rustøen og Wahl 1999, Wahl og Hanestad 2004). Helserelatert livskvalitet bedres generelt. Mht fysisk fungering og velbefinnende oppnår deltakerne ved Smednes ingen vesentlig bedre funksjon, men derimot mindre plagsomme smerteopplevelser. Dette har skjedd ved hjelp av kognitiv eller tankemessig kontroll og avledning av smerteopplevelser, og henger slik sammen med den psykiske dimensjonen. Psykisk oppnås opplevelse av bedre fungering i betydning å vedkjenne seg og verdsette seg selv med sine ressurser og begrensninger. Psykisk og sosial dimensjon henger sammen. I løpet av opplegget har deltakerne både lært å fungere bedre i ulike sosiale sammenhenger og opplever mer velbefinnende i sosiale sammenhenger. Emosjonell dimensjon av livskvalitet er bedret fra opplevelser av å være svært langt nede for noen, til å kjenne mer ro, håp og glede enn tidligere. I sum bidrar deltakelse i opplegget til økt velbefinnende og psykososial fungering.

## **En bro til mestring i det tverrfaglige landskap**

Hvem har ansvar og tar ansvar i løpet av opplegget? I utgangspunktet evner ikke deltakerne å ta ansvar for egen situasjon fullt og helt. Det viser deres historier. Altså har man ved Smednes et stort paternalistisk ansvar. Samtidig bygger de opp under et mål for dagens velferdstjenester, nemlig brukermedvirkning i et tverrfaglig samarbeid. Evne til medvirkning øker som følge av deltakelse i opplegget.

Av Stortingsmelding 21 (1998- 99) Ansvar og meistring- mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk, samt Stortingets behandling av denne går det fram at alle som har funksjonsnedsettelse og behov for sammensatt og koordinert bistand, uavhengig av arten av funksjonsnedsettelse og årsak til den skal være i målgruppen for rehabilitering. Virksomhetsområdet rehabilitering omfatter det man tidligere kalte medisinsk rehabilitering, voksenrehabilitering, sosial rehabilitering og yrkesrettet atføring (Normann, 2005). En slik utvidelse av begrepet har ført til at rehabilitering har blitt et tverrsektorielt og tverrfaglig ansvar, noe som har forsterket behovet for samhandling og samarbeid mellom etatene. Dette samarbeidet har i noen tilfeller vist seg å være vanskelig (Breimo 2005: 4).

Opplegget beskrives som et forløp fra bevisstgjøring til ansvarliggjøring. Dette samsvarer med resultatbeskrivelsene. Altså skjer en læringsprosess over tid og med kyndig undervisning som går over til veiledning og sosial støtte. Støtte fra omgivelsene er av betydning for folks helse (House 1981). Støtte fra Smednes kan betraktes som en mestringsressurs, som et sosialt fond som man kan benytte om det er behøvelig for å håndtere stressorer; jfr. House (1981), Thoits (1995), Knardahl (1998).

Det er flere parter som skal samarbeide og medvirke til gode løsninger og tilpassing av velferdstiltak. Det kreves høg kompetanse hos ansatte i velferdsetaten, for at de skal møte krav og forventninger til å bistå.

En viktig suksessfaktor for å lykkes med arbeids- og velferdsreformen, er å skape felles kultur, og sikre at den nye arbeids- og velferdsforvaltningen har nødvendig kompetanse for å møte brukerne og deres behov.

NAV sitt overordnede mål for kompetanseutvikling er:

”Arbeids- og velferdsforvaltningen skal ha ansatte som til enhver tid innehar den kompetansen som er nødvendig for å utføre arbeidsoppgaver og møte utfordringer på en effektiv og hensiktsmessig måte” (NAV 2006: 2).

Hvordan velferdstjenester ytes har betydning for objektive livskvalitetsbetingelser; jfr. Steen-Olsen (2003).

## **Oppsummering**

Det synes å skje en personlig utvikling som bidrar til økt livskvalitet, globalt og i relasjon til helsemessig situasjon. Subjektive og objektive betingelser for tilfredsstillelse og livskvalitet er bedre etter deltakelse i opplegget ved Smednes.

Sosial – kulturell fungering bedres. Mestring høyner opplevelsen av grunnleggende trygghet (livskvalitet). Deltakerne møter utfordringer på mer åpen og mindre forutinntatt måte enn tidligere. Samspill i gruppa ved Smednes fungerer som sosial støtte. Det skjer personlig læring og utvikling/vekst. Dette fører til høynet sosial kompetanse, opplevelse av mestring og som en følge høyning av livskvaliteten, psykisk, emosjonelt og sosialt. Deltakerne møter utfordringer mindre forutinntatt og mentalt rettes fokus mer mot hvordan de selv skal gå frem for å fremme sitt syn. Dette synes å føre til mindre opplevelse av devalueringprosesser.

I sum skjer en prosess fra 1) å ha lavt selvbilde kombinert med lav selvinnsett om dette, til 2) oppdaging og personlig utvikling (Del 1) og 3) høyning av psyko-sosiokulturell kompetanse. Tiltaket fører til psykososial rehabilitering som bro til livskvalitet og mestring i det tverretatlige landskap. I tiltaket arbeider man ut fra en forståelse svarende til velferdsstatens forståelse av habilitering og rehabilitering som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler for å stimulere brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet; jfr. § 2. *Definisjon av habilitering og rehabilitering* i Forskrift om habilitering og rehabilitering som sier at:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

(Helse- og omsorgsdepartementet 2001).

## **Anbefalinger**

AFEM-modellen for sosial rehabilitering anbefales videreført. Tiltaket bør tilbys før personer over mange år har mottatt ulike trygder/stønader og vært på flere tiltak som virker devaluerende heller enn å fremme mestring, vekst og livskvalitet. Tiltaket foreslås å være et tilbud til flest mulig personer som vudreres med tanke på rehabilitering, attføring eller uføretrygd. Tiltaket har også aktualitet for personer som mottar midlertidig uføretrygd.

Modellen ved Smednes anbefales mer integrert i velferdstjenestene. Det er ønskelig med mer kompetanse om psyko-sosio-kulturelle rehabiliteringsprosesser hos ansatte i a-etat og trygdeetat.

AFEM-kurs samt oppfølging over ett år anbefales. Tett oppfølging og individuell tilpassing etter kurdeltakelse foreslås. Dessuten anbefales strammere oppfølging av loggskrivning som metode for å utvikle personlig og sosial kompetanse.

Tiltaket tar ikke sikte på fysisk aktivitetstrening, men kan kombineres med individuelt tilpassa aktivitetsopplegg. Slik kombinerer mener vi vil være hensiktsmessig etter AFEM-kurset hvor deltakerne oppdager egne ressurser og får styrket mestringsmotivet.

## **Metodekritikk og forslag ved oppfølgingsstudie**

Måling av helserelatert livskvalitet er utført med et spørreskjema som er testet for validitet og utprøvd i mange land og sammenlignet med andre måleinstrumenter; jfr. teori og metode kapitlene. SF-36v2 måler subjektiv opplevelse av helse siste fire uker samt generell helse siste år og helseendringer siden forrige år.

Første måling ble foretatt siste kursuke (del 1). Vi fikk ikke baseline data, noe som kunne være ønskelig. Fra det kvalitative materialet ser en at det har skjedd mye i løpet av kursdelen, og at dette har ført til ny innsikt, refleksjon og læring omkring egen livssituasjon, egne interesser, ressurser, valgmuligheter og måter å mestre på. Vi vet i hvilken grad dette kan ha hatt betydning for besvarelser om helsens betydning siste fire uker; jfr. SF-36v2. I en videreføring av prosjektet vil vi anbefale at deltakerne svarer på spørreskjema før opplegget starter, slik at man får baseline data. Umiddelbare effekter av kursdelen kan muligens fanges opp fire uker etter kursavslutningen. Dersom spørreskjema benyttes som 0-prøve, fire uker etter kursavslutning og etter tre, seks og tolv måneder, samt et år etter gjennomført opplegg, vil man få mer informasjon om mulige forløp i endring og utvikling. Ved slike målepunkter vil vi anbefale at man samler inn både kvantitativ og kvalitativ informasjon.

Fokus -grupper viste seg å gi bredde og dybdeinformasjon om deltakernes erfaringer med kurset og om endringsprosesser hos enkeltpersoner og gruppen som helhet. Informantene fant det ikke lett å beskrive de enkelte tiltak, men så kurset som en enhet og oppfølgingen som en. Dersom det er ønskelig med mer detaljert evaluering av enkelttiltak innen kursdelen eller oppfølgingsdelen, vil det være behov for feltobservasjon og hyppigere intervjuer.

For å få frem mer kunnskap om hva som skiller denne modellen fra andre typer attførings-/rehabiliteringsopplegg, eller ikke noe tilbud, foreslås eksperiment design. Det vil også være verdifullt å prøve tilpasninger basert på evalueringsresultatene. Vårt forslag er eksperimentdesign med sammenlignbare grupper mht. situasjon, alder og kjønn. Antall deltakere var lavt. Vi foreslår 30 respondenter i eksperimentgruppe/r og 30 i sammenligningsgruppe. Prosjektets omfang vil avhenge av tilfang på respondenter og hvilke ressurser det tildeles.

## Litteraturliste

A-etat online: <http://www.aetat.no/cgi-bin/aetat/imaker?id=12908#1>

A-retat online: Årsstatistikk om arbeidsmarkedet 2005:  
[http://www.aetat.no/data/f/0/44/51/5\\_702\\_0/aarsstatistikk\\_2005.pdf](http://www.aetat.no/data/f/0/44/51/5_702_0/aarsstatistikk_2005.pdf)

Atroschi I, Andersson IH, Gummesson C, Leden I, Odenbring S, Ornstein E. (2002). Primary care patients with musculoskeletal pain. Value of health-status and sense-of-coherence measures in predicting long-term work disability. *Scand J Rheumatol*;31, 4 :239-44.

Asbury, J-E (1995). Overview of Focus Group Research. *Qualitative Health Research. An International, Interdisciplinary Journal, Saga Periodical Press*; 5; 414-20.

Askheim, OP (2003). *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Brataas, HV (2003). Å innhente og formidle informasjon og støtte pasienten. I: Brataas, HV og Steen-Olsen, T (red.): *Kvalitet i samspill*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Brataas, HV (2002). Fokusgrupper - en kvalitativ forskningsmetode. *Sykepleien*; 89, (14):54-6.

Breimo, J (2005). *Betydningen av ulike kommunale organiseringsformer for brukere med behov for sammensatte tjenester*. SKUR-notat nr 6/2005.

Chronister, JA, Johnson, EK og Berven, NL (2006). Measuring social support in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*; 28(2): 75-84

Conradi, S og Rand-Hendriksen, S (2004). Funksjonshemming og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I: Wekre, LL og Vardeberg, K (red.): *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fyrand, L (1995). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Oslo: Tano

Grahn, P (2005). Om trädgårdsterapi och terapeutiska trädgårdar. I: Johansson, M og Küller, M (red.): *Svensk miljöpsykologi*. Lund: studentlitteratur.

Hartig, T (2005). Teorier om restorativa miljöer förr, nu och i framtiden. I: Johansson, M og Küller, M (red.): *Svensk miljöpsykologi*. Lund: studentlitteratur.

Hedlund, M, Wendelborg, C, Brataas, HV og Landstad, B (2005). *Gått ut på dato? Årsaker til at så få mottakere av rehabiliteringspenger kommer tilbake til arbeidslivet*. NTF-rapport 2005:3. Steinkjer: Nord-Trøndelagsforskning.

Hedlund, M (2004). *Shaping justice. Defining a category of disability in Swedish social security*. Lund: Lund dissertations

HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) (2001). FOR 2001-06-28 nr 765: Forskrift om habilitering og rehabilitering. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/lldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html#2>

- Imsen, G (1998/2001). *Elevenes verden*. Oslo: Universitetsforlaget
- Indergård, E K (2003). *Smednes trivselsgård. Kompetansesenter for sosial rehabilitering og forebygging. Pedagogisk og faglig innhold*. Tustna: Smednes trivselsgård.
- Illeris, K (2004). *Voksenutdannelse og voksenlæring*. Fredriksberg: Roskilde universitetsforlag.
- Knardahl, S (1998): *Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, NJ (1996). Teoretiske modeller i sykepleie. I: Kristoffersen, NJ (red.): *Generell sykepleie I*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kvien, TK, Kaasa, S og Smedstad, LM (1998). Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. II. A comparison of the SF-36 with disease-specific measures. *J Clin Epidemiology*; 51, 11: 1077-86.
- Olsson, I og Lehto, A (2005). *Från nedåtgående spiral till konstruktivt arbetsmijöarbete*. Prosjektrapport, Mittuniversitetet.
- Gard, G og Sandberg, AK (1998). Motivating factors for return to work. *Physiotherapy Research International*; 3, 2: 100-08.
- Grendstad, NM (1986). *Å lære er å oppdage*. Oslo, Didakta Norsk Forlag.
- Grue, L (2004). Funksjonshemmet er bare et ord. Forståelse, fremstillinger og erfaringer. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- House, J S (1981). *Work stress and social support*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Jacobsen, DI (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Krueger, R A (1994). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. 2<sup>nd</sup> Ed. Thousand Oaks, London: Sage Publication.
- Lazarus, R S og Folkman, S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, RS (1998). *Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus. An analysis of Historical and perennial issues*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lazarus, RS (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lauvås, K og Lauvås, P (2004). *Tverrfaglig samarbeid. -Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Morgan, DL (1988). *Focus Groups as Qualitative Research*. Newbury Park, London: Sage Publications.



- NAV (Ny arbeids- og velferdsforvaltning) (2006). Prosjekt Kompetanse og Kultur. Rapport forslag til kompetansekrav (MP 29). Oslo: NAV-kontoret.
- Padilla G V, Grant M M. og Ferrell B (1992). Nursing research into quality of life. *Qual Life Res* 1: 341-348.
- Pancoast, DL (1992). Den psykologiske betydningen av sosial støtte. I: Fyrand, L (red.) *Perspektiver på sosialt nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget; 70-82.
- Rikstrygdeverket (2003): *Trygdestatistisk årbok*. RTV
- Rikstrygdeverket (2004): *Trygdestatistisk årbok 2003*. RTV
- Rustøen, T og Wahl, AK (1999). Livskvalitetsforskning i sykepleien. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*; 1, 64: 63-76.
- Schieffloe, PM (1992). Sosiale nettverk. I: Fyrand, L (red.) *Perspektiver på sosialt nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget; 17-47.
- Steen-Olsen, T (2003). Kultur, livsbetingelser og samspillkompetanse. I: Brataas, HV og Steen-Olsen, T (red.): *Kvalitet i samspill*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Strand, BH, Dalgard, OS, Tambs, K og Rognerud, M (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*; 57, 2: 113-18.
- Thoits, P A (1995). Stress, coping and social support. *Journal of Health ans Social Behavior, Extra Issue*; 53-79.
- Wahl, AK og Hanestad, BR (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Ware, EW, Kosinski, MA og Dewey, JE (2002). How to Score Version 2 of the SF-36 Health Survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Ware, EW og Gandek, B (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*; 51, 11: 903-12.
- Westerhäll, LV, Bergroth, A og Ekholm, J (2006). Rehabiliteringsvetenskap. Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinært perspektiv. Lund: Studentlitteratur.

# Vedlegg

## Vedlegg nr. 1. Opplegg over 52 uker ved Smednes



Sosial rehabilitering - Frisk i fokus

Nøkler til livslyst og arbeidsglede

**1. Årig AFEM treningsprosess**  
Integrerende tiltak med individet i sentrum

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52



## Vedlegg nr. 2: Spørreskjema om trygde- og arbeidsforhold

Deltaker nr. \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_ / \_\_\_ - \_\_\_

### SPØRRESKJEMA

I sammenheng med at du deltar i et rehabiliteringsopplegg ved Smednes trivselsgård, ber vi deg om å besvare noen spørsmål om kjønn, alder og boforhold, og om arbeids- og trygdeforhold.

**KJØNN** Kryss av for kjønn: Kvinne  Mann

**ALDER** Din alder er: \_\_\_\_\_ år

### FAMILIE-/BOFORHOLD

Kryss av i rutene for dine rette svar:

- er enslig
- er gift/ samboer
- bor alene
- bor sammen med familie

### TRYGDEFORHOLD

Har du i løpet av det siste året mottatt stønad i form av

syketrygd  Hvis ja, hvor lang tid: \_\_\_\_\_ måneder

attføringspenger  Hvis ja, hvor lang tid: \_\_\_\_\_ måneder

sosial stønad  Hvis ja, hvor lang tid: \_\_\_\_\_ måneder

Mottar du ovenfor nevnte stønad nå? Ja  Nei

### ARBEIDSFORHOLD

Arbeider du for tida i egn virksomhet eller i et ansettelsesforhold? Ja  Nei

Hvis du har svart Ja på forrige spørsmål,  
hvor stor % av full stilling utgjør ditt arbeidsforhold?  
100% :   
50% :   
Annen %: \_\_\_\_\_%

I hvilken grad er deltakelse i rehabiliteringsopplegget ved Smednes trivselsgård kommet i stand som følge av redusert arbeidsevne?

I stor grad:  I noen grad:  I liten grad:  Kun av andre årsaker:

## FREMTIDIG ARBEID

(Kryss av på de spørsmålene som passer for din situasjon)

Har du ønske om å øke din stillingsbrøk i nåværende arbeidsforhold? Ja:  Nei:

Har du ønske om å komme i et arbeidsforhold? Ja:  Nei:

Har du per i dag helse til å komme i eller øke ditt arbeidsforhold? Ja:  Nei:

Har du planer om å komme i et arbeidsforhold nå? Ja:  Nei:

Har du ønske om å komme i et arbeidsforhold siden en gang? Ja:  Nei:

Har du planer om å øke % arbeid nå? Ja:  Nei:

Har du ønske om å øke % arbeid siden en gang? Ja:  Nei:

Har du andre planer om å endre din nåværende arbeidssituasjon? Ja:  Nei:

Hvis du har svart Ja på planer om å endre din arbeidssituasjon;  
vil du beskrive kort hvilke planer du har:

---

---

---

---

## BETYDNING AV OPPLEGGET VED SMEDNES TRIVSELSGÅRD

I hvilken grad har dine erfaringer i opplegget ved Smednes trivselsgård:

- |   | I stor grad:             | I noen grad:             | Svært lite:              | Ingen grad:              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • ført til økt arbeidsevne?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • gitt motivasjon for arbeid?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ført til planer for fremtidig arbeid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis du ovenfor har svart at opplegget ved Smednes har stor eller noe betydning;  
ber vi deg nevne opp hva som er de viktigste årsakene for det:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene!**

# Din Helse og Trivsel






SF-36v2™ Health Survey © 1994, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.  
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.  
(IQOLA SF-36v2 Standard, Norway (Norwegian))

---






**Dette spørreskjemaet handler om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål. Takk for at du fyller ut dette spørreskjemaet!**

**For hvert av de følgende spørsmålene vennligst sett et  i den ene luken som best beskriver ditt svar.**

## 1. Stort sett, vil du si at din helse er:

Utmerket	Meget god	God	Nokså god	Dårlig
				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## 2. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå?

Mye bedre nå enn for ett år siden	Litt bedre nå enn for ett år siden	Omtrent den samme som for ett år siden	Litt dårligere nå enn for ett år siden	Mye dårligere nå enn for ett år siden
				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**3 De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye?**

Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
▼	▼	▼

- |   |   |          |          |     |
|---|---|----------|----------|-----|
| a | <u>Anstrengende aktiviteter</u> som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett..... | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |
| b | <u>Moderate aktiviteter</u> som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid..... | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |
| c | Løfte eller bære en handlekurv .....  | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |
| d | Gå opp trappen <u>flere</u> etasjer .....   | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |
| e | Gå opp trappen <u>én</u> etasje .....   | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |
| f | Bøye deg eller sitte på huk.....  | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |
| g | Gå <u>mer enn to kilometer</u> .....  | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |
| h | Gå <u>noen hundre meter</u> .....   | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |
| i | Gå <u>hundre meter</u> .....  | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |
| j | Vaske eller kle på deg .....  | □ 1..... | □ 2..... | □ 3 |






**4. I løpet av de siste 4 ukene, hvor ofte har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?**

	Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
a Du har måttet <u>redusere tiden</u> du har brukt på arbeid eller på andre gjøremål.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Du har <u>utrettet mindre</u> enn du hadde ønsket.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Du har vært hindret i å utføre <u>visse typer</u> arbeid eller gjøremål .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Du har hatt <u>problemer</u> med å gjennomføre arbeidet eller andre gjøremål (f.eks. det krevde ekstra anstrengelser).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5







**5. I løpet av de siste 4 ukene, hvor ofte har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som f.eks. å være deprimentert eller engstelig)?**

	Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
a Du har måttet <u>redusere tiden</u> du har brukt på arbeid eller på andre gjøremål.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Du har <u>utrettet mindre</u> enn du hadde ønsket.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Du har utført arbeidet eller andre gjøremål <u>mindre grundig enn vanlig</u> .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5






6. I løpet av de siste 4 ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger?

Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Mye	Svært mye
				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 ukene?

Ingen	Meget svake	Svake	Moderate	Sterke	Meget sterke
					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Mye	Svært mye
				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**9. Disse spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du...**

	Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
a Følt deg full av liv? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Følt deg veldig nervøs? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Følt deg rolig og harmonisk? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Hatt mye overskudd? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Følt deg nedfor og deprimert? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Følt deg sliten? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Følt deg glad? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Følt deg trett? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**10. I løpet av de siste 4 ukene, hvor ofte har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)?**

Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**11. Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstander for deg?**

	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis gal	Helt gal
a Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Jeg tror at helsen min vil forverres .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Jeg har utmerket helse.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

***Takk for at du fylte ut dette spørreskjemaet!***

SF-36v2™ Health Survey © 1994, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.

SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.

(IQOLA SF-36v2 Standard, Norway (Norwegian))