



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

ARBEID OG HELSE

En kvalitativ undersøkelse om brukernes erfaringer
med 1 – ukes arbeidsrettet rehabilitering

Wenche Helene Hoholm

Samfunnsvitenskapelig fakultet
med fordypning i rehabilitering

November 2015



ARBEID OG HELSE

En kvalitativ undersøkelse om brukernes erfaringer

Forord

Denne masteroppgaven gir en introduksjon til et stort, viktig og spennende fagområde. Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med oppgaven har vært en lærerik prosess. Jeg har fått videreutviklet min forståelse innenfor ulike tema, spesielt det å vurdere helse og funksjon i en større sammenheng enn som sykdom isolert sett og noen av de underliggende aspekter for mestring og hardførhet. Fokus er spesielt rettet mot tema arbeid og helse.

Oppgaven gir et innblikk hvilke erfaringer brukere har etter deltakelse på en ukes ARR-opphold. Det interessante er om erfaringene har ført til noen endringer i forhold til arbeid og helse.

Takk til Yngve Voktor som har lest korrektur og takk til informantene som stilte opp til intervju. Videre vil jeg takke min veileder Britt Lillestø for konstruktive tilbakemeldinger, tålmodighet, gode innspill og oppmuntring i prosessen.

Vil også takke Rehabiliteringssenteret for tilgang til informanter.

Takk til Remi som har bidratt på hjemmebane og lagt til rette for at det var mulig å gjennomføre studiet.

November 2015

Wenche Helene Hoholm

Sammendrag

Bakgrunn for arbeidsrettet rehabilitering (ARR) er regjeringens satsningsområde for å hindre utstøtning fra arbeidslivet og at flere mennesker i arbeidsfør alder skal inkluderes og delta i arbeidslivet. Helse og funksjon vurderes i en bredere sammenheng enn som sykdom isolert sett, det vil si ut fra biologiske, psykologiske og sosiale aspekter. ARR er et tilbud i Raskere tilbake ordningen til mennesker som er ute av arbeidslivet for en kortere eller lenger periode. ARR har tre definerte mål, bevisstgjøring av brukernes egne ressurser gjennom betydningen av fokus på holdninger, kunnskap og mestringsevne og å øke funksjonsevne med hovedfokus på tilbakeføring til arbeidslivet. I prosessen vektlegges samhandling på tvers av arbeids- og velferdssektoren ut i fra brukernes egne behov.

Hensikten med studien er å få innblikk i brukernes erfaringer med ARR i et intensivt og kortvarig opphold på en uke.

Studien retter fokus mot menneskelige erfaringer og søker etter å forstå et fenomen ut fra deltakernes egne perspektiver forankret i en fenomenologisk- hermeneutisk vitenskapstradisjon. Studien er en videreføring av den forskning som allerede er gjort på fagfeltet og viser positive resultater i forhold til hvilke faktorer som predikerer tilbakeføring til arbeid. Viktige funn er at en ukes opphold har samme resultat som fire ukers ARR-opphold slik det fremkommer i tidligere forskning. Studien har relevans for fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering på bakgrunn av det teoretiske rammeverket med fokus rettet mot motivasjon, salutogenese, mestring, arbeidsrelatert stress og OAS (Sense of Coherence). Dette kan være faktorer som kan være et supplement i behandlingsideologien innenfor ARR. I tillegg har jeg i studien belyst skreddersydde strategier i samhandling med arbeidsfeltet, både NAV og aktører i det ordinære arbeidsliv.

Nøkkelord: Salutogenese, Mestring, Arbeidsrelatert stress og Opplevelse av sammenheng.

Masteroppgave ved Universitet i Nordland, Samfunnsvitenskapelig fakultet med fordypning i rehabilitering. November 2015. Tittel: Arbeid og Helse. Basert på brukernes erfaringer med 1- ukes intensivt ARR-opphold. Wenche Helene Hoholm

Abstract

The background for Occupational Rehabilitation is the Norwegians government`s focus on preventing ejection from work and helping more people of employable age to be included and participate in work. Health and function are considered in a broader context than sickness alone, and the aspect will consider both biological, psychological and social issues.

Occupational Rehabilitation is part of the “Raskere Tilbakeordningen” (Return to Work Faster Scheme) offered to people who are ejected from work for a shorter or longer period.

The rehabilitation program has three defined goals: To increase the participants` awareness of their own resources by focusing on attitudes, knowledge and coping strategies, and to increase the functional capacity of participants with the main focus on return to work, to their former employer or other potential employers. During the process, the focus is on collaboration across the work- and welfare on the basis of the client`s own needs.

The purpose of this study is to gain an insight into the participants` own experiences of occupational rehabilitation in a short, intensive residential course of one week.

The study points in the direction of human experience, as I am seeking to understand this phenomenon viewed from the participants` own perspectives on the bases of a phenomenological- hermeneutic tradition. The study builds on earlier studies and shows positive results for some factors predicting return to work. One important finding in my study is that one week of rehabilitation produces the same result as four weeks of rehabilitation. The study has relevance for other occupational rehabilitation based on the theoretical framework with the focus on motivation, salutogenesis, coping strategies, vocational stress and Sense of Coherence. These factors could be a supplement in Occupational Rehabilitation programs. In my study I have also given individual attention to tailored strategies in interaction with the job market, NAV and other potential actors for return to work.

Keywords: Salutogenesis, coping strategies, vocational stress and Sense of Coherence.

Innholdsfortegnelse

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| Forord | 2 |
| Sammendrag | 3 |
| Abstract | 4 |
| Innholdsfortegnelse | 5 |
| | |
| 1.0 Innledning | 7 |
| 1.1 Hensikt og problemstilling | 8 |
| 1.2 Oppbygging av oppgaven | 8 |
| | |
| 2.0 Presentasjon av rehabiliteringsinstitusjonen..... | 9 |
| 3.0 Tidligere forskning | 10 |
| 4.0 Bakgrunn | 12 |
| 4.1 Rehabilitering | 12 |
| 4.2 Arbeidsrettet rehabilitering | 13 |
| 4.3 Brukermedvirkning | 15 |
| 4.4 Målsetting | 15 |
| 4.5 Arbeidsrelatert stress | 16 |
| 5.0 Teori og begrepsavklaring | 18 |
| 5.1 Motivasjon | 18 |
| 5.2 Mestring og myndiggjøring | 18 |
| 5.2.1 Salutogenese | 19 |
| 5.2.2 Opplevelse av sammenheng | 20 |
| 6.0 Metode | 25 |
| 6.1 Vitenskapelig forankring | 25 |
| 6.2 Valg av metode | 25 |
| 6.2.1 Utvalg | 26 |
| 6.2.2 Gjennomføring av intervjuer | 27 |
| 6.2.3 Transkripsjon og analyse | 28 |
| 6.2.4 Å forske i kjent felt | 29 |
| 6.2.5 Pålitelighet og gyldighet | 30 |
| 6.2.6 Etske betraktninger | 31 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 6.3 Funn og diskusjon | 31 |
| 6.3.1 Forventninger | 31 |
| 6.3.2 Indre og ytre motivasjon | 35 |
| 6.3.3 Arbeidets betydning | 37 |
| 6.4 Mestring | 44 |
| 7.0 Oppsummering og konklusjon | 55 |
| | |
| Litteraturliste | 57 |

Vedlegg 1: Godkjenning fra Personvernombudet for forskning (NSD)

Vedlegg 2: Intervjueguide

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 4: Utskrift fra matrise

1.0 Innledning

Det er politiske føringer som ligger til grunn for at Arbeidsrettet rehabilitering¹ (ARR) ble innført for å redusere sykefravær og hindre at mennesker i arbeidsfør alder ramler ut av arbeidslivet. Dette ut ifra en oppfatning om at det være i inntektsgivende arbeid er helsefremmende for den enkelte og kostnadsbesparende for samfunnet.

Jeg har jobbet i mange år som attføringskonsulent med arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I dag jobber jeg som rådgiver i arbeids og velferdsetaten, det vi si at jeg håndterer et rigid lovverk og møter mennesker som er i sårbare livssituasjoner i forhold til arbeid og helse.

Det jeg ønsker å finne svar på i oppgaven er om kortvarig og intensivt arbeidsrettet rehabiliterings opphold på en uke har medført forandringer hos deltakerne i forhold til arbeid og helse.

Tema for oppgaven er forventninger, motivasjon, arbeidets betydning og mestring.

Jeg har funnet indikasjoner på at et en-ukers ARR-opphold har tilnærmet lik virkning for brukerne sett ut fra en forståelse om at det gir samme resultat i forhold til arbeid og helse om det er en eller fire ukers rehabiliteringsopphold.

Litteraturen er valgt ut i fra problemstillingene og svarene som er gitt fra informantene. Jeg har lagt hovedvekt på teori fra "Helbredets mysterium", Aaron Antonovsky, en israelsk sosiolog som har arbeidet med helsespørsmål i en helhetlig sammenheng. I oppgaven har jeg blant annet anvendt teori utarbeidet av professor i psykologi Ekeland og professor i samfunnsvitenskap Heggen. Teorien er beskrevet i deres bok "Meistring og myndiggjøring", som omhandler å finne ressursene og overføre styrken til brukeren.

Arbeidet mitt er basert på en kvalitativ undersøkelse og data er samlet inn gjennom intervju av brukere som har gjennomført en ukes arbeidsrettet rehabilitering. Gjennom analyse har jeg diskutert funn opp i mot nevnte teorier.

¹ Arbeidsrettet rehabilitering i "Raskere tilbake" ordningen i regi av helseforetakene, er et tilbud for brukere i arbeidsfør alder som gjennom ordningen kan unngå å bli sykemeldt. Målet er at sykemeldte personer og personer som er inne på ordninger/oppfølging etter opphør av sykepengeperioden kan bringes raskere tilbake i jobb

Tidligere forskning har vist at arbeidsrettet rehabiliteringsopphold har gitt positive effekter på områder som økt selvbevissthet, tiltro til egne evner og mestringsfølelser.

Forskning viser også indikasjoner på økt tilbakegang til arbeid etter å ha gjennomført rehabiliterings programmet.

Er det slik at mennesker som har gjennomført ARR kommer tilbake

1.1 Hensikt og problemstilling

Fokuset i oppgaven har vært spesielt rettet mot brukernes erfaringer som har gjennomgått kortvarig tidsavgrenset rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Begrepene *bruker*, *pasient* og *deltaker* blir sett på som likestilte begreper. I hovedsak benyttes begrepet *bruker* gjennomgående i oppgaven. Formålet er å videreutvikle kunnskap som kan videreføres gjennom andre tilbydere av tjenesten.

Følgende problemstilling ønskes undersøkt i denne masteroppgaven:

”Har rehabiliteringsoppholdet medført noen endring for deg, i forhold til helse og arbeid?”

1.2 Oppbygging av oppgaven

Den videre oppbyggingen av oppgaven vil være slik:

I kapittel 1 presenteres oppgaven og hva den omhandler, samt oppbygging av oppgaven.

I kapittel 2 presenterer jeg rehabiliteringsinstitusjonen og litt om arbeidsmetoder som ligger bak rehabiliteringen.

I kapittel 3 beskrives tidligere forskning på feltet og litt om de funn som er gjort på fagområdet rehabilitering av mennesker som har falt utenfor eller står i fare for å falle utenfor arbeidslivet.

I kapittel 4 beskrives bakgrunn og de politiske føringer som ligger til grunn for rehabiliteringen og arbeidsrettet rehabilitering spesielt. Her vil jeg komme inn på brukermedvirkning og målsetning.

I kapittel 5 vil diskutere den vitenskapelige forankringen, valg av forskningsmetode og studiens framgangsmåte. Deretter følger metodekritikk og betraktninger omkring masteroppgavens pålitelighet og gyldighet, samt etiske overveielser.

I kapittel 6 beskrives funn og diskusjoner, samt studiens relevans til fagfeltet.

Avslutningsvis vil jeg peke på de områder som jeg anser som relevant for en videre forskning.

2.0 Presentasjon av rehabiliteringsinstitusjonen.

Rehabiliteringsinstitusjonen det er snakk om i denne oppgaven er en del av spesialisthelsetjenesten i Norge med lang erfaring innenfor rehabiliteringsfeltet. Det er høy faglig kompetanse og tverrfaglighet er godt innarbeidet. Institusjonen er tilbyder av mange forskjellige rehabiliteringsopphold til mennesker med ulike utfordringer og behov.

Arbeidsrettet rehabilitering har vært et tilbud i tjenesten siden det ble innført i 2007. ARR som 1 – ukes rehabiliteringsopphold tilbys mennesker i arbeidsfør alder.

I ARR er hovedmålet å øke deltakers arbeidsevne, for å bli i stand til å vende tilbake til, eller starte opp i en ny arbeidsaktivitet med full eller delvis arbeidsdeltakelse, gjennom å øke brukers bevissthet om egen ressurser og bistå samarbeid mellom arbeidsplass, fastlege, NAV og andre potensielle samarbeidspartnere i prosessen tilbake til arbeid.

Det er gruppevise inntak med individuell tilpasning. Det å være inne til ARR vil si å følge en timeplan fra 8:00 til 16:00 hver dag, bestående av tilpasset treningsprogram, pedagogiske økter samt individuell og gruppevis veiledning og tilnærming i mot arbeidsmarkedet. I helgene gis det tilbud om sosiale arrangement for de som ønsker.

Rehabiliteringsprogrammet ledes av et tverrfaglig team som består av legespesialist i fysikalsk medisin, sykepleier, sosionom, fysioterapeut og attføringskonsulent. Ved kartlegging av eventuell andre behov kan psykolog, ernæringsfysiolog og logoped benyttes av den enkelte deltaker.

Arbeidsmetodene er tilpasset brukerens forutsetninger, hvor også brukermedvirkning er vektlagt.

Arbeidsevne omfatter de fysiske, psykiske, sosiale, miljømessige og organisatoriske krav til en persons arbeid og hans eller hennes evne til å møte disse kravene (Braathen 2011).

Det lages en individuell tverrfaglig rapport etter oppholdet, som inneholder videre handlingsplan som er utarbeidet i samråd med bruker. Denne sendes til fastlegen og eventuell henvisende instans for videre oppfølging.

3.0 Tidligere forskning

Det finnes en rekke forskningslitteratur fra Rehabiliteringssenter i Rauland (AIR) som er et kompetansesenter innen arbeidsrettet rehabilitering. Blant annet pågår en doktorgrads-avhandling med tema; *Hva virker i arbeidsrettet rehabilitering?* Resultatene av denne er ikke publisert.

Et annet studie ved AIR «*Kjennetegn for de som er tilbake 3 år etter*». Viser funn om at de som var tilbake i arbeid, rapporterte bedre funksjonsevne og mestring enn de som var på helserelatert ytelse. Disse assosiasjonene var viktigere enn helseplager og gjaldt også for de som var delvis tilbake i arbeid.

Det andre prosjekt er «*Kognitive tiltak innen arbeidsrettet rehabilitering: Undersøkelse av kvalitet og effekt*». Formålet med prosjektet er å undersøke i hvilken grad et ARR-opphold gir endring i kognitiv fungering og psykisk helse (angst, depresjon, helseplager), og i hvilken grad endring i kognitiv fungering kan predikere tilbakeføring til arbeid. Foreløpig funn i prosjektet viser til at fysisk aktivitet bedrer kognitiv fungering.

I tillegg har AIR en studie som er opptatt av å undersøke selvopplevd arbeidsevne blant personer som deltar på ARR. Resultatet av denne forskningen viser at deltakerne opplevde at de i stor grad hadde fått økt arbeidsevne på bakgrunn av økt selvforståelse og mestringsstrategier i løpet av rehabiliteringsoppholdet.

Jeg har søkt i basene google.no, google.scholar.no og brage-bibsys.no. I tillegg har jeg funnet et pågående prosjekt ved St. Olavs hospital i samarbeid med Hysnes Helsefort, en kvantitativ forskning i regi av NTNU med tanke på «*Effekt av arbeidsrettet rehabilitering*». Foreløpig er det ikke publisert noen funn.

Ved Helse Sør-Øst er det gjennomført en kartlegging og analyse av prosjektet Raskere Tilbake, ARR 4-ukers opphold i private institusjoner. Evalueringer viser en bedring i målte variabler fra før og etter ARR. Det er brukt ulike helsemål som fysisk og psykisk helse, og generell helse. Resultatene tyder også på en behandlingskvalitet som kan vise til symptomlette og positive endringer i ulike mål på opplevd helse. Samt at Raskere tilbake

ordningen ikke viser dokumentert nedgang på sykemeldingsstatistikken, men at den viser solide resultater på tilbakegang til arbeid.

På bakgrunn av litteraturen som finnes på fagfeltet ønsker jeg med denne oppgaven å finne ut om det er mulig å få gode resultater etter en ukes ARR-opphold, om det har medført til noen endringer i helse og arbeidsaktivitet.

4.0 Bakgrunn

I dette kapittelet presenteres bakteppet og de politiske føringer som har vært styrende for rehabilitering. Jeg vil også si noe om overordnet kunnskap om rehabilitering, arbeidsrettet rehabilitering spesielt, samt ulike aspekter ved brukermedvirkning og mål for oppholdet. I sammenheng til arbeidslivsdeltakelse vil jeg belyse deltakernes opplevelse av sammenheng, motivasjon, mestring, salutogenese og arbeidsrelatert stress.

Elementene i kapittelet er valgt ut på bakgrunn av problemstillingen, og har videre blitt justert ut fra de empiriske resultatene som framkom i studien.

4.1 Rehabilitering

Personer med helseplager tilbys rehabilitering både i førstelinjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er tilbudet fordelt mellom rehabiliteringsavdelinger ved offentlige sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner.

Arbeidsrettet rehabilitering er ikke entydig definert i Norge eller internasjonalt. Innen spesialisthelsetjenesten defineres ARR som:

Tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet (Fagrådet for AIR:2011).

Denne definisjonen er dannet med bakgrunn i definisjonen av rehabilitering gjort i St. Meld.nr 21 «Ansvar og meistring». Internasjonalt finnes flere definisjoner av dette fagfeltet og i et vidt perspektiv kan ARR beskrives som alle mulige tiltak som hjelper personer med et helseproblem å forbli i, komme tilbake til eller beholde arbeid. En kombinasjon av helserelevante og arbeidsrelaterte intervensjoner vil som oftest være påkrevd.

Definisjonen har hovedvekten på at rehabilitering er en prosess med brukeren i sentrum. Rehabiliteringen skal være planlagt og målrettet. Den enkeltes individuelle behov og mål skal være utgangspunktet for tjenesteyterens bidrag. Brukermedvirkning skal være optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger i alle deler av prosessen. Tjenesteyterens rolle er å bistå

brukeren i å optimalisere eller vinne tilbake sin evne til selvstendighet og deltakelse. Tjenester fra ulike fag og sektorer må ses i sammenheng og bidra til å realisere brukers mål.

Rehabilitering er et område hvor samhandling mellom tjenesteytere og bruker er helt avgjørende for å lykkes.

Begrepet «tidsavgrensede prosesser» betyr ikke at man innen en angitt tid skal kunne forutsi komplett gjenvinning av tapte funksjoner og deltakelse i arbeidslivet. Rehabilitering er ikke det samme som «å gjøre frisk» (St.meld.nr 21, 1998-99). Aktørene i rehabiliteringsforløpet skal bistå den enkelte i «å nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle og sosiale funksjonsnivå». Videre skal rehabiliteringsprosessen «*motverke sjukdomsfokusering og passive pasientroller, og fremje personleg ansvar og eigenmeistring*». Fagpersonene i rehabiliteringsteamet skal gi relevant og nødvendig bistand, slik at brukeren gjennom aktiv deltakelse kan nå de målene som er satt. For at denne bistanden ikke skal oppleves som oppdelt og tilfeldig, er det viktig med god koordinering og tverrfaglig samarbeid mellom bruker og de ulike faggruppene rundt bruker (Normann, Sandvin, Thommesen 2013).

4.2 Arbeidsrettet rehabilitering

ARR skal hjelpe mennesker til å styrke sin arbeidsevne slik at de kan komme tilbake til eller fortsette i arbeid. Hernes, Heum og Haavorsen beskriver arbeidslinja som et bakteppe for politikkkutviklingen på arbeids- og velferdsområdet. Gjennom de siste 20 årene har arbeidslinja vært en politisk ledestjerne. Den har overlevd flere regjeringsskifter, økonomiske nedgangstider og konjunkturedringer. Det skulle tilsi at den har elementer i seg som er verdifull for individet og samfunnet for øvrig (Hernes et. al 2010).

ARR har vært et stort satsingsområde fra politisk hold. Allerede fra 2007 trådte ordningen i kraft. Slik det fremkommer i St.mld.nr 9 (2006- 2007) ble Arbeidsrettet rehabilitering som virkemiddel innført som et ledd i å redusere sykefraværet og å kunne beholde folk lengre i arbeid. Å hindre utestenging og utstøting fra arbeidslivet handler i stor grad om å legge til rette for et godt og anstendig arbeidsliv som gir plass til alle. Et godt arbeidsliv skal sikre at folk ikke blir syke av jobben og faller ut av arbeidslivet. Gode arbeidsvilkår og et godt arbeidsmiljø er viktige verktøy for å oppnå målet om at flest mulig skal delta i arbeidslivet. Dette ansvaret deler regjeringen med hovedorganisasjonene i arbeidslivet, det vil si arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene St.meld.nr 46 (2012-2013). Oppmerksomheten

mot fravær fra jobb har i større grad blitt rettet mot arbeidslivets krav og funksjonsmåte. Større ansvar legges på arbeidsgiver blant annet gjennom IA avtalen, som omhandler et inkluderende arbeidsliv. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Ny-og-forenklet-IA-avtale-for-oppfolging-av-sykmeldte/id752430/>

En befolkning med god helse gjør det lettere å nå målet om økt arbeidsdeltakelse. For å møte ulike livsstilssykdommer vil ARR i spesialisthelsetjenesten være en tilnærming som i sterk grad kan motivere og inspirere deltakerne til å bli bevisst å ta vare på sin egen helse.

Stortingsmeldingen: «Flere i arbeid» referer til at det gir mange helsefordeler med å være i arbeid, særlig for personer som dominerer i trygdestatistikken, det vil si muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser (St.meld nr 46, 2012-2013:48).

Det som skiller ARR fra generell rehabilitering er et sterkt arbeidsfokus og at det bistås til samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker under rehabiliteringsoppholdet. Der bruker ikke har noe arbeidsgiver, kontaktes potensielle arbeidsgivere i samråd med bruker. I ARR er intensjonen at brukerne skal lære å mestre arbeidssituasjonen i en tilbakeførings-/arbeidssøkerfase. Hensikten med rehabiliteringen er at bruker skal kunne beholde det arbeidsforhold som han eller hun har, eller bli i stand til å skaffe arbeid.

Ved å velge et systemperspektiv på prosessen mot arbeidsdeltakelse, rettes oppmerksomheten i tillegg til individet selv, også mot de ressurser og begrensninger som ligger i individets nære omgivelser som familie og arbeidsplass, samt helse- og velferdssystem, lovgivning og arbeidsmarked med mer. En vellykket tilbakeføring til arbeid vil ofte skje i et samspill med arbeidsplassen, helsetjenesten og NAV's tiltaksapparat.

I prosessen tilbake til arbeid sett fra et brukerperspektiv vektlegges økt selvforståelse, som innebærer økt bevissthet om egen identitet, verdier og ressurser og støtte fra personer i nære omgivelser, andre brukere i samme situasjon, arbeidsgiver og NAV. I møtene med fagpersonene blir det å bli sett, hørt og tatt på alvor viktig for den enkelte.

ARR i spesialisthelsetjenesten er et tilbud i «Raskere tilbake» – ordningen.

4.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan defineres som:

«... omfatte former for medvirkning som gir brukerne størst mulig innflytelse på og kontroll over rehabiliteringsprosessen» (Normann, Sandvin og Thommesen 2008:107).

Brukermedvirkning er en formell rettighet som skal ivareta brukerne, og er nedfelt i ulike lovverk som både førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten må forholde seg til. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, kapittel 3, § 3.1) slår fast at pasienter som mottar helsehjelp har rett til å medvirke. Også Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, kapittel 2, § 4), påpeker at brukere har rett til medvirkning ved gjennomføring av rehabiliteringstilbud. Her er det videre spesifisert at med gjennomføring menes både planlegging, utforming, utøving og evaluering av rehabiliteringen.

Brukermedvirkning begrunnes både med henvisning til demokratiske prinsipper og som redskap for å bedre kvalitet og effektivitet (Lauvås & Lauvås 2004). Formålet med brukermedvirkning er å utvide kunnskapsgrunnlaget for beslutninger og handlinger, i tillegg til å sikre brukerens innflytelse. Gjennom medvirkning anerkjennes brukers meninger, erfaringer og kunnskap som verdifulle og som en ressurs i møtet med helsevesenet (Lauvås & Lauvås 2004). Det bærende prinsippet skal være at brukeren selv skal bestemme over egen deltakelse.

4.4 Målsetting

I definisjonen av rehabilitering er det et uttalt krav at klare mål skal spesifiseres for den enkelte bruker. I tillegg bør det legges spesiell vekt på å avsette tid til å få fram brukers egne mål. (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, merknad til § 5). Lovverket legger dermed sterke føringer på at målsetting skal inngå som en del av rehabiliteringsprosessen. Målsetting i rehabilitering, kan forstås som en prosess der pasient og fagperson(er) går i dialog for å fastsette eller forhandle fram mål for den enkelte brukers rehabilitering. Målsetting blir ansett som viktig innenfor flere felt enn rehabilitering, og er også utbredt i arbeidslivet. Målsetting i rehabilitering blir sett på som et verktøy for å oppnå brukers

oppmerksomhet mot forskjellen mellom nåværende situasjon og en ønsket eller ideell situasjon. Bruker får eierskap til sin egen rehabiliteringsprosess ved å være med å identifisere barrierer og helsemessige utfordringer som utgjør jobbhinder, prioritering av mål og i evaluering av måloppnåelse. Hensikten med å sette mål er å styre handlingen og fokus mot en bestemt retning, samt å skape motivasjon for rehabilitering (Ekeland og Heggen 2008). I arbeidsrettet rehabilitering er det satt krav til at hovedmålet skal være arbeidsdeltakelse.

4.5 Arbeidsrelatert stress.

Arbeidstilsynet omtaler arbeidsrelatert stress slik: ”*Arbeidsrelatert stress forårsakes ikke av enkeltpersoner, men skyldes snarere problemer på organisasjonsnivå som for eksempel dårlig utformede arbeidsoppgaver og dårlig organisering, tilrettelegging og ledelse. Det er en av de viktigste konsekvensene av et dårlig arbeidsmiljø. Arbeidstakere opplever stress når det stilles større krav i jobben enn det de er i stand til å takle. De som opplever stress i lange perioder på arbeidsplassen kan utvikle alvorlige fysiske og psykiske helseproblemer*”

<http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78247>

Arbeidsrelatert stress sett i lys av den salutogenetiske modellen, kan beskrives på følgende måte; en jobb i en kulturelt anerkjent bransje veier tyngre enn spesifikke arbeidsvilkår, i hvert fall i et kortere tidsperspektiv. Når arbeidsplassen er framragende, benytter vi arbeidsplassens mening og renommé til å gi oss styrke til å bære over med de mindre positive detaljene. Hvis arbeidsplassen vi jobber i er lite anerkjent er vi tilbøyelig til å glemme den store sammenhengen og detaljene i arbeidsvilkårene blir viktigere enn alt annet (Antonovsky 2000:126).

Arbeidsbetinget stress relateres til muligheten man har til å påvirke beslutninger av egen arbeidssituasjon, som rekkefølge og arbeidstakt. Jo mindre muligheter for påvirkning, desto mer stressopplevelser. Å ha muligheten til å utøve innflytelse på det man gjør fører til at man investerer mer energi i arbeidsoppgavene, samtidig som man opplever at stress kan være fraværende. Arbeidsbetinget stress vil også kunne oppstå dersom man har opplevelsen av å ikke inneha nok kompetanse til å løse de oppgavene man er satt til å utføre (Antonovsky 2000). Slik det også fremkommer i forståelsen fra Arbeidstilsynet.

Aaron Antonovsky hevder at det er viktig at man selv har valgt arbeidet sitt og ikke bare er blitt plassert, eller omplassert, slik det ofte er i dagens arbeidsliv med hyppige omorganiseringer.

Noen mennesker er tilbøyelig til å hevde at selvrealisering er en avgjørende faktor for trivsel, mens Antonovsky mener at det handler om sosiale forhold på to nivå, både den posisjon arbeidsplassen har i samfunnet, og den makt og prestisje som samfunnet gir til virksomheten.

Et annet aspekt er at personen selv har en opplevelse av at egne verdier står i forhold til den jobben som han eller hun utfører. Verdisyn kan forstås slik at jobben inneholder faktorer som er viktig for den enkelte arbeidstaker. Det å stå i en jobb hvor en ikke kan få oppfylt sine egne verdier kan føre til økte sykemeldinger og langvarig fravær fra jobb.

Et annet perspektiv på hvordan stress kan oppstå, har utspring i personens tidligere erfaringer fra barndom og oppvekst. Disse har mye å si for en persons utvikling av grunnholdning og ressurser, som igjen gir den enkelte større forutsetninger til å mestre stressfaktorer og kriser. I dagens arbeidsliv med raske svingninger er omstillingskompetanse høyt verdsette egenskaper. For noen vil endringer i arbeidsoppgaver oppleves som stressende og belastende, mens for andre vil det være en glede å få lære noe nytt, kanskje også under andre omgivelser. Ved overgangen til voksen alder vil erfaringer fra barne- og ungdomstiden bli påvirket i den ene eller andre retningen. Et voksent menneske tilbringer nesten 40 år, det vil si mer enn halvparten av sine våkne timer i et arbeidsmiljø. For de fleste unge mennesker er arbeidsplassen en arena for sosialisering og hvor relasjoner til andre mennesker utvikles. Det er betydningsfullt for egen opplevelse at arbeidet er meningsfullt og at man har innflytelse på det som skjer rundt en. Gode relasjoner og sosial støtte i kollegiet vil blant annet styrke egen håndterbarhet, som det å være i stand til å takle en utfordring. Opplevelsen av håndterbarhet styrkes av gjentatte arbeidserfaringer (Antonovsky 2000).

5.0 Teori og begrepsavklaring

I dette kapitlet har jeg begrepsavklaringer i teksten samt at jeg presenterer den teoretiske referanserammen for studien, som omfatter motivasjon, mestring og myndiggjøring, salutogonese og opplevelse av sammenheng.

5.1 Motivasjon

Begrepet motivasjon kommer fra latin og betyr;

«Det å bevege». «Et motiv er noe som får mennesket til å handle». (Håkonsen 2003:157).

Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som settes i gang og gir retning til handlinger. Motivasjon kan videre deles inn i ytre motivasjon og indre motivasjon. Ytre motiverte handlinger er når en person gjør noe som er forventet av vedkommende eller når handlingene utføres for å motta en eller annen form for belønning. Indre motiverte handlinger er handlinger som gjøres for sin egen del og der personen ikke har til hensikt å oppnå noe annet enn at selve handlingen utføres. En kan dermed si at indre motiverte handlinger er handlinger som belønner personen selv. Selvbestemmelse og stor grad av eierskap til målet har nær sammenheng til motivasjon (Håkonsen 2003). Tilbakemelding (feedback) blir ansett som sentralt for å opprettholde motivasjonen mot et mål (Reeve 2009). Uten tilbakemelding vil anstrengelsene en gjør føles mindre viktige. I følge Reeve vil tilbakemelding innvirke på de emosjonelle tilstandene til den enkelte som igjen vil ha betydning for motivasjonen. Positiv tilbakemelding om måloppnåelse vil bidra til at en kanskje ønsker å sette seg nye og høyere mål (Reeve 2009).

5.2 Mestring og myndiggjøring

Teorier om mestring retter oppmerksomheten mot helse og salutogenese. Det vi si prosessen som skaper sunnhet, beskyttelsesfaktorer og motstandsdyktighet (resilience). Fokuset rettes mot to viktige rammefaktorer for å utvikle motstandskraft. De to rammebetingelsene omtales som emosjonelle påkjenninger, som er stabile emosjonelle relasjoner til viktige andre og egne erfaringer om å kunne noe. Sagt med andre ord, mestring bygger på et samvirke av

emosjonell nærhet og kompetanse, faktorer som begge er med på å bygge opp selvfølelsen. Økt mestring av eget liv kalles også empowerment (myndiggjøring). Slik knyttes både forebygging og brukermedvirkning sammen med emosjonell tilknytning for mestring av ulike utfordringer som livet gir (Engelstad Snoek og Engedal 2005).

Stress, konflikter, kriser og andre former for psykologiske påkjenninger er ofte knyttet sammen med følelser av ubehag og mistriivsel. Slike negative følelsesopplevelser skaper alltid en motivasjon for en endring av situasjonen (Håkonsen 2003). Det skilles mellom to hovedformer for slike opplevelser; «*Problemfokuset mestring og følelsesmessig fokusert mestring*» (Håkonsen 2003:305). Begge disse formene for mestring er nødvendig for å takle alle de påkjenninger og stressopplevelser som livet gir. Ved problemfokuset mestring innebærer det at man identifiserer et problem eller en vanskelighet, for så å finne måter å forandre, løse eller eliminere problemet eller vanskeligheten. Følelsesmessig fokusert mestring anvendes ubevisst i situasjoner der vi ikke kan forandre situasjonen eller vår oppfatning av den. Følelsesmessig fokusert mestring vil ikke endre en ubehagelig eller en vanskelig situasjon, men vil kunne bidra til at personen aksepterer eller lærer seg å leve med situasjonen eller hjelper personen gjennom den (Håkonsen 2003). Antonovsky ser mestring også i forhold til den salutogenetiske modell med fokus på menneskets evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære og det som bidrar til at vi opprettholder god helse selv om vi utsettes for sykdomsfremkallende faktorer (Antonovsky 2000).

5.2.1 Salutogenese

Ordet kommer av saluto: helse og genese: opprinnelse eller tilblivelse. (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid)

(<http://www.napha.no/content/13887/Salutogenese>)

Salutogenese, en teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære. Salutogenese ble utviklet som en motsatsteori til patologien, som vektlegger årsaker til sykdom https://snl.no/nedsatt_funksjonsevne).

Med andre ord vil en salutogenisk orientering fokusere mot det friske og sunne i mennesket. Nære emosjonelle bånd og kvaliteten på sosial støtte blir ansett som særdeles viktige motstandsressurser for effektiv mestring av spenning i krevende situasjoner.

Antonovsky oppfatning av mestringsbegrepet innenfor medisin og helse, er rettet mot salutogenesen som forstår stress som potensielt helsefremmende, mens en i patogenesen ser på stress som sykdomsskapende. Det rettes kritikk til de perspektivene som har nedfelt seg kulturelt om en patogenetisk orientering og at diskusjonene om mestring av stress er overlatt til psykologene.

«Når man undersøker en organismes effektive tilpassing, kan man bevæge seg ud over en postkartesiansk dualisme og inddrage fantasi, kærlighet, leg, mening, vilje og de sociale strukturer, der fremmer dem. Eller som jeg foretrækker at udtrykke det, teorier om mestring» (Antonovsky 2000:139).

Antonovsky mener at ved å rette fokus mot faktorer som gir livet mening, vil gi større helsegevinst enn en dominerende orientering mot sykdomsfaktorer. Jeg vil i dette arbeidet forholde meg til Antonovsky mestrings teori, som med bakgrunn i forskning begrunner at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet (Antonovsky 2000).

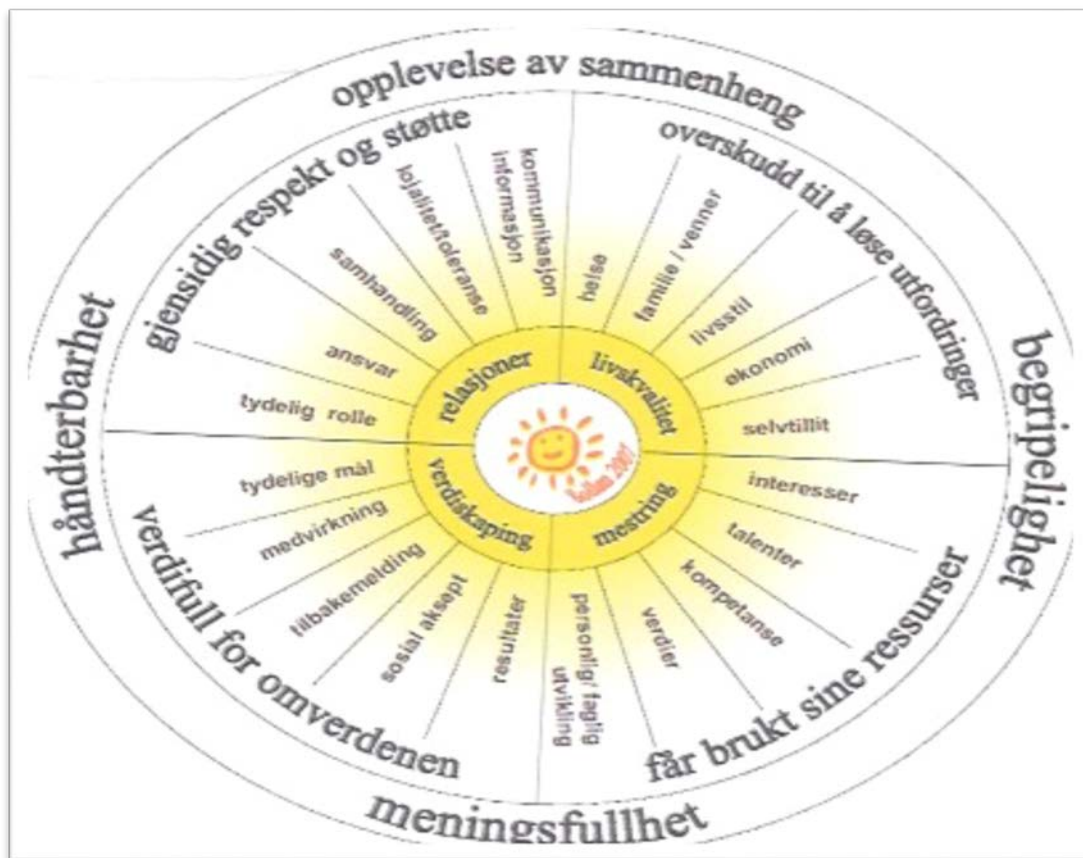
5.2.2 Opplevelse av sammenheng

Begrepet opplevelse av sammenheng er også kjent som Sense of Coherence, som kommer fra teorien om salutogenese der man i hovedsak stiller spørsmålet "hva skaper helse" fremfor å finne årsaker til sykdom, på det fysiske, psykiske og sosiale plan. Antonovsky viser til at motstandskraft og mestring beror på den enkeltes opplevelse av sammenheng. Begrepet deles i tre komponenter.

Mening/Meningsfullhet; at livets utfordringer er verdt å investere sitt engasjement i. Denne karakteriseres som motivasjonskomponenten.

Forståelig/Begripelighet; en grunnleggende opplevelse av at stimuli, i og utenfor individet, er forutsigbare, begripelige og strukturerte. Dette er det kognitive elementet.

Håndterbarhet; at de ressursene som kreves for at en skal møte alle krav som disse stimuli stiller en ovenfor er tilgjengelige. Dette er atferdskomponenten. (Antonovsky 2000).



Figur 1.

Hjulet bygger på Antonovskys teorier. Et refleksjonsverktøy for å kartlegge nåsituasjonen og bevisstgjøre rundt friskfaktorer og tiltak som kan iverksettes under rehabiliteringen for at brukeren skal komme nærmere sitt arbeidsmål.

For å utdype begrepet opplevelse av sammenheng, (OAS), er det både interessant og nødvendig å se på noen av relasjonene mellom begrepene, håndterbarhet, meningsfullhet og begripelig. På den måten vil OAS kunne påvirke og danne grunnlag for ulike personligheter. Mange personer har stor grad av forståelighet av situasjoner som dukker opp i livet, og vil samtidig være i stand til å håndtere det og til slutt se at det var en mening med det. Motpolen er de som har lav forståelse, lav håndtering og lav evne til å se meningen med aktuelle situasjoner. Mennesker med disse egenskapene har allikevel et fellestrekk, de anses for å være stabile i forhold til at de kan oppleve verden med en stor eller liten grad av sammenheng.

En annen vinkling i forhold til forbindelsene i begrepet OAS kan være en sterk opplevelse av begripelighet. Dette trenger ikke å bety at personen vil klare seg godt. Det kan være at han eller hun føler seg handlingslammet og ikke har ressurser til å håndtere situasjonen. Det vil kunne føre til et sterkt press til forandring. Hva forandringen blir, avgjøres av evnen til å se meningen med hele situasjonen. Er man virkelig engasjert og forstår de utfordringer man står overfor, vil det bidra til økt motivasjon til å finne ressurser, og man er uvillig til å gi opp før de er funnet.

En tredje eventualitet er personer som har lav begripelighet og håndterbarhet, men høy grad av meningsfullhet. Disse menneskene vil ofte vise stort mot og være dypt engasjert i søken etter forståelse og ressurser. Det er kanskje denne type mennesker med høy grad av meningsfullhet som har iboende kraft til å stå på og nyttiggjøre seg ressursene som finnes i nettverket. Uten at en slik rangering av ulike personligheter skal klassifiseres ut i fra begrepet OAS.

Hos Antonovsky fremkommer det at komponenter som begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er nødvendige, men alle er ikke like viktig. Det å se meningen er helt sentralt og en bærende kraft. Uten denne egenskapen vil man kun forbigående ligge høyt på begripelighet og håndterbarhet. Begripelighet ser ut til å være nest viktigste egenskapen. Det at man forstår situasjonen er avhengig av hvordan man håndterer den. Mestring avhenger av å kunne se opplevelse av sammenheng, (OAS) som en helhet.

Faktorer som påvirker en svak OAS kan være eksempler fra frisinne samfunn og grupper. Der det ikke finnes klare grenser, hvor normer og regler er uklare. Når valgene er ubegrenset, blir byrdene store for mange og kan medføre større sjanser for å falle utenom.

En sterk OAS kan utvikles i familier eller samfunn som gir positiv oppmerksomhet eller feedback. Det man gir oppmerksomhet blir det mer av og på den måten kan omgivelser påvirke til ønsket atferd. Tett familiestruktur, tette bånd og kulturelt isolerte grupper skaper grobunn for en sterk OAS.

Et annet aspekt ved utviklingen av OAS finner vi innenfor fundamentalistiske grupperinger. Det kan være at en sterk leder står frem og tilbyr løsninger på alle problemer, et klart tydelig budskap og et legitimt medium for å få utløp for aggresjon, løftet om å bli frelst og opptatt i de utvalgte rekker, bare for å nevne noen. Vi har sett dette fenomenet innenfor grupperinger som nynazister, og i enkelte vestlige studentmiljøer. Det er ikke dermed sagt at slike miljøer vil kunne påvirke til en skrøpelig OAS, tvert imot vil det kunne være substitutt for en svak

OAS i barndommen. Disse faktorene kommer tydelig frem i fundamentalistiske miljøer som forbindes med makt, det være seg eksempelvis være profesjonelle terrorister. Dette kan også være en måte å finne/hevde seg selv på (Antonovsky 2000).

Terapeutisk forandring av OAS vil kun opptre i en midlertidig periode i et menneskes liv. Hos voksne mennesker er sosiale og kulturelle rammer godt forankret gjennom årtier. Det vil ifølge Antonovsky være utopi å tro at ett eller flere møter med terapeutiske samtaler vil kunne endre på personers livsinnstillinger som er rotfestet og inkorporert som en del av personligheten.

Det var en ubehagelig overraskelse for dem, der følte sig tiltrukket af modellen og søgte efter en systematisk måde at forstå ikke alene risikofaktorene, men også styrkerne, på at finde ut af, at den der har en stærk OAS, egentlig ikke behøver hjælpere, mens den, der har en svag OAS, i virkeligheden slet ikke kan hjælpes af en person, der kun er en midlertidig faktor i hans liv (Antonovsky 2000:139).

På den annen side er mennesker påvirkelig og lar seg berøre av livshendelser. Dette vil kunne føre til at OAS er i bevegelse, opp eller ned på skalaen. Man har en menneskelig evne til å hente seg inn igjen, til sin egen middelverdi, uavhengig om man har sterk eller svak OAS. En annen vinkling for å opprettholde en sterk OAS er påvirkninger fra omgivelsene og det fysiske miljøet. Et eksempel på dette kan være i en rehabiliteringsavdeling, hvor fagpersoner defineres som rehabiliteringskonsulenter og ikke fagprofesjonene som kan være både sykepleiere og psykologer. Bruk av sivile klær og ikke uniformer retter oppmerksomheten mot salutogenese. Indirekte vil dette over tid kunne påvirke personalet til å utvikle sterk OAS. For brukerne vil det kunne ha en mer kortvarig påvirkning, som gjelder der og da.

Det kan være betimelig å stille seg spørsmålet, hvordan og hvorfor er det noen som er mer motstandsdyktig enn andre for sykdom og mestring av utfordrende livshendelser? Et stort spørsmål som må sees i sammenheng med stressfaktorer. Stressede livssituasjoner skaper motstandsunderskudd som er skadelig for OAS, mens stressede livshendelser relaterer seg til det man forbinder med stressfaktorer. Stress er motsatsen til ressurser og har negative konsekvenser, både fysisk og psykisk. Stresspåvirkede livshendelser påvirker og skaper også fysiske og psykiske spenninger. En person med sterk OAS vil ofte underminere opplevelser av smerte i ulike deler av kroppen. Han eller hun vil se på dette som forbigående og som ikke ha noen betydning. I noen sammenhenger kan OAS sterke personer føre seg selv bak lyset.

Det er viktig å lytte til kroppens signaler å ta det på alvor. Personer med sterke OAS vil også ha en positiv innstilling til stressfaktorer som dukker opp, og ha tro på at alt vil ordne seg til det beste og ikke minst ha ressursene til å kunne møte stressfaktoren å løse den på en tilfredsstillende måte. Personer som har evner til kognitiv og følelsesmessig strukturering av stressfaktoren og samtidig aksepterer å skulle håndtere den, fører til mestring. Det er den generelle oppfatning om at stressfaktorer er meningsfylte og begripelige som er en viktig faktor for at stress ikke utvikler seg til spenning. Personer med svak OAS, vil kunne møte stressfaktoren med full forvirring, uten noe inderlige ønske om å løse den. Han eller hun kan være tilbøyelig å gi opp allerede fra begynnelsen (Antonovsky 2000).

Det å ha en sterk OAS er ikke en mestringsstil for det som er utfordrende i livet. Det kan forklares slik at;

«han eller hun velger den mest hensigtsmæssige kombination blant de generelle og spesifikke modstandsressourcer, vedkommende har i sitt repertoire». (Antonovsky 2000:154).

Det å stå utenfor arbeidslivet kan være sykdomsfremkallende i den forstand at det gjør noe med en, både i forhold til psykologiske, sosiopsykologiske og sosiologiske aspekter. Det kan føre til en nedgradering av egenverdet og at man opplever seg selv som mislykket på de fleste arenaer i dagliglivet. Men, uten å lovprise arbeidsledigheten kan det også oppleves motsatt for mennesker med sterk OAS. For disse menneskene kan midlertidig arbeidsløshet føre til et nyttig vendepunkt i livet. På mange måter kan det være helsefremmende, med tanke på å ha tid og overskudd til å gjøre andre ting enn det som har preget hverdagslivet. For mange kan det å starte med fysisk aktivitet og et innholdsrikt sosialt liv, være nye momenter i hverdagen. Samlet sett vil det kunne føre til gode muligheter for personlig utvikling og vekst.

Antonovsky (2000:162) argumenterer for at:

« mennesker med en sterk OAS klarer problemene bedre end mennesker med svak OAS; at de bedre er i stand til at leve med de problemer, der ikke kan løses».

6.0 Metode

I dette kapittelet presenteres vitenskapsteoretisk forankring, valg av metode og framgangsmøte for tilvirkning og analysering av data. Deretter følger en diskusjon rundt de metodiske valgene og betraktninger omkring studiens pålitelighet og gyldighet. Avslutningsvis blir etiske forhold belyst.

6.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studien retter fokus mot menneskelige erfaringer og søker etter å forstå et fenomen ut fra deltakernes egne perspektiver. Dermed anses den fenomenologiske-hermeneutiske vitenskapstradisjonen som en velegnet forankring av studien. Menneskelige erfaringer erkjennes som gyldig kunnskap innenfor fenomenologien. Hermeneutikk er tolkningslære, hvor det legges vekt på at mennesket alltid har med seg en forforståelse i form av oppfatninger, erfaringer og forventninger, som til enhver tid vil påvirke våre tolkninger og beskrivelser (Thornquist 2003). Fortolkning er en dynamisk erkjennelsesprosess hvor veksling mellom delene og helheten vil være nødvendig for å oppnå gyldige fortolkninger, og dette omtales om den hermeneutiske sirkel (Thornquist 2003). Undersøkelsen har et fortolkende aspekt ved at jeg søker å videreutvikle den kunnskapen som allerede finnes på fagfeltet. Dette på bakgrunn av fortolkninger av deltakernes erfaringer med det angitte fenomenet, som oppgaven omfattes av, erfaringer fra kortvarig og intensiv arbeidsrettet rehabilitering.

6.2 Valg av metode

Siden hensikten med studien er å frambringe kunnskap om deltakernes erfaringer med arbeidsrettet rehabilitering, vil informasjonen jeg søker være av kvalitativ karakter. På bakgrunn av dette er et kvalitativt forskningsdesign valgt, som ifølge (Malterud 2011) åpner for å undersøke og få innsikt i mer komplekse problemer. Semi-strukturerte forskningsintervjuer ble ansett som mest velegnet for å få tak i deltakernes erfaringer med ARR. Metoden har en fleksibel ramme som gir muligheter til å belyse ulike temaer i dybden, med åpning for å gjøre endringer i formulering og rekkefølge av spørsmål for å kunne forfølge svarene som gis, som beskrevet i (Kvale og Brinkmann 2009). Med bruk av denne

framgangsmåten vil jeg kunne oppnå dybdekunnskap om informantenes erfaringer og deres tanker og refleksjoner omkring problemstillingen.

6.2.1 Utvalg

På bakgrunn av problemstillingen og i tråd med kvalitativ metode, er utvalget strategisk valgt. Inklusjonskriteriene ble derfor satt til å være:

1. Personer som har deltatt aktivt på arbeidsrettet rehabiliteringsopphold.
2. At opphold er fullført med 1- ukes døgnopphold, det vil si innleggelse på rehabiliteringssenteret.

For å finne aktuelle informanter, ble det fra inntakskontoret rettet forespørsel til de personer som har deltatt på en ukes arbeidsrettet rehabiliteringsopphold. Inntakskontoret tok kontakt med brukere, pr telefon hvor det ble informert om prosjektet. De som var interessert i å være med fikk tilsendt informasjon om studien og samtykkeskjema er vedlagt (vedlegg nr 3). Aktuelle informanter fikk så en uke til å ta stilling til om de var villig til å delta i studien/ spørreundersøkelsen og ble bedt om å gi tilbakemelding til Inntakskontoret om de ønsket å delta eller ikke. Etter mottak av informert samtykke tok jeg kontakt, enten per telefon eller e-post. Kontakten ble opprettet for å avtale tidspunkt for intervjuet, besvare spørsmål og avklare eventuelle uklarheter. Således tilfredsstilles etiske hensyn og kravene til at frivillig deltakelse er oppfylt.

Det var 6 damer i aldersgruppen 19 til 54 år som ga samtykke til deltakelse i studien. Fire stykker har et arbeidsforhold å gå tilbake til etter endt rehabiliteringsopphold og en person var på første året av ytelse arbeidsavklaringspenger, det vil si at hun har vært sykemeldt i et år i forkant. En person er uten arbeidsgiver og arbeidstilknytning. Det viser seg at det er flest damer som deltar på ARR. Årsaken kan være at damer topper statistikken for sykemeldinger i forhold muskel- og skjelettlidelser samt depresjon (<https://www.ssb.no/sok?sok=årsak+til+sykemelding>).

Det kan ha ulike årsaker, både i forhold til at damer flest er dobbeltarbeidende med omfattende omsorgsoppgaver i tillegg til det å være yrkesaktiv. Et annet aspekt kan være at damer flest er flinkere til å lytte til signalene som kroppen gir i forhold til helseplager.

6.2.2 Gjennomføring av intervjuer

Før gjennomføring av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 4) med oversikt over spørsmål. På forhånd var det tenkt ut hvilke temaer spørsmålene skulle dekke.

Intervjuguiden var ment som et hjelpemiddel for å sikre at alle spørsmålene ble belyst under intervjuene samt for å bidra til økt bevisstgjøring av egen forforståelse omkring problemstillingen.

Datainnsamlingen ble gjennomført over en tidsperiode på i underkant av tre måneder (i perioden januar – april 2015). Intervjuene ble utført på Rehabiliteringsinstitusjonen i etterkant av oppholdet og to intervjuer ble tatt over telefon. Diktafon ble benyttet i gjennomføringen, slik at min oppmerksomhet som intervjuer kunne være rettet mot informanten slik at samtalen/dialogen kunne flyte godt. Bruk av diktafon gjorde det også mulig å høre opptakene flere ganger i ettertid og under transkriberingen av dataene.

Før hvert intervju ble det gitt en kort informasjon om prosjektet hvor informanten ble informert om studiens formål og prosedyrer for intervjuet og eventuelle spørsmål fra informanten ble besvart. Som intervjuer forsøkte jeg å være rolig og imøtekommende for å skape tillit og en god relasjon til informantene som utgangspunkt for intervjuene. Underveis i intervjuene ble det etterstrebet å benytte åpne spørsmålstillinger, ha fleksibilitet i forhold til rekkefølgen av spørsmål og stille hensiktsmessige oppfølgingsspørsmål for å sikre meg mest mulig riktige beskrivelser. Mot slutten av hvert intervju ble intervjuguiden kontrollert for å sikre at alle temaene var blitt belyst. Det ble så åpnet for at informanten kunne komme med supplerende innspill dersom vedkommende opplevde at sider ved temaet var blitt lite belyst under intervjuet. Etter at intervjuet var over og diktafonen var avslått ble informantene oppfordret til å fortelle om sin opplevelse av intervjuet, og kunne i tillegg ta opp eventuelle ting vedkommende hadde tenkt på eller bekymret seg for underveis, jamfør (Kvale og Brinkmann 2009). Alle informantene ga uttrykk for at de hadde kjent seg komfortable i intervjusituasjonen.

Det ble skrevet feltnotater direkte i etterkant av hvert intervju hvor umiddelbare opplevelser av intervjuet, som stemning og kroppsspråk, ble notert. Dette i tråd med Kvale og Brinkmann, som hevder at den direkte intervjusituasjonen gir en mer nyansert tilgang til informantenes

meninger, ut i fra toneleie, mimikk, pust, stønn og latter, enn hva de transkriberte tekstene senere vil gjøre.

6.2.3 Transkripsjon og analyse

Jeg transkribert intervjuene i sin helhet fortløpende, bortsett fra ett som ble transkribert noe senere. Dette for å få godt kjennskap til materialet i en tidlig fase. I tillegg ga min tilstedeværelse under intervjuene førstehåndskunnskap til materialet. Dette gjorde det mulig å kunne nedtegne en større helhet av situasjonen, noe som bidro til å sikre at meningsinnholdet ble bevart i størst mulig grad (Kvale og Brinkmann 2009). De fem første intervjuene ble gjennomført i løpet av tre uker, mens siste intervju ble gjort i underkant av to måneder etter siste intervju. Det betyr at de fem første intervjuene var ferdigtranskriberte før siste intervju. Dette gav meg muligheten til å benytte meg av flere oppfølgingsspørsmål i siste intervju, som har medført at intervjuet ble mer utdypende og fylldig forhold til tema i spørsmålsguiden.

Hvert intervju ble først analysert enkeltvis. Første trinn i analysen var å lese gjennom den fullstendige teksten for å skaffe meg et helhetsinntrykk. Under gjennomlesingen ble stikkord notert i margin på hva de ulike avsnittene i intervjuet handlet om. Meningsbærende enheter ble så trukket ut, og disse ble overført til en matrise for å få god oversikt over materialet. Neste trinn var å fortolke meningsinnholdet for å få ut essensen i materialet, og de meningsbærende enhetene ble deretter kodet på bakgrunn av fortolkningen. Denne prosessen ble gjentatt for alle intervjuene. Første nivå er en tekstnær sammenfatning av funnene, neste nivå er et allment tolkningsnivå som trekker frem generelle aspekter ved utsagnene og hva som kan ligge mellom linjene, siste nivå er en diskusjon opp mot aktuell teori. Til slutt oppsummerer hva som har vært diskutert. Jeg har avsluttet hvert kapittel med å oppsummere og videre diskusjon.

Jeg har funnet ut brukerne har hatt utbytte av en 1– ukes intensivt ARR-opphold. Hovedfunnene er innenfor ulike dimensjoner som motivasjon, mestring, arbeidets betydning. Det som er mest vektlagt er bevisstgjøring, mestringsstrategier og arbeidsplassen.

6.2.4 Å forske i kjent felt

I kvalitativ forskning er det viktig å redegjøre for egen rolle i forskningen og egen forforståelse omkring problemstillingen, da disse elementene vil påvirke både innsamlingen og analysen av dataene (Malterud 2011). Forforståelsen er det en har med seg fra tidligere og som en bringer med seg inn i prosjektet. Å ha nærhet til feltet kan være nyttig da det kan bidra til større forutsetninger for innsikt og forståelse, men Malterud poengterer at det er viktig at forskeren går inn i prosjektet med åpenhet for å sikre at forforståelsen ikke overskygger kunnskapen som det empiriske materialet leverer (Malterud 2011).

I denne studien bærer egen forforståelse preg av nærhet til feltet i og med at jeg som forsker selv har jobbet i rehabiliteringsfeltet. I rollen som atføringskonsulent har jeg vært direkte involvert i rehabilitering av målgruppen. Jeg har derfor egne erfaringer i samarbeid med brukerne med evalueringer om rehabilitering hjelper, eller er til nytte for deltakerne. Dette innebærer at jeg på forhånd hadde formening om hva arbeidsrettet rehabilitering innebærer og hvilke utfordringer som kan oppstå i prosessene som er målrettet og tydelig definert. Som forsker har jeg prøvd å være bevisst egen forforståelse underveis i prosessen, men ifølge Thornquist vil det aldri være mulig å oppnå full bevissthet omkring forforståelsen (Thornquist 2003). Min bakgrunn har derfor hatt en viss innvirkning på utformingen av intervjuguiden, samt hvilke temaer som ble forfulgt underveis i intervjuene og hvilke oppfølgingsspørsmål som ble stilt. Paulgaard sier at en forsker med stor nærhet til feltet vil kunne ha problemer med å se det selvsagte og underforståtte, og at det vil være viktig å være bevisst dette i forskningsprosessen (Paulgaard 1997). Det kan derfor tenkes at kjennskapet til feltet har gjort at jeg som intervjuer kan ha tatt ting for gitt og unnlatt å få informantene til å utdype uklarheter i intervjuet, slik at uttalelsene ble tillagt en fortolket mening underveis. Samtidig sikret kjennskapet til feltet at jeg som intervjuer hadde god forståelse for hva informantene snakket om, noe som ga muligheter for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål.

6.2.5 Pålitelighet og gyldighet

Semi-strukturerte intervjuer krevet stor involvering fra forsker. Jeg stiller spørsmål om min påvirkning vil kunne redusere studiens pålitelighet. Under metodekritikk har jeg diskutert rundt egen rolle som forsker, og på hvilken måte egen bakgrunn og forforståelse kan ha virket inn på resultatene. Det er i tillegg andre elementer som kan ha hatt betydning for resultatene, blant annet tilliten til meg som forsker, den enkeltes informants motiv for å delta i studien, atmosfæren under intervjuene og min kompetanse som intervjuer. Gjennom å forsøke å unngå ledende spørsmål og heller stille åpne spørsmål, har jeg forsøkt å redusere egen innflytelse i tilvirkningen av data. Ved å transkribere materialet nøyaktig og samtidig sammenholde materialet opp mot egne feltnotater, ble det forsøkt å bevare mest mulig av helheten i intervjusituasjonen i den videre analysen.

Intervju som metode har vist seg å være egnet for å få tak i informantens tanker og erfaringer med fenomenet som ble undersøkt. Videre var en semi-strukturert tilnærming gunstig i form av stor fleksibilitet, noe som ga rom for at informantene fikk fremmet sine erfaringer og synspunkter i dybden. Likevel er det ikke nødvendigvis sikkert at det som ble sagt gjenspeiler den faktiske opplevelsen, siden intervju som metode kun gir indirekte beskrivelser av hvordan erfaringsprosessene foregår (Malterud 2011).

Overførbarhet sier noe om hvorvidt funnene kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der studien er gjennomført (Malterud, 2011). Selv om det ble utført få intervjuer, har disse intervjuene gitt meg som forsker et innblikk i seks ulike brukeres erfaringer med arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Disse erfaringene kan tenkes å være gjenkjennbare for andre som jobber med rehabilitering og som har fokus og mål rettet ut imot arbeidsaktivitet, både i spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. I tillegg kan de også være aktuelt for NAV og tiltaksarrangører i arbeidsmarkedsbedrifter, som er tilbydere av ulike tiltak, med veiledning og utprøving av arbeidsevne. Det kan dermed tenkes at resultatene kan ha en viss overførbarhet til fagfeltet.

6.2.6 Ethiske betraktninger

Før oppstart av studien forelå godkjenning fra NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste), Personvernombudet for Forskning. Informantenes samtykke ble innhentet skriftlig i forkant av intervjuene, og ble gitt på informert grunnlag. Det ble presisert at det var frivillig å delta i studien, og at det var mulig å trekke seg fra studien når som helst. For å ivareta personvernet og bevare informantenes integritet, er det skriftlige materialet anonymisert, og ingen kjennetegn som kan spores direkte tilbake til enkeltpersoner er gjengitt.

Lydfilene og det skriftlige materialet har vært oppbevart i tråd med retningslinjene til NSD. Lydfilene vil bli slettet når masteroppgaven er ferdigstilt.

6.3 Funn og diskusjon

I dette kapittelet presenteres funn i studien og en diskusjon rundt disse følger fortløpende. Inndelingen av kapittelet gjenspeiler hovedtema og undertemaene som framkom i analysen. De fire hovedtemaene er:

- * Forventninger
- * Motivasjon
- * Arbeidets betydning
- * Mestring

6.3.1 Forventninger

Over halvparten av informantene hadde ingen forventninger til å delta på rehabiliteringsoppholdet. De hadde heller ikke satt seg inn i hva dette handlet om. De hadde fått generell informasjon på telefonen og var fornøyde med det. De andre hadde surfet litt på nettet, vært på hjemmesiden og lest litt, muligheter for trening og basseng var hovedinntrykket de satt igjen med.

En av informantene uttaler:

(...) «hadde ingen forventninger til å delta på rehabiliteringsoppholdet. Var så sliten, og glad for å komme meg litt bort i andre omgivelser» (...).

Utsagnet kan tyde på at informanten har en stressende livssituasjon som har påvirket henne..

Videre utdyper hun:

”(...)Det er mitt første barnebarn og det er virkelig glede (...).”

Det er viktig å belyse at ikke alle stresssituasjoner er negative. Informantens livssituasjon er påvirket av den lykken det er å bli mormor for første gang. Dette tolkes som å være en godartet stressituasjon. En slik gledelig stressfaktor kan vekke forskjellige følelser som spenning og kanskje bekymringstanker, inntil situasjonen har stabilisert seg. Teoretisk er det viktig å forstå hvordan positiv spenning oppløses. En OAS-sterk person vil snakke om sine følelser. Det ansees som en mestringsstrategi å søke fellesskap med andre i samme livssituasjon. En slik håndtering vil kunne føre til kognitive forbindelser gjennom felles perspektiver som vil kunne gi støtte og forståelse for sin nye rolle som oppleves som stressende. (Antonovsky:2000)

En annen har bare gjort slik hun fikk beskjed om:

Jeg hadde ingen forventninger til oppholdet. Jeg trodde jeg skulle på en arbeidsopptrening og utredning. I og med at jeg har hatt mye smerter i kroppen, sitter legen min på kontoret sitt og sier at det kanskje var bra at jeg kom hit og fikk utredet litt.”

Dette utsagnet kan tolkes dit hen at hun føler seg litt tvunget til å delta på rehabiliteringsoppholdet, ettersom det er legens forslag til at hun skal utredes.

Om vi ser dette utsagnet i forhold til koblingene mellom OAS, vil medbestemmelse være en komponent innenfor begrepet meningsfullhet. Når informanten ikke ser meningen med oppholdet, vil det være utfordrende å motivere seg og jobbe målbevisst. I definisjon på rehabilitering, skal det være klare realistiske mål og jobbe mot. Når andre bestemmer, slik som legen gjør i dette tilfellet uten å ta brukeren med på råd om hun virkelig ønsker og er motivert for et rehabiliteringsopphold, vil det være en normal reaksjon å distansere seg og på den måten oppfattes hun som umotivert. Dette aspektet har overføringsverdier også til andre

situasjoner, som for eksempel i arbeidslivet. Når andre bestemmer alt for oss, når de definerer oppgaven, forteller reglene og styrer utfallet og vi ikke har noe vi skulle ha sagt reduseres vi til objekter. Hvis vi opplever at våre handlinger ikke har noen betydning, mister den sin mening for oss. Det gjelder også for personlige relasjoner og alle de sfærer som ligger innenfor vår radius.

En tredje distanserer seg og stiller seg utenforstående, på grunn av manglende informasjon:

(...) Jeg hadde ingen forventninger, faktisk. Jeg hadde ikke fått så mye informasjon.

Slik denne informant uttaler seg vil jeg tolke den i lys av empoverment, å overføre styrken til brukeren gjennom å gi henne ansvar for å søke informasjon der det er mangelfullt.

Myndiggjøring av personen vil kunne bidra til mekanismer som å ta styringen og være sjefen over eget liv. Et aspekt kan være at en stressfaktor er underliggende årsak for manglende engasjement. Slik det fremkommer hos Antonovsky vil den OAS-svake personen være tilbøyelig til å legge skylden over på eksterne årsaker. En slik håndtering vil kunne sees i lys av projeksjon, som er en ineffektiv forsvarsmekanisme. Det vil kunne medføre at flukten fra ansvaret medfører en nagende følelse av ubehag og kroppslig uro. En slik følelse vil være lite hensiktsmessig i en krevende rehabiliteringssituasjon. Et annen innfallsvinkel for å forstå informantens uttalelser, kan være i lys av personlighet og verdioppfatninger. Menneskets personlighet vil alltid være den viktigste faktoren, dette ses i lys av innadvendt, tiltaksløs og opplevelsen av å være handlingslammet på bakgrunn av tidligere opplevelser.

En fjerde informant hadde sjekket litt på forhånd, men visste ikke helt hva hun kunne forvente seg:

Jeg forventet vel egentlig ikke så mye, jeg hadde jo vært på nettet og lest litt. (...)

Det som kjennetegner disse informantene er at de er nokså uinteresserte i hva de skal være med på. Noen av dem ser på det som en plikt som bare må gjennomføres, mens andre syntes det var godt å komme seg bort til andre omgivelser for å samle krefter og overskudd. Et annet aspekt er at uten forventninger er det lettere å bli positivt overrasket i forhold til utbyttet av rehabiliteringsoppholdet.

To av informantene hadde forventninger til resultater fra oppholdet:

(...) Jeg hadde forventninger til oppholdet at det skulle bli noe ut av det. Når kroppen ikke fungerer som den burde ha gjort, er det viktig dette med trening, både i forhold til treningssal, apparatene og svømming, som også er kjempeviktig når du er i opphold.

Mine forventninger var at jeg skulle få hjelp i forhold til mine utfordringer på jobb. Så hadde jeg håpet å få noen svar i forhold til helseutfordringene mine. (...)

Når forventningene er tilstede forteller disse to utsagnene om en viss form for motivasjon for å komme videre i sin egen prosess. Det betyr at informantene er i prosessen til å være mottakelig for ny kunnskap som kan medføre til endring i forhold til det som er opplevde utfordringer. Slik det fremkommer hos Antonovsky vil «*Den innstilling, man har til verden, udgør det kognitive grundlag for og motivationen til ens adfærd*» (Antonovsky 2000:167). Videre kan fravær av engasjement forstås som det samme som lav motivasjon. Det kan også være at de er avventende til hva som venter dem. De fleste brukere som kommer til ARR har vært innom ulike deler av helsevesenet over tid, og ikke fått noe særlig hjelp. Mange føler at de ikke blir forstått og tatt på alvor for sine plager. Mange studier viser at mennesker med kroniske lidelser er svingdørspasienter, det vil si går inn og ut av helsevesenet. <https://www.hist.no/content/46187/Innovasjon-i-helsevesenet--hva-kan-vi-lare-av-prosjektet-quotKOLS-Heimquot>

Mange slike negative opplevelser kan medføre til depresjon, som ikke er så uvanlig for mennesker med muskel og skjellet lidelser. Depresjonen kan settes i sammenheng med lav tro på egen kompetanse og lave forventninger til resultatene av egen innsats. Initiativ og tiltakslust blir borte når personen gjør stadige erfaringer som viser at egen innsats bare gir negative konsekvenser.

Motivasjon kan innvirke på samspillet i gruppa, som er viktig for å få en god dynamikk. Samspillet baseres på relasjonene mellom gruppemedlemmene. En gruppe på ARR-oppholdet har noen felles faktorer å samles om, som for eksempel at de er satt ut av arbeidslivet for en kortere eller lengre periode. Holdningene til de enkelte deltakerne vil komme til syne og de som har samme syn vil finne et visst fellesskap. På den måten kan man oppnå konsensus, det vil si likhet i gruppa, at de som har sterke meninger og sterk OAS vil kunne påvirke de med svak OAS i gruppa (Antonovsky 2000). Når gruppa er negativ er det vanskelig å snu motivasjon fra negativ til positiv og resultatet blir dårlig (Reeve 2009). Oppmerksomhet og feedback vil kunne øke motivasjonen i gruppen.

Et av aspektene ved rehabilitering er samhandlingen mellom fagpersonene og brukerne for å få et godt resultat. Det vil si å møte brukeren der hun eller han er, skape god relasjoner og få brukeren til å føle seg trygg. Det kan man oppnå ved å vise brukerne respekt og verdsette dem ut i fra den man er som person (Skau:2003).

6.3.2 Indre og ytre motivasjon

Forventninger kan også sees i sammenheng med indre og ytre motivasjon slik Håkonsen (2003) belyser begrepet. Jeg tar først for meg ytre motiverte handlinger, som vil si at personen utfører handlingen eller i denne sammenhengen rehabiliteringsoppholdet for å få en gevinst eller en form for personlig belønning. Det være seg i forhold til det å komme seg litt bort i andre omgivelser, gå til dekket bord, starte dagene i bassenget og gjøre treningsøvelser i eget tempo, som en av informantene uttaler det:

(...) Var så sliten og glad for å komme meg bort i andre omgivelser (...).

En annen gjennomfører oppholdet fordi at fastlegen mener at en tverrfaglig rapport fra spesialisthelsetjenesten kan bidra til å danne grunnlag for søknad om uføretrygd:

(...)” Jeg skal søke om ufør. Jeg har søkt en gang før og da fikk jeg avslag”.

Et annet motiv fra fastlegen kan være å løfte problemstillingen et hakk opp i behandlingkjeden for å gi pasienten en adekvat behandling.

En indre motivert handling gjør personen for sin egen del uten tanke på belønning eller behov for bekreftelser fra andre. I et humanistisk samt i et religiøst perspektiv har man en underforstått forpliktelse til å ta vare på en egen helse:

«Når kroppen ikke fungerer som den burde ha gjort er det viktig dette med trening».

På den andre siden kan dette utsagnet tolkes dit hen at brukeren har forstått meningen og viktigheten med fysisk aktivitet. En slik forståelse avhenger av relasjonene mellom de ulike

begrepene i OAS slik Antonovsky beskriver det. Her vil selve meningen være den bærende kraft, at hun ser viktigheten av treningen, men at hun ikke får det til å fungere i sin hverdag.

Et annet perspektiv er hovedtrekkene i Folkehelsemeldingen som fokuserer på bedring av folks helse. Samfunnet har en plikt å legge til rette for at det skal være mulig med fysisk aktivitet, både gjennom utbedring av turstier, ulike klatrestativer og lignende som egner seg til uteaktiviteter. Gjennom de siste par 10- år har det poppet opp med treningsentre, frisklivssentraler og tilbud som «Aktiv på dagtid» som er et offentlig finansiert tilbud til mennesker som er satt ut av arbeidslivet av en eller annen årsak

<http://www.tromso.kommune.no/aktiv-paa-dagtid.140967.no.html>. Imidlertid er det den enkelte som har ansvar for å ta vare på egen helse.

Arbeidslivet har endret seg. Folk flest har et mer stillesittende arbeid i motsetning til tidligere hvor det var mer både tunge løft og manuelt arbeid. I dag er det en trend i tiden å bruke deler av fritiden til trening og fysisk aktivitet. Det ser man gjennom ulike kampanjer som «sykle til jobben», «skrittelleraksjoner» og konkurranser på arbeidsplasser. Det er også mange arbeidsplasser som har tilbud om trening i arbeidstid, eller sponser medlemsavgiften på treningscenter. Intensjonen er nok at trening skal bidra til å holde folk friske og sunne og redusere fravær fra jobb (St.meld. nr 34 (2012- 2013)).

Slik det fremkommer er det store variasjoner rundt brukernes forventninger til rehabiliteringsoppholdet. Forventningene sees i lys av motivasjon og de forhåpninger brukerne har til deltakelse i ARR. I undersøkelsen fremkommer det at over halvparten av informantene ikke hadde noen forventninger. Motivasjon og forventninger er viktig for fremdrift, spesielt i forhold til det å gå i gang med egen rehabilitering som er et krevende personlig arbeid, som vedrører hele spekteret i mennesket ut i fra et biopsykososialt perspektiv. Det vil si en erkjennelse av at det er både biologiske, psykiske og sosiale faktorer som bidrar til sykdom og funksjonshemming. Med godt motiverte brukere kan man få et godt resultat på rehabiliteringen. Det er ekstra gledelig når man som fagperson i samspill med deltakerne klarer å snu holdningene fra negative til positive holdninger hos brukerne. Årsaken til at det skal være mulig på et så kort rehabiliteringsopphold som en uke, kan sees i lys av at selv om brukerne ikke har forventninger så møter de med et åpent sinn. Underforstått kan man da være mer mottagelig for å la seg påvirke av kunnskap og lærdom. Men, det er også viktig å huske på at brukerne er i en sårbar situasjon i relasjon til helse og arbeid. Det er en

faktor som kan medføre at de er lettere å påvirke. Dette er også noe som kommer frem hos Antonovsky som omhandler sterke ledere i møte med mennesker som har svak OAS. Jeg tenker at Antonovskys argumentasjon kan ha overføringsverdier til en gruppe mennesker i møte med ARR. Et annet perspektiv er at det faktisk kan være mulig å motivere og inspirere brukere og skape forventninger til rehabiliteringsoppholdet. En innfallsvinkel til økt motivasjon kan være gjennom strategisk målarbeid, som er personlig og betydningsfullt for den enkelte. Deltakerne på ARR har ofte vært brukere av ulike helsetjenester over flere år. Det kan tenkes at det har vært en dynamisk prosess med flere faser, handlinger og resultat. Antonovsky beskriver endringsprosesser som at man lærer litt her og litt der, enkelt sagt til slutt kan endringen bli inkorporert som en del av holdningene hos personen. Ut ifra en slik forståelse vil endring av oppfatning kunne skje om personen akkurat nå – er i en fase som er mottakelig for endring, til å la seg motivere og skape forventninger til egen rehabiliteringsprosess.

6.3.3 Arbeidets betydning

De aller fleste av informantene hadde forventninger til å komme ut i arbeid etter oppholdet. Det å ha en jobb å gå til betyr mye for folk flest. Både i forhold til selvbildet, være en del av samfunnet og bidra til fellesskapet i tillegg til det økonomiske aspektet. Det er mange mennesker som har hele sitt nettverk og identitet knyttet til arbeidsplassen.

En informant beskriver sine utfordringer slik:

Men, da jeg kom tilbake til jobben, ble det ikke noe endring på arbeidsoppgavene slik vi hadde blitt enig om.

Dette utsagnet kan tyde på uklar organisering på arbeidsplassen. Det gjør at man kan undre seg om mange arbeidsgivere ikke er bevisst de forpliktelser som ligger i lovverket.

Informantens uttalelse om at *arbeidsgiver ikke etterkommer ønsker og krav om tilrettelegginger*, kan møtes med resignasjon hos arbeidstaker dersom man ikke får en gyldig og god forklaring på hvorfor det er slik. Da er det vanskelig å forstå meningen til disse årsakene. En person med svak OAS vil tenke at årsakene, i dette tilfellet ligger hos henne. Det vil være nedbrytende både psykisk, fysisk og sosialt å ha en slik oppfatning av

virkeligheten. På den måten kan arbeidslivet og arbeidsgivere være med på å gjøre folk syke. Ut i fra et patogenetisk syn kan kroppen reagere med spenning, som kan utvikles til stress og opplevelser av smerter i muskler og skjelett. Hos Antonovsky forklares det med at det menneskelige organisme er et selvregulerende system, som påvirkes av det ytre miljø. Gjennom sanseresetorer registrerer hjernen innputt som behandles og deretter sender ordrer til perifere organer. Når dette gjentar og gjentar seg uten at problemene blir løst, står kroppen i full beredskap til enhver tid og det får innvirkning på personens fysiske og psykiske helse. En foreløpig konklusjon hos Antonovsky er at *«det eksisterer en immunforsvarhæmmende personlighet som i samspill med særlige patogener og/eller genetiske anlegg og/eller svage koblinger mellom centralnervesystemet og immunforsvaret fører til sykdom»* (Antonovsky, 2000:173)

Samfunnets rammeverk med blant annet arbeidslivsregler må overholdes for at ting skal fungere. Arbeidsgiver er pliktig til å legge til rette – så langt det er mulig – ifølge arbeidsmiljøloven. Det blir spesielt viktig når arbeidsgiver sier de skal imøtekomme krav om tilrettelegging og ikke gjør det. Men, i all den tid det er uklare sanksjonsregler for manglende tilrettelegginger kan det være utfordrende å få slutt på en slik ukultur. Informanten har prøvd strategier som blant annet åpenhet om sin helsesituasjon til kollegaer med ønske om å oppnå forståelse, uten at hun har lyktes (Arbeidsmiljølovens kap. 4-2).

Hun opplever at det ikke aksept på arbeidsplassen for sykdom. Hun ønsker å være i jobb og liker jobben sin. Det er det hun kan, men føler at de ønsker å bli kvitt henne på jobb.

En annen informant uttaler at:

Ja, jeg hadde store forventninger til å komme tilbake til jobb. Jobben betyr mye for meg.

Hun uttaler å trives i jobben, men ønsker mer tilrettelegging, slik at hun kan klare å stå i jobb. Fokus er at arbeidsplassen legger til rette for eksisterende helseproblemer, slik at arbeidsdagene blir mer overkommelig. I et samfunnmessig perspektiv vil det kunne være en vinn vinn situasjon for begge parter. Arbeidsplassen drar nytte av hennes kompetanse og positive bidrag til lokalsamfunnet.

Et tiltak fra NAV har vært å innvilge ytelse tidsubestemt lønnstilskudd som tilsier at arbeidsgiver får refundert en del av lønnsutgiftene ved at hun ikke har helse til å levere 50% arbeidsevne, slik stillingsprosenten viser. Dette er et virkemiddel hvor hensikten er å holde arbeidsaktiviteten oppe og minimere frafall fra arbeidslivet. Arbeidsplassen er en viktig arena som for informantene bidrar til å bygge helse på ulike områder, både i forhold til selvbilde og det å ha fokus ut mot noe annet kan bidra til å redusere opplevelsene av smerter og helsemessige plager.

Slik informantene fremstiller sine strategier for å kunne fortsette i arbeidslivet, kan den sees i lys av OAS. I følge Antonovsky vil et slikt perspektiv være fokus ut mot salutogenese, den friske og sunne delen av mennesket som gir økt mestring og velvære. Motstandskraft og mestring beror på den enkeltes opplevelse av sammenheng. I følge OAS deles begrepet i tre komponenter. Informanten ser meningen med det å være i arbeid. Det betyr mye og det medfører at personen investerer mye av sitt engasjement som gir motivasjon til å fortsette til tross for helsemessige utfordringer. Den andre komponenten, begripelighet/forståelse er det kognitive elementet som tilsier at individet har opplevelse av at stimuli, i og utenfor personen selv, at forholdene er forutsigbare, begripelige og strukturerte. Den siste komponenten i begrepet OAS er atferds komponenten som vinkles mot håndterbarhet, det å vite hvordan kravene skal løses. Det forutsettes at ressursene er tilgjengelige slik at individet kan møte de kravene som en stilles ovenfor.

Videre utdyper informantene:

Bor i bygd med sterk tilhørighet og har hele mitt nettverk og venner på jobb. (...)

Ut i fra feltnotater fremkommer det at hun er født og oppvokst i ei bygd og kunne ikke tenke seg å flytte derfra. Mange av hennes venner fra barndommen har flyttet til andre steder. Nå har hennes voksne barn etablert seg i bygda og dette er momenter som blant annet relateres til sterk tilhørighet. Utsagnet tolkes dit hen at hun har et tilfredsstillende arbeidsmiljø, hvor hun også er venner med kollegaer. På den annen side må det tas i betraktning at hun bor i en bygd og da er det ofte noen begrensninger i forhold til mangfoldet av potensielle venner å velge mellom.

Slik kan det være en dynamisk, men stabil omverden hun er en del av. I et arbeidsmiljø vil man påvirkes både i forhold til holdninger og meninger, en slags dannelsesprosess til utvikling av felles verdier. Den generelle atmosfæren i arbeidsmiljøet vil være preget av indre sammenheng. I et slikt miljø vil man igjen og igjen kunne få adekvat feedback. Man sender signaler seg imellom vel vitende om at de blir forstått. Man deler symboler og det er et felles språk. For en utenforstående kan det virke kaotisk, men det er langt fra tilfelle for de som er innenfor systemet. Opplevelsen av sammenheng forsterkes av grupperitualer, som for eksempel samvær under kaffepauser. Betydningen av sosial støtte er en viktig faktor for å utvikle godt samhold (Antonovsky 2000). Det å være i arbeid bidrar til mestringsopplevelser med fokus mot det som fungerer på tross av, eller til tross for sosiale og helsemessige utfordringer. Hennes utsagn om at «*Jobben betyr mye for meg*» (...) «*har hele mitt nettverk og venner på jobb*», kan tolkes dit hen at hun henter sin styrke i jobb. Hun uttaler å ha stabile følelsesmessige relasjoner på arbeidsplassen. Gode relasjoner og støtte i kollegiet bidrar til å styrke hennes håndterbarhet som er atferds komponenten hos Antonovsky. I feltnotater fremkommer det at hun har vært 50% uføretrygdet fra hun var 26 år og har gått noen runder med seg selv i forhold til store senskader og helsemessig belastning. Hennes måte å håndtere krisene på har vært å rette fokus mot arbeidsplassen. Det har imidlertid ikke vært helt uproblematisk. Hun har kjent på stresset, i mangel av det å være tilfreds med fordelingen av arbeidsoppgavene. En gjengs oppfatning har vært at stress forårsakes av enkeltpersoner og på den måten fått et patogenetisk perspektiv. Som regel ender det opp med behandling i helsevesenet, både i form av medikamentel- og terapeutisk behandling. Slik har arbeideren blitt det reelle problemet og budskapet har vært skjult og ansvaret plasseres hos den ansatte. Ut i fra et slikt perspektiv er det den ansatte som må tilpasse seg et arbeidsmiljø som vanskelig lar seg endre. En OAS-sterk person vet imidlertid hvor ansvaret skal plasseres og bebreider ikke seg selv. Denne informant har sosial støtte i kollegiet, nære venner og en omsorgsfull ektemann. Dette er noen av de viktigste motstandsressurser i et menneskes liv, for å bedre kunne mestre å leve med utfordringer som ikke kan løses (Antonovsky 2000).

Et annet perspektiv hos Antonovsky rettes mot salutogonesen som forstår stress som potensielt helsefremmende faktor. Det å se nye problemløsninger for å finne andre måter å takle utfordringene på som kan føre til personlig utvikling og vekst, vil kunne fungere både innenfor instrumentell og følelsesmessig problemløsning. Å kunne se meningen og forstå sammenhengen er viktige faktor for at stressede situasjoner skal kunne erfares som helsefremmende. I et salutogonetisk perspektiv mestrer denne informant stressopplevelsene

som bagatellmessige i forhold til den styrken hun får ved å være ansatt som lærer i en liten skole i kommunesenteret. Det gir henne anerkjennelse i lys av arbeidsplassens renommé, og er en faktor som påvirker hennes motstandskraft til å tåle å stå i det som er utfordringen både i forhold til jobb og helse.

I de senere år har også Arbeidstilsynet vært med på å snu fokus og rette ansvaret for arbeidsrelatert stress mot arbeidsplassen og ikke den ansatte. Det handler om dårlig organisering og i dette tilfellet er det helt klare momenter som legges til grunn for at manglende tilrettelegginger ikke er gjort, med begrunnelse i en stram kommuneøkonomi. Hun ønsker redusert undervisningsmengde og økt kontorrelatert arbeid. Arbeidsgiver argumenterer for at det ikke har vært mulig å møte henne på dette kravet, da det medfører at de må leie inn ekstra ressurser på undervisningsbiten, og det er det ikke økonomi til. Men det finnes virkemidler gjennom folketrygdloven som kan bidra til det å holde folk i arbeid, til tross for redusert arbeidsevne.

”Tidsubestemt lønnstilskudd skal bidra til å øke mulighetene for ordinært arbeid blant personer med varig og vesentlig nedsatt arbeidsevne og bidra til å forebygge uførepensjonering”

<https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Tiltak+for+a+komme+i+jobb/Tidsubestemt+lønnstilskudd.805374506.cms#chapter-1>

”Det kan gis en tidsubestemt kompensasjon i form av lønnstilskudd til arbeidsgivere som beholder eller ansetter personer i målgruppen på ordinære ansettelses- og arbeidsvilkår med sikte på et varig arbeidsforhold”

<https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Tiltak+for+a+komme+i+jobb/Tidsubestemt+lønnstilskudd.805374506.cms#chapter-1>

En annen informant uttaler at:

Nei, jeg hadde jo en yrkesskade og det ville bli vanskelig for meg å jobbe som murer med de skadene jeg hadde fått under fallet fra stilasjen.

Uttalelser som at yrkesskade begrenser tilbakegang til samme type arbeid, kan forstås i et helsemessig perspektiv. På den annen side kan det være mangel på engasjement eller forståelse for hvordan håndtere situasjonen i prosessen mot annen type arbeid, som kan føre

til stagnasjon, det å ikke komme videre. Et slikt utfall har flere aspekter. Det kan bero på sjokket med arbeidsulykken, sorg i forhold til redusert helse og knuste drømmer om et fremtidig arbeidsliv innenfor ønsket bransje. Hun tolkes dit hen at hun vet hun vil klare en lettere jobb:

”(...) det er vanskelig for meg å jobbe som murer (...)

Antonovskys teori om OAS beskriver forbindelsene mellom relasjonene i begrepet. Her vil forståelsen være en sentral faktor. Selv om hun har vært handlingslammet og ikke har hatt ressurser til å løse den, vil forståelsen være underliggende for at motivasjonen aktiveres for å finne løsninger. Fagpersoner i ARR har i samråd med bruker etter brukers ønske jobbet ut i mot det ordinære arbeidsmarkedet for å finne praksisplass for utprøving av arbeidsevne. For denne personen var det til stor hjelp og nytte å få støtte til det å gripe situasjonen, bidra til å løse den, som for hennes del resulterte i arbeidsutprøving på et delelager for biler som var helt i tråd med hennes ønsker for arbeid. Selv om en person ikke har arbeidsevne i en type arbeid, kan det være at personen kan jobbe 100% i annen type arbeid. Informanten vil i fortsettelsen få oppfølging fra NAV i forhold til arbeidsutprøvingen.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmarked-og-syssetting/innsikt/arbeidsmarkedstiltak/hvilke-arbeidsrettede-tiltak-finnes/id2076683/>

En arbeidspraksisplass vil kunne bidra til fast jobb på bedriften man er engasjert i, eller det kan bidra til at man fremstår som mer attraktiv arbeidssøker når man presenterer seg i en søknad med at man er i arbeidsaktivitet. I tillegg er det alle fordelene med det å være i arbeid, både sosialt, fysisk og psykisk samt økonomisk. Dette er faktorer som kan bidra til å bygge helse på arbeidsplassen. Det å være i det ordinære arbeidslivet vil kunne ha en positiv effekt på selvbildet, spesielt med tanke på Antonovskys resonnement med å hente personlig anerkjennelse gjennom arbeidsplassens renommé. Det er spesielt viktig å ha samarbeid med det ordinære arbeidsmarkedet, for å redusere kjeding av tiltak i spesielt tilrettelagte arbeidsmarkedsbedrifter hvor NAV har kjøpt tiltak og tjenester. Det er mange som opplever det som både nedverdiggende og lite hensiktsmessig. Men, det skal være sagt at det er mange brukere som syntes det er tilfredsstillende ordninger med godt utbytte. For denne informanten ville det vært en uaktuell ordning.

En fjerde informant sier:

Jeg hadde ingen tanker om arbeidsaktivitet, verken før eller etter oppholdet.

Denne informanten er klar og tydelig. Med å si det rett ut ufarliggjør hun opplevelsen om å ikke være i stand til å arbeide, slik det er nå. Det er en adekvat reaksjon på den situasjonen hun befinner seg i, sett ut i fra et helhetlig perspektiv, både biologisk, psykisk og sosialt som påvirker hele mennesket i relasjon til de utfordringer hun har.

Jeg støtter meg til Antonovsky som argumenterer for at «*mennesker med en sterk OAS klarer problemene bedre end mennesker med svak OAS: at de bedre er i stand til at leve med de problemer, der ikke kan løses*» (Antonovsky 2000:162).

Ut i fra en oppfatning om at livet er dynamisk vil også situasjoner kunne endre seg over tid. Det kan være i stor eller liten grad og kan ha helsemessige utfall, både i positive og negative retninger. I et etisk perspektiv finnes det en realistisk, men positiv grunnholdning til hvordan man forholder seg til brukernes helseproblemer. Det er viktig å rette fokus mot salutogenese, mot den friske og sunne delen, det som fungerer. Det kan jo skje positive endringer med mindre det ikke er innlysende at årsak og virkning vanskelig kan resultere i arbeidslivsdeltakelse. Informanten er ung. Hun kunne ha vært i arbeidslivet 31 år frem i tid om hun hadde hatt arbeidshelse. I et samfunnsøkonomisk perspektiv ville en arbeidsgrad på for eksempel minimum 20% som tilsier en dag i uka, vært kostnadsbesparende for samfunnet. Samtidig kan det gi brukeren en større grad av livskvalitet på lang sikt. Med de nye ordningene for uføretrygd som trådte i kraft 010115, vil det være muligheter å delta i arbeidslivet uten å miste ytelsen, men at trygden reduseres i forhold til inntektsevne. <https://www.nav.no/no/Person/Pensjon/Relatert+informasjon/Jobbe+ved+siden+av+uføretrygd.401341.cms> Sett i fra en annen side kan hun mest sannsynlig ha fungert tilfredsstillende i forhold til frivillig arbeid, innenfor et område som hun interesserer seg for. Det kan gi positive opplevelser med resultater som økt livskvalitet som igjen vil kunne bidra til reduserte helseplager. Forskning viser at de som er tilbake i jobb tre år etter ARR-opphold rapporterer bedre funksjonsevne og mestring enn de som var på helserelatert ytelse. Disse hypotesene var viktigere enn helseplager og gjaldt også for de som var delvis tilbake i arbeid (<http://arbeidoghelse.no/print/199>). Slik det fremkommer er det helsefremmende å være i arbeidsaktivitet.

En tverrfaglig rapport fra ARR vil utdype en arbeidsevnevurdering hvor det fremkommer om det er hensiktsmessig med deltakelse i arbeidslivet i stor eller liten grad.

I forhold til brukernes forventninger til deltakelse i arbeidslivet har det i dette kapittelet vært diskutert ulike momenter. Som jobbens betydning for den enkelte, som identitet- og helsefremmende faktor. Det har vært belyst manglende tilrettelegginger og noen konsekvenser som kan utvikle seg, for den enkelte og i arbeidsmiljøet. I forhold til de aktuelle problemstillinger er NAV`s virkemidler presentert som skreddersøm i hvert enkelt tilfelle. Fokus er mot salutogenese og arbeidsgivers ansvar i forhold til mekanismer som oppstår i arbeidsmiljøet som følge av arbeidsrelatert stress. Betydningen av et fleksibelt arbeidsliv som har elementer i seg til å kunne tilpasses i forhold til ulike livsfaser og ulike helsemessige utfordringer hos arbeidstakerne, er viktige faktorer sett i relasjon til at mennesker flest har et ønske om å kunne delta i arbeidslivet i en eller annen form. I motsatt fall om det er noen som ikke har helse til å stå i arbeid vil det være rettigheter i forhold til folketrygdlovens kapitler

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>.

6.4 Mestring

En prosessorientert definisjon av mestring defineres som stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å håndtere spesifikke ytre og/eller indre utfordringer som blir oppfattet som byrdefulle. Mestring handler om å greie noe på egen hånd, i dette perspektivet å takle ny kunnskap og ta i bruk de ressursene som en har eller rår over for å skape bedring i situasjonen. (Ekeland & Heggen:2008)

Ved spørsmål om hva de har lært under oppholdet svarer halvparten av informantene blant annet at fysisk aktivitet er viktig:

Viktigheten av fysisk aktivitet og det å bli klar over begrensningene mine. Det å bli oppmerksom på hva jeg får til og hva jeg ikke får til. Det har jeg lært på rehabiliteringsoppholdet.

Det jeg har gått og drømt at jeg kanskje skulle få til, fikk jeg litt i fleisen, det er ikke bare. (...) Jeg føler meg veldig sorgtung over livet som har gått tapt.

Videre utdyper hun:

Når jeg beveger meg, det er da det gjør vondt. Turen jeg har gått har jeg tvunget meg til. Både for mitt eget velvære og fysisk. Så har jeg fått astma, og det ble også en sorg oppå det hele. Når jeg er i fysisk aktivitet er det smertefullt og nå har jeg heller ikke pust til å gjøre noe, spesielt nå på vinteren når det er kaldt.

Utsagnet tolkes som at det er mange aspekter som har vært lærerike under rehabiliteringsoppholdet. Fysisk aktivitet, bevisstgjøring, realitetsorientert og sorg over tapt funksjon og livsutfoldelse. Det kan være mye å forholde seg til i relasjon til bearbeidelse og personlig utviklingsarbeid. Hun viser evne til selvinnsikt som er mestringsressurser å bygge videre på. Hun viser også at hun har reflektert over oppholdet og hva det har medført til. På den måten viser hun å ha vært bevisst tilstede i seg selv. Dette mestrer hun i tillegg til de øvrige belastninger hun sliter med.

Sistnevnte utsagn peker mot et patogenetisk fokus. Følelsen av håpløshet og sorg indikerer to aspekter, det instrumentelle aspektet og følelsesreguleringen. Hun tolkes dit hen å ha en indre stressfaktor, indre krav og uoppfylte ambisjoner om å kunne leve et verdig liv. Slik det kommer frem i hennes utsagn:

Ja, det er ganske så leit. Jeg har bestandig drømt om å komme i jobb å ha et liv som alle andre.

Dette er en dame som er vant å gå i terapi for å takle helsemessige utfordringer gjennom mange år. Likevel er dette en dame med pågangsmot, som presser seg selv og kjenner et eget velvære av det å være fysisk aktiv, tross smerter og tung pust. Ut i fra et perspektiv om at gåturene er et stimuli for hennes velbefinnende og samtidig en stressfaktor oppstår det en rekke følelser som håndteres gjennom OAS. Hun oppfattes å definere stressfaktoren med gåturen som positiv, for «eget velvære og fysisk», slik vil en OAS-sterk person oppleve turen som en utfordring og ikke en byrde (Antonovsky 2000). Hennes utsagn støttes gjennom påvist forskning at viktigheten av fysisk aktivitet bedrer kognitiv fungering på flere plan. I denne settingen opplever hun velvære og at det også gjør noe med henne fysisk.

<http://arbeidoghelse.no/print/635>

Den menneskelige organisme kan ikke stå i et høyt følelsesmessig spenningsnivå over tid uten å ta skade (Antonovsky 2000). Ved å være satt ut av arbeidslivet de siste 15 år, vil det tilsi at hun har hatt noen utfordringer på flere plan som hun har vært nødt til å takle. Både forholdet til NAV og det å takle livet som rusmisbruker:

Det er jo NAV som krever dette. For at jeg skal få utbetalinger må jeg vise med et ærlig sinn, hva jeg får til og jeg ikke får til. Jeg føler at jeg ikke har noe å skjule.

Antonovskys hypotese er at personer med en sterk OAS har andre følelser enn personer med svak OAS. Den OAS-sterke personen vil være bevisst sine følelser, samt være i stand til å snakke om dem. Hun er bevisst sine følelser, og skylder ikke på andre, tar ansvar for livet hun har levd og knytter følelsen til seg selv.

Det som er viktig for informanten akkurat nå, er å opprettholde den nye tillitten hun har fått hos datteren, som nå er voksen og har etablert et eget hjem. Dette er et livsområde hun opplever som meningsfullt og at hun takler det godt. De har fått en fin kontakt og tilbringer mye tid sammen. Dette er et karaktertrekk som bygger opp under en sterkt OAS.

Sett i fra et samfunnsetisk perspektiv skal vi ha en velferdsstat som ivaretar mennesker som ikke har helse til å stå i arbeid. Gjennom trygdeordninger skal de det gjelder, kunne ha tilfredsstillende økonomi til å leve et verdig liv, uten å måtte søke stønader fra NAV for å kunne klare månedlige leveomkostninger. Det er det ene aspektet. I tillegg kommer det sosiale liv, det å ha overskudd til å delta på de arenaer som faller naturlig ut i fra sin livsfase. Informanten er i en situasjon hvor hun har satt seg selv ut av vennekretsen som hun vanket i og det har vært vanskelig å etablere nye vennskap. Utenom familien er det terapeutene som er betydningsfulle for henne. Ut i fra et annet perspektiv kan informanten oppfattes som låst i sin tanke om egen helse. Dette medfører at det er særdeles utfordrende med veiledning all den tid bruker og fagpersoner ikke har samme mål for ARR, når hovedmål skal være definert til arbeid. I ARR er det en generell oppfatning om at deltakelse i arbeidslivet er helsefremmende ut i fra et biopsykososialt perspektiv. Denne modellen ble innført som begrep i rehabiliteringen helt tilbake på 1980-tallet, hvor også det psykiske og sosiale liv er vektlagt i forhold i helseperspektivet. Tidligere har det vært en mer medisinsk forståelse av redusert helse.

Utsagn som:

Det å bli klar over begrensningene, hva jeg får til og hva jeg ikke får til.

Utsagnet peker mot en erkjennelse at slik er situasjonen for henne. Det å akseptere er en mestringsressurs som kan føre til nye muligheter. Det å rette fokus ut mot det hun faktisk klarer, vil kunne gi henne flere mestringsopplevelser, som igjen kan gi henne mer energi til å stadig pushe seg selv til flere og større mål. Dette kan være prosesser som er bevisst eller ubevisst hos den enkelte.

Antonovsky hevder at terapeutiske samtaler kun vil gi midlertidig effekt og at personen etter kort tid vil falle tilbake til sin middelvei. Dette ut i fra en forståelse om at det er vanskelig å påvirke inkorporerte vaner og holdninger som personen har hatt gjennom mange år av sitt voksne liv. På den annen side, i lys av rehabilitering har et slikt utsagn en vesentlig betydning. Det å ha bidratt til at personen aksepterer sin situasjon, kan tolkes dit hen at hun nå har litt mindre stress og mer glede. Hun trenger ikke strebe etter noe som er urealistisk her og nå. Dette kan være prosesser som baller på seg og over tid kan det påvirke OAS i positiv retning. Det gjør at hun blir mer bevisst på egne ressurser. Det er som sagt forskning under arbeid i forhold til kognitive tiltak innen arbeidsrettet rehabilitering med undersøkelse av kvalitet og effekt. Det vil kunne gi noen svar ut over det som allerede er funnet ut om at fysisk aktivitet er positivt også for kognitiv fungering (<http://arbeidoghelse.no/print/635>).

Det å ha lært noe er en ting, men det er noe helt annet å praktisere kunnskapen i sin egen hverdag. En av informantene uttalte det slik:

«Ja, det vet jeg jo, det er ikke noe nytt – det visst jeg fra før av».

I veiledning er det ikke alltid målet å skulle lære voksne erfarne intelligente mennesker noe nytt. Det er mer det å kunne bevisstgjøre, det å hjelpe brukeren til å finne og styrke ressursene som er der. Jeg støtter meg til følgende sitat fra Doris Lessing:

”Læring er noe du plutselig forstår noe du har forstått hele livet, på en ny måte”

En av informantene uttaler:

Jeg vil si at jeg har lært å ha fokus mer på de positive sidene i livet, det som gir meg glede. Viktigheten av det å gå turer og holde på med yoga. Så danser jeg sving. Alt dette gir meg energi.

Slik denne informanten fremstiller å ha intervensert den nye kunnskapen kan tolkes dit hen at hun har skjønnet sammenhengen til alle områdene i OAS-modellen, håndterbarhet, forståelse og mening. Det er interessant å undersøke om disse motstandsressursene kan medføre endring i opplevd arbeids- og funksjonsevne.

Informanten har en diagnose som har satt henne delvis ut av arbeidslivet i 50%. Ut i fra et patogenetisk syn er diagnosen behandlet. Patogenese og salutogenese har et komplementært forhold. Når man skal behandle «*en organismes effektive tilpasning, kan man bevæge si ut over en postkartsiansk dualisme*» (Antonovsky, 2000:27). Det å ha evne til å se personen i situasjonen må til for å ha brukers historie med seg som et bakteppe for å få et helhetsbilde. For henne hadde det ikke vært noen adekvat behandling for å legge til rette det å mestre livet som 50% ufør. De tiltak eller behandlinger som hadde vært gjort ut over det biologiske, var i forhold til ytelse og sikre det økonomiske. Det var viktige og nødvendige tiltak, men langt fra tilstrekkelig. Det er ikke sikkert at hun i tiden etter uføreytelsen har hatt evner og muligheter til å påvirke egen situasjon. Begrepet empowerment betegner den makten og de ressursene en selv har for å håndtere livet. Nå var hun imidlertid «moden» for å ta inn over seg mestringsressurser for å takle sin reduserte helse og leve med det som er. Det vil kunne medføre at hun blir stabil i sin 50% stilling på lang sikt. Ut i fra et kritisk blikk om det er rehabiliteringsoppholdet som har medført intervensjon av mestringsressursene med fokus mot den sunne og friske delen i seg selv er ikke entydig. Det kan være at bruker var på rett sted til rett tid i forhold til hennes egen prosess med fokus mot salutogenese.

Informanten viser en positiv innstilling og entusiasme. Jeg støtter meg til hypotesen til Antonovsky som fremstiller det som at OAS har direkte fysiologiske konsekvenser og derigjennom påvirker helsa i positiv retning. Motsetningen er at stresshormoner kan påvirke helsa i negativ retning i form av både psykiske og fysiske smerter i tillegg til andre symptomer. Det er ikke dermed sagt at disse menneskene har en svak OAS.

Ut i fra informantens utsagn om å fokusere på det positive i livet, det som gir glede, vil hypotesen kunne påvirke helsa og dermed øke arbeids- og funksjonsevne på lang sikt. Det vil kunne tilsi at brukeren da har større forutsetninger for å holde seg ved tilfredsstillende helse i et lengere perspektiv. Det å være selvhjulpen i størst mulig grad vil i tillegg kunne medvirke til økt mestringsopplevelse og livskvalitet på kort og lang sikt.

Informantens uttalelse om viktigheten av fysisk aktivitet er helt i tråd med resultatene i tidligere forskning (<http://arbeidoghelse.no/print/635>). Fysisk aktivitet er et viktig tiltak i ARR. Forskningen viser at det har flere fordeler. Ikke bare bedring av funksjonsnivået generelt, men også i forhold til hukommelse, oppmerksomhet, planlegging og psykologisk fleksibilitet. Det er viktige egenskaper for å kunne møte kravene i arbeidslivet.

En annen informant:

Uttaler å ha lært mye, og har fått verktøy i forhold til utfordringer som grensesetting og stress, avspenning og energiøkonomisering. Smertemestring og det å lytte til kroppen. inkorporere det i hverdagen. Hun trekker frem dette med arbeidsutprøving som særdeles positivt.

Hun utdyper videre:

Hhhmm, det å lytte til kroppen min har jeg lært før. For jeg har jo gått så lenge med den skaden jeg har, at jeg har lært meg å kjenne kroppen min. Men, grensesetting og krav i forhold til energinivå og sånt, det er noe jeg har lært her. Det er ikke noe jeg har tenkt ut selv.

Jeg bruker det jeg har lært så godt jeg kan. Jeg er mer bevisst. Jeg kjenner kroppen og jeg kjenner når den har fått nok. Det er kroppen som bestemmer, som sender signaler om at nok er nok. Jeg har fått det noen ganger og det er ikke så godt, Men, fremdeles har jeg lyst å fortsette med de og de tingene men, man må lytte til kroppen. Vennene mine har begynt å lære, at når jeg sier at kroppen min sier stopp, må jeg bare stoppe.

Om vi rydder litt i uttalelsen ser vi at grensesetting og energiøkonomisering har en forbindelse. Det er verdt å merke seg at familien og de krav hun opplever derfra holdes utenfor. Måten hun praktiserer grensesetting på er blant annet det å si nei til vennene sine. En slik håndtering kan for henne være tilfredsstillende for en periode, til hun kommer seg ovenpå. I følge Antonovsky er det fire livsområder som det kan være vanskelig å distansere seg fra. Sine indre følelser, relasjoner mellom sine nærmeste, primære rolleaktiviteter og

eksistensielle forhold, (død, uunngåelig fiasko, personlige mangler, konflikt og isolasjon), men man kan likevel ha en sterk OAS. Mange har investert alt for mye av seg selv og egen energi i disse områdene til å benekte at de er betydningsfulle. Hvis vi likevel gjør det ligger vi lavt med hensyn til meningsfullhet (Antonovsky 2000). For å øke energien prøver hun å ikke anstrenge seg:

Jeg prøver rett og slett å bare være slapp i kroppen og ikke bruke opp alt jeg har.

Ved å spare på energien og ta tida til hjelp er målet hennes 100% energi. Ved ankomst til rehabiliteringsoppholdet skalerte hun på en skala fra 0 – 100 egenopplevd energinivå til ca 50%. På intervjuetidspunktet opplevdes energinivået å variere fra 50 til ca 80%.

I teorien kan det tolkes dit hen at er man bevisst på det å sette grenser, vil det være en faktor som også kan være med på å redusere stresset:

Jeg har mye innvendig stress og stresser meg selv opp om det er noe som skal gjøres. Det er ikke akkurat det lureste, for da knytter jeg alt av muskler og springer frem og tilbake. Da går jeg anspent i flere timer og plutselig så sier det bang, så er jeg helt utslått og det er da smertene kommer.

Stress og avspenning er komplementære faktorer. Opplevelsen av fallet fra stillasen, å gå anspent over lang tid, være usikker på helsemessig utfall av skaden og usikker på fremtidig arbeidsmuligheter gir stress. I motsetning til eksempelet hvor den positive innstillingen har en hypotese om å påvirke helsa i positiv retning, vil en annen hypotese være at slike bekymringstanker kan påvirke hormoner og ta skade på helsa i negativ retning, som for eksempel i form av opplevde smerter.

Likeledes vil en person med god håndtering av spenning i kroppen kunne forbedre helsa slik denne informanten gjør. Hun kjenner godt signalene fra kroppen sin og har strategier for hvordan hun skal unngå eller redusere spenningen. Sett i fra et teoretisk ståsted nærmer hun seg utfordringen og velger de ressursene hun har i sitt repertoar som er mest adekvat i forhold til problemet og anvender det rasjonelt. Hvorfor det blir slik kan sees i perspektiv til generelle motstandsressurser som er med på å danne en sterk OAS og som er avgjørende for evnen til å håndtere spenningen på en tilfredsstillende måte.

En informant uttaler seg slik:

Jeg var ved godt mot for å gå tilbake til jobben. For å roe ned konflikten rundt min arbeidssituasjon med at jeg fortsatt er 50% sykemeldt, fortalte jeg mine kollegaer åpent om mine helseutfordringer og at jeg trengte forståelse og tid til å opparbeide meg i 100% stilling. (...) det virker som mine kollegaer har bestemt seg for at jeg er et problem. I alle fall oppleves det slik. Det at det ikke er aksept for å være syk.

Denne kommentaren vil jeg belyse i forbindelse med arbeidsmiljøet, arbeidsrelatert stress og dets betydning i arbeidshverdagen og spesielt i arbeid der ens eget arbeid er forbundet med andres arbeid. Her er det flere nyanser som kan oppstå i arbeidsmiljøet. Eksempelvis om det skaper motsetningsforhold, komplementære eller relasjoner som øker eller reduserer samhandlingen innad i kollegiet. I produksjonsprosessen er alle avhengig av hverandre. Når en person har fravær, for eksempel sykemelding er det innlysende at det vil påvirke produksjonen i negativ retning, så lenge ledelsen ikke organiserer og setter inn ekstra ressurser. En annen mulighet for løsning av utfordringen kan være å omorganisere innad på arbeidsoppgavene slik at det kan være mulig å gjennomføre produksjon på et vis. En slik midlertidig tilrettelegging vil kunne fungere for en kortere periode. De menneskelige mekanismene som får dette til å fungere kan være faktorer hos de ansatte som stolthet, eierskap, medbestemmelse og anerkjennelse i bedriften. Dette er ressurser som kan virke samlende for kollegaer i et arbeidsmiljø. Videre vil det være avgjørende at man har opplevelse av håndterbarhet over de «nye» arbeidsoppgavene som må utføres. Det er avgjørende at opplevelsen av håndterbarhet er kjennetegnet med en passende dose belastningsbalanse. Overbelastning vil kunne oppstå dersom det ikke er ressurser til å løse oppgavene.

At hun føler seg utstøtt av kollegiet, til tross for at hun har vært åpen og bydd på seg selv, kan underforstått fortelle noe om forholdet mellom kollegaer. Bevissthet er en faktor i denne sammenheng i forhold til egne grenser og hvor mye man ønsker å dele med andre. Hun har heller ingen plikt til å fortelle arbeidsgiver om sykemeldingsårsaker, med mindre sykefraværet er arbeidsrelatert slik det fremkommer i arbeidsmiljøloven (https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_4). Dette ut i fra et perspektiv om at det vil være vanskelig for arbeidsgiver å tilrettelegge arbeidet, dersom det ikke er tydelig hva som er problemet.

Når arbeidsgiver velger en strategi som er uhensiktsmessig for løsning av at arbeidsstokken er redusert på grunn av sykdom, kan det dessverre som i dette tilfellet oppstå dårlige relasjoner til den arbeidstakeren som er borte fra jobb. Det får meg til å tenke på Eggen-teorien fra fotballverden, om å ikke ta mannen, men ballen.

Man må være oppmerksom på at det oppstår sosiale strukturer i nesten alle arbeidsmiljø. Til tider er de sosiale relasjonene viktigere enn våre egne ressurser, eller de ressurser den formelle struktur stiller til rådighet for oss. For å «ta temperaturen» på arbeidsmiljøet kan det være nyttig å stille seg følgende spørsmål. Kan man regne med støtte i kollegiet om man har det dårlig? Kan man regne med, at de dekker over en, hvis man gjør noe galt?

Slik informanten uttaler:

(...) fortalte jeg mine kollegaer at jeg trengte forståelse og tid til å opparbeid meg i 100% stilling.

Indirekte kan utsagnet tolkes som et rop om sosial støtte fra kollegaene. I følge Antonovsky kan mangel på sosial støtte være sykdomsfremkallende og motsatt kan sosial støtte være en buffer mot hendelser som lindrer sykdomsutfall. I tillegg er sosial støtte en faktor som påvirker til et sterkt OAS. Man kan undre seg hva som er drivkraften til informantens opplevelser, det å være utstøtt av kollegiet, jobbe under lite tilfredsstillende arbeidsvilkår eller å få lite forståelse for den helsemessige situasjonen hun befinner seg i.

Et mulig svar kan være å vinkle det til informantens personlighet som utviser engasjement for arbeidsplassen og faget sitt. Hun handler i overensstemmelse med å forsøke å løse situasjonen, alternativet kunne ha vært å føle seg maktesløs i relasjon til manglende samarbeide fra arbeidsgiver. Antonovsky viser til at personer som har kontroll tar ansvar og føler seg i stand til å handle effektivt på egen hånd. Det kan være beskrivelsen på en person som er hardfør, som tåler belastninger og som vil være i stand til å snu en lite tilfredsstillende omstendighet til å se det positive i det. Situasjonen kan også sees i forhold til personlig vekst og utvikling.

Hos Antonovsky fremkommer definisjon på sosiale klimaer som delt i tre dimensjoner:

«De tre relationsdimensjoner betegnes engagement, sammenhold mellom kollegaer og støtte. De tre dimensjoner, der uttrykker personlig vekst eller målrettethed, betegnes autonomi,

oppgaveorientering og arbeidspres» (Antonovsky 2000:60). I denne sammenheng defineres dimensjonene som objektive kjennetegn i det sosiale miljøet. Ut i fra observasjoner fra en uavhengig aktør er det mulig å presentere en teoretisk argumentasjon for at disse faktorene er bedre prediktorer for god helse, enn den subjektive opplevelsen vil være. Men, det er all grunn til å undersøke begge innfallsvinkler, ettersom det også er mulig å argumentere for det motsatte.

Det er mulig at hardføre personer er mer verdsatt i arbeidslivet enn personer som er mer sårbar, uten å rangere kvaliteter for arbeidshelse. I et arbeidsmiljø og samfunnet generelt skal det være plass til alle. Ved å bruke allegorier til blomster, er det mange ulike, noen er mer hardføre enn andre. Noen trenger mindre gjødsel enn andre og noen skal ha lite vann mens andre trenger mye vann for å vokse og spire.

På en annen side kan man se på dette med sykefravær fra jobb i forhold til personlighetsfaktorer og mestringsstil. Er det slik å forstå at personer med sterkt utviklet OAS har mindre sykefravær fra jobb enn personer med svak OAS? En av hypotesene hos Antonovsky kan være relevant å belyse i denne sammenheng. En foreløpig konklusjon er at det eksisterer en immunforsvarhemmende personlighet, som i samspill med særlige patogener og genetiske anlegg eller svake koblinger mellom sentralnervesystemet og immunforsvaret fører til sykdom. En OAS-sterk person vil kunne ha en immunologisk kompetanse å trekke på og ikke være så mottakelig for å utvikle sykdom. En annen hypotese som er verdt å nevne er forekomsten av følelsesmessige forstyrrelser. Her vil begrepet hardførhet være relevant for forståelsen av hvorfor visse mennesker er beskyttet mot de immunologiske virkninger av følelsesmessige påkjenninger.

Videre sier de fleste informanter noe om at de har lært å bli mer fokuserte under oppholdet:

(...) det å være bevisst tilstede i hverdagen

Det å være mer bevisst tilstede i hverdagen kan for mange medføre intervensjoner av atferdsendringer på ulike nivåer. Antonovsky viser til spørsmålet om atferdsendring kan styrke immunsystemet. Han beskriver lykke, trygghet, følelse av kontroll og andre positive følelser som mulige intervensjoner. Dette kan være faktorer som vil kunne påvirke og hindre kroppslige spenninger å utvikle seg til stress. Det har vært gjort en selvstendig empirisk

undersøkelse som viser at avspenningsøvelser alene førte til markant økning i immunforsvars kompetansen. Dette var en undersøkelse som var målt helt ned på cellenivå. (Antonovsky 2000:175)

En annen vinkling på det å være mer bevisst tilstede er å se det opp i mot det å få bedre innsikt og selvforståelse for egen tanke og adferdsmønster samt forståelse av egne ressurser og muligheter. Dette er også bekreftet i tidligere forskning (Braathen 2015).

Et viktig fokus i ARR er avspenningsøvelser. Brukerne lærer enkle teknikker som kan utføres nesten hvor som helst i arbeidshverdagen. Det blir som en av informantene uttaler:

Jeg tar meg 10 minutter avspenning på kontorstolen, når jeg kjenner at det snørper seg til.

En mestringsstrategi er noe som man må øve seg på å implementere i hverdagen. Det kan være en utfordring i seg selv å innarbeide nye vaner og strategier. Dette ut i fra en forståelse om at det meste av vår atferd er på det ubevisste nivå. Mange mennesker går på autopilot med vaner og uvaner uten å reflektere over det.

Fokuset under rehabiliteringsoppholdet er ikke alltid det å lære noe nytt, men å være bevisst på det som allerede fungerer og sette det ut i praksis.

Bevisstgjøring vil si det å komme til erkjennelse av noe, det å få større innsikt i ens egen livsstil som har inkorporert seg med utspring fra den sosial og kulturelle ramme som man er en del av.

Slik det fremkommer har det i dette kapittelet vært diskutert ulike områder for hva som er hovedvekten av det informantene sitter igjen med av lærdom fra ARR. Mest sentralt er ny bevisstgjøring, fysisk aktivitet, avspenning og stressmestring. Ulike mestringsstrategier er sett opp imot den enkeltes opplevelse av sammenheng i forhold til utfordringene i et biopsykososialt perspektiv. Slik som bevisstgjøring rundt atferd og implementering av ny kunnskap i hverdagen, samt arbeidsrelatert stress og betydningen det har for nyanser i arbeidsmiljøet. Det har belyst relevante faktorer i arbeidsmiljøloven og diskusjon rundt ansvar og plikter.

7.0 Oppsummering og konklusjon

Fokus i denne masteroppgaven har vært å undersøke om deltakere av intensivt kortvarig ARR-gruppeopphold med individuell tilpasning på en uke har medført til noen endringer i forhold til arbeid og helse. I undersøkelsen fremkom det tre hovedtema: Motivasjon, arbeidets betydning og mestring.

Første hovedtema viser at forventninger og motivasjon er viktig for fremdrift. Spesielt i forhold til det å gå i gang med egen rehabilitering, et krevende personlig arbeid som involverer et helhetlig biopsykososialt perspektiv. Motivasjonsfaktorer må også sees i gruppesammenheng i forhold til påvirkninger i prosessene mellom gruppe medlemmene. En innfallsvinkel for å øke motivasjonen i gruppa kan være gjennom strategisk arbeid med mål som både er personlig og gir mening for den enkelte. Det var manglende konsensus i forhold til forventninger og motivasjon. Likeledes kom det frem ulike motiv for deltakelse på ARR. Noen syntes det var godt å komme bort til andre omgivelser og noen opplevde det som skjult tvang, ut i fra legens ønske. Det var konsensus i forhold til at alle informantene hadde fått mer enn de forventet under oppholdet som helhet. Det som utmerket seg var bevisstgjøring, at alle hadde fått større innsikt og forståelse i forhold til egne utfordringer.

Andre hovedtema omhandler arbeidets betydning og viser at de fleste av informantene hadde forventninger til å komme tilbake til arbeid etter oppholdet. Det å ha en jobb å gå til, er identitetsbyggende og helsefremmende. Det fremkom at flere har utfordringer med arbeidsplassen i forhold til ønsket tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Det betyr mye at arbeidsplassen kan tilpasse seg den enkelte arbeidstakers livsfase og helsemessige utfordringer. Økt kunnskap om virkemidler og alternative ordninger i regi av NAV kan være et tema for videre forskning. Arbeidsmiljøets betydning og sosial støtte fremkommer som viktige faktorer i undersøkelsen. Personers grunninnstilling i relasjon til OAS-begrepet har betydning for subjektive opplevelser og motstandsdyktighet i forhold til arbeid. Over halvparten av informantene gikk tilbake til egen jobb etter oppholdet, med gradert oppstart og gradvis økning opp imot full stillingsprosent, som varierte fra 50 til 100%. En av informantene startet i arbeidsutprøving i det ordinære arbeidsliv. Om hun ikke får fast jobb der, vil hun være en arbeidserfaring rikere, og at hun har en referanse å fylle på CV 'en. En annen informant var av den oppfatning at hun ikke hadde arbeidshelse, i det perspektivet var

hun en lite egnet ARR-kandidat. Men oppholdet har vært en viktig og positiv erfaring for henne. Ut i fra hypotesen til Antonovsky om at bruker tar til seg «en smule» det vil si litt kunnskap, vil det kunne bringe glede og ha et utviklingspotensiale i et langsiktig perspektiv som kan føre til noe mer som har positivt utfall for arbeid og helse.

I hovedtema mestring omhandler det begreper som salutogenese, det å rette fokus mot den friske delen. Det å gjøre mer av det som fungerer. Mestring er et tema som går igjen i alle dimensjoner i funndelene. Erkjennelse og akseptering er en mestringsressurs som er grunnleggende for å forstå hva man kan mestre og justere på. Det å se meningen i det man holder på med er det viktigste aspektet i forhold til relasjonene mellom begrepene i OAS. I dette perspektivet vil det bli selve drivkraften til endringsarbeidet som kan være nye vaner, både på det praktiske og kognitive plan, slik det er presentert.

Ut i fra funn i oppgaven har et intensivt ARR-opphold på en uke medført til endringer i brukernes helse og arbeidssituasjon. Det er i samsvar med tidligere forskning på feltet. Viktige funn er at resultatene er tilsynelatende nokså like, til tross for at denne undersøkelsen viser resultater fra en ukes ARR, mens tidligere forskning er basert på fire ukers opphold. Resultatene viser at det betyr mye for de fleste deltakerne å være i arbeid. Ut i fra oppgavens problemstilling og det teoretiske rammeverket som er brukt. Tilsier det noe begrenset fokus på arbeidslivet generelt og tilgjengelig virkemidler gjennom NAV. Det er behov for stadig å utvikle fremtidsrettede tjenester og samhandling på tvers av arbeid og helsesektoren. Dette anses som begrensninger i oppgaven som kan være gjenstand for videre forskning.

Studien har relevans for fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering, ettersom tidligere forskning ikke viser noen eksakte metoder i fagfeltet med hensyn til faktorer som kan øke brukers arbeidsevne, påvirke brukers egne ressurser og bistå potensielle samarbeidspartnere i prosessen tilbake til arbeid. Fokuset mot motivasjon, salutogenese, mestring, arbeidsrelatert stress OAS (Sense of Coherence) kan være et supplement i behandlingsideologien innenfor ARR. Ved å analysere det empiriske materialet i lys av teori, har jeg som forsker fått større innsikt og vurderer helse og funksjon i en bredere sammenheng enn som sykdom isolert sett. Arbeidsaktivitet alene er helsefremmende faktorer, samtidig har jeg fått innsikt i at arbeidsplasser kan være både byggeplass og riveplass for god helse.

Litteraturliste:

Antonovsky, Aaron, (2000), *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

Ekeland, T., & Heggen, K. (2008), *Meistring og myndiggjering, Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.

Everett, E.L & Furseth I., (2008), *Masteroppgaven, Hvordan begynne – og fullføre* Oslo: Universitetsforlaget.

Hansen, H.T., & Lundberg, K., G., & Syltevik, L., J., (2013), *NAV – med brukeren i sentrum?* Oslo: Universitetsforlaget.

Hernes, T., & Heum, I. & Haavorsen, P., (2012), *Arbeidsinkludering, om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Håkonsen, K.M., (2003), *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Normann, T., Sandvin, J. T.& Thommesen, H., (2008) *Om rehabilitering, Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget.

Paulgaard, G. (1997). *Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utefra eller begge deler?* Oslo: Universitetsforlaget.

Reeve, J. (2009), *Understanding motivation and emotion*. Hoboken, N.J: Wiley.

Reinecker, L., & Jørgensen, P.S., (2011), *den gode oppgaven*. Oslo: Fagbokforlaget.

Skau, G. M. (2003), *Gode fagfolk vokser, personlig kompetanse som utfordring*. Oslo: Cappelen Forlag A/S.

Snoek, J., E., & Engedal K., (2005), *Psykiatri, Kunnskap, Forståelse, Utfordringer*. Oslo: Akribe forlag.

Thagaard, T. (2009), *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagboklaget.

Thornquist, E. (2003), *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Aase, T., & Fossåskaret E., (2010), *Skapte virkeligheter, om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Publikasjon:

Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten: Fagrådet for AIR:2011

Internettadresser:

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_2, hentet den 090915

https://snl.no/nedsatt_funksjonsevne, hentet den 051015 ”Store norske leksikon”.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3, hentet den 090915

<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Hysnes-Helsefort/Nyheter/Forsker-pa-effekten->

[av-arbeidsrettet-rehabilitering/109355/](#), hentet den 120915

<http://arbeidoghelse.no/tags/arbeidsrettet-rehabilitering>, hentet den 140915

<http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78247> hentet den 081015

<http://hernes-institutt.no/ny-rapport-fra-statens-arbeidsmiljoinstitut-om-status-for-arbeidsmiljo-og-helse-i-norge/>, hentet den 201015

http://hernes-institutt.no/wp-content/uploads/2015/06/NOA_Faktabok_Web_liten-1.pdf,
hentet den 201015

<https://www.hist.no/content/46187/Innovasjon-i-helsevesenet---hva-kan-vi-lare-av-prosjektet-KOLS-Heim> hentet den 201015

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_4, hentet den 101015

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3, hentet den 141015

<http://www.napha.no/content/13887/Salutogenese> hentet den 121015

<https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Tiltak+for+a+komme+i+jobb/Tidsubestemt+lønnstilskudd.805374506.cms#chapter-1> hentet den 171015

<https://www.nav.no/no/Person/Pensjon/Relatert+informasjon/Jobbe+ved+siden+av+uføretrygd.401341.cms> hentet den 171015

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/stortingsmelding-om-folkehelse-god-helse/id725238/>
hentet den 070915

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?ch=1&q=>
hentet den 010915

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-46-20122013/id733259/?ch=1&q=>

hentet den 080915

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-9-2006-2007-/id432894/?ch=1&q=>

hentet den 080915

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Ny-og-forenklet-IA-avtale-for-oppfolging-av-sykmeldte/id752430/>

hentet den 140915

<http://www.societyhealthvulnerability.net/index.php/shv/article/view/26624>

hentet den 151015

<https://www.ssb.no/sok?sok=arsak+til+sykemelding>, hentet den 280915

<http://www.tromso.kommune.no/aktiv-paa-dagtid.140967.no.html> hentet den 031116

http://www.vhss.no/?a_id=2315, hentet den 081015



Britt Lillestø
Fakultet for samfunnsvitenskap Universitetet i Nordland

8049 BODØ

Vår dato: 31.10.2014

Vår ref: 40196 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 40196 | <i>Arbeid og helse</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Britt Lillestø</i> |
| <i>Student</i> | <i>Wenche Hobolm</i> |

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

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Wenche Hoholm wenche.hoholm@online.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdrmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40196

Formålet er å undersøke om, og på hvilken måte brukere kan oppleve om det har noe for seg med kortvarig og intenst rehabiliteringsprogram, i forhold til arbeidsrettet rehabilitering.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Bakgrunnsopplysninger om informanten:

Navn, alder, arbeidsgiver, sykemeldingsstatus, ytelser fra NAV.

Fase 1. Rammer for intervjuet.

1. Løst prat (5 min)

Uformell prat.

2. Informasjon (5 – 10 min)

Si litt om temaet for samtalen, (Bakgrunn, formål)

Bakgrunn for undersøkelsen er å få klarhet i om det har noen virkning med Arbeidsrettet rehabilitering med arbeid som mål, med 1- ukes funksjonsvurdering i regi av Helse-Nord og Raskere Tilbake ordningen.

Formålet er å kunne vise noen resultater i form av erfaringer fra deltakerne på ARR.

Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet.

Intervjuet skal brukes til å skrive en masteroppgave i samfunnsfag med fordypning i rehabilitering. Vi, veileder og jeg er underlagt taushetsplikt, så alt det du sier vil ikke bli brukt til annet, enn formålet med intervjuet.

Det vil være full anonymitet, intervjuet blir lagret på passordbeskyttet mobiltelefon. I oppgaven blir det brukt fiktive navn, slik at det skal være umulig å gjenkjenne den enkelte informant.

Som informant vil du få en kopi av oppgaven.

Spør om noe er uklart, eller om informanten har noen spørsmål.

Informert om opptak, og få samtykke.

Start opptak.

Fase 2. Erfaringer:

Overgangsspørsmål: (ca 15 min)

Hva slags erfaringer har du med arbeidsrettet rehabilitering?

Kan du si noe om hva du mener kjennetegner arbeidsrettet rehabilitering?

Fase 3. Fokusering:

Nøkkelspørsmål (50-60 min)

1. Hva var dine forventninger til deltakelse i 1- ukes funksjonsvurdering?

2. Hva var dine forventninger til å komme tilbake til din arbeidsplass?
3. Hva har du lært av rehabiliteringsoppholdet?
4. Har du fått innfridd forventningene til oppholdet?
5. Hvordan har du praktisert/tatt kunnskapen med deg videre i din hverdag?
6. Har du vært i arbeid etter at du avsluttet rehabiliteringsoppholdet?

Kan du nevne de tre viktigste tingene som du har lært under oppholdet?

Oppfølgingsspørsmål:

7. Hva skal til for at du skal komme tilbake til arbeidslivet?

Fase 4. Tilbakeblikk

Oppsummering (ca 15 min)

Oppsummere funn

Har jeg forstått deg riktig?

Er det noe du vil legge til?

Utdrag fra matrise

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 2. Hva var dine forventninger til å komme tilbake til din arbeidsplass? | 5. Hvordan har du praktisert/tatt kunnskapen med deg videre i din hverdag? |
| 3. Hva har du lært av rehabiliteringsoppholdet? | 6. Har du vært i arbeid etter at du avsluttet rehabiliteringsoppholdet? |
| 7. De tre viktigste tingene som du har lært under oppholdet | 8. Hva skal til for at du skal komme tilbake til arbeidslivet? |

| | Spm 1 | Spm 2 | Spm 3 | Spm 4 | Spm 5 | Spm 6 | Spm 7 | Spm 8 |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obj 2 MA 19 | Menings- fortetning Ingen forventninger , til oppholdet. Jeg visste ikke annet enn at det var basseng og treningsopple gg. Jeg tenkte at en uke ville være for kort tid i forhold til forventninger om treningsopple gg. Menings- fortolkning Hun hadde ingen forventninger var åpen for hva dette innebar, så ble hun positivt overrasket. Hun viker | Menings- fortetning & Nei, jeg hadde jo en yrkessa de og det ville bli vanskel g for meg å jobbe som murer med de skadene jeg hadde fått under fallet fra stillasjen. Menings- tolkning Ønsket en annen | Menings- fortetning Har lært mye, og har fått verktøy i forhold til utfordringer som grensesetting og stress, avspenning og energikonomiseri ng. Smertemestring og det å lytte til kroppen., inkorporerer det i hverdagen. Hun trekker frem dette med arbeidsutprøving som særdeles positivt. Menings- tolkning Er mer bevisst på det som er og mer oppmerksom på hvordan hun skal mestre sine utfordringer. Noe har hun lært under rehabiliteringsopphol det og noe kunne | Menings- fortetning Ja, jeg er glad og fornøyd og har fått så mye mer enn jeg hadde forventet. Menings- tolkning Positivt overrasket både i forhold til arbeid og veiledningsfokus | Menings- fortetning Det med å så et lite frø som kan vokse seg stort. Har mange prosjekter med seg selv. Grensesetting, lytte til kroppen, finne base-line, posjonere på energi. Håndtere smarter med å reduere stress. Det å få alle øvelsene inn i livsstilen. Menings- tolkning Noen grad av unvikesatsferd i forhold til arbeid og fysisk aktivitet. Scorer lavt på emosjonelt stress og psykosomatiske plager. | Menings- fortetning Har god tilrettelegging, åpenhet i arbeidsforholdet og arbeidsgiver skjønner de helsemessige utfordringer. Presser seg av og til i jobb, slik at hun ikke klarer mer, og må gå hjem. Er samtidig blitt bedre i helse etter arbeidsulykka, med behandling. Hun jobber mer enn det hun har oppgitt som energinivå, går fint med innlagte pauser i arbeidshverdagen. Menings- tolkning Trives i jobben med god tilrettelegging, ser flere fordeler med å være i jobb. Fordelene gjør at hun presser seg ekstra. Har en del somatisering, | Menings- fortetning Være i foranket av smerten. Ikke stille så høye krav til meg selv. Ha tro på at ting blir bedre til slutt. Det å ha fått mulighet til annet arbeid. Menings- tolkning: Hun stiller helt klart helse foran jobb. Det fysiske først, så det emosjonelle og sist jobben. | Menings- fortetning En god tilrettelegging på arb Plassen. Forståelse Og god dialog Menings- fortolkning Fokus bør rettes mer mot det frit hos henne, legge mer vekt på hva hu klarer tross sin yrkesskade og sm |