



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2016 30 stp
Institutt for landskapsplanlegging

Betydningen av arbeidsrettet rehabilitering for å vende tilbake til arbeidslivet - en kvalitativ studie av deltakernes erfaringer

The importance of vocational rehabilitation for
returning to work-
A qualitative study of participants' experiences

Margrethe Ulfsbøl Tangre
Master i Folkehelsevitenskap

Sammendrag

Bakgrunn: Det er en stor andel sykmeldte og uføre arbeidstakere som har en restarbeidsevne, men som fortsetter å motta sykmelding eller uførestønad. Samfunnsmessig er det mye å hente på å ha et inkluderende arbeidsliv om ivaretar og sørger for at de med redusert arbeidskraft kan stå i arbeid. Hensikten med denne studien har vært å få en økt forståelse for de faktorer som kan ha betydning for om et individ returnerer til arbeidslivet etter arbeidsrettet rehabilitering.

Teori: Selvbestemmelsesteorien til Ryan og Deci er valgt som teoretisk rammeverk som beskriver hvordan de grunnleggende behovene tilhørighet, autonomi og kompetanse, dersom optimalt og individuelt oppnådd, vil påvirke om et individ opplever god helse og velvære og som kan være viktig for å komme tilbake til arbeidslivet.

Metode: I tråd med en fenomenologisk fremgangsmåte har studien hatt fokus på informantenes erfaringer og at disse er gjengitt så opplevelsesnært som mulig. Data ble innhentet ved 2 fokusgruppeintervjuer og 3 enkeltintervjuer. Totalt 11 personer har blitt intervjuet. Målgruppen har vært menn og kvinner i yrkesaktiv alder som har deltatt på arbeidsrettet rehabilitering via Friskgården. Tiltaket retter seg mot personer med muskel- og skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser, utbrenthet, fibromyalgi eller arbeidskonflikter. Informantene var på intervjutidspunktet enten i lønnet arbeid eller arbeidspraksis. **Resultat:** 5 hovedtema fremkom som viktige for returnering til arbeidslivet: **aksept av egen situasjon, personlig innstilling, bevisstgjøring, tilrettelegging og bli sett og et sosialt nettverk/felleskap.**

Konklusjon: Denne studien har undersøkt deltakernes erfaring med arbeidsrettet rehabilitering og hva som skal til få å komme i arbeid igjen etter lang tids fravær. Undersøkelsen viser at tilrettelegging og avklaring av restarbeidsevne samt aksept av sin egen situasjon har stor betydning for tilbakevending til arbeidslivet. Økt bevisstgjøring synes også å ha en betydning for tilbakevendingen. Personlig innstilling og sosial støtte synes å være medvirkende faktorer for en vellykket tilbakevendingsprosess.

Nøkkelord: arbeidsrettet rehabilitering, selvbestemmelsesteori, aksept av egen situasjon, bevisstgjøring, personlig innstilling, tilrettelegging, sosial støtte.

Abstract

Background: There is a large number of employees receiving sick leave benefits or disability pensions, workers that have a capacity for work, but who continue to receive sick leave benefits or disability pensions. Socially, there is much to gain by having inclusive working conditions and ensure that those experiencing reduced capacity for work, still may be at work. The purpose of this study was to gain a better understanding of the factors that may affect whether an individual returns to employment after vocational rehabilitation.

Theory: The Self-Determination Theory of Ryan and Deci is selected as the theoretical framework describing how the basic needs of relatedness, autonomy and competence, if optimally and individually achieved, will affect whether an individual is experiencing good health and wellness and that can be of importance for returning to work.

Method: In keeping with a phenomenological approach, I have focused on the informants' experiences and that these are reproduced as closely as possible. Data were collected through two focus group interviews and 3 single interviews. 11 people have been interviewed. The target group has been men and women of working age who have attended vocational rehabilitation through Friskgården. The measure is aimed at people with musculoskeletal disorders, minor disorders, burnout, fibromyalgia or labour disputes. The informants were at the time of the interview either gainfully employed or in work practices.

Result: 5 main themes emerged as key for return- to-work: **acceptance of their situation, personal setting, increased consciousness, adaptation and to be seen and a social network / community.**

Conclusion: This study has examined the participants' experience with vocational rehabilitation and what it takes to return to work after a long period of absence. The study shows that the five described main themes, above, have been important for the informants' return to work. Acceptance of their own situation and arrangement has been described as a turning point to change. These two conditions together with a increased awareness, seems to have an impact on the return. Personal attitude and social support appear to be contributing factors for a successful repatriation process.

Keywords: vocational rehabilitation, self-determination theory, acceptance of own situation, awareness, personal setting, organizing social support

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært lang og krevende. Det har vært en lærerik prosess med flere opp- og nedturer. Masteroppgaven setter et punktum i mitt deltidsstudium i folkehelsevitenskap på Norges Miljø og Bioteknologiske universitet. Det er med stor glede at jeg nå avslutter dette løpet, en god porsjon klokere, får vi håpe!

Det er mange som skal ha takk for at dette har vært mulig å gjennomføre. Takk til min veileder ved universitet, Ingeborg Pedersen, for konstruktive tilbakemeldinger og innspill underveis. Takk til min arbeidsgiver, Fet kommune, som har gitt meg mulighet til å starte og fullføre dette hele masterstudiet de siste 4 årene. Tusen takk til mine gode kollegaer som har gitt masse god støtte og oppmuntrende tilbakemeldinger.

Takk til min gode familie og svigerfamilie som har kommet med oppmuntrende ord og trøst og ikke minst stilt opp utallige timer som barnevakt og for at dere har tillatt meg i perioder å være både fraværende og frustrert. Og takk til venner som har stilt opp og gitt meg masse positiv sosial støtte i denne prosessen.

Tusen takk til Friskgården ved Aud Ramberg og Bodil Myhr som har tatt godt imot meg på Friskgården og som har latt meg gjøre dette prosjektet sammen med dere. Ikke minst takk til informantene som stilte opp og åpenhjertig ga meg innblikk i deres situasjon. Jeg er ydmyk og har stor respekt for dere og den innsatsen dere har nedlagt for å komme tilbake til arbeidslivet.

Takk også til min venninne, Maria, og søster, Oda, og mamma, Anne, som har kommet med gode tilbakemeldinger på innholdet i oppgaven.

Til sist vil jeg takke min ektefelle, Kjetil, som tålmodig har måttet tåle mange «barnevakt»-skift alene, både i tidligere eksamensforløp, men også nå dette halve året i 2016. Uten din innsats og velvilje, hadde dette ikke gått.

Sørumsand, 20.06.2016

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 KAPITTELINNDELING OG OVERSIKT.....	8
2.0 BAKGRUNN:	8
2.1 DEFINISJON AV HELSEBEGREPET	8
2.2 FOLKEHELSE- ET SAMFUNNSANSVAR	9
2.3 MYNDIGHETENES FØRINGER FOR Å SIKRE ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV	10
2.4 TIDLIGERE FORSKNING PÅ ARBEIDSRETTET REHABILITERING	12
3.0 FRISKGÅRDEN	17
3.1 FRISKGÅRDENS TILTAK «ARBEIDSRETTET REHABILITERING»:	17
3.1.1 DAGLIG OPPLEGG	18
3.1.2 INNHOLD I TILBUDET	18
4.0 TEORI.....	19
4.1 SELF-DETERMINATION THEORY (SDT)	19
4.2 SALUTOGENESEN.....	21
5.0 PROBLEMSTILLING:	21
6.0 METODE:.....	22
6.2 FENOMENOLOGI	22
6.3 REKRUTTERING AV UTVALG	23
6.4 UTVALGET:.....	24
6.5 FOKUSGRUPPEINTERVJU OG SEMISTRUKTURERTE INDIVIDUELLE INTERVJU	26
6.6 UTFORMING AV INTERVJUGUIDE	26
6.7 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER.....	28
6.7.1 MELDEPLIKT/SØKNADER:	28
6.7.2 IVARETAKELSE AV INFORMERT SAMTYKKE OG KONFIDENSIALITET	28
6.7.3 FORSKERENS ROLLE.....	29
6.7.4 PRAKTISK INFORMASJON:	29
7.0 ANALYSE:.....	30
7.1 HOVEDANALYSE	30
7.2 DELANALYSE.....	32
8.0 RESULTATER:.....	34
8.1 AKSEPT AV EGEN SITUASJON:.....	34
8.2 BEVISSTGJØRING	36
8.3 PERSONLIG INNSTILLING.....	41
8.4 TILRETTELEGGING OG Å BLI SETT:	43
8.5 NETTVERK OG FELLESSKAP:	48

9.0 DISKUSJON:.....	52
9.1 AKSEPT AV EGEN SITUASJON	52
9.2 BEVISSTGJØRING	53
9.3 PERSONLIG INNSTILLING.....	56
9.4 TILRETTELEGGING OG Å BLI SETT.....	57
9.5 NETTVERK OG FELLESKAP	60
9.6 FOLKEHELSERELEVANS.....	62
9.7 METODEKRITIKK.....	63
9.7.1 INTERVJUKVALITET.....	63
9.7.2 MULIGE SVAKHETER VED FOKUSGRUPPENE.....	65
9.7.3 FORHOLD AV MULIG BETYDNING VED INFORMANTENE	65
9.7.4 ANDRE FORHOLD AV BETYDNING FOR STUDIEN.....	66
9.8 KONKLUSJON OG FREMTIDIG FORSKNING.....	66
10.0 REFERANSELISTE:	69
11 VEDLEGG	77
11.1 INFORMASJON OG FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I PROSJEKTET: «TILBAKEVENDING TIL ARBEIDSLIVET ETTER LANG TIDS FRAVÆR»	77
11.2 MAL FOR INTERVJUGUIDE	79
11.3 GJENPARTSBREV FRA NORSK SAMFUNNSVITENSKAPELIG DATATJENESTE.....	82

1.0 INNLEDNING

Sykefravær har store samfunnsøkonomiske konsekvenser, både som sykemeldinger og uføretrygd. Pr 31. mars 2016 var det om lag 9,5 % av befolkningen som mottok uførepensjon, dette tilsvarer 317 100 personer (Nav, 2016). Det har vært en økning i antall uføre fra 2015 til 2016 på 0,2 % (Nav, 2016). De siste årene har det vært en nedgang i den eldste aldersgruppen som mottok uførepensjon mens det har vært en økning blant de yngre aldersgruppene, 18-29 år (Nav,2016). For samme periode i 2016 var 1,7 % av befolkningen yngre uførepensjonister (Nav, 2016). Selv om dette tallet er lavt, har det mye å si for de det gjelder samt for samfunnet som helhet da de unge risikerer et langt liv utenfor arbeidslivet (Nav, 2016). I statsbudsjettet for 2016 ble det satt av midler til uføretrygd i størrelsesorden 79 milliarder kr (Regjeringen, 2016). Dette er en økning fra 2015 på 780 millioner kr (Regjeringen, 2016). Tall fra Nav viser at det er flere som fikk innvilget uføretrygd i 2015 enn som hadde avgang fra uføretrygd (Nav, 2016). Den samme tendensen kan sees i første kvartal 2016 (Nav, 2016). Det er flere kvinner enn menn som mottar helse relaterte ytelser (uføretrygd, sykepenge og arbeidsavklaringspenge) (Nav, 2016). Blant de som mottok 100 % uføretrygd var det 6,5 % som hadde et arbeidsforhold. Blant de med gradert uføretrygd var denne andelen 73,6 % og i denne gruppen var uføregraden 60,6% (Nav, 2016).

Muskel- og skjelett-lidelser står for 50 % av sykefraværet, mens lettere psykiske lidelser står for 18 % av sykefraværet for kvinner og 16 % for menn (Arbeidstilsynet, 2015). 50% av de med mentale lidelser kommer ikke tilbake til arbeid etter 6 måneders fravær (Blank m fl, 2008).

Faktorer som øker faren for langtidsfravær er lav utdanning (7-9 og 10-11 år), ufaglært arbeid, dårlig sjefsstøtte, fysisk belastende arbeid, underliggende psykiske plager, muskel- og skjelettplager, at de er unge og at de er kvinner (Foss og Skyberg, 2008). Volker m fl fant at tanken på å ikke kunne jobbe på grunn av symptomer på sykdom samt det å ha en kronisk tilstand, begge kan gjøre varigheten på arbeidsfraværet lengre (Volker m f, 2015). Forskning tyder også på at langtidsfravær fra en arbeidsplass kan føre til sosial isolasjon og inaktivitet, depressive symptomer (Vingård, 2004), dårligere selvfølelse (Vingård, 2004).

Sannsynligheten for å komme tilbake til arbeidslivet reduseres med lengden på fraværet (Krause,1998, Regjeringen, 2010). Langvarig sykefravær er vist at også kan medføre økt dødelighet (Bamra C m fl 2006) lavere følelse av velvære og at individet blir sittende fast i en

negativ sykerolle (Floderus 2005). I denne sammenheng er det grunn til å ha et fokus på å få de som står utenfor arbeidslivet på grunn av helserelaterte årsaker tilbake til arbeidslivet så raskt som mulig.

1.1 KAPITTELINNDELING OG OVERSIKT

Denne studien omhandler arbeidsrettet rehabilitering og tilbakevending til arbeidslivet og er bygd opp i de påfølgende kapitlene med bakgrunn i kapittel 2 som tar for seg helsefremmende perspektiver, myndighetenes føringer for et inkluderende arbeidsliv og at flere skal være i arbeid. Det vil her bli beskrevet hva arbeidsrettet rehabilitering er og tidligere empiri på arbeidsrettet rehabilitering blir lagt frem. Videre vil, i kapittel 3, Friskgården som privat leverandør av arbeidsrettet rehabilitering og innholdet i Friskgården sitt tiltak beskrives. Dernest i kapittel 4 vil det komme en presentasjon av teori som benyttes i denne studien, selvbestemmelsesteorien til Ryan og Deci (2000) og en kort beskrivelse av salutogenesen (Antonosky, 1987) som Friskgården bygger sitt teoretiske rammeverk på. I kapittel 5 fremlegges problemstillingen som oppgaven bygger på og som omhandler deltakeres erfaring med et rehabiliteringsopphold. Kapittel 6, 7, 8 og 9 presenterer metoden som er valgt, analysen av intervjuene, resultatene og til slutt en diskusjonsdel og konklusjon.

2.0 BAKGRUNN:

Dette kapittelet begynner med å definere helse og se på noen helsefremmende perspektiver og hva myndighetene har vurdert at dette er. Dernest vil kapittelet ta for seg myndighetenes føringer for et inkluderende arbeidsliv og fokus i den sammenheng vil være på de som er fraværende fra arbeidslivet grunnet sykdom.

2.1 DEFINISJON AV HELSEBEGREPET

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse som «*en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte*» (WHO, 1946). Med denne definisjonen endret fokus på helse seg fra å være rent patologisk til å omfatte også andre faktorer som kan påvirke helsetilstanden til et individ. Denne definisjonen benyttes i stor grad fortsatt, men den har vært gjenstand for kritikk i at den er for omfattende og at det ikke vil være mulig å nå opp til hva definisjonen stiller som krav for helse. Fugelli med flere fant i sin studie av ordet helse at det er et tredelt konsept: det er holistisk, relativt og

individuell (2001). I det holistiske ligger at det er sammenvevd med alle sider av livet. Relativt referer til at det defineres ulikt ut fra den enkeltes synsvinkel etter alder, sykdomshistorie og sosial situasjon (Fugelli, 2001). Helse kan defineres som å ha overskudd til å mestre hverdagens krav og utfordringer (Hjort, 1982). God helse er i denne sammenheng en subjektiv, relativ og praktisk opplevelse som individet selv definerer. Ved å definere helse på Hjort sin måte, kan mennesket til tross for sykdomssymptomer oppleve å ha god helse. Fokuset rettes snarere mot livskvalitet og trivsel, fremfor patogene funn.

2.2 FOLKEHELSE- ET SAMFUNNSANSVAR

Arbeidet med helsefremming er gjort til et globalt tema og tar sikte på at enkeltmennesker eller fellesskap skal få økt kontroll over forhold som påvirker helsen, og derigjennom sin egen helse (WHO 1986).

Folkehelseloven definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2011). Folkehelsearbeid defineres som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Folkehelseloven, 2011). Folkehelselovens bestemmelser gjør det til et samfunnsansvar å følge med på utviklingen av folkehelsen, og det er de regionale, deriblant Folkehelseinstituttet, og lokale myndigheter som har dette ansvaret. Formålet er som det fremgår å blant annet fange opp helsefremmende og helsehemmende faktorer for å forebygge og unngå sykdom og skade.

Samfunnsmessig er det mye å hente på å ha fokus på folkehelse relaterte problemstillinger. Samfunnsøkonomisk kan det spares betydelige midler ved å få ned sykepenge- /uføretrygdutbetalingene. Det er en forutsetning for at den norske velferdsmodellen skal kunne fungere, at flest mulig er i arbeid og bidrar med arbeidskraft. Høy sysselsetting ligger til grunn for den økonomiske politikken i Norge (Arbeidsdepartementet, 2013). På det individuelle planet vet vi det er helsegevinster i å stå i arbeid. Det er vist at yrkesaktives levekår er bedre enn ikke-yrkesaktive (Finansdepartementet, 2009). Dette er målt på parametere som inntekt og andre materielle goder, opplevelse respekt, anseelse og prestisje og sosiale relasjoner. Samfunnspolitisk fremmer arbeidsdeltakelse likestilling, utjevner sosiale forskjeller og motvirker fattigdom (Arbeidsdepartementet, 2013). Motsatt kan det,

som vist innledningsvis, medføre dårligere helse å stå utenfor arbeidslivet. Dårligere helse kan resultere i sykdom og sykefravær som vil kunne påvirke samfunnet som helhet.

2.3 MYNDIGHETENES FØRINGER FOR Å SIKRE ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV

Den norske velferdsmodellen bygger på et prinsipp om hjelp til selvhjelp og at den enkelte skal kunne forsørge seg selv gjennom arbeid. Det er som antydning over ikke alle som makter dette av ulike grunner og sykdom kan være en av disse. I dette kapitlet presenteres først noen av de føringer myndighetene har for at alle skal kunne delta i arbeidslivet. Hovedfokus for denne oppgaven vil imidlertid være på ett spesifikt tiltak i dette arbeidet: arbeidsrettet rehabilitering.

Inkluderende arbeidsliv er en avtale mellom partene i arbeidslivet og myndighetene og ble første gang inngått i 2001. Formålet med IA-arbeidet er å hindre utestengning fra arbeidslivet grunnet sykdom og øke sysselsettingen for de med redusert arbeidsevne, redusere sykefravær generelt (Arbeids- og sosialdepartementet, 2014). 60 % av norske arbeidstakere jobber i en IA-bedrift (Arbeids- og sosialdepartementet, 2014).

Stortingsmeldingen «flere i arbeid» la føringer for at det skulle prioriteres flere tiltaksplasser for personer med nedsatt arbeidsevne (Arbeidsdepartementet, 2013). I dette arbeidet lå å få flere bedrifter med på ordningen om å være tiltaksbedrift med mulighet for tilrettelegging for de med redusert arbeidsevne, det ble styrket kontroll og oppfølging av private tilbydere av arbeidsmarkedstiltak og en regelverket ble gjennomgått med målsetning om forenklede og bedre tiltak. Utfordringer det blant annet ble pekt på for gruppen med redusert arbeidsevne er at de som står helt utenfor arbeidslivet, oftere har lavere utdanning enn de som har en kombinasjon av lønnet arbeid og uførepensjon (Arbeidsdepartementet, 2013). Det er et økende problem at disse opplever reduserte jobbmuligheter og det pekes på flere mulige årsaker til dette. Det er et språk mellom kvalifiseringskravene til de ledige stillingene og til stønadsmottakernes kvalifikasjoner, det er ikke nok deltidsstillinger samt at mulige arbeidsgivere bærer en risiko ved å ansette arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Denne risikoen består i at de ikke vet om de ansattes restarbeidsevne står i forhold til hva som kreves i jobben. Et fokus vedrørende disse områdene er hva slags virkemidler som kan settes inn slik at de med redusert arbeidsevne ikke risikerer å bli utestengt fra arbeidsmarkedet.

Arbeidsrettet rehabilitering beskrives av Nav som «*tiltak som skal styrke arbeidsevnen din, og som gjennom rehabilitering skal gi hjelp til å mestre helserelaterte og sosiale problemer som hindrer deg i å delta i arbeidslivet*» (Nav, 2015). Arbeidsrettet rehabilitering er et tiltak som kan tilbys til både sykmeldte og andre som har redusert arbeidsevne, og som ikke klarer å stå i arbeid eller skaffe seg annet arbeid (Nav, 2015). Det er Nav som henviser til tiltaket. Tiltaket gis på arbeidsplassen der stønadsmottakeren har et arbeidsforhold. De som ikke har et arbeidsforhold får rehabiliteringstiltaket hos en tiltaksarrangør (Nav, 2015). Tiltaket tilrettelegges den enkelte ut i fra deres muligheter til å stå i arbeid og kan bestå av blant annet motivasjons- og mestringsaktiviteter, individuelt treningsopplegg med veiledning, arbeidsutprøving i trygge omgivelser eller livsstilsveiledning. Nav definerer personer med nedsatt arbeidsevne som «*personer som på grunn av sykdom, skade eller andre hindringer har behov for ekstra oppfølging fra Nav for å få eller beholde arbeid*» (Askeland, 2015). 74 % av de som deltar på arbeidsrettede tiltak via Nav var i 2013 personer med redusert arbeidsevne (Askeland, 2015). Det var noe flere kvinner enn menn som deltok på disse tiltakene i 2013 i kategorien «personer med redusert arbeidsevne» og det var også noen flere kvinner enn menn som gikk fra å være på tiltak og tilbake til arbeid (Askeland, 2015). Askeland fant i samme artikkel at 62,5 % kvinner og 60,2% av menn med redusert arbeidsevne, var tilbake i lønnet arbeid 6 måneder etter avgang fra arbeidsrettede tiltak (Askeland, 2015). Det presiseres at dette gjelder samtlige arbeidsrettede tiltak Nav yter.

I veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator så det at «*Habilitering og rehabilitering skal fremme selvstendighet og deltakelse og evne til å mestre eget liv ut fra egne forutsetninger, ønsker og mål. Prosessen skal inkludere nødvendige tiltak for at vedkommende skal kunne gjennomføre skolegang, delta i arbeidslivet og annen meningsfull sammenheng*», (Helsedirektoratet, 2015). Helsedirektoratet legger opp til en empowerment-tankegang og legger fokus på at det er individet som skal hjelpes til økt mestring og gis nødvendige redskaper til å håndtere utfordringer i eget liv, blant annet arbeidslivet. Empowerment kan forstås som en prosess som kan få folk til å få økt kontroll over sin egen helsetilstand og handler om «*å finne de utfordringer man har, hva som vanskeliggjør utvikling og hva som fremmer egenutvikling*» (Helse – og omsorgsdepartementet, 1998).

Fokuset i denne oppgaven er på individer som har stått utenfor arbeidslivet minimum ett år grunnet sykdom og hvordan disse kan komme i arbeid igjen. I denne sammenheng er det derfor viktig å få økt kunnskap om hvilke faktorer som medvirker til tilbakevending til arbeidslivet.

2.4 TIDLIGERE FORSKNING PÅ ARBEIDSRETTET REHABILITERING

Tidligere forskning på arbeidsrettet rehabilitering har funnet at det er flere forhold som kjennetegner de som kommer tilbake til arbeidslivet etter langtidsfravær. Dette er forhold som tidligere arbeidserfaring, alder eller i hvor stor grad man har kontroll på sin egen rehabiliteringsprosess (Landstad, 2009) og den enkeltes vilje og støttespillere på viktige arenaer (Simensen, 2014). Andre har funnet at momenter som grad av utdanning kan påvirke hvorvidt man kommer tilbake til arbeid etter langtidsfravær (Øyeflaten, 2005).

Irene Øyeflaten med flere gjorde en kohortstudie med 584 deltakere som ble fulgt opp over en 4-årsperiode etter gjennomført arbeidsrettet rehabilitering (Øyeflaten, 2014). De konkluderte med i denne studien sannsynligheten for å komme i jobb var avhengig av variabler som kjønn, diagnose, type arbeid og tidligere sykemeldinger (Øyeflaten m fl 2014). De fant at kvinner, de med manuelt arbeid, de med lange sykemeldinger bak seg og de som hadde andre typer diagnoser enn muskel- og skjelettplager og psykiske problemer, hadde størst sannsynlighet for å fortsette å motta trygdeytelser og ikke komme tilbake til arbeidet. Dekkers-Sanchez fant i sin litteraturstudie vedrørende sykmeldte arbeidstakere at kvinner, tidligere sykdomshistorie, fravær over et år, lav inntekt, informanter med psykiske lidelser eller egenvurdert dårlig helse, er forbundet med lengre fravær (Dekkers-Sanchez, 2007). Anders Farholm fant at lengden på sykefravær kan ha betydning for hvor godt utbytte deltakerne kan ha av arbeidsrettet rehabilitering (Farholm, 2011). Han fant også en signifikant økning i grad av velvære, subjektiv helse og vitalitet hos intervensjonsgruppen (Farholm, 2011). Monica Lillefjell fant at søvnproblematikk, kognitiv funksjon, generell helse, og angst ved slutten av arbeidsrettet rehabilitering er faktorer sterkt forbundet med om man kommer tilbake til arbeidslivet eller ikke (Lillefjell, 2008).

Øyeflaten med flere gjorde også en undersøkelse av overgangene mellom arbeid og trygdeytelse etter gjennomføring av arbeidsrettet rehabilitering (Øyeflaten m fl, 2012). De

fant at i gjennomsnitt vekslet pasienten mellom arbeid og trygdeytelser og sykepenger ca 4 ganger (Øyeflaten m fl, 2012). Rehabiliteringsprosessen kan derfor gå over mange år. Det kan være en kompleks lærings- og endringsprosess som for mange handler om å måtte endre motivasjon, adferd og forbedre funksjonsnivå samt forholde seg til mange støttespillere (Young m fl, 2005).

Fysiske plager/smerteopplevelse samt begrensede muligheter for å finne en jobb som ikke er fysisk belastende, ble beskrevet som årsak til at deltakere på et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold ikke var kommet i arbeid, 3 år etter endt rehabilitering (Røset 2014). Lillefjell og Dekkers-Sanchez konstaterte også at smerteopplevelse var forbundet med lengre fravær (Lillefjell, 2008 og Dekkers- Sanchez, 2007).

Personlige egenskaper som evne til å lære, motivasjon, grad av viljestyrke eller hvor positiv man er, påvirker om personene kommer i arbeid igjen (Otterlei, 2014) eller hvordan den enkelte håndterer helseplager er viktigere for å komme tilbake til arbeid enn diagnose (Øyeflaten, 2005). Motivasjon og stå-på-vilje, ble ansett som suksessfaktorer for tilbakevending til arbeidslivet i Torunn Olsen sin studie (Olsen m fl, 2005). Grahn m fl fant i en 6-årig studie fra Sverige at lite motiverte deltakere på arbeidsrettet rehabilitering hadde et lengre rehabiliteringsopphold enn de høyt motiverte (Grahn m fl, 2004). Härkäpää med flere så på kjennetegn ved deltakere av arbeidsrettet rehabilitering avhengig av om deres motivasjon var orientert mot å jobbe eller mot å få en uførepensjon (2014). De fant fire faktorer som utmerket seg: kjønn, yrkesstatus, status på tilgjengelige jobber i arbeidsmarkedet og om fysisk funksjon var mål for rehabiliteringen. Trond Birkenes har sett på selvbestemmelsesteoriens konsept om motivasjon som viktig for varig endring i fysisk aktivitet og trening hos deltakere på rehabilitering, men at personlig innstilling i form av åpenhet og vilje til å endre adferd var viktig for endring (Birkenes, 2010).

Studier foretatt på «return-to-work self-efficacy», har vist at self-efficacy er en signifikant prediktor for tilbakevending til arbeidslivet (Volker, 2015). Studien ble gjennomført på informanter fra Nederland som hadde vært sykemeldte fra 4 uker til 2 år. Return-to-work self-efficacy er troen en arbeidstaker har på om han eller hun mestrer kravene som kreves for å vende tilbake til arbeidslivet (Lagerveld, 2010). Self-efficacy (på norsk mestringstro) defineres som «et individs tro på sin evne til å lykkes i en bestemt oppgave» (Bandura, 1977).

Økt bevissthet omkring sin egen situasjon og økt selvinnsett har vært fokus i flere studier. Haugli m.fl fant blant annet at økt bevisstgjøring av egen identitet, verdier og ressurser er av betydning for å komme tilbake til arbeid etter arbeidsrettet rehabilitering (Haugli m fl, 2011). Undervisning og veiledning ble trukket frem som viktig da de ga deltakerne mulighet for selvrefleksjon, åpnet opp for ulike muligheter og ga de verktøy for å lære å prioritere og ta egne valg (Haugli m fl, 2011). De så videre et klart skille mellom de som hadde klart å komme tilbake til arbeid og de som fortsatt mottok uføretrygd. Den første gruppen vektla økt selvforståelse og bevisstgjøring av egen situasjon som viktig for tilbakevending. Den gruppen som fortsatt fikk uførepensjon vektla forhold som å bli sett, hørt og tatt alvorlig av helsepersonell. Også Fjellman-Wiklund med flere fant liknende resultater fra en kvalitativ studie foretatt i Sverige på pasienter med diagnosen utbrenthet (Fjellman-Wiklund m fl, 2010). Informantene opplevde gjennom rehabiliteringsprosessen at de fikk økt bevissthet, økt selvbilde og en økt myndiggjøring (empowerment) (Fjellman-Wiklund, 2010). En annen studie av deltakere som hadde deltatt på arbeidsrettet rehabilitering, intervjuet deltakerne 6 måneder etter endt rehabilitering (Braathen m fl, 2015). Fokuset i denne studien var på deres selv-oppfattede endring i arbeidsevne før og etter rehabilitering. Forskerne i denne studien fant at det var en forskjell mellom de som hadde klart å komme tilbake til arbeid og de som fortsatt mottok trygdeytelser (Braathen m fl, 2015). De som hadde kommet tilbake til arbeid rapporterte om en økt selvinnsett og bedre mestringsstrategier enn de som ikke hadde kommet i jobb igjen (Braathen m fl, 2015). Den økte selvinnsett besto i økt bevissthet omkring egne tanker, verdier og følelser samt kroppslige reaksjoner og økt forståelse for forholdet mellom de (Braathen m fl, 2015). Ved en bedre selvforståelse rapporterte de også om bedre mestringsstrategier. Blant deltakerne som ikke hadde kommet i jobb, var det færre som hadde noen økt selvinnsett (Braathen m fl, 2015). De rapporterte at de hadde innsett flere av sine begrensinger og at de ikke var klare for tilbakevending til arbeidslivet (Braathen m fl, 2015). En studie av 12 kvinner i Oslo som deltok i et veiledningsprogram basert på gestalt-terapi, oppga at økt selvbevissthet og at de så flere muligheter for å komme i arbeid etter tiltaket, var viktige kriterier for tilbakevending (Sulheim Haugstvedt, 2011). De opplevde situasjonen med å sitte hjemme som isolerende og de følte på en hjelpeløshet hvor de bare ventet på å få hjelp. De ble gjennom tiltaket bevisstgjort nye muligheter, fikk økt selvtillit til at de kunne klare nye oppgaver og utfordringer, fikk en bedre

respekt for seg selv og aksept for sin situasjon samt at de klarte å se sine styrker og svakheter (Sulheim Haugstvedt, 2011).

Tilrettelegging på jobb tilpasset helsesituasjon og tilbakevending til arbeidslivet, ble satt i sammenheng i Olsen sin studie (Olsen, 2005). Olsen fant også at Trygde-systemet (her Aetat) var opphav til mye følelser, både positive og negative (Olsen, 2005) og det var delt syn på hvilken støtte de hadde fått av Aetat i forhold til å komme i arbeid igjen (Olsen, 2005). Braathen med flere fant at blant de som var i jobb, opplevde deltakerne en form for tilrettelegging til deres situasjon og de ble møtt forståelse. De som ikke var i jobb hadde opplevd en arbeidsplass med lite forståelse for deres situasjon og et høyt konfliktnivå (Braathen m fl, 2015). Birkenes fant at god tilrettelegging for den enkelte bruker, ville øke sjansen for å lykkes med tilbakevending (Birkenes, 2010).

Felleskap med andre deltakerne hadde betydning for tilbakevendingsprosessen fordi deltakerne opplevde å kunne dele erfaringer, de innså at de ikke var alene med sine utfordringer og de kunne bruke hverandre som sparringspartnere (Haugli m fl, 2011). Fjellman-Wiklund fant tilsvarende funn hvor gruppen fungerte som støtte og ga informantene bekreftelse på at de ikke var alene (Fjellmann-Wiklund, 2010). Braathen med flere fant også at fellesskapet med de andre deltakerne var viktig gjennom blant annet feedback fra gruppen og at dette igjen hjalp på å øke informantenes egeninnsikt (Braathen m fl, 2015). Også Sulheim Haugstvedt fant at informantene vektla det å være en del av et fellesskap, en del av en gruppe som forsto de og deres utfordringer (Sulheim Haugstvedt, 2011). Linda Røset fant i sin masteroppgave at nettopp manglende sosialt nettverk var en av faktorene som ble beskrevet som årsak til at informantene ikke hadde klart å komme i arbeid 3 år etter arbeidsrettet rehabilitering (Røset, 2014). Sandanger med flere har også sett på sosial støtte i forhold til belastninger (Sandanger, 1995). Hun har beskrevet hvordan god sosial støtte kan avdempe virkningen av belastninger og at motsatt så kan dårlig sosial støtte medføre en sterkere påvirkning av belastninger (Sandanger, 1995). Forfatterne så på sosialt nettverk i form av venner og at kvinner i større grad enn menn legger følelser i vennskap og at sosialt nettverk derfor har større innvirkning på kvinner enn menn. Kvinnene har færre venner, men de er nærmere de vennene de har enn mennene. Kvinner vurderer livshendelser som problemer med barn og bolig som større belastning enn menn, mens begge kjønn anser problemer knyttet til arbeid og økonomi som like problematisk

(Sandanger, 1995). Trond Birkenes fant at gode sosiale relasjoner både under rehabiliteringsoppholdet og i hjemmiljøet var viktig motivasjonsfaktor for å opprettholde de gode vanene (Birkenes, 2010). Aaberge Utne så på deltakeres opplevelse av arbeidsmarkedstiltak generelt (Aaberge Utne, 2013). Aaberge Utne fant at deltakerne verdsatte det å delta på noe som positivt og viktig i tilværelsen og ga de en følelse av tilhørighet samt bidro til å skape vennskap og nettverk (Aaberge Utne, 2013). I tillegg fant hun at forventninger og press fra omgivelsene var negativt i det at de følte på at de burde være i jobb (Aaberge Utne, 2013).

Hvordan deltakere vurderer viktigheten av å ha en jobb i kombinasjon med familie og fritidsaktiviteter, har visst seg å ha betydning for tilbakevending til arbeidslivet (Kvam, 2015). Studien fant at de med små barn og flere fritidsaktiviteter, hadde lavere sannsynlighet for å komme i fullt arbeid igjen (Kvam, 2015). De koblet også variablene mot kjønn og mente at flere menn enn kvinner kom i fullt arbeid igjen (Kvam, 2015). Det ble poengtert at flere kvinner enn menn i utgangspunktet jobbet deltid (Kvam, 2015) noe som i seg selv kan forklare at mange kvinner ikke kommer tilbake i 100 % arbeid og at sammen med omsorg for små barn så blir det for mange aktiviteter. I motsetning til andre studier, så fant ikke Kvam noen sammenheng mellom tilbakevending til arbeid og alder (Kvam, 2015).

Informantene i Aaberge Utne sin studie anså økonomi som vanskelig på grunn av manglende jobb (Aaberge Utne, 2013). Det å ha et tiltak å gå til ga struktur i hverdagen og ble fremhevet som viktig (Aaberge Utne, 2013).

Dette kapitlet viser at det mange faktorer som har vist seg å spille inn for om deltakerne av ulike arbeidsrettede tiltak makter å komme tilbake til arbeidslivet og lengden på tilbakevendingsprosessen. Disse faktorene kan oppsummeres som personlige egenskaper som vilje, motivasjon, positivt humør, egenvurdert smerteopplevelse og egenvurdert helse, økt selvinnsikt og bevissthet omkring sin egen situasjon, mestringstro, og hobby. Andre faktorer som har vist seg å medvirke i en tilbakevendingsprosess er sosial støtte fra fellesskapet under rehabiliteringen samt nettverket til den enkelte. Tilrettelegging både i form av fordelingen mellom stønad og jobb og spesifikke tiltak for den enkelte i tilbakevendingsprosessen og på arbeidsplassen, er viktig. Det er også forskning som tilsier at mange opplever å måtte gjennom flere runder med arbeidsrettet rehabilitering før de er klare

for arbeidslivet igjen. Lenden på sykefraværet vil også påvirke sannsynligheten for tilbakevending.

3.0 FRISKGÅRDEN

Friskgårdene er private leverandører av ulike arbeidsrettede tiltak og de jobber på oppdrag fra Nav. Friskgårdene tilbyr blant annet arbeidsrettet rehabilitering for individer som står utenfor arbeidslivet grunnet sykdom. De kan være sykmeldt fra en definert arbeidsplass eller sykmeldt uten en avklart arbeidssituasjon. Friskgården tilbyr i tillegg forebyggende og helsefremmende kurs for bedrifter, friskgruppe på kveldstid og kan fungere som et bindeledd mellom bedrifter og sykmeldte ansatte. Friskgårdene er enkeltstående foretak som tar del i Frisknett AS. Frisknett AS oppsto i 2001 etter et prosjekt mellom Fylkestrygdkontoret i Nord-Trøndelag, Friskgården Stod og innovasjon Norge (Frisknett, 2016). Frisknett AS er eier av lærings- og mestringsprogrammet «LMP rehab». Frisknett tilbyr utdanning i arbeidshelse i samarbeid med Nord universitetet, de jobber med forskning og har en egen database basert på egne kartlegginger av brukermasse og de jobber for å opprettholde god kvalitet på de tjenestene som de lokale Friskgårdene tilbyr (Frisknett, 2016). Frisknett AS er godkjent bedriftshelsetjeneste, de tilbyr kurs innen helsefremmende ledelse og det tilbys kurs for ansatte og deres ledere innen helsefremmende arbeidsplasser.

3.1 FRISKGÅRDENS TILTAK «ARBEIDSRETTET REHABILITERING»:

I denne studien rettes fokus på Friskgårdens tilbud om arbeidsrettet rehabilitering. Friskgårdens definisjon av arbeidsrettet rehabilitering er «*et tilbud som styrker din arbeidsevne og bidrar til at du får ta i bruk ressursene dine på en hensiktsmessig måte i arbeidslivet (Frisknett, 2015). Tilbudet skal hjelpe deg for å finne strategier for å fungere i arbeidslivet til tross for sykdom eller skade*», (Frisknett, 2015). Tiltaket tilbys de som er sykemeldt eller har nedsatt arbeidsevne (Frisknett, 2015). Friskgården får henvisninger fra Nav og arbeidsfraværet til søkermassen er i hovedsak knyttet til lettere psykiske lidelser, muskel- og skjelett-lidelser, utbrenthet, fibromyalgi og arbeidskonflikter.

Friskgården jobber etter prinsippene for en multidisiplinær rehabilitering med en salutogenetisk tilnærming hvor biologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker hverandre noe som kan gi et komplekst og sammensatt sykdomsbilde (Frisknett, 2016). Tilnærmingen bygger på empowerment-tankegangen om å gi deltakerne redskapene til å bedre sin egen helse og være bevisst de faktorer som påvirker helsen i positiv og negativ retning.

3.1.1 DAGLIG OPPLEGG

Deltakerne tilbys 4 ukers intervensjon med fast program 3 dager pr uke fra ca kl. 10.00 til 14.30 og individuelt tilpasset plan de øvrige dagene. Det er mulighet for forlengelse med 4+4 uker. Totalt sett kan de ha tilbud om arbeidsrettet rehabilitering i 12 uker. Deltakerne kan rehenvises fra Nav for nye problemstillinger. Deltakerne oppfordres til å bruke dagene til selvrefleksjon og individuelt tilpasset treningsprogram for å styrke fysisk, psykisk og sosial funksjon. Friskgården kan tilby oppfølging i etterkant av kurset, dersom dette er nødvendig.

Deltakerne møter hver morgen til en fellessamling der de går gjennom dagen. Samlingen ledes av en av de ansatte på Friskgården. Hensikten med samlingen er å bevisstgjøre deltakerne hvorfor de er der og oppmuntre til de til refleksjon. Deltakerne møtes igjen til felles lunsj. Dagen avsluttes med avspenning og avslapning i gruppe veiledet av en instruktør.

3.1.2 INNHOLD I TILBUDET

Ved oppstart lages det en individuell plan som inneholder individuelle aktiviteter, gruppeaktiviteter og arbeidsrettede aktiviteter basert på den enkeltes behov ved oppstart. Dette kan være oppfølging på arbeidsplassen og bistå den enkelte i arbeidssøkerprosesser.

I undervisningen tas opp ulike tema som er viktig for å endre et tankesett om egen adferd og opplevelse av egne utfordringer. Friskgården har en salutogenetisk tilnærming og allerede første dag introduseres deltakerne for prinsippene i salutogenesen. Salutogenesen beskriver kort i teori-kapittelet. Fokus skal være på hvordan leve med de utfordringer man har og se fremover heller enn å ta tak i historien til den enkelte. Undervisningen fokuserer på å skape en bevisstgjøring omkring sine utfordringer og hva som tapper og gir energi og glede i hverdagen. «Helsegryta» er et begrep deltakerne på Friskgården blir gjort godt kjent med. Tanken med helsegryta er at det er visse faktorer som fremmer helse og gir påfyll og det er

faktorer som hemmer helsen og tapper individer for energi. I undervisningen brukes det en del tid på bevisstgjøre deltakerne på faktorer som kan påvirke denne balansen og hvordan de kan få økte ressurser til å «si nei», sette grenser for seg selv og lære at dette er greit. Undervisningen tar for seg andre temaer som identitet og selvilde, hva som skaper motivasjon og hvordan bruke de redskapene de lærer på Friskgården. Det tas opp også viktigheten av kommunikasjon og samarbeid og konflikthåndtering.

Den fysiske aktiviteten består i et basisprogram med øvelser for å støtte opp muskulatur samt et individuelt tilpasset opplegg sammen med fysioterapeut samt at deltakerne lærer avspenningsteknikker som de kan benytte seg av når de har behov for dette.

I samtale med veileder fyller deltakerne ut et kartleggings skjema ved oppstart og underveis i intervensjonen slik at deltakeren får mulighet til å se egen utvikling. Individuell samtale tilbys den enkelte så ofte som denne har behov. Veilederen har en brobyggerfunksjon mellom deltakeren, arbeidsgiveren, Nav, helsetjenesten og eventuelt andre involverte aktører.

4.0 TEORI

Teori ble valgt ut fra hovedtemaene som fremkom under analysen og problemstilling. Studien har fokusert på dette med informantenes økende selv-bestemmelse, deres vektlegging av fellesskapet og nettverkets støtte samt at de er opptatt av motivasjon som viktig for å komme tilbake til arbeidslivet. Disse ulike elementene er behandlet i Richard M. Ryan og Edward Deci sin «Self-Determination Theory» (forkortet SDT) (2000). På norsk er den oversatt til selvbestemmelsesteorien. Salutogenesen, viss prinsipper Friskgården jobber ut fra, presenteres også kort i kapitlet.

4.1 SELF-DETERMINATION THEORY (SDT)

Ryan og Deci beskriver mennesker som proaktive og engasjerte eller passive og uengasjerte, (Ryan 2000). De er opptatt av hvordan motivasjon, i form av indre vs ytre motivasjon, påvirkes av sosiale settinger og beskriver at disse settingene kan være mer eller mindre fremmende eller hemmende (Ryan, 2000). Ryan og Deci er videre opptatt av faktorer som påvirker en naturlig økt motivasjon og vekst, og identifiserer disse til å være kompetanse, autonomi og tilhørighet (Ryan,2000). De tre psykologiske behovene er essensielle for en

optimal vekst og integrering samt sosial utvikling og velvære (Ryan, 2000). Ryan og Deci definerer grunnleggende behov, både fysiologiske og psykologiske, som «en energigivende tilstand som, hvis tilfredsstilt, kan fremme god helse og velvære. Dersom det ikke tilfredsstilles, kan medføre sykdom» (fritt oversatt av Ryan, 2000). Skal et individ oppnå et optimalt nivå av helse og velvære gjennom livet, må behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet tilfredsstilles (Ryan, 2000). Dersom en av disse grunnleggende behovene ikke oppnås, vil det føre til en forringelse av et individs velvære og helse (Ryan, 2000).

I sin tolkning av SDT, definerer Arne Martin Jakobsen kompetanse som «behovet for å lykkes i optimalt utfordrende oppgaver, oppnå et ønsket resultat og en følelse av at man mestrer oppgaven» (Jakobsen, 2012). Jakobsen definerer autonomi som «vårt behov for å ta egne valg og selv å være initiativtaker til handlinger (2012). Tilhørighet beskrives videre som «behovet vi mennesker har for å etablere gjensidig respekt og tillit med andre og føle tilknytning til andre mennesker» (Jakobsen, 2012).

Teorien vier stor plass til motivasjon og ser på denne som at individer beveger seg på et kontinuum mellom helt umotivert til indre motivasjon som to motpoler (Ryan, 2000). Indre motivasjon defineres i SDT «som en arvelig tendens til å utforske utfordringer, til å utvide og øve opp ens evner og utforske og lære» (fritt oversatt av Ryan, 2000). Dette handler om at individet har en interesse i seg selv til å utforske og lære mer og som fører til utvikling og sunn vekst. Ryan og Deci la frem en underteorie til SDT, som de kalte Cognitive Evaluation Theory, CET, (Ryan, 2000). Her er fokuset på hvordan ulike sosiale reaksjoner som feedback, belønning og kommunikasjon og som er ment å øke kompetansefølelsen hos mottakeren, kan øke den indre motivasjonen for handlingen i fokus (Ryan, 2000). Deci og Ryan fant at det er faktorer som reduserer indre motivasjon og dette kan være faktorer som trusler eller tidsfrister. Disse reduserer indre motivasjon da de er påvirket av ytre forhold og er med på å øke den ytre motivasjonen (Ryan, 2000). Ryan og Deci mener at indre motivasjon også er avhengig av personens følelse av tilhørighet med noen og følelsen av trygghet (Ryan, 2000).

Ytre motivasjon omhandler hvordan individer oppnår motivasjon for å utføre oppgaver og hvordan denne motivasjonen påvirker individets iherdighet for noe, dets velvære og adferd (Ryan, 2000).

Alle individer har et sett av personlige mål basert på våre grunnleggende psykologiske behov. Målene er høyst individuelle. Når individer etterstreber å nå mål som ikke tilfredsstillende grunnleggende behov, så vil det kunne resultere i sykdom og plager (Ryan, 2000). Motsatt, sier de at mål som tilfredsstillende de grunnleggende behovene, vil medføre bedre selvbilde, selvrealisering og en bedre helse (Ryan 2000).

4.2 SALUTOGENESEN

Aaron Antonovsky utviklet den salutogenetiske teorien hvor han så for seg mennesket på et kontinuum mellom det syke og det friske (Antonovsky,1987). Han var opptatt av at noen mennesker holder seg friske tross store utfordringer i livet (Antonovsky, 1987). Antonovsky innførte begrepet «*sense of Coherence*» som handler om hvordan mennesker forstår og tar inn over seg hele situasjonen og hvorvidt de har kapasitet til å benytte seg av tilgjengelige ressurser (Antonovsky, 1987). Denne kapasiteten avhenger av i hvilken grad individet oppfatter sammenhenger ut i fra begrepene håndterbarhet, begripbart og meningsfullhet (Antonovsky, 1987). Håndterbarhet referer til individets ressurser til å håndtere situasjonen. Med begripbart menes individets forståelse av situasjonen og meningsfullhet hvorvidt individet finner mening i å bevege seg i en helsefremmende retning for sin egen del (Antonovsky, 1987).

5.0 PROBLEMSTILLING:

Arbeidsrettet rehabilitering handler om å fremme lærings- og endringsprosesser hos et individ for å få en økt forståelse for sin egen situasjon og økt bevissthet omkring egne muligheter i arbeidslivet (Haugli m fl, 2011). Arbeidsrettet rehabilitering er et tiltak som benyttes i stor grad i arbeidet med å motivere mennesker til å komme i arbeid, men det er foreløpig lite kunnskap om virkningen av rehabiliteringen og hva det er som gjør at noen kommer tilbake. Mange må gjennom flere rehabiliteringsopphold for å komme tilbake til arbeidslivet (Øyeflaten, 2014). En gjennomgang av foreliggende empiri på området viser at det er mange faktorer som medvirker til tilbakevending til arbeidslivet og at det fortsatt er usikkerhet omkring betydningen av disse.

Innenfor rammene av en masteroppgave, er målet med denne studien å få en bedre forståelse for hvilke faktorer deltakere som har gjennomgått arbeidsrettet rehabilitering erfarer er av betydning for å returnere til arbeidslivet etter langtidsfravær, gjennom problemstillingen:

«Hva erfarer deltakere som har gjennomført arbeidsrettet rehabilitering via Friskgården, at har hatt betydning for tilbakevending til arbeidslivet».

6.0 METODE:

Ut fra problemstillingen ble det valgt et kvalitativt eksplorativt design bygget på en fenomenologisk metode. Dette fordi det i denne sammenheng var interessant å undersøke deltakernes egne erfaringer med tiltaket. Kvalitativ metode er godt egnet for å få frem dagligdagse og kulturelle aspekter ved hvordan individer tenker, lærer, handler og hvordan vi forstår oss selv (Kvale, 2010). Et kvalitativt forskningsintervju er godt egnet til å få frem selve meningen med et tema, det får frem tema i ord og språk og ikke tall, og det er mulig å stille hvorfor-spørsmål slik at det kan fremlegges resultater om hvorfor individer handler som de gjør og metoden er godt egnet til å få frem spesifikke situasjoner og handlinger (Kvale, 2010). Det er nettopp dette som er ønsket formål med dette prosjektet, å få frem hva informantene tenker omkring det å komme tilbake til arbeidslivet og hva som har vært viktigst for de. Det er å få frem hva de tenker i ord og ikke i tall, slik kvantitative forskningsmetoder er designet for. Metoden og fremgangsmåten bærer preg av utforskende karakter. Oppgaven skrives i lys av en helsefremmende og salutogenetisk tilnærming.

6.2 FENOMENOLOGI

I denne studien studeres problemstillingen gjennom en fenomenologisk fremstilling. Innenfor fenomenologien søkes å forstå betydningen av fenomenet man undersøker (Wright-St Clair, 2015). Fremgangsmåten er å studere fenomenene slik de eksisterer og Wright-St Clair definerer et fenomen som «*et hvert observerbart fenomen eller ny hendelse*» (Wright- St Clair, 2015). Hun sier at mange fenomener kan synes åpenbare, men at de alle har en gjemt betydning og hun vektlegger viktigheten av å forstå den underliggende

betydningen av noe og ikke bare hvordan det ser ut på overflaten (Wright- St Clair, 2015). Å gjøre fenomenologi er å prøve å forstå hva fenomenet betyr og hva det er.

6.3 REKRUTTERING AV UTVALG

Informantene til denne studien er hentet fra en av Friskgårdene i Norge etter følgende inklusjonskriterier:

- Deltakerne har stått utenfor arbeidslivet i minimum ett år
- De har stått utenfor arbeidslivet grunnet helserelaterede plager
- De har deltatt på arbeidsrettet rehabilitering (ARR) via Friskgården eller har deltatt på Avklaring (AVKL)
- De er tilbake i arbeid igjen, helt eller delvis eller i gang med arbeidspraksis. Med arbeid i denne sammenheng menes enten lønnet arbeid eller deltakelse på arbeidspraksis som skal resultere i lønnet arbeid.

Leder ved Friskgården fant frem kandidater etter inklusjonskriteriene og ringte de for å høre om de var interessert i å delta i et forskningsprosjekt om temaet tilbakevending til arbeidslivet. Dersom de var positive til dette, fikk undertegnede beskjed om dette og tok kontakt med de aktuelle kandidatene. De ble informert om prosjektet på telefon og tidspunkt for intervju ble avtalt. Skriftlig samtykke ble signert før intervjuene startet. Det ble valgt en bred rekruttering for å fremstille så mange synspunkter som mulig på temaet om tilbakevending til arbeidslivet. Informantene var både kvinner og menn i alderen 35-60 år.

Fokusgruppene var delt likt på kjønn og alderssammensetningen spant fra 35-60 år for å sikre at ikke gruppen ble for segmentert på kjønn og alder og sikre mangfoldet innenfor den rammen denne oppgaven tillater (Halkier, 2008). Deltakerne er rekruttert fra samme Friskgård og det ble ikke satt som kriterium at deltakerne kjente hverandre fra før. Når det gjelder beslutning om deltakerne bør kjenne hverandre eller ikke, er det studiens formål og problemstilling som er avgjørende (Halkier, 2008). Det ble vurdert i denne situasjonen at de alle var kjent med å snakke om sine utfordringer i gruppe, alle hadde gjennomført samme tiltak og deltatt i fellesskapet som tiltaket la opp til samt at det var relativt små fokusgrupper. Det ble vurdert at det at deltakerne ikke kjente til hverandre på forhold ikke ville påvirke den sosiale dynamikken i gruppen.

6.4 UTVALGET:

Utvalget består av seks kvinner og fem menn. De var alle i alderen 35-60 år og hadde vært utenfor arbeidslivet i minst ett år før tiltaksstart. Alle hadde hatt flere år i arbeidslivet før de ble syke. Ni av de kunne ikke stadfeste hvor mange år utenfor arbeidslivet, men alle snakket om «mange år». To hadde vært i overkant av ett år utenfor arbeidslivet. Det var stor variasjon i yrkesbakgrunn fra manuelle yrker til ledelsesroller. Utvalget er gjengitt i tabell 1.

Tabell 1 viser oversikt over informantene fordelt etter kjønn, utdanning, antall år utenfor arbeidslivet og status RTW og hvilken intervjuform de deltok i.

Informant-nr	Kjønn	Utdannelse	Antall år utenfor arbeidslivet	Status RTW	Deltok i Fokusgruppe (F)/ enkeltintervju (E)
1	Kvinne	VGS	Ikke oppgitt, men mange år	40 % arbeids- trening	F
2	Mann	VGS	Ikke oppgitt, men mange år	100	F
3	Mann	VGS	Ikke oppgitt, men mange år	100	E
4	Mann	VGS	Mer enn 10 år	60	F
5	Kvinne	VGS	Ikke oppgitt, men mange år	20	E
6	Kvinne	VGS	Ikke oppgitt, men mange år	80 % Arbeids- praksis, fast jobb i nærmeste fremtid	F
7	Kvinne	VGS	1	34	F
8	Kvinne	5 år eller mer høyskole/uni- versitet	Ikke oppgitt, men mange år	50	F
9	Mann	3-årig Høyskole	Ikke oppgitt, men mange år	30 % Arbeids- trening, fast jobb i nærmeste fremtid	F
10	Mann	Fullført ungdomssko- le, 9 år	Ikke oppgitt, men mange år	52	F
11	Kvinne	5 år eller mer høyskole/ universitet	1 år	25 % Arbeids- praksis	E

6.5 FOKUSGRUPPEINTERVJU OG SEMISTRUKTURERTE INDIVIDUELLE INTERVJU

Det ble gjennomført 3 enkeltintervjuer og 2 fokusgruppeintervjuer med 4 personer i hver gruppe. Begrunnelsen for dette valget, var for å få frem informasjon fra ulike synsvinkler og sikre at resultatene i størst mulig grad var representative (Krueger, 1994). Temaene som kunne komme opp, var av til dels sensitiv karakter og en fokusgruppe kan vanskeliggjøre en samtale omkring slike temaer (Halkier, 2008). Enkeltintervjuer kan være bedre egnet til å fange opp forhold som er vanskelige å snakke om, derfor ble det valgt å ha noen enkeltintervjuer også. Fokusgruppeintervju ble gjennomført da denne metoden har vist seg å være egnet for å få frem et mangfold av synspunkter gjennom samtale/diskusjon (Halkier, 2008). Forskningsansvarlig var moderator i alle intervjuene.

Antall informanter i fokusgruppene ble satt til 4 ut fra en vurdering av temaene som naturlig ville bli en del av samtalen samt at rammene for dette prosjektet ikke tillot en for stor gruppe. Bente Halkier beskriver at små grupper med fordel kan benyttes der temaene er av sensitiv karakter som sykdom, familieforhold og arbeidsliv (Halkier, 2008). Små grupper passer også fint der formålet er å studere i dybden det informantene sier (Halkier, 2008), noe som også er formålet med dette prosjektet. En ulempe er at små grupper er sårbare for avlysning og risikoen for lav deltakelse fra informantene (Halkier, 2008). I de to fokusgruppene var kjønnene fordelt likt, to kvinner møtte til enkeltintervju og en mann.

Det semistrukturerte livsverdenintervjuet defineres av Kvale som «*en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet*» (2010 s 325). Intervjuet ble ledet gjennom ledende spørsmål omkring de temaer som var viktig, men åpne slik at informantene kunne komme med de tanker de måtte ha omkring temaene. Det ble benyttet tilnærmet samme intervjuguide som for fokusgruppene.

Alle intervjuene ble holdt i lokalene til Friskgården der deltakerne var kjent. Det kan gjøre deltakerne mindre ansent og at stedet i seg selv legger opp til emnene som skal diskuteres (Halkier, 2008).

6.6 UTFORMING AV INTERVJUGUIDE

Fokusgruppeintervjuene var av typen «blandet tragt- modell» (Halkier, 2008).

Forskningsansvarlig stilte noen få spørsmål, ut i fra en på forhånd utarbeidet intervjuguide,

og fulgte opp med oppfølgingsspørsmål der dette var nødvendig for å sikre at nok informasjon kom frem, se vedlegg 11.2. Denne måten egner seg godt, ifølge Halkier, til studier av eksplorativ karakter og hvor de intervjuede får mulighet til å bestemme hva de ønsker å snakke om innenfor et felt samtidig som den forskningsansvarlige kan stramme inn for å få belyst sine interesser (Halkier, 2008). Formålet med dette er å lære mest mulig innenfor det aktuelle temaet. Intervjuguiden ble utformet med denne «blandet tragtmodellen» i bakgrunn (Hallkier, 2008). Spørsmålene ble utformet som fem hovedtyper av spørsmål etter Krueger sin beskrivelse av utforming av intervjuguide (Krueger, 1998). De fem hovedtypene er:

1. **Åpningsspørsmål.** Spørsmålet er et naturlig startpunkt og er en lett overgang fra løst prat til at den formelle samtalen er i gang. Intervjuguiden starter med spørsmålet «kan du fortelle hvem du er, med et hint hvor de ble bedt om å beskrive sivilstatus, yrkesstatus, hobbyer, fritid, hva de likte å drive med, hvor lenge de hadde vært i arbeid».

2. **Introduksjonsspørsmål.** Slike spørsmål er ment å være åpne og gi informantene mulighet til å komme med egne erfaringer og kan medføre at det fremkommer utsagn som er viktige for forståelsen videre, men de er ikke ment å være like omfattende som nøkkelspørsmålene (Krueger, 1998). Jamfør intervjuguiden er var introduksjonsspørsmålet i dette prosjektet «hva er helse for deg». Hensikten med dette spørsmålet var å høre hva deltakerne tenkte om begrepet helse som er et naturlig begrep som forskningsansvarlig antok ville bli et aktuelt tema også under nøkkelspørsmålene. Det var i den anledning interessant å høre hva de la i dette begrepet. Helse kan defineres ulikt og hvordan informantene tolker helse, kan ha noe å si for deres innstilling til hvordan de lever sitt liv med de utfordringer de har.

3. **Overgangsspørsmål.** Overgangsspørsmålet skal gi informantene en kobling mellom introduksjonsspørsmålet og nøkkelspørsmålet og spørsmålet skal dreie informantene inn på hva selve intervjuet skal handle om videre (Krueger, 1998). I dette prosjektet spurte forskningsansvarlig «hva betyr arbeid for deg». Dette spørsmålet var tenkt å få informantene til å koble sammen helse og arbeid og om status i arbeidslivet hadde noe å si for informantenes helse.

4. **Nøkkelspørsmål.** Disse spørsmålene er hovedspørsmålene og omhandler selve kjernen for intervjuet (Krueger, 1998). Forskningsansvarlig startet nøkkelspørsmålene med «Hva vil du si

har vært de viktigste faktorene for å komme tilbake til arbeidslivet?»). Det er disse spørsmålene som er de viktigste i analysen og disse spørsmålene, fikk mest oppmerksomhet under selve intervjuet, i tråd med hva Krueger beskriver (Krueger, 1998). I denne delen, antok forskningsansvarlig at det kunne komme utsagn som ville kreve spontane oppfølgingsspørsmål, i tråd med hva også Nøtnæs beskriver, og intervjuguiden var utformet med flere spørsmål omkring ulik tematikk, men forskningsansvarlig gikk av og til også utenfor intervjuguiden, for å klargjøre hva den enkelte informant mente med et utsagn.

5. Avslutningsspørsmål: Dette er spørsmål som skal oppsummere samtalen og gir deltakerne mulighet til å kommentere eller komme med oppklarende kommentarer, dersom noe er uklart. Avslutningsspørsmålet ga meg som intervjuer en pekepinn på om min tolkning av de utsagn som var kommet, var riktig, slik Krueger forklarer (Krueger,1998). Og de ble avsluttet med «er det noe vi burde ha snakket om som er relevant for temaet, som vi ikke har snakket om».

6.7 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER

6.7.1 MELDEPLIKT/SØKNADER:

Det ble søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD). Studien var underlagt meldeplikt til NSD da det skulle samles inn bakgrunnsopplysninger som samlet sett kunne være identifiserbare, det ble samlet inn sensitive opplysninger og det ble gjort lydopptak av deltakerne. I henhold til NSD, medfører de ovenfor nevnte faktorene meldeplikt (NSD, 2015), se vedlagte gjenparts brev fra NSD (Vedlegg 11.3).

6.7.2 IVARETAKELSE AV INFORMERT SAMTYKKE OG KONFIDENSIALITET

Dette prosjektet handler om kvalitativ forskning og deltakerne signerte på et samtykkeskjema etter å ha fått informasjon om prosjektet i tråd med Helsinkideklarasjonen (1964). De ble informert på telefon og ved intervjustart, om mulighetene for å trekke seg når som helst gjennom prosjektet, at alt innsamlet datamateriale ville bli oppbevart forsvarlig og at det ville bli slettet etter avslutning av prosjektet.

Det er forskningsansvarlig sitt ansvar å sikre deltakerne anonymitet (Helsinkideklarasjonen,1964 og Kvale, 2010). Studiens tematikk ville kunne frembringe sensitive opplysninger om deltakernes sykdomshistorie og andre private forhold. Slike forhold stiller særlig krav til anonymisering av utsagn og sikre at ikke materialet er

gjenkjennbart for andre. Andre skal heller ikke ha tilgang til lydopptak eller transkriberingen av lydopptakene som ble gjort i forbindelse med intervjuene. Deltakerne ble oppfordret til å ha respekt for de øvrige deltakernes anonymitet i forhold til omverdenen.

Forskningsansvarlig plikter for øvrig å etterleve forskningsetisk rammeverk, beskrevet i Helsinkideklarasjonen (1964).

6.7.3 FORSKERENS ROLLE

Kvalitative forskningsintervjuer kan frembringe svar fra deltakerne som setter forskningsansvarlig i en kvasiterapeutisk relasjon til deltakerne (Kvale, 2010). Intervjuet skal ikke være en arena for terapeutisk interaksjon og forskningsansvarlig er heller ikke kvalifisert for slike samtaler. Ved et par anledninger var noen informanter preget av samtaletemaene og de beskrev selv at de fikk minner tilbake til en vond periode i livet. Informantene ble da oppfordret til å ta dette i sitt tempo og la eventuelt andre snakke om sine erfaringer for så å komme tilbake til opprinnelig tema, dersom ønskelig. De fikk anledning til å ta en liten pause om de ønsket dette. Enkelte tema som var bakgrunn for følelsesmessige reaksjoner, var ikke av viktighet for å belyse problemstillingen og ble avsluttet. Avslutningsvis i intervjuene, var det mulighet for å si noe om hva de følte om intervjuet og de som hadde reagert med følelser, uttrykte da takknemlighet for at de hadde fått delta og at det hadde vært godt å snakke ut og høre hvordan andre hadde erfart tiltaket, noe de ikke hadde hørt om tidligere.

Forskningsansvarlig har et ansvar for en nøytral og grundig undersøkelse av aktuelle temaer samt å sikre en nøyaktig, representativ og nøytral fremstilling av funn (Kvale, 2010). Det er tilstrebet en gjennomsiktbarhet med tanke på hvordan konklusjonene er trukket slik at resultatenes reliabilitet overholdes. (Kvale, 2010).

6.7.4 PRAKTISK INFORMASJON:

Friskgården betalte for mine reiseutgifter for å kunne gjennomføre intervjuene.

7.0 ANALYSE:

Prosjektet ble gjennomført som nevnt over med et fenomenologisk utgangspunkt. Formålet med denne fremgangsmåten i dette prosjektet er å beskrive deltakernes perspektiver og erfaringer så opplevelsesnært som mulig. Dette er i tråd med Steinar Kvale og Svend Brinkmanns definisjon av fenomenologi som: «*en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter*» (Kvale, 2010, s 45). De beskriver videre at målet «*er kunne gjøre en undersøkelse av fenomenenes vesen ved å gå fra å beskrive enkeltfenomener til å søke etter deres allmenne vesen*» (Kvale, 2010 s 45) eller som Mary Brekke sier: «*Livsverdenfenomenologi er som et viktig redskap som gir en dypere forståelse av hverdags erfaringer*» (Brekke, 2006).

Mary Brekke er opptatt av at det ikke er en metode som fungerer bedre enn noen annen ved en fenomenologisk analyse, men at forskeren bruker tid på å tolke, forstå, observere og beskrive objektene (Brekke, 2006). Det som er viktig ved en fenomenologisk tilnærming er å ha et åpent sinn ved starten av prosjektet og ikke ha klart fastsatt hvilke teorier som er relevante. Fenomenologi handler om å forstå hva intervjuobjektene faktisk sier. Analyse av intervjuene må derfor ha dette som mål. I denne studien var det åpent hvilken teori som ville passe best for å belyse problemstillingen og det var først etter at analysen av de transkriberte intervjuene var gjort, at selvbestemmelsesteorien ble valgt. Den ble da valgt med tanke på de komponentene av teoriene som beskriver hvordan helse og uhelse oppstår utfra begrepene kompetanse, tilhørighet og autonomi.

Brekke viser til en todelt analyseform bestående av helhetsanalyse og delanalyse (Brekke, 2006). I helhetsanalysen ble utsagnene kategorisert og talt opp, se tabell 1. Gjennom alle disse utsagnene bygger en opp en forståelse av det fenomen en undersøker (Holme og Solvang, 1996).

7.1 HOVEDANALYSE

I hovedanalysen ble de transkriberte intervjuene lest nøye gjennom for å få en formening om hva tekstmaterialet handlet om. Deretter ble teksten lest på nytt for å lete etter utsagn som omhandlet de samme forhold, utsagnene ble så gruppert, noe som Brekke omtaler som

å legge utsagnene i «temakonvolutter (Brekke, 2006). Utsagnene ble så knyttet til kategorier.

Ved påfølgende gjennomlesninger var det lettere å danne seg et bilde av hva slags tema utsagnene egentlig handlet om og det ble notert i margin stikkord om hva et utsagn handlet om enten fordi spesifikke ord ble nevnt, som for eksempel helsegryta eller fordi det ut i fra sammenhengen var mulig å kunne sette et stikkord på det, eksempelvis bevisstgjøring. Stikkordene ble notert i en analyselogg, se tabell 2

Tabell 2 Antall gjentakelser av et tema

tema:	Antall ganger nevnt av informantene:
Helsegryta	22
Samfunnet	9
Hva arbeid betyr for helsa	16
Nettverk/fellesskap	25
Bli sett	16
Tilrettelegging	13
Selvbilde	9
Nav	26
Vilje og motivasjon	17
Egenverd	4
Få hjelp	15
Bevisstgjøring	27
Strategi	4
Avspenning	10
Hele pakka	9
Akseptere seg selv	13
Si nei	6
Helse	5
Hobby	5
Positivt humør	6
Tidsaspekt	3
Mestring	6

Det ble i den videre prosessen vurdert om problemstillingen kunne besvares med de stikkordene som ble organisert i den første delen av analysen, dette i tråd med hva Holme og Solvang sier om helhetsanalysens neste steg (Holme og Solvang, 1996). Det ble vurdert å

ha en underproblemstilling som gikk på om Friskgården nådde sine mål om arbeidsrettet rehabilitering uten at denne problemstillingen ble nærmere utformet. Det ble konkludert med at innenfor de rammer som dette masterprosjektet setter, så var det ikke hensiktsmessig å legge til en problemstilling nummer 2.

Ved videre gjennomlesning av intervjuene, ble stikkordene i loggen over telt opp for å kunne danne seg et bilde av hvor ofte temaet ble omtalt og for å danne seg et bilde av hvor stor vekt det enkelte tema skulle få for å besvare problemstillingen. Utsagnene ble kategorisert etter hva de kunne sies å egentlig omhandle. Ettersom gjennomlesningene ga en bedre innsikt i hva utsagnene handlet om, ble det laget noen hovedkategorier, se tabell 3.

7.2 DELANALYSE

Delanalysen handler om at utsagn grupperes under de tema som er bestemt i hovedanalysen og de telles opp og vil gi et inntrykk av hva som temaet egentlig handler om. Utsagnene må settes inn i den sammenheng de forekommer og derfor gjøres det en helhetsanalyse og en delanalyse. Utsagnene ble fordelt under hovedkategorier og underkategorier, se tabell 3. De enkelte utsagn ble dypere gjennomgått for å få en dypere forståelse av hva som ble sagt. Noen utsagn ble flyttet ut av en kategori og over i en annen etter nøye gjennomlesning da de viste seg å fortelle mer om for eksempel tilrettelegging enn bevisstgjøring. Ved denne delen av analyseprosessen leste hovedveileder for oppgaven gjennom alle de transkriberte intervjuene som en kvalitetssikring av de hovedtema som ble valgt for å kunne besvare problemstillingen samt vurdering av utsagnenes reelle verdi.

Tabell 3 Hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Aksept av egen situasjon	
Bevisstgjøring	Avspenning Helsegryta Hele pakka
Informantenes egen innstilling	Humør Mestring Vilje Motivasjon
Tilrettelegging og å bli sett	
Nettverk og fellesskap	Samfunnets oppfattede forventninger

Den nevnte fremgangsmåten, består i en runddans frem og tilbake hvor en kommer tilbake til utgangspunktet med noe mer innsikt for hver runde til man til slutt har en dyp nok forståelse av hva temaet virkelig handler om. Dette i tråd med en hermeneutisk fremgangsmåte (Brekke, 2006).

Utsagnene ble avslutningsvis undersøkt grundig i lys av hensikten med studien, slik også Kvale og Brinkmann vektlegger (Kvale, 2010) og sortert under hovedtemaene: Aksept av egen situasjon, bevisstgjøring, informantenes innstilling, tilrettelegging og å bli sett og nettverk og fellesskap. Hovedtemaene vil bli belyst gjennom sitater som er koblet til informantnummer. Informantnummeret står i parentes bak hvert sitat.

8.0 RESULTATER:

Etter gjennomgangen av intervjuer og påfølgende analyse, presenteres i dette kapitlet de hovedtema som er kartlagt for å belyse problemstillingen: **«hva erfarer deltakerne på arbeidsrettet rehabilitering via Friskgården at har hatt betydning for tilbakevending til arbeidslivet»**. Hovedtemaene er: Aksept av egen situasjon, bevisstgjøring, informantenes innstilling, tilrettelegging og å bli sett og nettverket og fellesskapet.

8.1 AKSEPT AV EGEN SITUASJON:

Mange av deltakerne beskrev det å ikke kunne jobbe som en sorgprosess. Det tok lang tid å akseptere at de ikke kunne jobbe og de følte de mistet anseelse i samfunnet. De opplevde at venner og bekjente spurte hvordan de hadde det, og i ettertid beskrev de at de trodde intensjonen var god, men det føltes ikke sånn der og da. Flere opplevde at de stengte seg inne for å slippe å møte folk på gata som pratet jobb. En sa at matvarer ble handlet rett før stengetid, kl 23, for å slippe å møte noen kjente som kunne komme til å spørre hvordan det gikk og problematiserte at hva svarer du når det ikke går bra. Det er kutyme å svare at man har det fint. Ingen vil høre at andre ikke har det bra. Informantene beskrev at de på Friskgården hadde fått hjelp å oppnå en aksept for sin egen situasjon. Informantene beskrev at hele tilbudet på Friskgården, men særlig undervisning og veiledning hadde bidratt til at de begynte å tenke annerledes. Det at de forsto og aksepterte at de reaksjonene de hadde, de var normale og kunne forklares, hjalp mange til økt selvinnsikt og det bidro til å redusere stressnivået. Flere beskrev at det å akseptere at situasjonen var annerledes nå enn tidligere, hadde vært et slags vendepunkt for de og hvor veien tilbake til arbeidslivet virkelig begynte. En av informantene beskrev dette på denne måten:

«så det å akseptere at du må roe ned, kanskje du er annerledes nå og aldri blir som før da må du finne en annen løsning, et annet tempo i livet osv. Du må tilpasse deg til hvordan du er nå. Da alt ble klarere, etter noen måneder, da var jeg klar til komme i jobb igjen. Det tok noen måneder, men etterpå ble det bra» (11).

Informantene beskrev en frustrerende situasjon med å gå hjemme og være sykemeldt. De opplevde en usikkerhet omkring sin jobbsituasjon, de visste ikke hva de skulle jobbe med, de visste ikke hva de ville klare, flere hadde kronisk syke barn eller andre familiemedlemmer som krevde ekstra av de. De beskrev at de ikke tenkte på seg selv, klarte ikke si nei og til slutt

så ble forpliktelsene for store og de ble syke. De hadde alle kjent på stresset i hverdagen over lang tid og ikke tatt signalene på at de burde stoppe opp og ikke hatt redskapene til å roe ned eller manglet forståelse for hva som hadde vært i ferd med å skje med kropp og sinn. Det ble opplevd som et slit mellom mange arenaer og hvor de på den ene siden følte på stress med å komme tilbake til arbeidslivet og på den andre siden at Nav krevde at de søkte seg jobb samtidig som det ikke ble tilrettelagt med de forpliktelsene de ellers hadde utenfor arbeidslivet.

En informant maktet ikke å tilfredsstille Nav sine krav om å selge seg selv inn som jobbsøker til tross for at hun hadde utdannelsen (1). Hun følte seg maktesløs overfor systemet som bare krevde av henne, og hun visste ikke om det var jobb innenfor det hun hadde utdanning som hun ville jobbe. Disse eksemplene illustrerte et gap mellom de krav informantene følte de var bundet av og hva de faktisk klarte og hva samfunnet forventet av de. Flere viste tegn til at de ikke hadde tro på at de kunne takle de kravene som stiltes. Flere beskrev det som et vendepunkt da de faktisk klarte å anerkjenne seg selv for den de hadde blitt. Aksepterte at de ikke lenger klarte det de hadde klart før, lærte seg å være tålmodig og ta små skritt. Gi seg selv lov til å være syk og være mottaker for andres hjelp. En Informant beskrev det slik:

«Godkjenne svakhetene sine ja og liksom det å begynne å ta imot hjelp selv. Det var veldig rart, men jeg tenkte at det skal jeg vende meg til. Jeg skal begynne å si takk for ting, jeg skal vise at jeg er glad, når noen trer støttende til. Det var sånt som jeg ikke hadde tenkt over før, at jeg skulle være mottakeren plutselig og samtidig tenke at de vil meg godt, de gjør det ikke bare for at de synes synd på meg. Det er for at de har lyst. Men det å begynne å tenke sånn om meg selv, det var kjempe vanskelig» (8).

En annen informant sa det slik om å akseptere sin «nye» situasjon

«det handler kanskje litt om at en selv skal innse at det her klarer jeg ikke, og ikke ha så høye krav, at jeg duger ikke om jeg ikke har de kravene til meg selv, godta selv at sånn er jeg, den veien har vært lang å gå» (1).

Deltakerne lærte å ha fokus på sine egne behov og se seg selv som et menneske. Dette lærte de gjennom å prioritere seg selv, si at det er lov å bruke 2 timer på avisen, dersom det ga de noe meningsfylt, klare å sette sine egne grenser, klare å si «nei». Dette til tross for at de hadde mange omsorgsoppgaver både for barn og gamle foreldre. De følte at de skulle

strekke til på mange arenaer på grunn av alt for mange oppgaver som økte stressnivået hos de og dro de lenger ned i vanskelighetene.

8.2 BEVISSTGJØRING

Selve bevisstgjøringsprosessen tok tid og deltakerne fikk på Friskgården ulike strategier for å hjelpe de til å oppnå en økt bevisstgjøring omkring seg selv, sitt selvbylde og mestringsfølelse. Informantene beskrev sin situasjon uten arbeid som ensom og isolert fordi de ikke orket se andre mennesker i øynene og de hadde ikke noe spennende å snakke om da de ikke var i jobb. De opplevde at de mistet sitt selvbylde, troen på seg selv og troen på at de ville mestre noe. En tenkte dette om prosessen med å klare å se fremgang for sin egen del

«og det var så konkret, når du var til samtale, tenker jeg, for da var det sånn du krysset av litt for hvordan det sto til nå og så hadde du noen mål tenkt til neste gang. Og etter en stund skulle du krysse av på de samme skjemaene og så ser du at det har jo skjedd noe her. Så det var noe med det konkrete, og det med samtale, undervisning, gå turer. Og det var så flott å gå turer og kjenne at du klarer å gå en runde oppi her og så glad man blir. Så det var så mye plusser, men jeg gikk her i nesten 6 uker og enda nesten ikke klarte å gå noe mer en bort til brua og tilbake» (6).

Det denne personen var inne på i siste del av avsnittet, var å være tålmodig med seg selv og forventet fremgang. Det opplevdes vanskelig på tidspunktet for den utfordrende situasjonen hvor det ble forventet en fremgang.

Gjennom veiledningen fikk deltakerne kartlagt hva egne utfordringer besto i og mulige måter å løse disse på. Det var fokus på muligheter og det ble satt personlige mål ut fra ønsker og tanker for fremtiden. Friskgården bisto den enkelte å finne riktige strategier for å komme videre og komme i jobb tross utfordringene. En av deltakerne sa det slik:

«den dere AHA-opplevelsen på hva jeg skal ha fokus på, vi skal ha fokus på den delen av meg som faktisk kan yte noen ting og ikke på det som ikke er bra. Og da begynner jeg å lete selv og ja hva er det jeg kan da? Så klarer man å hente frem det» (8).

Deltakerne nevnte «helsegryta» mange ganger i løpet av intervjuene. Helsegryta handlet i stor grad om en bevisstgjøring av egen situasjon. Dette handlet på mange måter om å finne balanse i hverdagen mellom stress og forpliktelser og med enkle midler kunne klare å lytte til

sin egen kropp, hva hadde de behov for nå, hva skulle til for at de skulle klare alle forpliktelsene. Det handlet om å ha lov til å være litt egoistisk og kjenne på at man ikke trengte å være «flink pike» hele tiden. Det handlet mye om å være bevisst sine svakheter og styrker og sine muligheter. Helsegryta var et enkelt bilde på hvordan kroppen be tappet for energi, dersom informantene kun fokuserte på det negative i livet. Den var intuitivt lett forståelig for de fleste.

Alle var opptatt av denne som en strategi de hadde lært på Friskgården og de beskrev den som å finne positive ting å fylle på med i livet for å veie opp mot de mange tappende forholdene. Helsegryta handlet enkelt forklart om å finne balanse mellom positive inputs og negative outputs. Det som tappet og det som fylte på denne gryta var subjektivt. En informant beskrev helsegryta slik:

«I det er den derre helsegryta som de snakker om da. At du kan ikke få bare hente ut ting i fra den, du må føle at det gir noe tilbake og den har jeg lært meg å sjå ekstra mye oppe i det herre og. Det med å sette av tid til seg selv og det med å prioritere ting som gir deg positive opplevelser eller ja... det er jo kjempe viktig. Men det tror jeg kanskje er noe alle småbarnsmødre skulle ha fått litt mere av. Det er mange som tar det senere ... vi tenker på oss selv om noen år, og så står du der og er så sliten at du ja..... og så har du vondt her og så har du vondt der og ja så klarer du ikke å se at hvis jeg prioriter at hvis jeg går meg en tur ut en halvtime eller legger meg ned og slapper av eller leser og ja det så kan det gi meg noe tilbake, så har jeg masse mer å gi etterpå selv om det kanskje høres ut som et ork å kle på seg og gå tur i den herre stressa hverdagen. Det gir så mye» (6).

En annen beskrev helsegryta slik:

«Jeg hadde ikke ordene da, men det var nok det jeg fikk i oppdrag å gjøre, gjøre ting som jeg hadde lyst til, og da tenkte jeg kanskje jeg skal hente avisa, lese i den. Det har jeg ikke hatt mye tid til. Og fikk helt sjokk da jeg hadde sittet i to timer med den. Så fikk jeg dårlig samvittighet. Nå har jeg gjort noe som ikke har vært så veldig nyttig igjen, og hele tiden fikk jeg tilbakemelding på at «jo det er det du skal gjøre, gjøre ting som fyller på for deg» og det gjorde jeg» (8).

I bevisstgjøringsprosessen ble det i tillegg til mental trening og undervisning, benyttet fysisk aktivitet og avspenning. Dette ble tilpasset den enkelte hvor informantene fikk mulighet til å få tilpasset et treningsopplegg tross smerter. Deltakerne lærte ulike avspenningsteknikker

for å slappe av og roe ned et hakk og de lærte å reflektere over avspenningens virkning på kroppen. Avspenning hadde ikke deltakerne drevet med før og de syntes det var nyttig å lære seg å slappe av. Det var noe som gjorde deltakerne godt og hjalp de med å løse opp i stive muskler, selv om de også flåset litt med temaet

«det var jo tøy og bøyy og rull med tunga og alt det der» (1)

En deltaker beskrev sin første opplevelse med avspenning slik:

«for jeg kan huske første dagen jeg var her og tenkte jøss, men det var når jeg skjønte hvorfor... Det var jo rett og slett en av øvelsene, det med avspenning, det hadde jeg aldri vært borti før. Jeg ble så uvel første gang jeg gjorde det, kastet opp rett og slett. Jeg kom meg nesten ikke hjem på grunn av avspenningen og da skjønte jeg ... Dette handler om bevisstgjøring. Det er kanskje noe av det viktigste du har lært her, akkurat det med å avspenne seg selv og sleppe ned skuldrene for det var det jeg ble dårlig av» (9).

Det handlet om å klare å gi kroppen ro til å slappe av, og med enkle midler så lærte informantene å gjøre dette i hverdagen. Riktig avspenningsteknikk kan hjelpe en å få ned stressnivået og kan gi et naturlig avbrekk i en travel hverdag. Under avspenning følte informantene at de kunne reflektere over egen situasjon. En nevnte at hun ikke skjønte hvorfor hun ikke fikk sove, men lærte underveis i kurset at hun strammet kjeven så hardt og klarte aldri å senke skuldrene og slappe ordentlig av og sa det slik:

*«jeg skjønte ikke hvorfor jeg ikke fikk sove jeg satt jo sånn (**viser med knyttet stram neve, min utheving**) jeg beit meg i tungen, var jo helt bulket opp etter tennene og satt konstant sånn med tennene (biter i tunga, min utheving)» (1)*

Avspenning var en av de teknikkene som flest har tatt med seg ut i hverdagslivet og de hadde et større fokus på viktigheten av å gi kroppen hvile og tid til litt rekreasjon. Følgende eksempler belyser hvordan informantene hadde forstått viktigheten av avspenning og at de pausene ikke trengte være så lange for det skulle ha effekt:

«ja, altså, at du skal ta deg noen små pauser, spenne av litt. Jeg holder på med mye tungt arbeid, og sliter med stiv nakke og det gjelder å slappe av litte granne og ikke være for anspent. Det er ikke sikkert at jeg gjør det, men bare har den tanken at en skulle ha gjort det. Lære seg det å tenke litt, og det å ta seg en 5 minutter når en er litt sliten, sette seg ned

når en er litt stiv og støl, og bare det å ha tankene om å tenke litt annerledes. Det lærte iallfall jeg her da» (2).

Et av de uttalte formålene med tiltaket var å gi deltakerne redskaper til å takle utfordringer de møtte på som de kunne benytte i andre sammenhenger, øke deres empowerment og mestringstro.

«I tunge perioder så må du se at du må føre noe tilbake som gir deg noe. Det har nok vært veldig viktig at du blir bevisst at vi har vært gjennom en veldig tøff periode rundt barnet og jeg bruker det veldig bevisst i forhold til å takle alt det. Det kan jo brukes på andre ting så det er viktig. Det går mye på det å se i forhold til stressmestring og det er mye du kan bruke den til tenker jeg. Og det gjelder ikke bare meg, det gjelder de fleste i hverdagen» (8).

Dette ble også formulert slik:

«det er en sammensatt sak, men det er som jeg har sagt tidligere, at jeg må lære meg å tenke på en litt annen måte enn jeg gjorde før jeg ble syk da. Og jeg må lære meg å si nei og ikke ta på meg så mye samtidig, som jeg da jeg kom hit så så jeg jo det at jeg var sprek i forhold til mange av de som var her» (3).

Det handlet ofte om, slik sitatet over viser, om å kunne overføre det en har lært til andre områder også, som arbeidslivet eller i forhold til vanskelige situasjoner som kan oppstå. Det å kunne ha tro på at en kan takle liknende situasjoner eller nye utfordringer handler mye om økt mestringstro, økt selvbilde og at en har strategier en vet kan fungere.

En informant problematiserte at det å si nei, kunne bli noe å beskytte seg bak og et hinder for videreutvikling.

«jeg trur man kan, jeg må litt tilbake til at man kan si nei noen ganger jeg da, og så kjenner jeg det i følelseslivet mitt at det her kjenner kroppen at det har jeg ikke lyst og så sier jeg nei. Men, nå har jeg tenkt det at jeg skal være litt på vakt igjen, for hvis jeg sier nei hver gang jeg kjenner at jeg ikke har lyst, nå har jeg kommet litt mer dit, så nå må jeg, nå vurderer jeg litt mer, er det noe jeg kan prøve selv om jeg ikke har så lyst, har jeg litt godt av å prøve det her nå, men ja jeg skal gjøre.... men da skal jeg si nei til noe annet» (8).

Deltakerne lærte også om betydningen av å ha en hobby for sin egen del. Ha noe å fokusere på som tok tankene vekk fra det negative. En hobby medførte at informantene kom seg opp av sofaen, fikk et avbrekk fra hverdagen og kunne gi positive innspill. Det at de hadde en

hobby kunne medføre økt mestringsglede, som kunne ha overføringsverdi til flere områder og som kunne gi økt tro på seg selv. Slik beskrev en av informantene dette:

«hadde jeg ikke hatt de (hobbyene) ville det vært tøft til tider. Bare det å komme seg ut da, jeg var fotballtrener, selv om jeg ikke var helt 100% på det nivået som jeg var før jeg ble syk så er du ute i frisk luft og du kommer deg ut 3-4 dager i uka. Og så er jo det meget positivt pluss at du får bruke hodet på noe vettugt i stedet for at du sitter inne og kanskje ikke har noe å bidra med, kan du si» (3)

Flere av informantene var glad i musikk og brukte mye av sin fritid på musikk, både ved å lære bort til andre og spille for publikum. Dette var noe de beskrev som viktig for de og som hadde overføringsverdi til flere områder. De opplevde at publikum likte de og ga de mye positiv feedback ved klapp og tilrop. En var hyret inn til å hjelpe til med å utvikle en spillegruppe et annet sted i landet og opplevde stor glede over dette.

Flere av informantene beskrev temaene i undervisningen som kjent fra før, men sa at de fikk tid til å reflektere over viktige områder for ens egen del og at de kunne stoppe opp litt og reflektere over hva de enkelte temaene betød for de. En syntes ikke undervisningen var noe særlig i det hele tatt da det var kjent stoff fra før og mente at det ikke var nok til å bygge videre på. Informanten beskrev det slik:

«det var spørsmål, det var litt sånn beskrivelse av noen ting, verdier f.eks, men ikke noe svar, så det var eh for de som trenger å bli vekket og begynne å tenke, men jeg har tenkt så lenge, så for meg var det viktig å få noen svar, som du sier å få noen teknikker for å takle psykiske utfordringer eller sånn, men det fikk jeg ikke..... Men det var viktig å være med folk, som jeg sa, og jeg fikk et par tips fra de andre om noe tv-program som var nyttig, så det var utveksling..... Jeg kom faktisk med et forslag til veilederen om at kanskje de kan ha noe eh lister over litteratur man kan lese og som kan henge opp på tavla for de som har lyst til å gå mer og lære videre med de tingene som de kommer med» (11)

Informanten sa videre *«det var kort og litt overfladisk, men de har ikke så mye informasjon for å fylle ut temaene» (11).*

Informanten fant rehabiliteringen viktig allikevel, men vektla veiledningen og treningen/avspenningen og sitatet under viser at hun tilsynelatende fikk en økt bevissthet omkring sin egen situasjon

«eh vi fant ut at jeg er i en identitetskrise, det jeg var veldig bekymret om jobbsituasjonen min og livet mitt her i hvem er jeg her. Man prøver å tilpasse seg og det er veldig mye som man gjør, men likevel du er annerledes og du skiller deg ut og alt det der. Det var noe jeg ikke tenkte så mye på, men det kom frem mens vi pratet også vi jobbet litt med det og så vi eh jeg tror jeg fant en løsning der i hvert fall» (11)

Flere av de andre nevnte at de har lært mye av selve rehabiliteringen og at selv om de ikke gikk og tenkte over det lenger i dagliglivet, så sto de bedre rustet i møtet med nye utfordringer som tidligere ville ha dratt de ned. En av deltakerne beskrev en vanskelig episode i etterkant av avsluttet rehabilitering på Friskgården og hvordan han taklet dette:

«nå så tenker jeg ikke over det egentlig, nå føler jeg at jeg er der jeg har vært før. Jeg møtte veggen, men akkurat etterpå så synes jeg at jeg tenkte litt mer over ting, og at jeg var flink til å puste med magen» (10)

8.3 PERSONLIG INNSTILLING

Det å ha et ønske om å komme tilbake til arbeidslivet, var viktig for mange. Det ble trukket inn at man måtte være klar for det og ha kommet så langt i prosessen at man hadde akseptert at man kanskje ikke kunne komme tilbake til det man drev med før og kanskje i en redusert stilling. Flere av informantene trakk frem motivasjon, humør, vilje, mot og positiv tankegang som viktige faktorer for å komme tilbake til arbeidslivet. Prosessen ble beskrevet som en lang prosess som for de fleste hadde gått over mange år.

Tidsaspektet ble sett i sammenheng med grad av innstilling og motivasjon. De fleste av deltakerne hadde gått flere runder med arbeidsrettet rehabilitering hos Friskgården og først ved siste gjennomføring kommet seg ut i arbeid

«jeg var nok mest redusert da jeg var her første gangen da, men det var mer oppfølging senere da. Da var det kanskje mer fokus på trening. Den andre og tredje og fjerde gangen ja, jeg husker ikke hvor mange ganger jeg var her men det var flere ganger ja. Så jeg var ikke i stand til å begynne på ny utdanning eller attføring før det var gått litte granne tid da» (3).

Denne informanten fortsatte:

«Det kreves at en har mot (for å komme tilbake til arbeid, min utheving), en kan ikke, det er ikke noe selvfølge at en klarer seg etter at en har vært gjennom noe sånt som meg.

Det var fryktelig tøft og summen av alle de problemer og det som jeg har fortalt om her nå kunne ført til at mange ville gravd seg ned» (3).

En av informantene svarte dette om hva denne tenkte var viktigst for å komme i arbeid:

«kanskje jeg har fått den tiden jeg trengte for å komme meg og så fikk jeg en god del gjennom veiledning og så egeninnsats også» (11)

En av informantene sa det slik om innstilling:

«Det har noe med innstilling å gjøre og har du negativ innstilling, da er det vanskelig for veiledere og komme inn og klare å bryte gjennom og. I mange situasjoner klarer de kanskje bryte gjennom og enkelte må de kanskje bare gi opp for de kommer ikke gjennom skallet til folk og det er vanskelig å hente de opp fra gjørma de står i» (6).

Dette med å komme seg opp og ut av sofaen snakket mange om som viktig. Flere refererte til at «dørstokkmila var lang». Man må ha vilje til å stå på. Det viktigste var å bare gjøre noe fornuftig, og dersom de hadde en dårlig dag, så måtte lista legges lavere som informant sa det:

«for eksempel når jeg setter meg ned med gitaren og synger en sang, så er iallfall det noe» (3).

Noen av informantene snakket om at det å tenke positivt hadde de lært mye om og at det var mulig å snu sin innstilling og være mer positiv. Flere var også inne på at det å gjøre noe positivt, noe som ga de glede, det kunne medføre at de ville gjøre mere av de tingene og at de kom inn i en positiv spiral. I denne sammenheng var flere inne på at økt glede over noe, kunne medføre en økt mestringsfølelse og motivasjon til å komme tilbake til arbeidslivet. En informant sa:

«Ja, jeg har fått det fortalt. Jeg vet at å gjøre positive ting, gjør meg positiv og motivert og glad og da orker jeg mer og det er kanskje det jeg har tatt med meg mest av» (8).

En annen sa om samme tema:

«I stedet for å tenke negativt så prøver jeg å snu det til noe positivt. Altså den kommentaren kanskje hadde en annen grunn til at den ble sånn, jeg er nærtagende i hvert fall når man selv tror man er god og da prøver jeg å bruke de verktøyene jeg har her og ikke tenke for andre» (9).

En av informantene var opptatt av å ha godt humør hele veien

«Det er viktig med godt humør. Selv om ting har vært trasig, så har jeg hatt godt humør hele veien. Man kan ikke gi opp, man må komme seg ut og gjøre noe. Dørstokkmila er lang. Hvis en setter seg ned og tenker tunge tanker og at det her kommer aldri til å gå bra, det her kommer jeg meg aldri gjennom, da har du i hvert fall tapt. Og tenk positivt, og det er ikke så lenge siden det her skjedde og det kan hende at kroppen min trenger mer enn som så, for jeg er ganske tøff, jeg har levd over det da det var på det verste og da skal jeg faen meg klare det her og, unnskyld uttrykket men» (3).

Dette handlet om vilje til å komme videre, om å få fokus over på noe annet og ikke bli sittende inne og tenke på alt det vonde. Det kom tidlig frem at motivasjon og vilje alene ikke var nok for å komme seg ut i arbeidslivet igjen. Det måtte også være tilrettelagt slik at de hadde mulighetene. En informant sa det slik:

«men og tilrettelegging, som du sier for om du har motivasjon, så trenger du ikke komme noen plass» (4).

8.4 TILRETTELEGGING OG Å BLI SETT:

Alle informantene snakket om tilrettelegging og det å bli sett og hørt av noen som noe av det viktigste for å klare å komme i arbeid igjen. De opplevde at Friskgården tok de alvorlig og hjalp i de i møte med ulike aktører. De fikk hjelp til å oppsøke potensielle arbeidsgivere, det kunne være kontakt med fastlege, men særlig viktig opplevde informantene Friskgårdens rolle i møtet med Nav. Samtlige presiserte at å få avklart uføregrad/arbeidsprosent og møte med Nav, var til betydelig hjelp, da flertallet satt med følelsen av å kjempe en kamp med Nav. De ble ikke trodd, alt handlet om å få fastslått restarbeidsevne og informantene gjentok opptil flere ganger at de følte de ble sykere av å stå i kampen mot Nav alene. Mange følte det var et vendepunkt for de da de fikk hjelp fra Friskgården til å snakke med Nav. En av informantene snakket om stillingsfordeling uføretrygd/arbeidsevne (henholdsvis 80/20) slik:

«Det er måten de får deg til å føle deg på. Det var så ille til slutt at jeg fikk angstanfall, når det kom konvolutt fra Nav med navnet mitt. Mulig jeg har vært uheldig med saksbehandlere, men gang på gang føler du at du blir tråkket ned i grusen. Det var først når Friskgården kom inn, at de la seg langflat og da var det ett møte og så var det greit» (8).

En av informantene beskrev at du «*slipper litt av ansvaret*» (7) om sin egen situasjon, da hun fikk hjelp av Friskgården og fikk kartlagt hvor stor stilling hun kunne make å stå i. Det opplevdes for denne informanten som en stor lettelse å slippe å ta alt ansvar for seg selv. Det ble for mye å skulle finne ut av på egen hånd hvor mye hun kunne jobbe, hvor hun skulle jobbe, selge seg inn hos en arbeidsgiver og ikke minst sortere ut hvilke muligheter hun hadde. Den samme informanten beskrev håpløsheten i å stå alene med kontakten med en potensiell arbeidsgiver slik,

«og da skal du gå ned å spørre etter en jobb, men jeg vet egentlig ikke hvor mye jeg kan jobbe, ikke sant. Jeg hadde jo ikke klart det, hvis jeg måtte gå rundt å spørre selv» (7).

Enkle og vanlige spørsmål om hvor mye man kan jobbe, kunne ikke besvares og ble da et hinder for denne informanten til å ta skrittet ut og søke seg en jobb. Hvem vil vel ansette en sykemeldt arbeidstaker som ikke vet hvor mye hun kan jobbe? Dette var tanker hun reflekterte over under intervjuet. Deltakerne fikk hjelp til å realisere sine ønsker og kanskje sågar sine drømmer og bistanden hun trengte for å tørre ta skrittet ut og starte med noe nytt. De fikk redskaper til å ha tro på seg selv, men kanskje viktigst her, det at de fikk en oppbacking fra noen i form av at Friskgården ble med de i første møtet med en potensiell arbeidsgiver eller at de fikk hjelp til å finne egnet arbeidsplass. En sa:

«det har med der her at når du har sagt hva du ønsker å gjøre og kunne tenkt deg, så var dem der og trakk i noen tråder og nå har jeg et intervju her og skal vi dra og besøke dem. Og så får du se, så får du faktisk prøve på den arbeidsplassen, og jeg som var redd for å ta ny jobb, jeg tok ikke sånn som jeg ikke ønsket å prøve, jeg tok de her jobbene som var lett å få tak i. Servitør er ikke noe problem å gjøre og vaske slakteri, du legger ikke igjen sjela der heller og du trenger ikke være noen Derrick for å få til da».(10)

Flere sammenliknet saksbehandler ved Nav med Friskgårdens veiledere. De opplevde at de ved Friskgården ble sett og hørt og at de ble behandlet som mennesker med muligheter. Motsatt følte de at saksbehandler ved Nav trykket de ned og gjorde at de følte seg lite verdt fordi alt handlet om hvor mye de kunne jobbe og når de kunne begynne å jobbe. Det ble også kommentert at de møtte lite forståelse for at de var syke hos Nav og at de ikke maktet å komme i jobb på egen hånd

«og jeg er flink til å jobbe, når jeg jobber, men det å selge meg selv, det er der problemet ligger. Jeg forteller at her vil jeg jobbe og det nav mener jeg da skal gjøre er å gå inn på CV, men det stopper der ja. Det er ikke så lett å selge seg selv, når en føler at en ikke er flink til noen ting» (1).

En av informantene sa dette om Nav i positiv forstand

«det samarbeidet nav og arbeid, altså prosentandel hvor mye skal du jobbe, hvor mye ytelse fra nav.... og det er en mulighet. Det synes jeg er helt suverent, for da overlever du økonomisk» (3).

Denne informanten hadde en helt annen sykdomshistorie enn de øvrige og han sa dette i sammenheng med at han ble respektert og trodd hos sin saksbehandler. Han satte også i fokus sin adferd i møtet med Nav og at denne kunne forklare at han ble møtt på en god og fin måte, alternativt var saksbehandleren i Nav dyktig og ydmyk. Men, også en av de andre informantene beskrev at den økonomiske situasjonen var til å leve med nettopp på grunn av ordningen som Nav tilbød. Det var kun en informant som nevnte at den økonomiske situasjonen forverret situasjonen til informanten. Informanten beskrev en situasjon med voksende gjeld på grunn av at han hadde blitt syk og at tilskudd fra Nav ikke dekket de tapte inntektene som et arbeidsforhold gir.

En av informantene snakket om dette med å takle smerter nå sammenliknet med tidligere. Hun opplevde at det var lettere å leve med smertene etter at hun hadde fått hjelp til å få klarhet i en del forhold i sitt liv. Hun ble spurt om hun hadde mindre smerter nå og på dette svarte hun:

«nei, det er vel nå likeens tror jeg, men det er vel heller det at når at ting falt på plass så slapp du alt det stresset og de ekstra bekymringene som kom i tillegg, så det roet seg. Det blir lettere å håndtere de smertene og, ja, for når du hele tiden gikk med et sånt jag om at du må prøve og du må prøve og prøv og prøv og prøv, så blir det en sånn ekstra belastning som gjør at ting kanskje blir enda tyngre» (5).

Hun viste med dette eksemplet at det er var ekstrabelastning det å ikke få avklaring rundt hvor mye hun skulle jobbe, ikke bli trodd om at man ikke klarer større arbeidsmengde og at det bare var å prøve mer. Hun svarte i likhet med flertallet at det å få avklart praktiske ting

rundt stillingsfordeling jobb/tilskudd, det var en så viktig bit i hele belastningen med å være borte, at denne avklaringen i seg selv blir et vendepunkt mot en bedring.

Noen problematiserte undervisningen med at de var på ulikt faglig nivå og at de hadde ulikt utgangspunkt med ulikt behov for hjelp. En nevnte at det ikke var tilrettelagt for at hun kunne mye om temaene i undervisningen og at det var en ulempe for henne å måtte delta på dette. Hun ønsket ytterligere fordypning, noe hun opplevde hun ikke fikk

«greit å jobbe i gruppe, selv om jeg skjønner at de har folk i forskjellig alder og situasjoner osv. Det er samme som på skolen, kanskje noen trenger introduksjon med litt og litt og noen trenger mere. Og så har vi forskjellig erfaring med å lese og tenke på ting, men hvis de hadde mer tid på enkelte temaer og ga noe tilleggsinformasjon å gå videre med» (11)

Informantene har noen lunde samme oppfatning av hva som var positivt med å komme til Friskgården. De følte at de ble sett, ble hørt og de følte seg meningsfulle og viktige som person. De beskrev at de følte Friskgården hjalp de til å bygge seg opp igjen som en person og til å mestre utfordrende forhold. Det ble tilrettelagt for at den enkelte kunne få ekstra oppfølging, dersom dette var nødvendig en dag eller at veileder ble med og gikk tur og pratet i stedet for å sitte på kontoret i tradisjonell terapeut/klient-stil. En av informantene sa det slik om betydningen av å få hjelp på Friskgården

«Jeg var litt overalt på en måte, så det var viktig å ta bort det som var unødvendig og smått, hvis du skjønner, noe av hovedretningen i alt sammen, ja for jeg kom med veldig mye hvor jeg kunne bruke min personlighet og talenter osv. Det var veldig mye og smått, jeg på en måte prøvde å gå alle veier samtidig, og det på en måte jeg visste ikke var mulig» (7).

Flere snakket om at de opplevde seg som mennesker og at personalet på Friskgården brydde seg om de på ordentlig og ikke bare fordi de «jobbet med de

«Buret» ble omtalt som et rolig sted hvor deltakerne kunne gå og slappe av litt, dersom de hadde en dårlig dag. Samtalen omkring «buret» frembrakte smil og gode minner.

Friskgården satte som krav at alle skulle møte opp hver dag. Si hei, vise seg og delta på morgenstunden. Selv om deltakerne følte at de ikke var i form til det, så var kravet at de skulle stille, men at de kunne gå og hvile seg eller gjøre litt andre aktiviteter for å komme seg. Dette sa en av informantene om det å måtte stille opp hver dag og viktigheten av å bli sett.

«Og når du kommer og ser sånn her ut (viser krumbøyd rygg og et slitent ansiktsuttrykk) så fikk du nøkkelen til buret, nå kan du gå og legge deg og vi vekker deg til lunsj» (9).

Dette handlet mye om å komme seg opp av sengen og gjøre noe som var meningsfylt. Ha noen oppgaver å fylle dagen med. En var opptatt av det det følte som om de var på jobb når de deltok på Friskgården sitt opplegg

«de sier jo alltid ha en fin arbeidsdag, sier de, når de er ferdig med den morgentalen eller hva jeg skal kalle det. Så det her er arbeidsplassen min, så da er det jo viktig å møte opp selv om en våkner og har en drittdag, så i hvert fall kom deg opp av sengen» (1).

Veilederne fikk også gjennom denne morgenstunden anledning til å se alle sammen og kunne danne seg et bilde av om dagen var «ok» for den enkelte. En kommenterte at

«nei, jeg datt jo helt i kjelleren jeg og ho (veilederen) så jo det, ho gikk jo rundt med meg og alt forandret seg, jeg ble jo helt ødelagt, hadde jo så vondt i kroppen av de stundene (om avslapning), men de fanget det tvert» (9).

Denne deltakeren snakket her om treningsopplegget som ble lagt opp for han på Friskgården og at det ble i det meste laget. Dette opplevde han ble fanget opp og korrigert.

En av deltakerne forklarte også at hun ikke ble sett første gangen hun var på Friskgården og beskriver betydningen av å ha en veileder som det ikke fungerer med

«og så var jeg litt uheldig for jeg fikk som veileder her når jeg begynte, en som ikke fungerte så bra i jobben sin. Så jeg gikk en stund uten å føle at det egentlig var greit. Jeg hadde hørt så mye positivt om Friskgården og så kom jeg hit og så skjønte jeg at, nei det var ikke så greit for ikke ble jeg tatt inn til noen samtaler, men så var det ei, som var der, hu har jo litt øyne over alt og så plukket hun opp det dere der og så begynte flere å s det, for det var jo ikke bare meg han var veileder til og det fungerte ikke til. Så da tok (en annen, min endring) over som veileder til meg og da ble det jo helt annerledes» (5).

Hun opplevde at noen hadde sett at dette ikke fungerte for henne og tok tak. Hun opplevde at hun ble tatt på alvor og at hun betydde noe som person.

8.5 NETTVERK OG FELLESSKAP:

Informantene skilte mellom nettverket som de omtalte som familie, venner, lege, kollegaer og fellesskapet som var de andre deltakerne på Friskgården. Felles for begge gruppene var at informantene hadde en klar positiv oppfatning av hva nettverket/fellesskapet hadde hatt å si for deres tilbakevending til arbeidslivet, men de kom også med eksempler på at det kunne oppleves som negativt og til dels hemmende med for mye fokus og oppmerksomhet rundt ens tilstand. Flere snakket om uuttalte forventninger de følte at samfunnet og da venner/bekjente/familie, hadde til de og hvordan det snudde før og etter at de kom i jobb. De påla seg også en del mindreverdighetstanker, som de følte at nettverket tenkte om de, ved det å ikke være i jobb. Slike tanker snakket deltakerne ikke om i forhold til fellesskapet. Der gikk det mer på at de var i samme bås og de fant en trøst i at noen hadde det verre enn seg selv. En sa det slik:

«det der med å gå seg på noen ting i livet, det skjer mange. Når du sitter der med skallen din og trur at du det her klarer jeg ikke og så begynner du å snakke med folk, og så herregud hvor mange som har et eller annet som ikke er bra» (9).

Flere nevnte også betydningen av å kunne føle seg nyttig ved å stille opp for hverandre gjennom fellesskapet. Motsatt ble det også reflektert over at det kunne bli for mye fokus på sykdom

«som jeg sa klart i fra til den gruppa allerede første dagen trur jeg, jeg trur det er viktig at vi ikke drar hverandre ned og ikke har noe konkurranse om hvem som har det vondest for det funker ikke for meg jeg har ikke vondt jeg kan ikke bli med på den konkurransen jeg» (6) .

Det ble tatt opp ulempen med å ikke føle seg som en del av fellesskapet eller å ikke ville være en del av det og da følelsen av en plikt til å delta i dette fellesskapet. En av informantene følte hun måtte forsvare at hun ønsket å gå tur alene og at det var viktig for henne. Hun sa også

«men jeg tror det er viktig at man ikke bruker tiden på å psyke hverandre ned på å høre på andre sine tragiske historier» (8).

Et annet tema som ble trukket frem når det gjaldt fellesskapet på Friskgården, var utfordringer knyttet til det å komme på gruppe med andre som ikke var motiverte og som hadde en negativ innstilling. Flere opplevde at egen sykdom ofte ble tema rundt bordet, i

fellesskap med andre, eller når de gikk turer sammen. Det å høre på at andre ikke ønsket å delta eller syntes opplegget var dumt, det kunne resultere i at de som var motiverte også ble mer negative. Det kunne resultere i en negativ spiral, hvor informantene ikke fikk full uttelling av opplegget. En informant beskrev det slik

«det sa de helt i starten at motivasjon er viktig, og for meg var det kjempe viktig at jeg var motivert, for jeg var sammen med andre som ikke var det og det var ikke så bra, men jeg var veldig uheldig med den gruppa, for det var sånn «i dag har jeg så vondt i kneet og jeg har vondt i ryggen» og hvor har du vondt hen da..... Nei jeg har ikke vondt noen plass jeg, det er ikke noe som feiler meg fysisk» (1).

Det var mange eksempler på at fellesskapet bidro til positive opplevelser også. En nevnte at hun fikk tips fra en av de andre deltakerne om et annet kognitivt opplegg som kanskje kunne hjelpe henne med å komme videre. Flere snakket om at under undervisningen så var det å høre på andres historier, erfaringer og tankegang rundt de ulike temaene, spennende og ga nye impulser til egenrefleksjon samt at det kom mye godt ut av diskusjoner om ulike temaer. Dette beskrev en informant:

«jeg synes det var kjempe fint og kunne sitte her i dette fellesskapet selv om jeg kunne slite litt noen ganger og hjertebank og alt det der, men at det ga meg så mye, den dere undervisningen» (8)

En av informantene tok frem viktigheten av nettopp

«En god lunsj, treffe litt andre folk enn i det miljøet en går i til vanlig og få ulike synsvinkler på ting» (2)

som en av de viktigste faktorene for å komme igjen til arbeidslivet. Deltakerne nevnte spørkefullt at lunsjen var veldig god, og måltidene ble ofte en normal setting hvor praten kunne være lystig og mindre anstrengt enn i de mer formelle settingene. Det opplevdes lett å komme i kontakt med de andre som var på Friskgården selv om de var på et annet stadium i tiltaket.

Nettverket handlet om de personene som støttet de i privatlivet eller lege, arbeidskollegaer eller andre. En sa om nettverket:

«det er både tidligere kolleger og mor og arbeidsplassen jeg er på nå. Det er veldig mange støttespillere, synes jeg, som er viktig for meg» (8)

Denne personen problematiserte at de ulike personene i hennes nettverk kunne ha ulike roller og at alle trengte ikke vite alt. Noen kunne hjelpe deg opp, mens andre du anså som en del av ditt nettverk, faktisk kunne bidra til at du følte deg verre

«Jeg var og litt sånn at jeg hvis du spurte meg om hvordan det var med helsa di, hvis du spurte meg om det, om jeg kunne si noe om det, jeg kjente veldig godt hvem jeg kunne si noe til, så svarte jeg det går bedre eller ikke så bra, tok kortvarianten til noen og så var det noen som jeg visste brydde seg ordentlig om meg og da kunne jeg bli med på en kopp kaffe da og så kunne vi prate litt mer»

En annen beskrev viktigheten av å ha et privat nettverk og fortalte at for hans del så var det vendepunktet, det som bidro til at han våknet opp og gjorde noe for å komme ut av situasjonen

«og det er jo grunnen til at jeg er her, er jo de, og da kom husker jeg, det som ble vendepunktet for jeg hadde egentlig gitt opp og tenkt okay that's it. Datteren min kom og skulle ta seg lunsj hos meg og så gikk ho i kjøleskapet og oi, det var ekko inne i der, det var ingen ting. Jeg spiste jo stort sett bare nudler for det kostet 3,50 for en sånn pakke. Jeg hadde ikke noe penger og så hadde ho, dro hun hjem gråtende til moren og sa at han pappa kommer til å sulte i hjel. Det er ikke noe tvil om noe annet og moren ringte til meg og sa «nå må du ta deg sammen» og det har jeg gjort. Så nå har jeg et mye bedre liv enn jeg hadde» (9).

Flere av informantene nevnte at de tilla oppfattede forventninger fra nettverket rundt de, men også forventninger fra storsamfunnet, stor vekt. Slike forventninger kunne oppleves både som positive og negative. De kan være en slags motivasjon for å stå på og komme seg i jobb. En informant sa:

«så har jeg følt litt på det at jeg skylder de rundt meg å klare det for de har støttet meg veldig godt og det er viktig. De rundt deg er viktig» (3).

Dette handlet om hva de følte de skyldte de rundt seg. Nettverket hadde kanskje fulgt de og støttet de hele veien gjennom en lang og tung prosess og informanten følte på at han måtte vise at støtten nettverket hadde gitt, ikke var forgjeves. Dette kunne også sees i sammenheng med en skamfølelse over å ikke jobbe og være som alle andre forventer. Sitatet under viser at jobbstatus også kan gi de rundt informanten en stolhetsfølelse eller en

slags mindreverdighetsfølelse fordi det er forventet i samfunnet at man kan jobbe og at dette kan ramme hele nettverket til en person. Det å komme ut i jobb og bli friskmeldt ble bemerket slik

«Det gjør veldig mye med folk rundt meg, merker på de, svigers og foreldrene mine, og jeg merker at innstillingen blir annerledes» (3).

Den samme problematikken ble omtalt av informant mer utdypende slik:

«jeg merket det litt med familien min og det var folk som kom og sa det går bra i, jeg hører du har begynt å jobbe. Og fader'n var frempå med en gang. Og, ja nei jeg holder på å hjelpe folk som har det fælt, ikke sant, og det er ikke det at de har det fælt, men at de har det vanskelig».(10)

Informanten beskrev hvordan faren snakket stolt om sønnens nye jobb. Informanten beskrev i det videre at faren hadde følt på at folk snakket negativt om sønnen fordi han ikke hadde jobb, var på Nav, klaget over smerter, men hadde aldri fremlagt dokumentasjon på at det var reelle smerter.

«Folk må ha noe å prate om og det er som regel andre personer» (10)

sa han videre. Det ble vist til i hans tilfelle at det å ikke ha en jobb gjorde noe med han som person, men også med de i nettverket rundt deg. Det ble forventet at han skulle jobbe, og hvis en ikke kunne dokumentere at en var syk, så var det enda vanskeligere å få aksept for manglende deltakelse i samfunnet. Det ble også beskrevet slik av informant

«det tynget meg bare mer og mer, at jeg ikke kunne bidra med noen ting, det syntes jeg var vanskelig ikke bare for min egen del, men for familien sin del og. At en ikke bidrar i samfunnet og bare går og får penger, det er ikke noen god følelse» (4).

9.0 DISKUSJON:

Denne studien har hatt fokus på informantenes erfaringer med arbeidsrettet rehabilitering. Hovedtemaene som ble presentert under resultatdelen var aksept av egen situasjon, bevisstgjøring, personlig innstilling, tilrettelegging og bli sett og nettverk/fellesskap. I dette kapittelet vil hvert hovedtema sees i sammenheng med foreliggende empiri og selvbestemmelsesteorien til Ryan og Deci (Ryan, 2000). Dette etterfølges av et underkapittel om metodekritikk. Deretter diskuteres det i hvilken grad resultatene kan sies å ha en folkehelserelevans og til slutt presenteres konklusjonen for denne studien.

9.1 AKSEPT AV EGEN SITUASJON

Informantene beskrev gjentatte ganger nødvendigheten av å akseptere sin situasjon for å kunne begynne prosessen med å returnere til arbeidslivet og nærmest beskrev det som et vendepunkt mot bedring. I denne aksepten lå en tilrettelegging av stillingsprosent, aksept av at de ikke maktet like mye som før og at de måtte skape nye mål og prioriteringer ut fra sine behov og sin helsetilstand. Informantenes opplevelse av redusert velvære og dårligere helse i forkant av den arbeidsrettede rehabiliteringen kan forklares med selvbestemmelsesteorien ved at det ikke var samsvar mellom mål og det de maktet å gjennomføre og som dermed var en trussel mot behovet for autonomi og kompetanse (Ryan,2000). I denne sammenheng kan behovet for autonomi sies å være truet ved at informantene ikke selv maktet å ta egne valg og være initiativtaker i eget liv. Kompetansebehovet var truet ved at informantene i stor grad ikke oppnådde ønsket resultat om å komme i jobb eller det var stort sprik mellom Nav sitt mål og informantens ønske. Gjennom arbeidsrettet rehabilitering fikk de fikk redskaper til å gjøre endringer og ble bedre satt i stand til å lage mål som var i tråd med egne ønsker og som i større grad enn tidligere tilfredsstilte autonomi- og kompetansebehovet.

Selvbestemmelsesteorien kan forklare endringen i informantenes adferd som en naturlig bevegelse på et kontinuum med økt motivasjon og vekst og i neste rekke økt velværefølelse (Ryan, 2000). Sulheim Haugstvedt fant også at aksept for egen situasjon var viktig for å starte tilbakevendingprosessen (Sulheim Haugstvedt, 2011). Braathen fant også tilsvarende i at bedre selvforståelse, av egen situasjon, samsvarte med bedre mestring (Braathen m fl, 2015). Haugli fant at bedre selvforståelse hadde betydning for tilbakevending til arbeidslivet (Haugli m fl, 2011). En av deltakerne snakket om dette med når det å si nei som strategi, ble et hinder for utvikling. Deltakeren viste her en reflektert tankegang slik at strategien «å si

nei» ikke ble et hinder, når informanten hadde kommet dit at hun faktisk maktet mer. Dette kan sies å handle om å kjenne sine reelle ønsker og målsetninger slik at den adferden informanten utviste bidro til økt velvære og bedre helse. Informanten kjente til sine egne ønsker og mål, hun forsto at å si nei kunne bli en sovepute og medføre stagnasjon i prosessen med å nå sine mål. Hun viste her evne til å ta initiativ til å gjøre ting som var i tråd med hennes mål og ta de rette valgene, dette i tråd med hva Ryan og Deci beskriver om autonomi i selvbestemmelsesteorien (Ryan, 2000).

Det ovenfor nevnte avsnittet kan indikere at det å få en forståelse for sin egen situasjon og akseptere denne, vil være et første skritt på veien for utvikling og optimal vekst og i prosessen med å returnere til arbeidslivet. Informantene må først kjenne sine begrensninger, før de kan ta de rette valgene som fremmer deres velvære og helse og som kan bidra i ønsket retning mot yrkesdeltakelse.

9.2 BEVISSTGJØRING

Bevisstgjøringsprosessen med fokus på økt selvinnsett, kjenne sine styrker og svakheter og sine muligheter var viktig for å oppnå målsetning om yrkesdeltakelse for informantene. Arbeidet med å få deltakerne til å reflektere over egen situasjon, sin identitet og egne tanker, ble gjort i hvert ledd i rehabiliteringen. Gjennom undervisning og veiledning fikk de satt ting i perspektiv og de fikk strategier for å kunne endre på adferd og møte nye utfordringer. Friskgården sørget for at deltakeren fikk se fremgangen gjennom å fylle ut skjema og konkret sammenlikne nåsituasjonen med svarene fra tidligere i intervensjonen. Det å være bevisst en fremgang uten et sammenlikningsgrunnlag kan være vanskelig å se. Haugli med flere fant at økt bevissthet om egen identitet, verdier og ressurser, hvilke muligheter og valg deltakerne hadde, var viktig i tilbakevendingsprosessen (Haugli, 2011). «Helsegryta» var et begrep informantene hadde blitt kjent med på Friskgården. Helsegryta beskrev balansen mellom positive inputs og negative outputs. Informantene ble oppfordret til å se på forhold i sitt privatliv som blant annet familieforhold og nettverk og jobbsituasjon. De ble oppfordret til å gjøre mer av det som fylte på helsegryta til den enkelte og redusere på det som gjorde de stressest, slitne eller som ga de plager. Flere lærte seg å si nei og sette grenser for seg selv. De fikk drahjelpen av Friskgården, men jobbet selv med å kartlegge sin egen fremtid. Dette er i tråd med Friskgården sin salutogenetiske tilnærming i at

informantene fikk en økt «sense of coherence som nettopp omhandler individers kapasitet til å benytte seg av tilgjengelige ressurser og vise forståelse for sin situasjon. Sulheim-Haugstvedt fant også at en del av bevisstgjøringsprosessen handlet om å finne styrker og svakheter og nye muligheter (Sulheim Haugstvedt, 2011). Denne prosessen handler om at informantene kan få bedre kontroll over egen helsetilstand i tråd med empowerment-tankegangen (helse- og omsorgsdepartementet, 1998) og foreta de prioriteringer og valg som er viktig for å oppnå individuelle mål. Dette er også forenelig med autonomibegrepet i selvbestemmelsesteorien hvor informantene under bevisstgjøringsprosessen fikk en økt bevissthet omkring sine ønsker og behov og hvilke muligheter som fantes slik at de kunne ta de valg som best samsvarte med egne ønsker og målsetninger (Ryan, 2000). Informantene ble dermed myndiggjort i sin egen helbredelsesprosess og fikk redskaper til å ta egne valg, bli autonome individer (Ryan, 2000). De opplevde å få økt sin kompetanse i form av å sette seg mål som var optimalt utfordrende og tilpasset deres nivå hvor de så at de maktet å jobbe for eksempel tre dager pr uke dersom det var målet. De fikk i denne sammenheng en økt mestringsfølelse da de faktisk oppnådde det fastsatte målet om å jobbe tre dager pr uke (Ryan, 2000). De opplevde en økt kompetanse slik Ryan og Deci beskriver i sin selvbestemmelsesteori (Ryan, 2000). Økt bevissthet omkring egne ressurser, tanker og prioriteringer, synes å være viktige i en tilbakevendingsprosess.

I likhet med Haugli (2011) og Sulheim-Haugstvedt (2011) så beskriver informantene at økt bevisstgjøring er viktig for å komme tilbake til arbeidslivet. Dette fordi de får en klarhet i sine egne tanker, verdier og ressurser. De får strategier til å håndtere utfordringer og de får hjelp til å utforske sine svakheter og styrker og de mulighetene de har. Braathen med flere beskrev i sin studie hvordan de som hadde maktet å komme tilbake til arbeidslivet hadde økt selvinnsikt og opplevde bedre mestring enn de som fortsatt mottok stønad (Braathen, 2015). Under rehabiliteringen ble det jobbet med å øke individenes mestringstro. Studier har vist at dette har sammenheng med sjansen for å komme tilbake til arbeidslivet (Volker, 2015). Informantene lærte mer om eget liv og om forhold som kunne virke hemmende for utvikling og velvære under intervensjonen på Friskgården.

Informantene lærte om fysisk aktivitet og avspenning. Flere av deltakerne var blitt bevisstgjort de kroppslige reaksjonene av å gå en liten tur eller drive med avspenning og de så i større grad enn før sammenhengen mellom kroppslige reaksjoner og mental

sinnstilstand. Flere studier har påpekte viktigheten av fysisk aktivitet og avspenning og at informantene i disse studiene ble bevisstgjort de kroppslige reaksjonene avspenning og fysisk aktivitet har (Braathen 2015 og Fjellmann-Wiklund 2010). Flere av informantene beskrev plager i form av stiv nakke eller stram kjeve. En beskrev søvnproblematikk. Denne informanten forsto hvorfor hun ikke fikk sove etter at hun hadde lært å slappe av da hun ubevisst hadde strammet kjeven så hardt og bitt tennene så hardt sammen at hun ikke klarte å slappe av. Søvnvanskene ga seg etter at hun begynte å prioritere å spenne av og gi kroppen ro. Flere var inne på at de trengte ikke lange tiden for å slappe av heller, men hadde lært seg den kroppslige effekten av å ta seg fem minutter. Noen av informantene sa at bare det å lære seg tanken på å slappe av, var ny. Informantene hadde lært seg til å se sammenhengen mellom en stiv nakke og sine øvrige helseplager. Avspenning var i likhet med økt bevisstgjøring viktig for tilbakevending til arbeidslivet, ifølge samtlige informanter. De hadde lært å slappe av og se sammenhengen mellom kroppslige reaksjoner og helse. De hadde klart å redusere stressnivået og helseplager som stive nakker og søvnproblematikk var blitt mye bedre etter at de begynte med avspenning.

Flere av deltakerne snakket om det å ha en hobby i tilbakevendingprosessen. Dette fordi informantene da kom seg opp og ut av sofaen og i de tilfellene som informantene kom med, de kom seg ut av huset. De fikk se andre mennesker og kunne være sosiale. En av informantene jobbet 100 % og for denne informanten var det å få tankene over å noe annet viktig. Det å få noen positive opplevelser samt at informanten fikk en pause fra alle bekymringer og plager. Denne informanten var opptatt av at hobbyene hadde vært særlig viktig i rehabiliteringsprosessen for å beholde noe av seg selv også når jobb og andre identifiserende faktorer (for denne informanten) var borte. Kvam fant ikke konsistente funn med dette og fant at jobb og flere fritidsaktiviteter ved siden av ga lavere sannsynlighet for å komme tilbake til arbeidslivet (Kvam. 2015).

Flertallet av informantene nevner flere ganger at «hele pakka» var viktig for å komme tilbake til arbeidslivet. Haugli og Fjellmann-Wiklund studerte hvilke sider ved arbeidsrettet rehabilitering som var viktig for tilbakevending til arbeidslivet og viste til tilsvarende resultat om at alle sidene ved rehabiliteringstiltaket var viktig (Haugli, 2011 og Fjellmann- Wiklund, 2010). Braathen fant at de som kom tilbake til arbeidslivet hadde bedre mestringsstrategier enn de som ikke klarte dette (Braathen, 2015). En deltaker synes hverken undervisning eller

trening hjalp. Det som var viktig for denne informanten var veiledningen hvor informanten fikk bistand til å sortere tanker, finne muligheter samt at informanten fikk snakket ut om sine egne følelser og ble sett og hørt. Avspenningen hjalp også denne informanten ved å rette oppmerksomhet mot kroppslige reaksjoner avspenningen hadde på informantens kropp. Denne informanten sa i motsetning til de andre at undervisningen ikke hjalp da det ikke var nok informasjon om teknikker og strategier og at informanten kjente til de forhold som ble tatt opp i undervisningen.

Dette kapitlet har tatt for seg bevisstgjøringsprosessen som informantene oppfatter som viktig i sin tilbakevendingsprosess. Informantene har beskrevet forhold som helsegryta, avspenning, fysisk trening, veiledning og også strategier som hjelper de å reflektere og forstå sin egen situasjon bedre. Disse forholdene hadde hjulpet informantene til økt selvinnsikt og økt bevissthet omkring sin egen situasjon og hjulpet de til å forstå at de har normale reaksjonsmønstre. Det har hjulpet de til å få strategier til å takle utfordringer i hverdagen, makte å si nei og kjenne på kroppen om den trenger hvile.

9.3 PERSONLIG INNSTILLING

Informantene var opptatt av personlige innstilling som mot, vilje, motivasjon og godt humør som viktig for å klare å komme tilbake til arbeidslivet. De beskrev både at det å komme seg opp av sofaen og det å tenke positivt, begge var kilder til å gjøre de mer motivert på flere områder og få til noe, om det ikke var de store tingene, så i hvert fall noe som gjorde at de følte seg nyttige og glade til sinns. Informantene snakket om at de lærte å endre innstilling, men at det tok tid. Dette beskrives også i studiet til Young hvor rehabiliteringsprosessen er som en lang og kompleks lærings- og endringsprosess nettopp fordi informantene blant annet måtte endre innstilling og motivasjon for å få til en varig bedring og økt fungering (Young, 2005). Motivasjon er sentralt i selvbestemmelsesteorien og beskrives som individers interesse for å utforske utfordringer og til å utvide, øve opp og lære mer (Ryan, 2000). Veileder, på Friskgården, alene kunne ikke endre de, de måtte ønske forandring selv også. Informantene beskrev at for å få til dette så måtte de ha godt humør og vilje og mot. De måtte ha vilje til å komme opp av sofaen for å få økt mestring og få tankene over på noe annet som igjen medførte at de ble lettere til sinns og maktet mer over tid. Det sosiale elementet i selvbestemmelsesteorien åpnet for at veiledning og undervisning som støtter opp under individets interesse for nettopp læring og utvikling, ville kunne ha stor påvirkning

på deltakerne kompetansefølelse og føre informantene nærmere en indre, økt motivasjon (Ryan, 2000). Både Otterlei og Olsen beskrev i sine studier motivasjon og stå-på-vilje som viktige egenskaper for å komme raskere tilbake (Otterlei, 2014, Olsen 2005). Birkenes fant at åpenhet og vilje til å endre adferd, var viktige faktorer for å få til endrede rutiner for fysisk trening (Birkenes, 2010). Grahn på sin side fant at mindre motiverte deltakere på arbeidsrettet rehabilitering, brukte lengre tid på rehabiliteringsprosessen (Grahn, 2004). Informantene snakket også mye om at riktig tidspunkt, var avgjørende for at de skulle gjennomføre rehabiliteringen. Informantene nevnte at en grunn til at de klarte å komme i gang i arbeidslivet den siste gangen gjennom rehabilitering var da de var personlig motivert, hadde vilje og et ønske om tilbakevending samt at det var tilrettelagt for det og det forelå en avklaring om stillingsfordeling mellom arbeid og ytelse var viktig. Dette handlet også om return-to-work selv-efficacy slik Volker beskriver dette (Volker, 2015). Denne faktoren er medvirkende for tilbakevending og det er viktig at tiltaket er lagt opp til å få denne mestringstroen. Flere av de hadde også gjennomgått flere runder med arbeidsrettet rehabilitering, noe som er i tråd med hva Øyeflaten med flere fant i sin studie (Øyeflaten, 2012).

Personlig innstilling i forkant og underveis i et rehabiliteringstiltak vil slik vist over kunne være av stor betydning for om en tilbakevendingsprosess til arbeidslivet kan anses vellykket eller ikke. Motivasjon og engasjement for å komme tilbake til arbeidslivet, kan læres, men er en langvarig prosess (Young 2005), og en del av en sosial prosess (Ryan, 2000) og kan være en medvirkende forklaring til at flertallet av de som gjennomgår arbeidsrettet rehabilitering må gjennom flere runder med tiltaket. Det kan se ut som at riktig innstilling var helt avgjørende for å klare å komme tilbake til arbeidslivet.

9. 4 TILRETTELEGGING OG Å BLI SETT

Informantene snakket alle sammen om betydningen av tilrettelegging og å bli sett og hørt av noen som viktig for tilbakevending til arbeidslivet. Tilretteleggingen besto i ulike tiltak i ulike deler av rehabiliteringen. Det kunne være møte med Nav, med fastlege eller med en ny potensiell arbeidsgiver. Særlig møte med Nav anså flere av informantene at var viktig. Det var viktig for å få avklart restarbeidsevne og stillingsfordeling. Flere beskrev en håpløshet med å stå med alt ansvaret i møtet med Nav. De opplevde seg ikke sett, hørt og trodd. I

denne sammenheng kan møtet med Nav bli en trussel mot informantenes autonomi, i tråd med selvbestemmelsesteorien, i form av at informantene opplevde å ikke ha noe å si for hvor stor stilling de måtte jobbe (Ryan, 2000). Det vil også være en trussel mot kompetansebehovet (i selvbestemmelsesteorien) til informantene i at de opplever lite mestring samt at mål om høyere stillingsgrad enn de makter ble for utfordrende i forhold på tidspunktet (Ryan, 2000). Samtidig ble møtet med Nav også beskrevet som nyttig for en av deltakerne hvor han ble møtt med respekt og forståelse. Disse inkonsistente resultatene samsvarer med hva Olsen fant i sin studie, den gang kalt Aetat (Olsen, 2005). Olsen fant både positive og negative reaksjoner overfor Aetat og hvilken støtte deltakerne hadde fått fra Aetat for å komme i arbeid igjen (Olsen, 2005). Samtlige hadde opplevd at da Friskgården var med de på møte med Nav om restarbeidsevne og hvor mye de kunne jobbe, så ble disse forholdene avklart i løpet av det ene møtet. Olsen fant i sin studiet at blant de deltakerne som fikk en tilrettelagt arbeidsplass etter helsesituasjonen til personen, så sto flere i jobb (Olsen, 2005). Også Braathen fant at de som var i jobb igjen opplevde en form for tilrettelegging og forståelse. Blant de som ikke var i jobb, var det en oppfatning av lite tilrettelegging og høyt konfliktnivå (Braathen m fl, 2015). Informantene beskrev at det ikke nødvendigvis var store stillingen som skulle til for å gjøre en endring, de fikk et nettverk rundt seg, de følte seg mer nyttig og fikk arbeidsoppgaver som de mestret. Kompetansebehovet ble her ivaretatt ved at informantene fikk oppgaver tilrettelagt sitt nivå og de fikk føle på en mestringsfølelse. Informantene beskrev i gjentatte runder betydningen av tilhørighet, slik også selvbestemmelsesteorien fokuserer på (Ryan, 2000). De fikk med selv en liten stillingsprosent et kollegialt nettverk å gå til, snakke med og i utvidet konsekvens noe å snakke om med det større nettverket utenfor jobb, som de tidligere hadde opplevd var årsak til isolering hjemme. Sosial støtte som bidrar til å øke kompetansefølelsen kan igjen øke indre motivasjon og påvirke individets mestringstro (Ryan, 2000). En av deltakerne, som beskrevet under temaet over om «personlig innstilling», sa at det er ikke bare egeninnsats og motivasjon som kreves, men og tilrettelegging. Kan det være slik at for at Friskgården skal lykkes i sitt rehabiliteringstiltak så må deltakerne ha riktig tilrettelegging samt at det må jobbes mye med motivasjon tidlig i tiltaket? Selvbestemmelsesteorien til Ryan og Deci beskriver at individer beveger seg på et kontinuum mellom helt umotivert til å ha indre motivasjon (Ryan, 2000). De sier videre at sosiale omgivelser påvirker hvor på kontinuumet individer er (Ryan, 2000). De påpeker videre at positiv feedback og belønning som er ment å

øke kompetansefølelsen, kan øke indre motivasjon, mens negative tilbakemeldinger og krav som trusler, reduserer motivasjonen (Ryan, 2000). Dette kan samsvare med hva informantene over beskriver om møtet med Nav som de opplever truer med å frata de stønader og setter krav som de opplever begrenser deres muligheter (i form av å måtte finne restarbeidsevne). I motsatt ende er Friskgården som gir positive tilbakemeldinger og støtte på at de må jobbe seg frem mot en løsning i sitt eget tempo. Selvbestemmelsesteorien vektlegger at indre motivasjon er avhengig av informantenes følelse av tilhørighet (Ryan, 2000).

Informantene følte at de ble sett og respektert og møtt med forståelse av de ansatte på Friskgården. Dette samsvarer med resultatene som Braathen med flere la frem hvor blant annet forståelse ble trukket frem som en medvirkende faktor for de som var kommet tilbake til arbeidslivet (Braathen m fl, 2015). På Friskgården ble det stilt som krav at de kom hver morgen og deltok på samling. De måtte møte og vise seg og veilederen fikk se hvordan de sto til med den enkelte. De følte seg som meningsfulle individer og de fikk oppbacking og veiledning i form av at positiv tilbakemelding på det de gjorde og om de var på rett vei i forhold til målet om å komme ut i arbeidslivet igjen. En av informantene beskrev at første gang informanten deltok på arbeidsrettet rehabilitering på Friskgården så fungerte det ikke mellom informanten og veilederen. Informanten be aldri kalt inn til noen samtale. Informanten gikk en stund uten å si ifra om dette og opplevde ingen bedring den første tiden. I tilfellet med positiv feedback og oppmuntring fra veileder, så kan det bidra til økt kompetansefølelse som igjen kan medføre økt motivasjon for å få nå målet om yrkesdeltakelse, slik selvbestemmelsesteorien beskriver positive sosiale reaksjoners betydning for et individs utvikling og vekst (Ryan og Deci, 2000). I motsatt fall kan manglende oppfølging og oppmuntring medføre at individet ikke utvikler seg og oppnår bedre helse (Ryan og Deci, 2000).

Noen av informantene beskrev en vanskelig økonomisk situasjon grunnet overgang fra lønnet arbeid og til arbeidsavklaringspenger. De opplevde denne situasjonen som svært krevende. Dekker- Sanchez fant at blant annet lav inntekt under arbeidsfravær, var en medvirkende faktor til økt lengde på fraværet (2007). Aaberge Utne fant at økonomi var vanskelig for deltakerne i sin studie, grunnet overgang til stønad (2013). Endring i økonomi, grunnet sykdom, ble ikke beskrevet å ha vært noe som utgjorde en særlig tyngende

belastning for flertallet av informantene. En beskrev tvert imot at stønad fra Nav i en overgangsfase gjorde at han kunne slippe bekymring omkring økonomi og fokusere på andre forhold. Så lenge stønaden dekket livsnødvendige utgifter, så opplevdes ikke dette å ha vært noe stort fokus hos informantene i denne gruppen. Utvalget har ikke vært stort nok til å kunne si noe sikkert om dette forholdet og det har ikke vært hovedfokus i denne oppgaven heller. Det har ikke fremkommet i denne studien at økonomiske forhold har vært viktig for en tilbakevendingsprosess.

Tilrettelegging og en følelse av å ha blitt sett ser ut til å ha vært medvirkende faktorer for i tilbakevendingsprosessen. Særlig tilrettelegging i form av å ha avklart stillingsfordeling mellom arbeid og stønad og hjelpen fra Friskgården med å avklare restarbeidsevne hos Nav, beskrives som et vendepunkt for informantene hvor de kan legge fra seg bekymringene om de formelle forholdene og begynne å fokusere på seg selv og hva som skal til for å returnere til arbeidslivet. Den dårlige opplevelsen flere av informantene har beskrevet i møtet med Nav, kan true autonomi- og kompetansebehovet hos informantene og gjøre tilbakevendingsprosessen lengre. Det kan virke som om dette er et tema som raskt bør avklares når en person skal starte opp med arbeidsrehabilitering. Økonomiske bekymringer ser ikke ut til å ha påvirket informantene i stor grad i denne studien.

9.5 NETTVERK OG FELLESSKAP

Informantenes opplevelse av støtte fra et nettverk ble beskrevet som viktig i prosessen tilbake til arbeidslivet. De opplevde også at fellesskapet med de andre deltakerne på Friskgården var viktig i så måte. Jacobsen definerte tilhørighet med «*behovet vi mennesker har for gjensidig respekt og tillit med andre og å føle tilknytning til andre mennesker*» (Jacobsen, 2012). Tilhørighet er en av de grunnleggende behovene i selvbestemmelsesteorien til Ryan og Deci, som hvis tilfredsstilt kan føre til en økt kompetansefølelse hos individet (Ryan, 2000). Fellesskapet kan gi en økt følelse av tilhørighet for informantene. Informantene beskrev fellesskapet som nyttig fordi de opplevde at de stilte opp for hverandre, de følte seg ikke så ensomme da de så at flere var i samme bås som de selv. Det var en trøst å ikke være alene. De opplevde at de kunne gi hverandre råd og feedback som kunne hjelpe de på veien videre. Ryan og Deci beskrev i sin underteori til selvbestemmelsesteorien, Cognitive Evaluation Theory, hvordan nettopp slike

sosiale reaksjoner kan føre til økt indre motivasjon hos individet (Ryan, 2000). Flere studier har kommet frem til liknende resultater at nettopp dette med å kunne dele erfaringer, at deltakerne så at de ikke var alene og at det å få feedback fra andre kunne brukes til økt egeninnsikt (Haugli 2011, Braathen 2015, Fjellheim- Wiklund 2010 og Sulheim Haugstvedt 2011). I undervisningen ble det lagt opp til å diskutere ulike temaer og informantene beskrev at de kunne få tips av hverandre og dele erfaringer samt få nye impulser. En beskrev at hun fikk tips om en dokumentar som hun kunne bruke for å få mer kunnskap om enkelte temaer som hadde vært undervist i på Friskgården. Lunsjen ble beskrevet som en fin tid sammen med fellesskapet hvor en kunne prate om løst og fast og dele historier.

To av informantene beskrev det de oppfattet som en plikt til å delta i dette fellesskapet. Det kunne være en utfordring da de hadde behov for å ha noe alenetid, for egenrefleksjon. En annen utfordring som ble diskutert var dersom noen på gruppen ikke var motivert så var det lett å bli dratt ned selv også og ha en nedadgående spiral i stedet for å jobbe seg opp. Det var mye fokus på dette med sykdom og som en av informantene sa, det ble nesten konkurranse om hvem som hadde det verst. Sandanger har beskrevet sosial støtte sin betydning som positiv for individets opplevelse av belastninger, dersom den sosiale støtten er god. Dersom støtten er negativ, kan sosial støtte virke forsterkende på individets opplevelse av livsbelastninger (Sandanger, 1995). Selvbestemmelsesteorien beskriver også sosial støtte i form av sosiale reaksjoner som positive eller negative for utvikling av indre motivasjon (Ryan, 2000). Teorien beskriver videre hvordan individers følelse av tilhørighet har betydning for den indre motivasjonen (Ryan, 2000). Linda Røset fant at nettopp manglende sosial støtte var årsak til at deltakere i arbeidsrettet rehabilitering ikke kom tilbake til arbeidslivet (Røset, 2014). Både Røset og Sandangers antakelser støttes av de resultater som fremlegges i denne studien.

Nettverket ble beskrevet som andre og ikke deltakere på Friskgården. Det kunne være fastlege, ektefelle, familie for øvrig, venner eller kollegaer. Alle informantene opplevde det som slitsomt å skulle fortelle hvordan de hadde det og flere fortalte at de unngikk å gå ut i tidsrom hvor de risikerte å møte på andre. De beskrev dette i sammenheng med hva de opplevde at var forventninger fra andre om jobb og hva som var reelle sykdomsgrunner. Aaberge Utne fant i sin studie at forventninger og press fra omgivelsene var negativt på tilbakevendingsprosessen i at deltakerne følte de burde vært i jobb (Aaberge Utne, 2013). I

denne sammenheng ble følelsen av å ha en tilhørighet og møte respekt fra andre mennesker, nærmest fraværende og kan forklares i selvbestemmelsesteorien som årsak til at individene opplevde sykdom og ikke velvære (Ryan, 2000). Behov endres og sykdom kan forklares når individuelle mål ikke samsvarer med overordnet samfunns mål om å ha folk i jobb. Når et slikt mål ikke lenger er det individuelle målet, oppstår det et avvik og individet kan oppleve redusert helse og velvære. Informantene oppa klart at dette var tilfellet. Samfunnet forventet adskillig mer av de, ifølge informantenes selvoppfattede forventninger, enn de selv maktet å gjennomføre.

Sosial støtte oppleves av informantene som viktig for tilbakevendingen til arbeidslivet så lenge denne støtten ble oppfattet som god og at den hadde som funksjon å kunne dele erfaringer, tips og hindre en følelse av å være alene med sine utfordringer. Dersom støtten opplevdes negativ i form av at det ble konkurranse om sykdom og at informantene trakk hverandre ned med sine negative historier og lave motivasjon, så virket den negativt inn på tilbakevendingprosessen. Dette støttes av teorien om selvbestemmelse i at positiv sosial støtte kan øke følelsen av tilhørighet som igjen kan bidra til å øke kompetansefølelsen hos individet. Dette vil kunne gi økt velvære og motivasjon for tilbakevending til arbeidslivet (Ryan, 2000).

9.6 FOLKEHELSE RELEVANS

I tråd med myndighetens føringer, skal flest mulig i arbeid, gjennom både stortingsmelding om «flere i arbeid» og «IA-avtalen» (Arbeidsdepartementet, 2013, Arbeids- og sosialdepartementet, 2014). Folkehelseloven legger også føringer som skal sørge for at myndigheter jobber for å finne de faktorer som fremmer god helse og hva som eventuelt hemmer velvære hos befolkningen (Folkehelseloven, 2011). I et folkehelseperspektiv er det, for å redusere sykdom og fravær fra arbeidslivet, viktig å bidra til at arbeidsdyktige personer med ønske om å jobbe ikke risikerer utestengelse fra arbeidslivet grunnet sykdom og at de med redusert arbeidsevne ikke mangler tilrettelegging av arbeidssituasjonen sin. Arbeidsrettet rehabilitering er et tiltak som skal bidra til at arbeidstakere med nettopp redusert arbeidsevne, kan komme i arbeid igjen. Denne studien har fokusert på hvilke forhold ved et arbeidsrehabiliteringsopplegg som kan medvirke til at en deltaker kommer tilbake til arbeidet igjen. Slik denne studien viser så har informantene erfart at det å få

avklart stillingsfordeling mellom lønnet arbeid og stønad kan bidra til en positiv prosess for den enkelte hvor veien tilbake til arbeid kommer i gang. Uklarheten omkring dette medfører mange bekymringer som medfører at de ikke makter å ta tak i andre forhold for å komme seg i jobb igjen og det kan gjøre tilbakevendingsprosessen lenger. Flere beskrev dette som et vendepunkt, og da bør dette være et tema som raskt avklares med Nav.

9.7 METODEKRITIKK

I dette kapitlet vurderes metoden kritisk basert på forhold som intervju kvalitet, deri blant studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet slik Kvale og Brinkmann (2010) beskriver de to førstnevnte begrepene og Malterud (2011) det sistnevnte.

9.7.1 INTERVJUKVALITET

Steinar Kvale og Svend Brinkmann med flere beskriver forhold som er av viktighet for intervjuets kvalitet (Kvale, 2010). Hvordan intervjuet foregår, forhold ved intervjupersonen og ved den som intervjuer, i hvilken grad går samtalen lett under intervjuet og i hvilken grad intervjueren får svar på sine spørsmål slik at problemstillingen kan besvares og om intervjueren er i stand til å stille rette oppfølgingsspørsmål, er alle forhold som påvirker kvaliteten ved intervjuet (Kvale, 2010). Kvaliteten på intervjuet er viktig da det er dette materialet som skal transkriberes og legger føringer på de funn som gjøres. Det er av viktighet for studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet (Kvale, 2010 og Malterud, 2011). Studiens reliabilitet handler om hvorvidt de resultater som er lagt frem kan reproduseres av andre forskere (Kvale, 2010). Det handler her om hvordan spørsmålene er stilt og om informantene ville svart det samme til en annen moderator. Under intervjuene i denne studien ble spørsmålene stilt så åpne som mulig for å få informantenes svar uten at spørsmålene hadde noen ledende hensikt. Moderator stilte de spørsmålene som var viktige for å belyse problemstillingen, på flere ulike måter som for eksempel hvilke faktorer mener du har vært viktigst for tilbakevending eller som hvilke sider ved rehabiliteringsprogrammet var viktig for tilbakevending. Temaet ble oppsummert av moderator på slutten av intervjuet for å sikre at svarene var riktig forstått og informantene fikk mulighet til å komme med noen avsluttende betraktninger om hva som hadde vært viktig for å komme tilbake til arbeidslivet. De transkriberte intervjuene ble lest gjennom av veileder for å sikre at de resultater og tolkninger som forskningsansvarlig kom med, var riktig forstått.

Prosjektets validitet handler om hvorvidt problemstillingen blir besvart og om prosjektet undersøker det det skal undersøke (Kvale, 2010). Validering av et forskningsprosjekt bør skje gjennom hele prosessen (Kvale, 2010). Pervin beskriver validitet innenfor kvalitativ forskning som «*i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene som vi ønsker å vite noe om*» (Pervin, 1984, s 48). Dette handler om hvor troverdige funnene er. Validitet handler også om forskerens dyktighet og troverdighet (Kvale, 2010). I denne studien er det forsøkt å vise åpenhet omkring metoden som er valgt og hvordan analysen er gjennomført med tanke på å kunne legge frem de resultater som er fremkommet.

Resultatene er eksemplifisert gjennom sitater fra informantene. Validitet handler også om informantenes utsagn og om de kan anses sanne (Kvale, 2010). Studien er gjort i ettertid av arbeidsrettet rehabilitering og informantene kan huske feil og dermed ikke gjengi hva som faktisk var tilfellet. Under gjennomføringen av intervjuene ble det lagt vekt på at informantene skulle få tid til å reflektere over sine svar og de fikk mulighet til å svare på de flere ganger og komme med nye innspill, dersom de skulle ha kommet på noe mer. Det hadde vært en styrke for oppgaven å ha hatt med seg en medintervjuer for observasjon underveis i samtalen i tråd med Halkier (Halkier, 2008), selv om all tale er på bånd og veileder for oppgaven også har gjennomgått de transkriberte intervjuene i ettertid. Det kan være forskningsansvarlig har gått glipp av kroppsspråk og gruppedynamikk. Andre forhold som kan ha vært motstridende til utsagn kan ha gått tapt og dersom oppdaget, kunne det ha medført oppfølgingsspørsmål.

Overførbarhet handler om hvorvidt resultatene kan overføres til andre grupper (Bryman, 2012). I kvalitativ forskning handler dette om å kunne gjengi et rikt datamateriale og troverdige historier. Dette er viktigere enn antall informanter (Malterud, 2011). I dette prosjektet har det vært 11 informanter som har deltatt ved Friskgården sitt tiltak på ulikt tidspunkt. Forskningsansvarlig opplevde at informantene velvillig ga svar på spørsmålene og delte gjerne sine historier. Forskningsansvarlig opplevde at de selv syntes det var spennende å kunne bistå i en slik studie og at de forsøkte å gi ærlige svar på spørsmålene som ble stilt. Studiens resultater vil først og fremst ha betydning for liknende rehabiliteringstiltak som det Friskgården tilbyr.

I denne studien har forskningsansvarlig forsøkt å transkribere intervjuene og analysere disse uten påvirkning av egne fordommer og holdninger og forsøkt å etterleve regelverk og etiske

retningslinjer for god forskningspraksis, hva Kalve og Brinkmann beskriver som frihet fra ensidighet (Kvale, 2010). Forskningsansvarlig er imidlertid bevisst sin egen forutinntatthet i form av både tanker og fordommer som finnes i min ubevissthet gjennom påvirkning fra tidligere avisoppslag og mediasaker om temaet. Ofte er slike saker preget av sensasjonell og enkel begrepsbruk som er ment å vekke oppmerksomhet og ikke nødvendigvis har rot i forskning og virkelighet.

9.7.2 MULIGE SVAKHETER VED FOKUSGRUPPENE

Fokusgruppeintervjuene ble holdt på kveldstid etter arbeid for de fleste. Særlig det ene intervjuet ble holdt i det seneste laget, men det var ikke mulig å gjennomføre tidligere da alle var i jobb og kunne ikke komme på dagtid. Siste fokusgruppeintervju begynte kl 19.30 og vart til 21.00. Dette kan ha medført at informantene var slitne og forskningsansvarlig opplevde at enkelte på slutten av intervjuet mistet oppmerksomheten og motivasjonen. Dette var helt avslutningsvis, og det meste av intervjuet var gjennomgått, men det kan ha medført at de helt avsluttende betraktningene ikke fikk den oppmerksomhet de burde hatt.

Forskningsansvarlig opplevde til en viss grad forskjell i de to fokusgruppene med tanke på hvor delaktige de var i samtalen. Den ene gruppen hadde en god dialog og det var munter stemning omkring til dels alvorlige temaer samtidig som de respekterte hverandres mulighet for å prate. Forskningsansvarlig opplevde at deltakerne i den andre gruppen var svært villige til å dele sine historier og i flere sammenhenger pratet i munn på hverandre. I dette tilfellet var det krevende å holde styr på samtalen og sørge for at alle fikk si sin mening. Det kan være at forskningsansvarlig til enhver tid ikke har maktet å stille riktige oppfølgings spørsmål for å få belyst utsagn som i ettertid kan være noe uklare. Dette til tross for god planlegging av intervjuguide og fokus på dette underveis i intervjuene. Dette kan særlig være en svakhet ved fokusgruppeintervjuene.

9.7.3 FORHOLD AV MULIG BETYDNING VED INFORMANTENE

En deltaker hadde kun deltatt på veiledning og ikke deltatt på hele opplegget med undervisning og trening. Dette medførte at personen ikke kunne delta i diskusjonen omkring undervisning og trening. Forskningsansvarlig ble ikke gjort kjent med dette før under selve intervjuet. Personen kunne uttale seg om veiledningen som denne hadde fått på lik linje med de andre deltakerne. Forskningsansvarlig snakket med veileder etter endt intervju og

ble da fortalt at personen var satt inn i Friskgården sin metodikk og tankegang og at fokus hadde vært på de samme temaene som de øvrige deltakerne hadde vært gjennom.

Det presiseres at dette er en studie av deltakere som er kommet tilbake til arbeidslivet eller arbeidstrening etter arbeidsrettet rehabilitering og de suksessfaktorer som ligger til grunn. Det er ikke en studie av deltakere generelt ved den arbeidsrettede rehabiliteringen som tilbys av Friskgården. Deltakere som ikke har kommet seg i arbeid etter gjennomført rehabilitering er ikke intervjuet og deres innspill er ikke hørt i denne sammenheng.

9.7.4 ANDRE FORHOLD AV BETYDNING FOR STUDIEN

Forskningsansvarlig har besøkt to forskjellige friskgårder i to ulike landsdeler. Dette har medført at forskningsansvarlig har fått se og observere både undervisning og trening og avslapning (både for nye deltakere, men også de som hadde vært en stund på tiltaket og selv fått føle på de kroppslige reaksjonene avslapning kan ha samt blitt oppfordret til å reflektere over innholdet for de aktuelle temaene som ble tatt opp under undervisningen.

Forskningsansvarlig var med deltakerne på det ene stedet og gikk tur og spiste lunsj med de. Dette anses som en styrke, da forskningsansvarlig kan sette seg inn i og kjenner til opplegget som deltakerne av Friskgården sitt arbeidsrettede rehabiliteringsprogram har gjennomgått.

Det var utfordrende å finne gode studier hvor selvbestemmelsesteorien var benyttet ved forskning på arbeidsrettet rehabilitering og selvbestemmelsesteorien og med samme formål som denne oppgaven har. Jeg fant noen studier rehabilitering og motivasjon i form av fysisk aktivitet, men jeg mener de kan ha overføringsverdi til forskning på arbeidsrettet rehabilitering også da motivasjon ser ut til å ha betydning for tilbakevending til arbeidslivet.

9.8 KONKLUSJON OG FREMTIDIG FORSKNING

I denne studien er det sett på hva deltakere av et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram har erfart at har vært av betydning for tilbakevending til arbeidslivet.

Resultatene viser at tiltaket arbeidsrettet rehabilitering som helhet er viktig for å vende tilbake til arbeidslivet. Det synes som om aksept av egen situasjon og tilrettelegging og avklaring av arbeidsstørrelse, er av stor betydning for å kunne starte prosessen med å vende tilbake til arbeidslivet og at disse to faktorene tidlig må på plass i rehabiliteringsfasen. Det krever også at prosessen med økt bevisstgjøring må starte tidlig og vare gjennom hele

tiltaket. Tilrettelegging og avklaring av fordeling stillingsprosent og stønadsprosent, synes å være av betydning for at deltakerne skal kunne snu en vanskelig situasjon og i det hele tatt få ro rundt seg til å starte på tilbakevendingsprosessen. Aksept av egen situasjon er en medvirkende faktor som har betydning for tilbakevendingsprosessen da det synes viktig for at deltakerne skal kunne innse og akseptere sine styrker og begrensninger ut fra en ny livssituasjon og det virker som det er først når dette er på plass, at det er mulig å bevege seg mot et arbeidsliv igjen. Økt bevissthet av deltakernes identitet, tanker, verdier, prioriteringer og muligheter, synes deretter å være av betydning for å gi deltakerne en økt mestringstro og sette de i stand til å takle nye utfordringer på veien tilbake til arbeidslivet. Personlig innstilling i form av motivasjon og vilje til å gå tilbake til arbeidslivet, synes å være en medvirkende faktor for tilbakevending. Deltakerne må være motivert for å returnere til arbeidslivet og de må ha et ønske om det. Det ligger en betydelig egeninnsats i å endre tankesett og innstilling og det kan se ut til at bistand og hjelp fra en tiltaksarrangør er medvirkende for at deltakerne skal oppnå denne endringen. Sosial støtte i form av likemenn og privat nettverk ser ut til å være av betydning for selve tilbakevendingsprosessen. Sosial støtte er viktig for deltakerne da de kan utveksle erfaringer, gi hverandre tips og de kan hjelpe hverandre med å se sin egen situasjon fra nye synsvinkler. Den sosiale støtten må oppleves som positiv for at deltakerne skal kunne dra nytte av den.

Selvbestemmelsesteorien beskriver at en positiv utvikling i individers behov for kompetanse, autonomi og tilhørighet er essensielt for optimal vekst og integrering samt sosial utvikling og velvære (Ryan,2000). Arbeidsrettet rehabilitering påvirker deltakernes følelse av autonomi, kompetanse og tilhørighet og kan slik sett hjelpe deltakerne mot bedre helse og velvære, slik selvbestemmelsesteorien beskriver (Ryan, 2000).

Det kan se ut til at de ovenfor nevnte forhold, tilrettelegging og avklaring, aksept av egen situasjon, økt bevissthet, personlig innstilling og sosial støtte, alle er medvirkende faktorer for å kunne vende tilbake til arbeidslivet. I denne studien kan det se ut som at tilrettelegging og avklaring rundt stillingsprosent samt det å oppnå en aksept for sin nye livssituasjon og økt bevisstgjøring er helt avgjørende for å komme tilbake til arbeidslivet, men at også personlig innstilling og sosial støtte er medvirkende faktorer for tilbakevendingen. Ut i fra foreliggende resultater i denne studien, kan det ikke konkluderes ytterligere vedrørende samspillet mellom de ovenfor nevnte faktorene.

Det er ikke godt nok dokumentert hvilke deler av arbeidsrettet rehabilitering som har mest betydning for tilbakevendingen til arbeidslivet, når personer med redusert arbeidsevne grunnet sykdom er mest mottakelig for arbeidsrettet rehabiliterings og årsakene til at flertallet må gjennom flere runder med rehabilitering før de oppnår ønsket mål om å komme tilbake til arbeidslivet. Det anbefales videre forskning på disse områdene for å få en bedre forståelse av samspillet mellom ulike forhold i et rehabiliteringstiltak og individuelle faktorer som kan påvirke motivasjon og personlig innstilling og deres betydning for tilbakevending til arbeidslivet.

10.0 REFERANSELISTE:

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-ass

Arbeidsdepartementet (2013). *Flere i arbeid*. Meld. St. 46 (2012-2013)

Arbeids- og sosialdepartementet (2015). *Hva er Inkluderende arbeidsliv*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/hva-er-ia/id2344635/ (04.06.2016)

Arbeidstilsynet (2015). *Harde fakta om arbeidslivet*. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/arbeidervernartikkel.html?tid=97514> (23.02.2015)

Askeland, G. Ellingsen, J & Thune, O. (2015). *Personer som avsluttet arbeidsrettede tiltak i 2013 Hvor var de etter seks måneder?*. Tilgjengelig fra : <https://www.nav.no/no/nav+og+samfunn/Kunnskap/analyser+fra+nav/arbeid+og+velferd/arbeid+og+velferd/personer-som-avsluttet-arbeidsrettede-tiltak-i-2013> (24.05.2016)

Bandura, A. (1977). *Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. Psychol Rev. 84 (2):191-215.

Bamra, C. & Norman, P. (2006). *What is The Association Between Sickness Absence, Mortality and Morbidity?*. Health and Place, nr. 12 (4) p. 728-733

Birkenes, Trond. (2010). *Rehabilitering, fysisk aktivitet og motivasjon, godt å kjenne at du kan gå opp en bakke i full fart*. Masteroppgave, Levanger: Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J. & MacDonald E. (2008). *A Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health*. Journal of Occupational Rehabilitation 18:27-34 DOI 10.1007/s10926-008-9121-8

Braathen, T.N., Eftedal, M., Tellnes, G. & Haugli L. (2015). *Work inclusion: self-perceived change in work ability among persons in occupational rehabilitation*. Society, Health & Vulnerability. Tilgjengelig fra:

<http://www.societyhealthvulnerability.net/index.php/shv/article/view/26624> (22.05.16)

Bryman, A. (2012). *Social research methods*. 4. Ugt. New York: Oxford University Press

Cornelius, L.R., van der Klink, J.J.L., Groothoff, J.W. & Brouwer, S. (2011). *Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A systematic Review*. Journal of Occupational Rehabilitation 21:259-274 DOI 10.1007/s10926-010-9261-5

Deci, E.L., (1985). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum

Dekkers-Sanchez, P.M., Hoving, J.L., Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H.W. (2008). *Factors Associated with Long-Term Sick-Listed employees: a Systematic Review*. Occup environ Med 65:153-157- DOI 10.1136/oem.2007.034983

Farholm, A. (2011) *Effekten av et 4-6 ukers arbeidsrettet rehabiliteringsopphold: en longitudinell studie basert på selvbestemmelsesteori*. Masteroppgave, Oslo, Norges idrettshøgskole

Finansdepartementet (2009). *NOU 2009:10*, Fordelingsutvalget

Fjellmann-Wiklund, A., Stenlund, T., Steinholtz, K. & Ahlgren, C. (2010). *Take Charge: Patients' Experiences During Participation in a Rehabilitation Programme for Burnout*. Journal of Occupational rehabilitation 42:475-481 Doi: 10.2340/16501977-0534

Floderus, B. (2005). *Self-Estimated Life Situation in Patients on Long-Term Sick Leave*. Journal of occupational Rehabilitation Medicine 37: p 291-299

Folkehelseloven: Lovdata: *Lov av 24.06.2011 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) § 3*

Foss, L. & Skyberg, K. (2008). *Sykefravær i ulike bransjer: utvikling i sykefravær og uførhet i lys av individuelle faktorer og forhold ved arbeidsplassen (kortrapport)*. I Stami-rapport, årg 9, nr 19. Tilgjengelig fra:

http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.stami.no%2Fsykefravar-i-ulike-bransjer%3Fnid%3D35455%26cid%3D1044%26iid%3D49426%26pid%3DSTAMI-ArtikkelBilder.Native-InnerFile-File&ei=13rrVJrRCsK_ywOKhICABQ&usg=AFQjCNErLy-M8iP9ImcQ1EPR04rEveTula (23.02.15)

Frisknett (2015): Tema: *arbeidsrettet rehabilitering via Friskgården*. Tilgjengelig fra:

<http://www.frisknett.no/person/vare-tilbud/arbeidsrettet-rehabilitering/> (30.01.15)

Frisknett (2016): Tema: *Frisknett As*. Tilgjengelig fra: <http://frisknett.no/om-friskgarden/> (30.05.2016)

Frodi, A., Bridges, L. & Grolnick, W.S, (1985). *Correlates of Mastery-related Behaviour: A short-term longitudinal study of infants in their second year*. Child development 56, 1291-1298

Fugelli, P. & Ingstad B. (2001). *Helse-slik folk ser det*. Tidsskrift for den norske legeforening Nr. 30 121:3600-4 Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/463825> (04.06.2016)

Grahn, B.E., Borgquist, L.A. & Ekdahl, C.S. (2000). *Rehabilitation benefits highly Motivated Patients: a six- Year Prospective Cost-effectiveness Study*. International Journal of Technology Assessment in Health Care 22 (15): 639-654

Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper*. Frederiksberg C: Forlaget Samfundslitteratur 2 utg., s 26-67

Haugli, L., Mæland, S. & Magnussen, L.H. (2011). *What facilitates return to work? Patients experiences 3 years after occupational rehabilitation*. Journal of Occupational Rehabilitation 21:573-581. DOI: 10.1007/s10926-011-9304-6

Helse- og omsorgsdepartementet (1998). *Det er bruk for alle- Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Nou 1998:18, Sosial- og helsedepartementet, Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning

Helsedirektoratet (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/28/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet-IS-1774.pdf> (04.06.16)

Helsedirektoratet (2015). *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20Oplan%20og%20koordinator.pdf> (13.05.2016)

Helsinkideklarasjonen (1964). Tilgjengelig fra:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> (27.08.15)

Hem, K.G. (2011). *Bedriftens kostnader ved sykefravær*. Sintef teknologi og samfunn.

Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/aktuelt/En-ukes-sykefravar-koster-13-000-kroner/> (26.02.15)

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

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Otta: Tano AS

Jakobsen, A.M. (2012). *Motivasjonsteori som utgangspunkt for å skape et best mulig læringsmiljø i kroppsøving*. Nordic sport science forum. Tilgjengelig fra:

<http://idrottsforum.org/jakobsen121010/> (06.04.2016)

Krause, N., Dasinger, L.K. & Neuhaus, r F. (1998). *Modified Work and return to Work: A review of The Litterature*. Journal of Occupational Rehabilitation 8(2): p 113-139

Krueger, R. (1998). *Developing Questions for Focus Groups*. I serien "The Focus Group Kit". Thousand Oaks: Sage Publications

Krueger, R. (1994). *A practical guide for applied research*. Thousand Oaks: Sage Publications

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, 2 utg

Kvam, L., Vik, K. & Eide, A.H. (2015). *Importance of Participation in Major Life Areas Matters for Return to Work*. *Journal of Occupational Rehabilitation* 25:368-377 DOI 10.1007/s10926-014-9545-2

Lagerveld, S.E., Blonk, W.B., Brenninkmeijer, V. & Schaufeli, W.B. (2010). *Return to Work Among employees with Mental Health Problems: Development and Validation of a Self-Efficacy Questionnaire*. *Work Stress*. 24 (4):359-375

Landstad, Wendelborg & Hedlund. (2009). *Factors explaining return to work for long-term sick workers in Norway*. *Disability and Rehabilitation* 31 (15) s. 1215-1226

Lien, L. (2013). *Saman om sykefravær- en kunnskapsstatus*. Fafo-notat 2013:2 ISSN 0804-5135, kap 4. Tilgjengelig fra:

https://www.google.no/?gws_rd=ssl#q=samam+om+sykefrav%C3%A6r+-en+kunnskapsstatus (23.02.15)

Lillefjell, M. (2008). *Function and Work Ability Following Multidisciplinary Rehabilitation for Individuals with Chronic Musculoskeletal Pain*. Doktorgradsoppgave: Trondheim, NTNU.

Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/267643> (22.05.2016)

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

NAV (2015). Tema: *Arbeidsrettet rehabilitering*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+av+arbeidssokere/Tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+innhold/Arbeidsrettet+rehabilitering.196387.cms> (07.02.15)

NAV (2016). Tema: *Økt antall uføre*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/uforetrygd> (24.05.2016)

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A., de Boer, A.G.E., Blonk, R.W.B. & van Dijk, F.J.H. (2010) *Irrational Beliefs in employees with an Adjustment, a Depressive, or an Anxiety disorder: a Prospective Cohort Study*. J Rat Emo Cogn Behav Ther. 28 (2):57-72

NSD (2015). Tema: *Meldeplikt*. Tilgjengelig fra:

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeskiema?surveydone> (22.02.15)

Nøtnæs, T. (2001) *Innføring i bruk av fokusgrupper*. SSB: Seksjon for statistiske metoder og standarder. Tilgjengelig fra:

https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_200124/notat_200124.pdf (02.07.2016)

Olsen, T.S., Kvåle, G. & Jentoft, N. (2005). *Mellom trygd og arbeid. Motivasjon og risiko i utføres betraktninger om å gå tilbake til arbeid*. Agderforskning, FoU-rapport nr. 1/2005.

ISBN-nummer82-762-098-4. Tilgjengelig fra : <http://www.agderforskning.no/wp-content/uploads/2015/12/Mellom-trygd-og-arbeid.pdf> (19.04.16)

Otterlei, T. (2014). *Jeg skulle i jobb- det var ingen alternativ». Veien tilbake til arbeid*. Masteroppgave. Hedmark: Høgskolen i Hedmark.

Pervin, L.A. (1984). *Personality*. New York: John Wiley.

Regjeringen (2016). Tema: *statsbudsjettet- uføretrygd*. Tilgjengelig fra:

<http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2016/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Uforetrygd/#artikkel> (04.06.2016)

Regjeringen (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform*.

Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform/id592648/> (26.02.2015)

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). *Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being*. American Psychologist. Vol. 55, nr 1 68-78
DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.68

Røset, L. (2014). *Ingen har godt av å bare gå der og vente - en kvalitativ studie av pasientenes erfaringer 3 år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold*. Masteroppgave: Hedmark: Høgskolen i Hedmark

- Sandanger, I., Sørensen, T., Dalgard, O.S. & Ingebrigtsen, G. (1995) *Barndomsbelastninger, nåtidige belastninger og sosial støtte*. I boken «*Sosialt nettverk, helse og samfunn*». Av Dalgard, O.S., Døhlie, E. & Ystegaard, M. (1995). Oslo: Universitetsforlaget. ISBN: 82-00-41578-3
- Simensen, A.E. (2014). *Livet som sykemeldt og veien tilbake til arbeid for langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager*. Masteroppgave: Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Sulheim Haugstvedt, K.T., Hallberg, U., Graff-Iversen, S., Sørensen, M. & Haugli L. (2011) *Increased self-awareness in returning to work*. Scandinavian journal of caring science. 25:762-770. DOI: 10.1111/j.1471.6712.2001.00891.x
- Vingård, E., Alexanderson, K. & Norlund, A. (2004). Consequences of being on sick leave. Scandinavian Journal of public health. nr 32. s, 207-215
- Volker, D., Zijlstra- Vlasveld, M.C., Brouwers, E.P., van Lomwel, A.G.C. & van der Feltz-Cornelius, C.M. (2015). *Return-to-work Self- efficacy and actual Return to Work Among Long-Term Sick-Listed Employees*. Journal of Occupational Rehabilitation 25:423-431 DOI 10.1007/s10926-014-9552-3
- WHO, Verdens helseorganisasjon: (1986) *Ottawa Charter for Health promotion*. Genève
- Wright-St Clair, V. (2015). *Doing (interpretive) phenomenology*. I Nayar, S & Stanley, M (red). Qualitative research methodologies for occupational science and therapy. Routledge, s 53-69
- Young, A.E., Wasiak, R., Roessler, R.T., McPherson, K.M., Anema, J.R. & van Poppel, M.N. (2005). *Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder, motivations, interests and concerns*. Journal of Occupational Rehabilitation 15 (4) 543-556
- Øyeflaten, I. (2005). *Kjennetegn ved langtidssykemeldte personer som kommer tilbake til yrkesaktivitet etter arbeidsrettet rehabilitering*. Hovedfagsoppgave, Oslo: Universitetet i Oslo
- Øyeflaten, I., Lie, S.A., Ihlebæk, C. & Eriksen, H.R. (2012). *Multiple transitions in sick leave, disability benefits and return to work. – A 4 -year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program*. BioMed Central, The Open Access Publisher. Doi:10.1186/1471-2458-12-748. Tilgjengelig fra:

<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-748>

(22.02.2016)

Øyeflaten, I., Lie, S.A., Ihlebæk, C. & Eriksen, H.R. (2013). *Prognostic Factors for Return to Work, Sickness Benefits and Transitions Between These states: A 4- year Follow-up After Work-related Rehabilitation*. Journal of Occupational Rehabilitation. Publisert online 9.aug
doi: 10.1007/s10926-013-9466-5. Tilgjengelig fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000419> (22.02.2016)

Aaberge Utne, H. (2013). *Unge deltakere i arbeidsmarkedstiltak. En kvalitativ studie av deres opplevelser i tiltak*. Masteroppgave i psykologi, Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

11 VEDLEGG

11.1 INFORMASJON OG FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I PROSJEKTET: «TILBAKEVENDING TIL ARBEIDSLIVET ETTER LANG TIDS FRAVÆR»

Hensikten med prosjektet:

Hensikten med dette prosjektet er å få mer kunnskap omkring hvilke erfaringer deltakerne har i forhold til at de har kommet tilbake til arbeid etter langtids fravær. Det er ønskelig å få tak på hvilke faktorer deltakerne selv mener har hatt betydning for å komme i arbeid igjen.

Gjennomgang:

Du vil bli spurt om å delta i enten et gruppeintervju eller et fokusgruppeintervju. Selve intervjuet vil bli gjort en gang og vil ta ca 1,5-2 timer. Intervjuene gjennomføres i lokalene til Friskgården på Aurskog.

I tillegg vil vi be deg fylle ut et skjema om kjønn, alder, utdanningsnivå og prosentandel du har i nåværende stilling.

Deltakere til prosjektet har alle deltatt på arbeidsrettet rehabilitering via Friskgården og har kommet tilbake i lønnet arbeid.

Frivillighet:

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan velge å trekke deg fra prosjektet dersom du måtte ønske det, helt frem til prosjektets slutt.

Konfidensialitet:

Opplysningene blir behandlet konfidensielt og oppbevart utilgjengelig for andre enn involverte aktører i prosjektet. Intervjuene tas opp med båndopptaker. Alle innsamlede opplysninger anonymiseres og opptak slettes, innen 19.05.16.

Andre opplysninger:

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD.

Resultatet vil bli gjort tilgjengelig i en masteroppgave, men slik at opplysninger du har gitt ikke skal være identifiserbare.

Prosjektansvarlig:

Det er Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) som er behandlingsansvarlig. Ansvarlig veileder ved NMBU er Ingeborg Pedersen. Hun kan kontaktes på e-post: ingeborg.pedersen@nmbu.no, alternativt på tlfnr. 67231265.

Ansvarlig student, som vil stå for gjennomføringen av intervjuet og selve prosjektet er Margrethe Tangre. Alle spørsmål kan rettes til ma-tanqr@online.no, alternativt tlfnr. 45470181.

Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring til prosjektdeltaker i studien «*tilbakevending til arbeidslivet etter lang tids fravær*».

Deltakelse i studien er basert på frivillig samtykke og jeg har fått informasjon om selve prosjektet og lest «informasjonen som beskrevet i informasjonsskrivet vedlagt samtykkeerklæringen. Ønsker du ytterligere informasjon, kan du kontakte forskningsansvarlig eller veileder. Alt innsamlet datamateriale vil bli slettet ved prosjektets slutt, innen 19.05.16.

Jeg er innforstått med at jeg når som helst kan trekke meg fra studien ved å gi beskjed til forskningsansvarlig.

Samtykke er gitt når denne erklæringen er signert.

Navn:

(bruk blokkbokstaver)

Tlfnr:

Dato/Sted:

Signatur:

11.2 MAL FOR INTERVJUGUIDE

Generell informasjon

Fortelle hva prosjektet handler om

Gjøre intervju- gruppeintervju/enkeltintervju

Informantenes erfaringer er det som er viktig for meg, deres mening omkring de temaene som tas opp som er interessante og alt er viktig, gjør ulike intervju for å få flest mulige synsvinkler

Båndopptaker, ingen ting av det de sier er identifiserbart, alt materiale slettes ved innlevering av oppgaven,

Prosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning

Oppfordrer alle til anonymitet omkring de andre deltakerne

De kan trekke seg når som helst

Har de spørsmål, så er det bare å stille de

Intervjuet varer fra 1 t til 1,5 timer

Enkeltintervju:

Åpningsspørsmål:

Vil du si litt om deg selv først? (Hvor jobber du, hva jobber du med? hvor lenge har du vært i arbeid?
Hva gjør du på fritiden? Sivilstand?)

Kartlegging:

Hva tenker du når du hører begrepet helse?

Hva mener du arbeid betyr for helsen?

Jobber du med det du har utdannet deg til?

Hvor lang periode har du hatt på Friskgården? Har du deltatt på andre tiltak?

Hvor lenge har du vært utenfor arbeidslivet?

Vil du si at du har et sosialt nettverk rundt deg? Familie, venner?

Har du samme arbeidsgiver som før du ble syk? Vil du i så fall si at arbeidsgiver har tilrettelagt for din tilbakekomst og hva har tilretteleggingen betydd for deg?

Hva slags type jobb har du? Kontorjobb/fysisk tung jobb/turnus?

Nøkkelspørsmål:

Generelt:

Hva vil du si har vært de viktigste faktorene for å komme tilbake til arbeidslivet? Indre motivasjon, viljen, sosialt nettverk, arbeidsgiver, indre/ytre forhold, Nav, lege, systemet

Er det andre aktører som har vært deltakende for at du skal komme i arbeid igjen?

Har det vært utfordringer/hindringer i veien for din tilbakekomst?

Hva kreves av en person for å komme tilbake? Hvilke erfaringer har dere med hjelpen systemet rundt dere har ytt? Nav, lege, arbeidsgiver, venner, familie (nær/fjern), kolleger

Spørsmål vedrørende kurset:

Hva har vært det viktigste ved kurset som har hatt betydning for tilbakevending til arbeidslivet?

Benytter du de strategiene du har lært ved kurset i arbeidslivet? Hva slags strategier har du lært?

Anser du selv at du har forbedret arbeidsevnen din?

Har du lært noe du ikke visste om fra før om er nyttig?

Ser du annerledes på dine egne utfordringer etter gjennomføring av kurset?

Hva har vært mest nyttig med kurset?

Avslutningsspørsmål:

Hva har vært det viktigste for deg for å komme tilbake? Er det noe annet vi burde snakke om som du tenker ikke er tatt opp?

Fokusgruppeintervju:

Åpningsspørsmål:

Kan dere si litt om hvem dere er? Hva jobber du med? Type jobb? Hvor lenge har du vært i arbeidslivet? Hva gjør du på fritiden? Sivilstand?

Introduksjonsspørsmål:

Hva er helse for dere?

Overgangsspørsmål:

Hva tenker dere at arbeid betyr for deres helse?

Nøkkelspørsmål:

Generelt:

Hva vil du si har vært de viktigste faktorene for å komme tilbake til arbeidslivet? Indre motivasjon, viljen, sosialt nettverk, arbeidsgiver, indre/ytre forhold, Nav, lege, systemet

Er det andre aktører som har vært deltakende for at du skal komme i arbeid igjen?

Har det vært utfordringer/hindringer i veien for din tilbakekomst?

Hva kreves av en person for å komme tilbake? Hvilke erfaringer har dere med hjelpen systemet rundt dere har ytt? Nav, lege, arbeidsgiver, venner, familie (nær/fjern), kolleger

Spørsmål vedrørende kurset:

Hva har vært det viktigste ved kurset som har hatt betydning for tilbakevending til arbeidslivet?

Benytter du de strategiene du har lært ved kurset i arbeidslivet? Hva slags strategier har du lært?

Anser du selv at du har forbedret arbeidsevnen din?

Har du lært noe du ikke visste om fra før om er nyttig?

Ser du annerledes på dine egne utfordringer etter gjennomføring av kurset?

Hva har vært mest nyttig med kurset?

Avslutningsspørsmål:

Er det noe dere tenker vi burde snakke om som ikke er tatt opp?

Hva har vært aller viktigst for deg for å komme tilbake?

11.3 GJENPARTSBREV FRA NORSK SAMFUNNSVITENSKAPELIG DATATJENESTE



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Ruth Kjørsti Raanaas
Institutt for landskapsplanlegging
Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
1430 ÅS

Vår dato: 14.08.2015

Vår ref: 43957 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43957	<i>Tilbakevending til arbeidslivet etter lang tids fravær</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ruth Kjørsti Raanaas</i>
Student	<i>Margrethe Tangre</i>

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

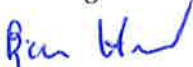
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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, 19.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Margrethe Tangre, Reina 5, 1920 SØRUMSAND



Formålet med prosjektet er å se på individuelle forhold som har betydning for at noen mennesker kommer tilbake til arbeidslivet etter lang tids fravær. Utvalget består av deltakere på arbeidsrettet rehabilitering, og de rekrutteres via forskningsansvarlig ved utføringstiltaket, etter visse inkluderingskriterier. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og anbefaler at forskningsansvarlig formidler informasjon om prosjektet på vegne av studenten og at potensielle informanter selv tar kontakt med studenten dersom vedkommende skulle være interessert i å delta.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- Det må legges til at Norges miljø- og biovitenskapelige universitet er behandlingsansvarlig institusjon.
- Kontaktopplysninger til veileder bør tilføyes.
- Det må legges til at alle innsamlede opplysninger anonymiseres og opptak slettes innen 19.05.2016.
- Vi ber om at setningen om NSD omskrives slik at det i stedet formuleres: "Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD".

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no.

Det tas høyde for at det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Norges miljø- og biovitenskapelige universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 19.05.2016. 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 videoopptak



Norges miljø- og biovitenskapelig universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway