



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Linda Røset

Masteroppgave

«Ingen har godt av å bare gå der og vente»

Tilværelsen uten arbeid

-En kvalitativ studie av pasienters erfaringer 3
år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold

«Obstacles to return to work»

-A qualitative study of patients experiences three years after vocational rehabilitation

Master i Folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner

2014

Forord

Fredrik, min yngste sønn, spurte meg en kveld hvor mange år man må gå på skole. Etter å ha overbevist ham om at han hvert fall må fullføre videregående spurte han: Men hvorfor går du fortsatt på skole da? Akkurat da ble jeg svar skyldig.

Disse to årene har vært en berg – og – dalbane i liv og lære. Men i sluttregnskapet går jeg i pluss med nyttige erfaringer og masse ny kunnskap.

Tusen takk til veileder Eivind Å. Skille for konkrete og konstruktive tilbakemeldinger.

Det har vært skjerpene og lærerikt å få veiledning i det fremmede akademiske univers. Takk også til Camilla M. Ihlebæk som har bidratt med innspill og faglige betraktninger.

Tusen takk til ni modige og reflekterte informanter. Jeg tar med meg det dere har lært meg videre. Takk til tålmodige og sjenerøse kolleger på Hernes Institutt. Dere har lest igjennom, stilt opp ved datakriser og andre kriser, vært nysgjerrige men forståelsesfulle – og gått stille forbi kontordøra når håret har strittet som verst. Takk kjære medstudent , kollega og venn Therese Otterlei. Det har på en rar måte vært en glede å dele frustrasjoner, kloke innspill, interessante perspektiv og galgenhumor underveis.

Tusen, tusen takk til Erik, min samboer og tålmodigheten selv. Din innsats og støtte har betydd alt! Takk til mine tre supre barn. Jeg er så stolt av dere.

Takk mamma for at du er sterkere enn du tror. Nå er det min tur til å stille opp for deg.

Sist, men ikke minst; Takk kjære pappa. Alt du sto for har jeg i ryggmargen, alt du var har jeg i hjertet.

Sammendrag

Formål og problemstilling: Formålet med denne studien er å belyse opplevelser og erfaringer hos tidligere pasienter, som ikke er tilbake i arbeidslivet etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold ved Hernes Institutt (HI). Problemstillingen som blir belyst er; Hva er avgjørende for at den langtidssykemeldte ikke kommer tilbake i arbeidslivet?

Teori: Studiens teoretiske rammeverk tar utgangspunkt i to perspektiv. Det første perspektivet tar utgangspunkt i en kognitiv stressteori kalt Cognitive Activation Theory of stress (CATS). (Ursin & Eriksen, 2010). Det andre perspektivet er sosiologisk og tar utgangspunkt i Bourdieus kapitalbegrep og teori om symbolsk makt/vold og at mennesker og sosiale grupper får status og makt gjennom sosial tilskrivning til ulike kapitalformer (Bourdieu, 1989).

Metode: Dette er en kvalitativ studie av pasienters erfaringer tre år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold på HI. Utvalget er strategisk. De ni informantene ble rekruttert ut ifra pasientliste ved HI fra 2010. Datainnsamling ble gjort gjennom semistrukturert intervju. Analysen hadde som mål å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden i tilværelsen uten arbeid, og ble gjort etter prinsipper fra grounded theory som beskrevet av Charmaz (2006).

Resultater og konklusjon: Informantene oppgir umiddelbart at de opplever at det er fysiske plager som er avgjørende for at de ikke er tilbake i arbeid i dag. Men de opplever også at de har begrensede muligheter til å få arbeid som ikke er fysisk belastende. Informantene gir innblikk i en sammensatt prosess med flere negative erfaringer med å prøve seg tilbake i jobb, manglende støtte fra arbeidsgiver og kolleger og dårlig kommunikasjon med NAV. Syv av informantene var tilbake i jobb for en periode etter oppholdet på HI, to fikk innvilget uføretrygd. De opplever usikkerhet til fremtidig arbeid. En informant er sikker på å komme ut i jobb. De opplever alle frustrasjoner knyttet til venting og uforutsigbarhet i NAV. De opplever at de prøver å akseptere tilværelsen til tross for at de føler seg mistrodd både av fagpersoner og samfunnet **Konklusjon:** Det som mest åpenbart oppleves som avgjørende for at de ikke er tilbake i arbeid er fysiske begrensninger. Men det ser ut til å være mer komplekst enn det åpenbare. Dette kan være nyttig informasjon å forstå det komplekse for å hjelpe de som står utenfor arbeidslivet tilbake i arbeid.

Engelsk sammendrag (Abstract)

The aim: The aim of the present study was to explore the issue of perceived barriers for returning to work, based on the experiences and beliefs of individuals who had participated in a vocational rehabilitation program at Hernes Institutt (HI), three years ago.

Theory: The theoretical framework in this study is based on two perspectives: The first perspective is based on The cognitive activation theory of stress (CATS) (Ursin & Eriksen, 2010). The second perspective is a sociological perspective and is based on Bourdieus theory on capital and symbolic power.

Methods: This is a qualitative study and the method is chosen to explore how the longstanding process as long – term sickness absentees actually is perceived. The sample is strategic and recruited from the patient list at HI from 2010. Semi structured interviews were used to interview 9 informants. The data was collected in the period of November 2013 to January 2014. The data was analyzed by using the principles of grounded theory.

Results: The barriers appearing were related to reduced physical capacity and perceived pain. They also perceived their chances to return to work they were capable of doing as small based on poor education and few job – alternatives. They reported several negative experiences with return to work, they reported lack of support from employers and co – workers and negative encounters with social insurance office staff. Seven informants had returned to work for a period as a result from vocational rehabilitation, two informants had been granted disability pension. They all feel insecure about their future, and report low self – esteem related to future work. They also report frustration concerning the bureaucratic process and feel disrespected and unheard. They report that they are trying to accept their situation despite the feeling of being stigmatized both by professionals and society.

Conclusion: The barriers first appearing is related to reduced physical capacity and pain, but it seems to be more complex barriers than those first appearing . This can be useful information to understand that there is more to the “obvious” when aiming to help long term sickness absentees back to work.

Tabeller

Tabell 1.. Endelig utvalg	s. 30
Tabell 2.. Eksempel på koding i analyseprosessen	s. 39

Vedlegg

Vedlegg 1. Førstegangskontakt	107
Vedlegg 2. Intervjuguide	108
Vedlegg 3. Informasjonsskriv	109
Vedlegg 4. Samtykkeerklæring	110
Vedlegg 5. Tilbakemelding fra NSD	111
Vedlegg 6. Tilbakemelding fra REK sør – øst	112

Innhold

Forord

Sammendrag

Sammendrag (Abstract)

Oversikt tabeller og vedlegg

Innhold

INNHold	6
1.INTRODUKSJON	8
2. FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	13
3. TEORI	14
3.1 COGNITIVE ACTIVATION THEORY OF STRESS (CATS).....	15
3.1.2 <i>CATS og sosial ulikhet</i>	18
3.2 SOSIOLOGISK PERSPEKTIV.....	18
3.2.2 <i>Kapitalbegrepet</i>	20
3.2.3 <i>Makt og symbolsk vold</i>	21
4. METODE	24
4.1 KVALITATIVT INTERVJU.....	25
4.2 EGEN ROLLE SOM FORSKER.....	26
4.3 FORSKNINGSPROESSEN	28
4.3.2 <i>Utforming av intervjuguide</i>	31
4.3.3 <i>Intervjuene</i>	32
4.4 DATABEHANDLING	36
4.4.1 <i>Systematisering av data</i>	36
4.4.2 <i>Analyse</i>	37

4.5 VURDERING AV STUDIENS KVALITET	40
4.6 ETISKE VURDERINGER	40
4.7 PRESENTASJON AV INFORMANTENE	41
5. RESULTAT / DISKUSJON	45
5.1 FRA ARBEIDSAKTIV TIL SYKEMELDT	45
5.1.1 Opplevd årsak til sykemelding.....	45
5.1.2 Opplevelsen av å være sykemeldt	51
5.2 REHABILITERINGSPROESSEN	56
5.2.1 Oppholdet på Hernes Institutt	56
5.2.2 Tilbake til hverdagen.....	64
5.3 HVERDAGEN I DAG – TILVÆRELSEN UTEN ARBEID	73
5.3.1 Hverdagsaktiviteter	73
5.3.2 Opplevde barrierer.....	76
5.3.3 Opplevelsen av å stå utenfor	80
6. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	87
6.1 INFORMANTENES OPPLEVELSER	87
6.2 INFORMANTENES OPPLEVELSER I ET TEORETISK PERSPEKTIV	88
6.3 KONKLUSJON	89
LITTERATURLISTE	93

1. Introduksjon

I en åpning i skogen i en solvendt li ligger så dette instituttet som du har hørt så mye om av jord – og skogsarbeidere. Arbeidere med dårlige rygger og skuldre, stive nakker, vonde armer. Det er et tøft klientell ved dette instituttet. De aller fleste med stort pågangsmot i arbeidslivet. Et pågangsmot som har trosset en sviing i ryggen når det led mot slutten av dagen (Fiskvik, 1979, s. 65).

Sitatet er hentet fra boka «Andelslaget Hernes Institutt 25 år», og er en pasients betraktninger fra Hernes Institutt (HI). HI har siden 1954 spesialisert seg på rehabilitering av langtidssykemeldte kroppsarbeidere med tungt fysisk arbeid og lav formell utdanning (Staff & Nordahl, 2012; Strupstad, 2010). Dette er en gruppe hvor rehabilitering tilbake til arbeidslivet oppfattes som utfordrende (Staff & Nordahl, 2012), og de representerer det Helsedirektoratet (2010) omtaler som arbeidsmarginal gruppe. Finlay (2007) påpeker at den kvalitative forskningen i folkehelse har fokus på å gi en stemme til de marginaliserte. Denne studien handler om noen av dem som fortsatt befinner seg i den arbeidsmarginale gruppen tre år etter at de var pasienter ved HI.

Arbeids- og sosialdepartementet (2006) fastslår at «Norge er mulighetenes samfunn» (Kapittel 1.1), og vi i Norge blir tatt vare på av en av verdens mest rike og avanserte velferdsstater som tilbyr en rekke tjenester så vel som økonomiske overføringer i sårbare perioder – til alle (Dahl, Bergsli & Wehl van der, 2014). Men selv i den rike velferdsstaten Norge finnes det sosiale ulikheter i helse (Mackenback, 2012; Wel van der, Dahl & Thielen, 2011). Det nivået vi befinner oss på i det sosioøkonomiske hierarkiet er forbundet med systematiske forskjeller i risikoen for sykdom og død. De sosiale ulikheter i helse er et samfunnsproblem som er menneskeskapt og derfor mulig å gjøre noe med (Dahl et al., 2014; Marmot, 2005). Folkehelsearbeid har som mål å redusere forskjeller i helse og sikre like muligheter og ressurser slik at alle mennesker skal være i posisjon til å ta kontroll over de tingene som påvirker helsen, og dermed oppnå så god helse som mulig (WHO, 1986).

Det å delta i arbeidslivet er viktig for helsen (Waddell & Burton, 2006). Siden den såkalte «arbeidslinja» så dagens lys i 1991 har den vært rettesnor for velferds – og sosialpolitikken i Norge (Helsedirektoratet, 2010; Hernes 2010). Arbeid skal være førstevalg for alle i yrkesaktiv alder i Norge, og dette kommer tydelig til uttrykk i NAV – reformens slagord: «Flere i arbeid, færre på trygd» (Helsedirektoratet, 2010).

I Folkehelsemeldingen (2013) blir målet om inkluderende arbeidsliv og dets betydning for sosial utjevning og for folkehelsen presentert som følger:

For den enkelte er arbeid en kilde til inntekt, selvrespekt og selvrealisering. Høy sysselsetting er samtidig en forutsetning for å sikre bærekraftig velferdsstat, redusere sosiale forskjeller, forebygge fattigdom og oppnå likestilling. Tiltak for å fremme tilknytning til arbeidslivet kan ha stor effekt på den enkeltes mestring og helse (s. 54).

Til tross for at arbeid er en helsebringende faktor, avtaler om et inkluderende arbeidsliv og arbeidslinja, viser det seg at folk med dårlig helse stadig oftere er å finne utenfor arbeidsmarkedet. Økningen har særlig skjedd blant de med lavt utdanningsnivå, og dette utgjør en form for helseulikhet i seg selv (Dahl et al., 2014). Velferdsskeptikerne hevder at de offentlige ytelsene i Norge er så høye at de gir insentiver for å velge stønad framfor arbeid, og at dette særlig vil gjelde utsatte grupper med lav utdanning og kroniske lidelser (Helsedirektoratet 2010; Wel van der et al., 2011). Dette motsies av det faktum at vi har et av Europas mest inkluderende arbeidsliv (Dahl et al., 2014). Helsedirektoratet (2010) oppfordrer heller til å se til forholdet mellom arbeidsevnen og arbeidslivets krav, og arbeidsgivernes vilje til å ansette folk som har helseproblemer og samtidig ikke så mye annen «human kapital». Fugelli (1999) hevder at i et samfunn som går på anabole steroider og lykkepiller, vil de sterkeste klare seg, mens et økende antall vil falle ut i sykdom, uførhet og arbeidsledighet (s.81).

I følge Bergene (2012) kjennetegnes en arbeidstaker på vei ut av arbeidslivet ved følgende: Er i alderen 45 – 59 år, og ansatt enten i industrien eller i helse og sosial sektoren. Arbeidstakeren har lav inntekt og vurderer sin helse som problematisk i forhold til å ha en fremtid i arbeidslivet. Muskel- og skjelettplager alene var hoveddiagnosen i 46 prosent av sykefraværsdager hos menn og 35 prosent hos kvinner i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), og tallene har holdt seg relativt stabile inn i 2014 (Ytterborg, 2014). Muskel – og skjelettplager er mest utbredt blant mennesker med lav inntekt og kort utdanning (Helse – og omsorgsdepartementet, 2013). Det er altså arbeidstakere med lav utdanning og med jobber som er fysiske belastende som har størst sannsynlighet for å falle ut av arbeidslivet på grunn av muskel og skjelettplager. Det er også en sammenheng mellom hvor lenge man har vært utenfor arbeidslivet og risiko for varig utestengning fra arbeidslivet (Arbeids – og sosialdepartementet, 2006; Helsedirektoratet, 2010). Tall fra 4. kvartal 2013 viser at 6,3 % av de sykemeldte hadde sykemeldingsperiode på mer enn 26 uker (Ytterborg,

2014). I følge Maths Johanson, direktør ved HI, hadde pasientene som var innlagt i 2012 i gjennomsnittet stått utenfor arbeidslivet i 68 uker ved ankomst (personlig kommunikasjon, 22.mai, 2014).

I Folkehelsemeldingen (2013) fremheves blant annet behovet for tilgang på rehabiliteringsfaglig kompetanse i arbeidet for å styrke innsatsen for at folk skal bli værende i jobb, og for å vurdere om arbeid i større grad kan sees på som en del av behandlingen. Enkelte må gjennom lengre avklarings – og mestringsprosess, og har behov for fokus på hele livssituasjonen for å komme tilbake i jobb (Arbeids – og sosialdepartementet; 2006; Arbeids – og sosialdepartementet, 2012). Det er noen av disse som kommer til det Fiskvik (1979) beskrev som instituttet «i en solvendt li»(s.65).

HI representerer en av institusjonene som driver arbeidsrettet rehabilitering (ARR) som et døgnbasert tilbud for personer som har vært sykemeldt over lengre tid på grunn av muskel og skjelettplager (Strupstad, 2010). Hos de aller fleste med kroniske¹ muskel – og skjelettplager finner man ikke fysiologiske endringer som kan forklare smertene, og mange langtidssykemeldte har diagnoser uten objektive tegn på sykdom (Eriksen & Ursin, 2004; Staff & Nordahl, 2012). Lidelsene karakteriseres oftere av symptomer og stress enn av påviselig vevskade (Waddell, 2006). Derfor fokuserer man innenfor ARR lite på enkelt diagnoser, men opererer med hoveddiagnosen som er «sykefravær» (Haugli, 2010; Staff & Nordahl, 2012).

ARR defineres innen spesialisthelsetjenesten som tidsavgrensede, planlagte prosesser med deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål. Flere aktører samarbeider for at brukeren gjennom egen innsats skal oppnå best mulig funksjons – og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet (Fagrådet for Air, 2011). Tilbudet innen ARR bygger på en biopsykososial og fenomenologisk forståelse av sykdom. Dette innebærer en erkjennelse av at det er både biologiske, psykiske og sosiale faktorer som bidrar til sykdom og helseplager og at pasienten må ses i sammenheng med sine opplevelser og erfaringer, dagligliv og arbeidssituasjon. (Haugli, 2010; Waddell, 2006).

¹ Smerte defineres som kronisk når 3-6 måneder har forløpt etter helbredelse av skade og den fortsatt er til stede som ubehagelig her – og nå opplevelse (Spiechowicz & Hanno von, 2009, s. 1).

I funksjonsvurderingen i ARR benyttes International Classification of Function² (ICF). Som begrepsapparat fanger ICF opp både den medisinske³ og sosiale⁴ forståelsen av et menneskes helsesituasjon og konsekvensene av denne (Haugli, 2010). Det handler om å identifisere problemene som hindrer arbeidsdeltakelse og identifisere områder som bidrar til å styrke arbeidsdeltakelse (Haugli, 2010). Dette kan skje gjennom å revurdere kravene på arbeidsplassen samtidig som man bedrer individets evne til å være der (Staff & Nordahl, 2012). På HI inngår også arbeidstrening som en del av behandlingsopplegget (Strupstad, 2010).

Det er etablert et faktum om at det finnes sosial ulikhet i Norge, og arbeid er et satsningsområde for å utjevne den ulikhet som finnes. Intensjoner om og tiltak for å sikre et inkluderende arbeidsliv er igangsatt, men til tross for dette synes det altså å være de med lav formell utdanning og fysisk belastende arbeid som faller ut av arbeidslivet på grunn av muskel – og skjelettplager. Flere studier basert på nasjonale registrerte data viser at sosioøkonomiske og arbeidsrelaterte forhold er av betydning for sykefravær og uførepensjon i Norden og i Norge (Bergene, 2012; Bjørngaard, et al., 2009).

Fiskvik (1979) virket svært fornøyd med oppholdet på HI, og kaller det en oase i ødemarken: «... en oase for de slitere som kommer hit for å bedre sine skader» (s.66). Men hvorvidt han kom tilbake i jobben som jord eller skogsarbeider sier historien hans ingenting om. En studie gjort på tilbakeføring til arbeidslivet etter langtidssykemelding, basert på offisielle nasjonale registrerte data, konkluderer med at veien tilbake til arbeidslivet etter ARR er langvarig og kompleks, og mange ender opp på videre sykemelding eller uføretrygd (Øyeflaten, Lie, Ihlebæk & Eriksen, 2012). Det er også gjort kvalitative studier innen dette feltet som viser det samme (Haugli, Mæland & Magnussen, 2011; Magnussen, Strand, Skouen & Eriksen, 2009).

² ICF er WHO's internasjonale klassifikasjon av funksjon og funksjonshemming, og gir verktøy for at menneskelig funksjon og funksjonsnedsettelse kan beskrives ut ifra både et deltakelsesperspektiv, et aktivitetsperspektiv og kroppsperspektiv (WHO,2003).

³ Medisinske forståelse av sykdom bygger på biomedisinsk og profesjonell forståelse av påviselig sykdom, også kalt «disease» (Staff & Nordahl, 2012).

⁴ Sickness, utgjør den sosiologiske definisjonen på helse. Dette er samfunnets perspektiv på hva vi anerkjenner som sykdom (Staff & Nordahl, 2012).

Kvalitativ forskning i folkehelse har en styrke fordi det fyller kunnskapshull hvor kvantitativ forskning ikke kan gå, hevder Finlay (2007), og den er bedre egnet til å fange komplekse holdninger og handlinger. Det er viktig å få dem som er selektert ut av arbeidslivet på grunn av dårlig helse i tale (Helsedirektoratet, 2010).

Med denne studien ønsker jeg å få personer som i rapporter, stortingsmeldinger og i forskning omtales å ha lav sosioøkonomisk status i tale og å skaffe mer kunnskap om hvilke faktorer som gjør at man ikke lykkes med å komme tilbake i arbeid etter ARR. Dette vil kunne gi viktig kunnskap hvis man ønsker å kunne tilrettelegge for at alle skal kunne stå i arbeid.

2. Formål og problemstilling

Formålet med denne studien er å belyse opplevelser og erfaringer hos tidligere pasienter som ikke er tilbake i arbeidslivet etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold ved HI. Dette ønsker jeg å gjøre ved å intervju personer som var til opphold ved HI for tre år siden: «Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?» (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 19). Dette kan gi informasjon om hvilke barrierer de opplever å møte i prosessen for å komme tilbake i arbeidslivet. Denne informasjonen kan også være nyttig for HI for å skjønne mer om hva som har bidratt til at de, til tross for tiltak med arbeidsdeltagelse som mål, opplever en fortsatt tilværelse uten arbeid. Disse personene kan gi en stemme til hvordan det oppleves å stå utenfor når det er så tydelige mål om et inkluderende arbeidsliv og «flere i arbeid, færre på trygd» (Helsedirektoratet, 2010, s.8).

Problemstillingen som belyses er:

Hva er avgjørende for at den langtidssykemeldte ikke kommer tilbake i arbeidslivet?

Dette er en kvalitativ studie av pasienters erfaringer 3 år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold på HI. Ved å intervju tidligere pasienter søkes kunnskap om hva de selv opplever som avgjørende for at de ikke er tilbake i arbeid, hvordan de opplevde oppholdet på HI, og hvordan det oppleves å stå utenfor arbeidslivet i dag.

Innledningsvis ble ARR definert som en tidsavgrenset, planlagt prosess. For å få innsikt i kompleksiteten og tidsforløpet fra tilværelsen som arbeidsaktiv og frem til i dag inkluderes erfaringer fra tiden før oppholdet på HI og i tiden etter oppholdet på HI. Det er derfor hensiktsmessig å presisere at prosessen innenfor problemstillingen i denne studien strekker seg utover et ARR opphold.

3. Teori

«Det er ingen sak å greie seg sjøl om en er lita, når `n veit åssen en skal behandle dem en møter», sa hu til seg sjøl. «De lure skal en lure, de feige skal en skremme, og de sterke skal man klø bak øret. Men for de triste menner er det bare ett råd som hjelper, og det er blåbær på pannekake» (Prøysen, 1957, s.79).

Med stor forventning til å mestre møter med forskjellige mennesketyper – og evne til å forstå hvordan den enkelte bør håndteres, lar jeg teskjejerringa stå som et godt eksempel på at det ikke er hvor stor hun er som er avgjørende, men hvor stor hun føler seg. Hun har det som i Pierre Bourdieus verden kalles «feel for the game».

Det teoretiske rammeverket tar utgangspunkt i to perspektiv. Det første perspektivet er valgt på bakgrunn av at opplevelsene og erfaringene som utgjør datamaterialet er knyttet til at informantene har historikk med langvarige muskel- og skjelettplager. Det er et biologisk, kognitivt og læringsteoretisk perspektiv, og inngår i grunnlaget for en biopsykososial forståelse i ARR sammenheng. Dette presenteres i form av en kognitiv stressteori kalt Cognitive Activation Theory of Stress (CATS). Den tar for seg tolkning av vanlige helseproblemer, og hvordan stress og overbelastning kan være sykdomsfremkallende faktorer. Den identifiserer hovedfaktorer for de viktigste tilstander som gir sykefravær og uførhet; muskelskjelettplager, lettere psykiske plager eller psykiatriske problemer. Dette gjelder særlig i de Nordeuropeiske landene (Ursin & Eriksen, 2010). CATS vektlegger enkeltindividets psykologiske ressurser, med særlig vekt på individets læring og mestring. Teorien erkjenner også at ulik fordeling av læringserfaring henger sammen med ulik fordeling av belønningssystemer vi utsettes for når vi lærer oss i å leve i samfunn med andre (Eriksen & Ursin, 2009).

At individet lærer og lever i samfunn med andre utgjør det andre perspektivet, det sosiologiske. Informantene har lav formell utdanning og har hatt fysisk arbeid. I henhold til forskningen som ble presentert i introduksjonen plasserer disse informantene i gruppen som har størst risiko for å falle ut av arbeidslivet. Den franske sosiologen Pierre Bourdieu beskjeftiget seg med maktforhold og reproduksjon av sosial ulikhet (Wilken, 2008). Det sosiologiske perspektivet i denne oppgaven tar utgangspunkt i hans kapitalbegrep, med særlig vekt på kulturell og symbolsk kapital, og teori om symbolsk makt/vold.

Videre følger en presentasjon av de to perspektivene, kort redegjørelse for hvordan de er relevante for å belyse problemstillingen og hvordan de vil bli brukt som verktøy i analyse og drøfting av datamaterialet.

3.1 Cognitive Activation Theory of Stress (CATS)

Karasek & Theorells modell om krav – kontroll og Siegrists modell om ubalanse i innsats belønning er blant de mest brukte teoriene om arbeidsforhold som determinanter for helse og sykdom (Kristensen, Mehlum & Gravseth, 2009). Disse har tradisjonelt pekt på sammenhenger mellom lav kontroll kombinert med høye krav eller effort- reward ubalanse og risiko for hjerte- og karsykdom (Theorell & Karasek, 1996; Siegrist, 1996). Det eksisterer mange og anerkjente teorier om self – efficacy og mestringsforventning (Bandura, 1977), opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012) og empowerment (Tveiten, 2007). Det er på sin plass å understreke at CATS anerkjenner disse teoriene, og erkjenner at den er en utvidelse av allerede kjente aktiverings – og stressteorier (Ursin & Eriksen, 2004). CATS tar mål av seg å tilby en presist og formelt sett av definisjoner for å redusere bruk av villedende begrep som dekker samme fenomen (Ursin & Eriksen, 2004). Teorien har blitt presentert i flere versjoner, og har i det senere vekket interesse blant europeiske stressforskere (Ursin & Eriksen, 2010).

Stress er et gammelt begrep. I det engelske språket har det blitt brukt som press eller distress siden det 13. århundre, og blitt relatert til kilder til belastning. I løpet av de siste 30 – 40 år er det etablert et betydelig empirisk grunnlag for å hevde at kognitive faktorer spiller en viktig rolle for stress i mennesker og dyr (Ursin & Eriksen, 2004).

CATS er en kognitiv teori fordi fysiologiske og psykologiske konsekvenser avhenger av personens kognitive evaluering av situasjonen – og hva vedkommende kan gjøre med situasjonen. Det er en aktiveringsteori fordi den psykobiologiske konsekvens av kognitiv aktivitet forklares med økt våkenhet – eller aktivering. Og det er en stressteori fordi den søker å gi en psykobiologisk forklaring på den antatte sammenhengen mellom helse og eksterne og interne hendelser omtalt som «stress» (Ursin & Eriksen, 2004).

I CATS fremheves det at det er forventningen om å mestre som er det viktige, og ikke den objektive muligheten for å ha kontroll (Ursin & Eriksen, 2004; Ursin & Eriksen, 2010). Fysiske krav og psykologiske egenskaper som skaper stressrespons har ikke noe til felles.

Det er individets erfaring knyttet til krav- og forventning til utfall som avgjør hvorvidt kravene vil forårsake stressrespons, også kalt aktivering (Ursin & Eriksen, 2010).

Man skiller mellom forskjellige typer responsforventning. Når et individ har lært at handlinger fører til positive resultater, har positiv responsforventning, reduseres stressnivået. Positiv responsforventning om at «det jeg gjør vil gi et godt resultat» er CATS` definisjon på mestring (Ursin & Eriksen, 2004). Mestring av utfordringer og krav er knyttet til lave stressverdier, også kalt lav aktivering, og god helse. Hvis individet har lært at det ikke er konsekvent sammenheng mellom handling og resultat oppstår forventning om hjelpeløshet. Hjelpeløshet er manglende responsforventning. Individet har ingen kontroll. Hvis individet lærer at det er sammenheng mellom handling og resultat, men at resultatet uansett blir negativt oppstår håpløshet. Håpløshet er negativ responsforventning. Utfallet er individets egen feil, siden det opplever å ha kontroll (Eriksen & Ursin, 2009; Ursin & Eriksen, 2010). Hvis individet ikke mestrer utfordringer og krav medfører dette økt risiko for at helsen påvirkes negativt. Hjelpeløshet og håpløshet, spesielt håpløshet, vil gi høye stressverdier, også kalt aktivering (Eriksen & Ursin, 2009; Ursin & Eriksen, 2004; Ursin & Eriksen, 2010). Uforutsigbarhet, frykt og angst som resultat av at individet forventer at det er sannsynlighet for at uønskede og ubehagelige hendelser vil oppstå er også faktorer som gir høye stressverdier og økt aktivering. Frykt og angst skiller seg fra hverandre ved at frykt er relatert til spesifikk hendelse i tid og sted, mens angst ikke nødvendigvis knyttes til noen tidsdimensjon (Ursin & Eriksen, 2004).

Kortvarig aktivering av stressresponsen er ikke skadelig. Fysiologisk sett er stressreaksjonen en nevrofysiologisk aktivering, og kan tvert imot medføre mer våkenhet og mobilisere til handling (Kristenson, Eriksen, Sluiter, Starke & Ursin, 2004; Ursin & Eriksen, 2004). I tillegg til en aktivering av hjernen, utløser den nevrofysiologiske aktiveringen en rekke kroppslige reaksjoner i hormonnivå, immunsystemet, atferd, muskelspenninger og kroppsholdning (Ursin & Eriksen, 2004). Stressreaksjonen er altså en nødvendig og hensiktsmessig reaksjon som kan øke prestasjon og korrigerer misforhold som utløste reaksjonen. Den er en nødvendig drivkraft komponent, siden den «tvinger» individet til hensiktsmessig løsning (Ursin, 2006; Ursin & Eriksen, 2004). Fra treningsfysiologien vet man at utfordringer er nødvendige for å bygge ressurser og oppnå trening. En periode med restitusjon er imidlertid viktig for å rebalansere organismen (Kristenson et al.,2004).

Det er den vedvarende aktiveringen som kan føre til sykdom og plager. Både hjelpeløshet og håpløshet kan medføre somatisk sykdom og lidelse direkte via psykobiologiske prosesser, og indirekte via manglende motivasjon til å velge positiv livsstil (Ursin & Eriksen, 2004; Ursin & Eriksen, 2010). En av de viktigste underliggende mekanismene for opplevde helseplager og sykefravær skyldes, i følge Ursin & Eriksen (2010), økt effektivitet i nervebaner som resulterer i at smerte produserer smerte, også kalt sensitivisering av nervebaner (Eriksen & Ursin, 2002; Ursin & Eriksen, 2010). Hagen, Svensen, Eriksen, Ihlebæk & Ursin (2006) fant at pasienter som var henvist til ryggpoliklinikk for korsryggsmerter klagde på generelle smerter, hodepine, tretthet, angst og depressive tanker i tillegg til ryggsmertene. Man har funnet at en «oppmerksomhetsfeil» gjør at tanker og informasjon relatert til smerter og somatiske plager prioriteres og gjør at aktivering vedlikeholdes (Brosschot, Gerin & Thayer, 2006). Denne «oppmerksomhetsfeilen» utgjør et viktig element i kognitive behandlingsprogram for smerter i muskler og rygg (Ursin & Eriksen, 2010).

De virkelige bekymringene er altså relatert til vedvarende aktivering som følge av at det ikke finnes noen løsning (Ursin & Eriksen, 2010). Det er, i følge Ursin (2006), flere veier ut av en slik situasjon. Man kan ta i bruk psykologiske forsvarsmekanismer til å pynte på virkeligheten. Man kan også revurdere verdien av det man er ute etter. En sulten eller tørst rotte som er i en situasjon hvor det ikke er vann eller mat, fortsetter ikke å mase og streve, og aktiveringen går ned til hvileverdier. Er sannsynligheten for å finne en løsning svært liten, er det hensiktsmessig å legge problemet bort.

CATS hevder altså at det er individets lærte forventninger til å mestre utfordringer og hendelser, den subjektive oppfatningen av situasjonen, som er avgjørende for aktivering, og ikke de objektive forhold som krav og kontroll. Teorien betegner positive forventninger som mestring, negative forventninger defineres som håpløshet og ingen forventninger defineres som hjelpeløshet. Den viser hvordan håpløshet og hjelpeløshet kan ha både direkte og indirekte påvirkning på helsen, og foreslår hvilket element som er relevant for behandling av smerter i muskler og rygg, samt hvordan tilsynelatende manglende motivasjon for å søke løsning kan være hensiktsmessig mestringsstrategi. CATS teoriens relevans for å belyse problemstillingen utdypes videre i 3.1.2.

3.1.2 CATS og sosial ulikhet.

Hjelpeløshet, håpløshet og mestring er, i følge Eriksen & Ursin (2009), ikke likt fordelt mellom individer i samfunnet. Responsforventningene både påvirker sosial status og blir påvirket av sosial status (Eriksen & Ursin, 2002). CATs teorien er en versjon av ressurshypotesen til Marmot & Wilkinson (2001), og tar utgangspunkt i at individer med lav sosial status har flere utfordringer fra miljøet og færre ressurser å stille opp med (Kristenson et al., 2004). Lav sosial status er forbundet med ekstern kontroll - andre kontrollerer livet mitt. Høy status er forbundet med intern kontroll (Dalgård & Håheim, 1998). Sosial ulikhet i helse kan være et resultat av dobbel byrde; Individer med av sosioøkonomisk status har større risiko for negative eksponeringer og har færre beskyttende ressurser. Gjentatte negative erfaringer fører til negative mestringsforventninger og manglende mestring, og dette forsterker hverandre gjensidig i en ond sirkel (Kristenson et. al, 2004). De som er ressurssterke, enten i form av utdanning eller økonomi, og deres barn har som regel mer innflytelse enn dem med mindre ressurser. Disse faktorene forsterkes i skole og arbeidsliv. Små forskjeller kan forsterkes og vokse seg større fordi individet lærer (Ursin & Eriksen, 2009). Motstandsfaktorer mot å ta høyere utdanning, oppslutning om helsefremmende tiltak og deltagelse i idrett og sosiale aktiviteter kan påvirkes av at individene har lært at dette ikke er noe for dem, og at de dermed er vanskeligst å få med (Eriksen et al., 2002). Man finner disse motstandsfaktorene hyppigst hos dem som har manuelt arbeid, lav utdanning og høyt sykefravær (Tveito, Halvorsen, Lauvålien & Eriksen, 2002; Ursin & Eriksen, 2009).

Utdanning forekommer som ressurs og faktor som kan bidra til lært forventning om mestring eller om ikke å mestre. Bourdieus teori handler, i følge Esmark (2006), ikke så mye om hvordan man utdanner, men om hva utdanning er og gjør. Hans utdannelsessosiologi står som motsetning til de teorier som mener utdanning står for utligning av klasseforskjeller (Esmark, 2006). Hvilken relevans dette har for problemstillingen er tema i neste delkapittel.

3.2 Sosiologisk perspektiv

Bourdieu hevdet at den sosiale virkelighet består av relasjoner (Bourdieu, 1989; Bourdieu & Wacquant, 1992). Han viste til at mennesker alltid inngår i sosiale relasjoner, og at de alltid inngår i samfunn som på en eller annen måte er lagdelte og hierarkiske (Bourdieu, 1989; Bourdieu & Waquant, 1992). Den sosiale verden kan fremstilles som et rom og kan

beskrives som et flerdimensjonalt felt av posisjoner. Personenes plassering i feltet, posisjon, bestemmes av mengde kapital de besitter, og av sammensetningen av den kapitalen de besitter (Bourdieu, 1985). Personer som posisjonerer seg nær hverandre i det sosiale rom ut ifra beholdning og bruk av forskjellige kapitalformer, kan kalles en sosial klasse (Bourdieu, 1989; Veenstra, 2007). Personer i samme sosiale klasse vil utvikle disposisjoner og interesser med klare fellestrekk. De vil oppføre seg på liknende måter og utvikle liknende holdninger (Bourdieu, 1985). Folk av samme klasse vil ha lik forståelse av hva man kan eller ikke kan, hva som passer seg og ikke og hva man kan forvente av tilværelsen (Bourdieu, 1989). Dette refereres til som «følelsen av hvor man hører til». Denne følelsen av hvor man hører til gjør at individene holder seg til sin vanlige posisjon og følgelig tar avstand til de andre (Bourdieu, 1985). Forståelsen av og synspunktet på den sosiale virkelighet avhenger av individets posisjon i det sosiale rom, og den verden som man kjenner den og ser den blir tatt for gitt. Siden disposisjonene tilpasser seg posisjonen i rommet, vil til og med de mest uheldig stilte oppfatte verden som naturlig og akseptere verdenen som den er (Bourdieu, 1989). Sosial praksis er, i følge Bourdieu (1998) ikke bevisst organisert. Den sosiale praksis utøves ut ifra praktisk logikk, eller ut ifra hva han kaller «feel for the game», sans for spillet. Å ha «feel for the game» er å ha spillet innunder huden, utenfor bevissthetens kontroll (Bourdieu, 1998). Individet har med andre ord en grunnleggende forståelse av de forutsetningene spillet er basert på (Bourdieu, 1998). Bourdieu (1989) bruker begrepet habitus når han snakker om disposisjon. Habitus er de mentale strukturer som man forstår verden ut ifra. Habitus er både et system av skjema for produksjon av praksis, og et system av fornemmelse og verdsettelse av praksis. Gjennom habitus har vi en verden av sunn fornuft, en verden som virker opplagt (Bourdieu, 1989). Mennesker og sosiale grupper får status og makt gjennom sosial verditilskrivning til ulike kapitalformer (Bourdieu, 1989). Wilken (2008) viser til at Bourdieu hevdet at mennesker i utgangspunktet ikke har samme muligheter og forutsetninger for å delta i sosialt liv. Sosiale systemer er preget av ulikhet og skjev fordeling. Det finnes dominerende klasser, som har mengder av kapital og sosial status, og det finnes dominerte klasser som har lite av noe som helst.

Kapitalbegrepet skal fange og kartlegge de forholdene som skaper og vedlikeholder de forskjellige forutsetninger mennesker har til å gjøre valg og velge livsbaner (Esmark, 2006).

3.2.2 Kapitalbegrepet

Kapital inntar, i følge Bourdieu, tre hovedformer; økonomisk kapital, kulturell kapital og sosial kapital. Økonomisk kapital er umiddelbart og direkte omsettelig i form av penger og eiendom. Den sosiale kapital er beholdning av mer eller mindre institusjonaliserte relasjoner som familierelasjoner, nettverk og medlemskap i grupper (Bourdieu, 1986). Den kulturelle kapital kan under visse omstendigheter veksles til økonomisk kapital og kan institusjonaliseres i form utdanning, kunnskap og kompetanse. (Bourdieu, 1986; Esmark, 2006). Kulturell kapital ble blant annet brukt for å karakterisere de øvre sosiale klassers fortrinn i skolen. Det er snakk om en eksklusiv ressurs eller kapasitet; visse familier har det, andre har det ikke (Esmark, 2006). Det er en kapital som har akkumulert gjennom arbeid over tid, og som kan innta kroppslig form i form av langvarige disposisjoner i kropp og sinn. Dette innebærer måter å snakke, kle seg og bevege seg på, kunnskap, smak og tilbøyeligheter. Denne formen for kulturell kapital er først og fremst produkt av den grunnleggende sosialisering i familien og avspeiler foreldrenes og besteforeldrenes historie og sosiale posisjon. Kulturell kapital er med å definere forskjeller og avstander i det sosiale hierarki (Esmark, 2006). Investeringen gjøres i for eksempel skolegang og høyere utdanning. Den forrentes i form av eksamener, akademiske grader, sosial anseelse, innbringende og innflytelsesrike jobber eller andre former for symbolsk eller materiell profitt (Esmark, 2006). De forskjellige utdannelser har forskjellig verdi og disse verdiene skifter over tid. Uten en viss kulturell kapital oppstår risiko for at man har investert feil ved å satse på utdannelser som kan bli devaluert (Rosenlund & Prieur, 2006). Denne institusjonaliserte form for kulturell kapital representerer institusjonaliseringens makt til å skape skille mellom dem som er i besittelse av legitim, gjenkjennelig og anerkjent kompetanse – og dem som ikke er i besittelse av det. Gjennom tildeling av titler og grader kan man sammenligne innehaverne innbyrdes og eventuelt skifte dem ut med hverandre på arbeidsmarkedet (Bourdieu, 1986).

I prinsippet kan alt fungere som kapital. Det avgjørende er i hvilken grad det kan produsere forskjeller og omsettes til anerkjennelse og prestisje (Esmark, 2006). Bourdieu kaller dette symbolsk kapital. Symbolsk kapital er den form eller tilstand enhver kapital, eller sammensetning av kapital, inntar i en sosial sammenheng hvor den blir anerkjent, tilskrevet verdi og dermed gir sosial anseelse (Bourdieu, 1989). I moderne samfunn kan symbolsk kapital hentes fra alle øvrige kapitalformer. Blant høyt utdannede gir kulturell kapital

samtidig symbolsk kapital, blant sportsutøvere gir kroppslig kapital symbolsk kapital osv. Bourdieu hevdet at jakten på symbolsk kapital kan forklare mye av det vi foretar oss (Prieur, 2006).

Den sosiale verden er full av dømming, stemplinger, irettesettelser og verdsettelse, tildeling av positiv eller negativ symbolsk kapital, som bidrar til å gi individ deres sosiale identitet (Bourdieu, 1985; Prieur, 2006). Fordeling av symbolsk kapital, i form av sosial betydning, er av de mest ulike og nådeløse av alle fordelinger (Prieur, 2006). Bourdieus overordnede menneskesyn er at det ikke er egen nytte som er vår primære drivkraft, men ønsket om anerkjennelse fra andre mennesker (Prieur, 2006).

I moderne samfunn har staten en sentral rolle i fordeling av symbolsk kapital, med sin myndighet til å tildele verdighet og identitet (Prieur, 2006). Staten garanterer for den rekke av myndighetshandlinger og fordelinger av midler som gjør en person til sivilingeniør, lektor, stønadmottaker osv. Som når en lege, i form av å skrive ut sykemelding, bevitner at mottageren har universelt aksepterte rettigheter (Bourdieu, 1989; Prieur, 2006). Symbolsk kapital gir mulighet til å utøve det Bourdieu (1989) betegner som symbolsk vold.

3.2.3 Makt og symbolsk vold

I det innledende avsnittet ble det gjort rede for hvordan generell aksept for ulikhet skapes og vedlikeholdes. Bourdieu betegner symbolsk vold som en myk form for vold, som en «usynlig makt». Hverken de som utøver makten eller de den utøves i forhold til erkjenner at det finner sted en maktutøvelse (Bourdieu & Passeron, 1990). Utøvelsen av symbolsk vold formaliseres i «pedagogisk handling»; alle former for undervisning i, eller informasjon om, hvordan verden er innrettet. Den omfatter alle de relasjoner og institusjoner som er involvert i å overlevere samfunnets dominerende kultur. I alle disse relasjonene overføres det kunnskap om samfunnet og om dets verdier og idealer (Bourdieu & Passeron, 1990).

Bourdieu (1995) ga flere eksempler på den respekten som de som ikke hadde suksess i skolen har for skolen og for dem som hadde suksess i den. Og han beskriver den angst eller ubehag man kan spore når de som ikke lykkes i skolen befinner seg i situasjoner som minner om skolen. Utdannelsestittel gir samfunnsmessig verdi til mennesker, og mangel på utdanning blir et handikapp (Bourdieu, 1995; Prieur, 2006).

Symbolsk vold hviler på miskjennelse, eller hva man kan kalle manglende innsikt (Prieur, 2006) Eventyret om Den stygge andungen er en illustrasjon på å leve i en tilstand av miskjennelse: han ser seg selv med de dominerendes øyne, og ser seg selv som stygg. (Prieur, 2006). Magien i symbolsk vold ligger i at visse reaksjoner utløses automatisk, uten at vi tenker på det. Og med disse reaksjonene viser vi at vi gjenkjenner og anerkjenner den makt vi står ovenfor. Den symbolske vold setter seg i kroppen og får kroppen til å forråde oss hver gang vi er i et sosialt underlegenhetsforhold – og en usikkerhet viser seg (Bourdieu & Waquant, 1992; Prieur, 2006). Individets historie ligger lagret i kroppen i form av følelser og reaksjonsmønstre som i stor grad styrer våre handlinger (Bourdieu & Waquant, 1992; Prieur, 2006).

I Bourdieus analyser spiller språket en spesiell rolle. Språk er ikke knyttet til makt i seg selv, men blir det når det blir brukt på bestemte måter eller av bestemte grupper eller institusjoner (Bourdieu & Passeron, 1990). Språk er ikke bare et medium for kommunikasjon eller for formidling. Det er også et middel i en maktrelasjon. Symbolsk makt er, i følge Bourdieu (1989), makten til å gjøre ting ved hjelp av ord. Når mennesker snakker, forsøker de ikke bare å bli forstått. De forsøker å bli trodd, bli adlydt, bli respektert og bli lagt merke til (Bourdieu & Passeron, 1990). Ord har virkning. Ikke i kraft av seg selv, men i kraft av den situasjon og relasjon ordene opptrer i (Prieur, 2006).

Wilken (2008) viser til at i følge Bourdieu er alle slags ressurser, sosiale og yrkesmessige kontakter, personlig og institusjonell status og annet som kan mobiliseres en kilde til makt. Makt skapes relasjonelt gjennom kamper mellom ulike former for kapital og det vil derfor til enhver tid være et analytisk spørsmål å avgjøre hvem og hva som er involvert i maktrelasjoner (Wilken 2008, s.79).

Med CATS teorien som bakteppe ønsker jeg å se nærmere på hvordan opplevelsen av - og forventning til mestring og kontroll på egen situasjon har utviklet seg i prosessen fra arbeidsaktiv og frem til i dag. Hva har de erfart og lært underveis som har gitt dem de mestringsforventninger og strategier de har, tre år etter et opphold? Kunnskap om dette vil kunne gi bredere forståelse av hvordan hendelser, situasjoner og opplevelser i møte med arbeidslivet, helsevesenet, NAV og holdninger i samfunnet kan påvirke langtidssykemeldtes tro på mestring. Det vil også kunne bidra til å forstå hvorfor de står utenfor arbeidslivet til tross for tiltak.

Bourdieu's teori om kapital og makt gir meg et verktøy for å analysere hvordan langtidssykemeldte med lav formell utdanning opplever de ulike relasjoner i en rehabiliteringsprosess. Det kan gi kunnskap om hvordan ulik kapitalbeholdning påvirker møter med arbeidsgiver, arbeidskolleger og representanter for helsevesenet – og NAV, og hvordan langtidssykemeldte opplever maktrelasjonene i de ulike faser av rehabiliteringsprosessen.

Disse teoriene med de begrep som de benytter inngår ikke naturlig eller eksplisitt som en del av informantenes virkelighet eller språk. De vil derfor integreres fortløpende i resultatkapittelet som underliggende perspektiv på informantenes presentasjon av sin livsverden.

4. Metode

Begrepet metode betyr opprinnelig veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2012), og Malterud (2013) understreker at det finnes mange ulike veier til kunnskap. Det er måten å forvalte innhenting og håndtering av kunnskapen på som bestemmer hvorvidt det er en gyldig vei (Malterud, 2013). I dette kapittelet presenteres veibeskrivelsen for dette prosjektet.

Ni langtidssykemeldte personer med langvarige muskelskjelettplager, lang fartstid i helse – og trygdevesen – og som lever i en tilværelse utenfor arbeid står i sentrum. Formålet med prosjektet er å få kunnskap om hva den langtidssykemeldte selv opplever hindrer dem fra å komme tilbake i arbeidslivet. Jeg ønsker å utvide forståelsen for hvordan det er å stå utenfor arbeidslivet, og hvordan rehabiliteringsprosessen oppleves av den langtidssykemeldte selv. Denne kunnskapen har jeg søkt gjennom å snakke med ni mennesker som var pasienter ved HI i 2010, og som ikke var tilbake i arbeidslivet høsten 2013. Prosjektets problemstilling blir belyst i et kvalitativt forskningsdesign.

I en kvalitativ forskningsmetode søker man innsikt i hvordan individ tolker den sosiale verden og man anerkjenner at den sosiale verdenen er i konstant endring (Bryman, 2012). Virkeligheten blir konstruert i møte mellom forskeren og personene som deltar i studien, og metoden bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning (Malterud, 2013; Postholm, 2010). Som kvalitativ forsker er man interessert i å forstå hva individenes tolkning av deres livsverden er på et spesielt tidspunkt i en spesifikk kontekst (Postholm, 2010).

Tilnærmingen som er valgt i dette prosjektet er inspirert både av fenomenologi og hermeneutikk. I følge Malterud (2013) er en fordomsfri beskrivelse en forutsetning for å gjøre en tolkning som skal lede frem til ny kunnskap.

For å belyse problemstillingen søker jeg å forstå tilværelsen uten arbeid ut ifra de langtidssykemeldtes egne perspektiver. Spørsmålene som blir stilt er av beskrivende, fortolkende – men også av eksplorativ karakter. Intensjonen er å beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at virkeligheten er den mennesker oppfatter. Dette er hva Kvale & Brinkmann (2012) betegner som fenomenologi. Fenomenologi er et omfattende felt innenfor filosofisk teori, og representerer en forståelsesform der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Creswell, 2014; Malterud, 2013). Innsamlingen av datamaterialet har tatt utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv.

Den hermeneutiske erkjennelsestradisjon handler om tolkning av meninger i menneskelig uttrykk og Malterud (2013) påpeker at forskeren gjør bruk av både beskrivelser og tolkninger i en kvalitativ studie. «Enhver beskrivelse er farget av tolkninger og enhver tolkning bygger på beskrivelser» (Malterud, 2013, s.44). Bryman (2012) hevder at tolkning bør erkjennes ettersom forskeren fortolker informantens fortolkning av virkeligheten, og Postholm (2010) understreker at forskerblikket blir farget av forskerens teoretiske ståsted og at forskerens egne opplevelser og erfaringer påvirker forskningsfokuset.

Intensjonen bak valg av metode var å se verden gjennom øynene til de ni informantene, og å gi en mest mulig deskriptiv, fordomsfri beskrivelse av data. Forforståelsen er som regel en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning rundt et bestemt tema (Malterud, 2013). En kombinasjon av teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaring innenfor feltet arbeidsrettet rehabilitering utgjør bagasjen jeg har med inn i dette prosjektet. For best mulig å sikre at dette kunne bli nyttig for prosessen har jeg etterstrebet å ha et aktivt og bevisst forhold til min forforståelse i alle fasene. Forforståelsen blir belyst i et eget underkapittel, men den vil synliggjøres i alle avsnitt i metodekapittelet.

Videre i kapittelet vil jeg gi en kort beskrivelse av metoden brukt for å samle inn data; Det kvalitative forskningsintervju. Jeg deler så noen refleksjoner rundt min forforståelse og egen rolle før den praktiske gjennomføringen, forskningsprosessen, blir beskrevet. Den kvalitative forskningsprosessen omformer virkeligheten fra samtaler til tekst (Malterud, 2013), og omformingsprosessen presenteres som «Databehandling». Jeg har valgt å integrere kvalitetsvurdering underveis som det Kvale & Brinkmann (2012) viser til som kontinuerlig prosessvalidering. En kort vurdering av studiens kvalitet gjøres likevel til slutt. Kapittelet avsluttes med en presentasjon av informantene.

4.1 Kvalitativt intervju

«Direkte innsyn i erfaringer får du ved å snakke ved folk» (Malterud, 2013, s. 66). For å få innblikk i informantenes livsverden har jeg valgt semistrukturert intervju. Dette innebærer at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men at intervjuet ligger nær opp til en samtale i dagliglivet (Kvale & Brinkmann, 2012). Et kvalitativt intervju har et fenomenologisk perspektiv, og man åpner for kunnskap som er forankret i deltagerens livsverden, slik den ser ut for den som lever det livet vi snakker om (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013). Kunnskapen produseres sosialt gjennom samspillet i den spesielle

situasjonen mellom intervjuer og informant, og er en mellommenneskelig situasjon som stiller krav til intervjuer for å ivareta den mellommenneskelige dynamikken (Kvale & Brinkmann, 2012).

Det er forskeren som er hovedinstrument for innsamling av data. Hva som observeres, oppfattes og hva forskeren velger å konsentrere seg om er i stor grad et produkt av forskerens intensjoner (Bryman, 2012). Dette innebærer det Kvale & Brinkmann (2012) refererer til som en asymmetrisk maktrelasjon. Forskningsintervjuet er i følge Kvale & Brinkmann (2012) gjennomsyret av etiske problemer, og kunnskapen som kommer ut av slik forskning avhenger av intervjuers evne til å skape et rom der informanten kan snakke fritt og trygt.

Kvale & Brinkmann (2012) oppfordrer til å utføre intervju på grunnlag av en intervjuguide, og beskriver intervjuguiden som et manuskript som strukturerer intervjuforløpet med oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål. For å få vite noe vi ikke visste fra før, eller for å åpne opp for nye spørsmål angående problemstilling underveis i samtalen, er det viktig at intervjuguiden ikke er for detaljert, og i følge Malterud (2013) er det heller ikke viktig å følge den slavisk men hensiktsmessig å se på den mer som en huskeliste. Utforming av intervjuguiden blir nærmere beskrevet under forskningsprosessen i 4.3.2.

Bryman (2012) tydeliggjør betydningen av at hvordan forskeren er hovedinstrumentet for innsamling av data, og Kvale & Brinkmann (2012) går langt i å bevisstgjøre ansvaret intervjueren har i intervjusituasjonen. Innledningsvis viste jeg til Malterud (2013) om at vi ikke stiller med blanke ark når vi går inn i feltet. Fenomenologien bruker begrepet bracketing om å sette parentes rundt forforståelsen for at den ikke skal overdøve observasjoner og informasjon for mye (Malterud, 2013). Jeg har i mange år jobbet på HI, og har reflektert over hvordan dette kunne påvirke alle faser i dette prosjektet. Jeg vil nå redegjøre for hvilke refleksjoner jeg gjorde om min egen rolle som forsker i den innledende fasen i prosjektet.

4.2 Egen rolle som forsker.

Kvale & Brinkmann (2012) omtaler som nevnt det kvalitative intervjuet som en mellommenneskelig situasjon der intervjuer må være sensitiv i forhold til situasjonen, oppmerksom på informantens personlige grenser og være i stand til å behandle den

mellommenneskelige dynamikken i intervjusituasjonen. Min helsefaglige bakgrunn og lange fartstid i fagfeltet ARR medfører at jeg har det Malterud (2013) betegner som feltkunnskap. Jeg har opparbeidet en stor sekk fylt med forforståelse gjennom praktisk og teoretisk kunnskap og erfaring med mennesker med tilsvarende bakgrunn og situasjon som informantene. Feltkunnskap og forforståelse er ikke negativt så lenge den gjøres eksplisitt, og forskeren drøfter betydningen av den (Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag [NEM], 2009). Jeg har kjennskap til den livsverdenen informanten har vært en del av under oppholdet på HI. Denne kunnskapen kan bidra til tillit og gjensidig forståelse i intervjusituasjonen. Den kan åpne opp for informasjon som ikke ville blitt utlevert til hvem som helst, og jeg vil kanskje kunne stille oppfølgingsspørsmål som ellers ikke ville vært opplagt å følge opp.

Det kan vise seg å være utfordrende å gå ut av rollen som fagperson og inn i rollen forsker. Malterud (2013) presiserer at det er likhetstrekk mellom den medisinske samtale og forskningsintervjuet. Men å ha erfaring med og å beherske en terapeutisk samtale betyr ikke nødvendigvis at jeg vil beherske et forskningsintervju. Hensikten i et forskningsintervju er ikke å identifisere og finne løsning på informantens problem, men å oppnå det Kvale & Brinkmann (2012) kaller intellektuell innsikt. Dette krever at jeg er bevisst på hvordan jeg følger opp informantens svar for å unngå å lede informanten til å se alternative forklaringer eller forståelse av egen situasjon. Det kan også oppstå situasjoner der informanten søker min hjelp til å forstå eller forklare ut ifra min faglige bakgrunn og min tilhørighet til HI. Dette gjør det kanskje enda viktigere å reflektere over balansen mellom nærhet og avstand. Dersom jeg som forsker viser mye empati, forståelse og anerkjennelse kan informantene fortelle om mer sårbare ting enn de egentlig ønsker. For å redusere sannsynligheten for at dette skjer er det viktig å gi god informasjon om hvilket formål prosjektet har (NEM, 2009). Det blir i alle fasene av studien viktig å presisere at dette prosjektet ikke er HI sitt prosjekt. Å avklare hensikt og formål med intervjuet er særlig relevant fordi informanten kan ha en oppfatning av meg som fagperson og farges av det. Det faktum at jeg har et arbeidsforhold ved institusjonen jeg ber dem dele erfaringer fra, kan påvirke informantens refleksjoner, svar, atferd og medføre at informasjon strategisk holdes tilbake. På den annen side er det vesentlig å erkjenne at det nettopp er på grunn av min tilknytning til HI at jeg har fått adgang til utvalget. Et utvalg som kanskje ellers ville vært vanskelig å nå frem til.

Kvale & Brinkmann (2012) påpeker at intervjuet, innebærer en asymmetrisk maktrelasjon blant annet ved at intervjuer i stor grad definerer og styrer intervjusituasjonen. Det er også en

asymmetrisk maktrelasjon fordi det er et møte mellom parter som ikke er jevnbyrdige med tanke på det som i 3.2.2 ble omtalt som beholdning av kapital. Intervjusituasjonen i kombinasjon med min tilknytning til HI kan representere det Prieur (2006) betegnet som et sosialt underlegenhetsforhold. Jeg ønsker å skape en god intervjusituasjon basert på gjensidig respekt, ydmykhet og tillit ved å etterfølge Kvale & Brinkmanns (2012) oppfordring om være sensitiv for den mellommenneskelige situasjonen et kvalitativt intervju er. Metodelitteraturen advarer også mot risikoen for at forskeren i sin streben etter å sammenfatte kunnskap på en måte som er lojal mot den enkelte utelukkende fungerer som mikrofonstativ for informantene. Dermed står forskeren i fare for å miste den analytiske distansen til det som studeres (Malterud, 2013; NEM, 2009).

Malterud (2013) bruker begrepet feltblindhet når hun oppfordrer til å være klar over at man tar mye for gitt når man skal studere et fenomen eller et felt man kjenner fra før. Man står i fare for å lete etter observasjoner som bekrefter egne erfaringer og forforståelse. Jeg vil bruke feltnotater som hjelpemiddel for å vurdere prosessen underveis, og ta lærdom fra et intervju til neste.

Gjennom forhåndsrefleksjonene håper jeg å underbygge tillit til at jeg vil samle inn data og formidle resultat med troverdighet. Jeg håper også at min bakgrunn og mine refleksjoner kan anses som en ressurs inn i den praktiske gjennomføringen av prosjektet.

4.3 Forskningsprosessen

Veien frem mot den praktiske gjennomføringen av prosjektet har vært lang med krappe svinger og enkelte fartsdumper. Tanker om hva som skulle være tema for prosjektet var tidlig på plass, og i et møte med Camilla Ihlebæk⁵ i februar 2013 begynte problemstilling så smått å ta form. Postholm (2010) skriver at det er mangelen på struktur som gjør at mange tiltrekkes av den kvalitative forskningsmetoden. Uten fast opplegg eller en oppskrift på hvordan studien skulle gjennomføres svingte det raskt fra opplevelse av muligheter til fokus på begrensninger. Underveis i utformingen av prosjektbeskrivelsen fikk jeg også kjenne på at fremdrift og gjennomføring var avhengig av ytre faktorer. Prosjektet måtte meldes inn og

⁵ Camilla Ihlebæk er professor i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø – og biovitenskapelige universitet og har bred erfaring som forsker innen fokehelsevitenskap, rehabilitering, samfunn og atferd.

godkjennes før rekruttering av utvalg kunne settes i gang (se 4. 6) – og i siste instans var prosjektet avhengig av at det fantes tidligere pasienter der ute som faktisk ønsket å delta. Ottesen Kennair (2008) hevder at hvis vi ikke bekymret oss for noe i det hele tatt ville det mest sannsynlig bety at vi ikke brydde oss om noe eller ikke ble utfordret av noe. En bekymringsløs tilværelse er altså ikke ønskelig, skal man tro Ottesen Kennair (2008), men det var like fullt med en viss lettelse at godkjenning forelå og rekrutteringen kunne starte.

4.3.1 Utvalg og rekruttering

Utvalget i prosjektet er et strategisk utvalg fordi det består av informanter som ikke er tilbake i arbeid tre år etter at de fullførte et ARR opphold på HI. De ble kontaktet på bakgrunn av at de har best mulig potensial for å belyse opplevelser og erfaringer omkring prosjektets problemstilling. Feltkunnskapen i fagfeltet ligger dermed som en forutsetning for å få samlet data fra relevante kilder, noe Malterud (2013) også understreker.

Informantene ble rekruttert fra pasientliste fra 2010. Ut ifra denne listen ble de som ikke hadde fullverdig opphold på 6 uker, og de som bor mer enn 90 min i kjøretid fra Elverum ekskludert. De som da fortsatt var aktuelle ble kontaktet i kronologisk rekkefølge pr telefon. Den første henvendelsen ble gjort av helsesekretær ved HI (vedlegg 1). Dette skulle sikre at henvendelsen skulle være - og oppleves så nøytral som mulig, og redusere sannsynligheten for at noen skulle føle seg forpliktet til å delta. Kun de som ikke var tilbake i arbeid var aktuelle for deltagelse. Målet var å få 9 informanter. En informant var tiltenkt rollen som «forsøksinformant» og ville ikke nødvendigvis inngå i datamaterialet.

Informantene ble både ved førstegangskontakt og ved senere telefonkontakt informert om studiens formål, at deltagelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg uten at det ville få konsekvenser.

Etter endt rekruttering besto potensielt utvalg, gledelig overraskende, av hele 23 personer. Dette medførte mulighet til å sikre spredning og variasjon i utvalget med tanke på alder og kjønn. Variasjonsbredde var ønskelig for å beskrive flere nyanser innenfor tema for problemstillingen, og målet var to informanter fra hver aldersgruppe. I aldersgruppen 30 – 40 år var det kun to aktuelle, mens informanter fra de øvrige aldersgruppene til og med 60+ ble trukket ved loddtrekning. Da jeg kontaktet dette utvalget for å gi mer grundig informasjon og gjøre nærmere avtale, skulle det vise seg at utvalget likevel ville endre sammensetning. Den mannlige informantene i gruppen 30 – 40 hadde reist bort. Han sa seg

villig til å ta kontakt da han kom hjem. Jeg hørte ikke mer fra vedkommende. To mannlige informanter i gruppen 40 – 50 hadde misforstått og var under utdanning med utsikter til fast jobb. To kvinnelige informanter i samme alderskategori som hadde fått innvilget uføretrygd valgte å trekke seg av personlige årsaker. Dette gjenspeiler det faktum at det levende liv, som Malterud (2013) kaller det, ikke kan elimineres i forskning. Informantene ble rekruttert fra en potensielt sårbar gruppe og fleksibilitet i forhold til hvilket utvalg som ville bli det endelige måtte forventes.

Tabell 1 viser sammensetningen av det endelige utvalget. Informantene vil bli nærmere presentert i 4.7.

Alder	Kjønn	Ytelse
< 40 år	1 Kvinne	Arbeidsavklaringspenger ⁶
40 – 50 år	2 Kvinner + 1 Mann	Arbeidsavklaringspenger
50 – 60 år	2 Kvinner + 2 Menn	Arbeidsavklaringspenger / 1 mann Uføretrygdet ⁷
> 60 år	1 Mann	Uføretrygdet

Seks av informanter er i alderen 45 – 59 år, og det ble vurdert hvorvidt dette kunne medføre for lite variasjon i utvalget. Hoveddelen av pasienter som søkes til HI befinner seg imidlertid i denne aldersgruppen, og utvalget som det fremstår er representativt for pasientgruppen ved HI.

Det ble innledningsvis referert til forskning som viser at personer kan ha flere overganger mellom arbeid og ulike ordninger i prosessen mot varig avklaring (Øyeflaten et.al., 2012). Dette viste seg å stemme for informantene i dette utvalget, og bidrar til variasjonsbredde. Variasjonsbredde kan også ivaretas ved at hver informant representere forskjellige livsverdener med individuelle, subjektive oppfatninger av fenomenet jeg søker mer innsikt i

⁶ Arbeidsavklaringspenger (APP) skal sikre inntekt i perioder man på grunn av sykdom eller skade har behov for bistand fra NAV for å komme i arbeid. Bistanden kan bestå av arbeidsrettede tiltak, medisinsk behandling eller annen oppfølging fra NAV (Arbeids –og velferdsdirektoratet [NAV],2014).

⁷ Uførepensjon kan være aktuelt ved varig nedsatt inntektsevne på grunn av sykdom eller skade. Man må ha gått ett år sykemeldt og etter dette gjennomgått ytterligere medisinsk behandling og/eller arbeidsrettede tiltak. En periode med AAP vil være aktuelt før man kan søke om uførepensjon, og arbeidsevnen skal være avklart av NAV før søknad innvilges (NAV,2014).

og kunnskap om. Et utvalg på 9 personer er relativt lite, og få intervjupersoner er ifølge Kvale & Brinkmann (2012) en av standardinnvendingene mot at kvalitative forskningsintervju fyller kriteriet for overførbarhet. På den annen side bidrar de med sine erfaringer og opplevelser til å belyse et komplekst fenomen blant en gruppe som, i følge forskning presentert i innledningen, ikke er så lett å få i tale. Dermed kan de være en stemme for flere i lignende situasjon (Finlay, 2007). Jeg søker dyp og fyldig informasjon og kunnskap, og ser det derfor som sannsynlig at man kan oppnå en metning til tross for få informanter. Det er verdt å reflektere over at de som samtykker til deltagelse har sterkere stemme enn andre. Dette vil også kunne påvirke overførbarhet av funnene.

Fordi det har gått lang tid siden informantene var til opphold ved HI var det mulighet for at eventuell lojalitet eller sterke følelser relatert til oppholdet ikke ville stå i veien og farge informasjon. Sannsynligheten for at informantene i utvalget fortsatt følte tilknytning til HI av forskjellige grunner var uansett tilstede, og kan ha motivert dem til å takke ja til deltagelse.

Hva slags kunnskap som søkes og hvor kilder til kunnskap finnes er i følge Malterud (2013) relevant å ta med i betraktningen når man skal vurdere hvorvidt kriterier om representativt utvalg og overførbarhet er fylt. Ut ifra problemstillingen som søkes besvart og at utvalget representerer levd kunnskap som kan bidra til å belyse denne problemstillingen mener jeg å ha tilstrebet at utvalget fyller kriteriene, og bidrar til troverdighet innenfor rammene av denne studien.

Samtalen er en grunnleggende form for menneskelig samspill (Kvale & Brinkmann, 2012), og språket har som nevnt i 3.2.3 mange funksjoner avhengig av hvem som snakker og i hvilken kontekst samtalen finner sted. Det empiriske materialet i dette prosjektet stammer fra samtaler, og det er naturlig å synliggjøre gjennomføringen av og refleksjoner rundt intervjuene for å gi best mulig grunnlag for å forstå og vurdere resultatene.

Intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide, som i følge Malterud (2013) kan anses som en huskeliste.

4.3.2 Utforming av intervjuguide

Intervjuguiden, se vedlegg 2, ble utformet med utgangspunkt i at informanten skulle ha mulighet til å trekke frem det vedkommende selv fant naturlig og viktig innenfor det enkelte tema. Intervjuguiden hadde fire hovedtema: Årsaken til sykemelding, opplevelse og

erfaringer med å gå sykemeldt, oppholdet på HI og tanker om hva som gjør at de ikke er tilbake i jobb. Spørsmålene tok utgangspunkt i det som i Kvale & Brinkmann (2012) kalles introduksjonsspørsmål: «Kan du fortelle om..? «Hva tror du..?» «Kan du beskrive..?» Hensikten med dette var å få innblikk i informantens livsverden, og for å unngå at jeg skulle styre samtalen for mye og risikere at samtalen fant sted innenfor rammene av forforståelsen. Ved å gi informantene mulighet til selv å styre hvilken informasjon de ville gi og hvor dypt de ville gå reduserte jeg sannsynligheten for at de ville føle seg tvunget til å gi informasjon av svært sensitiv eller medisinsk karakter. Oppfølgingsspørsmål for å utdype og eventuelt presisere informasjonen fulgte under de fleste av hovedspørsmålene. Rekkefølgen på spørsmålene hadde til hensikt å la informanten snakke seg varm og bli trygg i intervjusituasjonen før tema rundt problemstillingen kom opp. Inspirasjon til intervjuguiden ble hentet fra Kvale & Brinkmann (2012) og Malterud (2013). Den ble tilpasset etter diskusjon med veileder, medstudenter og etter å ha gjennomført et prøveintervju.

4.3.3 Intervjuene

Skriftlig informasjon og informert samtykke er en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk fremgangsmåte (Malterud, 2013; NEM, 2009). Den skriftlige informasjonen om studien ble fremlagt og gjennomgått sammen med informanten i forkant av intervjuet (vedlegg 3). Hensikten var å sikre at de kjente prosjektet godt nok til at de følte seg trygge på å delta. Jeg var nøye med å presisere at dette ikke er en studie om HI men om hele prosessen. De ble informert om at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd og hvordan lydopptaket skulle brukes. Det ble presisert at deres identitet ville forbli anonym og at de når som helst kunne avbryte intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013; NEM, 2009; Postholm, 2010). Deretter ble samtykkeskjema ble underskrevet (vedlegg 4).

Intervjuene fant sted der informantene selv ønsket å gjennomføre det. Dette medførte at intervjuene ble gjennomført i vidt forskjellige kontekster; fem intervju ble gjennomført hjemme hos informanten, et på kafè, to på grupperom på høgskolen og et på et møterom på HI. Malterud (2013) påpeker at konteksten omkring samtalen er viktig ramme for kunnskapsutviklingen. Å komme hjem til informanten for å gjøre et intervju ga innblikk i den private sfæren materielt. Det ga også innblikk i informantens sosiale fortid og nåtid gjennom bilder av familiemedlemmer og utklippbøker. Jeg ble ved ett av intervjuene presentert for informantens ektefelle, og fikk i etterkant av intervjuet inntrykk av samspillet dem i mellom. Jeg fikk også høre ektefellens versjon av informantens historie og ektefellens

egen historie. Dette er et eksempel på hvorfor det å gjennomføre «hjemme hos» - intervju fremkalte en spesiell atmosfære i møtet med informanten. Som intervjuer hadde jeg respekt for og var ydmyk for å befinne seg i informantens stue eller kjøkken. Informantene hadde dekket på med kaker, kaffe og te, og jeg følte meg umiddelbart velkommen. Inntrykk og informasjon som dette lar seg ikke fange på lydopptak. Det er relevant å reflektere over at disse intervjuene tilførte andre dimensjoner til den verbale informasjonen enn dem som ble gjennomført på nøytral grunn. Det var imidlertid hverken praktisk mulig eller etisk forsvarlig å forvente at informanter med lang reisevei skulle møte på Høgskolen for å sikre standardiserte rammer rundt intervjuene. Det siste intervjuet ble gjennomført på HI og det gjorde det kanskje enda vanskeligere for informanten å se meg uavhengig av HI. At det likevel ble gjennomført der var et resultat av at informanten selv så tydelig ønsket det.

Det første intervjuet var i utgangspunktet et pilotintervju, og ble gjennomført i midten av november 2013 på et grupperom på Høgskolen. Her gjorde jeg erfaringer som tvang meg til å revurdere spørsmålene i intervjuguiden og hvor jeg hadde fokus. Informanten ble tydelig preget av at det lå en lydopptaker på bordet. Hun snakket direkte til den. Selv ble jeg preget av at det virket som at informanten vurderte det mer som et avhør enn en samtale. Det fremkom også tydelig underveis at informanten gikk ut ifra at jeg forsto uten at hun fullførte refleksjonene sine. Jeg kjente med andre ord på utfordringene ved å ha feltkunnskap: å forstå koder som vil være ubegripelig for en utenforstående (Malterud, 2013). Da intervjuet var avsluttet og lydopptakeren var slått av erfarte jeg at informanten senket skuldrene, og ga et ærlig innblikk i en lang historikk med tilværelse preget av svært vanskelige familierelasjoner. Dette var en viktig brikke i forståelsen av informantens virkelighet, men inngår ikke i datamaterialet. Da jeg spurte informanten om hvordan hun opplevde intervjuet svarte hun at hun syntes enkelte av spørsmålene var litt vanskelige. Dette var en viktig tilbakemelding å få, og en påminnelse om risikoen for at informanter kan svare på noe annet enn hva jeg som intervjuer mener å ha spurt om (Malterud, 2013). I prosjektloggen etter dette intervjuet står det skrevet: «Slapp av og følg samtalen, men vurder fortløpende hva som er lurt å følge opp». Med klar adresse til meg selv. Da jeg hørte gjennom intervjuet i ettertid fant jeg likevel mye informasjon som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Dette intervjuet inngår dermed i datamaterialet.

I etterkant av pilotintervjuet og tilbakemelding fra informanten var det i vesentlig grad oppfølgingsspørsmålene som ble justert. For å øke det som i metodelitteraturen omtales som intern validitet (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013) noterte jeg: følg opp for å

spesifisere, oppsummer inne imellom. Jeg ble også enda mer oppmerksom på hvor avgjørende det ville være å være åpen, men fokusert under intervjuene. Malterud (2013) kaller det en kunst, og oppfordrer til å ha is i magen og avvente med nysgjerrighet når informanten begynner å fortelle om noe som kan virke som en avsporing.

Det var lærerikt, frustrerende og interessant å erfare at hvert av de påfølgende intervjuene var helt ulike og unike. Metodelitteraturen anbefaler å tilpasse intervjuet etter hvert som forskeren lærer underveis i prosessen, og i møtet med den enkelte informant (Malterud, 2013; NEM, 2009; Postholm, 2010). Det er særlig viktig å utvise aktsomhet i studier som innhenter kunnskap fra utsatte grupper (Malterud, 2013). I metodebøkene gis det eksempler på ulike situasjoner og dilemma man som forsker kan komme i (Malterud, 2013; Postholm, 2010). Jeg velger å gjengi noen av de utfordringene som oppsto underveis i intervjuprosessen fordi det er relevant for helhetsforståelsen av informantene og deres situasjon. Samtidig inngikk det i min forforståelse videre i prosessen til tross for at det ikke kunne inngå i datamaterialet.

I Malterud (2013) kan man lese at en skeptisk deltager kan velge å holde tilbake informasjon som han eller hun tror kan oppfattes ufordelaktig for ham eller henne. Ved et av intervjuene uttrykte informanten skepsis til hvorvidt informasjonen som ble gitt kunne spores tilbake til vedkommende. Informanten hadde interessante refleksjoner rundt at evnen til å tilpasse språk og atferd i møte med NAV gir tilgang til mer hjelp og oppfølging. Hun beskrev betydningen av å ha det som Bourdieu (1998) kaller «feel for the game». Informanten hadde også mange refleksjoner rundt verdigheten ved å være på arbeidsutprøving. Vedkommende inntok imidlertid en annen rolle da lydopptakeren ble slått på. Svarene virket polerte og mer overfladiske. I prosjektloggen noterte jeg en umiddelbar følelse av at informanten virket å gli inn i en rolle som flink pasient. Denne episoden illustrerer hvor innarbeidet opplevelsen av å bli vurdert virker å være hos informantene, og hvor viktig av det er å fremstå korrekt.

Kvale & Brinkmann (2012) gjør oppmerksom på at noen mennesker er vanskeligere å intervjuer enn andre, og at intervjuer må se det som sin oppgave å motivere og hjelpe med å tilrettelegge for informantens fortellinger. Et av intervjuene bar preg av at informanten var svært sårbar. Vedkommende uttrykte stort ønske om å belyse problemstillingen med sine opplevelser og erfaringer, men hadde vanskelig for å finne ord og tok lett til tårene. I denne situasjonen ble ledende spørsmål vurdert som hensiktsmessig. Spørsmål som var rettet mot systemet og prosessen gikk litt bedre etter hvert i samtalen, men informanten unngikk å

snakke om seg selv i førsteperson. Informanten fremsto som sliten, usikker og bitter og bar særlig preg av dette når tema rundt arbeidsgiver og NAV kom opp.

Åpenheten og intimiteten som kjennetegner kvalitativ forskning har blitt nevnt tidligere i kapittelet, og også hvordan dette kan få informantene til å gi informasjon de senere vil angre på å ha gitt (Kavle & Brinkmann, 2012; NEM, 2009). Forskeren oppfordres til å reflektere over hvordan man bør reagere i slike situasjoner. Forskningsintervjuet sto i fare for å bli forvekslet med terapeutisk samtale ved særlig et av hjemme intervjuene. Informanten tilkjennega en lang rekke dramatiske livshendelser i forkant av intervjuet. I de innledende snakke- seg - varm spørsmålene valgte informanten å utdype disse nærmere, og vedkommende tok til tårene. I følge informanten selv for første gang på mange år. Jeg spurte om jeg skulle slå av lydopptakeren, noe som ble avvist. Jeg valgte å fortsette lydopptaket, men denne delen av intervjuet inngår av etiske hensyn ikke i datamaterialet. Malterud (2013) sier at forskeren i møte med kunnskap som er følelsesmessig ladet kan miste den edrueighet som er nødvendig for å håndtere kunnskapen. I denne situasjonen vurderte jeg medmenneskelighet som viktigere enn tilgang til kunnskap. Etter hvert lyktes det å spore intervjuet tilbake til tema rundt problemstillingen. Det virket der og da som at dette ble gjort uten at informanten opplevde å bli overhørt eller krenket. I loggboken i etterkant av dette intervjuet gjør jeg følgende egenvurdering: «Du burde tatt avgjørelse om å slå av! Vurder hvorvidt informanten vil angre i ettertid på at hun var så åpen!!»

Disse erfaringene førte til refleksjoner omkring informantenes livsverden. Seks av ni informanter ga innblikk i oppvekst og / eller familierelasjoner av traumatisk karakter. De ga både verbale og non – verbale uttrykk for frustrasjon og fortvilelse og innblikk i den underliggende kampen for å fremstå med verdighet i en ansikt – til – ansikt relasjon. Dette danner et bilde av at kompleksiteten rundt problemstillingen er så omfattende at det ikke lar seg belyse i sin helhet. Erfaringene medførte også refleksjoner rundt min egen rolle, og hvorvidt jeg i enkelte av intervjuene hadde inntatt en for fortrolig og nær forskerposisjon. Dette medførte bekymring for at noen i ettertid skulle angre på hva de hadde fortalt.

Samtlige ni informanter ga uttrykk for at de hadde opplevd intervjusituasjonen som hyggelig - og at jeg bare måtte ta kontakt i ettertid dersom jeg trengte mer informasjon. Dette ga meg en umiddelbar trygghet på at de følte seg godt i varetatt. Seks av informantene har i ettertid gitt informasjon om hvordan det går via sms. Dette anser jeg som en bekreftelse på at intervjusituasjonen ga informantene opplevelsen av å dele noe viktig med en som møter dem

med interesse, forståelse og anerkjennelse (Malterud, 2013; NEM, 2009). Jeg anser det også som en bekreftelse på at informantene har behov for å bli sett og hørt og at de opplever det meningsfylt å bidra til økt forståelse for deres situasjon.

Det finnes i følge Kvale & Brinkmann (2012) ikke entydige kvalitetskriterier for forskningsintervju, fordi et godt intervju avhenger av alt fra forskerens håndverksmessige dyktighet til den sosiale relasjonen som oppstår i intervjusituasjonen og etiske aspekter. Jeg har gjennom beskrivelser og refleksjoner etterstrebet å gjøre denne delen av forskningsprosessen så gjennomiktig og objektivt tilgjengelig som mulig for å øke troverdighet til datainnsamlingen.

Utfordringene og erfaringen underveis i prosessen med gjennomføringen av intervjuene gjorde meg mer opptatt av å ivareta informanten i form av respektfull holdning også i det påfølgende analysearbeidet

4.4 Databehandling

Vi skal vise respekt for rådata fra lydopptak og utskrifter, men Malterud (2013) advarer mot å anse det som selve sannheten. De empiriske data filtreres systematisk gjennom alle samhandlings – og bearbeidingsledd. Transkripsjonsprosessen er også med på å omforme materialet og kunnskapsgrunnlaget (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013).

4.4.1 Systematisering av data

Jeg transkriberte de ni intervjuene selv like etter intervjuene. Under transkriberingen gjenopplevde jeg erfaringene fra intervjusituasjonen og ble kjent med datamaterialet fra en ny side. Intervju som jeg i intervjusituasjonen oppfattet som fokuserte, og som jeg forventet ville bidra til mye tekst til å belyse problemstillingen, viste seg under transkribering og gjennomlesning å bidra med mindre enn intervju jeg oppfattet som mindre vellykkede. Dette var som nevnt tilfellet ved gjennomhøring og transkripsjon av «pilotintervjuet». Transkriberingen medførte også at jeg kunne notere meg eventuelle justeringer intervjuteknisk utover i intervjuprosessen., som for eksempel: «Lar informanten svare for generelt» og «Burde ha fulgt opp med». Det var god lyd kvalitet på opptakene, og transkriberingen ble ordrett. For å ivareta informantens anonymitet ble dialekt oversatt til bokmål og opplysninger som på noen måte kunne identifisere informanten ble omformulert,

eller utelatt. Dette gjaldt navn på personer, navn på bedrifter og stedsnavn. Jeg har tidligere nevnt at inntrykk og refleksjoner ble skrevet ned i egen logg like etter hvert intervju. Jeg noterte også i loggen underveis i transkriberinger. Ved transkribering av intervju gjennomført 29.11 står det for eksempel: Refleksjoner vedrørende opphold på HI: « Kjenner mistanke om «flink pike» svar. NB!»

Postholm (2010) viser til at datainnsamling og dataanalyse er gjentatte og dynamiske prosesser, men at dataanalysen kommer enda mer i fokus etter at data er samlet inn. Også i analyseprosessen må man gjøre veivalg, og i 4.4.2 vil jeg redegjøre for de valgene som ble tatt.

4.4.2 Analyse

Analysen vil preges av forskerens egne perspektiver, men intensjonen er at forskeren skal møte datamaterialet med mest mulig åpent sinn, og legge allerede ervervede perspektiver til side (Postholm, 2010). Basert på studiens fenomenologiske tilnærming var den opprinnelige intensjonen å foreta data analyse ut ifra systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse som gjengitt i Malterud, 2013. Dette er en analysemetode som er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud (Malterud, 2013). Etter å ha transkribert intervjuene og lest gjennom dem gjentatte ganger følte jeg at jeg kjente datamaterialet godt. Malterud (2013) understreker at vi som forskere har rett og plikt til å lære av våre erfaringer og korrigere kursen underveis. Jeg ønsket å lete etter kunnskap og informasjon i den skrevne teksten og være mest mulig tro mot datamaterialet. Det medførte at jeg forsøkte å begrense sannsynligheten for at min forforståelse, bakgrunn og for at inntrykkene fra selve intervjusituasjonen skulle farge analysearbeidet. For å være mest mulig tro mot datamaterialet valgte jeg derfor å gjøre analyse etter prinsipper fra grounded theory som beskrevet i Charmaz (2006). Analysestrategiene i grounded theory er, i følge Postholm (2010), gode redskaper til å analysere og forstå fenomener studert med fenomenologisk metodisk tilnærming. Ved å analysere etter prinsipper fra grounded theory ble jeg tvunget til å holde meg nær data. Dette bidro til å dempe eventuell tendens til å trekke slutninger før nødvendig analytisk arbeid var gjort (Charmaz, 2006). Ved å kode etter grounded theory prinsipper må man involvere seg aktivt og konsentrert i prosessen. Man handler ut ifra data heller enn at man passivt leser dem (Charmaz, 2006). Dette vurderte jeg som en styrke i forhold til troverdighet i dataanalysen.

Det første analytiske steget i kvalitativ koding er prosessen for å definere hva datamaterialet handler om (Charmaz, 2006). Kodefasene som ble benyttet var åpen koding og fokusert koding. I åpen koding ser man handling i hvert segment av data fremfor å tilføre allerede eksisterende kategorier til data. Charmaz (2006) anbefaler å kode med ord som reflekterer handling så langt det er mulig. Omfattende koding forhindrer at man overfører egne motiv og tanker til informantene og til datamaterialet (Charmaz, 2006). Denne fasen ble grundig og den ble gjort for hånd. Etter første runde hadde jeg 40 håndskrevne sider med åpne koder. I neste fase valgte jeg hvilke åpne koder som ga mest analytisk mening for å kategorisere data. De åpne kodene som var mest fremtredende eller som forekom hyppigst ble samlet. Dette kalles fokusert koding (Charmaz, 2006). I den andre del av analysen valgte jeg å knytte de fokuserte kodene opp mot tema fra intervjuguiden. Videre i prosessen ble sammenhenger som var utviklet i tematiske del først samlet innunder tre hovedtema, eller faser og videre opp mot det teoretiske rammeverket (Charmaz, 2006). Dette utgjør grunnlaget for resultatkapittelet. Tabell 2 på side 39 viser eksempler på hvordan datamaterialet ble strukturert.

Charmaz (2006) understreker at kodingen i grounded theory er fleksibel. Man kan bevege seg tilbake til datamaterialet for nye koder, og fremover for å skrive kodene og vurdere deres betydning. For å sikre at funnene har blitt så troverdige som mulig har intervjuene blitt gjennomlest og kodet gjentatte ganger i analyseprosessen. Idealene om helhetstenkning og lojalitet til informantenes opprinnelige utsagn og meninger kan gjøre det utfordrende å forene analytisk reduksjon med aktiv nærhet til den levende kunnskapen (Malterud, 2013). Jeg har valgt å kategorisere kodene ut ifra tema i intervjuguiden og for så å samle sju tematiske koder innunder tre hovedtema. De fokuserte kodene er integrert innunder de tematiske. De tre hovedtemaene er å finne i resultatkapittelet som «Fra arbeidsaktiv til sykemeldt», «Rehabiliteringsprosessen» og «Hverdagen i dag – Tilværelsen uten arbeid». Resultatene presenteres i et kronologisk forløp. Dette valget ble tatt etter grundige overveielser. Malterud (2013) mener at man ved å ende opp med andre spørsmål enn dem man finner i intervjuguiden, og ved et tilstrekkelig åpent fokus i analysen vil vise nye veier. Når jeg likevel har valgt denne kronologiske måten å systematisere resultatene på er det ut ifra en vurdering om at dette vil bidra til å gi en mer helhetlig forståelse for hva som ligger bak svar på problemstillingen. I et tilsynelatende enkelt utsagn som: «Jeg kan ikke jobbe fordi jeg har ryggplager» kan det ligge mye mer.

Tabell 2. Eksempel på koding i analyseprosessen.

Fra arbeidsaktiv til sykemeldt			
Meningsenhet/Utsagn	Åpen kode	Fokusert kode	Tematisk kode
Det var en del tunge løft blant annet, og så måtte du jo legge opp dagen selv da. Og når jeg var så sliten så var det vanskelig å konsentrere seg og så, ja, klare å legge opp dagen ordentlig	<ul style="list-style-type: none"> • Løftet tungt • Organiserte dagen selv • Var sliten • Slet med konsentrasjonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevd arbeidsdag 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevd årsak til sykemelding
Jeg kan hvert fall ikke bebreide arbeidsgiver. Det må være at jeg..kanskje er.. kjører på litt for hardt. Ikke har tatt signalene.	<ul style="list-style-type: none"> • Bebreider seg selv • Kjører seg for hardt 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevd egen rolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevd årsak til sykemelding
Hverdagen – Tilværelsen uten arbeid			
Meningsenhet/ Utsagn	Åpen kode	Fokusert kode	Tematisk kode
Jeg har hatt veldig vondt i ryggen. Ryggen bærer meg ikke, jeg synker sammen.	<ul style="list-style-type: none"> • Har ryggmerter • Ryggen svikter 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevde begrensinger 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevde barrierer
I og med at jeg er såpass svaksynt – og ikke er skolert, så er det ikke bare å putte folk i ny jobb.	<ul style="list-style-type: none"> • Ser dårlig • Har ikke utdannelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevde jobbmuligheter 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevde barrierer

4.5 Vurdering av studiens kvalitet

I følge Graneheim & Lundman (2004) vil en klar beskrivelse av alle deler av prosessen øke troverdighet. Troverdighet handler om å argumentere for de mest sannsynlige fortolkningene, og den øker hvis funn blir presentert slik at det tillater leseren å se etter alternative tolkninger (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg har etterstrebet å gi en så klar og distinkt beskrivelse av kontekst, utvalg, prosessen for datainnsamling og analyseprosessen som mulig. Jeg har reflektert over hvordan min forforståelse kan ha påvirket de ulike fasene i forskningsprosessen, tilkjennegitt valg som har blitt tatt og endringer som har blitt gjort. Jeg håper dermed å ha gjort studien tilstrekkelig tilgjengelig og gjennomiktig for andre til at de kan følge og vurdere min vei til målet. I presentasjonen av data har jeg etterstrebet å synliggjøre hva som er informantenes opplevelser og utsagn, hva som er min tolkning opp mot informantenes utsagn og valgte teori og hva som er annen forskning. Vel vitende om at jeg som forsker har tolket informantenes fortolkning av virkeligheten (Bryman, 2012), og at informantenes egen fortolkning av fortiden med stor sannsynlighet er påvirket av nå – tiden, håper jeg at mine vurderinger har vært gode og reflekterte nok til å underbygge tillit til presenterte data.

Ingen kunnskap er allmenngyldig i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål, hevder Malterud (2013), og vi kan sjelden svare ja eller nei på om det vi har funnet er sant. Men det er viktig å si noe om hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, og hvilken overførbarhet resultatene har (Malterud, 2013). På bakgrunn av studien mener jeg å kunne si noe om hva tidligere pasienter ved HI opplever som avgjørende for at de ikke er tilbake i arbeid, opplevelser av et ARR opphold, og om prosessen som strekker seg utover et ARR opphold. Dette kan være overførbart til aktørene innen ARR. Det kan også være overførbart til pasienter i tilsvarende situasjon. På grunnlag av at datamaterialet er basert på enkeltpersoners subjektive opplevelser, kan man imidlertid ikke generalisere utover informantene i denne studien.

4.6 Etiske vurderinger

Prosjektet ble søkt og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Dataservice (NSD) før prosessen med å samle et utvalg kunne igangsettes (vedlegg 5). På grunn av at utvalget består av tidligere pasienter, ble det også anbefalt å melde prosjektet til Regional Etisk

Komitè (REK). REK konkluderte at prosjektet kunne gjennomføres uten REK – godkjenning (vedlegg 6).

Aktuelle informanter ble kontaktet pr. telefon av en person som ikke er involvert i prosjektet. Informanter som sa seg villige til å bli kontaktet for mer utfyllende informasjon ble ringt opp av meg. De som etter denne henvendelsen fortsatt sa seg villige til å delta, ble informert om at de ville bli kontaktet på nytt for å avtale tid og sted for intervju dersom de ble trukket ut i utvalgsprosessen. De som sa seg villige til å delta men ikke ble trukket ut ville motta en tekstmelding. De fikk informasjon om at deltagelsen var frivillig og at de når som helst, kunne trekke seg uten at dette ville få konsekvenser. De ble forsikret om full konfidensialitet og anonymitet.

Informasjonsskriv ble fremlagt og gjennomgått sammen med informanten i forkant av intervjuet, og samtykkeskjema ble undertegnet før intervjuet startet. De ble informert om hvordan intervjuet ville bli lagret og hvordan det ville bli brukt videre i prosessen. Intervjuet ble tatt opp på lydopptaker, og lagret som lydfiler på PC som er beskyttet med brukernavn og passord. Ved transkribering ble navn erstattet med pseudonym og bedrifter, stedsnavn og annen informasjon som kunne være gjenkjennbart ble anonymisert.

4.7 Presentasjon av informantene

Informantene har ulik bakgrunn både når det gjelder oppvekst, livserfaringer, fartstid i arbeidslivet og fartstid i helse – og trygdesystem. På den tiden intervjuene fant sted var de i ulike faser i forhold til avklaring mot jobb eller mot trygd. Enkelte av informantene var langt mer åpne og utadvendte enn andre.

Kari ble intervjuet på grupperom på Høgskolen 15.november 2013. Intervjuet varte i 45 minutter. Kari er i 47 år. Hun er samboer, og har voksne barn fra tidligere ekteskap. Hun har jobbet i omsorgsyirket og har fagbrev i pleie – og omsorgsfag. Hun beskriver en arbeidsdag med tunge løft og forflytninger. Hun angir å ha hatt ryggplager i siste ti år. Hun sliter også med angstproblematikk. Kari har historie med gjentatte sykemeldinger. Hun har ikke jobbet fullt de siste fem år. Kari deler også erfaringer om det å prøve så godt hun kan, men få tilbakemelding om at det ikke er tilfredsstillende. Hun beskriver hvor tungt dette var i en periode hvor også privatlivet var komplisert. Kari har gått ett år på AAP. Hun drømmer om å få mulighet til å jobbe på bibliotek, men har i dag funnet seg til rette med en hverdag hun

fyller med sosiale aktiviteter med venner i samme situasjon. Kari fremstår som forsiktig og litt tilbakeholden under intervjuet. Hun snakker rolig og lavt.

Bjørn ble intervjuet i sitt hjem 18.november 2013. Intervjuet varte 105 minutter.. Bjørn er 54 år. Han er gift og har barn. Han har jobbet innen salg, vært selvstendig næringsdrivende og de siste årene vært ansatt i en lokal avdeling av en større bedrift. Han betegner seg som selvlært. Bjørn beskriver arbeidsdager med mye positivt stress og anerkjennelse, men at han har kjørt seg selv hardt. Han har hatt ryggplager i flere år. Han har vært pasient ved HI to ganger. Han gikk på aktiv sykemelding da han opplevde å få brev om oppsigelse fra arbeidsgiver. Han har gått på AAP i over to år. Da intervjuet fant sted var han i gang med kurs med tilbakeføring til arbeid som mål. Bjørn fremstår som en svært utadvendt og sosial mann. Han har stort sosialt nettverk, men mener han har blitt mindre sosial de siste par årene. Han har stor tro på å komme tilbake i jobb, men gir uttrykk for at han er redd for ikke å innfri eventuelle krav og forventninger.

Lise ble intervjuet i sitt hjem 26. november 2013. Intervjuet varte i 80 minutter. Lise er 38 år. Hun er gift og har barn. Hun jobbet opprinnelig med salg. På bakgrunn av ryggplager sa hun opp og jobbet som tilkallingsvikar ved en avlastningsbolig. Hun startet utdanning som barne – og ungdomsarbeider, men mangler fagbrev. Lise har hatt ryggplager fra relativt ung alder. Hun er åpen om at plagene har sammensatte årsaker, og at hun er preget av tøffe livserfaringer. Lise har vært til opphold på HI tre ganger. Hun har fått støtte fra flere hold om å søke 50 % uføretrygd eller «midlertidig uføretrygd». Hun fremstår som en ulykkesfugl, hvor stadige uhell og skader oppstår. Da intervjuet fant sted var hun preget av periode med sterke smerter og engstelse for prøvesvar. Lise fremstår som en utadvendt, sosial og ressurssterk kvinne. Hun har et nært og stort nettverk.

Tove ble intervjuet på grupperom på Høgskolen 26.november 2013. Intervjuet varte i 45 minutter. Tove er 53 år. Hun er gift og har voksne barn. Jobber innen pleie og er sykepleierutdannet. Tove var tilbake i jobb etter opphold på HI, men ble sykemeldt på grunn av ryggplager igjen. En operasjon hadde til hensikt å gjøre henne bedre, i stedet oppsto en smertefull tilstand i benet. Hun har nå gått på AAP i halvannet år. Tove fremstår reservert, fortvilet og emosjonell under intervjuet. Hun vet ikke når benet blir bra, og er usikker på hva det vil bety for arbeidsforholdet.

Heidi ble intervjuet i sitt hjem 29. november 2013. Intervjuet varte i 52 minutter. Heidi er 53 år. Hun er singel, har voksne barn. Hun har jobbet innen pleie – og omsorg. Utdannet hjelpepleier. Hun ble ryggoperert for flere år siden, og har ikke vært i full jobb etter det. Hun har også smertetilstand i muskelskjelett apparatet. Heidi var tilbake i jobb etter opphold på HI. Endret privat status gjorde at hun valgte å flytte. Hun bor nær barn og barnebarn. Her jobbet hun en periode, men ble så utsatt for ulykke som medførte skade i skulder. Hun har nå gått på AAP ett år. Da intervjuet fant sted ventet hun på dato for undersøkelse av skulder. Heidi fremstår som behersket, reflektert og ressurssterk. Hun er usikker på fremtiden både med tanke på skulderskaden og jobb.

Ola ble intervjuet i sitt hjem 3. desember 2013. Intervjuet varte i 43 minutter. Han er 49 år. Han er gift, har barn. Etter fullført folkeskole gikk han et år på yrkesfaglig før han begynte å jobbe. Ola har i hovedsak jobbet som sjåfør. Han har ryggplager, men reflekterer over sammensatte årsaker. Han var tilbake i jobb etter HI, men falt ut igjen og har etter det vært til forskjellige arbeidsutprøvinger i regi av NAV. Da intervjuet fant sted var han i arbeidsutprøving i snekkeryrket. Han skulle også på jobbintervju på kommunal stilling denne dagen. Han var svært optimistisk med tanke på fremtidig arbeid. Ola har stort nettverk, er aktiv og fremstår som en sindig og jordnær mann.

Tor ble intervjuet på kafè 3. desember 2013. Intervjuet varte i 60 minutter. Han er rundt 60 år. Han er gift og har voksne barn. Etter fullført folkeskole gikk han rett ut i arbeidslivet. Han forteller at han kommer fra et hjem der budskapet fra far var: «Kan du ikke gå på skole, må du jobbe. Jeg oppdrar ikke ramp». Tor har variert erfaring innen tyngre yrker, men flest år som snekker. Han forteller om lang fartstid med ryggplager. Han ble på et tidspunkt operert og var tilbake i jobb i flere år. Da han fikk store plager på nytt ble han sendt til HI. I løpet av oppholdet ble det klart at han ikke kunne jobbe som snekker lenger. Han fikk innvilget uføretrygd. Tor er en real, reflektert mann. Han har tydelige meninger om arbeidslivet, om holdninger til arbeid og sykemelding og om hva lang ventetid i helsevesenet gjør med den enkeltes motivasjon og liv.

Björg ble intervjuet i sitt hjem 16. desember 2013. Intervjuet varte i 90 minutter. Hun er 49 år. Hun er samboer og har barn. Hun er hjelpepleierutdannet, men har variert arbeidserfaring fra andre tyngre yrker. Björg har en lang historie med plager. Hun er åpen om traumatiske hendelser som har oppstått gjennom livet og at dette nok ikke er uvesentlig i forhold til hvordan hun har det i dag. Hun forteller om utallige perioder av og på med sykemelding over

mange år. Og beskriver det som å ha kjempet seg tilbake på jobb. Hun var tilbake i jobb etter HI, men har vært til flere rehabiliteringsopphold og oppfølginger også i ettertid. Bjørg har blitt anbefalt å søke uføretrygd av spesialister og fastlege. Noe hun selv også ønsker. Da intervjuet fant sted ventet hun imidlertid på klarsignal om å komme i gang med nok en avklaringsperiode etter NAVs ønske. Bjørg fremstår som åpen, fortvilet, engasjert og litt oppgitt.

Per ble intervjuet på møterom på Hernes Institutt 03.januar 2014. Intervjuet varte i 70 minutter. Han er 50 år. Han er samboer og har barn. Han har ingen formell utdanning, og har jobbet innen produksjon i hele sin yrkesaktive karriere. Per har hatt plager fra ung alder, og fikk innvilget 60 % uføretrygd i relativt ung alder. Etter opphold på HI ble han 100 % uføretrygdet. Per deler mange erfaringer og tanker rundt det å være delvis arbeidsfør i en stor bedrift med mange ansatte og lite personlig arbeidsmiljø. Per har et lite nettverk. Han er rolig og er litt humoristisk når han utdyper erfaringene sine.

Det er disse ni informantene som med all sin erfaring og med sin bakgrunn har bidratt til det empiriske materialet, og det er deres stemmer som vil gå igjen når resultatene av intervjuene og påfølgende analyse presenteres og drøftes.

5. Resultat / Diskusjon

Informantene har, som presentert i 4.7, ulik livserfaring både i livet utenfor og i arbeid. De fremstår også som svært ulike personligheter. Det de har til felles er at de foreløpig eller varig befinner seg utenfor arbeidslivet – og at de alle var til opphold på samme rehabiliteringsinstitusjon i 2010. I 4.4.2 ble det gjort rede for at det ut ifra analysen av datamaterialet ble identifisert tre faser som alle informantene har vært igjennom. Disse fasene utgjør hovedtema i dette kapittelet og er å finne som 5.1 Fra arbeidsaktiv til sykemeldt, 5.2 Rehabiliteringsfasen og 5.3 Hverdagen i dag – Tilværelsen uten arbeid. Hver fase bidrar til å belyse den sammensatte og langvarige prosessen fra livet som arbeidsaktiv og frem til at de står utenfor arbeidslivet i dag. Erfaringer og opplevelser som informantene selv har vektlagt blir presentert og drøftet opp i mot hverandre, aktuell forskning og valgte teori.

5.1 Fra arbeidsaktiv til sykemeldt

Informantene ser tilbake på et arbeidsliv som de i utgangspunktet beskriver med en grad av stolthet. De beskriver tilfredsstillelsen av å få hjelpe og glede andre, mestringsfølelsen ved å innfri forventninger og være ansett som dyktig i sine arbeidsoppgaver. De forteller om betydningen av å føle seg nyttig – og, med noen unntak, betydningen av å ha det sosialt med kolleger. Enkelte av informantene virker å drømme seg bort i sine betraktninger om den tilværelsen som var. Denne fasen er delt i to. I 5.1.1 belyses opplevd årsak til sykemelding og i 5.1.2 erfaringene med de første sykemeldingene. Dette gir innsikt i hva som kan ha gitt utgangspunkt for veien ut av arbeidslivet.

5.1.1 Opplevd årsak til sykemelding

Alle informantene oppgir at ryggplager var årsak til at de ble sykemeldt i første omgang. To av informantene har fibromyalgi⁸ og beskriver smerter i hele muskelapparatet. De fleste beskriver at fysisk krevende arbeidsstillinger og oppgaver var en vesentlig del av arbeidsdagen, og oppfatter at dette forårsaket plagene. Tunge løft, feil løfteteknikker og lite

⁸ En diagnose som kjennetegnes av utbredte, kroniske muskelsmerter, og trykkømfintilighet i 11 av 18 utvalgte kroppspunkter (Speichowicz & von Hanno, 2009).

tilgang og bruk av hjelpemidler går igjen. De mannlige informantene vektlegger det de kaller mye «sjauing» og lemping i jobben, mens de kvinnelige informantene trekker frem forflytningsteknikker. Per fikk plager relativt tidlig i arbeidslivet. Han forteller om arbeidsoppgaver som involverte bruk av spikerpistol over hodet, og oppsummerer slik:

Første gangen jeg var sykemeldt på grunn av nakke og armer var jeg vel 21 år. Og så etter det har det vel vært sånn inn og ut med fysioterapi. Inn og ut til utredninger ... Og jeg tror årsaken til mye av mine plager både i hofter, rygg og (ja) oppover er kombinasjon av stress, betonggulv og tunge arbeidsoppgaver over hodet.

Den umiddelbare årsaksforklaringen informantene gir underbygger forskning om at smerter i rygg, nakke - og skuldre med stor sannsynlighet har sammenheng med tungt fysisk arbeid (Mehlum, Kristensen, Kjuus & Wergeland, 2008; Melchior et al., 2005; Sterud, 2013). Sterud (2013) fant at jobber som er fysisk krevende og som i tillegg involverer lange perioder med ståing, løft i ubekvemme stillinger, gjentatt huksitting og kneling virker å være viktige prediktorer for ryggplager. I arbeidshverdagen informantene beskriver, finnes innslag av slike arbeidsbelastninger – og stillinger. De bidrar i utgangspunktet til å bekrefte slutninger om at det er den gammeldagse manuelle arbeideren med lav utdannelse og tungt, fysisk arbeide som har høyest risiko for å falle ut av arbeidslivet (Tveito et al., 2002).

Det ser imidlertid ut til at årsakbildet allerede ved første sykemelding er mer sammensatt og mindre akutt enn hva man først kan få inntrykk av. Informantene forteller at plager og smerter har vært en del av arbeidshverdagen over lengre tid og inntil flere år forut for sykemelding. Tove daterer ryggplagene tretti år tilbake i tid, Kari angir å ha hatt tiltagende plager over hvert fall ti år. Tor forteller at han har vært plaget med ryggen opp igjennom alle år, og at han mange ganger burde ha vært hjemme. Likevel gikk han på jobb. Bjørg hadde følgende strategi for å komme gjennom nattevakta: « Du biter tennene sammen og kaster innpå noe paracet ... og så prøve å hvert fall bedøve det litte granne da, til du kommer deg hjem da.»

Disse erfaringene vitner om ansvarsfølelse for jobben og høy arbeidsmoral. Tveito et al. (2002) fant i sin studie at 10 % av de ansatte sto for 82 % av det totale sykefraværet. De mente å påvise at restriktive holdninger til å være borte fra arbeid kan forhindre at arbeidstageren bruker sykemelding som mestringsstrategi, og fortsetter og jobbe til lengre sykemelding er nødvendig for å restituere.

Bildet blir etter hvert ytterligere sammensatt. Flere av informantene vedgår at de fysiske plagene er en del av en mer sammensatt årsaksforklaring. Ola fremstiller det slik:

Det var vel ryggen som.. Jeg slet med veldig høyt blodtrykk den tiden. Og veldig vondt i ryggen. Ja, det var ikke bare det, tror jeg. Jeg gikk på en smell, tror jeg. Rett og slett i tillegg. Jeg var møkk lei den sjauinga. Samtidig så.. det var mye på privaten også, ikke sant. Jeg tror det var litt mer... litt forskjellige årsaker. Jeg vet ikke om det kan ha noe med spenning... Jeg har jo skiveprolaps da, det er jo slitasje.

Kari beskriver at hun i tillegg til ryggsmertener var plaget av angst og hadde konsentrasjonsvansker. Hun forteller at hun skulle klare alt: jobb, barn og at hun rett og slett ble utbrent. Lise utvider symptombildet fra ryggplager til å inneholde både synsforstyrrelser og hjertebank. Om hjertebank sier hun «Det kommer og går. Og det tror jeg har med det psykiske». Hun er en av de få informantene som utdyper en vanskelig fortid. Hun forteller at en lege forklarte problemstillingen med hjertebank som at kroppen har vært i sjokk.

I følge Mehlum (2011) kan sykefravær som skyldes ubalanse mellom individuelle ressurser og jobbkrav ofte forebygges eller forkortes ved tiltak på arbeidsplassen. Seks av ni informanter oppgir imidlertid at de selv kunne ha tatt mer ansvar for å forhindre sykemelding. Alle ser i ettertid at de på en eller annen måte har kjørt seg selv for hardt. De forteller at de ikke lyttet til signalene fra kroppen og at de nektet å innse situasjonen tidsnok. De mener dette kan ha vært avgjørende. Lise gjør disse betraktningene:

Men jeg vet at jeg kunne ha sykemeldt meg på et tidligere tidspunkt, og hvis jeg hadde kunnet komme inn til behandlinger tidligere ... at jeg må være flinkere til å gire ned litt når jeg jobber fullt og kjenner at det begynner å gnage i ryggen , at jeg kanskje kunne ha sykemeldt meg halvt, og at jeg kanskje kunne ha unngått[at det ble så langvarig]..

Kari reflekterer over at hun ved å gå litt ned i stillingsprosent kunne ha fått tilbake litt overskudd, men at hun rett og slett slet seg ut. Bjørn forteller at bonusordninger og annerkjennelse medvirket til at han strakk seg stadig lengre for å innfri forventninger på arbeidsplassen.

Disse refleksjonene omkring eget ansvar, som for eksempel når Kari sier at hun kunne ha jobbet redusert en periode for å få tilbake overskudd, står i kontrast til studier som påviser at individ i lavere sosiale klasser har tendens til å ha mer eksternt fokus på kontroll enn individ i høyere sosiale klasser, som da har mer internt fokus på kontroll (Dalgård & Håheim, 1998).

Kanskje er det innslag av håpløshet å spore i disse uttalelsene: De opplever at de kunne kontrollert situasjonen, og pålegger seg selv skylden for at utfallet ble som det ble.

Refleksjonene om at de ikke lyttet til signalene fra kroppen og at, som i Bjørns tilfelle, positive tilbakemeldinger gjorde at strikken stadig ble strukket lengre kan tyde på at det å opparbeide anerkjennelse for enkelte av informantene var en sterkere drivkraft enn signalene fra kroppen.

Flere av informantene oppgir at de heller ikke innrømmet situasjonen overfor kolleger eller arbeidsgiver fordi de ikke ønsket å være en belastning. Dette begrunner de med at fravær fra arbeidet eller tilpasning av arbeidsoppgaver ville medføre mer belastning særlig for kollegene, men også for arbeidsgiver. Tor begrunner at han valgte å gå på jobb også på dager han burde ha vært hjemme med følgende: «Du har ansvar for de du har med deg og jobber sammen med. Det veide ofte veldig høyt i forhold til ikke å være noen plage selv». Bjørg mener at man rett og slett ikke kan si at man må sette seg ned for å hvile når man er på jobb: «Slik fungerer ikke arbeidslivet. Det, det blir litt vanskelig å jobbe sammen med en». Kari forteller at hun tolket tilbud om hjelp fra kolleger som signal på at hun ikke strakk til, mens Per forteller om en arbeidsplass hvor det ikke var miljø for å innrømme plager og problemer.

Informantene beskriver, på ulike måter, det som forskningen omtaler som «sykenærvær»: at man velger å gå på jobb til tross for at man føler seg syk. Hansen & Andersen (2008) fant i sin studie at faktorer som tidspress, forholdet til kolleger og jobbusikkerhet samt generelt konservative holdninger til fravær økte sannsynligheten for sykenærvær. Morken, Haukenes & Magnussen (2012) fant også at det faktum at å møte på arbeid er en innarbeidet daglig rutine og at jobben ble vurdert som viktig bidro til sykenærvær. Disse faktorene, med unntak av jobbusikkerhet, går igjen i informantenes utsagn. Jobbusikkerhet kan likevel ha en viss innvirkning med tanke på at informantene har lav utdanning og følgelig kan være mindre etterspurt blant arbeidsgivere, eller er lettere å erstatte (Bleuksane & Pedersen, 2006).

Ola opplever at han selv tok initiativ til endring for å kunne fortsette jobben som sjåfør:

Så jeg tror kanskje det, hvis vi kunne ha byttet litt på ruteopplegg så kunne jeg kanskje ha holdt ut. Jeg fikk de største og tyngste turene. Jeg kom med forslag om han kanskje kunne gjøre en forandring på det ... Det var beint nei. I fra kollegaen min.

Om denne opplevelsen sier han: « Det er noen som er litt på godt norsk grommere enn alle andre. Man får ikke lyst til å gjøre noe mer innsats hvert fall». Per anbefalte ledelsen i bedriften å gå på kurs for å lære å se arbeidsfolket og medarbeidere uten at de sier ifra noe selv. Ingen dro på kurset. Han beskriver en kultur hvor ingen ville si noe om hva de slet med. Man kom på jobb og drev på til tross for store problemer.

Waddell (2006) hevder at arbeidstagere med plager kan oppleve arbeidet som vanskelig, smertefullt eller stressende, og argumenterer for at arbeid må tilpasses: Arbeid skal være komfortabelt når vi er friske og tilpasses når vi er syke (Waddell, 2006). Både Ola og Per opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig innflytelse til at tilpasning ble gjort. Dette kan være faktorer som bidrar til hjelpeløshet: De forslo tiltak som kunne ha bidratt til at de kunne klart å stå i jobben, men dette ble ikke fulgt opp. Utfallet ble negativt. De stiller også spørsmål ved egen verdi. Bourdieu hevdet at den sosiale verden, i dette eksempelet representert ved kolleger og ledelse, bidrar til å gi individ sosial identitet, og at måten vi behandles på av andre står i forhold til den sosiale betydningen vi har (Prieur, 2006).

Hagen, Tambs & Bjerkedal (2002) fant at de som anså arbeidet som konstant fysisk krevende, som hadde helseproblemer i tillegg til ryggsmarter og som stort sett følte seg slitne og trøtte har størst risiko for å falle ut av arbeidslivet. Dette virker i stor grad å samsvare med informantenes opplevelser. Fysiske faktorer som medvirkende årsak til utvikling av plager i rygg, nakke og skuldre er som nevnt belyst i en rekke studier (Mehlum, 2011; Mehlum et al., 2008; Sterud, 2013). Ursin (2006) understreker at vedvarende mangel på restitusjon kan gi økt risiko for kroppslige plager. I tillegg trekkes lav kontroll frem som en del av forklaringen (Mehlum, 2011; Mehlum et al., 2008). Dette belyses ikke direkte av informantene selv. De beskriver imidlertid arbeidsdager hvor pasienters behov for hjelp ikke kan tilpasses egen dagsform, hvor kjøreruta ikke kan endres på bakgrunn av dårlig form og hvor krav til produksjon overdøver smerter og gir lite rom å tenke arbeidsteknikker. Disse eksemplene tyder på at de i realiteten har opplevd å ha lite kontroll og innflytelse på arbeidsdagen. Enkelte har muligheter til å tilpasse jobb, eller har en jobb som ikke fremprovoserer smerter, og sykdom får ulike konsekvenser alt etter hva slags yrke man har (Bruusgaard, 2011; Hansson, Boström & Harms – Ringdahl, 2006). Ryggplager vil få andre konsekvenser for jobben en hjelpepleier skal utføre enn for jobben en lege skal utføre (Bruusgaard, 2011). Informantene deler erfaringer fra en arbeidshverdag hvor det å innrømme og ta hensyn til redusert kapasitet ville få konsekvenser for en tredjepart, være seg

pasienter, kolleger, kunder eller arbeidsgiver. De opplevde sin rolle på jobb som viktig nok til å trosse smerter og plager for å innfri arbeidskrav og forventninger.

Deres opplevelse av at fysiske plager i stor grad er årsak til sykemelding kan sees i sammenheng med at det fysiologiske systemet over tid har blitt belastet ut over dets kapasitet. Det er nærliggende å se for seg en selvforsterkende effekt av vedvarende belastning og aktivering med manglende restitusjon etter endt arbeidsdag. Vedvarende aktivering medfører at den dynamiske kapasiteten til å håndtere stadig nye utfordringer reduseres (Kristensen et al., 2004). Informantene befant seg ved tidspunkt for sykemelding innen kategorien kroppsarbeidere. Deres kapital inn i arbeidsfeltet kan sies å ta form som kroppslig kapital. Arbeidets innhold og krav gjør fysisk kapasitet og kroppen til den mest omsettelige valutaen. Svekket kapasitet vil i teorien svekke deres verdi i arbeidsfeltet, og det er kanskje dette som gjør at de opplever at de må strekke seg langt for å stå i arbeid. Begrenset kapitalbeholdning kan, som Bleuksane & Pedersen (2006) nevner, bidra til at de er lettere å erstatte.

Informantene opplever altså at ryggplager i stor grad var årsak til sykemelding. De gir et mer nyansert bilde av årsaker når de utdyper dette. Det kommer blant annet fram at de har tilleggsproblematikk, og at de fleste opplever at de hadde lang fartstid med smerter forut for sykemelding. De pålegger seg selv mye av skylden for at det gikk så langt som til sykemelding, blant annet ved at de ikke ville innse eller innrømme situasjonen verken for seg selv eller andre. Enkelte opplever imidlertid at de forsøkte å foreslå tiltak som kanskje kunne ha gjort at de hadde klart å stå i jobb, men at dette ikke ble tatt til følge.

Man har i flere studier funnet frem til at kampen mot sykefravær må utøves på arbeidsplassen (Bruusgaard, 2011; Mehlum et al., 2008). Schei (2006) skriver om skam i pasientrollen, og mener at å be om hjelp bryter med idealet om kontroll og uavhengighet, at det røper sårbarhet. Dette kan med stor sannsynlighet overføres til rollen som arbeidstager. Hansen & Andersen (2008) gjør oppmerksom på at kultur på arbeidsplassen for å praktisere sykenærvær utgjør et skjult potensial for økt sykefravær på sikt. Det er utfordrende å fange opp risiko for sykemelding, når arbeidstagerne, representert ved disse informantene, ikke selv innrømmer plager og problemer. På den annen side handler det kanskje, som Per sa det, i vel så stor grad om å følge med på og å se sine ansatte.

En person som blir syk på grunn av jobben, vil naturlig nok ha større behov for å være borte fra jobben som gjør vedkommende syk (Mehlum, 2011), og kroppen får da tid til nødvendig restitusjon. Det leder frem til hva informantene erfarte når de erkjente de faktiske forhold, eller fikk hjelp til å erkjenne de faktiske forhold, og ble sykemeldt.

5.1.2 Opplevelsen av å være sykemeldt

De fleste informantene beskriver at den første sykemeldingen opplevdes som uunngåelig etter å ha strukket strikken langt over lengre tid. Bjørg beskriver det slik:

Det var kjedelig å bli sykemeldt ... for hele tiden så var det sånn: Jeg er ikke syk [liksom] Å nei, jeg skal ikke bli sykemeldt.... Når jeg tenker tilbake så tror jeg jeg var glad da jeg fikk de første sykemeldingene. Fordi jeg trengte virkelig å få roet meg ned.

Lise forteller at hun alltid har nektet å innse at hun bør sykemeldes, at hun har tenkt at: «Nei, jeg skal jobbe. Jeg skal jobbe litt til, og jeg trener selv om det blir enda vondere, og det går nok over, det går nok over». Hun har alltid fått beskjed av andre om at hun er dårlig før hun har skjønt det selv.

Det kan se ut til at den umiddelbare opplevelsen av å bli sykemeldt er reduksjon av stress, og i den sammenheng en «time-out» fra aktivering og dertil mulighet til restitusjon. Da informantene ble sykemeldt gikk de over i det som Parsons (1951) definerte som sykerollen. Sykerollen innebærer blant annet at man får legitimert fritak fra dagliglivets forpliktelser, men rollen betinger at den syke søker hjelp og samarbeider med legen og har dessuten plikt til å bli frisk. Gjernes (2012) diskuterer hvordan sykerollen kan være en ressurs i arbeidslivet ved at den gir den enkelte arbeidstager nødvendige pauser og mulighet til å hente seg inn igjen. På den måten, hevder hun, kan man unngå at sykefraværet blir langvarig. Det er behovet for å hente seg inn igjen som trekkes frem hos samtlige informanter. Informantene beskrev i 5.1.1 at de i lange perioder hadde praktisert sykenærvær, noe som kanskje medfører at en nødvendig «time – out» uansett blir langvarig som resultat av langvarig vedlikeholdt aktivering.

Til tross for at sykemeldingen på et nivå opplevdes nødvendig, beskriver informantene en hverdag hvor arbeidsaktivitet ble erstattet med undersøkelser og utredninger. Og med undersøkelser og utredninger følger venting. Per har vært inn og ut til utredninger med et par års mellomrom fra han var 21 år, for som han sier: «Det ville aldri bli noe bedre». Han ble

utredet for mage, tarm, muskulatur, skjelett med forskjellig røntgen. Atten år senere, 39 år gammel, fikk han innvilget 60 % uføretrygd. Tor forteller at de fant en stor prolaps, at han var på sykehus og fikk konstatert at slik er det. Så var det nye fem – seks måneder med ventetid, uten at noe skjedde: «Du, du var bare med i tralten fra sykehus til sykehus til lege til forlengelse av sykemelding». Han beskriver det som en kjedelig tid. Han hadde sterke smerter, men opplevde at tilstanden hans ikke var akutt nok til at han ble prioritert. Han måtte vente. Han forteller at han ble forbanna på hele systemet:

Jeg mener det at det er altså så mye penger å hente på dette her med folk som går sykemeldte i lange tider ... hadde dem fått gjort den vesle tingen så hadde dem vært i jobb igjen med det samme... Da du vet at det får du en time på sykehuset, så fjorten dager hjemme, så er du på jobb igjen. I stedet for kanskje to år.

Den beskrevne hverdagen med undersøkelser og utredninger gir innblikk i at de allerede relativt tidlig i forløpet opplever at de ikke har kontroll. De er, i forskjellig grad, avhengig av andres vurderinger og prioriteringer. I utgangspunktet helsevesenets vurderinger og prioriteringer. Dette ligger som nevnt i de pliktene som følger av sykerollen. Waddell, Burton & Kendall (2008) belyser denne problemstillingen ved å hevde at pasienter henvises til utallige medisinske spesialister som ikke imøtekommer deres yrkesrehabiliterings behov, og at spesialistene dermed forsinker hensiktsmessig intervensjon.

Opplevelsen av å være sykemeldt farges, hos de fleste av informantene, også av at de bekymrer seg over hva folk tenker og mener om dem. Bjørn beskriver det som en voldsom overgang fra å være en aktiv fyr som har vært i sentrum til å bli satt på sidelinja og ikke lenger få være med på den måten alle andre er. Han synes det har vært belastende å si at han er sykemeldt og går hjemme. Han har også unngått å gjøre vanlige hverdagsaktiviteter i frykt for hvordan det vil oppfattes av andre:

Litt sånn gammeldags har jeg vel vært der, fordi at hvis jeg er sykemeldt da synes jeg ikke det er noe morsomt å male hus og klippe plener og stå på som bare det ... til å begynne med så synes jeg liksom; Nei da kan jeg ikke gjøre det for det ser for dumt ut at man er sykemeldt, men male huset, det klarer han.

Tor omtaler det mer generelt og forteller at det er mye skarpe tunger ute blant folk i en bygd som den han bor i, og at flesteparten inntar holdning om at sykemeldte ikke vil gjøre noe. Lise ble lei seg i møte med mennesker som ikke forsto situasjonen. Dette understøtter det

Svensson, Müssener & Alexanderson (2006) fant i sin studie om at din antagelse av og evaluering av deg selv konstrueres ut ifra hvordan du fortolker hvordan signifikante andre forholder seg til deg. Også her kan sykerollen ha betydning ved at informantene har behov for samfunnets aksept for at de ikke oppfyller plikter og får tilgang til behandling og økonomisk kompensasjon (Staff & Nordahl, 2012). De befinner i så måte i en maktrelasjon både i forhold til helsevesenet med alle vurderinger og undersøkelser de henvises til, og samfunnet for øvrig som vurderer hvorvidt de fyller kriteriene for denne sykerollen.

Flere beskriver at det var vanskelig å komme tilbake i jobb etter sykemelding. Kari opplevde ingen forståelse hos arbeidsgiver. Hun fikk beskjed om at hun faktisk kunne bli sagt opp fordi hun var så mye sykemeldt. «Det var den trøsten. Det var liksom ikke noe: Er det noe her vi kan gjøre annerledes for at du skal kunne være her? Det var liksom den: Ja, du vet at vi kan si deg opp?» Hun grudde seg hver gang hun kom med sykemelding, og forteller at hun følte seg liten.

Tove forteller om å komme tilbake i jobb og være avhengig av å jobbe sammen med de «rette» kollegene for å møte forståelse:

På en kveldsvakt ... så husker jeg at jeg ba om hjelp, og da var det ei som svarte at det hadde hun ikke tid til. Hvis du virkelig har vondt i ryggen da, liksom. Mens en annen gang da jeg hadde skikkelig vondt og jobba med en mann som sa: Greit, da tar jeg alt, bare du tar medisiner. Så han la ti stykker alene, stakkar.

Per opplevde at de ordentlige problemene startet da han fikk 60 % uføretrygd. Han ville utføre like mye i 40 prosent stilling som man gjør i 100. Arbeidsgiver oppfordret ham til å jobbe mer. Så da ble det ingenting av noen ting:

Så det var vel det som skjedde. At arbeidsgiver ville at jeg skulle begynne igjen i hundre prosent, og jeg sa at jeg skulle prøve og prøv... og måtte morgen etter morgen ringe og si at Dessverre: i dag kommer jeg ikke. Vi får prøve i morgen ... Så da blir det bare rot».

Han beskriver det også som at han måtte stå til rette og svare på spørsmål fra kolleger omkring uføregraden. Han beskriver det som en helt forferdelig opplevelse.

Alle deler opplevelsen av å kjempe seg tilbake til jobb, strekke seg for langt igjen og falle ut igjen med ny sykemelding. Bjørg forteller om sterkt ønske om å jobbe: «Du prøver alt som er, og så blir du sykemeldt i perioder, og så prøver du på igjen ... Den biten der er vond for

meg ... jeg synes den er vond for mine kolleger». Per beskriver en arbeidshverdag hvor han opplevde å bli satt på plass av enkelte. Han mistet lyst til å dra på jobb, og mistet selvtilliten: « ... du måtte bite ordentlig ifra deg altså skulle du... skulle man klare egentlig da å komme igjen kanskje dagen etter».

Eksemplene gitt ovenfor tegner et bilde av at til tross for en «time-out», selv når den er legitimert gjennom sykemelding, gjenoppstår aktiveringsmekanismen når de returnerer til jobb. Ut ifra hva informantene selv beskriver virker aktiveringen nå i noe større grad å skyldes faktorer i omgivelsene i form av handlinger og reaksjoner hos arbeidsgivere og kolleger. Den norske sosiologen Schjeldrup -Ebbe ble verdenskjent for sin påvisning av «hakkeloven» hos dyr. I hønsegården opptrer det alltid en leder, og det etableres en hakkeorden (Eriksen & Ursin, 2002). Overført til andre arter, inkludert mennesker, finner man at lederen er den mest mestrende, med de høyeste positive forventninger – og har de laveste hormonelle stressverdier (Ursin & Eriksen, 2004). Erfaringene informantene deler gir innblikk i opplevd rangordning på arbeidsplassen. Det kan tolkes som at deres symbolske kapital har sunket i verdi, og de virker å befinne seg i en situasjon hvor de opplever tap av anerkjennelse. Deres sosiale identitet og sosiale betydning på arbeidsplassen er i så måte truet.

Kristenson et al. (2004) beskriver hvordan gjentatte negative forsterkninger medfører negative mestringsforventninger, og hvordan dette utvikles over tid i en ond sirkel. Tapt mestringsevne fører til belastning og frustrasjon som igjen fører til hjelpeløshet og håpløshet. I tillegg til de kroppslige følgene dette kan gi, kan det også medføre atferdsmessige konsekvenser i form av depressivt tap av initiativ og motivasjon for bedre liv.

Informantenes beskrivelse av å være sykemeldt – og å komme tilbake i jobb etter sykemelding gir inntrykk av en situasjon og en opplevelse av å føle seg mistrodd. Flere av informantene uttrykker frustrasjon over at de ikke har plager som er legitimert med for eksempel krykker og gips, noe Bjørn mener ville vært lettere å forsvare. Bjørg har følt seg som en hypokonder. Å oppleve manglende kontroll over muligheten til å bevise sine smerter er påvist å medføre blant annet frustrasjon og sinne (Newton, Southall, Raphael, Ashford & LeMarchand, 2013).

Innledningsvis i dette kapittelet ble informantenes opplevde årsak til sykemelding belyst, med en foreløpig slutning om at de hadde strukket strikken langt, at de i stor grad tilla seg

selv ansvaret for at det gikk så langt som til sykemelding – og at årsakbildet allerede tidlig i forløpet var komplisert. Opplevelsen av å være sykemeldt virker å være sammensatt. Informantene selv opplevde det som nødvendig etter å ha fornektet tilstanden i lengre tid. Men hverdagen som sykemeldt ble, for de fleste av informantene, preget av venting, noe som medførte stor usikkerhet og frustrasjon – og følelse av ikke å ha innflytelse og kontroll på egen situasjon. De beskriver også bekymring for hva andre trodde og mente om dem, og hvordan dette begrenset hverdagsaktivitetene deres. Når de kom tilbake i jobb erfarte flere av informantene at både arbeidsgiver og kolleger ga uttrykk for skepsis relatert til plagene deres. Dette står i kontrast til informantenes egen opplevelse av å kjempe seg tilbake i jobb. Fire informanter sier eksplisitt at det ville vært lettere å forsvare en tilstand som var synlig.

Det faktum at pasientene har stått i jobben så lenge som de gjorde til tross for plager vitner om at de har ønsket å beholde, eller i hvert fall fremstå som at de har kontroll. Å gå på jobb gir anerkjennelse. Når de til slutt innrømmer plagene og sykemeldes ser dette ut til å utløse en rekke negative faktorer.

Det har blitt drøftet at det finnes et «diagnosehierarki» blant fagpersoner. Album & Westin (2008) fant at leger og medisinstudenter rangerer sykdommer uten såkalte objektive diagnoser lavt på prestisjeskalaen. Lang varighet ser ut til å påvirke prestisje i negativ retning. Hjernesvulst og hjertelidelser er av tilstandene som fikk topp prestisjescore, mens psykologiske problemer og fibromyalgi er å finne nederst på skalaen. Schei (2006) beskriver at mange pasienter rapporterer at en diagnose som fibromyalgi innebærer tvil om deres moralske holdning og vilje til å bli frisk samt nedverdiggende psykologisering fra legehold. Samtidig ble det i introduksjonen gjort rede for at muskel - og skjelettplager er hyppigste medisinske årsak til sykefravær og uføreytelser (Brage, Ihlebæk, Natvig & Bruusgaard, 2010). Dette viser at såkalt vanlige helseproblemer er en stor utfordring, utgjør stor kostnad og følgelig bør prioriteres (Waddell, 2006). Tors opplevde sin situasjon som prekær, men den ble objektivt og formelt sett ikke vurdert som viktig nok til å bli prioritert. Dette illustrerer hans opplevelse av at kontrollen ligger utenfor ham selv. Det er viktig å være klar over at helsepersonell, og helsevesenets tunge offentlige organisasjoner og strukturer vil bli oppfattet som representanter for det offisielle, det korrekte, det normale, og derfor lett blir tillagt en vurderende, moraliserende holdning av personer med skjør selvrespekt (Schei, 2006). De opplevelsene informantene deler om det å returnere til jobb etter sykemelding, vitner om at Waddell & Burton (2006) har rett når de hevder at arbeidsgivere og kolleger har

en viktig rolle, og at midlertidig støtte og tilpasning av arbeidsoppgaver er effektive for arbeidstageren og kostnadseffektive for bedriften.

Det som hittil er presentert danner et bilde av hva informantene hadde med seg av erfaringer og opplevelser i og utenfor arbeidslivet når de på et tidspunkt i 2010 ankom HI for et ARR opphold. Hva de gjorde av erfaringer under oppholdet på HI og hvordan de opplevde overgangen etter oppholdet belyses i neste del.

5.2 Rehabiliteringsprosessen

Informantene hadde ulik fartstid som sykemeldte da de kom til oppholdet på Hernes institutt. Heidi var tilbake i arbeid etter to ryggoperasjoner, men ble sykemeldt for å gjennomføre et opphold. Lise hadde vært pasient en gang tidligere. Alle hadde arbeidsforhold, men hadde flere runder på og av sykemelding bak seg. Prosessen tilbake til arbeid eller til å motta uføretrygd er, som nevnt i introduksjonen, gjerne preget av flere overganger mellom arbeid og forskjellige ytelser (Øyeflaten et al., 2012). Arbeidsrettet rehabilitering skal bidra til å styrke den enkeltes evne til å arbeide og til å mestre helserelaterte og sosiale problemer som kan være til hinder for deltakelse i arbeidslivet (Arbeids – og sosialdepartementet, 2012). Hvilke opplevelser og erfaringer informantene sitter igjen med fra oppholdet og tiden etter oppholdet belyses i 5.2.1 og 5.2.2.

5.2.1 Oppholdet på Hernes Institutt

Kari beskriver opplevelsen av å komme til HI: «Det var trygt og godt å være der. Det eneste du behøvde å tenke på var å trene, spise og sove. For den perioden da jeg kom dit var jeg så sliten. Både fysisk og psykisk». Hun forteller om at hun bodde nærme nok til at hun kunne ha kjørt hjem hver dag, men at hun ble rådet av ansatte å overnatte slik at hun fikk slappet godt av og tenke gjennom livet sitt. Om arbeidsrettede tiltak heter det at «døgnopphold er hensiktsmessig der man vurderer at miljøforandring er vesentlig for den enkeltes rehabilitering og/eller der deltakeren har mer kompliserte eller tyngre helseplager» (Arbeids – og sosialdepartementet, 2012, s. 6). Oppholdet, slik Kari her beskriver det, virket å være et nødvendig avbrekk fra hverdagen.

Informantene, med unntak av Tor og Per, legger stor vekt på fellesskapet når de tenker tilbake på oppholdet. De forteller at det var godt å møte andre som også hadde plager og

problemer, og at man fikk satt egne problemer i perspektiv. Bjørn sier det slik «Man får jo se andre med problemer, og helst da de som har det verre enn deg. For når du går alene så synes du veldig synd på deg selv». Han utdyper dette med at han opplevde omsorg fra omgivelsene da han hadde akutte smerter og lå på sykehus selv om han der hadde det trygt og godt: «Men så går tiden og så glemmer folk ... jeg har det verre nå enn da, men nå er det ingen som tenker på meg».

Lise setter ord på det hun kaller å leve i en egen rygg – verden: « Da vi kommer dit og sier: Jeg har så vondt i ryggen i dag, og så ler vi liksom. For det har jo alle. Å leve med dem som er i samme situasjon som deg, det er spesielt». Hun understreker betydningen av å kunne jogge eller løpe uten at noen stiller spørsmål ved det. At man kan la rygg være rygg. Det å ha moro og fri fra negative tanker virker å ha vært en kjærkommen opplevelse hos de fleste, men også at de kunne dele mer alvorlige tanker og erfaringer.

Ola mistrivdes de første ukene av oppholdet. Han opplevde at han hadde blitt passiv, nedstemt og asosial av å gå hjemme. Det var uvant å bo sammen med flere, kveldene føltes lange, det var slitsomt med all treningen og han opplevde økt smerte. Etter hvert snudde dette, og samværet med andre gjorde at han så muligheter: « Du ser at det går an for meg også. Det går an å forandre kursen i livet».

Informantenes opplevelse av fellesskap og hvilken betydning det hadde kan defineres om sosial støtte. I Folkehelsemeldingen forklares sosial støtte som summen av støtte og hjelp vi får gjennom relasjoner til andre mennesker, og at dette har betydning for evnen til å takle livsbelastninger. Sosial støtte styrker mestringsvevnen (Helse – og omsorgsdepartementet, 2013). Manglende sosial støtte kan blant annet medføre psykologisk og fysiologisk stress (Dalgård & Sørensen, 2009). Solheim (2009) beskriver hvordan helsevesenet kan være arena for å opprette nye kontakter med medpasienter. Selv om disse kontaktene ikke er av varig karakter kan det gi styrke å treffe mennesker med lignende plager. Hun kaller dette relasjonell kapital. Lund & Due (2002) viser til at sosiale relasjoner kan forandres innenfor relativt kortere tidsperioder. Bjørns opplevelse av at omsorgen han fikk mens han lå på sykehuset avtok når han kom hjem er eksempel på hvordan styrken av relasjoner kan variere over tid. Olas opplevelse av å bli asosial ved å gå hjemme er et annet eksempel. Oppholdet på HI beskrives i denne sammenheng som en tidsperiode med sterke sosiale relasjoner. Østerberg (2003) viser til at sosiologen Dag Album har påvist at gjensidige betroelser og utveksling av erfaring mellom pasienter er kommunikasjon mellom subjekter i en utrygg

situasjon. Det kan se ut til at informantene opplevde møtet med likesinnede i «ryggverdenen» på HI som pusterom fra det som i 5.1.2 ble beskrevet som det offisielt korrekte og normale. De levde i en sosial verden hvor de ikke ble sett på som avvikere. Når Lise understreker betydningen av å kunne jogge og løpe uten at noen stiller spørsmål til det, sier hun noe om opplevelse av fritak fra sykerollen som også ble drøftet i 5.1.2. For å beskrive dette fra Berger & Luckmanns (2011) perspektiv så kunne hun utøve sin sosiale rolle i fullt dagslys og foran øynene på signifikante andre.

Informantenes opplevelse av fellesskapet og at de kunne tre ut av sykerollen under oppholdet, fremstår som et paradoks. De var også her pasienter og underlagt profesjonell hjelp og samarbeid med helse – og fagpersoner med det mål å gå ut av sykerollen og tilbake til arbeidslivet. Men når de beskriver opplevelsen av å være pasient er det først og fremst opplevelsen av trygghet de husker. De opplevde at de ble sett, at de ble tatt på alvor – og at det var tid til dem. Det er imidlertid forskjellige eksempler som kommer fram når de skal utdype dette. Tove opplevde at personalet virket interessert i å hjelpe de forskjellige pasientene ved at de brukte tid på å fokusere på den enkelte. Hun trekker frem samtaler med legen som noe av det viktigste for henne: «Det viktigste for meg.. det at den stakkars legen gadd å sitte og høre på meg, tror jeg». Samtaler med legen trekkes frem av flere, og Heidi utdyper hva hun legger i å ha god samtale med lege:

Når du forteller legen litt tilbake i tid hva som er grunnlaget for at du blir dårlig, kanskje, eller når ting skjer, så er det godt at noen forstår. Altså en sammenhengende faktor som gjør at du er der du er.. Det er godt å vite at noen er på lag med deg. Trygt og godt.

Per opplevde at han ble sett, og at behandlerne tok han på alvor både angående det aktuelle problemet og forskjellige problemer som har oppstått gjennom livet. Han husker spesielt møtet med en rolig attføringskonsulent: «Det virket som han forsto veldig godt med en gang. Han hadde kjennskap til ting og var rolig og behagelig. At han var så rolig gjorde at man følte seg trygg og forstått».

Informantene beskriver her gode møter med fagpersoner. Det ser ut til at behovet for å bli forstått – og hvem man finner det viktig å møte forståelse hos avhenger av hva man opplever man trenger støtte og hjelp til. Müssener, Svensson, Söderberg & Alexanderson (2008) fant at det ikke er avgjørende med type rehabilitering, men hvordan sykemeldte blir møtt av rehabiliteringspersonell som betyr noe. Positive møter med fagpersonell hvor pasienter opplever å bli behandlet med respekt, opplever støtte og at de kan imøtekommes mer

personlig enn med kun rent medisinsk råd og informasjon har vist seg å øke sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid (Müssener et al., 2008).

Hva informantene legger i å bli møtt med respekt, støtte og å bli tatt på alvor viser seg å være forskjellig. Tor og Per trekker frem at det å bli utfordret og testet ut fysisk ga opplevelsen av å bli tatt på alvor. Tor opplevde det slik: «Jeg fikk prøve meg. Jeg fikk bevist at slik er status med kroppen min i dag. Og jeg visste at jeg hadde god samvittighet så lenge jeg prøver det jeg skal og vel så det». Per støtter denne erfaringen. Han forteller at han ikke hadde vært med på så tøffe utfordringer på mange år: «Men det var utrolig godt. Du visste du hadde gjort det du greide. Ingen dårlig samvittighet etterpå». Han opplevde at det at han ble oppfordret til å prøve litt mer selv om han var så sliten at han nesten ikke greide mer også var å bli tatt på alvor. Bjørg opplevde imidlertid all treningen under oppholdet som stress, og at dette gjorde at hun ikke fikk tilpasset aktiviteten ut ifra sin kapasitet og behov: «Og det er klart når det blir mange innen, inne i en slik gruppe, så er det ikke lett for den som skal hjelpe en da, for man kan ikke lage seksti forskjellige treningsgrupper».

Tor og Per er kanskje de to informantene som i størst grad representerer det Tveito et. al (2002) kalte den gammeldagse manuelle arbeideren med lav utdanning og tungt, fysisk arbeid. De er kroppsarbeidere, hvor kroppen er viktig arbeidsredskap (Gjernes, 2012). Dette kan kanskje forklare at de opplever kroppslige erfaringer som legitime erfaringer. I følge Merleau – Ponty (2009) er det med kroppen at vi er til stede i verden, og det er gjennom kroppen at bevissthet og eksistens tar form. Bjørg, med sin bakgrunn som hjelpepleier, representerer det Wolkowitz (2002) betegner som kroppsarbeider i ordets doble betydning: Hun arbeider med andres kropper og bruker egen kropp som arbeidsredskap. Bjørgs opplevelse av totalbelastning over tid med arbeidslivet, familielivet og smerter kan ha medført at hun på sin side opplevde de kroppslige erfaringene på HI som ytterligere belastning.

Seks av informantene fremhever at det å få kunnskap ga trygghet. De opplevde å få kunnskap om ryggen og kroppen, og om at smertene ikke er farlig. For Heidi var dette svært viktig: «For det var det som var feil for meg hvert fall. At jeg var redd for å skade ryggen fordi jeg var redd den skulle ryke av» Kari beskriver det å få kunnskap slik: «Og det gjorde vel at jeg lærte å slappe mer av i kroppen. Og det er viktig å ha med seg. For jo mer man spenner seg, jo vondere blir det». Det å lære om ryggen, kroppen og smerte ga altså trygghet. Men det å lære om trening, om arbeidsstillinger og forflytningsteknikker er også noe flere av

informantene anser som viktig kunnskap. Man lærer ikke å danse bare ved å analysere formelen for dans, dansen må få en motorisk innvielse, hevdet Merlau – Ponty (2009). Det er kroppen som får fatt i og forstår bevegelsen. Å teste ut kunnskap i praktiske handlinger, også kalt atferdseksperiment, er viktige prinsipper i kognitiv atferdsterapi, og i ARR (Staff & Nordahl, 2012).

Men det handler ikke bare om kunnskap relatert til kropp og aktivitet. Bjørn, Lise, Heidi og Per trakk frem at å få kunnskap om NAV var trygghetsfremmende. At det fantes fagpersoner der som hadde greie på det de lurte på, som virket sikre – og ikke nølte. Bjørn beskriver atføringskonsulenten slik: «Veldig flink. Og hyggelig. Positiv. Og litt spøkete. Og de tingene som jeg har hatt med han, så har kan kunnet det han har snakket om. Absolutt».

Opplevelsene og erfaringene pasientene virker å sitte igjen med tre år etter oppholdet involverer opplevelse av sosial støtte gjennom samværet med medpasienter, og pusterom fra sykerollen. De fleste informantene vektlegger opplevelsen av å bli forstått og bli tatt på alvor i møtet med de ansatte. Ulike konkrete erfaringer underbygger denne opplevelsen. De fikk kunnskap relatert til rygg, kropp og smerter – og de fikk praktisk kunnskap gjennom trening, forflytningsteknikker og arbeidsstillinger. I tillegg fikk de kunnskap om NAV.

Haugli (2010) beskriver at ARR legger til rette for læring og endringsprosesser hos brukeren. Hos samtlige informanter er det opplevelsen av bedre fysisk form og bedre humør som trekkes frem som et resultat av oppholdet. Ola er av dem som opplevde betydelig løft av form, til tross for at ryggplagene fortsatt var der. Han sier at dette gjorde noe med ham: « At det var veldig, kjente at det var godt. Få mer overskudd. Så om akkurat oppholdet på Hernes gjorde noe med ryggen min... det vet jeg ikke om jeg kan si noe om, men». Dette er erfaring flere av informantene deler, og Bjørn sier det slik: « Det ble hvert fall ikke verre». Han opplever at det at han ble i utrolig god form var det viktigste, og han uttrykker stolthet over egen innsats: «Så jeg gjorde en god jobb for meg selv». Fysisk aktivitet er påvist å redusere de atferdsmessige, kognitive, følelsesmessige og funksjonsbegrensende konsekvensene av langvarige plager (Rainville et al., 2004). I tillegg har man sett at endring i fysikk som følge av langvarig sykemelding kan påvirke hvorvidt den sykemeldte føler seg klar for å gå tilbake til arbeid (Soklaridis, Ammendolia & Cassidy, 2010). I informantene beskrivelser av hvor godt det var å komme i bedre form, til tross for smerter – og i stoltheten de uttrykker over egen innsats, kan man finne opplevd mestring og opplevelse av kontroll. Som når Bjørn

oppsummerer egen innsats: «Jeg gjorde en god jobb for meg selv». De beskriver påfyll av fysisk og symbolsk kapital.

Flere opplevde at de mestret smertene på en annen måte. Heidi beskriver det som at hun ble mer selvsikker på seg selv og kroppen og hvordan den fungerte: «Så det var å mestre de vondtene da. Best mulig... og ikke ta for mye medisiner og gå den veien... Det hadde jo ikke vært veldig smart, tror jeg». Pers refleksjon over det å leve med kroniske muskelplager understøtter Heidis erfaring. Han fant ut for å bli bedre i kroppen måtte han gjøre ting selv: «Det er ingen som kommer og gjør hele jobben for deg. Og det er ingen tablett du kan spise som gjør at du kan bli bra ... Den store jobben må du gjøre selv».

Lise opplevde at hun endret måten å tenke på. At hun har lært å tenke at litt er bedre enn ingenting, og at ikke alt er ødelagt selv om hun får vondt i ryggen: «...sånn som nå trente jeg bare tre- fire uker, men de [tre – fire ukene] var gull verdt de. Hadde jeg ikke trent de heller, så hadde jeg vært.. jeg tror jeg kommer meg fortere».

Kari klarte å åpne seg mer for andre under og etter oppholdet. «Jeg fant vel ut at det ikke er så farlig å prate. Å gi litt av seg selv. Det var vel den største omveltningen». Dette medførte at hun følte seg tryggere på seg selv. Hun opplever at de valgene hun tok under og etter oppholdet også har gjort at hun er mer fornøyd med tilværelsen.

Informantenes opplevelse av oppholdet og endringene de opplevde gir et bilde av at de lærte mye av samværet med andre, tilegnet seg ny kunnskap gjennom informasjon og erfaring – og i stor grad opplevde seg selv som sterkere og tryggere både fysisk og psykisk etter et slikt opphold. I følge Sverre et al. (2006) kan langtidssykemelding ofte involvere moment av tapt selvtillit, tapt følelse av kontroll, tapt følelse av egen innflytelse. Sosial interaksjon kan anses som hovedkilde for hva som virker å være avgjørende for psykologisk empowerment. Videre kan den nye kunnskapen gi økt følelse av egenmakt (Finbråten & Pettersen, 2009), og påvirke mestringsforventning positivt.

Haugli (2010) beskriver at mange med langvarige muskel – og skjelettplager endrer livsstil og atferd med selvpålagte restriksjoner av daglige aktiviteter og sosial deltagelse. Informantenes opplevelser gir grunnlag for å drøfte hvorvidt restriksjonene utelukkende kan betraktes som selvpålagt. Den sosiale rollen som syk, og de forventninger og krav som følger med den er belyst. I følge Haugli (2010) kommer mange pasienter til ARR opphold med forventninger om å få behandling og bli friske, og hun forklarer dette ved at pasientene ofte

har forståelse av at plagene har en biologisk årsak som ligger utenfor deres kontroll og har forventninger til helsevesenet om å finne årsaken, slik at den fjernes eller reduseres. De erfaringer informantene tilkjennega i 5.2.2 gir grunnlag for å reflektere over om ikke helsevesenet selv kan ha bidratt til denne forståelsen – og resignasjonen. Waddell et al. (2008) peker på hvordan helsetjenesten av og til kan være en barriere. Velmenende medisinske råd, upassende sykemelding eller ventelister forsinker mer nødvendig behandling og tidlig tilbakeføring til arbeid. Forskning viser at fagpersoners kunnskap virker å bli dårlig kommunisert til pasienter, og at smerterelatert frykt kan ha opphav i interaksjon med helsearbeidere. Deres holdninger til pasientens presentasjon av smerter og plager og evnen de har til å kommunisere med et språk som ikke gir rom for frykt eller feiltolkning har betydning for hvordan pasientene tenker rundt og håndterer sine smerter. Råd om å unngå smertefulle bevegelser, å benytte sykemelding som passende behandling og å bruke truende diagnostiske uttrykk er noen av eksemplene på dårlig kommunikasjon (Hooftman, Westerman, Beek van der, Bongers & Mechelen van, 2008; Leeuw et al., 2007; Werner, Ihlebæk, Skouen & Lærum, 2005). Heidis frykt for at ryggen skulle ryke av kan være et resultat av dårlig eller mangelfull kommunikasjon. Konsekvenser som kan følge av velmente råd som er dårlig kommunisert understøtter at møtet med pasienter i utgangspunktet ikke er møte mellom to jevnbyrdige aktører.

Studier har vist at smerterelatert frykt kan reduseres nettopp gjennom informasjon, aktivitet og praktiske øvelser og der igjennom bedre funksjon, redusere stress og gi mestring (Boersma et al., 2004; Rainville et al., 2004; Turk, 2004). Dette virker å være erfaringene de fleste informantene satt igjen med etter endt opphold.

For Tor og Per ble resultatet av oppholdet en betydelig endring i hele livssituasjonen. Det ble avklart at de skulle søke uføretrygd. Tor hadde på forhånd bestemt seg for at han skulle tilbake i jobb. Han beskriver oppholdet som en omstillingsprosess hvor han etter hvert skjønnte at det kanskje ikke ville bli noe mer arbeid for hans del, og at han innfant seg med det. Om dette sier han: «Jeg følte jeg ble utrolig mye roligere ... Da hadde jeg fått et standpunkt, så jeg behøvde ikke tenke på alt det andre: Hvordan? Hvorfor?». Per oppsummerer det slik:

Du kommer på en plass der dem har kunnskap om kropp ... Og du blir sett i stedet for å løpe fra den ene fysioterapeuten, innom et kontor. Frem og tilbake i alle retninger. Så er du på en

plass ... I stedet for å løpe hit og dit. I alle retninger. Å bli mer og mer frustrert fordi man må vente og vente. Her og der. Alt det surret der.

Dette oppsummerer at et ARR opphold inneholder ulike elementer som gir ulik betydning for den enkelte. En svensk studie fant at henvisning til tverrfaglige behandlingstiltak ga en økning i tilfeller av uførepensjon, og konkluderte med at tiltakene dermed virket å rettferdiggjøre uførepensjon fremfor å bedre sjansen for å komme tilbake i arbeid (Gustafsson et al., 2011). Både Tor og Per forteller om lang arbeidskarriere med plager, etter hvert preget av dårlig samvittighet overfor arbeidsgiver og kolleger over ikke å mestre arbeidsoppgavene tilfredsstillende. Per opplevde også tapt selvtillit. Man må stille seg spørsmålet om målet om bedret arbeidsevne faktisk er realistisk, særlig når det gjelder aldrende mennesker med langvarige plager og allerede redusert arbeidskapasitet (Saltychev, Laimi, Pentti, Kivimäki & Vahtera, 2014). Turk (2004) advarer mot å forvente at mennesker med lik diagnose responderer likt på identisk type behandling, og Malterud (2010) har i sin forskning erfart at flerfaglige tilnærminger kan være nyttig for å forstå komplekse fenomener når menneskeliv i menneskekroppen utsettes for belastninger og utfordringer. Det er vanskelig å finne entydig og opplagt årsaksforklaring hos mange av pasientene, og Malterud (2010) foreslår å lete etter muligheter til å bryte vonde sirkler og stimulere til mestring fremfor å lete etter enkle forklaringer og entydige funn.

Når informantene forteller om opplevelser fra oppholdet ved HI forteller de om at de i en eller annen form har opplevd mestring. Abel (2008) belyser hvordan økonomisk kapital sikrer mennesker valgmuligheter og hvordan sosial kapital sikrer adgang til sosial støtte. For å få adgang og dra nytte av sosial kapital nettverk må man dele samme verdisyn, tilegne seg hensiktsmessig atferd og bruke passende språk og kommunikasjon. Det siste omtales som kulturelle ressurser, eller kulturell kapital. Ut ifra erfaringene informantene sitter igjen med kan man tolke at HI representerer en arena hvor de opplever å besitte nødvendige ressurser for å delta i det sosiale nettverket. HI fremstår i så måte som en arena hvor valgmulighetene er lik for alle, uavhengig av materielle ressurser og tilgang til andre nettverk. De fleste informantene understreker opplevelsen av å bli sett og tatt på alvor av fagpersoner. Når enkelte gir uttrykk for takknemlighet og til dels overraskelse over «at legen orket å høre på dem», underbygger at det i hverdagslig praksis forekommer det Bourdieu (1989) betegner som utøvelse av symbolsk makt i møtet mellom representanter for systemet og pasienten. I et sosiologisk perspektiv er relasjonen mellom profesjonell og pasient en maktrelasjon mellom aktører som ikke er jevnbyrdige (Malterud, 2010; Varul, 2010; Werner, 2011; Werner &

Malterud 2003; Williams, 2005). Ubalansen i denne maktrelasjonen tilskrives i stor grad beholdning av kulturell kapital i form av legitim kunnskap, utdanning og kompetanse (Bourdieu, 1989). Språket er, i følge Bourdieu & Passeron (1990), også middel i en maktrelasjon. Man snakker ikke bare for å bli forstått, men også for å bli trodd, respektert og lagt merke til. Språket strukturerer relasjoner mellom mennesker og hierarkiserer dem sosialt. Når informantene så forteller at de fikk kunnskap i form av informasjon og kunnskap gjennom kroppslige erfaringer i tillegg til å oppleve sosial anerkjennelse kan dette tolkes som at et ARR opphold økte deres kapitalbeholdning, og at de opparbeidet ressurser og erfaringer som påvirket deres mestringsforventning. Så langt vitner informantenes opplevelser om at målet for et ARR opphold ved at « personen gjennom veiledning, i et likeverdig samarbeid, i større grad skal bli i stand til selvstendig mestring» (Fagrådet for AiR, 2011), ble oppnådd.

Videre i «Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten» heter det at det ofte er gjennom arbeidet med omgivelsene at brukerne gjenvinner den forutsigbarhet og kontrollen over egen situasjon som er så avgjørende viktig for livskvaliteten og arbeidsdeltakelse (Fagrådet for AiR, 2011). En vellykket tilbakeføring til arbeid skjer i samspill med arbeidsplassen, helsetjenesten og NAVs tiltaksapparat (Fagrådet for AiR, 2011, s.9). Informantene uttrykker at de på et eller flere områder opplevde personlige endringer under ARR oppholdet, men hva opplevde de da de returnerte til sin opprinnelige kontekst; Hverdagen?

5.2.2 Tilbake til hverdagen

Overgangen fra oppholdet og tilbake til hverdagen beskrives på ulike måter. Tor synes det var tøft å omstille seg fra en hverdag full av aktiviteter til en hverdag uten planlagte gjøremål. Han sammenligner hverdagen på HI med en arbeidsdag, og den første dagen etterpå som første feriedag. Med den forskjell at feriedagene ikke tar slutt. Lise opplevde at det var stor overgang fra det hun kaller «å bli holdt i ørene». Alle informantene forteller at det var utfordrende å innarbeide og opprettholde gode rutiner for trening. Dette medførte at de ikke klarte å opprettholde den fysiske formen. Ola beskriver at han følte seg myk og ledig i kroppen da han kom hjem, men at han fort stivnet igjen:« Og jeg fikk noen sanne øvelser jeg skulle gjøre da. Men dem ligger vel på hylla her et sted».

Det kan være grunn til å diskutere hvorvidt informantenes erfaring med aktiv livsstil fra AAR opphold i større grad er betinget til institusjonen som arena og en kollektiv habitus relatert til institusjonen enn i enkeltindividet selv.

Fire informanter beskriver en følelse av å stå alene. Lise forteller at hun har den positive, blide verden med seg inni seg, men at hun ikke klarer å forklare de rundt seg hvordan hun opplever det: «Så jeg synes det har vært sånn: Åh...nå er jeg på egenhånd. Litt skummelt og litt skremmende liksom». Bjørn har gjort seg tilsvarende refleksjon, men han relaterer det til at det ikke blir det samme å bestille time hos fastlegen og prøve å forklare, fordi andre ikke forstår hva et opphold går ut på. Lise og Bjørn beskriver det som Berger & Luckmann (2011) omtaler som hverdagsvirkeligheten. Hverdagsvirkeligheten fremstiller seg som en verden man deler med andre, vel vitende om at de andres perspektiv på verden ikke er identisk med ens eget.

Med unntak av Per og Tor, var informantene tilbake i arbeid for en periode etter oppholdet. Lise var tilbake i full jobb, og Heidi i sin deltidstilling. Kari, Bjørn, Tove, Ola og Bjørg hadde en opptrappingsplan som var lagt ved utskrivelse fra HI. Planen innebar gradvis opptrapping fra 50 %. De fem informantene beskriver imidlertid at de trappet opp fortere enn opprinnelig plan.

Ola jobbet halvt i to uker før han begynte igjen for fullt: «Og da gikk det vel ett halvt år igjen, tror jeg... Da ble jeg sykemeldt igjen. Og siden har jeg ikke vært i jobb». Han forteller at det ikke var noen mulighet for tilpasning i sjåførjobben utover eventuelt å flytte langt for å få annen jobb i samme firma.

Tove forteller at hun tror en slik opptrappingsplan er lurt og begrunner det med at det gir mulighet til å tilrettelegge for at trening blir en del av hverdagen også når man etter hvert jobber mer. Hun hadde imidlertid bare jobbet i 14 dager da hun ble kalt inn til arbeidsgiver med beskjed om at hun ikke gjorde nok: «Det var egentlig ganske hardt ... Det var ikke noe forståelse for at når du ikke har jobbet på tre måneder så tar det litt tid å komme inn i ting og sånn igjen». Hun fant ut at det ikke var vits i å gå til legen, for da ville hun bare bli sykemeldt igjen. Hun valgte å trappe opp: «Det var den der enten fullt eller ikke noe. Og er du der femti så jobber du hundre prosent mens du er der». Hun deler også en annen erfaring om det å komme tilbake på arbeidsplassen etter oppholdet. Det handler om å bruke forflytningsteknikker hun lærte på HI i arbeidshverdagen: «Fordi jeg husker første gangen

jeg prøvde å bruke det da vi skulle flytte noen i rullestol.. da hun jeg jobbet på lag med [sa]: Åh, dere som har vært på Hernes. Det tullet dere kommer med». Hun forteller at hun måtte se an hvem hun jobbet med når hun skulle velge forflytningsteknikker.

Bjørn opplevde at det var vanskelig å begrense seg, og beskriver det slik: « ... gjorde en hundre prosent jobb på femti prosent pluss litt til for det var ferietid ... Og jeg er sånn at jeg er ikke så flink til å si nei, da... Så det var drit tøft». Han forteller at han var helt ferdig da han kom hjem, og at det bar rett på sofaen eller til sengs. Slik fortsatte det en god stund: «Og så gikk det ikke, for å si det sånn». Kari jobbet 80 % noen uker før hun opplevde tilbakefall med økte smerter, økt angst og uro – og ny sykemelding.

Det ser ut til at de positive endringene informantene hadde med seg fra ARR oppholdet blir utfordret i møtet med hverdagen og arbeidslivet. HI kan ha fungert som det Berger & Luckmann (2011) kaller et «forvandlingslaboratorium», hvor informantene etablerte sterk følelsesmessig identifisering med medpasienter og personale. Medpasienter og personalet fungerte som veivisere inn i ny virkelighet. Den nye virkeligheten virker imidlertid ikke å få satt seg tilstrekkelig. Når de så gjenopptar forbindelsen med utenforstående signifikante, som arbeidsgivere og kolleger, finner de tilbake til den gamle virkeligheten (Berger & Luckmann, 2011). De er tilbake der de forventes å være, både for seg selv og sine signifikante andre. Lise og Bjørn beskrev overgangen tilbake til hverdagen som at de sto alene. Tove får tilbakemelding om at hun ikke gjør nok, eller at hun ikke kan bruke den forflytningsteknikken. Bjørn fortsetter å strekke strikken. Kari opplever økt angst og uro. De har trådt ut av den sosiale gruppen med likesinnede og som individ har de gjeninntatt den sosiale identitet de hadde før oppholdet. Dette kan potensielt gi en redusert opplevelse av mestring som har enda sterkere effekt på bakgrunn av de opparbeidede mestringsforventningene de har med seg fra oppholdet. Saltychev et al.(2014) belyser dette ved å drøfte muligheten for at overoptimistiske mål i rehabiliteringen kan medføre frustrasjon i møtet med arbeidslivet og påpeker at bedret arbeidsevne ikke alltid er realistisk. Informantenes erfaringer og opplevelser knyttet gradvis opptrapping fra gradert til full jobb tyder på intensjonen om å tilpasse krav og gi økt innflytelse på egen arbeidssituasjon for å sikre at de er i stand til å bli i sine til dels fysiske krevende yrker ikke etterkommes av arbeidsgiver. Dette kan være et symptom på at virksomhetene ikke ser tilstrekkelig vinning i å tilrettelegge for lavt utdannede arbeidstakere som er lettere å erstatte (Trygstad & Bråten, 2011). Informantenes erfaringer med gradvis tilbakeføring til arbeid stemmer altså i liten grad med påvist effekt i form av delvis eller full tilbakeføring til arbeid etter langvarig

sykefravær (Josephson, Heijbel, Voss, Alfredsson & Vingård, 2008), og i større grad med at Lie (2014) finner at personer som returnerer til full jobb mens de fortsatt har sykkelighet kan ha høyere risiko for igjen å bli sykemeldt.

Etter den første perioden med tilbakeføring til arbeid og påfølgende sykemelding er informantenes forløp preget av erfaringer som på ulike måter ser ut til å ha innvirkning på deres tro på, og forventninger til å komme seg tilbake i jobb igjen. Fire informanter utdyper erfaringene slik:

Björg var tilbake i jobb sju til åtte måneder før hun ble sykemeldt igjen. Forløpet derfra oppsummerer hun slik: «Jeg reiste ut fra Hernes, ja. Og så var jeg på jobb igjen. Så ble jeg sykemeldt igjen. På jobb. Sykemeldt. Så ble det rehabilitering i tre uker, så ble det da rett på [en oppfølgingsenhet]». Så fulgte enda ett år på og av med sykemeldinger før hun var på et annet rehabiliteringsopphold i seks uker. Dette ble fulgt opp med fire nye måneder med oppfølging fra samme oppfølgingsenhet: «Så jeg hadde da opplegg for at dem skulle følge meg da, se hvor mye jeg klarte.... gikk ikke noe særlig da». Hun opplevde at turnus ble tilrettelagt på jobb. Hun prøvde å begynne forsiktig og trappet opp til 80 %: «..og så ble det da pang ned igjen, og da ... var jeg helt tappet for krefter». Det resulterte i full sykemelding igjen, og etter hvert AAP.

Bjørn gikk på aktiv sykemelding. Han opplevde selv at han gjorde en god jobb og at han hadde god dialog med arbeidsgiver. Han understreker hvor mye det betydde å få komme ut og å få være på jobb, selv om han hadde andre arbeidsoppgaver. Rett før jul fikk han et brev hvor han ble innkalt til møte om opphør av arbeidsforhold. Der fikk han beskjed om at han kom til å miste jobben fordi det ikke var utsikter til at han kom tilbake. Det var et sjokk. Han forstår arbeidsgiver: «... du er en arbeidsgiver i dag, å ha en gående aktivt som liksom bare ikke gjør jobben sin for det er bare nedskjæringer ... og å ha en vikar som koster penger. Jeg forstår det». Han ble bedt om å rydde kontoret før oppsigelsestiden var ute. Han dro dit etter kontortid for å pakke sammen: «Og jeg gråt som en unge ... Jeg synes nesten det er sårt å si det nå. Men da hadde jeg det vondt da ... Miste jobben, og pakke sammen. Det var tøft for å si det sånn». Han problematiserer at han ikke hadde synlig skade hvor man kunne dokumentere dato for friskmelding, og opplever at han mistet jobben på grunn av sykdom. Han forteller at han var veldig langt nede, og at det i den perioden ikke var morsomt å gå ute i det hele tatt.

Tove jobbet 20 % i en periode etter operasjon av en fot. Hun gjorde det hun kaller «forefallende arbeid som kollegene ikke fikk tatt». Hun opplevde at både kolleger og mellomleder var glade for det. Ledelsen i kommunen bifalt det imidlertid ikke og ga beskjed om at man ikke har råd til å la ansatte gå i 20 %. Hun måtte enten gå tilbake i pleie eller sykemeldes. Tove så sykemelding som eneste realistiske alternativ til å jobbe som pleier, tatt i betraktning at hun på dette tidspunktet ikke klarte belaste foten.

Kari fikk på et tidspunkt en fast stilling innen omsorgsyirket. Hun opplevde også her at hun gjorde så godt hun kunne. Brukerne sa til henne at de var fornøyd, men likevel klagde de til arbeidsgiver. Hun fikk sparken. Dette kom i en periode hvor hun opplevde samlivsbrudd: «Åh, det var helt forferdelig ... Så jeg trøstet meg: Jaha, jeg har hvert fall jobb. Og gjorde faktisk så godt jeg kunne og litt til, og så gikk det galt. Det var nederlag. Virkelig». Karis opplevelse indikerer at opphopning av uheldige faktorer har en negativ spiraleffekt. Hennes opplevelse er ikke unik i forhold til de andre informantenes hverdag.

Lise hadde vært tilbake i jobb i 10 måneder da faren hennes døde under dramatiske omstendigheter. Dette gjorde hverdagen vanskelig. Hun tror at det var mye psykisk som satte seg i kroppen og som gjorde at hun ble sykemeldt. I denne perioden var hun til nytt opphold ved HI: «Siste gangen [etter HI] rakk jeg ikke å komme tilbake i jobb, for jeg ble for mye dårlig». Lise har ikke vært tilbake i arbeid etter dette.

En rekke studier har også påvist at retur til arbeid ikke en engangshendelse. Det er en gjentakende prosess der personer kan ha gjentatte episoder med fulle og graderte sykemeldinger, eller overganger mellom ulike stønader (Lie, 2014; Øyeflaten et al., 2012). Hverdagen de fem informantene presenterer viser at det i statistikk og tallmateriale skjuler seg mangfoldige og kompliserte prosesser. Historien til Bjørg, Bjørn og Tove er kanskje de som tydeligst illustrerer at det ikke alltid er samsvar mellom de ytelser og arbeidsrettede tiltak som finnes – og hvordan dette oppleves i praksis. I en dansk studie gjort av Damgaard & Boll i 2007 (referert i Ellingsen, Kiær, Labriola & Aas, 2010) fant man at ledere ofte var motvillige til at den ansatte skulle komme delvis tilbake, og at de var lite fleksible i forhold til å tilrettelegge arbeidssituasjonen. Kanskje er det et spørsmål om kostnad, som både Bjørn og Tove er inne på. Økte produktivitetskrav kan bety at arbeidstakere med svekket arbeidsevne eller begrensede ferdigheter stenges ute fra arbeidslivet (Hammer & Øverbye, 2006). Og kanskje er det nok en gang konsekvens av at de, som Blekesaune & Pedersen (2006) hevder, er lettere å erstatte.

Informantenes opplevelse rundt disse hendelsene som når Bjørg sier at «det ble pang ned igjen», Bjørn sier at han gråt som en unge og at det var tøft og når Kari sier «Åh, det var forferdelig.. Det var nederlag. Virkelig» forteller det om følelsen av håpløshet. Bjørgs oppsummering vitner i noen grad om at hun opplever at hun ikke har kontroll på de mange henvisninger og tiltak – og antyder hjelpeløshet. Bjørn levde i god tro på at han gjorde en god nok jobb og Kari gjorde så godt hun kunne og ba om tilbakemelding fra brukerne, likevel endte det i nederlag. Hvis man tar erfaringene og opplevelsene som kom frem allerede rundt de tidligste sykemeldingene med i betraktningen, er det nærliggende å si igjen. Når Lise forteller om farens dødsfall og at det var mye psykisk som satte seg i kroppen, understøtter dette at vedvarende stressaktivering gir mindre overskudd til å imøtekomme ytterligere utfordringer (Kristenson et al., 2004).

Alle informantene har på et, eller flere tidspunkt hatt kontakt med NAV. Sju informanter uttrykker frustrasjon over stadig bytte av saksbehandlere, og at det er problematisk å få kontakt med rette vedkommende. Per, som har fått innvilget uføretrygd, ser det i retrospektiv. Han beskriver at han følte seg som en kasteball i prosessen med NAV. Han ble sittende og vente, og han følte at han ikke fikk utrettet det han mente fordi han ikke klarte å legge det frem ordentlig. Han ble sendt videre og så gjentok det samme seg: «Til slutt så vet du ikke hva du skal begynne med. For du blir så rådvill at du blir bare sittende der». For Per ble dette en nedadgående spiral:

Nei, altså papirbunken den kan hope seg opp. Så kan du miste totalt oversikten. Både over papirer, økonomi, hele livet. Til slutt orker du ikke ringe noen steder. For du får ikke tak i den personen du skal ha tak i ... Du vet nesten ikke hva du heter til slutt. For man blir helt utenfor.

Tove opplevde det som at arbeidsgiver ble mer ivaretatt enn henne i dialogmøte med arbeidsgiver, lege, saksbehandler fra NAV. Etter at hun hadde operert foten, og ikke kunne jobbe som pleier, fikk hun også beskjed om at hun ville miste APP dersom hun gjennomførte avsluttende eksamen på den toårige utdanningen hun hadde fått godkjent av fylkeskommunen. På grunn av usikkerheten knyttet til tilstandens varighet, valgte hun ikke å ta eksamen.

Bjørg fikk, allerede som ung, god hjelp og støtte fra NAV. Støtten den gangen gjorde at hun kom seg ut fra en situasjon som uføretrygdet og ut i arbeidslivet. Hun ser tilbake på en langvarig prosess. I et dialogmøte hvor NAV, lege og oppfølgingsenhet var representert,

opplevde hun støtte for å søke uføretrygd fra helsefaglig personell. Saksbehandleren fra NAV påpekte at hun ikke er fylt femti, Det var ønskelig å se om hun ville klare å jobbe tjue prosent. Bjørg skal på utprøving. Igjen. Hun beskriver at hun ble paff og frustrert «Åh, hvor mye skal jeg prøve? Har jeg ikke prøvd nok nå? Det er ikke noe jeg vil heller enn å jobbe, men kroppen nekter ... Da blir du deprimert, rett og slett.» Hun beskriver så en omstilling: «Ja, ja da får jeg bare prøve da. Jeg har ikke noe annet valg. Man må jo ha noe å leve for, og gjør jeg ikke som dem vil, så har jeg ingenting å leve for». Hun utdyper uforutsigbarheten som oppstår når hun ikke vet hva som skal skje, eller når hun kan forvente at noe skjer. Hun deler hvilke tanker som surrer i hodet:

Det er mitt liv dere sitter og bestemmer over... At liksom sånn det sitter andre folk og mener at da må du gjøre slik ... du skal ikke gjøre slik.. Da kommer det slike tanker i hodet på meg at: Men er du inne i hodet mitt og vet hvordan jeg har det?

Bjørn har opplevd at møter som har betydd mye for ham og hans fremtid har blitt resultatløse. Han husker godt et møte hvor både lege og attføringskonsulent fra Hernes hadde tatt seg tid til å komme. Representantene fra NAV møtte uforberedt: «Jeg var så skuffet at jeg gråt. Da er det bedre at det ikke blir noe møte ... Det er så skammelig ... For det vi skulle liksom komme et stykke videre». Han forteller om møte med ny saksbehandler, nye forhåpninger og nye skuffelser. Han reflekterer over viktigheten av at saksbehandlere har respekt for at den som sitter på andre siden av bordet ligger nede.

De fleste informantene understreker viktigheten av å ha oversikt, kontroll og stå på selv. Ola forteller at han var sykemeldt et år før NAV kom inn i bildet, og at han opplever at han selv har måttet ta initiativ til forskjellige tiltak. Blant annet har han selv kontaktet potensielle steder for arbeidsutprøving. Ola og Bjørg oppsummerer det med at man bør være frisk for å være syk, og Tove sier det slik: «Ja, hvis du ikke har noen særlig datakunnskaper da, eller kanskje er litt deprimert den uka eller noe sånt, så... Jeg skjønner ikke hvordan dem får med seg alle, jeg». Flere av informantene vektlegger at det å legge frem saken sin på riktig måte er avgjørende for hvordan man blir møtt. Det er gjennom språket at subjektive opplevelser gjøres tilgjengelig og relevant for utenforstående (Berger & Luckmann, 2011). I følge Bourdieu & Waquant (1992) er språklig kompetanse relatert til fordelingen av symbolsk kapital i forhold til konkrete sosiale kontekster. Evnen til å uttrykke følelser og vurderinger er større jo høyere opp i det sosiale hierarkiet man befinner seg, og hvor i det sosiale hierarkiet man befinner seg avhenger av utdanning og yrkesstatus (Bourdieu & Passeron,

1990). Det kan være dette som ligger til grunn for Pers fortvilelse over at han ikke fikk lagt frem saken sin på riktig måte når han først fikk kontakt med noen på NAV kontoret. Tor, på sin side, opplever at han behersker det legitime språket. Han tror at noe av grunnen til at han har opplevd å bli tatt på alvor er nettopp det at han har lagt frem saken sin på en ærlig måte, og at han rett og slett har vært seg selv. Språket hierarkiserer mennesker sosialt og er også et middel i en maktrelasjon (Bourdieu & Passeron, 1990). Dette innebærer at det ikke nødvendigvis handler om hva som blir sagt, men også hvem som sier det. Når informantene forteller om sine opplevelser i møte med NAV, beskriver de på mange måter en slik maktrelasjon. Som når Tove beskriver at hun opplevde at saksbehandlerens sympati lå hos arbeidsgiver, at hun i realiteten følte seg tvunget til ikke å ta eksamen, og når Bjørn beskriver hvor skammelig det føltes å bruke av tiden til legen og attføringskonsulenten når utfallet av møtet med dårlig forberedte representanter for NAV uteble. Mik – Meyer (2011) fant i sin studie at kjønn og sosial klasse hadde betydning for hvorvidt saksbehandlere oppfattet klientenes sykehistorier som troverdige. Lavt utdannede kvinner som hevdet å ha fysiske smerter ble vurdert til å ha psykologiske problemer, mens menn og kvinner med bedre utdanning ble beskrevet som slitne, utmattede og stresset etter et langt arbeidsliv. I første del av kapittelet ble diagnose – hierarkiet drøftet. Det kan tyde på at dette hierarkiet også eksisterer i andre deler av velferdstjenesten.

Lise på sin side opplever å ha møtt forståelse til tross for skifte av saksbehandlere. Hun beskriver at det er viktig at hun selv setter seg inn i regelverket, og at man ikke kan forvente at de tar kontakt: «Jeg ringte NAV i går og sa; jeg må ha time nå for det begynner å haste». Hun opplever å ha fått aksept for å ha jobbet litt. Hun har lest mye om NAV og tror det er uvitenhet som gjør at mange er sinte. Hun fremhever også at kunnskapen hun fikk med under opphold på HI har vært verdifull i møtet med systemet. Heidi deler denne erfaringen.

Heum (2010) skriver om innsats, motivasjon og trynetillegg i fordelingen av velferdstjenester. Her diskuterer han hvordan innsatsprinsippet, at den enkelte bruker gjør en egeninnsats og står på for å nå sitt mål, kan ha en forside og bakside. Lise og Ola representerer i denne sammenheng forsiden: Lise tar kontakt, ordner avtaler selv og har mye relevant kunnskap. Ola finner selv arenaer for arbeidsutprøving. Han har kunnet gjøre dette fordi han har venner og bekjente som har kunnet bidra, det Solheim (2009) kaller relasjonell kapital. Per, Tove og Bjørg representerer baksiden. De er ikke i stand til å stå på like mye, til å komme med forslag eller argumenter – og står i fare for å bli taperen. Dette indikerer at man også i denne situasjonen stiller svakere hvis man ikke har gitte egenskaper. Intensjonen

om at man selv skal ta ansvar og finne løsninger er at det skal være motivasjonsfremmende og mestringsskapende (Hammer & Øverbye, 2006). Informantenes historier vitner om gjentatte opplevelser som har medført liten forventning om å mestre, og om å være underlagt en maktrelasjon i møte med velferdssystemet. Deres erfaringer tyder på at det er et stykke frem til målet om at «den enkelte i sitt møte med arbeids – og velferdsforvaltningen skal oppleve reell brukermedvirkning og god individuell oppfølging» (Arbeids – og sosialdepartementet, 2006, kap.1.2). I følge Heum (2010) krever det stor fleksibilitet i utformingen av tjenestene for å sikre at de er individtilpasset. Rammene må i mindre grad være byråkratiske når det gjelder tilpasningsmuligheter – og i større grad åpne for skjønn. Bjørgs hjertesukk om den lange prosessen kan stå som et eksempel på mye byråkrati og lite skjønn.

Både Tor og Per forteller at prosessen med NAV mot å få innvilget uføretrygd var uproblematisk etter fullført opphold på HI: «Jeg hadde en epikrise som jeg kunne legge på bordet og fortelle at: Du kan se her... Så jeg hadde altså en veldig sterk ting å dra med meg, som ble respektert, ifra Hernes». En slik epikrise skal bygge på hva pasienten har gjennomført av tiltak i hele ARR prosessen, og den skal dokumentere hvorfor det er åpenbart hensiktsmessig å sette i verk ytterligere tiltak for å få vedkommende tilbake i arbeidslivet (Fagrådet for AiR, 2011). Epikrisen har i denne sammenheng fungert som et sertifikat eller vitnemål som gir Tor og Per universelt anerkjente rettigheter. Tolket ut ifra Bourdieu (1989) har HI makt til å utstede et slikt vitnemål og i neste omgang har NAV makt til å innvilge – eller avslå. Når Tor og Per opplever prosessen mot avklaring som uproblematisk, står dette i sterk kontrast til den brokete prosessen de øvrige informantene rapporterer i sin uavklarte situasjon. Særlig gir Bjørg og Lise uttrykk for at saksbehandlere de møter stadig etterspør mer dokumentasjon. «Og da vet jeg ikke hvor mange år tilbake dem skal gå jeg», sier Bjørg. Lise bærer alle papirene i det hun kaller «den berømte hvite permen», for med en gang hun skal til en ny instans er det lettere å bare levere en perm slik at de kan lese: «For det er nesten så jeg føler meg dum når jeg skal fortelle».

Informantene opplevde positive endringer på et eller flere områder under oppholdet på HI. Opplevelsen av sosial støtte, fritaket fra sykerollen, opplevelsen av å bli sett, hørt og tatt på alvor både av medpasienter og fagpersoner ble trukket frem. Men også tryggheten ved å få kunnskap og erfaring, å mestre smertene og tilfredsheten med å ha gjort en god innsats var viktig. Når de reflekterer over tiden etter oppholdet kan det se ut til at erfaringer både kroppslig, psykologisk og sosialt ga en kortvarig opplevelse av mestring. I møtet med de

signifikante andre i hverdagen virker det som at de er henvist tilbake til den sosiale posisjon de befant seg i før oppholdet. De forteller om hendelser og møter i arbeidslivet som har resultert i opplevelse av nederlag og følelse av skam. I kontrast til at de har med seg erfaringer fra ARR oppholdet om at de har verdi, betydning, funksjon og ressurser som kan relateres til annet enn deres kroppslige kapital, virker det som at det underkjennes i møtet representanter for arbeidslivet og velferdssystemet. De forteller om følelse av håpløshet og på flere måter utøvelse av makt i møtet med NAV, og at de må ha kontroll og stå på selv til tross for at de beskriver en hverdag hvor mye tyder på at de ikke opplever kontroll eller forutsigbarhet.

Bleuksane & Pedersen (2006) beskriver trenden om at en del prøver seg i arbeidsmarkedet i en periode innen ett år etter sykemelding, men at de er tilbake på en eller annen ytelse to år etter sykemelding, og Magnussen et al.(2009) bekrefter denne trenden i sin studie av tilbakeføring til arbeidslivet etter ARR opphold. Prosessen disse ni informantene beskriver gir innsikt i og eksempler på hvordan dette kan skje – og i noen grad hvorfor det skjer. Men hva har dette gjort med forventningene til at de kommer tilbake i jobb, troen på at de kommer tilbake i jobb og motivasjonen for å komme tilbake i jobb? Hvordan opplever de hverdagen i dag?

5.3 Hverdagen i dag – Tilværelsen uten arbeid

Det viser seg at hverdagslivet til informantene er preget av at de befinner seg på forskjellige stadier på vei bort fra, eller for Olas vedkommende på vei tilbake til arbeidslivet. For å belyse dette følger et kort innblikk i hvilke aktiviteter de fyller dagene med i 5.3.1. Deretter utdypes hva de opplever forhindrer dem fra å være i arbeid i dag og hvordan det oppleves å ikke være i arbeid. I henholdsvis 5.3.2 og 5.3.3.

5.3.1 Hverdagsaktiviteter

Flere av informantene går til behandlinger for sine plager. Det er den kvinnelige delen av utvalget som jevnlig går til fysioterapeut eller kiropraktor. Bjørg takker fysioterapeuten og den massasjen hun får der en til to dager i uka for at hun klarer seg relativt bra nå. Lise har gått til samme kiropraktor i ti år, samt perioder med behandling hos fysioterapeut. Tove går til behandling for smertetilstanden i benet, mens Heidi venter på å få utredet en skulder: «Leger, sykehus, opptrening ... Alt det tar tid. Å få både timer og samtaler og ja.. Så dagene

bare flyr avgårde egentlig». Tove og Heidi får plager er av mer akutt karakter, og har objektive tegn på skade. Dette gir dem legitimitet i sykerollen (Parsons 1951; Werner, 2011) ved at de har det Werner & Malterud (2003) omtaler som symptomer som er sosialt synlige. Bjørg og Lise har et sammensatt og kronisk smertebilde. Det er tidligere belyst at mangel på objektive funn kan oppleves som en tilleggsbyrde (Aamland, Werner & Malterud, 2013; Werner, 2011; Werner & Malterud, 2003). Når Lise sier at de nærmeste venninnene, fysioterapeuten og kiropraktoren vet alt – og at hun kjenner at hun trenger støtte av fagpersoner inne i mellom, bekrefter hun det flere studier har påvist om at støtte og tillit fra fagpersoner har stor betydning for den enkelte (Aamland et al., 2013; Müssener, Festin, Upmark, & Alexanderson, 2008; Östlund, Cedersund, Alexanderson & Hensing, 2001). Disse kvinnene har til felles at befinner seg i uavklart situasjon. Negative tanker og følelser kan bidra til å vedlikeholde symptomopplevelser (Ursin & Eriksen, 2010; Turk, 2004). Informantenes opplevelser av betydningen av å gå til behandling vitner om at de pålegger eksterne faktorer, i dette tilfellet fysioterapeuter og kiropraktor, kontroll på egen situasjon. Det kan være på sin plass og reflektere over hvorvidt behandlere bidrar til å opprettholde uhensiktsmessig tolkning av symptomer ved å behandle (Werner et al., 2005; Turk, 2004) eller om det overskygges av den rollen som sosiale støtte de virker å ha for den enkelte (Aamland et al., 2013; Müssener et al., 2008; Östlund et al., 2001).

Informantene beskriver også strategier for å få adspredelse fra smerter og negative tanker, og for felles for disse strategiene er at de er av sosial karakter:

Kari er med i en turgruppe, og dette er et sosialt høydepunkt. Hun forteller også at hun ofte drar ned på nærbensinstasjonen for å sitte der og skravle. Hun har venner som befinner seg i samme situasjon, og de prøver å hjelpe hverandre og finne på positive aktiviteter: «I stedet for å grave seg ned og synes synd på seg selv for at man ikke klarer å jobbe». Per anser også den faste treningsgruppa som svært viktig. Han har dager hvor han opplever at kroppen ikke fungerer. Disse dagene beskriver han som tunge og potensielt deprimerende. «Det er da bare å putte i seg litt kaffe og mat og nesten ingenting annet». Han har lært seg at det er ekstra viktig å ta seg selv i nakken og komme seg ut av døra. Han kaller det å vinne litt.

Bjørg forteller også om tunge dager. Hvor hun opplever en pågående kamp for ikke å skli inn i depresjon. Hennes strategi er gode venninner. Hun leser bøker for å rømme fra det daglige. Det gir ro i hodet å få konsentrere seg om det hun leser.

Lise er helt avhengig av å ha en avtale og noen gjøremål i løpet av dagen. Det er viktig at det skjer noe. Hun beskriver dager fylt med sønnens aktiviteter, behandlinger, trening og sosialt samvær med venner og familie.

Bjørn er for tiden sysselsatt med kurs i regi av NAV: «Fra AAP til arbeid». Han beskriver at det å møte opp der tvinger ham til å overhøre smertene:

Jeg har ikke noe mer vondt ved å møte på kurset ... For altså i stedet for å sitte her alene å ha vondt. Der nede så prater du om ting ... og når du er engasjert i tanker og sånn ... så kan du ha rimelig vondt, men altså, tankene er på et annet sted.

Ola er svært positiv til utsiktene til arbeid nå. Han opplever at tre måneder med utprøving av snekkeryrket har gått veldig bra. Han tror det har sammenheng med at han får brukt kroppen: «Kjenne at jeg blir arbeids sliten og bruke meg selv... da trives jeg. Å være ute. I frisk luft. Da trives jeg best. Det er derfor det fungerer så bra med snekkeryrket, tror jeg».

Tor har opprettholdt rutiner på lik linje med da han var arbeidsaktiv, for som han sier: «Jeg er vant med å ha rutiner, og har hatt det i alle år. Jeg er veldig opphengt i klokka». Han fyller dagene med alt fra vasking til barnebarn til sosialt samvær med venner som også er ferdig med jobbsituasjonen sin.

Møtene på nærbensinstasjonen, engasjementet i treningsgruppa og tilfredsheten med hverdagssysler tyder på at Kari, Per og Tor har arenaer hvor de opplever sosial støtte. Studier har vist at arenaer for sosial støtte er viktige faktorer for å forebygge psykiske plager blant langtidssykemeldte (Aamland et al., 2013; Batt- Rawden & Tellnes, 2012). Batt – Rawden & Tellnes (2012) fant også at å kombinere flere aktiviteter hadde positiv effekt så lenge aktivitetene var selvvalgt. Dette sier noe om betydningen av å føle at man selv har innflytelse på hverdagsaktivitetene. Studier gjort på forskjellige mestringsstrategier blant langtidsledige fant at de med færrest symptomer på angst og depresjon, og som var best i stand til å fylle hverdagen med andre aktiviteter enn arbeid, klarte å opprettholde mest positivt syn på egne muligheter til å komme tilbake i arbeid (Iversen & Christensen, 2002). Både Kari, Per og Bjørg har tilkjennegitt at de har perioder hvor de sliter med angst og depresjon. Har dette medført at de opplever flere eller andre barrierer for å komme tilbake i jobb i forhold til de andre i utvalget?

5.3.2 Opplevde barrierer

Når informantene selv skal oppsummere hva som forhindrer dem fra å være i jobb i dag er det de fysiske plagene som umiddelbart dominerer forklaringene. Bjørn har ventet på at ryggplagene skal bli borte. Dette har ikke skjedd. Han har fått mer vondt i ryggen det siste halvannet år, og han opplever at han tåler stadig mindre bevegelse. Lise sier at hun må klare å trene og styrke kroppen før hun kan tenke på jobb: «Så det ikke gnager så fælt, så den ikke er så ustabil. Og at dem finner ut en måte jeg klarer å holde meg frisk selv om jeg trener». Ola, som har stor tro på at han kommer seg ut i jobb igjen nå, fremhever viktigheten av at ryggen og kroppen må fungere for at han skal klare å jobbe. Det virker umiddelbart som at det som de opplevde var årsak til sykemelding i utgangspunktet også forhindrer dem fra å være arbeidsaktive i dag. Fravær fra arbeid har med andre ord ikke bedret deres smertetilstand, eller arbeidsevne. Bjørns uttalelse av at smertene snarere har tiltatt, og Lises forutsetning om at hun må bli sterkere før hun kan se jobb som realistisk samsvarer med funnene i studien til Magnussen, Nilsen & Råheim (2007) hvor informantene beskrev prosessen som en ond sirkel.

Tove og Heidis situasjon skiller seg, som nevnt, ut i forhold til de andre. De må bli friskmeldt fra aktuell skade før det er snakk om arbeid. Tove sier dette om hvordan hun ser på det å komme tilbake i jobb: «Når det var ryggplager til å begynne med, så var jeg bestemt på at jeg skal stå i jobb. Men nå, etter at jeg fikk benet ødelagt, så begynner jeg å lure litt». På Toves arbeidsplass har de, som tidligere nevnt, ikke praksis for gradert sykemelding. Heidi har pr i dag ikke arbeidsforhold. Hun vet at hun må på ny leting etter jobb når hun får klarsignal fra lege og føler selv at hun kan jobbe: «Men jeg vet også at jeg sikkert må igjennom en sånn avklaring på en arbeidstest. Før den nye jobben kommer inn i bildet... Men bare jeg kommer i gang. Det er den ventinga på å komme i gang som sliter». Heidi har vært på attføringsbedriften to ganger før, og forteller at man der får en slags attest på de ulike evner og egenskaper man har i forhold til å kunne stå i jobb.

I likhet med utviklingen i refleksjoner rundt årsak til sykemelding åpner informantene også her etter hvert opp for at det er flere faktorer som spiller inn. Fem av dem påpeker at mangel på utdanning begrenser mulighetene for å komme i jobb.

Kari forteller at hun på et tidspunkt fikk lov til å prøve ut å kombinere to dager jobb innen omsorgsyirket med tre dager jobb i et bibliotek. Hun beskriver dette som en perfekt løsning:

«Men så lenge ikke jeg har den utdannelsen, så hadde dem ingen jobb til meg [på biblioteket]. Så det ble bare en sånn avlastningsperiode på en måte, eller prøveperiode». Hun finner det vanskelig å få tatt nødvendig utdanning fordi det innebærer å flytte til en by og starte på universitetet: «Og den biten klarer jeg ikke. På grunn av angsten». Kari opplever altså at angsten begrenser mulighetene hun har. Hun forklarer også at der hun bor nå er det ikke er så lett å finne jobber som ikke er fysisk tunge, så sant man ikke har høyskoleutdanning. Kari kjenner en av damene som jobber på biblioteket i bygda, og håper at hun kanskje kan påvirke slik at hun får komme inn: «Så hvis dem ser hvor flink jeg er så kanskje jeg får lov til å være der, selv om jeg ikke har den formelle utdannelsen».

Ola har søkt på femten – tjue jobber. Han har opplevd at han ikke får svar. Dette medførte til slutt at han ikke så noe vits i å søke flere jobber. Han begrunner dette delvis med at han har lite utdanning, og delvis med at han tenkte: «Hvem er det som vil ha en mann på snart femti år som sliter med rygg og høyt blodtrykk?... Det blir litt sånn. Det går litt til hodet på deg». Da det gikk opp for Tor at han ikke kunne jobbe som snekker lenger, tok han kontakt med arbeidsgiver for å finne ut om det ville være mulig å få andre arbeidsoppgaver. Arbeidsgiver kunne ikke tilby ham noe annet. Tor forklarer dette selv med at han ikke har utdanning, og dermed ikke er kvalifisert til annet arbeid. Per har niårig skole pluss ett år på yrkesskole bak seg. Året på yrkesskole gjennomførte han bare for å bli gammel nok til å begynne å jobbe.

Kari, Ola, Tor og Pers erfaringer illustrerer utfordringen ved å være kroppsarbeider og ikke lenger makter arbeid med fysiske anstrengelser. Kroppen har vært deres instrument for arbeid, deres fysiske kapital har vært deres kapital på arbeidsmarkedet (Bourdieu 1995; Waquant, 1995). Dette kan være noe av forklaringen på at det er de som har de svakeste ressursene i form av utdanning og inntektsnivå som har størst risiko for å falle ut av arbeidslivet via arbeidsuførhet og helse relaterte trygdeytelser (Blekesaune & Pedersen, 2006). Informantene, med unntak av Tove, representerer en gruppe som i følge Folkehelsemeldingen (2013) i liten grad benytter seg av etter – og videreutdanning. Denne mangelen på interesse kan sees i sammenheng med at de angir å ha det som kan tolkes som få mestringsopplevelser med seg fra tiden på skole (se 4.7). De kan ha motstand mot å ta utdanning fordi de har lært at det ikke er noe for dem (Eriksen et al., 2002). Når Kari også forteller om at angst begrenser henne fra å ta mer utdanning, bidrar det til å nyansere det som kan fremstå som manglende motivasjon for å opparbeide seg mer kulturell kapital, og følgelig styrke deres valuta på arbeidsmarkedet.

Per opplevde tapt arbeidslyst og tap av selvtillit i arbeidshverdagen før han fikk avklaring mot trygd. Han reflekterer over at han kanskje ville ha klart å stå i jobben dersom arbeidsgiver hadde vist større fleksibilitet i forhold til hvor mye han klarte å jobbe, og hvis kollegene hadde vist større forståelse. Han oppsummerer årsak til at han ikke kom tilbake slik: «Jeg har tenkt på det en del. Kanskje det er et sammensatt problem: arbeidsplassen pluss arbeidskolleger, at det er en ball som utgjorde hele greia».

Bjørn setter ord på at han er engstelig for å komme på et sted for arbeidsutprøving hvor han ikke vil klare å prestere. At han er redd for ryktet sitt:

Jeg er så redd for sånne ting fordi at jeg for jeg er ikke sånn. Egentlig så er jeg flink ... og sosial og bra å ha i jobb ... Det har jeg vært over alt, og det synes alle andre og, så jeg er liksom redd for den der, ja noe som blir negativt for meg selv da. Eller for mitt navn.

Han trekker frem flere eksempler på jobbtilbud han har fått og hvor han først har vært positiv: «Bare det, for da tenker du positivt. Noe så morsomt. Ja, supert!» Men så slår realiteten ham om at det ikke vil komme til å gå: «Jeg hadde ikke klart å gå på de golva der en dag. Det går ikke! Jeg vet jo det». Han gjør seg noen tanker om tidsperspektivet og at det kanskje har gått for lang tid til at han vil komme seg ut igjen i jobb: «Altså for to år siden så hadde jeg sagt: Å ja, veldig bra. Det ønsker jeg». Han presiserer at han ærlig og oppriktig ønsker å komme ut i jobb igjen: «Men med fasit i hånd ... så er det ikke snakk om hundre prosent».

I innledende del av kapittelet ble egenskapen til å strekke seg langt for ikke å belaste kolleger eller ødelegge kabalen for arbeidsgiver trukket frem av flere informanter. Dette er en egenskap både Bjørn og Lise også trekker frem her. Lise har erfart at når hun først har tatt på seg noe så skal hun være veldig dårlig før hun ikke gjennomfører: «Så det er den greia: Når er jeg dårlig nok? ... Nei, jeg klarer ikke å se for meg hva slags jobb jeg skulle fungere i slik som nå, for med en gang får jeg den pliktoppfyllende følelsen». Lise opplever at livshendelser tidligere i forløpet har gjort henne pliktoppfyllende og grenseløs. Bjørg erkjenner også at hendelsene tidligere i livet har bidratt til at hun befinner seg i den situasjonen hun gjør i dag. Hun gir uttrykk for at dette er noe hun egentlig ikke har hatt lyst til å ha med inn i denne avklaringsprosessen: «For det er egentlig et kapittel jeg har lyst til å legge bak meg. For det er jeg ganske lei. For å si det slik». Oppvekstvilkår og barndom spiller en stor rolle for helsa i voksenalder, men også for funksjonsnivået i arbeidslivet

hevder Gravseth & Kristensen (2008). De påpeker at dette er viktig å erkjenne for å forstå hvor dype røtter problemer knyttet til et mer inkluderende arbeidsliv kan være.

Bjørg og Lise er de informantene som uttrykker sterkest bekymring for fremtidig kapasitet og funksjon hvis de skulle gå tilbake i arbeidslivet. Å vektlegge det ekstraordinære omkring sin identitet og tilstand, kan oppleves som nødvendig for å understøtte troverdighet (Richardson, 2005). Bjørg sier det slik: «Jobben har betydd alt for meg, men ungene mine trenger meg dem også ... og begge deler klarer jeg ikke å kombinere. Da har jeg ikke noe liv selv». Hun deler tanker om å få noen år med et verdig liv. Et liv hvor hun kan klare hverdagen selv, og hvor hun kan gjøre som hun vil uten å bli sendt fra en utredning og avklaring til neste. Lise fikk en tankevekker under samtale med en venninne: «Hun sa: at ikke du begynner å ta hensyn til kroppen din. Tenk om du blir sittende i rullestol da du er femti ... du skal ha denne kroppen hele livet.».

Informantene opplever altså ikke at det er en enkeltstående faktor som forhindrer dem fra å være i jobb i dag, selv om de først og fremst vektlegger begrensningene med smerter og plager. Haugli, Mæland & Magnussen (2011) fant i sin studie at deltagerne som hadde fått innvilget uføretrygd opplevde at de måtte bli friske før de i det hele tatt kunne tenke på arbeid, og at de hadde sterkt fokus på smerte, og at forutsetninger for bedring og eventuelt arbeid lå utenfor deres kontroll. Flere studier støtter disse funnene (Magnussen et al., 2007). Informantene i dette utvalget bekrefter, til en viss grad, disse funnene. Men de beskriver også reelle, objektive faktorer som at det er vanskelig å få arbeid som ikke er fysisk når de har den bakgrunnen de har. Karis håp om at bekjentskap kan gi henne innpass på biblioteket sier at hun faktisk er avhengig av andre for å få jobb. Informantene opplever at egenskapen til å strekke seg langt - og ønsket om å gjøre skikkelig innsats bidro til sykemelding i utgangspunktet. Denne egenskapen kombinert med negative erfaringer i prosessen frem til i dag virker å ha bidratt til at engstelsen for ytterligere nederlag er en betydelig barriere. Unngåelsesatferd er ikke bare en mestringsstrategi man finner ved smerterelatert frykt, men kan også oppstå ved frykt og engstelse knyttet til arbeidsevne, økonomi og sosiale relasjoner (Leeuw et al., 2007). Kan disse erfaringene bidra til å forstå hvordan de opplever tilværelsen uten arbeid?

5.3.3 Opplevelsen av å stå utenfor

Tidligere i kapittelet ble opplevelsen av å være sykemeldt belyst. Det har gått mange år, og informantene har gjort seg mange erfaringer når de nå forteller om opplevelsen av å stå utenfor. De forteller om en gradvis omstilling fra å se jobb som eneste aktuelle alternativ til å akseptere situasjonen. For sju av informantene er situasjonen fortsatt uavklart. Tor som er uføretrygdet beskriver betydningen av jobben sin slik: «Jobben min har vært både hobby og livsstil og alt sammen».

Ola forteller at det å gå hjemme gjør noe med livsgleden hans: «Jeg er ikke skrudd sammen for å gå hjemme. Er ikke lagd slik». Han vektlegger betydningen av å være en del av samfunnet, og få yte og føle at det er bruk for ham. Tor avslører at samvittigheten hans tilsa at han ikke kunne gjøre noe i den tiden han var sykemeldt før avklaring til trygd: «Jo, samvittigheten sier at hvis du ikke jobber, da er du liksom.. da vil du ikke gjøre noe». Ola og Tor beskriver her psykososiale faktorer som, i følge Waddell & Burton (2006), bidrar til at arbeid er bra for helse og velvære.

Bekymring for hva andre måtte tenke og mene virker fortsatt å ha stor innvirkning på informantenes opplevde hverdag. Lise forteller om innlegg på Facebook om at det finnes en jobb for alle. Ingen skal komme og si at de ikke orker. Dette irriterer Lise fordi det er personer som alltid har jobbet fullt og som har fått alt med teskje som står bak innleggene. Hun har også opplevd at folk later som de bryr seg, men egentlig bare er nysgjerrige. Mangel på forståelse fordi sykdommen ikke er synlig fremheves av flere, og dette oppleves belastende. Bjørg kaller det en form for smerte: « Det blir en smerte det også. Med å gå og lure på hva andre tror og mener om deg».

Bjørn forteller at han er litt redd for å bli sammenlignet med de som er sykemeldte som kanskje aldri har gjort en ordentlig jobb, men at han blir korrigert av venner og familie: ««Nei det må du bare glemme for det er ingen som har de tankene om deg. For jeg har virkelig stått på i alle år frem til det her skjedde med sykdom». Også Lise og Tor gir uttrykk for at det nok finnes de få som utnytter systemet og ødelegger for de som virkelig trenger det. Tor har flere eksempler på dette, men nøyer seg med å si det slik: « Mange av de personene som kanskje ikke skulle ha vært sykemeldt over lengre tid, de skulle ha vært luket ut. For det blir en spott til oss andre som har grunn til å være det».

Olas behov for å føle at han bidrar, Tors og Bjørns engstelse for å bli mistenkt for dårlig arbeidsvilje og moral tyder på en internalisert disposisjon om at arbeid gir samfunnsmessig verdi (Prieur, 2006). Når Lise forteller om innlegg på Facebook og Bjørg beskriver andres holdning til henne som smerte, beskriver de opplevelsen av å bli stigmatisert. Fordi de ikke har synlige deformiteter eller skader, vil stigmatiseringen de opplever være knyttet til karaktersvakheter som svak vilje og uredelighet (Goffmann, 1990). Bourdieu (1985) hevdet at alle former for stemping og dømming gir individer en sosial identitet. Bjørns, Lises og Tors refleksjoner rundt enkelte andre sykemeldte vitner om at det er viktig å understreke hvem de er og hva de står for ved å markere avstand til det de ikke ønsker å bli identifisert med. Det fremstår som et paradoks at informantene, som selv beskriver opplevelsen av og frykten for å bli stigmatisert, misforstått og underkjent, utøver den samme type vold med å stemple andre i tilsvarende situasjon. I følge Werner et al. (2004) kan dette tolkes som et ønske om å øke egen troverdighet og legitimere egen situasjon.

Flere informanter deler opplevelsen av at mange års innsats blir underkjent. Bjørg fikk høre at enkelte mente at når det nærmet seg sommeren ville hun nok bli sykemeldt igjen: « Og den er jo veldig sårende da. Når du aldri har hatt ferie om sommeren før. Du hadde ikke ferie i jula, ikke påske, ikke høstferie. Du tok kun en ukes ferie, ellers så jobbet man ... ». Bjørgs frustrasjon kan forstås i lys av at hun opplever at hun over mange år har forsøkt å ta hensyn til kolleger ved å undertrykke plagene og gå på jobb til tross for smerter..

Øverbye & Hammer (2006) kaller arbeid for en identitetsmarkør. Har du arbeid, og arbeid omgivelsene betrakter som bra, må du bruke færre ressurser på å fremstå som vellykket i andres øyne. Flere av informantene bruker uttrykk som at de har måttet forsvare seg selv og hvorfor de ikke er i jobb i møtet med andre mennesker. Bjørn, Bjørg, Per og Ola ble mindre sosiale. Lise og Bjørn forteller at de til tider har valgt å reise til en annen kommune for å handle for å unngå å havne i denne situasjonen. Dersom man står utenfor arbeidsstyrken i arbeidsdyktig alder må man bruke større ressurser for å overbevise både andre og seg selv om at man likevel er vellykket (Øverbye & Hammer, 2006). Når seks informanter beskriver en form for unnvikelsesatferd som strategi for å unngå ubehagelig stimuli, i form av å treffe på utenforstående vitner det om at de er i en situasjon hvor de ikke opplever å ha ressurser eller kapasitet til å overbevise andre.

Flere av informantene påpeker at opplevelsen av å stå utenfor har endret seg noe med tiden. At de i dag er tryggere på den situasjonen de er i, tryggere på seg selv. Her er imidlertid

enkelte av informantene litt ambivalente, som Bjørn som sier at han nå har et mer moderne syn på å være sykemeldt: «Fordi ... jeg har lært at går du med plager og problem så må du jo nyte dagen likevel». Samtidig forteller han at han holder seg unna typiske arenaer for de som ikke er på arbeid: «Det er et sted her nede hvor mange er daglig. De kommer seg ut sosialt og skravler og prater og juger og har det sikkert veldig bra. Men jeg er ikke der altså. Jeg må innrømme det». Her fremstår Bjørn selvmotsigende. Han snakket tidligere om betydningen av å møte andre i lignende situasjon som han selv, både på HI og på pågående kurs. Men han ønsker ikke å bli identifisert med de som treffes på kafèen. Dette kan tolkes som at fellesskap med andre er kontekstavhengig, og at arenaer som HI og kurs i regi av NAV er lukkede arenaer hvor man ikke dømmes eller stemples.

Björg opplevde en stor endring da hun fikk stilt diagnosen fibromyalgi. Hun opplever det som at folk våknet opp og aksepterte at hun faktisk er syk: «Men når du ikke har et ord å sette på hva som feiler deg så sier de: Åh, den gidder ikke gjøre det og det. Har blitt lat, eller noe sånt». I 5.1.2 ble diagnosehierarkiet drøftet. Björg har fått en diagnose som legene og studentene i Album & Westins studie (2008) rangerte lavest i prestisje. Staff & Nordahl (2012) spissformulerer diagnosers funksjon: «Når diagnosen først er stillet er den ikke lenger nødvendig» (s. 61). Björg opplever at diagnosen har en funksjon. Den fungerer som et legitimt sertifikat på at en ekspert anerkjenner hennes plager. Den gir legitimitet i sykerollen, og kan gi sekundær gevinst både i form av økt forståelse fra omgivelsene og rettigheter i velferdssystemet. En slik avklaring, en merkelapp, kan redusere usikkerhet og bekymring. Dette kan resultere i lavere aktivering og en god spiral opp mot restitusjon og økt kapasitet.

Tove har, som eneste informant, gitt uttrykk for følelsen av at arbeidsgiver ikke bryr seg. Hun har tidligere jobbet et sted hvor det var gode rutiner for å følge opp de som var ute med sykemelding: «Her (navn på stedet) må du ringe selv. Ja, hvis du ikke ringer selv hører du ikke noe». Hun tar til tårene når hun forklarer hvor vanskelig den uavklarte situasjonen er «Jeg vet jo ikke. Man vet jo ikke om man har noen jobb å gå til til slutt». Informantenes erfaringer knyttet til tilbakeføring til arbeid ble drøftet i 5.2.2. Arbeidstakere som vurderer det som sannsynlig å være utenfor arbeidslivet innen fem år opplever blant annet bekymring for å miste jobben, at de har dårlige ledere og har negative opplevelser i forhold til inkludering eller mangel på inkludering (Bergene, 2012). Dette er faktorer som er å finne igjen i Toves utsagn. Hun uttrykker hjelpeløshet – og i den situasjonen hun beskriver kan man tolke at språket, nærmere bestemt fravær av språk eller kommunikasjon, er et maktmiddel.

Informantene omtaler opplevelser og episoder som kan relateres som stress, uforutsigbarhet og manglende kontroll også i denne fasen. Venting er et ord som har gått igjen i alle faser. Også i dag inngår venting på tid til undersøkelse, venting på svar hos NAV som en del av tilværelsen uten arbeid. Flere av informantene forteller om en utmattende hverdag hvor de må løpe gjennom fra den ene i systemet til den andre. Tor mener at det er altfor lett å bli sykemeldt og så overlatt til seg selv og venting:

... og så blir du gående der i flere måneder. Og ingen har godt av bare å gå der og vente....
Man blir lei hele greia. Det er usikkerheten som spiller inn igjen. Det skjer liksom ikke noe rundt deg og med deg.

Björg forteller at man blir så gjennomsliten av alle utprøvinger, legetimer og evalueringer at man nesten ikke orker å se et menneske: « Det blir stress, og så blir det mer smerter og tappet for krefter».

Kari forteller at hun nå har gått så lenge at hun nesten synes det er greit å stå utenfor. Hun er den eneste av informantene som sier det så eksplisitt. Dette kan sees i sammenheng med at hun har delt opplevelser som vitner om en historikk med følelse av nederlag, og at hun i hverdagslivet nå har arenaer for det hun opplever som god sosial støtte. Arbeidsledighet er ikke nødvendigvis ensbetydende med sosial marginalisering. Øverbye & Hammer (2006) viser til at man i enkelte studier har vist at hyppighet av kontakt med venner faktisk høyere blant langtidsledige enn blant yrkesaktive.

Flere informanter gir uttrykk for at det er bedre å stå helt utenfor arbeidslivet enn bare delvis være en del av det. Pers historie om å være 40 prosent arbeidsfør i tiden før ARR oppholdet illustrerte hvor belastende det kan oppleves Lise forteller at hun blir dårlig av å gå utenpå de andre på jobb: «Å gå der som en sosialklient utenpå alle de andre, det gir meg ingenting». Hun føler at hun ikke henger med og ikke føler seg ikke nyttig. Når hun jobber vil hun ha lønn: « Jeg har ofte jobbet akkurat slik at jeg mister dagpengene mine, men jeg sa: Det spiller ingen rolle. Det er bare at da vet jeg at jeg får lønn i stedet for dagpenger».

Per og Lise illustrerer på hver sin måte hvor komplekst det i realiteten kan være å tilpasse arbeidsoppgaver. Soklaridis et al. (2010) hevder at løsninger som tilsynelatende virker rettfrem likevel kan oppleves som upassende fra arbeidstagerens side, og følgelig mot sin hensikt. Det kan skape en atmosfære hvor arbeidstageren føler seg devaluert av arbeidsgiver og kolleger - og medfører negative psykososiale faktorer som angst, depresjon og tap av

følelsen av tilhørighet (Soklaridis et al., 2010). Lises betraktninger omkring å ha ordentlig lønn når hun jobber underbygger at lønnet arbeid ikke bare handler om økonomisk kapital, det har også en symbolsk kapital. I en dansk studie fikk sykemeldte arbeidstagere vanlig lønn for antall timer i arbeid og ytelse for timene utenfor arbeid. Dette økte sannsynligheten for å komme tilbake i ordinære arbeidsforhold (Høgelund, Holm & McIntosh, 2010).

Informantene har gitt innblikk i og vektlagt forskjellige faktorer ved opplevelsen av å stå utenfor arbeid og hva de opplever forhindrer dem fra å komme tilbake i jobb. Ønsket om å få en avklaring på situasjonen er en faktor alle ni vektlegger.

Ola står på trappene til jobbintervju – og er fast bestemt på at han nå skal ut i arbeidslivet. Han har planer om å holde i jobb til han blir pensjonist og har ikke lyst til å falle ut igjen. Heidi på sin side sier dette om betydningen av å bli bra og komme i jobb:

Det hadde vært mye lysere fremtid. Hadde kunnet fått den jobben jeg ønsker. Og tjene penger og kommet noen etasjer høyere opp i status og det dagliglivet som alle andre har. Som ikke jeg har enda. Det ville løfte meg veldig. Fra den situasjonen jeg er i i dag. Alt er mye lettere når man har litt mer å gjøre og litt mer å rutte med.

Heidi er den eneste av informantene som setter ord på den direkte sammenheng mellom jobb og inntekt, og hvilken grunnleggende betydning inntekt faktisk har for å få tilgang til andre ressurser. Kari belyser også mangel på inntekt, og berømmer den hjelpen hun har fått hos det lokale NAV. Hun har nylig fått hjelp til å skaffe seg billigere sted å bo og råd for å betjene lån. Det Kari her beskriver som god hjelp kan tolkes som at hjelpeløshet i dette tilfellet fungerer som en mestringsstrategi. Hjelpeløshet kan, i følge Ursin & Eriksen (2004), gi sekundærgvinst i form av støtte fra omgivelsene og i visse tilfeller bidra til å opprettholde tilstanden av hjelpeløshet. At gode velferdsordninger kan frarøve individet selvstendighet og verdighet er blant argumentene man finner hos velferdsskeptikerne (Wel van der et al., 2011). Kari virker å oppleve at sekundærgvinsten heller kan bidra til verdighet fremfor å frarøve henne den

To av informantene har fått avklaring. Per beskriver det å få avklaring som en prosess som inneholdt følelsen av både lettelse og sorg. Lettelse over å kunne senke skuldrene: «tenke på at endelig er jeg kvitt den biten i dagliglivet da. Det maset, det stresset ... Ringing om å si at man ikke kommer ...» Sorg over ikke å få kjøre kran lenger: «For jeg fant ut at det var egentlig krana som betydde noe, ikke folka.». Han er tydelig på at arbeidsoppgaven med

krana ga ham mestringsfølelse. Tor fastholder at avklaring ga en indre ro. Han måtte forholde seg til et faktum, det faktum at arbeidslivet ikke lenger var aktuelt, og det var langt enklere enn ikke å vite.

Lise tror på, og har fått støtte for å søke trygd. Hvert fall for en periode. Bjørg uttrykker et inderlig ønske om å få innvilget trygd. Når hun beskriver hvordan en avklaring mot trygd ville oppleves utbryter hun spontant: «Jeg hadde kommet til å lette ti kilo! Jeg hadde fått en mye bedre hverdag». Når det gjelder det å akseptere uføretrygd som om en midlertidig løsning sier Lise at hun er litt stressa på at ting ikke er avklart. Hun er tydelig på at hun ikke er mindre verdt selv om hun ikke er i jobb. Hun har selv et ambivalent forhold til begrepet uføretrygd, og tror det er omtalt negativt på bakgrunn av at man ikke ønsker at folk skal bli uføre, fordi det må finnes jobb til alle. Selv avviser hun at det finnes en jobb for alle.

Informantene forholder seg svært forskjellig til hvordan det oppleves å stå utenfor arbeid. Holdning til nåværende situasjon og forventninger til fremtidig situasjon virker å være formet av opplevelser, erfaringer og hendelser de nå har beskrevet i den omfattende prosessen fra arbeidsaktiv og frem til i dag. Kari har tilpasset seg tilværelsen utenfor arbeid, men sier likevel at hun har stor tro på at det vil ordne seg med jobb. Ola forventer å være på vei tilbake i jobb, mens Tove ikke vet hva hun tør å forvente. Bjørn har avmålt forventning om å komme ut i en jobb han vil trives i og Heidi venter bare på at skulderen skal bli bra slik at hun kan begynne leting etter en jobb. Lise og Bjørg uttrykker på hver sin måte at uføretrygd er den mest ønskelige form for avklaring nå. Felles for alle disse sju er at de opplever at de har lite kontroll på når og hvordan eventuell gjeninntreden i arbeidslivet vil skje. Ola er, som eneste informant, et jobbintervju unna at det kan bli en realitet, men er like fullt avhengig av at andre viktige vurderer ham som godt nok kvalifisert. Øverbye & Hammer (2006) poengterer at man i det praktiske arbeidet for inkluderende arbeidsliv må danne seg en mening om når nok er nok. Man må stille spørsmålet om hvor mange ganger man skal prøve aktivering hvis det ikke nytter. Bjørg etterlyser at noen tør og kan sette ned foten for å si at nok er nok. Lise sier seg uenig i at det finnes en jobb for alle, og hun utfordrer dermed arbeidslinjas ideal om at det er best for den enkelte å klare seg ved innsats i arbeidslivet (Arbeids – og sosialdepartementet, 2011, kapittel 6.2). Ensidig fokus på nettopp arbeid som livets mening kan, i følge Øverbye & Hammer (2006), bidra til å forverre situasjonen for dem som ikke lar seg integrere i arbeidsstyrken og forsterke de svakeste gruppens vansker med å fastholde et positivt selvbilde. Det kan se ut til at dette fokuset på

mange måter har farget erfaringene disse ni informantene har gjort seg i de ulike fasene fra tilværelsen som arbeidsaktiv og frem til i dag.

6. Oppsummering og konklusjon

Ni informanter med ulik livserfaring, ulike livsbelastninger, ulik fartstid i og utenfor et arbeidsliv som har involvert tyngre fysiske belastninger har delt opplevelser og erfaringer de har gjort i prosessen fra arbeidsaktiv og frem dagens tilværelse uten arbeid. Det er to klare fellesnevnerne for disse ni: De var til opphold på HI i 2010, og de er ikke tilbake i arbeidslivet i dag, tre år etter oppholdet. Det de har erfart oppsummeres som nedenfor i 6.1. En oppsummering i et teoretisk perspektiv følger i 6.2 før konklusjonen i 6.3.

6.1 Informantenes opplevelser

Informantene opplever at det er de fysiske plagene som i første omgang er avgjørende for at de ikke kommer tilbake i arbeidslivet. Åtte av ni informanter har lav formell utdanning og de opplever at dette begrenser deres muligheter til å få en jobb som de kan stå i til tross for plager. De opplever bekymring for ikke å innfri forventninger og krav på en eventuell arbeidsplass, og er engstelige for at de nok en gang vil falle ut.

På veien fra tilværelsen som arbeidsaktiv og frem til i dag beskriver de opplevelsen av å føle seg mistrodd av omgivelsene allerede ved de første sykemeldingene. De første sykemeldingene opplevde de selv som nødvendige etter å ha trosset plager over flere år. De gir innblikk i det som kan betegnes som en spiral av negative mestringsopplevelser i forsøket på å komme tilbake i arbeidslivet. Rammene på arbeidsplassen ble ikke tilpasset deres situasjon; det fantes ikke praktiske muligheter for å tilpasse, det var ikke kultur for å tilpasse eller arbeidsgiver stilte urealistiske ultimatum. De beskriver opplevelsen av å vente: vente på undersøkelser og utredning for å vente på henvisning til hensiktsmessige tiltak. Venting og uforutsigbarhet. Informantene beskriver oppholdet på HI som en arena for mestring, trygghet og sosial tilhørighet. De vektlegger betydningen av å bli tatt på alvor og hørt i møter med fagpersoner, betydningen av å få informasjon og kunnskap knyttet til plagene og NAV. To informanter fikk avklaring mot uføretrygd som resultat av oppholdet. De øvrige sju var tilbake i arbeidslivet for en periode, men trappet av ulike årsaker opp til fullt arbeid tidligere enn planlagt og anbefalt. Fem informanter beskriver skuffelse, mangel på innsikt, mangel på forståelse og mangel på respekt i møter med NAV. En av sju informanter er sikker på at han nå kommer seg ut i arbeidslivet igjen. Seks informanter prøver på ulike måter å innfinne seg

med tilværelsen uten arbeid i påvente av avklaring. To ønsker avklaring til uføretrygd, mens fire informanter uttrykker håp om en gang å komme i jobb.

6.2 Informantenes opplevelser i et teoretisk perspektiv

Informantene har i utgangspunktet relativt lav beholdning av kulturell kapital i kraft av lav formell utdanning. Deres fysiske kapital var hovedvalutaen inn i arbeidslivet. De opplevde å ha symbolsk kapital på arbeidsplassen, og ønsket om anerkjennelse kan ha virket som drivkraft til å strekke seg langt i forkant av sykemelding. De opplevde alle at arbeidsdagen var krevende, og mangel på restitusjon over tid kan ha bidratt til kroppslige plager og til slutt sykemelding. Alle informantene tillegger seg selv ansvaret for at det gikk så langt som til sykemeldingen, kontrollen lå hos dem. De opplevde å tape anerkjennelse under sykemeldingsperioden, at deres sosiale identitet ble underlagt helsevesenets prioriteringer og vurderinger. Når de så kom tilbake i arbeid virket deres symbolske kapital å være redusert, og beskrivelsen av hvordan de opplevde å bli imøtekommet av arbeidsgiver og kolleger vitner om utøvelse av makt. Informantene gjorde erfaringer som bidro til hjelpeløshet; de hadde ikke innflytelse tilstrekkelig til å påvirke rammene på arbeidsplassen. Dette ser ut til å ha vedlikeholdt aktivering – og utgjort en nedadgående spiral. Når de kom til HI møtte de mennesker i tilsvarende sosiale posisjon som dem selv, og som følgelig har samme forståelse av den sosiale virkeligheten. På denne arenaen hadde de positiv symbolsk kapital og opplevde anerkjennelse. Det ser ut til at de psykososiale omgivelsene og faktorene bidro til at det totalt reduserte aktivering. Det kan være verdt å ta med seg at de vektlegger språket, holdningene og likeverdet de ble møtt med som noe av det viktigste i møtet med fagpersoner. De beskriver påfyll av fysisk, kulturell og symbolsk kapital som resultat av oppholdet, og erfaringer som underbygget positive mestringsforventninger. Når de i overgangen til hverdagen og tilbakeføringen til arbeidslivet likevel erfarte å falle tilbake i den sosiale rollen de hadde før oppholdet, kan dette potensielt ha gitt en redusert opplevelse av mestring. Denne opplevelsen kan ha hatt enda sterkere effekt nettopp på bakgrunn av de opparbeidede mestringsforventningene de hadde med seg fra oppholdet. Det kan se ut til at ferden i helsevesen og NAV oppleves som spiral av negative mestringsopplevelser og maktutøvelser i form av mangel på konkret og anerkjent diagnose, henvisninger til nye utredninger og tiltak med påfølgende restriksjoner for hva som er legitimt å foreta seg i ventetiden.

Forskning har påvist at gruppen av langtidssykemeldte som ikke fikk innvilget uføretrygd ser ut til å ha dårligere helse enn de som ble avklart (Ydreborg, Ekberg & Nordlund, 2006), og at dette kan forklares med uforutsigbarhet og stress knyttet til muligheter på arbeidsmarkedet, økonomi og helseplagene de opplever (Øverland et al., 2008). Når informantene i tillegg opplever at de må forsvare situasjonen de befinner seg i, kan det tyde på at den uskrevne normen om at arbeid er det eneste rette i realiteten fungerer som symbolsk makt samfunnet utøver mot individet. Den kjensgjerning at man i politiske dokumenter, offentlige debatter, i forskning og media omtaler personer som Heidi og resten av informantene som «svakere stilte», «marginaliserte» og «personer med lav sosioøkonomisk status» kan i seg selv bidra til stemping, og ansees som utøvelse av makt. Kanskje bidrar det også til å redusere deres egen tro på og forventning til å kunne påvirke egen tilværelse, hjelpeløshet og aksepterer den sosiale posisjon de har fått tildelt. For arbeidsgivere, kolleger, ansatte i helsevesen og NAV er det verdt å ta inn over seg at tilsynelatende mangel på motivasjon i virkeligheten kan være en hensiktsmessig mestringsstrategi for å beskytte seg selv fra gjentatte negative opplevelser og for å redusere aktivering.

6.3 Konklusjon

Informantene i dette utvalget beskriver at det er de fysiske plagene som er avgjørende for at de ikke er tilbake i arbeidslivet i dag, tre år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold på HI. De gir innblikk i at de fysiske plagene er avgjørende også fordi de opplever at det er begrensede muligheter for å få en jobb som er forenelig med å ha ryggplager eller utbredte muskel - og skjelettplager. Barrierer for å returnere til jobb endrer seg med tidsforløpet (Waddell et al., 2008), og flere av informantene gir uttrykk for at de tidlig i forløpet kanskje kunne ha fortsatt i jobben. Om de hadde blitt hørt når de selv foreslo å bytte kjørerute for en periode, om det hadde vært rom for å utvise litt mer fleksibilitet ut ifra opplevd dagsform, eller kultur på arbeidsplassen for å innrømme dårlige dager og støtte hverandre. Når disse tilsynelatende enkle grepene ikke tas, er det kanskje et symptom på at virksomhetene ikke ser tilstrekkelig vinning i å tilrettelegge for lavt utdannede arbeidstakere som er lettere å erstatte (Trygstad & Bråten, 2011). Og det kan, ut ifra erfaringene hos informantene i dette utvalget, resultere i en lang prosess hvor barrierene ser ut til å tilta med tidsforløpet og med antall opplevde tilbakefall og nederlag.

Regjeringen har en ambisjon om at alle skal kunne delta i arbeidslivet ut ifra sine forutsetninger og evner (Arbeids – og sosialdepartementet, 2010, kapittel 6.2), og ønsker å legge større vekt på tidlig innsats og forebygging, blant annet ved å øke gjennomføringen i videregående skole (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Åtte av ni informanter i denne studien har lite eller ingen skolegang utover grunnskolen, og opplever at dette bidrar til å begrense deres muligheter på arbeidsmarkedet i dag. Å ha en inkluderende skole med ambisjoner om at alle skal kunne ta utdanning ut ifra sine forutsetninger og evner kan være en strategi for å forebygge frafall. Gjennom å styrke og anerkjenne yrkesrettede fag, og å tilrettelegge for elever med praktiske evner og interesser, åpner man opp for at flere kan lære at utdanning er noe for dem. Å fullføre et utdanningsløp med gode mestringsopplevelser kan bedre forutsetningene for at mennesker i Tors, Karis og Olas situasjon kan omstille seg i arbeidslivet.

NAV – reformen var også et politisk grep i målet om at alle i stor grad skal ta del i arbeidslivet (Arbeids – og sosialdepartementet, 2010). I Aftenposten 13. 05.2014 kunne man lese at slagordet «Flere i arbeid, færre på trygd» i praksis har vist seg å resultere i «Færre i arbeid og flere på trygd». Dette tilbakevises av kunnskapsdirektøren i NAV i samme artikkel som en tidsbegrenset konsekvens av den omfattende omstillingen. Han påpeker at man i NAV nå må sørge for at saksbehandlere får overkommelige oppgaver og blir trygge i jobbutførelsen (Langberg, 2014). Informantene har igjennom sine opplevelser beskrevet hvordan de opplever å forsvinne som arbeidstagere og som individ i en frustrerende prosess av utredninger, aktivitetsplaner, arbeidsutprøvinger og vurderinger. De etterspør informasjon, kompetanse, tilgjengelighet og respekt i møte med saksbehandlere. Å føle seg respektert i møte med NAV og helsevesenet er påvist å øke egen tro å komme tilbake i arbeid. Bjørn minnet om at saksbehandlere må ha respekt for at personen på andre siden av bordet ligger nede. Dersom saksbehandlere selv opplever at de ligger nede i en arbeidshverdag de ikke har kontroll og innflytelse på vil møtet mellom klient og saksbehandler i virkeligheten være et møte mellom to parter i en utrygg og frustrerende situasjon.

De politiske intensjoner og mål virker i utgangspunktet å være gode. De gir retningslinjer og rammer ovenfra for veien mot målet. Men ikke alle passer innenfor rammene når intensjoner skal omsettes til tiltak og handling. Mange arbeidstagere krever enkel hjelp (Waddell et al., 2008), men hvilken hjelp de har behov for kan variere fra individ til individ. Eriksson & Janson (2013) dokumenterer i sin studie verdien av å vurdere sykemeldte med muskel – og

skjelettplager som enkeltindivid, og ikke en ensartet gruppe. Informantene i denne studien beskriver opplevelser av ikke å bli sett og hørt i møte med arbeidsgiver, kolleger, helsevesenet og NAV. De beskriver at stadig mer dokumentasjon etterspørres og at stivbente regler etterfølges uten at konkrete tiltak iverksettes eller endelige beslutninger blir tatt. De beskriver usikkerhet. Den nye intensjonsavtalen for et inkluderende arbeidsliv kan se ut til å være et steg i riktig retning. Den har intensjon om å fokusere på den enkelte sykemeldte og på å få vedkommende i jobb fremfor fokus på skjema og stivbente regler (Arbeids – og sosialdepartementet, 2014). Informantene opplevde at oppholdet på HI på flere områder ga dem erfaringer som bedret deres forutsetninger for å komme tilbake i arbeid. Men det som i IA – avtalen omtales som «felles virkelighetsforståelse» blant partene som skal samarbeide for å få den sykemeldte tilbake i arbeid virker imidlertid ikke å ha vært tilstede i tilbakeføringsprosessen. Informantenes historier om arbeidsgivere som helst så at de gikk ut i full sykemelding fremfor at de avlastet kolleger med andre arbeidsoppgaver, eller som oppfordret dem til å jobbe mer til tross for at de hadde opptrappingsplan, er eksempler på at det fortsatt er et stykke å gå. Dette kan være viktige tilbakemeldinger til fagmiljøet innen ARR generelt, og ut ifra denne studien, HI spesielt: Oppholdet virket å bedre individets evne til å være på jobb, men det virket imidlertid ikke som om det samtidig ble gjort en revurdering av kravene på arbeidsplassen. Tove har følgende oppfordring: «Det bør være mye mer åpenhet og ærlighet, og forståelse for at man kanskje kan jobbe selv om man ikke kan gjøre akkurat alt». Dette er et signal om at enkelte pasienter ved HI har behov for mer langvarig bistand i overgangen fra opphold tilbake til arbeidslivet. Ved å følge dem en stund tilbake i arbeid kan man kanskje sikre at opparbeidete mestringsopplevelser vedvarer og samtidig bidra til at det legges til rette for å mestre på arbeidsplassen.

Informantene i denne studien etterlyser i liten grad undersøkelser, behandlinger og årsaksforklaringer rettet mot plagene. Det bør være av interesse for alle involverte aktører i arbeidslivet, i helsevesenet og i NAV at informantene vektlegger betydningen av å bli sett, hørt og bli tatt på alvor. Det kan se ut til at god og trygg kommunikasjon undervurderes som virkemiddel og løsning i møte med mennesker i sårbar posisjon. Ut ifra hva informantene i denne studien belyser ser det ut til at velferdssystemet med alle sine aktører, henvisninger og forslag til tiltak bidrar til å øke den sykemeldtes avstand til arbeidslivet. Som Tor sier: «Ingen har godt av å bare gå der og vente». Härkapää, Järvikoski & Gould (2014) understreker betydningen av å få klarhet i faktorene som ligger bak tilsynelatende mangel på motivasjon. Informantene beskriver i realiteten at lang fartstid i velferdssystemet har

resultert i lært hjelpeløshet: en tiltagende opplevelse av ikke å ha innflytelse på egen situasjon og prosess. Det kan være nyttig for alle aktørene som er involvert i en tilbakeføringsprosess til arbeidslivet å ha med seg en forståelse for at det hos den enkelte kan ligge mange årsaksfaktorer bak det mest åpenbare.

Til syvende og sist er det også viktig at man på alle samfunnsnivå erkjenner og anerkjenner at det alltid vil være forskjeller. En tilnærming om at flest mulig skal ta del i arbeidslivet (Arbeids – og sosialdepartementet, 2010) åpner opp for det faktum at det ikke er realistisk at alle skal ta del i arbeidslivet. For enkelte pasienter kan også det være et legitimt og hensiktsmessig resultat av et opphold på HI.

Denne studien er basert på intervju med ni informanter som har stått utenfor arbeidslivet i lang tid, og som i lengre tid har vært innenfor helsevesenet og NAV. Det ligger en begrensning i at studien er basert på subjektive opplevelser, og at oppfattelsen av fortid kan endre seg i nåtiden. Enkelte av informantene befant seg på tidspunktet for intervjuene i en uforutsigbar og uavklart situasjon, og deres opplevelser vil naturlig være farget av dette. Denne studien har søkt å gi innsikt i hele forløpet, med den hensikt å avdekke kompleksiteten. Dette kan ha bidratt til overfladisk kunnskap. På den annen side tilfører denne studien levd kunnskap om hvordan prosessen har utviklet seg fra en tidsavgrenset «time out» og frem til i dag. For videre studier kan det være interessant å gå dypere inn i den enkelte fase i et nå – perspektiv. Å følge enkeltpersoner over tid med gjentatte intervju i de ulike fasene kan gi dypere innsikt i hvilke tiltak som er nødvendig i den enkelte fase. Det kan i fremtidige studier også være interessant få innsikt i livsverdenen på den andre siden av bordet. Slik kan man bidra til å sikre at partene forstår hverandre og lettere kan jobbe mot et felles mål om avklaring i forhold til arbeidslivet.

Litteraturliste

Aamland, A., Werner, E.L. & Malterud, K. (2013). Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: A focus – group study of patients` experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31, 95–100.

<http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2013.788274>

Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(13). <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.066159>

Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66, 182 –188.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Arbeids – og sosialdepartementet. (2006). *Arbeid, velferd og inkludering*. (St. meld. nr. 9, 2006–2007). Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/20062007/stmeld-nr-9-2006-2007-/1.html?id=432895>

Arbeids – og sosialdepartementet.(2011). *Endringer i folketrygdeloven (ny uføretrygd og alderspensjon til uføre)*. (Prop. 130 L, 2010-2011). Lokalisert på:

<http://regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-130-1-2010...>

Arbeids – og sosialdepartementet. (2012). *Arbeidsrettede tiltak*. (NOU 2012:6). Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/nouer/2012/nou-2012-6/6.html?id=674525>

Arbeids – og sosialdepartementet.(2014). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 4.mars 2014 - 31.desember 2018 [IA- avtalen]*. Lokalisert på:

http://www.regjeringen.no/upload/ASD/Dokumenter/2014/IA_20142018/SIGNERT_IA_avtale.pdf

Arbeid – og velferdsdirektoratet. (2014). *Arbeidsavklaringspenger*. Lokalisert på:

[https://www.nav.no/Helse/Ytelser+ved+sykdom/Arbeidsavklaringspenger+\(AAP\).217377.cms](https://www.nav.no/Helse/Ytelser+ved+sykdom/Arbeidsavklaringspenger+(AAP).217377.cms)

Arbeid – og velferdsdirektoratet. (2014). *Uførepensjon*. Lokalisert på:

<https://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Uførepensjon>

Bandura, A. (1977). Self – efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change.

Psychological Review, 84(2), 191–215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Batt - Rawden, K.B. & Tellnes, G.(2012). Social factors of sickness absences and ways of coping: a qualitative study of men and women with mental and musculoskeletal diagnoses.

International Journal of Mental Health Promotion, 14(2), 83-95.

<http://dx.doi.org/10.1080/14623730.2012.696350>

Bergene, A.C. (2012). *Færre på vei ut. En analyse av de som er usikre på sin tilknytning til arbeidslivet*. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI Rapport 2, 2012). Lokalisert på:

http://www.hio.no/Mediabiblioteket/node_52/node_47805/r2012-2

Berger, P.L. & Luckmann, T. (2011). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen:

Fagbokforlaget AS.

Bjørngaard, J.H., Krokstad, S., Johnsen, R., Karlsen, A.O., Pape, K., Støver, M., Sund, E. & Westin, S. (2009). Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden. *Norsk*

Epidemiologi, 19(2), 103–114. Lokalisert på:

<https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/580/546>

Blekesaune, M & Pedersen, A.W. (2006). Sykefravær: Innfallsporten til permanent trygding? I T. Hammer & E. Øverbye (Red.), *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier* (s.142 – 162). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Boersma, K., Linton, S., Overmeer, T., Jansson, M., Vlaeyen, J. & de Jong, J. (2004).

Lowering fear – avoidance and enhancing function through exposure in vivo. A multiple baseline study across six patients with back pain. *Pain*, 108, 8-16.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2003.03.001>

Bourdieu, P: (1985). The Social Space and the Genesis of Groups. *Theory and Society*,

14(6), 723 – 744. Lokalisert på: <http://www.jstor.org/stable/657373>

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. I J. G. Richardson (Red.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (s. 280 – 291). Westport: Greenwood Press.

Bourdieu, P. (1989). Social Space and Symbolic Power. *American Sociological Association*, 7(1), 14 – 25. <http://dx.doi.org/10.2307/202060>

Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen: En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: PAX Forlag A/S.

Bourdieu, P. (1998). *Practical Reason: On the Theory of Action*. Cambridge: Polity Press.

Bourdieu, P. & Passeron, J.-P. (1990). *Reproduction in Education, Society and Culture*. London: Sage Publications.

Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. (1992). *An invitation to Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.

Brage, S., Ihlebæk, C., Natvig, B. & Bruusgaard, D.(2010). Muskel – og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), 2369-70. <http://dx.doi.org/10.1045/tidsskr.10.0236>

Brosschot, J. F., Gerin, W. & Thayer, J.F.(2006). The preservative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 113-124. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psychores.2005.06.074>

Bruusgaard, D. (2011). Årsak til eller konsekvens av? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(2). <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.1291>

Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4. Utg). [Oxford]: University Press.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: SAGE publications Ltd.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, Quantitative, & Mixed Methods Approaches* (4.utg). London: Sage Publications Ltd.

Dahl,E, Bergsli, H. & Wel van der, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En kunnskapsoversikt*. Lokalisert på: <http://www.hio.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HIOA-paa/Forskning-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Hovedrapport>

Dalgard, O.S. & Håheim, L.L. (1998). Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of Community Health*, 52, 476–481.

<http://dx.doi.org/10.1136/jech.52.8.476>

Dalgard, O.D. & Sørensen, T. (2009). Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø – viktige faktorer for helsen. I J.G. Mæland, J.I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s.96 – 114). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Lokalisert på: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarajonen/>

Ellingsen, K.L., Kiær, E., Labriola, M. & Aas, R.W. (2010). *Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær. En kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur*. Rapport IRIS – 2010/049. Lokalisert på:

https://www.nav.no/Arbeid/Inkluderende+arbeidsliv/FARVE+-+Fors%C3%B8ksmidler/_attachment/243918?ts=1295f2d9a18

Eriksen, H.R., Ihlebæk, C. M., Mikkelsen, A., Grøøningsæter, H., Sandal, G. M. & Ursin, H. (2002). Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, 52(7), 383-391. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/52.7.383>

Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2002). Sensitization and subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 189-196. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9450.00286>

Eriksen, H.R. & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 445-448. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00629-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00629-9)

Eriksen, H.R. & Ursin, H.(2009). Sosiale ulikheter i helse i et biologisk, kognitivt og læringsteoretisk perspektiv. I J.G. Mæland, J.I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial*

epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt (s.303 – 314). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eriksson, U.-B. & Janson, S. (2013). An explorative interview study of men and women on sick leave with a musculoskeletal diagnosis seeking an acceptable life role. *Nordic Journal of Social Research*, 4, 55-70. Lokalisert på:

<https://boap.uib.no/index.php/njsr/article/view/284/493>

Esmark, K.(2006). Bourdieus uddannelsessociologi. I A. Prieur & C. Sestoft, *Pierre Bourdieu: En introduction* (s.71 – 113). København: Hans Reitzels Forlag.

Fagrådet for Air (2011). *Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. Lokalisert på:

http://www.arbeidoghelse.no/sites/default/files/downloads/kvalitetsmal_april_2011.pdf

Finbråten, H. S. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*,5,60-63.

Lokalisert på:

<https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/122805/Kunnskap%20er%20egenmakt.pdf>

Finlay, L. (2007). Qualitative research towards public health. I S. Earle, C.E. Lloyd, M. Sidell & S. Spurr (Red.), *Theory and research in promoting public health* (s. 273-297). London: Sage Publications.

Fiskvik, K. (1979). Hernes Institutt – sett med en klients øyne. I L. Skårderud, T. Fryjordet & D. H. Christensen (Red.), *Andelslaget Hernes Institutt 25 år* (s.65- 66). Elverum: Elverum Trykk A/S.

Fugelli, P.(1999). *Rød resept: Essays om perfeksjon, prestasjon og helse*. Otta: Tano Aschehoug.

Gjernes, T.(2012). Sykerollen som ressurs i arbeidslivet. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*(s.389 – 404). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Goffman, E. (1990). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.

Graneheim, H.M. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education Today*, 24, 105-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Gravseth, H.M. & Kristensen, P.(2008). *Sosiale helsegradienter i arbeidslivet – hva vet vi?* Utposten ,5, 16-19. Lokalisert på: www.stami.no/sosiale-helsegradienter-i-arbeidslivet-hva-vet-vi?iid=491248pid=STAMI-Article-ArtikkelBilder.Native-I...

Gustafsson, K., Lundh, G., Svedberg, P., Linder, J., Alexanderson, K. & Marklund, S. (2011). Disability, sickness, and unemployment benefits among long- term sickness absentees five years before, during, and after a multidisciplinary medical assessment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 25-31. <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S17138>

Hagen, K.B., Tambs, K. & Bjerkedel, T. (2002). A Prosepctive Cohort Study of Risk Factors for Disability retirement Because of Back Pain in the General Working Population. *Spine*, 27(16), 1790 – 1796. <http://dx.doi.org/10.1097/01.BRS.0000020044.28809.1A>

Hagen, E.M., Svensen, E., Eriksen, H.R., Ihlebæk, C.M. & Ursin, H. (2006). Comorbid Subjective Health Complaints in Low Back Pain. *Spine*, 31(13), 1491-1495. <https://dx.doi.org/10.1097/01.brs.0000219947.71168.08>

Hammer, T. & Øverbye, E. (2006). Det nye arbeidslivet, inklusjon eller eksklusjon? I T. Hammer & E. Øverbye (Red.), *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier* (s.192-205). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hansen, D. C. & Andersen, J. H.(2008). Going ill to work –What personal circumstances, attitudes and work – related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science & Medicine*, 67, 956-964. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.022>

Hansson, M., Boström, C. & Harms – Ringdahl, K. (2006). Sickness absence and sickness attendance – What people with neck or back pain think. *Social Science & Medicine*, 62, 2183–2195. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.002>

Haugli, L.(2010). Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag- hvor står vi og hvor går vi? *Utposten*, 4, 2-8. Lokalisert på: <http://hdl.handle.net/2282/1262>

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. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9304-6>

Härkapää, K., Järvikoski, J. & Gould, R. (2014). Motivational Orientation of People Participating in Vocational Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-013-9496-z>

Helsedirektoratet (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf>

Helse – og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34, 2012 – 13). Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM201220130034000DDDPDFS.pdf>

Hernes, T. (2010). Et bakteppe. I T. Hernes, I. Heum & P. Haavorsen (Red.), *Arbeidsinkludering: Om det nye politikk – og praksisfeltet i velferds – Norge* (s.13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heum, I. (2010). Fordeling av velferdstjenester. I T. Hernes, I. Heum & P. Haavorsen (Red.), *Arbeidsinkludering: Om det nye politikk – og praksisfeltet i velferds – Norge* (s. 148-192). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hooftman, W.E., Westerman, M.J., van der Beek, A.J., Bongers, P. M. & van Mechelen, W. (2008). What makes men and women with musculoskeletal complaints decide they are too sick to go to work? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34(2), 107–122. <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1221>

Høgelund, J., Holm, A. & McIntosh, J. (2010). Does graded return-to-work improve sick-listed worker`s chance of returning to regular working hours? *Journal of Health Economics*, 29(1), 158-169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.11.009>

Iversen, L. & Christensen, U.(2002). Marginalisering og udstøting på arbejdsmarkedet. I L. Iversen, T.S, Kristensen, B.E. Holstein & P. Due (Red.), *Medicinsk sociologi: samfund, sundhed og sygdom* (s.128-152). København: Munksgaard Danmark

Josephson, M., Heijbel, B., Voss, M., Alfredsson, L., & Vingård, E. (2008). Influence of self – reported work conditions and health on full, partial and no return to work after long – term sickness absence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34(6), 430–437.

<http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1289>

Kennair, L. E. O. (2008). Generalisert angstlidelse. I T.Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s.202-222). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristensen, P., Mehlum, I.S. & Gravseth, H.M. (2009). Arbeid og yrke: Helsefremmende og helseskadelige faktorer. I J.G. Mæland, J.I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s.152 – 169). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristenson, M., Eriksen, H.R., Sluiter, J.K., Starke, D. & Ursin, H. (2004). Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science & Medicine*, 58, 1511-1522. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00353-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00353-8)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Langberg, K. Ø.(2014, 13.mai). To nye rapporter med knusende dom: Nav – reformen ga færre i jobb og flere på trygd. *Aftenposten*. Lokalisert på:

<http://www.aftenposten.no/okonomi/ANAV-reformen-ga-farre-i-jobb-og-flere-pa-trygd-7564716...>

Leeuw, M., Goossens, M.E.J.B., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K. & Vlayen, J.W.S. (2007). The Fear- Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current state of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77-94. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-006-9085-0>

Lie, S.A. (2014). *Liten effekt av grader sykemelding for raskere retur til arbeid: En kausalanalyse av registerdata for varighet av sykefravær, ulike trygdeytelser og retur til jobb*. Lokalisert på:

<https://www.nav.no/systemsider/sok/SolrDokumenterAlle/attachment/367865?ts=1438bad3d18>

Lund, R. & Due, P. (2002). Sociale relationer og helbred. I L. Iversen, T.S, Kristensen, B.E. Holstein & P. Due (Red.), *Medicinsk sociologi: samfund, sundhed og sygdom* (s.87 – 104). København: Munksgaard Danmark

Mackenbach, J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75, 761-769.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>

Magnussen, L., Nilsen, S. & Råheim, M. (2007). Barriers against returning to work- as perceived by disability pensioners with back pain: A focus group based qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 29(3), 191-197.
<http://dx.doi.org/10.1080/09638280600747793>

Magnussen, L., Strand, L.I., Skouen, J.S. & Eriksen, H.R. (2009). Long – term follow – up of disability pensioners having musculoskeletal disorders. *BMC Public Health*, 9(407), 1-6.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-407>

Malterud, K. (2010). Kroniske smerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 130(23), 2356–2359. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.09.0828>

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg.).[Oslo]: Universitetsforlaget AS.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464),1099-1104. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *British Medical Journal*, 322, 1233 - 1236. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7296.1233>

Mehlum, I.S. (2011). Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 122-125. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.0665>

Mehlum, I.S., Kristensen, P., Kjuus., H. & Wergeland, E.(2008). Are occupational factors important determinants of socioeconomic inequalities in musculoskeletal pain? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34 (4), 250–259.
<http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1269>

Melchior, M., Krieger, N., Kawachi, I., Berkman, L.F., Niedhammer, I. & Goldberg, M. (2005). Work Factors and Occupational Class Disparities in Sickness Absence: Findings From the Gazel Cohort Study. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1206–1212.

<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.048835>

Merleau – Ponty, M. (2009). *Kroppens fænomenologi: 1.del af «Perceptionens fænomenologi»*(2. utg.). Danmark: Det lille Forlag.

Mik – Meyer, N. (2011). On being credibly ill: Class gender in illness stories among welfare officers and clients with medically unexplained symptoms. *Health Sociology Review*, 20(1), 28-40. <http://dx.doi.org/10.5172/hers.2011.20.1.28>

Morken, T., Haukenes, I., & Magnussen, L.H. (2012). Attending work or not when sick – what makes the decision? A qualitative study among car mechanics. *BMC Public Health*, 12, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-813>

Müssener, U., Festin, K., Upmark, M. & Alexanderson, K. (2008). Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 805-811.

<https://dx.doi.org/102340/16501977-0259>

Müssener, U., Svensson, T., Söderberg, E. & Alexanderson, K. (2008). Encouraging Encounters: Sick – Listed Persons` Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals. *Social Work in Health Care*, 46(2), 71–87.

http://dx.doi.org/10.1300/J010v46n02_05

Newton, B. J., Southall, J. L., Raphael, J.H., Ashford, R.L. & LeMarchand, K. (2013). A Narrative Review of the impact of Disbelief in Chronic Pain. *Pain Management Nursing*, 14(3), 161 – 167. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2010.09.001>

Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452 – 460. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.X>

Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

-
- Prieur, A. (2006). En teori om praksis. I A. Prieur & C. Sestoft, *Pierre Bourdieu: En introduktion* (s.23 – 69).København: Hans Reitzels Forlag.
- Prøysen, A. (1957). *Kjerringa som ble så lita som ei teskje*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Rainville, J., Hartigan, C., Martinez, E., Limke, J., Jouve, C. & Finno, M. (2004). Exercise as treatment for chronic low back pain. *The Spine Journal*, 4, 106-115.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1529-9430\(03\)00174-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1529-9430(03)00174-8)
- Richardson, J.C. (2005). Establishing the (extra)ordinary in chronic widespread pain. *Health*, 9(1), 31-48. <http://dx.doi.org/10.1177/1363459305048096>
- Rosenlund, L. & Prieur, A. (2006). Det sociale rum, livsstilens rum – og la distinction. I A. Prieur & C. Sestoft, *Pierre Bourdieu: En introduktion* (s.115 – 155). København: Hans Reitzels Forlag.
- Saltychev, M., Laimi, K., Pentti, J., Kivimäki, M. & Vahtera, J.(2014). Short – and long-termchanges in perceived work ability after interdisciplinary rehabilitation of chronic musculoskeletal disorders: prospective cohort among 854 rehabilitants. *Clinical Rehabilitation*, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215513513602>
- Schei, E. (2006). Skam i pasientrollen. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G.H. Stang & B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 15 – 30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High – Effort / Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Soklaridis, S., Ammendolia, C. & Cassidy, D. (2010). Looking upstream to understand low back pain and return to work: Psychosocial factors as the product of system issues. *Social Science & Medicine*, 71, 1557-1566. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.017>
- Solheim, L. J. (2009). Marginalitet og sosial kapital. I R. Rønning & B. Starrin (Red.), *Sosial kapital i et velferdsperspektiv: Om å forstå og styrke utsatte gruppers sosiale forankring* (s. 58 – 70).Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Spiechowicz, J. & Hanno von, T. (2009). *Muskler I kronisk smerte: Muskelfysiologi anvendt i funksjonsrestituerende behandling av kronisk smerte*. Kolofon Forlag

Staff, P.H. & Nordahl, H.M. (2012). *Når plager blir sykdom: Kognitiv behandling ved sammensatte lidelser* (2.utg.). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget

Sterud, T. (2013). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for work disability: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(5), 468-476.

<http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.3359>

Strupstad, J.H. (2010). *Uspesifikke kroniske smertetilstander satt i en biopsykososial sammenheng og Forskjeller mellom Hernes Institutt og Attføringscenteret i Rauland, to institusjoner innen arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Utvikling av subjektiv helse, egenopplevd funksjon og frykt for smerter like før, like etter og 3 måneder etter behandling. En kvantitativ studie* (Masteroppgave). Norges teknisknaturvitenskapelige universitet[NTNU], Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Trondheim.

Svensson, T., Müssener, U. & Alexanderson, K.(2006). Pride, empowerment, and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work*, 27, 57- 65. Lokalisert på:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid==da4c=b4-3b71-4398-874a-a86da2f53bce%40sessionmgr198&vid=2hid=120>

Theorell, T. & Karasek, R.A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9–26.

<http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.9>

Trygstad, S.C. & Bråten, M. (2011). *Tilrettelegging i arbeidslivet. Kortrapport*. Fafo Institutt for arbeidslivs – og velferdsforskning (Fafo Rapport, 2011). Lokalisert på:

<http://www.faf.no/pub/rapp/20213/20213.pdf>

Turk, D.C. (2004). Understanding pain sufferers: the role of cognitive processes. *The Spine Journal*, 4, 1-7. [http://dx.doi.org/10.16/S1529-9430\(03\)00068-8](http://dx.doi.org/10.16/S1529-9430(03)00068-8)

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveito, T.H., Halvorsen, A., Lauvålien, J.V. & Eriksen, H.R. (2002). Room for everyone in working life? 10% of the employees – 82% of the sickness leave. *Norsk Epidemiologi*, 12(1), 63-68. Lokalisert på: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/519/489>

Ursin, H. (2006). Skam og psykobiologi. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G.H. Stang & B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s.155 – 160). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ursin, H. & Eriksen, H.R.(2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 567 – 592. [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)

Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2010). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 877-881. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.03.001>

Varul, M.Z. (2010). Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness. *Body & Society*, 16(72), 72-94. <http://dx.doi.org/10.1177/1357034X10364766>

Veenstra, G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada. *Health and Place*, 13(1), 14-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace2005.09.011>

Waddell, G. (2006). Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin*, 77, 55-69. <http://dx.doi.org/10.1093/bmb/ldl008>

Waddell, G. & Burton, K. (2006). *Is work good for your health and well – being?* Lokalisert på: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf

Waddell, G., Burton, K. & Kendall, N. (2008). *Vocational rehabilitation- what works, for whom, and when? (Report for the Vocational Rehabilitation Task Group)*. Lokalisert på: <http://eprints.hud.ac.uk/5575/1/waddellburtonkendall2008-VR.pdf>

Waquant, L.J.D. (1995). Pugs at Work: Bodily Capital and Bodily Labour Among professional Boxers. *Body & Society*, 1(1), 65-93. <https://dx.doi.org/10.1177/1357034X95001001005>

Wel van der, K. A., Dahl, E. & Thielen, K. (2011). Social inequalities in «sickness»: European welfare states and non-employment among the chronically ill. *Social Science & Medicine*, 73, 1608–1617. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsimed.2011.09.012>

Werner, A. (2011). Et sosiologisk perspektiv på legekonsultasjonen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 20 (131), 2032–2034. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.11.0037>

Werner, A., Isaksen, W. L. & Malterud, K. (2004). I am not the kind of woman who complains of everything: Illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social Science & Medicine*, 59, 1035–1045. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.001>

Werner, A. & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science & Medicine*, 57, 1409–1419. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00520-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00520-8)

Werner, E.L., Ihlebæk, C. M., Skouen, S. & Lærum, E. (2005). Beliefs About Low Back Pain in the Norwegian General Population: Are they Related to Pain Experiences and Health Professionals? *Spine*, 30(15), 1770-1776. Lokalisert på: <http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidwebcgi?QS2=434f4e1a73d37e8c676ec2d6238753f2a11ff9dd24a48b23501a365251da1b46a34ba42...>

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Lokalisert på: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO(2003), *Internasjonal klassifikasjon, funksjonshemming og helse*. Sosial – og helsedirektoratet. Trondhjem: Aktietrykkeriet.

Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. (2.utg.), World Health Organization. Lokalisert på: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

Williams, S.J. (2005). Parsons revisited: from the sick role to...? *Health (London)*, 9(123), 123–144. <http://dx.doi.org/10.1177/1363459305050582>

Wolkowitz, C. (2002). The social Relations of body Work. *Work, Employment and Society*, 16(3), 497–510. <http://dx.doi.org/10.1177/095001702762217452>

Ydreborg, B., Ekberg, K. & Nordlund, A. (2006). Health, quality of life social network and use of health care: A comparison between those granted and those not granted disability pensions. *Disability and Rehabilitation*, 28(1), 25–32.
<http://dx.doi.org/10.1080/09638280500165179>

Ytterborg, H. (2014). Stabilt sykefravær i 4. kvarta li 2013. Lokalisert på:
<https://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6r+-+Statistikknnotater.352313.cms>

Östlund, G., Cedersund, E., Alexanderson, K. & Hensing, G.(2001). « It was really nice to have someone»- Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 285-291.
<http://dx.doi.org/10.177/14034948010290041401>

Østerberg, D. (2003). *Skjervheim og kritikken av objektivismen. Skjervheim – forelesning 1997*. Sosiologisk årbok (s.105-124). Lokalisert på:
<http://www.sosiologiskaarbok.no/fulltekst/artikkel100.pdf>

Øverbye, E. & Hammer, T. (2006). Strategier for et inkluderende arbeidsliv. I T. Hammer & E. Øverbye (Red.), *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier* (s.11-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Øverland, S., Glozier, N., Henderson, M., Mæland, J.G., Hotopf, M. & Mykletun, A.(2008). Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK). *Occupational Environmental Medicine*, 65, 769-773.
<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2007.037861>

Øyeflaten, I., Lie, S.A., Ihlebæk, C.M. & 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. *BMC Public Health*, 12 (748).
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-748>

Vedlegg 1 Førstegangskontakt

Informasjon som blir gitt av helsesekretær ved kontakt av mulige deltakere til prosjektet:

Jeg ringer fra Hernes Institutt. Du var pasient her i 2010 og jeg har en forespørsel til deg. Har du tid et lite øyeblikk?

Vi har to ansatte som for tiden er studenter ved Høgskolen i Hedmark, master i Folkehelsevitenskap. De skal skrive en masteroppgave og trenger da noen de kan intervju.

De har lyst til å finne ut mer om hva som kan være avgjørende for at noen kommer tilbake i arbeidslivet mens andre ikke gjør det.

Kunne du tenke deg å bidra med dine erfaringer?

Dersom de svarer nei så avsluttes samtalen.

Dersom de svarer ja så fortsetter samtalen med spørsmål om de er i jobb eller ikke.

De som er i 50 % arbeid eller mer vil videre få spørsmål om det er greit at Therese Otterlei ringer for å gjøre en nærmere avtale.

De som ikke er i jobb i det hele tatt vil få spørsmål om det er greit at Linda Røset ringer for å gjøre en nærmere avtale.

Før samtalen avsluttes vil det presiseres at deltagelsen er frivillig og at denne samtalen ikke forplikter de å delta. I tillegg opplyses det om at alle opplysninger vil bli anonymisert.

Alle vil i tillegg få beskjed om at vil bli sendt skriftlig informasjon om studiene samt en samtykkeerklæring som må underskrives før intervjuet.

Vedlegg 2 Intervjuguide

1. Kan du fortelle litt om en vanlig dag i livet ditt slik som det er nå?
 - Hvilke rutiner har du?
 - Hva liker du best å gjøre?
 - Hva skulle du gjerne hatt tid/mulighet til å gjøre?
 - Hva gjør vennene dine/ familien din?
2. Hvis du tenker tilbake, hva tror du var forklaringen eller årsaken til at du ble sykemeldt i utgangspunktet? (Hva tenker du bidro til at plagene du opplevde ble så omfattende?)
 - Tror du noe kunne vært gjort annerledes for å hindre at du ble sykemeldt?
3. Kan du beskrive hvordan det har vært fra du ble sykemeldt første gang og frem til i dag?
 - Hva har vært det viktigste i denne tiden?
 - Noe som har forandret seg?
4. Kan du fortelle om hva du mener har vært avgjørende for at du ikke er tilbake i jobb i dag?
 - Hvilke erfaringer har du med arbeidsgiver? Kolleger? Fortsatt kontakt?
 - Hvordan har du opplevd møtet med NAV?
5. Kan du fortelle litt om oppholdet på Hernes Institutt/ Hva husker du fra oppholdet på Hernes Institutt?
 - Opplevde du at noe forandret seg da du var der?
 - I tilfelle hva forandret seg/hvordan merket du forandring?
 - Opplever du at den endringen har vedvart etter oppholdet?
 - Hva opplevde du som det viktigste for deg under oppholdet?
 - Hvordan har den tingen/hendelsen påvirket deg?
6. Kan du fortelle litt om hva som skjedde etter oppholdet?
 - Fulgt opp av arbeidsgiver?
 - Fulgt opp av NAV?
 - Tiltak for å hjelpe deg tilbake i jobb?
7. I hvilken grad vil du si at oppholdet på Hernes Institutt har påvirket hverdagen din nå i ettertid?
8. Hva tenker du skal til for at du skal komme tilbake i jobb?
9. Hva ville endret seg hvis du hadde fått endelig beskjed om at du skal /ikke skal tilbake i jobbe?
10. Er det noe mer du vil tilføye til det du har sagt?

Vedlegg 3 Informasjonsskriv

Dette er et prosjekt i forbindelse med masterstudie i Folkehelsevitenskap ved Høgskolen i Hedmark. Målet med studien er å få kunnskap om hindringene man kan møte på vei tilbake til arbeidslivet. Hvilke erfaringer og opplevelser har vært viktige underveis og frem til i dag, tre år etter et opphold på rehabiliteringsinstitusjon.

For å få innsikt i disse erfaringene og opplevelsene, vil samtalen forløpe som et intervju. Du bestemmer selv hvor mye du har lyst til å fortelle. Intervjuet vil ta fra 30 – 90 minutter. Da er du ferdig med din deltagelse. Samtalen vil bli tatt opp på lydopptaker.

Informasjonen du gir under intervjuet skal *kun* brukes som beskrevet i hensikt med studien. Alle opplysninger du gir vil behandles konfidensielt og vil bli behandlet uten navn. Etter at prosjektet er avsluttet 30.06.2014 vil alle innsamlede data slettes.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres i en masteroppgave.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser og personopplysninger vil anonymiseres. Dersom du ønsker å delta, undertegner du vedlagte samtykkeerklæring. Denne må signeres og leveres undertegnede i forkant av intervjuet.

Dersom du skulle ønske å trekke deg, eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Linda Røset på mobil: 41450687, eller veileder og daglig ansvarlig for prosjektet Eivind Åsrum Skille på tlf: 62430054

Vennlig hilsen

Linda Røset

Vedlegg 4 Samtykkeerklæring

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se nærmere på hvordan det oppleves å stå utenfor arbeidslivet – og hvilke erfaringer og opplevelser som har vært avgjørende i forløpet frem til i dag, tre år etter et opphold ved en rehabiliteringsinstitusjon.

Studien vil i stor grad bygge på de erfaringer og tanker du som deltaker trekker frem under samtale med undertegnede. Samtalen vil ta form som et intervju, hvor du står fritt til å svare så omfattende du vil på åpne spørsmål relatert til tema rundt din prosess. Samtalen vil bli tatt opp på lydopptaker. Deretter vil samtalen bli avspilt og nedskrevet så ordrett som overhodet mulig. Lydopptaket vil bli slettet når studien er ferdig, og oppgaven er levert.

Den informasjonen som fremkommer under intervjuet vil bli anvendt og publisert på en slik måte at det ikke vil være mulig å finne tilbake til deg.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser. Dersom du ønsker å delta, undertegner du nedenforstående samtykkeerklæring. Skulle du senere ønske å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Linda Røset på telefon 41450687.

Vennlig hilsen

Linda Røset

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

--

Vedlegg 5 Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Eivind Åsrum Skille
Institutt for idrett og aktiv livsstil Høgskolen i Hedmark, campus Elverum
Postboks 400
2418 ELVERUM

Havard Hårfages gate 29
N-5017 Bergen
Norway
tel: +47 55 58 21 17
fax: +47 55 58 96 90
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 985 321 884

Vår dato: 22.10.2013

Vår ref: 35577/2/MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.09.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 12.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35577	<i>Tiltværelsen uten arbeid. Hva er avgjørende for at den langtidssykemeldte ikke kommer tilbake i arbeidslivet? - En kvalitativ studie av pasienters erfaringer 3 år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Eivind Åsrum Skille
Student	Linda Roset

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, 30.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 11 07. kjate.svarvalhet@ntnu.no
BIRMINGHAM: NSD 591, Universitetet i Birmose, 9037 Edmest. Tel: +47 77 64 41 36. nsd@uab.ac.uk

Vedlegg 6 Tilbakemelding fra REK sør-øst

Fra: post@helseforskning.etikkom.no [mailto:post@helseforskning.etikkom.no]
Sendt: 10. oktober 2013 12:19
Til: Linda Røset
Emne: Sv: REK sør-øst 2013/1726 Tilværelsen uten arbeid.

Hei.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurdering for ovennevnte prosjekt, mottatt 30.09.2013. Henvendelsen er nå vurdert av leder i REK sør-øst C.

I henvendelsen beskrives formålet med prosjektet slik: "Formålet med prosjektet er imidlertid ikke å diagnostisere eller behandle. Formålet er i hovedsak å gi informasjon tilbake til Hernes Institutt - og fagmiljøet innen Arbeidsrettet Rehabilitering ."

Komiteen deler denne oppfatningen av prosjektet, som dermed ikke er å betrakte som medisinsk eller helsefaglig forskning, slik dette forstås i helseforskningslovens § 4.

Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 2.

Prosjektet kan gjennomføres uten REK-godkjennig.

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Mvh

--

Tor Even Svanes
seniorrådgiver

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst C
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 55 21
Besøksadresse: Nydalen Allé 37b, Nydalen, 0424 Oslo.
<http://helseforskning.etikkom.no>