

Bodil Aarmo Brenne

Master's thesis in Health Science

***“Support, will and identity”*. Working life and chronic musculoskeletal pain.**

NTNU, Trondheim, January 2012

SUMMARY

The purpose of this study is to look at what enables people with chronic musculoskeletal pain to come back and continue working after long-term sick leave in spite of chronic pain. By increasing the knowledge within the area of employment and health, the health promotion and preventive resources can be optimally utilized.

The study has a qualitative approach and exploratory design. It has used a hermeneutic phenomenological approach, and data were analyzed by interpretive phenomenological analysis (IPA). The study is based on data from seven respondents, five women and two men. All informants had chronic musculoskeletal pain, had been long-term sick (for eight weeks or more) and had participated in a rehabilitation stay two to six years before the time of the interview. All participants had returned to professional work again.

The main findings of the study: *"Rehabilitation as a turning point"*, *"The system as a supporter"* and *"Will and fight"* demonstrated that getting back to work or not for people with chronic musculoskeletal pain depends on the personality as well as various aspects in the persons environment. These factors have individually or through various relationships influenced the return to work. This emphasizes the need for an individual approach, a comprehensive understanding and facilitation for what will help the individual to succeed.

The study confirms previous research in the area when it comes to the need for recognition, knowledge and a strengthened self- esteem and the importance of the impact of social support. The study emphasizes, however, the burden the individual person with chronic musculoskeletal pain carries every day, and the determination underlying the efforts to be gainfully employed. The will to be in professional work seems to ennoble the ability, and is strongly linked to the value of work and meaning. The value of the work itself and the identity verification professional work has, seem to be essential for the informants.

Bodil Aarmo Brenne

Mastergradsoppgave i Helsevitenskap

“Medspillere, vilje og identitet”. Arbeidsliv og kroniske muskel- og skjelettsmerter.

NTNU, Trondheim, Januar 2012

SAMMENDRAG

Hensikten med studien er å se på hva det er som gjør at personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter kan komme tilbake og fortsette i arbeidslivet igjen etter langtidssykmelding på tross av kroniske smerter. Ved å øke kunnskapene innen området arbeidsliv og helse, vil helsefremmende og forebyggende ressurser best kunne utnyttes.

Studien har en kvalitativ tilnærming, og har eksplorerende design. Det er anvendt hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, og data er analysert ved fortolkende hermeneutisk analyse (IPA). Studien bygger på data fra sju informanter, fem kvinner og to menn. Alle informantene hadde kroniske muskel- og skjelettsmerter, hadde vært langtidssykmeldte (i åtte uker eller mer) og hadde deltatt på et rehabiliteringsopphold to til seks år før intervjuetidspunktet. Alle var tilbake til yrkesaktivt arbeid igjen.

Hovedfunnene i studien: ”Rehabiliteringen som vendepunkt”, ”Systemet som medspiller” og ”Vilje og kamp” har vist at å komme tilbake til arbeidslivet eller ikke for personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter avhenger av både personlige forhold så vel som ulike forhold i personenes omgivelser. Disse faktorene har hver for seg eller gjennom ulike sammenhenger påvirket tilbakekomst til arbeidslivet. Dette understreker behovet for individuell tilnærming, for en helhetlig forståelse og tilrettelegging for hva som vil bidra til at den enkelte lykkes.

Studien sammenfaller med tidligere forskning innen området når det gjelder behov for anerkjennelse, kunnskaper og styrket selvbilde og den sosiale støtten betydning. Studien understreker imidlertid byrden den enkelte person med kroniske muskel- og skjelettsmerter bærer hver dag og for den vilje som ligger til grunn for å kunne være yrkesaktiv. Viljen til å være i yrkesaktivt arbeid ser ut til å adle evnen, og er sterkt knyttet til arbeidets verdi og mening. Arbeidets verdimeslige betydning og den identitetsbekreftelse yrkesaktivt arbeid har for informantene ser ut til å være helt sentralt.

Forord

Punktum for masteroppgaven er satt, og det kjennes både godt og rart. Rart fordi den har okkupert tankevirksomheten en lengre periode, og godt fordi det betyr frihelger og måloppnåelse.

En stor takk til Ester Indergård på Smednes Trivselsgård og Christina Hilmarsen på Røros Rehabiliteringssenter for å åpne veien til informantene.

Tusen takk til informantene som villig stilte opp og gav meg sin historie. Uten dere hadde ikke denne studien blitt realisert. Jeg håper jeg gjennom forskningsprosessen har ytt deres opplevelser og erfaringer rettferdighet og dermed blitt tilliten verdig.

Tusen takk til min veileder førsteamanuensis John- Arne Skolbekken for tilgjengelighet underveis i prosessen. Takk for at du gjennom din veiledning har vært døråpner for min forståelse av forskningsprosessen, og at du hele tiden har stilt spørsmålene som ledet meg framover.

Takk til ledere og kolleger ved Høgskolen i Nord- Trøndelag, avdeling helsefag, for tilrettelegging, heiarop og interesse hele prosessen. Spesielt takk til Hildfrid V. Brattås for gode spørsmål og åpen kontordør.

Studentfirkløveret har vært uunnværlig. Rita, Ann- Mari og Heidi: tusen takk for alle diskusjoner på Dragvoll og ulike kafeer. Spesielt takk til deg Heidi for fellesskapet i innspurten, for din skarpe hjerne og varme hjerte!

Kjære Maria og Henrik – takk for gode klemmer, og at dere gjennom bare å være til har lært meg om hva livet egentlig handler om. Dere har vært tålmodige og bare sendt meg gode ord når jeg skulle på kontoret for å jobbe med ”masterleksa”. Nå blir det helgefri igjen!

Tusen takk Karl Håvard for at du alltid har vært positiv til masterprosjektet mitt. Takk for at du i høst har sørget for middag på bordet og stabilitet i heimen.

Levanger, Januar 2012

Bodil Aarmo Brenne

*"Health is not bought with a chemist's pill
Nor saved by the surgeon's knife
Health is not the absence of ill
But the fight for the fullness of life".*

Piet Hein (1988)

INNHold

SUMMARY in English

SAMMENDRAG

Forord

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for oppgaven	1
1.2	Hensikt og problemstilling	4
2.0	TEORETISK REFERANSERAMME	6
2.1	En biopsykososal forståelseshorisont på sykdom, helse og livskvalitet.....	6
2.2	Smerte.....	9
2.2.1	Smerteopplevelse og nocisepsjon	9
2.2.2	Akutt og kronisk smerte	10
2.2.3	Smerte som fenomen.....	11
2.2.4	Smerte som stress.....	11
2.3	Mestringsstrategier	12
2.3.2	En salutogen orientering	13
2.3.3	Resiliens.....	17
2.3.4	Empowerment og helsefremmende læring	20
2.3.5	Lærings- og endringsprosesser	20
2.3.6	Læringsmodeller for forståelse av læring	23
3.0	METODISK TILNÆRMING	25
3.1	Vitenskapsteoretisk ståsted og metode	25
3.1.1	Fortolkende fenomenologisk analyse	26
3.2	Min rolle og forforståelse som forsker	27
3.3	Etikk.....	28
3.4	Veien til informantene	30
3.4.1	Om informantene	32
3.5	Gjennomføring av undersøkelsen	33
3.6	Troverdighet og kritisk vurdering.....	34
3.7	Validitet og reliabilitet i analysearbeidet.....	35

4.0 PRESENTASJON AV HOVEDFUNN OG DISKUSJON	39
4.1 HOVEDFUNN: Rehabiliteringsoppholdet som vendepunkt	40
4.1.2 Det gamle	41
4.1.3 Det nye: Å bli tatt på alvor.....	41
4.1.2 Nye kunnskaper og styrket selvbilde	44
4.1.3 Mestringsstrategier.....	45
4.1.4 Prosessen tilbake til arbeidslivet.....	46
4.1.5 Balansekunsten	47
4.2 Diskusjon til hovedfunn: Rehabiliteringsoppholdet som vendepunkt.	49
4.2.1 Å bli anerkjent.....	49
4.2.2 Nye kunnskaper	49
4.2.3 Mestringsstrategier og balanse.....	52
4.3 HOVEDFUNN: Systemet som medspiller	56
4.3.1 Døråpnerne.....	56
4.3.2 Vedlikeholdsnøkler: Arbeidsplassen	57
4.3.3 Vedlikeholdsnøkler: Nærmeste leder.....	59
4.3.4 Vedlikeholds nøkler: Ektefelle, familie og venner	60
4.3.4. Vedlikeholdsnøkler: Mosjon og hobbyer.....	61
4.4 Diskusjon til hovedfunn: Systemet som medspiller	62
4.4.1 Døråpnere.....	63
4.4.2 Tilgjengelige støttespillere som vedlikeholdsnøkler.....	65
4.5 HOVEDFUNN: Vilje og kamp	68
4.5.1 Aksept av smertens byrde og vilje til å kjempe	68
4.5.2 Identitet	71
4.7.1 Arbeidets verdi og mening.....	71
4.6 Diskusjon til hovedfunn: Vilje og kamp	73
4.6.1 Vilje og kamp, verdi og mening	75
4.6.2 Anerkjennelse og identitet	76
5.0 OPPSUMMERENDE DISKUSJON	79
5.1 Veien videre.....	81
REFERANSER	83
VEDLEGG	91

- Vedlegg 1 Godkjenning fra Regional Etisk komité (REK)**
- Vedlegg 2 Tilråding fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (SND)**
- Vedlegg 3 Forespørselsbrev til Smednes Trivselsgård**
- Vedlegg 4 Forespørselsbrev til Røros Rehabiliteringssenter**
- Vedlegg 5 Intervjuguide**
- Vedlegg 6 Forespørsel og informasjonsskriv til informanter**
- Vedlegg 7 Samtykkeskjema til deltakelse i studien**

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Forholdet mellom sykmelding og å komme tilbake til arbeidslivet etter sykmelding har i de senere årene fått stor oppmerksomhet i form av å identifisere ulike årsaker til sykefravær. Sammenhenger mellom arbeidsplassen, arbeidsforhold, den sykmeldte og ulike årsaker til sykefravær er studert.

Å komme tilbake til arbeid eller ikke avhenger av ulike faktorer, som hver for seg eller sett i ulike sammenhenger vil påvirke tilbakekomst til arbeidslivet etter langtidssykmelding (Aas 2009). En oversiktsstudie fra 2002 knyttet til tilbakekomst til arbeidslivet etter rehabilitering viser at høy alder, lav utdanning, liten sosial støtte, lite sosialt nettverk og manglende familiestruktur var faktorer som hemmet vellykket tilbakekomst til arbeidslivet. I tillegg ble sykdomsgrad, kjønnsforskjeller, kultur, selvtillit, livskvalitet og opplevelse av kontroll også knyttet til om tilbakekomst til arbeidet ble vellykket eller ikke (Selander, Marnetoft, Bergroth & Ekholm 2002). En studie av Krokstad, Johnsen og Westin (2002) støtter dette og viser hvilke ikke- medisinske faktorer som betyr mest for antall uføretrygdede i samfunnet. Lav utdanning, lav yrkesstatus, liten mulighet til medbestemmelse i yrkeslivet og negativ helseoppfatning er alle viktige faktorer.

Muskel- og skjelettplager er den største sykefraværsårsaken i Norge (NAV 2011a). Det er både fysiske og psykososiale forhold som er årsaker til sykefravær ved muskel- og skjelettplager. Fysiske faktorer knyttes til fysisk tungt og manuelt arbeid, uhensiktsmessige stillinger og belastende bevegelser. Psykososiale faktorer knyttes til jobbtilfredshet, kontroll over egen arbeidssituasjon, sosial støtte og innflytelse på egen arbeidssituasjon. Andre individuelle forhold er blant annet ulike mestrings- strategier, ulik opplevelse av stress, smerteatferd, selvopplevd helse og livsstil (National Research Council and Institute of Medicine 2001). Funn etter en gjennomgang av internasjonal forskning om arbeidsmiljøets betydning for helsen gjort av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) påpeker mange av de samme faktorene, og beskriver at både psykologiske og sosiale forhold i arbeidet kan gi økt risiko for sykdom og opplevelse av dårlig helse. Forhold som overtid, nedbemanning, lav kontroll over egen arbeidssituasjon, lav sosial støtte, kombinasjonen høye jobbkrav med lav kontroll og lav sosial støtte, ubalanse mellom anstrengelse og belønning og lite oppmuntrende

og støttende klima går igjen som risikofaktorer for ulike helseproblemer (STAMI 2004). En studie av Labriola (2006) sammenfaller også med dette, der funnene viste at lav innflytelse på arbeidet, lav støtte fra overordnede og lav ledelseskvalitet predikerte langtidssykefravær. For personer med muskel- og skjelettlidelser er det i følge Foss og Skyberg (2006) lav kontroll over egen arbeidssituasjon den faktoren som gir størst risiko for sykefravær. Forhold knyttet til livssituasjon utover arbeidsliv er beskrevet i en studie fra Sverige, der funnene viser at negative effekter av langtids sykefravær hovedsakelig knyttes til fritidsaktiviteter, søvn og psykisk velvære (Floderus, Gøranson, Alexanderson & Aronsson 2005). De ulike forskningsresultatene indikerer at det er sammensatte faktorer som kan forklare årsaker til sykefravær og hvorvidt personer kommer tilbake til arbeidslivet etter langtidssykmelding eller ikke (Hedlund, Wendelborg, Brataas & Landstad 2005).

Sykefraværet i Norge og mange andre vestlige land er beskrevet som uønsket høyt (SSB 2011a; Selander, Marnetoft, Bergroth & Ekholm 2002). Sykefraværet i Norge har siden 2000, med noen variasjoner, vært relativt stabilt, med unntak av et fall i sykefraværet i 2004. Fallet kan forklares med effekten av avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv som ble innført i 2001, og at det i 2004 kom regelendringer knyttet til bruk av aktiv sykmelding (Bye, Berge & Næsheim 2010).

Det totale sykefraværet i Norge var 6,5 % i 2. kvartal 2011, som er en økning på 2,5 % sammenlignet med samme periode i 2010 (SSB 2011a). Sykefraværet er høyest innen helse- og sosiale tjenester og varehandel, men øker i 15 av 18 næringer fra 2. kvartal i 2010 til 2. kvartal i 2011 (NAV 2011a). Varigheten i sykefraværet varierer fylkesvis, og har gått ned 0,7 % fra 2. kvartal 2009 til 2. kvartal 2010. Imidlertid varierer sykefraværets varighet innenfor samme diagnose mellom fylkene, noe som peker i retning at det også er forhold utenfor selve diagnosen som kan forklare sykefraværet og dets varighet (NAV 2011a).

Muskel- og skjelettplager er den klart hyppigste årsaken til sykefravær og uføretrygd i Norge, og i 2. kvartal i 2011 representerte dette i alt 40,7 % av sykefraværsdagene. Psykiske lidelser representerte til sammenligning med 19,8 % av sykefraværsdagene den nest største gruppen som sykefraværsårsak (NAV 2011a). Under Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag – HUNT 2, svarte 45 % at de hadde kroniske muskel- og skjelettplager (som var definert som sammenhengende smerter/ubehag i minst 3 måneder siste året). Data fra HUNT 2, dokumenterer høy forekomst av kroniske muskel- og skjelettplager i befolkningen, og at disse plagene i stor grad påvirker arbeidsevnen. En av fire med kroniske muskel- og skjelettplager

anga at de hadde hatt sykefravær siste året på grunn av disse plagene, og 9 av 10 angav redusert arbeidskapasitet (Svebak, Hagen & Zwart 2006). De fleste som rapporterer kroniske smerter i muskler og skjelett rapporterer smerter fra flere områder i kroppen (Ihlebak, Brage, Natvig & Bruusgaard 2010).

Flere tiltak er satt i gang for å redusere sykefraværet, og da avtalen om ”Inkluderende arbeidsliv” ble innført i 2001 var målet med avtalen å skape et arbeidsliv med plass til alle som vil og kan arbeide (NAV 2011c). Bakgrunnen for avtalen kom som tiltak mot en utvikling der stadig flere gikk ut av arbeidslivet og over på trygdeordninger. Avtalen er flere ganger evaluert og videreført, og den siste avtalen har en varighet til 31. desember 2013. Det ble i 2007 og i 2011 gjort endringer i folketrygdloven for å sikre tettere oppfølging av sykmeldte. Det slås fast at arbeidsplassen er den viktigste arenaen for forebygging og oppfølging av sykefravær, og at arbeidsgiver har hovedansvaret for tilrettelegging og å følge opp den sykmeldte. Arbeidstaker plikter å samarbeide om å finne løsninger for tilbakekomst til arbeidslivet (NAV 2011b). Både NAV og spesialisthelsetjenesten har spesielle tilbud for å få sykmeldte tilbake i jobb. Den enkelte arbeidsgiver og arbeidsplass har etter lovendringene større grad av ansvar for oppfølging, vurdering og tilrettelegging av den sykmeldte etter dette, og sanksjoner kan iverksettes om reglene ikke følges opp av partene (ibid).

Å være i arbeid er en viktig helseskapende faktor for de fleste, blant annet fordi det gir en stabil inntekt og gir en opplevelse av å være til nytte. Arbeidslivet i dag er preget av et økende krav til effektivitet og fleksibilitet både når det gjelder arbeidets form og innhold, og krav til tilegnelse av ny kompetanse. Dette gir økende utfordringer i forhold til det å være i arbeid for mange arbeidstakere, og personer med ulike kroniske plager vil være spesielt sårbare (Helsedirektoratet 2010).

I Stortingsmelding 16 (HOD 2002-2003) ”Resept for et sunnere Norge” finner vi en dreining av helsepolitikken som går i retning av ”å forebygge mer for å reparere mindre”. Vi ser i dag et endret sykdomsbilde enn det vi gjorde for noen tiår tilbake. Flere har livstilssykdommer og flere lever med kroniske og sammensatte sykdommer og lidelser enn før. En helseforståelse der god helse ikke bare ses på som fravær av sykdom, er sentral. En helhetlig tenkning rundt personen der helsefremmende faktorer knyttet til god helse er viktig i det helsefremmende arbeidet og ved forebygging av sykdom og plager.

1.2 Hensikt og problemstilling

Problemstilling som er valgt for studien er:

Hva er av betydning for personer med kroniske muskel - og skjelettsmerter for at de kan komme tilbake og fortsette i arbeidslivet etter langtidssykmelding?

Vi vet mye om årsaker til sykefravær, og temaet forskes fortsatt på i stor utstrekning. Knyttet til dreiningen mot forebygging som er beskrevet i Stortingsmelding 16 (HOD 2002-2003) kan spørsmålet ”hva er det som gjør at folk kan oppleve god helse?” stilles. Hva er de helsefremmende faktorene, og i denne sammenhengen hva er det som kan føre til arbeidsnærvær før arbeidsfravær? På tross av en utbredt forskning knyttet til temaet arbeidsliv, sykmelding og sykdom, kan det på bakgrunn av sykefraværstatistikken se ut som om fenomenet tilbakekomst til arbeidslivet etter langtidssykmelding ikke er godt nok beskrevet. Et godt og inkluderende arbeidsliv innebærer at personer med ulik funksjonsevne og ulike forutsetninger skal kunne være en del av arbeidslivet. Et skifte av fokus bort fra å fokusere på årsaker til fravær og negative forhold, mot ressurser og det som kjennetegner forhold der arbeidsdeltakelse opprettholdes vil kunne gi nye svar.

For å finne hva som er gjort fra før på forskning innen temaet gjorde jeg litteratursøk etter litteratur og forskning på valgt tema både før forskningsspørsmålet ble valgt og flere ganger underveis i forskningsprosessen. Litteratursøkene ble gjort i BIBSYS, Publine, Medline, ISI Web of Science, Atekst, og PsycInfo. Nøkkelord ved søkene var: chronic pain, chronic muskoskeletal pain, sick leave, long- term sick workers, work reentry, coping, return to work, work ability, positive psychology, og kombinasjoner av disse. Jeg har også brukt pensum fra masterstudiet, referanselister fra aktuelle bøker, samt brukt litteratur etter tips fra studievenner og kolleger.

Det er i de senere årene forsket i økende grad på mestring av sykdom, helsefremmende arbeidsmiljø, tverrfaglig rehabilitering og friskfaktorer knyttet til tilbakekomst til arbeidslivet etter langtidssykmeldinger (Lillefjell & Jakobsen 2007), tilbakekomst til arbeid for kvinner etter langtidssykmelding (Åhrberg, Landstad, Bergroth & Ekholm 2010), og forklarende faktorer for tilbakekomst til arbeidslivet etter rehabilitering (Landstad, Wendelborg & Hedlund 2009; Lillefjell, Krogstad & Espnes 2006). Å komme tilbake til arbeidslivet etter langtidssykmelding har vist seg å være avhengig av individuelle og kognitive faktorer (Reme, Hagen & Eriksen 2009). At langtidssykmeldte opplever seg hørt i rehabiliteringsprosessen ser ut til å være sentralt (Selander, Marnetoft, Bergroth & Ekholm 2002; Löfgren, Ekholm &

Öhman 2006). En studie av personer med kroniske smerter viste at mange var i jobb på tross av smertene, men at effektivitet og arbeidsevne ble påvirket (Blyth, March, Nicholas & Cousins 2003). Dette indikerer at sykefraværet ikke bare kan knyttes til sammenhenger mellom arbeidet og smerter. Ulike utfordringer knyttet til medisinske og administrative forhold, arbeidskapasitet og personlige ressurser er påpekt, og viser at området er komplekst (Hedlund, Landstad & Wendelborg 2007).

Det er beskrevet at sykefraværet i Norge fortsatt er uønsket høyt. Uavhengig av fylkesvise variasjoner mellom sykefraværet knyttet til ulike sektorer/ næringer, kjønn eller varighet, er diagnoser inne gruppen muskel- og skjelettlidelser den klart største gruppen for sykefravær (NAV 2011a). I denne studien er personer med muskel- og skjelettlidelser valgt på bakgrunn av dette. Som en avgrensing er kroniske muskel- og skjelettsmerter valgt som diagnosegrupper, på bakgrunn av sammenhenger til sykefravær og funksjonspåvirkning (Svebak, Hagen & Zwart 2006). Kronisk smerte er et multidimensjonalt fenomen karakterisert med funksjonsbegrensinger og økende bruk av helsetjenester, og at det er påpekt behov for mer forskning knyttet til temaet arbeidsliv og helse (Lillefjell, Krogstad & Espnes 2006). Dette legitimerer videre forskning på området, og spørsmålet er om det er mulig å identifisere hva det er som gjør at noen på tross kroniske muskel- og skjelettsmerter kommer tilbake etter langtidssykmelding og fortsetter i arbeidslivet.

Å forsøke å finne eventuelle kjennetegn, helseressurser eller faktorer som virker positivt til at personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter lykkes i å komme tilbake, og fortsette i arbeidslivet etter langtidssykmelding er interessant. Dette både for å styrke bredden i forskningsfeltet når det gjelder arbeidsliv og helse, og for å få fler kunnskaper om tilbakegang til arbeid etter sykmelding. Hvis det er slik at slike kjennetegn eller faktorer finnes, kan det arbeides forebyggende og helsefremmende gjennom å sette ressurser og fokus inn mot å støtte opp under disse faktorene hos de som er sykemeldt, og for å forebygge sykmeldinger.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Ved valg av teoretisk referanseramme for tolkning av data, kan dette skje med utgangspunkt i teorien og forskerens teoretiske ståsted eller på bakgrunn av det som kommer frem under analyse av dataene (Thagaard 2006). I studien ble induktiv tilnærming benyttet, og teorien som er valgt for analyse og tolkning av data er valgt på bakgrunn av det informantene fortalte. På tross av en induktiv tilnærming vil forforståelsen spille inn, og slik kan deler av den teoretiske referanserammen være preget av denne, fordi forforståelsen blant annet påvirket intervjuguiden som var utgangspunkt for datainnsamlingen. Forforståelsen er utover dette forsøkt holdt i bakgrunnen ved valg av teori.

Innledningsvis vil forståelsen av sykdom, helse og livskvalitet defineres. En biopsykososal forståelseshorisont bringes inn og defineres. Det finnes ulike forklaringer på hva smerte er, og dette diskuteres videre. Smerteopplevelse, nocisepsjon og kronisk smerte klargjøres. Smerte som fenomen og smerte som stress diskuteres og defineres.

Mestring av ulike påkjenninger vil kreve ulike tilnæringsstrategier, og vil være et resultat av ulike prosesser. Her bringes en salutogen orientering inn. Salutogenese ble først presentert av Aron Antonovsky i 1979, og senere videreutviklet. Den salutogene paraplyen (Lindström & Eriksson 2010) er et eksempel på denne videreutviklingen, og er valgt som overordnet forklaring på mestringsteorier fordi den favner sammenfallende teorier og begreper som knyttes til salutogen tenkning og fokus på psykososiale ressurser som kan bidra til fremming av helse og livskvalitet. Ut fra denne ”paraplyen” er *Sense of Coherence*, *Resiliens* og *Empowerment* valgt som utgangspunkt for mestringsteori.

Å mestre ulike påkjenninger, og å komme seg etter hendelser knyttes til lærings- og endringsprosesser. Kontrollplassering (*locus of control*) og mestringstro (*self efficacy*) er begreper som knyttes til slike prosesser, og disse forklares.

Til slutt klargjøres forståelsen av læring knyttet til modell læring og erfaringslæring.

2.1 En biopsykososal forståelseshorisont på sykdom, helse og livskvalitet

For å forstå hvordan sykdom og smerter kan oppleves må individets opplevelse av tilstanden og den konteksten individet befinner seg i beskrives (Espnes & Smedslund 2009). Den

biopsykososiale modellen som forklaring på helse og sykdom (Engel 1977), ble lansert som et generelt alternativ til det biomedisinske synet som kan sies å ha vært rådende som forklarende modell for helse og sykdom. Den biopsykososiale modellen til Engel er knyttet til generell systemteori, og innehar nivåer fra atomer og celler til samfunn og biosfære. Det biomedisinske synet på helse og sykdom har vært kritisert for en reduksjonistisk forståelse og sykdom som avvik fra en biologisk norm. Engel argumenterte for at hvert enkelt nivå ikke kunne forstås adskilt men kun som elementer som påvirker hverandre gjensidig i et hierarkisk system. Samtidig som hvert nivå har sine lover og logikk finnes det grunnleggende prinsipp og lover for systemet som helhet. Denne modellen må forstås som en grov forståelsesramme, og som et utgangspunkt for videre hypoteser om sammenhenger (Falkum, Borge & Martinsen 2011).

Den biopsykososiale *sykdomsmodellen* representerer en helhetlig tenkemåte i forhold til hvordan sykdom oppstår og hva som påvirker helsen (Espnes & Smedslund 2009). Modellen viser viktige faktorer og systemer i helseutvikling, og inneholder åndelige, biologiske, sosiale, psykologiske og miljømessige faktorer og systemer som kan forklare helseutvikling. Gjennom den helhetlige tenkningen viser modellen til et økt fokus på forebygging. Helsefremmende arbeid har i de 10-15 siste år fått mer fokus, og tankegangen er at det skal fokusere mer på hvordan mennesker best mulig kan bevare og fremme helsen gjennom livet, mer enn å fokusere på sykdom og å forebygge denne. Å kunne komme tilbake til arbeid igjen etter langtids sykefravær på grunn av muskel- og skjelettsmerter har vist seg i stor grad å ha sammenheng med individuelle faktorer (Reme, Hagen & Eriksen 2009). Samtidig har det vist seg at det kan finnes manglende forståelse og ulike utfordringer i hjelpeapparatet knyttet til individuell tilnærming rundt tilbakekomst til arbeidslivet etter sykefravær (Hedlund, Landstad & Wendelborg 2007). Dette aktualiserer økt fokus inn mot individuell tilnærming i det helsefremmende arbeidet.

Det finnes ulike meninger om hva god helse er, og mange har definert helse. Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerte helse i 1948 som ”*a state of physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity*”. Definisjonen har med seg en helhetlig tilnærming knyttet til fysiske, psykiske og sosiale forhold, men har fått mye kritikk blant annet fordi den beskriver en idealtilstand på hva helse er (WHO 1948; Espnes & Smedslund 2009). Helse kan være ulikt og individuelt. En studie om helsebegrepet i Norge viser at folks opplevelse av hva helse er kan knyttes til trivsel, likevekt, tilpasning, helhet,

funksjon, bevegelse mot mål, fravær av tanker om helse, livskraft og fravær av sykdom (Fugelli & Ingstad 2009).

Helsefremming er definert av WHO i Ottawa Charteret som

“The process of enabling people to increase control over, and to improve, their health, to reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being” (WHO 1986).

Forbedring av helse knyttes til begrepet helsefremming, som er en prosess som fokuserer på positive, dynamiske og styrkeaspektene knyttet til menneskets helse (WHO 1986; Lindström & Eriksson 2010). Hovedmålet med helsefremming er å sette enkeltpersoner og lokalsamfunn i stand til å ta kontroll over faktorer avgjørende for deres helse og slik forbedre deres helse for at de skal kunne være i stand til å leve et aktivt og produktivt liv (WHO 1986) og å styrke menneskene til aktive deltakere i eget liv (Askheim & Starrin 2007).

Livskvalitet kan defineres som ”enkeltpersoners subjektive opplevelse av å ha det godt eller dårlig” (Mastekaasa, Moum, Næss & Sørensen 1988). Forskning på livskvalitet har vist at sosioøkonomisk status, kjønn, bosted ikke har direkte sammenheng med lykke eller opplevd livskvalitet. Mennesket kan være alvorlig syk eller være i en vanskelig situasjon og likevel rapportere tilfredshet med livet (Espnes & Smedslund 2009; Fugelli & Ingstad 2009).

Livskvalitet er generelt sett et uttrykk for hvordan personen har det sosialt, psykisk og fysisk, og er beskrevet som psykisk velvære (Næss 2001). Hvordan en person opplever at han har det påvirkes av forventninger fra en selv og fra omgivelsene. Slik er fravær av sykdom ikke en garanti for et godt liv. Forskning rundt folks syn på helse har vist at det mer vil komme an på hvordan du tar det enn hvordan du har det (Fugelli & Ingstad 2001; Fugelli & Ingstad 2009). Opplevd helse er ofte benyttet som et tilnærmet likt begrep som livskvalitet (Espnes & Smedslund 2009).

2.2 Smerte

Mange har forklart hva smerte er, og de ulike definisjoner som finnes er alle preget av forfatterens bakgrunn og perspektiv. Smertebegrepet brukes både til å forklare psykisk smerte på grunn av vanskelige følelser og for å beskrive smerte på bakgrunn av sanseopplevelse etter skade på eller i kroppen (Rustøen & Wahl 2008).

International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte slik: *"Pain is an unpleasant experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage"* (Rashiq, Schopflocher, Taenzer & Jonsson 2008:26). En slik definisjon inkluderer personens selvrapporterte smerteopplevelse, og forbinder ikke smerte direkte med stimulus. Smerte kan etter denne forklaringen betraktes som en vond opplevelse av både en fysiologisk og en emosjonell respons på en aktuell hendelse. Den åpner også for at smertebegrepet gir rom for smerte på grunn av erfaringer som oppleves som ødeleggende, uten at det er vevsødeleggelse eller påviselig sykdom forut for smerteopplevelsen (Aambø 2007).

"Pain is a complex phenomenon that combines information from the nervous system with thoughts, emotions and social context" (Rashiq, Schopflocher, Taenzer & Jonsson 2008:59). Denne forklaringen på smerte sier noe om at smerte er knyttet til informasjon fra nervesystemet, og at smerte er et perseptuelt fenomen som vi opplever i en våken hjerne, samtidig som smerte er knyttet til følelser (Rustøen & Wahl 2008).

2.2.1 Smerteopplevelse og nocisepsjon

Nocisepsjon er et nervefysiologisk begrep som knyttes til smerte. *"En nociseptiv stimulus er en nerveskadelig stimulus, som fører til aktivering av nerveceller kalt nociseptorer"* (Rustøen & Wahl 2008:26).

Vevsskadelig stimulus kan lede til opplevelse av smerte. Nocisepsjon er aktivitet i nociseptive nervebaner og smerteimpulser sendes via ryggmargen til hjernen (Rustøen & Wahl 2008). Ryggmargens bakhorn er en viktig koblingsstasjon for smerteimpulser. Her skjer signaloverføringene fra perifere nociseptorer til hjernen, via hjernestammen.

I ryggmargen ligger "ryggmargens bakhorn" som er sentral i Roland Melzack og Patrick Wall's kjente portkontrollteori som ble presentert i 1965. Gjennom 1900-tallet vokste

kunnskapene om smerte, og etter hvert forsto man at det både fantes smertedempende og smerteforsterkende mekanismer i sentralnervesystemet (Rustøen & Wahl 2008).

Portkontrollteorien introduserte et nytt perspektiv på smerte, der smerte ble framstilt med både sensoriske, affektive og kognitive komponenter. Portkontrollprinsippet går ut på at det finnes celler i ryggmargens bakhorn som kan «åpnes» eller «lukkes» for innkomne smertestimuli. Disse cellene regulerer på denne måten hvordan smerte oppleves.

Smerteopplevelsen kan dermed påvirkes gjennom ulike stimuli, som for eksempel berøring eller avledning slik at smerte dempes. Teorien har ført til mange faglige diskusjoner. På tross av at nyere forskning viser at teorien er forenklet, er prinsippene om portkontroll og smerte som multidimensjonal opplevelse fortsatt relevant (Rustøen & Wahl 2008). En oversiktsartikkel har vist at kunnskap om endogene smertehemmende mekanismer potensielt er nyttig i behandlingssituasjoner. Dette på grunn av at sentralnervesystemet kan redusere smerteopplevelsen og at endogene smertehemmende mekanismer forsterkes ved for eksempel positiv forventning og smertefull betinget stimulering (Nilsen, Flaten, Hagen, Matre & Sand 2010).

Den subjektive smerteopplevelsen kan i en biomedisinsk forståelsesramme ha vært sett på som ugyldig hvis det ikke har vært mulig å finne objektive målbare forklaringer på smerten. IASP sin definisjon på smerte sier at det ikke automatisk er noen forbindelse mellom vevsskade og smerte. Aktivitet i nociseptorer og nociseptive nervebaner er verken nødvendig eller tilstrekkelig for å gi opphav til smerter. Smerte kan på bakgrunn av dette oppleves både med og uten påviselig vevsskade.

Portkontrollteorien og den biopsykososiale sykdomsmodellen støtter at andre mennesker i personens liv og omgivelsene rundt personen kan ha betydelig påvirkning på smerteopplevelsen (Rashiq, Schopflocher, Taenzer & Jonsson 2008). Smerte en subjektiv opplevelse. At smerte er en subjektiv opplevelse åpner for at hva som oppleves som smerte forskjellig fra menneske til menneske, og er avhengig av bakgrunn for smerten og kontekst (Aambø 2007).

2.2.2 Akutt og kronisk smerte

Smerte kan klassifiseres etter hvor lenge den varer. Smerte kan vare kortvarig fra noen minutter, til en langvarig smerte fra flere måneder til år. Når smerten er langvarig, over tre måneder, blir den gjerne kalt kronisk. International Association for the Study of Pain (IASP)

har beskrevet de mest brukte definisjonene på smerte, og definerer kronisk smerte som: *"Pain that has persisted beyond the normal tissue healing time (usually taken to be three months) without apparent biological value"* (Rashiq, Schopflocher, Taenzer & Jonsson 2008:31).

Hvordan smerte blir kronisk kan avhenge av flere faktorer, og ulike psykologiske og sosiale faktorer er assosiert med utvikling av kronisk smerte av alle typer. Når den akutte smerten er sterk er det større sjans for at smerten blir kronisk. Negative følelser og katastrofetenkning har vist seg å virke negativt inn i forhold til utvikling av kronisk smerte (Rashiq, Schopflocher, Taenzer & Jonsson 2008). En rekke studier har vist at alder, kjønn og utdanning er faktorer som kan påvirke forekomst av smerte (Rustøen & Wahl 2008).

2.2.3 Smerte som fenomen

Psykologen Ronald Melzack studerte ordene pasienter brukte til å beskrive sin smerte, og ordet "smerte" hadde minst tre dimensjoner for hver person, i tillegg til intensitet. Han organiserte dem i tre kategorier; sensoriske, følelsesbetonte og vurderende (Wall 2007). Gjennom en slik forklaring av smerteopplevelsen ser vi at smerte alltid opptrer sammen med emosjoner (slik som også IASP sin smertedefinisjon beskriver). En annen forklaring på hva smerte er, er presentert i Rustøen og Wahl (2008:25) slik: *"Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte"*. Denne innrammingen av hva smerte er understreker ytterligere at smerte er en subjektiv opplevelse, og er unik for hvert individ.

2.2.4 Smerte som stress

Ut fra den definisjon på hva smerte er og den forståelseshorisont på helse og sykdom som er lagt til grunn, kan smerte sies å være et resultat av komplekse interaksjoner mellom biologiske, psykologiske og sosiale sammenhenger. Hvordan smerte oppfattes er derfor individuelt og vil variere med grad av smerte, kontekst, hvordan smerten forstås og om smerten er akutt eller kronisk. Å leve med kronisk smerte vil i varierende grad kreve tilpasning, og dermed vil personens ressurser utfordres. Smerte kan dermed ses på som en stressor (Rustøen & Wahl 2008).

Stress er et begrep som består av mange variabler og prosesser. Stress er gjerne knyttet til opplevde krav og tilgjengelige ressurser, og kan defineres som *"a particular relationship*

between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being” (Lazarus & Folkman 1984:19). Man snakker om en ytre påvirkning gjennom en stress-stimulus eller stressor, og om en stressrespons eller stressreaksjon som resultat (Lazarus 2006). En slik påvirkning kan tenkes å være kortvarig eller av mer langvarig og permanent karakter, og oppfattes som stress når tilgjengelige ressurser ikke oppleves tilstrekkelig for å møte krav eller påkjenninger.

Kronisk stress er definert som *”problemer og spørsmål, som opptrer så regelmessig under utførelsen av daglige aktiviteter, at de får karakter av et konstant press”* (Wheaton 1994 i Lazarus 2006:181). Kronisk smerte kan etter dette forstås som kronisk stress. Forskning viser at belastende, daglige strabaser og stress (som for eksempel kronisk smerte) kan være ødeleggende for selvdisciplin, sosial funksjonsevne og helse, og at dette er en viktigere årsak til dårlig helse enn de store livshendelser (Lazarus 2006).

I følge psykologen Richard Lazarus er det en gjensidig avhengighet mellom stress og følelser (Lazarus 2006). Der det er stress er det også følelser, der det er følelser er det også stress, om ikke alltid. Stressreaksjon som oppstår ved kronisk smerte kommer primært fra emosjonell og kognitive del av smerteopplevelsen (Rustøen & Wahl 2008). Visse følelser som for eksempel sinne, angst og frykt kan oppfattes som stressfølelser, da de normalt oppstår fra stressende og skadeliggjørende, truende eller utfordrende omstendigheter (Lazarus 2006). Kroniske smerter vil i det minste bety at omstendighetene til tider er utfordrende, kanskje også truende. Slik kan smerte som stress også knyttes til følelser. Følelser knyttet til håp vil for eksempel ofte oppstå ut fra en situasjon som gjør det nødvendig å være forberedt på det verste, men samtidig håpe på det beste (Lazarus 2006).

2.3 Mestringsstrategier

Stress er nær forbundet med mestring, og det finnes ulike teorier om mestring. Mestring dreier seg om på hvilken måte personen takler stressende livsbetingelser på. Når mestringen er ineffektiv vil stressnivået være høyt og motsatt (Lazarus 2006). Mestring er en integrert del av den følelsemessige aktiveringsprosess. Når en hendelse oppstår vil vurderingen av dens betydning bli evaluert i forhold til hva personen kan gjøre med det. Denne evalueringen vil avgjøre om det reageres med for eksempel angst eller sinne. Hvis personen i samme situasjon også føler seg hjelpeløs, vil dette ha betydning for selve mestringsprosessen og mestringsevnen (Lazarus 2006).

I psykologien legges hovedvekten knyttet til mestring på personlige faktorer. Hvordan stress eller påkjenninger mestres avhenger da av hvem vi er som person. Andre ser på mestring som en prosess der faktorer i situasjon og omgivelser er avgjørende. Da vil mestringsstrategier vi velger henge sammen med hvordan vi opplever stresset og konsekvensene av det.

Smertemestring vil handle om det vi gjør for å redusere smerteopplevelsen og det ubehaget som oppstår (Rustøen & Wahl 2008).

Å mestre kan defineres som en prosess og er ”*constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*” (Lazarus & Folkman 1984:141). Mestring er da de tilgjengelige ressursene som er til stede for å håndtere de interne og eksterne krav. Hverdagen inneholder mange forskjellige utfordringer, krav eller stressorer som skal mestres. Den personlige motstandsdyktigheten eller sårbarheten varierer med en rekke biologiske og psykologiske faktorer. Lazarus og Folkman (1984) sier at sårbarhet er mangel på ressurser knyttet til aktuell stressor.

Mestring av stress kan derfor også knyttes til sårbarhet og er beskrevet gjennom en stress- og sårbarhetsmodell der motstandsdyktigheten varierer med en rekke biologiske og psykologiske faktorer. Tilknytning til personer omkring seg i aktuell situasjon vil virke inn på hvordan situasjonen mestres. Høy kontroll og støtte fra omgivelsene vil være bufre i en stressende situasjon. Stress-sårbarhetsmodellen understreker betydningen av et biopsykososialt helhetsperspektiv i mestring av smerte, og en forståelse av samspillet mellom individets biologiske og psykologiske kjennetegn og det sosiale og kulturelle miljøet personen er omgitt av (Falkum, Borge & Martinsen 2011; Espnes & Smedslund 2009). En studie av 150 voksne personer knyttet til stress, mestring og helse viste at det er ulike prosesser som oppstår mellom personene og omgivelsene, og at disse prosessene er komplekse, variable og individuelle (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis 1986).

2.3.2 En salutogen orientering

Salutogenese er forklart som prosessen av bevegelse mot helse langs et helse/uhelse kontinuum (Antonovsky 2005). Historisk har helsepersonell forholdt seg til patogenese; hva som gjør oss syke. Antonovsky snudde hele spørsmålet om helse på hodet, han sa vi skulle se

på hva som skaper helse mer enn hva som er begrensingene og årsaker til sykdom. Med et slikt spørsmål vil det finnes andre svar og løsninger og slik kan helseressurser identifisere.

Antonovskys teori var i utgangspunktet ment å være en teori knyttet til stress, og teorien forholder seg til stress som en naturlig del av livet. Ulike faktorer som kan forstyrre menneskets posisjon, ble kalt stressorer. Menneskene må leve livet med dets uforutsigbarhet, og vil aldri klare å kontrollere det fullstendig. Evne til å takle usikkerhet og kaos er en del av det salutogene rammeverket. Menneskets evne til å forstå, håndtere og finne mening i møte med livets utfordringer knyttes til opplevelsen av sammenheng. Alle mennesker befinner seg et sted langs helse/uhelsekontinuumet, og alle møter ulike stressorer hver dag som de må takle. Selve nøkkelen i den salutogene tilnærmingen er å beskrive helse gjennom et kontinuum mellom helse og uhelse, der opplevd god helse er en faktor for god livskvalitet. Antonovsky påpeker at livet er fullt av både risiko og ressurser til å møte disse utfordringene (Antonovsky 2005). Resultatet av denne balansegangen er basert på menneskets evne til orientering og læring gjennom livserfaringer som gjør at en tilegner seg evne til å identifisere og bruke de nødvendige ressurser for å forbedre sine muligheter for en bedre helse og best mulig liv, og slik bevege seg mot god helse enn mot uhelse. Mennesket kan derfor ha plager men likevel oppleve høy grad av helse fordi helse er knyttet til en subjektiv opplevelse (Lindström & Eriksson 2010; Antonovsky 1979).

I den tidlige start av utviklingen av den salutogene teori var intensjonen å bruke den på individer, grupper og på samfunnsnivå, og å skape sammenheng mellom disse nivåene. Et nøkkelkonsept her var “sense of coherence” (SOC) som blir oversatt til “opplevelse av sammenheng” på norsk (OAS). Opplevelse av sammenheng defineres som en global orientering som uttrykker i hvilken grad mennesket har en gjennomgripende, varig men dynamisk følelse av tillit til at stimuli fra ens interne og eksterne miljøer i livsløpet er strukturert, forutsigbart og forklarlig. I tillegg at disse ressursene oppleves tilgjengelige for å møte de krav som stilles, og at disse kravene er utfordringer verdig investering og engasjement.

En sterk SOC gjør at livet oppleves som *sammenhengende, begripelig*, til å klare ut med og *meningsfullt*, og at individet har en indre tillit og overbevisning om at det finnes indre og ytre ressurser i seg selv og omgivelsene og at han/hun har evne til bruke (og gjenbruke) disse på en helsefremmende måte. SOC er en måte å tenke, være og handle på som menneske, det gir

retning i livet. Det handler ikke bare om personen, men om personen i interaksjon med omgivelsene.

Alle faktorene i SOC påvirker hverandre (Lindström & Eriksson 2010; Antonovsky 2005). Antonovsky peker på meningsfullhet i SOC som den viktigste for mestring. Personer med sterk SOC vil ha større mestringsevne enn andre, fordi de har en tendens til å oppfatte det som skjer som forståelig og håndterbar. De er preget av en grunnleggende tillit til at det vil gå bra, og at de har tilgang på de ressurser de trenger. Opplevelse av sammenheng er dynamisk og kan påvirkes av forskjellige livserfaringer, belastninger og ressurser hos enkeltmennesket (Antonovsky 2005; Heggdal 2008). Det handler om å forstå verden som håndterbar og meningsfull. Dette er ikke medfødte egenskaper, men noe som kan utvikles gjennom hele livet.

Den andre nøkkelen i SOC er knyttet til *generelle motstandsressurser*. Motstandsressurser er karakteristika av et individ eller en gruppes (kultur og samfunn) fysiske, biokjemiske, kognitive, emosjonelle, materielle og sosiokulturelle forhold, samt verdistandpunkt og mellom- menneskelige relasjoner som er effektive i å unngå eller bekjempe en rekke stressorer. Slik kan spenning som kan føre til stress forebygges (fra spenning mot balanse) (Antonovsky 1979).

Generelle motstandsressurser gir forutsetningen for utviklingen av SOC, og kan finnes i personer som ressurser bundet til deres person og kapasitet, men også til deres umiddelbare og fjerne omgivelser og kvaliteter hos personen eller samfunnet som penger, bolig, selvfølelse, kunnskap, arv, helseorientering, kontakt med indre følelser, sosiale relasjoner, eksistensielle spørsmål, tro, religion, meningen med livet. Minst fire av motstandsressursene må være til ens disposisjon for å kunne lette utviklingen av en sterk SOC og kan konkretiseres slik: meningsfulle aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med ens indre følelser og sosiale relasjoner. Nøkkelen er ikke bare å ha ressurser disponible, men å kunne bruke dem på en helsefremmende måte (Lindström & Eriksson 2010).

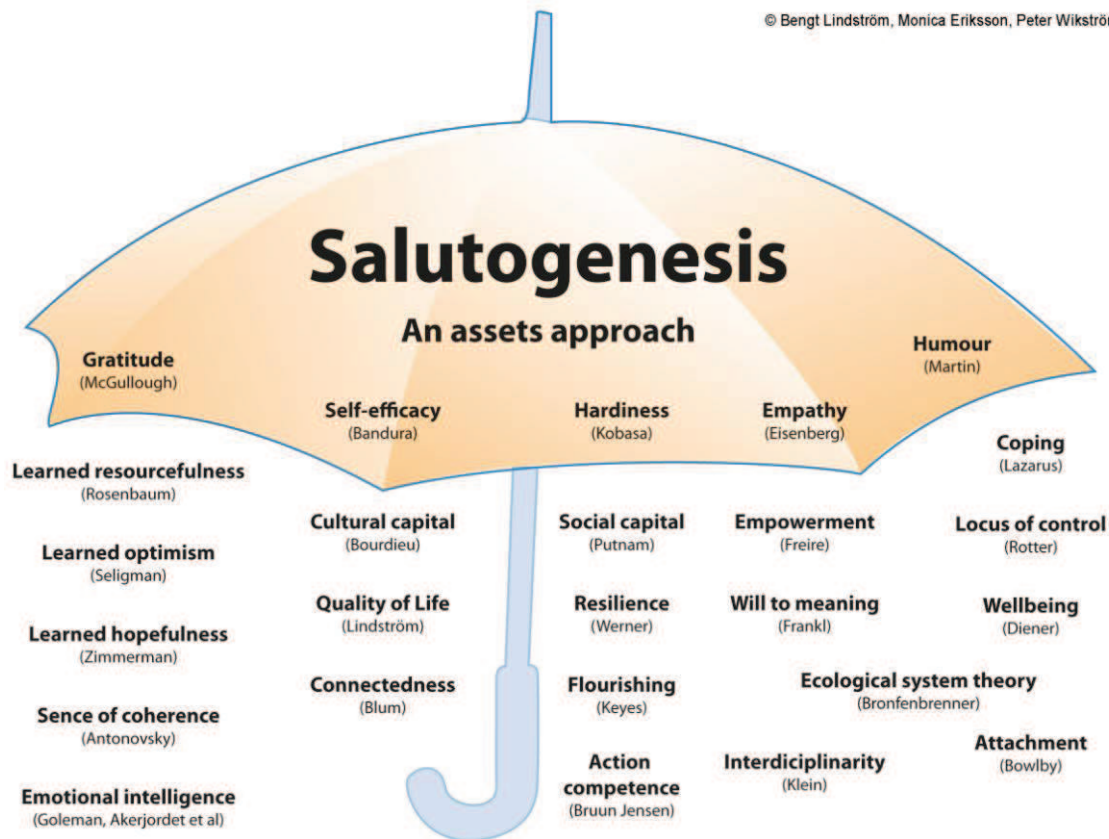
I det siste tiåret har det vært en økende intervensjon innenfor rammen av positiv psykologi, et fokus på det som fremmer helse mer enn det som er sykdomsårsak jamfør helsefremming (Reich, Zautra & Hall 2010). En studie fra 2007 forklarer SOC sin rolle knyttet til kronisk smerte, og peker på at SOC kan være et relevant mål for å forutsi tilbakekomst til arbeidslivet etter langtidsfravær på grunn av muskel- og skjelettsmerter (Lillefjell og Jakobsen 2007). Positiv innstilling til utfordringer er ikke bare ønskelig i seg selv, det ser ut til å være en

buffer mot fysisk og psykisk sykdom, og ser ut til å fungere som en motstandsressurs mot dårlig helse (Seligman 2008). Det nye i dette paradigmet er en oppmerksomhet rettet mot det positive med den hensikt å fokusere på det som gir velvære heller enn fokus på medisin som behandling for plagsomme tilstander, og fokus på hvorfor noen personer ser ut til å tåle belastning bedre enn andre. Antonovsky's salutogene teori og "Sense of coherence" er eksempler på dette.

Antonovsky påpekte *resiliens* og *hardiness* som teorier som sto i nær sammenheng til den salutogene teori han selv presenterte (Antonovsky 2005:80). Flere teoretiske modeller og forståelsesrammer som har likhetspunkter med den salutogene teorien er i dag presentert, spesielt innen feltet positiv psykologi.

Den salutogene paraplyen som er presentert av Lindström og Eriksson (2010), er beskrevet i Figur 1. Figuren illustrerer noen av begrepene og teoriene som kan klassifiseres som salutogene. Det disse har til felles er fokuset på ressurser knyttet til helse og livskvalitet, og kan slik illustrere og sammenfatte teorier knyttet til helsefremming.

I tillegg til Antonovsky's "Sense of coherence", er i denne studien "Resiliens", "empowerment", "self- efficacy" og "locus of control" valgt som teoretisk grunnlag knyttet til mestringsstrategier basert på analysefunn i studien. Empowerment er knyttet til grunnlag for helsefremmende læring. "Locus of control" og "self- efficacy" er knyttet til lærings- og endringsprosesser.



Figur 1. Den salutogene paraply – sammenfallende teorier og begreper som kan bidra som forklaring på helse og livskvalitet (Lindström & Eriksson 2010:55).

2.3.3 Resiliens

Innenfor rammen av positiv psykologi, der fokuset er på det som fremmer helse mer enn det som er sykdomsårsak, finnes det psykologiske begrepet resiliens. Begrepet har blitt brukt om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske problem, og om god psykososial fungering hos dem som til tross for at de kan ha vært utsatt for ulik risiko har klart seg bra. De har det som kalles høy grad av resiliens. Det norske ”resiliens” kommer av det engelske ”resilience” (Borge 2010). I helsefaglige sammenhenger brukes begrepet om en persons kraft eller evne til å gjenvinne helse etter sykdom, og har etter hvert også blitt brukt hos voksne. En kan tenke seg begrepet synonymt med elastisitet, at noe vender tilbake til sin opprinnelige form eller posisjon etter påvirkning, for eksempel en strikk som strekkes (Zautra 2003; Rustøen & Wahl 2008). Resiliens har vært forklart som en konstruksjon som forklarer positiv tilpasning på tross av motgang (Luthar & Chicchetti 2000).

Resiliensbegrepet fokuserer på to aspekt: tilfriskning (recovery) og tåleevne (sustainability). Tilfriskning i resiliens fokuserer på aspekter rundt å komme seg etter skade. Likevekt er det fundamentale prinsipp, å komme tilbake til en tidligere mer balansert tilstand. Tåleevnen i resiliens setter fokus på relevante konsekvenser, slik at personen kan opprettholde verdifulle forpliktelser og oppgaver gjennom livet på jobben, i lek og i sosiale relasjoner. Denne tilstanden avhenger av en unik menneskelig kapasitet av vurdering, planlegging og bevisst handling (Reich, Zautra & Hall 2010; Zautra 2003; Rustøen & Wahl 2008:360).

Som en respons på en stressfull hendelse, er resiliens for det første fokusert på tilfriskning; om evnen til å komme seg etter stress, og en kapasitet til å gjenvinne balanse/ likevekt og komme tilbake til en helsetilstand som var utgangspunktet før hendelsen. Knyttet til den andre og like viktige dimensjonen av resiliens; vil evnen til å tåle belastningen bety at en holder seg i en retning av tilfriskning, og at det til og med kan gi vekst og forbedring av funksjon som følge av sunne reaksjoner på stressende erfaringer. Resiliens kan da defineres som en vellykket tilpasning etter motgang (Reich, Zautra & Hall 2010:4).

Vi har ulik kapasitet knyttet til å møte motgang, og kraft fra omgivelsene som vil kunne styrke eller svekke resiliens i forhold til stress er ulikt fordelt. Menneskene er ulike i deres indre styrke, fleksibilitet og kapasitet på samme måte som responsen fra omgivelsene og de fysiske omgivelsene vil være ulike fra person til person. Personlige, sosiale og samfunnsmessige særpreg eller karakteristika vil spille inn knyttet til grad av resiliens, for mennesker er ulike i indre styrke, fleksibilitet og "reservekapasitet" (Reich, Zautra & Hall 2010). En resiliensskala for voksne er utviklet og validert (Friborg & Hjemdal 2004).

Resiliens har vist seg å være et godt måleinstrument for studier på pasienter med smerte og stress, og studier har påpekt at å integrere resiliensfaktorer i behandling av personer med smerte er viktig (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen, Aslaksen & Flaten 2006).

Resiliensbegrepet belyser hvilke mestringsfaktorer som er tilgjengelig for den enkelte for å moderere risikofaktorer (McAllister & McKinnon 2009). Faktorer som kan beskrive resiliens er beskrevet gjennom seks faktorer i en resiliensskala for voksne: personlig kompetanse, sosial kompetanse, sosial støtte, personlig struktur, familiesamhold og kultur (Friborg & Hjemdal 2004). Resultatet av en studie av personer med kronisk smerte og resiliens fra 2006, viste at forskjeller mellom de ikke- resiliente og resiliente gruppene var knyttet til mestringsstil, smerteatferd, katastrofetenkning, positive eller negative sosial respons på smerte og medisinske forhold (Karloly & Ruehlman 2006).

Individuell resiliens kan bli definert ved *"the amount of stress that a person can endure without a fundamental change in capacity to pursue aims that give life meaning"* (Reich, Zautra & Hall 2010:6). Ved å ha den kapasiteten som kreves for å reise seg etter påkjenninger, er ikke det kun snakk om å oppnå likevekt. Prosessen har ført til en selvutvikling som er beskrevet slik: *"The key to resilience is not only the capacity for calm, but also the development of greater self-awareness, resulting in the attainment of personal hopes and social purposes"* (Reich, Zautra & Hall 2010:21).

En persons sosiale verden utgjør meningsstrukturer og støttende ressurser som setter han eller henne i stand til å møte og tilpasse seg utfordringer (Reich, Zautra & Hall 2010). Mennesker og samfunn har ofte en tendens til å returnere til hverdagslivet så fort det går an. Eksempler på dette er katastrofer som "9/11", tsunami i Thailand og Japan. Slik kan resiliens også knyttes til samfunn og sosiale forhold, eller særpreg av disse. Å tåle belastningen av påkjenninger eller negative hendelser som naturkatastrofer, krig eller kronisk sykdom knyttes til reservekapasitet. Tre hovedprinsipp knyttet til å utvikle resilient inngripen i forbindelse med katastrofale hendelser er utviklet: følelse av kontroll, sammenheng og helhet. Disse tre begrepene synes å se ut som de tre hovedpilarene i SOC. Kultur knyttes også i resilienstenkningen til disse prinsippene (ibid).

Det er verdt å merke seg at det er reist kritikk mot teorier knyttet til helsepsykologi, som resiliens, som går i retning av at det er logisk at en person som tåler belastninger føler at han har bedre helse enn en person som ikke tåler belastningene like godt. Espnes og Smedslund (2009) kaller dette helsepsykologikk, og viser til sammenhenger mellom helsepsykologien og logiske slutninger. Det som imidlertid blir det sentrale er forskjellene i tåleevnen, og forholdet mellom mestringssevne og tilgjengelige ressurser. Det vil være ulikhet i hvordan ulike personer tåler påkjenninger. Fra dette kan det ikke trekkes logiske slutninger, det avhenger av komplekse forhold i samspill i forhold til hva som bidrar til helsefremming for den enkelte. I tillegg kritiseres også salutogenese for en "sirkelargumentasjon" der personer som har god helse vil ha høy grad av følelse av sammenheng, *fordi* de har god helse. De individuelle forskjellene knyttet til personens tåleevne og de ressurser som er tilgjengelige bringer inn elementer der logisk slutning imidlertid ikke kan trekkes, eller der en sirkelargumentasjon ikke kan brukes.

2.3.4 Empowerment og helsefremmende læring

Helseprosessen kan ses som en livslang læreprosess der vi reflekterer over hva som vil skape helse, hvilke tilgjengelige ressurser knyttet til helse som finnes og hvordan forbedre livskvaliteten. Prosessen kan sies å ha helsebringende og helsefremmende orientering (Lindström & Eriksson 2010; Heggdal 2008).

Empowerment er en nøkkelprosess for helsefremming, og vil kunne være en effektiv metode eller prosess for å takle helsemessige endringer. Empowerment kan defineres som myndiggjøring eller styrking der en har som mål å øke personers kontroll over deres helse og deres evne til å finne informasjon og å ta ansvar (Heggdal 2008). Empowerment består av styrke, kraft og makt. Empowerment sier noe om at folk som har vært i avmaktsituasjoner kan opparbeide seg styrke og kraft og komme ut av avmakten. De kan bli i stand til å motarbeide krefter som holder dem nede, slik at de selv får mer makt og kontroll over eget liv. Begrepet uttrykker både en målsetting og virkemidler for å nå målet (Askheim & Starrin 2007).

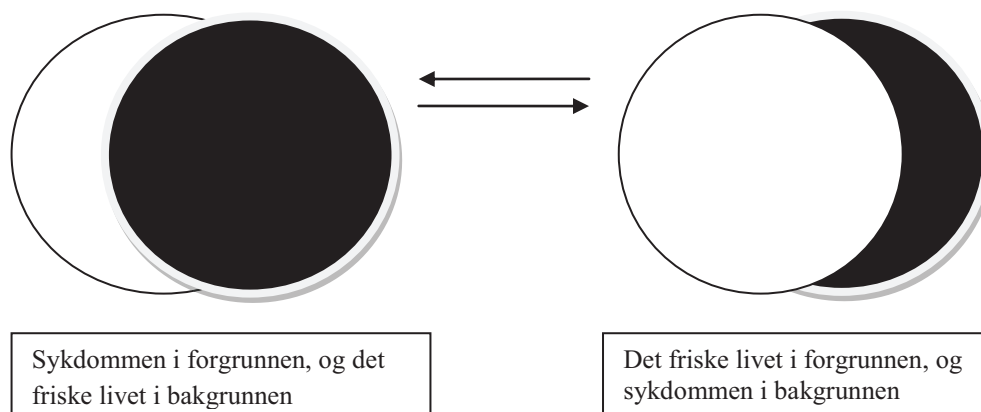
Utgangspunktet eller tilnærmingen i en forståelse av empowerment er å styrke enkeltindivider og grupper, slik at de kan få kraft til å endre betingelsene som gjør at de befinner seg i en avmaktssituasjon. Målet er å få i gang prosesser og aktiviteter som kan styrke deres selvkontroll. Dette kan handle om for eksempel å få økt selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter. Et grunnleggende poeng i begrepet og tilnærmingen er å skape en bevissthet hos den enkelte om sammenhengen mellom egen livssituasjon og ytre samfunnsmessige forhold, og om at andre i tilsvarende situasjoner opplever lignende avmaktsproblemer. Denne bevisstheten skaper grobunn for handling og endring (Askheim & Starrin 2007). Mestring av aktiviteter og gjøremål for personer med kroniske smerter handler ikke bare om en tro på å mestre en handling eller aktivitet, men også tryggheten og viljen knyttet til å gjøre ulike handlinger på tross av smerten (Nicholas 2007). Mestringstro og aksept av smerte henger med dette sammen for å forklare om en person vil utføre en handling eller ikke. Dette støttes også av en studie fra 2011, der tro på å mestre ser ut til å være viktigere enn frykten for bevegelse hos personer med kroniske rygg smerter, når det kommer til uførhet eller ikke (Menezes Costa, Maher, McAuley & Hancock 2011).

2.3.5 Lærings- og endringsprosesser

Læringsaspektet innen helseprosessen og bedring sett opp mot det å komme seg etter en hendelse eller påkjenning, kan knyttes til en læringsprosess som består av tre faser som er

nært forbundet med hverandre: aksept, etablering av grenser og å gjøre tilpasninger for re-etablering av normalitet (Tobin 2000).

Aksept av kronisk sykdom kan illustreres gjennom det å leve med kronisk sykdom som en kontinuerlig skiftende prosess der personens perspektiv endrer seg fra å ha sykdommen i forgrunnen til å ha det friske i livet i forgrunnen (se figur 2) (Paterson 2001; Fjerstad 2010). Personer med kronisk sykdom er ikke bare syke, det er friske sider i livet deres også. Figuren illustrerer hvordan perspektivene kan skifte mellom om det er det friske livet eller sykdommen som har den fremtredende rolle. Når det syke livet er i forgrunnen er fokuset gjerne på sykdommen og dens byrde og konsekvenser. Når det friske livet er i forgrunnen er fokuset gjerne på ressursene personen har, og på mulighetene som finnes på tross av sykdommen. At det friske livet er i forgrunnen, trenger ikke bety at personen har akseptert de begrensinger sykdommen gir, men viktigere enn aksept er holdningen til sykdommen som muligheter for endring mer enn de begrensinger den gir (Paterson 2001).



Figur 2: The Shifting Perspectives of Chronic Illness (Paterson 2001:23).

I læringsprosessen er det hele personen som lærer, det vil si både kropp og psyke. Personen lærer i en sosial sammenheng. Illeris (2006) sier at læring omfatter to prosesser. Det ene er samspill mellom individet og omgivelsene. Den andre er den individuelle psykologiske bearbeidingen og tilegnelsen som skjer på bakgrunn av dette samspillet (som betyr at noe skjer inne i personen forut for ny handling – bevisstgjøring nødvendig før ny handling). Det hevdes at mye av læringen har skjedd tidlig i livet og er på et ubevisst plan, men forandring er mulig. Nye erfaringer bidrar til ny forståelse.

Julian Rotter la i 1954 grunnlaget for dagens sosialkognitive tilnærming innen læringsteorien. En kognitiv modell for *helseatferd*, er forventningsverdimodeller bygget på Kurt Lewins feltteori fra 1951 som har som utgangspunkt at sannsynligheten for at atferd kan endres er avhengig av to faktorer; *opplevd sannsynlighet* for at atferden vil føre til et spesielt resultat og *den verdi* resultatet har for personen. Med bakgrunn i modellen vil sannsynligheten for at vi vil reagere på en spesiell måte i en gitt situasjon være avhengig av to faktorer: forventning og forsterkning (Passer & Smith 2001). Forventning er vår oppfatning av hvor *sannsynlig* det er at visse konsekvenser vil oppstå hvis vi oppfører oss på en bestemt måte i en spesifikk situasjon. Forsterkning er i utgangspunktet *hvor mye vi ønsker eller frykter* utfallet vi forventer atferden vil føre til. For eksempel vil en student som setter akademisk utdanning høyt og forventer at studier vil føre til høy grad i universitetssystemet, mest sannsynlig studere (Passer & Smith 2001).

En av Rotter's mest innflytelsesrike begrep er intern-ekstern kontrollplassering (locus of control). Den handler om en forventning knyttet til grad av den personlige kontroll vi har i vårt liv. Mennesker med en indre "locus of control" tror at resultater og hendelser i livet er sterkt under personlig kontroll og avhenger av deres egen atferd. Motsatt vil en person med ekstern "locus of control" mene at deres skjebne har mindre å gjøre med deres egen innsats og mer å gjøre med påvirkningen eksterne faktorer har. Dette gjelder for eksempel forhold som lykke, endringsmuligheter og personens forhold til andre. Det er forsket på kontrollplassering som en personlig variabel, blant annet har studier vist at personer med intern "locus of control" gjennomgående har en mer selvbestemmende måte å opptre på (Burger 2000 i Passer & Smith 2001). Videre viser studier at personer med intern "locus of control" har en tendens til å ha en mer helsefremmende atferd som regelmessig trening, å spise sunt, bruke bilbelte og la være å røyke (Marshall 1991 og Wallston 1993 i Passer & Smith 2001).

Sammenhenger mellom personlighet og helse kan gi verdifull informasjon knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid. Forskning knyttet til personlighet, mestringsstil og helse er basert på forestillingen om at personer reagerer ulikt på for eksempel informasjon om helsefremming, og dermed kan personlighet og helse være forbundet fordi atferdsmønstre påvirker helsen (Espnes & Smedslund 2009; Lazarus & Folkman 1984).

Psykologen Albert Bandura er kjent som grunnlegger av sosialkognitiv teori. Bandura er opptatt av hvordan vi etterligner andre. Bandura framhever den subjektive opplevelsen av egne ferdigheter som betydningsfull for hvor godt en kan lykkes og samtidig fremme tillit til

egen mestring. Mestringstro (self- efficacy) kan sies å være den oppfatning vi har av våre egne evner eller muligheter til å utføre en handling. ”*Perceived self-efficacy refers to belief’s in one’s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments*” (Bandura 1997:3)

Personers mestringstro varierer både i tid og i styrke, og kan forandres etter som vi gjør oss erfaringer. Mestringstroen kan utvikles og forandres på ulike måter, og vil øke når personen opplever å mestre oppgaver som krever en viss utholdenhet. Mestringstroen økes også ved å observere og høre om andre som har klart ulike oppgaver (Rustøen & Wahl 2008).

Denne mestringsforventningen eller mestringstroen defineres som folks vurdering av de evner de har til å organisere og utføre handlinger som kreves for å gjennomføre bestemte typer oppgaver. Den viktigste kilden til mestringsforventning er egne erfaringer (Bandura 1997; Passer & Smith 2001). Studier har vist at positiv mestringstro er svært viktig for å mestre utfordringer som personer med kronisk smerte kan oppleve (Meredith, Strong & Feeney 2006).

I følge Bandura er selvtilliten en nøkkelfaktor knyttet til hvordan mennesker innretter deres liv, og deres tro på evnen til å gjøre det som skal til for å oppnå ønsket resultat. Mennesker som har høy selvtillit, har tillit til deres egen evne til å gjøre det som trengs for å overvinne hindringer og nå sine mål (Bandura 1997). Det er forsket på å finne faktorer som kan skape eller frembringe forskjeller i selvtilliten. Fire avgjørende faktorer har blitt identifisert; tidligere erfaringer, observasjon av andres atferd, oppmuntring fra andre og engasjement (ibid). Overbevisning om egen selvtillit er en sterk prediktor for fremtidig ytelse og gjennomføring. Det blir et slags selvoppfyllende profeti: ”*whether you believe you can do something or you believe you can’t, you’re probably right*” (Henry Ford i Passer & Smith 2001:568). En positiv mestringsforventning viser seg å være nødvendig for å kunne gjøre et helhjertet forsøk og eventuelt lykkes med en atferdsendring (Torp 2005).

2.3.6 Læringsmodeller for forståelse av læring

Ulike modeller kan beskrives for å kunne forstå læringsprosesser. Innen læringsteorien til Bandura (1997) er observasjon av *betydningsfulle andres* atferd og etterligning av disse viktig. Likedan er motivasjon knyttet til belønning eller måloppnåelse viktig. Bandura kobler da sammen læring gjennom å observere og etterligne betydningsfulle andre (modellering), og operant betinging der en handling påvirker ("opererer") omgivelsene. Operant betinging kan

forklares med hvordan våre handlinger skaper reaksjoner i omgivelsene. Dette kobles med kognitive prosesser; oppmerksomhet rettet mot omgivelsene, resultatforventning av våre handlinger, og tro på framtidig mestring. Omgivelsene reagerer og vi lærer av omgivelsenes reaksjon. Læringsprosessen forklares slik både av ytre forhold (stimulus- respons) og av kognitive og emosjonelle forhold (Bandura 1997; Passer & Smith 2001). Banduras sosial-kognitive læringsteori kan oppsummeres med at våre handlinger formes av at våre forventninger til resultatet av våre handlinger, våre forventninger til egen mestring, og av vår tolkning av konsekvensene de får i det sosiale samspillet med andre (Bandura 1997). Vi imiterer atferd vi observerer hos andre, særlig hos personer vi respekterer (Torp 2005). Sammenfattende med dette finner vi David Kolb's kognitive modell for erfaringslæring, som forklarer at hendelser er forbundet med følelser gjennom det opplevde. Det er nødvendig med en reflektert forståelse ved erfaringslæring. Den erfaringsbaserte læringen er i følge Kolb (2000) (etter Lewin's erfaringsbaserte læringsmodell) en vekselvirkning mellom fire prosesser; observasjon og erfaring, observasjon og refleksjon, beskrive erfaringene og å prøve ut disse. Det skjer en opplevelse som ledsages av en følelse som deretter omdannes til mening gjennom refleksjon. Refleksjonen er sentral, og kan innebære at en klarer å sette ord på noe som tidligere var ordløst (Kolb 2000; Bandura 1997).

Bandura understreker at læring ikke er et resultat av individuell innsats men av et sosialt samspill. I teorien beskrives det at mennesket har et stort utviklingspotensial, og at læring skjer gjennom aktiviteter som er sosiale og foregår i en sammenheng. Slike samspill kan være mellom helsepersonell og pasienter og pasienter imellom, der pasienten våger å forflytte seg fra noe som er velkjent til noe som er nytt, noe som vil gi vekst. (Bandura 1997; Lerdal & Fagermoen 2011). Det er støttepersoner rundt som bidrar til å bygge stillas over denne veksten slik at pasienten våger å sette seg nye læringsmål. På denne måten finnes det muligheter for at det kan skje en kognitiv utvikling når mennesker er i en vekselvirkning med tilgjengelige ressurser i deres sosiale omgivelser (Lerdal & Fagermoen 2011). Disse støttepersonene som muliggjør denne vekstsonen eller flytsonen ser delvis ut til å sammenfalle med motstandsressursene i SOC og resiliens i salutogen teori (Lindström & Eriksson 2010; Reich, Zautra & Hall 2010).

3.0 METODISK TILNÆRMING

I denne studien er et kvalitativ eksplorerende design benyttet. Studiens formål er å forsøke å finne hva som er av betydning for personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter for at de kan komme tilbake og fortsette i arbeidslivet etter langtidssykmelding.

Kvalitative metoder søker å gå i dybden av et tema, og vektlegger mening, forståelse og betydning (Kvale 2006; Thagaard 2006; Patton 2002). Kvalitativ tilnærming gir grunnlag for å få innsikt i sosiale fenomener slik de forstås av de personene forskeren studerer, studier av atferd, samhandling mellom mennesker, og for å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Likedan vil kvalitativ tilnærming kunne gi innsikt i og forståelse for andre menneskers liv, og deres egenskaper og erfaringer (Thagaard 2006; Malterud 2003).

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted og metode

Fortolkende teoretiske retninger som fenomenologisk og hermeneutisk teori representerer et grunnlag innen kvalitative metoder. Empirinære retninger i forskning baserer seg gjerne på et fenomenologisk vitenskapssyn. Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av en dypere sentral mening eller essens i enkeltpersoners erfaringer. Utgangspunktet for et fenomenologisk vitenskapssyn er å forstå fenomener på grunnlag av informantens perspektiv og beskrive verden slik den oppleves for dem. Det bygges på en generell antakelse at verden er slik folk oppfatter at den er (Creswell 2007; Kvale 2006; Thagaard 2006). Edmund Husserl, som var en av de ledende filosofer innen fenomenologien, pekte på hvor viktig erfaringen er. I fenomenologisk teori studeres subjektive opplevelser for å få kunnskap om objektive fenomen. Fenomenologien er opptatt av den levde verden. Erfaringer er personlige, men blir til gjennom menneskets forhold til verden og andre. Ulike ting som relasjoner, språk, kultur, hendelser og bekymringer er forhold som inngår i denne verdenen, som er nært koblet til kroppslig erfaring. Erfaringsdimensjonen er unik for hver enkelt person (Smith, Flowers & Larkin 2009; Svenaeus 2003; Zahavi 1997). Husserl mente at meningsbærende prosesser kunne studeres systematisk gjennom fenomenologisk reduksjon; vi reduserer ikke bort verden men setter den i parentes for å utforske opplevelsen og erfaringen i seg selv og for å forstå den andre (Svenaeus 2003).

Hermeneutikk kommer av det greske "hermeneuein" som betyr å forstå eller å fortolke (Patton 2002:114). Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. Videre bygger hermeneutikken på prinsippet at mening bare kan forstås i lys av den sammenhengen den eller det vi studerer er en del av (Thagaard 2006). Hermeneutikken står for et teoretisk rammeverk for fortolkende forståelse, eller mening, med spesiell oppmerksomhet til kontekst eller opprinnelig formål. For å kunne forstå hva et annet menneske tenker og mener, må den andres perspektiv tolkes. Meningstolkning bygger på mine erfaringer, holdninger og kunnskaper som påvirker hva jeg ser etter, hva jeg gjenkjenner mellom informantens forståelse og min forståelse og forforståelse. Selv om jeg søker å se bort fra forhåndskunnskaper i møte med informanten, bringer jeg uansett som forsker med meg en forforståelse og erfaringer knyttet til fenomenet arbeidsliv som vil påvirke både hvordan jeg opptrer i intervju situasjonen og hva jeg ser i teksten og i tolkning av denne. Forforståelsen jeg bringer med meg påvirker også hvorfor jeg fattet interesse for problemstillingen i første omgang. Det mellommenneskelige spillet som foregår i en kontekst blir en del av materialet og vil dermed påvirke fortolkningen. (Kvale 2006; Malterud 2003). Fordi jeg har mine medbrakte "skjemaer", bevisste og ubevisste, i møte med andre og i møte med verden, vil ikke en bevisst holdning til min forforståelse være tilstrekkelig for å forstå fenomener og den andre, jamfør en fenomenologisk tilnærming. Hermeneutikken gir imidlertid rom for forforståelsen, tolkning og ny forståelse av fenomenet som studeres. Fenomenologisk hermeneutikk er forklart som levd erfaring og tolking av "teksten" av livet (Creswell 2007:59). En meningsfortolkning vil likevel alltid være en *konstruksjon* av "realiteten" med hjelp fra deltakerne som stilte til data til rådighet (Patton 2002).

3.1.1 Fortolkende fenomenologisk analyse

Fortolkende fenomenologisk analyse (IPA), dens teori og metode som presenteres av Smith, Flowers og Larkin (2009) beskriver en tilnæringsmåte som har fokus på menneskelige erfaringer og forståelse av spesielle livserfaringer. Fokuset for analysen er på den personlige meningen og i det å skape sammenheng i spesielle kontekster eller hendelser som er særlig viktige for informantene. IPA bringer inn både fenomenologi, hermeneutikk og idiografi som teoretiske perspektiver. Gjennom idiografien fanges det spesielle, gjennom grundig analyse hvordan spesielle hendelser er forstått fra det enkelte menneske i en gitt kontekst (Smith, Flowers & Larkin 2009).

I denne studien har jeg valgt fortolkende fenomenologisk analyse, og har gjennom forskningsprosessen støttet meg til metoden beskrevet i boken *“Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research”* av Smith, Flowers and Larkin (2009). Metodikken og min framgangsmåte beskrives videre i kapittel 3.4 til 3.7.

3.2 Min rolle og forforståelse som forsker

Å reflektere over betydningen av egne teoretiske referanserammer og forforståelse knyttet til forskningsprosessen er viktig. Den kvalitative forskningstradisjon støtter seg til teorier der forskeren anses som aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling (Malterud 2003). Det vil være et gjensidig påvirkningsforhold mellom forsker og informant. Forskerens relasjon til informantene vil kunne gi grunnlag for resultatene av undersøkelsen på den måte at den informasjon informanten er villig til å komme med påvirkes av hvordan forskeren oppfattes av informanten. Slik vil både forskerens og informantens tilstedeværelse ha innflytelse på datainnsamlingens forløp (Thagaard 2006). Underveis i forskningsprosessen brukte jeg meg selv som middel for å få informasjon, men jeg var opptatt av å være åpen og mottakelig for inntrykk og den informasjon informanten kom med. Mitt nærvær hadde innflytelse på hvordan datasamlingen forløp. Jeg la vekt på et klima og holdninger til informantene som var basert på respekt, åpenhet og frivillighet. Før selve intervjuene startet brukte jeg tid til å snakke litt om løst og fast slik at vi ble litt kjent. I tillegg hadde vi kaffe og vann tilgjengelig. Dette gjorde at stemningen ble mer avslappet. Det var viktig å avklare når selve intervjuet var i gang, og det ble naturlig ramme rundt start og slutt på intervjuet gjennom båndopptakeren som ble slått på og av. Klimaet i møtet påvirkes av om informanten og jeg var opplagt eller om jeg var sliten. Jeg hadde ved ett tilfelle to intervju på samme dag, og jeg merket at dette påvirket meg i det andre intervjuet. Jeg ble noe mindre konsentrert i forhold til spørsmålene som ble stilt og selve prosessen.

I møte med informantene forsøkte jeg å la mine forhåndskunnskaper og forforståelse komme i bakgrunnen, slik at jeg kunne få data som sa noe om hvordan informanten opplevde og forsto sin situasjon og ulike hendelser i størst mulig grad. Likevel er det uansett slik at jeg som forsker bringer med meg en forforståelse og ulike erfaringer som vil påvirke både hvordan jeg opptrer i intervjusituasjonen og hva jeg ser i teksten og i tolkning av denne. Det mellommenneskelige spillet som foregår i en kontekst blir en del av materialet og vil dermed påvirke fortolkningen. Slik vil alt, både ytre og indre faktorer kunne påvirke det som skjer i

intervjusituasjonen og dermed fortolkningen (Kvale 2006; Malterud 2003). Min personlige og faglige bakgrunn vil påvirke min forståelse og forforståelse. Jeg har tretten års erfaring som sykepleier i kommunehelsetjenesten og ved medisinske avdeling på sykehus, der jeg møtte brukere og pasienter hadde ulike medisinske plager. To år arbeidet jeg som sykepleiekonsulent ved et lærings- og mestringssenter der samarbeidspartnere var kronisk syke, funksjonshemmede og helsepersonell fra ulike faggrupper. Det ga meg innsikt i og forståelse for ulike forhold og utfordringer hos ulike grupper med kronisk sykdom eller funksjonshemming. I de siste seks årene har jeg arbeidet som høgskolelærer. Utdanning innen veiledning og pedagogikk har ført til både faglig læring og personlig utvikling som påvirker hvordan jeg møter og forholder meg til andre mennesker. Undervisning, veiledning og møte med studenter har gitt meg nye erfaringer som preger min forståelse av ulike forhold og fenomen. Som masterstudent i helsevitenskap har jeg fått en bakgrunn i en vitenskapelig teoretisk tilnærming som blant annet inkluderer salutogen teori knyttet til syn på helse og sykdom, ulike mestringsteorier som resiliens, samt en biopsykososial tilnærming til å forstå og tolke ulike fenomener og hendelser på (Antonovsky 2005; Brannon & Feist 2004; Elstad 2000; Nettleton 2006). Alt dette, sammen med private erfaringer, har til sammen påvirket min forforståelse, forståelse og hvordan jeg i utgangspunktet fattet interesse for temaet arbeidsliv og helse.

3.3 Etikk

Beslutninger og framgangsmåter i forskning har etiske sider, og valgene forskeren tar både før og underveis i studien vil ha konsekvenser for informantene. Etiske aspekter knyttet til ulike faser av forskningsprosessen må fremheves, og dilemmaer som eventuelt oppstår diskuteres (Thagaard 2006).

Jeg forholder meg til etiske prinsipper, og søker å utøve redelighet og nøyaktighet. I intervjusituasjon i denne studien var eventuelle problemer knyttet til at temaene og spørsmålene kunne oppfattes personlige og nærgående. Spørsmål som omhandler plager i muskler og skjelett, arbeidsliv, sykmelding og deltakelse i rehabiliteringsprogram er av personlig karakter. Det var viktig at jeg som intervjuer viste respekt for informantens grenser underveis i intervjuet (Kvale 2006; Thagaard 2006). Jeg opplevde ikke at spørsmålene gikk over informantens grenser eller at det var noe informantene ikke ønsket å svare på. Tvert imot, var de uten unntak glad for å bli spurt om å delta i studien og å få fortelle sin historie.

Dette krevde igjen en etisk bevissthet hos meg som forsker, at jeg klarte å ivareta informantenes åpenhet på en god måte. Hvor intervjuene ble gjennomført kan tenkes å påvirke hva informanten ville fortelle. Intervjuene ble gjennomført på ulike arenaer; hjemme hos informanten, på informantens arbeidsplass, på mitt kontor, på rehabiliteringssenteret de hadde vært og på et leid offentlig møterom. Jeg presiserte ved hvert intervju at det var frivillig både å delta og hvilke spørsmål og tema de valgte å svare på og snakke om. Det er mitt ansvar som forsker å ta beslutninger som ivaretar informantene. Frivillighet var et sentralt punkt, og i tillegg at intervjuet ble gjennomført på et sted der informanten kunne snakke fritt og uforstyrret. Jeg opplevde ikke at sted for intervjuene påvirket intervjuene i noen grad, ved alle intervjuene satt vi uforstyrret hele tiden. Valg av rom der vi fikk sitte uforstyrret og å slå av mobiler var viktig i så henseende. Anonymitet for informanten som kom til mitt kontor sikret jeg ved at intervjuet foregikk etter vanlig kontortid, og at ingen visste hvilken avtale jeg hadde. Informantene som ble intervjuet på rehabiliteringssentret de hadde vært ble informert før intervjuet at jeg hadde taushetsplikt overfor alle, og at ansatte ved sentret ikke visste noe om eller fikk vite noe om hva som ble sagt under intervjuene. Rehabiliteringssentrene ble valgt av informantene som møtested for å unngå store reiseavstander for dem, og i det lå en aksept av at enkelte ansatte ved sentrene kunne få vite om at de var informanter, gjennom at de så dem komme dit og møtte dem i gangene til og fra intervju. Der intervjuene ble foretatt på leid møterom, møtte både informant og jeg som forsker på nøytral og ukjent grunn, og det viktigste i den sammenhengen var å ha et rom der vi var uforstyrret.

I studien har jeg valgt å identifisere rehabiliteringsinstitusjonene informantene deltok på, og fra hvilken periode informantene var på rehabiliteringsopphold der. Perioden fra rehabilitering til intervju sier noe om mulig varig effekt av rehabilitering og behandling, og gir en antydning over hvor lenge det er siden rehabiliteringsoppholdet. Institusjonene er valgt identifisert på grunn av analysefunn knyttet til rehabiliterings betydning, og videre diskusjon knyttet til dette. Denne identifiseringen vil ikke etter min vurdering samlet kunne gi informasjon om hvem informantene er, fordi jeg videre har valgt ikke å gi mer detaljerte opplysninger om informantene enn generell informasjon om dem som at begge kjønn er representert, aldersgruppe, utdanningsbakgrunn og sykefraværsværighet på generelt nivå, slik som beskrevet i kapittel 3.4.

Data ble under forskningsprosessen behandlet konfidensielt. Det var videre kun ansvarlig for prosjektet/ veileder ved NTNU og jeg som masterstudent, som kom i kontakt med innsamlede data. Begge er underlagt taushetsplikt i henhold til norsk lov. Innsamlede data og

personopplysninger var nedlåst adskilt mens prosjektet pågikk, slik at personopplysninger og data ikke kunne settes i sammenheng. Data og personopplysninger vil av kontrollhensyn bli oppbevart nedlåst i 5 år etter at studien er avsluttet, etter regler fastsatt av Regionaletisk komité, og deretter bli slettet.

Funnene fra studien publiseres i denne masteroppgaven, som er tilknyttet masterstudiet i Helsevitenskap ved NTNU. Prosjektet er tilrådd gjennomført av Regional etisk komité (REK) (vedlegg 1), og meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (vedlegg 2).

3.4 Veien til informantene

Kvalitative studier baserer seg på å velge informanter som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen. Ved valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier for informantene, tenkte jeg ut fra maksimal variasjon når det gjelder kjønn, alder, utdanning, type stilling og arbeidssted (Creswell 2007; Patton 2002; Thagaard 2006). Jeg ville studere fenomenet tilbakekomst til arbeidsliv hos personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter og som ellers hadde antatt størst forskjell, og ellers ingen andre kjente felles variabler. Aktuelle informanter kunne jeg finne både på ulike arbeidsplasser og i kommunene i nærområdet, men dette kunne begrense utvalget. Jeg valgte å rekruttere informanter til studien via ordningen ”Raskere tilbake- rehabilitering med arbeid som mål”, som jeg kjente til gjennom mitt arbeid. Der antok jeg at jeg ville finne informanter etter maksimal variasjon i utvalget, og ikke begrenset til type arbeidssted, kjønn eller utdanning.

Bakgrunn for ordningen ”Raskere tilbake – rehabilitering med arbeid som mål” er Sykefraværsutvalgets rapport fra november 2006. Den overordnede målsetning er å redusere sykefraværet ved at sykmeldte raskere skal få tilbud om behandling eller rehabilitering. Den videre målsetningen er at sykmeldte arbeidstakere raskere skal kunne komme tilbake på jobb. Ordningen inngår som en del av samarbeidet om Inkluderende Arbeidsliv (IA) mellom myndighetene og partene i arbeidslivet (NAV 2010).

Fellesfaktorene for informantene var kronisk muskel- og skjelettplager, langtidssykmelding (åtte uker eller mer) og deltakelse på rehabiliteringsprogram gjennom ordningen ”Raskere tilbake- rehabilitering med arbeid som mål to til seks år før intervju tidspunktet. De skulle også være tilbake i yrkesaktivt arbeid igjen. Personer med annen alvorlig sykdom, som ikke er

yrkesaktive på grunn av sykemelding, utdanning, permisjon, militærtjeneste eller er uføretrygd ble ikke inkludert i studien.

Det falt videre naturlig å rekruttere informanter i egen helseregion. Både Helse Midt-Norge, Helseforetakene og NAV gir tilbud knyttet til ordningen. Helse Midt-Norge hadde inngått avtaler med private rehabiliteringssenter, blant annet tre Rehabiliteringssenter gjennom ”Raskere tilbake”, og to av disse ble valgt ut for rekruttering av informanter (Helse Midt-Norge 2009). Sentrene er Smednes Trivselsgård as, og Røros Rehabiliteringssenter AS. Disse to ble valgt ut på bakgrunn av at de begge gir fire ukers kurstilbud til personer med muskel og skjelettplager, og på den måten var sammenlignbare.

Lederne ved Rehabiliteringssentrene på Smednes og Røros ble kontaktet ved en skriftlig (vedlegg 3 og 4) og telefonisk henvendelse, med informasjon om studien og dens formål. Det ble spurt om samarbeid i forhold til rekruttering av aktuelle informanter ved at de kunne bidra med utsending av forespørsel om deltakelse i studien (vedlegg 6) til aktuelle informanter.

Smednes Trivselsgård ligger på Tustna i Aure kommune på Nordmøre. Innehaver og eier har utviklet en egen arbeidsmodell innen arbeidsrettet rehabilitering, AFEM: Ansvar For Egen Mestring. Smednes har fire ansatte, i tillegg til miljøveiledere som er godkjente AFEM-veiledere. Veilederne har ulik yrkeskompetanse og forskjellig ansvar. I tillegg er et fagråd som består av innehaver, spesialist i arbeidsmedisin, psykologspesialist i kognitiv metodikk og en forsker. Fagrådet skal gi råd og veiledning og kvalitetssikre det pedagogiske opplegget, metodeutvikling og kontinuerlig evaluering av det pedagogiske faginnhold. Smednes sitt verdigrunnlag er at alle mennesker er frisk nok for livet. Rehabiliteringen har trivsel, livsglede og arbeidslyst i fokus (Smednes Trivselsgård 2011).

Røros Rehabilitering ligger ved utkanten av Røros sentrum, og er et ledende senter for rehabilitering i Midt-Norge. Senteret har moderne lokaler og utstyr, og har blant annet gymsal, treningsrom og basseng. Senteret har rehabiliteringstilbud tilknyttet livsstilsendringer, hjerte- og lungesykdom og kreft i tillegg til arbeidsrettet rehabilitering. Fagteamet i arbeidsrettet rehabilitering består av fem ansatte, og er tverrfaglig sammensatt. Det er 74 ansatte totalt på senteret. Røros rehabilitering har som mål å bidra til økt mestring av deltakernes sykdom og utfordringer og bidra til at deltakerne opplever økt livskvalitet (Røros Rehabilitering 2011).

Da jeg hadde fått positiv tilbakemelding og en kontaktperson, sendte jeg frankerte konvolutter som inneholdt skriftlig informasjon om studien og samtykke- skjema (vedlegg 6 og 7) til kontaktpersonene ved de to Rehabiliteringssentrene. De sendte brev til aktuelle informanter med informasjon og forespørsel om å delta i studien. Vedlagt i denne forespørselen fulgte kontaktinformasjon til meg, og de som ønsket å delta i studien tok selv kontakt. Slik ble anonymitet for de som kunne inngå i studien, men som ikke ønsket det sikret. Fra Smednes ble de første forespørselene sendt ut juni 2009. Fra Røros ble forespørselene sendt ut i januar 2010.

3.4.1 Om informantene

Det var 11 personer som valgte å delta i studien, fire menn og sju kvinner. Tre av disse oppfylte ikke inklusjonskriteriene, enten ved at de ikke hadde muskel- og skjelettplager eller at de ikke var tilbake i yrkesaktivt arbeid.

Åtte informanter ble intervjuet, av disse tre menn og fem kvinner. De var i alderen midt i 30-årene til midt i 50-årene. De hadde ulik utdanningsbakgrunn og arbeidssituasjon. Tre informanter hadde høgskoleutdanning og fem hadde ulike fagutdanninger, noen med forskjellig videre- og etterutdanning. Alle hadde vært sykmeldt i mer enn seks måneder sammenhengende, noen i flere sykmeldingsperioder av ulik varighet. Alle var tilbake i arbeid igjen i varierende stillingsstørrelser. Seks informanter hadde 50 % stilling eller mer, derav hadde fire informanter 100 % stilling.

Informantene som meldte seg til studien ble satt opp i en liste etter hvert som de meldte seg. Intervjuene ble gjennomført i tilfeldig rekkefølge etter hva som var praktisk gjennomførbart for meg, og når det passet dem å møte meg.

Det finnes ikke noe standardsvar på hvor mange intervjuer en kvalitativ studie må ha. Det snakkes om et metningspunkt av informasjon, noe som kan være et vagt og individuelt kriterium. Antall informanter må derfor avgjøres skjønnsmessig i hvert enkelt tilfelle. Hvis arbeidet med dataene gir ”mer av det samme” eller når det under analyse av flere enheter ikke oppleves å gi ytterligere forståelse av det som studeres, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort. I tillegg vil forhold som tid og ressurser forskeren har til rådighet spille en rolle for antall personer som intervjues (Patton 2002; Kvale 2006; Thagaard 2006; Repstad 2007).

I denne studien ble alle informanter som ønsket å delta og som oppfylte inklusjonskriteriene intervjuet, i alt åtte. Underveis i prosessen viste det seg at den ene informantene ikke fylte inklusjonskriteriene i forhold til yrkesaktivt arbeid, og disse dataene ble dermed ikke tatt med i analysen. Data fra i alt sju informanter ble grunnlaget for analysen, og underveis i analyseprosessen opplevde jeg at et metningspunkt av data ble nådd. Slik mener jeg utvalget i denne studien er å betrakte som tilstrekkelig.

3.5 Gjennomføring av undersøkelsen

Innen kvalitativ forskning kan ulike metoder benyttes til å samle inn data, slik som ulike former for observasjon og ulike former for intervjuer. Intervju-undersøkelser er en velegnet metode for å få informasjon hvordan informantene opplever og forstår seg selv og sine omgivelser, og forsøker å forstå verden fra informantens side og avdekke deres opplevelse av verden. Dette gjelder særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenet som blir beskrevet (Kvale 2006; Thagaard 2006). Studien ble gjennomført ved halvstrukturerte intervjuer, det vil si at jeg benyttet en intervjuguide som inneholdt en rekke temaer som jeg ønsket å få data på (vedlegg 5). Valg av tema til intervjuguiden ble gjort på bakgrunn av min forforståelse, teorikunnskap og forståelse av hva som kan virke inn på mestring av arbeidsliv. Samtidig ønsket jeg at intervjuet skulle være åpent for informantens erfaringer, og at jeg kunne legge til rette for deres deskriptive og presise beskrivelser. Jeg la vekt på fleksibilitet, og intervjuene ble gjennomført slik at informantenes egne beskrivelser, forståelse og opplevelser ble det sentrale.

Kontekst, type spørsmål og måte spørsmålene stilles på vil være avgjørende for hvilke data og informasjon som kommer fram under intervjuene. Selv om jeg benyttet intervjuguide, ble spørsmålene i hvert intervju noe ulike. Grunnen til det var at den informasjonen jeg fikk underveis ga meg ny innsikt, samt at det ikke var naturlig på bakgrunn av den informasjonen informantene kom med å stille samme spørsmål i alle intervjuene (Kvale 2006; Patton 2002; Thagaard 2006; Malterud 2003). Informantene fikk frihet til å fortelle det de ønsket omkring seg selv og temaene kroniske smerter, sykmelding og arbeidsliv. Alle ble spurt om det var greit om jeg kontaktet dem i ettertid over telefon for oppklarende spørsmål, noe informantene sa ja til. Det ble imidlertid ikke behov for det.

Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker. Jeg var opptatt av å gi opptakeren minst mulig oppmerksomhet under intervjusituasjonen, og hadde sørget for å lære med å bruke den før

møtet med informantene. Jeg informerte informantene når jeg satte på opptakeren og når jeg skrudde den av. Ellers lå den så diskret som mulig. Opptakeren var etter mine observasjoner ikke til forstyrrelse for informantene.

Det enkelte intervju varte fra nær en time til to timer og et kvarter. Hvert intervju ble transkribert etter hvert til tekst for videre analyse og fortolkning. Tiden for datainnsamling var fra første til siste intervju åtte måneder. Dette var noe lenger tid enn planlagt. Ulempen med en for lang periode med intervju og analyser kan være at en mister tråden underveis.

Forskningsprosessen i kvalitative metoder kjennetegnes imidlertid av et fleksibelt forskningsopplegg, noe som innebærer at forskeren kan arbeide parallelt med de ulike deler av forskningsprosessen. Den kvalitative forskningsprosessen kan til en viss grad betraktes som oppdelt i ulike faser, men fasene vil kunne overlapse hverandre (Thagaard 2006). Dette gjør at det kan bli et gjensidig påvirkningsforhold mellom utforming av problemstilling, innsamling av data, analyse og tolkning. Gjennom at datainnsamling og analyse foregikk parallelt kunne jeg tilpasse videre datainnsamling, og slik kunne god tid mellom hvert intervju være en styrke. Tidlige konklusjoner i analysen kunne utdypes ved å utvide omfanget av datainnsamlingen ved neste intervju. Mellom hvert intervju kunne jeg reflektere over hovedpoeng i hvert intervju og lese teori før neste intervju og på denne måten kunne jeg tilpasse den videre datainnsamlingen noe, uten at jeg gikk bort fra intervju- guiden.

3.6 Troverdighet og kritisk vurdering

Troverdigheten er en forutsetning for bekreftbarhet, og går ut på om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte (Ringdal 2007). Å arbeide for en troverdig og bekreftbar studie bør foregå gjennom alle stadiene i studien, fra arbeidet med bakgrunn for forskningsspørsmålet til analysering og rapportering. Troverdigheten kan bedømmes gjennom innsikt i forskningsprosessen (Kvale 2006).

Gjennom selve intervjuene ble ledende spørsmål forsøkt unngått. I intervjuene stilte jeg åpne spørsmål som ”kan du si noe om...”, ”når du sier dette mener du da...” og ”forstår jeg deg riktig når...”. På den måten fikk informantene mulighet til å fortelle fritt om tema, utdype sin mening eller misforståelser kunne bli oppklart. Hos noen informanter var det nok å gi et stikkord om tema, og de fortalte mye om det. Hos andre var jeg mer aktiv i forhold til å drive intervjuet videre. Under transkribering av intervjuene forsøkte jeg å skrive ordrett ned det informantene hadde sagt. Likevel ble dette en konstruksjon av kommunikasjon fra muntlig til

skriftlig form som innebar ulike vurderinger og beslutninger, for eksempel hvordan pauser ble anmerket, og hvordan tonefall og det nonverbale fikk komme til uttrykk i teksten (Kvale 2006; Smith, Flowers & Larkin 2009). Jeg forsøkte etter beste evne å være tro mot det informantene formidlet gjennom å anmerke i teksten om det var spesielle følelser eller kroppsspråk som kom til uttrykk. Tekstene gir mange typer data, og mine vurderinger og dømmekraft ble viktig og viktig å være bevisst på (Grimen, Jåsund & Ugelvik 2000).

Intervjusituasjonen var preget av en åpenhet rundt det informantene ønsket å fortelle. Da jeg presenterte meg for informantene fortalte jeg blant annet at jeg var utdannet sykepleier. Dette kunne tenkes å lede til en mer åpen holdning fra informantenes side i forhold til hva de ville fortelle, hvis de så meg mer som en terapeut enn en forsker. Jeg opplevde ikke at dette skjedde. Det var imidlertid lett å bli engasjert i det informantene fortalte, og jeg måtte være bevisst på at jeg i denne konteksten var forsker, og måtte holde de andre sidene ved meg selv tilbake. Hvis ikke ville mine innspill kunne preget dataene. En bevisst holdning til dette var viktig, og denne bevisstheten gjorde det mulig å sette meg selv i ”parentes”, i den grad det er mulig.

Informantene i studien hadde deltatt på et rehabiliteringsopplegg ett til fire år før intervjuene fant sted. Å delta i et frivillig rehabiliteringsopplegg sier i seg selv noe om motivasjon og vilje for tilbakekomst til arbeidslivet, som kan tenke seg å være forskjellig fra personer som ikke har deltatt på rehabilitering. Dette er egenskaper ved informantene som vil påvirke dem i forhold til mestring av arbeidsliv på tross av kroniske smerter.

Imidlertid var det informantene delte av informasjon med meg riktig og viktig for dem. Innenfor samfunnsforskningen regnes hver enkel situasjon som unik, og hvert enkelt fenomen har sin egen indre struktur og logikk. Dette betyr en bevegelse fra generalisering til kontekstualisering (Kvale 2006). Slik er det informantene gyldig for dem i deres situasjon, og det kan det tenkes deres virkelighet og opplevelser også er gyldig for andre i tilsvarende situasjoner.

3.7 Validitet og reliabilitet i analysearbeidet

Forsøk på å utvikle en logisk bekreftbarhet i den hermeneutiske tradisjon er relevant for å klargjøre troverdigheten av fortolkningen i kvalitativ forskning. Fortolkning av mening

beskrives ofte som en hermeneutisk sirkel eller spiral, der en veksler i forståelse mellom helhet og deler i teksten. For å forstå deler må helheten studeres, for å forstå helheten må delene studeres. Den hermeneutiske spiral foregår på fler nivå, slik kan *deler* og *helhet* brukes til å beskrive en rekke sammenhenger (Smith, Flowers & Larkin 2009). Forskningsprosessen i den hermeneutiske spiral er beskrevet som en oppfattelse av teksten som en helhet, før en tolkning av de enkelte delene hvor igjen tolkningen av delene relateres til helheten. Forståelsen av en tekst blir dermed til gjennom en prosess der meningen av de ulike deler er bestemt ved den helhetlige meningen av en tekst.

En slik forklaring av en tekst er egentlig en endeløs prosess, men som avsluttes når en kommer til en fornuftig mening, en logisk eller sammenhengende forståelse (Kvale 1996; Patton 2002). Gjennom denne spiralbevegelsen gis det kontinuerlig muligheter for utdyping av meningsforståelsen. Ved analyse av en tekst, leses teksten først for å forsøke å danne seg et helhetlig inntrykk, før en deretter går tilbake til de enkelte utsagn og temaer for å forsøke å finne deres mening og betydning, for igjen å vende tilbake til en helhetlig tolkning (Repstad 2007).

Min forståelse og forforståelse vil kunne endres underveis på grunn av ny innsikt og kunnskap, som igjen vil kunne påvirke meningstolkningen. Gjennom hele forskningsprosessen fikk jeg en økt forståelse knyttet til det jeg studerte, og slik fikk min nye kunnskap og innsikt påvirkning og gjorde en forskjell i hvordan jeg tolket de første intervjuene til forskjell til de siste. I fortolkende fenomenologisk analyse involveres en dobbel hermeneutikk; forskeren forsøker å finne mening i informantenes data, og informantene forsøker å finne mening i x (Smith, Flowers & Larkin 2009). Dette illustrerer dobbeltrollen forskeren har. Jeg prøvde å finne mening og forståelse knyttet til de data informantene ga meg om arbeidsliv og muskel- og skjelettsmerter og om selve fenomenet muskel- og skjelettsmerter. Samtidig som forskeren selv er menneske og prøver å finne mening i tilværelsen, *er* han ikke informanten men har adgang til informanten gjennom det han forteller, og ser det gjennom sine "linser". Informanten prøver å skape mening, og forskeren prøver å forstå (ibid). Min forståelse knyttes derfor til de "linsene" jeg til enhver tid ser verden gjennom. I tillegg ser vi i fortolkende fenomenologisk analyse en dobbel hermeneutikk gjennom to fortolkende posisjoner; empati og mistenksomhet. Forskeren prøver å se ting fra informantens siden, om hvordan det er å stå i hans sko. På den andre siden stiller forskeren seg på utsiden og ser på ting fra andre synsvinkler og stiller spørsmål over ting informantene har sagt (Smith, Flowers & Larkin 2009). Den mistenksomme delen av fortolkningen kom til

utrykk gjennom at jeg underveis i analysen også så etter en mer overordnet forståelse av det som kom frem i datamaterialet, og stilte meg spørsmålet: *hva handler dette egentlig om?*

I fortolkende fenomenologisk analyse er det fokus på informantens forsøk på å finne mening i sine erfaringer og det de har opplevd. Da jeg skulle analysere de transkriberte intervjuene startet jeg med å lese intervjuene i sin helhet. Deretter leste jeg teksten igjen og begynte å identifisere det spesielle informantene snakket om. Jeg prøvde å unngå overfladisk lesing og å være mottakelig for ” *tekstens annerledeshet*” slik at jeg unngikk å finne bare det jeg forventet å finne (Gadamer 2003:38). I teksten hadde jeg laget brede venstre og høyremarg, og i høyre marg skrev jeg nå fortolkende notater og kommentarer. Jeg prøvde å forstå hvorfor og hvordan informantene sa det de sa. Videre startet jeg med å utvikle temaer, og dermed å reorganisere dataene og redusere volumet av detaljer. Temaene ble skrevet i venstre marg, i alt 25 temaer. Deretter søkte jeg etter sammenhenger mellom temaene jeg hadde funnet, gjennom å skrive dem opp i en liste, og videre å samle de temaene som hørte sammen i grupper. Temaene ble slik redusert til 11 grupper. Gruppene fikk nye temanavn, som ble de overordnede temaene jeg jobbet videre med. Jeg la merke til hvilke tema som gikk ofte igjen, dette kunne gi en pekepinn på hvor viktig de var. Jeg oppdaget likevel at tema som jeg tolket som svært viktige for informantene (på grunn av måten det ble sagt på eller hvor det var følelser involvert) kunne bli nevnt bare en gang. Underveis noterte jeg kommentarer fra analysearbeidet i en bok. Jeg fortsatte til alle tekstene var gjennomgått etter samme metode.

Videre så jeg etter mønstre på tvers av alle dataene og om det var noe tilbakevendende og felles temaer. Jeg så etter nøkkeltema som var viktige for hele gruppen. Siden antallet informanter er noe i overkant av hva som er anbefalt for en nybegynner i fortolkende fenomenologisk analyse, ble informantenes erfaringer i tillegg forsøkt identifisert gjennom en oppsummering av hva informantenes erfaringer ble tolket til å handle om, som anbefalt (Smith, Flowers & Larkin 2009). Den endelige analysen og hovedfunn ble på den måten basert både på systematisk analyse som beskrevet og den mer generelle oppsummeringen av hovedbudskap. Jeg endte opp med tre overordnede tema, som ble de tre hovedfunnene i studien. Underveis i skriveprosessen gikk jeg fra overordnede tema tilbake til temaer i grupper og enkelttemaer til hele teksten, og tilbake til overordnede tema igjen. Til slutt gikk jeg igjen tilbake til hele teksten for så langt som mulig sikre at det jeg hadde skrevet var informantenes stemme. Gjennom å supplere sitater fra informantene forankrer jeg på mange måter min fortolkning i deres uttalelser. Slik ble analyse og skriveprosess gjort slik det er beskrevet i den hermeneutiske spiral (Smith, Flowers & Larkin 2009).

4.0 PRESENTASJON AV HOVEDFUNN OG DISKUSJON

I denne delen presenteres funn som er kommet fram i analyse av intervjuene. Datamaterialet ble til slutt under analysen delt inn i tre hovedfunn, som har blitt hovedtema i teksten. Under hvert hovedtema presenteres undertema, og disse diskuteres opp mot problemstillingen før nytt hovedtema presenteres. Til slutt er det en avsluttende og oppsummerende diskusjon.

De tre hovedfunnene i denne studien kan illustreres med oversikten i Tabell 1.

Tabell 1: Presentasjon av hovedfunn knyttet til hva som er av betydning for personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter, for at de skal kunne komme tilbake og fortsette i arbeidslivet etter langtidssykmelding:

Rehabiliteringsoppholdet som vendepunkt	<i>Det gamle</i> <i>Det nye</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>Å bli anerkjent</i>• <i>Nye kunnskaper</i>• <i>Mestringsstrategier</i>• <i>Balansekunsten</i>
Systemet som medspiller	<i>Døråpnerne</i> <i>Vedlikehold nøkler</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>Arbeidsplassen</i>• <i>Nærmeste leder</i>• <i>Ektefelle, familie og venner</i>• <i>Mosjon og hobbyer</i>
Vilje og kamp	<ul style="list-style-type: none">• <i>Smertens byrde</i>• <i>Vilje til å kjempe</i>• <i>Arbeidets verdi og mening</i>• <i>Identitet</i>

4.1 HOVEDFUNN: Rehabiliteringsoppholdet som vendepunkt

I de senere årene er det blitt flere aktører som tilbyr rehabilitering med arbeid som mål, både som en del av spesialisthelsetjenesten og som underleverandører av NAV. De regionale helseforetakene har avtaler med ulike aktører når det gjelder denne rehabiliteringstjenesten.

Informantene til denne studien ble rekruttert via Smednes Trivselsgård og Røros Rehabilitering, som er to av flere tilbydere av rehabilitering med arbeid som mål i Helse Midt Norge (Helse Midt Norge 2009). Studien tok ikke sikte på å diskutere rehabiliteringsoppholdene. At informantene hadde deltatt i rehabilitering var en måte å rekruttere informanter på. Underveis i analysearbeidet ble det imidlertid klart at rehabiliteringen hadde vært av en slik betydning at det var å regne for et hovedfunn knyttet til forskningsspørsmålet.

Rehabiliteringsoppholdet viste seg å være svært viktig for hvor informantene var i dag. Dette beskrev informanter fra både Røros og Smednes. Likevel kunne det antydes en forskjell i hvilken grad betydningen rehabiliteringsoppholdet hadde. Informanter fra Smednes beskrev rehabiliteringsoppholdet som helt avgjørende, nærmest uvurderlig for tilværelsen videre. At det å komme på Smednes var “livsviktig” var en beskrivelse av oppholdets betydning.

Selvbildet mitt var på null når jeg kom på dette oppholdet. Jeg var ingenting. Jeg hadde ikke fri vilje jeg da altså. Hadde ikke jeg vært på den rehabiliteringen så vet jeg ikke hvor jeg hadde vært i dag. Jeg hadde helt sikkert vært 100 % ufør. Bombesikkert. Og jeg hadde bare vært luft av meg selv, jeg er redd for det. Ja det var i alle fall det som var meg før rehabiliteringen. Og jeg vet ikke andre plasser jeg kunne fått den hjelpa (Informant fem- kvinne).

Informantene fra Røros beskrev også oppholdet som svært viktig, og retningsgivende for veien videre når det gjaldt valg knyttet til omskolering, endring av arbeidssituasjon og tilnærmingen til arbeidslivet.

Men rehabilitering ja, det var gull verdt. Helt utrolig... når jeg kom derfra var jeg som et nytt menneske altså. Ja det var slike grupper, det var slik team med lege, sykepleiere, fysioterapeut og slik. Både enkeltvis og i grupper der vi tok opp tema ikke sant. Bevisstgjøring av seg selv, hva en greier å få til. Å sette grenser i forhold til deg selv og i forhold til andre da. At en kan si nei. Det går litt på det. Ja kjempeflott (Informant seks- mann).

Informantene gjorde det helt klart at rehabiliteringen hadde betydd svært mye for veien videre, både personlig og for yrkesaktivt liv. For noen var rehabiliteringsoppholdet et tiltak som ble prøvd etter at de opplevde at alt annet var prøvd, for noen kom tilbud om rehabilitering ”midt” i prosessen tilbake fra sykmelding til aktiv arbeid. Det som imidlertid var tydelig, var at mye var prøvd av behandling og tiltak før dette rehabiliteringsoppholdet ble gjennomført. Det gjaldt uansett hvilket sted de var på rehabilitering.

4.1.2 Det gamle

Informantene beskrev rehabiliteringsoppholdet som et vendepunkt. Informantene fortalte om et tilbaketrukket sosialt liv før rehabiliteringsoppholdet startet. Selvbildet og selvtilliten ble beskrevet som dårlig og de var både fysisk og psykisk nedbrutte av varierende grad. I tillegg til informantenes egne plager og utfordringer var familiene preget av situasjonen, der smertene styrte hverdagen og hverdagens aktiviteter til både informantene og deres nærmeste. En av informantene sa det slik: *Det var bare tøys alt. Sur og grinete og ingenting fungerte. Var ikke noe liv* (Informant seks- mann).

Informantene brukte mange medikamenter, blant annet mye smertestillende medisin. Informantene beskrev videre en passiv hverdag utenfor arbeidslivet. Det var en kamp mot kroppens plager og en kamp mot “systemet” (i betydningen rettigheter knyttet til NAV og ulike ordninger innen “Inkluderende Arbeidsliv” som de ofte opplevde ikke fungerte).

Nei jeg hadde gitt opp fullstendig. Jeg var så sliten av inn og ut av sykehus, hos spesialister, innleggelser, de prøvde det var ikke det.. men de hadde ikke.. Jeg husker en gang hos revmatologen, da sa jeg at dette her går ut over ekteskapet mitt, det er helt forferdelig sa jeg. Og vet du de hadde ingenting og hjelpe meg med. Ja det var at vi får prøve en ny sort medisin igjen da sa de. Prøve om den kan virke. Så var det bivirkninger av den nye medisinen, ja det var et helvete (Informant fem- kvinne).

Informantene fortalte om at de erfarte stadige tilbud om nye medikamenter som behandling for plagene. Medikamentene hjalp en stund, før virkningen avtok. Det kunne bli en runddans med nye medikamenter som gang på gang avtok i virkning.

4.1.3 Det nye: Å bli tatt på alvor

Gjennom å komme på rehabiliteringsopphold opplevde informantene å bli tatt på alvor i sin situasjon slik den var. Å være fire uker sammen med andre i samme situasjon ble beskrevet

som uvurderlig. Samholdet i gruppen ble sterkt, og de opplevde en støtte og oppmuntring i det å møte andre i samme situasjonen. De støttet og hjalp hverandre gjennom prosessene de gjennomgikk, og fant også oppmuntring i å se at andre kunne ha større utfordringer enn dem selv. Det ga styrke i å gå på videre.

Vi var sammenspleiset og så var det det at vi kunne se positivt på ting og akseptere at vi har plager, og innse det og jaja da er det bare å stå på videre, vi kan ikke sette oss ned og synes synd på oss selv fordi vi har den plagen altså. En positiv spire ble sådd gjennom oppholdet (Informant to- kvinne).

Personalet ble trukket fram som sentralt på begge rehabiliteringsinstitusjonene. At de framsto som tydelige veiledere, støttende i prosessen og med et trygt faglig ståsted var viktig.

Informantene fortalte at de opplevde å bli styrket både psykisk og fysisk.

Ja dette at jeg kom på rehabilitering og at jeg fikk se dette nye og lære det, og fikk se en ny måte å leve på... ja det kan ikke, det var så avgjørende for hvordan mitt liv fortsatt skal bli, at det går ikke an... ja det var... hva skal jeg si... det var natt og dag altså. Det å få begynne på nytt igjen (Informant fem- kvinne).

På Røros var både personalgruppen og brukergruppen større enn på Smednes. Informantene som hadde vært på Smednes trakk fram det unike i det å være en del av en liten gruppe.

På Smednes var det en hovedterapeut, og vedkommende ble trukket fram som svært sentral for et vellykket rehabiliteringsopphold. Hele fagmiljøet var likevel viktige hver på sin måte. Opplegget gav variasjon gjennom gruppesamlinger, samtaler, turer og arbeidsoppgaver knyttet til praktiske oppgaver. Praktiske oppgaver kunne for eksempel være bygging av uteplass og toving. Variasjonen mellom samtaler, samlinger og det praktiske det var dette som til sammen ble vellykket. I og med at brukergruppen var liten, ble det nær kontakt mellom ansatte og deltakere. Ansatte som kokk og vaktmester fikk også på den måten unike roller som miljøarbeidere.

Ja jeg ble omprogrammert i hele nøtta jeg. Jeg ser lyst på framtida. Jeg har mange prosjekt enda og ingen planer med å slutte av. Så det er artig å få holde på. Før så jeg bare begrensingene mine, nå ser jeg det annerledes... Hadde jeg ikke kommet på rehabilitering vet jeg ikke hvordan det hadde gått nei (Informant sju- mann).

Fagpersonalet på Røros var flere i antall og dermed mer tverrfaglig sammensatt, og på den måten ble den enkelte fagperson der en viktig brikke i en større helhet. De kunne også tilby kompetanse fra ulike fagområder på stedet. I tillegg til gruppesamlinger var turer og ulike treningsmuligheter sentralt i opplegget. Institusjonen hadde i tillegg fasiliteter som treningsrom og svømmehall, som ble satt stor pris på.

Jeg grudde meg veldig da jeg skulle på det rehabiliteringsoppholdet. Jeg hadde veldig liten selvtillit og var nervøs. Men da jeg kom dit, de plukka av meg redselen. Da vi skulle dra derfra holdt jeg tale og sa at hver og en der måtte være håndplukket til den stillingen de hadde. For maken til personale har jeg aldri sett eller hørt. Noen er flink på det området, noen er flink på det området og de hadde slike spesial... ja jeg følte nesten som jeg var i himmelen jeg. Og treningsprogrammet var lagt opp til alle, og jeg må si for et opplegg (Informant to- kvinne).

Å få være på rehabilitering i fire uker sammenhengende med fokus på seg selv, med trening, gode måltider og hvile var på en måte terapi i seg selv. Å få sette seg selv i sentrum for en periode opplevdes godt og viktig. Noe skjedde med dem da.

Jeg må si at tida på rehabilitering var den beste måneden jeg har hatt. Ingen kjente meg og jeg kjente ingen. Jeg kunne være meg selv. Ja jeg torde være meg selv på, ja gud vite hvor mange år. Og det var ro. Og det var opplegget de hadde med enesamtaler, gruppesamtaler og treningsøkter. Du gikk til dekket bord og trengte ikke tenke på at du skulle vasket rommet ditt. Du trengte ikke tenke på noe. Du hadde kun deg selv, å konsentrere deg om deg selv og tenke på deg selv. Og etter en uke der begynte jeg å sove igjen om nettene også. Ja jeg vet ikke hvor lenge det er siden jeg har sovet så godt om natta nei. Jeg slappet av. Så det er dette som kan til at jeg er der jeg er i dag. Det er jeg ikke noe redd for å si... ja du aner ikke. Det var helt fantastisk der (Informant tre- kvinne).

Mennesket er en kompleks skapning og er ikke bare kropp, for eksempel gjennom vonde muskler eller ledd, men er sammensatt både av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Gjennom rehabiliteringsoppholdet forklarte informantene at de for første gang opplevde en helhetlig tilnærming til problemene, det handlet ikke bare om smerter i muskler eller ledd.

Ektefelle ble forsøkt inkludert gjennom tilbud om helgebeseøk i siste halvdel av oppholdet. På den måten fikk ektefelle et innblikk i informantens nyervervede kunnskaper. Informantene

beskriver at disse besøkene var svært viktige for både dem og deres ektefeller, men at det var for kort tid.

Det er så bra at de hadde fokus på familien rundt også. Det er det ingen andre som skjønner. Hovedfokuset er stort sett på om du greier å være i jobb eller ikke. Så kan du få en bedre stol eller ståmatte ikke sant. Men det er ingen som spør etter livet etter klokka halv fire. Ingen som spør etter det som er da. Mennesket? Familien?
(Informant seks- mann)

4.1.2 Nye kunnskaper og styrket selvbilde

Rehabiliteringsoppholdet førte til endringer for alle informantene, delvis store endringer på flere nivå. De fortalte om nye kunnskaper omkring fysiske forhold som smertefysiologi og hvordan kroppen fungerer.

Før når jeg fikk smerter, da datt jeg litt av pinnen, hva skal jeg gjøre nå? Jeg må ringe doktoren. Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre. Nå har jeg en annen trygghet, jeg er ikke redd. Jeg kan slappe av, og er smertene sterke så jobber jeg med å lukke smerteporten, og bruker paracet hver fjerde time en dag eller to eller tre. Så begynner jeg å kutte ned på en og en tablett. Og som oftest har smerten blitt stoppet av det, og det er ikke slik at smerten bare herjer med meg lenger. Jeg bestemmer (Informant fem- kvinne).

Kunnskaper ga trygghet til å utprøve grenser både fysisk og i forhold til smerteterskel. Turer i nærmiljøet og å bruke kroppen på ulike måter gjennom trening og praktiske oppgaver ga dem opplevelser og erfaringer knyttet til dette. De fortalte at de ble bedre kjent med kroppen sin og hvordan denne fungerte. Slik ble de også tryggere på egne grenser, og fikk mestringserfaring.

Gjennom økt aktivitet og gradvis større trygghet på egne grenser ble selvbilde styrket. Troen på seg selv og på egen grenser førte til at de klarte å begynne å si noe om egne behov og grenser.

På Rehabiliteringen ble jeg så mye sterkere. Og jeg visste utrolig godt hva jeg ville. Det var hele tiden at jeg fikk bestemme selv der. Ingen kunne bare komme og si at nå gjør vi det sånn og slik. Nei, jeg kjente hvordan jeg ville ha det (Informant fem- kvinne).

Å kunne si nei igjen var for mange en ny oppdagelse. Ved å lære å kunne si hva de ønsket og ikke ønsket fikk de på nytt lært å ta ansvar for egne valg.

Så det handler om å være tydelig også. Og det har jeg lært meg. Hvis en er tydelig på hva en kan og hva en ikke kan så er det lettere. Men det har tatt meg mange år da! Jeg tør å si fra nå. At nok er nok (Informant tre- kvinne).

Gjennom nye kunnskaper kom et styrket selvbylde, og informantene fikk igjen makt og kraft til å sette bedre grenser for seg selv knyttet til hva de selv ønsket.

4.1.3 Mestringsstrategier

Gjennom prosessen for mestring av arbeidslivet, ble en ny handlingsberedskap lært.

Informantene forklarte om ulike mestringsstrategier i utfordringen arbeidsliv og kroniske muskel- og skjelettsmerter. Å tilpasse ulike ting i tilværelsen til helsa var en tilnærming. I dette lå for eksempel at en kunne sette seg ned for å avlaste kroppen i stedet for å stå, når situasjonene tillot det. Dagene kunne være forskjellige. Var det en dårlig dag med mer smerter, ble aktivitetsnivået tilpasset et lavere tempo, færre gjøremål og mer hvile.

Nå kjenner jeg kroppen min mye bedre. Og oi i dag har jeg brukt kroppen min mye på arbeid, og jeg kan få smerter når jeg kommer hjem så da tar jeg det litt mer med ro da i stedet for å ta tabletter. Jeg roer ned i stedet, og er blitt flinkere til å lære kroppen min å kjenne etter hvert altså. Jeg har lært meg å akseptere at sånn er det i dag, og så er det noe annet i morgen. Det er jo med hvordan en ser på det (Informant en- kvinne).

Å velge bort aktiviteter for å ha krefter til det viktigste var også en strategi som av og til opplevdes nødvendig. Gjennom å lære seg å måtte prioritere mellom det viktigste og det som var mindre viktig kunne de sikre i alle fall å ha krefter til det viktigste. Å velge bort sosiale aktiviteter med venner kunne være eksempler på dette.

Å mestre plagene gjennom å lære seg ikke å ta problemene på forhånd, men å takle dem underveis var også en ny mestringsstrategi.

Jeg kjenner og lytter til kroppen min at oi ja nå må jeg roe ned litt, og så tar jeg de signalene da. Jeg tar dem ikke på forskudd slik jeg gjorde før. Jeg tar tak i ting selv, og er litt bevisst på det når jeg er på arbeid og finner arbeidsmetoder der jeg kan avlaste kroppen når jeg kan det. Og jeg har den innstillingen at jeg ikke skal stå fast på tabletter for eksempel (Informant en- kvinne).

En annen informant fortalte at å takle tøffe dager hadde blitt en livsstil. At det handlet om at smerten ikke skulle få styre, at det var “det nye meg”, og forklarte dette slik: *Jeg tar ikke medisiner fast, det er et valg jeg har tatt* (Informant fem- kvinne).

Smertene var der, men de styrte ikke dagene lenger. Å takle problemene underveis gjenspeilet seg også i medisinbruken. De fleste informantene tok ikke lenger smertestillende medikamenter fast. De kunne ta reseptfrie medikamenter ved behov, men hadde over en tid sluttet med sterke smertestillende medikamenter til faste tider.

4.1.4 Prosessen tilbake til arbeidslivet

Under rehabiliteringsoppholdet startet også prosessen knyttet til å gjenoppta deltakelse i arbeidslivet igjen. Spørsmål som de tok stilling til var blant annet om den jobben de hadde var mulig å fortsette i videre knyttet til helsemessige begrensinger. *En jobb er ikke bare en jobb, det er ulike krav til fungering*, som informant fire (kvinne) sa.

For noen ble det klart at stillingsendring eller type jobb burde endres, for andre ble det mer klart at endring i stillingsstørrelse var riktig tilnærming. Ved stillingsendring eller jobbskifte var opplæring, kursing eller mer utdanning aktuelt.

Enkelte av informantene ønsket seg muligheter for å kunne ta en “time- out” fra jobben på dårlige dager, uten at dette var sykmelding. Å bli sykmeldt, helt eller delvis, var noe de ikke ønsket. Alle gjorde det de kunne for å unngå det, sykmelding var på en måte siste utvei. Men med kroniske smerter opplevde de at dagene var forskjellige, noen dager var verre enn andre og noen perioder var bedre enn andre perioder. Å kunne ta en pause gjennom for eksempel en fleksibel avtale om uttak av et visst antall fridager i dårlige perioder var et stort ønske. Slik kunne de ta seg igjen og unngå en lengre sykmelding. Et annet ønske og behov var oppfølging fra rehabiliteringsinstitusjonene. Informantene hadde stort ønske om et eller flere oppfølgingsopphold i etterkant av det første fire ukers opplegget. Det ble bemerket, og opplevd som urettferdig, at noen pasientgrupper som for eksempel de med revmatisk diagnose har tilbud om ulike helsereiser, andre ikke.

Nei det er jo det som er minus at det ikke er noe oppfølgingsopphold. Etter fire uker så skal du ut og klare alt selv. Og er du heldig så klaffer alt. De har en oppfølgingstelefon, men for meg kom den for tidlig. Altså kan godt ta den telefonen, men det bør komme noe senere også. For eksempel etter et halvår. Å få pussa litt mer

på det en har lært, og kneppa av noen unoter som en har lagt til seg igjen. Virkelig fått skjerp det der altså (Informant seks- mann)

Informantene hadde på mange måter forslag til hvordan de kunne unngå for stor slitasje og sykmelding, men det organisatoriske ”systemet” ga på mange måter ikke rom for løsninger utenom fast opplegg. Oppfølging etter rehabiliteringsoppholdet, i form av kortere opphold i ettertid eller rettigheter knyttet til helsereiser var eksempler på dette. Fleksibilitet knyttet til å kunne jobbe på gode dager, og å kunne ta ut fridager når smertene ble for store, som informantene ønsket, ville på mange måter komme arbeidsgiver til gode om sykmelding på denne måten ble unngått og informantene jobbet de dagene de var mest opplagte.

4.1.5 Balansekunsten

Informantene beskrev at å finne en balanse mellom jobb, trening og hvile kunne være veien til god helse, men at det kunne være vanskelig å finne denne balansen. I det hele handlet mestring av arbeidsliv om å være bevisst og å finne balanse mellom ”påkjenninger” og hvile. Informantene fortalte om viktigheten i denne balansen men også noe om kompleksiteten i det.

Jeg har lyst ikke sant, til å gå til jobb og... men jeg vet at går jeg er det enkelte ting jeg ikke kan gjøre når jeg kommer hjem. Jeg synes det er kjempegodt med frisk luft og kjempegodt å være ute, men det tar alltid av noe annet (Informant seks- mann).

Som et resultat av rehabiliteringsprosessen hadde informantene generelt økt sin aktivitet. Dette gjaldt både fysisk aktivitet og i aktiviteter knyttet til dagliglivets gjøremål. Samtidig handlet det mange ganger om å balansere på en knivegg for at det ikke skulle bli for mye. Hvis dagene var preget av store krav på jobb og en dårlig dag knyttet til smertene (noe som ofte viste seg å henge sammen), ble det mindre tid og krefter til aktiviteter som bygde dem opp slik som friluftsliv, mosjon, dyrke hobbyer som håndarbeid og mekking av bil. Og lite av aktiviteter som bygger opp kroppen både fysisk og psykisk, ville i neste omgang bety at de lett havnet i en negativ sirkel og økt total slitasje.

Ja det å gjøre ting, en får vondt ikke sant. Var det verdt det? Ja. Var ute og gikk tur, måtte snø, var det verdt det? Ja. Det var vondt, men greit nok så lenge du vet grensa. Det er ikke farlig vondt. Jobbe opp mot grensa, så vet du at resten av dagen blir rolig. Men så vet du at det kanskje var verdt det, og da har det vært en berikelse da. Og det vet de rundt deg at tar vi den turen blir det kanskje rolig resten (Informant seks- mann).

Det å finne eller å ha en avledningsmanøver som mestringsstrategi når smertene var plagsomme eller det var en dårlig dag kunne på mange måter læres. Det handlet i stor grad om positiv tenkning og bevisstgjøring omkring seg selv. Hva informantene tenkte om egen situasjon hadde betydning for hvordan de kom til å mestre den. Informantene erfarte at det gikk an å lære seg å tenke positivt.

Når du har lært det som en lærer på rehabiliteringsoppholdet, så holder det. Det blir måte å leve på. Ikke en belastning, men noe som er omsnudd. Det holder. Det vil jeg ikke miste. Slipper jeg taket i dette kommer smertene durende. Og det vet jeg hvordan blir. Og dit vil jeg ikke. En må bestemme seg. Og i perioder å være hard med seg selv. Bestemt og ikke dille og dulle. Men det holder. Og en kan bli ganske kreativ etter hvert for å finne måte der kroppen kan hvile på for eksempel (Informant fem- kvinne).

En bevisstgjøring i å vite at det etter en dårlig dag alltid kommer en ny dag kunne også hjelpe. Informantene fortalte om ulike måter å finne avledning bort fra smerten på. Det kunne være fysiske steder som kunne representerte et sted for hvile fra alle krav, eller steder for rent symbolsk å kaste vanskelige ting fra seg, eller steder for bare å være. Samvær med familie eller å være ute i naturen kunne også fungere som avledning. Å finne steder eller gjøremål som ble fungerte som avledningsmanøvre når tankene og smertene ble vanskelige å takle var viktig og en del av det nye.

... og det funker! Og om noen hadde fortalt med dette før, så hadde jeg ikke trodd det. Men det funker! 100 % altså. Det gjør det. Det gjelder å finne utveger. Og da går det på det å finne noe som gjør meg godt (Informant fem- kvinne).

Å finne slike utveger, som for den enkelte fungerte som avledning og disktraksjon var viktig, og kunne være forskjellig avhengig av livssituasjon. At informantene kunne prioritere gjøremål og tid til det som gjorde dem selv godt, og være bevisst på hva som var bra for dem selv ble knyttet til det de hadde lært på rehabiliteringsoppholdet og prosessen der.

4.2 Diskusjon til hovedfunn: Rehabiliteringsoppholdet som vendepunkt.

Ved kroniske smerter kan selvfølelsen være rokket ved, og det vil være av stor betydning å bli anerkjent og respektert. Hos personer med kroniske smerter, vil anerkjennelse blant annet handle om at leger, helsepersonell og andre tror på at det pasienten sier er smerter, er smerter. Den subjektive smerteopplevelsen er unik fra person til person (Werner 2005; Rustøen & Wahl 2008).

4.2.1 Å bli anerkjent

Å bli anerkjent er av stor betydning, en grunnleggende side ved det å kunne oppfatte seg selv som et helt menneske (Rustøen & Wahl 2008). Informantene beskrev at de ble anerkjent og tatt på alvor da de kom til rehabiliteringssentrene. De ble trodd på, og det de sa om seg selv og sine smerter og plager ble regnet som gyldig.

Ved å møte anerkjennelse og respekt for egen person, meninger og opplevelser, kan personer også anerkjenne og akseptere seg selv. Aksept og anerkjennelse er indre prosesser. En viktig aspekt innen læring innen forbedringsprosess knyttet til helse, er aksept av egen situasjon (Tobin 2000). Bache og Østerberg (2008) hevder at kroniske sykdommer rammer alle de fire måtene vi er på i verden; fysisk, psykisk, sosialt og åndelig, og dermed ryster selvet og truer vår eksistens. Aksept av kronisk sykdom kan da bli en eksistensiell krise i balansen mellom å leve det livet personen ønsker å leve balansert med sykdommens konsekvens (Fjerstad 2011). Å akseptere kronisk sykdom, som er kronisk smerte i denne sammenhengen, handler ikke om å gi etter for sykdom og gi slipp på livet og drømmene. Det handler om å endre forestillinger om sykdommen slik at personen beholder troen på å kunne påvirke konsekvensene sykdommen kan ha. På den måten kan mulighetene og ressursene personen har komme i forgrunnen og sykdommen i bakgrunnen (Fjerstad 2011; Paterson 2001). Gjennom myndiggjøring vil personen bli styrket, og slik få en holdning til sykdommen som muligheter for endring, mer enn sykdommen som begrensing.

4.2.2 Nye kunnskaper

For informantene ble det å starte på rehabilitering starten på en læreprosess der noe nytt skulle læres knyttet til mestring av kroniske smerter og hverdagens krav, med det mål å komme tilbake til arbeidslivet igjen (Lindström & Eriksson 2010; Heggdal 2008). At tverrfaglig

rehabilitering kan være effektivt med tanke på bedringsprosesser knyttet til kroniske smerter og arbeidsliv støttes av en studie av Lillefjell og Jakobsen (2007), der personer med kroniske smerter ble fulgt før, under og etter rehabiliteringsopplegg over 57 uker. Disse beskrev tverrfaglig rehabilitering som effektivt sett i forhold til forbedret funksjon knyttet til tilbakekomst i arbeidslivet. Deltakeren rapporterte også signifikant forbedring i SOC, mindre smerte og mindre angst og depresjon enn før rehabiliteringen.

At veilederne var trygge, faglig dyktige og støttende i prosessen var avgjørende. Informantene la vekt på betydningen av at de møtte faglig dyktige ansatte og veiledere. De ansattes måte å møte deltakerne på gjorde at informantene fra første stund ble myndiggjort i egen prosess. Dette ble beskrevet som viktig (Askheim & Starrin 2007; Heggdal 2008; Kvebæk 1990). Gjennom rehabiliteringsoppholdet fikk de gjennom ulik behandling, opplæring og aktiviteter gradvis kraft, styrke og makt til å ta tak i egen situasjon. De beskrev sin egen situasjon før rehabiliteringen som preget av avmakt. Anerkjennelse og myndiggjøring førte til en styrking hos informantene, som både ble en indre prosess og en ytre prosess. Indre prosesser hos personen kom av ytre prosesser, og prosessene så ut til å påvirke hverandre gjensidig.

Å finne fram til personens ressurser vil være i tråd med den salutogene tankegangen, der fokuset er å identifisere ressurser som fremmer helse (Antonovsky 2005; Lindström & Eriksson 2010). Informantenes ressurser var ulike, men alle fikk starte der de var. Informantene fortalte også om at de ble tydelig utfordret. Slik kunne en utvikling skje. Under rehabiliteringsoppleggene ble det fokusert på ressurser, løsninger og hva informantene kunne klare. En individuell tilnærming er viktig fordi personer responderer ulikt på påkjenninger (Antonovsky 2005). I tillegg vil motstandsressursene til hver informant være ulike, og motstandsressurser vil kunne fremme eller hemme en resilient tilpasning (Reich, Zautra & Hall 2010). På en annen side mente Antonovsky (2005) at SOC er oppnådd når personens generelle motstandsressurser er i overensstemmelse med presset fra ulike påkjenninger i omgivelsene. Slik kan SOC knyttes til mestring av påkjenninger for personer med kroniske smerter og deres tilbakekomst i arbeidslivet. Informantene i denne studien, der informantene på tross av sine kroniske smerter hadde mestret tilbakekomst til arbeidslivet, kan da ut fra dette sies å oppleve sammenheng (SOC), da deres generelle motstandsressurser ser ut til å være i overensstemmelse med påkjenninger og ytre press de sto i.

Den ytre prosessen i informantenes myndiggjøring var knyttet til ulike handlinger, som kom til uttrykk både under rehabiliteringsoppholdet og etterpå (Askheim & Starrin 2007; Heggdal

2008). Eksempler på handlinger kunne være at informantene framsatte egne behov og meninger i ulike offentlige møter eller arbeidssituasjoner, eller tok valg i forhold til å ikke ta medikamenter fast eller å søke aktivitet. Gjennom anerkjennelse og myndiggjøring kunne den indre prosessen knyttet til selvbildet og selvtiliten til den enkelte bli sterkere. Selvbilde styrkes ved anerkjennelse av det som den enkelte er (Vetlesen 2004; Honneth 2003). Ved et sterkere selvbilde, kunne informantene gradvis klare å utføre aktiviteter og gjøremål sammen med veiledere og andre i gruppen de deltok i.

Under rehabiliteringsoppholdet fikk deltakerne undervisning og opplæring i alt fra anatomi og fysiologi til å skulle bevisstgjøres egne grenser. Kunnskapen førte til læringsprosesser, og til gradvis større trygghet knyttet til for eksempel utprøving av grenser. Utprøving av grenser kunne være knyttet til å bruke kroppen til å gå på tur i naturen, eller å delta i praktiske gjøremål som snekring. Siden deltakerne fortalte om isolasjon og lav aktivitet før rehabiliteringen, var disse aktivitetene en stor utfordring for mange. Ved å få nye kunnskaper og trygge veiledere kunne de nå prøve ut grensene igjen. Gjennom dette erfarte informantene å lykkes med nye aktiviteter og gjøremål, sammen med andre gruppedeltakere.

Undervisning og erfaringslæring bidro til at informantene gradvis lært nye handlings- og mestringsmåter. Å takle smerter, og dager der smertene var verre, kunne læres gjennom nye måter og strategier å møte smertene på. For noen kunne det være å akseptere at dagene var forskjellige, og konsekvensene kunne være å kutte ned på aktiviteter og hvile mer den dagen.

For mange var det forklart som en balansekunst å finne riktig forhold mellom hvile/ påfyll og krav/ påkjenninger. Dager med høye krav førte ofte til at smertene økte. Balansekunsten kunne bestå i spenningen mellom hvile og aktiviteter og å få kreftene også til å strekke til kroniske smerter på den ene siden og i forhold til forpliktelser utenom arbeidslivet, som for eksempel eldre hjelpetrequende foreldre og barn som trengte oppfølging på den andre siden. Informantenes erfaringer før rehabiliteringsoppholdet var at påkjenningene ofte ble for store når det i tillegg var egne helseutføring som skulle mestres. Gjennom deltakelse i rehabiliteringsoppholdet fikk de mulighet og anledning til å kunne sette sine egne behov først for en periode. Å komme til et sted hjemmefra og sette fokus på egne behov og grenser ble forklart som uvurderlig. Kolb (2000) peker på nødvendigheten av en reflektert forståelse ved erfaringslæring. Denne refleksjonen kommer av observasjon, erfaring og utprøving. Rehabiliteringsoppholdene la til rette for nettopp dette, og erfaringer, samtaler i gruppen og individuelt kunne slik gi grunnlag for vekst.

4.2.3 Mestringsstrategier og balanse

Å finne sine grenser og deretter gjøre ulike tilpasninger er en prosess som må læres om personen skal komme seg og gjenfinne balanse og oppleve god helse. Faktorer som gir en bevegelse mot helse slik beskrevet i den salutogene orienteringen, som for eksempel fysisk aktivitet, hvile og samvær med andre, kan være slike tilpasninger (Antonovsky 2005; Lindström & Eriksson 2010; Reich, Zautra & Hall 2010). Positiv tilpasning på tross av motgang og påkjenninger kjennetegner en resilient tilpasning, å finne likevekt etter skade eller påkjenninger (Rustøen & Wahl 2008; Reich, Zautra & Hall 2010). Hva som oppleves som god helse og hvilke faktorer som gir en bevegelse mot god helse vil være individuelt. En helhetlig tenkning rundt deltakerne i rehabilitering vil derfor være sentralt (Engel 1977; Espnes & Smedslund 2009; WHO 1948; Falkum, Borge & Martinsen 2011). Helse knyttes til ulike faktorer og sammenhenger fra kroppslig funksjon, trivsel og fravær av sykdom. At tilnærmingen i behandling og terapi er helhetlig i sin tilnærming og individuelt tilrettelagt vil derfor være av stor betydning for et vellykket rehabiliteringsopphold (WHO 1986; Fugelli & Ingstad 2009).

Den enkeltes motstandsdyktighet for stressende hendelser vil kunne variere gjennom ulike faktorer rundt og i personen (Falkum, Borge & Martinsen 2011; Espnes & Smedslund 2009; Lazarus & Folkman 1984; Reich, Zautra & Hall 2010). Samsillet mellom de ulike faktorene vil kunne påvirke sårbarheten for stress. Hvis informantene opplevde at de hadde kontroll over situasjonen og at den var håndterbar, tålte de stresset og smertene bedre. Den sosial verden utgjør meningsstrukturer og støttende ressurser for hvert menneske, som setter det i stand til å møte og å tilpasse seg utfordringene det møter og finne mening med og i livet. Dette finner vi igjen i mestringsteorier som resiliens, SOC og mestring av stress (Reich, Zautra & Hall 2010; WHO 1986; Lindström & Eriksson 2010; Lazarus & Folkman 1984).

At rehabiliteringstilbudet møtte deltakerne på en individuell og tilpasset måte der helhetlig tenkning lå til grunn, syntes å være vesentlig for en vellykket rehabilitering. Mennesker er ulike i indre styrke, fleksibilitet, kapasitet og motstandsressurser. Sårbarhet for stress, som høye jobbkraav og kroniske smerter, er også forskjellig. Mestringsfaktorer, eller motstandsressurser er knyttet til personlig kompetanse, sosial kompetanse, sosial støtte, personlig struktur, familiesamhold og den kultur personen lever i (Friborg & Hjemdal 2004; Reich, Zautra & Hall 2010; Antonovsky 2005). Det helhetlige rehabiliteringstilbudet

inkluderte noe deltakelse fra deltakernes nærmeste sosiale nettverk, som nær familie og ektefelle. Disse fikk tilbud om å komme på kortere besøk under siste del av oppholdet. Informantene påpekte viktigheten av at nær familie var inkludert, men at de skulle ønsket mer av det. Støtte fra familie og omgivelsene ellers var sentralt og viktig for informantene. Nær familie og ektefelle ble beskrevet som avgjørende for vellykket tilpasning, noe som støttes fra annen forskning (Shaw, Segal, Polatajko & Harburn 2002).

Gjennom ulike gode erfaringer under rehabiliteringsoppholdet ble selvtilliten ytterligere styrket, og troen på å kunne lykkes igjen kom av mestringserfaringen. Å gå på tur for første gang på lenge var for eksempel for mange en stor seier. I følge Bandura (1997) er egne erfaringer den viktigste kilden til forventning om å kunne mestre igjen. Gjennom mestringserfaring kunne informantenes mestringstro utvikles (Heggdal 2008). Å mestre oppgaver og utfordringer ga informantene tro på at det var mulig å mestre lignende oppgaver senere, og at det var mulig å mestre mer utfordrende oppgaver. Mestring av oppgaver og utfordringer vil kunne gi økt opplevelse av sammenheng i tilværelsen (Antonovsky 2005).

Informantene hadde noe egentrening og individuelle samtaler, men mye tiden i terapi og aktiviteter var i gruppe sammen med andre i samme situasjon. Gamle erfaringer knyttet til nederlag, isolasjon og ensomhet ble under rehabiliteringsoppholdet erstattet med mestringserfaringer og opplevelser sammen med andre i gruppen. Å erfare og oppleve endringsprosesser sammen med andre i samme situasjon ble fremhevet som svært viktig. På den ene siden kunne de se at de ikke var alene, de traff andre i lignende situasjoner. På den andre siden kunne de støtte hverandre i prosessen gjennom samarbeid om oppgaver og ekstra støtte fra de andre på tunge dager. Støtte fra gruppen på at de kunne klare nye oppgaver var en stor hjelp. Illeris (2006) fremhever nettopp at personer lærer i sosial sammenhenger, og at læring er samspill mellom det enkelte individ og omgivelsene. I sosialkognitiv læringsteori påpekes det at vi etterligner andre i vår atferd. I tillegg til våre egne erfaringer, er observasjon av andres atferd i sammenlignbare situasjoner viktig for egen tro på å kunne klare utfordringen (Bandura 1997). Observasjon og etterligning av betydningsfulle andres atferd er da en sentral del av læringsprosessen Bandura påpeker at heiarop fra andre vil kunne styrke egen tro på å lykkes. Slik vil gruppen i rehabiliteringsopplegget kunne ha stor betydning for om den enkelte får gode mestringserfaringer eller ikke, og gruppen vil kunne komme til å bety mye for rehabiliteringens framgang. Den sosialkognitive læringsteorien peker nettopp på erfaringslæring som sentralt for vekst og endring (Kolb 2000).

Gjennom ulike mestringserfaringer fikk informantene gradvis styrket tro på egen mestringsevne. Høyere tro på egen mestringsevne ga igjen forhøyet selvtillit og selvbildet ble styrket. Selvtilliten er en sentral faktor knyttet til menneskers atferd rettet mot bestemte og ønskede resultat (Bandura 1997). Et styrket selvbilde førte til at informantene kunne være tydeligere på egne behov og grenser. Når informantene ble tydeligere på egne behov, kunne de også i større grad ta ansvar for egne valg. Bevisste valg og bevisste prioriteringer ble gradvis styrket gjennom rehabiliteringsoppholdet. Å ta ansvar for egne valg er nært knyttet til vilje. Informantene fikk kraft og makt til både å takle helsemessige utfordringer og å ta valg som var helsefremmende for dem. Økte kunnskaper, gode mestrings- og erfaringsopplevelser knyttet til ulike aktiviteter førte til økt selvkontroll og selvbilde. Styrkede og myndiggjorte mennesker vil ha en høy "locus of control", og tro at resultater og hendelser i livet står i sammenheng med deres egen atferd (Passer & Smith 2001; Askheim & Starrin 2007). Å komme seg igjen etter påkjenning eller skade innbefatter i den resiliente tankegangen både det å komme seg etter påkjenning, komme i likevekt, og å tåle de påkjenninger livet gir. Tåleevnen avhenger av individuell menneskelig kapasitet knyttet til vurdering, planlegging og bevisst handling (Zautra 2000; Rustøen & Wahl 2008). Eksempler på bevisste valg hos informantene var at noen bestemte seg for å ville trappe ned på medisinbruk eller ikke ta smertestillende medikamenter fast, andre ba om nye samtaler med arbeidsgiver og NAV.

Et annet bevisst valg som kom av læringsprosessen og mestringserfaringen informantene gjorde under oppholdet, var en ny positiv holdning og tenkning rundt egen situasjon. En positiv tilnærming gjorde at de ressursene de hadde og det som informantene faktisk klarte og mestret fikk fokus og oppmerksomhet, framfor å fokusere på det som ikke fungerte. Å styrke personenes indre overbevisning om at de har tilgang til både ressurser hos seg selv og fra omgivelsene som de kan bruke, vil styrke opplevelsen av at livet er håndterbart, meningsfullt, begripelig og til å holde ut med. Personer med sterk opplevelse av sammenheng vil kunne ha større mestringsevne enn andre fordi de tenderer til å oppfatte og oppleve tilværelsen som forståelig og håndterbar. Salutogen teori viser til at de videre vil på tross av ulike påkjenninger kunne fungere godt og med likevekt, noe vi ser i resiliensteorien og teorier knyttet til egen mestringstro (Lindström & Eriksson 2010; Reich, Zautra & Hall 2010; Bandura 1997).

Hos informantene inngikk det i rehabiliteringen å finne nye mestringsstrategier og teknikker for å takle stress og smerte på en mer hensiktsmessig måte enn tidligere. Eksempler kunne være avslapningsøvelser, gradvis endring i tankemønstre og avledning/ distraksjon. Gjennom

disse strategiene kunne en dag med mye smerter likevel oppleves håndterbar og meningsfull. Distraksjoner kunne være å gjøre noe helt annet som å gå ut i naturen, og å høre på musikk.

Opplevd helse ligger i selvet, og er en subjektiv opplevelse. Ut fra en salutogen tankegang vil personlig engasjement og bevisste valg hos personen, kunne bidra til å flytte fokuset vekk fra smerten, mot noe nytt. Dette ble av informantene erfart gjennom rehabiliteringsprosessen som et bedre alternativ. Slik kunne hverdagens krav møtes på tross av smertene. Mekanismene bak distraksjon er delvis ukjente, men i kognitiv læringsteori kan de knyttes til erfaringslæring (Bandura 1997; Kolb 2000). Noen erfarte at aksept av egen situasjon, avslapningsteknikker og ulik avledning vil kunne lede fokuset vekk fra selve smerteopplevelsen. En studie fra 2005 støtter dette. Aktive strategier som for eksempel trening, utføre alminnelige gjøremål, sosiale aktiviteter og aktive mentale aktiviteter som meditasjon og distraksjon ble knyttet til mindre grad av uførhet og stress. Aktive strategier ble også assosiert med lavere grad av avhengighet av medikamenter og bruk for helsehjelp (Blyth, March, Nicholas & Cousins 2005). Her kan portkontrollteorien også bringes inn (Rustøen & Wahl 2008). Smerteteorien fremstilles med både sensoriske, affektive og kognitive komponenter, der smerteopplevelsen kan påvirkes gjennom ulik påvirkning som for eksempel berøring eller ulik avledning. Til slutt kan aksept og endrede holdninger til smerten og dens konsekvenser føre til at det friske i livet i større grad kan komme i forgrunnen, og det syke i bakgrunnen (Paterson 2001).

Opplevelsen av endret fokus leder, i følge Kolb (2000), til en følelse som gjennom refleksjon kan omdannes til mening for den enkelte. Rehabiliteringsoppholdet ga muligheter til erfaringer av ulike mestringsstrategier og refleksjoner rundt disse. Nye mestringsstrategier kan være eksempler på endret helseatferd som har sitt utgangspunkt i Lewins felteori. En slik helseatferd knyttes til opplevd sannsynlighet for at endret atferd (som nye mestringsstrategier) vil føre til et spesielt resultat, og den verdi dette resultatet har for personen. At smerter ikke skal styre hverdagen, eller å mestre å være tilbake i yrkeslivet igjen etter langtidssykmelding representerer to sterke verdier for informantene. Opplevd sannsynlighet for at noe skal skje kan også knyttes til det Bandura (1997) omtaler som mestringsstro (self-efficacy) og selvtillit. Den sterkeste prediktoren for om informantene mestret de ulike påkjenninger var om de selv trodde på egen framtidig mestring. Studier av pasienter med kroniske smerter støtter dette (Arnstein 2000). En studie fra 2006 av pasienter med kroniske smerter understøtter også dette, og beskriver at tro på egen smertemestring var en sentral faktor (Meredith, Strong & Feeney 2006). Å ha mestringsforventning knyttet til smertene, og trygghet på å kunne gjøre ting på

tross av smertene viser seg å være viktig for å kunne mestre smertene og ulike gjøremål (Nicholas 2007).

4.3 HOVEDFUNN: Systemet som medspiller

Sentralt i hva som var av betydning for informantene for å komme tilbake og fortsette i arbeidslivet var tilgjengelige støttespillere. Det var viktig å møte *noen* som kunne hjelpe dem når det trengtes. Denne noen kunne være forskjellige personer, men at det var hjelpere både i det offentlige hjelpeapparatet/ helsetjenesten og i det private liv var vesentlig. Hjelperne i det offentlige representerte på mange måter døråpnere for den videre prosessen. Det var videre viktig å finne eller å ha vedlikeholdsnøkler når “døren var blitt åpnet”. Disse fantes både i det private og i det offentlige rom.

4.3.1 Døråpnerne

Uavhengig av støttespillere i det private rom, var legen en nøkkelperson for prosessen å komme tilbake til arbeidslivet igjen. Denne legen som nøkkelperson var en fastlege eller legespesialist som for eksempel revmatologen. Siden det er legene som vanligvis sykmelder, får også legene slik en nøkkelrolle i tilbakeføringsprosessen til arbeidslivet. I denne prosessen inngår ofte utredning og ulik behandling eller rehabilitering.

Informantene fortalte om at det ofte opplevdes som de deltok i en evig runddans mellom ulike aktører i helsevesenet for å få hjelp og behandling. At mye ble prøvd og at lite hjalp over tid var en erfaring de delte. Behandling eller medisiner kunne hjelpe en tid, men etter hvert avtok virkningen. Så skjedde en forandring i det de møtte den legen de opplevde så dem og deres situasjon på en annen måte.

Jeg var så heldig til å komme til denne legen da, og han fant ut på benken på fem minutt hva som feilte meg. Det var godt å komme til en som fant ut noe. Ja det hadde vært mange runder til ulike leger og sånn for å finne ut hva det var. Men når jeg kom til denne legen følte jeg at jeg kom til rett person. Han har vært dyktig. Han var rette person. Og i tillegg interessant også da, ikke sant! (Informant seks- mann).

Å komme til legen eller legespesialisten som fungerte som døråpnerne var som å komme “hjem”. Felles for disse var at informanten erfarte at her var det (endelig) noen som de opplevde trodde på deres historie og tok dem på alvor. Disse legene/ legespesialistene ble på en måte døråpnere til en ny tilnærming til problemene og dermed nøkkelpersoner for at den videre prosessen kunne komme i gang. De var villige til å lytte, utrede og støtte informantene og ta tak i deres situasjon sammen med dem på en ny, annen og mer avgjørende måte enn det de tidligere hadde erfart.

Jeg er så glad for å få komme til den revmatologen. Han sa nå begynner vi utredningen av deg. Ja, sa jeg, men hva om det ikke er det du tror da? Ja, hvis ikke det er det da går vi videre og sjekker noe annet. For noe er det. Så jeg følte jeg ble trodd! (Informant tre- kvinne).

Døråpnerne hadde den posisjon at de hadde nøklene som skulle til for å åpne dører for den videre prosessen. Disse nøklene handlet mye om henvisningsmyndighet til ulik behandling eller utredning. Informantene opplevde nytt håp, og var ikke lenger gitt opp, i betydningen “vi har dessverre ikke mer å tilby av behandling eller utredning”.

Det har mye å si at jeg har truffet en lege som hører. Ja jeg skal ikke klage på legene. Men når du blir sendt til den ene undersøkelsen etter den andre, og de ikke finner noen ting. Ingenting. Til slutt må jo folk begynne å spekulere på om det er noe som feiler henne i det hele tatt, ikke sant. Du spekulerer jo selv også! Er det noe galt inne i hodet på meg? Men så treffer du en som er villig til å gå nye veier og sjekke, og som sier noe er det. DET gav meg et bra løft ja! Det å bli trodd på plagene (Informant tre- kvinne).

I tillegg til legenes døråpnende funksjon og myndighet, hadde de også slik det ble beskrevet; egenskaper eller måter å møte informantene på som var forskjellig fra tidligere erfaringer.

4.3.2 Vedlikeholdsnøkler: Arbeidsplassen

Arbeidsplassen er selve hovedarenaen for det å være i arbeid. Hvordan arbeidsforholdene var og hvilken type arbeid som skulle utføres spilte en rolle.

Informantene forklarte at arbeid som bar preg av repeterende aktivitet som hyppig bøying av knærne eller ryggen, eller som krevde spesielle fysiske ferdigheter kunne være vanskelig å gjennomføre. Likedan var et fysisk tungt arbeid og å gå mye ikke bra.

Nei det er jo litt deprimerende å se at- jaja dette livet vi hadde valgt for noen år siden, et ønske om å jobbe med dette ikke skulle- jaja jeg skulle ikke få det noe mer. Ja det ble sånn at en kunne synes synd på seg selv, og det at andre får til ting mye bedre enn deg for at du ja du, ja det blir rett og slett negativ tenkning og du ser ikke, klarer ikke se alternativene til positivt heller. Ja jeg tenker på at det blir sånn type tap. Det var uaktuelt å komme tilbake til det samme (Informant en- kvinne).

Arbeidstid og rutiner spilte også inn. En fleksibel arbeidstid kunne for enkelte bety at de kunne ta en kortere dag når dagen var preget av smerter, for så å jobbe mer på en god dag. For noen var rutiner i arbeidet viktig for andre mindre viktig. Dette kom an på type arbeid. Men at det var ordnede forhold var avgjørende.

Det har jo vært slik i denne kommunen at personalproblem det feier vi under teppet. Bare glatter over litt og så... Men jeg er en type som vil ha det oppryddet jeg da (Informant tre- kvinne).

Ulike arbeidsforhold som type arbeidsoppgaver, fysisk krevende arbeid, arbeidstid og arbeidsmiljø spilte inn. Avklaringer og tilpasninger i forhold til dette var viktig.

Kollegaene og det sosiale arbeidsmiljøet var viktig, både for ønsket om å ville tilbake til arbeidet men også hvordan eller på hvilken måte kollegene tok imot den sykmeldte.

Kollegaene var en viktig motivasjonsfaktor for tilbakekomst i arbeidet. I

sykemeldingsperioden(e) var savnet etter kollegaer stort. Kollegaene var en viktig brikke i det å oppleve en meningsfull hverdag, å være en del av samfunnet, og å føle seg ønsket av noen.

Ja det med arbeidskollegene, viktigheten der. Det å få bruke, og få utøve yrket mitt. Jeg vet at jeg greier det godt, jeg vil gjøre det, og jeg ser på dem jeg møter vil ha meg der, de er glad når jeg kommer og de setter pris på meg. Og jeg ser at arbeidsplassen min er stolt over at jeg er kommet tilbake, at jeg har klart det. Og det at, ja jeg har sagt det til dem at det jeg har kommet tilbake er de en del av. For hvis de ikke hadde vært på den måten de er så, ja de har vært med å hjelpe meg altså. Ja på arbeidsplassen min er vi flink til å ta vare på hverandre altså, og fokusere på positiv tilbakemelding (Informant fem- kvinne).

Hvordan holdningene fra kollegaene var overfor tilrettelegging av det fysiske miljøet rundt enkelte arbeidstakere eller fritak fra enkelte arbeidsoppgaver var svært viktig for informantenes trivsel og velbefinnende på jobben. Dette sa noe om forståelse og samhold.

Det var veldig tøft å komme tilbake til arbeid. Til å begynne med følte jeg veldig på.. jeg tenkte veldig mye på hva de andre sa. For jeg trengte jo tilrettelegging først for å se hvordan dette gikk. Og at de andre måtte ta et ekstra tak. Og da fikk jeg en slik beskjed fra sjefen min at dette får du ikke gå å tenke på. Vi hadde en veldig åpen dialog. Jeg kunne være med selv, jeg turte det i og med at de også har vært seg selv. Og jeg fikk ikke lov å tenke på det med at jeg hadde tilrettelegging i starten. Denne gangen var det meg, en annen gang er det en annen (Informant fem- kvinne).

Å slippe å skulle ta i ekstra og å kunne motta tilrettelegging i en overgangsperiode eller for en lengre periode opplevdes viktig for å kunne komme tilbake. Støtten fra nærmeste leder og kolleger ga en trygghet knyttet til at de var ønsket tilbake, noe som betydde mye for informantenes vei tilbake til arbeidslivet.

4.3.3 Vedlikeholdsnøkler: Nærmeste leder

At nærmeste leder er en tydelig leder var viktig. At vedkommende hadde kunnskaper om NAV og ulike rettigheter og arbeidet ut fra dette var på mange måter avgjørende. Dette var av betydning både under sykmeldingsperioden(e), i prosessen for tilbakekomst til arbeidslivet igjen og etterpå. Holdninger og handlinger der den sykmeldte opplevde støtte og tilrettelegging fra nærmeste leder var avgjørende for tilbakekomst til arbeidslivet.

Nå har jeg en kjempebra arbeidsplass. De har lagt godt til rette. Virkelig vært svært hjelpelige altså. Og det trengte jeg veldig mye til å begynne med synes jeg. Men slik som det er nå, jobber jeg slik som de andre. Det er lite tilrettelagt. Jeg har hele tiden hatt kontakt med arbeidsgiver. De var kjempegreie, de var helt supre. Og de visste hva jeg hadde vært gjennom (Informant fem- kvinne).

Ikke alle erfaringer var like positive, og samarbeidet med nærmeste leder ble forklart slik av en annen informant:

I forhold til nærmeste leder begynner alt veldig greit. Alt begynner greit. Og IA bedrift ikke sant og det er bare å kjøre på. Men så koster det penger, også tar det lang tid. Også blir ting utsatt. Ja veldig mye sånn. Ja det ble et voldsomt styr. Jeg synes jeg

burde slippe det. Jeg skjønner at folk blir sykmeldt, at det drøyes for lenge fordi det blir så mye styr. Og det er bra opplegg på arbeidsplassen min egentlig. Men når det kommer til stykket og jeg ikke kan utføre jobben min da er det ingen interesse. Da blir jeg en brems. Det koster for mye. Og da er prosjektet på jobb mye viktigere enn å ta vare på meg og min helse. Men på utsiden ser det veldig bra ut dette IA- opplegget (Informant seks- mann).

At støtte fra nærmeste leder var uforbeholden og varig betydde svært mye. Krav om effektivitet og å holde kostnader knyttet til tilrettelegging nede på arbeidsplassen kunne føre til at prosesser knyttet til tilrettelegging tok uforholdsmessig lang tid, og opplevdes uverdige.

4.3.4 Vedlikeholds nøkler: Ektefelle, familie og venner

Hjemmet er sentralt i de fleste menneskers liv. Hjem og fritid kan være arenaer en henter overskudd til en krevende arbeidssituasjon gjennom avkobling, fysisk aktivitet og sosialt samvær. Nær familie kan representere støtte på mange nivå. Informantene fortalte de hadde opplevd et individuelt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud, og at dette opplevdes svært viktig. At familie og ektefelle også ble trukket med i rehabiliteringen var av meget stor betydning. Informantene hadde erfart at konsekvensene av kronisk smerte også påvirket familien. Ektefelle ble trukket fram som sentral i så måte.

Ektefelle representerte en svært viktig støttepartner. Dette ble understreket av at informantene ble rørt eller gråt da de snakket om sin ektefelles betydning.

Mannen min han måtte hjelpe meg og pushe meg og trøste meg og hjelpe meg å dra, nei det var nok ikke alltid så enkelt dette (Informant fire- kvinne).

En annen forklarte om mannens støtte som endret etter at han hadde vært på helgebeseøk på rehabiliteringen, og selv fått nye kunnskaper om smertene og hvordan mestre dem.

Mannen min har vært litt streng med meg. Før var det litt sånn stakkars deg, men nå har han også blitt tryggere fordi han vet mer. Nå går vi UT. Nå skal vi ut å gå sier han. Nei jeg skal ikke ut å gå for nå har jeg så vondt sier jeg. Ja vel sier han, men jeg går i alle fall. Så går han ut, og da går jeg som oftest og har på meg og går etter. Og han kan si nå tapper jeg i badekaret, og så kommer du og legger deg i badekaret. Jeg kan si at jeg ikke skal i badekaret for det hjelper ikke likevel. Men jeg går, og det hjelper (Informant fem- kvinne).

Samtidig fortalte informantene om en antatt slitasje på ektefelle og familie som gnog dem. Når noen i en familie har kroniske smerter påvirkes hele familien. Aktivitetsnivå og fritid ble i stor grad regulert av informantenes begrensinger. Spørsmålet rundt om ektefelle ikke skulle orke mer av smertenes konsekvenser var der.

Og jeg har jo familie rundt meg. Men jeg føler jo det har gått på bekostning av dem også dette her. Jeg tenker noen ganger det hadde vært best for mannen min å slippe dette, orker han mer?(Informant fire- kvinne).

Venner og øvrig familie ble også beskrevet som betydningsfullt nettverk. Nær familie og barn betydde rutine i hverdagen. Barna måtte på skolen, og mat måtte lages flere ganger om dagen til faste tider. Klær og utstyr skulle være i orden. Selv om smertene var store eller det var en dårlig dag, kunne en ikke bare legge seg ned. Gjennom disse nære personene hadde en noen å stå opp til, og noen å være ansvarlig overfor, uansett. Videre var det å følge opp barna på deres fritidsaktiviteter med på å holde dem i aktivitet. Aktivitetene og de som de møtte der ble på mange måter viktige nettverk.

Noen blir bare sittende inne og hjemme. Jeg har jo kommet tilbake til arbeidet igjen. Men samtidig har jeg hatt nettverket, jeg har barn og jeg må bare. Hadde jeg vært alene, hadde jeg sikkert vært mye lenger nede enn det jeg var (Informant tre- kvinne).

Noen informanter hadde voksne barn og for dem kunne øvrig familie og venner være av enda større betydning. Venner gav støtte og brydde seg gjennom å ta kontakt eller å hjelpe med praktiske ting. Informant to (kvinne) sa det slik: *Jeg kan da ikke bare sette meg ned å gi meg over, jeg skal da bli bestemor!*

Barn, barnebarn, venner og ektefelle viste seg å bety svært mye for informantene og disse hadde nøkkelposisjoner for at informantenes hverdager opplevdes meningsfulle, de hadde noe og noen å stå opp til og oppgaver og roller som skulle fylles også utenom arbeidstid.

4.3.4. Vedlikeholdsnøkler: Mosjon og hobbyer

Å gå regelmessige turer og være ute i friluft var viktige pusterom for informantene. Å komme seg ut, puste frisk luft og å tenke på noe annet var av stor verdi. Hobbyer som håndarbeid,

snekring og mekking var også aktiviteter som gav viktig adspredelse og vedlikehold av god helse. Å gå regelmessig til fysikalsk behandling eller massasje var godt for kroppen og gav påfyll for å holde god balanse mellom påkjenninger og hvile.

Det med varmtvannstrening, det må jeg ha. Det er det eneste jeg krever. Synes det er kjempetrening. Ja der er vi en fin gjeng. Ja jeg har blitt litt mer sånn at jeg er med på ting (Informant sju- mann).

Fysisk aktivitet var ofte forklart som det som kunne bidra til at de holdt hodet over kanten.

Fysisk aktivitet og at de kunne prioritere det var knyttet til positivt for helse og velbefinnende.

Å den vinteren kommer jeg på som en veldig god vinter! Jeg gikk i litt redusert stilling. Og jeg hadde trenø, og var i god kondisjonsmessig form. Jeg gikk mye på ski den vinteren husker jeg (Informant fire- kvinne).

Når tida ikke rakk til, var det første som røk sosialt samvær med venner, mosjon og hobbyer.

Dette ble forklart slik at arbeidet ble prioritert opp, og hvis kreftene var begrenset var det ikke mer krefter til sosialt samvær, mosjon og hobbyer etter arbeidstid.

4.4 Diskusjon til hovedfunn: Systemet som medspiller

Den biopsykososiale forståelsesrammen som er lagt til grunn i studien klargjør at ingen lever for seg selv. Alle lever vi i kontekst med verden omkring oss. I denne sammenhengen inngår våre nettverk, og alle elementer både på mikro og makronivå, og der alt påvirker alt i en gjensidig påvirkning (Engel 1977; Espnes & Smedslund 2009; Lindström & Eriksson 2010).

En fremmede faktor for å komme tilbake til arbeidslivet var for denne studiens informanter, tilgjengelige støttespillere. Det salutogene perspektivet som er lagt som teoretisk overbygging for studien viser nettopp til sosiale ressurser som sentralt i helsefremmende sammenheng.

Personer som forteller om en høy opplevelse av sammenheng (SOC), opplever at de har ressurser tilgjengelige for å møte de krav som de utsettes for, både sosiale ressurser og andre ressurser (Antonovsky 1979; Lindström & Eriksson 2010). Sosial støtte er vel dokumentert fra forskning som betydningsfull faktor knyttet til tilbakekomst til arbeidslivet etter

langtidssykmelding eller ikke (Krogstad, Johnsen & Westin 2002; Selander, Marnetoft, Bergroth & Ekholm 2002). Når informantene i tillegg til å ha ressursene tilgjengelig, har positiv tro på at ressursene kan brukes til mestring eller vellykket tilpasning, kommer vi til mestringstroen som så sterkt predikerer gjennomføring av det som trengs i aktuell situasjon. Mestringstroen kan svekkes og økes gjennom ulike forhold som positive eller negative erfaringer, oppmuntring/ devaluering og positive eller negative følelser. Engasjement vil kunne øke selvtilliten (Bandura 1997; Passer & Smith 2001).

Å ha tilgjengelige ressurser hjelper lite om personen ikke kan bruke dem på en hensiktsmessig måte. Tilgjengelige ressurser i det sosiale nettverket, er en del av de generelle motstandsressursene som vi finner i salutogen teori (Antonovsky 1979; Lindström & Eriksson 2010). Tilgjengelige ressurser, tro på egen evne til gjennomføring og faktisk å bruke ressursene vil være sentralt for vellykket mestring. Denne sammenhengen knyttes både til salutogen teori, som SOC og mestringstro og til empiri fra resiliensforskningen (Antonovsky 1979; Lindström & Eriksson 2010; Reich, Zautra & Hall 2010; Friborg & Hjemdal 2004; Lillefjell & Jakobsen 2007).

4.4.1 Døråpnere

Informantene forklarte legen som viktig døråpner for hele rehabiliteringsprosessen. Støtte og forståelse fra legen eller legespesialisten ble oppfattet som ikke bare betydningsfull, men avgjørende. Dette kom av legens nøkkelposisjon som døråpner inn til diagnose, behandling og rehabilitering. Informantene hadde vært til ulike leger og spesialister før de kom til denne ene som hadde de ”nøklene” som for dem ble et vendepunkt. Hva disse legene hadde til forskjell fra de legene og legespesialistene som informantene tidligere hadde møtte, er ikke undersøkt i denne studien. Imidlertid forklarte informantene møtet(ene) med disse legene et sted de ble hørt på og forstått.

Dette kan bringe oss til empowerment, som har som utgangspunkt å styrke individer slik at de får makt og kraft til endring. Det snakkes om en overføring av makt fra fagfolk til brukere av tjenestene, der brukere ofte kan ha følt avmakt (Askheim & Starrin 2007). Heggdal (2008) beskriver i denne sammenhengen forholdet mellom pasienters og helsepersonells kunnskap. At pasientens kunnskap om seg selv og egen kropp blir hørt på og anerkjent som gyldig kunnskap og blir en del av helheten i vurderingen av problemer og løsninger, er vesentlig og et viktig prinsipp i helsefremmende tenkning. Dette støttes av Malterud og Solvang (2005),

som understreker at en bevissthet om sosiale krefter som er til stede kan oppmuntre eller vanskeliggjøre prosesser basert på resiliens og empowerment. At informanten blir myndiggjort vil kunne føre til større tillit til egen mestringssevne. Wrzesniewski og Skuza (2004) peker på relasjonen mellom lege og pasient som godt der legen møter pasienten med en helhetlig tilnærming, og like viktig møter pasienten med forståelse og vennlighet før god utøvelse av profesjonelle ferdigheter. Antonsen (2010) viser i sin studie av ni personer som etter langtidssykmelding kom tilbake til arbeidsrettede tiltak eller studier nettopp blant annet at fokus på fleksibilitet, ressurser samt gode møter med tjenesteytere var det som fremmet tilbakekomst til arbeidslivet. Alt dette støtter funn i studien, og informantenes forklaringer omkring deres relasjon til legen, og til legens evne til å møte informanten på en myndiggjørende måte.

Grunner til at relasjonen mellom lege og pasient kan mislykkes er komplekse. Legens helhetlige tilnærming og interessen for pasientens totale byrde kan mangle. I tillegg kommer individuelle faktorer som holdning, manglende kunnskaper om underliggende mekanismer, problem med å forstå pasientens problemer og forventninger (Wrzesniewski & Skuza 2004). Konsultasjonen skal avklare hva pasientens plager kommer av, og hva som kan gjøres for å behandle, lindre eller leve med disse plagene. Helseplager med subjektive symptomer uten objektive funn kan utfordre klinisk diagnostikk og samhandling. Flere av informantene i denne studien hadde ikke objektive funn eller klare diagnoser, og en biomedisinsk forklaringsmodell kom dermed til kort (Malterud & Taksdal 2001). Individuelle forhold hos både pasient og lege spiller inn, og å finne målsetninger og aktiviteter tilpasset individuelle problemer og ressurser i en helhetlig tilnærming trer fra som et framtidig behov i rehabiliteringssammenheng (Hedlund, Landstad & Wendelborg 2007; Råheim 2002). Gode møter med tjenesteytere synes å være en fremmede faktor, jamfør salutogenese, for tilbakekomst til arbeidslivet (Antonsen 2010).

Ut fra studiens funn omkring betydningen av relasjonen mellom lege og pasient, og informantenes opplevelse av å bli forstått, kan det se ut som om dette utpeker seg som et av de sentrale punkt for om pasienten oppnår vellykket rehabilitering eller ikke. Kunnskap om salutogen tilnærming og empowerment kan gi et strukturert grunnlag for møtet mellom lege og pasient, og motvirke en holdning preget av oppgitthet og automatiske handlinger (Walseth & Malterud 2004).

4.4.2 Tilgjengelige støttespillere som vedlikeholdsnøkler

Tilgjengelige støttespillere utover legen/ legespesialisten som døråpner, var for informantene ektefelle, familie, venner, nærmeste leder og kolleger. Den salutogene teorien forklarer sosial støtte, familiesamhold og kultur som sentrale motstandsressurser knyttet til mestring av smerter og hverdagens krav (Lindström & Eriksson 2010). At disse ressursene var tilgjengelige for informanten ble beskrevet som vesentlig. Nærmeste leder var en viktig støtteperson, og støttes fra ulike studier som viktig støtteperson for jobbtilfredshet og tilbakekomst til arbeidslivet (Antonsen 2010; Labriola 2006; STAMI 2004). Kollegaene betydde mye for informantene. Det sosiale miljøet på arbeidsplassen var en viktig motivasjonsfaktor for tilbakekomst til arbeidslivet. Informantene beskrev ulike erfaringer om hvor stor kontakten var gjennom sykefraværet, alle mente imidlertid det var av stor betydning. Noen informanter hadde mer kontakt enn andre og dette sto og falt i stor grad på om leder og kolleger tok initiativ til kontakt med informanten under sykefraværet. Betydningen av å ha kontakt med arbeidsplassen gjennom sykefraværet støttes av en norsk studie fra 2009 der personer med muskel- og skjelettplager eller psykiske plager deltok. Tre år før datainnsamlingen hadde de deltatt i rehabiliteringsprogram, og de rapporterte blant annet at tilknytningen til arbeidsplassen var viktig og hadde positiv effekt for tilbakekomst til arbeidslivet etter sykmelding (Landstad, Wendelborg & Hedlund 2009).

De av informantene som hadde ektefelle eller partner, beskrev denne som svært sentral for vellykket tilpasning og mestring. I tillegg til å støtte og på alle måter stille opp, representerte også partneren en som både kunne støtte og utfordre, og ikke bare stryke informantene med hårene. Spesielt etter at partner hadde vært på rehabiliteringsinstitusjonen og fått økt sine kunnskaper, stilte partneren også en del krav som ble oppfattet som positivt av informantene. Faktorer som beveger mot helse på helse–uhelse kontinuumet vil være individuelt. Øvrig familie og venner utgjorde i tillegg til partner eller ektefelle en viktig del av informantens nettverk og den sosiale støtten. Samholdet og strukturen disse representerte var viktig (Reich, Zautra & Hall 2010; Antonovsky 1979; Lindström & Eriksson 2010). Å ha en hverdag preget av struktur er fremhevet som en av motstandsressursene. Familie og venner er en forutsigbar og tilgjengelig støtte. Likedan ble fritidsaktiviteter som fysisk aktivitet og ulike hobbyer forhold som kan knyttes til sosial kompetanse, personlig struktur og kultur, som er sentrale mestringsfaktorer (Friborg & Hjemdal 2004). Sammenhenger mellom sosial støtte og arbeidsdeltakelse er vel dokumentert gjennom ulike studier (STAMI 2004; Shaw, Segal, Polatajko & Harburn 2002).

Dysvik, Natvig, Eikeland og Lindstrøm (2005) studerte personer med kronisk smerte som var motivert for rehabiliteringsprogram. De viste at for denne gruppen var en hovedstressor på 53% knyttet til familieliv og sosiale aktiviteter. Dette avviker fra denne studiens funn, som viser at familieliv og sosiale aktiviteter representerte viktige ressurser, motstandsressurser, nettopp for å kunne mestre livet med smerter. I tillegg til familieliv og sosiale aktiviteter som hovedstressor i studien fra 2005 (ibid) ble ulike stressorer som forstyrret det dagliglivet rapportert, slik som byrden av å ha kronisk smerte. To mestringsmønstre dukket opp i studien til Dysvik et al. Den ene var knyttet til å se på smerten som en trussel, noe som hindret aktiv rehabilitering og førte til en følelsesfokustert mestring. Den andre var knyttet til å se på smerten som en utfordring, der problemfokustert tilnærming og fokus på vekst og kontroll mobiliserte tilgjengelige mestringsressurser.

Informantene i studien fortalte at aksept av smerten var en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Aksept av kronisk smerte kan være en eksistensiell krise, der det livet personen ønsker å leve må balanseres mot sykdommens konsekvens (Fjerstad 2010). Å ha akseptert sykdommens konsekvenser kan bety en reorientering knyttet til egen rolle i dagligliv, familieliv og sosialt liv. Denne reorienteringen kan oppleves som en forstyrrelse eller et avbrudd i personens livshistorie med tapsreaksjoner som konsekvens, men at mestring betyr at sykdommen kan komme i bakgrunnen og bli en del av personens identitet og offentlige selv (Bury 1991). Data fra Dysvik's studie ble samlet før rehabiliteringen startet, data fra vår studie ble samlet et til fire år etter at rehabiliteringen ble avsluttet. Aksept og reorientering som skjedde i rehabiliteringsprosessen kan muligens derfor være forklaringer på at vår studie viste at familie og sosiale aktiviteter ble oppfattet som motstandressurser mens det i studien fra 2005 (Dysvik et al) ble oppfattet som hovedstressor. Dette framhever betydningen av rehabiliteringstilbud tilknyttet mestring av kroniske smerter.

Kroniske smerter og krav i arbeidslivet kunne oppfattes som så store stressorer at informantene mistet kontroll og makt over egen situasjon, og som faktorer som hemmet helse (Lindström & Eriksson 2010). I følge Lazarus (2006) kan smertene oppfattes som stress som karakteriseres som et konstant press. Funn fra resiliensforskningen påpeker at personer som skårer høyt på resiliens- skalaen rapporterer både mindre smerter og mindre stress enn de som skårer lavt. Personlig styrke, sosial kompetanse, strukturert stil, familiesamhold og sosiale ressurser er resiliensfaktorer som kan si noe om mestring av ulike påkjenninger, som for eksempel kroniske smerter (Friborg, Hjemdal & Rosenvinge et al 2006). Informantene fortalte om at de måtte finne balanse mellom aktiviteter og hvile. I perioder kunne stress og krav på

grunn av smerter og arbeidsliv være så krevende at det ikke var krefter til å være sammen med venner, dyrke hobbyen eller å være fysisk aktiv. Det som på ene siden representerte motstandsressurser mot negativ tilpasning, kan ut fra funn i studien oppleves som nye krav som det ikke fantes ressurser til å gjennomføre. For å klare å være i arbeid ble periodevis venner, fysisk aktivitet og hobbyer kuttet ut.

Informantene understreket at forskjellen mellom ulike yrker og type arbeidsoppgaver kunne være avgjørende om de kunne være i arbeidslivet eller ikke. Om arbeidet var preget av rutiner, og lite fleksibilitet og mulighet for tilrettlegging, kunne det være vanskeligere å være i arbeidslivet med kroniske smerter. Oppgaver som var greie og utføre en dag, ble vanskelige en annen dag fordi dagene med smerter var forskjellig. Dette understrekes fra forskningen, der en har funnet at opplevelse av høy kontroll over egen arbeidssituasjon, påvirkning på egen arbeidssituasjon og fleksibilitet er en viktig faktor for å stå i arbeidslivet (Antonsen 2010, Krokstad, Johnsen & Westin 2002; National Research Council and Institute of Medicine 2001; Foss & Skyberg 2006). Rotter's begrep om "locus of control" ses i sammenheng med dette, der tro på at personen selv kan påvirke hendelser og resultater vil påvirke handlingene (Passer & Smith 2001).

Funn i studien viser at det var ulik grad av mulighet for kontroll over og påvirkning på arbeidssituasjon for informantene. Belastende arbeidsoppgaver og små muligheter for tilrettelegging og fleksibilitet ble av informantene beskrevet som hemmende faktorer for å stå i arbeidslivet over tid.

Analysen viser at sterk opplevd støtte fra nærmeste leder og kolleger kunne veie opp for lav kontroll et stykke på veien. Dette støttes fra teorien knyttet til at sosial støtte fra betydningsfulle andre er en viktig prediktor for suksess (Falkum, Borge & Martinsen 2011; Espnes & Smedslund 2009; Friborg & Hjemdal 2004; Lindström & Eriksson 2010). Det kan virke som om opplevd støtte fra nærmeste leder kunne gi en oppfatning av større mulighet for å påvirke egen arbeidssituasjon, jfr. "locus of control", enn om støtte fra leder oppleves mangelfull, uavhengig om muligheten til å påvirke opplevdes lav eller høy. Støtte fra nærmeste leder kunne synes, langt på vei, å være viktigere enn muligheten til å påvirke egen arbeidssituasjon.

4.5 HOVEDFUNN: Vilje og kamp

Informantene har vist en enorm vilje og utholdenhet til å reise seg tross smerter og tap. Å være i arbeid handler om å *ville* være i arbeid for mange. Dette representerer styrken i kampen mot smerter og plager. De forteller om hard jobbing og bevisst fokus knyttet til deltakelse i arbeidslivet.

Hvorfor jeg er i arbeid? Det er viljen tror jeg. Og lysten. Det er en hardnakket vilje om at jeg har lyst til å bidra med noe i samfunnet, at det å gå hjemme... hva i svarte skulle jeg gjort hjemme? Ikke sant! Og det handler vel noe om hvordan jeg identifiserer meg som person. For jeg har bestandig arbeidet, kan ikke huske på noe annet. Har jobba siden jeg var jentungen. Og så plutselig skulle jeg ikke ha arbeidet? Det er helt utenkelig. Å likens handler det om at jeg har et hode som liker å få lov til å gruble, bryne seg og skape og ordne og styre. Og hvis jeg ikke er i arbeid hvordan skulle jeg gjort det da? Fjernkontrollen er ikke akkurat noen utviklende sak. Så, så lenge jeg klarer å bite meg fast. Og jeg tror det at jeg kan gjøre en forskjell for noen, det er med på å bidra til at jeg fortsatt er i jobb (Informant tre- kvinne).

Vilje og lyst til deltakelse i arbeidslivet ble dermed knyttet til hvem informantene ønsket å være.

4.5.1 Aksept av smertens byrde og vilje til å kjempe

Etter rehabiliteringsoppholdet lærte informantene ulike strategier og tilnærminger for mestring av smertene. Likevel skulle de kroniske smertene takles, hver dag i alle situasjoner. Smertene hadde konsekvenser som ensomhet, tapsopplevelser og sorg. Noen dager og perioder var verre enn andre. Alltid å ha vondt kunne være tungt å bære. Hvordan det kunne oppleves å leve med kroniske smerter beskrev en av informantene slik:

Livet med smerter er som Stigespillet vet du. Det er alltid noe fysisk. Så er det å klatre opp igjen, men alltid falle ned. Og opp igjen (Informant fire- kvinne).

Smertene fikk ulike sosiale konsekvenser. Det kunne være gjennom at informantene selv valgte bort ulike aktiviteter og gjøremål for å forebygge forverring av smerter og for å kunne ha overskudd til noe som var viktigere, eller at omgivelsene unnløst å inkludere dem. Ting som

informantene valgte bort kunne være ikke å delta i jobbens “gå til jobben aksjon” eller kino med venninner. Dette fordi det ville bety at de ikke hadde nok krefter til å utføre sitt arbeide tilfredsstillende eller å utføre andre ting de hadde ansvar for eller som de ønsket å prioritere. Dette kunne for eksempel være å klare å gå på jobb eller å følge opp barn på fritiden. Selv om de valgte bort aktiviteter bevisst betydde ikke det at det var et lett valg. I disse valgene lå ofte både ensomhet og tapsopplevelser. Ensomheten i smerter og tap ble forklart som en sorg. En av informantene sa det slik:

Det ikke å ha krefter til alt. De andre vil aldri kunne forstå verken det eller smerten
(Informant seks- mann).

En annen sosial konsekvens kunne være at enkelte venner forholdt seg annerledes til dem. Dette forklarte informantene de tolket som ubetenksomhet fra deres side. Eksempel kunne være at de ikke ble invitert på venneturer eller andre aktiviteter fordi det ble antatt å være uaktuelt for dem å være med på. Informantene opplevde at å bli inkludert selv om de kom til å takke nei eller ikke kunne delta, var viktig for selvfølelsen.

Det blir jo slik at vi havner i en situasjon sammen, mannen min og jeg. Når jeg var sprek dro vi på byen og dansa og dro på fester og... og det som er skremmende er at vennene våre, de involverte oss ikke. Så jeg tok dem for meg. Det jeg har så jeg er verken smittsom eller dødelig og jeg er samme damen. Så vær så snill og involver oss. Hvis jeg ikke kan være med vil jeg heller ta den avgjørelsen selv enn at de skal vurdere det for meg (Informant to- kvinne).

Rehabiliteringsoppholdet bidro til at informantene kunne komme inn i en prosess der de gradvis kunne akseptere egen situasjon. På mange måter måtte de gjøre opp en slags status over eget liv knyttet til kroniske muskel- og skjelettsmerter og de konsekvenser dette hadde hatt og fortsatt hadde i deres liv. Gjennom rehabiliteringsprosessen lærte de på nytt å ta ansvar og en bestemmelse over seg selv og sitt eget liv. Leger, ulike behandlere og helsevesenet kunne hjelpe et stykke på veien, men de selv måtte ta en bestemmelse og valg knyttet til egen situasjon og ta tak i den. Vilje til å arbeide hadde vært der hele tiden, men rehabiliteringsprosessen bidro til at de hadde lært mestringsstrategier til å bedre kunne gjennomføre det de ville.

Men du klarer bestandig litt. Og det tenker jeg på at det er det som er utfordringa i jobbsammenheng at du hele tiden skal prestere så enormt... fordi at på min arbeidsplass er det lov å ha litt dårlig form, så lenge en gjør så godt en kan og så lenge en ikke utnytter systemet (Informant fem- kvinne).

Det å ville noe handlet på mange måter om en holdning, og hvor fokuset skulle være. Det ble forklart som et valg.

Jeg kunne jo sittede her og tenkt på at jeg hadde vondt og egentlig nå vil hjem. Men du kan faktisk gjøre noe med hodet altså som gjør at det er interessant å sitte her å snakke. Og da flytter fokuset seg (Informant fire- kvinne).

Informantene ville jobbe, dermed gav de aldri opp. Å gi seg over til smerten og dens konsekvenser var på en måte å gi tapt. Informantene ville være av de som deltok i arbeidslivet, og med det ha sin plass i samfunnet gjennom jobben. På tross av sine plager og smerter hadde de sett at de hadde mye å leve for, det ga mot og håp for framtiden. Å være i arbeid handlet dermed om en vilje og en holdning til det at å arbeide var så viktig for dem at de var villige til å ta kampen og de omkostningene det førte med seg. De kjempet videre for aldri å komme tilbake til det gamle.

Det handler om å snu og holde seg til deg nye handler om steinhard jobbing og vilje, å aldri ville tilbake til det gamle. For det gamle var ikke noe liv (Informant fem- kvinne).

Informantene hadde på tross av sine kroniske smerter positiv framtidstro. De så ikke på framtida som uproblematisk, men de hadde en positiv tiltro til at ting ville ordne seg. Gjennom å ha gått gjennom endringsprosesser fra det som er beskrevet som det gamle til det nye, hadde de nå handlingsberedskap og strategier for å møte utfordringer og smerter.

Framtida ser jeg positivt på, jeg tror jeg har lært såpass mye om meg selv at jeg stoler mer på meg selv, signalene som kroppen gir meg og sånne ting. Og samtidig har jeg blitt mer selvsikker i forhold til andre. For det er ikke noe nederlag å snakke om ting i forhold til det det var før. Når vi var på den gruppa da så snakket vi jo en del om oss selv og ting og sånt. Så det er klart at jeg tror nok jeg er blitt mer selvsikker og trygg og tørr å si: Hallo! Her er jeg! Dette mener jeg. Sånn har jeg det. Kan dere se det nå? (Informant en- kvinne).

I framtidstroen lå også troen på en positiv utvikling i de kroniske plagene. Som informant fire (kvinne) sa det: *Troen på at det blir bedre er en sterk drivkraft.*

4.5.2 Identitet

Utsagnet “Jeg jobber, altså ER jeg!” kan summere det informantene sa om arbeidets betydning og den verdi som er knyttet til det å være i arbeid. Å ha en meningsfull hverdag der ulike arbeidsoppgaver ventet ble forklart som selve det å være menneske. At jobben i så stor grad ble knyttet til identitet forteller at å jobbe på mange måter knytter meg til den jeg er og vil være, og det jeg står for.

Ja jeg føler jo at jeg vil jobbe. Hadde jeg ikke vært interessert i det da hadde jeg ikke vært i jobb. Det er jeg sikkert på. Da hadde jeg vært trygdet jeg... Men jeg trives da med å gå på jobb jeg, det er viktig for meg. Det er meg det (Informant tre- kvinne).

Arbeidet knyttes her til å ville jobbe, interesse og trivsel i tillegg til identitet. Å være i arbeid er noe informantene både ønsker og vil at deres identitet og hvem de er som personer skal knyttes til. Så viktig og så enkelt, verken mer eller mindre.

4.7.1 Arbeidets verdi og mening

Graden av verdien i det å kunne jobbe og å ha en jobb å gå til ble forklart slik av informant fire (kvinne): *Å ikke jobbe betyr at grunnmuren faller.*

Hvis grunnmuren skulle falle er det alvorlig. Dette sier noen om hvor stor verdi jobben representerte, på mange måter et å være eller ikke være. Å ha en jobb å gå til gav engasjement og tilhørighet og handlet om identitet.

Verdien i det å være i jobb handlet om det den enkelte opplevde de var i verden og det som de ville at andre skulle oppfatte seg som. Det å få utøve sitt yrke, og bruke sine fagkunnskaper var viktig.

Nå når jeg er i 100 % arbeid føler jeg jo at jeg er verdt mye mer. Ja jeg gjør nok det. Jeg føler at jeg er på jobb og at det... men samtidig føler jeg det kanskje er samfunnet som verdsetter meg mer når jeg er i arbeid enn det var før. For når jeg gikk sykmeldt, og ikke var i arbeid, å ja du er sånn du ja. En føler på at litt på det at en får et stempel. I stedet for at en er kjempetopp altså som klarer det (Informant en- kvinne).

At denne verdien ble målt i hvordan de opplevde samfunnet møtte dem var også forklart slik:

Bare det når noen spør hva du holder på med, nei jeg går sykmeldt.. du kikker ned og... begynner å unnskylde deg. Ikke så enkelt. Så det er en bit av det det også. Hvem du viser til andre at du er. Å- er han hjemme igjen nå. Er hjemme hele dagen. Og det slipper du at de sier om du er i jobb (Informant seks- mann).

Denne holdningen ble ikke forklart nærmere, men var et uttrykk for at signaler knyttet til verdi og anerkjennelse fra mennesker rundt dem var ulik avhengig i om de var i jobb eller var sykmeldte. Å være i arbeid betydde også at det hver måned ble utbetalt lønn. Å motta lønn betydde at de var selvstendige mennesker. Å motta egen lønn betydde også at de kunne være økonomisk uavhengige av andre. Det var viktig for selvfølelsen og identiteten.

Å jobbe ble på denne måten et bevis på at de kunne noe. Det å kunne gå hjem på ettermiddagen å vite at de også hadde gjort en innsats i samfunnet var en utrolig viktig drivkraft.

Å være i arbeid, og absolutt det at en kan få gjøre nytte for seg, for andre. Ikke bare det at en får treffe andre folk, men at du gjør noe nyttig, at jeg betyr noe igjen. Det å bare sitte hjemme... nei det er godt å bety noe for andre, og yes jeg får det til!(Informant fem- kvinne).

Denne følelsen var mulig veldig sterk fordi de hadde opplevd å ligge nede. Når de nå mestret ble det en sterk opplevelse av å lykkes. Det meningsfulle i å være noe for andre var også viktig. Det å bety noe for andre og gjennom det å være en forskjell var en drivkraft for å være i arbeidslivet. Eksempler på dette var ulike prosjekt det ble jobbet med som de hadde kompetanse innen, eller møter med mennesker i ulike situasjoner. Å se at en kunne bety en forskjell for noen og være noe for andre var verdifullt.

Midt i alle påkjenningene informantene hadde knyttet til kroniske smerter, tap, kamp og mestring av arbeidsliv hadde jobben betydd veldig mye. Jobben var der som noe fast å forholde seg til.

Jeg vet i alle fall at det å være i arbeid er veldig viktig for meg. Hvis det ikke hadde vært det så hadde jeg ikke strekt meg så langt som jeg har gjort. Det hadde jeg ikke. Jeg kunne gitt meg. Jeg hadde tilbud om uførehetspensjon. Men det å jobbe gir meg så mye. Det å få være der, å få bety noe for andre, og det å bare være i jobb. Å vite at du er en brikke, ja du er en del av samfunnet (Informant fem- kvinne).

Informantene så ikke noe alternativ til det å være i jobb. De hadde ingen plan B om det å være i jobb ikke lenger var mulig.

Jeg har vokst opp med det at en skal jobbe. Og da vil du jobbe. Og det kommer jeg å fortsette med så lenge jeg kan det (Informant tre- kvinne).

De så ikke for seg hva de skulle gjort om de ikke skulle ha en jobb å gå til. Hva dagene skulle fylles med uten jobb var vanskelig å se for seg, og det ble assosiert med “bare å sitte der å gape” (Informant sju- mann). Å være ufør ble sammenlignet med ikke å ha noe å finne på, og bare å gå der uten mål og mening.

4.6 Diskusjon til hovedfunn: Vilje og kamp

Informantene ønsket å være i arbeid. Å være i arbeid på tross av kroniske smerter kan sies å være et resultat av adaptiv tilpasning eller mestring. Ved en aksept eller tilvenning av kroniske smerter, kan dette lette mestringsprosesser i forhold til de påkjenninger og konsekvenser smertene gir (Fjerstad 2011; Espnes & Smedslund 2009).

Å akseptere den kroniske smerten var en viktig prosess for informantene, noe som var et viktig mål i første del av rehabiliteringsoppholdet. Virkelig å godta de kroniske smertene kunne være en tung prosess, blant annet fordi smertene hadde konsekvenser for det livet de levde og ønsket å leve. En studie fra 2005 av personer med kroniske smerte viste at aksept av smerte ikke hadde noen relasjon med smerter, og at aksept ikke gav opplevelse av mindre smerter. Imidlertid var det klare indikasjoner på at aksept førte til bedre sosial, følelsemessig og fysisk funksjon, mindre medisinbruk og bedring i forhold til yrkesliv (McCracken & Eccleston 2005). Dette er funn som samsvarer med funn i studien der informantene forteller om mindre medikamentbruk etter prosesser med aksept og mestring av egen situasjon under

rehabiliteringsoppholdet og etterpå. Likedan hadde de alle kommet tilbake til arbeidslivet igjen.

Informantene forklarte taps- og sorgreaksjoner knyttet til de konsekvenser smerten kunne ha. De måtte i varierende grad velge bort aktiviteter de ønsket å delta på, for å ha krefter til arbeidet. Klinisk spesialist i psykologi Elin Fjerstad, forklarer nettopp sykdommens symptomer som smerte, tretthet og funksjonsnedsettelse som *byrden* i det å bære sykdom (Fjerstad 2011). Byrden knyttes til økt risiko og usikkerhet omkring konsekvenser for arbeidsliv, psykiske plager, miste verdsette aktiviteter og få redusert helserelatert livskvalitet (ibid). Smertens karakter, sier Vetlesen (2004:64), er "*dens hardnakkethet, dens entré i min kropp, og dens karakter av å være en ubuden gjest som kommer uten at jeg vil det og som ikke går sin vei når jeg ønsker det. Smerten er i kroppen, og jeg er smerten i min kropp, fordi jeg er den kroppen*".

Smerten kan beskrives som en tyv, den stjeler fokus, energi og sliter mennesker ut. Det finnes bestemte ikke valgbare grunnvilkår i tilværelsen, som Vetlesen kaller tilværelsens ufravikelige grunnvilkår. Disse er avhengighet, sårbarhet, dødelighet, relasjoners skjørhet og eksistensiell ensomhet. At vi lever under disse grunnvilkårene er et faktum. Hvordan vi lever, hvordan vi forholder oss til disse grunnvilkårene varierer. "*Grunnvilkårenes realitet er allmenn, håndteringen av dem individuell*" (Vetlesen 2004:83).

Informantene forteller om aksept av sin situasjon som sentralt. Ved aksept av disse grunnvilkårene som Vetlesen snakker om, kan det se ut som at håndteringen av dem blir mer hensiktsmessig for mestring av arbeidsliv og de krav hverdagen byr på. Informantene viste en enorm vilje og utholdenhet i dette. De skulle og ville være i arbeidslivet. Dette knyttes for det første til den myndiggjøringen de erfarte under rehabiliteringsoppholdene. Myndiggjorte mennesker, kan se ut til å få en egen styrke, kraft og makt til å handle på en helsefremmende måte (Askheim & Starrin 2007; Heggdal 2008). Informantene hadde vært i en avmaktssituasjon det smerter, plager og sykmelding var det styrende. Gjennom rehabiliteringsoppholdet erfarte de å bli myndiggjort på en sånn måte at de kunne komme utav avmakten og til selv å få kraft til å endre betingelsene for eget liv (ibid). Gjennom denne myndiggjøringen fikk informantene stryket deres indre "locus of control". Det vil si at de knyttet egen atferd til hendelser og resultater, med tro på at disse var under deres personlige kontroll. Studier viser at personer med høy indre "locus of control" gjennomgående har en mer helsefremmende atferd og en mer selvbestemmende måte å opptre på (Passer & Smith

2001). Dette sammenfaller med mestringsstro og mestringsforventning, der selvtilliten forklares som nøkkelfaktor for tro på egen evne til å overvinne hindringer og å nå de mål som er satt eller er ønskelig (Bandura 1997). Informantene forteller om målbevissthet knyttet til egne valg og atferd, og tydelighet overfor verden omkring etter rehabiliteringsoppholdet, noe som kan tyde på høy indre "locus of control" og mestringsstro.

Vilje til utholdenhet kom ikke uten kamp. Å være i jobb på tross av kroniske smerter, tretthet og andre symptomer som ledsaget av den kroniske smerte ble forklart som en kamp, og som enkelte dager følte som å leve på "kniveggen". I kampen lå også ensomheten i det å bære byrden med smerten. Informantene forklarte at ingen kunne fullt ut forstå hvordan det var å leve med kroniske smerter. En svensk studie av kvinner med fibromyalgi forklarer noe av det samme, der det i kampen lå å velge strategi for handling. For å mestre kampen var aksept og sorg- bearbeiding en forutsetning. Den sosiale støtte ble viktig for å understøtte kampen (Bury 1991; Löfgren, Ekhold & Öhman 2006).

En strategi i kampen var å tenke positivt. Informantene forklarte at de gjennom bruk av nylærte mestringsstrategier fikk et nytt fokus der mottoet var at om en ikke klarer alt, klarer en bestandig litt. I den salutogene tenkningen er nettopp evnen til å identifisere og bruke de nødvendige ressurser for å forbedre sine muligheter for bedre helse sentralt. Å finne de faktorer som beveger mot helse på et helse – uhelse kontinuum, og bruke dem, blir det essensielle (Antonovsky 2005; Lindström & Eriksson 2010).

I den positive tenkningen hos informantene lå en tro på framtida. Informantene hadde framtidshåp og tro på en god framtid, der de mestret å leve med smertene. Framtidstro kan knyttes til tåleevnen i resiliensbegrepet. Tåleevnen er den enkeltes kapasitet av vurdering, planlegging og bevisste handling for å opprettholde forpliktelser og oppgaver gjennom arbeids- og privatliv (Zautra 2000; Reich, Zautra & Hall 2010; Rustøen & Wahl 2008).

4.6.1 Vilje og kamp, verdi og mening

Å være i jobb forklares som meningsfullt og noe som forklarer hvem informantene er og vil være. Et av aspektene var å kunne være selvstendig gjennom at de mottok lønn. Et annet aspekt var knyttet til meningen i å bety noe for andre gjennom utførelsen av yrket. Å oppleve

mening i tilværelsen er en av pilarene i SOC og den salutogene tilnærmingen (Antonovsky 2005; Lindström & Eriksson 2010).

Ikke å jobbe ble forklart fra informantene som om grunnmurene faller, og at de ikke visste hva de da skulle gjøre. Dette forteller om jobbens sterke verdi for informantene. Å delta i yrkeslivet var noe fast å forholde seg til i hverdagen. Både at noen ventet på dem på arbeidsplassen og at de kunne bety noe for andre gjennom utførelsen av yrket ble forklart som verdifullt. Det å ha noe fast å gå til hver dag var viktig. Arbeidet representerte struktur og mening i hverdagen, som forklares som en viktig faktor for mestring av ulike påkjenninger og stressorer (Friborg & Hjerdal 2004; Reich, Zautra & Hall 2010).

Verdi kan knyttes til den anerkjennelse det gir å være i jobb og å være deltaker i yrkeslivet. Å være i jobb var sterkt forankret i informantene som noe som hører med til å være en del av samfunnet. Å være yrkesaktiv vitner om engasjement og tilhørighet, og for informantene representerte det den de ville være og det de ville samfunnet skulle oppfatte dem som; en viktig del av deres identitet. Hvordan mennesker beskriver seg selv kan knyttes til de overbevisninger, verdier og holdninger som definerer hvem vi opplever at vi er. Kroniske smerter og konsekvensene av disse kan ufordre selvdefinisjonen. Ved å gi opp sin identitet som yrkesaktiv, vil opplevelsen av å sitte igjen med et selv preget av smerter og tap være nærliggende (Fjerstad 2011). Funn i en ny studie fra Sverige indikerer personens følelser som *ønsker* og *lengsel* som drivkraft for tilbakekomst til arbeidslivet. Følelsene forklares som en av begrepene for å muliggjøre yrkesaktivitet, der åndeligheten er kjernen; den åndelige meningen av egoet som forklares i alt personen gjør og opptar seg med. Støtte, respektfulle møter rehabiliteringsprosessen og personlig kontroll er andre forhold som er sentrale for tilbakekomst til arbeidslivet (Åhrberg, Landstad, Bergroth & Ekholm 2010). Dette sammenfaller delvis med det informantene rapporterer, der blant annet å ha kontroll og makt over egen situasjon er viktig. Til forskjell fra følelser som *ønsker* og *lengsel* som drivkraft, er her *vilje* og *kamp* begrunnet i arbeidets verdimessige betydning forklart som en sentral drivkraft. Kanskje representerer dette to sider av samme sak, der sterke følelser kan framkalle den sterke viljen som må til for handling og handlingsendring.

4.6.2 Anerkjennelse og identitet

Kronisk smerte er en langvarig og muligens permanent hendelse i en persons liv. Inntreden av kronisk sykdom representerer ikke bare et angrep på det fysiske hos personene, men også på

personens opplevelse av hvem de er, deres identitet. Michael Bury (1991) snakker om dette som om at biografien forstyrres eller brytes. Avbrudd i livshistorien er en type tap, der personen ikke lenger kan være trygg på eller stole på at kroppen vil fungere i gitte situasjoner. Sorg er en reaksjon på å miste noe som er av verdi. Mestring oppnås, i følge Bury, gjennom å normalisere den tilstanden personen er i, der konsekvensene av sykdommen settes i parentes, slik at effekten på personens identitet blir relativ svak. Dette sammenfaller med modellen som forklarer de skiftende perspektiver av kronisk smerte, der perspektivene skifter mellom om det er sykdommen eller det friske livet (ressursene) som er i forgrunn eller bakgrunn (Paterson 2001; Fjerstad 2011).

Verdier og identitet er knyttet til den kulturen vi lever i. Hva i den enkelte kultur som er regnet som godt eller viktig vil kunne styre våre verdier og dermed vår forventning til hva livet skal inneholde. I Norge i dag er ”alle i jobb” en sterk verdi, og noe som mange vil identifisere seg med. Ikke å oppleve anerkjennelse kan føre til at den enkeltes selvbilde skades (Honneth 2006). Selvtillit, selvaktelse og egenverd er tre områder som inngår i en innbyrdes relasjon i ideen om det gode liv. Å romme de verdier kulturen vi lever i representerer vil kunne gi anerkjennelse både fra betydningsfulle andre og ellers personer i samfunnet rundt oss, noe som etter Honneth’s syn kan styrke egenverdet. Å bli anerkjent er en viktig del av personlighetsutviklingen og synet på seg selv, og utvikles i møte med andre. Anerkjennelse skjer både i det private rom noe som innbefatter familie og venner, og i de formelle og offentlige rom som handler om kulturelle, politiske og arbeidsmessige fellesskap (ibid). Verdien i det å være i arbeid støttes av en studie fra USA der informantene opplevde å være sykmeldt som stigmatiserende. Informantene oppfattet at samfunnet omkring så på dem som mer verdifull ved yrkesaktivitet, og at det ble stilt spørsmål om sykdommens gyldighet for sykmelding (Shaw, Segal, Polatajkos & Harburn 2002). Slik kan det å være yrkesaktiv, med eller uten tilrettelegging, være anerkjennende og styrkende for selvbildet.

For å komme tilbake til arbeidslivet viser studien at det i tillegg til støtte og anerkjennelse, er en individuelt tilpasset og en helhetlig tilnærming viktig. Funn fra studien antyder en nyanseforskjell mellom i hvor sterk betydning rehabiliteringsoppholdet hadde for informantene. Dette kan settes i sammenheng med at ulike pasientgrupper blir eller bør bli henvist til ulike rehabiliteringsopplegg. For personer med kroniske muskel – og skjelettsmerter vil en person med behov opptrening av fysisk funksjon vil kunne ha best nytte av et rehabiliteringsopphold som har trening med optimal fysisk funksjon og overskudd som mål. En person med kroniske muskel- og skjelettsmerter og sammensatte problemer, vil

kunne tenkes å ha best nytte av rehabilitering som i tillegg til aktiviteter og funksjon, har fokus på kognitiv tilnærming. Studien har ikke sett på denne problemstillingen, men det kan synes som om bevissthet knyttet til dette er viktig. Slik kan ulik behandling og rehabiliteringstilbud være individuelt tilpasset for best mulig effekt.

Hovedfunnene i studien: ”Rehabiliteringen som vendepunkt”, ”Systemet som medspiller” og ”Vilje og kamp” har vist at å komme tilbake til arbeidslivet eller ikke for personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter avhenger av både personlige forhold og ulike forhold rundt personene. Disse faktorene vil hver for seg eller gjennom ulike sammenhenger påvirke tilbakekomst til arbeidslivet eller ikke. Dette understreker behovet for individuell tilnærming, for en helhetlig forståelse og tilrettelegging for hva som vil bidra til at den enkelte lykkes. Studien sammenfaller med tidligere forskning innen området, men understreker byrden den enkelte person med kroniske muskel- og skjelettsmerter bærer hver dag og for den vilje som ligger til grunn for å kunne være yrkesaktiv.

5.0 OPPSUMMERENDE DISKUSJON

Å komme tilbake til arbeid igjen etter langtidssykmelding er et spørsmål som favner komplekse og sammensatte forhold. Biologi spiller inn, den setter blant annet sine begrensinger i forhold til kroppslig funksjon. Men likeså viktig er de sosiale og psykologiske forhold. Informantene forteller om betydningen av en helhetlig tilnærming. I møte med personer som er sykmeldt på grunn av kroniske plager som muskel- og skjelettplager, kan en ikke basere en tenkning på mennesket som sykt eller friskt, men fokusere på faktorer som bidrar til å fremme helse og til mestring av egen situasjon (salutogenese). Dette fordi de må forholde seg til og leve med sin kroniske plage i hverdagen, hver dag (Antonovsky 2005). Slike faktorer innbefatter både personlige ressurser og ressurser i omgivelsene. Funn fra en studie der betydningen av hvordan den enkeltes subjektive oppfatninger av personlige forhold og forhold i omgivelsene påvirket tilbakeføring til arbeid støtter dette. Tro på egen mestringsevne og på at det går an å være i arbeid med smerter og fysiske begrensinger var avgjørende. Likedan var arbeidets verdi av betydning (Shaw, Segal, Polatajko & Harburn 2002). En norsk studie viser at Sense of coherence (SOC), som er en av hovedpilarene i salutogen tankegang, ikke predikerer tilbakekomst til arbeidslivet. Den viser likevel at SOC kan forsterkes via intervensjon (som for eksempel rehabiliteringsopphold), det vil si at SOC er aktiv og dynamisk, og at SOC er et relevant mål knyttet til personer med kroniske smerter (Lillefjell & Jakobsen 2007).

Anerkjennelse ser ut til å være et sentralt punkt for mestring av påkjenninger. Informantene forklarer dette som betydningsfullt. Anerkjennelsen omfatter to hovedpunkt. Det ene at andre (helsepersonell som leger og ansatte på rehabiliteringssentrene, familie, venner, leder og kolleger på arbeidsplassen) møter informantene på en anerkjennende måte. For det andre at informantene selv kan anerkjenne sin smerte og dens konsekvenser. Det første ser ut til å være avgjørende for det andre, der å bli møtt på en anerkjennende måte letter og muliggjør anerkjennelse av egen situasjon. Gjennom anerkjennelse og myndiggjøring kan informantens kontroll over sin situasjon øke, og slik kan prosesser som øker selvtillit og selvbilde skje. Økt kunnskap omkring egen situasjon og mestringserfaringer er eksempler på slike læringsprosesser, og rehabiliteringsoppholdet er her sentralt. Mestringserfaringer vil kunne gi nye positive erfaringer som gir tro på egen evne til å mestre de påkjenninger og utfordringer som kommer. Økt intern "locus of control" ser ut til å være et resultat av myndiggjørende prosesser som beskrevet i empowermentbegrepet.

I anerkjennelse av smerten og dens konsekvenser ligger en holdning til plagene som muligheter for endring mer enn smertens begrensning. Gjennom anerkjennelse og myndiggjøring i rehabiliteringen fikk informantene erfaringer som ga tro på egen mestring. I gruppene informantene deltok i fikk de for det første se å erfare andres mestring og de fikk prøve ut selv for egen mestringserfaring. Dette førte til en forventning om å kunne mestre påkjenninger senere. Slik kunne sykdom og smerte settes i bakgrunnen, først kognitivt gjennom holdning så gjennom handling.

Den nærmeste familien, spesielt ektefelle, framstår som helt sentral støttende ressurs. I tillegg til ektefelle, er barn og annen familien og venner viktige støttepersoner. Meningsfulle aktiviteter som ulike hobbyer og fysisk aktivitet er av betydning og sammen med familie og venner representerer disse faktorer som gir mening og struktur i tilværelsen, og slik være viktige ressurser for mestring av påkjenninger og stress. I den salutogene teorien er slike motstandsressurser beskrevet, og disse kan lette utviklingen av en sterke SOC; opplevelse av sammenheng i tilværelsen (Antonovsky 2005; Lindström & Eriksson 2010). Når det gjelder å komme tilbake til arbeidslivet etter langtidssykmelding er dette et resultat av tilfriskning (resilient tilpasning) eller en prosess som har ført til vellykket mestring av påkjenninger. En slik tilfriskning vil være et resultat av en større selvbevissthet, en menneskelig kapasitet som innbefatter en vurdering, planlegging og bevisst handling (Reich, Zautra & Hall 2010). For å fortsette i arbeidslivet på tross av smerter, vil denne selvbevisstgjørende prosessen kunne representere en *tåleevne* som muliggjør dette. Resurser fra omgivelsene vil, i tillegg til egen kapasitet og ressurser, styrke eller svekke denne evnen og slik være ulik og individuell. Slik vil, i tillegg til den personlige kompetanse; sosial kompetanse, sosial støtte, personlig struktur, familiesamhold og den kultur den enkelte er en del av være faktorer som styrker eller svekker tåleevnen (Friborg & Hjemdal 2004).

At livet oppleves som meningsfullt kan knyttes til livskvalitet. Informantene har valgt å være i yrkeslivet på tross av kroniske smerter, og har mestret dette etter en helsefremmende læreprosess der nye strategier er valgt som tilnærming. Å være i arbeid er av informantene forklart som en sterk verdi de har valgt å kjempe for. Samtidig ble valget om å være i arbeid forklart som en daglig kamp, og en balansekunst for å mestre de ulike kravene. Spørsmålet som kan stilles er om det da er sikkert at de som har lyktes med å komme tilbake til arbeidslivet opplever gjennomgående bedre livskvalitet enn de som ikke er tilbake til arbeidslivet etter langtidssykmelding? Livskvalitet som begrep er ikke sett på i denne studien, men livskvalitet er satt i nær sammenheng med opplevd helse (Espnes & Smedslund 2009).

Funn fra studien setter søkelyset mot at arbeidsliv og livskvalitet er et komplekst område. Kan det tenkes at det går an å oppleve mening og identitetsbekreftelse knyttet til deltakelse i arbeidslivet, men likevel ha lav livskvalitet? Spørsmålet er om mottoet ”alle i jobb” er en verdi som øker livskvaliteten for alle. Det kan hende at enkelte ved i perioder å arbeide mindre vil være det som i følge WHO (1981) beskrives som å legge liv til årene; livskvalitet og velvære, og dermed være helsefremmende. Helse kan knyttes til blant annet trivsel, likevekt, helhet, fravær av tanker om helse og livskraft (Fugelli & Ingstad 2009).

Informantene fortalte om daglig kamp, balansekunst og harde prioriteringer knyttet til deltakelse i arbeidslivet. God helse for den enkelte vil da ut fra funn i studien kunne tenkes å være, *for noen, i perioder*, å velge lavere yrkesaktivitet for større likevekt, livskraft og høyere livskvalitet.

Hva er da av betydning for personer med kroniske muskel og skjelettplager for at de skal kunne komme tilbake til jobb etter langtidssykmelding og fortsette i arbeidslivet? Studiens hovedfunn knyttes til behov for medspillere, egen vilje og identitet. Medspillere på ulike nivå og arenaer er sentralt, og en viktig grunnmur for veien tilbake til arbeidslivet. Den enkeltes vilje til å kjempe for et yrkesaktivt liv ser ut til å være sterk hos informantene fordi verdien av å være i jobb er en sterk faktor i deres identitet. Jeg jobber – altså er jeg! Det kan derfor synes som om viljen til å være yrkesaktiv *adler evnen*, på grunn av arbeidslivets verdimessige betydning.

Å ville handler om å ta valg. Å velge å kjempe for de verdier som settes høyt kan gi en opplevelse av sammenheng og mening i tilværelsen. Gjennom livet kan krav og påkjenninger være av en slik art at ny mestringskompetanse og mestringsstrategier må læres, og behovet for støtte fra omgivelsene øker. Uavhengig av støtten må det en egen vilje til for å lykkes. Å ville noe og å velge er en holdning i livet, og som kan se ut som selve kjernen for informantenes evne for deltakelse i arbeidslivet.

5.1 Veien videre

Det er av stor betydning at det norske samfunn kan øke kunnskaper om sammenhengen mellom arbeidsliv og muskel- og skjelettplager, og på den måten kan bidra til at flere kan delta aktivt i yrkeslivet (Arbeids og Inkluderingsdepartementet, 2006-2007). Å komme tilbake til arbeid etter langtidssykmelding for personer med kroniske smerter i muskel og skjelett er resultat av komplekse forhold og det er behov for en bred og individuell forståelse.

I videre studier vil det være viktig å sammenligne personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter som har deltatt på rehabilitering som har mestret tilbakekomst til arbeidslivet og personer fra samme gruppe som ikke har kommet tilbake til arbeidslivet og se hvilke forskjeller eller ulike egenskaper som eventuelt kan finnes.

Siden det kan se ut som om personlighetstrekk som vilje har en betydning, er det aktuelt å se videre på sammenhenger med tilbakekomst til arbeidslivet opp mot personlige forhold som angst og depresjon, eller tilbakekomst til arbeidslivet knyttet til forhold rundt opplevelse av myndiggjøring, kontroll og makt over egen situasjon.

Til slutt vil sammenhenger mellom ulike behandlingsopplegg og ulike diagnosegrupper være viktig å finne, for best mulig tilpassede og vellykkede rehabiliteringsopplegg for den enkelte.

Funnene i studien er aktuelle for videreutvikling av IA- avtalen, for NAV, ulike arbeidsplasser, organisasjoner og ulike utdanningsinstitusjoner i forhold til hvor de helsefremmende og forebyggende ressurser best kan utnyttes når det gjelder arbeidsliv og personer med kroniske smerter i muskler og skjelett. Ikke minst vil økte kunnskaper være viktig for den enkelte med kroniske muskel- og skjelettsmerter, for deres helse og livskvalitet (Arbeids og Inkluderingsdepartementet 2006-2007; Lillefjell, Krogstad & Espnes 2006; Næss 2001). En helhetlig og individuell tilnærming vil legge til rette for myndiggjørende prosesser hos den enkelte, slik at de kan ta bestemmelse over sitt liv, og med støtte av aktuelle medspillere kunne fortsette i arbeidslivet på tross av kroniske smerter.

REFERANSER

- Arbeids og Inkluderingsdepartementet (2006-2007). *Stortingsmelding nr. 9. Arbeid, velferd og inkludering* [online]. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/regpubl/stmeld/20062007/Stmeld-nr-92006-2007-.html?id=432894>. (Lastet ned 24. mars 2009).
- Antonsen, E. B. (2010). Veien tilbake til arbeidslivet: Fleksibilitet versus byråkrati. *Sykepleien, Forskning nr. 42010; 5: 278-284*.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bache, M og Østerberg, B. (2005). *Å være i verden med kronisk sykdom*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Blyth, F. M., March, L. M., Nicholas, M. K., & Cousins, M. J. (2003). Chronic pain, work performance and litigation. *Pain, 103(1-2), 41-47. doi: 10.1016/s0304-3959(02)00380-9*
- Blyth, F. M., March, L. M., Nicholas, M. K., & Cousins, M. J. (2005). Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain, 113(3), 285-292. doi: 10.1016/j.pain.2004.12.004*
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bye, Berge & Næsheim (2010). Det komplekse sykefraværet. *Samfunnsøkonomien nr.3, s. 29-34*.
- Brannon, L., & Feist, J. (2004). *Health psychology: an introduction to behavior and health*. Belmont, California: Thomson/Wadsworth.
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness- a review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness, 13(4), 451-468. doi: 10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x*
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California: Sage.

- Dysvik, E., Natvig, G. K., Eikeland, O. J., Lindstrøm, T. C. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies* 42. 297-305.
- Engel G., L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136
- Elstad, J. I. (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. 9/00, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence scale*. Turku: Åbo Akademis Tryckeri.
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Falkum, E., Borge, L., & Martinsen, E. W. (2011). En biopsykososial forståelseshorisont *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi* (pp. S. [21]-30.). Bergen: Fagbokforlag.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Floderus, B., Gøranson, S., Alexanderson, K., Aronsson, G. (2005). Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Rehab. Medicine Sep*;37(5):291-9.
- Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis (1986). Appraisal, Coping, Health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 50, no.3, 571-579.
- Foss, L. og Skyberg, K. (2006). Utvikling i sykefravær og andre helsedata før og etter avtalen om Inkluderende Arbeidsliv (IA). Hvordan samspiller individuelle faktorer med forhold ved bedriften? Oslo: *STAMI rapport Årgang nr. 7, nr.1*.
- Friborg, O. & Hjemdal, O. (2004). Resiliens som mål på tilpasningsevne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 41, ss.206-208.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 213-219. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.12.007
- Fugelli, P., Ingstad, B. (2001). Helse- slik for ser det. *Tidsskrift for den norske Legeforening* 2001; 121: 3600-4.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gadamer, H. G.(2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.

- Grimen, H., Jåsund, K. K., & Ugelvik, I. L. (2000). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hedlund, M., Landstad, B. & Wendelborg, C. (2007). Challenges in Disability Management of long- term Sick Workers. *International Journal of Disability Management, vol.2 ss. 47-56*.
- Hedlund, M., Wendelborg, C., Brataas, H. W., Landstad, B.: "Gått ut på dato? Årsaker til at så få mottakere av rehabiliteringspenger kommer tilbake i arbeidslivet", *NTF-rapport 2005:3. Nord-Trøndelagsforskning, Steinkjer 2005*.
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hein, Piet (1988). Prologue at the celebration of WHO's 40th anniversary in Copenhagen. Copenhagen: WHO.
- Helse Midt Norge (2009) *Raskere tilbake* [online]. Tilgjengelig fra: http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster_84352.aspx (Lastet ned 24. mars 2009).
- Helsedirektoratet (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Rapportnr.: IS-1774.
- HOD- Helse- og omsorgsdepartementet (2002-2003). *Stortingsmelding nr.16. Resept for et sunnere Norge*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/Stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640>. (Lastet ned 24. mars 2009).
- Honneth, A (2006). *Behovet for anerkendelse*. København: Hans Reitzels forlag
- Ihlebak, C., Brage, S., Natvik, B. & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av Muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeförening, nr.23; 130: 2365-8*.
- Illeris, K. (2006). *Læring*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlaget.
- Karoly, P., Ruchlman, L. S. (2006). Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Pain 123, 90-97*.
- Kolb, D. A. (2000). Den erfaringsbaserede læringsprosess. I Illeris, K (red), *Tekster om læring*. (s47-66). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Krokstad S, Johnsen R, Westin S. (2002). Medisinske og ikke-medisinske årsaker til uførepensjon. *Tidsskrift for Den norske legeförening; 122: 1479–85*.
- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvebak, D. (1990). *Det myndiggjorte mennesket*. Oslo: Aventura.

- Labriola, M. (2006). *Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work*. København: National Institute of Occupational Health/ Institute of Public Health. University of Copenhagen.
- Landstad, B., Wendelborg, C. og Hedlund, M. (2009). Factors explaining return to work for long- term sick workers in Norway. *Disability and Rehabilitation*; 31 (15): 1215-1226
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser: en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillefjell, M., & Jakobsen, K. (2007). Sense of coherence as a predictor of work reentry following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 222-231. doi: 10.1037/1076-8998.12.3.222
- Lillefjell, M., Krogstad, S., Espnes, G. A. (2006). Factors predicting work ability following multidisciplinary rehabilitation for chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16, 543-555.
- Lindström, B. & Eriksson M. (2010). *The Hichhiker's Guide to Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan Research Center and IUHPE-GWG-SAL
- Lofgren, M., Ekholm, J., & Ohman, A. (2006). 'A constant struggle': Successful strategies of women in work despite fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation*, 28(7), 447-455. doi: 10.1080/09638280500197891
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885. doi: 10.1017/s0954579400004156
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. & Solvang, P. (2005). Vulnerability as a strength: Why, when and how? *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(suppl 66): 3-6.
- Malterud, K., & Taksdal, A. (2001). A shared room of reflection where the patient's symptoms are valid sources of knowlegde. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121, 3605-3609.
- Mastekaasa, A., Moum, Næss, & Sørensen. (1988). *Livskvalitetsforskning* (Vol. 88:6). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

- McAllister, M. & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29(4):371-9.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118(1-2), 164-169. doi: 10.1016/j.pain.2005.08.015
- Menezes Costa, L. daC., Maher, C. G., McAuley, J. H., Hancock, M. J. (2011). Self- efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. *Pain*, 15, 213-219.
- Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, 123(1-2), 146-154. doi: 10.1016/j.pain.2006.02.025
- NAV (2010). NAV. Arbeid [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Raskere+tilbake/805367062.cms>. (Lastet ned 14.04.2010).
- NAV (2011a). *Utvikling av sykefraværet 2. kvartal 2011*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk> Lastet ned 22. oktober 2011.
- NAV (2011b). *Nye regler for oppfølging av sykmeldte* [online] Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/Arbeid/Oppf%C3%B8lging+av+sykmeldte/Nye+regler+for+oppf%C3%B8lging+av+sykmeldte.282316.cms>. Lastet ned 22. oktober 2011.
- NAV (2011c). *Inkluderende arbeidsliv* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/Arbeid/Inkluderende+arbeidsliv/Om+IA-avtalen.234599.cms>. Lastet ned 24. oktober 2011.
- National Research Council and the Institute of Medicine (2001) *Musculoskeletal Disorders and the Workplace: Low Back and Upper Extremities*. Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace. Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academic Press.
- Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European Journal of Pain*, 11(2), 153-163. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.12.008
- Nilsen, K. B., Flaten, M. A., Hagen, K., Matre, D., & Sand, T. (2010). Sentralnervesystemets mekanismer for smertehemming. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 19(130), 1921-1924.
- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 16, 121:1940-4.

- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2001). *Psychology: frontiers and applications*. Boston: McGraw-Hill.
- Paterson, B. L. (2001). The shifting perspectives Model of Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship; first quarter, 33:1*
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. 3rd ed. California: Sage Publications.
- Rashiq, S., Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jonsson, E. (2008). *Chronic pain: a health policy perspective*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford Press.
- Reme, S. E., Hagen, E. M., & Eriksen, H. R. (2009). Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *Bmc Musculoskeletal Disorders, 10*. doi: 10.1186/1471-2474-10-139
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rustøen, T., & Wahl, A. K. (2008). *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røros Rehabilitering (2011) *Lær å mestre sykdom på Røros* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.lhl.no/no/roros-rehabilitering/> (Lastet ned 14. november 2011).
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 25(122)*, 2477-2480.
- Selander, J., Marnetoft, S. U., Bergroth, A., Ekholm, J. (2002). Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems: risk factors reviewed. *Disability and Rehabilitation, vol 24, no.14*, 704-712.
- Seligman, M. (2008). Positive Health. An international review. *Applied Psychology, 57*, 3-18.
- Shaw, L., Segal, R., Polatajko, H., & Harburn, K. (2002). Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability and Rehabilitation, 24(4)*, 185-195.
- Smednes Trivselsgård (2011) *Smednes Trivselsgård* [online]. Tilgjengelig fra: <http://smednes-trivselsgard.no/> (Lastet opp 14. november 2011).
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage

- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2011a). *Sykefravær, egen- og legemeldt, 2. kvartal 2011* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/sykefratot> (lastet ned 22. oktober 2011)
- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2011b). *Tema: Arbeid*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/arbeid/>. Lastet ned 22. oktober 2011.
- Svebak, S., Hagen, K., og Zwart, J. (2006). One- year prevalence of chronic muskoskeletal pain in a large adult Norwegian county population. Relation with age and gender. The HUNT study. *J. Musk Pain*, ss 14:21-28.
- Svenaesus, F. (2003). *Med livsverden som grunn*. I: Sjukdomens mening. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) (2004). *Arbeidsforhold av betydning for helse. Rapport fra Statens arbeidsmiljøinstitutt*. [online]. Tilgjengelig fra: http://asp.bibits.no/stami/filestore/DIVrapp_utred/2004/040923arbeidslivslovgivning.pdf. (Lastet ned 25. mars 2009).
- Thagaard, T. (2006). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tobin, B. (2000). Getting back to normal. *Canadian Journal of cardiovascular nursing*, vol: 31. No. 2, 11-19.
- Torp, S. (2005). Arbeidsteoretiske perspektiv på forebygging av muskel- og skjelettplager. *Fysioterapeuten*, nr.4, 16-21.
- Vetlesen, A. J. (2004). *Smerte*. Lysaker: Dinamo forlag.
- Wall, P. (2007). *Smerte: kunnskap om lidelse*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Walseth I. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og Empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeförening*; 124:65-6
- Werner, A. (2005). *Kampen for troverdighet*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.
- World Health Organization (WHO) (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO Basic Documents.
- World Health Organization (WHO) (1981). Global Strategy for Health for all by the year 2000. *Geneva: Health for all series, no.3*
- World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO.
- Wrzesniewski, K. & Skuza, B. (2004). *Psychosomatic medicine and the psychology of the somatic ill*. Kompendium HLS 3000, NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. Tapir Akademisk forlag 2007.

- Zahavi, D (1997). *Husserls fenomenologi*. København: Nordisk forlag A/S
- Zautra, A. J. (2003). *Emotions, stress, and health*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Aambø, A. (2007). *Smertes: smerteopplevelse og atferd*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Åhrberg, Y., Landstad, B. J., Bergroth, A., & Ekholm, J. (2010). Desire, longing and vanity: Emotions behind successful return to work for women on long-term sick leave. *Work - a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation*, 37(2), 167-177. doi: 10.3233/wor-2010-1067

VEDLEGG

- Vedlegg 1 Godkjenning fra Regional Etisk komité (REK)**
- Vedlegg 2 Tilråding fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (SND)**
- Vedlegg 3 Forespørselsbrev til Smednes Trivselsgård**
- Vedlegg 4 Forespørselsbrev til Røros Rehabiliteringssenter**
- Vedlegg 5 Intervjuguide**
- Vedlegg 6 Forespørsel og informasjonsskriv til informanter**
- Vedlegg 7 Samtykkeskjema til deltakelse i studien**



Prosjektleder: Førsteamanuensis John- Arne Skolbekken

Saksbehandler
Seniorkonsulent Jacob Hølen

Telefon 73 59 75 08

Epost: jacob.chr.holen@ntnu.no
rek-4@medisin.ntnu.no

Postadresse: Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk forskningscenter
7489 Trondheim

Besøksadr: Bygg for samfunnsmedisin 5 etg
Haakon Jarls gt 11
St.Olavs Hospital

Vår dato:
06.05.2009

Vår ref.:
4.2009.791

Deres dato:

Deres ref.:

Arbeidsliv og helse- Tilbakekomst til arbeid etter langtidssykmelding hos personer med muskel og skjelettplager.

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 24. april 2009 med følgende vilkår og vurdering:

Muskel og skjelettplager er den hyppigste årsaken til sykefravær og uføretrygd i Norge. Likevel er det mange som kommer tilbake igjen i jobb etter langtidssykmelding på tross av sine plager. Formålet med studien er å forsøke å finne eventuelle kjennetegn, helseressurser eller faktorer som kan se ut å virke positivt til at noen lykkes i å komme tilbake og fortsette i arbeid. Informanter søkes rekruttert via ordningen "Raskere tilbake- rehabilitering med arbeid som mål", der Helse Midt Norge har inngått avtaler med blant annet Rehabiliteringssentre som tilbyr kurstilbud gjennom ordningen. Aktuelle informanter etter inklusjonskriteriene er: muskel og skjelettplager, langtidssykmeldt i 8 uker eller mer, deltakelse i Rehabiliteringsprogram i perioden 2006-07, yrkesaktiv i dag. Studien gjennomføres videre med kvalitativ tilnærming med halvstrukturerte dybdeintervju som metode av ca 12 personer til metning.

Komiteen har følgende merknad:

- Komiteen viser til protokollen og har ingen merknader til prosjektets hensikt eller plan for gjennomføring.

Komiteen gir følgende vilkår for godkjenning:

- Det skal stå at studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge.

- All informasjon om studien skal stå i informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen skal kun inneholde underskrift på at man har lest informasjonsskrivet, har hatt anledning til å stille spørsmål og at man samtykker i deltakelsen.
- Komiteen ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv. Komiteens leder får fullmakt til å vurdere det reviderte skrivet og til å gi endelig godkjenning, og denne godkjenning må være klar før prosjektet settes i gang.

Vedtak:

”Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge godkjenner prosjektet med gitte vilkår.”

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen



Arne Sandvik
Professor
Leder i komiteen



Jacob C Hølen
Seniorkonsulent



John Arne Skolbekken
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 27.04.2009

Vår ref: 21714 / 2 / JE

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.03.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21714

Arbeidsliv og helse. Hvilke faktorer er av betydning for personer med muskel- og skjelettplager for at de skal kunne komme tilbake til arbeid etter langtidssykemelding og fortsatte i arbeidslivet?

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

NTNU, ved institusjonens øverste leder

John Arne Skolbekken

Bodil Aarmo Brenne

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, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-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/forsk_stud/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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.08.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Bodil Aarmo Brenne, Heggstad, 7620 SKOGN



Informanter er valgt ut etter et strategisk tilgjengelighetsutvalg når det gjelder muskel- og skjelettplager, de har vært langtidssykmeldt og deltatt i rehabiliteringsprogram i perioden 2006-07, og skal for å delta i studien være yrkesaktiv i dag. Videre velges informantene etter maksimal variasjon når det gjelder kjønn, alder, utdanning, type stilling og arbeidssted. Data samles inn gjennom personlig intervju.

Informantene søkes rekruttert via to rehabiliteringssentre som Helse Midt Norge har avtale med gjennom ordningen "Raskere tilbake - rehabilitering med arbeid som mål". Sentrene tar kontakt med aktuelle informanter og de som ønsker å delta tar kontakt med kontaktperson for studien (student).

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Informasjonsskrivet vedlagt meldeskjema finnes tilfredsstillende forutsatt at følgende endringer gjøres:

- I avsnittet om "Taushetsplikt og konfidensialitet" må det tilføyes hvorfor data skal oppbevares for kontrollhensyn, f.eks. for at en eventuell kontroll av data kan bli gjennomført av NTNU eller andre offentlige instanser i forbindelse med publisering av data.
- Det må også tilføyes hvor oppbevaringen for etterkontroll skjer (NTNU).
- Det må tilføyes at prosjektet er planlagt avsluttet 15. august 2010 og at data dermed skal anonymiseres innen 15. august 2015.
- Dersom det er aktuelt å beholde anonymt materiale etter kontrollperiode må det i stedet for at data "slettes" stå at data "anonymiseres ved at personopplysninger slettes".
- Ved henvisning til NSD kan gjerne fullt navn brukes: Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Ombudet ber om at revidert skriv ettersendes.

Det registreres sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr 8 c).

Ombudet forstår det slik at opplysningene som innsamles skal lagres på privat pc eller på pc tilhørende studentens arbeidssted som er Høgskolen i Nord-Trøndelag. Det forutsettes at dette er avklart med behandlingsansvarlig institusjon, NTNU. Det forutsettes videre at den femårige oppbevaringen av opplysningene for kontrollhensyn gjøres av NTNU v/veileder.

Prosjektslutt er angitt til 15. august 2010. Prosjektet har lagt opp til en videre oppbevaring av opplysningene i ytterligere fem år av kontrollhensyn og i tråd med retningslinjer fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Personvernombudet har derfor registrert 15. august 2015 som dato for prosjektslutt og anonymisering av data. Ombudet minner om at anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn, samt indirekte personidentifiserende opplysninger som kjønn, alder, bosted, diagnose, tilknytning til rehabiliteringssentre må slettes eller endres.

Det forutsettes at prosjektet godkjennes av REK dersom REK finner prosjektet fremleggelsespliktig. Vi ber om at kopi av REKs tilbakemelding ettersendes når denne foreligger.

Bodil Aarmo Brenne
Heggstad
7620 SKOGN

Smednes Trivselsgård
v/ leder
6590 TUSTNA

Levanger 15. mai 2009

**Forespørsel om rekruttering av informanter til forskningsstudie
"Muskel og skjelettplager og arbeidsliv"**

Dette er en forespørsel om samarbeid knyttet til rekruttering av informanter til en studie gjennom studiet Master i Helsevitenskap ved NTNU. Funn fra studien blir presentert i en masteroppgave, uten at informanter vil bli gjenkjent.

Jeg ønsker å intervju personer med kroniske muskel og skjelettplager, som har vært langtidssykmeldt og som er tilbake i arbeid igjen.

Jeg er kjent med at Helse Midt-Norge har inngått avtaler med private rehabiliteringssenter gjennom ordningen "Raskere tilbake- rehabilitering med arbeid som mål".

Jeg tar kontakt med dere da jeg ser av informasjon på deres nettsider at dere gir et 4 ukers tilbud til personer med muskel og skjelettplager.

Jeg forespør med dette om samarbeid for rekruttering av aktuelle informanter.

Aktuelle informanter:

- har kroniske muskel og skjelettplager
- har vært langtidssykemeldt i 8 uker eller mer
- har deltatt i perioden 2006- 2007 på et rehabiliteringsprogram gjennom ordningen "Raskere tilbake- rehabilitering med arbeid som mål"
- er yrkesaktiv vår 2009.

Rekruttering av informanter tenkes gjennomført ved at dere sender ut skriftlig informasjon (og gjerne muntlig informasjon) om studien, som inneholder hva studien går ut på, forespørsel om å delta i studien, skriftlig samtykkeskjema og kontaktinformasjon til meg. Slik får jeg kun kjennskap til de som ønsker å delta i studien, og anonymitet til aktuelle informanter som kan inngå i studien men som ikke ønsker det sikres.

Jeg håper det vil være av interesse for dere, og vil ta kontakt per telefon om kort tid.

Vennlig hilsen

Bodil Aarmo Brenne, masterstudent NTNU
Mobil: 98472917

Bodil Aarmo Brenne
Heggstad
7620 SKOGEN

Røros Rehabiliteringssenter
Øverhagaen 15
7374 RØROS

Levanger 15. mai 2009

Forespørsel om rekruttering av informanter til forskningsstudie "Muskel og skjelettplager og arbeidsliv"

Dette er en forespørsel om samarbeid knyttet til rekruttering av informanter til en studie gjennom studiet Master i Helsevitenskap ved NTNU. Funn fra studien blir presentert i en masteroppgave, uten at informanter vil bli gjenkjent.

Jeg ønsker å intervju personer med kroniske muskel og skjelettplager, som har vært langtidssykmeldt og som er tilbake i arbeid igjen.

Jeg er kjent med at Helse Midt-Norge har inngått avtaler med private rehabiliteringssenter gjennom ordningen "Raskere tilbake- rehabilitering med arbeid som mål".

Jeg tar kontakt med dere da jeg ser av informasjon på deres nettsider at dere gir et 4 ukers tilbud til personer med muskel og skjelettplager.

Jeg forespør med dette om samarbeid for rekruttering av aktuelle informanter.

Aktuelle informanter:

- har kroniske muskel og skjelettplager
- har vært langtidssykmeldt i 8 uker eller mer
- har deltatt i perioden 2006- 2007 på et rehabiliteringsprogram gjennom ordningen "Raskere tilbake- rehabilitering med arbeid som mål"
- er yrkesaktiv vår 2009.

Rekruttering av informanter tenkes gjennomført ved at dere sender ut skriftlig informasjon (og gjerne muntlig informasjon) om studien, som inneholder hva studien går ut på, forespørsel om å delta i studien, skriftlig samtykkeskjema og kontaktinformasjon til meg. Slik får jeg kun kjennskap til de som ønsker å delta i studien, og anonymitet til aktuelle informanter som kan inngå i studien men som ikke ønsker det sikres.

Jeg håper det vil være av interesse for dere, og vil ta kontakt per telefon om kort tid.

Vennlig hilsen

Bodil Aarmo Brenne, masterstudent NTNU
Mobil: 98472917

Intervjuguide

Introduksjon: Dette intervjuet inngår i en forskningsstudie knyttet til en masteroppgave jeg skal skrive i forbindelse med masterutdanning i helsevitenskap ved NTNU. Jeg skal intervjuere personer som har plager i muskler og skjelett og om forhold tilknyttet deres arbeidsliv. Du er forespurt om å delta i studien, og har takket ja til det skriftlig. Du har mottatt skriftlig informasjon om studiet og vet at deltakelsen er frivillig og at du når som helst kan trekke deg fra studien uten at det får noen konsekvenser for deg.

Intervjuet vil anslagsvis ta en time. Har du noen spørsmål før vi starter?

Kan du innledningsvis fortelle meg litt om din bakgrunn, sånn som utdanning og arbeid?

For eksempel alder, utdanning, familie, nettverk, type næring/ arbeidssted, type arbeidsoppgaver/ stilling.

Denne studien handler om arbeidsliv og det å være i arbeidslivet med plager/ smerter i muskler og skjelett. Kan du si noe om deg selv og ditt arbeidsliv?

I denne studien intervjues personer som har vært langtidssykmeldt og som nå er tilbake i arbeid igjen. Kan du si noe om sykmeldingsperioden du hadde/ har hatt?

Når og hvor lenge var du langtidssykmeldt? Hvordan opplevde du å være sykmeldt?

Kan du si noe om plagene i muskler/ skjelett, type plage(r).

I forbindelse med din sykemeldingsperiode, deltok du i et rehabiliteringsprogram. Kan du si noe mer om det? Hvordan opplevde du det? Hvilken betydning hadde det?

Du kom tilbake til arbeid etter sykmelding. Kan du si litt om det? Hvordan opplevde du det?

Hva var det som gjorde at du kunne komme tilbake i jobb/ arbeidsliv igjen? Var det noe spesielt som gjorde det? Spesielle hendelser eller forhold? Kan du fortelle mer om det evt?

Hva opplever du er av betydning for å være yrkesaktiv nå? Gir det å være yrkesaktiv mening for deg? På hvilken måte?

Hvordan ser du på framtiden?(generelt og med tanke på et yrkesaktivt liv)

Vi går mot en avslutning av intervjuet:

Intervjuer oppsummerer hovedpunktene fra intervjuet som arbeidsliv, muskel og skjelettplager og å være i arbeid samt eventuelle andre viktige punkter.

Er det noe du ønsker å si til slutt?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Muskel- og skjelettplager og arbeidsliv”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie der personer som har plager i muskler og skjelett lar seg intervjuet for å undersøke hva som er av betydning og hva det er som gjør at de kan fortsette i jobb på tross av sine plager. Det er høy forekomst av kroniske muskel- og skjelettplager i befolkningen, og dette er den hyppigste årsaken til sykefravær og uføretrygd i Norge i dag. Likevel er det mange som på tross av muskel- og skjelettplager kommer tilbake til jobb etter langtidssykemelding og fortsetter i arbeidslivet.

Denne studien vil undersøke hva det er som gjør at disse kom tilbake i jobb etter sykmelding og kan fortsette i jobb på tross av sine plager. Hvilke opplevelser og eventuelle kjennetegn eller forhold er det som bidrar til at personer med plager i muskler og ledd har kommet tilbake og fortsetter i jobb etter sykmelding? Og er det mulig å se noen fellestrekk? Det er av stor betydning for både den enkelte arbeidstaker, og for arbeidsgiver og samfunn at vi kan øke kunnskaper om sammenhengen mellom arbeidslivet og plager i muskler og skjelett, og på den måten kan bidra til at flere kan delta aktivt i yrkeslivet.

Forespørsel om å delta

Du spørres med dette om å delta i studien som vil gjennomføres i Midt Norge i løpet av 2009. Studien går ut på å la seg intervjuet om temaer som arbeidsliv, og forholdet mellom plager i muskler og skjelett og arbeidsliv. Intervjuet vil ta ca. en time.

Hvem kan delta?

- Personer med muskel og skjelettplager.
- Var langtidssykemeldt (mer enn 8 uker sammenhengende) og deltok i Rehabiliteringsprogram via Helse Midt Norge ”Raskere tilbake” i perioden 2004 til 2008.
- Er yrkesaktiv nå.

Taushetsplikt og konfidensialitet

Data vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og navneliste med kode oppbevares nedlåst adskilt fra de innsamlede data.

Det er kun ansvarlig kontaktperson for studien og prosjektansvarlig/ veileder ved NTNU som vil kunne komme i kontakt med innsamlede data, og disse er underlagt taushetsplikt i henhold til norsk lov. Innsamlede data og personopplysninger vil være nedlåst adskilt på NTNU mens prosjektet pågår, og i 5 år etter at studien er avsluttet. Dette på grunn av kontrollhensyn slik at data kan kontrolleres av NTNU eller andre offentlige instanser, etter regler fastsatt av REK. Prosjektet avsluttes 15. august 2010, og data vil innen prosjektslutt anonymiseres ved at personopplysninger slettes.

Funnene fra studien vil publiseres i en masteroppgave knyttet til Masterstudiet i Helsevitenskap ved NTNU, uten at deltakerne kan identifiseres. I tillegg vil et sammendrag av studien/ hovedfunn søkes publisert i aktuelle fagblad.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning. Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD), og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt Norge (REK).

For å delta i studien

bes du om å ta kontakt med ansvarlig/ kontaktperson på telefon eller e-post.

Ansvarlig/ kontaktperson:

Masterstudent Bodil Aarmo Brenne

Epost: bodilaar@stud.ntnu.no

Mobil: 98 47 29 17

Veileder ved NTNU:

Førsteamanuensis John- Arne Skolbekken

Samtykkeerklæring

Muskel og skjelettplager og arbeidsliv.

Jeg har lest informasjonsskrivet, og har hatt anledning til å stille spørsmål om studien.

Jeg samtykker i å delta i studien.

Sted:.....

Dato:.....

Signatur:.....

Blokkbokstaver:.....

Telefon:.....