



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Therese Otterlei

Masteroppgave

«Jeg skulle i jobb - det var ingen alternativ»

Veien tilbake til arbeid

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

Return to work

- A qualitative study of patients experiences 3 years after vocational rehabilitation

Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner

2014

FORORD

Denne masteroppgaven er nå ferdig og det er litt vemodig at reisen er ved endepunktet. Samtidig når jeg nå står oppe på åsen og ser meg tilbake i det landskapet jeg har beveget meg i, så er det med takknemmelighet. Noen av kneikene har vært tøffe å komme opp, men for en utsikt det gir meg nå - jeg har lært så uendelig mye.

Aller først en stor takk til de ni informantene som har delt historiene sine med meg, jordnære og levende mennesker, uten dere hadde denne studien ikke vært mulig å gjennomføre.

Det hele startet i et møte med Camilla Ihlebæk (Professor i Folkehelse ved NMBU, Ås) i februar 2012. Sammen med kollega Ole Jo Kristoffersen og Linda Røset møtte vi Camilla for å diskutere ideer til problemstilling, og det var i dette møtet spiren til oppgaven ble sådd. Tusen takk til deg Camilla for gode ideer og for faglige innspill underveis i prosessen.

En stor takk også til veileder Eivind Åsrum Skille som med sitt rolige og sindige vesen har hatt tro på at jeg skulle komme i mål med oppgaven. Du har vært tilgjengelig og gitt konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Det har vært et lærerikt samarbeid.

Jeg må takke arbeidsgiver og Hernes Institutt som har gitt meg denne muligheten. Sender en varm takk til alle mine flotte kollegaer som gjennom disse to årene har vært fleksible, støttende, gitt oppmuntring, bidratt med rekruttering av informanter, med datateknisk hjelp, og til Tonje og Hilde som har vært villig til å lese gjennom deler av oppgaven og kommet med gode innspill. Tusen takk alle sammen.

Og sist, men absolutt ikke minst – en stor takk til kollega og venn Linda. Prosessen hadde ikke vært den samme uten deg. Du har vært en uunnværlig støttespiller – kreativ, faglig engasjert, inspirerende, omsorgsfull, godt humør, energisk og morsom!

Nå ser jeg frem til å kunne tilbringe mer tid sammen med familien min, Anna og Hasse. Dere har vært tålmodige og forståelsesfulle i denne perioden hvor jeg har levd litt i min egen lille boble – tusen takk.

Therese Otterlei

Elverum 23. mai 2014

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Prosjektet er et samarbeid med Hernes Institutt (HI) ut i fra et behov om mer kunnskap rundt arbeidsrettet rehabilitering (ARR) og hvem som kommer tilbake til arbeidslivet.

Hensikt: Formålet med prosjektet er å finne ut mer om pasienters opplevelser og erfaringer under og etter et opphold ved HI. Tidligere pasienter som er tilbake i arbeidslivet innehar en spesiell kompetanse som vil være nyttig for fagmiljøet å få bedre innsikt i. Økt kunnskap rundt tilbakeføringen til arbeidslivet for langtidssykemeldte har stor betydning for enkelt individer og deres livskvalitet samt at det er av samfunnsmessig betydning. I studien er det ønskelig å belyse hva det er som gjør at noen i denne gruppen klarer å nyttiggjøre seg en rehabiliteringsprosess, hvilke egenskaper er det disse individene har, hva er det i omgivelsene deres som virker positivt inn på tilbakeføring til arbeid, og hva er avgjørende for at den langtidssykemeldte kommer tilbake i arbeidslivet? **Teori:** Studien har med utgangspunkt i sosialiseringprosessen forsøkt å vise hvordan informantene har fått overført verdier og væremåte knyttet til fysisk arbeid fra generasjonen før dem. Og hvordan internaliserte holdninger, verdier og normer påvirker atferd og de valg man tar i ulike situasjoner. Gjennom sin livsstil som er et uttrykk for informantenes habitus, påvirkes valg man tar som har konsekvenser for helsen. **Metode:** En kvalitativ studie av pasienters erfaringer 3 år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold. Utvalget er strategisk og de ni informantene er rekruttert fra pasientlistene til HI fra 2010. Datainnsamlingen gjøres gjennom et kvalitativt intervju. Datamaterialet er analysert etter prinsipper fra grounded theory som beskrevet av Charmaz (2006). Analysen har som mål å finne de komponenter som har betydning for fenomenet som studeres. **Resultat/konklusjon:** Informantene har ulike erfaringer av og forklaringer på hva som er avgjørende for at de er tilbake i arbeidslivet. De fremhever egne personlige egenskaper som betydningsfulle. De personlige egenskapene alene er ikke avgjørende, det viser seg å være et samspill mellom flere faktorer. Disse faktorene er betydningen av å være i arbeid, opplevelsen av å være sykemeldt, oppholdet på HI, erfaringer i møte med NAV og arbeidsgiver, og opplevelsen av støtte fra familie, venner og kollegaer. Konklusjonen av studien er at ARR prosessen er kompleks, men noen kommer tilbake i arbeid til tross for at de har mange odds mot seg, og det gir implikasjoner for videre forskning for å avdekke suksesskriteriene.

ABSTRACT

Background: This project is a collaboration with Hernes Institutt (HI) from a request of more knowledge around vocational rehabilitation to identify who returns to work.

Aim: The aim of the project is to investigate patient`s experiences during and after a rehabilitation program at HI. Former patients returned to work possesses unique knowledge useful for the academic community to gain insight into. Increased knowledge about return to work for long-term sickness absentees has great impact for individuals and their quality of life as well as it is of social importance. What explains successful rehabilitation for long-term absentees, what personal characteristics do these individuals possess, which factors are there in their surroundings facilitating return to work, and what determines a successful return to work for long-term absentees? **Theory:** The study is based on theory of socialization process in an attempt to understand how the informants have internalized values and behaviour connected to physical work from the generation before them. And how internalized attitudes, values and norms affect their behaviour and the choices you make in different situations. Through lifestyle that expresses the habitus of the informants, affects choices concerning our health. **Methods:** A qualitative study of patient`s experience 3 years after vocational rehabilitation. The sample is strategic and the nine informants are recruited from the patient record from 2010 at HI. Data is collected through qualitative interviews. The data were analysed using principles from grounded theory as described by Charmaz (2006). The analysis aims to identify components relevant for the phenomenon that is studied. **Results/conclusion:** The informants have different experiences and explanations of what is crucial for their successful return to work. Personal characteristics do not solely determine return to work, it`s most likely an interaction of several factors. These are; the importance of being at work, experiences from encounters with NAV and employer, and perceived social support from family, friends and colleagues. In conclusion the return to work process is complex, but still some succeeds despite having the odds against them. That indicates grounds for further research in order to reveal the success criteria.

Tabeller

Tabell 1. Opprinnelig utvalg	30
Tabell 2. Endelig utvalg	32
Tabell 3. Eksempler på koding i analyseprosessen	36

Vedlegg

Vedlegg 1. Førstegangskontakt	117
Vedlegg 2. Intervjuguide	118
Vedlegg 3. Forespørsel om deltagelse	120
Vedlegg 4. Samtykkeerklæring	121
Vedlegg 5. Framleggingsvurdering REK	122
Vedlegg 6. Godkjenning NSD	123

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
Oversikt tabeller og vedlegg	5

Innholdsfortegnelse

INNHold	6
1. INNLEDNING	8
2. FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	12
3. TEORI	13
3.1 VIRKELIGHETEN SOM SOSIALT KONSTRUERT	13
3.2 HABITUS OG LIVSSTIL	19
3.3 OPPSUMMERING AV TEORI	23
4. METODE	24
4.1 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE	24
4.2 KVALITATIVT INTERVJU	26
4.3 ROLLEN SOM FORSKER OG FORFORSTÅELSE	28
4.4 PRAKTISK GJENNOMFØRING AV STUDIEN	29
4.4.1 <i>Utvalg</i>	29
4.4.2 <i>Innsamling av data</i>	32
4.4.3 <i>Analyse av datamaterialet</i>	34
4.5 STYRKER OG SVAKHETER VED VALGT METODE	36
4.6 ETISKE BETRAKTNINGER	38
5. RESULTATDEL	40

5.1	DELTADELSE I ARBEIDSLIVET	42
5.1.1	<i>Betydningen av å være i arbeid.....</i>	42
5.2	FRAVÆR AV JOBB	49
5.2.1	<i>Egne forklaringer om årsaker til sykemelding</i>	49
5.2.2	<i>Opplevelsen av å være sykemeldt.....</i>	57
5.2.3	<i>Tanker om hva som kunne redusert sykemeldingslengden.....</i>	64
5.3	PROSESSEN TILBAKE TIL ARBEIDSLIVET	67
5.3.1	<i>Oppholdet på HI.</i>	68
5.3.2	<i>Omgivelsesfaktorer</i>	78
5.3.3	<i>Personlige egenskaper</i>	88
5.4	OPPSUMMERING.....	93
6.	KONKLUSJON	95
	LITTERATURLISTE	99

1. Innledning

Belastningssykdommer var et vel kjent begrep i alle yrker. Men neppe i noe yrke var de mer utbredt, mer smertefulle og mer prestasjonsnedsettende enn i skogsarbeidet. Nedsatt arbeidsevne og tidlig hel eller delvis invaliditet, gir en fysisk, mental og økonomisk belastning som i seg selv burde oppfordre til tiltak for å redusere lidelsene og så vidt mulig rehabilitere de yrkesskadede for ny arbeidsinnsats. Sykebehandlingen kunne skje ved sykehusene eller ved fysikalske institutter, men «attføringen» til skogsarbeidet manglet sin institusjon (Skjeggstad, 1976).

Utdraget fra boka «Skogbruk i Hedmark» beskriver opptakten til etableringen av Hernes Institutt (HI). I dag er det langt mellom de manuelle skogsarbeiderne, men «belastningssykdommer» og «attføringen» er like aktuelle nå som på 1950-tallet.

I Norge er sykefraværet høyt sammenlignet med andre land (Lie, 2009). Tall fra NAV viser at det totale sykefraværet, egenmeldt sykdom og legemeldt sykefravær, er stabilt, men at varigheten av sykefraværstilfellene øker (Ytterborg, 2013). Andelen langtidssykemeldte hvor varigheten er over 26 uker, er nå på 5,2 %, og den vanligste diagnosen som fører til sykefravær er muskel- og skjelettplager (Ytterborg, 2013). Det er mange parter som rammes av sykefravær, både den sykemeldte selv, arbeidsgiver og samfunnet i sin helhet. Sykefraværet er en belastning som medfører store utfordringer for alle involverte parter (Foss et al., 2013).

Arbeidslivsdeltagelse er sentralt i det norske samfunnet og sammenlignet med andre land har Norge høy sysselsetting (Arbeidsdepartementet, 2013). Begrepet arbeidslinja ble innført tidlig på 1990-tallet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2000) og velferds- og sosialpolitikken i Norge har siden vært rettet mot arbeidslinja. I korte trekk handler arbeidslinja om at alle i yrkesaktiv alder som har forutsetninger for det skal være i lønnet arbeid (Arbeidsdepartementet, 2013). Arbeidslinja har ført til en revitalisering av lønnsarbeid som norm i dagens samfunn. Samarbeidsavtalen mellom regjering, arbeidsgivere og arbeidstakere som kom i 2001, kalt «Avtalen om et inkluderende arbeidsliv» (IA-avtalen), er et resultat av den politiske oppslutningen om arbeidslinja (Helsedirektoratet, 2010). I mars 2014 ble IA-avtalen forlenget og fremstår nå både som fornyet og forenklet (Regjeringen, 2014). IA-avtalen er basert på at løsningene i stor grad finnes på arbeidsplassen i form av tilrettelegginger og gjennom et samarbeid mellom flere aktører slik at det ikke bare er helsevesenets ansvar å håndtere sykemeldte (Foss et al., 2013)

I Folkehelsemeldingen (2013) er et av målene å forebygge sykefravær og utstøtning fra arbeidslivet samtidig som det er bred enighet om verdien av et inkluderende arbeidsliv. Arbeid er grunnlaget for velferd, både for enkelt individer og for samfunnet som helhet (Helsedirektoratet, 2010), og for de fleste er deltagelse i arbeidslivet helsefremmende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Man mener at arbeid og aktivitet kan være viktige helsefremmende tiltak for de med muskel- og skjelettplager som dominerer i de helserelevante ytelsene (Waddel & Burton, 2006). Arbeid gir ikke bare økonomisk trygghet i form av regelmessig inntekt, men har også betydelige sosiale og psykologiske funksjoner. Arbeidsplassen er den viktigste arena utenom familien for å opparbeide seg sosial status og sosial identitet, og arbeid gir hverdagen struktur og mening. (Helsedirektoratet, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Kristensen, Mehlum & Gravseth, 2012).

Formålet med folkehelseloven er å fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller, og da er arbeid et viktig virkemiddel. God helse betyr å ha overskudd og mulighet til å mestre de krav som møtes i dagliglivet (WHO, 1986), samtidig som det er en forutsetning for et produktivt arbeidsliv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det er ikke tilfeldig hvem som havner utenfor arbeidslivet. Forskningen viser at lav sosial status i form av lav inntekt og lite utdanning øker sjansen for å havne i gruppen av langtidssykemeldte eller de som faller helt ut av arbeidslivet (Braathen, Veiersted & Heggenes, 2007; Dahl, Bergsli & Wel van der, 2014; Wel van der, Dahl & Thielen, 2011; Vlasveld et al., 2012). Innen folkehelsen er det å kunne ha kontroll over eget liv en viktig sosial determinant, og spesielt i form av å kunne delta i arbeidslivet slik at man er økonomisk selvhjulpent (Wel van der et al., 2011).

Gruppen av langtidssykemeldte er på mange måter en marginalisert gruppe og i et folkehelseperspektiv er det viktig å gi disse en stemme. Ett av målene innen folkehelse forskning er å få mer kunnskap om hvordan man på en best mulig måte kan ivareta deres behov og interesser, som for eksempel å komme tilbake til arbeidslivet (Finlay, 2007).

Velferdsordningen i Norge er raus med en høy grad av økonomisk kompensasjon når en person ikke kan delta i arbeidslivet av helsemessige årsaker (Ellingsen, Kiær, Labriola & Aas, 2010). Sykelønnsordningen gir en viktig forsikring ved sykdom, og sykefraværet utløser rett til ulike tiltak hvor ambisjonen er å få den sykemeldte tilbake til jobb (Lie, 2009). Et slikt tiltak for de som har vært sykemeldt over lengre tid er døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering (ARR), et behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten (Fagrådet for AiR, 2011). ARR sitt verdigrunnlag bygger på at arbeidslivsdeltagelse er en rettighet og en viktig

bærebjelke i menneskers liv (Haugli, 2010). ARR blir av Fagrådet for AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering definert som:

Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltagelse i arbeidslivet som hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i arbeidslivet. (2011, s. 5)

Dette er definisjonen av ARR som spesialisthelsetjenesten benytter. NAV har sin egen definisjon som er i henhold til sentrale forskrifter og som har et noe annet innhold (Forskrift om arbeidsrettede tiltak mv, 2008). Årsakssammenhengen til langvarig sykefravær er kompleks og sammensatt. ARR tilbudet er tverrfaglig med en biopsykososial og fenomenologisk tilnærming for å kunne favne denne kompleksiteten (Haugli, 2010). I rehabiliteringen benyttes et funksjonsvurderingsverktøy, WHOs internasjonale klassifikasjon av funksjon og funksjonshemming (ICF), som omfavner de ulike elementene i det sosiale rom. ICF beskriver pasientens funksjon og funksjonsnedsettelse eller ressurser og barrierer, ut i fra et deltakerperspektiv, et aktivitetsperspektiv og et kroppsperspektiv (WHO, 2003). Med en fenomenologisk tilnærming menes det at pasienten må sees og forstås ut i fra de erfaringer og opplevelser som den har, og ut i fra det livet og den arbeidssituasjonen som pasienten har (Haugli, 2010).

En viktig dimensjon i ARR er at man ikke fokuserer på de enkelte medisinske diagnosene, men at hoveddiagnosen er sykefravær, det lange fraværet er en stor utfordring i tilbakeføringen til arbeidslivet (Staff & Nordahl, 2012). Forskning viser at det er ikke nødvendigvis en direkte årsakssammenheng mellom medisinsk diagnose og sykefravær. Det lange sykefraværet kan skyldes misforhold mellom personlige forutsetninger, som sosiale forhold og yteevne, og krav og støtte (Foss, Kristensen, Claussen, Gravseth & Skyberg, 2007).

Hernes Institutt (HI) er en av de døgnbaserte ARR institusjonene som har avtale med Helse Sør/Øst. Pasientgruppen ved HI har et rehabiliteringspotensiale til arbeidslivet som meget utfordrende (Staff & Nordahl, 2012). Strupstad (2010) viser i sin masterstudie at pasientgruppen ved HI skiller seg fra pasientene ved Attføringscenteret i Rauland ved at de har vært lengre ute av arbeidslivet, de har lav eller ingen formell utdanning, de har et tungt manuelt yrke, og det er flere menn enn kvinner i denne pasientgruppen (Stupstad, 2010).

Tradisjonelt har det ikke vært så stort fokus på hva som skal til for at langtidssykemeldte kommer i jobb igjen (Haugli, 2010). Men man vet at dersom den sykemeldte selv har tro på at man kan komme i jobb, dersom det oppleves en bedring i helsesituasjon og man har handlingsrom på arbeidsplassen, så øker sannsynligheten for å komme tilbake i jobb (Wåhlin, Ekberg, Persson, Bernfort & Öberg, 2012). Mye av forskningen rundt langtidssykemeldte har vært kvantitativ (Øyeflaten, Lie, Ihlebæk & Eriksen, 2012), og slike registerbaserte studier vil ikke generere kunnskap om individets egen opplevelse av helse og symptomer (Helsedirektoratet, 2010). Det finnes ikke tilstrekkelig kunnskap om hvilke mekanismer som virker inn ved vellykket ARR rehabilitering, om hvem som lykkes eller om hvilke individuelle eller kontekstuelle faktorer som gjør tilbakeføringen mulig (Brouwer et al., 2009; Bültmann et al., 2009; Øyeflaten et al., 2012).

Hensikten med dette studiet er derfor å kunne bidra med mer kunnskap rundt en ARR prosess for pasientgruppen ved HI. Denne gruppen skiller seg fra de pasientene som har deltatt i tidligere kvalitative studier (Coole, Drummond, Watson & Radford, 2010; Haugli, Mæland & Magnussen, 2011). Pasientene ved HI har som regel vært sykemeldte lenge før de kommer til rehabilitering. Dette er kroppsarbeidere med lav utdanning og med muskel- og skjelettplager, en kombinasjon som kompliserer rehabiliteringen tilbake til arbeidslivet (Staff & Nordahl, 2012). I følge Maths Johanson, Direktør ved HI, var gjennomsnittslengden for fravær fra arbeidslivet på 68 uker for pasienter ved innleggelse i 2012 (personlig kommunikasjon, 22. mai 2014).

Hvilke plager informantene i denne studien har, eller har hatt, varierer. Det kan være smertetilstander i rygg, nakke, armer eller ben. Det som er felles er at plagene har vært langvarige og at de ikke kan forklares med objektive medisinske funn alene. I litteraturen blir de plagene fra muskel- og skjelettapparatet som dominerer sykemeldingsstatistikkene, ofte omtalt som diffuse lidelser, uspesifikke plager, subjektive helseplager uten objektive funn eller som medisinsk uforklarte plager og sykdommer (Staff & Nordahl, 2012). På bakgrunn av dette velges det i studien å omtale plagene som langvarige muskel- og skjelettplager eller bare som ryggplager.

2. Formål og problemstilling

Formålet med dette prosjektet er å finne ut mer om pasienters opplevelser og erfaringer under og etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold. Det vil være nyttig for fagmiljøet å få bedre innsikt i den kompetansen disse pasienten har.

Mer kunnskap rundt tilbakeføringen til arbeidslivet for langtidssykemeldte vil ha betydning for enkelt individer og deres livskvalitet i tillegg til at de vil være av samfunnsmessig betydning. Det vil være nyttig å vite mer om hva som gjør at noen i en såkalt sårbar og utsatt gruppe klarer å nyttiggjøre seg av en rehabiliteringsprosess. Har de som kommer tilbake til arbeidslivet etter en ARR prosess faktorer i omgivelsene som virker positivt inn på tilbakeføringen til arbeid, eller finnes det noen fellestrekk ved de personlige egenskapene til disse individene som er av avgjørende?

Problemstillingen for denne studien:

Hva er avgjørende for at langtidssykemeldte kommer tilbake i arbeidslivet?

Tidligere pasienter ved HI, de som avsluttet et ARR opphold for 3 år siden og som er tilbake i arbeid, vil bli intervjuet. For å få svar på problemstillingen er det viktig å få tak i deres erfaringer og opplevelser rundt det å delta i arbeidslivet samt det å stå utenfor arbeid, være sykemeldt. Når et ARR opphold avsluttes så er det ikke alle som friskmeldes umiddelbart. Studien dreier seg altså om en tilbakeføringsprosess som strekker seg utover ARR prosessen ved at det også omhandler pasientenes/informantenes erfaringer og opplevelser av det som skjer etter at man er ferdig med rehabilitering.

3. Teori

Teoretisk rammeverk for denne studien er valgt ut i fra resultatet av analysen av datamaterialet. ARR er en sammensatt og kompleks prosess hvor det kan være nyttig å se pasientene som levde kropp i en sosial og kulturell kontekst. Livsbetingelser og hvordan man tolker kroppslige erfaringer er avgjørende for hvordan muskel- og skjelettplager oppstår, utvikles og oppleves (Malterud, 2010). I denne studien velges det derfor et teoretisk rammeverk som vil belyse betydningen av hvem disse pasientene er, og betydningen av hvilken kontekst de har erfaring fra og er blitt påvirket av. Dette samsvarer med den biopsykososiale og fenomenologiske tilnærmingen innen ARR feltet, jevnfør innledningen.

I 1667 skrev den engelske dikteren John Milton i et episk dikt om syndefallet:

Paradise Lost

The childhood shows the man,

As the morning shows the day

Diktet viser at man allerede på 1600-tallet var kjent med at oppvekst vilkår har betydning for helsen. Oppvekst og sosiale forhold i barndommen har vist seg å være avgjørende for de belastninger man utsettes for i arbeidslivet som voksen (Osler & Andersen, 2011). Følgende uttalelse viser betydningen av hvordan mennesker formes og utvikles:

«Denne reproduksjonen av sosiale forhold fra foreldre til barn er basert på betydningen av sosiale posisjoner. Personer i ulike sosiale posisjoner har ulik livsstil. Folk tenker og handler i samsvar med det som blir verdsatt innen deres sosiale klasse/gruppering». (Wold et al., 2000, s. 255 i Dahl & Elstad, 2012)

Første del av teori kapittelet vil med bakgrunn i sitatet over ta for seg betydningen av sosialiseringprosessen og hvordan mennesker påvirkes av samfunnet de lever i. I siste del av teori avsnittet redegjøres det for habitus og begrepet knyttes til livsstil.

3.1 Virkeligheten som sosialt konstruert

Man kan tenke at prosessen fra å være langtidssykemeldt til å være tilbake i arbeidslivet er sosialt konstruert. Skal man få mer kunnskap om hva som kjennetegner en vellykket prosess

må man få innblikk i erfaringer og opplevelser til de langtidssykemeldte og deres handlinger i veien tilbake til arbeidslivet. Mennesker handler ikke ut i fra en objektiv forståelse av verden, men slik de selv forstår den (Batt-Rawden & Solheim, 2011). Man kan ut i fra dette tenke seg at pasientene ikke følger de nasjonale retningslinjene for rygg smerter, men handler ut i fra hva de kjenner av smerter og ut i fra de erfaringene de har med smerter.

Sykdom avhenger av tid, sted, politikk og kulturell kontekst og slik sett er begrepet sykdom sosialt konstruert (Frich & Fugelli, 2006). Det finnes ikke noe tydelig skille på hva som er såkalt normale plager og hva som er sykdom (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2002), og begrepene illness, disease og sickness er overlappende (Staff & Nordahl, 2012). Selvrapportert sykdom referer til begrepet illness hvor smerter og symptomer uttrykkes gjennom subjektive opplevelser og erfaringer (Helsedirektoratet, 2010). Disease er medisinsk definert gjennom undersøkelser og observasjoner for å fastslå sykdom (Staff & Nordahl, 2012). Sickness dimensjonen handler om de muligheter et menneske har til å fylle sin sosiale rolle og påvirkes av interaksjonen mellom menneskets egenskaper og ulike sosiale forhold (Helsedirektoratet, 2010; Wel van der et al, 2011). Begrepene brukes ofte på engelsk fordi man i en oversettelse til norsk mister noe av nyansen i ordene (Tjora, 2012). Sykemeldinger blir ofte gitt for tilstander som oppleves (illness) å være en hindring for deltagelse i arbeidslivet, men som ikke kan regnes som objektiv sykdom (disease) i medisinsk betydning (Gjernes, 2012). I dagens samfunn har vi fått en overdreven forventning til at helsevesenet skal kunne identifisere, forklarer og kurere alle slags ulike plager og sykdommer. Definisjoner på hva som er plager og sykdommer er kulturelt betinget og avhenger av de normer og verdier som anses som normale og ønskelige (Lian, 2012).

Hva slags helse man har er ikke tilfeldig, men påvirkes av sosial bakgrunn, materielle og sosiale ressurser i oppveksten, av livsstil, og av egen sosial status som voksen (Helsedirektoratet, 2010). Sosial ulikhet i helse referer til hvordan helsetilstanden varierer med inntekten man har, utdannelsen og hvilken sosial bakgrunn man har (Dahl et al., 2014).

I følge Singh-Manoux og Marmot (2005) er helselatert og psykososial atferd aldri bare «frivillig», men et produkt av og innebygget i samfunnets strukturer. De foreslår at det finnes kollektive strategier for hvordan man tilegner seg utdanning, ny kunnskap, helsefremmende atferd, og i forhold til hvordan man regulerer det fysiske miljøet hjemme og på jobb, disse strategiene dannes gjennom sosialisering (Sing-Manoux & Marmot, 2005). Oppvekst vilkår

og familiebakgrunn påvirker arbeidslivsdeltagelse og de muligheter man har på arbeidsmarkedet som voksen (Arbeidsdepartementet, 2013).

Når denne tankegangen skal benyttes som et teoretisk rammeverk for denne studien, og i forståelsen av empirien i studien, velger jeg å ha Berger og Luckmann (2011) og deres beskrivelse av internaliseringen av virkeligheten som et utgangspunkt. Deres bidrag har gitt en forståelse av hvordan samfunnets realiteter er konstruert av menneskets handlinger. Mennesker skaper sin egen virkelighet gjennom et gjensidig forhold til omgivelsene og derfor får man kunnskap om samfunnet bare ved å tolke de menneskelige handlingene (Berger & Luckmann, 2011). Fremstillingen som følger tar først for seg elementer av primærsosialiseringen og deretter fra sekundærsosialisering. Begrepet de signifikante andre brukes av Berger og Luckmann (2011), og derfor også i denne fremstillingen, selv om dette begrepet nødvendigvis ikke tilhører Berger og Luckmann (Rye, 2013).

Mennesker har medfødt evne til sosialisering, og primærsosialiseringen er normalt sett den viktigste. Umiddelbart etter fødselen møter barnet de signifikante andre, i hovedsak foreldrene som har ansvar for barnets primærsosialisering. Det er foreldrene som formidler den objektive verden til barnet, de modifiserer kontinuerlig fremstillingen av virkeligheten slik at den stemmer med deres egen plassering i den sosiale strukturen. For at barnet skal internalisere forestillingene, eller gjøre de til sine egne, må barnet emosjonelt identifisere seg med foreldrene. Ved denne identifiseringen med foreldrene vil barnet klare å identifisere seg selv og da har barnet også skaffet seg en subjektiv sammenheng og en egen troverdig identitet. Primærsosialiseringen innebærer ikke bare at barnet tilegner seg andres roller og holdninger, men at det også inntar samme plasseringen i den sosiale verden. Internalisering av normer foregår som en prosess hvor stadig flere signifikante andre repeterer foreldrenes holdninger slik at barnet oppfatter allmenngyldigheten i normen. Barnet har nå utviklet en generell identitet ved at det ikke lengre bare identifiserer seg med konkrete andre, men også med noe allmenngyldig, med et samfunn. Dette markerer en avgjørende fase i sosialiseringen ved at samfunnet, identiteten og virkeligheten utkrystalliseres for barnet i den samme internaliseringsprosessen. Barnet er nå i stand til å etablere et forhold mellom objektiv og subjektiv virkelighet, barnet ser at det som er virkelighet på «utsiden» samsvarer med virkeligheten på «innsiden» (Berger & Luckmann, 2011).

De signifikante andre som barnet må forholde seg til tidlig i sosialiseringsprosessen kan man ikke velge, man må klare seg med de foreldrene skjebnen har gitt selv om dette er en

urettferdig ulempe for noen. Dette gjør at barnet internaliserer de signifikante andres verden som den eneste eksisterende og eneste tenkelige verden, og det forklarer hvorfor denne verdenen er dypere forankret i bevisstheten enn det som internaliseres i sekundærsosialiseringen. Det samfunnet barnet tilhører påvirker innholdet av det som internaliseres og omfatter både handling for dagliglivet og sosialt definert atferd som benyttes senere i livet. Berger og Luckmann (2011) kaller dette for programmer, den umiddelbare handlingen for dagliglivet og den atferden som dukker opp igjen senere i livet, og det er disse programmene som gjør at barnet kan skille sin identitet fra andres. Videre i prosessen legitimeres programmene for barna, de lærer for eksempel at det er viktig å arbeide fordi det gir verdighet. Når barnet blir medlem av samfunnet har det en subjektiv opplevelse av seg selv og av en verden. Identitet formes av sosiale prosesser og er svært fremtredende i den subjektive virkeligheten. Identiteten har sitt opphav i dialektikken mellom individ og samfunn (Berger & Luckmann, 2011). Når identiteten er formet så opprettholdes den, den justeres og den kan omformes av sosiale relasjoner. Identitetsutvikling og selvbilde styrkes ved at individet blir møtt av et repeterende mønster av like reaksjoner i forhold til holdninger, normer og atferd, og her er reaksjonene fra signifikante andre mer betydningsfulle enn tilbakemeldinger fra tilfeldige mennesker (Bø & Schiefloe, 2007). De sosiale konsekvensene av barndommen varierer ut i fra hvilket samfunn man vokser opp i og kan omfatte hvilke følelsesmessige egenskaper man får eller påvirke grad av moralsk ansvarlighet man utvikler (Berger & Luckmann, 2011).

Sekundærsosialisering forutsetter at primærsosialiseringen har funnet sted. I denne sosialiseringsfasen er det ikke nødvendig med samme form for identifisering med signifikante andre som i primærsosialiseringen. Innholdet i sekundærsosialisering skiller seg fra innholdet i primærsosialisering ved at det ikke er subjektivt absolutt. Det betyr at den virkelighet som blir internalisert i tidlig barndom står sterkere, det er lettere å se bort i fra den virkelighet som er internalisert gjennom sekundærsosialisering (Berger & Luckmann, 2011). Individene sosialiseres inn i ulike sosiale systemer og det er ved sekundærsosialiseringen at man lærer seg mer spesialiserte roller og tilfører kunnskaper, vurderinger og ferdigheter som vi trenger for å mestre varierende forventninger i de sosiale systemene man blir medlemmer av (Bø & Schiefloe, 2007). Gjennom sosiale utvekslinger skapes alle forestillinger, begreper, tankemønstre og kategorier, og i et slikt samspill dannes individenes identitet (Bø, 2005). Internaliseringen av samfunn, identitet og virkelighet avsluttes aldri, den pågår hele tiden (Berger & Luckmann, 2011). I dagens samfunn er det

ikke like lett å skille mellom primær- og sekundærsosialisering slik som Berger og Luckmann (2011) gjør det. Barn bruker mer tid i barnehage og fordi det foregår sosialisering på alle arenaer kan man tenke seg en slags dobbeltsosialisering (Kampmann, 2012).

Menneskelig aktivitet som gjentas ofte blir tilpasset et mønster som man kan gjenta uten særlige anstrengelser, det blir en vane. Dannelsen av vaner gjør at valgene innsnevres, det er ikke nødvendig å definere hver enkelt situasjon på nytt og slik fritas menneskene fra alle mulige slags avgjørelser. I en stabil livssituasjon betyr dette at aktiviteter kan utføres med et minimum av anstrengelser slik at det frigjøres energi til andre beslutninger som det av og til er nødvendig å ta (Berger & Luckmann, 2011).

I en krisesituasjon, når menneskets sosiale konstruksjon står i fare for å bryte sammen, en alternering som Berger og Luckmann (2011) kaller det, så kreves det en resosialisering. Dette minner om primærsosialiseringen fordi det avhenger av følelsesmessig identifisering av signifikante andre som blir veivisere til den nye virkeligheten. Samtidig skiller den seg fra primærsosialiseringen ved at den ikke starter med blanke ark, den subjektive virkeligheten som allerede eksisterer må rives ned og brytes opp (Berger & Luckmann, 2011). I følge Kampmann (2012) kan bestemte mennesker tre inn i rollen som signifikante andre i situasjoner hvor man for eksempel plutselig blir syk. Signifikante andre kan da være medpasienter med samme sykdom hvor den felles traumatiske opplevelsen binder dem sammen, og hvor det kan være til hjelp å etterligne den andres måte å reagere på. En behandler eller terapeut ved lengre rehabiliteringsopphold hvor det er mulighet for å utvikle et tillitsfullt forhold, kan også være den signifikante andre. Holdninger og kunnskap som den signifikante andre har, kan være til hjelp for å forstå og forholde seg til en sykdom, eller en oppstått funksjonsnedsettelse (Kampmann, 2012).

Gjennom sosialisering prosessen utvikler enkeltindividet seg til samfunnsmenneske. Mennesker presses til å tilpasse seg slik at det skjer en gradvis tilegnelse av samfunnets og kulturens verdier. Sosialiseringen er ikke en enveis prosess, men et gjensidig samspill mellom påvirkning fra omgivelsene og det enkelte menneskets søken etter en identitet. Samfunnets verdier og normer overføres til individer, de gjør dem til sine egne gjennom sosialisering prosessen. I relasjoner med andre mennesker dannes grunnlaget for sosial mestring og tilegnelse av kultur. Relasjoner mellom mennesker gir støtte og vennskap, og man påvirkes av dem man er sammen med gjennom tilbakemeldinger, krav, bekreftelser og sanksjoner. Samtidig som sosialisering gjør mennesker like ved at samfunnet flytter inn i

individet ved at eksisterende normer og verdier videreføres, bidrar sosialisering prosessen til at mennesker utvikler seg til individer med ulike personligheter og identiteter i et samspill med våre nedarvede disposisjoner. Gjennom sosialisering utvikler mennesker sosiale egenskaper og ferdigheter, kognitive egenskaper, ¹prososial atferd, selvbilde og empati (Bø & Schiefloe, 2007).

Utvikling av selvbilde skjer gjennom en interaksjon av egen oppmerksomhet og andres reaksjoner, man fortolker det som observerer. Ut i fra sosialkonstruksjonistisk teori formes mennesker til ulike roller på bakgrunn av sosiale forventninger og atferd blir derfor ikke bare et uttrykk for individets egen motivasjon og holdninger, men en speiling av hvordan man forventer at omgivelsene vil reagere. Gjennom tilbakemeldinger formes mennesker, til viktigere de som gir tilbakemeldinger er, til større innvirkning vil det ha på utviklingen av selvbildet (Wormnes & Manger, 2012).

Gjennom sosialisering prosessen utvikler mennesker holdninger, normer og identitet som vil være avgjørende for hva man mener, hvordan man reagerer og hvordan man handler i gitte situasjoner. Prosessen tilbake til arbeidslivet etter å ha vært sykemeldt vil preges av den bagasjen man har fått med seg fra tidligere i livet. Samtidig vil prosessen tilbake til arbeidslivet også påvirkes av det samfunnet man er en del av.

I følge Bourdieu (1989) handler konstruktivisme om en todelt sosial tilblivelse. På den ene siden om skjemaer for persepsjon, tanker og handlinger som konstituerer det Bourdieu kaller for habitus, og på den andre siden de sosiale strukturer som kalles for felt og grupper eller som vanligvis omtales som sosiale klasser (Bourdieu, 1989). Opplevelsen av hvilken forankring man har i det sosiale rom påvirker helsen (Wel van der & Dahl, 2012) og sosial forankring er knyttet til individets habitus (Bourdieu, 1989). Habitus begrepet og livsstil kan gi en forståelse for hvordan vaner og valg av handlinger påvirker og styrer mennesker i ulike prosesser i livet.

¹ Prososial atferd er en betegnelse på sosial atferd som er positiv, konstruktiv og hjelpende (Bø & Schiefloe, 2007, s. 123).

3.2 Habitus og livsstil

Sosialisering gir mening når det knyttes til den franske sosiologen Bourdieu sin grunnleggende teori om at det er samsvar mellom samfunnsstrukturer og mentale strukturer, og begrepet som beskriver dette er habitus (Bourdieu, 1995; Singh-Manoux & Marmot, 2005). Habitus eksisterer ikke som ett konsept alene, det er benyttet av flere og begrepet er tillagt ulike betydninger (Crossley, 2013). Begrepet er også av Bourdieu definert på ulike måter, uten at det er et uttrykk for inkonsistens, men det handler mer om at det finnes flere måter å uttrykke seg på om samme sak (Prieur, 2006). Bourdieu sin teori kan gi en forståelse for sammenhengen mellom menneskers livsstil og samfunnsmessige forhold samt for hvordan levevaner aktivt signaliserer sosial tilhørighet og posisjon (Wold & Samdal, 2012).

Når habitus presenteres nærmere er det med utgangspunkt i Bourdieu sin forståelse og anvendelse av begrepet. Etter at habitus begrepet er presentert, gjøres det kort rede for felt og kapital fordi begrepene har en sammenheng med habitus. Tilslutt gis det en kort forklaring på hvordan habitus kan knyttes opp mot livsstil.

Habitus er et produkt av sosialiseringen; disposisjonene for våre handlinger og for forståelsen av andres handlinger, dannes i barndommen. I tidlig barndom tilegner mennesker seg en forståelse for sosial praksis gjennom erfaring; vi vet hva som er galt og ikke, vi vet hvordan vi skal handle i gitte situasjoner, og vi vet hva slags kroppsholdning som gjelder. Mennesker utvikler en forforståelse som styrer oss; den sitter i «ryggmargen» og er gitt uten at vi er det bevisst (Bourdieu, 1995). Habitus gir ikke en passiv reproduksjon av atferd, individene er selv frie til å handle, men er gjennom habitus disponert for å utføre handlinger på en bestemt måte (Prieur, 2006). Det er forhold knyttet til en bestemt klasse av eksistensbetingelser som produserer individets habitus. Det handler om systemer av holdbare og varige disposisjoner som får mennesker til å reprodusere de sosiale forholdene de selv har skapt (Bourdieu, 1990).

Habitus kan sies å være en tilstand som preger individet som et strukturert og strukturerende skjema for persepsjon, tenkning og handling (Bourdieu, 1995). Det tar form som mentale og kroppslige skjema for persepsjon, smakspreferanser og handlinger som tilegnes av individet (Bourdieu & Wacquant, 1992). Tilstedeværelsen av tidligere erfaringer sikres gjennom habitus ved at de lagres i individene som disposisjoner og disse disposisjonene har en tendens til å fremstå som riktig praksis over tid, og er mer pålitelig enn alle formelle regler

og eksplisitte normer. I følge Bourdieu (1990) er habitus mer en kroppstilstand enn en sinnstilstand fordi disposisjonene i habitus er tilegnet uten at denne prosessen er i vår bevissthet. Det betyr at det sosiale er innleiret i kroppen, man husker i minst like stor grad med kroppen som med hodet (Wilken, 2008). Habitus generer prinsipper av distinkte og særegne rutiner eller praksis. Det handler om hva arbeideren spiser, spesielt måten han spiser på, hvilken idrett arbeideren driver og hvordan han praktiserer den, hvilke politiske synspunkter han har og hvordan arbeideren utøver disse i praksis. Praksisen til arbeideren vil systematisk skille seg fra praksisen til de fra høyere sosiale lag (Bourdieu, 1998). Måten individene bruker og relaterer seg til egen kropp er knyttet til de dypeste disposisjonene i habitus (Bourdieu, 1995).

Habitus omtales som varige disposisjoner, men habitusbegrepet er mulig å endre forutsatt at de ytre omgivelsene tilpasser seg, og at det her finnes en aksept for endringen. Dette er både tidkrevende og omfattende, men mulig (Bourdieu & Wacquant, 1992). Habitus utvikles gjennom hele livet i takt med at livsbetingelsene endres. Individets habitus strukturer hele tiden nye erfaringer i samsvar med strukturer fra tidligere erfaringer som modifiseres innenfor allerede definerte rammer. Det vil aldri skje radikale endringer i habitus. Erfaringer fra tidlig i livet er betydningsfulle fordi individets habitus har en tendens til å sikre sin egen standhaftighet og beskytte seg mot endringer. Dette foregår ved at ny informasjon velges slik at allerede eksisterende strukturer styrkes. Seleksjonen av informasjon ved å avvise eller unngå informasjon som kan stille spørsmålstegn ved allerede lagret kunnskap, er et systematisk valg for å beskytte habitus mot kriser eller kritiske utfordringer. Et eksempel på dette er at man ved å diskutere politikk med noen som har samme synspunkter slipper å bli utfordret på meningene sine, man oppnår derimot en bekreftelse på de politiske synspunktene man har. Bourdieu (1990) mener at dette den mest paradoksale egenskapen som habitus innehar. De strukturene som er grunnleggende for unngåelsesstrategiene er i hovedsak et produkt av ubevisst, ikke viljestyrt handling med opprinnelse i individer formet under samme sosiale forhold (Bourdieu, 1990).

Habitus reflekterer menneskets sosiale historie og behøver ikke å være hverken sammenhengende eller harmonisk. Mennesker som opplever markante brudd mellom sine primære og sekundære erfaringer vil oppleve at habitus er i utakt med den sosiale virkeligheten de lever i. Dette kan skyldes endringer i livssituasjon som resulterer i at det ikke er samsvar mellom individets sosiale posisjon og habitus som kan føre til indre splittelse og store lidelser for det mennesket det gjelder. Dette kan være kriser i livet hvor

man for eksempel har mistet jobben eller er blitt alvorlig syk (Bourdieu, 1990), eller at man har vært lenge sykemeldt og levd med usikkerheten rundt hvorvidt man klarer å komme tilbake til arbeid som i tilfellet til informantene i denne studien.

Habitus integrer summen av et individs unike erfaringer og er på den måten individuell. Ulike sosiale miljøer har en form for fellesskap og felles forståelse, på den måten er habitus også kollektiv. Det kollektive aspektet gjør det individuelle forståelig og forventet i gitte sosiale sammenhenger. Mennesker aksepterer ulikheter i samfunnet og tar de for gitt fordi habitus også er samfunnsmessig. Gjennom sekundærsosialiseringen i de moderne samfunnsinstitusjonene bekreftes og reproduseres disposisjonene i individets habitus (Bourdieu, 1990). Begrepet habitus gjør det mulig å forstå samspillet mellom atferd, sosial posisjon og helse fordi begrepet er en materielt og kulturelt betinget kroppsliggjøring av bestemte atferds måter, vaner og preferanser samtidig som det også forener det materielle og sosiale på en spennende måte (Bourdieu, 1995).

Individet erfarer alltid virkeligheten fra en bestemt posisjon i et sosialt rom, og denne posisjonen vil ha sammenheng med hvilke disposisjoner eller livsstil (preferanser) individet har samt hvilke objektive muligheter. Disse preferansene er samtidig tilpasset den kapitalbeholdningen individet har tilgang til. Individets habitus er ikke bare preget av omgivelsene. Felt skapes av habitus ved at habitus gir mening og verdi til det som foregår i feltet (Prieur, 2006). Felt referer til relasjoner mellom individer som kjemper om ulike kapitalformer innenfor rammene av et sosialt system. Individene tilhører ikke bare ett felt, men flere samtidig, det kan være som familiemedlem, som ansatt eller som utøver i et idrettslag (Bourdieu, 1986). Når individets habitus matcher logikken i feltet føler man seg som «fisken i vannet», man forstår og tilpasser seg de uskrevne reglene innenfor feltet. Disse uskrevne reglene omtales som feltets doxa (Bourdieu, 1990). Dette kan være med på å forklare hvorfor det er mindre sannsynlig at de fra arbeiderklassen utdanner seg ved universitetet, det er ikke utdanningssystemet som ekskluderer de, men de føler seg ikke tilpass i et felt hvor de ikke kjenner feltets doxa (Maton, 2008). Bourdieu mener at seleksjonen i utdannelsessystemet er markant, men samtidig ikke absolutt. Det er noen fra de lavere klasser som tross alle barrierer klarer seg igjennom til universitetet, og disse har i følge Bourdieu gjennomgått en hard utvelgelsesprosess (Esmark, 2006).

I følge Bourdieu (1986) finnes det ulike kapitalformer, økonomisk kapital, kulturell kapital og sosial kapital. Det tar tid å akkumulere kapital og hvordan de ulike kapitalformene er

distribuert til et hvert tidspunkt, vil representere den iboende strukturen av det sosiale systemet. Kapitalformer kan veksles eller omsettes til en annen kapital form ved at den flyttes mellom ulike felt og på den måten skaper dynamikk i sosiale systemer (Bourdieu, 1986). Stor kapital beholdning gir verdier og øker individets muligheter samtidig som det legitimerer makt og status. Forskjeller i kapital skaper og gjensker ulikheter mellom individene i de sosiale systemene. Individuer som står hverandre nær med hensyn til posisjon i det sosiale rommet, vil over tid fremstå med visse former for systematiske likheter med hensyn til makt-avmakt-dimensjonene og strukturene i habitus. Dette gjør at de har fellestrekk både i deres persepsjon av omverdenen, deres måte å klassifisere virkeligheten på og deres tanke-, smaks- og handlingsmønstre. På denne måten blir både feltfortrolighet, og de ulike kapital formene en del av identiteten vår som følger oss livet gjennom, og som opprettholder og forsterker klasseforskjeller (Bourdieu, 1995). For arbeiderklassen utgjør kroppen en form for fysisk kapital som er nyttig innenfor deres sosiale felt, men som har liten omsetningsverdi sammenlignet med de kapital formene som andre sosiale klasser er i besittelse av. Arbeiderne har et mer instrumentalt forhold til kroppen sin sammenlignet med de som har høyere utdanning. Forskjellen i forholdet til den fysiske kroppen innebærer at arbeiderne foretrekker fysiske aktiviteter som krever fysisk styrke og høy intensitet, man må tåle smerter og våge å sette kroppen i fare (Williams, 1995). Her kan man trekke paralleller til informantene i denne studien som har et tungt og fysisk krevende arbeid, og hvor kroppen er hovedredskapet deres (Staff & Nordahl, 2012).

Tradisjonelt er både økonomisk og sosial kapital benyttet i forskning for å forklare sosiale ulikheter i helse (Siegrist & Marmot, 2004). I det siste har empiriske studier sett på sammenhengen mellom kulturell kapital og ulikheter i helse (Abel, 2008). Kapital er ressurser generert gjennom arbeid og kulturell kapital kan i vid forstand defineres som de symbolske og kunnskapsbaserte ressurser et individ har for å kunne utføre handlinger (Bourdieu & Wacquant, 1992). I følge Bourdieu (1986) kan kulturell kapital fremstå i tre ulike varianter; legemliggjort (verdier, ferdigheter og kunnskap), objektivert (bøker, bilder eller instrumenter), og institusjonalisert (utdanningsnivå, profesjonell tittel). Kulturell kapital handler altså om de kvaliteter individet omslutes av i form av idealer, utdanning, livsstil, kunnskap, språk og smak (Bourdieu, 1995). Helserelevant kulturell kapital defineres av Abel (2008) som kulturbaserte ressurser som er tilgjengelig for mennesker for å kunne ivareta og fremme egen helse. Sentrale elementer i helserelevant kulturell kapital er verdier og normer knyttet til helse, kunnskap om helse og operative ferdigheter eller evnen til å handle (Abel,

2008). I forhold til sosiale ulikheter i helse kan kulturell kapital benyttes til å belyse hvordan sosiale ulemper bidrar til dårlig helse. Det skjer ved å identifisere tilgjengelige resurser i sosialiseringprosessen som fører til ulikheter i helse (Singh-Manoux & Marmot, 2005), man må identifisere de sosiale og biologiske faktorene som er knyttet til individets mulighet til å tilegne seg helserelevant kulturell kapital (Abel, 2008).

Det er i relasjonen mellom habitus og kapital innenfor de ulike feltene i samfunnet og i kampen for sosiale skiller at livsstil konstrueres (Williams, 1995). Livsstil er implementering av habitus i praksis. Men livsstil er ikke bare et individuelt valg, det er også et sosialt fenomen og reflekterer den sosiale kontekst som individet inngår i. Livsstil og atferd er formet av det sosiale nettverket som individene er en del av. Det er et atferdsmønster med både bevisste og ubevisste handlinger, og livsstil omfatter alle former for atferd betinget av kulturelle, sosiale, miljømessige og økonomiske forhold (Iversen, 2011). Vaner utspringer fra våres habitus, er forbundet med preferanser og med sosiale normer. Habitus er den mekanismen som omsetter de objektive livsvilkår til erkjennelser, vurderinger og motivasjon for handling, forskjeller i livsvilkår betinger forskjeller i habitus (Iversen, 2011). I et sosiokulturelt perspektiv mener man at levevaner eller livsstil i betydelig grad dannes og endres gjennom beslutninger og samfunnsmessige prosesser som enkelt mennesker ikke har kontroll over (Wold & Samdal, 2012).

3.3 Oppsummering av teori

I denne studien er målet å få mer kunnskap rundt prosessen fra å være langtidssykemeldt til å være tilbake i arbeidslivet. Det teoretiske rammeverket vil forsøke å gi en forståelse av hvordan samfunnets normer og holdninger påvirker prosessen som informantene har vært i. Hvilken innvirkning vil sosial bakgrunn og tidligere erfaringer, altså holdninger, normer og identitet, ha på tilbakeføringen til arbeidslivet? Alle aktører som er involvert i en ARR prosess bør ha en forståelse for at individene ikke alene er ansvarlige for situasjonen de har havnet i, de er et produkt av samfunnets konstruksjoner og sosialisering, og dermed utsatt for de sosiale ulikhetene i helse som reproduserer fra generasjon til generasjon. ARR prosessen kan forstås ved hjelp av forholdet mellom sosiale posisjoner, disposisjoner (informantenes habitus) og de valgene eller handlingene informantene har gjort for å komme dit de er i dag.

4. Metode

Ordet metode betyr «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 121). Målet i denne studien er å finne ut mer om hva som er avgjørende for at langtidssykemeldte kommer tilbake til arbeidslivet. Gjennom kvalitative intervjuer er det forsøkt å få frem informantenes opplevelser og erfaring rundt prosessen tilbake til arbeid. I planleggingsfasen av prosjektet skulle studien være inspirert av fenomenologien og datamaterialet skulle analysere etter fenomenologiske prinsipper. Underveis, på veien til målet, har forståelsen av metode valg og bruk endret seg, men uten at det fenomenologiske perspektivet er forlatt helt. Min opplevelse har vært å være på en reise i ukjent land hvor overraskelsene har dukket opp en etter en. Det som på kartet så ut som et område med flott furumo viste seg å være et tungt myrområde. Jeg har kommet meg over myren etter å ha prøvd og feilet, og endelig på den andre siden så er jeg noen erfaringer rikere.

Jeg vil gi et innblikk i reisen i metodens verden ved først å gjøre rede for valg av metode, det kvalitative intervjuet, min rolle som forsker, hvordan studien ble gjennomført i praksis, og tilslutt kommer en diskusjon om studiets metodiske styrker og svakheter samt etiske betraktninger.

4.1 Bakgrunn for valg av metode

Overordnede forskningsdesign i denne studien er et tverrsnitt design. Et tverrsnitt design er mest vanlig innen kvantitativ metode, men brukes også som her i en kvalitativ studie hvor flere informanter er blitt intervjuet på et gitt tidspunkt (Bryman, 2012). I kvalitativ metode er målet og utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik som individene selv opplever det i sin naturlige kontekst. Metoden gir kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og den kan gi tilgang til dyp og beskrivende kunnskap om det valgte tema (Malterud, 2011).

Fenomenologien hevdes av noen primært å være en filosofi fremfor en vitenskapelig metode (Norlyk & Harder, 2010). Og for å kunne benytte fenomenologisk metode må man ha kunnskap og forståelse av filosofien (Malterud, 2011). Norlyk og Harder (2010), viser i sin studie at i praksis er det uklart hva som gjør en fenomenologisk studie fenomenologisk, og at de mange tradisjonene innen fenomenologi også er med på å gjøre dette vanskelig.

Jeg velger å si at denne studien vil være inspirert av både fenomenologi og hermeneutikk, og begrunner dette nedenfor.

Innen fenomenologien har man en interesse av å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver, og beskrive verden slik den oppleves av informanten, ut fra den forståelsen at den virkelige virkelighet er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2012). Fenomenologien representerer en forståelsesform der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). I denne studien er det pasientens virkelighet om et gitt fenomen, og det er langtidssykemeldte pasienter som kommer tilbake til arbeidslivet, jeg søker mer kunnskap om. Målet er å gjengi informantens stemme så lojalt som mulig (Malterud, 2011).

Sentralt i fenomenologien er det å kunne sette parentes («bracketing») rundt tidligere kunnskap om fenomenet (Norlyk & Harder, 2010). Med mange års klinisk erfaring fra en arbeidsrettet rehabiliteringsinstitusjon, vil det være en umulighet og ikke la studien være preget av min forforståelse. Fordi det ikke vil være mulig å være uten fordommer og antagelser så vil studien ha et hermeneutisk perspektiv. Virkeligheten slik man erkjenner den, er ikke en stabil og objektiv realitet, men erfart, fortolket, definert og konstruert gjennom mennesker som samhandler med hverandre (Lian, 2012). Løsningen for min del er å ha et reflektert forhold til hvordan jeg med min bakgrunn kan ha innflytelse på studien og påvirke materialet. Det blir viktig å unngå at forforståelsen dominerer i så stor grad at den hemmer fremvekst av ny kunnskap fra det empiriske materialet (Malterud, 2011). Forforståelsen er også viktig for ny kunnskap dannelse. I hermeneutikken ser man på forforståelsen som et nødvendig vilkår for i det hele tatt å kunne forstå et fenomen (Gilje & Grimen, 1993). I følge Lian (2012) er det ikke mulig å observere eller dokumentere meninger gjennom empiriske bevis, meninger skapes av mennesker. I vår virkelighet finnes meningsbærende enheter som mennesker ser, fortolker og gir mening, og det er dette meningsaspektet som utgjør kjernen i hermeneutikken (Lian, 2012). Denne studien realiseres og gjennomføres ved at jeg med min kunnskap og erfaring har kjennskap til feltet, jeg søker kunnskap om informantens livsverden og forsøker å gjengi informantens stemme så lojalt som mulig før empirien blir tolket og forstått ut i fra min virkelighet.

Direkte tilgang til menneskers erfaringer og opplevelser får man ved å snakke med dem (Malterud, 2011), et kvalitativt intervju vil være naturlig å bruke til innsamling av data.

4.2 Kvalitativt intervju

Et kvalitativt intervju brukes når hensikten er å forstå et tema eller et fenomen fra dagliglivet sett fra informantens perspektiv. Intervjuet ligner en samtale i dagliglivet, men har et definert formål og tar utgangspunkt i en intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2012). Spørsmålene i intervjuguiden skal følge av problemstillingen og tilnærmingen skal være delvis strukturert, eller semitrukturert som den også kan kalles (Bryman, 2012, s. 471; Kvale & Brinkmann, 2012). Det vil si at man har bestemte temaer i intervjuguiden med forslag til spørsmål mens rekkefølgen av spørsmålene avgjøres underveis i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 47; Thagaard, 2002, s. 85). Guiden skal ikke være for detaljert da det mest robuste materialet skapes når informanten kan få fortelle sin historie om opplevelser som faktisk har funnet sted (Malterud, 2011). Dersom forskeren skal få tak i kunnskap som i utgangspunktet er ukjent, må det legges til rette for oppfølgingsspørsmål og de kan man ikke forberede på forhånd (De nasjonale forskningsetiske komiteer [NEM], 2010). Da kreves det at intervjuer har inngående kunnskap om temaet når informanten svarer (Kvale & Brinkmann, 2012). En annen forutsetning for et godt intervju er at informanten føler seg trygg og ivaretatt, og at forskeren har evne til å lytte med et åpent sinn (Malterud, 2011).

Spørsmålene i et kvalitativt intervjuet bør være presise og formulert slik at informanten har forutsetninger for å forstå hva det spørres om. Det er vanlig å knytte spørsmålene opp mot hva og hvordan, spørsmålsformuleringer som gir beskrivende og fortolkende svar (Kvale & Brinkmann, 2012). I et kvalitativt intervjuet søker man etter fordomsfrie beskrivelser ved å forstå betydningen av sentrale temaer i informantens livsverden (Kvale & Brinkmann, 2012), og man leter etter essenser eller fellestrekk ved fenomenet man studerer (Malterud, 2011).

Det stilles mange krav til et godt forskningsintervju. I Kvale og Brinkmann (2012, s. 47 - 48) beskrives 12 ulike aspekter ved et kvalitativt intervju som skal sikre god kvalitet. Kort oppsummert handler dette om å kunne få tak i informantens livsverden og gjennom intervjuet få en forståelse for hva som er betydningsfulle temaer i intervjupersonens livsverden. Man er ute etter kvalitativ kunnskap gjennom mest mulig nyanserte beskrivelser. Målet er nøyaktige beskrivelser om hva informanten opplever og føler, og om hvordan de handler. Videre er man ute etter beskrivelser av spesifikke episoder eller handlinger, det gir konkret betydning fremfor generelle meninger. Den som intervjuer må være bevisst naiv ved at det vises åpenhet for nye og uventede fenomener. Intervjuet må ikke være for strukturert, men ha et bestemt fokus med åpen spørsmålsstilling. Dersom det fremkommer flertydighet i

løpet av intervjuet må intervjuer kartlegge betydningen av dette, om det for eksempel skyldes kommunikasjons problemer eller selvmotsigelser. Forsker må ha tilstrekkelig kunnskap om temaet eller være sensitiv nok til å oppfatte nyanser i beskrivelsene som informanten kommer med. Kunnskapen skapes i dynamikken mellom intervjuer og informant. Mennesker i samtale påvirker hverandre og i dette samspillet er avgjørende at intervjuer er oppmerksom på informantens personlige grenser slik at integriteten til informant ikke krenkes. Og tilslutt når et velfungerende intervju er over så skal informanten sitte igjen med en positiv opplevelse og en følelse av å ha bidratt med nyttig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2012).

Dette betyr at det stilles store krav til intervjuer, og at kvaliteten på innsamlede data vil avhenge av forskerens ferdigheter i intervjusituasjonen, og dens personlige dømmekraft (Kvale & Brinkmann, 2012). En viktig dimensjon ved et kvalitativt intervju er den uunngåelige avstand og asymmetriske maktforholdet mellom intervjuer og de som blir intervjuet (Wertz et al., 2011). Et kvalitativt intervju er ikke en dagligdags samtale mellom to likestilte parter, intervjuer bestemmer tema, metode og forvalter resultatene fra intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2012). Informanten er i en underordnet posisjon i forhold til intervjuer, når informanten gir samtykke til deltagelse viser informanten tillit til forskeren, informanten samarbeider og er disponibel for forskeren (Wertz et al., 2011). Det er ikke nødvendigvis en bevisst utøvelse av makt i et kvalitativt intervju, men intervjuer bør reflektere over og anerkjenne det asymmetriske maktforholdet knyttet til intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2012). Det er ikke til å komme fra at underdanighet og makt ubalanse er et iboende forhold mellom forsker og informant (Wertz et al, 2011).

Transkriberingen er veldig tidkrevende og man sitter ofte igjen med et stort skriftlig materiale (Bryman, 2012). I følge Kvale & Brinkmann (2012) er transkribering transformering, man skifter fra en form, til en annen, fra tale eller lyd til skriftlig materiale. Virkeligheten er den faktiske hendelsen og slik vil datamaterialet være en konstruert og avgrenset versjon av det som faktisk hendte (Malterud, 2011). Hvordan man transkriberer fører til spørsmål om hvor gyldig overføringen fra tale til skrift er. Det vil alltid være en uoverensstemmelse mellom informasjonen man får under selve intervjuet og det man sitter igjen med ved bare å lese transkripsjonen av intervjuet. Det er vanskelig å få med elementer som stemmeleie til informanten, kroppsspråket, og bruk av ironi (Kvale & Brinkmann, 2012). I følge Malterud (2011) må man ha respekt for at gjennom transkriberingen omformer datamaterialet og dermed kunnskapsgrunnlaget. De empiriske data er mer eller mindre

vellykkete representasjoner av det man vil studere og ikke den nødvendigvis sannheten (Malterud, 2011). Gjennom transkriberingen får man en tidlig tilgang til materialet og man gjenopplever erfaringene fra feltarbeidet, Malterud (2011) mener at det er mange gode argumenter for at forskeren selv bør foreta transkriberingen.

4.3 Rollen som forsker og forforståelse

Malterud (2011) sier at det er ikke noe spørsmål om hvorvidt forskeren påvirker forskningsprosessen, men om hvordan den påvirker. Det er naturlig at mennesker vil forstå verden ut i fra egen forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg vil i dette avsnittet reflektere rundt min rolle som forsker og hvordan forforståelsen min har påvirket studien.

Denne studien ble til på grunnlag av den erfaringen jeg har som fysioterapeut i 17 år ved HI og min kunnskap til langtidssykemeldte og utfordringen knyttet til ARR prosessen. Min bakgrunn har påvirket studien i forhold til hvordan rekrutteringen av informanter foregikk, hvordan datamaterialet ble samlet inn og hvordan empirien ble bearbeidet og fortolket. Forforståelsen er legitim og kan være nyttige for forskningsprosessen, men det krever at forskeren har en aktiv og bevisst holdning til eget erfaringsgrunnlag (Malterud, 2011).

Kunnskap og erfaring fra feltet har vært nyttig i utformingen av intervjuguiden, med god kjennskap til feltet er det lettere å stille spørsmål som favner om fenomenet man ønsker å vite mer om. Samtidig må man være bevisst sine antagelser slik at intervjuguiden ikke blir for snever slik at man mister kunnskap som kan komme fra den åpne spørsmålsformuleringen.

Forforståelsen kan i noen tilfeller hindre forskeren i å utvikle ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2012). Med mye erfaring innen feltet er det en fare for å ta mye for gitt. Malterud (2011) beskriver dette som feltblindhet. Man overser spor som kan lede til ny kunnskap fordi man ser etter det man er vant til å se, og man leter etter observasjoner som bekrefter våre egne erfaringer og vår forforståelse (Malterud, 2011).

I avsnittet 4.2 Kvalitativt intervju er det beskrevet hvilke krav som stilles til intervjuer for å sikre at intervjuet blir av god kvalitet. Disse kravene gjelder også for meg i mine møter med informantene i denne studien. Jeg hadde ingen erfaring med kvalitative intervjuer fra tidligere og erkjenner at dette er noe som må læres og utvikles over tid. Det har også vært en

utfordring ikke og skulle tre inn i rollen som terapeut. Det kan være mange fellestrekk mellom en god terapeutisk samtale og et kvalitativt intervju i følge Malterud (2011), men den medisinske samtalen er likevel ofte mer direkte eller styrende og lite egnet for innsamling av kvalitative data. I intervjusituasjonen er det viktig å få nødvendig tillit hos informantene og en fordel for meg var at denne tillitten allerede var opprettet da de var pasienter ved HI. Det kan være naturlig å tenke at dersom informantene ikke hadde hatt tillit til meg så hadde de ikke valgt å la seg intervju.

En annen utfordring var at jeg hadde erfaring med informantene fra da de var pasienter ved HI. Jeg husket alle informantene godt fra oppholdet ved HI og hadde allerede inntrykk og meninger om dem før jeg møtte dem igjen i intervjusituasjonen. Det samme gjaldt for informantene, de hadde et bilde av meg som fysioterapeut og ansatt ved HI og det kan ha påvirket intervjuet gjennom deres atferd, hvordan de reflekterer og svarer.

Gjennom hele perioden hvor jeg har jobbet med denne studien har jeg reflektert over hvordan min rolle har påvirket prosessen og hvilken betydning dette har. Temaet har også vært grundig diskutert med kollega som er i tilsvarende situasjon.

4.4 Praktisk gjennomføring av studien

Her vil jeg gjøre rede for hvordan denne studien ble gjennomført i praksis og samtidig dele noen av mine erfaringer i den prosessen. Før den praktiske gjennomføringen startet var studien klarert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), se også 4.6 Etske betraktninger.

4.4.1 Utvalg

Utvalget i studien er strategisk og er valgt ut i fra fenomenet som skal studeres, veien tilbake til arbeidslivet. Informantene ble rekruttert fra pasientlistene ved HI fra 2010. Utvalget ble satt sammen slik at datamaterialet om det valgte fenomenet skulle bli så rikt og variert som mulig (Malterud, 2011).

I praksis foregikk rekrutteringen av informanter på følgende måte. Pasientene som ikke hadde et fullverdig opphold (6 uker) ble ekskludert fra listen og det samme ble de som bor lengre borte enn 90 minutters kjøretid fra Elverum. Alle pasienter som stod igjen på listen

ble kontaktet i kronologisk rekkefølge per telefon av fire ansatte ved HI. Det var på forhånd utarbeidet et skriv med informasjon til de som ringte (vedlegg 1, Førstegangskontakt).

Tilbakeføring til arbeidslivet av langtidssykemeldte er kompleks og det er ikke enighet blant forskere på hvordan denne tilbakeføring til arbeidslivet skal måles. Tidligere langtidssykemeldte som er tilbake i en redusert stilling har på mange måter hatt en vellykket rehabilitering når alternativet er å være uføretrygdet på fulltid (Øyeflaten et al., 2012). Jeg valgte å definere tilbakekomst til arbeid som friskmeldt i 50 % eller mer. De som etter et ARR opphold har startet et utdanningsløp har også hatt utbytte av rehabiliteringen fordi de gjennom utdanning kvalifiserer seg til en annen jobb enn den de ble sykemeldt fra. Jeg valgte derfor å inkludere de som har fått innvilget yrkesmessig attføring etter ARR oppholdet dersom det ble vanskelig å rekruttere nok informanter blant de som er tilbake i et reelt arbeid.

Etter at alle pasienter på listene var ringt til var det 38 tidligere pasienter som var aktuelle for studien og som var villige til å bli kontaktet for å avtale et intervju. Et dilemma var at jeg husket mange av de aktuelle informantene fra da de var pasienter ved HI, og for at utvelgelsen av informanter skulle være så nøytral som mulig bestemte jeg meg for å gjøre en trekning. Før trekningen ble utført ble det sendt ut en felles tekstmelding til alle de aktuelle med informasjon om at de som ble trukket ut ble kontaktet senere. En person valgte da å trekke seg og en ville være reserve. Av de 36 som var igjen ønsket jeg å trekke ut fire kvinner og fire menn. Etter denne trekningen endte jeg opp med fire kvinner i alderen fra 55 til 61 år og fire menn, alle på 32 år. Det ville gitt et utvalg som er lite representativt for pasientgruppen ved HI i forhold til alderssammensetning. En ny trekning ble foretatt, men da etter å ha sortert de aktuelle informantene etter kjønn og alder i ti års intervaller. Tabell 1 under viser sammensetning av informanter i forhold til alder og kjønn samt friskmeldingsgrad.

Tabell 1. Opprinnelig utvalg

Kjønn	Alder	Friskmeldingsgrad
Mann	20 -30 år	100 %
Mann	30 - 40 år	100 %
Kvinne	30 - 40 år	50 %
Mann	40 - 50 år	100 %
Kvinne	40 - 50 år	50 %
Kvinne	40 - 50 år	50 %

Mann	50 - 60 år	100 %
Kvinne	60 år +	100 %

Det ble sendt ut tekstmelding til de som var trukket ut om at de kom til å bli kontaktet av meg i nærmeste fremtid for å avtale tidspunkt og sted for intervju. Jeg valgte å ringe to til tre informanter i gangen for å avtale intervju. Dette var både av praktiske årsaker og for å kunne vurdere antall informanter etter hvert. Malterud (2011) poengterer at utvalget skal være passe stort til å kunne belyse problemstillingen og at variasjon i materialet er viktigere enn antall informanter for å kunne presentere et rikt resultatavsnitt.

Underveis i arbeidet var det noen som valgte å trekke seg. For en var det vanskelig å finne et tidspunkt som passet, en gikk til behandling for plagene sine og hadde derfor ikke tid eller mulighet, og en var vanskelig å få tak i og etter flere avtalebrudd ble vedkommende slettet fra listen. For å erstatte disse valgte jeg tilfeldig fra listen i samme alder og med samme kjønn. Det vil si, i aldersgruppen 20 – 30 år var det bare en aktuell informant og når vedkommende ikke kunne delta likevel ble den erstattet med en informant fra gruppen 30 – 40 år. Den siste av informantene var student og for at det ikke bare skulle være en student med i prosjektet, valgte jeg å inkludere «pilot» intervjuet fordi det da ville være to studenter med i utvalget. I følge Malterud (2011) skal alle data ses på som et forpliktende bidrag til studien, selv det første intervjuet gir erfaringer som på en eller annen måte vil prege både prosessen videre og resultatene. Det oppleves som riktig å ta med empirien fra det første intervjuet til tross for at dette intervjuet var kortere og sett i ettertid, ga mindre tyngde til materialet enn de senere intervjuene.

Det endelige utvalget gjorde at jeg mistet en informant i alderen 20 – 30 år mens aldersgruppen 30 – 40 år ble den største. Sett i ettertid kunne informantene i alderen 20 – 30 år vært erstattet med en informant i alderen 50 – 60 år, men jeg har likevel en spredning i alder og ganske jevn fordeling mellom kvinner og menn. I det endelige utvalget har jeg fått med to fulltidsstudenter som kan ha andre erfaringer eller opplevelser enn de som er i et ordinært arbeid, og det kan muligens berike datamaterialet. Tabell 2 viser sammensetning av informanter i alder, kjønn og friskmeldingsgrad i det endelige utvalget.

Tabell 2. Endelig utvalg

Kjønn	Alder	Friskmeldingsgrad
Mann	30 - 40 år	Student
Kvinne	30 - 40 år	50 %
Kvinne	30 - 40 år	Student
Mann	30 - 40 år	80 %
Kvinne	40 - 50 år	50 %
Kvinne	40 - 50 år	100 %
Mann	40 - 50 år	100 %
Mann	50 - 60 år	100 %
Kvinne	60 år +	100 %

4.4.2 Innsamling av data

Innsamling av data ble gjort gjennom et kvalitativt intervju eller et semistrukturert intervju. Målet var å innhente beskrivelser av informantens livsverden. Intervjuguiden, vedlegg 2, er laget med mål om å åpne opp for at informanten selv presenterer det som oppleves som det avgjørende eller det viktigste rundt de ulike temaene. Temaene i intervjuguiden er valgt på bakgrunn av egne erfaringer og kunnskap på feltet i tillegg til at det ble diskutert med veiledere og kollega ved HI. Etter det første intervjuet ble intervjuguiden justert noe blant annet for å få frem mer om hvilken betydning arbeidslivet har for informantene. I intervjusituasjonen ble intervjuguiden brukt slik det følte naturlig både ut i fra den informasjon informanten kom med og slik samtalen forløp. Når det var naturlig stilte jeg oppfølgingsspørsmål for å få informanten til å utdype det aktuelle temaet. I løpet av intervjuene forsøkte jeg å være innom de temaene som var bestemt på forhånd, men samtidig erfarte jeg at det var viktig å finne en balanse slik at intervjuguiden ikke dominerte intervjusituasjonen i den grad at informantens egne opplevelser og erfaringer ikke kom frem. Kvale og Brinkmann (2012) mener at det er i dette samspillet mellom intervjuer og informant at kunnskapen produseres og dybde i svarene får man ved å stille oppfølgingsspørsmål.

Intervjuene ble gjennomført på sted og tidspunkt etter ønske fra informanten. Fem av informantene ville at jeg skulle komme hjem til dem, en ble intervjuet på et møterom ved HI, en møtte jeg på en kafe og to ble intervjuet på grupperom på en Høgskole. Opplevelsen av å intervju noen på et offentlig sted var veldig forskjellig fra det å komme hjem til informantene. Intervjuene utført på et offentlig sted, spesielt det ene på møterommet på HI,

hvor det ble vanskeligere å legge bort rollen som terapeut. Jeg følte meg velkommen av de informantene som inviterte meg hjem til seg, samtidig ble det veldig privat og en opplevelse av at jeg måtte trå varsomt for ikke og «invadere» privatlivet deres.

I forkant av intervjuene var det lett å føre en samtale med informanten, de kjente meg fra HI som fysioterapeut og hadde mange spørsmål om instituttet og livet der oppe. Informantene hadde fått litt informasjon på telefon da vi gjorde avtale om intervjuet, men jeg informerte igjen muntlig om studien i tillegg til at de leste gjennom forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet (vedlegg 3) før de signerte samtykkeerklæringen (vedlegg 4). Jeg gjentok også at de når som helst kunne trekke seg fra studien, også underveis i intervjuet, og uten at de måtte gi noen begrunnelse. Det ble gitt mulighet til å få pauser underveis i intervjuet, men det var det ingen av informantene som benyttet seg av. Det var viktig for meg å presisere at dette ikke er en studie om bare oppholdet på HI, men en søken etter deres kunnskap om hva som er avgjørende for at de nå er tilbake i arbeid. Jeg var tydelig på at dersom det var noe de ikke ønsket å svare på så var det helt opp til dem. Før lydopptakeren ble satt på forsikret jeg meg om at informanten var klar til å starte intervjuet. For å komme i gang startet intervjuet med at jeg spurte etter deskriptive data.

Underveis i intervjuene forsøkte jeg så langt det var mulig, ikke å kommentere utsagnene til informantene for å unngå å påvirke innholdet i samtalen. Jeg ønsket at informanten skulle få fortelle sin historie uten avbrudd fra meg samtidig som det ga meg muligheten til å kunne lytte til historien slik at eventuelle oppfølgingsspørsmål kunne utdype historiene. For meg har dette vært en læreprosess hvor jeg opplever en utvikling. I de siste intervjuene tillot jeg mer stillhet før jeg stilte nytt spørsmål og i flere tilfeller førte det til at informanten utdypet svaret sitt. Jeg ble også bedre til å komme med oppfølgingsspørsmål hvor jeg ba om konkrete eksempler eller spurte om informantens tanker, følelser eller opplevelser knyttet til det de fortalte. Alle intervjuene ble avsluttet med en mulighet for informanten til å få kunne si det som eventuelt ikke hadde kommet frem eller til å kunne tilføye noe under de tidligere svarene.

I etterkant av intervjuene spurte jeg etter informantens opplevelse av intervjusituasjonen. Alle har gitt tilbakemeldinger om at spørsmålene var greie å svare på, de viste interesse for studien og ga uttrykk for at de var glade for å kunne bidra. Jeg spurte om jeg kunne kontakte dem i etterkant dersom det var behov for det og informantene fikk tilbud om å oppsøke meg

dersom de skulle ønske det. Det har ikke vært noen kontakt mellom meg og informantene i etterkant av intervjuene.

Totalt ble ni intervju gjennomført. Til tross for at det siste intervjuet tilførte noen nye synspunkter rundt problemstillingen opplevde jeg at jeg hadde nådd det som beskrives i litteraturen som metningspunktet. I grounded theory brukes uttrykket teoretisk metningspunkt når utviklingen av nye ²konsepter er fullstendig utforsket, og når ny teoretisk innsikt ikke blir generert (Bryman, 2012).

Intervjuene ble gjennomført i perioden fra 13.11.13 til 09.01.14. Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og etter intervjuet ble opptaket overført til lydfil på datamaskin og slettet fra lydopptakeren. Datamaskinen som ble benyttet er beskyttet med brukernavn og passord. For å skille de ulike lydfilene fra hverandre ble de kodet med tall. Ingen personidentifiserbare data ble innhentet og informasjon som er gjenkjennbar eller gjør det mulig å identifisere noen, er anonymisert i det skriftlige materialet. Den nonverbale informasjonen som ikke kom med på lydopptaket ble skrevet ned i feltnotater sammen med inntrykk og refleksjoner rundt intervjuet. Lydopptakene ble transkribert av meg etter hvert som intervjuene var gjennomført.

Transkriberingen var en tidkrevende prosess, men samtidig en nyttig gjennomgang av datamaterialet. Lydkvaliteten var bra på alle intervjuene bortsett fra ett hvor vi satt litt langt fra mikrofonen. Intervjuene ble transkribert ordrett, dialektord ble erstattet med bokmålsord, pauser i samtalen er markert med prikker, og følelsesuttrykk er tatt med i parentes bak utsagnet, for eksempel gråt, latter eller sukk.

Det transkriberte materialet danner grunnlag for analysen.

4.4.3 Analyse av datamaterialet

Kvalitativ analyse er ikke bare anvendelse av tekniske prosedyrer eller flere verktøy i forskerens verktøykasse. God praktisering av kvalitativ analyse krever en unik kvalitativ og reflekterende holdning (Wertz et al., 2011).

² Konsepter i grounded theory: «a concept is a key building block in the construction of a theory», Bryman (2012, s. 710).

En av utfordringene med min bakgrunn og forforståelse er å ha stor nok åpenhet til datamaterialet for å kunne oppdage uforutsette og nye empiriske fenomener, mønstre og sammenhenger (Grønmo, 2004; Malterud, 2011). Etter å ha lest gjennom alle intervjuene for å danne meg et helhetlig inntrykk av datamaterialet er det tydelig at jeg preges av egen forforståelsen og trekkes mot de delene av materialet som bekrefter mine antagelser. Det var fristende å sortere data etter temaene i intervjuguiden, men i følge Malterud (2011) vitner det om en lite kreativ analyseprosess.

Før datainnsamlingen startet virket det naturlig å velge Giorgis fenomenologiske analyse modifisert av Malterud (2011) fordi formålet med den fenomenologiske analysen er utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden (Malterud, 2011). Men etter nøye vurdering valgte jeg å analysere datamaterialet etter prinsipper fra grounded theory som beskrevet av Charmaz (2006) i et forsøk på å være mest mulig tro mot empirien i studien. Kvalitativ analyse innen grounded theory har som mål å identifisere de komponentene som kan være av teoretisk interesse og/eller som har betydning for den sosiale verden som utforskes (Bryman, 2012, s. 568). Kodene skal være umiddelbare og korte, og være en konkret beskrivelse av informantens opplevelse eller handling (Kvale & Brinkmann, 2012). Fenomenologisk analyse har flere likhetstrekk med den fortolkende tilnærmingen som Charmaz bruker og hennes versjon av grounded theory sies å være inspirert av fenomenologien (Wertz et al, 2011).

Alle intervjuene ble lest gjennom en gang til. Neste steg var å finne ut hva datamaterialet handler om gjennom kvalitativ koding og første fase er åpen koding (Charmaz, 2006). Kodene er foreløpige og forankret i empirien, man holder seg tett til datamaterialet. I den fokuserte kodingen velger man ut de mest signifikante eller hyppigste åpne kodene og bruker de for å sortere, sammenfatte og organisere større segmenter av datamaterialet (Charmaz, 2006). Med den fokuserte kodingen og danningen av kategorier begynner man å integrere teori. I det neste analytiske trinn, teoretisk koding, beveger analysen seg enda mer i teoretisk retning (Charmaz, 2006). Den teoretiske kodingen spesifiserer mulige sammenhenger mellom kategorier fra den fokuserte kodingen (Charmaz, 2006).

I praksis ble alle intervjuene lest igjennom flere ganger før de ble kodet. Ett og ett intervju ble kodet og etter er å ha kodet alle intervjuene, satt jeg igjen med en stor mengde åpne koder. De åpne kodene ble systematisert til fokuserte koder som i sin tur identifiserte de ulike temaene som analysen endte opp i. I neste trinn ble de åpne kodene systematisert ved at

jeg valgte ut de som var mest relevante for problemstillingen og de kodene som gikk igjen hyppigst. Gjennom de fokuserte kodene fikk jeg identifisert de ulike temaene som analysen endte opp i. Tabell 3 viser hvordan ulike meningsenheter/utsagn har blitt til åpne koder, fokuserte koder og tilslutt tematiske koder.

Tabell 3. Eksempler på koding i analyse prosessen.

Meningsenhet/utsagn	Åpen kode	Fokusert kode	Tematisk kode
«...det å kunne være i et fellesskap, det er veldig betydningsfullt».	Fellesskap er viktig	Betydningen av å være i arbeid.	Deltagelse i arbeidslivet
«...som jeg sier til de andre at når du er frisk og får gå på arbeid så må en være fornøyd».	Er fornøyd med å gå på jobb		
«Jeg følte meg egentlig satt på lik linje med en kriminell».	Følte meg kriminell	Erfaring med NAV	Omgivelsesfaktorer
«...man setter seg litt tilbake selv fordi jeg føler det at – eller jeg følte at jeg ikke var like mye verdt som andre for meg var det alltid noe galt med».	Er ikke like mye verdt	Opplevelsen av å være sykemeldt	Fravær av jobb
	Var alltid noe galt med meg		

4.5 Styrker og svakheter ved valgt metode

Kvalitativ forskning kritiseres ofte for å være for subjektiv. Man mener at resultatene ved kvalitative studier i for stor grad er påvirket av forskerens syn på hva som er signifikant og viktig (Bryman, 2012). I kvalitative studier er utgangspunktet en erkjennelse av at

virkeligheten finnes i mange ulike versjoner som alle kan være gyldige. Forskeren sin oppgave er ikke å slå fast hvorvidt studiens funn er sanne eller gyldige, men å vise at gyldigheten er vurdert og gi en begrunnet anvisning av hva funnene sier noe om (Malterud, 2011).

Graneheim & Lundeman (2003) presenterer begrepene kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet som mål på om hvor troverdig en kvalitativ studie er. Kredibilitet handler om intern validitet, om hvor troverdige funnene er (Bryman, 2012; Graneheim & Lundeman, 2003). Troverdigheten vil øke dersom det fremkommer klart og tydelig hvordan forskningsprosessen har vært, ved god argumentasjon for at de mest sannsynlige fortolkningene er utført, og ved at funnene blir presentert på en slik måte at leseren har rom for å se etter alternative tolkninger (Graneheim & Lundeman, 2003). Validitet i kvalitativ forskning handler ikke bare om i hvilken grad metoden er relevant for det man har ment å undersøke, men også om forskerens dyktighet og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2012). Validitet stiller spørsmål om hva empirien er gyldig for og under hvilke omstendigheter den er gyldig (Malterud, 2011). Metodekapittelet i denne studien er skrevet i den hensikt å gi leseren en grundig innføring i hvordan denne studien er gjennomført og hvordan empirien er behandlet. Resultatene er forsøkt fremstilt slik at det kommer klart frem hva som er informantenes stemmer og hva som er mine tolkninger. Hensikten er å gjøre studien så troverdig som mulig tatt i betraktning den manglende erfaringen jeg har som forsker.

Pålitelighet har paralleller til reliabilitet og sier noe om hvorvidt funnene endrer seg over tid eller om de vil være gjeldene over tid (Bryman, 2012; Graneheim & Lundeman, 2003). Pålitelighet handler også om hvorvidt resultater kan reproduseres på andre tidspunkter og av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2012) på grunnlag av metodebeskrivelsen i studien (Bryman, 2012). Overførbarhet referer til hvorvidt funnene kan overføres til andre kontekster eller grupper (Bryman, 2012; Graneheim & Lundeman, 2003). I følge Malterud (2011) er overførbarhet en forutsetning for at kunnskapen skal kunne deles med andre. I kvalitativ forskning er det å kunne presentere et rikt datamateriale og troverdige historier mer avgjørende enn omfanget av utvalget. Overførbarheten øker ikke proporsjonalt med antall informanter i studien (Malterud, 2011). I denne studien har ni informanter vært intervjuet og jeg opplever at de på en ærlig og oppriktig måte har delt sine historier og gitt meg et fyldig datamateriale. Kunnskapen fra denne studien vil først og fremst ha betydning for de aktører som er involvert i ARR prosessen. I forhold til alderssammensetningen på utvalget er det flest informanter i alderen 30 – 40 år, men dette er i hovedsak av praktiske

årsaker og gjort rede for under 4.4.1 Utvalg. Det man kan reflektere over er hvorvidt man eventuelt har mistet informanter som har en annen erfaring med tilbakeføringen til arbeidslivet enn de informantene som var villige til å la seg intervju. En av de tidligere pasientene som ble oppringt i første runde av rekrutteringsprosessen var tilbake i 100 % jobb, men uttalte at det ikke var takket være HI. Vedkommende sa seg villig til å delta, men har ikke vært tilgjengelig for å bli intervjuet.

I kvalitativ forskning kan metoden virke ustrukturert ved at den i stor grad avhenger av hvordan forskeren vektlegger innsamling og analysing av data (Bryman, 2012). Det fremkommer ikke alltid helt klart hva forskeren faktisk har gjort, hvordan informanter faktisk er blitt valgt og heller ikke tilstrekkelig informasjon om hvordan data analysen har foregått. Dette er i følge Bryman (2012) den vanligste kritikken mot kvalitativ forskning. Derfor er det viktig at forskeren er refleksiv underveis i den kunnskapsproduserende prosessen (Malterud, 2011). Forskeren bør reflektere over betydningen av metode valg, hvilke verdier og forforståelse forskeren selv har, og hvilke konsekvenser kunnskapen som genereres har for det sosiale fenomenet som studeres (Bryman, 2012). Jeg mener å ha reflektert over dette etter beste evner og en konsekvens var at jeg endret analysemetode for å kunne være mest mulig tro mot empirien.

Kvalitative studier har ofte et retrospektivt perspektiv, opplevelsene man vil studere er som regel avsluttede erfaringer (Postholm, 2005). I denne studien blir informantene bedt om å tenke tilbake og det kan ha påvirket svarene i intervjuet. Det er ikke sikkert informanten husker «riktig», detaljer kan ha blitt borte, og opplevelsen og erfaringen man søker fra tidligere kan være farget av senere hendelser. En fare er at informantene i denne studien, i og med at de er tilbake i en stabil livssituasjon, opplever fortiden som mer logisk og konsistent enn det de gjorde da de var ute av arbeidslivet (Wanvik, 2011).

4.6 Etske betraktninger

Det er sendt inn en fremleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som per e-post har konkludert med at prosjektet ikke kommer innenfor deres mandat, se vedlegg 5. Prosjektet er videre meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som tilrådte gjennomføring av prosjektet, se vedlegg 6.

Ved rekruttering av informanter er det viktig at all deltagelse er frivillig og at det er basert på informert samtykke (NEM, 2010). Informantene i denne studien ble kontaktet av en nøytral ansatt ved HI, og spurt om de var villige til å delta i studien. Det ble allerede da presisert at deltagelsen er frivillig og at denne første samtalen ikke var forpliktende i forhold til å måtte delta (Vedlegg 1). Informantene ble informert om at alle opplysninger behandles konfidensielt og uten navn, og at gjenkjennbare opplysninger i intervjuene blir anonymisert. Innsamlet informasjon har blitt oppbevart på en sikker og forsvarlig måte, og innsamlede data vil bli slettet ved prosjekt slutt. Alle informantene skrev under på samtykkeerklæring før de ble intervjuet (Vedlegg 4).

I kvalitativ forskning er det viktig at informantene kan stole på forskeren og at deres tillit ikke blir misbrukt (Malterud, 2011). Gjennom åpenhet om studien til informantene og den respekt som er vist til datamaterialet i bearbeidelsesprosessen, mener jeg etter beste evne å ha ivare tatt tillitten som informantene har gitt meg. Noen av informantene har vist følelser underveis og historiene deres sterke og gripende, men ikke i en slik grad at det har påvirket min vitenskapelige håndtering av kunnskapen. Samtidig kan fortolkninger av datamaterialet medføre en fare for at informanter føler at deres integritet krenkes. Fortolkninger som gjør at informanten ikke kjenner seg igjen eller som er stigmatiserende fører til tillitsbrudd med forskeren, og informanten vil føle seg misforstått og avvist (NEM, 2010). Fra arbeidet startet med denne studien har jeg hatt stor respekt for informantene som stiller opp og forteller sin historie, og målet har vært å være så tro mot deres historie som mulig.

5. Resultatdel

Analyseprosessen av datamaterialet viser at veien tilbake til arbeid etter sykemelding er kompleks. Informantene vektlegger ulike faktorer i forhold til hva som har vært mest avgjørende for at de har lyktes i prosessen tilbake til arbeid. Noen klare fellestrekk finnes likevel i datamaterialet. Det er tre hovedtemaer som skiller seg ut i forhold til å belyse problemstillingen i oppgaven; og det er deltagelse i arbeidslivet, det er fravær av jobb, og det er prosessen tilbake til arbeidslivet. Når resultatene presenteres er de systematisert under de tre hovedtemaene, og de diskuteres opp i mot det teoretiske rammeverket for studiet samt tidligere forskning på området.

For å gi leseren et inntrykk av hvem informantene er, følger en kort presentasjon, før fremstilling og diskusjon av resultatene.

Presentasjon av informantene:

Thea ble intervjuet 13.11.13 hjemme hos seg selv og intervjuet er på 17 minutter. Thea er 38 år, hun er gift og har 2 barn. Før oppholdet på HI jobbet hun i barnehage, men er nå fulltids student for å kunne kvalifisere seg til en fysisk lettere jobb. Thea gleder seg til å kunne komme i arbeid igjen og har en drøm om å kunne jobbe med ungdom.

Karoline ble intervjuet på en høgskole 26.11.13 og intervjuet er på 43 minutter. Karoline er 38 år, hun bor alene og har ingen barn. Hun har hatt tre opphold ved HI og jobbet som hjelpepleier før første oppholdet. I løpet av prosessen ble hun omskolert og har i dag 50 % fast jobb som tannhelsesekretær. Trives veldig godt i jobben sin og ønsker etter hvert å kunne jobbe mer enn 50 %. Karoline opplever at hun fremdeles jobber i den prosessen som ble satt i gang etter siste oppholdet hennes ved HI i 2010.

Kåre ble intervjuet på et møterom på HI 27.11.13 og intervjuet tok 37 minutter. Kåre er 56 år, bor alene og har voksne barn og barnebarn. Han har hatt to opphold ved HI og etter det første oppholdet ble han omskolert til takstmann, men er i dag tilbake som snekker i 100 % fast stilling. Det har stor betydning for ham å kunne være i jobb, trives godt og har det sosialt på jobb i tillegg til at det å være snekker er en del av hans identitet.

Marthe ble intervjuet på en kafe 04.12.13 og intervjuet varte i 31 minutter. Marthe er 41 år, hun er gift og har 2 barn. Etter oppholdet ved HI har hun vært i 50 % jobb som renholder og

for å klare dette er hun fritatt fra de tyngste oppgavene. Har stor trivsel i jobben sin og det betyr mye for henne sosialt å kunne være på jobb. Marthe har fremdeles mye plager i muskel- og skjelett apparatet sitt, hun beskriver seg selv som en stresset person og er sliten av å være en omsorgsperson for flere i nær familie som sliter med psykiske plager.

Kristian ble intervjuet hjemme hos seg selv 04.12.13 og intervjuet varte i 39 minutter. Kristian er 45 år, han bor alene, men har delt omsorg for tre barn. Ryggplagene startet tidlig på -90 tallet, men Kristian har stort sett vært i jobb og etter oppholdet på HI i 2010 har han jobbet i full stilling som mekaniker. Kristian har skiftet jobb flere ganger, nå er han fornøyd med livet sitt og ønsker å beholde jobben som mekaniker.

Björg ble intervjuet hjemme hos seg selv 10.12.13 og intervjuet tok 1 time og 20 minutter. Björg er 62 år, er gift og har ingen barn. Hun har 100 stilling som boveileder for psykisk utviklingshemmede, jobben betyr svært mye for henne både sosialt og som en del av hennes identitet. Björg er en omsorgsperson både på jobb og for familie og venner. Etter oppholdet ved HI i 2010 kom hun gradvis tilbake til full jobb, men har nå vært sykemeldt på grunn av en skulderoperasjon i september 2013. Det er planlagt at hun skal friskmeldes i løpet av januar, men Björg er usikker på hvordan hun vil klare å fungere i jobben fremover.

Sindre ble intervjuet hjemme hos seg selv 13.12.13 og intervjuet varte i 44 minutter. Sindre er 36 år, han er gift og har ett barn. Etter oppholdet ved HI gikk Sindre tilbake til jobben sin som var tung og ensidig, arbeidsmiljøet ble gradvis dårligere og han valgte tilslutt å si opp jobben sin. Nå har han fått 80 % fast stilling i en større butikk med jernvare, maling og trelast avdeling. Sindre er veldig sosial og omgjengelig og trives i en jobb hvor han har kontakt med andre mennesker. Er aktiv på fritiden med blant annet innebandy og skyting.

Wigdis ble intervjuet hjemme hos seg selv 15.12.13 og intervjuet varte i 34 minutter. Wigdis er 40 år, hun bor sammen med samboer og har ett voksent barn. Hun er utdannet hjelpepleier og har 100 % fast stilling i hjemmesykepleien. Wigdis har vært i full jobb etter oppholdet ved HI. Jobben betyr mye for Wigdis, hun hadde ikke klart seg uten den. Wigdis beskriver jobb situasjonen som tøff akkurat nå og hun engasjerer seg for å kunne bidra til å finne løsninger som på sikt kan bedre situasjonen. På fritiden trener hun regelmessig fordi det er nødvendig for at hun skal klare å fungere på jobb.

Lasse ble intervjuet 09.01.14 på en høgskole og intervjuet tok 1 time og 7 minutter. Lasse er 31 år, han er fulltidsstudent og bor på hybel i ukene også reiser han hjem til foreldrene i

helgene. Tidligere har Lasse jobbet som tømrer, men etter to opphold på HI, det siste i 2010, fikk han innvilget omskolering og er nå snart ferdig utdannet byggingeniør. Lasse sliter fremdeles med ryggplager og har tanker om at han en gang i fremtiden skal ende opp som takstmann fordi det er en jobb som er forenlig med ryggplagene. På fritiden er Lasse en ivrig jeger og han trener regelmessig.

5.1 Deltagelse i arbeidslivet

Well I'm gonna work in this world

The Best I can

If I can

Woody Guthrie

5.1.1 Betydningen av å være i arbeid

Alle informantene mener at det er betydningsfullt å være i jobb. Informantene nevner betydningen av tilhørighet og det å være en del av et arbeidsmiljø, arbeid handler om deres identitet, det å kunne bidra og være til nytte, og det handler om at arbeid sikrer økonomien. Uttalelsen til Kåre gir et inntrykk av hvor viktig det er for ham å kunne være i jobb, for ham handler livet om å kunne gå på jobb: «...som jeg sier til de andre at når du er frisk og får gå på jobb så må en være fornøyd. Det er så enkelt». Kåre har lært at han skal gå på jobb uansett. Jobb handler om tilhørighet og det å være snekker er en del av hans identitet. Kåre liker fysisk arbeid, han har skaperglede, og han er en type som liker å ha noe å gjøre.

Karoline måler egen verdi i hvorvidt hun klarer å være i arbeidslivet eller ikke. Hun jobber 50 % og selvtiliten har gradvis blitt bedre, men fremdeles tenker hun at hun ikke er bra nok for andre i og med at hun ikke fungerer i full jobb. Sindre sier også noe om hvorfor det er viktig å være i jobb. Han har stort sett alltid vært i jobb, han vil gjøre en innsats og han mener at han er et forbilde for datteren ved å være i arbeid. Wigdis mener at hun er heldig som kan være i full jobb. Hun sier: «...jeg skulle i jobb, det var ingen alternativ». Wigdis er glad for å ha en jobb, gode kollegaer og sier at det er betydningsfullt å være en del av et

felleskap. Videre fortsetter hun slik: « Det er viktig, veldig viktig. Det hadde jeg ikke klart meg uten, rett og slett».

Bjørg er den eldste av informantene og kunne ha gått av med pensjon, men jobben betyr så mye at hun vil tilbake. Siden -86 har Bjørg jobbet med psykisk utviklingshemmede, hun kjenner brukerne veldig godt og beskriver et nært forhold til dem. En stor sorg i livet for Bjørg er at hun aldri fikk egne barn og hun mener at derfor er jobben det viktigste sosiale hun har: «De har barn de da vet du På en måte er jobben det sosiale jeg har og de har barna sine». Det viktigste for Bjørg i den perioden hun har vært sykemeldt har vært å få beholde jobben sin. Hun har alltid trivdes og sier at det hun jobber med er viktig. Det kommer tydelig frem i intervjuet at Bjørg er pliktoppfyllende og har høy arbeidsmoral, hun sier at «... da jeg er på jobb, da er jeg på jobb...». Når Bjørg ikke er på jobb får hun høre at brukere og kollegaer savner henne og hun får tilbakemeldinger om at hun gjør en god jobb og at hun er et forbilde for noen av de yngre kollegaene. Bjørg sier at det er ikke bra å være for lenge i den type jobb hun har for hun blir veldig knyttet til brukerne – «... jeg har vært der i så mange år og da blir det liksom – en blir en del av inventaret...». Bjørgs beskrivelse av seg selv som «en del av inventaret» kan tenkes å være et uttrykk for hennes smakspreferanse. I følge Bourdieu (1995) er smaken som en slags sosial stedsans. Smaken orienterer de som har en spesiell plass i det sosiale rommet mot de sosiale posisjonene som passer best til deres egenskaper (Bourdieu, 1995).

Informantene kommer med klare uttalelser om hvor viktig det er for dem å være i jobb. Dette handler om at jobben er en arena som gir anerkjennelse, man blir sett for det man presterer på jobb og prestasjonen gir egen verdi. Jobb handler også om identitet. For Kåre som er snekker er yrket en betydelig del av hans identitet. Sindre ønsker at datteren skal assosiere ham med en som jobber, en som bidrar. Og Bjørg sine beskrivelser om tilknytningen hun har til jobben og brukerne der, vitner om at hun identifiserer seg sterkt med den omsorgsrollen hun inntar på jobb.

Det finnes mye kunnskap om betydningen av å være i arbeid som støtter opp om uttalelsene til informantene. Til tross for at helseplager kan være arbeidsrelaterte (Mehlum, 2011) er det generelt bedre for helsen å ha en jobb enn ikke å ha en jobb (Wilkinson & Marmot, 2003). Arbeidsplassen er en viktig arena for å oppnå sosial status og sosial identitet (Kristensen et al., 2012, s. 152). Arbeids tilhørighet har betydning for alle i yrkesaktiv alder, de sosiale aspektene ved å være i jobb er helsefremmende og det å være i arbeid gir økt selvrespekt

(Bartley, 2012, s. 10). I flere Stortingsmeldinger (Arbeidsdepartementet, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) og i samfunnet generelt er det en enighet om hvor viktig arbeidsrollen er, og det fremkommer tydelig at arbeid er assosiert med positive verdier. Når for eksempel Bjørg sier: «...jeg er vant til å være på jobb og liker å være på jobb og føler at det er galt å være hjemme...», så kan det indikere at samfunnets oppfatninger og holdninger til arbeid, også er internalisert i informantenes verdisyn. Samtidig får man inntrykk av at det å være i arbeid er noe som ligger dypt forankret i informantene, de reflekterer ikke så mye over hvorvidt de skal jobbe eller ikke, for det skal de. Man kan tenke seg at det å gå på jobb er en handling som er knyttet til deres habitus. I følge Bourdieu (1995) er det en grunnleggende påstand at habitus kan defineres som en dyd av nødvendighet, nødvendigheten fremtvinger en smak av det nødvendige. Dette er en mulig måte å forstå betydningen som jobben har for informantene, å arbeide er en nødvendighet, en dyptliggende disposisjon for denne gruppen. Og når Bjørg forteller om barndommen sin og om hvordan hun lærte å arbeide, forsterker det inntrykket av dette er rotfestet gjennom sosialiseringprosessen og at arbeidsatferden hennes er forankret i hennes habitus. Bjørg forteller om en bra oppvekst, om hvor hardt foreldre og besteforeldre jobbet, og om hvordan hun og søsknene hennes ble opplært til at arbeid var viktig. I tillegg til å gå på skole var Bjørg med i fjøset, hun var i skogen og hugde ved, og i flere år hadde hun ansvaret for å stelle en syk bestefar. Gjennom hele livet har Bjørg vært vant til tungt fysisk arbeid og sier at noen må ta de tunge takene også. Hun er vant til å jobbe, hun liker å være på jobben og føler at det er galt å være hjemme. Bjørg presiserer at: «Mor og far maste aldri på oss om noen ting som sagt mor ba oss aldri om noe». Man kan anta at Bjørg ubevisst har tatt opp i seg, har internalisert, foreldrenes holdninger til arbeid. Dette gjelder også noen av de andre informantene, men det er Bjørg som uttrykker det tydeligst. Dahl og Elstad (2012) understreker at helsemessige og sosiale forhold i oppveksten legger grunnlaget for individets livsløp og at mennesker tenker og utfører handlinger som samsvarer med normer og verdier innen den sosiale klasse eller den grupperingen de tilhører. Morken, Haukenes og Magnussen (2012) viser i sin studie at opplevelsen av sykdommen, de daglige rutinene eller vanene, og viktigheten av jobben var avgjørende faktorer for at bilmekanikere gikk på jobb fremfor å være hjemme på grunn av sykdom. Informantene i dette studiet fremhevet at daglige vaner (habits) var ervervet gjennom familien. Atferd basert på normer, tradisjoner eller klasse beskrives som ikke refleksive og virker internalisert i individene (Morken et al., 2012).

For Kåre er det å være snekker en del av hans identitet, og både i jobbsituasjon og ellers kan man tenke seg at Kåre trer inn i rollen som snekker, og tilsvarende for Bjørg i forhold til den omsorgsrollen hun har. Bjørg beskriver seg som en omsorgsperson ikke bare i arbeidssammenheng, men også privat. De rollene de inntar gir forventninger om hvordan de skal handle, det er et sett av forventninger og normer knyttet til den enkelte rollen. Rollene man inntar understøttes altså av internaliserte gjensidige forventninger om hva som er riktig atferd i ulike situasjoner, og av ytre sosiale kontrollmekanismer (Kampmann, 2012, s.114). Opplæringen til snekker er en del av sekundærsosialiseringen, man sosialiseres inn i et bestemt yrke og identiteten vår skapes gjennom denne sosialiseringen (Kampmann, 2012).

Da Bjørg ble intervjuet var hun sykemeldt på grunn av en skulder operasjon. Skulderen er ikke blitt så bra som hun hadde håpet og Bjørg er spent på hvordan hun vil klare å fungere i jobb med skulderen sin. Hun har fremdeles mye vondt og hun opplever at skulderen begrenser henne i det daglige. Denne usikkerheten om hvorvidt hun denne gangen klarer å komme tilbake i jobb, kan gjøre at Bjørg ser enda tydeligere hvor viktig jobben er for henne. Dette kommer også frem i en studie av Nilsen og Elstad (2006), og i samme studien understrekes det hvor viktig deltagelse i arbeidslivet er for å opprettholde selvbilde og verdighet.

Informantene i denne studien er opptatt av at de trives med å være i arbeid og at det sosiale elementet ved å være en del av arbeidslivet, er viktig for dem. Marthe jobber 50 % som renholder, men dersom kroppen hadde fungert 100 % ville hun hatt full stilling innen omsorgsyirket. Denne uttalelsen om at hun hadde kunnet jobbet mer dersom kroppen hadde fungert, vitner om at kroppen er det viktigste arbeidsredskapet Marthe har. Kroppen utgjør en form for fysisk kapital (Williams, 1995) og i mangel på denne kapitalen klarer ikke Marthe å fungere i en fysisk krevende renholds jobb. Marthe trives veldig bra i jobben sin og det er det gode samholdet med kollegaene som er hovedårsaken til det. De ler mye sammen på jobb og har det veldig moro. Hennes sosiale liv er i stor grad knyttet til arbeidsplassen. Marthe opplever at de på jobben støtter henne og at kollegaene avlaster henne i arbeidsoppgaver som provoserer plagene hun har. Det er arbeidskollegaene og det sosiale på jobb som har vært avgjørende for at hun nå er tilbake. Kåre trives også veldig godt i jobben sin, det er trivelig å være på jobb og han har det sosialt med kollegaer. Sindre har det siste året hatt flere jobber, men har nå fått fast jobb hvor han trives godt. Det som gjør denne jobben betydningsfull er at jobben er variert, han opplever frihet i jobben, han føler seg ivaretatt, og ikke minst så er jobben sosial. Han prater med kunder og får hjelpe dem

samtidig som arbeidsmiljøet med kollegaer er veldig bra. Kristian trives i jobben sin, den er variert og arbeidsmiljøet er bra. I løpet av årene har han skiftet jobb flere ganger. Jobben gir økonomisk trygghet, det gjør at han har noe å gå til hver dag og kan gjøre nytte for seg, også er det sosialt å komme ut og treffe andre mennesker. I prosessen tilbake til jobb opplever Karoline at samfunnet har støttet henne blant annet økonomisk. Hun ønsker å bidra tilbake ved å komme i jobb. Karoline tenker at til tross for begrensningene hun har så er hun en ressurs for arbeidslivet. God trivsel i jobben gjør at hun opplever å ha mindre plager.

Det kan tyde på at det sosiale på jobb er viktigere for noen av informantene. Hverken Marthe eller Kåre forteller noe om et sosialt nettverk utenom familie og jobb. Marthe har en omsorgsrolle i familien med en datter som har psykiske problemer, en bror som er psykisk syk, og foreldre og en bestemor som trenger hjelp fra henne. Kåre bor alene og sier at han har ingen fritidsinteresser.

Utenom familien er arbeid den viktigste arena for å oppnå sosial status og sosial identitet (Kristensen et al., 2012, s 152). En undersøkelse fra 2009 viser at så mange som 84 % av de yrkesaktive i Norge, opplever at de får sosial støtte fra arbeidskollegaene sine (Arbeidsdepartementet, 2011). Opplevelsen av sosial støtte har positiv effekt på helsen, både den somatiske og den psykiske helsen (Dalgard & Sørensen, 2012).

Sindre sin historie understreker hvor viktig trivselen på jobb er og hvordan arbeidsmiljøet påvirker en. Etter ti år i samme jobb valgte Sindre å levere oppsigelsen sin, det var ikke av helsemessige årsaker, men på grunn av arbeidsmiljøet. Sindre forteller at han trivdes bra i jobben i mange år, men etter at bedriften byttet ledelse endret arbeidsmiljøet seg. Det ble større fokus på økonomi og arbeidspresset økte. Sindre forteller om kollegaer som har blitt oppsagt på usaklig grunnlag og at dette også bidro til at trivsel ble dårligere og at han tilslutt grudde seg for å reise på jobben. Valget om å si opp jobben har gjort livet bedre – «...tok jeg bare et valg og da sa jeg opp min stilling. Og etter det så har jeg aldri hatt det så bra...». Sindre har nå fått fast jobb hvor han trives godt.

Sikkerhet og forutsigbarhet i arbeid gjør en jobb mer helsefremmende (Kristensen et al., 2012, s. 158; Bartley, 2012, s. 10). Arbeidsmiljøet i Norge er som nevnt tidligere generelt bra, og norske arbeidstakere mener i stor grad at helsen påvirkes positivt av å være i arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Samtidig er de med lav utdanning som i størst grad rapporterer dårlig arbeidsmiljø (Foss et al., 2007), og de med lav utdanning er en utsatt

gruppe på arbeidsmarkedet fordi kravene øker i forhold til utdanning og kvalifikasjoner (Helsedirektoratet, 2010).

Lasse er fulltidsstudent og gleder seg til å komme i gang igjen i arbeidslivet. Han har tidligere jobbet som tømrer, han er glad i å ha noe å gjøre, og vil helst ikke gå hjemme. Å være i jobb betyr trygghet, det gir hverdagen rutine og det gir sikker økonomi. Lasse mener også at å være i jobb gir trivsel og at det er viktig sosialt sett. Etter fullførte studier har Lasse et klart mål om å bli takstmann. Han ønsker å styre dagene selv, han vil ha en lettere fysisk jobb som gir variasjon og han er opptatt av å ha en godt betalt jobb.

Arbeid gir en rimelig garanti for regelmessig inntekt og levestandard (Kristensen et al., 2012, s 152). Kristian nevner i en setning at jobb er viktig for å sikre en inntekt og Lasse ønsker seg en jobb som er godt betalt, men ellers er det lite fokus på at økonomi er en motivasjon for å være i jobb. Velferdssystemet i Norge er slik at inntektstapet ved sykdom dekkes 100 % og mange mener at dette er assosiert med et høyt sykefravær (Ellingsen et al., 2010). De helsefremmende elementene ved å være i jobb handler om økonomisk sikkerhet, det gir mulighet for sosial omgang med andre, samt muligheter for personlig vekst og læring (Kristensen et al., 2012, s. 152).

Sindre opplever frihet i jobben gjennom muligheten til å kunne påvirke arbeidsdagen sin. Lasse ønsker å bli takstmann nettopp for å kunne styre dagene sine selv. Liten kontroll over egen arbeidssituasjon opptrer oftere for de med lav utdanning og er en risikofaktor i forhold til rygg- og nakkeplager samt at det øker sjansen for å bli sykemeldt (Knardahl, 2010). Det å være snekker med ryggplager slik som Lasse har vært stiller større fysiske krav til helse og funksjon enn det gjør for eksempel til de med høyere utdanning (Helsedirektoratet, 2010). De med høyere utdanning har oftere større innflytelse på egen arbeidshverdag i tillegg til at jobben som regel ikke er fysisk krevende. Hvilken effekt et helseproblem har på sannsynligheten for arbeidslivsdeltagelse avhenger av hvilken posisjon man har i arbeidslivet (Helsedirektoratet, 2010). En kan tenke seg at når Lasse med sine ryggplager opplever lav autonomi i arbeidssammenheng gir det en opplevelse av at han ikke mestrer jobben sin og over tid vil det føre til en opplevelse av at helsetilstanden forverres (Ree et al., 2013). Lasse forteller selv om da han var på jobb til tross for at ryggen var vond:

... det var jo veldig begrenset, de hadde ikke noe lettere arbeid jeg prøvde det jeg klarte, men ryggen var ganske vond ... du prøver å gjøre noe, men er fullt klar over at du yter ikke ... da står du der og føler at klarer ikke å gjøre jobben din helt ut ...

Wigdis beskriver jobben som givende og lærerik, hun opplever god selvutvikling gjennom arbeidet sitt. Samtidig har situasjonen i hjemmesykepleien endret seg etter at Samhandlingsreformen kom. Arbeidspresset har økt og Wigdis sier at jobben er tøff både psykisk og fysisk. Wigdis opplever jobbsituasjonen som bekymringsfull og sier:

... i et litt svart øyeblikk så har jeg tenkt at jeg gir meg. Jeg har vært villig til å stå på Kiwi med den største gleden. Viktig å være litt rasjonell ... prøve å finne løsninger og tenke at ting ordner seg.

I denne situasjonen blir det ikke tid til den gode praten kollegaer i mellom, Wigdis sier at arbeidsmiljøet ikke prioriteres nå. Men det er ikke noe baksnakking, de prøver å eliminere negative kommentarer og heller støtte hverandre når det er så tøft. Wigdis er verneombud og ser det som sin oppgave å være veldig positiv og ha godt humør på jobb.

Det er tydelig at i den arbeidssituasjonen som Wigdis beskriver er det høye krav til de ansatte. Forskningen viser at høye jobb krav i kombinasjon med lav innvirkning eller kontroll på arbeidssituasjonen, er assosiert med økt risiko for helseplager, blant annet rygg- og nakkeplager (Arbeidsdepartementet, 2011). Samtidig er ikke høye jobbkraav assosiert med dårlig arbeidsmiljø, men avhenger av evnen til å mestre kravene. Mestring er igjen knyttet til de ansattes personlige ressurser og avhenger av et støttende nettverk (Foss et al., 2007). Til tross for at Wigdis beskriver arbeidssituasjonen som svært krevende og sier at hun er bekymret for hvordan det skal ende, så kan det virke som hun har de personlige egenskaper som er avgjørende for å kunne takle situasjonen og at de ansattes støtte til hverandre er en buffer mot det stresset de er utsatt for. Et sosialt nettverk, som i et arbeidsmiljø, består av relasjoner som åpner for sosial støtte, og sosial støtte viser seg å være avgjørende for å kunne takle belastninger i livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Helsedirektoratet (2010) hevder at de som deltar i arbeidslivet har bedre levekår enn de som står utenfor. Dette handler ikke bare om inntekt og andre materielle gode, men også om sosiale relasjoner, prestisje, anseelse, verdsetting, tillit og opplevd respekt. Informantene i denne studien trekker frem trivselen med å være i jobb, betydningen av et godt arbeidsmiljø, og det at jobb gir dem identitet og tilhørighet. De ønsker å kunne bidra i samfunnet, være ressurspersoner og gode rollemodeller. Det nevnes også av informantene at jobb gir rutiner i dagliglivet og det sikrer økonomien gjennom fast inntekt, selv om dette ikke virker å være av størst betydning. For å oppsummere – arbeid er på godt og vondt avgjørende for kvaliteten på våres liv. Bourdieu (1995) mener at det er en kjensgjerning at den rike arbeiderklassen

har, er deres arbeidskraft. Informantene har erfaringer både med å være i jobb og det å være utenfor arbeidslivet i form av sykemelding, og det er på dette grunnlaget de uttaler seg om hvordan det å stå utenfor arbeidslivet har påvirket dem.

5.2 Fravær av jobb

Alle informantene har erfaring med å være sykemeldt. Når informantene deler denne erfaringen er det for å kunne se hvordan opplevelsen av å være sykemeldt har hatt betydning for at de er tilbake i arbeid. Hva mener informantene var årsaken til at de ble sykemeldte, hvordan opplevde de å være sykemeldt, og hva kunne vært gjort for at de skulle kommet raskere tilbake i arbeid? Thea, Marthe og Wigdis har kun vært sykemeldt en kort periode, mens Karoline er den som har vært lengst utenfor arbeidslivet. Både Kristian og Bjørg har en sykehistorie helt tilbake til begynnelsen på -90 tallet og har flere ganger hatt lengre fraværsperioder. Kåre og Lasse var sykemeldte sammenhengende i over 1 år, mens Sindre var borte fra jobben i 6 ½ måneder.

5.2.1 Egne forklaringer om årsaker til sykemelding

En sammenfatting av informantenes egne forklaringer til hvorfor de ble sykemeldte viser at det i stor grad handler om ryggplager eller generelle muskel- og skjelettplager som ikke var forenlig med et tungt fysisk arbeid eller at total belastningen ble for stor. Kristian sier: «... da hadde jeg jo en ryggprolaps så det var på grunn av den jeg ble sykemeldt». Kåre forteller at han fikk vondt i ryggen, han har ingen forklaring på hvorfor det skjedde, men sier at han gikk på jobb lenge til tross for at ryggen var vond. Han fikk behandlinger hos kiropraktor og etter noen behandlinger opplevde han at ryggen forverret seg akutt, og da endte det med en sykemelding. Thea er også helt tydelig på at det var ryggplager som var årsaken til at hun ble sykemeldt. Hun mener at barnehagen hun jobbet i ikke var tilrettelagt for barnehagedrift og at det derfor ble ekstra mye tungt arbeid. Arbeidets karakter har også hatt betydning for utviklingen av ryggplager for Sindre slik han ser det. Jobben som Sindre hadde den gangen hadde innslag av fysisk tunge løft, han gikk mye på betonggulv, og han måtte stå mye rolig på hardt underlag. Sindre sier at den belastende jobbsituasjonen i kombinasjon med at han er en person som ikke gir seg var årsaken til at han ble sykemeldt. Wigdis tror at grunnen til at hun ble sykemeldt var jobben. Før hun ble sykemeldt slet Wigdis med plager i skuldre og nakke og mener at det var et resultat av at hun i en tung fysisk jobb lot være å bruke tekniske

hjelpemidler. Wigdis sier: «... det sliter på kroppen når du har en tung fysisk jobb også kanskje er du litt uvøren mot deg selv, det var jeg nok». Det gikk lang tid fra hun kjente at plagene begynte til hun gjorde noe med det. Lasse forteller at jobben som snekker ble for fysisk krevende etter et fall hvor han skadet ryggen sin. Jobben som snekker i et lite firma betyr høyt tempo, lange arbeidsdager og korte tidsfrister. Lasse sier:

... jeg kjørte vel på altfor hardt og for fort det var jo et evig mas på jobben. På det prosjektet der jeg var bas eller i alle fall leder så hadde vi jo allerede havnet bak ... Og det var kort tidsfrist i utgangspunktet før det skulle ferdigstilles. Da ble det lange, lange arbeidsdager og jeg tygde jo så mye smertestillende og betennelsesdempende at tilslutt så bare ga alt seg, ryggen ville ikke mer. Det fungerte ikke og da – det var egentlig det som var starten.

Seks av informantene er ganske klare på at muskel- og skjelettplagene er relatert til arbeidet de har og de fysiske kravene som stilles. Lasse har skadet ryggen og er tydelig på at med en skadet rygg fungerer det ikke med en tung fysisk jobb. Dette samsvarer med funn fra en kvalitativ studie fra Storbritannia hvor deltagerne forklarte plagene sine med tungt arbeid eller forårsaket av et traume (Coole et al., 2010). Batt-Rawden og Solheim (2011) fant i sin studie at kvinner i omsorgsykker utvikler muskel- og skjelettplager over tid som de opplever skyldes tunge løft og hardt arbeidspress, mens for menn er det ofte jobbslitasje over tid eller arbeidsulykke som oppleves som årsak til sykemelding.

Arbeidsevnen bestemmes av individets vurdering av sine plager eller problemer og yteevne i forhold til de krav som arbeidet stiller (Knardahl, 2010), og samme type plager eller sykdom påvirker arbeidsevnen ulikt ut i fra hvilke krav jobben stiller (Mehlum, 2011). En studie av Sterud og Tynes (2013) viser at høye jobbkrav, det å stå rolig over tid, og løft i ugunstige posisjoner var risikofaktorer for utvikling av lave korsryggplager. Forskningen er ganske entydig på at fysiske krevende jobber med løfting, bøyning og vridninger er assosiert med lave korsryggplager (Mehlum, 2011). Samtidig har studier vist at psykososiale faktorer knyttet til individet og arbeidet er viktigere årsaksforklaringer enn spinal patologi eller de fysiske krav og utfordringer som ligger til jobben. Det er imidlertid uklart hvilke psykososiale faktorer som har størst betydning for tilbakeføring til arbeidslivet (Soklaridis, Ammendolia & Cassidy, 2010). Sosioøkonomisk status kan påvirke sykefravær fordi arbeidsforhold, kulturell bakgrunn, personlige faktorer og helse er påvirket av den sosioøkonomiske posisjonen man har (Kristensen, Jensen, Kreiner & Mikkelsen, 2010). I en annen studie utført av forskere ved Statens Arbeidsmiljø Institutt, viste det seg at intellektuell kapasitet og foreldrenes utdannings nivå var av større betydning for sykefravær

på grunn av muskel- og skjelettplager enn det deres fysiske kapasitet var (Kristensen, Corbett, Mehlum & Bjerkedal, 2013). Dette tyder på at de sosiale forholdene man vokser opp i, eller hvordan man sosialiseres, er avgjørende for funksjonsnivå og deltagelse i arbeidslivet som voksen. Man kan altså tenke seg at informantene i denne studien er utsatt for å bli sykemeldt fordi de tilhører gruppen med lav utdanning, det er den gruppen som oftest har de mest fysisk krevende jobbene og som assosieres med lite kontroll eller innflytelse på egen arbeidssituasjon.

Kåre forteller: «Og faktisk viss jeg har vondt i ryggen så går jeg på jobb ...». Marthe jobber i 50 % stilling som renholder, men har fremdeles mye plager. Hun forteller at det er vanskelig å fungere i jobben:

Jeg får mer plager, jeg får flere «vondter», og jeg blir stivere. Det fungerer ikke og da blir jeg sur og grinete. Det går sånn utover hele familien at det ikke er verdt det. Selv om det er variert og du kjører maskiner så blir det for stor belastning på kroppen.

I en studie som har undersøkt ansattes erfaringer med å gå på jobb til tross for langvarige muskel- og skjelettplager, viser at det er mange forklaringer til dette. Det å være på jobben ga livet mening, de følte seg verdsatt av kollegaer, det var en måte å delta i fellesskapet på, det å jobbe ble sett på som status og som sosial norm, og jobben virket som distraksjon fra smertene (Vries de et al., 2011). Den rådende normen om å være på arbeid fremstår i noen tilfeller som irrasjonell (Bourdieu, 1995), som når Marthe går på jobb til tross for de negative konsekvensene det har for henne. De irrasjonelle handlingene er knyttet til smaken for det nødvendige, det vil si det nødvendige for å være slik som det passer seg (Bourdieu, 1995), og for Marthe så passer det å være på jobb. Marthe er ikke helt konsekvent i sine handlinger, hun forteller senere at det var så tøft å være sykemeldt at hun gikk til legen sin og ba om få komme tilbake som 50 % friskmeldt til tross for at plagene var de samme.

Samfunnets perspektiv på hva som anerkjennes som sykdom er sentral og avgjørende for hvorvidt man blir sykemeldt eller ikke (Staff & Nordahl, 2012). I et sosiologisk perspektiv kan man tenke seg at man må tre inn i en «sykerolle» hvor rammene er bestemt av samfunnet for å få adgang til ordninger som sykepenger og rehabilitering (Gjernes, 2012). Det er legen som sykemelder utover egenmeldingsdagene og legen er da avhengig av informasjon fra pasienten om omfanget av plagene og hvordan de påvirker arbeidsevnen (Knardahl, 2010). Muskel- og skjelett plager kan ofte være diffuse i symptomatologien og det er store individuelle variasjoner i opplevelsen av smerter og på hvilken måte plagene

innvirker på dagliglivet og på jobben (Ihlebak & Lærum, 2010). Smerter er subjektive og knyttet til individets persepsjon og forventninger (Ihlebak, Brage & Eriksen, 2007). Reaksjoner på smerter ikke ufrivillig og instinktive, men avhenger av hvilken kontekst smerteatferden finner sted og innenfor hvilken sosial gruppe. I noen kulturer har man holdninger og verdier som bidrar til å normalisere opplevelsen av smerter, mens tilsvarende smerteopplevelse er problematisk i en annen kultur (Bendelow & Williams, 1995, s. 157). Lasse forteller om at han jobbet til tross for at han hadde smerter og at han tok mye smertestillende og betennelsesdempende tabletter for å klare å holde ut på arbeid - «Det ble bare mer og mer vondt, og da ble jeg på en måte gradvis mer og mer utenfor». Man kan anta at Lasse sin opplevelse av smertene og det at han likevel gikk på jobb, er et resultat av det innebygde reaksjonsmønsteret og væremåten som er knyttet til hans habitus. Og Bjørg sin uttalelse: «... mor var så tøff som bare det og klaget ikke over noe. ... så jeg har blitt slik og ...», tyder på at Bjørg har videreført morens atferdsmønster. Bjørg beskriver hvordan både hun og moren har hatt tungt fysisk arbeid gjennom hele livet, og i deres habitus og fysiske kapital ligger det at de er vant til å bruke kroppen i hardt arbeid og at smerter er noe man må tåle (Williams, 1995). Dette samsvarer med at et individs habitus er kulturelt betinget kroppsliggjøring av bestemte atferds måter (Wel van der & Dahl, 2012, s. 276).

De fleste informantene mener at det var rygg eller muskel- og skjelettplager som var årsaken til at de ble sykemeldt. Samtidig er de alle inne på at de hadde plager lenge før de ble sykemeldt, de gikk altså på jobb likevel. Kåre forteller at han gikk på jobb selv om ryggen var vond. Ryggen ble gradvis verre og det var egentlig verst om ettermiddagen når han skulle kjøre hjem fra jobb. I denne perioden ble Kåre mer og mer sliten og han forteller at han mistet fokuset. Like før Kristian var pasient på HI var han sykemeldt en lang periode på grunn av ryggplager. Han forteller at han egentlig ville jobbe, men at sjefen og fastlegen nektet ham det, de tok ikke sjansen. Kristian sier: «Jeg vet at jeg kunne jobbet jeg har hatt mye vondere i ryggen både før og etter og vært i jobb».

Studier om sykefravær viser at avgjørelsen om å ringe til arbeidsgiver for å si at man er syk og ikke kommer på jobb, ikke er enkel (Coole et al., 2010; Hoofman, Westerman, Beek van der, Bongers & van Mechelen, 2008). Avgjørelsen for å være hjemme fra jobb blir tatt i det kulturelle og sosiale rammeverket man tilhører (Morken et al., 2012). I følge Virtanen et al. (2004) er sykefravær et sentralt element i sykerollen og kan tolkes som en helsereelatert aktivitet konstruert av samfunnet. Individets tilgang til økonomisk, kulturell og sosial kapital avhenger av hvilken posisjon i feltet man har, og denne posisjonen er grunnleggende for

individets habitus. Habitus kanaliseres langs fastsatte baner i enkelt personers og gruppers praksis slik at hvordan man opptrer i sykerollen er et spørsmål om forskjeller og drøfting av den dominerende livsform, stil og smak (Virtanen et al., 2004). Dette kan forklare hvorfor Kristian ville jobbe, mens arbeidsgiver og fastlege mente at han burde være sykemeldt.

Noen av de kvinnelige informantene i studien mener at det at de har presset seg hardt over lengre tid og ikke tatt signaler fra kroppen på alvor at det er det som har bidratt til at de ble sykemeldte. Karoline forteller om en periode fra -99 til 04 hvor hun drev rovdrift på seg selv. Den gangen var hun hjelpepleier og hun jobbet ikke 100 %, men 170 %. Når Karoline ble spurt om å ta ekstra vakter sa hun aldri nei, og hun gikk ofte doble vakter samme dag. I tillegg til å jobbe så mye ville hun være like sosial med venner som før og hun var med dem ut på fester. Karoline begynte å få hodepine, men nektet å innse at noe var galt. «Jeg tenkte at dette går over viss jeg bare kjører på». Bjørg mener at hun gjennom hele livet har vært tøff mot seg selv. «Jeg har aldri hatt noen hemninger av noen ting, aldri ...». Bjørg forteller at hun hele tiden har jobbet mye og at det har vært mye fysisk tungt. I tillegg til jobben sin har hun hele tiden tatt på seg å hjelpe andre. I perioder har hun hatt to jobber og sier at hun kunne ha jobbet døgnet rundt uten at det gjorde henne noe da hun var yngre. Det var aldri noen tanker for at hun skulle ta vare på seg selv. Bjørg mener at hennes stil har gitt henne slitasje forandringer i kroppen som gir henne plager og begrensninger nå i dag. Marthe mener at totalbelastningen ble for stor. «... jeg drev på for mye tenker jeg ... det vart for mye for kroppen og sjela ... Plutselig så sa kroppen at nå er det nok...» Marthe har fått diagnosen fibromyalgi og har fremdeles mye plager i hele kroppen som gjør at det er vanskelig å være renholder. Marthe har en psykisk syk bror samt en datter som sliter med psykiske plager. Det er tydelig at Marthe er den som stiller opp og tar mye ansvar for de rundt seg og hun har liten mulighet til å ta vare på seg selv. «... du tenker ikke så veldig mye på deg selv da. Du orker ikke det heller». Marthe er en av informantene som er i fare for å bli sykemeldt igjen.

Beskrivelsene som de kvinnelige informantene gir om hvordan de har jobbet og stilt opp både for arbeidsgiver og andre, uten å ta hensyn til seg selv, vitner om at de er personligheter som har vanskelig for å sette grenser for seg selv. For noen blir dette en dominerende vane, man setter bort egne behov og fortrenger signaler fra egen kropp, for å kunne fortsette i sitt vante mønster. Denne type kroppspraksis beskrives av Wanvik (2011). Studien til Wanvik (2011) omhandler kvinner med langvarige muskelplager, og beskriver hvordan de utfører handlinger de må uten refleksjon og uten at de vurderer andre handlingsalternativer,

handlingene deres er med andre ord et uttrykk for kvinnenes habitus. Egenskapene som de kvinnelige informantene beskriver vil være en del av deres personlighet som utvikles gjennom sosialiseringprosessen i samspill med nedarvede disposisjoner (Bø & Schiefloe, 2007). Det å gå på jobb til tross for plager kan også være et uttrykk for en sosial norm om å være den «gode arbeider» (Wynne-Jones et al., 2010).

I en artikkel av Hansen og Andersen (2008), er såkalt grenseløse personligheter med sterkt engasjement i arbeidet sitt, de som ofte går på jobb til tross for at de sliter med helsen. Dette virker å være mer vanlig for kvinner enn for menn (Hooftman et al., 2008), samtidig som kvinner er mer utsatt for langtidssykemeldinger enn det menn er (Foss et al., 2013). Dersom man ser oppmøtet på jobb til tross for opplevelsen av at plagene forverres i sammenheng med hvor stor betydning arbeid har for informantene i dette studiet, så kan teorien om «social desirability» (Hansen & Andersen, 2008) til dels forklare hvorfor informantene går på jobb likevel. Det er tidligere i oppgaven nevnt at det er stor enighet i det norske samfunnet om hvor viktig deltagelse i arbeidslivet er, og at informantene i studien har internalisert de samme holdningene. Forventingene samfunnet har om at man skal gå på jobb i kombinasjon med informantenes holdninger til arbeidslivet, kan være en mulig forklaring til at de går på jobb når de kanskje helst skulle vært hjemme. Ulike holdninger til når det er legitimt å være borte fra jobb på grunn av sykdom, er knyttet til individets habitus (Hansen & Andersen, 2008).

Som poengtert tidligere er individets arbeidsevne avhengig av hvordan individet selv vurderer sine plager, og av hvilke fysiske og psykiske som er knyttet til arbeidssituasjonen deres (Knardahl, 2010). Men hvor går grensene i forhold til når man er syk nok, hvor mye smerter kan et menneske ha og likevel være på jobb, og er plagene tegn på sykdom eller er de en naturlig del av det å eksistere som menneske? I realiteten er det ikke noe klart skille mellom frisk og syk og det er vanlig at mennesker med helseproblemer likevel deltar i arbeidslivet (Folkehelseinstituttet, 2010). Sindre uttaler: «... folk har jo rett til å bli syke at folk er sykemeldte det kan de ikke noe for». Hansen og Andersen (2008) hevder at de individer som identifiserer seg med arbeiderklassen ser på sykefravær som en rett fordi denne rettigheten er et resultat av den kampen arbeiderne har kjempet mot arbeidsgivere. Samtidig er det de med lavest utdanning som er mest restriktive i vurderingen av når det er legitimt å være borte fra jobben (Hansen, 2010).

Ansatte som går på jobb til tross for at de er syke kan bidra til en reduksjon i produktiviteten på arbeidsplassen sin (Hansen & Andersen, 2008). Og flere studier viser at å gå på jobben til tross for at man av helsemessige årsaker burde vært hjemme, kan forverre helseproblemene i fremtiden (Johansen, Aronsson & Marklund, 2014, s. 361). Helserisikoen vil imidlertid være avhengig av hva slags plager man har, av individets generelle helsetilstand og av mulighetene for at arbeidet kan tilrettelegges (Aronsson & Gustafsson, 2005). Wigdis sier at for henne var det helt nødvendig å bli sykemeldt. Det kan være et uttrykk for holdninger man finner i helsevesenet hvor kvinnelige pleiepersonale bruker sykemelding som et virkemiddel til å ta vare på seg selv (Gjernes, 2012, s. 389). Gjernes (2012) argumenterer for at sykerollen kan være en ressurs for arbeidslivet. Kvinner som jobber i omsorgsyket er kroppsarbeidere i dobbelt forstand; de arbeider med andres kropper samtidig som egen kropp er viktige arbeidsredskaper. Jobben er belastende både fysisk og psykisk (Gjernes, 2012). Wigdis uttrykker det slik når hun blir spurt om hun kan fortelle litt om jobben som hjelpepleier i hjemmesykepleien: «Den er tøff, mest fysisk nå, men det blir jo forholdsvis tøft psykisk også for det er så utrolig slitsomt, det er et voldsomt arbeidspress ...». I følge Gjernes (2012) innebærer en sykemelding for disse kvinnene at det trer inn i en legitim sykerolle som gir mulighet for behandling i tillegg til at de får en «time-out» fra den krevende jobben. Sykemeldingen gjør arbeidslivet mer fleksibelt og fraværet gir en nødvendig pause før man er klar for å fortsette i jobben sin (Gjernes, 2012). Det å bruke sykemelding som en «time-out» gjør at de som sliter med muskel- og skjelettplager likevel kan fungerer i arbeidslivet over tid (Batt-Rawden & Solheim, 2011). Wigdis bekrefter dette: « ... jeg skulle jo tilbake til jobb og det var ikke snakk om å avklare hverken i forhold til det ene eller det andre».

Stress er også en faktor som noen av informantene mener har hatt innvirkning på at de ble sykemeldte. Thea opplevde at det var en jobb med mye ansvar, de var ofte underbemannet og det ble mye stress i arbeidshverdagen. Stress er noe Thea fremdeles jobber med å takle på en god måte, stress gjør at ryggen blir mer vond. I en av bedriftene der Kristian har jobbet var det nedskjæringer og Kristian visste at han var en av dem som ville bli oppsagt. Før oppsigelse var et faktum ble Kristian sykemeldt på grunn av ryggplager. I tillegg til de fysiske utfordringene i jobben, mener Wigdis at et lederskifte på jobb som førte til dårligere struktur for de ansatte var av betydning for at hun ble sykemeldt. Lasse beskriver seg som en person som presser seg, som ikke gir seg, og som sliter med dårlig samvittighet overfor kollegaer viss han ikke klarer å bidra like mye som dem. På jobben var det et evig mas og

det stresset Lasse. De fire informantene gir ulike beskrivelser på hvordan stress har påvirket arbeidssituasjonen deres og bidratt til at de har endt med sykemelding. En stress respons er opprinnelig ment for å alarmere kroppen i et selvregulerende system, men dersom stress responsen vedvarer over tid, kan det resultere i patologi (Eriksen & Ursin, 2004). Stress er et økende folkehelseproblem og det viser seg at de menneskene som opplever mest stress oftere har svake sosiale relasjoner og/eller de har mer belastende arbeidssituasjoner, og at stressede mennesker generelt er mer syk og i større grad benytter seg av tjenester innen helsevesenet (Rod, 2011, s. 221). Hvordan man håndterer stress og hvilke belastninger eller stressorer som utløser stress er individuelt og avhenger blant annet av hvor sårbar man er, av handlingsrommet man har, og av hvilke mestringsstrategier man har (Rod, 2011, s. 123). Mestringsevne og mestringsstrategier er egenskaper som stort sett tilegnes i barndommen og foreldrenes utdanningsnivå er en indikator for læring i barndommen (Kristensen, Bjerkedal & Irgens, 2006). Studier viser at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og graden av mestring, høy sosioøkonomisk status assosieres med høyere mestringsevne. Dette betyr at den innlærte graden av mestring knyttet til vår posisjon i samfunnet påvirker evnen vår til å takle stress som igjen har konsekvenser for helsen vår (Helsedirektoratet, 2005). Gravseth og Kristensen (2008) påpeker at det er en sammenheng mellom hvilke mestringsstrategier man har og sykefravær. De sosiale forholdene man vokser opp under og påvirkningen derifra har derfor betydning for sykefraværet senere i livet.

Forskning viser at årsaker til sykemelding er sammensatt og assosiert med flere sosiale, psykologiske og fysiske faktorer (Morken et al., 2012). Den arbeidsrelaterte andelen av sykefravær er betydelig høyere hos de med muskel- og skjelettplager, og spesielt dersom jobben er fysisk tung eller at man går eller står mye rolig. De psykososiale faktorene knyttet til jobb som er av betydning for fraværet er blant annet hvorvidt man har kontroll over arbeidsoppgavene, de psykiske jobbkravene, forutsigbarheten, og i hvilken grad man opplever sosial støtte fra lederen (Mehlum, 2011).

Informantene i studien viser til ulike forklaringer på hvorfor de ble sykemeldte, og det sammensatte bilde samsvarer med tidligere studier. Det er likevel et paradoks at hovedforklaringen til informantene er at sykefraværet skyldes ryggplager eller muskel- og skjelettplager som igjen er forårsaket av fysiske belastninger på jobben deres. Det er mulig at dette er den forklaringen som er mest legitim i forhold til deres betydning av å være i arbeid og hvordan de opplever å være sykemeldt. Årsaker til sykefravær er sammensatt og det er ikke til å komme fra at også de psykososiale faktorene har innvirkning. En kanadisk studie

konkluderte med at begrepet psykososiale faktorer ga negative assosiasjoner og at psykososialisering kan være stigmatiserende (Soklaridis et al., 2010). Det er mulig at informantene i ettertid av den vanskelige perioden velger å vektlegge de forklaringene som de opplever som enklest å forholde seg til.

5.2.2 Opplevelsen av å være sykemeldt

Det vanskeligste ved å være sykemeldt for informantene i dette studiet, var tapet av det sosiale på arbeidsplassen. Informantene følte seg isolert, de var mye alene, og de følte seg ensomme. Tankene rundt fremtiden var vanskelige og preget av usikkerhet. Informantene beskriver dårlig samvittighet, at det ikke er moralsk akseptabelt å være sykemeldt, opplevelsen av stigmatisering, dårlig selvtillit, og om hvordan sykefraværet handler om tap av verdighet og anerkjennelse.

Thea fremhever tomheten og usikkerheten ved å være sykemeldt. Alle de rundt henne skulle på jobb, barna reiste på skolen og hun ble igjen alene. Det var også vanskelig ikke å vite noe om hva som skulle skje fremover, skulle hun tilbake i jobben i barnehagen eller fikk hun innvilget omskolering. Karoline er den av informantene som har vært lengst ute av arbeidslivet og har dermed mye erfaring rundt det å være sykemeldt. Hun forteller:

... altså jeg tenkte ikke da at jeg var deprimert. Alle andre var på jobb så man blir mye alene og for å få dagene til å gå så tenkte jeg at det var lurt å sove litt midt på dagen. Og det var jo fint, men da ble det ikke så mye søvn på natten ... Så jeg snudde døgnnet, det ble helt feil og det var ikke noe positivt med det. Jeg tror kanskje at det som jeg sliter med hodepine og muskelplager, jeg tror det ble verre ...

Kåre opplevde det som vanskelig å være sykemeldt. Det var tapet av det sosiale ved å være borte fra jobben og det var usikkerheten rundt fremtiden som gjorde det spesielt vanskelig. I perioder hvor Kåre har vært sykemeldt har han blitt sittende mye alene og han har grublet mye om hvordan han som er over 50 år skal klare å komme tilbake i jobben sin. Han har tanker om at når en passerer 50 år så er han ikke attraktiv på arbeidsmarkedet lengre. Dette stemmer med holdninger som mange arbeidsgivere har, det er svært få bedrifter som ansetter de over 50 år, og man rådes til ikke å si opp jobben sin i godt voksen alder (Mon & Ingebrigtsen, 2014). Studier har imidlertid vist at arbeidsevnen svekkes noe med økt alder, men at arbeidsprestasjonen holder seg. Eldre arbeidstakere har ofte sterkere indre motivasjon enn sine yngre kollegaer som er en viktig faktor for god arbeidsprestasjon (Solem, 2012).

Marthe: «... jeg er ikke den som sykemelder meg viss det ikke er noe, og da ble det tøft da du ikke kan reise på jobb for å gjøre det du skal». Det å være sykemeldt for Marthe betydde at alt det sosiale ble borte og hun følte seg veldig alene. Kristian sier at når en blir sykemeldt så får en fri fra jobben og at det er godt noen få dager, men så har han lyst tilbake til arbeidet sitt. Det å være sykemeldt gjør at en mister mye sosialt, du er borte fra det trivelige arbeidsmiljøet. Bjørg opplever at det er veldig vanskelig og ikke kunne jobbe. Hun liker ikke å være hjemme, sier at hun blir urolig av det og at hun føler det er galt å være hjemme. «Jeg er vant til å være på jobb og liker å være på jobb». Jobben er en stor del av det sosiale livet til Bjørg og hun opplever at hun mister dette når hun er sykemeldt. «... ganske tøft ja. ... det er da jeg søker ut, ut for å gå tur». Å være sykemeldt for Lasse betydde at han mistet de daglige rutinene sine, tryggheten ved å være på jobb og han mistet det sosiale. Lasse sier at han gidder ikke å prate om problemene sine til vennene og sluttet å delta sosialt med dem. Han ville klare seg selv, men opplevde situasjonen som belastende og følte seg svært begrenset.

Informantene i studien opplevde at det var vanskelig å være sykemeldt, og en av grunnene til det var tapet av det sosiale på jobben, de ble sittende mye alene og noen følte seg ensom. Langtidssykefravær øker risikoen for at en faller ut av sosiale nettverk og sosial tilhørighet knyttet opp i mot arbeidsplassen (Bültmann et al., 2009; Svensson, Müssener & Alexanderson, 2006). Opplevelsen av og «stå utenfor» har betydelig negative konsekvenser for helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Marginalisering fra arbeidslivet berører ikke bare de daglige sosiale relasjoner med kollegaer, men også den sykemeldtes sosiale status, identitet, og selvspekt, og dette blir en belastning som kommer i tillegg (Christensen & Larsen, 2012, s. 148). I studien til Haugli et al. (2011), opplevde deltagerne at sykefraværet gjorde at de mistet den arenaen hvor de hadde sitt sosiale nettverk som førte til at de etter hvert følte seg mer usikre og sårbare. Som i denne studien var arbeidet en del av identiteten til deltagerne og til lengre de var borte fra jobb, til mer startet de å tvile på egen identitet. Uavhengig av opprinnelige sykefraværs diagnose viser det seg at depressive symptomer, dårlig selvtillit og sosial isolasjon vil vanskeliggjøre tilbakeføringen av sykemeldte til arbeidslivet (Vlasveld et al., 2012). Konsekvensene av sykefravær er mange og den sykemeldte kommer ofte inn i en spiral der sykefraværet i seg selv generer nye problemstillinger som inaktivitet, isolasjon og depresjon (Vingård, Alexanderson & Norlund, 2004). Karoline forteller at hun tenkte mye på at hun var sykemeldt, hun syntes veldig synd på seg selv og hun tenkte at hun ikke kunne være med på aktiviteter eller gjøre

noe i frykt for at plagene skulle bli verre. «Jeg lot meg selv forfalle ... det var jo aldri meningen, jeg var bare redd for at jeg skulle gjøre det verre». I ettertid ser Karoline at hun var deprimert i denne perioden. Venner sluttet å spørre om hun ville være med på ting og dersom de spurte så sa Karoline alltid nei eller hun lot være å møte opp. I den lange perioden utenfor arbeidslivet har Karoline satt livet sitt på vent, hun har blant annet ikke ville stifte familie så lenge hun ikke kunne bidra i arbeidslivet. Hun har følt seg mindre verdt og selvtilliten ble gradvis dårligere gjennom sykemeldingsperioden. Kåre sier det slik: «Det var egentlig ganske tung for da du ble sykemeldt så ble du sittende hjemme, du tenkte mye det sosiale ble borte». Andre gangen Kåre ble sykemeldt på grunn av ryggplager, forteller han at han gikk på en psykisk smell. Uttalelsene til Karoline og Kåre vitner om at sykefraværet har flere konsekvenser enn bare tapet av det sosiale på jobb. I tillegg må uttalelsene til informantene rundt erfaringene med å være sykemeldt ses i sammenheng med hvilken betydning arbeidet har for dem, det handler om tap av identitet, av anerkjennelse og av verdighet. Det er ikke mye forskning rundt de personlige konsekvensene av å være sykemeldt (Aamland, Werner & Malterud, 2013), men det er tydelig at opplevelsen av å være sykemeldt påvirker informantene. Til tross for at noen av informantene ble sittende mye hjemme og hadde mindre sosial omgang med andre enn det de vanligvis har, så var det ingen av dem som forteller at de unngikk offentlige plasser for å slippe å møte andre eller bli observert ute. Man kan tenke at det har en sammenheng med at informantene, i alle fall sett i etterkant, var så fast bestemt på at de skulle tilbake i jobb at de ikke opplevde seg selv som utenfor.

Sindre sier at det er greit å være sykemeldt de første ukene, men blir man veldig lei av det. I perioden Sindre var sykemeldt tenkte han mye på fremtiden. Han var redd for at ryggplagene skulle begrense mulighetene for å være i arbeid. I følge Sindre er det ikke noen fremtid å sitte på et kontor, han liker å bruke kroppen fysisk og ønsker en jobb der han har mulighet til det. Sindre har også vært innom tanken på at han kan bli ufør, men som han sier «Jeg ville ikke bli ufør i så ung alder – det måtte til et tiltak». Det er ikke uvanlig at de som blir sykemeldte innledningsvis opplever en form for lettelse, plagene kommer ofte gradvis og man kommer til et punkt hvor man trenger det avbrekke som en sykemelding kan være. Problemene oppstår ettersom tiden går, da føler man seg ubrukelig og vil gjerne tilbake i jobb for å kunne gjøre nytte for seg (Aamland et al., 2013).

Mye tyder på at informantene har hatt en oppvekst der arbeid har stått sentralt. To av informantene forteller at moren deres er uføretrygdet og noen har foreldre som har gått av

med alderspensjon, men utover dette er familie og venner på jobb. Informantene har gjennom oppveksten fått internalisert betydningen av å være i arbeidslivet og de er del av et miljø hvor familie og venner er i jobb. Dette kan bidra til at det blir ekstra vanskelig å være sykemeldt. Det kan tyde på at informantene gjennom sine holdninger og verdier anser arbeidsdeltagelse som en forutsetning for sin personlige identitet og sosiale tilhørighet. Og da blir det vanskelig å være sykemeldt fordi man oppfatter og vurderer seg selv på grunnlag av interaksjon med andre mennesker (Svensson, Müssener & Alexanderson, 2010), i dette tilfellet med familie, venner og kollegaer som deltar i arbeidslivet.

Karoline sier at det å være sykemeldt og bo alene påvirker økonomien. Det er ikke billig å være syk og Karoline forteller at hun har prøvd alt av behandling – «... jeg har ikke funnet noen mirakel kur enda ...». Økonomien ble etter hvert et problem også for Lasse. Han hadde kjøpt et stort bolighus som krevde en del oppussing, men måtte leie det ut og flyttet hjem til foreldrene sine. I de få studiene som har undersøkt personlige konsekvenser av sykefravær er fokuset på hvordan fraværet øker risikoen for uønskede økonomiske og sosiale forhold (Bryngelson, 2009). Det økonomiske aspektet er ikke et stort tema blant informantene i dette studiet, men nevnes av ett par av dem. I en kvalitativ studie av Aamland et al. (2013) er det heller ikke det økonomiske aspektet av de erfaringene som informantene deler. I følge en oppsummering av forskning i Norden om effekten av rehabilitering av ryggplager og tilbakeføring til arbeidslivet, ble det konkludert med at sykelønnsordningen er av betydning for at sykemeldte kommer i jobb igjen. I Norge reduseres sykelønnsutbetalingen ned til 66 % av lønna etter 1 år med sykefravær og like før dette tidspunktet opplever man at mange kommer seg i arbeid igjen (Norlund, Ropponen & Alexanderson, 2009 ; Øyeflaten et al., 2012). Dårlig økonomi som følge av langtidssykemelding kan være et hinder for noen i forhold til videre behandling (Nilsen & Elstad, 2006). Etter år 2000 har det vært en markant nedgang i antall tilfeller der ryggplager har vært årsak til sykemelding. En forklaring på dette kan være at man i større grad anbefaler at pasienten skal opprettholde normal aktivitet og at det anbefales rask tilbakegang til arbeid (Brage, Ihlebæk, Natvig & Brusgaard, 2010).

I den perioden da Marthe var sykemeldt var hun veldig innesluttet. Marthe ville ikke fortelle om plagene sine, hun ville klare seg selv og følte på nederlaget ved å være så ung og ikke fungere i jobb. Etter noen måneder måtte hun begynne å jobbe litt igjen for å få «livet til å stemme litt igjen». Det er ofte de yngre sykemeldte som opplever mest skam ved ikke å kunne fungere i jobb (Knapstad, Øverland, Henderson, Holmgren & Hensing, 2014). Marthe har fått diagnosen fibromyalgi. I en studie av Werner, Isaksen og Malterud, 2004, viser de til

de uskrevne reglene blant kvinner med kroniske muskelsmerter, som for eksempel fibromyalgi, om at de velger å holde plagene for seg selv for og ikke bidra til økt stigmatisering av de med uspesifikke plager. Enkelte diagnoser har lav medisinsk prestisje og fibromyalgi er blant de som er rangert nederst på rangstigen (Album & Westin, 2008). Kvinner med fibromyalgi opplever at de ikke blir trodd i forhold til plagene de har og at de derfor strever for å ivareta verdigheten som pasient og som kvinne (Werner et al., 2004). Stigmatisering oppleves også av de som har uspesifikke ryggplager og de kan oppleve at venner tror at de bruker ryggplagene som en unnskyldning for nedsatt funksjonsevne og redusert deltagelse i arbeidsliv og fritidsaktiviteter (Slade, Molloy & Keating, 2009). Sindre forteller at det var vanskelig å være sykemeldt på grunn av ryggplager. Plagene er ikke alltid like synlige og folk rundt deg ser ikke hva som egentlig er galt. Sindre erfarte at det tæret på forholdet til venner og kollegaer fordi at han hele tiden måtte forklare hvorfor han var sykemeldt. I følge Coole et al. (2010) ønsker de med ryggplager å kunne forklare symptomene for andre, men fordi det ofte er komplisert å diagnostisere ryggsmarter på grunn av uspesifikk patologi, gjør det at det er et visst nivå av stigmatisering knyttet til ryggsmarter. Malterud (2006), skriver at hun i sin praksis som allmennlege har møtt mange pasienter med såkalt uspesifikke plager, pasienten har subjektive symptomer, men legen klarer ikke å påvise objektive funn. Når symptomatologien er diffus og uklar så føler pasientene seg stigmatisert og det blir satt spørsmålsteget til troverdigheten deres. Det er også slik at noen diagnoser innebærer mindre samfunnsmessig legitimitet (Malterud, 2006). Mange sykemeldte føler skam, en følelse som er nært knyttet til opplevelsen av å være stigmatisert. Ikke alt sykefravær er like legitimt, somatiske lidelser som infeksjoner og benbrudd gir større aksept enn lidelser uten like klare objektive funn (Knapstad et al., 2014). Sykefravær representerer en marginalisert tilstand og kan medføre ulike utfordringer for den sykemeldte (Aamland et al., 2013). Deltagere i studien til Aamland et al. (2013) utviklet strategier for å beskytte seg mot egne og andres fordommer. Strategiene kunne være en åpen og direkte kommunikasjon for å redusere potensiell mistenksomhet og ubehagelige spørsmål, eller en innsats for å ignorere det andre måtte tenke om dem. Sindre mener at alle har rett til å være syk og at man ikke behøver å forsvare sykefraværet overfor andre. I følge Hansen og Andersen (2008) er det typisk for de som identifiserer seg med arbeiderklassen å se sykefravær som en legal rettighet oppnådd gjennom arbeidernes kamp mot arbeidsgiverne.

Stigmatisering kan betraktes som en sosial konstruksjon. Goffman definerer stigmatisering som «en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept» (Goffman, 1963, s. 13, egen oversettelse). Man kan se stigmatisering som en prosess der reaksjoner fra mennesker rundt en ødelegger en normal identitet. For informantene i dette studiet er det normale å være i jobb og opplevelsen til Sindre om at han må forsvare at han er sykemeldt tyder på at han opplever at de rundt ham ikke aksepterer at han er sykemeldt. De som er sykemeldt registrer ikke bare reaksjoner fra sine nærmeste om at de er sykemeldte, men de påvirkes også av de generelle holdningene fra samfunnet og det miljøet de hører til i (Batt-Rawden & Solheim, 2011). Stigmatisering kan være med å true en persons sosiale identitet og medføre dårlig selvtillit (Goffman, 1963).

Kristian er opptatt av at han ikke har vært sykemeldt fordi han ville være det, men fordi han ikke har hatt noe valg. De gangen han har vært sykemeldt har ryggplagene satt ham helt ut, han har og slett ikke klart å jobbe og han har heller ikke fungert hjemme. «Føler på en måte at en ikke strekker til – hverken hjemme eller på jobb». Kristian opplever situasjonen som nedverdiggende i og med at han har måttet ha mye hjelp til å klare dagligdagse aktiviteter hjemme. Han forteller:

Ikke klarte jeg å ta noe – jeg klarte jo ikke å drive med ungene mine mange ganger, og det var heller ikke noe – det var ingen god følelse. Jeg var her hjemme alene med ungene og klarte ikke å ta vare på dem. Måtte ha hjelp til mye, jeg krabbet ut av sengen og krabbet til telefonen for å få ringt etter hjelp for å få i veien ungene om morgenen, det er ikke noe morsomt. Jeg kunne godt tenkt meg og vært foruten den ...

Man kan se Kristian sin uttalelse om nødvendigheten av å være sykemeldt som en måte å legitimere fraværet sitt på, noen sykemeldingsårsaker er mer legitime enn andre og Kristian hadde prolaps i ryggen som er et objektivt funn. Behovet for å legitimere fraværet, og på den måten slippe stigmatiseringen, er nok ekstra sterkt i og med at opplevelsen i seg selv er så nedverdiggende. Det er en betydelig endring i livssituasjon Kristian beskriver, fra å være en aktiv og arbeidsfør mann til å krabbe rundt i eget hus. Den sterke følelsen Kristian har av å skulle vært foruten denne opplevelsen kan vitne om at han opplever at hans habitus er i utakt med det han anser som sin normale virkelighet (Bourdieu, 1990).

Bjørg sier at det har vært veldig viktig for henne og ikke miste jobben på grunn av de lange sykemeldingsperiodene hun har hatt. Flere studier viser at lange sykemeldingsperioder har

negative konsekvenser for enkelt individene og at dette forverres ytterligere dersom man mister jobben som en følge av sykemeldingen (Ellingsen et al., 2010).

Usikkerheten om hva som blir utfallet av sykemeldingsperioden Bjørg er inne i nå er veldig vanskelig. Planen er at hun skal tilbake til jobben sin, men skulderoperasjonen har ikke gått helt som hun forventet, skulderen er vond og begrenser henne. Skulderen ble skadet da hun var på jobb for noen år tilbake og hun har blitt rådet til å søke om yrkesskadeerstatning. NAV som skal vurdere søknaden mener at skulderplagene skyldes slitasje og ikke en skade, det opplever Bjørg som en stor påkjenning. Erstatningen er ikke så viktig for henne, men det å føle seg trodd er absolutt essensielt. «... jeg jurer ikke, det har jeg aldri gjort. Det blir en veldig psykisk påkjenning». Mange kvinner med kroniske muskelsmerter har negative erfaringer med helsevesenet. De opplever at helsepersonell ikke tror dem og at det blir satt spørsmålsteget ved hvorvidt de har plager eller om det er innbilning (Werner et al., 2004).

Bjørg har hatt samme jobben i mange år og er sterkt knyttet til brukerne, savnet av dem bidrar også til at det er vanskelig å være sykemeldt. Å være borte fra jobben innebærer også tap av anerkjennelsen som Bjørg får gjennom positive tilbakemeldinger fra brukere og kollegaer. Bjørg er en omsorgsperson både privat og i arbeidssammenheng, og man kan tenke seg at sykemeldingen derfor vil være en trussel mot identiteten som omsorgsperson. De som strekker seg langt for å være på jobb er ofte stolt over yrket sitt, de trives i jobben og i fellesskapet på arbeidsplassen. Og i følge Eriksson og Janson (2013) har de høy status på arbeidsplassen fordi de anses som kunnskapsrike, erfarne, og de er godt likt.

I perioden Sindre var sykemeldt tenkte han mye på fremtiden. Han var redd for at ryggplagene skulle begrense mulighetene for å være i arbeid. Som nevnt tidligere er Sindre glad i å bruke kroppen fysisk og det siste han ønsker er å ha en kontorjobb. Usikkerheten rundt fremtiden har gjort det utfordrende for Sindre å være sykemeldt. Noen dager hadde Sindre mange tunge tanker rundt hva slags familieliv han skulle få, om han kom til å havne i rullestol og om han noen gang kom tilbake til arbeidslivet. De tankene Sindre hadde er typiske, denne pasientgruppen kjennetegnes ved at de har mange bekymringer og de grubler mye rundt forløpet av egen situasjon. De har tanker rundt behandlingsmuligheter, de bekymrer seg for økende invaliditet og for forholdet til sine nærmeste (Staff & Nordahl, 2012). Av erfaring er disse bekymringene forårsaket av mangel på kunnskap rundt situasjonen man er i og de plagene man har. Kunnskap om helse er knyttet til begrepet kulturell kapital (Abel, 2008), og fordi dette er en pasientgruppe med lav eller ingen

utdannelse, er det mulig å tenke at lav beholdning av kulturell kapital påvirker pasientenes sykdomsforståelse.

For Wigdis var det ikke noe nederlag å bli sykemeldt, men heller helt nødvendig. Målet hennes var helt klart å komme tilbake i jobben sin og for å klare det så måtte hun få mulighet til et avbrekk og hjelp til å ta tak i situasjonen som gjorde at hun ble sykemeldt. Samtidig sier Wigdis at det er ikke noe moro å være sykemeldt: «... det er ikke noe mål i livet det og være sykemeldt ...». Wigdis jobber som hjelpepleier og det er tidligere i diskusjonen omtalt om hvordan sykefravær blant kvinner i helsesektoren brukes som en time-out fra jobben. Det er likevel ikke slik at Wigdis «velger» å sykemelde seg nå når det er vanskelig på jobben på grunn av omorganiseringer. Da Wigdis ble intervjuet beskrev hun arbeidssituasjonen sin slik:

... nå har det vært så pass kjør at jeg på en måte – i et litt svart øyeblikk så har jeg tenkt at jeg gir meg. Nå må jeg i bresjen for å finne noe annet. Per nå så blir jeg nok der jeg er. ... jeg er litt nysgjerrig på hva som skal skje videre, for det må skje noe.

Wigdis sier at de har ingenting å gå på og at ingen kan bli syke. Situasjonen er vanskelig, men Wigdis sier at hun velger å være rasjonell, se etter løsninger og ha tro på at det skjer en positiv endring. Dette tyder på at Wigdis er ansvarsbevisst, at hun har høy arbeidsmoral og at hun strekker seg langt for å være på jobb. Man kan samtidig undre seg over hvordan dette ender for Wigdis sin del, kommer hun seg gjennom denne perioden eller ender hun opp slik som sist da hun ble pasient ved HI?

Lasse har hatt lange perioder med sykemelding tross sin unge alder. Opplevelsen av ikke å fungere i jobben sin var preget av dårlig samvittighet. Det er overfor arbeidsgiver at Lasse har dårlig samvittighet, han sier: «... alle vet at det er ikke økonomisk bra for en bedrift å ha folk som går sykemeldt». Samtidig prøvde arbeidsgiver å si opp Lasse med begrunnelse om at han var udugelig i jobben sin og det på toppen av alt det andre gjorde at Lasse fikk en knekk som han sier. Lasse sier at han gidder ikke å prate om problemene sine til vennene og sluttet å delta sosialt med dem. Han ville klare seg selv, men opplevde situasjonen som belastende og følte seg svært begrenset.

5.2.3 Tanker om hva som kunne redusert sykemeldingslengden

NAV Hedmark har den siste tiden fått mye oppmerksomhet fra media for sine såkalte «trusselbrev» som har bidratt til å redusere sykemeldingslengden i fylket (Løvlund, 2014).

Hedmark har tradisjonelt vært et av fylkene i Norge hvor sykemeldte er lengst borte fra arbeidslivet, og det er viktig med tiltak som bidrar til å redusere fraværslengden. Det er sikkert mange synspunkter på hvordan dette bør gjøres. De som har vært i situasjonen som langtidssykemeldt innehar kompetanse som skiller seg fra den fagfolkene har, og deres stemme bør bli hørt.

I tre av intervjuene har ikke tanker om hva som kunne redusert sykemeldingslengden vært tema. En sammenfatning av hva de seks andre informantene mener viser at dette handler om at man må ta signaler fra kroppen tidligere, be om hjelp eller behandling tidligere, at man burde hatt mer kunnskap, og at gradert sykemelding med muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen kunne redusert sykemeldingsperioden.

Karoline mener at hun hadde unngått å være sykemeldt så lenge som hun var dersom hun hadde lytte til kroppen tidligere, hun kunne tatt signalene fra kroppen mye før og oppsøkt hjelp eller behandling. Wigdis mener at dersom man skal unngå å bli sykemeldt så er det mye ens eget ansvar. Hun sier at man må ta signalene fra kroppen tidligere, men at det da er viktig at en selv forstår signalene og konsekvensene ved og ikke ta de på alvor. Det er vanskelig selv i dag sier Wigdis for man presser seg kanskje litt for lang. Det kan virke som om informantene har holdninger som går på at de skal gå på jobb og gjøre pliktene sine til tross for at de kroppslige plagene øker. Dette samsvarer med funn fra studien til Wanvik (2011) hvor plikt og ansvarsfølelse går foran sykdom og smerter i kroppen fordi disse normene er så sterk integrert hos kvinnene. I en studie hvor det ble undersøkt hvilke følelser som var knyttet til tilbakeføring til arbeid etter langtidssykemelding for kvinner, viste det seg at begjær og lengsel var følelser som drev dem tilbake mot arbeidslivs deltagelse (Åhrberg, Landstad, Bergroth & Ekholm, 2010).

Kristian er helt tydelig på at han skulle hatt den kunnskapen han har i dag, da hadde han vært mye mindre ute av arbeidslivet.

Jeg skulle vært på Hernes Institutt med en gang for jeg lærte så mye der så jeg vet at - jeg har jo hatt vondt i ryggen etter at jeg var der og, men nå vet jeg hva jeg skal gjøre og hva jeg ikke skal gjøre.

Den oppfattelsen Kristian hadde av ryggplagene sine stemte ikke med det han fikk lære på HI og han sier at dette er det han har lært av leger og andre som burde vite hva de driver med. Kristian er ikke alene om å oppleve at han ikke har fått fullstendig eller god nok informasjon fra helsepersonell. En studie utført av Coole et al. (2010) viser at budskapet om

at ryggplager er normalt og kan håndteres av pasienten selv, er enten ikke gitt av helsepersonell eller at budskapet ikke er oppfattet av pasientene. Det er mange med muskel- og skjelettplager som er på jobb til tross for at de har plager, men disse individene skiller seg fra de med samme type plager som er sykemeldte. Mennesker som jobber til tross for plager har ofte ikke smerterelatert frykt for aktivitet, de har ikke katastrofetanker om smerten, de aksepterer og mestrer smertene, og de har kontroll i livet sitt samt over den fysiske belastningen de utsettes for på arbeidsplassen sin (Vries de, Reneman, Groothoff, Geertzen & Brouwer, 2012).

Karoline sier at viss hun hadde visst at det å være 100 % sykemeldt på sikt forverret hele livssituasjonen hennes, så skulle hun aldri latt fastlegen sykemelde henne fult. Hun sier: «Jeg tror ikke det er bra for noen å gå helt sykemeldt ...». Kåre er usikker på om noe kunne vært gjort annerledes med tanke på sykemeldingslengden. Han sier han kanskje hadde klart seg bedre i jobb til tross for ryggplagene dersom arbeidsgiver hadde hatt lettere arbeid til han en periode. Samtidig sier han at det er vanskelig å få til der han jobber. Marthe var ikke sykemeldt mer enn noen måneder før hun ba fastlegen om å få en gradert friskmelding. Hun taklet ikke å gå hjemme, hun hadde sine kroppslige plager som gjorde det vanskelig å være i jobb, men samtidig ble ensomheten så belastende at hun ville tilbake igjen. Og det var mulig å komme tilbake i arbeid nettopp fordi arbeidsgiver gjorde tilrettelegginger. Wigdis mener at i tillegg så må man være ærlig mot arbeidsgiver, fortelle hvordan man har det og prøve å få tilrettelegging. Lasse sier at dersom han kunne hatt mulighet til å reise på jobb med full sykemelding også kunne bidra med de lettere oppgavene i et tempo som passet ham, så kunne han kanskje ha bygget seg gradvis opp i stedet for å stagnere eller til og med bli enda verre.

Uttalelsene til informantene samsvarer til dels med retningslinjene for ryggplager hvor fokuset er å være i så stor grad av aktivitet som mulig. Aktiviteten inkluderer arbeidslivsdeltagelse og dersom sykemelding er nødvendig bør lengde og formål diskuteres (Werner & Côte, 2009). Sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid etter sykemelding må ses i forhold til lengden av sykefraværet, et langt fravær kompliserer prosessen tilbake (Labriola, 2008). Lengden av sykefravær er assosiert med alder på den sykemeldte, grad av depressive symptomer, grad av fysiske symptomer, med fysiske jobb krav, og i hvor stor grad man har kontakt med medisinske spesialister (Vlasveld et al., 2012). Selv rapportert helse de første månedene av en langtidssykemelding predikerer også tilbakekomsten til arbeid. Ergonomiske faktorer, forhold ved arbeidsplassen, psykologiske faktorer, og sosiale

faktorer påvirker også sykefraværet (Josephson et al, 2008). En studie gjennomført av Brouwer et al., 2009, viser at positive holdninger til jobben er en av flere faktorer som reduserer tiden fra å være langtidssykemeldt til å komme seg i jobb igjen. I følge en oppsummering av forskning rundt ARR viser det seg at å være borte fra jobben til plagene går over, er urealistisk og hjelper som regel ikke. Det mest effektive er å få hjelp til å komme tilbake på jobb så fort som mulig, fordi å være i arbeid har klare fordeler for den fysiske helsen (Waddel, Burton & Kendall, 2008).

Forskning viser at sykemeldte på vei tilbake til arbeidslivet er forsiktige med å fortelle noen at de har ryggplager fordi de ikke vil stemples som unnasluntrere eller bli oppfattet som uegnede eller upålitelige i forhold til å utføre jobben sin. Det er spesielt på arbeidsplassen de vegrer seg mot å spørre om hjelp eller om å få andre arbeidsoppgaver (Coole et al., 2010).

Både Wigdis og Karoline er opptatt av hvor viktig det er å være ærlig og åpen mot arbeidsgiver. Karoline sier: «Jeg har vært åpen om dette der jeg jobber så de vet om at jeg har litt begrensninger ...». En studie viser at det kan være vanskelig for en arbeidsgiver å finne balansen mellom god kommunikasjon og det å støtte den sykemeldte. Faren er at den sykemeldte føler at arbeidsgiver presser en til å komme tilbake på jobb. Hvordan kommunikasjonen oppfattes avhenger av hvilket forhold man har til leder eller arbeidsgiver. Uansett er det i følge studien viktig for arbeidsgiver å vite så mye som mulig om den sykemeldte og om fraværet for å kunne planlegge samt opprettholde aktiviteten på arbeidsplassen (Wynne-Jones et al., 2010).

Uttalelser fra informantene i denne studien viser at årsaker de selv oppgir som forklaring til sykefravær, opplevelsen av å være sykemeldt og hva de mener kunne fremskyndet arbeidsdeltagelse, er sammensatt. Neste del av resultat/diskusjon tar for seg elementer som informantene fremhever eller vektlegger i selve prosessen tilbake til arbeid.

5.3 Prosessen tilbake til arbeidslivet

Det kan tenkes at virkeligheten som sykemeldt har vært en forvandling i informantenes subjektive virkelighet eller en alternering som Berger og Lukmann (2011) kaller det. Informantene beskriver sykemeldingen som en tilstand de ikke ønsker å være i, en krisesituasjon som krever en resosialiseringsprosesser (Berger & Lukmann, 2011, s. 159). Resosialiseringsprosessen kan i dette tilfellet ses på som prosessen tilbake til arbeidslivet der

man forlater sykerollen og skal gjenvinne identiteten som arbeider (Edèn et al., 2007). Prosessen omhandler oppholdet på HI, omgivelsesfaktorer og informantenes personlige egenskaper, elementer som informantene opplever har påvirket tilbakeføringen til arbeidslivet.

5.3.1 Oppholdet på HI.

Alle informantene forteller uoppfordret om oppholdet på HI. Oppholdet har på en eller annen måte påvirket alle informantene, men utbyttet de har hatt av oppholdet i forhold til å komme tilbake i arbeidslivet varierer. To av informantene mener at oppholdet har gitt dem noen positive opplevelser, men at de ikke har hatt noe utbytte i forhold til plagene sine og vektlegger oppholdet lite i forhold til at de er i arbeid igjen. To av informantene mener at oppholdet på HI helt klart har vært det mest avgjørende for at de er tilbake i arbeid. 5 av informantene nevner at oppholdet har vært viktig i forhold til at de er tilbake i jobb. Et opphold på HI er en tverrfaglig intervensjon der pasientene har varierende behov i forhold til de ulike tiltakene. Informantene vektlegger forskjellige elementer som de mest betydningsfulle i forhold til at de er tilbake i arbeidslivet. Det alle informantene trekker frem er opplevelsen av såkalt psykoemosjonelle faktorer som å være i et fellesskap med andre pasienter og de ansatte, det gode samholdet, stemningen, følelsen av å bli sett og bli ivaretatt, det å bli tatt på alvor og bli trodd. Flere informanter beskriver varige kognitive endringsprosesser. De forteller om at de har endret måten de forholder seg til muskel- og skjelettplagene sine på, at de har endret fokuset fra begrensninger til muligheter, og de har lært både arbeidsteknikk og fått veiledning på trening. Noen har funnet motivasjon i det å møte andre mennesker i samme situasjon og i å delta i aktiviteter sammen med andre.

For Thea har oppholdet bidratt til at hun har fått bedre selvtillit, hun har godtatt seg selv som den hun er, og hun har akseptert at hun har ryggplager som hun må lære seg å leve med. Thea sier: «... godt å være der, få tid til å lande litt og få bekreftelse på at det er greit å roe ned litt inne mellom». Det Karoline husker aller best fra oppholdene på HI er måten hun ble tatt i mot på, menneskene som jobber der, og det at hun ble sett som den hun er. Før første oppholdet på HI hadde Karoline gått lenge sykemeldt og selvtilliten var veldig dårlig. Selvtilliten hennes ble gradvis bedre utover alle tre oppholdene. Det som var viktig for Bjørg var det sosiale, samholdet, og at alle var sammen i aktiviteter. Bjørg sier at det var bra for henne å komme seg litt bort og at det var positivt at det skjedde noe samtidig som hun var sykemeldt. Kåre mener at det var viktig for ham å treffe andre i samme situasjon og at da

han var deprimert var det avgjørende å komme seg ut og få snakke med andre mennesker. Lasse husker også samholdet blant ansatte og pasienter som positivt. Det sosiale var viktig for Lasse, alle ble inkludert og dette skapte et positivt fellesskap helt fra starten av oppholdet. Da Lasse var sykemeldt isolerte han seg litt og derfor var det sosiale på HI en måte for ham å komme seg i gang igjen på. Wigdis sier at oppholdet ga henne ro slik at hun fikk mulighet til å tenke over livet sitt. Hun følte seg godt ivaretatt og sier: «... du ble sett, du var liksom ikke en av mange ...». Marthe mener at oppholdet var fint der og da, men at hun ikke hadde det store utbyttet. Sindre sier at han har bare positive minner fra HI og han husker de ansatte som veldig trivelige og imøtekommende – «... de på Hernes de tok vare på hver enkelt».

En studie viser at det er viktigere at ansatte ved en rehabiliteringsinstitusjon er støttende enn at de innehar en spesiell helsefaglig utdanning. Pasienter med muskel- og skjelettplager opplever det som støttende dersom de behandles som et unikt og personlig menneske, når de blir vist tillitt, blir lyttet til, spurt om råd, og når de får individuell behandling (Östlund, Cedersund, Alexanderson & Hensing, 2001). En annen studie viser at de som fikk uføretrygd etter et ARR opphold vektlegger andre elementer fra oppholdet enn de som ble tilbakeført til arbeidslivet. De som fikk uføretrygd var opptatt av å bli sett, hørt og tatt på alvor av de ansatte ved ARR institusjonen (Haugli et al., 2011), det samsvarer med hva informantene i dette studiet fremhever til tross for at de er de som er tilbake i arbeidslivet. Dette kan tyde på at det å bli sett, hørt, trodd og tatt på alvor er viktigere dess lengre sykehistorie og sykefravær man har. Viser til diskusjonen rundt opplevelsen av å være sykemeldt og de konsekvensene det har for individer på lengre sikt. Det er også vesentlig at studien av Haugli et al. (2011) er utført på tidligere pasienter fra Attføringscenteret i Rauland, og disse har ikke vært ute av arbeidslivet så lenge som informantene i denne studien. Viser til innledningen og forskjellene mellom pasientene ved Attføringscenteret i Rauland og ved H.I. (Strupstad, 2010).

Thea og Karoline opplever at selvtilliten er blitt bedre etter oppholdet på HI. Økt selvbevissthet og det at man aksepterer seg selv er viktig for å kunne ta ansvar og vurdere selv hva som må til for bedre sannsynligheten for deltagelse i arbeidslivet (Haugstvedt, Hallberg, Graff-Iversen, Sørensen & Haugli, 2011). Det er også dette Karoline fremhever som avgjørende under det siste oppholdet ved HI og som gjorde at Karoline kom i jobb. Det å kunne være bevisst egne følelser og sin egen rolle setter en i stand til forlate den passive sykerollen og man våger å møte utfordringene som man møter i prosessen tilbake til arbeid

(Haugstvedt et al., 2011). Karoline sier at hun forstod at det var hennes egen innstilling og holdninger som var avgjørende for at hun skulle komme videre i prosessen mot arbeid. Under de to første oppholdene sier Karoline at hun tror ikke hun var klar for å innta de holdningene som var viktige for å kunne oppnå endringer. Etter siste oppholdet fikk hun mottoet: «Livet er 90 % slik du tar det og 10 % slik du har det». Dette er i tråd med målsetningen innen ARR, man ønsker å legge til rette for læring og endringsprosesser samt øke bevisstheten rundt egne ressurser og muligheter (Haugli, 2011). Thea mener at det var viktig for henne å få bekreftelse på at ryggen hennes har begrensninger og at det ikke er noe som hun innbiller seg. Denne bekreftelsen kan ha bidratt til at selvtilliten hennes har bedret seg. Dette bekreftes i en studie hvor man fant at kvinner ofte tviler på sine egne opplevelser av smertene og derfor føler de seg mistrodd og misforstått både av helsepersonell og av familie og venner. I løpet av en rehabiliteringsprosess hvor man opplever å bli trodd øker selvtilliten deres og de føler seg tryggere i sosiale situasjoner (Gustafsson, Ekholm & Öhman, 2004).

Kristian mener at oppholdet på HI og det han lærte der er avgjørende for at han er tilbake i jobb i dag. Han påpeker at det å lære om hvordan ryggen egentlig fungerer og det å lære hvordan han skal trene riktig var veldig viktig. Men det aller viktigste for ham var innføringen han fikk i kognitiv terapi. Kristian sier at det har hjulpet ham til å endre tankemønsteret sitt og fremfor å fokusere på begrensninger ser han nå muligheter. Dette har vært nyttig på flere områder i livet, både i forbindelse med skifte av jobb og et samlivsbrudd. Kåre sier at han lærte på HI at han kan ikke gjøre så mye galt selv om ryggen er vond og at det er noe han har hatt bruk for senere. Han forteller at han reiser på jobb selv om han kjenner at ryggen er vond, men at det blir borte så fort han blir varm i kroppen. I dag så tenker ikke Kåre på at ryggen er en utfordring for ham i forhold til å klare jobben sin og han er heller ikke redd for at han skal bli sykemeldt igjen. Karoline ble også trygg på at plagene hennes ikke var farlige og at aktivitet var den beste medisinen.

Fra uttalelsene til informantene kommer det frem at de før oppholdet på HI har hatt forestillinger om plagene sine som de har konstruert ut i fra egne erfaringer, i fra informasjon med ulike aktører i helsevesenet, fra media, og fra sitt sosiale miljø. Forestillingene de har dannet seg gjør at de endrer livsstil ved å pålegge seg restriksjoner i forhold til aktiviteter og i hvor stor grad de deltar sosialt. Det at pasientene feiltolker plagene sine og endrer atferd uhensiktsmessig bidrar til å opprettholde muskel- og skjelettplagene (Haugli, 2010). Dette bygger på prinsippene om hvordan man tolker smerter i kognitiv terapi. Dersom man tenker

at smerten signaliserer en skade, at noe er ødelagt, vil dette skape stress og resultere i at man tar i bruk ugunstige mestringsstrategier. Tolker man smerter som en trussel vil det på sikt føre til at man utvikler en passiv livsstil hvor funksjonsevnen gradvis blir dårligere og smerteopplevelsen øker (Sættem & Stiles, 2008). Smerterelatert frykt viser seg å være en av de største hindringene for å returnere til arbeidslivet (Øyeflaten, Hysing og Eriksen, 2008).

Flere av informantene forteller at oppholdet har bidratt til at de har endret seg. Thea forteller at etter oppholdet på HI har hun erkjent at hun ikke må ha kontroll på absolutt alt i livet sitt og hun øver seg på at det er lov å kunne slappe av litt inne mellom. Lasse poengterer flere ganger hvor viktig det var å lære at selv om man har vondt så kan man fungere likevel. Han sier: «Når du ser at det fungerer, ikke bare blir fortalt det, men erfarer det, da er det lettere å få dagene til å fungere». Uttalelsen til Lasse er helt i tråd med erfaringene til deltakerne i studien til Haugli et al. (2011) som også sier at det å bli fortalt av andre er ikke tilstrekkelig. Erfarings basert læring er viktig i prosessen hvor man forsøker å endre atferd og holdninger (Haugli et al., 2011). Kristian forteller at han bryr seg ikke om ryggplagene lengre, han sier:

... hverdagen byr på så mange utfordringer så jeg tenker ikke noe mer på det. Det er bare en bagatell
.... Etter at jeg sluttet å være forsiktig så har jeg ikke hatt noe ryggplager stort sett ... Jeg vet jo at de plagene jeg har de er jo ikke farlige.

Informantene beskriver omfattende endringer både i internaliserte vaner og i sin forståelse av muskel- og skjelettplager, en forståelse som har ført til at de også har endret atferden sin. Forutsetninger for dette er at informantene føler seg trygge, at de får nødvendig informasjon som gir forståelse for hvordan smerte, tanker og atferd henger sammen, og at de får erfaringer gjennom aktivitet. I starten av en ARR prosess har pasientene fokus på plager, nedsatt funksjon og de har mange bekymringer vedrørende egen situasjon (Staff & Nordahl, 2012). Endringsprosessen krever at pasienten inntar en aktiv rolle og ser på seg selv som «eksperten i eget liv» (Haugli, 2010). Samtidig må behandler eller terapeut innta et rolleskifte fra å skulle løse andres problemer til å hjelpe pasienten å finne løsninger selv ved å stille spørsmål, lytte, forstå, reflektere og oppsummere. Dette er viktige elementer i den kognitive behandlingsmetoden (Staff & Nordahl, 2012; Sættem & Stiles, 2008). Man kan tenke seg at for informantene innebærer dette at de må endre oppfattelsen av virkeligheten. Fra å tenke at smertene er farlige og derfor kan jeg ikke være i aktivitet, er de gjennom en resosialiseringsprosess, oppholdet på HI, hvor den tidligere strukturen på informantens subjektive virkelighet løses opp. Filosofien og tankegangen ved HI representerer et sosialt

fundament hvor den subjektive virkeligheten moduleres ved hjelp av signifikante andre, de ansatte ved HI (Berger & Lukmann, 2011). Informantene har gjennom møtet med de ansatte en opplevelse av å bli sett, hørt, tatt på alvor, og de opplever at deltagelse sammen med de ansatte gir trygghet. På denne måten skapes nødvendig tillitt mellom ansatte og pasienter slik at ansatte kan betraktes som signifikante andre i denne prosessen.

Karoline sier at etter å ha vært på HI to ganger før så visste hun hva hun gikk til. Hun mener at det var viktig at hun denne gangen var ærligere på hvordan hun egentlig hadde det og at det gjorde at opplegget var bedre tilpasset hennes fysiske forutsetninger. Det var også nødvendig for Karoline å bli stilt krav til og at hun fikk tydelig tilbakemeldinger. En av arbeidsinstruktørene ble en viktig støttespiller, hun ga klare meldinger og Karoline følte seg trygg på henne. Man kan undre seg over hvorfor Karoline først etter tre opphold på HI er klar for arbeidslivet når de andre informantene opplever de nødvendige endringene etter ett opphold. Det er mulig at Karoline ikke ble tilstrekkelig utfordret på sin egen forståelse av situasjonen, at man under rehabiliteringen ikke fikk tak i hvilken innsikt Karoline hadde selv egen tankeprosess (Haugli et al., 2011). Samtidig er Karoline den som har vært lengst ute av arbeidslivet og beskriver mer omfattende konsekvenser av å være sykemeldt enn de andre informantene gjorde – «jeg lot meg selv forfalle». I følge Eriksson og Janson (2013) vil muskel- og skjelettplagene forme og kontrollere dagliglivet i større grad når du opplever situasjonen som håpløs og ikke ser muligheter til å komme i jobb igjen. Karoline sier at selvtilliten hennes var veldig dårlig og dette kan være en medvirkende faktor til at først under siste oppholdet, når selvtilliten hadde bedret seg noe, var hun trygg nok til å slippe andre mennesker tett nok innpå seg til at de kunne formidle den virkeligheten til henne. Man kan også tenke seg at Karoline gjennom de to første oppholdene har tilegnet seg en større beholdning av kulturell kapital slik at hun nå har tilstrekkelig kunnskapen til å utføre handlinger som ivaretar og fremmer egen helse (Abel, 2008; Bourdieu & Wacquant, 1992).

Thea og Lasse fikk anbefalt og innvilget omskolering etter oppholdet på HI. Begge to er nå snart klare for arbeidslivet og gleder seg til å komme i gang. Det at både Thea og Lasse nå snart er ferdig med et utdanningsløp er i følge Bourdieu ett unntak fra regelen. Thea og Lasse beskrives som de «overselektede», det er kun de aller beste fra de lavere sosiale lag som slipper gjennom etter en hard utvelgelsesprosess (Esmark, 2006). Thea forteller at når oppholdet på HI ga henne muligheten til å ta en utdanning var det avgjørende for at hun kom i gang. Thea hadde ikke tro på at hun selv skulle klare å skaffe seg en utdanning derfor var det viktig at de ansatte på HI hadde tro på henne. Lasse forteller at han hadde heller ikke

så stor tro på seg selv i forhold til å skulle utdanne seg. Attføringskonsulentene var positiv og inspirerte Lasse. Når også andre ansatte støttet tanken på at Lasse kunne utdanne videre, fikk han troen selv også. Det er tidligere nevnt at mennesker med kort utdanning og lav inntekt er overrepresentert blant langtidssykemeldte. Sannsynligheten for å kunne delta i arbeidslivet øker sterkt med økt utdanningsnivå (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006). Gjennom utdanning oppnår man blant annet kunnskap og kulturell kapital som vil ha betydning for ens livsstil og sosioøkonomisk status (Mæland, 2012). Levekår og oppvekst påvirker blant annet om man tar utdanning og hvilke yrkesmuligheter man får i voksen alder. Det er en sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå ved at andelen som fullfører videregående opplæring øker med deres utdanningsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Kåre har hatt to opphold ved HI. Da Kåre ble sykemeldt igjen etter første oppholdet gikk han på en psykisk smell som han kaller det selv. Det var tapet av det sosiale og bekymringene rundt hvorvidt han ville klare å komme tilbake i jobben som ble vanskelig å takle. Kåre har tanker om at arbeidslivet, og spesielt ikke de litt tyngre manuelle yrkene, ikke har plass til de over 50 år som sliter med langvarige ryggplager. Fraværet av kontroll og forutsigbarhet som Kåre opplever har sannsynligvis bidratt til å forverre tilstanden hans (Staff & Nordahl, 2012). Gjennom jobben fikk han tilbud om samtaler med psykolog, men Kåre sier at det var ikke noe som hjalp ham. Det å komme tilbake til HI derimot gjorde at han fikk prate med andre i samme situasjon og han kom seg i aktivitet igjen. Han sier: «... må jo ut å prate med folk og komme seg i fysisk aktivitet. Jeg vet jo at det henger sammen». Depresjon og fysisk inaktivitet henger ofte sammen, og en atferds endring som innebærer økt aktivitet vil være gunstig (Martinsen, 2011). Opplevelsen av å tilhøre en gruppe gjør at man, etter å ha isolert seg i sykemeldingsperioden, gjenvinner tillit til andre mennesker og våger å snakke om vanskelige temaer (Haugli et al., 2011).

Kåre mener at trening er viktig for å klare å holde seg i gang, men samtidig innrømmer han at han ikke er flink til å få dette til. Wigdis er medlem på et treningssenter og prioriterer trening. Hun sier at det er nødvendig for at hun til tross for plagene skal kunne fungere i jobben sin. Under oppholdet på HI opplevde Wigdis at hun fikk god individuell oppfølging og at veiledningen fra fysioterapeut har vært viktig i etterkant for å kunne håndtere plagene sine selv. Sindre spiller innebandy to ganger i uken i tillegg til at han er en aktiv skytter. Han tror at aktiviteten hjelper for det har han lært på HI – «... det må en jo tro på for det er dem som kan det». Lasse trener cross-fit regelmessig, stort sett blir det fire økter i uken. Thea

trener fast to ganger i uken og er også en del aktiv utenom. Kristian har erfart at trening hjelper på ryggen og prøver så godt han kan å trene, men det blir lite regelmessig.

Ulike aktivitetsformer er et viktig verktøy for å få pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager til å gjenoppta aktivitet, bedre sin fysiske funksjon og på den måten hjelpe dem til å komme i arbeid igjen (Haugli, 2010). Tatt i betraktning den betydelige effekten sykefravær har på folkehelsen vil en moderat økning i fysisk form ha konsekvenser for arbeidslivet. Men i følge Kristensen et al. (2012), er ikke en økning i fysisk kapasitet relevant for arbeidsplassen, hverken som primær eller sekundær forebygging. Det er først når det oppstår problemer på jobben at konsekvensene blir mer omfattende for arbeidstagere i dårlig fysisk form (Kristensen et al., 2012).

I løpet av et opphold på HI er det mye aktivitet. For Lasse var det viktig å forstå at han kan bruke kroppen og til og med trene til tross for de plagene han har. Han opplevde at det å være i aktivitet sammen med andre var motiverende og at det var trygghet i det at de ansatte også deltok. Også for Sindre var det motiverende at de ansatte var sammen med dem i aktiviteter fremfor bare å observere. Det viktigste med oppholdet for Marthe var gåturene hvor hun samtidig fikk pratet med de ansatte som var med på turen. I forhold til plagene sine var det god hjelp å være i bassenget på grunn av det varme vannet.

Opplevelsen av å tilhøre en gruppe er viktig i ARR sammenheng. I studien til Haugli et al. (2011) forteller informantene at å møte mennesker i samme situasjon ga en følelse av tilhørighet og trygghet samtidig som det bidro til å normalisere deres egen situasjon.

For Sindre var arbeidstreningen veldig avgjørende. Han sier at det han lærte på HI om riktig arbeidsteknikk og den veiledningen han fikk av arbeidsinstruktør om ulike arbeidsoppgaver har gjort at det har fungert bra – «... etter 2010 så har jeg ikke hatt problemer med ryggen i det hele tatt. Jeg fungerer, jeg kan godt jobbe 100 % og vel så det – det er som før. Da trives jeg med meg selv altså». Wigdis har også en fysisk tung jobb og sier at veiledningen hun fikk i arbeidstreningen har vært viktig. Arbeidstreningen på HI kan ses på som en kognitiv atferds rettet tilnærming hvor det å utføre oppgaver som man tidligere ikke trodde man klarte, gir positive mestringsopplevelser (Staff & Nordahl, 2012). I en studie av Coole et al. (2010), var deltakerne bekymret for arbeidsevnen sin etter rehabilitering noe som skyldtes at de ikke fikk erfare hvordan ryggen fungerer i forhold til praktiske oppgaver på jobben og at de ikke var blitt trygget på at ryggplagene er godartede.

Pasienten ved HI kan trekke positive fordeler av hverandre i at de har noe til felles og de jobber mot samme målet. Under oppholdet bor pasientene sammen i små boenheter og effekten av det er ikke nødvendigvis alltid positiv. Marthe hadde ikke noen god opplevelse med å bo så tett sammen med de andre pasientene på HI. Marthe er ikke den mest snakkesalige, men uttrykker seg slik: «... det vart litt tullball der ... damer vet du...». Utover dette så opplevde Marthe at det var positivt å kunne treffe andre i samme situasjon. Bjørg har også en opplevelse av at det ikke var like enkelt å bo sammen med andre. Hun sier at hun pratet med alle, men fikk tilbakemelding om at det ikke var mulig å få kontakt med henne og opplevde at to av de andre kvinnelige pasientene unngikk henne gjennom hele oppholdet. Det heter at like barn leker best. En forklaring på at de andre kvinnelige pasientene i boenheten til Bjørg unngikk henne, kan være at mennesker med habitus som ligner hverandres, har en tendens til å finne sammen (Bourdieu, 1995). Tendensen til for eksempel å velge venner og ektefelle med samme sosiale bakgrunn som seg selv, vitner om at handlinger man anser som intensjonelle eller ekspressive, også påvirkes av objektive strukturer (Prieur, 2006). De smakspreferansene som er knyttet til dagliglivets handlinger er et resultat av disposisjoner i individets habitus og vil bidra til at ulike sosiale grupper klassifiseres (Wilken, 2008).

Det er også andre informanter som forteller om opplevelser med medpasienter. Kristian sier:

... jeg skjønte at det er jo forskjellige holdninger blant folk, det var mange som jeg skjønte var der litt slik ufrivillig ... de var så sure som bare det ... det er mange som er sta og egen og vet best selv ...

Karoline forteller også om at hun oppfattet at medpasienter ikke var like motiverte: –

... det var ikke alle som ytte like mye ... jeg ble litt provosert over enkelte ... det var jo enkelte som sa i løpet av oppholdet at de var der rett og slett for å få papirene for å kunne få uføretrygd.

Lasse er også inne på samme tema: «Ikke for å navngi noen eller si noe, men noen av de som jeg var på Instituttet med, de var veldig sånn mørke, veldig fast bestemt på at nei, dette går ikke».

Det er ikke alle pasienter som klarer å nyttiggjøre seg et opphold på HI like godt. Disse andre pasientene som informantene opplever som umotiverte kan muligens være eldre, være deprimerte, og ha et arbeidsforhold hvor de i større grad eksponeres for fysiske, psykososiale og organisatoriske utfordringer på jobb. Dette er faktorer som man mener forlenger sykefraværsperioden (Vlasveld et al., 2012) og dersom man i tillegg ikke har forventinger

selv om å komme seg i jobb, er sannsynligheten stor for at resultatet blir en uførepensjon (Magnussen, Strand & Eriksen, 2009). Det er mulig at de som ikke kommer i arbeid etter ARR har så sammensatte problemstillinger at de har mistet troen selv. Positive forventninger om å komme tilbake i arbeid viser seg å være viktig i forhold til å klare det (Wåhlin et al., 2012; Øyeflaten et al., 2008). Eller som Karoline sier det, til tross for hennes lange og tøffe prosess: «Jeg har hele tiden visst at jeg skulle være i jobb». Forventninger om utfallet av behandling og om tilbakekomst til arbeidslivet, er i følge Øyeflaten et al. (2008) delvis bestemt av tidligere erfaringer og læring.

Det var heller ikke alle informantene i studien som hadde like godt utbytte av oppholdet. Marthe husker oppholdet fra HI som veldig positivt, men mener at hun ikke skulle hatt oppholdet i 2010 - «Det var så mye i livet mitt som gjorde at jeg egentlig ikke skulle ha vært der ...». Det er fremdeles slik at andre krever hennes omsorg. Marthe kunne tenke seg et nytt opphold, men på et tidspunkt i livet hvor hun slipper å bekymre seg for det som er hjemme slik at hun har mulighet til å kunne fokusere tilstrekkelig på egne behov. Bjørg har hatt to opphold ved HI, det første var i -93 hvor hun hadde veldig godt utbytte. Siste gangen hun var på HI i 2010 så opplevde hun at hun fungerte mye dårligere, hun hadde mye vondt, følte seg svak og hadde ikke ork til å være med på mange av aktivitetene. Det var nok en nederlagsfølelse og ikke kunne delta i alle aktiviteter. Bjørg trekker også frem arbeidstreningen som en litt negativ opplevelse. Hun følte at hun fungerte for dårlig til å ha nytte av det og at fokuset ikke var på det faglige hele tiden slik som hun mener at det bør være. I forhold til plagene sine mener Bjørg at opptreningen ble for dårlig.

For Marthe sin del kan man tenke at hun ikke har klart å endre atferden sin. Hun stiller opp for alle rundt seg som trenger hjelp, en automatisert handling som hun ikke reflekterer over, hun bare gjør det. Samtidig kommer hun inn i en ond sirkel hvor denne atferden fører til at hun ikke har mulighet for å ta hensyn til egen kropp og egne behov, og slik opprettholdes plagene hun har. Marthe sin historie sier noe om at det ikke er tilstrekkelig å behandle bare hennes muskel- og skjelettplager, men man må forstå henne livsverden og se plagene hennes i sammenheng med denne. Forskningen viser at sykemeldte med muskel- og skjelettplager kan ikke behandles som en homogen gruppe, de har ulike erfaringer med å være sykemeldt og vilkårene for å komme i jobb igjen vil også være veldig individuelle (Eriksson & Janson, 2013). Bjørg er den eldste av informantene med sine 62 år, og har en sykehistorie langt tilbake. Arbeidsevnen svekkes ved økt alder og kvinner med lav utdanning er spesielt i fare i forhold til ikke å skulle komme tilbake til arbeidslivet. I noen tilfeller er bedre arbeidsevne et

urealistisk mål for middelaldrende mennesker med kroniske plager som allerede strever med å være i arbeid (Saltychev, Laimi, Pentti, Kivimäki & Vahtera, 2014). Det som bekymrer Bjørg aller mest er fremtiden i forhold til om hun klarer å være i jobb. Det kan tyde på at Bjørg etter gjentatte episoder med vanskelige sykemeldinger er på vei inn i en ond sirkel. Gjentatte negative erfaringer fører til negative forventninger og mestringssevnen reduseres. Over tid kommer man inn i en ond sirkel hvor helsen gradvis blir dårligere fordi når evnen til å mestre svekkes, opplever man at belastningene øker, man blir frustrert og i neste fase opplever man hjelpeløshet og håpløshet (Kristenson, Eriksen, Sluiter, Starke & Ursin, 2004).

Bjørg trekker frem samtalene som hun hadde med attføringskonsulenten sin og med legen som veldig nyttig. Man kan tenke at med erfaringene Bjørg har i forhold til ikke å bli trodd både av fastlegen og NAV, så blir samtalene med attføringskonsulenten og legen en opplevelse av støtte. I samtale med profesjonelle som har nødvendig kompetanse opplever man trygghet og frihet som kan bidra til at man kan kvitte seg med oppdemmende følelser (Wormsnes & Manger, 2012). Men mangel på positive mestringsopplevelser på de andre arenaene i oppholdet gjør at Bjørg ikke hadde det utbyttet hun hadde forventninger om.

Under siste oppholdet fikk Karoline hjelp av HI til å ordne opp i forholdet til NAV og hun fikk økonomisk rådgivning. Dette gjorde livet mindre bekymringsfullt og var viktig for at Karoline skulle kunne ha riktig fokus for å komme seg i arbeid igjen. Marthe var en av pasientene som var med i et arbeidsplassbesøk prosjekt i regi av HI og trekker frem at det var positivt. Attføringskonsulenten og ergoterapeuten deltok i møte med arbeidsgiver/lederen til Bjørg i forhold til at hun måtte få tilrettelegging og fritak fra noen arbeidsoppgaver når hun skulle tilbake i jobben sin. Gode endringsprosesser underveis i oppholdet på HI avhenger det er laget en individuell plan for pasienten når oppholdet avsluttes (Staff & Nordahl, 2012). Støtte fra arbeidsgiver og tilrettelegginger er en viktig forutsetning i følge sykemeldte for å kunne komme tilbake til arbeidslivet (Haugli et al., 2011).

Denne delen av oppgavene viser at informantene trekker frem ulike elementer av oppholdet som de har hatt utbytte av eller som står frem som det de husker best. Likevel er Kåre opptatt av helheten ved oppholdet, han sier: «Det er jo liksom hele pakka..». Lasse sier også at han er positivt overrasket over helheten av opplegget ved HI. Denne helhetlige tankegangen som informantene nevner handler om å favne alle de ulike elementene i det sosiale rom som nevnt i innledningen av oppgavene. I ARR er fraværet fra arbeid en viktigere dimensjon enn de ulike medisinske diagnosene (Staff & Nordahl, 2012). For at ARR skal føre til

tilbakekomst til arbeidslivet må det rettes tiltak mot pasientens omgivelser. Da er det i hovedsak en samhandling med arbeidsgiver og NAV som har betydning, og som bør foregå parallelt med oppholdet ved en ARR institusjon (Staff & Nordahl, 2012). ARR krever at alle aktører spiller på samme lag og har samme mål, tilbakeføring til arbeidslivet (Waddel et al., 2008).

I avsnittet som følger deler informantene erfaringer og opplevelser de har hatt med NAV, ikke bare umiddelbart etter oppholdet ved HI, men gjennom hele prosessen fra de ble sykemeldte og til de nå er tilbake i arbeid. Videre forteller informantene om hvordan de opplevde arbeidsgiver og kollegaer da de skulle tilbake i jobben sin etter å ha vært lenge borte. Tilslutt diskuteres betydning av den sosiale støtten informantene har hatt gjennom denne prosessen.

5.3.2 Omgivelsesfaktorer

Det er mange elementer i prosessen tilbake til arbeidslivet som har hatt betydning for informantene. Her deler de erfaringen med NAV, hvordan de opplevde oppfølging og holdninger hos arbeidsgivere og kollegaer, og det er opplevelsen av støtte fra familie og venner.

Erfaringene med NAV er varierende og beskrives både som positive, kaotiske, belastende, sjokkerende, og som veldig dårlige. Thea har stort sett positiv erfaring med NAV. I et oppfølgingsmøte Thea hadde med NAV like etter oppholdet på HI, sier Thea at saksbehandleren virket å være dårlig informert og hun hadde lite kunnskap. Ergoterapeut fra HI deltok på møtet med NAV sammen med Thea og informerte tydelig og ga klare meldinger om hva som var forventet av NAV videre. Etter dette møtet har samarbeidet mellom Thea og NAV fungert bra. Karoline hadde et kaotisk forhold til NAV i 7 år. Hun beskriver det slik: «... det har vært bytta saksbehandler mange ganger hvert eneste år når jeg ringte de så visste ingen noen ting, pengene kom ikke da de skulle ...». Regelmessig inntekt gir handlefrihet og makt over egen velferd (Dahl et al., 2014). Det at Karoline opplevde usikkerhet rundt utbetalingene fra NAV kan tenkes å ha vært en ekstra bekymring som har tatt bort fokuset fra prosessen tilbake til arbeid. Etter siste oppholdet ved HI fikk Karoline hjelp av attføringskonsulent til å rydde opp i forhold til NAV. Karoline fikk da ny saksbehandler som hun har hatt siden. Den nye saksbehandleren beskrives som enestående, hun er tilgjengelig og gir svar på det Karoline lurer på.

Det er viktig at NAV har den nødvendige innsikt og forståelse rundt pasientens ressurser, funksjon og sårbarhet slik at de best mulig kan bidra i prosessen tilbake til jobb (Staff & Nordahl, 2012). Labriola (2008) påpeker også betydningen av interaksjon mellom den sykemeldte, rehabiliteringsinstitusjonen og NAV som viktig.

Marthe sier at erfaringene med NAV er veldig dårlige. Marthe sliter med å jobbe 50 % på grunn av plagene hun har og fordi hun har så mange andre belastninger i livet. Nå føler hun at NAV presser henne. NAV ønsker en avklaring på situasjonen og mener at Marthe kan jobbe mer enn 50 % viss hun har en annen jobb. Marthe derimot ønsker ikke å ha en annen jobb fordi hun trives så bra der hun er og mener at trivsel er avgjørende for å kunne være i jobb. Dersom kroppen hadde fungert bedre så ville Marthe ha jobbet 100 %, men så lenge hun har de plagene hun har så ønsker hun å fortsette der hun er i kombinasjon med 50 % uføretrygd. Det at Marthe føler seg presset av NAV kan føre til at helsetilstanden henne forverres og man kan risikere at Marthe havner helt utenfor arbeidslivet. I en studie av Aamland et al. (2013) opplevde de sykemeldte at NAV presser dem tilbake i arbeid og noen følte seg mye verre i mange dager etter å ha vært i møte med NAV. Deltagerne i studien var frustrert over et system som de opplevde som rigid hvor NAV var mer opptatt av diagnoser enn av hvordan man egentlig har det (Aamland et al., 2013). For de som er i ferd med å falle ut av arbeidslivet er det avgjørende å ha tilstrekkelig kunnskap om tiltakene som iverksettes (Lie, 2009). Samtidig viser det seg at negative møter med NAV er opplevelser som kan hindre at man kommer tilbake til arbeid (Lynøe, Wessel, Olsson, Alexanderson & Helgesson, 2013). Det indikerer at NAV i Marthe sitt tilfelle bør være ydmyk for hennes ønsker og tanker rundt hva som kan bidra til at hun fremdeles kan være i jobb. Saksbehandlere bør ha fokus på økt arbeidslivsdeltagelse slik at det kan gi en ønsket og stabil livssituasjon for den det gjelder (Nilsen & Elstad, 2006). Lovverket som NAV forholder seg til kan tenkes å ha et handlingsrom som gjør det mulig å utøve skjønn når de godkjenner ulike tiltak i en pasients rehabiliteringsprosess. Da er kommunikasjonen mellom NAV og pasient ekstremt avgjørende samtidig som de bør ha en fellesforståelse.

Marthe opplever at det er vanskelig å kontakte NAV. Hun har ringt til NAV flere ganger og føler at hun må gjenta historien sin til det kjedsommelige før hun kommer til rette vedkommende. De NAV ansatte som Marthe treffer på telefon prater på en slik måte at hun ikke skjønner hva de mener. Og flere ganger har Marthe fått beskjed om at hun enkelt kan finne informasjon på nettet, men sier at det ikke er like lett. Man kan tenke at Marthes kunnskap og operative ferdigheter i forhold til å finne informasjon på NAV sine

internettsider, er knyttet til hennes kulturelle kapital. Gjennomføring av pasientrettede tiltak viser seg å være avhengig av habitus og kulturell kapital som både pasienten og tilbyder bringer inn i interaksjonen (Dubbin, Chang & Shim, 2013). Dette kan være kritisk for pasienten i og med at kulturelle ressurser slik som muligheten til å søke informasjon og forholde seg kritisk til den, er knyttet den sosiale klasse man tilhører (Abel, 2008). «Health literacy» eller helsefremmende allmenndannelse (Finbråten & Pettersen, 2009), omfatter personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som man er avhengig av for å få tilgang til og forstå helseinformasjon slik at man kan benytte informasjonen til å ivareta egen helse (Nutbeam, Harris & Wise, 2010). I følge Nutbeam (2008) er helsefremmende allmenndannelse avhengig av kontekst, den er basert på individets kunnskap og kan utvikles gjennom utdanningsintervensjoner. Uten å vite med sikkerhet antar man at mange i pasientgruppen ved H.I. har dysleksi (Staff & Nordahl, 2012), og at dermed at de også har lav helsefremmende allmenndannelse, noe som etter egen erfaring gjør rehabiliteringen mer krevende. Lav helsefremmende allmenndannelse gjør at denne pasientgruppen også kan ha vanskelig for å sortere og filtrere all den informasjon som er tilgjengelig gjennom utallige mediekkanaler (Finbråten & Pettersen, 2009).

Kristian har en dårlig opplevelse med NAV da han for noen år tilbake hadde fått innvilget yrkesrettet attføring for 4 år. I starten skulle han forholde seg til NAV lokalt og han søkte om ekstra støtte til barnepass og skolemateriell, noe han fikk innvilget. NAV gjorde så noen endringer slik at alle henvendelser skulle gjøres til sentralt NAV kontor, og støtten til barnepass og skolemateriell måtte søkes om på nytt for hvert år. Kristian havnet da i en situasjon hvor han fikk for mye utbetalt uten å være klar over det fordi han fikk støtte til barnepass og skolemateriell både fra det lokale og det sentrale NAV kontoret. Etter hvert så skjønnte han at det var noe som ikke stemte og tok kontakt med NAV. Etter lang tid fikk han et brev fra NAV om at han måtte betale tilbake de pengene han hadde fått utbetalt for mye, men at han skulle slippe å bli straffa for det – «... også slapp jeg å bli straffet fordi jeg hadde oppdaget feilen de hadde gjort ...» Saken ble sendt til Statens Innkrevingsentral med betalingsfrist på 2 uker, og som Kristian sier så er en ikke akkurat millionær når en går på attføring. Kristian beskriver det slik: «Jeg følte meg egentlig satt på lik linje med en kriminell». Man får inntrykk av at de NAV ansatte og Kristian operer i vidt ulike livsverdener. Kristian oppdager en feil som NAV har utført og sitter igjen med følelsen av å være kriminell. Etter denne episoden har Kristian ikke noen negative erfaringer med NAV. Saksbehandleren han har i dag er en bekjent av han og samarbeidet fungerer bra.

Björg opplever at NAV er en påkjenning og en belastning for henne akkurat nå. Hun har søkt om pasientskadeerstatning og sendt med epikrise og nødvendig dokumentasjon fra 10 år tilbake til NAV. En episode på jobb førte til at hun skadet skulderen og det har hun slitt med i mange år, men nå opplever hun at NAV ikke tror på henne og det er vanskelig. Björg sier: «... jeg juger ikke, det har jeg aldri gjort. ... det blir en veldig psykisk påkjenning». I følge Mik-Meyer (2011) er kjønn og utdanningsbakgrunn avgjørende for hvordan velferdssystemet anser historier om smerter og sykdom som troverdige eller ikke. Og hevder videre at historiene til kvinner med lav eller ingen utdanning anses ikke som troverdige, dette er i tråd med Björg sin opplevelse av ikke å bli trodd. En sosial orden forvandler lavt utdannede kvinner som hevder at de lider av fysiske smerter til personer med psykiske problemer (Mik-Meyer, 2011).

Lasse forteller at etter det andre oppholdet ved HI hvor det ble anbefalt at han skulle utdanne seg for å kunne være i posisjon til en lettere fysisk jobb ble han innkalt til et møte hos NAV. Møtet var mellom Lasse og en NAV ansatt som han hverken har sett før eller senere. Vedkommende fra NAV hadde innledet møtet med å fortelle Lasse at han ikke hadde vondt i ryggen på grunn av en tidligere ulykke, men fordi han ble mobbet som barn på grunn av overvekt. Lasse fikk en halv times lang forklaring på hvor mye som hviler i underbevisstheten vår, og den ansatte hos NAV forklarte at ryggplagene var en årsak av at han hadde blitt mobbet som barn. Lasse forteller at han opplevde ikke at vedkommende fra NAV hørte på ham i det hele tatt og Lasse sier at han var lettere sjokkert over dette møtet. Senere hørte ikke Lasse noe mer om dette møtet og han har heller ikke truffet vedkommende igjen. Erfaringene til Björg og Lasse i møte med NAV tilsvarer de som beskrives i studien til Aamland et al. (2013). Mangel på objektive funn ble beskrevet som en tilleggs byrde i møtet med NAV og direkte en ulempe i forhold til å skulle søke om omskolering (Aamland et al., 2013). I følge Mik-Meyer (2011) har saksbehandlere mer tro på mannlige pasienter og mener at deres smerter og plager skyldes et fysisk problem forårsaket av hardt og tungt fysisk arbeid. Dette samsvarer ikke med Lasse sine erfaringer og en mulig forklaring kan være at han er såpass ung at man tenker at han ikke har jobbet lenger nok til at kroppen er utslitt. Lasse forteller også at NAV krevde en ny funksjonsvurdering av ham selv om det forelå epikrise fra to opphold ved HI. En fysioterapeut innleid av NAV hadde undersøkt Lasse i 3 timer og i følge var konklusjonen akkurat den samme som fra HI, men uten at NAV brydde seg noe om det. Historien til Lasse vitner om at NAV kan ha forsinket prosessen tilbake til arbeidslivet. Sindre kaller NAV for: «Norsk avventingssystem». Og Kåre mener at det beste

er ikke å ha noe med NAV å gjøre. Informantenes opplevelser med NAV samsvarer med funn fra en kanadisk studie som viste at velferdssystemet brukte så lang tid på å behandle saker at det førte til forsinkelse i prosessen tilbake til arbeid. Dermed økte kostandene noe som var frustrerende, og beslutningene opplevdes som uvilkårlige eller urettferdige (Baril et al., 2003).

Holdninger hos arbeidsgiver og kollegaer

Pasienter som har vært lenge sykemeldte og skal tilbake i arbeid etter ARR kan ha behov for å få tilrettelegginger på arbeidsplassen. Fraværet fra jobb gjør at det kan oppleves som vanskelig å komme tilbake og møte kollegaer og arbeidsgiver. Derfor er holdninger hos arbeidsgiver og kollegaer av betydning for hvordan pasienten opplever å komme tilbake til arbeidet sitt. Informantene har stort sett positive opplevelser med arbeidsgiver og kollegaer. De mener at en god dialog med arbeidsgiver eller nærmeste leder er viktig og at man må være ærlig og åpen om hvilken situasjon man er i. Et problem noen av informantene nevner, er at arbeidsgiver kan gi lovnader om oppfølging og tilrettelegging i ulike samarbeidsmøter, men at dette ikke blir fulgt opp i praksis.

Karoline har aldri opplevd at arbeidsgiver eller kollegaer har snakket stygt om henne fordi hun har vært mye sykemeldt. Kollegaer har gitt uttrykk for at de syntes synd på henne som var så ung og hadde så mye plager. I det arbeidsforholdet Karoline har nå så har hun vært ærlig om plagene sine og de begrensningene hun har. Hun opplever at arbeidsgiver mener at hun gjør en god jobb tross begrensningene hun har, og at både arbeidsgiver og kollegaer er forståelsesfulle når hun har en dårlig dag. Karoline har mulighet for å få andre arbeidsoppgaver eller å kunne ta ekstra pauser dersom hun bare sier i fra. Men akkurat det er vanskelig, Karoline har ikke lyst til å prate om plagene sine og vil helst klare den jobben hun skal gjøre. Marthe opplever arbeidsgiver som veldig forståelsesfull og hun beskriver henne som en støttespiller. Det er arbeidsgiver og gode arbeidskollegaer som er hovedgrunn til at Marthe er tilbake i arbeid. Arbeidstakere som opplever høy grad av sosial støtte fra kollegaer vil motiveres av dette og vil i større grad komme på jobb til tross for at de har plager sammenlignet med de som ikke opplever støtte på jobben (Hansen & Andersen, 2008). Marthe bekrefter dette, hun sliter med å fungere i den fysiske krevende jobben som renholder. Arbeidsgiver har fritatt henne for de oppgavene hun ikke klarer å utføre og det kan forklare hvorfor hun tross alt er på jobb. Kollegaene er også veldig hjelpsomme de dagene Marthe har behov for å ta det litt roligere. Wigdis er opptatt av at det er viktig å være ærlig mot

arbeidsgiver. Hun fikk tilrettelagt jobben sin i en periode etter oppholdet på HI, og hun opplever god støtte og hjelp fra kollegene sine.

I følge Kuoppala & Lamminpää (2008) er det essensielt at arbeidsplassen integreres i rehabiliteringen, og også i studien til Haugli et al. (2011) konkluderes det med at opplevelsen av støtte fra arbeidsgiver var nødvendig for en vellykket tilbakekomst til arbeid. Muskel- og skjelettplager er ikke bare helsevesenets utfordring, også i arbeidslivet må det finnes retningslinjer, gode holdninger og intervensjoner for å håndtere arbeidstakere med slike plager (Waddell, 2006). Det er også viktig at arbeidsgivere har kunnskap om hvilken verdi deltagelse i arbeidslivet har for helse og gjenvinningen av den (Waddell et al., 2008). Dersom tilbakeføringen til arbeid skal være vellykket krever det en kartlegging av forhold på arbeidsplassen og en god dialog med arbeidsgiver (Haugli, 2010). Wigdis beskriver en vellykket tilbakekomst til jobben sin etter oppholdet på HI. Arbeidsgiver hadde, mens Wigdis var på HI, ordnet med mulighet for tilrettelegging av jobben hennes slik at hun fikk en fysisk lettere jobb. Wigdis mener at dette er et resultat av at hun har vært åpen mot arbeidsgiver og at de har en god dialog.

Kåre har skiftet jobb noen ganger og erfaringene han referer til er fra ulike arbeidsgivere. Han har opplevd ikke å få fast stilling på grunn av hans rygghistorie. En av bedriftene hvor Kåre var ansatt, var IA bedrift og da han hadde vært sykemeldt 1 år tok personalsjefen kontakt og spurte om Kåre ville gå over på attføring i stedet for å komme tilbake til jobben sin. Dette var en stor skuffelse og Kåre opplevde at det de hadde planlagt i tidligere møter ikke ble fulgt opp. Yrkesrettet attføring skal vurderes når bedriftsinterne tiltak ikke fører frem (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006), dette var ikke tilfellet for Kåre. Hensikten med IA-avtalen er at den sykemeldte skal ha tettere oppfølging og at arbeidsplassen skal være en viktig arena for å finne løsninger (Foss et al., 2013). I forhold til å kunne få tilrettelegginger på arbeidsplassen mener Kåre selv at det er vanskelig. Samtidig mener han at han har lettere for å be om hjelp nå når det er tunge løft og at kollegaene er flinke til å hjelpe hverandre og at det har de tid til. Kontinuerlig kontakt med arbeidsgiver er en måte for den sykemeldte å opprettholde aktivitet og et normalt dagligliv (Vingård et al., 2004).

Kristian har bare positive erfaringer med de arbeidsgiverne han har hatt og de beskrives som forståelsesfulle og fleksible. Kristian har vært ærlig og fortalt om ryggplagene sine og har han hatt en dårlig dag så har han sagt i fra om det. Det har ikke vært noe problem for

Kristian å få andre arbeidsoppgaver de dagene ryggen har hindret ham å utføre hans egentlige arbeid. Men Kristian presiserer at det er ikke mange ganger det har vært nødvendig. Etter oppholdet på HI hadde Kristian en opptrappingsplan over to måneder som fungerte veldig bra. Kristian opplevde at arbeidskollegaer var glade for å ha han tilbake på jobb. Det Kristian opplever er i samsvar med en av målsetningene innen ARR om samhandling mellom rehabiliteringsinstitusjonen og arbeidsplassen som pasienten skal tilbake til (Fagrådet for AiR, 2011).

Etter oppholdet på HI i 2010 hadde Bjørg en opptrappingsplan der hun gradvis økte grad av friskmelding opp i mot 100 %. Bjørg er en av informantene som opplever at lederen hennes lover tilrettelegging av arbeidet hennes i møter, men at det ikke fungerer slik i praksis. Opplevelsen av at lederen ikke støtter henne er vanskelig og det er også forholdet til kollegene som ikke er informert om at Bjørg er fritatt fra noen arbeidsoppgaver. I følge Gjernes (2012), er det ikke akseptert på noen sykehjemsavdelinger at noen blir fritatt fra de tyngste arbeidsoppgavene. De har en rettferdighetstenkning som går på at belastningen skal fordeles jevnt på alle slik at ingen skal oppleve en tyngre byrde enn andre (Gjernes, 2012).

I en studie av Wynne-Jones et al. (2010) ble det konkludert med at forholdet til arbeidsgiver, hvor ofte og med hvilken kvalitet arbeidsgiver tok kontakt med den sykemeldte, og arbeidsgivers støtte i forhold til eventuelle tilrettelegginger på jobben, var avgjørende for å bidra til at sykemeldte kom tilbake i arbeid. Det er ikke alt sykefravær som skyldes arbeidsforhold, men det arbeidsrelaterte fraværet er betydelig høyere for de med muskel- og skjelettplager som i tillegg har en fysisk tung jobb. Og da vil tiltak på arbeidsplassen kunne forebygge eller forkorte sykefravær (Mehlum, 2011).

Stormberg er et eksempel på en bedrift med gode holdninger overfor mennesker som sliter med å være i arbeidslivet. Bedriften inkluderer og legger til rette for unge mennesker som av ulike årsaker har møtt utfordringer i arbeidslivet, og har som mål at dette skal være 25 % av de ansatte i Stormberg (Stormberg, 2014). I dagens samfunn burde flere arbeidsgivere følge eksempelet til Stormberg, et tiltak som er inkluderende enten man sliter med muskel- og skjelettplager eller har andre problemstillinger som vanskeliggjør arbeidslivsdeltagelse. Følelsen av å være inkludert gir en opplevelse av at noen støtter en og opplevelsen av sosial støtte viser seg å ha en positiv effekt på helsen (Dalgard & Sørensen, 2012). Videre i oppgaven forteller informantene i studien om deres opplevelse av å ha fått støtte i prosessen de har vært igjennom.

Opplevelse av støtte

Alle informantene opplever støtte fra noen i perioden da de var sykemeldte og i prosessen tilbake til arbeidslivet, det varierer i hvor stor grad støtten har kommet fra familie, venner eller fra de på jobben. En informant nevner støtte fra helsevesenet eller andre aktører i systemet, ingen av de andre informantene nevner tilsvarende støtte. Informantene opplevde støtte fra ansatte ved HI, men det er tatt med under 5.3.1 om oppholdet på HI. Sosioøkonomisk status er avgjørende for hvor mye emosjonell og praktisk sosial støtte man får (Wilkinson & Marmot, 2003). Vanligvis rapporterer kvinner mer sosial støtte enn menn, og yngre mennesker mer enn de eldre (Dalgard & Sørensen, 2012), det er ingen forskjell på dette i denne studien.

Thea har familie og venner, men sier ikke noe om hvordan hun opplever at de støtter henne i denne prosessen. Hun nevner at i forhold til familien så er det hun som tar ansvar for at daglige praktiske gjøremål blir gjennomført. Karoline opplever at vennene har støttet henne i sykemeldingsperioden og i prosessen tilbake til arbeid. I en periode var Karoline lite ute sammen med andre, hun møtte ikke opp til avtale med venner eller hun ringte rett før de skulle møtes og meldte avbud. Karoline forteller at hun har mange gode venner og at de er mye sammen. Familien har også støttet Karoline, men hun sier:

Familien har støttet meg dem også, men jeg har opplevd at det spesielt noen har ment at viss jeg bare tar meg sammen og tenker at nå har jeg ikke vondt lengre så har jeg ikke det. Og da kan man jobbe 100 % også er livet bare flott. Men det er ikke sånn det fungerer fordi jeg vil jobbe 100 %, men ...

Karoline bruker mye tid sammen med tantebarna sine og de har vært svært viktige for henne. Bjørg har mange gode venner som hun opplever støtte fra og som hun også stiller opp for når det er behov for det. En stor sorg i livet hennes er at Bjørg ikke har fått egne barn, men hun bruker mye tid sammen med barnebarna til søsknene sine og sier at de er svært betydningsfulle for henne. Mannen til Bjørg har aldri vært syk selv og hun opplever ham som lite forståelsesfull.

I følge Dalgard og Sørensen (2012) mener de fleste forskere at både personlighet og den aktuelle situasjonen vil påvirke opplevelsen av støtte, som regel vil det være et samspill mellom individuelle og sosiale faktorer. Opplevelsen av støtte ser ut til å være knyttet til personlighetsfaktorer og særlig da evnen til å etablere tillitsforhold til andre mennesker (Dalgard & Sørensen, 2012). Karoline har etter at hun ble sykemeldt hatt problemer med å

knytte seg til andre mennesker, men det er tydelig gjennom den støtten hun opplever fra vennene sine at hun har tillit til akkurat dem. Oppfattelsen av seg selv er et resultat av den interaksjonen man har med andre mennesker, og spesielt viktig er nære familie relasjoner og måten de påvirker selvtillit og selvfølelse gjennom deres støtte eller mangel på støtte i en sårbar livsfase (Svensson et al., 2010). Bjørg tar til tårene når hun forteller hvor lite forståelsesfull mannen hennes er.

Kåre opplevde støtte fra familien som bor like ved ham. Men det var lite støtte fra arbeidsgiver og fra kollegaer. Den første tiden han var sykemeldt var det noen arbeidskollegaer som tok kontakt, men så ble det ikke noe mer. I den tiden Kåre var sykemeldt var han ikke innom arbeidsplassen i det hele tatt fordi Kåre mener at det er lederen sin oppgave å følge opp de som er sykemeldt. Kåre er skuffet over den dårlige oppfølgingen. Studier viser at det å ha kontakt med arbeidsplassen når en er sykemeldt er positivt, men at de sykemeldte foretrekker at arbeidsgiver tar kontakt fordi det gir en opplevelse av at de er savnet på jobben (Aamland et al., 2013). Mye tyder på at Kåre ikke hadde opplevelsen av å være savnet på jobb i og med at arbeidskollegaer sluttet å kontakte ham og at heller ikke arbeidsgiver lot høre fra seg. Det er tidligere nevnt at Kåre ble deprimert da han ble sykemeldt andre gangen. Man kan tenke seg at mangel på kontakt fra arbeidsplassen har bidratt til å vanskeliggjøre situasjonen ytterligere, Kåre hadde ryggplager, han mistet det sosiale på jobben og han var i en sårbar situasjon. Mye av selvopplevelsen, opplevelsen egen identiteten, og selvtilliten kan opprettholdes i sykemeldingsperioden ved at arbeidskollegaer tar kontakt med den sykemeldte og gir uttrykk for at man er savnet og at de har bruk for en på jobb (Svensson et al., 2010).

Marthe opplever enorm støtte fra arbeidsgiver og fra kollegaene sine og hun mener selv at det har vært avgjørende for at hun er tilbake i jobb. Arbeidsmiljøet beskrives som veldig godt og det er absolutt en viktig sosial arena for Marthe. Arbeidsgiver er en person som har betydd mye for henne, de har mange gode samtaler og Marthe kan være fortrolig med henne uten at det kommer videre til andre. Wigdis opplever også at arbeidsgiver og kollegaer har støttet henne og vist forståelse for situasjonen hun har vært i. Ellers så sier Wigdis hun ikke krever så mye støtte. Opplevelsen av støtte fra arbeidskollegaer er viktig for den psykiske helsen. Samtidig vil denne støtten gjøre at man opplever å ha kontroll i arbeidssituasjonen, man føler at det gir en belønning for innsatsen på jobb og det gir en trygghet for jobben (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010).

Sindre forteller om støtten han fikk av en kamerat:

Da han kom fra jobb så kom han hit og vi prøvde å finne på ting og han tok det i mitt tempo. I stedet for at jeg skulle sitte her og synes synd på meg selv. Det å ha folk som støtter deg har mye å si.

Samboer og den nærmeste familien har også vært der for Sindre og han mener at det var avgjørende å oppleve at noen støttet ham i en vanskelig tid. Opplevelsen av å ha venner som stiller opp og støtter en, oppmuntrer til en mer helsefremmende atferd (Wilkinson & Marmot, 2003). For Sindre med sine ryggplager er det også positivt at kameraten hans får han med på aktiviteter, de med ryggplager rådes til å være mest mulig i vanlig fysisk aktivitet (Brox, 2008). Det er også positivt at informantene har venner og familie som er i arbeid. De som har tilknytning til arbeidslivet vil i større grad ha fokus på hva man kan gjøre til tross for ryggplager heller enn å frykte hva som i verste fall kan skje med ryggplagene dersom man deltar i dagligdagse aktiviteter. Signifikante andre som selv ikke jobber er ofte engstelige støttespillere som har en tendens til å ha katastrofetanker rundt konsekvensene av ryggplagene (Brooks, McCluskey, King & Burton, 2013).

Kristian har fått hjelp og støtte fra foreldre og svigerforeldre. Når Kristian har vært sykemeldt har ryggplagene begrenset ham i så stor grad at han har måttet ha hjelp med unger og praktiske gjøremål i hjemmet. Det er naturlig å tenke at den praktiske støtten som Kristian fikk var helt avgjørende for at han skulle komme seg gjennom perioden hvor ryggplagene var på det verste, og uten denne støtten er det mulig at Kristian sin tilstand hadde forverret seg ytterligere (Wilkinson & Marmot, 2003).

De møtene Kristian har hatt med helsevesenet utenom fastlegen, blant annet i forbindelse med en akutt ryggoperasjon, da opplever han at han har fått god hjelp og han følte seg godt ivaretatt. Lasse sier at familien var veldig hjelpelig og positive. Han forteller også at han har mange gode venner som hjalp ham og som var der for ham, men når det var som mest vanskelig så valgte Lasse å isolere seg. En studie viser at frykten for å bli sosialt isolert hos smerte pasienter, utilsiktet økte smerteterskelen deres (Leeuw et al., 2007). Valget til Lasse om å isolere seg sosialt var ikke positivt for ham, han sier: «... det er rart hvor langt du kan grave deg selv ned i forhold til når du kjenner en sånn der nesten smerte – du skjønner ikke at det går an å ha så vondt». I følge Brouwer et al. (2010) vil opplevelsen av sosial støtte være en faktor som påvirker hvor lang tid tilbakekomsten til arbeid tar. Men det er ikke likegyldig hvem som støtter en i denne prosessen. Signifikante andre kan med sine holdninger og atferd forsterke den sykemeldtes frykt for smerter og bidra til økt pessimisme i

forhold til å komme tilbake i arbeid. Dersom de man opplever sosial støtte fra selv har en kronisk lidelse vil forholdet være preget av stor empati og overdreven hjelpsomhet, samtidig vil livet være sammenvevd og definert av sykdom (McCluskey, Brooks, King & Burton, 2011). Karoline forteller: «... de var veldig slik at stakkars deg ... men tilslutt så måtte jeg si i fra til dem at de ikke skulle synes synd på meg». Utover dette ene eksempelet så er den støtten informantene i denne studien opplever fra familie, venner og arbeidskollegaer bare av positiv karakter. Det kan tyde på at informantene tilhører et sosialt miljø der normen er å være i arbeid, og det er det inntrykket man sitter igjen med når en hører de fortelle om hvor betydningsfullt det er å være i arbeid for dem.

5.3.3 Personlige egenskaper

Det som overrasket mest i denne studien var hvordan nærmest samtlige informanter fremhevet betydningen av sine personlige egenskaper som avgjørende for at de er tilbake i jobb. Syv av de ni informantene sier at egen innsats og deres personlige egenskaper har vært helt avgjørende eller av stor betydning for at de er tilbake i arbeid eller snart har fullført et utdanningsløp. I stor grad handler dette om at informantene mener at de har evner til å lære, at de er positive, at står på og gir ikke opp, og at de har motivasjon for å komme tilbake i arbeid. Mange av informantene har høye krav til egen prestasjon, høy arbeidsmoral, og noen har også en grenseløs personlighet og stor omsorg for andre enn seg selv. Dette må sies å være egenskaper som kanskje kan være mer hemmende i forhold til å skulle være i arbeid.

Personlige egenskaper er et resultat av genetiske disposisjoner i samspill med sosialiseringprosessen, og de personlige egenskapene vil gradvis formes og justeres i forhold til omgivelsenes preg, press og forventninger (Bø, 2005). Familien og oppvekstmiljøet har betydning for hvordan barnets sosiale, emosjonelle og kognitive utvikling fremmes eller eventuelt hemmes (Dahl et al., 2014). De personlige egenskapene som informantene i denne studien beskriver som avgjørende for en vellykket ARR prosess, er knyttet til en habitus som allerede er formet og etablert, og det er deres egne disposisjoner som søker sosialisering for og for eksempel kunne ta til seg læring (Bourdieu, 1995). Det finnes lite forskning på hvilken betydning personlige egenskaper har i en ARR prosess. Flere studier har vist at hvilke mestringsstrategier den sykemeldte har er avgjørende for om de kommer tilbake til arbeidslivet eller ikke (Labriola, 2008; Waddel, 2006; Werner & Côté, 2009). Øyeflaten et al. (2012) konkluderer i sin studie med at det må forskes videre på betydningen av personlige egenskaper og omgivelsesfaktorer i prosessen tilbake til arbeid.

Lasse beskriver seg som en positiv person som tar livet som det kommer, han gir ikke opp så lett, han er løsningsorientert, og han er glad i å ha noe å drive med. De personlige egenskapene som Lasse har, mener han har bidratt til at han snart er ferdig med utdannelsen sin og er på vei ut igjen i arbeidslivet. Bourdieu har uttalt at en fornektelse av menneskenes tilegnede disposisjoner er en fornektelse av evnen til å lære (Nash, 2003). Både Lasse og Thea er snart fullført et utdanningsløp og det viser at disposisjonene ligger til menneskets natur og er en del av dets kapasitet. Spørsmålet er ikke hvorvidt mennesker tilegner seg kunnskap og ferdigheter, men hva de lærer, hvordan de lærer og hva de gjør som et resultat av det de har lært (Nash, 2003). Da gjenstår det å se hvordan Lasse og Thea anvender det de har lært i arbeidslivet.

Thea erfarer at hun har endret tankemønsteret sitt etter oppholdet på HI. Hun har et stort behov for å ha kontroll, men har lært seg å håndtere stress på en mer gunstig måte. Kristian mener også at han har evner til å lære og at han har god omstillingsevne. Under oppholdet på HI hadde Kristian svært godt utbytte av kognitiv terapi, han opplever å ha endret tankemønsteret sitt i forhold til ryggplagene og han har nå et mer hensiktsmessig fokus. Kristian vet nå at ryggplagene ikke er farlige, han er opptatt av å se muligheter fremfor begrensninger og han har et annet fokus på plagene enn det han hadde før oppholdet på HI. Omstillingsevnen har vært viktig i forhold til å akseptere at han må leve med ryggplagene han har og innrette seg deretter. Kristian sier at: «Hverdagen byr på så mange utfordringer så jeg tenker ikke noe mer på det [ryggen]. Det [ryggen] er en bagatell». Gjennom en kognitiv tilnærming har Kristian lært seg å forholde seg til egen kropp ved at han aktivt har deltatt i sin egen prosess (Sættem & Stiles, 2008). Ved å endre tankemønsteret sitt har Kristian klart å bryte ut av en fastlåst situasjon med gjentatte episoder med ryggplager som tidligere har hindret ham i å fungere i arbeidslivet. Fryktrelaterede tanker rundt egne muskel- og skjelettplager samt rundt egen arbeidssituasjon, ble i en studie avdekket som den viktigste prognostiske faktor for at den sykemeldte ikke kom tilbake til arbeid (Øyeflaten et al., 2008).

Kåre sier om seg selv at han er en person som ikke gir opp og at det er mye av grunnen til at han er tilbake i arbeidslivet. Han liker å jobbe og reiser på arbeid selv om ryggen er vond. Det er tydelig at jobben er en stor del av livet for Kåre. Han bor alene og sier at han har ingen fritidsinteresser. Det å være snekker er en del av identiteten hans og det vil være naturlig å tro at det da er viktig for ham med anerkjennelse for jobben han gjør, at han har høye krav til egen prestasjon, at han er pliktoppfyllende, og har høy arbeidsmoral. Wigdis er også pliktoppfyllende, har høy arbeidsmoral og hun har evner til å utføre handlinger når det

er nødvendig – «... da har en måttet ta grep selv for å kunne stå i en full stilling ...». Sindre er også sta og har stor motivasjon for å nå de målene han har satt seg, blant annet å være i arbeidslivet. En finsk studie viser at motivasjonen for å komme tilbake i arbeidslivet er knyttet til de sykemeldtes kunnskap og innsikt i egen tankeprosess, hvilke holdninger de har til egen kompetanse, og hvilke muligheter de opplever å ha i sine omgivelser (Härkäpää, Järvikoski & Gould, 2014). Ut i fra funnene i den finske studien kan mye tyde på at informantenes personlige egenskaper ikke er avgjørende alene, men at det også avhenger av hvilke muligheter individet har i sine omgivelser.

Sindre beskriver seg selv som en positiv person. Han sier dette:

Det viktigste er vel at jeg har hatt så pass stor tro på meg selv. Jeg vet at jeg er aldri den som gir opp så lett. Jeg kjemper til siste steinen er kastet. Jeg er aldri den som har sittet og syntes synd på meg selv.

Sindre forteller at etter oppholdet på HI sa han opp en fast stilling uten å ha en ny jobb å gå til. Etter oppsigelsen så sendte Sindre søknader til flere bedrifter og han fikk fort flere tilbud om jobb. Med en innstilling om at han stort sett trives over alt og at han har lyst til å lære mest mulig har han nå fått fast jobb. Dette samsvarer med den finske studien om at de som er motiverte for arbeidslivet har tro på egen evne til finne en jobb som passer deres egenskaper (Härkäpää et al., 2014). Sindre forteller også at bestefaren var et forbilde: «Han var sterk og han hadde bestandig tro på seg selv, han ga aldri opp». Gjennom samtalen med Sindre får man inntrykk av at han lever opp til de verdiene bestefaren hadde. Sindre har en datter og han ønsker å være et forbilde for henne ved å være i arbeid: «... dersom hun skulle vokse opp med en far som ikke klarer noe som helst – det har jeg ikke noe særlig tro på. Da er det å få på seg litt arbeidslyst og mot, også gjøre en god innsats». Sosialiseringens forløp danner grunnlag for våre personlighetstrekk (Bø & Schiefloe, 2007), og det er tydelig at Sindre har hatt signifikante andre som har satt sine spor.

Björg fremhever selv at hun har sterk vilje og at det har vært avgjørende for at hun har vært i arbeid så lenge til tross for at hun sliter med helsen. Björg beskriver seg som en person som ikke kan gå hjemme, hennes væremåte krever at hun er på jobb. Det er tidligere diskutert hvordan Björg sin oppvekst har påvirket hennes forhold til fysisk arbeid. Sannsynligvis strekker Björg seg langt for å kunne være i arbeid fordi det er internalisert gjennom oppveksten og fordi det er en del av hennes habitus. Man kan tenke seg at uten den sterke tilhørigheten til arbeidslivet som Björg har, ville hennes sterke vilje sannsynligvis ført til at hun hadde stått utenfor arbeidslivet. De personlige egenskapene som informantene beskriver

som avgjørende for at de er tilbake i arbeid må derfor ses i sammenheng med faktorer som er diskutert tidligere i dette kapittelet.

Karoline beskriver seg også som en person med sterk vilje til å stå på. Hun sier:

... jeg tror det viktigste er at jeg aldri har gitt opp selv. Og at jeg har stå på vilje, jeg er litt over middels sta tror at mange som har møtt så mange utfordringer kunne ha gitt opp for lenge siden ...

Det er all grunn til å undre seg over at Karoline ikke har gitt opp tidligere tatt i betraktning den lange sykemeldingshistorien hun har. I denne perioden følte Karoline seg mindre verdt som menneske fordi hun ikke klarte å være i jobb. Fremdeles sliter Karoline med dårlig selvtillit, hun velger å være alene fordi hun er redd for å bli såret og hun sier at den «beskyttelses-muren» hun har bygget rundt seg selv, har hun ikke klart å rive helt ned. En studie som undersøkte hva som var avgjørende for at tidligere uføretrygdede kommer tilbake til arbeidslivet viser at dette er sammensatt (Edèn et al., 2007). De tidligere uføretrygdede som kom tilbake i jobb hadde et indre ønske om å jobbe, de hadde positive forventninger om at de skulle klare det, de mente at jobbdeltagelse ville gi bedre selvtillit, og de hadde høy arbeidsmoral. Støtte og samarbeid med deres sosiale nettverk, med rehabiliteringspersonell, med det lokale NAV kontoret og med arbeidsgiver var også viktig, men det poengteres at engasjementet til den uføretrygdede selv var en forutsetning for en vellykket tilbakekomst til arbeidslivet (Edèn et al., 2007).

Karoline er en omsorgsfull person og hun sliter med å sette grenser for seg selv. Men Bjørg er den av informantene som fremstår som mest omsorgsfull og som absolutt grenseløs i sin væremåte. Både Karoline og Bjørg trekker frem disse egenskapene som en forklaring på hvorfor de ble sykemeldte i utgangspunktet, og dette er diskutert i 5.2.1. Det vil aldri skje radikale endringer i habitus (Bourdieu, 1990) og endringene er uansett tidkrevende og omfattende (Bourdieu & Wacquant, 1992). Man kan da tenke seg at den grenseløse personligheten som disse to informantene beskriver kan sette de i fare for å havne utenfor arbeidslivet igjen.

Marthe sier at hun er stresset som person og at det derfor har vært vanskelig å akseptere at hun ikke klarer å gjøre alt hun vil lengre. Hun sier at hun har fått det bedre med seg selv etter at hun har akseptert situasjonen og godtatt seg selv. Marthe er også en omsorgsperson og sier at det er hun som må håndtere alt av sykdom i familien både i forhold til datteren, broren, foreldrene som trenger hjelp og en syk bestemor. Når Marthe beskriver situasjonen får en

inntrykk av at hun også er noe grenseløs som person, hun stiller alltid opp: «... det er så annet rundt meg som jeg må ta meg av så du tenker ikke så veldig mye på deg selv da». Marthe forteller at dette går noen ganger utover familien, når hun er sliten og har mye vondt blir hun aggressiv, hun blir sur og grinete, og kjefter på de rundt seg hjemme. I følge Svensson et al. (2010) opplever sykemeldte noen ganger at de endrer atferd overfor familien i frustrasjon over ikke å strekke til slik som de ønsker, og som regel er dette noe de beklager og de skammer seg over egen oppførsel. Marthe opplever at hun i større grad har akseptert situasjonen hun er i, at hun ikke alltid strekker til som hun ønsker, og da har hun fått det bedre med seg selv.

Innledningsvis ble det poengtert at et av de mest overraskende funnene i denne studien var den betydningen informantene mente at de personlige egenskapene deres har hatt for å komme tilbake i arbeid. I en svensk studie konkluderte man med at pasienter som var tilbake i arbeid etter rehabilitering var i stand til å ta mer kontroll og ansvar for sitt eget liv og egen helsesituasjon. Rehabiliteringen i den svenske studien ble definert som en ³bemyndiggjørende prosess (Gustafsson et al., 2004). En mulig forklaring på uttalelsene til informantene i denne studien er at før oppholdet på HI avsluttes blir det laget en konkret handlingsplan som forankres hos fastlege, arbeidsgiver eller NAV og som skal følge pasienten videre i prosessen. Denne planen må være et resultat av pasientens prosess ved at pasientens ressurser, kompetanse og erfaring mot arbeidslivet ligger til grunn for planen (AiR, 2011). En forankring av planen hos pasienten selv gir eierskap til den, og gjennom denne følelsen av å eie planen opplever pasienten at «dette har jeg klart selv» (Staff & Nordahl, 2012). Det er også et av de viktige målene innen ARR å gjøre pasientene til noe mer enn tjenestemottakere, de må ta ansvar, ta egne valg og få respekt for de valgene de tar. På denne måten unngår man at pasienter blir avhengig av hjelp de tror de har behov (AiR, 2011). Dersom informantene skulle sitte igjen med et inntrykk av at kun oppholdet på HI har vært avgjørende for at de er tilbake i arbeidslivet så har de ikke kontroll eller eierskap over prosessen selv. Da har ikke pasientene skjønnet hva «verktøyene» rehabiliteringen ga dem skal brukes til, eller rehabiliteringspersonalet har ikke formidlet «bruksanvisningen» tydelig nok, og man kan anta at pasientene på et tidspunkt vil føle behov for å komme tilbake for et nytt

³ Bemyndigelse eller bemyndiggjøring er den norske oversettelsen av begrepet empowerment. Kjernen i begrepet handler om å sette mennesker selv i stand til å ta kontroll over faktorer som påvirker deres helse gjennom å utvikle og bruke menneskets iboende ressurser og krefter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

rehabiliteringsopphold. Opplevelsen av å ha klart det selv, kan muligens forklare hvorfor informantene i så stor grad mener at de personlige egenskapene deres var av betydning for at de er tilbake i arbeid.

5.4 Oppsummering

Informantene har erfaringer rundt betydningen av å være en del av arbeidslivet. Arbeidsplassen er en sosial arena, en arena hvor de opplever anerkjennelse og verdighet, og jobben er en del av deres identitet. Det å ha en jobb innebærer læring og selvutvikling, i alle fall for noen av informantene, og det gir trygghet i form av regelmessig inntekt.

Informantene mener at årsaken til at de ble sykemeldte var i hovedsak muskel- og skjelettplager, men de nevner også at total belastningen ble for stor og at de presset seg selv for hardt over lengre tid. Opplevelsen av å stå utenfor arbeidslivet, sykemeldingsperioden, beskrives av informantene som å miste alt det de verdsetter nettopp ved å være i arbeid. Det å miste den sosiale tilhørigheten på arbeidsplassen, tap av anerkjennelse og verdighet, og følelsen av at identiteten din er truet, gir en rekke andre negative konsekvenser som gjør situasjonen ennå vanskeligere. Informantene mener at sykemeldingsperioden kunne vært hindret eller kortet ned i tid ved at man tar signaler fra kroppen tidligere og ber om hjelp eller behandling tidligere. Et annet viktig poeng er å ha nødvendig kunnskap til å kunne håndtere situasjonen, og i stedet for å være helt borte fra jobben mener de at en gradert sykemelding i kombinasjon med mulighet for tilrettelegging på jobben er et bedre alternativ.

Oppholdet på HI har hatt ganske stor betydning for at noen av informantene er tilbake i arbeid mens spesielt to av informantene var opptatt av at de ikke hadde hatt noe utbytte av oppholdet. Viktige erfaringer fra oppholdet på HI er fellesskapet, samholdet, at de ble sett, hørt og trodd. Oppholdet bidro til at informantene har vært gjennom kognitive endringsprosesser, og de har lært å bruke kroppen sin mer hensiktsmessig gjennom arbeidstreningen og gjennom treningsveiledning.

De erfaringene informantene har med NAV er veldig varierende, men nå når de er tilbake i arbeidslivet har de ikke så mye kontakt med NAV lengre. Informantene har gode arbeidskollegaer og opplever i nesten alle tilfeller at arbeidsgiver har støttet dem i overgangen fra sykemelding til jobb. Alle informantene opplever at noen har støttet dem i perioden da de var sykemeldte, dette kan være familie, venner og arbeidskollegaer.

Avslutningsvis har informantene uttalt seg om hvilken betydning deres personlige egenskaper har hatt for at de er tilbake i arbeidslivet. Alle er opptatt av at de har sterk vilje, de har stått på selv og har aldri gitt opp, de har evner til å lære og de har motivasjon for å komme tilbake i jobben sin.

Oppsummeringen har gitt en enkel fremstilling av informantenes opplevelser og erfaringer rundt de enkelte elementene i prosessen deres, konklusjonen vil vise sammenhengen og kompleksiteten i prosessen.

6. Konklusjon

Informantene har ulike erfaringer av og forklaringer på hva som er avgjørende for at de er tilbake i arbeidslivet. Men for å fortsette der oppsummeringen avsluttet så mener informantene at deres personlige egenskaper i stor grad har innvirkning. Egenskapene informantene trekker frem er evnen til å lære, de er positive, de har viljestyrke, de gir ikke opp, og de har motivasjon. I følge Øyeflaten et al. (2012) vet man for lite om hvilke individuelle karakteristikk som har betydning for rehabiliteringen. Det er ikke mulig å trekke noen slutninger om de personlige egenskapene til informantene i denne studien, men funnene indikerer at dette kan være av interesse for videre forskning.

Det at informantene erfarer at deres personlige egenskaper har hatt så stor verdi i prosessen tilbake i arbeidslivet, innebærer at ARR tiltak må legge til rette for at pasienten opplever at de eier sin egen prosess, de må være aktive aktører gjennom hele prosessen, både under institusjonsoppholdet og i videre samhandling med NAV og/eller arbeidsplassen. Man må stille krav til de langtidssykemeldte og ha forventninger til de på lik linje med andre (AiR, 2011). Dette skaper handlekraftige pasienter som er i stand til å gjøre egne vurderinger og ta egne valg i motsetning til en økt sykeliggjøring som skaper en avhengighet til helsevesenet og kompliserer tilbakeføringen til arbeidslivet ytterligere.

Personlige egenskaper påvirkes av omgivelsene man er en del av og det gjelder også for omgivelser som informantene har vært en del av gjennom prosessen fra å være sykemeldt til de nå er tilbake i arbeidslivet. De personlige egenskapene er derfor ikke avgjørende alene. Opplevelser og erfaringer underveis i prosessen vil forme og påvirke hvordan man lærer, i hvor stor grad man er positiv nok og har sterk nok vilje, og hvor motivert man er. Innholdet i rehabiliteringsoppholdet, hvem man møter og hvordan man blir møtt vil være av betydning. Det samme vil de holdninger man møter hos NAV, hos kollegaer og arbeidsgiver, hos familie og venner, og også ellers i samfunnet. Dette betyr at det ikke er en faktor alene som er avgjørende for at langtidssykemeldte kommer tilbake igjen til arbeidslivet, men at det er en sammensatt og kompleks prosess.

Det teoretiske perspektivet i oppgaven har vært et verktøy for å vise hvordan informantene gjennom sosialiseringprosessen har fått overført verdier og væremåter knyttet til fysisk arbeid fra generasjonen før dem. Internaliserte holdninger, verdier og normer påvirker atferd og de valg man tar og er avgjørende for hvordan man forholder seg til omveltninger i livet,

som for eksempel det å bli sykemeldt. Menneskers livsstil som er et uttrykk for dets habitus påvirker valg man tar som har konsekvenser for helsen. Samfunnets holdninger til arbeidere med tungt manuelt yrke, til sykemeldte, og til hva som er legitime diagnoser påvirker også ARR prosessen. Helseplager er vanlig, men med økt medikalisering endres våre oppfatninger og forventninger til hva som er god helse. Konsekvensen kan bli at normale plager blir tolket eller oppfattet som tegn på alvorlig sykdom. Det er et paradoks at frykten for å bli syk er en av de viktigste årsakene til uføretrygd i Norge (Mykletun et al., 2007).

Samfunnet er i endring og man kan tenke seg at den tradisjonelle arbeiderklassen er på vei ut. I følge Prieur (2006) er arbeidslivet i endring. Den eldre generasjonen av arbeidere forstår ikke de nye krav om kommunikasjon og kvalitetssikring som stilles til dem på arbeidsplassen, de har det ikke inne i sin habitus. Samtidig har de yngre en annen arbeidssituasjon ved at de er leid ut fra vikarbyråer, de har korttidskontrakter, bytter oftere jobb og kan være arbeidsledig i perioder. Endringene i arbeidslivet gjør at de yngre mangler grunnlag for å kunne utvikle det samholdet som arbeiderklassen hadde. Det er blitt vanligere å tilbringe mer tid på skole og det preger de unge, de vil ikke i samme grad som generasjonen over seg være villige til å gjøre hva som helst. Dette kulturskiftet er et brudd mellom generasjoner som vil fremme nye habitusformer på grunnlag av endrede livsbetingelser. I takt med at samfunnet blir mer sammensatt er habitusformene blitt mer komplekse. I det moderne samfunnet inngår individene i flere ulike sosiale sammenhenger, samtidig har de mer kunnskap om andre livsstiler og væremåter (Prieur, 2006, s. 44). Dette gir refleksjoner rundt ARR prosessen i fremtiden og om hvordan den kan komme til å bli enda mer kompleks sett i et sosiologisk perspektiv.

I forhold til kompleksiteten i ARR prosessen og med tanke på videre forskning kunne det vært interessant å følge en ARR pasient tilbake til hjemkommunen etter endt institusjonsopphold. Ved å observere ARR pasienten i møte med NAV, i møte med arbeidsgiver eller i reell arbeidssituasjon samt intervju de aktørene som er involvert i pasientens prosess videre, vil man få mer innsikt og kunnskap om de mekanismene som er avgjørende for suksess.

En satsing innenfor ARR feltet vil ha betydning i et folkehelseperspektiv. Mottoet til HI er *arbeid som helse*, og i det norske samfunnet er arbeidslivet sentralt. Arbeid er bærebjelken for velferden og gode jobber er rett og slett bra for helsen (Dahl et al., 2014). Det er politisk enighet i Norge om et inkluderende arbeidsliv, det viser fornyelsen av IA-avtalen som ble

klar tidligere i år. Samtidig er det ulikheter i Norge som har betydning for hvilke muligheter man har i arbeidslivet. Mennesker er forskjellige ut i fra hvilken bydel eller bygdegrend de bor i, om de har grunnskole som høyeste utdanning eller universitetet, om man har hytte på fjellet eller robåt på sjøen, ut i fra hva slags mat eller drikke man foretrekker – smakspreferanser og disposisjoner knyttet til menneskers habitus, men også det man kaller sosial ulikhet i helse. Arbeid er ikke en ubetinget gode, mange har en arbeidsdag med tunge løft, risiko for ulykker, dårlige arbeidsstillinger og uheldig stress (Dahl et al., 2014). Det er de med lav utdanning eller lav sosioøkonomisk status, slik som pasientgruppen ved HI, som er mest utsatt. Man vet at tiltak som settes inn tidlig i livet forventes å være effektive, innsatsen må rettes mot årsakene til årsaken (Dahl et al., 2014). I forhold til sosialiseringprosessen vil tiltak rettet mot de yngste i samfunnet være effektive ved at den virkelighet som internaliseres i primærsosialiseringen vil stå sterkere enn den virkelighet som dannes i sekundærsosialiseringen (Berger & Luckmann, 2011). Det betyr at man må satse på en grunnskole som inkluderer og gir like muligheter for videre læring for å unngå at man allerede på et tidlig tidspunkt i livet skaper ulikheter. Samfunnet har ikke bruk for at alle tar høyere utdanning, man trenger også de manuelle arbeiderne. Gjennom mulighet for å velge en form for praktisk læring i videregående skole øker sjansen for at flere utdanner seg. Dette er i tråd med NHO som ønsker å sikre fagarbeidere for fremtiden (NHO, 2014). Gode strategier for å identifisere de som står i fare for å droppe ut av videregående skole så tidlig som mulig er essensielt. Samtidig bør statusen og anerkjennelsen for tunge manuelle yrker økes og man må jobbe for at disse arbeidsplassene blir tryggere og at de som jobber der opplever kontroll og selvbestemmelse.

De ni informantene i denne studien har vist at det er mulig å komme tilbake til arbeidslivet. Dette har de har klart til tross for at forskningen referert til tidligere i oppgaven, definerer informantene som en utsatt gruppe hvor oddsene er lave i forhold til tilbakeføring til arbeid. Mer forskning innen ARR feltet er nødvendig for å forstå mer om kompleksiteten i prosessen fra muskel- og skjelettplagene oppstår og utvikles, til man blir sykemeldt og til man forhåpentligvis er tilbake i arbeidslivet. Det må utvikles gode strategier for hvordan de ulike aktørene kan bedre samhandlingen rundt pasientene. Informantene forteller om betydningen av oppholdet på HI, av hvordan de møtes av ansatte i NAV, av arbeidsgiver og kollegaer, og alle disse må jobbe sammen og samtidig på veien tilbake til arbeid. En mulig løsning kan være å opprette en ARR koordinator i kommunene. Muskel- og skjelettplager er ett av de medisinske fagfeltene som er minst prestisjefylte for leger å spesialisere seg i (Album &

Westin, 2008), og mye tyder på at de samme holdningene er gjeldende for samfunnet for øvrig. Økt satsing på ARR kan gi feltet større prestisje og gjøre det ennå mer attraktivt å jobbe der.

Veien hit er lang og enn så lenge fortsetter jobben på HI med å veilede langtidssykemeldte tilbake til arbeidslivet. Denne studien viser at det tross alt er mulig for langtidssykemeldte å lykkes i ARR prosessen.

Litteraturliste

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

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

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

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

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

Arbeidsdepartementet (2013). *Flere i arbeid*. (Meld. St. 46, 2012 – 2013). Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/pages/38419303/PDFS/STM201220130046000DDDPDFS.pdf>

Arbeidsdepartementet (2011). *Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv*. (Meld. St. 29, 2010 - 2011). Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/pages/17352261/PDFS/STM201020110029000DDDPDFS.pdf>

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

<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20062007/009/PDFS/STM200620070009000DDDPFS.pdf>

Arbeids- og sosialdepartementet (2000). *Sykefravær og uførepensjon. Et inkluderende arbeidsliv*. (NOU 2000: 27). Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20002000/027/PDFA/NOU200020000027000DDDPDFA.pdf>

Aronsson, G. & Gustafsson, K. (2005). Sickness Presenteeism: Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and on Outline of a Model for Research. *J Occup Environ Med*, 47, 958-966. <http://dx.doi.org/10.1097/01.jom.0000177219.75677.17>

Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S., Cole, D. & the Work-Ready group (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a

qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & medicine*, 57, 2101–2114.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00131-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00131-X)

Bartley, M. (Red.). (2012). *Life Gets Under Your Skin*. Lokalisert på:

<http://www.ucl.ac.uk/icls/publications/booklets>

Batt-Rawden, K. B. & Solheim, L. J. (2011). *Sosiale årsaker til sykefravær. En kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser i Norge*. ØF

Rapport nr. 3/2011. Lokalisert på: <http://www.ostforsk.no/images/rapporter/032011.pdf>

Bendelow, G. & Williams, S. J. (1995). Transcending the dualism: towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness*, 17, 139-165. Lokalisert på:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.1995.tb00479.x/pdf>

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

Fagbokforlaget.

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

Bourdieu, P. (1989). Social Space and Symbolic Power. *Sociological Theory*, 17, 1, 14–25.

<http://dx.doi.org/10.2307/202060>

Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Polity Press

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

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

Bourdieu, P. & Wacquant L. J. D. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.

Braathen, T. N., Veiersted, K. B. & Heggenes, J. (2007). Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 493-499. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0081>

Brage, S., Ihlebæk, C. & Bruusgaard, D. (2010). Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130, 2369-2370.

<http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.0236>

Brooks, J., McCluskey, S., King, N. & Burton, K. (2013). Illness perception in the context of differing work participation outcomes: exploring the influence of significant others in persistent back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 48.

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-14-48>

Brouwer, S., Krol, B., Reneman, M. F., Bültmann, U., Franche, R.-L., van der Klink, J. J. L. & Groothoff, J. W. (2009). Behavioral Determinants as Predictors of Return to Work After Long-Term Sickness Absence: An application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, 166-174. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9172-5>

Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., Klink van der, J. J. L. & Groothoff, J. W. (2010). A prospective Study of Return to Work Across Health Conditions: Perceived Work Attitude, Self-efficacy and Perceives Social Support. *J Occup Rehabil*, 20, 104-112.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9214-z>

Brox, J. I. (2008). Ryggsmertter. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 537-547). Oslo: Helsedirektoratet.

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

Bryngelson, A. (2009). Long-term sickness absence and social exclusion. *Scand J Public Health*, 37, 8, 839-845. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494809346871>

Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T. & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation Undertaken with Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, 81-93.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9162-7>

Bø, I. (2005). *Påvirkning og kontroll: Om hvordan vi former hverandre*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bø, I. & Schiefloe, P. M. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital: Innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Christensen, U. & Larsen, J. E. (2011). Social udsathed og helbred. I R. Lund, U. Christensen & L. Iversen. *Medicinsk Sociologi: Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred* (2. utg., s. 137–159). København: Munksgaard Danmark.

Coole, C., Drummond, A., Watson, P. J. & Radford, K. (2010). What Concerns Workers with Low Back Pain? Findings of a Qualitative Study of Patients Referred for Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 472-480. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-010-9237-5>

Crossley, N. (2013). Habit and Habitus. *Body & Society*, 19, 136–161. <http://dx.doi.org/10.1177/1357034X12472543>

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

Dahl, E. & Elstad, J. I. (2012). Kan helsereelatert seleksjon forklare sosial ulikhet i helse? I J. H. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 249-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (2012). Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø – viktige faktorer for helsen. I J. H. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 96-114). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Lokalisert på: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>

Dubbin, L. A., Chang, J. S. & Shim, J. K. (2013). Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care. *Social Science & Medicine*, 93, 113–120.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.014>

Edèn, L., Andersson, H. I., Ejlertsson, G., Ekström, B. I., Johansson, Y. & Leden, I. (2007). Characteristics of disability pensioners returning to work: An interview study among individuals with musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, 29(229), 1720–1726.

<http://dx.doi.org/10.1080/09638280601107484>

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

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

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

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

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

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

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

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

Lokalisert på:

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

Finlay, L. (2007). Qualitative research towards public health. I Earle, S., Lloyd, C. E., Sidell, M., & Spurr, S. (Red.), *Theory and research in promoting public health* (s. 273-296).

London: Sage Publications.

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

Forskrift om arbeidsrettede tiltak mv, FOR-2008-12-11-1320.

Foss, L., Gravseth, H. M., Kristensen, P., Claussen B., Mehlum, I. S. & Skyberg, K. (2013). «Inclusive working life in Norway»: a registry-based five-year follow-up study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 8, 19. <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6673-8-19>

Foss, L., Kristensen, P., Claussen, B., Gravseth, H. M. & Skyberg, K. (2007). Inclusive workplace employment, disability and sickness absence. *Occupational and Environmental Medicine*.

Frich, J. C. & Fugelli, P. (2006). Forestilling om sykdom – forventninger til helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1, 126, 45–48. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1316817>

Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: Innføring I samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Gjernes, T. (2012). Sykerollen som ressurs i arbeidslivet. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (1. utg., s. 389–405). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

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

Gravseth, H. M. & Kristensen, P. (2008). Sosiale helsegradienter i arbeidslivet – hva vet vi? *Utposten*, nr. 5. Lokalisert på: <http://www.utposten-stiftelsen.no/LinkClick.aspx?fileticket=21yQr8HS4hM%3d&tabid=309&mid=1030>

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gustafsson, M., Ekholm, J. & Öhman, A. (2004). From shame to respect: Musculoskeletal pain patients`experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. *J Rehabil Med*, 36, 97–103. <http://doi.dx.org/10.1080/16501970310018314>

Hansen, C. D. (2010). Making a virtue of going ill to work – reflections on the necessity of everyday workplace «suffering». *Tidsskrift for forskning i sygdom & samfund*, 7,13.

Lokalisert på:

<http://www.mscand.dk/index.php/sygdomogsamfund/article/view/4150><http://www.mscand.dk/index.php/sygdomogsamfund/article/view/4150>

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

Haugli, L. (2010). Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag – hvor står vi og hvor går vi? *Utposten* nr 4. Lokalisert på: http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten10/UP10_04/02_08_allmenmed%20utf_Utp_4_2010w.pdf

Haugli, L., Maeland, S. & Magnussen, L. (2011). What Facilitates Return to Work? Patients Experiences 3 Years After Occupational Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 573-581. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9304-06>

Haugstvedt, K. T. S., Hallberg, U., Graff-Iversen, S., Sørensen, M. & Haugli, L. (2011). Increased self-awareness in the process of returning to work. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 762–770. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00891.x>

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

Helsedirektoratet (2005). *Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt*. Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/-sosiale-ulikheter-i-helse-i-norge-en-kunnskapsoversikt/Sider/default.aspx>

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

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonale strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller*. (St.meld. nr. 20, 2006 – 2007). Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/pages/1936477/PDFS/STM200620070020000DDDPDFS.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34, 2012 – 2013). Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf>

Hooftman, W.E., Westerman, M.J., Beek van der, A.J., Bongers, P.M. & Mechelen van, W. (2008). What makes men and women with musculoskeletal complaints decide they are too sick to work? *Scand J Work Environ Health* 34, 2, 107-112. Lokalisert på:

http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=1221

Ihlebak, C., Brage, S. & Eriksen, H. R. (2007). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996 – 2003. *Occupational Medicine*, 57, 43–49.

<http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kql107>

Ihlebak, C., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SCH) in Norway. *Scand J Public Health*, 30, 20–29. Lokalisert på:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4f996b8d-480a-4dac-8366-b858c797b624%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4204>

Ihlebak, C. & Lærum, E. (2010). Rammer flest, koster mest og får minst. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 21, 130. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.1035>

Iversen, L. (2011). Livsstil og helbred. I R. Lund, U. Christensen & L. Iversen (Red.), *Medisinsk Sociologi: Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred* (2. utg., s. 85-104). København: Munksgaard Danmark.

Johansen, V., Aronsson, G. & Marklund, S. (2014). Positive and negative reasons for sickness presenteeism in Norway and Sweden: a cross-sectional survey. *BMJ Open*.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004123>

Josephson, M., Heijbel, B., Voss, M., Alfredsson, L. & Vingård, E. (2008). Influence of self-reported work conditions and health on full, partial and no return to work after long-term sickness absence. *Scand J Work Environ Health*, 34(6), 430-437. <http://dx.doi.org/10-5271/sjweh.1289>

Kampmann, E. (2012). Socialisering og identitet. I I. Schrøder & K. S. Petersen (Red.), *Sociologi og rehabilitering* (1. utg., s. 109–124). København: Munksgaard.

Knapstad, M., Øverland, S., Henderson, M., Holmgren, K. & Hensing, G. (2014). Shame among long-term sickness absentees: Correlates and impact on subsequent sickness absence. *Scandinavian Journal of Public Health*; 42, 96-103.

<http://dx.doi.org/10.1177/1402494813500590>

Knardahl, S. (2010). *Sykefravær har årsak i individet, i virksomheten og i samfunnet*.

Lokalisert på: <http://www.stami.no/sykefravar-har-arsaker-i-individet-i-virksomheten-og-i-samfunnet>

Kristensen, P., Bjerkedal, T. & Irgens, L. M. (2007). Early life determinants of musculoskeletal sickness absence in a cohort of Norwegians born in 1967 – 1976. *Social Science & Medicine*, 64, 646-655. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.032>

Kristensen, P., Corbett, K., Mehlum, I. S. & Bjerkedal, T. (2012). Impact of aerobic fitness on musculoskeletal sickness absence 5 – 15 years later: a cohort study of 227 201 male Norwegian employees. *Occup Environ Med*, 69, 250–255. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2011-100144>

Kristensen, T. R., Jensen, S. M., Kreiner, S. & Mikkelsen, S. (2010). Socioeconomic status and duration and pattern of sickness absence. A 1-year follow-up study of 2331 hospital employees. *BMC Public Health*, 10, 643. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-643>

Kristensen, P., Mehlum, I. S. & Gravseth, H. M. (2012). Arbeid og yrke: Helsefremmende og helseskadelige faktorer. I J. H. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 152-169). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Kuoppala, J. & Lamminpää, A. (2008). Rehabilitation and work ability: A systemic literature review. *J Rehabil Med*, 40, 796–804. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0270>

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

Labriola, M. (2008). Conceptual framework of sickness absence and return to work, focusing on both the individual and the contextual level. *Work*, 30, 377-387. Lokalisert på: <https://iospress.metapress.com/content/93h05jh74u427870/resource-secured/?target=fulltext.pdf>

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

Lian, O. S. (2012). Å iscenesette en fortelling om helse: Vitenskapssosiologiske refleksjoner. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 231-250). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lie, S. A. (2009). Evaluering av tiltak for å redusere sykefravær. *Norsk Epidemiologi*; 19 (2): 153-160. Lokalisert på: <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/585/551>

Lynøe, N., Wessel, M., Olsson, D., Alexanderson, K. & Helgesson, G. (2013). Does feeling respected influence return to work? Cross-sectional study on sick-listed patient`s experiences of encounters with social insurance office staff. *BMC Public Health*, 13, 268. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-268>

Løvlund, B.-F. (2014, 29. mars). Her er trusselbrevet Nav har sendt til 4.000 sykemeldte hedmarkinger. *Østlendingen*. Lokalisert på: <http://www.ostlendingen.no/nyheter/her-er-trusselbrevet-nav-har-sendt-til-4-000-sykemeldte-hedmarkinger-1.8358774>

Magnussen, L. H., Strand, L. I. & Eriksen, H. R. (2009). Physical and Mental Functioning in Disability Pensioners with Back Pain. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17 (1), 37-47. <http://doi.dx.org/10.1080/105824508026722339>

Malterud, K. (2006). «Mener han, at somatiseringen er noe, jeg gjør?» En pragmatisk begrepsanalyse. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 3 (5). Lokalisert på: <http://www.mscand.dk/index.php/sygdomogsamfund/article/view/493/423>

-
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 23, 2356-2359. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.09.0828>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Maton, K. (2008). Habitus. I M. Grenfell (Red.), *Pierre Bourdieu: Key Concepts* (s. 49–65). Lokalisert på: <http://site.ebrary.com/lib/hedmark/Doc?id=10455628&ppg=58>
- McCluskey, S., Brooks, J., King, N. & Burton, K. (2011). The influence of “significant others” on persistent back pain and work participation: A qualitative exploration of illness perceptions. *BMC Musculoskeletal Disorders* 12, 236. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-12-236>
- Mehlum, I. S. (2011). Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 122-125. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.0665>
- Mik-Meyer, N. (2011). On being credibly ill: Class and gender in illness stories among welfare officers and clients with medically unexplained symptoms. *Health Sociology Review*, 20 (1), 28-40. <http://dx.doi.org/10.5172/hesr.2011.20.1.28>
- Mon, S. T. & Ingebrigtsen, T. B. (2014, 29. april). *Ikke si opp jobben hvis du er over 50 år*. Lokalisert på: <http://www.nrk.no/norge/eldre-advares-mot-sluttpakker-1.11688999>
- Morken, T., Haukenes, I. & Magnussen, L. H. (2012). Attending work or not when sick – what makes the decision? A qualitative study among car mechanics. *BMC Public Health*, 12, 813. Lokalisert på: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/813>
- Mykletun, A., Heradstveit, O., Eriksen, K., Glozier, N., Øverland, S., Mæland, J. G. & Wilhelmsen, I. (2007). Health anxiety and disability pensions award: The HUSK Study. *Psychosom Med.*, 71, 353-360. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31819cc772>
- Mæland, J. G. (2012). Sammenfattende årsaksmodeller for sosiale ulikheter i helse. I J. H. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, Ø. & Westin, S. (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 213-231). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nash, R. (2003). Social explanation and socialization: on Bourdieu and the structure, disposition, practice scheme. *The Sociological Review*, 51, 43-62.

<http://dx.doi.org/10.1111/1467-954x.00407>

Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010). *Folkehelse rapporten 2010: Helsetilstanden i Norge*. Rapport 2010:2. Lokalisert på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&&trg=Content_6649&Main_6157=6261:0:25,5532&MainContent_6261=6649:0:25,5535&List_6314=6327:0:25,5535&Content_6649=6259:84163::0:6340:1:::0:0

NHO (2014). *Sikrer fagarbeidere for fremtiden*. Lokalisert 22. mai, 2014, på:

<https://www.nho.no/Politikk-og-analyse/Kompetanse-og-utdanning/sikrer-fagarbeidere-for-fremtiden/>

Nilsen, G. & Elstad, I. (2006). Arbeid og verdighet. Pasienters fortellinger fra livet med langvarige smerter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 4 (2).

Norlund, A., Ropponen, A. & Alexanderson, K. (2009). Multidisciplinary Interventions: Review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med*, 41, s. 115–121. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0297>

Norlyk, A. & Harder, I. (2010). What Makes a Phenomenological Study Phenomenological? An Analysis of Peer-Review Empirical Nursing Studies. *Qualitative Health Research* 20(3), 420-431. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732309357435>

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 67, 2072–2078. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Nutbeam, D., Harris, E. & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories* (3. utg.). North Ryde: McGraw-Hill Australia Pty Ltd

Osler, M. & Andersen, A.-M. N. (2011). Livsforløp og helbred. I R. Lund, U. Christensen & L. Iversen (Red.), *Medicinsk sosiologi: sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred* (2. utg., s. 205-220). København: Munksgaard Danmark.

Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasesstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Prieur, A. (2006). En teori om praksis. I A. Prieur & C. Sestoft, *En introduction: Pierre Bourdieu* (s. 23-69). København: Hans Reitzels Forlag.

Regjeringa (2014). *Ny og forenklet IA-avtale for oppfølging av sykemeldte*. Pressemelding 04.03.2014, nr. 5. Lokalisert på:

http://www.regjeringen.no/nr/dep/asd/pressecenter/pressemeldingar/2014/Ny-og-forenklet-IA-avtale-for-oppfolging-av-sykmeldte.html?regj_oss=1&id=752430

Ree, E., Odeen, M., Eriksen, H. R., Indahl, A., Ihlebæk, C., Hetland, J. & Harris, A. (2013). Subjective Health Complaints and Self-Rated Health: Are Expectancies More Important Than Socioeconomic Status and Workload? *International Journal of Behavioural Medicine*, 21, 411-420. <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-013-9329-7>

Rod, N. H. (2011). Stress. I R. Lund, U. Christensen & L. Iversen (Red.), *Medicinsk sosiologi: sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred* (2. utg., s. 221-241). København: Munksgaard Danmark.

Rye, J. F. (2013). Mead, Berger & Luckmann og de signifikante andre. *Sosiologisk Tidsskrift*, 2,21, 169-189. Lokalisert på:
http://www.idunn.no/ts/st/2013/02/mead_berger_amp_luckmann_og_de_signifikante_andre?mostRead=true

Saltychev, M., Laimi, K., Pentti, J., Kivimäki, M. & Vahtera, J. (2014). Short- and long-term changes in perceived work ability after interdisciplinary rehabilitation of chronic musculoskeletal disorders: prospective cohort study among 854 rehabilitants. *Clinical Rehabilitation*, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215513513602>

Siegrist, J. & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58, 1463–1473.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00349-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00349-6)

Singh-Manoux, A. & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science & Medicine* 60, 2129–2133.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.070>

Skjegstad, A. (1976). *Skogbruk i Hedmark: Hedmark Skogselskap 1901 – 1976*. Elverum: Elverum Trykk A/S.

Slade, S. C., Molloy, E. & Keating, J. L. (2009). Stigma Experienced by People with Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Qualitative Study. *Pain Medicine*, 10 (1), 143-154. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00540.x>

Soklaridis, S., Ammendolia, C. & Cassidy, D. (2010). Looking upstream to understand low back pain and return to work: Psychosocial factors as the product of system issues. *Social Science and Medicine*, 71, 1557-1566. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.017>

Solem, P. E. (2012). *Ny kunnskap om aldring og arbeid*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA Rapport 6, 2012). Lokalisert på: [http://www.hioa.no/page/flexilist/\(orderBy\)/meta_published_dt/\(class\)/publication/\(filtertags\)/NOVA/\(publishing_year\)/2012](http://www.hioa.no/page/flexilist/(orderBy)/meta_published_dt/(class)/publication/(filtertags)/NOVA/(publishing_year)/2012)

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

Sterud, T. & Tynes, T. (2013). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for low back pain: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Occup Environ Med*, 70, 296-302. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2012-101116>

Stormberg (2014). *Samfunnsengasjement*. Lokalisert på: <http://www.stormberg.com/no/om-stormberg/om-stormberg/historikk/samfunnsengasjement/>

Strupstad, J. H. (2010). «*Uspesifikke kroniske smertetilstander satt i en biopsykosial sammenheng*» og «*Forskjeller mellom Hernes Institutt og Attføringscenteret i Rauland, to institusjoner innen arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Utvikling av subjektiv helse, egenopplevd funksjon og frykt for smerter like før, like etter og 3 måneder etter behandling.*» *En kvantitativ studie* (Masteroppgave, NTNU). Lokalisert på: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:405199/FULLTEXT01.pdf>

Svensson, T., Müssener, U. & Alexanderson, K. (2010). Sickness absence, social relations, and self-esteem: A qualitative study of the importance of relations with family, workmates, and friends among persons initially long-term absent due to back diagnoses. *Work*, 37, 187-197. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2010-1069>

Svensson, T., Müssener, U. & Alexanderson, K. (2006). Pride, empowerment, and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees.

Work, 27, 57-65. Lokalisert på: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=d254cb3f-db90-4618-a021-b04107905ee5%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4209&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009268903>

Sættem, L. S. & Stiles, T. C. (2008). Kroniske smerter. I T. Berger & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 590–616). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thagaard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2012). Helsesosiologi som forskningsfelt. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 15-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vingård, E., Alexanderson, K. & Norlund, A. (2004). Consequences of being on sick leave. *Scand J Public Health*, 32 (Suppl 63), 207-215.
<http://dx.doi.org/10.1080/14034950410021899>

Virtanen, P., Vahtera, J., Nakari, R., Pentti, J. & Kivimäki, M. (2004). Economy and job contract as contexts of sickness absence practices: revisiting locality and habitus. *Social Science & Medicine* 58, 1219-1229. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00291-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00291-0)

Vlasveld, M. C., Feltz-Cornelis van der, C. M., Bültmann, U., Beekman, A. T. F., Mechelen van, W., Hoedeman, R. & Anema, J. R. (2012). Predicting Return to Work in Workers with All-Cause Sickness Absence Greater than 4 Weeks: A Prospective Cohort Study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22: 118-126. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9326-0>

Vries de, H. J., Brouwer, S., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H. B. & Reneman, M. F. (2011). Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers` experiences. *BMC Musckuloskeletal Disorders*, 12, 126.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-12-126>

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

Waddell, G., Burton, A. K. & Kendall, A. S. (2008). *Vocational Rehabilitation: What works, for Whom, and When?* (Report for the Vocational Rehabilitation Task Group, TSO), London. Lokalisert på: <http://eprints.hud.ac.uk/5575/1/waddellburtonkendall2008-VR.pdf>

Wanvik, A.K. (2011). Sammenheng mellom Livserfaring og utvikling av langvarige muskelplager og fibromyalgia. En fenomenologisk livsverdenstudie av 5 kvinners livserfaringer i årene før de fikk diagnosen fibromyalgi. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1(7), 33–47. Lokalisert på: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/1825/1697>

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

Wel van der, K. A. & Dahl, E. (2012). Materialistiske og strukturelle forklaringer på sosiale ulikheter i helse. I J. H. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 266-285). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Werner, E. L. & Côte, P. (2009). Low back pain and determinants of sickness absence. *European Journal of General Practice*, 15, 74-79. <http://dx.doi.org/10.1080/13814780903051866>

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

Wertz, F. J., Charmaz, K., McMullen, L. M., Josselson, R., Anderson, R. & McSpadden, E. (2011). *Five Ways of Doing Qualitative Analysis*. New York: The Guilford Press.

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

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

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

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts* (2. utg.). WHO. Lokalisert på:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*, 17, 5, 577–604. Lokalisert på:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10932093/pdf>

Wold, B. & Samdal, O. (2012). Levevaner: Individuelle valg eller sosiokulturelle produkter? I J. H. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 83-95). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wormnes, B. & Manger, T. (2012). *Motivasjon og mestring: Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wynne-Jones, G., Buck, R., Porteus, C., Cooper, L., Button, L. A., Main, C. J. & Philips, C. J. (2010). What Happens to Work if you're Unwell? Beliefs and Attitudes of Managers and Employees With Musculoskeletal Pain in a Public Sector Setting. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 31-42. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-010-9251-7>

Wåhlin, C., Ekberg, K., Persson, J., Bernfort, L. & Öberg, B. (2012). Association Between Clinical And Work-Related Interventions And Return-To-Work For Patients With Musculoskeletal Or Mental Disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44: 355-362. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0951>

Ytterborg, H. (2013). *Utvikling av sykefraværet, 2. kvartal 2013*. Arbeids- og velferdsdirektoratet. Lokalisert på:

<https://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk>

Östlund, G., Cedersund, E., Alexanderson, K. & Hensing, G. (2001). «It was really nice to have someone» - Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scand J Public Health*, 29, 285–291.

<http://dx.doi.org/10.1177/14034948010290041401>

Øyeflaten, I., Hysing, M. & Eriksen, H. R. (2008). Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *J Rehabil Med*, 40, 548-554.

<http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0202>

Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M. & Eriksen, H. R. (2012). Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. – A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program. *BMC Public Health*, 12, 748. Lokalisert på:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/748>

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*, 37,

167-177. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2010-1067>

Vedlegg 1. Førstegangskontakt

Hei – dette er

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

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

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

Kunne du tenke deg å bidra med dine erfaringer?

Dersom de svarer nei så avsluttes samtalen.

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

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

De som ikke har vært i jobb den siste tiden, vil få spørsmål om det er greit at Linda Røset ringer for å gjøre en nærmere avtale.

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

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

Vedlegg 2. Intervjuguide

Fint om du kan starte med å si om du er kvinne eller mann, og alderen din. Hvor og hvordan bor du, og hvem bor du med?

1. Fortell om en vanlig dag i livet ditt slik som det er nå.
 - Hvilke rutiner har du?
 - Si litt om jobben din, hva gjør du, hvilke arbeidstider har du, hvor mange ansatte er det, hvilke utfordringer opplever du i jobben din, i hvor stor grad har du mulighet til å kunne påvirke arbeidsdagen din?
 - Har du noen faste oppgaver utenom jobb?
 - Hva skulle du gjerne hatt tid/mulighet til å kunne gjøre?
 - Hva gjør dine nærmeste, familie/venner på en vanlig dag?

2. Hvis du tenker tilbake, hva tror du var forklaringen eller årsaken til at du havnet utenfor arbeidslivet i utgangspunktet?
 - Hva tror du var årsaken til at plagene dine gjorde det så vanskelig å fortsette i jobb?
 - Kunne noe vært gjort annerledes for å hindre at du ble sykemeldt så lenge?
 - Hvordan opplevde du å være sykemeldt?
 - Hvordan påvirket sykemeldingen forholdet ditt til familien/venner og til arbeidsgiver og kollegaer?

3. Hvordan har det vært fra du ble sykemeldt første gang og frem til i dag?
 - Hva tror du var det viktigste i denne tiden?
 - Opplever du at noen har støttet deg og hvem eventuelt?

4. Fortell om hva du mener har vært og er avgjørende for at du er tilbake i arbeid i dag.
 - Hvilke erfaringer har du hatt med arbeidsgiver?
 - Hvordan ble du møtt av kollegaer da du kom tilbake i jobb?
 - Hvordan har du opplevd møtet med NAV?
 - Hvilken rolle tenker du at du selv har hatt i denne prosessen?

5. Kan du fortelle litt om oppholdet på Hernes Institutt / Hva husker du fra oppholdet på Hernes Institutt?

- Opplevde du at du forandret deg på noen måte
 - Hva var det som endret seg?
 - Opplever du at den endringen er noe som du fremdeles har med deg?
 - Hva opplevde du som det viktigste for deg under oppholdet?
 - Hvordan har/ på hvilken måte har den tingen påvirket deg?
6. Kan du fortelle hva som skjedde etter oppholdet?
- Hvordan ble du møtt av arbeidsgiver og kollegaer da du skulle tilbake i jobb?
 - Hvordan trives du på jobben din?
 - Hvilke erfaringer gjorde du deg med NAV?
7. I hvilken grad vil di si at oppholdet ved HERNES Institutt har påvirket hverdagen din nå i ettertid?
8. Er det noe mer du vil fortelle?
- Noen mer du vil tilføye på de tidligere spørsmålene?

Vedlegg 3. Forespørsel om deltakelse

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Veien tilbake til arbeid»

Dette er et prosjekt i forbindelse med masterstudie i Folkehelsevitenskap ved Høgskolen i Hedmark. Målet med studien er å få kunnskap om hva som oppleves som avgjørende for å komme tilbake til arbeidslivet. Hvilke erfaringer og opplevelser har vært viktige underveis og frem til i dag, tre år etter et opphold på rehabiliteringsinstitusjon.

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

Informasjonen du gir under intervjuet skal kun brukes som beskrevet i hensikt med studien. Alle opplysninger du gir behandles konfidensielt og uten navn. Etter at prosjektet er avsluttet 30. juni 2014, vil alle innsamlede data slettes.

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

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

Dersom du senere ønsker å trekke deg, eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Therese Otterlei på telefon 412 432 88 eller daglig ansvarlig for prosjektet Eivind Skille på telefon 624 300 54. Alle personopplysninger anonymiseres dersom du trekker deg fra prosjektet.

Vennlig hilsen

Therese Otterlei.

Vedlegg 4. Samtykkeerklæring

SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I STUDIEN.

Jeg har fått informasjon om studien og er villig til å delta. Deltagelsen er frivillig, og jeg vet at jeg når som helst, uten å oppgi grunn, kan trekke meg fra studien.

.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

.....

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 5. Vurderingsmelding REK

Fra: post@helseforskning.etikk.no [<mailto:post@helseforskning.etikk.no>]

Sendt: 10. oktober 2013 12:19

Til: Therese

Emne: Sv: REK sør-øst 2013/1730 Veien tilbake til arbeidslivet

Hei!

Viser til henvendelse mottatt 01.10.2013 vedrørende spørsmål om fremleggingsplikt til REK.

Prosjektbeskrivelse

Målet med studien er å få kunnskap om hva som oppleves som hindringer på vei tilbake til arbeidslivet. Hvilke erfaringer og opplevelser har vært viktige underveis og frem til i dag, tre år etter et opphold på rehabiliteringsinstitusjon.

Data samles gjennom intervju med 8-10 informanter som har vært på Hernes Institutt.

Spørsmålene ser ut som følger:

1. Fortell om hva du mener har vært og er avgjørende for at du er tilbake i arbeid i dag.
2. (Hvis du tenker tilbake) Hva tenker du er medvirkende faktor/årsak til at du havnet utenfor arbeidslivet i utgangspunktet?
3. Kan du fortelle litt om oppholdet på Hernes Institutt / Hva husker du fra oppholdet på Hernes Institutt?
4. Hva opplevde du som det viktigste for deg under oppholdet?
5. Kan du fortelle hva som skjedde etter oppholdet?
6. I hvilken grad vil di si at oppholdet ved Hernes Institutt har påvirket hverdagen din nå i ettertid?
7. Hvordan vil du beskrive prosessen fra du ble sykemeldt første gang og frem til i dag?
8. Er det noe mer du vil fortelle?

REKs vurdering

Slik prosjektet er beskrevet i fremleggingsvurderingen faller det utenfor REKs mandat. Bakgrunnen for dette er at prosjektet ikke har til hensikt å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom slik begrepene forstås i Helseforskningsloven.

Prosjektet er dermed ikke fremleggespliktig, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning fra REK.

Mvh.
Emil Lahlum
REK sør-øst

Vedlegg 6. Godkjenning NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

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

Vår dato: 22.10.2013

Vår ref: 35575 / 2 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.09.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 10.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35575	<i>Veien tilbake til arbeid. Hva er avgjørende for at den langtidssykemeldte kommer tilbake i arbeidslivet? - En kvalitativ studie av pasienters erfaringer 3 år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Eivind Åsrum Skille
Student	Therese Otterlei

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontoret / District Offices

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35575

Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at dato for anonymisering og prosjektslutt tilføyes. I tillegg må følgende setning omformuleres, da datamaterialet kan inneholde indirekte personidentifiserende opplysninger: "Alle opplysninger du gir vil bli behandlet uten navn eller være gjenkjennbart på noen måte." Vi foreslår: "Alle opplysninger du gir vil behandles konfidensielt og vil bli behandlet uten navn." Kontaktinformasjon til daglig ansvarlig (veileder), og informasjon om at personopplysninger anonymiseres dersom deltakere trekker seg, bør tilføyes.

Vi ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv til personvernombudet@nsd.uib.no.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Hedmark sine interne rutiner for datasikkerhet. Vi forstår det slik at direkte personopplysninger ikke knyttes til datamaterialet.

Prosjektet skal avsluttes 30.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, bosted, arbeidsplass, utdanning, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.