



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Anne Elisabeth Simensen

Livet som sykemeldt og veien tilbake til arbeid for langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager.

**Masteroppgave i rehabilitering og habilitering
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
Vår 2014**

Forord

En stor takk til prosjektleder Halvor Hanisch for at jeg fikk lov til å ta del i materialet knyttet til hans post.dok prosjekt «*Veien tilbake til arbeid - fortellinger, ressurser og velferdsstatens språk*». En stor takk går også til veileder Per K. Solvang for god veiledning, for inspirasjon og spennende faglige diskusjoner. Tusen takk til informantene, uten dere hadde ikke denne studien blitt realisert. Videre vil jeg takke «Fond for videre og etterutdanning av fysioterapeuter» for økonomisk støtte til masteroppgaven.

Fantastiske venner, kolleger og medstudenter har vist støtte, interesse, og forståelse gjennom hele prosessen. En stor takk til min kjære familie. Dere har vært tålmodige og gode støttespillere underveis. Tusen takk, dere har vært fantastiske!

Kongsberg mai 2014,
Anne Elisabeth Simensen

ENGLISH SUMMARY

The purpose of this study is to look at various factors that can increase the chance of returning to work for long-term sick with neck- and back problems. The data in my thesis is from the postdoc-project of Halvor Hanisch, "Back to work - stories, resources and the welfare state language". The research question of the thesis is: *"How do people on long term sick leave with neck and back pain experience the relationship between work and health in a process whose goal is to return to the workplace?"* The research question is based on the reflections from the informants. Four subtopics are investigated: How the informants experience being on sick leave, thoughts about returning to work and the motivation for doing so, the resources that are important in the process and reflections related to the effect of the situation on identity and self image/self esteem.

The study has a qualitative approach, using a phenomenological hermeneutic approach and the data is analyzed by systematic text condensation. The study is based on narrative interview data from 10 informants, 7 women and 3 men. The common denominators of the informants are that they were under 60 years old, they had chronic neck and back pain and had been on long-term sick for more than six months.

The findings contribute to a better understanding of the experiences long term sick workers with neck- and back pain have, related to returning to work. Being on sick leave was described as an interruption in life. The informants' willingness to participate in the labor market appears to be strong. The support from the work place, NAV, health care professionals and family is an important factor, which creates a sense of coherence. Working is assigned a considerable value and is closely linked to self esteem and identity. Choosing to fight for important values can give a sense of coherence and meaning in life. Returning to work after a long sick leave due to neck- and back problems is a complex process that requires a broad and individually tailored approach. Support, acceptance and minimal bureaucracy will limit the risk of draining energy and motivation, which is important in a successful approach to the issue of long term sick leave. The findings in the study confirm and expand the knowledge that has been established by previous work in the field of positive self efficacy and the importance of social support.

Keywords: Illness narratives, sense of coherence, empowerment, identity

SAMMENDRAG

Hensikten med denne masteroppgaven er å se på prosessen med å komme tilbake og fortsette i arbeidslivet for langtidssykemeldte med nakke- og rygg plager. Datamaterialet i masteroppgaven min er hentet fra postdok-prosjektet til Halvor Hanisch «Veien tilbake til arbeid - fortellinger, ressurser og velferdsstatens språk». Problemstillingen «*Hvordan erfarer langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet?*» belyses gjennom fire forskningsspørsmål knyttet til de refleksjonene som informantene har i forhold til det å være langtidssykemeldt, tanker informantene har rundt det å komme tilbake til arbeidslivet, hvilke ressurser som fremstår som viktige for å komme tilbake i arbeid samt tanker rundt endringer av identitet og selvforståelse.

Studien min har en kvalitativ tilnærming. Det er anvendt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, og data er analysert ved systematisk tekstkondensering. Studien bygger på narrative intervju fra 10 informanter: syv kvinner og tre menn. Alle informantene var under 60 år, hadde kroniske nakke- og ryggplager og hadde vært langtidssykemeldte i mer enn seks måneder.

Funnene i studien bidrar til en økt forståelse knyttet til hvilke erfaringer langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager har i forhold til det å kunne komme tilbake i arbeidslivet. Det å være langtidssykemeldt ble beskrevet som et avbrudd i livet. Den enkeltes egen vilje til å kunne delta i arbeidslivet var sterk hos informantene. Støttespillere i arbeidslivet, NAV, helsevesenet og hjemme var viktig og gav en opplevelse av sammenheng. Det å kunne være i jobb ble tillagt høy verdi og hadde stor betydning for deres selvfølelse og identitet. Å velge å kjempe for de verdier som settes høyt kan gi en opplevelse av sammenheng og mening i tilværelsen. Å komme tilbake til arbeid etter langtidssykmelding for personer med nakke- og ryggplager er resultat av komplekse forhold og det er behov for en bred og individuell forståelse. Støtte, anerkjennelse samt en ikke-byråkratisk prosess som ikke i seg selv tapper krefter og ødelegger optimismen, er viktig i håndteringen av sykemeldte. Funnene i studien bekrefter og utvider kunnskapsgrunnlaget som tidligere forskning har etablert om egen positiv mestringstro og den sosiale støttenes betydning.

Nøkkelord: Sykdomsnarrativer, opplevelse av sammenheng, empowerment, identitet.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
ENGLISH SUMMARY	3
SAMMENDRAG	4
1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for oppgaven	6
1.2 Tidligere forskning	8
1.3 Hensikten med prosjektet	11
1.4 Problemstilling	12
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	13
2.1 En biopsykososial forståelsesmodell på sykdom, helse og livskvalitet	13
2.2 Definisjon og forekomst av nakke- og ryggsmarter	15
2.3 Identitet og arbeid	15
2.5 Salutogenese	17
2.6 Opplevelse av sammenheng	19
2.7 Empowerment	21
2.8 Sykdomsnarrativer	23
3.0 METODE	25
3.1 Beskrivelse av design, materiale og metode	25
3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted og metode	25
3.2.1 <i>Fenomenologi</i>	25
3.2.2 <i>Hermeneutikk</i>	27
3.3 Min forforståelse som forsker	28
3.4 Etikk	28
3.5 Veien til informantene	29
3.6 Om informantene	30
3.7 Gjennomføring av intervjuene	31
3.8 Beskrivelse av den analytiske prosessen	32
3.9 Validitet og reliabilitet	36
4.0 PRESENTASJON AV FUNN OG DISKUSJON	39
4.1 Sykdomsfortellinger	41
4.2 NAV, Arbeidsgiver og Lege	48
4.3 Familie og nettverk	56
4.4 Identitet og anerkjennelse	60
5.0 OPPSUMMERING	66
REFERANSER	70
Vedlegg 1	74
Vedlegg 2	77

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Muskel- og skjelettlidelser, som nakke- og ryggplager er en delgruppe av, står for 36,4 prosent av alle sykefraværstilfeller i Norge (NAV 2013). Det er både fysiske og psykososiale forhold som er årsaker til sykefravær ved muskel- og skjelettplager. Fysiske faktorer knyttes først og fremst til fysisk tungt og manuelt arbeid, uhensiktsmessige stillinger og belastende bevegelser. Men også stillesittende kontorarbeid kan være en årsak. Psykososiale faktorer knyttes til jobbtilfredshet, kontroll over egen arbeidssituasjon, sosial støtte og innflytelse på egen arbeidssituasjon. Blant menn er det spesielt mange som blir sykemeldt under diagnosegruppen muskel- og skjelettlidelser (46,4 %). Denne diagnosen er også den vanligste for kvinner (36,8 %), men blant kvinner er det også mange som får diagnoser innen psykiske lidelser (20,7 %). 17,2 prosent av sykemeldte menn har psykiske lidelser som diagnose (ibid). Det høyeste sykefraværet finner man i helse og sosialtjenester, mens det laveste er i olje og gassutvinning (Ose et al. 2013). Hvis man ønsker å redusere sykefraværet, er med andre ord denne diagnosegruppen viktig å forstå.

Et tiltak har vært ordningen Raskere tilbake (RT), som kan hevdes å være den største satsningen noensinne i Norge for å redusere sykefraværet (Aas et al 2011). Raskere tilbake ordningen ble etablert av regjeringen i 2007 (ibid) og hensikten med den er å få arbeidstakere som er sykmeldt, eller står i fare for å bli det, raskere tilbake i jobb. Fra oppstarten i 2007 til 2011 ble det bevilget 3,571 milliarder kroner (ibid). Tiltaket har tidligere vist seg å bare gi 4,3 dager reduksjon i sykefravær pr. arbeidstaker (Skarpaas et al. 2013) Studien til Skarpaas beskriver hvilke erfaringer og oppfatninger ulike typer eksperter og aktører har på oppfølging av sykmeldte, etter fem år med Raskere tilbake ordningen. For dårlige modeller for samhandling mellom de tre hovedaktørene arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten var hovedfunnene i evalueringen av prosjektet (ibid). De sykmeldte og deres erfaringer med de tre nevnte aktørene er også interessant for å kunne vurdere eller forbedre ordningen av denne typen.

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA) er et annet og noe eldre tiltak knyttet til sykefraværshåndtering. Målet med IA var å forebygge og redusere sykefraværet og skape et arbeidsliv med plass til alle som kan og vil arbeide. IA-avtalen er en avtale mellom arbeidstagere, arbeidsgivere og staten, og ble inngått første gang i 2001. 26 prosent av Norges bedrifter er med i avtalen, der de fleste er offentlige (Ose et al. 2013). Dette er i hovedsak store virksomheter som sysselsetter nesten 60 prosent av landets lønnsnetttagere (ibid). I to år har Skandinavias største uavhengige forskningskonsern, SINTEF, evaluert avtalen om inkluderende arbeidsliv i Norge (ibid). Rapporten deres viser at mange går sykmeldt til tross for at de egentlig har helse til å jobbe. Siden innføringen av IA-avtalen i 2. kvartal 2001 har det totale sesongjusterte sykefraværet gått ned med 12,3 prosent (NAV 2013). Selv om sykefraværet nå er lavere enn i 2001, har man ikke nådd målet om at det skal være på under 5,6 prosent. Det totale sesongjusterte sykefraværet i 3. kvartal var 6,3 prosent (ibid). Avtalen har ikke fått flere med funksjonshemninger inn i arbeidslivet. IA-avtalen koster staten minst én milliard kroner i året uten at avtalens målsetning om å redusere sykefraværet er nådd. Tall fra Arbeids- og velferdsforvaltningen, NAV (2013), viser at 6,6 prosent av befolkningen var sykmeldt i løpet av årets første tre første måneder. Igjen ser vi et kostbart tiltak som ikke har gitt de resultatene man hadde ønsket seg, og man kan reise spørsmålet om kunnskapsgrunnlaget når det gjelder sykefravær og prosessen med å komme tilbake i jobb er tilstrekkelig. Undersøkelser viser allikevel at alle aktører involvert i sykefraværarbeidet har tro på at gradert sykemelding er et godt tiltak. Det anses å ha positive effekter for både den sykemeldte, kolleger og arbeidsgiver, fordi den sykemeldte opprettholder jevnlig kontakt med arbeidsplassen gjennom å være noe på arbeid. Forskningsrapporten til SINTEF (Ose et al. 2013) viser dessuten at det eneste tiltaket man har dokumentert at virker for å få ned sykefraværet, er å jobbe noen dager i stedet for å være borte hele uken. Grunnen er ifølge forskerne at man blir friskere av å være litt i jobb, at risikoen for å falle helt utenfor arbeidslivet synker, og at det har disiplinerende effekter.

Som de foregående avsnittene beskriver, er sykefraværet i Norge fortsatt uønsket høyt. Tiltakene som har vært satt i verk er bare delvis tilfredsstillende og mer innsikt i problemstillingene knyttet til sykefravær er viktig for å komme fram til bedre tiltak og over tid få en reduksjon i fraværet. I denne oppgaven skal jeg fokusere på en diagnosegruppe og se på den fra en spesifikk synsvinkel, nemlig de sykmeldtes egen opplevelse. Jeg skal forsøke å finne ut hvordan langtidssykmeldte med nakke- og ryggplager erfarer forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet. Dette kan være med på

å styrke bredden i forskningsfeltet når det gjelder arbeidsliv og helse. Dersom mer kunnskap om tilbakekomst til arbeidslivet etter sykmelding viser hvilke erfaringer som finnes, kan det arbeides forebyggende og helsefremmende gjennom å sette ressurser og fokus inn mot å støtte opp under disse erfaringene hos de som er sykemeldt, og ikke minst for å forebygge at folk blir langtidssykemeldt

1.2 Tidligere forskning

Det finnes en del tidligere forskning som i ulik grad er relevant for problemstillingen i min oppgave. For å få oversikt over tidligere forskning på feltet, har jeg utført elektronisk søk i databasene Medline og Swemed. Videre har jeg gjort søk på enkeltartikler i tidsskriftsdatabasene Journal of Occupational Rehabilitation og Tidsskriftet Fysioterapeuten. Nøkkelord ved søkene var: “low back pain”, “long-term sick workers”, “return to work” og “sick leave”. Jeg har også brukt pensum fra masterstudiet, referanselister fra aktuelle bøker, samt litteratur etter tips fra veileder og kolleger.

De siste årene er det forsket endel på mestring av sykdom, helsefremmende arbeidsmiljø, tverrfaglig rehabilitering og friskfaktorer knyttet til tilbakekomst til arbeidslivet etter langtidssykemeldinger (Lillefjell & Jakobsen 2007), og forklarende faktorer for tilbakekomst til arbeidslivet etter rehabilitering (Landstad et al. 2009; Lillefjell et al. 2006). En litteraturstudie av forskning på pasienter med ikke-kroniske ryggplager (Iles et al. 2008) viser at forventninger – altså om sykmeldte selv ser for seg at de kommer tilbake i arbeid – er den klart sterkeste psykososiale predikatoren. En kunnskapsoppsummering publisert i Journal of Physiotherapy (Hallengraef 2012) viser at mennesker som ikke har tro på bedring av sine akutte rygg smerter ligger dårlig an med tanke på tilbakeføring i jobb. Forfatterne i kunnskapsoppsummeringen konkluderte med at mennesker med en negativ bedringsforventning har dobbelt så stor risiko for å bli langtidssykemeldte sammenlignet med de med en positiv bedringsforventning.

I studien til Shaw og Huang (2005) så de på hvilke bekymringer og forventninger langtidssykemeldte med ryggplager hadde når det gjaldt tilbakekomst til arbeid. De fant ut at arbeidere med korsrygg smerter var usikre på hvordan de kunne klare å håndtere sin egen tilstand best mulig på arbeidsplassen til tross for tidligere helsetiltak. Arbeiderne var også bekymret for hvilken virkning ryggsmertene hadde mht. jobbsikkerhet og fremtidig

arbeidsevne. I tillegg registrerte forskerne bekymring for hvordan ryggsmertene ble sett på av deres ledere og medarbeidere, samt at de sykmeldte følte behov for å rettferdiggjøre sin tilstand med en medisinsk diagnose. Det å komme tilbake til arbeid for langtidssykemeldte med ryggplager innebærer altså ikke bare bekymringer om smerte og re-skader, men også bekymring om evne til å utføre fysiske oppgaver, møte rolleforventninger, støtte på arbeidsplassen og å kunne opprettholde jobben. De samme funnene ble også gjort i studien til Coole (2010) der hovedmålet for intervjuene var at hver deltaker kom med sine individuelle erfaringer om hvordan det var å være i jobb med ryggsmertene.

Landstad et. al (2009) undersøkte faktorer som påvirker tilbakekomst til arbeidslivet for langtidssykemeldte i Norge. Hovedfunnene var at tidligere arbeidserfaring, alder, nærmeste familie og innflytelse over egen rehabiliteringsprosess er faktorer som kan forklare om folk som er langtidssykemeldte kommer tilbake i arbeid. Individuelle faktorer som kjønn og diagnose var derimot ikke forklarende faktorer når det gjaldt å komme tilbake til arbeidet. Erfaring og kontakt med hjelpeapparatet utenifra, hadde liten betydning i forhold til å komme tilbake til arbeidet (ibid). Det er interessant å merke seg at jevnlig kontakt med NAV viste å ha en negativ effekt på sannsynligheten for å gå tilbake til arbeid. Studien viste at noen av de langtidssykemeldte fokuserte mer på hvordan sykdommen ble forvaltet enn på retur til arbeid. Målet var ikke lenger å gå tilbake til arbeidet, men å leve på økonomisk støtte fra NAV.

Lillefjell og Jakobsen (2007) synliggjør viktige elementer i rehabiliteringsprosessen for pasienter med muskel- og skjelett plager i sine studier. Det gjelder spesielt betydningen av å styrke fysiske, emosjonelle og kognitive motstandsressurser og ferdigheter i ulike aspekter av dagliglivet, og i ulike kontekster. Det ble funnet en sterk korrelasjon mellom opplevd sammenheng (Sense of coherence, SOC) på den ene siden og angst og depresjon på den andre. Det ble imidlertid ikke funnet noen likhetstrekk mellom opplevelse av sammenheng (SOC) og arbeidsdeltagelse. Arbeidsevnen hos utvalget økte i løpet av rehabiliteringsperioden. Alder, søvnproblematikk, kognitiv funksjon, generell helse, smerteopplevelse og angst var de sterkeste predikatorene for om man kom tilbake til arbeid eller ikke (Lillefjell et al. 2006). De empiriske funnene i disse studiene fremhever kompleksiteten i temaet, samt betydningen av en tverrfaglig rehabiliteringstilnærming med fokus på sosio-demografiske forhold, emosjonelle problemer, kognitiv funksjon, fysisk kapasitet, søvnproblematikk og generell helse.

Forskning gjort ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) i 2008 avdekket at individ- og arbeidsmiljøfaktorer var av betydning for sykefravær og uførepensjon, og sammenhengene mellom disse (Foss og Skyberg 2008). Både fysiske og psykososiale arbeidsmiljøbelastninger hadde uavhengige bidrag til manglende arbeidsdeltakelse. Den sosiale gradienten var sterk, og forskerne konkluderte med at forebyggende tiltak burde settes inn mot ufaglærte og grupper med lav utdanning. Forskerne antydet at det var tendens til arvelighet, fra foreldre til barn, i det å bli sykemeldt eller ufør. Dermed kan også sykefraværet ha noe med holdninger å gjøre. De ulike forskningsresultatene indikerer at det er sammensatte faktorer som kan forklare årsaker til sykefravær og hvorvidt personer kommer tilbake til arbeidslivet etter langtidssykmelding eller ikke.

Friskfaktorer og nærværsfaktorer er relativt nye begrep innen forskning på arbeidsliv og helse. I et prosjekt i Sverige ble en friskfaktor definert som en faktor som forekommer i det enkelte menneskets arbeidsmiljø og dets totale livsmiljø og livsmønster, og som gir individet forutsetninger for å fungere optimalt, utvikle seg og ha det bra i arbeidslivet (Abrahamsson et al. 2003). Gjennom prosjektet «*Friskfaktorer i arbetslivet*» ønsket forskere å belyse ulike aspekter ved begrepet friskfaktorer (ibid). Det ble blant annet gjennomført et pilotprosjekt i syv bedrifter hvor de ansatte selv skulle definere hva de så på som friskfaktorer og det ble kategorisert faktorer på individ, gruppe og organisasjonsnivå. Faktorer på individnivå var for eksempel tid for seg selv, personlig utvikling, fungerende ekteskap/samboerskap, at det gikk bra for barna og å kunne omgås familie. Faktorer i arbeidsgruppen var for eksempel rask kommunikasjon, ærlighet, arbeidsdisiplin, humor og å trives sammen. På organisasjonsnivå ble blant annet kort beslutningsvei, tydelige retningslinjer og balanse mellom krav og ressurser sett på som viktige forutsetninger for at enkeltpersoner skulle fungere optimalt, utvikle seg og ha det bra i arbeidslivet.

Ønsket om å komme tilbake i arbeidslivet for langtidssykemeldte kan handle om ulike behov. Det kan være et behov for å ha en jobb, et behov for å mestre eller å ha et behov for å tilhøre det sosial fellesskapet på arbeidsplassen. Lønningdal et al. (2010) har sett på hvilke holdninger og kulturer i virksomheter som kan være med å påvirke nærvær og fravær på arbeidsplassen. Det ble identifisert fire ulike situasjoner som kunne si noe om holdninger og kultur hos de ansatte. Det ligger til grunn for oppgaven at sykefraværet drives av disse følgende fire situasjonsspesifikke prosessene:

1. På jobb uten helseplager – holdninger og kultur med fokus på helsefremming, forebygging, verdsetting, tillit, likeverd og løsninger. Trivsel, sosial omgang og høyt jobbengasjement
2. På jobb på tross av helseplager – holdninger og kultur som er ivaretagende og støttende og som har takhøyde, åpenhet og tilretteleggingsfokus. Vekt på verdsetting, tillit, likeverd og løsninger
3. Hjemme uten helseplager – holdninger som er preget av lav arbeidsmoral, mistillit, ansvarsfraskrivelse og hvor egenmelding sees på som en rettighet.
4. Hjemme med helseplager – holdninger og kultur som er ivaretagende og støttende uten å være preget av nærværspres og mistillit.

Som vi ser, finnes det en del forskning, men ettersom sykefraværet fremdeles er høyt, er det nødvendig å fortsette arbeidet med å kartlegge disse årsakene. Gjennomgang av tidligere litteratur indikerer at det trengs mer forskning på konkrete faktorer som fører til nærvær på arbeidsplassen blant langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager.

Hva er de helsefremmende faktorene, og i denne sammenhengen hva er det som kan føre til arbeidsnærvær? Tidligere forskning har tradisjonelt hatt mer fokus på diagnostikk og behandling av helseplagene enn på hvilke ressurser som bidrar til at langtidssykemeldte kommer tilbake i arbeid. I nyere forskning ser man et skifte av fokus fra å fokusere på årsaker til fravær og negative forhold, mot ressurser og det som kjennetegner forhold der arbeidsdeltakelse opprettholdes. Min studie er et bidrag til å fortsette denne litt nyere, men veldig viktige, innfallsvinkelen

1.3 Hensikten med prosjektet

Som nevnt ovenfor fokuserer forskning på sykefravær ofte – og ikke uten grunn – på årsaker til fravær. Det aktuelle prosjektet, som min mastergradsoppgave er integrert i, undersøker imidlertid prosesser som leder til deltakelse og nærvær. Prosjektet er et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus (OUS) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Gjennom narrative intervjuer med langtidssykemeldte, med ulik grad av nakke- eller ryggmerter kartlegges enkeltpersoners «yrkeslivsbiografi», altså deres erfaringer med arbeidsliv, deres erfaringer med det nåværende sykefraværet, og deres bilder av en fremtid i (eller evt. utenfor) arbeidslivet. Hva det er som gjør at langtidssykemeldte personer med nakke- og ryggplager

kan komme tilbake og fortsette i arbeidslivet igjen? Hva oppleves som viktig for å etablere bilder av en fremtidig arbeidssituasjon?

1.4 Problemstilling

I denne oppgaven er jeg spesielt opptatt av å belyse hva som er av betydning for at langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager kommer tilbake i jobb og følgende problemstilling ønskes besvart:

«Hvordan erfarer langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet?»

Problemstillingen er videre konkretisert i følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan kommer informantenes historier om usikkerhet, kaos eller forstyrrelser til uttrykk?
- Hvilke egne bilder har informantene av en fremtidig arbeidssituasjon?
- Hvordan opplever informantene endring av identitet og selvforståelse gjennom periodene som sykemeldte?
- Hvilke ressurser fremstår som viktige for å kunne komme tilbake i arbeid for informantene.

For å besvare disse spørsmålene har jeg innledningsvis valgt å presentere tidligere forskning som har blitt gjort på området. Deretter presenteres teorier som ligger til grunn for studien. Her vil jeg redegjøre for oppgavens teoretiske forståelsesramme samt sette problemstillingen i en bredere faglig sammenheng. Så følger en beskrivelse av den metodiske tilnærmingen som er benyttet for å besvare oppgavens problemstilling. Deretter kommer presentasjon av funn med tilhørende diskusjon sett i forhold til problemstillingen. Oppgaven avsluttes med en oppsummering. Litteraturliste finnes i slutten av dokumentet.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Innledningsvis vil forståelsen av sykdom, helse og livskvalitet defineres. En biopsykososial forståelsesmodell bringes inn og defineres. Deretter forklares begrepet nakke- og ryggmerter. Videre beskrives vår identitet og hvordan den i stor grad knyttes opp mot arbeidet vårt i dagens samfunn. Mestring av ulike påkjenninger krever ulike tilnæringsstrategier. Her bringes en salutogen orientering inn. Sense of coherence og empowerment er valgt som utgangspunkt for mestringsteori. Til slutt klargjøres forståelsen av sykdomsnarrativer.

2.1 En biopsykososial forståelsesmodell på sykdom, helse og livskvalitet

Verdens helseorganisasjon (1948), WHO, definerer helse som «en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakhet». Denne definisjonen sier altså at helse ikke bare blir oppnådd ved å forebygge, unngå eller behandle problemer. Helse skapes også ved helsefremmende holdninger og handlinger og styrker fysisk, psykisk og sosialt velvære.

De siste årene har man i økende grad benyttet en biopsykososial modell for forståelse av sykdom, helse og livskvalitet innen folkehelse og rehabiliteringsfeltet. Den biopsykososiale modellen ble lansert av den amerikanske indremedisinen og psykiateren George L. Engel i en artikkel han publiserte i Science i 1977 (Imrie 2004). Den biopsykososiale forståelsesmodellen innebærer blant annet en erkjennelse av at smerteopplevelsen påvirkes av et komplekst samspill av både biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Det store gjennomslaget for den biopsykososiale modellen kom da WHO på begynnelsen av 80-tallet lanserte funksjonsklassifiseringssystemet ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (ibid). Man ønsket en blanding av den medisinske modellen, som så på funksjonshemming som et biologisk problem, og en sosial modell, som så på funksjonshemming som et sosialt problem, forårsaket av negative holdninger og/eller manglende tilrettelegging fra samfunnets side.

Imrie (2004) beskrev den biopsykososiale forståelsesmodellen som en måte å få integrert den medisinske tilnærmingen i en mer holistisk forståelse av helse og funksjonshemming. Dette er en modell som kan anvendes på en flerdimensjonal måte. Den kan både beskrive enkeltindividets individuelle ressurser og begrensninger, samt dets roller i sitt nærmiljø og i samfunnet. Både individet og samfunnet samt relasjonen mellom individ og samfunn blir fokus (Conradi og Hendriksen 2004). Ut fra den biopsykososiale modellen kan en både arbeide med å stimulere til endring hos enkeltindividet, jobbe med endring av holdninger og krav i samfunnet, samt se de ulike faktorene i en helhetlig sammenheng (ibid).

Den biopsykososiale modellen bygger på en integrering av to klart ulike forståelsesmodeller av funksjonshemming, den sosiale og den medisinske modellen. Ønsket om et sammenhengende grunnsyn ut fra et biologisk, individorientert og samfunnsmessig perspektiv framholdes (Conradi og Hendriksen 2004). I en artikkel i tidsskriftet «*Perspectives in Biology and Medicine*» i kritiserer Schwartz og Wiggins (1985) Engels biopsykososiale modell blant annet for mangel på presisjon, og for i liten grad å gi retningslinjer for pasientbehandling. De mener modellen er så vag at alle aspekter av menneskelivet kan bli inkorporert. I medisinsk litteratur brukes den på den ene siden for å uttrykke en bred og «helhetlig» tilnærming til pasienten. På den andre siden for å henvise til at enten årsaksforhold og/eller konsekvenser av sykdom og funksjonshemming betraktes som sammensatt av både biologiske, psykologiske og sosiale forhold.

Den biopsykososiale forståelsesrammen som er lagt til grunn i denne oppgaven representerer en helhetlig tenkemåte i forhold til hvordan sykdom oppstår og hva som påvirker helsen til den enkelte. Modellen viser viktige faktorer og systemer i helseutvikling, og inneholder både biologiske, sosiale, psykologiske og miljømessige faktorer og systemer som kan forklare helseutvikling. Gjennom den helhetlige tenkningen fører modellen til et økt fokus på forebygging. Helsefremmende arbeid har i de 10-15 siste år fått mer fokus blant behandlende profesjoner i Norge, og tankegangen er at det skal fokuseres mer på hvordan mennesker best mulig kan bevare og fremme helsen gjennom livet, mer enn å fokusere på sykdom og å forebygge denne. Ved å gå i dybden på informantenes beskrivelser av egen opplevelse av det å være langtidssykemeldt, søker denne studien å nærme seg en helhetlig forståelse av hva som kan føre til nærvær på arbeidsplassen for de som er langtidssykemeldte.

2.2 Definisjon og forekomst av nakke- og rygg smerter

Nakkesmerter er et svært utbredt og er angitt med en forekomst hos 30-50% av den voksne befolkningen i løpet av et år (Ihlebak og Lærum 2004). I den vestlige verden vil 80-90% av befolkningen en eller flere ganger i livet oppleve rygg smerter av en slik grad at det blir til hinder for vanlig aktivitet (Lærum et al. 2007). Korsryggssmerter med og uten nerverotsaffeksjon er den lidelsen som er mest utbredt i Norge (ibid). Siden nakke- og ryggplager ofte fører til fravær fra arbeid, er konsekvensene for den enkelte og for samfunnet store. Nakke- og rygg smerter koster samfunnet og den enkelte som rammes, betydelig i form av bruk av helsetjenester, sykefravær og produksjonstap (Soldal 2008). Nakke- og rygg smerter residiverer ofte, og for en som har disse smerter kan det være gradvis overganger mellom gode perioder og tilbakefall med varierende smerteintensitet og varighet. Nakke- og ryggplager gir hyppigst arbeidsmessige begrensninger hos personer mellom 30-50 år, men plagene er til stede på ulike tider i livet til den enkelte som rammes (ibid).

International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som subjektiv og som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (Rashiq 2008). Smerte er altså en opplevelse som kan ha andre årsaker enn vevsskade. Årsaken til uspesifikke nakke- og ryggplager kan være multifaktorielle. Påvirkning av psykiske, sosiale og kulturelle faktorer kan føre til at smertene blir langvarig og tilbakevendende selv om mulige primære biologiske årsaker etter hvert har mindre betydning. En del faktorer som røyking, betydelig overvekt, mye løfting, vridning, ensformig arbeid, samt mistrivsel i jobbsituasjonen er vist å henge sammen med økt rapportering av symptomer (Soldal 2008). Nakke- og rygg smerter blir omtalt som kronisk smerte når de har vedvart i mer enn tre måneder.

2.3 Identitet og arbeid

Arbeid og deltakelse i arbeidslivet i den vestlige verden er nært forbundet med spørsmålet om man lever og handler slik man etter allmenn oppfatning bør gjøre. Vår identitet er i stor grad knyttet opp mot arbeidet. Vi tilbringer opp mot 1/3 av livet på jobb og i denne tiden bygger mange sin identitet rundt utdannelse og yrkestitler. Det gir mening å jobbe, og man er en del

av et felleskap. Arbeidssosiologisk forskning viser at arbeidsliv og selvoppfattelse er nært knyttet sammen (Hochschild 1997). Å bli anerkjent er en viktig del av personlighetsutviklingen og synet på seg selv, og utvikles i møte med andre. Dette gjelder i alle faser av livet og arbeidslivet er en viktig arena for dette for voksne mennesker.

Verdien av å være i arbeid bekreftes av en studie fra USA der informantene opplevde det å være sykemeldt som stigmatiserende. Informantene oppfattet at samfunnet omkring så på dem som mer verdifulle ved yrkesaktivitet, og at det ble stilt spørsmål om sykdommens gyldighet for sykemelding (Shaw et al. 2002). I en studie fra Vidman (2007) fortalte flere informanter som hadde vært sykemeldt over lengre tid om hvordan de ofte plagdes av frykt for å bli stemplet som late snyltere og personer med lav arbeidsmoral. Det å være langtidssykemeldt kan sånn sett være med å påvirke den sykemeldtes identitet.

Identiteten vår er stadig mer avhengig av at man har arbeid og hva slags arbeid man har. Hvem som blir langtidssykemeldt har vist å ha en sterk sammenheng med utdanning, klassetilhørighet og arbeidets art (Bliksvær og Seierstad 2001). Personer med høy utdanning, eller som har prestisjefulle jobber med høy lønn, er lite borte fra jobben selv om de sliter med helseproblemer, mens personer med lav utdanning i underordnende stillinger med lav lønn er oftere borte fra jobben pga. helseproblemer (ibid).

Ettersom informantene har ervervede funksjonsproblemer (nakke- og ryggplager) tar oppgaven utgangspunkt i den engelske sosiologen Mike Burys arbeider om kronisk sykdom og funksjonshemming som «biographical disruption» (Bury 1982). Han fremhever tre aspekter ved kronisk sykdom og funksjonshemming: (1) Hvordan livet og kroppen mister forutsigbarheten og ikke lenger kan tas for gitt på samme måte. (2) Hvordan helseplager kan forstyrre vår forståelse av våre egne liv. (3) Hvordan denne forstyrrelsen leder til mobilisering/ikke mobilisering av individuelle ressurser, muligheter for rehabilitering, sosiale nettverk, inntektssikring, sosiale rettigheter etc. I tråd med Burys arbeider tar oppgaven utgangspunkt i at sykdom (og sykefravær) ikke bare påvirker forståelsen av «her og nå», men hele vår forståelse av oss selv og vår biografi.

I boken «*Disrupted lives*», snakker Becker (1999), om en forstyrrelse som hun knytter til en forklaring om de forventningene alle individer i samfunnet har til livet sitt. Det er forventninger knyttet til hver fase av livet. I den vestlige verden har man ofte idéer om et

lineært livsløp (ibid). Det er klare oppfatninger i samfunnet rundt oss om hvordan de ulike periodene av livet skal leves. Livsløpet bidrar til at man selv, men også omgivelsene ser på livet som en kontinuitet (ibid). Livet er kontinuiteten gjennom endringer som vekst og utvikling, sykdom, kriser, alderdom og døden. Når disse forventningene om livet ikke innfris, oppstår det indre kaos og avbrudd. Da blir det viktig å gjenopprette en mening for å finne en forståelse av seg selv og verden igjen.

Becker (1999) omtaler avbrudd både som samfunnsmessig og individuelt. Hun ser på hvordan kvinner og menn tolker endringer. Hva var det som motiverte eller provoserte dem til å endre, og hvilken effekt fikk disse endringene på deres identitet? Bruddene handler om hvordan mennesker som eksempelvis erfarer sykdom, ulykker og kriser, håndterer dette i forhold til et forventet livsløp. For mennesker som opplever brudd, handler det om å gjenskape en sammenheng som gir mening til det livet som skal leves etter bruddet. Livsløpet er basert på forestillinger individet selv har om hvordan livet skulle utfolde seg. Avbruddet settes i forbindelse med verdier som individet ser på som viktige, og som medfører at man enten må revurdere sine verdier, vurdere verdiene annerledes eller finne nye. For informantene i denne studien var det å bli langtidssykemeldt på grunn av nakke- og ryggplager et slikt brudd. Det å bli syk var ikke noe som var planlagt fra informantenes sin side. Becker poengterer at mennesker som opplever slike brudd kan oppleve det hun kaller kaos. Noen opplever også tap av identitet.

2.5 Salutogenese

Teorien om salutogenese ble utviklet av professor i medisinsk sosiologi Aron Antonovsky (1923-1994) på 80-tallet gjennom det sentrale verket hans; «Health, Stress and Coping» (Antonovsky 2005). Begrepet salutogenese er dannet av det latinske ordet salus som betyr helse eller sunnhet, og det greske ordet genesis som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Antonovsky ønsket å forklare hvorfor noen mennesker blir friske til tross for store utfordringer og stress, mens andre blir syke under samme forhold.

Teorien hans representerer et perspektiv som fokuserer på å forstå og fremme menneskets aktive evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære (Antonovsky 2005). I stedet for

å fokusere på hva som gjør oss syke, må man se på hva som skaper helse. Ved å snu fokus fra sykdomsfremmende faktorer til helsefremmende, bidrar han til å definere et nytt paradigme i synet på sunnhet og sykdom. Dette står i kontrast til den klassiske medisinske tradisjonen hvor patogenese står sentral. I den patogene tilnærmingen er mennesket rammet og utsatt for ulike sykdomsrelaterte risikofaktorer, mens ut fra det salutogene perspektivet sees mennesket på som en ressurs, utrustet med motstandskrefter for å møte disse utfordringene. Personens historie blir sett på som viktig i salutogenese, i motsetning til patogenese som er diagnosefokuseret og klassifiserer mennesker som syke eller friske.

Det salutogene perspektivet beskriver helse gjennom et kontinuum mellom helse og fravær av helse (ibid). Menneskets evne til orientering og læring gjennom livserfaringer gjør at man tilegner seg evne til å identifisere og bruke de nødvendige ressursene for å forbedre sine muligheter for en bedre helse. Mennesker kan eksempelvis ha plager men likevel oppleve høy grad av helse fordi helse er knyttet til en subjektiv opplevelse.

En patogen tilnærming til langtidssykemeldte vil innebære å fokusere på årsakene til fravær på arbeidsplassen. En salutogen tilnærming vil derimot innebære å søke etter de ressursene og faktorene som kan bidra til å styrke deres forutsetninger for å komme tilbake i jobb, nærvær på arbeidsplassen. I en søking etter disse ressursene er tanken om et kontinuum interessant. Mestringsressurser kan da sees på, ikke bare som noe man enten har eller ikke har, men noe man har i større eller mindre grad og noe som kontinuerlig kan styrkes ut fra det punktet på kontinuumet man til en hver tid befinner seg.

Antonovskys teorier om stress, helse og mestring fokuserer på betydningen av sammenheng og kontroll i tilværelsen. Antonovsky pekte på at mennesket har det han betegnet som "Generalized resistance resources" (GRR), motstandsressurser. Dette er biologiske, materielle og psykososiale faktorer som kan hjelpe det enkelte individ til å oppleve livet som stabilt og strukturert. Fordi samspillet mellom person og omgivelser alltid vil være i forandring, er det ikke mulig å gi en fullstendig liste over alle mulige motstandsressurser. Typiske GRR kan være kunnskap, sosial støtte, selvbilde, materiell levestandard osv. Viktigere enn å ha disse ressursene tilgjengelig er, i følge Antonovsky, evnen til å ta dem i bruk.

2.6 Opplevelse av sammenheng

Sense of coherence (SOC), opplevelse av sammenheng, defineres av Antonovsky (2005) som en varig og dynamisk tillit til at ens indre og ytre verden er forutsigbar. Han hevder at forutsigbarhet og opplevde sammenhenger i tilværelsen skal gjøre det lettere å oppnå mestring og kontroll over egen situasjon. SOC blir knyttet opp mot tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Når en person bruker disse ressursene vil det være lettere å håndtere utfordringer. Ressursene hjelper personen til å konstruere helhetlige livserfaringer som fremmer en sterk opplevelse av sammenheng. SOC kan oppfattes som en måte å oppfatte livet på og en evne til å håndtere stress og utfordringer. SOC sier igjen noe om evnen til å bruke sine motstandsressurser (Antonovsky 2005).

Følelsen av begripelighet handler om å forstå situasjonen (Antonovsky 2005). Det er en opplevelse av å forstå hvordan tingene henger sammen, forstå hva som skjer og hva som kan skje. Hvor begripelig arbeidssituasjonen er, handler mye om evnen man har til å ta til seg informasjon å tolke og forstå sammenhenger.

Håndterbarhet er handlingskomponenten, og viser til om et menneske opplever å ha tro på å kunne finne fram til løsninger. Håndterbarhet dreier seg om i hvilken grad man er i stand til å håndtere livets utfordringer og bruke de ressurser som er tilgjengelige. Ressursene kan komme fra en selv eller være tilgjengelig via en annen man har tillit til, som f. eks en ektefelle, venn, kollega, lege etc. Har individet en sterk opplevelse av håndterbarhet vil det ikke føle seg som et offer for omstendighetene (Antonovsky 2005). Det føler seg heller ikke urettferdig behandlet men oppfatter ytre stimuli som håndterbare utfordringer.

Handlingskomponenten i SOC kan knyttes til empowerment som handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt.

Meningsfullhet er en menings- og motivasjonskomponent i SOC, og referer til om man finner mening og motivasjon til å gjøre noe med det man står overfor. Meningsfullhet beskriver altså i hvilken grad en opplever at livet har mening, og om det er meningsfullt å investere energi og engasjement i utfordringene en møter. Antonovsky (2005) vektla viktigheten av å være involvert i sitt eget liv og ta del i prosesser som former vår skjebne så vel som våre daglige

erfaringer. En person med sterk opplevelse av at noe er meningsfullt vil kunne finne en løsning som gir mening ved f.eks. alvorlige livshendelser for å kunne håndtere situasjonen. Yrkesstolthet og bra arbeidsmiljø kan være eksempler på faktorer som kan bidra til å styrke opplevelsen av mening.

Antonovsky (2005) mente at de tre komponentene i SOC er forbundet på en dynamisk måte og kan påvirkes av forskjellige livserfaringer, belastninger og ressurser hos enkeltmennesket. De tre komponentene må ifølge Antonovsky sees i en sammenheng. Personer med en sterk opplevelse av forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet har en tendens til å oppleve verden som svært sammenhengende. I motsatt tilfelle vil personer med lav opplevelse av disse tre komponentene oppleve verden som lite sammenhengende (ibid.).

En sterk SOC gjør altså at livet oppleves som sammenhengende, begripelig og meningsfullt, og at individet har en indre tillit og overbevisning om at det finnes indre og ytre ressurser i seg selv og omgivelsene og at han/hun har evne til å bruke disse på en helsefremmende måte. SOC er en måte å tenke, være og handle på som menneske, det gir retning i livet. Det handler ikke bare om personen, men om personens interaksjon med omgivelsene. Opplevelse av sammenheng beskriver altså individets, gruppens eller samfunnets grunnleggende tillit til at det er mulig å forstå, håndtere og finne mening i de ulike situasjoner som oppstår (Antonovsky, 2005; Lindström & Eriksson, 2010).

Bruken av teorien om SOC i denne oppgaven er knyttet til i hvilken grad de langtidssykemeldtes erfaringer og opplevelser fra arbeidslivet og det å være sykemeldt har fremmet forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky argumenterte med at kunnskapen om sense of coherence kan være et teoretisk grunnlag for lokalt helsefremmende arbeid som sikter mot å styrke enkeltindivider og gruppers muligheter til å påvirke betingelsene for egen helse (Antonovsky 2005). Ut fra dette er det interessant også å drøfte hva arbeidsplassen, NAV/lege og familie/nettverk kan gjøre innenfor et helsefremmende perspektiv for å styrke de langtidssykemeldtes SOC.

Antonovsky karakteriserer helsefremming som å hjelpe mennesker til å øke kontrollen over og å fremme sin helse. Eksempler som kan gi salutogene- opplevelser kan være friskfaktorer på individnivå i livsmiljøets omgivelser som berører spesielt relasjoner, meningsfull fritid, helse og økonomi. Mange beskriver fungerende ekteskap, friske barn som det går bra for,

gode relasjoner med venner, fritidsaktiviteter og fysisk trening, tid til å kople av og hente inn seg selv, samt økonomisk trygghet - som viktige friskfaktorer (Abrahamsson et al.2003). Når vi har gode opplevelser i hverdagen øker dette vår trivsel, og det gir oss en indre glede og styrker vår helse.

2.7 Empowerment

Empowerment kan knyttes til begrepene helsefremmende og opplevelse av sammenheng, og det var sentralt i utformingen av Ottawa Charteret (WHO 1986). Begrepet empowerment blir ofte brukt innen helsefremmende arbeid. Empowerment har blant annet sitt utspring i borgerrettsbevegelsen i USA og kvinnefrigjøringsbevegelsen (Slettebø 2000). Empowerment forstås i dag som et demokratisk virkemiddel for å gi individer økt kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker helse (Knutsen 2012). Empowerment relateres her til helsefremmende arbeid og bærer i seg idealer om at mennesker skal være aktive og ansvarlige i egne liv. På norsk kan empowerment oversettes med «myndiggjøring». Empowerment tenking gir individet eller pasienten en aktiv rolle, der det forventes at han/hun så langt som mulig skal få være med å bestemme behandling og få mulighet til å utnytte sine egne ressurser. Helsepersonell kan tilrettelegge for pasient empowerment gjennom å etablere et åpent og trygt miljø med mulighet til medbestemmelse, engasjement og til å ta kontroll over sin egen situasjon. På den måten kan pasienten selv reflektere over hvilken adferd og hvilke årsaker som medvirker til eller motvirker helseadferd og mestring. Empowerment er en nøkkelprosess for å fremme helse, og vil kunne være en effektiv metode eller prosess for å takle endringer i forhold til sin egen helse.

Kierkegaard skriver om den indirekte meddelelse at man ikke skal pådytte andre noe, men la dem gjøre seg opp sin egen mening (Martinsen 2002). Dette er interessant i forhold til empowerment. Å føle seg overkjørt av en fagperson kan føre til at man lettere gir opp og blir enda mer motløs. Opplevelsen av sammenhengen er sentral. En bruker som mestrer vil være preget av evnen til å forstå, håndtere og finne mening i det som skjer i livet deres. Personer som sliter med mestring vil være preget av det motsatte. Deltagelse er et sentralt prinsipp i empowerment både for å bli myndiggjort og som et uttrykk for å være myndiggjort. Pierce og Pickard (2010) argumenterte for at pasientens egen aktive innsats er viktig. Hva den som er syk gjør og ikke gjør kan ha avgjørende effekt på sykdomsforløpet. For at langtidssykemeldte

skal kunne delta og bli mer aktiv må de oppmuntres til dette og behandles som handlende aktører, ikke et passivt offer for sin egen sykdom.

Empowerment handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som forårsaker avmakt. Målet er å få i gang prosesser og aktiviteter som kan styrke deres selvkontroll. Dette kan handle om for eksempel å få økt selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter. Den helsefremmende ideologien bygger på at enkeltindividet og fellesskapet må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen (Mæland 2005). Folk må få mer kunnskap om disse forholdene for å kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen. Det å oppleve at man har rimelig kontroll over sitt eget liv, er sentralt for selvbildet og mestringsevnen og har konsekvenser for både den mentale og fysiske helsen.

Slettebø (2000) beskriver empowerment som en prosess. Denne prosessen består av mange delprosesser: utvikling av selvtillit, utvikling av gruppebevissthet, reduksjon av selvbebreidelse, personlig ansvar for endring og øking av egen kompetanse (ibid.). Dette er en bevisstgjøringsprosess hvor eksempelvis den sykemeldte hjelpes til å heve seg over ren individorientert analyse av sine problemer samt utvikle en forståelse av hvordan de ytre samfunnsmessige forhold påvirker vedkommende sine problemer. Empowerment bygger på forutsetninger om at mennesket har en iboende helende livskraft, og den er forankret i en overbevisning om at ved å støtte mennesker på det de gjør som er bra, vil de gjøre mer av dette istedenfor å fokusere på problemene (ibid). Det er også viktig at man aksepterer menneskers egne erfaringer som en valid form for kunnskap, og at dette sammen med andres erfaringer utgjør et felles grunnlag for kunnskapsutvikling. Empowerment utfordrer på denne måten den tradisjonelle hjelperollen.

Empowerment kan bidra til ambivalens mellom frihet og kontroll ved at mange opplever seg selv som skjøre og avhengige av hjelp og samtidig ansvarlige for resultatet av for eksempel behandlingen (Knutsen 2012). Stang (2003) tar i bruk maktesløshet som motbegrep til bemyndigelse for å forklare hva dette har å si for en slik relasjon. Hun viser til at fag- og ekspertkompetanse tradisjonelt har et solid maktgrunnlag både for å få gjennomslag for faglige intensjoner og for å ta avgjørelse på andre menneskers vegne. Hun presiserer likevel at konsekvensen av bemyndigelse ikke nødvendigvis er at fagutøveren må gi slipp på sine

faglige vurderinger, men snarere at han eller hun må gi slipp på oppfatningen om at de rette svarene kun er å finne i fagkunnskapen. Fagutøveren må derfor gå i dialog med brukeren.

2.8 Sykdomsnarrativer

Alle mennesker som blir alvorlig syke eller skadet i voksen alder, har en «friskhistorie», en historie om hvem de var, og hvordan de levde livet sitt, frem til sykehistorien deres inntraff. Sosiologen Arthur W. Frank har jobbet med narrative perspektiver på sykdom og helse i en årrekke (Frank 1995). Han er opptatt av at fortellinger ledsager oss hele livet. Fortellingene trenger likevel ikke bare underholde, informere, eller plage oss – de kan også uttrykke menneskers verdier, selvforståelse eller erfaringer. Fortellinger kan i følge Frank lære oss hvem vi er og hvem vi ønsker å være. Han skriver i boken «*The wounded storyteller*» at det finnes tre hovedtyper av sykdomsfortellinger: en kaosfortelling, en restitusjonsfortelling og en søken/utforskerfortelling. Historien om kaos handler om problemer som blir beskrevet som vanskelige fordi de forteller om konsekvenser av sykdom som ikke kan kontrolleres. Sinne, sorg og depresjon kan være eksempler på kaos, fordi de gir assosiasjoner til et individ som ikke kan kontrollere seg selv. Fortellingen om kaos uttrykker den umiddelbare lidelsen. Restitusjonsfortellingen er influert av biomedisinske forklaringer om sykdom og helse. Den beskriver sykdom som noe begrenset og at individet kan bli frisk. Det at noen mennesker faktisk blir friske fra sin sykdom, gjør sykdomsfortellingen relevant. Fortellingen om restitusjon, handler altså om å komme tilbake til livet før sykdommen. Søken/utforsker fortellinger defineres ved at den syke tror at noe kan oppnås gjennom sykdomserfaringen. De aksepterer sin sykdom og søker etter en måte å bruke den på. Fortellingen om utforsking handler om å finne nye og bedre svar på hvordan livet skal leves. I følge Frank (1995) handler sykdomsfortellingene om hvordan man forstår seg selv, og hvordan man skaper mening og sammenheng mellom fortid, nåtid og fremtid i relasjon til sykdommen sin. I slike tilfeller må man være oppmerksom på relasjonen mellom nåtiden når historien fortelles, og fortiden hvor minnene kommer fra, er “redigert” på bakgrunn av vår nye identitet i nåtid (ibid).

Når de langtidssykemeldte forteller sin historie, er det ikke bare en historie om sykdom, men en historie om sykdom fortalt gjennom den syke kroppen. Fortellingene blir sånn sett viktig for å sette ord på - og bearbeide - deres erfaring. Økt innsikt og forståelse for det man har gjennomlevd bidrar til opplevelse av sammenheng, bedrer muligheten for å integrere sykdomsperioden i egen livshistorie. Gjennom den narrative analysen av intervjumaterialet

Kandidatnr: 903

ser jeg på hvilke fortellinger som blir fortalt. Det er den enkeltes subjektive erfaring, opplevelse og tanker om det å komme tilbake i jobb som blir fokus og som vil danne grunnlaget for oppgaven.

3.0 METODE

3.1 Beskrivelse av design, materiale og metode

I denne masteroppgaven er et kvalitativt design benyttet. Studiens formål er å se på hvordan langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager erfarer forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet. Det kvalitative designet er valgt av analytiske grunner, men også fordi dette designet lar min masteroppgave spille en utfyllende rolle i et prosjekt som ellers er dominert av kvantitative delprosjekter.

Kvalitative metoder forsøker å gå i dybden av et tema, og vektlegger mening, forståelse og betydning (Kvale 2006). Kvalitative metoder gir rom for utforskning av menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver, holdninger, verdier og samhandlinger. Metoden tillater forskeren å gå i dybden og i mer detaljert form i innhenting av data. Man kan innhente detaljert informasjon fra et lite utvalg av informanter og få frem variasjonen i informantens oppfatninger, tanker og følelser om et gitt tema. En kvalitativ tilnærming gir dermed grunnlag for å få innsikt i sosiale fenomener slik de forstås av de personene forskeren studerer, studier av atferd, samhandling mellom mennesker, og for å oppnå en forståelse for andre menneskers liv, deres egenskaper og erfaringer (Malterud 2003).

3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted og metode

Vitenskapelig utgangspunkt handler om hvilke antagelser om kunnskap og verdenssyn som ligger til grunn for arbeidet. Utgangspunktet for den metodiske tilnærmingen i denne oppgaven har vært fenomenologi og hermeneutikk.

3.2.1 Fenomenologi

Den tyske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) regnes som grunnleggeren av fenomenologien. Fenomenologien tar utgangspunkt i menneskets subjektive opplevelse og forståelse av verden (Eriksen 2009). Fenomenologien søker å forstå menneskelige handlinger og begivenheter ut fra menneskenes eget subjektive perspektiv. Med utgangspunkt i et

fenomenologisk perspektiv er det informantenes livsverden og hvordan bestemte fenomen oppleves av informanten som er det sentrale (Kvale 2006). Problemstillingen min dreier seg om hvordan langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager erfarer forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet. Med fokus på informantens opplevelse og livsverden er det fenomenologiske perspektivet et naturlig valg for å belyse denne typen problemstilling, og jeg valgte å innhente beskrivelsene gjennom narrative intervjuer. Det fenomenologiske perspektivet passer slik sett godt i forhold til problemstillingen min, hvor jeg ønsker å finne ut hvordan langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager erfarer forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet. Gjennom narrative intervjuer ble det innhentet beskrivelser av informantenes livsverden.

Det er en grunnleggende forutsetning innenfor fenomenologisk tenkning at det finnes mange ulike forestillinger om virkeligheten. Kvale (2006) legger vekt på at et fenomenologisk perspektiv fokuserer på personens livsverden. Livsverden kan forstås som den verden vi lever i til daglig, og alle mennesker har sin egen subjektive livsverden. Livsverden er fenomenologisk sett den umiddelbare, ureflekterte og teorifrie forståelse av dagliglivets ting, mennesker, handlinger og gjøremål (Wormnæs 2005). Livsverden fremstår slik vi umiddelbart oppfatter og erfarer det. På den måten skiller livsverden seg fra teoriens og vitenskapens verden (ibid).

Fenomenologien setter søkelyset på menneskets egne erfaringer og egen forståelse av sin livsverden og bygger derfor opp under et brukerperspektiv (Eriksen 2009). Fenomenologien er opptatt av den levde verden. Erfaringer er personlige, men blir til gjennom menneskets forhold til verden og andre. Ulike ting som relasjoner, språk, kultur, hendelser og bekymringer er forhold som inngår i denne verden, som er nært koblet til kroppslig erfaring. Husserl mente at meningsbærende prosesser kunne studeres systematisk gjennom fenomenologisk reduksjon; vi reduserer ikke bort verden men setter den i parentes for å utforske opplevelsen og erfaringen i seg selv og for å forstå den andre (ibid).

3.2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk er læren om fortolkning (Thagaard 2003). Innenfor hermeneutikken fremheves betydningen av å fortolke menneskers handlinger med fokus på å søke et dypere meningsinnhold. Gjennom å fortolke informantenes utsagn sett i lys av konteksten, har jeg forsøkt å få innsikt i informantenes opplevelser og erfaringer. Denne innsikten er en fortolkning av informantenes livsverden. Fenomenologien og hermeneutikken er knyttet til hverandre. Hermeneutikkens vektlegging av konteksten kan sees på som et supplement til fenomenologien i forhold til det å fokusere på betydningen av sosial og kulturell variasjon. De problemene som informantene beskriver må også ses i et mer overordnet samfunnsperspektiv og ikke utelukkende som individuelle problem.

Historien har en særstilling i hermeneutikken. Mennesket er historisk skapt og kan forstå seg selv bare som del i den historiske helheten som omgir det. Når vi skal forstå noe nytt – for eksempel en historie - bruker vi den kunnskapen vi allerede har, forforståelse, til å fortolke hva som skjer i historien. Den hermeneutiske sirkel beskriver at all fortolkning består i stadige bevegelser mellom helhet og deler, mellom det vi skal fortolke og den konteksten det fortolkes i, eller mellom det vi skal fortolke, og vår egen forforståelse (Gilje og Grimen 1993). Den grunnleggende tanken i den hermeneutiske spiralen omhandler samspillet mellom tekst og kontekst; at man ikke kan forstå en teksts forskjellige deler uten å forstå helheten, og omvendt (Gadamer 2003).

Ved fortolkning er det viktig at man er bevisst på den forforståelsen man fortolker ut fra. Forforståelse er et viktig begrep innen hermeneutikken. Forforståelsen handler om hvordan tidligere erfaringer er med å forme måten vi ser og opplever fenomener på. Husserl argumenterer for at man som forsker skal forsøke å legge forforståelsen til side for å åpne for et nytt perspektiv til fenomenet som undersøkes (Eriksen 2009). Gadamer (2003) derimot ser på forforståelsen som noe vi ikke kan legge fra oss. Han argumenterer for at forforståelsen er nødvendig som grunnlag for at tolkning overhodet skal være mulig.

3.3 Min forforståelse som forsker

Å reflektere over betydningen av egne teoretiske referanserammer og forforståelse knyttet til forskningsprosessen er viktig. Dahlberg et al. (2001) hevder at hvis man ikke holder sin egen forforståelse i sjakk, reflekterer over den og forstår hva den medfører, så vil det ikke være mulig å komme opp med ny kunnskap. Forskeren vil da i realiteten bare få bekreftet at verden er som han eller hun har erfart den. Min personlige og faglige bakgrunn vil kunne påvirke min forståelse og forforståelse. Jeg har åtte års erfaring som fysioterapeut i privat praksis, der jeg har møtt brukere som har vært sykemeldte på grunn av nakke- og ryggplager. Erfaringen jeg har fra masterstudiet i rehabilitering har gitt meg en økt innsikt i det komplekse bildet som ligger til grunn for at noen blir langtidssykemeldte. Som masterstudent har jeg fått en bakgrunn i en vitenskapelig teoretisk tilnærming som blant annet inkluderer salutogen teori knyttet til syn på helse og sykdom, empowermentbegrepet, samt en biopsykososial tilnærming til å forstå og tolke ulike fenomener og hendelser på. Alt dette, sammen med mine egne livserfaringer, har til sammen påvirket min forforståelse, forståelse og hvordan jeg i utgangspunktet fattet interesse for temaet arbeidsliv og helse. Mine erfaringer tilsier at det å komme tilbake til jobb etter å ha vært langtidssykemeldt ikke kan beskrives med enkle forklaringsmodeller. Bildet er sammensatt og mange faktorer virker inn på hverandre i et komplisert samspill. Likevel går det an å trekke frem noen viktige temaer som går igjen i de livshistoriene som er blitt fortalt under intervjuene. Kunnskapen vil ikke være generaliserbar, på den måten at den gjelder for alle andre mennesker i samme situasjon som personene som er intervjuet. Men slik jeg ser det kan kunnskapen gi et bidrag til å kunne forstå andre i lignende situasjoner.

3.4 Etikk

De etiske vurderingene bør ifølge Kvale (2006) starte allerede i tematiseringen av undersøkelsen og fortsette gjennom alle fasene i den kvalitative intervjuundersøkelsen. I planleggingen av intervjuene er det viktig å innhente informert samtykke og å sikre konfidensialitet (ibid). Dette innebærer at man gir informantene tilstrekkelig relevant informasjon om studien, slik at de velger å delta på riktig grunnlag. Man må også forsikre seg om at deltakerne har forstått denne informasjonen. Informantene ble informert om det overordnede formålet med undersøkelsen, hovedtrekkene i designet og hva det kunne

innebære for dem å stille opp i forskningsprosjektet slik at de fritt kunne vurdere om de ønsket å stille opp i undersøkelsen. Informantene ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien og at det var frivillig å delta.

Konfidensialitet i forskning innebærer at datamateriale som identifiserer deltakerne ikke avsløres. Det at man har rekruttert informanter gjør at det er en mulighet for at noen av informantene vil bli gjenkjent i materialet. Det er derfor viktig å passe på at man anonymiserer slik at dette ikke er mulig. Jeg har i anonymiseringen oppgitt fiktive navn på informantene og ikke identifisert arbeidsplassen. Jeg har valgt å gi en generell informasjon om informantene, som at begge kjønn er representert, aldersgruppe og utdanningsbakgrunn. Det var videre kun ansvarlige for prosjektet, veileder ved HIOA og jeg som masterstudent, som var i kontakt med innsamlede data. Alle er underlagt taushetsplikt etter norsk lov. Innsamlede data og personopplysninger var nedlåst når det ikke ble brukt.

3.5 Veien til informantene

Datamaterialet i oppgaven er hentet fra Halvor Hanisch sitt postdok-prosjekt «*Veien tilbake til arbeid - fortellinger, ressurser og velferdsstatens språk*». Deltakere ble rekruttert blant pasientene på Nakke- og ryggpoliklinikken, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus). Rekrutteringen foregikk underveis i rehabiliteringsopplegget «Raskere tilbake ved nakke- og ryggplager». Pasientene var henvist til behandlingsopplegget fra sin fastlege. Dette behandlingsopplegget består av undersøkelse av pasienten, samtale med lege og et kursopplegg som formidler medisinsk kunnskap om nakke- og ryggmerter og hvordan disse plagene kan mestres.

De behandelende legene som arbeidet i prosjektet, ble informert om prosjektet av prosjektleder postdoktor Halvor Hanisch. Deretter forespurte de aktuelle pasienter om de ønsket å delta, etter å ha blitt kort informert om prosjektet. Pasientene fikk også et informasjonsskriv om undersøkelsen (vedlegg 1). De ble deretter satt i kontakt med prosjektleder Hanisch dersom de sa seg villig til å delta i forskningsprosjektet. Dette foregikk slik at Hanisch fikk navn og telefonnummer på de som sa seg villige til å delta og kontaktet dem med ytterligere informasjon. Alle informantene ble informert eksplisitt om at intervjuet ikke kom til å ha implikasjoner for behandlingen. Pasientene ble forespurt dersom de fylte følgende kriterier:

- a) De er sykmeldt på grunn av nakke- eller ryggmerter.
- b) De er ikke diagnostisert med andre alvorlige funksjonsnedsettelse.
- c) De er under 60 år gamle.
- d) De hadde vært sykemeldt i minst seks måneder forut for intervjuet.
- e) De hadde god nok ferdighet i muntlig norsk til å gjennomføre et narrativt intervju.

Prosessen med å rekruttere deltakere gikk saktere enn forventet. Da analysearbeidet i masteroppgaven gikk i gang, var det gjennomført og transkribert 10 intervjuer. Disse ligger til grunn som materiale for oppgaven.

Det har funnet sted en seleksjon av deltakerne i tre runder. Først er de valgt ut av fastlegen gjennom å bli henvist til tilbudet ved sykehuset. Deretter er de blitt funnet interessante for undersøkelsen av sykehuslegene som har forspurt dem. Denne seleksjonen har skjedd etter klare kriterier, men det kan ikke sees bort i fra at legene selv har tilføyd ytterligere relevanskriterier, bevisst eller ubevisst. For det tredje har potensielle informanter hatt anledning til å si nei til forespørselen, noe omtrent 2/3-deler av de forspurte gjorde. Til sammen kan seleksjonsprosessen ha fremmet en viss type klient preget av evne til å fortelle om egen situasjon, trygghet i at de representerer en legitim arbeidsmoral og klar vilje til å komme inn i arbeidslivet igjen. Alle kvalitative studier av den typen som denne oppgaven representerer vil gjennom seleksjonsprosesser med ulike aktører involvert, ikke minst klientene selv, bli sammensatt på en måte som ikke representerer noe tilfeldig utvalg. Utvalget vil uansett representere viktige stemmer i den problematikken som blir behandlet, men det er viktig å ha med seg i tolkning og diskusjon at det er grunn til å tro at sammensetningen i en kvalitativ studie alltid vil ha bestemte kjennetegn.

3.6 Om informantene

Av de 10 informantene er det tre menn og syv kvinner. Informantene som ble intervjuet var i alderen midt i 20-årene til slutten av 50-årene. De hadde ulik utdanningsbakgrunn og arbeidssituasjon. To informanter hadde høyskoleutdanning, to hadde IT-utdanning og seks hadde ulike fagutdanninger, noen med forskjellig videre- og etterutdanning. To av

informantene var arbeidsinnvandrere, mens resten var etniske nordmenn. Alle hadde vært sykmeldt i mer enn seks måneder sammenhengende, noen i flere sykmeldingsperioder av ulik varighet. Noen var tilbake i arbeid igjen i varierende stillingsstørrelser.

Selve intervjuene ble gjennomført av prosjektleder Halvor Hanisch og prosjektmedarbeider Per K. Solvang og ble gjennomført høsten 2012 og de første månedene av 2013. Størsteparten av intervjuene ble gjennomført i møterom i lokalene til Høgskolen i Oslo og Akershus.

Unntakene var et intervju i en kantine på sykehusområdet, et på informantens arbeidsplass og et i informantens hjem. Opprinnelig var det ikke planen at intervjuene skulle gjennomføres av både prosjektleder Hanisch og medforsker Solvang. Kun det første intervjuet var planlagt slik for å diskutere erfaringene og eventuelt justere strategien. Dette fungerte imidlertid så godt gjennom at intervjuerne utfylte hverandre at de fleste av intervjuene ble gjennomført på denne måten. Kun to av intervjuene i materialet er gjennomført av kun én av de to samarbeidende forskerne.

3.7 Gjennomføring av intervjuene

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å søke å forstå verden sett fra intervjupersonenes side (Kvale 2006). Utgangspunktet for de narrative intervjuene som ble gjort i denne studien, var å belyse en spesifikk livssituasjon: Livet som sykmeldt. I tråd med bla. Burys arbeider (Bury 1982) tar prosjektet utgangspunkt i at sykdom (og sykefravær) ikke bare påvirker forståelsen av «her og nå», men hele vår forståelse av oss selv og vår biografi. Følgelig inneholder ikke intervjuene bare historien om den sykefraværsrelevante situasjonen, men historier om hele «arbeidsbiografien» til informantene.

Informantene ble intervjuet hver for seg. Intervjuene ble gjennomført en gang, ansikt til ansikt på et kontor på Høgskolen i Oslo. Dette sikret at intervjuet ble utført uten ytre forstyrrelser. Før intervjuet hadde hver av informantene blitt informert om utforming og hensikten med studien, både gjennom skrivet som fulgte forespørselen fra sykehuslegen, den første telefonkontakten som Hanisch opprettet. Informasjonen ble også gjentatt i intervjuets innledende fase. Dette er i tråd med generelle anbefalinger om god praksis i kvalitativ forskning (Kvale 2006). Informantene hadde også blitt forsikret om de etiske prinsippene bak studien - som konfidensialitet og anonymitet - som er essensielle aspekter ved prinsippet om informert samtykke.

Intervjuene varte mellom 45 og 90 minutter, noe som tilsvarer den generelle varigheten av denne type intervjuer i helsefag. Det ble gjort lydopptak som deretter ble transkribert. I etterkant av intervjuene ble det gjort opptak av korte refleksjoner hos intervjuerne. Alle intervjuer og refleksjoner ble transkribert av en assistent med samfunnsvitenskapelig utdanning. De transkriberte intervjuene hadde en gjennomsnittlig lengde på 40 sider med linjeavstand 1,5. De transkriberte intervjuene ble samlet i permer og gjort tilgjengelig for meg etter gjeldene regler hos personvernombudet ved det angjeldende sykehus der informantene var pasienter.

I forberedelsene til intervjuet ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2). Den la opp til en yrkeslivsnarrativ strukturering av intervjuet. Etter litt informasjon om undersøkelsen ble informantene bedt om å tegne opp sin yrkeslivsbiografi på en tidsakse der de skrev ned når viktige hendelser fant sted. Denne ble brukt som et referansepunkt i intervjuet. Intervjuguiden søker å dekke utdanning og yrkeslivserfaring før nakke- og ryggplagene inntrådte, hva som skjedde etter at problemene kom og hvordan forholdet mellom helse, dagligliv og arbeid ble erfart. Til sist tar intervjuguiden opp hvordan informantene tenker om fremtiden: hvilke ambisjoner og forventninger de har til de fremtidige arbeidslivet. Alle de tre fasene, fortid, nåtid og fremtid, tematiseres både med hensyn til arbeidsoppgaver, allmenn trivsel og helse.

Jeg har sammenfattet noen av de sitatene jeg har valgt å gjengi i oppgaven til et mer skriftlig språk. Dette har jeg gjort bevisst for at det skal bli lettere å oppfatte hva informantene sier. Jeg har passet på slik at viktige meningsdimensjoner ikke har gått tapt. Gjengivelse av usammenhengende og repetitive utsagn kan få informantene til å fremstå som forvirret og man risikerer å latterliggjøre informantene (Malterud 2003).

3.8 Beskrivelse av den analytiske prosessen

Analysen er systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud 2003). I fortolkningen av teksten benyttes en hermeneutisk tilnærming.

De transkriberte intervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering som beskrevet av Malterud (2003). I følge Malterud må man ikke nødvendigvis følge detaljerte

prosedyrer i analysearbeidet, men det er viktig å vise leseren hvordan man har gått frem. I analysen ble det fulgt en strukturert tilnærming til datamaterialet slik som Malterud (2003) anbefaler uerfarne forskere. I følge Malterud egner systematisk tekstkondensering seg veldig godt for nybegynnere, samtidig som den egner seg for tverrgående analyser av data på flere informanter. Ved tverrgående analyse får man sett på variasjoner og fellestrekk mellom informantene. Informasjon fra mange ulike informanter sammenfattes, i motsetning til langsgående analyse hvor man følger et enkelt forløp over lengre tid (ibid). For meg var dette en fordel fordi jeg ønsket å få frem bredden av de historiene som informantene fortalte om. Analysen ble delt opp i følgende fire trinn:

- a) å få helhetsinntrykk - fra villnis til temaer
- b) å identifisere meningsbærende enheter – fra temaer til koder
- c) kondensering – fra kode til mening
- d) sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Den første delen av analysen består i å lese gjennom hele det transkriberte materialet for å danne seg et helhetsinntrykk. Her skal man bruke fugleperspektivet og aktivt legge sin forforståelse til side for å kunne åpne seg for det inntrykket som materialet formidler (Malterud 2003). Da jeg skulle analysere de transkriberte intervjuene, startet jeg med å lese alle intervjuene i sin helhet. Jeg prøvde å se etter temaer som kunne si noe om informantenes erfaringer ved å være langtidssykemeldt. Helhetsinntrykket jeg fikk, var at informantene opplevde det å være langtidssykemeldt som belastende og at de ønsket seg tilbake i jobb. Jeg leste intervjuene om igjen og begynte å streke under viktige utsagn som informantene kom med. I margen skrev jeg egne notater og kommentarer. Deretter startet jeg med å utvikle temaer, til sammen åtte temaer som sammenfattet det informantene formidlet. Disse temaene ble valgt ut med tanke på problemstillingen, og vises i tabell 1. Jeg prøvde å finne sammenhenger mellom temaene jeg hadde funnet, gjennom å skrive dem opp på en liste, og samle de temaene som hørte sammen i grupper. Jeg prøvde å skille ut det som var relevant fra det som var irrelevant i forhold til problemstillingen.

Tabell 1. Viser hovedtemaer i analysetrinn 1.

Usikkerhet
Framtidsutsikter
Økonomi
Relasjon til arbeidsplass
Familie
Identitet
Hjelpeapparatet NAV og fastlege
Tapsopplevelse

Det neste steget i analyseprosessen var å forsøke å finne det Malterud (2003) kaller meningsbærende enheter. Intervjuteksten ble gjennomgått nøye for å identifisere tekst som omhandlet temaene fra trinn en. Jeg lette i teksten etter hva informanten sa om de ulike temaene, og prøvde å knytte utsagnene opp mot problemstillingen. Malterud (2003) sier at i denne delen av analysen er det viktig å være kritisk til sin egen forforståelse og deretter sjekke ut at det ikke er ens egen forforståelse som har sneket seg inn som et tema. De meningsbærende enhetene ble identifisert og deretter systematisert ved hjelp av koding. Når man koder meningsbærende enheter og samler de under temaer, utfører man en dekontekstualisering. Hensikten med dette er at tekstelementene under de ulike kodene skal kunne sees i sammenheng med den teoretiske referanserammen (ibid). De 8 temaene fra det første analysetrinnnet dannet grunnlaget for videre systematisering av de markerte meningsbærende enhetene. Noen av temaene ble slått sammen, noen delt eller skilt ut som irrelevante. Temaene usikkerhet, tapsopplevelse og framtidsutsikter ble slått sammen i et nytt emne: sykdomsfortellinger. Enkelte av kodene kunne passe inn under flere kodegrupper, jeg gikk da tilbake i teksten for å se hvilken sammenheng de stod i. På denne måten ble de temaene og kodene som utrykte og belyste problemstillingen inkludert. Følgende fire hovedtema ble med videre i analysen:

1. Sykdomsfortellinger
2. NAV, Arbeidsgiver og Fastlege
3. Familie og nettverk
4. Identitet og anerkjennelse

I analysetrinn tre ble innholdet i fra trinn to, de meningsbærende enhetene, abstrahert. (Malterud 2003). Etter en ny gjennomlesning ble materialet kodet inn i undergrupper basert på faglig perspektiv og ståsted (ibid). Informantene fortalte om ustruktur, usikkerhet og ulik mestring når de beskrev opplevelsen av å være langtidssykemeldt. Dette er samlet i hovedtema «*Sykdomsfortellinger*». I hovedgruppen «*NAV, Arbeidsgiver og Fastlege*» ble tidsaspektet, arbeidsplassen og empowerment valgt som undergrupper. Etter nøyere gjennomlesning av meningsbærende enheter relatert til «*Familie og nettverk*», snakket informantene mye om viktigheten av relasjoner og hobbyer. Ut fra materialet som ble sortert inn under «*Identitet og anerkjennelse*» beskrev informantene hvordan arbeidets verdi var knyttet opp mot deres egen selvfølelse og identitet.

Funnene i denne studien kan illustreres med oversikten i Tabell 2.

Tabell 2: Presentasjon av funn knyttet til hva problemstillingen: «Hvordan erfarer langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet?»

Sykdomsfortellinger	<ul style="list-style-type: none"> • Ustruktur • Usikkerhet • Mestring
NAV, arbeidsgiver og lege	<ul style="list-style-type: none"> • Tidsaspektet • Arbeidsplassen • Empowerment
Familie og nettverk	<ul style="list-style-type: none"> • Relasjoner • Hobby
Identitet og anerkjennelse	<ul style="list-style-type: none"> • Selvfølelse • Arbeidets verdi og mening

I det siste steget, det fjerde trinnet, skal man gjenfortelle det man har funnet, og slik skape nye beskrivelser. Innholdet bør her kontrolleres mot den opprinnelige teksten for å se at resultatene samsvarer med denne (Malterud 2003). Jeg endte opp med fire overordnede tema, som ble de fire hovedfunnene i studien. Under analyseprosessen gikk jeg hele tiden frem og

tilbake mellom de ulike analysetrinnene for å kontrollere kondensering og abstraksjon opp mot forrige trinn i prosessen. Tilslutt ble temaene satt opp mot den opprinnelige teksten for å sikre at de temaene jeg hadde valgt var i samsvar med det informantene hadde sagt. Gjennom å supplere sitater fra informantene forankrer jeg på mange måter min fortolkning i deres uttalelser.

3.9 Validitet og reliabilitet

Gyldighet omtales i forskningssammenheng som validitet, altså om vi undersøker det vi har til hensikt å undersøke (Kvale 2006). Malterud (2003) peker på at det skal være en logisk rød tråd mellom problemstillingen og de teorier, metoder og data som fremstilles. Validitet innebærer om metoden som benyttes egnestil det fenomenet som undersøkes (ibid). Kvalitative intervjuer er i utgangspunktet en velegnet metode for datasamling av personlige opplevelser og erfaringer.

Når man skal se på validiteten i forskningsresultater skiller man gjerne mellom intern og ekstern validitet (Malterud 2003). Intern validitet handler om metodene og begrepene som er benyttet er relevante for å studere fenomenet og gi gyldige svar. Intern validitet er knyttet opp mot relevans, og handler om hva det vi skriver er troverdig om. Har intervjudeltagerne svart på det jeg ønsker å vite noe om?

Siden min oppgave er en integrert del av et annet forskningsprosjekt så har jeg ikke fått deltatt på utformingen av intervjuguiden eller vært til stede under selve datainnsamlingen. Det empiriske materialet jeg har analysert er basert på Halvor Hanisch sine intervjuer. Dette kan være både en styrke og en svakhet ved oppgaven. Styrken er at det er flere forskere, Halvor Hanisch og Per K. Solvang, som har deltatt i planlegging og bearbeidelser av datamaterialet. Dette øker troverdigheten og relevansen av analysen. Det at jeg har ulik faglig bakgrunn enn opprinnelige forsker har vært med på å gi rom for faglige diskusjoner og ulike tolkninger. En annen styrke er at jeg ikke har møtt intervjudeltakerne. Jeg har konsentrert meg om teksten og ikke blitt forstyrret eller påvirket av personenes utseende, væremåte etc. Dette å ikke være delaktig i gjennomføringen av intervjuene kan også være en svakhet i studien. Det at man er litt på sidelinjen, kan føre til at man mister det helhetlige bilde av prosjektet.

Jeg har hatt kontakt med veileder og drøftet enkelte spørsmål og ulike alternativer. Dette har bidratt til å kvalitetssikre forskningsprosessen. Valgene som jeg har tatt underveis, har styrt hvordan materialet til slutt fremstår i den ferdige oppgaven. Selve oppgaven er et produkt som har vokst frem gjennom en lang refleksjons- og arbeidsprosess. Det har i tillegg vært nødvendig å revurdere valg og retning underveis på grunnlag av ny kunnskap og forståelse.

Når det gjelder ekstern validitet eller overførbarhet, snakker man om i hvilken grad funnene kan overføres til andre settinger eller andre kontekster (Malterud, 2003). Overførbarhet omhandler hvorvidt resultatet fra studien lar seg overføre eller gir mening i sammenhenger utover det konkrete studiet som har blitt gjennomført (Thagaard 2003). Dette innebærer hvorvidt studien kan settes inn i en større sammenheng og bidra til en generell teoretisk forståelse. For å få forsterke overførbarheten, er det verdifullt å gi en klar og tydelig beskrivelse av kulturen og konteksten, utvalg av kriterier, datainnsamling og analyseprosessen. Resultatene fra denne studien er basert på ti informanter. Utvalget vi får når vi benytter kvalitative metoder, er ikke representativt i forhold til populasjonen, men de er kategorirepresentative. Det vil si at de er representative i forhold til de kategoriene vi forventer å finne informasjonen hos. Et utvalg på ti informanter kan sies å være tilfredsstillende for å vise tendenser i det feltet som studeres (ibid).

Målet har vært å gjengi beskrivelsene de langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager har gitt og sette disse inn i analytisk-teoretisk sammenheng. Slik kan beskrivelsene være gjenkjennbare for andre langtidssykemeldte, og bidra til økt refleksjon og oppmerksomhet rundt det å være langtidssykemeldt. Denne studien har ikke hatt som formål å produsere generaliserbar kunnskap. Målet har ikke vært å få frem funn som er generaliserbare til den gjennomsnittlige sykemeldte, men å løfte frem noen erfaringshorisonter. Det er allikevel en del trekk som går igjen i flere av informantenes opplevelser, som man kan tenke seg vil gjelde flere av de som er langtidssykemeldte. At denne oppgaven har en fenomenologisk/hermeneutisk bakgrunn, innebærer at den har fokus på informantens forsøk på å finne mening i sine erfaringer og det de har opplevd. Man ser fenomenet langtidssykemeldt i lys av den langtidssykemeldtes bevissthet rundt dette, og søker å skape strukturert kunnskap om denne bevisstheten.

Den eksterne validiteten kan også være påvirket av at det er behandlende spesialistlege som har rekruttert informantene som har deltatt i studien. Samtlige som har deltatt i denne studien,

fremstår for meg som ressurssterke. Alle informantene hadde alle deltatt på «*raskere tilbake prosjektet*». Å delta frivillig i et slikt prosjekt sier noe om motivasjon og viljen for tilbakekomst til arbeidslivet, som kan tenke seg å være forskjellig fra personer som ikke har deltatt på dette. Det kan tyde på at denne måten å rekruttere på gir ressurssterke informanter. Det har på mange måter vært en fordel at informantene har vært i stand til å uttrykke seg og sette ord på sin opplevelse av det å være sykemeldt.

Reliabilitet sees i forhold til spørsmålet om andre kan komme frem til samme resultat på et annet tidspunkt, om resultatet er etterprøvbart. Ut ifra dette er reliabilitet knyttet til resultatenes konsistens og troverdighet (Kvale 2006). Utvalget bestod av ti informanter og både ulik alder, kjønn, yrkesgrupper og erfaringer var representert. Det er et relativt lite utvalg, og jeg kan sånn sett ikke trekke konklusjoner ut av dette materialet som automatisk kan overføres til andre. Det er imidlertid gjort noe tidligere forskning som kan relateres til den gruppen jeg har sett på, og sånn sett kan jeg måle mine funn opp mot den tidligere forskning.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN OG DISKUSJON

I denne delen presenteres funnene som er kommet fram i analysen av intervjuene. Funnene knyttes opp til problemstillingen og de fire forskningsspørsmålene i oppgaven og gir en beskrivelse av de refleksjonene som informantene har i forhold til det å være langtidssykemeldt, tanker informantene har rundt det å komme tilbake til arbeidslivet, hvilke ressurser som fremstår som viktige for tilbakekomst samt tanker rundt endringer av identitet og selvforståelse. Gjennom drøftingen søker jeg å få svar på studiens problemstilling: *«Hvordan erfarer langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet?»* Jeg har gjennom analysen søkt innsikt i hvordan informantene forholdt seg til sin livsverden. Med livsverden mener jeg, informantenes forståelse av sin hverdag og hvordan de forholdt seg til denne hverdagen. Funnene i analysen er blitt fortolket.

Kort om bakgrunnen til den enkelte informant:

Thomas (1) er i slutten av 50 årene og har yrkesutdanning. Han har vært i arbeid siden han fullførte grunnskolen. De siste 30 årene har han hatt ryggplager av forskjellig karakter. Tiltagende smerter fra 2002. Har jobbet mye og har hatt flere jobber samtidig. Er nå 100% sykemeldt. Tidligere skilt og har barn. Har nå en kone i utlandet.

Victoria (2) er i midten av 20-årene og har yrkesrettet utdanning. Har byttet mye jobb opp igjennom pga. mistriivsel med arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø. Var arbeidsledig i 1,5 år fordi hun ikke fikk noe jobb. Var i denne perioden lite motivert for å jobbe. Siste jobben hun hadde var fysisk krevende og hun ønsket egentlig ikke å ha den type jobb. Hun ble sykmeldt og kunne ikke lenger praktisere yrket hun hadde fagbrev i. Ryggplagene kom plutselig i 2011. Har forsøkt gradvis sykemelding og jobber nå 50%.

Marit (3) er i slutten av 40 årene. Hun har videregående skolegang. Har mann og to barn. Har gått IT-skole og jobbet mye med data. Har vært mye skadet og sykemeldt i løpet av

yrkeslivet. Nakkeplager, ingen diagnose. Har nå vært 100% sykemeldt i litt over 6 mnd. Tidligere hatt gradert sykemelding. Vant til å være aktiv og ha mye å gjøre på jobben.

Per (4) er i slutten av 30 årene. Han har tatt IT-skole og vært tilknyttet den samme arbeidsplassen i 20 år. Hatt mye plager med ryggen opp igjennom. Er gift og har en sønn. Ble sykemeldt første gang i 2009. Har tidligere hatt gradert sykemelding. Jobber nå 60%. Trives godt på jobb. Har nå en godt tilrettelagt jobb med ledelsesoppgaver.

Mona (5) er i 40- årene og kommer fra Østlandet. Hun har en variert yrkesbakgrunn. Hun ble sykemeldt fra en jobb hun trivdes veldig godt i, og som hun har høgskoleutdanning til. Mona har ikke vært sykemeldt tidligere. Hun meldte seg selv på «Raskere tilbake prosjektet». Hun har mann og to tenåringsbarn og er vant til å være aktiv i hverdagen både på jobb og fritid. Ryggplagene begynte gradvis i 2010, og hun ble først sykemeldt 100% våren 2012.

Tove (6) er i 40-årene og kommer fra Østlandet. Har videregående skolegang. Hun har jobbet på samme arbeidsplass hele yrkeslivet, men med ulike arbeidsoppgaver. Har fått opplæring gjennom jobben. Fornøyd med arbeidsgiver. Hun har vært mye sykemeldt tidligere pga. ryggen, yrkesskade, opptil 1 år sammenhengende. Hatt ryggplager siden hun var i tidlig 20-årene. Har tidligere fått nye arbeidsoppgaver når hun har hatt vondt i ryggen, blitt omskolert. Ble i år først sykemeldt i februar 2012, så kom hun tilbake i jobb og ble sykemeldt igjen i april 2012. Har nå vært sykemeldt sammenhengende i 6 mnd. Bor alene, ingen barn.

Kari (7) er i midten av 40-årene, fra Østlandet og har yrkesrettet utdanning. Har hatt den samme stillingen og jobben hele yrkeslivet. Har ett voksent barn, enslig. Har en hund. Fikk ryggplager i 2006 etter fall. Ble da 100% sykemeldt i over 1 år. Forsøkt med gradvis sykemelding og jobber nå 50%. Skal søke 50% uføretrygd.

Randi (8) har høyskoleutdanning. Hun har to barn. Plages med rygg og nakke. Hatt ryggplager siden hun var 13 år. Ble første gang sykemeldt i 2000. Har tidligere vært gradert sykemeldt. Er nå 100% sykemeldt. Har hatt lederstilling.

Lars (9) er i slutten av 30 årene og har en yrkesfaglig utdanning. Ryggplagene startet i 2001. Har ikke tidligere vært sykemeldt. Er nå 100% sykemeldt. Ønsker omskolering. Har samboer.

Eli (10) er i 50 årene og har nå gått 1 år sykemeldt. Forsøkt gradvis sykemelding. Ikke vært sykemeldt tidligere. Fikk plutselig nakkeplager for litt over ett år siden på jobb. Har nå sagt opp jobben. Har voksne barn og ny samboer. Er utdannet innen sekretær og kontor, men har hatt ulike jobber oppigjennom. Vært hjemmeværende med barna en periode. Aktiv på fritiden. Fastlege søkte henne inn på «Raskere tilbake». Har nå status som arbeidssøkende. Ønsker seg en bedre betalt jobb.

4.1 Sykdomsfortellinger

Et avbrudd, en opplevelse av kaos, blir ofte sett på som negativt. Det ligger også i begrepet, idet kaos er det motsatte av orden. Det å være langtidssykemeldt bidro til et avbrudd og kaos i livet til informantene. Informantene fortalte om hvordan de savnet struktur i hverdagen når de gikk langtidssykemeldt.

«Det å gå hjemme, det er ikke mye gøy altså. Det skjer ingenting. Ingen av mine venner er hjemme på dagtid. Det er bare pensjonister. Og det er måte på hvor mye morsomt det er å se på Tv-en» (Tove).

«Fredagen er liksom ikke høydepunktet på dagen lengere når du ikke jobber.» uttalte Kari. Hun savnet fredagsfølelsen.

Per fortalte hvordan han savnet kontakten med kollegaene og arbeidsplassen. Han syntes han ble passiv av å gå hjemme og *«ikke bruke hodet»*.

«Jeg har en jobb jeg trives med og har det greit i. Har vært vant til å gjøre det jeg har lyst til. Aldri hatt begrensninger på meg sjøl i forhold til hva jeg kan gjøre. Så det å måtte sette en annen prioritet på det, det synes jeg ikke er kult» (Mona)

Informantene beskrev en passiv hverdag utenfor arbeidslivet. Ord som ensomhet og kjedelig ble brukt. En del av informantene gav uttrykk for hvordan det å gå sykemeldt over lengre tid kunne påvirke holdningen deres til det å bare gå hjemme.

«Hvis du bare går sykemeldt hjemme, så tror jeg du kommer inn i en sånn følelse av at det er ok å være sykemeldt, og gå hjemme, og at du til slutt liker det, og da er det mye lettere å så gå over i for eksempel trygd eller noe sånt. I hvert fall tror jeg at det tar deg mye lengre tid før du kommer i jobb igjen, rett og slett for det at du er blitt vant til å gjøre ingenting og at ingenting skjer.» (Tove)

«Jeg har jo gått hjemme i seks måneder så det er jo klart at jeg har vent meg til det lite grann..» (Thomas).

Informantene opplevde lite struktur i hverdagen når de gikk hjemme sykemeldt. De var hjemme alene på dagtid, når alle andre jobbet, og følte at de ikke hadde så mye å tvinge seg opp for. Victoria fortalte at hun snudde døgnnet når hun ikke jobbet, slik at hun sov når all andre var på jobb. Hun lå og sov til et stykke ut på ettermiddagen, og stod opp når venner kom fra skole eller jobb.

Informantene fortalte om manglende krefter og tretthet. De av informantene som hadde gradert sykemelding måtte stå opp flere timer før de skulle på jobb for å få kroppen i gang om morgningen. Mange av informantene var nødt til å legge seg og hvile midt på dagen. Kari fortalte at hvis hun la seg ned for å hvile fikk hun mer smerter. Hun likte å ha mye å gjøre på jobb slik at hun slapp å tenke på at hun hadde vondt. Hun prøvde å skyve bort smerten selv om det ikke alltid fungerte like bra. Når hun var ferdig på jobb tok hun støytten med smertene.

Informantene opplevde at dagene var forskjellige, noen dager var verre enn andre og i noen perioder var de bedre. De fortalte at de var engstelige for å få vondt og for å få tilbakefall av tidligere smerter. Smerter kunne oppstå plutselig og ofte i forbindelse med belastningssituasjoner. Andre ganger kunne symptomene komme gradvis og i noen tilfeller kunne det oppstå akutte og sterke smerter ved tilsynelatende lette belastninger.

«...man har en forventning om at nå vil det gjøre vondt, hvis man gjør noe.. Jeg avlyser mange ting i forkant fordi jeg regner med at, eller nå er det ugreit. Og jeg vil ikke være med på det for da blir det sikkert verre» (Per).

Tove fortalte at hun ble irritert når ryggen slo seg vrang. Hun beskrev følgende:

«det blir sånn; åh, nå igjen, ikke sant, og da er det bare å trå på å gå videre. Du kan jo liksom ikke sette deg ned og bli der, det hjelper jo overhodet ingenting. For da sitter du jo bare å synes synd på deg selv, og så blir det enda verre, og så blir du asosial og full pakke.»

Å kunne si nei til arbeidsoppgaver utover de 50 eller 60% de skulle jobbe opplevdes vanskelig for informantene fordi de hadde et sterkt ønske om å være i jobb. Marit fortalte at hun ble 100 % sykemeldt av arbeidsgiver fordi hun selv ikke klarte å si nei til arbeidsoppgaver. Fra å være en ressursperson og klare å hjelpe andre hele tiden, så mistet hun taket. Hun fortalte at hun alltid hadde fått energi av å ha veldig mye å gjøre. Når hun nå var sykemeldt og hadde lite å gjøre ble hun ineffektiv og gjorde lite. Hun følte ikke at hun gjorde noe nytte når hun var 100 % sykemeldt. Hun uttalte følgende:

«Plutselig gjør du ikke noe nyttig. Jeg begynte å slipe og olje trappa vår hjemme. Og da tenkte jeg; Dette er min hverdag nå. Jeg tar tre og tre steg liksom. Tar det over lang tid. Det er det viktige i livet mitt nå. Før så hadde jeg store ting, jeg hjalp folk.»

Randi fortalte at ingen kunne overta hennes jobb. Så det hjalp henne lite å bare jobbe 20%. Hvem skulle da ta de resterende 80%? Hun hadde høye ambisjoner til seg selv og arbeidet sitt. Hun fortalte at de kalte henne «duracell-kaninen» fordi alt skulle gjøres fort og hun måtte få unnagjort tingene. Det tok henne lang tid før hun skjønnte at hun måtte senke skuldrene. At ambisjonsnivået måtte være litt lavere både på jobben og hjemme for at hun skulle komme seg igjennom dette.

«Jeg skal være glad for at jeg kan jobbe mer enn 50%, for det er vel i overkant av hva jeg klarer. For det er ikke normalt at du skal legge deg klokka åtte om kvelden. Jeg orker ikke sitte lengre oppe, så jeg har jo ikke akkurat så veldig mye liv etter at jeg kommer fra jobb. Jeg har bedre dager når jeg ikke er på jobb. Men jeg vil jo gjerne fungere i samfunnet, føle at jeg er med i samfunnet jeg også.» (Kari)

Kari klarte ikke å legge inn pauser når hun var på jobb. Hun ble stresset av å tenke på alt som skulle gjøres og på kolleger som plutselig måtte overta hennes arbeidsoppgaver. Informantene opplevde å få dårlig samvittighet overfor kolleger som måtte ta støyten for dem hvis de plutselig gikk hjem. Har man en jobb med mye ansvar, der det ikke leies inn vikar, og der det bare går utover deg selv hvis du er borte, skal det mer til før man tillater seg å være borte fra jobben. Har man derimot en jobb andre lett kan ta over, er det lettere å bare bli hjemme selv om formen er ok.

*«Hvis jeg blir sykmeldt, så kan hvem som helst hoppe inn i mine arbeidsoppgaver og bare fortsette på oppgavene der og da. Jeg har lagt det opp sånn siden jeg er så mye sykmeldt»
(Tove)*

Informantene uttrykte behov for å få en orden og kontroll tilbake i livet sitt, slik at livet og hverdagen kunne gå fremover. Marit fortalte at hun prøvde å tenke positivt selv om hun ikke ante hvordan hverdagen ble. Når hun planla ting fremover prøvde hun å finne positive ting hele tiden.

«Altså de får jo ikke gjort noe med denne ryggen, etter hva jeg har skjønt. Det er jo ingenting å gjøre, det er ikke noe du dør av, men du dør med den. Men innimellom de to punktene, så vil jeg gjerne ha et noenlunde anstendig liv uten intense smerter, jeg vil gjerne ha den midt på. Det hadde vært greit. Så det er bare sånn det er, og sånn kommer det til å være til jeg går av med pensjon..» (Tove)

Tilrettelegging på arbeidsplassen ble ansett som viktig for informantene. Eksempler på tilrettelegging kunne være ergonomiske tiltak på jobben, redusert arbeidstid og noen av informantene hadde muligheter for å ha hjemmekontor.

«Så når jeg kjenner at smertene begynner å komme, så holder jeg meg hjemme et par dager, så roer det seg som oftest. Jeg har det jo mye lettere for å komme tilbake på jobb enn kanskje mange andre, fordi jeg styrer så mye selv. Jeg jobber litt på pc-en hjemmefra. Og det får jeg lov til av NAV, så lenge sjefen min ikke sier at jeg skal jobbe så og så mye, så kan jeg gå inn på pc-en sånn innimellom og ta litt mail og sanne ting, så da har du litt mer kontakt med

jobben. Og det er jo veldig smart, for at da føler du at du ikke har gått glipp av så veldig mye når du kommer tilbake igjen. Og så blir ikke de andre irriterte heller» (Tove)

Det å være langtidssykemeldt var noe informantene tydelig ikke ønsket. De ønsket å delta i arbeidslivet og helst i en 100% stilling. På tross av sine nakke- og ryggplager hadde de en sterk vilje til å fortsette i arbeidslivet.

Diskusjon: Sykdomsfortellinger

Informantene fortalte hvordan nakke- og ryggplagene varierte. En dag kunne de ha masse smerter, mens andre dager var smerten mere fraværende. Restitusjonsfortellingene illustrerer sykdom som noe forbigående; «*I går var jeg frisk, i dag er jeg syk og i morgen skal jeg være frisk igjen*». Restitusjonsfortellingene handler om å bevege seg bort fra sykdommen og komme tilbake til den helsen og det livet man hadde før man ble syk (Frank 1995). Det handler om å få kroppen sin tilbake, reparert. Fjerstad (2010) skriver om hvordan kronisk sykdom innebærer å være både syk og frisk. Hun peker på at helse er noe mer enn fravær av sykdom og viktigheten i det å klare å mestre sykdom i kombinasjon med et liv som skal leves. Informantene fortalte at de var innforstått med at de kanskje ikke ble helt smertefrie. De fleste opplevde å være i en prosess knyttet til det å kunne leve med kroniske nakke- og rygg smerter. Noen fortalte at hvis de kunne veksle mellom aktivitet og hvile i hverdagen kunne de finne en balanse som gjorde det mulig å være aktiv samtidig som de tok hensyn til at kroppen måtte hvile for å kunne komme seg igjen.

Det å være langtidssykemeldt ble beskrevet av informantene som ett avbrudd i livet. De opplevde at livet ble annerledes enn det de hadde tenkt seg. Antonovsky (2005) sin teori om sense of coherence kan gi grunnlag for betraktninger om avbruddets konsekvenser for utviklingen av mestringsressurser. Avbruddet kan innebære en svekkelse av informantenes mulighet til å oppfatte verden som forståelig, håndterbar og meningsfull. Begrunnelsen for en slik argumentasjon er at avbruddet kan virke negativt inn på informantenes selvtillit og selvbilde, og således svekke deres evne til å oppleve sammenheng i tilværelsen.

Avbrudd i livshistorien til informantene var en type tap, der de ikke lenger kunne være trygg på eller stole på at kroppen ville fungere i gitte situasjoner. Det informantene fortalte om en

ustrukturert hverdag, passivitet og usikkerhet representerer noe nytt fra deres vante verden. Dette er i overensstemmelse med Arthur Franks beskrivelse i «*A wounded storyteller*» av at det gamle «kartet» en person tidligere navigerte etter blir endret (Frank, 1995). Nakke- og ryggplagene dominerte nå mye av livet deres. Gay Becker (1999) fremhever hvordan mennesker som opplever brudd, også kan oppleve det hun kaller kaos. I kaohistoriene de fortalte ga informantene uttrykk for frustrasjon De fortalte om tap av karriere eller planer for dette, tap av inntekt og sosialt nettverk. Historiene deres avslørte en slags sårbarhet og usikkerhet om fremtiden. For informantene representerte nakke- og ryggplagene i seg selv en viktig barriere for deltakelse i arbeidsliv. Som det fremgår indirekte i mange av sitatene beskrev informantene seg selv som «syk» eller «dårlig». Nakke- og ryggplagene og dårlige perioder var en viktig årsak til at de ikke kom i gang på jobben og fikk avbrudd. Opplevelsen av dårlig helse var en viktig årsak til at de ble usikre på om de kunne komme fullt tilbake til arbeidslivet, eller måtte ha en deltidsstilling.

Brudd kan ifølge Becker (1999) lede til et bevisst eller ubevisst behov for å gjenskape kontroll og orden over eget liv samt gjenopprette kontinuitet i livsløpet. I en situasjon med tankekaos kan det være vanskelig å ha en opplevelse av begripelighet. Det er for eksempel viktig å gi de langtidssykemeldte et bilde av hva som skal skje videre og oppfølgingen bør gjøres forutsigbar for personen (Furuli 2012). Det er viktig at de får hjelp til å kunne ta kontroll over livet sitt, slik at de blir en aktiv aktør i eget liv igjen (ibid). Spørsmål man kan stille er: Hva er viktig i livet ditt fremover? Og det å prøve å legge planer og prioritere planer fremover blir viktig.

Frank (1995) er opptatt av at man forsøker å gjenopprette mening når det oppstår brudd. Det må skje en form for reorientering, retinking i forhold til egen biografi, der man søker å finne svar og sin identitet i tilknytning til det som erfares. Dette handler om det bildet man har på seg selv som frisk og funksjonell, og når et slikt avbrudd skjer, må en reorientere seg og skape et nytt bilde. En gjennomgående tråd i denne oppgaven, er et søk etter gjenvinning av kontroll blant informantene. Det er ikke nødvendigvis slik at det var et bevisst ønske fra alle informantene, men kanskje mer en dypere liggende søken etter å finne eller oppnå en form for kontroll i livet sitt igjen.

Informantene påpekte at de måtte lære seg å leve med de plagene de hadde. De av informantene som hadde tatt innover seg at de hadde kroniske nakke- og ryggplager og måtte

leve med disse, var de i stand til å oppleve håndterbarhet. Begrepet håndterbarhet er handlingskomponenten i situasjonen (Antonovsky 2005). Høy grad av håndterbarhet krever høy grad av begripelighet. De langtidssykemeldte må ta opp igjen interesser, arbeid og familie/ sosialt nettverk, kultur og fritid og få nødvendig støtte i det daglige (Furuli 2012). Dvs. at de både selv ber om hjelp og blir tilbudt nødvendig hjelp for å klare av hverdagen, og at de lære å sette grenser for seg selv (ibid).

Informantene fortalte historier om alternativer og muligheter som hadde vært vurdert og forsøkt prøvd ut for å redusere plagene slik at de kunne fortsette å være i jobb. Begrepet meningsfullhet handler om hva som er betydningsfullt for den enkelte. Det å komme tilbake i arbeidslivet var betydningsfullt for alle informantene. Hva som er betydningsfullt for den enkelte kan endres, og ved at det endres kan man skape en ny mening i livet der man verdsetter andre ting. Når selvfølelsen skal styrkes blir det viktig å finne ut hva den enkelte personen liker å gjøre. Positive opplevelser gir motivasjon for å gå videre (Furuli 2012). Den langtidssykemeldte er ekspert på seg selv og har viktig kunnskap om sitt eget liv. Å ha engasjerte støttespillere og engasjement fra den enkelte selv skaper motivasjon til å gå videre (ibid). Formidlig av fremtidshåp vil være vesentlig for meningsfullheten. Det å bidra til at den langtidssykemeldte bevarer sine viktige relasjoner, roller og tilhørighet er veldig viktig for å gjøre livet meningsfullt (ibid). Hvordan en opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og mening, til sammen utgjør altså opplevelse av sammenheng og bidrar til grad av mestring og helse.

Opplevd helse ligger i selvet, og er en subjektiv opplevelse. Ut fra en salutogen tankegang vil personlig engasjement og bevisste valg hos personen kunne bidra til å flytte fokuset vekk fra smerten, mot noe nytt. Søken/utforsker historier gjør at den som er syk har akseptert sykdommen sin og søker å bruke den. Informantene ønsket å delta i arbeidslivet. På tross av sine plager og smerter hadde de lyst til å komme tilbake i jobb. «Søken» defineres her ved at den syke tror at noe kan oppnås gjennom sykdomserfaringen (Frank 1995). Søken/utforsker fortellinger snakker om hvordan det er å leve med smertene. Sykdom blir sett på som en utfordring og en drivkraft for endring (ibid). Å være i arbeid på tross av kroniske smerter kan sies å være et resultat av en tilpasning eller mestring.

Antonovsky (2005) la vekt på at man må fokusere på personens historie heller enn på diagnosen. Ved å vektlegge livssituasjonen kan en finne og bruke ressurser som kan bidra til

bedringsprosessen (Langeland 2014). Det at langtidssykemeldte kan bruke sine egne livserfaringer på en måte som styrker deres SOC er viktig. Oppmerksomheten bør derfor være på hele livssituasjon og erfaringene til den som er langtidssykemeldt. Å styrke den langtidssykemeldtes indre overbevisning om at de har tilgang til både ressurser hos seg selv og fra omgivelsene som de kan bruke, vil styrke opplevelsen av at livet er håndterbart, meningsfullt, begripelig og til å holde ut med.

4.2 NAV, Arbeidsgiver og Lege

Møte med det offentlige hjelpeapparatet; NAV, arbeidsgiver og lege var en ny hverdag for informantene. Mange beskrev møtene med NAV, arbeidsplassen og legen som en påkjenning. Det er en påkjenning i den forstand at de følte seg usikre og at de hadde liten kontroll over egen situasjon. Det å måtte forholde seg til hjelpeapparatet var noe nytt og fremmed. Informantene hadde lite kunnskap om hvordan spesielt NAV-systemet fungerte.

Informantene hadde ulike erfaringer med NAV-systemet. De fleste av informantene gav uttrykk for at de ikke hadde blitt møtt på noen god måte av NAV. De følte at NAV ikke har satt seg inn i saken deres, og det opplevdes frustrerende å få forslag om tiltak eller arbeid som de ikke hadde forutsetninger for å klare helsemessig. Noen av informantene opplevde å ikke få innkalling til oppfølgingsmøte, de følte at NAV hadde glemt dem.

Tove hadde imidlertid gode erfaringer med dialogen med NAV. Hun opplevde å få god hjelp av sin saksbehandler i NAV. På hennes arbeidsplass hadde de et eget NAV-kontor som var knyttet til bedriften. De hjalp henne å finne seg ny jobb ved at de omorganiserte innad i bedriften. Mona gruet seg til første møte på NAV etter å ha vært sykemeldt i 6 måneder. Hun ville ikke være til bry og var redd for at de skulle si at det var hennes egen feil at hun var sykemeldt. Den avmakten informantene opplevde i møte med NAV var knyttet opp til usikkerheten rundt hvordan de skulle forholde seg til NAV, hva de hadde krav på av ytelse, og hvordan de skulle få kontroll på livet sitt igjen?

Systemet i NAV ble oppfattet veldig rigid av informantene. De fortalte at det var lite veiledning fra både saksbehandlerne og legen. Informantene brukte ordet «skjemavelde» når de skulle beskrive hva de syntes om NAV.

«.. Jeg måtte bare fylle ut skjema, skjema, skjema. Jeg bare kjenner jeg blir sliten med en gang oppe i hodet.» (Marit)

Informantene følte at de måtte finne ut av alt selv, og mange av informantene forstod ikke ordene og terminologien NAV brukte. Informantene etterlyste mer veiledning og informasjon fra NAV særlig gjaldt dette en bedre oversikt over tiltak og muligheter, rettigheter, og informasjon om økonomiske konsekvenser av det å være langtidssykemeldt.

Informantene opplevde at kontakten med NAV var preget av et maktforhold der NAV satt med kontrollen. NAV ble sett på som en viktig døråpner i forbindelse med ulike tjenester. Tove fikk for eksempel innvilget drosje til jobb fra NAV, men ikke fysioterapi. Hun opplevde det som urettferdig at hun ikke fikk dekket fysioterapibehandlingen sin.

«Jeg tjener jo bra, så jeg har råd til å gå til fysioterapi, men det er utrolig irriterende at du må dekke alt sammen sjøl. For skal du gå på rekvisisjon, så må du vente i ett til halvannet år på å få time hos fysioterapeut. Og sånt gidder man ikke. Da betaler man det sjøl, også klarer man å holde seg lengre i jobb.» (Tove)

Fastlegen har en viktig rolle i sykefraværsoppfølgingen fordi det er den som oftest sykemelder arbeidstakerne. Legen var en viktig støttespiller for informantene. Informantene hadde stor tillit til fastlegen sin og refererte ofte til hva legen hadde sagt.

«Jeg tenker i blant at jeg skal vise dem at jeg skal tilbake. Men så sier legen min at jeg bør nok passe meg siden det er jobben som gjør at jeg får vondt i ryggen. Det er frem og tilbake hele tiden der..» (Thomas)

«Men når legen sier at det er faktisk mulig å bli frisk, tenkte jeg at noen må fortelle meg hva jeg kan gjøre for å bli bedre» (Mona)

Ikke alle informantene hadde like stor tillit til fastlegen. Noen av informantene slet med en følelse av ikke å ha blitt hørt, sett eller tatt på alvor av fastlegen sin. Lars opplevde frustrasjon over at legen hans ba han om å søke seg etter en ny jobb:

«Det er vanskelig å få seg en ny jobb når man ikke kan utføre den når man begynner» (Lars).

Da de byttet fastlege eller kom til en spesialist erfarte de fleste at her var det endelig noen som de opplevde trodde på deres historie og tok dem på alvor. Disse legene/legespesialistene ble på en måte døråpnere til en ny tilnærming til problemene og dermed nøkkelpersoner for at den videre prosessen kunne komme i gang. De var villige til å lytte, utrede og støtte informantene og ta tak i deres situasjon sammen med dem på en ny, annen og mer avgjørende måte enn det de tidligere hadde erfart.

Informantene fortalte at de hadde ulike opplevelser med annet helsepersonell, som fysioterapeut og kiropraktorer. De fleste fortalte at de hadde hatt en positiv opplevelse med *«raskere tilbake prosjektet»*. De hadde fått kontakt med noen som forstod dem.

Marit fortalte om hvor lettet hun ble etter å ha fått ny lege: *«Da følte jeg at endelig var det en som skjønnte meg. Hvordan det var..»*

Et tema for alle intervjuene var tidsaspektet. Thomas nevnte hvordan han hele tiden måtte revidere sine forventninger om hvor raskt han skulle bli frisk, at legene stadig kom med meldinger om at ting tok måneder:

«Jeg har jo alltid regnet med neste måned. Når jeg har blitt sykemeldt, at neste måned så er jeg nok bra. Jeg ringer jo hver måned og sier at jeg er sykemeldt igjen, naturligvis. Og at jeg håper at jeg skal slippe sykemelding neste gang. Men det går ikke så veldig fort.»

Lars fortalte om hvordan han måtte gå og vente på dialogmøter og hvordan hele saksbehandlingen i NAV drøyde. Det å gå og vente på om de godtok eller ikke godtok søknadene hans opplevdes frustrerende: *«Godtar dem ikke det, hva skal jeg da gjøre?»*

«Legen sa jo hva han mente og, arbeidsgiver sa jo hva de mente. Og NAV sa jo hva de trodde da. Så det - legen rådet meg jo til å ikke begynne å jobbe igjen..» (Thomas).

Arbeidsplassen er selve hovedarenaen for forebygging av sykefravær og oppfølging av de som er langtidssykemeldte. Forholdet til arbeidsgiver var viktig for informantene. Støtten fra arbeidsgiver gav dem en trygghet om at de var ønsket tilbake på jobb. Det å ha en

arbeidsgiver som forsto deres situasjon var vesentlig for informantene. Støttende holdninger på arbeidsplassen og tilrettelegging fra nærmeste leder ble beskrevet som viktige faktorer.

«Jeg har heldigvis en arbeidsgiver som vi ha meg tilbake. Hadde ikke det vært der, så hadde det vært vesentlig tyngre..» (Mona)

Krav om effektivitet på arbeidsplassen og å holde kostnader knyttet til tilrettelegging nede, kunne føre til at prosesser knyttet til tilrettelegging tok veldig lang tid, og opplevdes uverdig. Ikke alle erfaringer var like positive, og Thomas opplevde lite støtte og anerkjennelse fra arbeidsplassen sin. Arbeidsgiver ville ikke ha han tilbake hvis han ikke kunne jobbe fullt. Han kunne dermed ikke få en gradert sykmelding, siden beskjeden fra arbeidsgiver var at tilrettelegging ikke var mulig. Han ble han gående med full sykmelding. De av informantene som var over 50 år, gav inntrykk av stor usikkerhet knyttet til omskolering. Informantene fortalte at alderen påvirket innsatsen deres for å søke omskolering. For de med liten utdanning var dette en ekstra stor utfordring.

«Jeg begynner jo å tenke på alderen fordi snart er jeg, altså jeg begynner å bli så gammel at ingen vil ha meg..» (Thomas)

Den sosiale støtten på arbeidsplassen var også en viktig motivasjonsfaktor. Informantene fortalte om ulike holdninger fra kolleger på arbeidsplassen. De fleste hadde positive erfaringer fra kolleger. Kari jobbet 50% og fortalte at enkelte av kollegene hennes kommenterte hvor heldig hun var, som kunne slutte av jobben en time før de andre. Hun opplevde disse kommentarene som negative. De forstod ikke hvordan ryggplagene påvirket hennes hverdag.

Diskusjon: NAV, Arbeidsgiver og Lege

Informantene fortalte at de hadde jobbet over evne i lengre tid og endt opp med å bli langtidssykemeldte. De fortalte hvordan selvfølelsen deres ble endret når de gikk sykemeldt. Oppfatningen av det å være sykemeldt ble av informantene karakteriserte som et slags nederlag. De hadde vanskeligheter med å venne seg til tanken om å jobbe i en redusert stilling. Det å ikke kunne klare å jobbe i det hele tatt var en fjern tanke for informantene. Det var viktig for informantene at de følte seg nyttige når de kom tilbake på arbeidsplassen enten

det var i full stilling eller en redusert stillingsprosent. Å kunne mestre arbeidssituasjonen var viktig for selvfølelsen deres. Informantene fortalte at når de var på jobb fikk de brukt hodet og de følte seg til nytte. Det å kunne delta i arbeidslivet gav informantene et bedre selvbilde, noe som er viktig i empowerment–tenkingen, der det handler om å styrke og aktivere menneskets egenkraft gjennom økt selvtillit, bedre selvbilde, mer kunnskap og større ferdigheter.

NAV skal være et system som bistår de som trenger det. Informantene hadde varierende erfaringer med NAV. De fleste av informantene hadde dårlig erfaringer med NAV og møtet med hjelpeapparatet ble dermed i seg selv en utfordring. Et aspekt som ble fremhevet var at NAV var for byråkratisk. Informantene opplevde NAV som et stort system hvor saksbehandlere ofte ikke hadde satt seg inn i hvem informantene var, hva de kunne, hva de ville og hva de var i stand til å kunne gjøre. Dette byråkratiet i kombinasjon med utryggheten rundt støtteordningene førte til at informantene hadde liten tillit til NAV. I dette tilfellet handler respekt om å bli sett, og om å bli tatt på alvor. Folk som opplever å bli usynliggjort, kan erfare dette som mangel på respekt. Det var viktig for informantene at saksbehandlerne på NAV viste respekt og forståelse for dem.

Informantene beskrev en følelse av «avmakt» i møte med NAV. De beskrev en avmaktssituasjon der smerter, plager og sykmelding var det styrende, samtidig som de ønsket å være i arbeidslivet. Informantene hadde en opplevelse av maktesløshet fordi de følte at de ikke hadde kontroll over sitt eget liv lenger. Maktesløshet kan her defineres som mangel på ressurser til å realisere ens egne intensjoner og ønsker. Det å være langtidssykemeldt kan være med på å svekke individets empowerment fordi man kan utvikle en passiv pasientrolle. Empowerment handler om å gi den sykemeldte myndighet til å bestemme over faktorer som vedkommende opplever som viktige i sitt liv. Dette innebærer å gi den enkelte mulighet til innflytelse i saker som angår dem selv. For å oppnå dette må saksbehandler lytte til hva den sykemeldte forteller og deretter rette søkelys på den sykemeldtes ressurser og ikke mangler. På en slik måte kan den langtidssykemeldte bli myndiggjort og kjenne på hva som føles meningsfullt framover.

Hvor tilfreds den enkelte sykemeldte var med oppfølgingen de fikk hos fastlegen varierte. Informantene hadde liten tro på sin kunnskap om egen funksjon og situasjon, og lyttet til ulike spesialisters vurderinger og forslag til tiltak. Noen av informantene ble passive av å ha nakke- og ryggplager og trakk seg fra aktiviteter, mens andre begynte med trening og prøvde å

oppretholde dagligdagse funksjoner. Over tid kan tilværelsen som langtidssykemeldt bli preget av manglende kontroll og ansvar. Dette kan svekke tilliten til egen evne til å vurdere sine egne muligheter og ressurser. Manglende myndiggjøring og delaktighet i situasjoner som omhandler ens egen livssituasjon, vil kunne gi lav meningsfullhet og begripelighet, som igjen gir lav håndterbarhet og svak SOC (Antonovsky 2005). Det er derfor viktig at legen og annet helsepersonell bidrar til at langtidssykemeldte får mobilisert egne krefter, hentet frem ressursene sine og de mulighetene som finnes i dem.

Informantene følte seg usikre og uforberedt til dialogmøtene med NAV. De hadde liten kunnskap om hva møtene egentlig gikk ut på. Hvis informantene hadde hatt god innsikt i egne problemer og egen livssituasjon, kunne dette ha gitt en følelse av sammenheng og meningsfull tilværelse, som igjen kunne økt den enkeltes helse og livskvalitet. For å kunne oppnå dette bør man legge til rette for at den enkelte mottar tilstrekkelig informasjon og dermed får økt kunnskap. Å finne frem til ressurser og muligheter som gir mening og motivasjon kan være med å bygge opp den langtidssykemeldtes tro på seg selv. Langtidssykemeldte som har evne til å bruke mestringsressursene i seg selv og i omgivelsene sine, vil mestre spenning og får erfaringer som stimulerer til videre utvikling av SOC (Langeland 2014).

Empowerment eller myndiggjøring er også en målsetning i NAV (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet 2007). Innenfor denne tankegangen vektlegges det også å utvikle en forståelse av hvordan samfunnsmessige forhold påvirker den enkeltes problem (Slettebø 2000). At flere nivåer trekkes inn i empowerment-begrepet hindrer at empowerment gjøres til et individuelt ansvar. Empowerment innebærer støtte og styrking i forhold til å påvirke sin livssituasjon og kan beskrives som en bevisstgjøring av egne ressurser. Informantene hadde selv et ansvar for sine problem. Noen tok aktiv del i sitt eget liv ved å delta og undersøke ting, mens andre satt og ventet på at en «*løsning*» skulle komme fra andre. Det at saksbehandlere på NAV ikke lenger hjalp til med utfylling av skjemaer og søknader, men at de i stedet prøvde å stimulere den enkeltes evner til å finne løsninger på sine problemer ble oppfattet som frustrerende for informantene.

Det å være langtidssykemeldt kan føre til avhengighet av de profesjonelles hjelp (Knutsen 2011). Man er avhengig av de tjenestene som ytes og dermed også av de personene som enten forvalter eller utøver tjenestene. NAV sitter i en maktposisjon og fungerer som en døråpner i

forbindelse med ulike tjenester og ytelser. Man kan da sette spørsmålstegn ved hvilke muligheter det er for reell innflytelse i et system man er avhengig av. For informantene i denne studien førte økonomiske ytelser til en avhengighet av NAV for å dekke grunnleggende behov.

Hvilken kultur arbeidsplassen har for nærvær og fravær, kan virke inn på felles forståelse. Dette fordi kulturen består av forventninger hos både den sykmeldte og lederen, om hvor akseptert det er å være borte. Informantene beskrev at de følte et visst press for å jobbe på tross av at de var sykmeldte, såkalt nærværspres. En slik nærværskultur kom frem i utsagn om at en ikke var borte med mindre en var skikkelig syk, og at de fleste gikk på jobben selv om de hadde vondt. I SINTEF (Ose et al. 2013) sin rapport om sykefravær viser de til at dersom både arbeidsgiver og arbeidstakeren er positive til at vedkommende skal komme tilbake til jobb etter sykemelding vil de mest sannsynlig få det til. At begge ønsker at den sykemeldte skal komme tilbake betyr sannsynligvis at de har en god relasjon, at arbeidstaker trives i jobben og at arbeidsgiver er fornøyd med den jobben som gjøres.

Noe annet blir det når arbeidstaker ønsker seg tilbake til jobb, men arbeidsgiver ikke synes det er viktig å få den ansatte tilbake. En av informantene, opplevde nettopp dette, å bli ekskludert fra arbeidsplassen sin. Krav om effektivitet på arbeidsplassen og å holde kostnader knyttet til tilrettelegging nede kan være eksempler på hvorfor arbeidstaker blir ekskludert. Noen av virksomhetene i denne studien hadde ikke produktive arbeidsoppgaver som de sykmeldte kunne settes til å gjøre. Dette ble forklart med at på en effektiv arbeidsplass blir oppgavene som finnes, allerede ivarettatt av andre ansatte. I tillegg handler dette om kompetansen til den sykemeldte, hva slags helseproblemer det er snakk om og hvilken jobb som skal overføres. Andre årsaker kan være at den ansatte ikke er produktiv nok, har mye fravær, ikke ansees som kompetent osv.

Informantene hadde hatt perioder med gradert sykemelding. Lengre sykemelding reduserer dramatisk sannsynligheten for retur til arbeid. Gradert sykemelding og individuell tilrettelegging er ofte et bedre alternativ. Flertallet av informantene hadde arbeidsgivere som tilrettela for delvis arbeid. Informantene samarbeidet med arbeidsgiver om å finne fram til funksjonelle arbeidsordninger. De av informantene som klarte å utføre deler av sine vanlige arbeidsoppgaver, gjorde dette, mens noen ble satt til å gjøre andre oppgaver som hadde en verdi for arbeidsplassen. Bliksvær og Seierstad (2001) trekker frem undersøkelser som viser

at personer med høy utdanning er lite borte fra jobben selv om de sliter med helseproblemer, mens personer med lav utdanning i underordnede stillinger med lav lønn er oftere borte fra jobben pga. helseproblemer. Sannsynligheten for å få gradert sykemelding ser ut til å øke systematisk med utdanning (Ose et al.2013). I SINTEF sin rapport om sykefravær – gradering og tilrettelegging, kommer det også frem at det er de med høyest utdanning som har høyest andel gradert sykemeldinger. Dette handler først og fremst om muligheter for å få til en effektiv tilrettelegging på arbeidsplassen. De av informantene som ikke opplevde tilrettelegging på arbeidsplassen, hadde lav yrkesstatus. Hvis arbeidet blir bedre tilrettelagt og tilpasset den enkelte arbeidstager, så kan mye av smertene som rammer folk med lav yrkesstatus unngås. En intern omplassering var et alternativ for en del av informantene når de ikke klarte å utføre sitt vanlige arbeid. Sentrale momenter her var arbeidstakers eget ønske og om arbeidstaker var faglig og personlig kvalifisert for den nye stillingen. Omskolering var også et alternativ, men noe som bare en av informantene ønsket.

Arbeidsmiljøloven § 4–6 fastslår at arbeidsgiver senest etter seks uker i samråd med arbeidstaker skal utarbeide oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid i forbindelse med sykdom. Informantene opplevde at arbeidet med oppfølgingsplanen startet altfor sent. Planen skal i utgangspunktet inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne. Den skal også inneholde aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og plan for videre oppfølging. Mange av informantene hadde ikke fått noen oppfølgingsplan.

Informantene opplevde ulik grad av tilrettelegging på arbeidsplassen. Det følger av arbeidsmiljøloven at arbeidsgiver skal tilrettelegge for en arbeidstaker «så langt det er mulig». For en arbeidstaker som har fått nedsatt arbeidsevne skal arbeidsgiver prøve å tilrettelegge slik at vedkommende kan fortsette i virksomheten (Ose et al. 2013). Informantene var generelt positive til tilretteleggingen som ble tilbudt på arbeidsplassen, både i form av utstyr og tilpassede arbeidsoppgaver i sykmeldingsperioden. Hva informantene jobbet med, og hvor de jobbet, påvirket tilretteleggingen. Om det var tilgang på alternative arbeidsoppgaver var også en avgjørende faktor. Flere hadde positive erfaringer med aktiv sykemelding. Informantene beskrev hvordan endring av arbeidsoppgavene deres kunne føre til merarbeid for kollegaer. Det å bli overflyttet til en annen avdeling for å utføre lettere arbeidsoppgaver i en periode

hvor det ikke ble satt inn vikar, kunne føre til at den sykmeldte fikk dårlig samvittighet og opplevde et press for å komme raskt tilbake til sin stilling igjen.

Informantene fortalte at det å bli møtt med respekt og forståelse, og å bli sett og verdsatt av arbeidsgiver og på arbeidsplassen, av lege og veileder i NAV var viktig. De beskrev legen som en viktig døråpner. Støtte og forståelse fra legen eller legespesialisten ble oppfattet som ikke bare betydningsfull, men avgjørende. Dette kan komme av legens nøkkelposisjon som døråpner inn til diagnose, behandling og sykemelding. Sterk opplevd støtte fra nærmeste leder og kolleger var også viktig. Det å oppleve støtte fra nærmeste leder gav informantene en oppfatning av å ha større mulighet for å påvirke sin egen arbeidssituasjon.

4.3 Familie og nettverk

Alle informantene snakket om betydningen av det å ha et nettverk og gode relasjoner til folk rundt seg. Familien representerte en stor støtte for informantene. Det å ha familien rundt seg gjorde at informantene hadde noe å stå opp til. De beskrev hvordan livssituasjon deres bar preg av mye ansvar for barn, jobb og hjem. Informantene fortalte at det var viktig å bli satt pris på og å ha et sosialt nettverk for å kunne takle situasjonen som langtidssykemeldt.

Flere beskrev hvordan familien var en viktig kilde for å oppleve deltagelse. Marit beskrev følelsen hun fikk da datteren hennes på 18 år kom hjem fra skolen:

«Nå har jeg bare hun på 18 som bor hjemme enda. Og når hun kommer hjem så bombarderer jeg henne. Jeg setter meg ved kjøkkenbordet og «å endelig. Kom!»

Marit gledet seg til datteren hennes kom hjem. Hun hadde lyst til å finne på noe, men da datteren kom hjem opplevde hun at datteren var mer opptatt med sine ting og ikke fortalte så mye om hva hun hadde opplevd i løpet av dagen.

Informantene hadde ulike forhold til sine familier. Noen fortalte om hvordan det å være langtidssykemeldt påvirket familieforholdet negativt. Per følte at det ble mer konflikter i familien når han var hjemme hele dagen fordi de gikk oppå hverandre. Han hadde en samboer

som var delvis sykemeldt på grunn av en nevrologisk sykdom. De prøvde i fellesskap å løse de utfordringene de hadde i hverdagen. Per opplevde hverdagen sin som tøff. Han hadde masse bekymringer knyttet til ryggplagene sine og det å ikke klare de ansvarsoppgavene han nå hadde. Han uttalte følgende:

«..Så er det det med å ikke kunne fungere normalt som far heller, det er jo selvfølgelig ikke tilfredsstillende i det hele tatt. Men altså når det er problemer med å gå ut på lekeplassen..»

At informantene kunne prioritere ulike gjøremål og ha tid til det de selv hadde lyst til, ble beskrevet som viktig. Turer i skog og mark, det å trene og gå til behandling ga informantene mening i hverdagen. Selv om informantene beskrev det å være langtidssykemeldt som kjedelig, hadde noen av dem mye å fylle hverdagen med allikevel. Eli fortalte at hun hadde masse å fylle dagene med selv om hun bare var hjemme. Hun hadde hundekjøring som hobby og hadde masse prosjekter i huset hjemme. Hun hjalp også datteren med innflytting i ny leilighet og følte seg sånn sett til nytte. Tove var styreleder i borettslaget selv om hun var sykemeldt fra jobben. Hun uttalte følgende:

«Jeg føler ikke at det er noe stress. Vi har møter hver tredje uke, så er det litt brevskrivning, litt telefoner fra andre beboere sånn gjennom hele uka.»

Randi fortalte at når naboen hennes gikk ut i foreldrepermisjon fylte det tiden hennes mer. De gikk da turer sammen. Marit lånte hunden av søsteren sin så hun kunne gå tur med den å fylle dagen med noe. Det å ha en hund ble oppfattet som positivt blant flere av informantene. Da hadde de noe å finne på og hunden ble beskrevet som en god støtte.

«Hadde jeg ikke hatt hund, så hadde jeg ikke gått tur. For jeg ser ingen mening i å gå tur uten bikkje. Jeg er veldig glad i å gå tur. Det er meditasjon. Veldig godt, selv om vi går sammen med en venninne og en bikkje til» (Kari)

Aktivitetsnivå og fritid ble i stor grad regulert av informantenes begrensinger. Det å kunne ha god tid på starten av dagen var viktig for informantene. Å trene regelmessige var viktig for informantene. Treningen stimulerte kroppen, gav en opplevelse av mestring og avkobling fra depressive tanker og følelser, og bidro til økt sosial kontakt. Hobbyer som foto, maling,

håndarbeid, var også aktiviteter som gav mening. De ulike aktivitetene hadde en stor verdi for informantene.

«Men det er enkelte ting som jeg ikke har lyst til å gi slipp på i det hele tatt, sånn som dansen selvfølgelig. Jeg har tenkt å begynne igjen til høsten. Da får jeg prøve å begynne rolig. Men det er jo en del av miljøet og det er jo en gruppe jeg er med i og.» (Marit)

Hvorvidt informantene følte seg begrenset av nakke- og ryggplagene og hvordan dette påvirker tilværelsen, varierte. Noen opplevde selve jobben som begrensningen, mens de som hadde små barn opplevde begrensinger når de ikke klarte å følge dem på aktiviteter. Å finne en god balanse mellom jobb, familie, trening, fritid og venner kunne være utfordrende for informantene. Per beskrev følgende:

«Jeg har en veldig stor vennekrets. Før var jeg veldig aktiv, men de siste par årene så har det begrensa seg mer og mer. Jeg får jo besøk hjemme og sånn, men det er ikke alltid man er opplagt til å ta imot besøk heller. Jeg er ganske sliten og har mye vondt når jeg kommer fra jobb. Så det gjør at det blir mye avlysninger når man blir invitert på ting»

Informantene fortalte at de måtte velge bort aktiviteter de ønsket å delta på. Nakke- og ryggplagene deres fikk konsekvenser for det livet de levde, og ønsket å leve.

Diskusjon: Familie og nettverk

Et gjennomgående tema i intervjuene var informantenes relasjon til familie og nettverket rundt dem. Informantene opplevde disse relasjonene som en ressurs, men familie og nettverket rundt kunne også i perioder oppleves krevende.

I en salutogen tilnærming retter en oppmerksomheten mot personens ressurser og evnen til å bruke disse i samspillet mellom personen og omgivelsene (Langeland 2014). Sosial støtte, familiesamhold og kultur fremheves som spesielt viktig faktor for å kunne styrke SOC (ibid). Det å vite at man har sosial støtte tilgjengelig er ofte tilstrekkelig for at det skal kunne være en mestringsressurs. Tilgjengelige støttespillere som familie, venner, nærmeste leder og kolleger

var viktig for informantene. Informantene beskrev betydningen av å ha noen prate med, kunne møte noen i samme situasjon, og føle omsorg og bli forstått.

Samværet med familie, venner og hunden var viktig for å oppleve mening og sammenheng i hverdagen. Informantene oppgav et godt ekteskap og betydningen av å trene og holde seg i god form som avgjørende i forhold til mestring av egen helse. Informantene fortalte at en viktig kilde til motivasjon var ønsket om å fungere normalt igjen, delta i vanlig sosialt liv i arbeidslivet og å være til nytte.

Hobbyene til informantene synes å ha gitt dem en opplevelse av å kunne noe, og dette noe har gitt dem en mening. Antonovskys (2005) teori om sense of coherence gir grunnlag for å hevde at også hobbyer kan bidra til å styrke den enkeltes motstandskraft og selvbilde. Ut fra det informantene fortalte kan det å drive med hobbyen gi de en opplevelse av både å forstå en utfordring, håndtere den, og at dette er noe det er meningsfullt å engasjere seg i. På spørsmål om hva som ga dem mening, var det flere av informantene som nevnte det å drive med hobbyen sin. Denne opplevelsen av sammenheng og mening kan sies å være nært knyttet til begrepet mestring, og kan således være en ressurs for å styrke motstandskraft og selvbilde.

Informantene fortalte om at de måtte finne balanse mellom aktiviteter og hvile. I perioder kunne stress og krav på grunn av smerter og arbeidsliv være så krevende at det ikke var krefter til å være sammen med venner, dyrke hobbyen eller å være fysisk aktiv. Det som i utgangspunktet ble sett på som motstandsressurser for informantene, kan ut fra funnene i studien oppleves som nye krav som de ikke hadde ressurser til å gjennomføre. For å klare å være i arbeid ble periodevis venner, fysisk aktivitet og hobbyer kuttet ut. Noen av informantene snakket om at det sosiale livet oppleves som altfor slitsomt og krevende. Det å kunne klare å prioritere mellom ulike aktiviteter og sette grenser var viktig for informantene. De gav uttrykk for at de trengte å sette grenser for å ivareta egne behov, men det betød ikke nødvendigvis at de gjorde det. Omgivelsene kan sånn sett spille en viktig rolle ved å være med på å tilrettelegge slik at det blir lettere å velge de aktivitetene som skaper helse fremfor aktiviteter som er helsenedbrytende.

Ifølge informantene var det viktig å finne balansen mellom hvile, trening og det sosiale livet deres for å kunne fungere i hverdagen. Trening og turer i skog og mark opplevdes som noe positivt. Balansekunsten kunne blant annet bestå i spenningen mellom hvile og aktiviteter.

Informantene fortalte om hvordan de tilpasset sine mestringsstrategier i forhold til gode og dårlige dager. Hvis de ikke tilpasset hverdagen etter hvordan formen deres var, gav de uttrykk for at de kunne få mer smerter.

Helse kan styrkes eller svekkes alt avhengig av hvordan hverdagslige aktiviteter organiseres og gjennomføres. Fysisk aktivitet, hvile og sosialt samvær med andre kan være eksempler på tilpasninger som kan gi en opplevelse av helse slik det er beskrevet i den salutogene tankegangen (Antonovsky 2005). Hva som oppleves som god helse og hvilke faktorer som gir en bevegelse mot god helse vil være individuelt. Helse knyttes til ulike faktorer og sammenhenger fra kroppslig funksjon, trivsel og fravær av sykdom.

4.4 Identitet og anerkjennelse

«Hvordan opplever informantene endring av identitet og selvforståelse gjennom periodene som sykemeldte?»

Det å være langtidssykemeldt kan oppleves som om man faller helt eller delvis utenfor arbeidslivet, og dette fører til at den enkeltes samfunnsverdi reduseres. Fordommer kan gjøre det stigmatiserende å være langtidssykemeldt og mottaker av arbeidsavklaringspenger.

Victoria opplevde å være sykemeldt som stigmatiserende fordi folk rundt henne stilte spørsmål om den unge alderen hennes og sykemeldingen. Hun følte at hun ble identifisert som medlemmer av en gruppe, som en av «*de andre*». Kampen for å bevise at hun var syk var en ekstra belastning i tillegg til den daglige kampen det var å leve med ryggproblemene. Det kunne føles vondt å si at man er sykemeldt når det ble mottatt med mistro. «Du ser jo så frisk ut!»

«*Vi er ikke Navere*» uttalte Randi. Og presiserte at hun ikke ville identifiseres som dem, en av dem som blir så dårlig framstilt i media, som unnasluntrer og som hever trygd. En som ikke gidder å jobbe fordi det er så lett å bli ufør. Hun kjente seg ikke igjen i dette bildet. Hun følte at hun måtte motbevise disse forutinntatte meningene og bidra til å gi et bedre bilde av hvem de langtidssykemeldte er.

«Å se på meg som uføretrygda, det er noe som sitter langt inne» (Per)

Å ha en meningsfull hverdag der ulike arbeidsoppgaver ventet ble beskrevet som viktig av informantene. Jobben ble i stor grad knyttet til identitet deres. Informantene fortalte at de ønsket å jobbe. De viste interesse for jobben og gav uttrykk for at de trives på arbeidsplassen sin. Å være i arbeid var noe informantene både ønsket og ville at deres identitet og hvem de var som personer, skulle knyttes til. Verdien av å ha en jobb var viktig. Informantene fortalte at det å ha en jobb å gå til ga engasjement og tilhørighet samtidig som de fikk brukt sine fagkunnskaper.

«Jeg gjør det jeg kan for å holde meg i jobb og gjøre de tingene jeg skal. Jobben har vært så viktig for meg, både i forhold til identitet og i forhold til det å bruke hodet. Jeg trives godt på jobben, den er en del av livet mitt og har vært det lenge.» (Per)

Anerkjennelse var viktig for informantene, det å bli trodd, forstått, akseptert og bekreftet – å bli anerkjent som seg selv med sine plager. Eli fortalte om hvor fantastisk arbeidsgiverne og kollegene hennes var. De hadde vært støttende og lagt til rette der hvor det var mulig, både i forhold til redusert arbeidsstilling og arbeidsoppgaver. Hun opplevde i stor grad anerkjennelse på arbeidsplassen sin. Hvis hun hadde glemt å spørre om avlastning selv, kom kollegaer bort og tilbød seg å hjelpe henne eller å avlaste henne. Hun fortalte at hun fikk «kjempemottakelse» når hun kom tilbake på jobb.

Noen av informantene fortalte at det gikk litt tid før omgivelsene skjønnte hvor alvorlig det var med dem at de ble trodd. Randi uttalte følgende:

«Jeg har satt meg mål hele tiden, for hvor mye jeg skulle klare å jobbe, og så har det på en måte alltid krasjet. Ingen av de som har vært rundt meg, som har behandlet meg, har innsett hvor ille det var. Så de har hele tiden sagt at i løpet av en fireukersperiode da er du frisk. Også har vi måttet skjøvet på de fire ukene. Jeg skulle ønske at noen hadde innsett det litt før»

Det å bli sett, få anerkjennelse og bli trodd var viktig for informantene. De fortalte hvordan selvfølelsen ble svekket fordi de ikke klarte å gjøre like mye som før. Behovet for oppmuntring og motivasjon var ekstra viktig.

Ønsket om økt egen inntekt og å bli selvstendig uten å være avhengig av trygd og NAV-systemet var også viktige drivkrefter i prosessen for å komme tilbake i jobb. Dette har åpenbare praktiske sider, men inntekt og uavhengighet er ofte nært knyttet til identitet og selvfølelse, i tillegg til at økonomisk kompensasjon er en vanlig form for anerkjennelse. Dermed kan betraktninger knyttet til dette kategoriseres inn under identitet og anerkjennelse. Informantene fortalte at de hadde grei økonomi når de var i 100% jobb. Det å kunne ha kontroll på egen økonomi var viktig. De opplevde å miste denne kontrollen når de ble langtidssykemeldte. Mindre inntekt gjorde det vanskelig å kunne sette av penger og de var bekymret for hvordan de skulle klare seg økonomisk fremover hvis de ble uføretrygdet. Økt inntekt var derfor en viktig side ved det å klare å komme seg ut i arbeid igjen. Per fortalte hvor belastende det var å ikke ha kontroll og trygghet over egen økonomi. Han var mest bekymret for den økonomiske tryggheten til sønnen sin:

«Når man har ansvar for en familie, så vil man gjerne gi trygghet både fysisk og økonomisk, det er en del ting med det som kanskje er den største utfordringen. Jeg vet ikke om jeg får innvilget uførhet. Det er ingen av de tingene jeg kan styre, altså det er noe jeg ikke har kontroll på, og jeg er vant til å ha en viss styring på livet, ha et sikkerhetsnett. Det har jeg ikke nå» (Per)

Mona syntes det var vanskelig å beregne en fremtidig inntekt. Hun hadde liten lyst til å tenke på utregninger knyttet til sykepenge og beskrev følgende:

«Jeg har en god jobb og god lønn. Når de begynner å prate om andeler og G-er og 66% og sånn detter jeg av. Jeg dytter det unna» (Mona)

Informantene fortalte at de ofte dro på jobb selv om de hadde vondt. De som var i jobb, opplevde at jobben tok det meste av kreftene, og at det ble lite igjen til å gjøre andre ting når de kom hjem. Hvis de tøyde strikken litt for langt endte det opp med at de fikk mer smerter. Dette sier mye om styrken i ubehaget ved ikke å kunne være i jobb.

Diskusjon: Identitet og anerkjennelse

Flere av informantene var opptatt av hvordan de lett ble stigmatisert eller sett som mindreverdige fordi man ikke var i jobb. Stigma er i denne sammenhengen knyttet opp mot hvordan andre reagerer på sykefravær. I Stigma (2000) beskriver Goffman hvordan mennesker klassifiserer andre. Goffman snakket om stigma som en sosial merking av enkeltmenneske med tap av egenverdi og attraktivitet. Man får en annen sosial identitet enn man ville ha fått som «normal». Avmakt og undertrykking kan oppstå når de som er langtidssykemeldte skiller ut fra de «normale». Når man gjør noen til «de andre» kan dette ha en negativ tone hos de såkalte normale. Dette kan igjen påvirke opplevelsen av å være utenfor. Det moralske ansvaret for å komme tilbake i arbeid legges på enkeltindividet, og for enkelte kan det oppleves som en plikt å være i arbeid. Sandvin skriver at personer som har en synlig funksjonsnedsettelse, ikke blir mistenkeliggjort for å være late eller å ha lav arbeidsmoral (Sandvin 2008). For de som har usynlige vansker, og i utgangspunktet ser friske ut, kan forventningen om å komme tilbake på jobb altså oppleves på en annen måte enn om de hadde synlige skader. Ser man frisk ut, er det gjerne forventet at man skal være i jobb.

Identitet er en kombinasjon av hvordan vi ser på oss selv og hvordan andre oppfatter oss. Arbeidsidentiteten preget synet informantene hadde på deltakelse i det ordinære arbeidslivet. Informantene ønsket å være i arbeid. Det handlet om å bli verdsatt, å bruke evner og kunnskaper og om sosial tilhørighet. I Norge i dag er «alle i jobb» en sterk verdi, og noe som mange vil identifisere seg med. Vi lever i et samfunn hvor status og anerkjennelse fra andre mennesker i stor grad er avhengig av hva slags jobb man har. «Hvem du er» og at du blir sett av andre som den du mener du er, var av stor betydning for informantene. De opplevde det som belastende å delta i vanlige sosiale sammenhenger fordi man ofte får spørsmål om hva man driver med. Når man hører hvilken jobb folk har, danner man seg et bilde av hvem de er. Ved å fortelle om sitt eget arbeid, forteller man om sin kapasitet og effektivitet, hva man finner interessant og hva man synes er viktig å gjøre. Gjennom dette igjen søker man en form for anerkjennelse. Å stå utenfor arbeidslivet kan således oppleves som stigmatiserende fordi man blir identifisert med den diagnosen man har, eller at man ikke jobber.

Alle mennesker trenger å bli sett, å føle meningsfullhet og å føle tilhørighet. Sosialfilosofen Axel Honneth (2006) hevder at opplevelsen av personlig identitet forutsetter opplevelsen av

anerkjennelse. Han hevder at anerkjennelse handler om å se og å bli sett. Honneth analyserer betingelsene for selvrealisering. Han peker på hvordan den enkeltes selvtillit, selvaktelse og egenverdi er avhengig av anerkjennelse, i det private liv, som rettssubjekt og i det sosiale liv (ibid). Honneth viser til betydningen av sosiale relasjoner for utviklingen av ens egen identitet. Anerkjennelse er vesentlig i forhold til hvordan vi verdsetter oss selv, og hvordan vi kan erfare at egne prestasjoner og ferdigheter er viktige bidrag til samfunnet (ibid). Hos informantene handlet anerkjennelse blant annet om at ulike støttespillere trodde på dem. Ved at arbeidsgiver og kolleger gav uttrykk for at de var en ressurs på arbeidsplassen fikk de en følelse av å bety noe. Anerkjennelse kan bidra til at man opplever mestringfølelse. Informantene fortalte om arbeidsgivere som la til rette for at de klarte å utføre arbeidsoppgavene sine. Det var også godt for selvtilliten deres å føle at de hadde et ansvar på jobb og hjemme. Informantene beskrev at de ble tatt på alvor av nærmeste familie, arbeidsgiver og fastleger som forstod dem. De ble trodd på, og det de sa om seg selv og sine smerter og plager ble regnet som gyldig. Hvis arbeidsplassen ikke prøver å tilrettelegge for den langtidssykemeldte eller man opplever at man ikke blir sett av folk rundt seg så kan det føre til at selvbilde til den enkelte blir skadet (Honneth 2006). Mangel på respons kan føre til at man får følelse av at andre ikke ser eller forstår, og det kan også gi en følelse av å være overflødig.

Det at informantene hadde vært lenge borte fra jobb gikk ut over selvfølelsen, og det virket som om de følte seg mer verdifulle når de begynte i arbeid igjen. Det å starte litt i arbeid, sammen med den riktige tilretteleggingen slik at de mestret det, syntes å være noe informantene mente var viktig for å kunne klare å komme tilbake i jobb. Gjennom ulike gode erfaringer ble selvtilliten ytterligere styrket, og troen på å kunne lykkes igjen kom av mestringserfaringen. Å gå på tur for første gang på lenge var for eksempel en stor seier for informantene. Å mestre oppgaver og utfordringer ga informantene tro på at det var mulig å mestre lignende oppgaver senere, og at det var mulig å mestre mer utfordrende oppgaver. Mestring av oppgaver og utfordringer vil kunne gi økt opplevelse av sammenheng i tilværelsen. (Antonovsky 2005).

Det å ha kroniske nakke- og ryggplager kan være en langvarig tilstand i en persons liv. Det å være langtidssykemeldt med nakke- og ryggplager representerte ikke bare et angrep på det fysiske hos informantene, men også på deres opplevelse av hvem de er, deres identitet. Michael Bury (1982) snakker om dette som om at biografien forstyrres eller brytes ved

sykdom. Det å bli langtidssykemeldt føltes som et biografisk brudd hvor hverdagen til informantene ble endret. Noen av informantene opplevde å miste opplevelsen av sammenheng. Mestring oppnås, ifølge Bury, gjennom å normalisere den tilstanden personen er i og sette konsekvensene av sykdommen i parentes. Å akseptere sykdommens konsekvenser betyr at man må reorientere sin egen rolle i arbeidslivet, dagliglivet, familielivet og det sosiale livet. Denne reorienteringen kan oppleves som en forstyrrelse eller et avbrudd i personens livshistorie, men det kan også bety mestring fordi sykdommen kan komme i bakgrunnen.

Å være i arbeid på tross av nakke- og ryggplager kan sies å være et resultat av mestring. Å være i arbeid handlet om å ville være i arbeid for informantene. Dette representerer styrken i kampen mot smerter og plager. Informantenes historie bar preg av at de hadde en indre motivasjon for være i jobb. De uttrykte at de følte seg til nytte og trivdes på jobben og at dette var motivasjon for å kunne fortsette. Vilje og lyst til deltakelse i arbeidslivet ble knyttet til hvem informantene ønsket å være. Den sterke arbeidsidentiteten påvirket motivasjonen for å komme tilbake til ordinær jobb og å være i full stilling. Den økte også motivasjonen for å stå i kampen for å komme i arbeid igjen for informantene. Det å være på jobb fremmet opplevelsen av sammenheng (Antonovsky 2005) og mestring hos informantene. Ut ifra det informantene fortalte gav jobben informantene mange mestringsressurser. Jobben synes også å ha gitt noen av dem en økt opplevelse av sammenheng i den forstand at jobben innbar en strukturering av livssituasjonen.

5.0 OPPSUMMERING

Bakgrunnen for denne oppgaven har vært få frem kunnskap og kunne identifisere ulike erfaringer som kan påvirke tilbakekomst i arbeidslivet for de som er langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager. Fokuset har vært på informantenes egne historier. For å besvare problemstillingen «*Hvordan erfarer langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet?*» har jeg tatt utgangspunkt i de fire forskningsspørsmålene mine:

Hvordan kommer informantene historier om usikkerhet, kaos eller forstyrrelser til uttrykk?

Informantene fortalte hvordan nakke- og ryggplagene varierte. En dag kunne de ha masse smerter, mens andre dager var smerten mere fraværende. Det å være langtidssykemeldt ble beskrevet av informantene som et avbrudd i livet. De opplevde at livet ble annerledes enn det de hadde tenkt seg. Avbrudd i livshistorien til informantene var en type tap, der de ikke lenger kunne være trygg på eller stole på at kroppen ville fungere i gitte situasjoner. Det informantene fortalte om en ustrukturert hverdag, passivitet og usikkerhet representerer noe nytt fra deres vante verden. De fortalte om tap av karriere eller planer for dette, tap av inntekt og sosialt nettverk. Historiene deres avslørte en sårbarhet og usikkerhet om fremtiden.

Hvilke egne bilder har informantene av en fremtidig arbeidssituasjon?

Noen av informantene hadde valgt å være i yrkeslivet på tross av smertene. Det å være i arbeid var en balansekunst for å mestre de ulike kravene i hverdagen. Å være i arbeid ble av informantene forklart som en sterk verdi. Alle informantene ønsket seg tilbake i jobb og helst i 100% stilling.

3. Hvordan opplever informantene endring av identitet og selvforståelse gjennom periodene som sykemeldte?

Anerkjennelse var viktig for informantenes selvfølelse. Det å bli sett og trodd på av de rundt var av betydning. Arbeidsidentiteten preget synet informantene hadde på deltakelse i det ordinære arbeidslivet. Informantene ønsket å være i arbeid. Det handlet om å bli verdsatt, å

bruke evner og kunnskaper og om sosial tilhørighet. De uttrykte at de følte seg til nytte og trivdes på jobben og at dette var motivasjon for å kunne fortsette. Den sterke arbeidsidentiteten påvirket motivasjonen for å komme tilbake til ordinær jobb og å være i full stilling. Den økte også motivasjonen for å stå i kampen for å komme i arbeid igjen for informantene. Det å være på jobb fremmet opplevelsen av sammenheng for informantene.

Hvilke ressurser fremstår som viktige for å kunne komme tilbake i arbeid for informantene?

I alle intervjuene ble arbeidsgiver, lege og NAV omtalt som sentrale aktører. NAV ble sett på som en viktig døråpner i forbindelse med ulike tjenester, arbeidsgiver ble ofte nevnt som ansvarlig for oppfølgingen, og fastlegen som bidragsyter på det medisinske området. Erfaringene med NAV var forskjellig. Et aspekt som ble fremhevet var at NAV var for byråkratisk og informantene fortalte om et skjemavelde i møte med NAV. Støtte og forståelse fra legen ble oppfattet som viktig. Legen var en sentral person fordi det var den som diagnostiserte, gav mulighet til ulike behandlinger og skrev ut sykemeldinger. Det å oppleve støtte fra nærmeste leder gav informantene en oppfatning av å ha større mulighet for å påvirke sin egen arbeidssituasjon.

Informantene fortalte at det var viktig å ha gode relasjoner til familie og i det sosiale nettverket rundt for å kunne takle situasjonen som langtidssykemeldt. For enkelte var det også viktig å opprettholde kontakten med arbeidsplassen. Den nærmeste familien, venner og hunden var viktige støttespillere. Meningsfulle aktiviteter som ulike hobbyer og fysisk aktivitet var viktig og sammen med familie og venner representerte dette faktorer som gav mening og struktur i tilværelsen.

Hvordan erfarer så langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager forholdet mellom arbeid og helse i en prosess der målet er å vende tilbake til yrkeslivet?

Studiens hovedfunn knyttes til egen vilje, behovet for støttespillere og identitet. Den enkeltes egen vilje til å kunne delta i arbeidslivet ser ut til å være sterk hos informantene. Støttespillere i arbeidslivet, NAV, helsevesenet og hjemme var viktig og gav en opplevelse av sammenheng for informantene. Den sterke arbeidsidentiteten påvirket motivasjonen for å komme tilbake til ordinær jobb og å være i full stilling. Det å være på jobb fremmet også en opplevelsen av sammenheng for informantene. Å velge å kjempe for de verdier som settes høyt kan gi en opplevelse av sammenheng og mening i tilværelsen. I prosessen med rekruttering av informantene i denne studien foregikk det en betydelig selektering. Sånn sett er mitt utvalg

langt fra representativt for alle som er langtidssykemeldte pga. nakke- og ryggplager. Denne studien har ikke hatt som formål å få frem funn som er generaliserbare til den gjennomsnittlige sykemeldte, men å løfte frem noen erfaringshorisonter. Målet har vært å gjengi beskrivelsene de langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager har gitt og sette disse inn i analytisk-teoretisk sammenheng. Slik kan beskrivelsene være gjenkjennbare for andre langtidssykemeldte, og bidra til økt refleksjon og oppmerksomhet rundt det å være langtidssykemeldt.

Funnene i studien er aktuelle for videreutvikling av IA-avtalen, for NAV og ulike arbeidsplasser. Ved å ta tak i hvilke erfaringer langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager har i forhold til det å kunne lykkes i å komme tilbake, og fortsette i arbeidslivet, kan dette være med på å styrke bredden i forskningsfeltet når det gjelder arbeidsliv og helse. Ikke minst vil økt kunnskap om egne ressurser være viktig for den langtidssykemeldte med nakke- og ryggplager, for deres helse og livskvalitet.

Mulige implikasjoner for praksis:

Å komme tilbake til arbeid etter langtidssykmelding for personer med nakke- og rygg plager er resultat av komplekse forhold. Informantene hadde varierte nakke- og ryggsmertes. Det var ikke et lineært forløp mot bedring, men en blanding av gode og dårlige dager. Dette peker i retning av at tilpasning og fleksibilitet i løsningene som tilbys er veldig viktig og at det er behov for en bred og individuell forståelse. En måte å skaffe seg et bilde av de langtidssykemeldtes livsverden på, er ved å spørre hvordan de har det i hverdagen, spørre om fysiske og psykiske plager og hvordan de selv opplever de problemene de søker hjelp for.

Hva som oppleves som gode livserfaringer for langtidssykemeldte er individuelt. At helsepersonell, NAV og arbeidsgiver tar seg tid til å lytte til den sykmeldtes historie både i forhold til jobb, familie og fritid er en viktig del av denne prosessen. Ved å la de langtidssykemeldte fortelle sine historier får man et innblikk i deres opplevelser og refleksjoner om seg selv og sin virkelighet. Erfaringshistorier er en ny måte å drive helseforebyggende arbeid på, ved at langtidssykemeldte deler sine erfaringer. Det å ta med seg egne livserfaringer videre inn i framtiden kan ha en positiv endringskraft for den som er langtidssykemeldt.

Det er interessant å merke seg hvor sterk motivasjonen til de langtidssykemeldte var i forhold til å komme tilbake i arbeidslivet. Belastningen/tapet ved å være utenfor arbeidslivet var stor, og verdien av å komme tilbake til jobb var tilsvarende stor. Fokus i håndteringen av sykemeldte bør dermed ikke være med på å gjøre det vanskelig å være sykemeldt. Støtte, anerkjennelse, en ikke-byråkratisk prosess som ikke i seg selv tapper krefter og ødelegger optimismen er viktig i håndteringen av sykemeldte.

Mange som er langtidssykemeldte på grunn av nakke- og ryggplager, må forholde seg til og leve med sine kroniske plager i hverdagen. I møte med disse personene bør man fokusere på faktorer som bidrar til å fremme helse og til mestring av egen situasjon, salutogenese. Slike faktorer innbefatter både personlige ressurser og ressurser i omgivelsene. En helhetlig og individuell tilnærming vil legge til rette for myndiggjørende prosesser hos den langtidssykemeldte, slik at de kan ta bestemmelse over sitt liv, og med støtte av omgivelsene vil de kunne fortsette i arbeidslivet på tross av nakke- og ryggplager.

Fremtidig forskning

En av hovedutfordringene i forhold til det å være langtidssykemeldt er at ulike aktører som arbeidstaker, arbeidsgiver, lege og NAV sitter med forskjellig informasjon (Ose et al. 2013). Et område som det er viktig å forske videre på, er hvordan denne informasjonene bedre kan samkjøres mellom ulike aktørene.

Det er behov for mer forskning om støttende tiltak som fører til opplevelse av å lykkes i å komme tilbake i arbeidslivet. Det er også viktig med videre forskning som belyser sammenheng mellom hva de langtidssykemeldte forteller, deres historie, og livssituasjon. I Halvor Hanisch sitt postdok prosjekt «*Veien tilbake til arbeid - fortellinger, ressurser og velferdsstatens språk*», som denne masteroppgaven har hentet materiale fra, kartlegges det videre hvilke kontekster – språklige ressurser, terminologier, samtalepartnere etc – som inngår i de langtidssykemeldtes fortelling og fortolkning av egen situasjon undersøkes. Prosjektet er planlagt ferdigstilt høsten 2014.

REFERANSER

- Abrahamsson, K., Bradley, G., Brytting, T., Eriksson, T., Forslin, J., Miller, M., et al. (2003). *Friskfaktorer i arbetslivet*. Stockholm: Prevent.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Arbetsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. [online]. Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> (Lastet ned 07. oktober 2013).
- Arbeids- og velferdsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Arbeidsevnevurderinger i NAV, Sluttrapport*.
- Becker, G (1999) *Disrupted lives. How People Create Meaning in A Chaotic World*, 25–36. Berkeley: The University of California Press.
- Bliksvær, T og S. Seierstad (2001) *Om klasse og kjønnsforskjeller i helsebetinget yrkespassivisering*. Bodø, Nordlandsforskning.
- Bury, M. (1982). *Chronic illness as biographical disruption*. *Sociology of Health and Illness* 4(2):167-82
- Coole et al (2010) What concerns workers with low back pain? Findings of a qualitative study of patients referred for rehabilitation *Journal of Occupational Rehabilitation*. 20(4), 472-80
- Conradi, S. & Hendriksen, S. (2004). Funksjonshemning og rehabilitering - ideologi og virkelighet. In L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering - når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahlberg, K, Drew, N and Nystrom, M (2001): *Reflective lifeworld research*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Eriksen (2009) *Filosofi og vitenskap*. Universitetsforlaget.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Furuli (2012) Helsefremmende aktivitet med et salutogent perspektiv. Kulturseminar 18 april 2012. Tilgjengelig fra: [http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/si-sanderud/Documents/Kulturseminaret%202012/Kulturseminar%2018%20april%202012%20-%20utgave%2016.%20april%20\(2\).pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/si-sanderud/Documents/Kulturseminaret%202012/Kulturseminar%2018%20april%202012%20-%20utgave%2016.%20april%20(2).pdf) (lastet ned 15. april 2014)
- Foss og Skyberg (2008) Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). *Sykefravær i ulike bransjer: Utvikling i sykefravær og uførhet i lys av individuelle faktorer og forhold ved arbeidsplassen* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.stami.no/sykefravar-i-ulike-bransjer> (Lastet ned 03. Januar 2014).

- Frank, A (1995) *A wounded storyteller; body, illness and ethics*. Chicago : University of Chicago Press.
- Gadamer, H. G.(2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen
- Gilje og Grimen (1993) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger: innføring I samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo. Universitetsforlaget
- Goffman, E. (2000) “*Stigma, om avvigerens sociale identitet*” Gyldendals Samfundsbibliotek. Pensumtjeneste AS. Oslo
- Hallengraef J. M et al (2012). *Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low-back pain: a systematic review*. Journal of Physiotherapy; 58 (3). 165-173
- Hochschild A (1997) *The time bind: when work becomes home and home becomes work*. New York : Metropolitan Books
- Honneth, A (2006). *Behovet for anerkendelse* . København: Hans Reitzels forlag
- Iles, Davidson & Taylor (2008): *Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review*. Occup. Environ Med 2008;65:507–517. doi:10.1136/oem.2007.036046
- Ihlebak C, Lærum E.(2004) *Plager flest – koster mest, muskel-skjelettlidelser i Norge*. Rapport nr. 1/2004. Oslo: Nasjonalt Ryggnettverk – Formidlingsenheten.
- Imrie, R. (2004): *Demystifying disability - a review of the International Classification of Functioning Disability and Health*. Sociology of Health & Illness, 26(3), 287-305.
- Kvale, S (2006): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo Gyldendal akademiske.
- Knutsen, I (2012); *Striving towards normality; power and empowerment in treatment of patients diagnosed as morbidly obese*, Faculty of medicine. University of Oslo
- Landstad, Wendelborg & Hedlund (2009) *Factors explaining return to work for long-term sick workers in Norway*. Disability and Rehabilitation; 31 (15):1215 -1226
- Langeland, E (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport nr 1/2014
- Lillefjell, M. & Jakobsen, K. (2007). *Sense of Coherence as a Predictor of Work Re-Entry Following Multidisciplinary Rehabilitation for Individuals with Chronic Musculoskeletal Pain*. Journal of Occupational Health Psychology, 12, 222-231
- Lillefjell, M., Krokstad, S., & Espnes, G. A. (2006). *Factors predicting work ability following multidisciplinary rehabilitation for chronic musculoskeletal pain*. Journal of Occupational Rehabilitation, 16, 543-555.

Lindström, B. & Eriksson M. (2010). *The Hichhiker's Guide to Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan Research Center and IUHPE- GWG-SAL

Lærum E, Brox JI, Storheim K et al (2007). *Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmerter – med og uten nerverotaffeksjon*. Oslo: FORMI, Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser/Sosial- og helsedirektoratet.

Lønningdal I. Aas RW, et al.(2010), *Hvilke holdninger og kulturer i virksomheten kan påvirke nærvær og fravær?* International Research Institute of Stavanger: Stavanger.

Malterud, K (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. Oslo universitetsforlag

Martinsen, K. (2002) *Samtalen, kommunikasjon og sakligheten i omsorgsyrkene*. Omsorg nr. 1: 14-22.

Mæland, J. G.(2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

NAV (2013). *Utvikling av sykefraværet 3. kvartal 2013* . [online]. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk> (Lastet ned 13. mars 2014).

Ose et al (2013) Sintef Rapport. *Evaluering av IA-avtalen (2010-2013)*. [online] Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/SINTEF-Teknologi-og-samfunn/Prosjekter-i-SINTEF-Teknologi-og-samfunn/Prosjekter-SINTEF-TS-2013/Evaluering-av-IA-avtalen-2010-2013/> (Lastet ned 05. mars 2014).

Pearce, S og H Pickard(2010). *Finding the will to recover: philosophical perspectives on agency and the sick role*. Journal of Medical Ethics 36 (12):831-833.

Rashiq, S., Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jonsson, E. (2008). *Chronic pain: a health policy perspective*. Weinheim: Wiley-VCH.

Rustøen, T & Wahl (2008) *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal akademiske

Sandvin, J. (red.) (2008): *Arbeid, Sykdom og Moral. Om legeattestert fravær og veien tilbake til jobb*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Schwartz, M. A., & Wiggins, O. (1985). *Science, humanism, and the nature of medical practice: a phenomenological view*. Perspectives in biology and medicine, 28(3), 331-366.

Shaw et al (2005) *Concerns and expectations about returning to work with low back pain: Identifying themes from focus groups and semi-structured interviews*. Disability and rehabilitation 2005 Vol. 27, No. 21 , Pages 1269-1281

Skarpaas L, Aas og Berg (2013) *Eksperters erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og Raskere-tilbake ordningen*. Rapport 2013 nr 9 Høgskolen i Oslo og Akershus Fakultet for helsefag

Slettebø, T. (2000) *Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid*. Nordisk Sosialt Arbeid 20(2):75–85

Soldal, D (2008) *Epidemiologi ved korsryggsmerter*. Norsk Epidemiologi 2008; 18 (1): 107-110

Stang, I. (2003): *Bemyndigelse. En innføring I begrepet "empowerment- tenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten*. I Hauge og Mittelmark (2003): *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Fagbokforlaget. Bergen.

Thagaard, T (2003); *Systematikk og innlevelse; en innføring i kvalitativ metode*. Bergen. Fagbokforlaget

Thornquist (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo. Fagbokforlaget

Vidman, Å. (2007). *Det är så mycket som kan spela in: en studie av vägar till, genom och från sjukskriving baserad på intervjuer med långtidssjukskrivna*. Doktoravhandling. Luleå tekniska universitetet.

World Health Organization (WHO) (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO Basic Documents

WHO (1986) *The Ottawa charter for health promotion*. [online]. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Lastet ned 19.03.2013).

Wormnæs, O. (2005): *Om forståelse, tolkning og hermeneutikk*. Kopisamling SPED4010. Oslo: Unipub.

Aas, R.W., Solberg, A., Strupstad J.H (2011). «*Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte*». IRIS- rapport - 2011/125

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“Veien tilbake i arbeid: fortellinger, ressurser og velferdsstatens språk”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en intervjuundersøkelse. Hensikten er å finne ut mer om erfaringer med å være sykmeldt, særlig med tanke på hva disse erfaringene kan fortelle om veien tilbake til arbeid. Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra Norges forskningsråd.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du vil bli intervjuet, enten av en profesjonell intervjuer eller av forskerne i prosjektet. Intervjuene vil først og fremst dreie seg om tre ting.

1. Dine tidligere arbeidslivserfaringer.
2. Hva som skjedde da du ble sykmeldt og dine erfaringer med å være sykmeldt.
3. Den mulige veien tilbake til arbeid – hvordan det enklest kan skje, hva som skal til, og liknende.

Intervjuene vil bli gjennomført innen to måneder etter at du har sagt deg villig til å delta. Så langt det er mulig kan intervjuet finne sted når og hvor du måtte ønske. Det er altså mulig – men slett ikke nødvendig – at intervjuet foretas på sykehuset. Intervjuet vil vare i ca 45-60 minutter. Den neste fasen i prosjektet (analysefasen) begynner for alvor våren 2013. Den siste fasen (publiseringsfasen) vil pågå gjennom 2013 og 2014.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til dette anonymiserte materialet. Det er bare prosjektleder (Halvor Hanisch) som vil kunne finne tilbake til deg (via en navneliste), og bare hvis det er absolutt nødvendig. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke deg fra studien. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er av to typer. For det første lagres tre figurer eller lister som du selv skisserer i intervjuet. For det andre lagres det lydopptak av selve intervjuet. Utover dette lagres det hverken person- eller helseopplysninger.

Dette materialet vil ikke bli gjort tilgjengelig for forskerne i original, men som henholdsvis bilde (av diagrammene) og transkripsjoner (av intervjuene). Formelt er databehandlingsansvarlig Oslo Universitetssykehus, ved administrerende direktør.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at aidentifiserte opplysninger benyttes av professor Per Koren Solvang, Høgskolen i Oslo og Akershus, som skal utføre et tilknyttet prosjekt.

Informasjon om utfallet av studien

I løpet av perioden 2013-2014 vil resultatene gradvis bli publisert (i artikler i nasjonale og internasjonale forskningstidsskrifter). Deltakerne vil bli orientert om hver slik publikasjon, og få kopi av publikasjonen om ønskelig.

Kontakt Dersom du har spørsmål kan du kontakte prosjektleder: Postdoktor Halvor Hanisch (halhan@ous-hf.no, tlf 93413084).

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide for postdoktorprosjektet Veien tilbake i arbeid: fortellinger, ressurser og velferdsstatens språk

Intervjuenes faser:

- 1) Bakgrunnsspørsmål (verbalt). Dette gjelder vanlige bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, etnisk bakgrunn, etc.
- 2) Yrkesbiografi og tidslinje (visuelt). Informantene vil her bli spurt om å tegne opp en tidslinje over sitt eget yrkesliv: Denne linjen skal ikke bare reflektere hvilke jobber de har hatt og når, men også om de har hatt tidligere perioder utenfor jobb (evt i permisjon, sykmeldt, på trygd eller lignende).
- 3) Fortellinger om yrkeslivsbiografiens ulike perioder (verbalt).
- 4) Fortellingen om livet i dag (verbalt). For å forstå fravær fra jobb må man ikke bare forstå noe om det å jobbe, men også noe om det å ikke jobbe. Det har ikke bare betydning hva du gjør i arbeid, men også hva du gjør mens du er sykmeldt, og i det hele tatt *hvordan du har det*
- 5) Bilder av fremtiden (verbalt). Deltakere bli bedt om å fortelle hvordan de ser fremtiden for seg. Som i den første narrative intervjufasen vil fokus her ligge på (1) selve arbeidet, arbeidsoppgaver og lignende, (2) trivsel (hvordan deltakerne likte arbeidet, forhold til kolleger/ledelse etc), og (3) helse (allment i forhold til helsetilstand, men særlig i forhold til evt erfaringer med rygg- eller nakkesmerter).
- 6) Tro på fremtidig tilknytning til arbeidslivet (verbalt). Det mest overordnede spørsmålet – tror du at du kommer til å komme tilbake i jobb? – vil bli stilt eksplisitt og separat. De vil også bli spurt om hvilken betydning rygg- eller nakkesmertene (forbedring, stabilisering eller forverring) har for dette spørsmålet.

For oversiktens skyld er faser og tematikk i intervjuforløpet satt opp i en tabell:

	Arbeid	Trivsel	Subjektiv helse
Fase 3	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke oppgaver hadde du? - Hvordan vil du beskrive selve arbeidet 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan trivdes du med arbeidet? - Hvilke deler av arbeidet likte du best, evt minst? - Var arbeidet meningsfullt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan vil du beskrive din egen helse på dette tidspunktet? - Hadde du rygg- og nakkeplager, i så fall hvor alvorlige?
Fase 4	<ul style="list-style-type: none"> - Hva gjør du i løpet av en vanlig dag? - Hvordan synes du livet har endret seg siden du ble sykmeldt 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan trivdes du pr i dag? - Hvordan føler du at livet har forandret seg? - Hva liker du best, evt minst, med det dagliglivet du har i dag? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan vil du beskrive din egen helse pr i dag? - Hvordan går det med ryggplagene? - Hvordan synes du det har utviklet seg etter at du ble sykmeldt?
Fase 5	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan ser du for det at dagliglivet ditt vil se ut i fremtiden på kort sikt? - Og hva med på litt lengre sikt, evt fram mot 67 år? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan ser du for deg at du kommer til å trives fremover? - Hva er avgjørende for om det blir et bra dagligliv eller ikke? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan ser du for deg helseutviklingen fremover? - hva kan skje – godt eller dårlig, bedre eller verre enn du tror?
Fase 6	<ul style="list-style-type: none"> - Hva er din magesfølelse i forhold til det å komme tilbake i jobb eller ikke? - Hva tror du kan bli avgjørende? 	<ul style="list-style-type: none"> - Tror du at du vil trives hvis du kommer i jobb igjen? - Tror du at du vil trives hvis du ikke kommer i jobb igjen? - Hvor viktig tror du det blir med trivsel i den sammenhengen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor avgjørende er ryggplagene for dette spørsmålet tror du? - Hvor frisk må du bli for å komme tilbake i jobb?