

Masteroppgave

# Egenopplevd arbeidsevne og forutsetninger for arbeid etter arbeidsrettet rehabilitering

En kvalitativ studie av deltakeres erfaringer

**Sara Chopra**  
**Kandidatnummer: 4**

Masterstudium i tverrfaglig helseforskning, oktober 2023

120 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet



## **Forord**

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Lisbeth Thoresen for støtten gjennom masterprosjektet. Uten veiledningen jeg har fått hadde jeg ikke utviklet meg på samme måte innenfor kvalitativ og fenomenologisk tankegang.

Jeg vil også takke Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering for tilgangen på datamaterialet. Takk til prosjektleder i STAiR-studien, Monica Eftedal, for å være en god sparringspartner.

Tusen takk til svigermor som har lest korrektur sene kvelder. Til slutt ønsker jeg å takke min arbeidsgiver for fleksibiliteten som har tillatt meg å fullføre masterprosjektet.

## Sammendrag

**Formål:** Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er et tverrfaglig tilbud for å øke arbeidsevnen til individer som står utenfor arbeid, eller står i fare for falle utenfor grunnet helseutfordringer. Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om deltakeres opplevelser og forståelse av egen arbeidsevne etter fire uker med arbeidsrettet rehabilitering.

Problemstillingen er: *«Hvordan opplever deltakere sin arbeidsevne etter arbeidsrettet rehabilitering? Og hvilke forutsetninger knytter deltakerne til det å kunne arbeide?»*.

**Teoretisk forankring:** Studiens vitenskapsteoretiske perspektiv er fenomenologi. Funnene drøftes i lys av kroppsfenomenologisk teori, teori om negative livserfaringers påvirkning på helse, samt teori om individualisering i helsetjenesten.

**Metode:** Det ble brukt kvalitativ forskningsmetode for å besvare problemstillingen. Studien er basert på intervjudata fra 9 deltakere i arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dataene er analysert og fortolket ved bruk av tematisk analyse.

**Resultater og konklusjon:** Det er stor variasjon i opplevd arbeidsevne etter rehabilitering der noen kjenner seg klare for retur til arbeid, andre forteller at situasjonen er uendret og noen få forteller om forverring. Deltakerne knytter forutsetninger for arbeid til kroppens muligheter og begrensninger, bevisstgjøringsprosesser på ulike plan samt tidligere livserfaringer.

## Abstract

**Purpose:** Occupational rehabilitation is an interdisciplinary intervention aiming to promote return to work in individuals who are absent from work, or at risk of sick leave due to health issues. The objective of this study is to gain knowledge about participants' experiences and understanding of their own ability to work following four weeks of inpatient occupational rehabilitation.

The research question is: *«How do participants experience their ability to work after occupational rehabilitation? And what prerequisites do the participants attribute to being able to work?»*.

**Literature framework:** The theoretical perspective of this study is phenomenological. The findings are discussed with the help of theories of body phenomenology, theories of adverse experiences and their impact on health, and theories of the individualization within healthcare.

**Methods:** A qualitative research method was used to answer the research question. The data used in this study is based on interviews conducted on 9 participants of occupational rehabilitation. The interviews were analyzed and interpreted with the use of thematic analysis.

**Results and conclusion:** There is great variation in the participants' experienced ability to work after occupational rehabilitation. Some participants are ready to return to work, others report their situation is unchanged, and a few report deterioration. The participants attribute their ability to work to the state of their body, increased awareness of different aspects, and to previous life experiences.

# Egenopplevd arbeidsevne og forutsetninger for arbeid etter arbeidsrettet rehabilitering - En kvalitativ studie av deltakeres erfaringer.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn</b> .....	<b>3</b>
1.1.1 Arbeidsrettet rehabilitering .....	3
1.1.2 Arbeidsrettet rehabilitering ved Rehabiliteringssenteret AiR.....	4
1.1.3 En økologisk modell for arbeidsdeltakelse .....	5
1.2 Arbeidsevne.....	6
1.2.1 Definisjon av arbeidsevne .....	6
1.2.2 Medisinskfaglig relevans og nytteverdi av å forske på arbeidsevne.....	7
1.2.3 Arbeidsevne og helse .....	8
1.3 Studiens formål og problemstilling.....	9
1.4 Eksisterende forskning på arbeidsevne og arbeidsrettet rehabilitering.....	9
1.4.1 Funn fra STAiR-studien.....	12
<b>2. Teoretisk forståelsesramme</b> .....	<b>14</b>
2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	14
2.1.1 Fenomenologisk perspektiv .....	14
2.2 Teori.....	16
2.2.1 Den levde kroppen .....	16
2.2.2 Kroppsbevissthet.....	17
2.2.3 Tidligere livserfaringer og krenkelse som sykdomsgrunnlag.....	20
2.2.4 Individualisering i sykdom og helse .....	21
<b>3. Metode</b> .....	<b>23</b>
3.1 Masteroppgaveprosjektet som en del av en større studie.....	23
3.2 Kvalitativ metode .....	23
3.3 Semistrukturerte intervjuer.....	24
3.4 Utvalg og rekruttering .....	24
3.5 Intervjuguide.....	26
3.6 Datainnsamling og lagring.....	26
3.7 Analyse.....	27
3.8 Drøfting av metode og troverdighet.....	32

3.8.1 Refleksivitet .....	33
3.8.2 Dataprogrammer for analyse av kvalitative data .....	33
3.9 Ethiske vurderinger .....	34
<b>4. Resultater .....</b>	<b>36</b>
4.1 <i>Arbeidsevne og kroppens muligheter og begrensninger</i> .....	37
4.1.1 Å være frisk nok til å jobbe.....	37
4.1.2 Kognitiv fungering som forutsetning for arbeid .....	39
4.2 <i>Arbeidsevne knyttet til bevisstgjøring</i> .....	40
4.2.1 En ryddeprosess i eget liv .....	40
4.2.2 Mestringserfaringer og muligheter for arbeid.....	41
4.2.3 Fra frakoblet kropp til økt kroppsbevissthet .....	42
4.3 <i>Arbeidsevne i lys av et levd liv</i> .....	45
4.3.1 Å reflektere over arbeidshverdagen med bakgrunn i tidligere livserfaringer .....	45
4.3.2 Å pakke ut negative livserfaringer .....	47
<b>5. Diskusjon .....</b>	<b>50</b>
5.1 <i>Kroppskontakt i arbeidsrettet rehabilitering</i> .....	50
5.1.1 Kroppen som trer frem som hinder for arbeid .....	50
5.1.2 Kroppen som trer frem som arbeids-egnende .....	51
5.1.3 Kroppen som ikke trer frem – et tegn på velbehag eller undertrykkelse? .....	52
5.2 <i>Negative livserfaringer og sosial ulikhet i helse</i> .....	53
5.3 <i>Sherbrooke-modellen og ansvaret for retur til arbeid</i> .....	56
5.3.1 Individets ansvar .....	57
5.3.2 Arbeidsgivers ansvar.....	58
5.3.3 Hjelpeapparatet .....	59
5.4 <i>Videre refleksjoner</i> .....	60
<b>6. Konklusjon .....</b>	<b>62</b>
<b>7. Litteratur .....</b>	<b>64</b>
<b>Oversikt over vedlegg .....</b>	<b>71</b>
<i>Vedlegg 1: Intervjuguide</i> .....	72
<i>Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema</i> .....	74
<i>Vedlegg 3: Godkjenning fra Sikt/NSD</i> .....	81
<i>Vedlegg 4: REK-Vedtak</i> .....	84
<i>Vedlegg 5: Godkjenning fra Masteroppgavekomiteen MOK, UiO</i> .....	87

## **Forkortelser**

ARR	Arbeidsrettet rehabilitering
NKARR	Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering
REK	Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
TSD	Tjenester for sensitive data
NSD/Sikt	Norsk senter for forskningsdata
NAV	Arbeids- og velferdsforvaltningen
AiR	Rehabiliteringssenteret i Rauland
STAiR	Sykehuset Telemark & AiR (forskningsprosjekt)
MOK	Masteroppgavekomiteen ved Universitetet i Oslo

## **Tabell- og figuroversikt**

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Tabell 2: Eksempel på kode

Tabell 3: Kategorisering av koder

Tabell 4: Ferdigstilte temaer med undertema

Figur 1: Sherbrooke-modellen/Den økologiske modellen for arbeidsdeltakelse

Figur 2: Tematisk kart i en innledende analytisk fase

Figur 3: Tematisk kart ved endt analyse

# 1. Introduksjon

I mitt yrke som fysioterapeut innen rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, treffer jeg ofte på mennesker med langvarige og sammensatte utfordringer. Mange strever med en kombinasjon av medisinske diagnoser, psykiske lidelser og utfordringer i hverdagslivet. Under konsultasjoner dukker stadig temaet arbeidsliv og sykefravær opp. Temaet opptar både deltakeren og andre involverte parter jeg har kontakt med gjennom faglig samarbeid, som fastleger, NAV-veiledere og arbeidsgivere. Dette har ført til at jeg har utviklet en faglig interesse for å bistå personer med helseutfordringer tilbake i arbeid. I 2022 lå sykefraværet i Norge på over 1,3 millioner legemeldte sykefraværstilfeller, som totalt utgjorde over 12,8 millioner tapte dagsverk. Flesteparten av sykmeldingene i 2022 dreide seg om muskel- og skjelettplager, etterfulgt av psykiske lidelser (NAV, 2023c). Statistikken samsvarer med de sykmeldte deltakerne jeg møter i arbeidet mitt, som ofte strever med muskel- og skjelettplager i tillegg til angst, depresjon og utmattelse. Mange har hatt plager i måneder, noen av dem i en årrekke. De forteller ofte om tap av funksjon, savn etter tilhørighet og en følelse av tapt identitet.

I Norge finnes en myriade av ulike tiltak for å øke arbeidsdeltakelse i befolkningen. Det finnes blant annet ulike arbeidsmarkedstiltak, økonomiske støtteordninger, polikliniske tilbud ved sykehus og rehabilitering. Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er et av tilbudene som eksisterer, og deltakerne i denne studien har deltatt på et slikt tilbud ved Rehabiliteringssenteret AiR. Arbeidsrettet rehabilitering er et tverrfaglig tilbud med mål om å øke den enkeltes tilknytning til arbeidslivet, tross helseplager.

Til tross for de eksisterende tilbudene og ressursene som brukes, øker antallet som faller helt eller delvis ut av arbeidslivet. Nyhetsbildet den siste tiden har vært preget av statistikk fra NAV angående økningen i antall personer med nedsatt arbeidsevne og som mottar uføretrygd (Nørstebø et al., 2022; Venbakken, 2022). Andelen personer som mottar uføretrygd er økende, og samtidig øker andelen uføre under 30 år (NAV, 2023b). Forskning tyder på at arbeidsdeltakelse kan ha en positiv effekt på helse og livskvalitet, selv om et dårlig arbeidsforhold også kan bidra til det motsatte (Van Der Noordt et al., 2014). For mange fører det å falle ut av arbeidslivet med seg økonomiske utfordringer, ensomhet og er assosiert med generelt lav tilfredshet med livet (Statistisk sentralbyrå, 2020). Å ha tilknytning til



arbeidslivet, fulltid eller deltid, kan være assosiert med bedre helse og lavere risiko for å falle helt ut av arbeidslivet (Andrén & Svensson, 2012; Øyeflaten et al., 2014).

Samtidig som det er politiske føringer for å øke arbeidsdeltakelse hos mennesker med helseplager, medfører det økende antallet personer med helseplager et bærekraftsproblem for helsevesenet. Det er et økende behov for helsehjelp i befolkningen, parallelt med et synkende antall helsepersonell per innbygger i behov av helsehjelp (NOU 2023:4, 2023, s. 11–13). Den mye omtalte offentlige utredningen «Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste» fra Helsepersonellkommisjonen er en av rapportene som legger brukermedvirkning og ansvarliggjøring av pasienter til grunn som virkemiddel mot disse utfordringene (NOU 2023:4, 2023, s. 135–137).

Hvordan kan helsepersonell bistå personer som av ulike grunner faller utenfor arbeidslivet? Øker vi deres arbeidsevne gjennom intervensjonen arbeidsrettet rehabilitering, slik målet lyder? Hvordan opplever personene det gjelder egen evne til å arbeide, og hva forteller de om muligheter for arbeid etter rehabilitering? Hvilke forutsetninger for arbeid er de selv opptatt av? Disse spørsmålene er gjengangere i klinisk praksis for meg, og trolig andre som arbeider med denne komplekse gruppen. Arbeidsrettet rehabilitering som medisinsk felt er i stadig utvikling, noe som synes å være viktig parallelt med utviklingen vi ser i samfunnet, der flere og flere faller utenfor arbeidslivet. Jeg har benyttet kvalitative data fra forskningsprosjektet STAiR, som er et større forskningsprosjekt som beskrives nærmere i oppgaven. De kvalitative intervjudataene er brukt for å undersøke deltakeres opplevelser med arbeidsrettet rehabilitering fra et førstepersonsperspektiv, da deltakeres erfaringer kan bidra til viktig kunnskap.

## **1.1 Bakgrunn**

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunnsinformasjon om arbeidsrettet rehabilitering. Deretter forklarer jeg hvordan tilbudet har vært bygget opp ved Rehabiliteringssenteret AiR under prosjektperioden. Etter dette beskrives teori som ligger til grunn for hvordan arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er organisert. Deretter vil jeg presentere teori om arbeidsevne. Til slutt i kapitlet legger jeg frem studiens formål og problemstilling, etterfulgt av eksisterende forskning på feltet.

### **1.1.1 Arbeidsrettet rehabilitering**

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) er en intervensjon i spesialisthelsetjenesten med en tverrfaglig tilnærming. Ulike faggrupper som leger, arbeidsveiledere, idrettspedagoger, psykologer og fysioterapeuter samarbeider om deltakernes sammensatte behov (Jensen & Svardal, 2021). Målgruppen for rehabiliteringen er personer i yrkesaktiv alder som er sykmeldt, står utenfor arbeid eller står i fare for å bli sykmeldt grunnet helseutfordringer. Mange av deltakerne har sammensatte utfordringer, og en stor andel av dem har muskel- og skjelettplager samt lettere psykiske lidelser (NKARR, 2020).

I internasjonal litteratur omtales arbeidsrettet rehabilitering som Return To Work (forkortet som RTW), Occupational Rehabilitation eller Vocational Rehabilitation. Til grunn for rehabiliteringen er ideen om at arbeid er helsefremmende for de aller fleste. Det finnes variasjoner av ARR i ulike land, men i denne oppgaven omtaler jeg den norske modellen. Arbeidsrettet rehabilitering i Norge har ofte en varighet på 4 uker. Sentrale komponenter av tilbudet kan være trening og friluftaktiviteter, undervisning, individuell oppfølging fra fagpersoner og samarbeid med tredjeparter som NAV, arbeidsgiver og fastlege (Jensen & Svardal, 2021).

Et prinsipp i arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er at mottaker av tjenesten skal betegnes som deltaker, ettersom det er ønskelig at deltaker er aktiv i beslutninger om egen helse og arbeidsforhold (NKARR, 2020). Hvilke ord man bruker for å definere personer som mottar arbeidsrettet rehabilitering kan være førende for hvordan de selv oppfatter egen myndighet og rolle, og hvordan fagpersoner forholder seg til forløpet. Derfor brukes ordet deltaker fremfor pasient eller bruker, som kan symbolisere en mer passiv mottaker av tjenester.

### **1.1.2 Arbeidsrettet rehabilitering ved Rehabiliteringssenteret AiR**

Deltakerne i denne studien har gjennomført rehabilitering ved Rehabiliteringssenteret i Rauland, AiR. AiR er tett knyttet til Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering (NKARR). Den kliniske praksisen ved rehabiliteringssenteret er knyttet til forskningen som gjennomføres ved NKARR, og etterstreber å bygge på en helhetlig, fenomenologisk forståelse av helse og arbeidsdeltakelse (NKARR, 2011, s- 6-16).

Deltakerne deltar på et fire ukers program der de er på døgnopphold, med mulighet for å reise hjem i helgene. Det er en sammensatt timeplan bestående av ulike komponenter. Etter en kartlegging utført av fagpersonell, består dagene av intervensjoner basert på aktivitet og undervisning. Hovedvekten av timeplanens innhold foregår i gruppe, samtidig som det tilbys individuelt tilpasset aktivitet og samtaler med ulike fagpersoner ved behov. Fagpersonene som arbeider med deltakerne er tverrfaglige team som består av fysioterapeut, lege, psykolog, idrettspedagog og arbeidskonsulent.

Aktivitetene består av lystbetont fysisk aktivitet innendørs og utendørs, som lekbasert trening, padletur, fotturer i naturen og konvensjonell styrketrening. I tillegg er deltakerne med på psykomotoriske bevegelsesgrupper. Psykomotoriske bevegelsesgrupper er en form for gruppetimer basert på tradisjoner i psykomotorisk fysioterapi. Psykomotorisk fysioterapi er en egen gren innen fysioterapeutisk behandling, som tar utgangspunkt i at kroppens tilstand påvirkes av livssituasjon. Kroppen betraktes som et helhetlig erfaringscenter der psykiske, fysiske og emosjonelle belastninger kan føre til kroppslige plager, spenninger og endret pustemønster (Møyner, 2022). Disse prinsippene ligger til grunn for bevegelsesgrupper, der kroppsbevissthet, bevegelighet, respirasjon og avspenning er sentrale elementer av innholdet for timene.

I tillegg til fysisk aktivitet deltar de på undervisning om ulike temaer innenfor helse og arbeidslivet. Ved gruppesamlingene benyttes en kognitiv tilnærming. Kognitiv tilnærming bygger på prinsipper i psykologi der tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner påvirker hverandre gjensidig. Målet med tilnærmingen er å kunne påvirke deltakere til å gjøre endringer etter å ha blitt bevisst sammenhengen mellom tanker, atferd, følelser og kroppslige reaksjoner. I faglig veileder for arbeidsrettet rehabilitering anbefales arbeidsfokuseret kognitiv tilnærming på bakgrunn av evidens fra tidligere forskning på effekt av ulike tilnærminger (NKARR, 2020).

Bakgrunnen for å inkludere de ulike komponentene i tilbudet er at helse og arbeidsevne avhenger av flere faktorer, som blant annet illustreres av den økologiske modellen for arbeidsdeltakelse (Costa-Black et al., 2013; NKARR, 2011; NKARR, 2020).

Ved avslutning av rehabiliteringen får hver deltaker anbefalinger for tiden etter rehabilitering i en individuell epikrise som sendes til fastlegen. Disse anbefalingene kan eksempelvis gjelde grad av arbeidsdeltakelse, fysisk aktivitet, behandling av fysiske og psykiske symptomer og andre ting som vurderes som betydningsfullt i den enkeltes situasjon.

### **1.1.3 En økologisk modell for arbeidsdeltakelse**

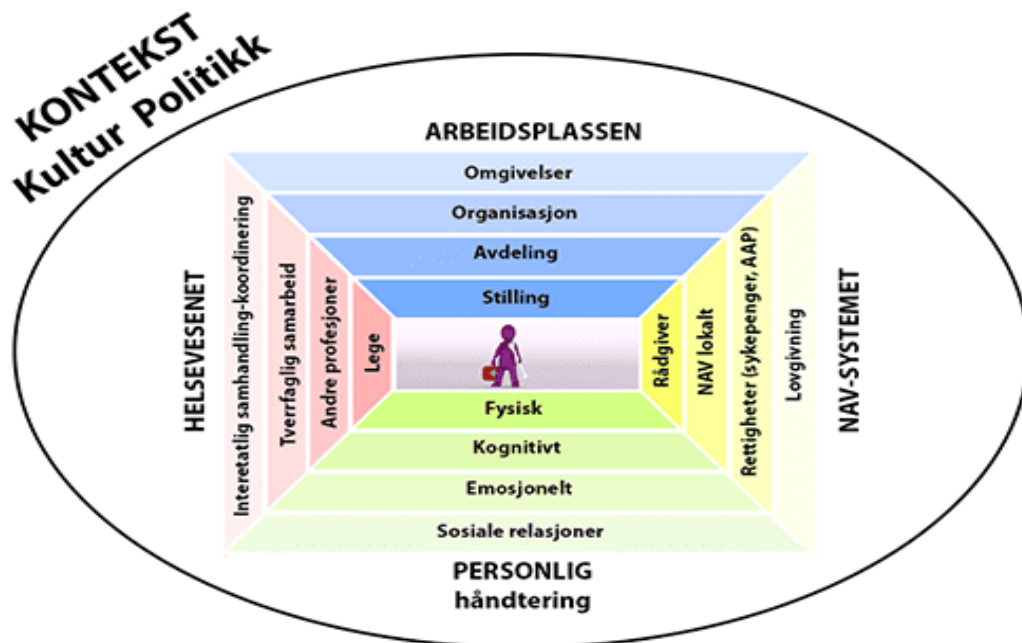
For å forstå hvordan arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er bygget opp for å øke arbeidsevne, ønsker jeg å introdusere en teoretisk modell. Modellen ligger til grunn for utformingen av tilbudet i spesialisthelsetjenesten, samt forståelsen av begrepet arbeidsevne. I arbeidsrettet rehabilitering benyttes «Sherbrooke-modellen», Loisel et al. (2005) sin økologiske modell for arbeidsdeltakelse, som et teoretisk rammeverk (NKARR, 2020).

Et økologisk perspektiv er et teoretisk perspektiv som kan brukes for å forstå hvordan ulike dimensjoner og systemer i og omkring individet påvirker helsen (Bronfenbrenner, 1979). Sammenhengen mellom individet og konteksten det befinner seg i, fremheves og settes i ulike system i økologisk systemteori. Flere økologiske teorier har blitt utviklet innenfor ulike felt i helse, og innenfor arbeidsdeltakelse finnes «Sherbrooke-modellen» (Figur 1). Modellen har til hensikt å forklare hvordan menneskers arbeidsevne blir påvirket av ulike faktorer. Sentralt i modellen er individet med sin kropp og helse, og omkring individet er ulike systemer. Med bruk av denne modellen kan man eksempelvis forstå hvordan en arbeidstaker påvirkes av og påvirker sin arbeidsplass, som igjen påvirkes av næringslivet, politikk og velferd, og ikke minst av samfunnets normer og verdier.

Den økologiske modellen for arbeidsdeltakelse av viser en flerdimensjonal forståelse av faktorer som påvirker arbeidstakerens forutsetninger for arbeid (Loisel et al., 2005). Modellen ble i utgangspunktet utarbeidet med hensyn til nedsatt arbeidsevne relatert til korsryggsmerter, men bruken er nå utvidet til alle medisinske tilstander som fører til nedsatt arbeidsevne og sykefravær (Costa-Black et al., 2013). Arbeidstakeren omgis av og påvirkes av fire ulike systemer; Arbeidsplassen, helsevesenet, velferdssystemet og arbeidstakerens

personlige faktorer. Disse systemene ligger innenfor en sosiopolitisk og kulturell kontekst som påvirker arbeidsforholdet (Costa-Black et al., 2013). Modellen illustrerer kompleksiteten av prosessen med tilbakeføring til jobb, og det påfølgende behovet for tverrfaglighet i arbeidsrettet rehabilitering. I tillegg kan dette implisere hvilke instanser man bør involvere i prosessen (NKARR, 2020).

I denne oppgaven kan individet i sentrum av Sherbrooke-modellen representere intervjudeltakerne i studien. Underkategoriene i hver dimensjon av modellen er direkte og indirekte knyttet til individet, og det er gjennom deltakerens egne fremstilling og erfaring jeg ønsker å undersøke hva som har betydning for deltakernes arbeidsevne etter rehabilitering.



**Figur 1:** Sherbrooke-modellen / «økologisk» modell for arbeidsdeltakelse utviklet av Loisel m.fl. (2005), oversatt til norsk ved Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering.

## 1.2 Arbeidsevne

### 1.2.1 Definisjon av arbeidsevne

For å undersøke og drøfte deltakernes egenopplevde arbeidsevne, ønsker jeg først og fremst å klargjøre hva jeg mener med arbeidsevne i denne sammenhengen. Det finnes utallige definisjoner på arbeidsevne, og hvordan det defineres er kontekstue avhengig. Faktorer som påvirker hvordan vi forstår arbeidsevne kan være geografi, kultur, språk og bruksområde,

eksempelvis juridisk og i forbindelse med velferdsytelser gjennom NAV. I denne oppgaven avgrenses begrepet til arbeidsevne innenfor rammene av rehabilitering.

Innen rehabiliteringsfeltet kan arbeidsevne defineres som summen av individuelle og arbeidsrelaterte faktorer som påvirker en persons evne til å håndtere arbeid (Ilmarinen, 2001; NKARR, 2020). Individuelle faktorer som påvirker arbeidsevne kan være biologiske faktorer slik som helsetilstand og alder, men i denne oppgaven vil det også favne om individets egendefinerte forutsetninger for arbeid. Dette kan være tanker, følelser og opplevelser, og vil basere seg på beretninger fra deltakerne selv. Arbeidsrelaterte faktorer kan omhandle forhold som arbeidsmiljø, krav på arbeidsplassen og arbeidstid. Ofte vil forholdet mellom de individuelle og arbeidsrelaterte faktorene være komplekst knyttet til hverandre, uten et tydelig skille mellom individ og eksempelvis arbeidsmiljø (Tengland, 2010, s. 276).

Når man snakker om arbeidsevne innenfor en helsefaglig kontekst er det nyttig å differensiere mellom spesifikk og generell arbeidsevne (Tengland, 2010, s. 283). Konseptet spesifikk arbeidsevne handler om evnen til å stå i sitt nåværende eller vanlige arbeid, mens generell arbeidsevne dreier seg om ethvert arbeid. En kan eksempelvis ha redusert arbeidsevne i sitt vanlige yrke som sykepleier etter en ryggskade, men allikevel ha arbeidsevne til å utføre et annet type arbeid. For å i det hele tatt inneha generell arbeidsevne argumenterer Tengland for at en må ha fysisk, sosial og mental helse, grunnleggende kompetanse og noen arbeidsrelaterte egenskaper for å kunne utføre en type arbeid (Tengland, 2010, s. 278).

### **1.2.2 Medisinskfaglig relevans og nytteverdi av å forske på arbeidsevne**

Et av primærmålene med arbeidsrettet rehabilitering er å styrke den enkeltes arbeidsevne (NKARR, 2020). Arbeidsdeltakelse er i mange tilfeller ansett for å være helsefremmende gjennom å gi økt livskvalitet, sosial støtte og tilhørighet, i tillegg til sekundære goder som følge av at arbeid muliggjør bedre økonomi (Andrén & Svensson, 2012; Øyeflaten et al., 2014). Å styrke deltakere i arbeidsrettet rehabilitering sin arbeidsevne vil dermed være nyttig på individnivå i tillegg til å gi samfunnsøkonomiske fordeler (NAV, 2023c).

Konseptet arbeidsevne er relevant for arbeidsrelatert forskning og for rehabilitering (Tengland, 2010, s. 275-276). Arbeidsevne som begrep kan brukes som verktøy av ulike fagpersoner innen rehabilitering, men arbeidsevne er ofte ikke klart definert. Begrepet kan brukes for å evaluere hvilke tiltak som kan bidra til at deltakere kan oppnå retur til arbeid, for

å skreddersy et rehabiliteringsprogram, for å vurdere hvilke tilrettelegginger som er nødvendige og i hvilken grad en person kan arbeide i ulikt type arbeid (Tengland, 2010, s. 275-276).

### **1.2.3 Arbeidsevne og helse**

Er god helse, eller fravær av dårlig helse, tilstrekkelig for å ha arbeidsevne? Hva som er tilstrekkelig arbeidsevne er kontekstuel, og hvilken kompetanse som er nødvendig vil avhenge av typen arbeid, samfunnsstrukturelle, kulturelle og politiske faktorer (Costa-Black et al., 2013, s. 76-80). Et utgangspunkt i den vestlige delen av verden er at utdanningsrelatert kompetanse slik som lese- og skriveferdigheter, matematikkferdigheter, samarbeidsevner og liknende påvirker et individs arbeidsevne i tillegg til helsetilstanden (Tengland, 2010, s. 277). Disse kan regnes for å være grunnleggende ferdigheter i en rekke vestlige land, inkludert Norge. Samfunnsrelaterte krav fra arbeidslivet fører til at grunnleggende ferdigheter og kompetanse ofte ikke er nok, og man behøver spisset arbeidskompetanse i tillegg. Det kan tilegnes gjennom praktisk og teoretisk utdanning, gjennom hobbyer og egenlæring, og kan omhandle fysiske, intellektuelle og sosiale ferdigheter (Tengland, 2010, s. 278-279). Dermed kan hva som er «god nok» arbeidsevne til en jobb avhenge av helsetilstand, grunnleggende ferdigheter, spesialisert kompetanse og krav fra omgivelsene forøvrig.

Dersom en arbeidstaker skulle være ute av stand til å jobbe i en uke grunnet sykdom, betyr ikke dette at hen har mistet sin kompetanse. Hen har mistet sin gjennomføringsevne for en periode (Tengland, 2010, s. 279). Det vil også variere i hvilken grad en har mistet evnen til arbeid ut ifra kontekst. En forkjølelse kan eksempelvis hemme arbeidsevnen til en arbeidstaker med fysisk arbeid mer enn en som jobber administrativt. I tilfeller der funksjonsnedsettelse medfører langvarig nedsatt utførelsessevne, kan en allikevel ha høy kompetanse innenfor et arbeid som ikke krever den grunnleggende evnen en mangler. Eksempelvis kan en person med paralyse i bena arbeide med programmering, og en person med lese- og skrivevansker kan klare seg godt i en rekke praktiske yrker. Disse eksemplene tydeliggjør at arbeidsevne er avhengig av kontekst og hvilke krav som stilles fra omgivelsene (Grant et al., 2019; Tengland, 2010).

### **1.3 Studiens formål og problemstilling**

I denne oppgaven undersøker jeg hvordan deltakere i arbeidsrettet rehabilitering opplever sin evne til å arbeide eller returnere til arbeid; jeg undersøker med andre ord erfaringer med arbeidsrettet rehabilitering fra førstepersonsperspektivet. I tillegg til å undersøke hvordan de opplever egen arbeidsevne, ønsker jeg å undersøke hvilke forutsetninger de knytter til å kunne arbeide, både direkte og indirekte. Ved å utforske hvilke faktorer, betingelser eller fenomener de *selv* knytter til å kunne jobbe, håper jeg å få en forståelse av arbeidsevne fra et fenomenologisk perspektiv.

Arbeidsevne som konsept er ikke klart og universelt definert, og det finnes mange forklaringsmodeller. Arbeidsevne er noe deltakerne selv tidvis refererer til eksplisitt, men som særlig kommer frem indirekte gjennom hvordan de forstår egen helsetilstand, muligheter, ressurser og begrensninger. Når jeg har undersøkt hvordan deltakere opplever sin arbeidsevne, har jeg derfor valgt å inkludere alle faktorer som jeg mener inngår i deres vurdering av muligheter for arbeid. Med bakgrunn i målet om å få økt kunnskap om deltakeres opplevelser og forståelse av egen arbeidsevne etter fire uker med arbeidsrettet rehabilitering, lyder problemstillingen som følger:

***«Hvordan opplever deltakere sin arbeidsevne etter arbeidsrettet rehabilitering? Og hvilke forutsetninger knytter deltakerne til det å kunne arbeide?»***

### **1.4 Eksisterende forskning på arbeidsevne og arbeidsrettet rehabilitering**

Jeg har gjennomført litteratursøk på arbeidsrettet rehabilitering i Norge og Return To Work/Occupational Rehabilitation internasjonalt. Dette for å bli kjent med kunnskapsstatus når det gjelder effekten på arbeidsevne, retur til arbeid og hvordan intervensjonen oppleves for deltakere. Jeg har gjennomført litteratursøk i de vitenskapelige databasene PubMed og Cinahl. Jeg er særlig interessert i studier som ser på sammenliknbare rehabiliteringsprogram som deltakerne i min studie har vært gjennom, og derfor har jeg også forsøkt å finne flere norske studier. For å finne relevante prosjekter på norsk har jeg også brukt vitenarkiver fra norske universiteter, i tillegg til Googles søkemotor for forskning, Google Scholar.



## **Søkeord**

Jeg har sett etter både kvalitative og kvantitative artikler. For å finne oppgaver knyttet til arbeidsrettet rehabilitering, har jeg brukt søkeordene og MeSH-termene «Return to Work», «RTW», «Occupational Rehabilitation» og «Arbeidsrettet rehabilitering». Jeg har også lagt til søkeordet «Work ability» på engelsk, og «Arbeidsevne» på norsk på noen av søkene.

Ettersom mange av resultatene som kom opp gjaldt andre diagnoser enn muskel-skjelettplager og lettere psykiske lidelser, la jeg til MeSH-termene «Musculoskeletal Pain» og «Mental Disorders» ved noen søk i ulike kombinasjoner med de ovennevnte søkeordene.

I min studie er jeg opptatt av hvordan deltakere oppfatter egen situasjon og mulighet til å jobbe etter intervensjonen. Derfor har jeg på noen av søkene benyttet søkeord som «Experience», «Qualitative» og «Interview» på engelsk, og «Kvalitativ», «Erfaringer», «Opplevelser» og «Intervju» på norsk. Noen studier har jeg også funnet gjennom referanselister i relevante artikler fra litteratursøkene jeg har gjort. Jeg vil presentere noen få av studiene her.

En overvekt av studiene som kom opp i internasjonale søkemotorer var fra andre land enn Norge, men jeg har valgt å presentere flest funn fra norske og nordiske studier. De norske og nordiske studiene vil være enklere å sammenlikne med rehabiliteringen deltakerne i denne studien har gjennomgått, da de foregår i samme land. I tillegg kan det være sammenliknbar kontekst som samfunnstrukturelle forhold, helsevesen, økonomiske ytelser og politiske føringer.

## **Kvantitative studier**

Flere av studiene benytter kvantitativ metode. En systematisk oversikt fra Folkehelseinstituttet undersøker om arbeidsrettet rehabilitering har høyere effekt på retur til arbeid enn å få oppfølging i primærhelsetjenesten eller i et arbeidsmarkedstiltak (Tingulstad et al., 2021). Konklusjonen fra denne studien er at det ikke er signifikant høyere effekt etter arbeidsrettet rehabilitering (Tingulstad et al., 2021, s. 61). En systematisk oversikt fra Cochrane Reviews konkluderer i likhet med Folkehelseinstituttet med at Return-To-Work ikke hadde signifikant effekt på de tre utfallsmålene tid før retur til arbeid, samlet sykefravær og om de returnerte til arbeid (Vogel et al., 2017). Andre kvantitative studier kommer frem til at tilbudene har effekt. En norsk randomisert kontrollert studie fra 2021 konkluderer med at arbeidsrettet rehabilitering har en positiv innvirkning på retur til arbeid på flere utfallsmål, blant annet smerte, angst, egenopplevd helse og frykt for arbeid, i tillegg til at

døgnrehabilitering har større effekt sammenliknet med et poliklinisk tilbud (Lyby et al., 2021). En annen norsk studie konkluderer også i favør av døgntilbud på utfallsmålet sykefravær etter 3 og 12 måneder, mens det ikke var forskjell på egenopplevd helse og livskvalitet (Gismervik et al., 2020). Etter videre analyser etter 2 års oppfølging ble konklusjonen at både poliklinisk- og døgntilbud øker arbeidsdeltakelse, men at det etter 2 år er høyere effekt ved døgnrehabilitering (Aasdahl et al., 2021).

En problemstilling liknende min egen innenfor arbeidsrettet rehabilitering er også undersøkt i en tidligere masteroppgave, men gjennom kvantitative data. Braathen (2005) undersøkte i sin masteroppgave temaet egenopplevd arbeidsevne etter endt arbeidsrettet rehabilitering. Dette ble undersøkt ved bruk av spørreskjema som kvantifiserer opplevd arbeidsevne. Gruppen som gjennomgikk arbeidsrettet rehabilitering, ble sammenliknet med en kontrollgruppe bestående av sykmeldte. Studien konkluderte med at deltakerne ved AiR hadde signifikant bedring i opplevd arbeidsevne samt høyere yrkesaktivitet etter 4 måneder sammenliknet med kontrollgruppen (Braathen, 2005). I mitt prosjekt ønsker jeg mer dyptgående kunnskap om temaet egenopplevd arbeidsevne, gjennom bruk av deltakeres erfaringer. Gjennom å bruke kvalitative intervjudata kan studien bidra til rikere og mer nyansert kunnskap om deltakernes egenopplevde arbeidsevne (Justesen & Mik-Meyer, 2012, s. 16–17).

### **Kvalitative studier**

Det er også gjort en rekke kvalitative studier på arbeidsrettet rehabilitering i Norge.

En norsk studie fra 2015 undersøker opplevd endring i arbeidsevne etter arbeidsrettet rehabilitering, basert på intervjuer gjennomført i 2012 (Braathen et al., 2015).

Problemstillingen likner min, men har et annet teoretisk perspektiv. Studien finner at deltakerne legger vekt på bevisstgjøringsprosesser, både av egne tankemønstre og av kroppen. Studien finner også at deltakerne legger vekt på kontakt med arbeidsplassen, med aktører utenfor arbeidsplassen samt velferdssystemet som viktige faktorer for endring i arbeidsevne. Forskerne konkluderer med at det er sammenhengen mellom individet og andre aktører som er avgjørende (Braathen et al., 2015). Også i den kvalitative masteroppgaven til Margrethe Tangre (2016) er bevisstgjøringsprosesser trukket frem som betydningsfullt for retur til arbeid. I likhet med forrige studie nevnes også her andre aktørers betydning, medisinsk avklaring, tilrettelegging på arbeidsplassen, samt sosial støtte og personlig innstilling (Tangre, 2016).

En annen kvalitativ studie fra 2014 ser på arbeidstakere og arbeidsgiveres opplevelser med retur til arbeid (Jakobsen & Lillefjell, 2014). Studien finner at arbeidstakere legger vekt på å få hjelp til å kartlegge egne ressurser, balansere hverdagen og ha god dialog med familien og arbeidsplassen. Arbeidsgivere trekker frem bistand til tilrettelegging og et ønske om å være mer involvert i rehabiliteringsprosessen. Studien tyder på at rehabilitering bør rettes enda mer mot arbeidsplassen (Jakobsen & Lillefjell, 2014).

3 år etter arbeidsrettet rehabilitering intervjuet Haugli et al. (2011) 20 tidligere deltakere, der halvparten var yrkesaktive og halvparten uføre. Målet med studien var økt kunnskap om hva som fasiliteter retur til arbeid. Positive opplevelser/mestringsopplevelser, økt selvforståelse og sosial støtte ble trukket frem som viktige faktorer, sammen med fokus på egne verdier, identitet og ressurser (Haugli et al., 2011). En annen masteroppgave ser også på intervjudata av deltakere 3 år etter arbeidsrettet rehabilitering, og trekker frem fysiske plager og smerter som den viktigste barrieren for jobb (Røset, 2014). Studien trekker også frem faktorer som manglende støtte fra aktører som NAV og helsepersonell, usikkerhet, utfordringer med å finne egnet arbeid og vansker med å stå i lange prosesser (Røset, 2014)

#### **1.4.1 Funn fra STAiR-studien**

I prosjektets innledning nevnes studien STAiR, som er det overordnede forskningsprosjektet dette masterprosjektet benytter data fra. STAiR beskrives nærmere i kapitlet om metodisk tilnærming, men er en studie av stort omfang med et bredt spekter av data. Det vil publiseres flere artikler og delanalyser i tiden fremover.

I 2022 publiserte NKARR funn fra en delanalyse av dataene fra STAiR, vedrørende negative livshendelser i barndom og voksen alder. 80 deltakere i arbeidsrettet rehabilitering har besvart spørreskjemaer angående negative livserfaringer, og funnene viser at nesten halvparten har hatt minst en negativ livshendelse i barne- og ungdomsår (Eftedal, 2022). 35 % rapporterer om fysisk, psykisk eller seksuell vold før fylte 18 år. STAiR viser også en sammenheng mellom negative livshendelser i barndom og negative livshendelser i voksen alder, som samlivsbrudd, å miste jobben, mobbing eller overgrep. Tallene viser at 34 % av dem som har hatt en eller flere negative livshendelser i barndommen også opplever ytterligere fem eller flere vanskelige hendelser senere i livet, opp mot 11 % av dem som ikke har opplevd negative hendelser som barn (Eftedal, 2022). Studien konkluderer med at det er for tidlig å si hvilke

implikasjoner dette har for arbeidsrettet rehabilitering som tilbud, men at en tverrfaglig innsats bestående av flere komponenter er hensiktsmessig.

## **2. Teoretisk forståelsesramme**

I dette kapitlet presenteres oppgavens vitenskapsteoretiske perspektiv. Deretter introduseres øvrig teori som er benyttet til å drøfte funn fra analysen.

Den vitenskapsteoretiske innfallsvinkelen for analyse og fortolkning av datamaterialet er fenomenologisk. Funnene ble diskutert ved hjelp av teorier om den levde kroppen, kroppsbevissthet, tidligere livserfaringers påvirkning på helsetilstand og individualisering i helsetjenesten. Disse teoriene er induktivt utvalgt, ut ifra deltakernes beretninger og temaer som ble utviklet gjennom analysen. Dette vil si at teoriene som benyttes til drøfting ble valgt ut på bakgrunn av hva deltakerne forteller om i datamaterialet, fremfor å velge ut teorier i forkant av analysen.

### **2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv**

Av problemstillingens formulering fremgår det at deltakernes opplevelser er av særlig viktighet. Kunnskap om individers opplevelser er et grunnleggende interessepunkt innenfor et fenomenologisk vitenskapsperspektiv, og fenomenologi egner seg dermed til studiens problemstilling. I tillegg søker jeg etter hva deltakerne selv knytter til arbeidsevne og muligheter for arbeid, noe som også kan forstås fra et fenomenologisk perspektiv

#### **2.1.1 Fenomenologisk perspektiv**

Fenomenologi er en vitenskapsteoretisk posisjon der man ønsker å utvikle kunnskap om menneskelige erfaringer og opplevelser knyttet til fenomener (Justesen & Mik-Meyer, 2012, s. 123). Gjennom førstepersonsperspektivet forsøker man å forstå fenomener gjennom det levde livet, erfaringer, opplevelser og tanker (Thoresen et al., 2020, s. 12). Fenomener kan i denne sammenhengen være fysiske gjenstander, sosiale situasjoner eller erfaringer med ulike situasjoner, og man er interessert i hvordan disse fenomenene erfares for personen som opplever dem (Thoresen et al., 2020, s. 23–24). Eksempelvis vil jeg i denne studien undersøke erfaringer med fenomener som å delta i arbeidsrettet rehabilitering og arbeidsevne.

Fremfor å søke etter en objektiv og allmenn sannhet, slik man gjerne gjør i en biomedisinsk studie, innebærer en fenomenologisk tilnærming at subjektive erfaringer har betydning for kunnskapsutvikling. Innen fenomenologisk helseforskning er man for eksempel ikke bare opptatt av hvordan en sykdom blir til, men man er opptatt av hvordan individer erfarer

aspekter ved sykdommen. Fenomenologiske tenkere mener at objektivitet ikke er et ideal å søke etter, da kunnskap og virkelighet får mening gjennom fortolkning og subjektivitet (Justesen & Mik-Meyer, 2012, s. 124). Samtidig som man er opptatt av førstepersonsperspektivet, er man i fenomenologien opptatt av konteksten som subjekter opplever verden i, nemlig livsverden. Livsverden refererer til de hverdagslige og umiddelbare omgivelsene man lever i, og er et felles, kollektivt bakteppe for hvordan mennesker skaper mening. I dette inngår sosiale, historiske og politiske faktorer som er med på å forme hvordan mening skapes (Svenaesus, 2005, s. 50). Man er opptatt av å forstå felles mening på tvers av mennesker, noe som kan beskrives som intersubjektivitet (Justesen & Mik-Meyer, 2012, s. 125).

Ettersom fenomenologien søker å forklare virkeligheten fra et individperspektiv, kan den benyttes som teoretisk rammeverk i søken etter å forbedre tjenestene for deltakere i arbeidsrettet rehabilitering. Arbeidsevne er forsøkt beskrevet og definert av flere (Nordenfelt, 2008; Tengland, 2010). Selv om det ikke eksisterer en felles, universell definisjon av arbeidsevne, er det generelt akseptert at arbeidsevne er et komplekst begrep som består av flere dimensjoner som presentert i det foregående kapitlet. Flere av disse faktorene, deriblant kropp og helsetilstand, kan forstås fra et fenomenologisk perspektiv.

### ***2.1.1.2 Kroppsfenomenologien som inngang til å forstå deltakeres erfaringer***

Kroppsfenomenologien er et perspektiv der kroppen forstås som utgangspunktet for våre erfaringer i verden som sansende, tenkende og følende vesener (Thoresen et al., 2020, s. 12–13). Vi erfarer verden og fenomener gjennom egen kropp, samtidig som verden er med på å forme erfaringene. På denne måten kan man si at kroppen og verden er sammenvevd (Thoresen et al., 2020, s. 105–106). Eksempelvis kan helseutfordringer påvirke opplevelsen av arbeidsplassen, av egen kropp og andre fenomener. Samtidig vil arbeidsplassen og det som foregår der, påvirke opplevelsen av egen kropp og helseutfordringer. Dette innebærer en anerkjennelse av at subjektivitet har betydning for hvordan virkeligheten fremtrer for den enkelte. En kvalitativ analyse av deltakeres opplevelser med arbeidsrettet rehabilitering kan bidra med å identifisere og undersøke hva som har betydning for arbeidsevne, og hvilken rolle arbeidsrettet rehabilitering spiller i den enkeltes opplevde arbeidsevne.

*«Human experience is incarnated. I receive the surrounding world through my eyes, my ears, my hands. The structure of my perceptual organs shapes that which I apprehend. And it is via bodily means that I am capable of responding.»* (Leder, 1990, s. 1).

Kroppen er på mange måter en naturlig inngang til å undersøke deltakeres erfaringer i rehabiliteringsforløpet, og hvordan deltakere oppfatter egen arbeidsevne. Den amerikanske legen og professoren Drew Leder beskriver i sitatet over hvordan menneskers erfaringer er legemliggjort, og hvordan omgivelsene og forståelsen av verden er formet av kroppen. Når deltakerne i studien blir spurt om opplevelsen av rehabiliteringen og om arbeidsevnen sin, retter mange av dem naturlig nok fokuset mot kroppen og helsen for å besvare spørsmålene. I kroppsfilosofi er kroppen vårt utgangspunkt for å forstå og interagere med omgivelsene, og gjennom kroppens sanser tar mennesker verden innover seg (Thoresen et al., 2020, s. 106).

## **2.2 Teori**

Teoriene som presenteres under er induktivt utvalgt som grunnlag for å drøfte funn og fortolkninger fra analysen, som beskrives nærmere i metodekapitlet. Først presenteres teori om den levde kroppen og kroppsbevissthet, deretter teori om hvordan negative eller krenkende livserfaringer kan bidra til sykdom. Til slutt introduseres teori om individualisering i helsetjenesten.

### **2.2.1 Den levde kroppen**

Filosofen Drew Leder trekker historiske linjer fra opplysningstidens dualistiske tankegang om kroppen som noe atskilt fra selvet eller sjelen, til nyere teori om den levde kroppen (Leder, 1992, s. 17–35). Tanker, følelser og livet som foregår på et kognitivt nivå ble tidligere ansett som noe adskilt fra den objektive, virkelige verden man kunne ta og føle på. Dette beskriver en dualisme der kroppen og sinnet er som to separate enheter. Tankegangen tilhører opplysningstidens søken etter det objektive og påviselige, og medisinsk kunnskap har historisk sett vært formet av tanken om at det er det fysiske tilgjengelige som er objektiv og gyldig sannhet (Leder, 1992, s. 17–35).

Innenfor et fenomenologisk perspektiv foreslås en utvidet forståelse av kroppen. Den levde kroppen er et begrep som brukes innen fenomenologisk tenkning. Begrepet omhandler et

integreert, helhetlig syn på kroppen som omfatter den fysiske kroppen, tanker, erfaringer og følelser. I motsetning til opplysningstidens skille mellom kropp og sinn, representerer den levde kroppen fravær av et slikt skille (Kirkengen & Thornquist, 2012; Leder, 1992, s. 24–35). Kroppen er ifølge den franske filosofen Merleau-Ponty sentrum for alle opplevelser og erfaringer, og man både *har* og *er* en kropp (Merleau-Ponty, 2005, s. 231). Dermed er kroppen ikke bare et objekt som eksisterer i verden, men en del av mennesket som subjekt; en integreert del av individets væren og eksistens (Leder, 1990, s. 1–8). Det er gjennom kroppen vi erfarer verden gjennom sanseintrykk, kroppen er vår tilgang til omgivelsene. Ved sykdom eller skade vil verden og omgivelsene dermed forvandles for oss (Leder, 1992, s. 5). Eksempelvis kan kroppslig lidelse endre tilgangen til og opplevelsen av omgivelsene, slik som meningsfylte aktiviteter, sosiale arenaer, familielivet og arbeidslivet. Å ta utgangspunkt i den levde kroppen kan gi en utvidet og mer treffende forståelse av kropp, sykdom og helse innenfor behandling, forskning og i denne oppgaven (Kirkengen & Thornquist, 2012).

### **2.2.2 Kroppsbevissthet**

Begrepet kroppsbevissthet defineres av Mehling et al. (2011) som et fenomenologisk, subjektivt aspekt av proprioepsjon og interoepsjon, som inntar vår bevissthet. Dette omhandler sensasjoner og signaler vi kjenner fra kroppen, slik som leddsans, sensasjoner i hud og muskulatur, sultfølelse, følelser og temperatur (Mehling et al., 2011). I denne oppgaven brukes ordet sensasjon slik det brukes i medisinsk sammenheng; en subjektiv opplevelse av stimuli i sanseorganer, og følelsene og meningen som knytter seg til opplevelsen (Malt, 2020).

Videre beskrives kroppsbevisstheten som formbar av mentale prosesser, deriblant oppmerksomhet, følelser, tolkning, tro, minner, forventninger og holdninger (Mehling et al., 2011). Dermed kan kroppsbevissthet forstås som skiftende og ikke-konstant. Drew Leder (1990) beskriver kroppsbevisstheten som fraværende når oppmerksomheten rettes utover og kroppen fungerer som ventet. Bevisstheten rettes derimot innover mot kroppen når den grunnet sykdom, smerter eller andre plager fører til manglende funksjon og lidelse. Disse begrepene betegnes henholdsvis som *disappearance* og *dys-appearance* (Leder, 1990). I tillegg har forskeren Kristin Zeiler bygget videre på Leders *disappearance* og *dys-appearance* og utviklet begrepet *eu-appearance*, som omhandler kroppsbevissthet over gode sensasjoner (Zeiler, 2010). Disse tre begrepene beskriver til sammen kroppen i bakgrunnen av



bevisstheten, kroppen i forgrunnen grunnet plager og kroppen i forgrunnen av bevisstheten grunnet gode sensasjoner.

### *Disappearance*

Leder beskriver kroppen som ekstatisk (Leder, 1990, s. 21-22). Når Leder refererer til kroppen som ekstatisk, refererer han til det greske ordet ekstasis. Ekstasis består av ordene «*ek*» og «*stasis*», som oversatt betyr «ut» og «å stå». Med dette forstår han kroppen som vendt ut mot verden, og beskriver hvordan mennesker henvender seg *til* verden *fra* kroppen. Dette omtales som en av årsakene til at kroppen havner i bakgrunnen av erfaringer (Leder, 1990, s. 21).

Når kroppen «står ut mot verden» og glemmes, argumenterer Leder for bruken av begrepet disappearance (Leder, 1990, s. 26-27). Med dette menes ikke at kroppen er adskilt fra selvet, eller at kroppen forsvinner. Det menes at kroppen er fraværende fra bevisstheten og oppmerksomheten, kroppen er dermed i bakgrunnen (Leder, 1990, s. 22). Dette foregår på et pre-refleksivt nivå, hvilket vil si at en ikke aktivt reflekterer over kroppen.

Videre deler Leder disappearance inn i to ulike former; Focal disappearance og background disappearance, som kan oversettes til henholdsvis forgrunnsfravær og bakgrunnsfravær (Leder, 1990, s. 26-27). Forgrunnsfravær omhandler kroppen eller kroppsdeler som tar del i handling eller persepsjon, uten å bli gjenstand for bevisstheten. Et eksempel på dette er øyet som ser, uten at øyet opptar oppmerksomheten. På den andre siden vil bena som er i ro mens man jobber med hendene, havne i et bakgrunnsfravær (Leder, 1990, s. 26–27). Ifølge Leder kan disappearance også handle om innlæring av ulike ferdigheter (Leder, 1990, s. 30-32). Når ferdigheten mestres, vil handlingene gå fra forgrunnen til bakgrunnen, og bli inkorporert i kroppen. Dette vil også gjelde ved bruk av teknologi som redskaper, digitale verktøy og andre hjelpemidler. I en arbeidssammenheng kan dette trekkes til en fungerende kropp som ikke har vanskeligheter med å bruke hendene, fingrene og de kognitive evnene til å løse oppgaver i et dataprogram. Et annet eksempel kan være en håndverksarbeider som både har forutsetninger til å utføre oppgavene sine gjennom kunnskap og en fungerende kropp. Inkorporasjonen kan brytes når noe fører til at ferdigheten ikke lenger mestres (Leder, 1990, s. 30–35).

### *Dys-appearance*

For å få en økt forståelse av den sykmeldtes levde kropp i en periode med helseplager, kan det være nyttig å anvende Drew Leders teori om dys-appearance. Leder argumenterer for at kroppen er mest tydelig fremtredende ved forstyrrelser, og presenterer seg som et problem som trenger en løsning (Leder, 1990, s. 132). Begrepet dys-appearance beskriver fenomenet når smerter, utmattelse eller andre kroppslige forstyrrelser fører til at kroppen havner langt frem i bevisstheten (Leder, 1990, s. 86). Begrepet spiller på det greske ordet «dys», som betyr ille, dårlig eller vanskelig. Ved dys-appearance er ikke kroppen lenger utgangspunktet for å interagere med omverdenen, men noe som oppleves som i veien, negativt eller feil. Kroppen krever oppmerksomhet på det ikke-fungerende, og aller helst med retting av feilen som endepunkt (Leder, 1990, s. 83–87).

Diskrepans mellom krav fra omgivelsene og kroppens tilstand vil ikke bare endre opplevelsen av kroppen, men også av omgivelsene. Både helseutfordringene som leder til dys-appearance, og dys-appearance i seg selv kan føre til et fravær fra individets sedvanlige deltakelse i verden, og stå i veien for å ta innover seg andre inntrykk og erfaringer. Dys-appearance kan også føre til et fravær fra en selv (Leder, 1990, s. 96). Når kroppen presenterer seg i bevisstheten som et problem, kan egen kropp fremstå som fremmed. Kroppen som helhet, eller den aktuelle kroppsdel, blir et objekt. Når kroppen er et hinder for deltakelse kan den også fremstå som et «fengsel» man er fanget inne i, som leder til en følelse av tap (Leder, 1990, s. 87–92).

Kroppsbevisstheten har et sosialt aspekt, da kroppen og omgivelsene oppleves i relasjon til hverandre. Dys-appearance kan oppstå gjennom andres blikk, noe som refereres til som sosiopolitisk dys-appearance. Egen kropp trer frem i bevisstheten som «feil» grunnet andres reaksjoner på utseende eller funksjon (Leder, 1990, s. 92–95). Eksempler på dette kan være en med overvekt som blir bevisst egen kropp grunnet en annens granskende blikk, eller når legen undersøker en kroppsdel som gjør vondt (Leder, 1990, s. 98). Det kan tenkes at et liknende fenomen kan oppleves når prestasjon og fungering blir gransket i en jobbsammenheng.

### *Eu-appearance*

I likhet med kroppens fremtreden i bevisstheten når noe oppleves negativt, kan kroppsbevissthet knyttes til positive opplevelser. Når kroppen trer frem i bevisstheten gjennom gode sensasjoner, kroppslig mestring og god funksjon, foreslår forskeren Kristin

Zeiler det utvidede begrepet eu-appearance (Zeiler, 2010). Hun bruker det greske ordet «Eu» som oversettes til «godt» for å definere fenomenet der kroppsbevisstheten også rettes mot det gode. Dette kan i likhet med dys-appearance oppstå både i pre-refleksiv og refleksiv form. I motsetning til dys-appearance vil ikke denne kroppsbevisstheten lede til eller være et resultat av fremmedgjøring eller ubehag, men heller harmoni mellom kroppen og omgivelsene (Zeiler, 2010, s. 15–16). Eu-appearance kan oppleves under fysisk aktivitet, for eksempel gjennom kroppslige sensasjoner som velbehag, mestring og flyt. I tillegg kan eu-appearance oppleves i form av eksplisitte refleksjoner rundt kroppslige forhold som hvordan kroppen beveger seg og hvordan den føles.

Tidligere forskning har vist hvordan økt kroppsbevissthet kan gi positive assosiasjoner til egen kropp for mottakere av helsetjenester (Austad, 2018; Groven & Zeiler, 2018; Rugseth & Standal, 2015). Innenfor arbeidsrettet rehabilitering ved AiR jobber deltakerne i stor grad med kroppsbevissthet gjennom psykomotoriske bevegelsesgrupper.

### **2.2.3 Tidligere livserfaringer og krenkelse som sykdomsgrunnlag**

I de seneste årene har det vært økende interesse for hvordan negative livserfaringer, som traumer og krenkende hendelser, kan gi helseutfordringer (Kirkengen & Næss, 2021, s. 11–12). I boken «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» skriver legene Anna Louise Kirkengen og Anne Brandtzæg Næss om hvordan kroppen påvirkes av livserfaringer, og hvordan grensekrenkelser kan drive sykdomsprosesser (Kirkengen & Næss, 2021). Boken tar utgangspunkt i et fenomenologisk syn på kroppen, der man ser sammenhengen mellom det biomedisinske som celler, vev og biologiske prosesser opp mot subjektive livserfaringer.

Krenkelse kan dreie seg om misbruk av fysisk, mental og emosjonell art, eller usynlig krenkelse gjennom manglende ivaretagelse og omsorg. Det kan også dreie seg om krenkelse på strukturelt nivå, for eksempel ved diskriminering grunnet legning, etnisitet eller funksjonshemming (Kirkengen & Næss, 2021, s. 17–19). Nyere forskning viser at negative livserfaringer kan påvirke kroppen på strukturelt nivå, og endringer er påvist blant annet i hormoner, immunsystem og nervesystem (Kirkengen & Thornquist, 2012). Kroniske betennelser, endringer i signalstoffer og endret hjernefunksjon er blant de hittil kartlagte mekanismene. Dette kan gi opphav til en rekke ulike plager og sykdommer, og i ytterste konsekvens tyder forskning på at dette kan forkorte livslengden (Kirkengen & Thornquist, 2012). Symptombildet hos den enkelte kan fremstå som flere medisinske tilstander som er

uavhengige av hverandre, men som i realiteten har samme opphav, nemlig allostatisk overbelastning (Kirkengen & Næss, 2021, s. 25–56). Allostatisk overbelastning kan forklares som en stressrespons i kroppen som følge av belastninger som overgår det individet kan mestre. Belastningens art eller varighet kan føre til diskrepans mellom individets kapasitet og kravene utenfra, som kan drive sykdomsprosessen nevnt over. Det er interessant at forskning viser at opplevd diskrepans mellom mestring og krav i arbeidet også er en prediktor for sykefravær (Knardahl et al., 2016).

Med bakgrunn i den ovenstående forskningen og kunnskapen argumenteres det for at et dualistisk syn på kropp og psyke ikke lenger er dekkende, men at behandlere må forstå kropp og erfaring som en enhet (Kirkengen & Næss, 2021). Tanken om en integrert og helhetlig tilnærming i medisin utfordrer også tendensen vi ser til at behandlere spesialiserer seg i hvert sitt felt og behandler hver sin «del». En integrert forståelse av den som er syk, der menneskelige erfaringer og historier regnes som relevante og viktige funn, vil romme en bredere og mer dekkende forståelse (Kirkengen & Ulvestad, 2007). Dette sammenfaller med ideen om den levde kroppen som erfaringsgrunnlag. I en rehabiliteringskontekst som retter seg mot mennesker med sammensatte helseutfordringer, vil det være viktig med et perspektiv som tar innover seg de erfaringer, traumer og krenkelser mennesket har med seg.

#### **2.2.4 Individualisering i sykdom og helse**

I et fenomenologisk perspektiv vil man alltid være opptatt av hvordan erfaringer og opplevelser skapes i samspill med omgivelsene. Strukturelle forhold som politikk, økonomi, normer og verdier i samfunnet vil være med på å forme helsetjenester, som igjen vil påvirke pasienthistorier på individnivå (Nettleton, 2013, s. 17–18). Diagnoser og klassifiseringer er utviklet og drevet av menneskelige ideer, tanker og teknologi, og avhenger av samfunnet vi lever i. Dette tenkes å være med på å påvirke hvordan man definerer sykdom og helse, hvordan man forholder seg til sykdom, og hvilke intervensjoner som implementeres i for eksempel arbeidsrettet rehabilitering (Hofmann, 2014, s. 179–190).

I prosjektets innledning ble det nevnt at økende ansvarliggjøring av pasienter vektlegges i politiske føringer, noe som igjen legger føringer for hvordan helsepersonell møter pasienter med nedsatt arbeidsevne. Ansvarliggjøring av pasientene kan sies å ha vært et paradigmeskifte innen helsetjenesten. I et historisk perspektiv har ansvaret for pasienten i økende grad beveget seg fra helsepersonell, myndigheter og helseinstitusjoner til brukeren

selv (Brown & Baker, 2012, s. 1–8). De økende tendensene til individualisering og ansvarliggjøring av brukere i helsetjenesten er påvirket av kultur, samfunnsøkonomi, demografiske forhold og mer. I dagens helsetjenester er man opptatt av å styrke individers evne til å ta gode valg for egen helse gjennom kunnskap, ansvar og brukermedvirkning. På den ene siden kan dette sees på som positivt, da det bunner i et demokratisk prinsipp med ideal om en mindre hierarkisk maktfordeling innen behandling. Fremfor for å ha helsepersonell på toppen som eksperter og pasienten som en mottaker av informasjon, ønsker man en flatere struktur der pasienten er medvirkende i beslutninger som tas om egen helse. På den andre siden vil økt brukermedvirkning medføre økt ansvar for egen helse, og individets valg av livsstil tillegges større viktighet.

Økende individualisering i helsetjenesten kan kritiseres for å legge for stor vekt på individets tanker og handlinger, og ta for lite hensyn til hvordan sosioøkonomisk status, sosial støtte og samfunnsolidaritet påvirker helse (Brown & Baker, 2012, s. 1–8). Kritikken retter seg blant annet mot et høyt fokus på livsstilsvalg hos mennesker med dårlig helse og lav sosioøkonomisk status, fremfor å fokusere på at de sosioøkonomiske forholdene i seg selv forårsaker uhelse. Et eksempel kan være fokus på at en med fedme bør slutte å velge usunne matvarer, fremfor å legge til rette for at sunne matvarer er økonomisk tilgjengelig for befolkningen, i tillegg til tid til matlaging. Et annet eksempel kan være at pasienter hadde blitt friske om de bare hadde endret tankegang. Årsakssammenhenger og løsningsforslag som kun retter seg mot individet selv kan sies å være en overforenklet forklaring, som ikke holder samfunnet ansvarlig for å ivareta sine innbyggere (Brown & Baker, 2012, s. 32–26). Innenfor arbeidsrettet rehabilitering, og øvrig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, vil deltakernes opplevelser og erfaringer med tilbudet formes av helsepolitiske føringer slik som individualisering og demokratisering av helsetjenesten.

### **3. Metode**

I dette kapitlet gjør jeg rede for metodiske valg som er tatt under prosessen, både i det overordnede STAIR-prosjektet og i dette masterprosjektet. De metodiske valgene som gjøres rede for er kvalitativ metode, semistrukturerte intervjuer og analysemetodikk. Til slutt i kapitlet følger metoderefleksjon og forskningsetiske betraktninger, der de metodiske valgene diskuteres.

#### **3.1 Masteroppgaveprosjektet som en del av en større studie**

Dette masterprosjektet benytter kvalitative data fra STAiR-studien, en større studie ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering (Gensby et al., 2018). STAiR-studien består av store mengder både kvantitative og kvalitative data fra Sykehuset i Telemark og Rehabiliteringssenteret AiR, derav forkortelsen STAiR. Den overordnede hensikten med STAiR-studien er å forstå hvordan og hvorfor arbeidsrettet rehabilitering fungerer, og under hvilke vilkår (Gensby et al., 2018). Metodene som benyttes for å besvare dette er blant annet spørreundersøkelser, registerdata, observasjon, individuelle intervjuer av deltakere og fokusgruppeintervju av behandlere.

STAiR er ikke designet for et spesifikt vitenskapsteoretisk perspektiv. Derfor kan ikke metoden til dette masterprosjektet sies å være en ren fenomenologisk studie etter forskningsdesign. På tross av dette er de innsamlede intervjudataene forenlige med en fenomenologisk undersøkelse av deltakeres erfaringer, basert på innhold og tematikk. Mitt masterprosjekt baserer seg på innsamlede intervjudata fra deltakere som nettopp har avsluttet sitt rehabiliteringsforløp ved intervjutidspunktet.

#### **3.2 Kvalitativ metode**

Kvalitativ metode er en forskningsmetode med mål om økt forståelse og dypere kunnskap om ulike temaer og fenomener (Green & Thorogood, 2018, s. 12). Kvalitative data er ofte ord og tekst. I det medisinske fagfeltet har kvalitative studier en viktig plass innen kunnskapsutvikling om sykdom og helse som dynamiske prosesser, der både individ og kontekst medvirker (Malterud, 2002). I en helsefaglig kontekst kan metodene benyttes til å forske på deltakeres erfaringer, meninger og opplevelser (Malterud, 2017, s. 31). Etersom jeg ønsker å forstå hvordan deltakere opplever egen arbeidsevne etter å ha deltatt i arbeidsrettet rehabilitering, var det naturlig å velge de kvalitative intervjudataene fra STAiR-studien.

Kvalitativ metode egner seg dessuten til å undersøke problemstillinger som er komplekse og innviklede av natur, slik begrepet arbeidsevne er (Malterud, 2002).

Innenfor fenomenologiske studier er man opptatt av hvordan mennesker erfarer omgivelsene i interaksjon med andre, og hvordan fenomener vokser frem fra et førstepersonsperspektiv (Tjora, 2017, s. 27). Det å anerkjenne pasientperspektivet og deltakeres opplevelser som kunnskap er sentralt i fenomenologisk helseforskning. Dybdeintervjuer egner seg til dette, og dermed også til å undersøke menneskers opplevelser relatert til et fenomen som arbeidsevne (Tjora, 2017, s. 27).

### **3.3 Semistrukturerte intervjuer**

Intervjuer er en hyppig brukt metode i kvalitativ forskning, og egner seg godt til å besvare denne studiens problemstilling om hvordan noe oppleves og hva som knyttes til et fenomen (Green & Thorogood, 2018, s. 5, 115–116). I denne studien benyttes semistrukturerte intervjuer, også kjent som dybdeintervjuer, for å forstå deltakerens opplevelser, erfaringer og forståelse av egen situasjon. Dybdeintervjuer egner seg særlig når man ønsker en dyp forståelse, utover det en spørreundersøkelse kan bidra med (Tjora, 2017, s. 113–118). I semistrukturerte intervjuer er formen slik navnet tilsier, hverken helt fri eller fullstendig bundet til gitte spørsmål. Formen på intervjuet rettes mot ønskede overordnede temaer av intervjueren, mens deltakerne står fritt til å legge vekt på det som er viktig eller meningsfullt for den enkelte (Green & Thorogood, 2018, s. 115–117).

I forskningsprosjektet STAiR var det blant annet ønskelig å få økt kunnskap om deltakeres erfaringer med arbeidsrettet rehabilitering, og dermed ble det gjennomført individuelle dybdeintervjuer (Gensby et al., 2018). Videre egner disse dataene seg til å undersøke deltakeres erfaringer med arbeidsrettet rehabilitering, knyttet til et avgrenset fenomen som arbeidsevne (Tjora, 2017, s. 27).

### **3.4 Utvalg og rekruttering**

Utvalg og rekruttering er gjort av forskerne som jobber med den overordnede studien, og sekretærer som arbeider ved AiR. Det er benyttet et strategisk utvalg i hovedprosjektet, der valget av deltakere har vært basert på i hvilken grad de kan bidra med kunnskap relevant til gjeldende forskningsspørsmål (Green & Thorogood, 2018, s. 75). I denne studien er

deltakernes erfaringer med arbeidsrettet rehabilitering ved AiR avgjørende for om de kan bidra med nødvendig innsikt, og derfor er en nyttig strategi å forhøre seg med deltakere i arbeidsrettet rehabilitering direkte. Rekruttering av deltakere har foregått i forkant av rehabiliteringen, der potensielle deltakere har fått utdelt skriftlig informasjon av sekretær ved rehabiliteringssenteret (Vedlegg 2). Deltakere er intervjuet med bakgrunn i følgende inklusjon- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Har muskel/skjelettplager eller vanlige psykiske plager som stress, angst og depresjon, eventuelt en kombinasjon av disse. Personen kan ha andre plager i tillegg når disse er sekundære (f.eks. diabetes, hjerte/kar, mild/moderat KOLS m.m)</li> <li>- Trenger et tilbud utover det som det lokale hjelpeapparatet kan gi</li> <li>- Er i alderen 18-60 år</li> <li>- Har vært sykmeldt minst 6 uker siste 12 måneder relatert til aktuelle helseplager</li> <li>- Har gode norskkunnskaper, og er i stand til å fylle ut et spørreskjema på norsk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personer med alvorlige psykiske lidelser (f.eks. schizofreni og andre psykotiske lidelser, bipolar lidelse eller personlighetsforstyrrelser)</li> <li>- Personer med en progressiv lidelse som med stor sannsynlighet innebærer en rask reduksjon i arbeidsevne</li> <li>- Tilstander hvor det er medisinsk kontraindikasjon for fysisk aktivitet</li> <li>- Graviditet</li> <li>- Rusavhengighet</li> <li>- Personer som har full uførepensjon</li> <li>- Personer som aldri har hatt et arbeidsforhold</li> </ul>

**Tabell 1, Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriteriene beskrevet i tabellen over, sammenfaller i stor grad med målgruppen for arbeidsrettet rehabilitering generelt, og eksklusjonskriteriene omfatter forhold som vanligvis ikke vil kvalifisere til rehabiliteringstilbudet. Dermed vil de fleste som deltar i rehabiliteringen kunne være med i studien og bli intervjuet. Totalt ble 19 deltakere fra AiR inkludert, og de ble intervjuet ved fire forskjellige tidspunkt: Ved oppstart, avslutning etter 4 uker rehabilitering, og ved 6 og 12 måneder etter endt rehabilitering.

I denne masteroppgaven benyttes intervjuene som ble gjennomført etter fire uker med rehabilitering. Dette er et spennende tidspunkt der individuelle perspektiver og beretninger vil være tett knyttet til intervensjonen de har vært gjennom, og den nærliggende hjemreisen. Erfaringene og opplevelsene til dem som har takket nei til å delta i prosjektet vil naturlig nok ikke komme frem i studien, og man kan på denne måten miste andre perspektiver (Tjora, 2017, s. 131–132).



### **3.5 Intervjuguide**

Det ble utviklet semistrukturerte intervjuguider til hvert av de fire intervjudispunktene deltakerne skulle delta på. Intervjuguidene ble utviklet ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, og er designet slik at deltakere står fritt til å fortelle om det som måtte oppta dem (Gensby et al., 2018). Punktene og spørsmålene i intervjuguidene omhandler deltakernes egne erfaringer og tanker rundt ulike aspekter ved rehabiliteringen, samt faktorer som kan tenkes å påvirke arbeidsevne.

Et hovedtema i intervjuguiden som ble brukt ved avslutning av rehabilitering er deltakernes opplevelse av egen helsetilstand og arbeidsevne ved intervjudispunktet, i tillegg til andre punkter (Vedlegg 1). Intervjuguidene er designet for å kunne utforske flere problemstillinger enn det som gjelder for mitt masterprosjekt, og fra flere vitenskapsteoretiske perspektiv. Det er en rekke ulike temaer listet opp i intervjuguiden, men i praksis varierer det hvilke av temaene hver enkelt deltaker snakker om i sitt intervju. Når jeg leser transkripsjoner av intervjuene, fremstår det som om hver enkelt deltakers situasjon og tanker er med på å styre hvilke temaer som berøres i intervjuene, gjennom bruk av åpne spørsmål og utdypende spørsmål.

### **3.6 Datainnsamling og lagring**

Potensielle deltakere fikk som tidligere nevnt et informasjonsskriv tilsendt i forkant av rehabilitering, med informasjon om både innsamling av data gjennom spørreskjema og intervju. I både informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet kunne deltakere krysse av for om det var greit å bli kontaktet for intervju. De som krysset av for dette ble kontaktet per telefon for å avtale tidspunkt for intervju.

Spørreskjema ble fylt ut uken før oppstart av rehabiliteringen, og intervjuet ble gjennomført under første rehabiliteringsuke. Intervjuene ble gjennomført av forskere ved NKARR, og ikke av fagpersoner eller behandlere som har hatt kontakt med deltakerne, eller på annet vis vært ansvarlig for deres behandlingsforløp. Lydopptaket ble gjort på en Olympus opptaker, og ble deretter lastet opp på et passordbeskyttet område på serveren ved AiR. Senere ble lydopptakene overført til sikker server uten tilgang til internett. Filene ble overført til en passordbeskyttet og kryptert minnepenn og sendt til studenter som NKARR hadde en skriftlig avtale med om transkripsjon. De som transkriberte fikk kun informasjon om kodenavnet som

var gitt hver deltaker. De fikk instruks om å anonymisere direkte gjenkjennbare opplysninger i intervjuene, som eget navn, navn på familie og bosted. Ferdig transkriberte filer ble sendt tilbake på samme minnebrikke og lastet over på passordbeskyttet område på server. Deretter ble filene lastet opp på eget område på en server hos Tjenester for Sensitive Data, også kjent som TSD (TSD, 2018). Det er først på serveren i TSD at jeg har fått tilgang til disse filene som prosjektdeltaker. Første deltaker ble rekruttert i april 2015, siste i november 2017.

### **3.7 Analyse**

Braun & Clarkes metode for tematisk analyse er valgt for dette prosjektet. Det er en fleksibel metode som kan benyttes både induktivt og deduktivt, og på tvers av vitenskapsteoretiske perspektiver (Braun & Clarke, 2006). Flexibiliteten passer godt til denne studien, ettersom den er basert på kvalitative data som ikke er forankret i en spesifikk vitenskapsposisjon. I tillegg legger intervjuguiden opp til at dataene kan brukes på flere måter, med et bredt spekter av temaer og problemstillinger innenfor arbeid og helse. Den tematiske analysen er fleksibel nok til å kunne romme slike data, og deretter rette dem mot valgte tema (Braun & Clarke, 2006). Mitt ønske for oppgaven har vært å arbeide mest mulig induktivt, og fremgangsmåten beskrives videre.

#### **Steg 1: Å gjøre seg kjent med datamaterialet**

Første steg av analysen etter datainnsamling er ifølge Braun & Clarke å gjøre seg grundig kjent med datamaterialet, gjerne gjennom å lytte til opptak av intervjuene, transkripsjon og å lese gjennom intervjuene (Braun & Clarke, 2006). I dette prosjektet har jeg benyttet datamateriale som allerede er innsamlet og transkribert av NKARR. Derfor gjorde jeg meg grundig kjent med materialet gjennom flere omganger, som er særlig viktig når man ikke har samlet inn dataene selv (Braun & Clarke, 2021, s. 43). Dette ble gjort gjennom gjentatt gjennomlesing, parallelt med notering om hovedtrekk og assosiasjoner ved hvert intervju.

I samråd med veileder ble det vurdert at jeg skulle velge ut 8-10 av 19 intervjuer, for å holde prosjektet innenfor rammene av en masteroppgave. Dermed ble den første fasen i analysen brukt både for å bli kjent med datamaterialet før koding, men også for å identifisere hvilke intervjuer jeg skulle ha med i utvalget. Jeg endte opp med å inkludere 9 intervjuer basert på hvor rikt datamaterialet var og hvor relevant innholdet var for problemstillingen. Med rikt datamateriale sikter jeg i denne oppgaven til intervjuer der deltakerne forteller mye og

utbroderende, da det er deltakers erfaringer som er av interesse for problemstillingen. I tillegg ønsket jeg variasjon i temaer som ble løftet frem. Noen intervjuer fremstod som mer relevante enn andre med bakgrunn i dette, i tillegg til at innholdet av noen intervjuer i stor grad gikk utover min problemstilling. Å gå fra mange til færre intervjuer er selve begynnelsen på analysen – noe har aktivt blitt valgt ut, og noe valgt bort.

## **Steg 2: Generere de første kodene**

Koding i refleksiv tematisk analyse innebærer å merke segmenter i materialet med potensiell relevans til forskningsspørsmålet med merkelapper, også kjent som koder (Braun & Clarke, 2021, s. 53–54). Braun & Clarke betegner to ulike typer måter å kode materialet på; semantiske og latente koder (Braun & Clarke, 2006). Semantiske koder er nært knyttet til deltakerens egne ord fremfor å være basert i en bakenforliggende teori, slik latente koder er. Jeg har forsøkt å kode så tekstnært og induktivt som mulig, samtidig som jeg har et teoretisk bakteppe i form av de ovennevnte fenomenologiske begrepene, samt teori om arbeidsevne. I den grad man kan skille mellom dem, har jeg dannet flest semantiske og noen latente koder. På denne måten er metoden induktiv-deduktiv. Jeg både søker etter mening i teksten, men har med meg teori relatert til problemstillingen underbevisst, ettersom fagfeltet er kjent for meg. Kodene er dannet av korte fraser, eksemplifisert i tabell 2. Ettersom jeg er uerfaren med metoden, har jeg heller valgt å danne for mange enn for få koder. Dette for å minimere risikoen for å gå glipp av mulige temaer i etterkant. Jeg har allikevel ikke kodet linje for linje, men kodet relevant innhold min problemstilling, i tråd med tematisk refleksiv analyse (Braun & Clarke, 2021, s. 53).

Programmet NVIVO er valgt som støtteverktøy under koding av datamaterialet, og programmet er lagt til i sikker sone i TSD sammen med datamaterialet. Dette tilfredsstiller kravene for sensitive personopplysninger. Nedenfor sees et utdrag fra et intervju i NVIVO med koden «*lært å kjenne kroppen, lytte til signaler*» og tilhørende tekst (Tabell 2).

The screenshot shows the NVivo software interface. At the top, there is a window title bar with the text "lært å kjenne kroppen, lytte til signaler" and a close button. Below the title bar is a toolbar with icons for search, play, stop, and other functions. The main area displays a transcript with a highlighted code segment. The code segment is labeled "<Files\\1066\_KL 2\_160603> - § 1 reference coded [1,54% Coverage]". Below the code segment, the transcript text is visible, showing a conversation between I and F. The text is as follows:

I: Hva jeg har opplevd? Jeg har lært å kjenne kroppen min på en ny måte. Mhm. Ehm...  
F: Og hvordan?  
I: Hvordan? Ehm hva skal jeg si for noe a, det er... jeg vet ikke helt hvordan jeg skal forklare det, men de.... Ja hahahaha.  
F: Det er ikke bestandig det er lett å sette ord på ting...  
I: Neeei, jeg vet liksom ikke helt åssen jeg skal forklare det, men at jeg har lært å... ta signalene fra kroppen min på en annen måte. Liksom lært meg å ta de for det de er og ikke bare overse de på en måte. Liksom, ta tak i problema. Ikke bare la det.. "ja, det er som det er og det må jeg bare leve med". Mhm..

**Tabell 2, Eksempel på kode**

### **Steg 3: Utvikling av tema**

Etter at kodene var dannet definerte jeg kategorier, for å begynne prosessen med å danne overordnede temaer. Jeg begynte med å gruppere kodene etter liknende tematikk i NVIVO. Fremgangsmåten min var å plassere koder under tentative overskrifter, noe som ble endret og gjentatt flere ganger underveis i prosessen. Jo flere av kodene jeg forsøkte å plassere, desto enklere ble det å skille mellom ulike overordnede kategorier. Etter gjentatte omgrupperinger av koder og endring av navn på kategoriene, endte jeg med totalt ti kategorier.

Kategoriene mine er relativt deskriptive og beskriver mønstre i kodene. Jeg har forsøkt å velge titlene på kategoriene så tekstnært som mulig, samtidig som det å kategorisere er fortolkende av natur. Eksempler på kategorier jeg endte opp med er «Symptomer, fysisk helse», «Kroppsbevissthet» og «Traumer» (tabell 3). I denne oppgaven fungerer kategoriene som et mellomledd mellom tekstnære koder basert på deltakernes beretninger, og overordnede temaer som skal kunne representere denne studiens utvalg av deltakere i arbeidsrettet rehabilitering.

<b>Kategorier</b>	Muligheter i arbeidslivet
	Grensesetting og aktivitetstilpasning
	Kognitive funksjoner, toleranse
	Kroppsbevissthet
	Mestring og mestringstro
	Psykisk helse og samtaleterapi
	Symptomer, fysisk helse
	Tanker og tankesett
	Traumer
	Økt forståelse for sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse

**Tabell 3, Kategorisering av koder**

#### **Steg 4: Gjennomgang av kategorier**

Etter at kategoriene var dannet, var neste steg å videreutvikle disse til temaer. Temaer skal ikke være gjenfortellinger eller oppsummeringer av deltakernes sitater, ifølge Braun & Clarke (Braun & Clarke, 2006). Et tema i refleksiv tematisk analyse skal fange opp felles mening, eller konsepter som finnes på tvers av materialet (Braun & Clarke, 2021, s. 75–59). For å skrive frem overordnede temaer har jeg i denne fasen revidert egne kategorier. Ifølge Braun & Clarke er det viktig å gå tilbake til dataene for å evaluere om kategorier og potensielle temaer samstemmer med det kodede materialet, og om det samstemmer på tvers av materialer (Braun & Clarke, 2006). I etterkant av dette benyttet jeg et visuelt tematisk kart for å sette i gang prosessen med å undersøke hvordan kategoriene relaterer til hverandre, og hvilke overordnede meninger som kan dannes på tvers (Braun & Clarke, 2021, s. 85). I denne fasen har jeg valgt å bruke kategoriene aktivt som grunnlag for utviklingen av temaer.

#### **Steg 5: Definere og navngi tema**

Under utviklingen av temaer tillot det tematiske kartet meg å forsøke ulike grupperinger av kategorier før endelige temaer var navngitt. I en tidlig fase av analysen ble det tydeligere for meg at kategoriene dannet et grunnlag for tre ulike hovedtemaer, og jeg begynte å utvikle temaer basert på dette (Figur 2).



**Figur 2, Tematisk kart i en innledende analytisk fase**

Etter flere runder med ulike sammensetninger ble de tentative temaene og kategoriene videreutviklet til å danne endelige temaer og undertemaer (Figur 3). Flere av kodene og kategoriene dreier seg om helsetilstand og hvordan kroppen fungerer, noe som vil være naturlig når deltakere knytter sin arbeidsevne til nettopp helsen. Deltakerne drøfter sine muligheter for arbeid opp mot fysisk helse og symptomer, kognitive funksjoner og psykisk helse, ofte gjennom endring til det bedre, endring til det verre eller fravær av endring. Eksempelvis fortelles det om endring i opplevd fysisk funksjon, smerte, nedstemthet, spenninger, oppmerksomhetsevne og toleranse for lyd og lys. Dette ble bakgrunnen for temaet «Arbeidsevne og kroppens muligheter og begrensninger». Flere koder og kategorier dreide seg overordnet om bevisstgjøringsprosesser og selvbevissthet, og dannet grunnlaget for temaet «Arbeidsevne knyttet til bevisstgjøring». Det tredje temaet kalte jeg «Arbeidsevne i lys av et levd liv», med bakgrunn i deltakeres beretninger om samspillet mellom tidligere erfaringer og nåværende arbeidsevne og helsetilstand.



**Figur 3, Tematisk kart ved endt analyse**

Prosesen fra koder til kategorier, og deretter fra tentative til endelige temaer og undertemaer har vært dynamisk. Det har vært mange forsøk av ulike sammensetninger og sammenslåinger. Utviklingen av temaer har fortsatt parallelt med begynnelsen av skriveprosessen i del 6 av den tematiske analysen. De endelige temaene og undertemaene presenteres her også i tabellform:

<b>Arbeidsevne og kroppens muligheter og begrensninger</b>	<b>Arbeidsevne knyttet til bevisstgjøring</b>	<b>Arbeidsevne i lys av et levd liv</b>
Å være frisk nok til å jobbe	En ryddeprosess i eget liv	Å reflektere over arbeidshverdagen med bakgrunn i tidligere livserfaringer
Kognitiv fungering som forutsetning for arbeid	Mestringserfaringer og muligheter for arbeid	Å pakke ut negative livserfaringer
	Fra frakoblet kropp til kroppsbevissthet	

**Tabell 4, Ferdigstilte temaer med undertema**

### **Steg 6: Produsere rapporten**

I det siste steget av analysen drøftes og presenteres resultatene. Resultatene i denne studien er temaene beskrevet over. Resultatene presenteres og drøftes i kapittel 4 og 5.

### **3.8 Drøfting av metode og troverdighet**

Kvalitativ metode har sine muligheter og begrensninger. På den ene siden kan man oppnå en dyptgående forståelse av ulike fenomener, ettersom man går dypt inn på hva den enkelte opplever, tenker, føler og mener. På den andre siden er det nettopp denne subjektiviteten og personlige tilnærmingen som gjør at kunnskapen som skapes ved kvalitative dybdeintervjuer ikke kan sies å gjelde for en generell gruppe. Resultatene i denne studien kan for eksempel ikke sies å gjelde for alle som deltar i arbeidsrettet rehabilitering.

I tillegg kan det være en svakhet at jeg ikke selv har gjennomført intervjuene (Braun & Clarke, 2021, s. 43). Det kan ha ført til at jeg har gått glipp av informasjon og inntrykk av deltakerne, inkludert tonefall, pauser og ansiktsuttrykk, selv om det er forsøkt beskrevet i

transkripsjonene. Samtidig er det en stor fordel å få tilgang til et slikt omfattende datamateriale gjennom å knytte seg til et eksisterende forskningsprosjekt. Å velge mellom intervjuer slik jeg har måttet gjøre i denne masteroppgaven kan også være en metodisk svakhet. Å velge ut noe er også å velge *bort* noe. På tross av at de inkluderte dataene er forsøkt valgt ut etter hvor rikt materialet er, er det fremdeles min subjektive vurdering som ligger til grunn, og man kan miste perspektiv og mening fra ekskluderte data.

### **3.8.1 Refleksivitet**

I kvalitativ metode vil personene som gjennomfører studier påvirke resultatene direkte og indirekte. Mine personlige erfaringer, for forståelse og faglige perspektiver er med på å forme hvert steg i analysen. I tematisk refleksiv analyse er denne subjektiviteten noe som skal anerkjennes og ansees som en ressurs, fremfor å strekke seg etter å jobbe objektivt, noe som ikke regnes for å være mulig i denne sammenhengen (Braun & Clarke, 2021, s. 5–8). Min bakgrunn som fysioterapeut påvirker hva jeg legger merke til i dataene, da mye av fysioterapifeltet bygger på et realistisk orientert vitenskapsperspektiv. Et ønske om å utvide forståelseshorisonten min var en av årsakene til at jeg valgte kvalitativ metode for dette prosjektet. Det har vært en kontinuerlig, aktiv prosess å motarbeide det Braun & Clarke referer til som «positivism creep», som referer til en ubevisst siving av tankegang som er nærmere beslektet kvantitativ forskning (Braun & Clarke, 2021, s. 270–271). Denne prosessen har i stor grad vært mulig grunnet veiledning der jeg har blitt gjort oppmerksom på disse tendensene, i tillegg til å selv lese gjennom egne tekster og notater med et kritisk blikk.

I tillegg til at analysen er formet av min bakgrunn som fysioterapeut, påvirkes den av min kjennskap til feltet arbeidsrettet rehabilitering, noe som både kan være en styrke og en svakhet. Å kjenne til det relativt snevre feltet kan være en fordel. Samtidig kan man bli blind på eget felt og trekke forhastede slutninger basert på tidligere erfaringer, og dermed ha en normativ innfallsvinkel.

### **3.8.2 Dataprogrammer for analyse av kvalitative data**

Bruken av digitale hjelpemidler som NVIVO drøftes i boken «Thematic Analysis, a Practical Guide» (Braun & Clarke, 2021). En bekymring rundt digitale hjelpemidler er at det kan hindre den lange, fortolkende og subjektive prosessen en refleksiv analyse skal være, i tillegg til at man øker avstanden til de opprinnelige dataene (Braun & Clarke, 2021, s. 66–67). Det å



enkelt kunne gjøre endringer, dokumentere ulike faser av analysen og samtidig beholde dataene slik de opprinnelig er kan også være en nyttig fleksibilitet i refleksivt analysearbeid (Braun & Clarke, 2021, s. 68; Tjora, 2017, s. 226–230). Min personlige erfaring er at prosessen i stor grad er en fortolkende og subjektiv uavhengig av om formatet er papir, NVIVO eller et Word-dokument, ettersom man selv leser og formulerer koder og kategorier. Det har vært viktig for meg å ha et nøkternt forhold til bruken av digitale hjelpemidler. Jeg har brukt dem som en støtte til organisering fremfor noe som fremskynder eller «forenkler» analyseprosessen, som er et modningsarbeid (Braun & Clarke, 2021, s. 272–273).

### **3.9 Etiske vurderinger**

Studier innen medisin og helse er underlagt Forskningsetikkloven (2017) og deltakelse skal ikke være forbundet med unødig risiko for den enkelte, som overstiger nytteverdi (Forskningsetikkloven, 2017). STAiR-studien med søknadsnummer 2011/934 er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Vedlegg 4). I tillegg er studien vurdert og godkjent av Sikt/Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 3). Dette er påkrevd ettersom studien benytter data av sensitiv karakter, som helseopplysninger persondata (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Mitt innsyn i intervjudataene er også godkjent av REK. Jeg har selv gått gjennom dokumentasjonen fra både REK og Sikt for å forsørge meg om at jeg også vurderer studien som etisk forsvarlig.

Dette masterprosjektet er godkjent av Masteroppgavekomiteen ved Institutt for Helse og Samfunn (UiO, 2012). Bakgrunnen for godkjenning er beskrevet i korte trekk i avsnittene under. For nærmere beskrivelse, se vedlegg 5.

**Frivillighet og informert samtykke:** Det er frivillig å delta i STAiR-studien. Informert samtykke er innhentet gjennom informasjonsskriv som er utdelt til samtlige av deltakerne (Vedlegg 2). Deltakerne kan når som helst trekke sitt samtykke og dermed vil data knyttet til deres deltakelse slettes. Lagring og behandling av datamateriale er gjort i henhold til gjeldende lover om personvern (TSD, 2018). I praksis ble dette ivaretatt ved at prosjektleder lagret lydfiler og transkripsjoner på egen minnepenn som ble oppbevart ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Det transkriberte, anonymiserte materialet som ble overført til meg ble overført via Tjenester for Sensitive Data, en tjeneste som benyttes i forskning for forsvarlig og lovlig oppbevaring av sensitive opplysninger (TSD, 2018).

I helseforskning er det viktig å vurdere maktforholdet mellom forsker og deltaker. Det kan tenkes at dette forholdet er skjevt til fordel for forskeren (Green & Thorogood, 2018, s. 102–104). Å sikre en reell, frivillig deltakelse er en del av denne vurderingen, eksempelvis ved å sørge for at personer som rekrutterer eller gjennomfører intervjuer ikke er de samme som behandler deltakeren. I denne studien utføres intervjuer og rekruttering av sekretærer og forskere som ikke er tilknyttet deltakernes behandling.

**Konfidensialitet:** Deltakerne er anonymisert i transkripsjoner før min involvering, slik at heller ikke jeg kjenner identiteten deres. Det vil si at navn, stedsnavn, navn på arbeidsplasser og andre forhold som kan gjøre personer gjenkjennbare er fjernet fra transkripsjoner og filnavn. I stedet brukes kodenummer. Konfidensialitet er viktig i all forskning som omhandler sensitive data, da datainnsamlingens detaljerte og personlige art gjør deltakerne særlig utsatt for gjenkjennelse (Fangen, 2015). Dette kan tenkes å være særlig viktig i områder med små forhold, slik AiR er plassert. Et sitat som er inkludert i resultatkapitlet i denne oppgaven er ytterligere endret etter min involvering, for å sikre at spesielle forhold ved deltakerens historie ikke skulle gjøre henne gjenkjennelig.

**Konsekvenser av deltakelse og sensitive tema:** Deltakelse i kvalitative dybdeintervjuer kan medføre både fordeler og ulemper. Det å delta i et intervju kan være belastende for den enkelte, for eksempel i form av tidsbruk. I tillegg kan det være belastende å fortelle om egne helseutfordringer, livssituasjon og arbeidssituasjon (Green & Thorogood, 2018, s. 74). I dette prosjektet har flere deltakere fortalt om traumatiske livshendelser, som er en ytterligere belastning. Å gå gjennom vanskelige opplevelser fra barndommen eller voksenlivet med en relativt ukjent forsker kan vekke sterke følelser og kreve energi fra deltakeren, og å gå inn på disse temaene bør være gjennomtenkt. Deltakerne som har rapportert om krenkelseserfaringer i denne studien har fått informasjon om videre oppfølging dersom de ønsker det, som involverer fastlege og eventuelt spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan det oppleves positivt for den enkelte at det forskes på deres utfordringer, og at man får fortalt om egne opplevelser.

Utover de ovennevnte forholdene er det liten risiko forbundet med å delta i forskningsintervjuene. På bakgrunn av opplysningene beskrevet, vurderes det som forsvarlig for den enkelte å delta i studien, og at risikoen ikke overstiger den potensielle nytteverdien.

## 4. Resultater

Denne studien handler om hvordan deltakere i arbeidsrettet rehabilitering opplever egen arbeidsevne etter endt rehabilitering, og hvilke forutsetninger de knytter til det å kunne arbeide. I dette kapitlet presenteres funnene fra analysen av datamaterialet. Temaene er ment til å besvare studiens problemstilling - «*Hvordan opplever deltakere sin arbeidsevne etter arbeidsrettet rehabilitering? Og hvilke forutsetninger knytter deltakerne til det å kunne arbeide?*».

Temaenes overskrift svarer til andre ledd av problemstillingen, hvilke forutsetninger deltakerne knytter til å kunne arbeide. De ulike temaene som har gått igjen i datamaterialet er som følger: *Arbeidsevne og kroppens muligheter og begrensninger*, *Arbeidsevne og bevisstgjøring* og *Arbeidsevne i lys av et levd liv*. Først presenteres temaet *Arbeidsevne og kroppens muligheter og begrensninger*. Dette temaet dreier seg i stor grad om helsemessige og kroppslige forutsetninger for opplevd evne til arbeid. Deretter presenteres temaet *Arbeidsevne knyttet til bevisstgjøring*, og til slutt *Arbeidsevne i lys av et levd liv*. Når man ser nærmere på datamaterialet ser det ut til at mye som løftes frem i det første temaet, kan knyttes til en bevisstgjøringsprosess i tillegg til tidligere livserfaringer, som utgjør det andre og tredje temaet.

Innad i hvert tema utdypes forutsetningene og faktorene deltakerne knytter til veien videre med tanke på arbeid. På denne måten besvares problemstillingens første ledd, om hvordan de opplever sin egen arbeidsevne etter arbeidsrettet rehabilitering. Da jeg søkte etter svar på dette spørsmålet under gjennomlesing av intervjuene, la jeg merke til at variasjonen er stor. Innad i hvert tema illustreres derfor et bredt spekter av hvordan deltakerne opplever egne muligheter for arbeid, selv om de knytter mange av de samme fenomenene eller forutsetningene til det å kunne arbeide. Noen kjenner seg bedre og klare for arbeid, og noen kjenner seg lengre unna arbeidshverdagen enn før. Uten å ønske å kvantifisere dataene vil jeg dele at fire av deltakerne er klare for retur til arbeid etter arbeidsrettet rehabilitering, en kjenner at arbeidsevnen er lik, to er usikre og to er ikke klare for arbeid. Disse tallene viser at det er et stort sprik i egenopplevd arbeidsevne etter arbeidsrettet rehabilitering i denne gruppen, og med hvert hovedtema forsøker jeg å illustrere denne variasjonen. Dette gjør jeg ved å inkludere sitater fra hele spekteret, underordnet vilkårene deltakerne knytter til å kunne arbeide.

## 4.1 Arbeidsevne og kroppens muligheter og begrensninger

Gjennom analysen fanget det min interesse at deltakerne i stor grad er opptatt av kroppen. Selv om det på mange måter kan være selvforklarende at kroppen er en sentral del av et individs arbeidsevne, er det særlig måten de snakker om jeg-et, kroppen og kroppens muligheter og begrensninger som vekket interesse. Dette besvarer problemstillingens spørsmål om hvilke forutsetninger deltakerne knytter til å kunne arbeide.

Det er ikke overraskende at deltakerne forteller om kroppslige plager som årsak til nedsatt arbeidsdeltakelse før rehabilitering, og at kroppens tilstand ligger til grunn som forutsetning for videre arbeidsdeltakelse i tiden etter rehabilitering. Blant de kroppslige plagene som omtales er smerter, fysisk form og kognitive funksjoner hyppig nevnt. Ord som plager, symptomer, smerter og liknende brukes om hverandre. Disse er faktorer som påvirker opplevelsen av om en kropp fungerer eller ikke, også i arbeid. Der noen deltakere forteller om bedring, forteller andre om fravær av endring i kroppslige plager. Enkelte opplever til og med forverring. Dette besvarer problemstillingens spørsmål om hvordan deltakere opplever egen arbeidsevne etter rehabilitering.

### 4.1.1 Å være frisk nok til å jobbe

For mange av deltakerne er kroppen selve forutsetningen for veien videre etter rehabilitering. Når de forteller om dette, legger jeg merke til at flere snakker om en endring i opplevd funksjon til det bedre etter rehabilitering. En deltaker med kroniske smerter, fordøyelsesvansker, kroniske urinveisinfeksjoner og lettere psykiske plager forteller om en markant endring i opplevd kroppslig funksjon. Deltakeren knytter denne endringen til flere av intervensjonene ved oppholdet, som for eksempel fysisk aktivitet, bevegelsesgrupper og undervisning, og beskriver arbeidsevnen sin nå på denne måten;

*«Jeg sitter igjen med en kjempefin opplevelse, ehm, masse ting har falt på plass, sykdommer som jeg har hatt de har jeg ikke merket noe til lenger, smerter er vekke, energinivået er på topp og jeg er virkelig klar for å komme meg ut i arbeidslivet igjen.»*

Fra å streve med smerter, utmattelse og andre kroppslige plager, forteller deltakeren nå om et mer eller mindre totalt fravær av symptomer. Det er nettopp dette fraværet av symptomer som fører til en opplevd arbeidsevne som er adekvat for å returnere til arbeid. Årsaken til at plagene er redusert er ikke det første deltakeren snakker om i forbindelse med en retur til

arbeid, det er først og fremst kroppens tilstand. Senere i intervjuet skal det vise seg at mye av den fysiske bedringen til denne deltakeren henger sammen med ulike bevisstgjøringsprosesser, noe som presenteres nærmere i neste tema.

Der noen deltakere kjenner seg klare for retur til arbeid grunnet å være bedre, friskere eller mindre plaget av symptomer, forteller andre deltakere om en usikker vei videre. Når kroppen ikke spiller på lag, blir tiden etter rehabilitering uklar. En deltaker med kroniske smerter forteller at plagene er uendret fra før rehabilitering, og er dermed ikke sikker på mulighetene for å returnere til jobb. Ved spørsmål om hva som fremmer og hemmer mulighetene for å jobbe i tiden fremover, er svaret:

*«Hemmer de er jo kroppen min og alle smerter. Men jeg tror nok det skal gå. Jeg er litt mer positiv til at jeg skal finne noe som passer meg og min kropp, og noe jeg vil trives i.»*

Deltakeren uttrykker en forsiktig optimisme for mulighetene for arbeid generelt, men de kroppslige plagene er fremdeles et hinder som må tas hensyn til ved valg av type arbeid. Det vil være forhandlinger mellom ressurser og begrensninger som avgjør mulighetene for jobb. Det å returnere til tidligere arbeid fremstår usikkert, men deltakeren beskriver et potensiale for tilpasning ved å finne arbeid som passer sin kropp. Dette kan knyttes til begrepet spesifikk arbeidsevne. Hennes spesifikke arbeidsevne innen tidligere arbeidskontekst er usikker, men hun har potensielt økt arbeidsevne i en annen type jobb.

Samtidig som noen deltakere forteller om bedring eller fravær av endring, forteller andre om forverring av kroppslige plager under rehabilitering. En deltaker med stressproblematikk og kronisk hodepine har kjent på en økning av hodepinen;

*«Den har begrenset meg, fordi det er flere ting jeg ikke har kunnet være med på, fordi jeg har ligget. Og slik som i dag så har jeg.. Altså, noen ganger når jeg har litt vondt i hodet fra før av og så gjør fysiske ting så kommer det jo. En om jeg har hatt noen endringer.. Jeg synes bare jeg har hatt det hyppigere.»*

Erfaringen med å kjenne på økning av plager parallelt med økning av aktivitet og deltakelse, setter føringer for videre muligheter og begrensninger i forbindelse med arbeid. Deltakeren har fremdeles et ønske om å jobbe, men slik plagene arter seg etter rehabilitering kjenner hun seg ikke klar for dette;

*«(...) Først så hadde jeg som mål å komme tilbake til jobb, men det er ikke mitt hovedmål nå. Nå er mitt hovedmål å få bedre ... altså fysisk og mentalt. For hvis jeg*

*får det mer på plass så kommer faktisk jobben min litt mer av seg selv. For det er det jeg sliter med, så det må være det som er målet mitt at jeg må bli bedre fysisk og mentalt. Så ting har jo forandret hvordan jeg har tenkt da. På den måten har det vel det. At jeg har forandret mål. Altså jeg vil jo tilbake i jobb, men det må på plass det andre».*

Deltakeren beskriver deltakeren et behov for bedring kroppslig og psykisk for å kunne jobbe. Det er ikke overraskende at arbeidsevnen for henne avhenger av helsetilstand, men det som nå har endret seg er selve tankegangen. Oppholdet har ført til at hun setter helsen i sentrum, og sin egen livskvalitet foran arbeid. Erfaringen av at symptomer øker i takt med deltakelse i rehabilitering, setter ikke deltakeren nærmere arbeid ved programavslutning. Til tross for at deltakers arbeidsevne ikke har økt er det nyttig informasjon for henne selv, noe som kan være en indikasjon på at hun behøver ytterligere helsehjelp eller justerte krav for arbeidsdeltakelse.

#### **4.1.2 Kognitiv fungering som forutsetning for arbeid**

Når deltakere snakker om kroppen som forutsetning for arbeid, snakker de om mer enn muskler, ledd og nerver. Oppmerksomhetsevne og kognitiv fungering beskrives som en viktig del av arbeidsdagen. Sykdom, smerter og utmattelse har ført med seg en mental avstand mellom seg selv og omgivelsene for noen av deltakerne. Flere har opplevd at det er utfordrende å utføre arbeidet sitt på en tilfredsstillende måte på grunn av at hodet ikke fungerer som vanlig. Utfordringer som har vært nevnt er eksempelvis å huske oppgaver, prioritering, beslutningstaking og konsentrasjonsevne i møter. I enkelte tilfeller oppleves det som å gå på bekostning av sikkerhet og trygghet. En deltaker beskriver hvordan hun strevde med oppmerksomhetsevnen i forkant av rehabilitering, men nå kjenner på en positiv endring:

*«(...) Sleit jeg jo veldig med hukommelsen min og konsentrasjonen min. Jeg husker alt nå, jeg har lest bøker, jeg har strikket to gensere, leser og konsentrerer meg om mønster, ehm, har ikke hatt noe, har sett på TV, har fått med meg alt som er der, så akkurat det kjenner jeg. Altså den konsentrasjonen min har også blitt veldig mye bedre nå.».*

Deltakeren beskriver å føle seg klar for retur til arbeid med bakgrunn i utsagnet over. Nå kjenner hun på mer overskudd og en høyere mental kapasitet;

*«Nå kjenner jeg at nå (...) skal det bli gøy å gå på jobb. Nå kjenner jeg at nå er jeg mye, nå er jeg jo på plass (...). Nå har jeg ikke noe å være bekymret for, og at ikke konsentrasjonen fungerer og at jeg henger med og (...). Ja, jeg klarer å ta til meg ny læring. Og nå er jeg ganske trygg på det og da.».*

Det å være «på plass» kan referere til å være mentalt til stede i konteksten av arbeidshverdagen. Ifølge fenomenologisk tankegang avhenger opplevelser og erfaringer av kontekst og interaksjon med omgivelsene, og en arbeidshverdag preget av å ikke være til stede vil være med på å skape en negativ opplevelse. Deltakeren opplever nå å være i stand til å interagere med omgivelsene og dermed ser den fremtidige arbeidshverdagen lovende ut.

Basert på deltakernes beretninger er det altså ikke kun kroppen i form av muskel-skjelettapparatet som trekkes frem som betydningsfullt for deltakernes egenopplevde arbeidsevne. En helhetlig, integrert tilstedeværelse på jobb innebærer å være på jobben utover å fysisk befinne seg på arbeidsplassen. Det krever at man er til stede emosjonelt og kognitivt. Etter rehabilitering har kognitiv fungering bedret seg for flere deltakere. Tryggheten av å vite at man har tilstrekkelig kognitiv funksjon og oppmerksomhetsevne til å mestre arbeidsdagen, knyttes direkte til den ovennevnte deltakerens arbeidsevne.

## **4.2 Arbeidsevne knyttet til bevisstgjøring**

Et tema som stadig dukker opp når deltakere beskriver egen arbeidsevne er bevisstgjøring. Mange deltakere forteller om et tydeliggjort eller endret syn på egen situasjon. Flere skildrer en bevisstgjøringsprosess som har omhandlet brede aspekter av livet, som det å sette grenser for seg selv, bli bevisst egne tankemønstre, endret mestringstro samt en bevisstgjøring av kroppens tilstand. I datamaterialet knyttes disse emnene ofte til veien videre for den enkelte deltaker. Noen forteller om et utvidet mulighetsrom i jobbsammenheng som følge av å være bevisst flere aspekter av egne omstendigheter. Andre strever med nye erkjennelser av områder i livet som er utfordrende, og opplever det som for mye å forholde seg til. Temaets overskrift besvarer problemstillingen ved å beskrive at deltakerne knytter videre muligheter for arbeid til bevisstgjøringsprosessene de har vært gjennom. Videre besvares problemstillingen ved å illustrere variasjonen i opplevd arbeidsevne relatert til bevisstgjøring i de følgende avsnittene.

### **4.2.1 En ryddeprosess i eget liv**

Det å bli bevisst omfanget av gjøremål og aktiviteter i eget liv, sette grenser for seg selv og tilstrebe en balansert hverdag er en del av rehabiliteringsprogrammet. Dette gjenspeiles i mange av deltakernes beretninger. Når en deltaker blir spurt om rehabilitering har bidratt til å endre mulighetene for å arbeide, forteller hun om hvordan grensesetting har gitt merkbart økt overskudd, og knytter denne erfaringen til muligheter for arbeid.

*«Jeg er jo litt mer positiv. Så kan det hende jeg klarer litt mer enn jeg trodde i jobb. Bare kroppen vil være med på det. Ehm, så alt i alt så har det hjulpet på tankegangen og kroppen. Lærer jo noe nytt, lærer å sette grensene (...) Men du må sette deg selv først noen ganger, for å komme dit du vil. (...) Ja, jeg har hatt mer overskudd. I stedet for å bruke opp alt så har jeg faktisk klart å bygge opp litt. Så sånn sett ser jeg for meg hverdagen og jobben, det å klare hverdagen og jobben, litt mer positivt enn når jeg kom.»*

Selv om deltakeren kjenner på økt overskudd og potensielt økt arbeidsevne, er hun forsiktig med å si noe sikkert når det gjelder arbeid. Hun beskriver en mulig tilpasning for å kunne jobbe, og da gjennom grensesetting. Samtidig forhandler hun mellom det å tilpasse seg og å sette seg selv først. Dette spennet kan illustrere kompleksiteten med retur til arbeid ved helseplager. Veien videre forutsetter at kroppen vil «være med på det». I denne sammenhengen snakker deltakeren om kroppen som noe adskilt fra seg selv. Kroppen er enten *med på* eller *ikke med på* det hun selv, subjektet, ønsker å foreta seg.

En annen deltaker setter ord på hvordan rehabilitering har ført til økt bevissthet rundt hvordan hun selv kan ta valg og påvirke egen situasjon, med informasjon og verktøy presentert under rehabiliteringsoppholdet.

*«Ehm, men så tror jeg som bruker så må man være klar og, og forstå den endringen som skjer og det forstår jeg at jeg har gjort. For det er jo hjelp til selvhjelp selv om jeg har et profesjonelt fagteam bak. Ehm, så jeg har liksom følt et litt ansvar på å klare det også, men på en måte så har jo kroppen min måttet være med på det da.»*

Også denne deltakeren foreslår en tilpasning for å mestre retur til arbeid. I dette sitatet ser man en eksplisitt verbalisering av deltakerens opplevelse av å ha ansvar for egen situasjon, dog under veiledning og med hjelp fra fagpersonene ved rehabiliteringstilbudet. Ved å definere tilbudet som hjelp til selvhjelp belyser deltakeren aspekter ved tilbudets utforming, og potensielt forklarer det hvordan bevisstgjøringsprosesser har blitt et overordnet tema i denne oppgaven. En annen observasjon i sitatet er at deltakeren beskriver kroppen som et objekt som måtte «være med på» endringsprosessen, i likhet med deltakeren over.

#### **4.2.2 Mestringserfaringer og muligheter for arbeid**

Når en deltaker blir spurt om hun kan beskrive hva som har ført til at hun opplever å være klar for å jobbe igjen, beskriver hun økt mestringstro som et viktig element.



*«Det har vært mange vendepunkt, men klarer ikke helt å si det skjedde da, men akkurat det der med også oppleve at jeg mestrer igjen da. (...)*»

Hun skildrer en mestringsfølelse under aktiviteter i regi av rehabiliteringssenteret, slik som å nå til topps på klatreveggen. I tillegg har hun kjent på mestring under aktiviteter gjort på eget initiativ, som ved strikking.

*«Så da er den, mer troen på seg selv og har det der fremtidshåpet igjen og kjenne at det, den, den fremtiden ser veldig annerledes ut nå enn når jeg kom hit.»*

Gjennom kroppslige erfaringer i aktivitet, endrer deltakeren synet på fremtiden sin. Det å knytte mestring av aktiviteter som ikke er direkte jobberelatert til muligheter for arbeid, synes å være en gjenganger i datamaterialet. Denne deltakeren har hatt mestringsopplevelser direkte knyttet til rehabiliteringen, men også ved egentid. Dette kan være muliggjort ved at hun ikke har de forpliktelsene hun vanligvis har hjemme, og kan prioritere eksempelvis strikking.

En annen deltaker som nå er klar for å begynne å arbeide beskriver det som følger:

*«Jeg har lært meg selv bedre å kjenne, for å si det sånn. Det ... Det har vært en aha-opplevelse for meg selv. At jeg kan.. Gjøre flere ting, som jeg ikke trodde jeg kunne liksom, som å gå turer, sånne fjellturer liksom. Heiv meg på den (navn på fjelltopp), og den veit jeg at var veldig bratt. Trudde jeg aldri skulle klare, så da gikk på en litt sånn, jeg klarer det jo!»*

Også her trekkes en økt mestringsstro frem som viktig for deltaker. Det å klare en aktivitet som tidligere har fremstått uoverkommelig, fører med seg en generell økt tro på mestring.

Gjennom bruk av kroppen merker hun kroppen – og merker også at kroppen er til å stole på. Dette har hatt betydning langt utover mestringsopplevelsen her og nå, men snakker til større spørsmål som egenverdi, tanker om fremtiden og tanker om arbeid. Fjelltoppen kan i denne sammenhengen være en god allegori for at retur til arbeid også er en utfordring som kan bestiges.

#### **4.2.3 Fra frakoblet kropp til økt kroppsbevissthet**

I tillegg til å bli bevisst egne mønstre, muligheter og handlingsrom, er bevisstgjøring av kroppen og dens tilstand et vesentlig emne hos deltakerne. Mange trekker frem rehabiliteringsprogrammets innhold som bevegelsesgrupper, fysisk aktivitet og temasamlinger som bidragende til dette, men også individuelle erfaringer og refleksjoner. For noen deltakere er det å bli bevisst ens egen kropp et ledd i å kunne gjøre endringer. En deltaker som føler at

noe har løsnet i henne som gjør at hun gleder seg til å returnere til jobben, trekker frem en økt opplevd kobling mellom hodet og kroppen.

*«Ehm, ja den selvinnsikten min handler om at, ehm, jeg tenker det der med kroppen min ikke sant, jeg har kjent at jeg har hatt veldig, ja, hvis jeg begynner med kroppen først da. Så har ikke jeg egentlig hatt noe, jeg har ikke følt at hodet og kroppen min har hørt sammen. Jeg har ikke kjent at det er noe kropp der, jeg har liksom bare sett, sett at det har vært en kropp der, tror jeg. Ehm, og sånn som jeg hadde det før jeg kom, så brydde jeg meg ikke noe om det heller, det var ikke et tema for meg. Ehm, også får jeg en aha-opplevelse at jeg begynner å kjenne den, at den begynner å virke. Ehm, at jeg faktisk får til ganske mye med den kroppen min. Ehm, og jeg kjenner også det at styrken kommer tilbake med den treninga vi har hatt her.»*

Hun beskriver et tidligere skille mellom seg selv og kroppen sin, som minner om en form for objektivisering av kroppen. Kroppen er noe eget, adskilt fra hodet, som i denne sammenheng virker å representere jeg-et. For denne deltakeren kan det virke som at det å ha kontakt med kroppen sin muliggjør videre positive erfaringer, som å kjenne på kroppslig mestring og styrke. For noen deltakere virker økt kroppskontakt og mestringsopplevelser å være temaer som glir i hverandre, og sammen gir en følelse av økte muligheter i arbeidslivet.

Flere deltakere beskriver et tidligere fravær av kroppsbevissthet som en flukt fra stress, signaler og belastninger. En deltaker forteller om hvordan hun nå planlegger å lytte til kroppens signaler;

*«(Om symptomer) Kroppen prøver å fortelle meg noe. Mhm. Men jeg ville jo ikke lytte til dem. Ikke sant, hvis jeg kjenner selv at jeg må ta, jeg må på en måte bare være takknemlig for at jeg er bevisst på at de kommer for da, at det er noe med å ta tak i dem da. Og ikke bare presse det ned.»*

Det å være koblet på sin egen kropp og kroppslige sensasjoner beskrives som en mulighet for å handle, «ta tak i» det. Å lytte til egen kropp er å ta seg selv og egne behov på alvor, og dette er et viktig steg for deltakeren.

En annen deltaker som er blitt mer bevisst sin egen kropps tilstand og muskelspenninger, forteller om hvordan også hun ser på økt kroppsbevissthet som et mulighetsrom.

*«Nei, jeg vet liksom ikke helt åssen jeg skal forklare det, men at jeg har lært å ... ta signalene fra kroppen min på en annen måte. Liksom lært meg å ta de for det de er og*

*ikke bare overse de, på en måte. Liksom, ta tak i problema. Ikke bare la det.. «ja det er som det er og det må jeg bare leve med.»*

Ved spørsmål om hvilken type problemer hun sikter til, forteller hun om muskelspenninger og påfølgende symptomer;

*«Ja muskulaturen at den.. ja, nei jeg klarer ikke helt å forklare det. Nei, men, men de har, ehm ... det har fått meg til å se hvordan kroppen henger sammen da på en måte. Dette her med indre stress. Til mer stressa jeg er, til mer muskelvondt får jeg. Skuldrende oppunder øra, at det liksom, pusten, alt at det.. alt har en sammenheng. (...) Når du ligger og sover om natten, og du våkner i halspenn liksom, hvorfor – da veit jeg hvorfor jeg gjør det liksom. Kroppen hviler ikke, på en måte.»*

Søvnproblematikk, muskelsmerter og anstrengt pust erfares i lys av indre stress, og hun forteller videre om hvordan hun opplever avspenningsøvelser som nyttig, meningsfylt og en mulighet til å få det bedre fysisk. Økt forståelse for den integrerte kroppen og sinnet kan føre til en økt følelse av kontroll hos deltaker, og dermed mulighet til å påvirke egen helse.

For enkelte deltakere har bevisstgjøring av kroppens tilstand opplevdes som en belastning. En deltaker skildrer hvordan det oppleves negativt for henne.

*«... Og jeg har faktisk funnet ut av ting mens jeg har vært her på grunn av alt det en er i gjennom. Du setter i gang tanker. Så mentalt.. Hvordan skal jeg forklare så det ikke blir feil.. Jeg har funnet ut av at jeg er anspent hele tiden. Og det er bare en uke siden jeg ble bevisst på det. Og så har jeg skjønt nå hvorfor, på en måte. Og når jeg da først har funnet ut av det, så blir jeg så mye mer bevisst på det, for nå vet jeg om det. Så jeg føler at jeg nesten er blitt dårligere mentalt når jeg kommer hjem enn da jeg kom da, fordi jeg nå er blitt klar over ting. Gir det noe mening?»*

Det å forholde seg til negative kroppslige sensasjoner som anspenhet, som tidligere ikke har vært i fokus, er utfordrende for deltakeren. Erkjennelsen kom for en uke siden, og hjemreisen står for tur.

*«Altså jeg oppdager det nå for en uke siden, og det var da jeg begynte å skjønne ting. Og det liksom.. hvordan skal jeg gripe det an. Der er jeg veldig i villrede. Men de har kastet ballen litt over til legen da. For jeg er jo ikke deprimert, det er jeg ikke, men jeg er jo anspent. Så jeg klarer jo ikke å slappe av. Men det er jo bra en oppdager ting da. Men det er ikke noe moro å oppdage da. (...) Jeg må jo holde på med sånne avspenningsøvelser. Men selv om jeg gjør de øvelsene som vi har gjort her da, så ligger jeg jo over madrassen nær sagt.»*

Slik deltakeren beskriver egen situasjon etter rehabilitering, synes bevisstgjøringsprosessen å være mest til bry ved intervjuetidspunktet. Veien videre er uklar, og det fremstår ikke som om deltakeren står nærmere arbeid enn før rehabiliteringsoppholdet. Denne deltakeren beskriver en situasjon hun ikke vet hvordan hun skal håndtere, selv med rådene hun har fått under oppholdet. I motsetning til deltakeren over, kjenner hun ikke effekt av avspenningsøvelsene, og føler seg dermed i villrede. Hun forteller at hun må fortsette med de anbefalte tiltakene, men får dem ikke til.

### **4.3 Arbeidsevne i lys av et levd liv**

Mennesker med langvarige og sammensatte plager krever en helhetlig tilnærming. Det er økende fokus på hvordan livserfaringer kan resultere i nedsatt livskvalitet og helseutfordringer, og følgelig sykefravær (Kirkengen & Næss, 2021, s. 11–12). Et funn i denne studien er at deltakerne knytter sitt sykefravær og sine muligheter til arbeid til tidligere livserfaringer. Å koble sammenhengen mellom tidligere livserfaringer og nåværende situasjon, oppleves av flere som nyttig for veien videre. Dermed kan det tolkes som at deltakerne opplever arbeidsevnen som styrket i forbindelse med disse erkjennelsene.

Med et perspektiv på helseutfordringer som sammenvevd med tidligere erfaringer, kan sykefraværet tenkes å representere en kontinuitet i deres livshistorie fremfor et brudd. Mens noen har vært klar over disse sammenhengene tidligere, har andre har begynt å utforske dette i rehabilitering. Flere av deltakerne forteller om igangsatte prosesser med å bearbeide disse sammenhengene gjennom rehabiliteringsforløpet, både på gruppenivå og individuelt. Noen deltakere nevner tidligere negative livserfaringer i direkte sammenheng med arbeidssituasjon, mens andre referer til det i forbindelse med helse og livskvalitet. Det fremstår like fullt som et viktig funn som kan knyttes til den enkeltes arbeidsevne, både direkte og indirekte.

#### **4.3.1 Å reflektere over arbeidshverdagen med bakgrunn i tidligere livserfaringer**

Flere av deltakerne reflekterer over hvordan arbeidslivet deres påvirkes av erfaringer fra tidligere i livet. En deltaker med utmattelse, utbrenthet og depresjon forteller om hvordan hennes tidligere livserfaringer har vært med på å forme arbeidshverdagen i dag, og har vært med på å drive et mønster som ikke er bærekraftig for hennes mulighet til å stå i arbeid;

*«Ehm, jeg har alltid tenkt at jobb har vært det viktigste i livet mitt. Men det har vært for å kompensere for negative tilbakemeldinger som jeg har fått fra personer som*

*skulle på en måte være glade i meg. Også har jeg fått rosen på arbeidsplassen. Så jeg har på en måte hatt fokuset på at det har vært det viktigste for meg.»*

Ved spørsmål om hvilke erfaringer som har ført til dette, svarer hun slik;

*«Ehm, mitt første langvarige forhold. Det var veldig mye kritikk. Det var en psykisk mishandling. Fysisk, pluss en far som har på en måte oversett meg og. Sånn, jeg har på en måte gjort ting for at han skal legge merke til meg og få, at jeg skal få den oppmerksomheten man vil fra sin far da. (...) Men det har vært så mye negativitet på de to frontene. Så når jeg da har jobbet så har jeg fått så mye ros og det er det som har bygget meg opp, derfor blei jobben på en måte, eller alt i jobben.»*

Det har blitt tydelig for deltakeren hvordan mangel på bekreftelse i barndommen og fra hennes tidligere partner i voksenlivet, har påvirket henne i negativ forstand i arbeidslivet. Selv om hun i dag har en sunn relasjon til ny partner, ligger mønstrene der uendret. Det å bli klar over denne sammenhengen kan være begynnelsen på å utforske hvordan hun kan forholde seg til arbeid uten å nå punktet der utbrenthet inntreffer.

En annen deltaker som opplever en økt positiv innstilling til fremtiden, beskriver hvordan hun har fått bistand til å bearbeide sorg under rehabilitering. Uten å nevne hva sorgen omhandler, deler hun virkningene av dette på sin egen helse og livskvalitet;

*«(...) og det med også klare også legge bort den sorgen min har jo også gitt meg (...) at jeg har blitt møtt på det, at jeg har fått jobba meg gjennom, at jeg har fått en forståelse av at, ehm, hvis man får jobbet seg igjennom det så kan man legge det bort, og da får man plass til andre ting. I hodet, og det er vel det som også åpner meg på at jeg begynte å tenke litt på, på litt sånne positive, da fikk jeg plass til noen positive tanker rett og slett. Som har dratt meg videre og som gjør at jeg nå tenker at her er det mye bra å bygge på.»*

Deltakeren beskriver det som at sorgen er noe som har tatt opp plass i henne, og hun konkretiserer at det har tatt opp plass i hodet. Ved å plassere sorgen i hodet spesifikt, kan det virke som deltakeren referer til et todelt kroppssyn der hodet er tankene og følelsenes plass, og kroppen er noe adskilt. Tidligere i intervjuet forteller hun om perioder uten at hun kan huske en eneste positiv tanke. Dette er en kontrast til hva som beskrives nå, der fremtiden ser lys ut, også i arbeidslivet. Måten hun forteller om å rydde plass kan fremstå noe reduksjonistisk og forenklet, eller så kan det hende at hun virkelig kjenner en endring. Det virker som om deltakeren tar egne erfaringer, følelser og tanker på alvor, og ser dem i en større sammenheng som oppleves meningsfylt.

### 4.3.2 Å pakke ut negative livserfaringer

Noen av deltakerne har med seg tyngre livserfaringer i bagasjen enn andre. På tvers av datamaterialet kommer flere av deltakerne inn på krenkende tidligere livshendelser. For deltakerne det gjelder, synes erfaringene å være en viktig del av deres totale situasjon. Noen av dem bruker ordet traume om disse erfaringene, og forteller om hvordan traumer har fulgt dem videre i livet, direkte og indirekte. Ulike negative livshendelser som nevnes av deltakerne er blant annet dødsfall i nære relasjoner og krenkende livserfaringer i barndommen, både relatert til vold og seksuelle overgrep. For flere av disse har rehabiliteringen satt i gang en prosess med å erkjenne opplevde traumer, begynne å bearbeide disse samt å forstå hvordan dette relaterer til nåværende situasjon. Under følger eksempler fra to deltakere som har med seg slike erfaringer inn i rehabilitering.

En deltaker forteller om hvordan hun har en dypere forståelse av problemstillingen sin etter rehabilitering, særlig med tanke på negative livserfaringer og traumatiske hendelser;

*«Så mentalt sett, sånn psykologisk sett så har jeg hatt stort utbytte av det, også synes jeg fysikken har kommet når hodet har blitt klarere (...) Når jeg har forstått problemstillingen min. Mentalt da.»*

Hun opplever at fysiske plager synes å bedre seg gjennom å bearbeide og erkjenne negative livserfaringer og deres påvirkning på psykisk helse. Ved spørsmål om hun kan gå dypere inn på dette, forteller hun slik;

*«Det var jo følelsene til barnefarene. Ting som er ligget der i bakgrunnen at, så den traumen vi hadde med han når han levde (Beskrivelser av hennes tidligere partners utfordringer og hvordan disse påvirket deltakeren negativt. Fjernet av hensyn til konfidensialitet). Så jeg var egentlig veldig utbrent (...) Og så skal du bearbeide da at han døde og at du på en måte har bare, hadde bare sønnen min å ta meg av. På en måte blei det veldig mye lettere, men likevel så er det sånn temaer som han da, som aldri har blitt snakket om før som vi har snakket om her. Og at jeg har fått orden på de tankene liksom, det har hjulpet meg mye.»*

Livserfaringene og traumene deltakeren har med seg er komplekse og tunge. Det å sette disse i sammenheng med nåværende situasjon oppleves meningsfylt og nyttig. Her brukes også ord som «få orden på», som kan henvise til en form for ryddeprosess i deltakers liv. Det å sortere tanker kan fremstå som et forenklet løsningsforslag når man leser sitatet. Samtidig forteller hun selv at det har hjulpet henne mye.

En annen deltaker har opplevd seksuelt krenkende atferd fra sin far, i tillegg til vold og uforutsigbarhet fra sin mor. Etter at deltakeren har beskrevet visse episoder, forteller han om hvordan dette har påvirket ham videre;

*«Det som skjer da er at, som jeg ser nå i ettertid, kanskje det faktisk er verre, jeg drar det med meg i, ehm, samarbeidet eller interaksjonen med andre mennesker da. For eksempel da hvis du blir litte grann irritert på meg nå hvis jeg hadde fjaset litt mye her, og tulla litt vel mye her, så hadde du kanskje blitt irritert på meg, og da hadde jeg tenkt, åh, nei, nå liker han meg ikke, nå er jeg kvitt han, skjønner du? Fordi at jeg skjønner ikke, jeg skjønner ikke at det går an å ha flere følelser på en, for en person. Ikke sant, sånn hvis jeg går på jobben da og jeg skal ha en vanskelig samtale med en, en krevende samtale, så er jeg så redd for det fordi at tenk hvis, ikke sant for jeg kommer jo til å si noe som noen foreldre kanskje ikke liker fordi jeg skal ivareta barnet. Så jeg er kjemperedd for det. For da kan det hende at de blir veldig sinte på meg.»*

Den gjennomgående frykten for å bli mottatt negativt av andre mennesker knyttes direkte til barndommen, og påvirker også opplevelsen av å utføre nødvendige arbeidsoppgaver, som å gi beskjeder på jobb. Videre utdyper deltakeren hvordan dette tynger ham;

*«Ja så må jeg, så står jeg jo i det, jeg er jo et, jeg er rettferdig og dyktig i jobben min, men det er veldig slitsomt å være det fordi jeg går hele tiden og er redd for når er det de kommer og når er det de går og, og hvis jeg gjør ting som kanskje, som jeg kanskje selv tenker det skulle jeg ikke ha gjort, uten at noen andre reagerer. Så går jeg jo likevel og slår meg selv sånn som moren min gjorde da. Ikke sant, sånn at jeg på en måte trækker meg selv ned da, men så det tror vi da er, ehm litt sånn som gjør at jeg blir så veldig redd og sliten. At jeg går rundt, at jeg er på en måte i angst hele tiden.»*

Deltakeren beskriver en integritet som gjør at han trosser engstelsen og frykten for å utføre arbeidsoppgavene med høy kvalitet, men at dette koster. Den figurative sammenlikningen mellom å trykke seg selv ned og hvordan hans mor slo ham er svært illustrativ for hvordan krenkelse påført av en annen fører til at han fortsetter med å krenke seg selv.

For å oppsummere det tredje og siste temaet *Arbeidsevne i lys av et levd liv*, har de fleste deltakerne blitt møtt med en utvidet helseforståelse i løpet av oppholdet. Flere har pratet med fagpersoner om sammenhengen mellom nåværende helseplager, tidligere livserfaringer og arbeid. I tillegg har de reflektert mer over dette på egenhånd, utenfor samtalene med fagpersoner. Deltakerne beskriver dette som viktig og meningsfylt for sine prosesser, og

dermed kan det sies å ha betydning for veien videre, også i arbeidslivet. Det er samtidig viktig å påpeke at det å bli bevisst sammenhenger mellom negative eller traumatiske forhold fra fortiden, ikke nødvendigvis direkte vil øke arbeidsevne. Uten innsikt i hvilke anbefalinger som er gitt i epikriser for eventuell videre oppfølging, og uten å vite hvordan det vil gå med deltakerne etter hjemkomst er det vanskelig å si konkret hvordan å arbeide med negative livserfaringer har påvirket arbeidsevnen deres. Basert på deltakerens beretninger kan man allikevel argumentere for at det kan være en viktig begynnelse.



## **5. Diskusjon**

Formålet med denne masteroppgaven har vært å undersøke hvordan deltakere opplever sin egen arbeidsevne etter arbeidsrettet rehabilitering, og hvilke forutsetninger de knytter til å kunne arbeide. Resultatene viser et sprik i opplevd arbeidsevne etter rehabilitering der noen, men ikke alle føler seg klare for jobb. Studien min antyder at deltakerne knytter arbeidsevnen sin til kroppens tilstand, bevisstgjøringsprosesser på ulike plan og tidligere livserfaringer. I dette kapitlet vil jeg drøfte deltakernes opplevelser videre ved hjelp av teoriene presentert i teorikapitlet.

Jeg vil drøfte hvordan deltakerne snakker om kropp og kroppsbevissthet ved hjelp av fenomenologisk teori om disappearance, dys-appearance og eu-appearance (Leder, 1990; Zeiler, 2010). I tillegg vil jeg drøfte deltakernes erfaringer opp mot teori om individualisering i helsetjenesten og hvordan negative livserfaringer er sykdomsfremmende (Brown & Baker, 2012; Kirkengen & Næss, 2021).

### **5.1 Kroppskontakt i arbeidsrettet rehabilitering**

Kroppen og dens tilstand løftes frem som en betydelig forutsetning for å kunne stå i jobb for deltakerne i denne studien, noe som samsvarer med tidligere forskning og øvrig kunnskap om arbeid og arbeidsevne (Røset, 2014; Tengland, 2010). Kroppen kan sies å være utgangspunktet for hvordan deltakerne tar inn og opplever verden rundt seg, og er med på å danne grunnlaget for deres tanker og refleksjoner rundt egen situasjon, inkludert egne muligheter i arbeidslivet. Her vil jeg drøfte deltakernes opplevelse av egen kropp og kroppskontakt ved hjelp av begreper om kroppsbevissthet.

#### **5.1.1 Kroppen som trer frem som hinder for arbeid**

I forrige kapittel beskrev jeg hvordan deltakerne knyttet arbeidsevne til kroppens tilstand. Ved sykdom, smerte, utmattelse og andre symptomer havner kroppen i forgrunnen av oppmerksomheten og vanskeliggjør arbeidsdeltakelse. Dette kan knyttes til Drew Leders begrep dys-appearance (Leder, 1990). Det å være særlig bevisst på egen kropp gjennom negative sensasjoner og følelser, kan bidra til å øke deltakernes egen objektivisering av kroppen ved at kroppen blir fremmed (Leder, 2016, s. 16–17). Flere av deltakerne snakket om kroppen sin på en noe reduksjonistisk, mekanisk måte, og noen snakket også om kroppen som

noe helt adskilt fra seg selv. Det at deltakerne har gått med langvarige plager kan ha medvirket til at de har plassert kropp og sinn på to ulike steder mentalt.

Det synet på egen kropp som deltakerne tidvis skildrer, som et objekt som skal ryddes opp i, repareres og som enten «henger med» eller ikke, understreker for meg hvordan kroppen har blitt fremmed for deltakerne. Kroppen eller kroppsdelene trer frem som problemer som må tas tak i og løses, og etterlater mindre rom til andre tanker (Leder, 1990, s. 132-133). Fra et overlevelsesperspektiv er det ikke vanskelig å forstå at denne funksjonen kan være nyttig i mange situasjoner. I et langvarig perspektiv derimot, kan det tenkes at fremmedgjøringen av egen kropp være en barriere for å forstå seg selv, og dermed kroppen? En biomedisinsk eller realistisk forståelse av kroppen som noe mekanisk som må repareres, kan begrense hvordan deltakeren selv ser sammenhenger i egen situasjon, og kan øke fokuset på det som ikke fungerer (Kirkengen & Thornquist, 2012, Leder, 1990, s. 132-133).

Samtidig som deltakerne tidvis snakker om kroppen på en reduksjonistisk måte, virker det som mange av deltakerne *har* en utvidet forståelse av hvordan tidligere erfaringer påvirker helsen deres i dag, og at dette for mange har kommet som følge av rehabiliteringsopplegget. Allikevel er det interessant å legge merke til hvordan deltakerne gjennom ord fremmedgjør kroppen fra seg selv. Denne dualistiske måten å omtale egen kropp på finnes på tvers av datamaterialet, og det er interessant å tenke over hvor dette kommer fra. Er det en nærliggende, innebygget forsvarsmekanisme? Eller kommer det utenfra? Eksempelvis fra rehabiliteringsoppholdet, tidligere møter med helsetjenesten eller måten kropp omtales på samfunnsnivå? Om dette er noe som siver inn gjennom helsepersonells underliggende biomedisinske forståelse av kroppen i møte med deltakerne, kan det tenkes at temaet trenger mer oppmerksomhet blant helsepersonell (Kirkengen & Thornquist, 2012).

### **5.1.2 Kroppen som trer frem som arbeids-evnende**

Samtidig som deltakerne har nevnt hvordan kroppen kan fungere som et hinder for arbeidsdeltakelse, trekker noen av dem frem nye, positive erfaringer med kroppen. Det å være bevisst kroppen under ulik aktivitet som trening, tur og bevegelsesgrupper har vært et ledd i å minnes hva kroppen får til. Mestringsopplevelsene kan oppfattes på et kognitivt nivå, der man erkjenner mestring gjennom tanker. I tillegg kan man merke seg positive opplevelser gjennom kroppslige og sanselige erfaringer, slik Kristin Zeiler omtaler når hun introduserer konseptet eu-appearance (Zeiler, 2010). Når deltakerne kjenner på kroppslig velbehag, adekvat styrke

og bevegelse på eksempelvis fjelltur, kan man si at dette fører til eu-appearance. Kroppen trer frem som noe godt, i samspill med omgivelsene. Det å erkjenne at kroppen mestrer, har blitt trukket frem som en forutsetning for å bevege seg tilbake mot arbeidsplassen av flere. Et fokus på hva kroppen mestrer kan synes å gi økt tro på hva kroppen mestrer også i andre arenaer, basert på deltakernes gjengivelser.

Som tidligere nevnt har noen deltakere hatt utfordringer med kognitiv fungering i form av svekket oppmerksomhetsevne, konsentrasjon og hukommelse. Dette er et kjent problem ved langvarige helseutfordringer, og kan også forstås i lys av begrepet dys-appearance. I tillegg til at sykdomsprosesser direkte kan føre til utmattelse og nedsatt oppmerksomhetsevne, kan det tenkes at en mental kapasitet også brukes opp av å ha en vanskelig kropp i forgrunnen av oppmerksomheten, som skildret av Leders begrep dys-appearance (Leder, 1990, s. 132-133). Basert på deltakernes fortellinger er kognitiv funksjon viktig for deres prosess tilbake til arbeid. Uten at dette datagrunnlaget kan generaliseres til resten av befolkningen, kan funnet være en indikasjon på at kognitiv funksjon er noe man bør være opptatt av, både i behandling og forskning på arbeidsrettet rehabilitering. Ifølge NKARR er sykmelding i seg selv en medvirkende faktor til kognitive utfordringer, og det nevnes hvordan oppmerksomheten rettes mot det som ikke fungerer, og kapasitet til andre oppgaver reduseres (Johansen & Lien, 2020). En av deltakerne har eksplisitt knyttet en opplevd bedring i hukommelse til retur til arbeidsplassen. Å være bevisst på og kjenne hvilke prosesser hodet får til, kan også være en form for eu-appearance. Deltakernes beretninger om å bestige en fjelltopp, som kanskje kan knyttes mer direkte til begrepet eu-appearance, mener jeg kan sammenliknes med beretningene om å mestre kognitive oppgaver som å strikke etter et mønster. Jeg tolker det dithen at deltakeren har opplevd kognitiv eu-appearance.

Det er verdt å merke seg at kroppen og hodet ikke nødvendigvis fungerer eller oppleves på samme måte i vante omgivelser etter hjemreise, som når deltakerne befinner seg i rammene av rehabilitering. Funnene er ikke ensbetydende med at deltakerne vil fortsette å kjenne på kroppslig mestring og velbehag når de er tilbake i konteksten av hverdagen.

### **5.1.3 Kroppen som ikke trer frem – et tegn på velbehag eller undertrykkelse?**

I boken *The Absent Body* beskriver Drew Leder hvordan kroppen i en ideell situasjon ikke presenterer seg i forgrunnen av vår bevissthet, men forsvinner for oss gjennom disappearance. I min studie har noen av deltakerne fortalt av kroppen har forsvunnet for dem, noe de

opplever som negativt. Et eksempel på dette ble presentert i resultatkapitlet. «*Jeg har ikke kjent at det er noe kropp der*». Det er først gjennom å gjenopprette kontakt med kroppen at deltakeren har kunnet oppdage hva kroppen faktisk evner og mestrer. En annen deltaker beskriver det som å «presse ned» kroppen, holde den unna. Det disse deltakerne beskriver er noe jeg forbinder med en form for disassosiasjon, der kroppen kjennes atskilt fra selvet (Holbæk, 2018). Jeg tolker det kroppslige fraværet deltakerne beskriver i denne sammenhengen som en undertrykkelse av kroppen for å holde hodet over vann i en vanskelig livssituasjon. Med dette ønsker jeg å argumentere for at helsepersonell ikke alltid skal tolke fravær av symptomer som noe positivt, men å holde muligheten åpen for at kroppen undertrykkes som et resultat av stress og belastninger. I boken *The Body Keeps the Score* skriver psykiateren Bessel Van Der Kolk om hvordan traumer og forsømmelse kan føre til at kroppen slutter å være en del av en selv, en økt avstand mellom kroppen man ser i speilet og sitt eget sinn (Van der Kolk, 2014, s. 15, 365).

For de fleste av deltakerne har det å gjenoppta kontakten med kroppen og egne grenser vært meningsfylt. En av deltakerne opplevde som tidligere nevnt at det var tyngende å få økt kroppsbevissthet. Kan det å bli bevisst kroppens tilstand, og i dette tilfellet spenninger, igjen føre til en form for dys-appearance? Noen deltakere oppfatter det som vanskelig, mens andre forteller at det gir dem økte muligheter til å få det bedre. Deltakerne responderer ganske ulikt på å jobbe med å øke kroppsbevisstheten. Funnene i denne studien tyder på at denne komponenten i arbeidsrettet rehabilitering kan gjøre at noen føler seg verre, særlig tatt i betraktning at det er et kortvarig tilbud der man blir sendt hjem i etterkant. Samtidig sier ikke funnene noe om forverringen er et resultat av økt kroppsbevissthet, eller at prosessen ble avbrutt og for kort for vedkommende. Individuell tilpasning innad i gruppetilbudet er viktig for å imøtekomme ulike behov, selv om man ikke alltid kan forutse hvordan den enkelte vil respondere på ulike behandlingsformer.

## **5.2 Negative livserfaringer og sosial ulikhet i helse**

I denne studien setter intervjupersonene ord på hvordan de har blitt og fremdeles blir påvirket av vonde, ubehagelige og traumatiske hendelser. Noen kjenner det på måten de samhandler med arbeidsgiver, kollegaer og familiemedlemmer, andre kjenner kroppslige spenninger og vonde følelser. Det kan godt tenkes at det som kommer frem i intervjuene kun er å skrape på overflaten, og at deltakerne har flere erfaringer i bagasjen. Dersom man tar utgangspunkt i

funn fra STAiR-studien er sannsynligheten stor for at deltakerne har opplevd flere vanskelige hendelser, ettersom det å oppleve en negativ livserfaring øker risikoen for å oppleve enda flere (Eftedal, 2022). Som tidligere nevnt vil de negative livserfaringene i sin tur øke risikoen for å utvikle sykdom og dermed sykefravær (Halonen et al., 2017; Helsedirektoratet, 2018).

Kirkengen og Næss forklarer fra et fenomenologisk perspektiv hvordan skadelige opplevelser forstyrrer menneskekroppen (Kirkengen & Næss, 2021). Erfaringer er ikke noe som kun omhandler mentale, følelsesmessige og psykiske aspekter; kroppen er selve utgangspunktet for alle erfaringer (Kirkengen & Næss, 2021, s. 38). Det argumenteres dermed for at mennesker ikke kan erfare noe som helst uten at kroppen er involvert. Erfaringer bringer med seg tanker og følelser, og følelser fyller og påvirker kroppen (Kirkengen & Næss, 2021, s. 38–39). Slik kan man forstå hvordan deltakerne i min studie har båret med seg negative livserfaringer i kroppen gjennom livet, også inn i arbeidslivet. Kanskje er det dette deltakerne refererer til når de forteller at de har ryddet i og lagt vekk tidligere livserfaringer. Kunnskapen vi har i dag om livserfaringers påvirkning av helsen, indikerer behovet for en reorientering mot en integrert tilnærming til pasienthistorier, en tilnærming der man tillegger subjektivitet viktighet og tyngde for å bedre forstå pasienters helseutfordringer (Kirkengen & Thornquist, 2012).

I tillegg til at deltakerne strever med kroppen, nevner flere eksplisitt hvordan de påvirkes i relasjon til andre, også på arbeidsplassen. Van Der Kolk skriver at barn som har blitt ignorert kan mangle selvrespekt, barn uten medbestemmelsesrett kan streve med å sette grenser og barn som har blitt mishandlet kan bære på sinne som tar fra dem energi til annet (Van der Kolk, 2014, s. 365). Slik jeg forstår deltakerne i min studie har flere strevd med grensesetting og å prioritere seg selv, i tillegg til å mangle energi. Disse forholdene påvirker deres arbeidsevne og ikke minst livskvalitet. En av deltakerne satte ord på hvor hemmende det er å bære med seg erfaringer fra sinte og misbrukende foreldre; «(...) Sånn hvis jeg går på jobben da og jeg skal ha en vanskelig samtale med en, en krevende samtale, så er jeg så redd for det.». De traumatiske erfaringene er sykdomsfremmende, ikke bare på cellenivå, men også på et relasjonelt og sosialt nivå. Å bære på usikkerheten deltakeren beskriver påvirker tankene, følelsene, hverdagen og dermed også kroppen.

Negative livserfaringer henger sammen med sosial ulikhet (Halonen et al., 2017; Petruccelli et al., 2019). Det er godt dokumentert at helseutfordringer er tett knyttet til sosial ulikhet, og

Helsedirektoratet har nedsatt et fagråd for sosial ulikhet i helse (Helsedirektoratet, 2018). En norsk kohortstudie fra 2021 viser en signifikant korrelasjon mellom å vokse opp med foreldre med lav inntekt og det å utvikle kroniske smertetilstander (Evensen et al., 2021). Det er interessant å merke seg at korrelasjonen var sterkest når det gjaldt muskel-skjelettplager, skader og depresjon. Som nevnt i oppgavens innledning er størsteparten av sykefraværet i Norge i dag relatert til disse helseutfordringene, og det samsvarer med målgruppen for arbeidsrettet rehabilitering (Jensen & Svardal, 2021; NAV, 2023c). Kohortstudien konkluderer med at barn som vokser opp i de familiene med lavest inntekt har 2-3 ganger høyere risiko for å utvikle somatiske og psykiske lidelser i voksen alder (Evensen et al., 2021). En finsk kohortstudie finner at risikoen for sykefravær og arbeidsuførhet var høyest blant dem som både har negative barndomserfaringer og lav sosioøkonomisk status som voksen (Halonen et al., 2017).

Når en person allerede har vært eksponert for negativ påvirkning i oppveksten og deretter utviklet langvarige helseutfordringer, har individet allerede vært gjennom en disproportjonal mengde lidelse. Det å streve i arbeidslivet, med helsen og å måtte gjennom intervensjoner i håp om å få det bedre, kan i flere tilfeller være et resultat av strukturell urettferdighet. I en rapport fra Fagrådet for sosial ulikhet i helse fra 2018 anbefales det at arbeidet for å utjevne forskjellene i helsetilstand bør begynne i barndommen, ved å forebygge og redusere negative ytre påvirkninger i livets tidlige fase (Fagrådet for sosial ulikhet i helse, 2018). Fagrådet anbefaler i tillegg en bedre fordeling av ressurser ved å redusere inntektsforskjellene, som i dag er økende. Dette rådet retter seg mot den ytterste delen av Sherbrooke-modellen for arbeidsdeltakelse, nemlig kontekst og politikk (Loisel et al., 2005).

Folkehelse rapporten (Syse et al., 2018) publisert av Folkehelseinstituttet tar også for seg sosiale helseforskjeller i Norge. I rapporten fremkommer det at sosial ulikhet påvirker helsetilstanden i befolkningen gjennom hele livsløpet, og at tiltak bør rettes på flere nivåer, også de grunnleggende årsakene til sosial ulikhet. I rapporten trekkes det frem eksempler på tiltak på samfunnsnivå slik som beskatningspolitikk, i tillegg til tiltak som retter seg mot individer. Viktigheten av å jobbe på begge nivåer understrekes, og arbeidsrettet rehabilitering befinner seg i kategorien av tiltak på individuelt nivå. Et annet poeng som understrekes i rapporten er at tiltak som rettes mot individers aktive deltakelse kan være med på å øke forskjeller mellom lav og høy sosioøkonomisk status, da tiltakene ofte treffer dem med høy grad av ressurser bedre (Syse et al., 2018).

De ovennevnte faglige anbefalingene kan være nyttige å ha med seg i forbindelse med deltakernes beretninger om en sterk ansvarsfølelse for egen situasjon etter rehabilitering. Hvor godt de responderer på bevisstgjørings tiltak kan påvirke hvordan det vil gå med deltakerne etter rehabilitering. Til tross for å ha blitt bevisst på en utvidet årsakssammenheng mellom nåværende helse, sosioøkonomiske forhold og tidligere erfaringer, har deltakerne allikevel en noe reduksjonistisk forklaring på hvordan utfordringene deres skal «løses» etter rehabilitering. Deltakernes fortellinger sammen med funnene fra STAiR om vanskelig oppvekst tyder på at det er en sosial ulikhet også i feltet arbeidsrettet rehabilitering (Eftedal, 2022). Videre indikerer dette at for å forebygge utenforskap og sammensatte helseutfordringer vil man måtte jobbe på samfunnsnivå, der trygg oppvekst og økonomi vil være avgjørende (Fagrådet for sosial ulikhet i helse, 2018; Syse et al., 2018). Kirkengen & Næss foreslår at første steg for å kunne møte denne pasientgruppen i klinisk praksis er å være informert om traumer og negative livserfaringers påvirkning på helse, i tillegg til å kjenne til konseptet allostatisk overbelastning (Kirkengen & Næss, 2021, s. 238–239). Når det gjelder å behandle eller hjelpe pasientgruppen, foreslås generelle livsstilstiltak i tillegg til oppmerksomt nærvær og kognitiv terapi. Det poengteres at det viktigste handler om å forebygge negative livserfaringer i barndommen (Kirkengen & Næss, 2021, s. 239). Van der Kolk foreslår flere tiltak, der første steg er å erkjenne og bli bevisst sammenhengen i det som har hendt tidligere, det som foregår nå og alt i mellom (Van der Kolk, 2014, s. 262). Dette kan sammenliknes med det deltakerne i denne studien har vært gjennom; en begynnende reise der linjer trekkes, tanker luftes og mening skapes. Videre foreslår van der Kolk mange ulike tiltak som kan forsøkes avhengig av situasjon, individ og hvor man er i prosessen. Eksempelvis trekker han frem kjente psykoterapeutiske metoder, psykedeliske stoffer, neurofeedback og teater (Van der Kolk, 2014, s. 243–397). Felles for begge bøkene er at det legges vekt på at subjektivitet er nøkkelen til å forstå kompleksiteten av hver enkelt pasient eller deltakers situasjon.

### **5.3 Sherbrooke-modellen og ansvaret for retur til arbeid**

Flere deltakere forteller om endring i opplevd funksjon og dermed økt tro på retur til arbeid. Fire uker kan i utgangspunktet være for kort tid til å forklare en betydelig endring i eksempelvis muskelstyrke, kondisjon og oppmerksomhetsevne. Dermed kan det være grunn til å tro at endringene henger tett sammen med bevisstgjøringsprosessene deltakerne er opptatt av.

Deltakerne beskriver at deres arbeidsevne har vært påvirket av bevisstgjøringsprosesser under rehabiliteringsforløpet, noe som også støttes av tidligere kvalitativ forskning (Braathen, 2005; Haugli et al., 2011; Tangre, 2016). De forteller om bevisstgjøringsprosesser på flere plan, og beskriver hvordan de så skal gå frem i tiden etter rehabilitering, tiden mot arbeid. Ofte formuleres ulike former for tilpasning. Tilpasning av hverdagen, til samfunnet og til arbeid. I tillegg bruker mange av deltakerne ord som skildrer ryddeprosesser, eksempelvis grensesetting, sortering av tanker, følelser og liknende. I følgende avsnitt vil jeg diskutere dette opp mot teori om individualisering og ansvarliggjøring i helsetjenesten.

### **5.3.1 Individets ansvar**

Sherbrooke-modellen for arbeidsdeltakelse inneholder svært mange strukturer utover individnivået, noen av dem nærliggende og andre på samfunnsnivå. Samtidig er mye av rehabiliteringen rettet mot individuelle faktorer, og basert på deltakernes beretninger er bevisstgjøringsprosesser en sentral del av intervensjonen. På mange måter fremstår det som om det har gitt deltakerne en økt følelse av kontroll over egen situasjon, og det kommer tydelig i frem i intervjuene at mange har fått økt mestringstro og et økt håp for fremtiden. Slik jeg forstår deltakerne, uttrykker de tidvis et personlig ansvar over endring. Et sentralt og gjennomgående funn i studien er at deltakerne knytter videre arbeid til bevisstgjøringsprosessen de har vært gjennom. Selv om bevisstgjøringsprosessene har blitt opplevd som nyttig for de fleste, ønsker jeg å drøfte funnet opp mot modellen for arbeidsevne og de ulike komponentene som har betydning for arbeidsevne.

Gjennom rehabiliteringen er noe av intervensjonen rettet mot andre aktører i arbeidsevne-modellen, som arbeidsplassen og NAV. Deltakerne får tilbud om bistand fra arbeidsveileder til å delta i trepartsmøter med arbeidsgiver eller NAV-veileder under oppholdet. I tillegg gjennomgås informasjon om arbeidslivet i gruppeundervisning, eksempelvis om tilrettelegging, rettigheter, stønader og omskolering. Denne delen av rehabiliteringen omhandler andre dimensjoner av arbeidshelse enn selve arbeidstakeren. Allikevel rettes en overvekt av intervensjonene mot individet, slik som individets fysiske form, tankegang og evne til grensesetting. Det kan fremstå som om deltakerne har blitt bevisst en måte å tilpasse eget liv for å tåle arbeid og hverdagen.

Det er nærliggende å rette de fleste av intervensjonene mot arbeidstakeren i modellen for arbeidsdeltakelse, da det tross alt er arbeidstakeren som deltar i rehabilitering. I en



sykdomsperiode har arbeidstakeren ifølge Folketrygdloven og NAV plikt til å ta ansvar for egen situasjon gjennom å ta imot utredning og behandling, i tillegg til å bidra til tilrettelegging (NAV, 2023a). Nærmere forklart plikter arbeidstakeren å ta imot medisinsk utredning, behandling, og rehabilitering. I tillegg må hen dele informasjon om egen funksjonsevne og ellers bidra til at tilrettelegging på arbeidsplassen kan utprøves (Folketrygdloven, 1997, § 8-8). Det er også naturlig at fagpersoner og helsepersonellet i rehabiliteringen primært retter tiltak mot individet, da de hovedsakelig behandler det mennesket de har som sin deltaker, bruker eller pasient. Dermed kan rehabilitering være et naturlig område å fokusere på individuelle faktorer for arbeidsevne.

### **5.3.2 Arbeidsgivers ansvar**

Samtidig som individuelt rettede tiltak kan være nyttige og meningsfulle, er arbeidsevne kontekstuell og avhenger av langt mer enn individuelle faktorer. Blant annet har arbeidsgiver plikt til å bidra til arbeidstakers mulighet for deltakelse gjennom forebygging og tilrettelegging av arbeidet (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4). Det nevnes særlig at arbeidsgiver plikter å tilrettelegge arbeidet for arbeidstakere med redusert arbeidsevne (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-6). Ifølge Arbeidstilsynet innebærer tilretteleggingsplikten å tilrettelegge arbeidsoppgaver slik at arbeidstaker kan beholde nåværende stilling *så langt det lar seg gjøre*, eksempelvis gjennom å justere utstyr, arbeidstid, arbeidsoppgaver eller tilby andre stillinger innad i bedriften (Arbeidstilsynet, u.å.). Denne tilretteleggingsplikten strekker seg dog kun «så langt det er mulig», og ikke til et punkt som går utover andre arbeidstakere, arbeidsmiljøet eller bedriftens økonomi. Med andre ord er det rom for tolkning og skjønn, og i realiteten ser man tidvis at arbeidsplassen ikke tilrettelegges. Det er til syvende og sist arbeidsgiver som har det siste ordet. For deltakerne i denne studien og andre sykmeldte, er det trolig en kombinasjon av egne utfordringer, arbeidsplassens krav og andre faktorer på samfunnsnivå som har bidratt til sykefraværet, slik Sherbrooke-modellen illustrerer. På tross av dette formidler deltakerne i denne studien i større grad tilpasninger de selv planlegger å gjøre enn tilrettelegging på arbeidsplassen. Det skjeve maktforholdet mellom arbeidstaker og arbeidsgiver kan forklare deler av ansvarsfølelsen deltakerne i studien kjenner for å kunne tilpasse seg arbeidslivet. Selv om dette er politiske og samfunnsstrukturelle forhold som ikke nødvendigvis kan påvirkes i stor grad i rehabilitering, ønsket jeg å belyse ansvaret som ligger på arbeidslivet og arbeidsgiver.

Tidligere forskning vektlegger viktigheten av arbeidsplassen og andre aktører for retur til arbeid etter arbeidsrettet rehabilitering (Braathen et al., 2015; Jakobsen & Lillefjell, 2014). På tross av at man gjennom rehabiliteringen kan få bistand til kommunikasjon med arbeidsplassen, NAV og forslag til tilrettelegging, fører ikke dette alltid frem. For noen av deltakere er det faktorer ved arbeidsforholdet som har opplevdes som en barriere, som er uendret etter rehabilitering. En deltaker beskriver at hun og arbeidsgiver har ulike tanker om hvor mange timer arbeidstakeren bør jobbe av gangen, og at dette vanskeliggjør tilrettelegging og tilbakeføring.

*«(Om arbeidsgiver) Ja. Det er ikke så god dialog. Fordi hun mener at jeg vil få det bedre hvis jeg er på jobb hele tiden. Hun er mer sånn.. altså.. det virker som om hun har en mening om meg som ikke står til realiteten. Det er ikke realistisk slik som hun tenker.»*

Til syvende og sist kan ikke fagpersoner i rehabilitering overstyre det arbeidsgivere bestemmer. Dette synliggjør utfordringene ved intervensjoner som primært retter seg mot individuelle dimensjoner av arbeidshelse. Selv om deltakere for eksempel har blitt bevisst egne ressurser og jobbet med grensesetting, fordrer det at eksempelvis arbeidsgiver aksepterer grensene.

### **5.3.3 Hjelpeapparatet**

Utover arbeidstakeren selv og deres arbeidsplass er det det offentlige som har ansvar for å hjelpe deltakeren, herunder hjelpeapparatet som NAV og helsevesenet. Arbeidsrettet rehabilitering befinner seg i denne kategorien, sammen med fastlegen, NAV-veileder og andre i primær- og spesialisthelsetjenesten. En deltaker forteller at hun ikke har nummeret til sin NAV-veileder, og derfor ikke har fått kontakt i viktige situasjoner;

*«(...) Jeg får jo ikke hennes nummer. Nei, så det hjelper jo ikke. Og det har vært flere ganger hvor det har vært litt krise med arbeidsgiver og sånn, og jeg har ringt og ville så gjerne snakke med hun jeg har, men det går jo ikke vet du, fordi da etter 48 timer da er jo det jeg skulle snakke med dem om, da er det avgjort på en måte. Jeg hadde trengt hjelp til å snakke om hva vi skal gjøre. Men så har jeg måttet ta avgjørelsen selv da. Så det syns jeg er litt ... Det er litt kjedelig, at du ikke får snakket med dem når du har behov for det.»*

Deltakeren har måttet ta beslutninger angående egen arbeidssituasjon på egenhånd der hun i utgangspunktet trengte bistand fra hjelpeapparatet, men dette har ikke vært tilgjengelig for

henne. Deltakerens beskrivelse kan gi en forståelse av det ansvaret individer bærer på i sammenheng med egen helse og arbeidssituasjon.

Helsevesenet har som nevnt et ansvar. På et generelt grunnlag beveger helsetjenesten seg i en retning med et økt fokus på individuelt ansvar for egen helse, og offentlige politiske føringer følger denne utviklingen (Brown & Baker, 2012, s. 1–8; NOU 2023:4, 2023). På en side kan dette kritiseres for å være en overforenklet løsning der myndigheter og helsevesen frasier seg noe av ansvaret for sine innbyggere (Brown & Baker, 2012, s. 1–8). På en annen side kan det synes som individsentrerte intervensjoner oppleves som meningsfylt og gir fremtidshåp for flere deltakere. Allikevel responderer noen deltakere med frykt for hvordan de selv skal håndtere egen situasjon, på toppen av sykdom og hendelser som har ført dem vekk fra arbeidslivet til å begynne med. Dette reiser spørsmål om det er rimelig å forvente at mennesker med betydelige fysiske og psykiske plager skal ha ansvarsrollen for egen sykdom, bedring og arbeidsevne. Når plagene er en såpass stor byrde at de er til hinder for arbeid i utgangspunktet, vil det da være rimelig å anta at det er mulig å administrere sin egen bedringsprosess? Samtidig viser nyere forskning at døgnbasert, arbeidsrettet rehabilitering har positiv langtidseffekt på arbeidsdeltakelse, deltakere får mer stabil tilstedeværelse på arbeidsplassen og færre dager med ytelser fra NAV (Aasdahl et al., 2021; Gismervik et al., 2020). Dette tyder på at intervensjonen fungerer for flere, og kan øke individers arbeidsevne. Et interessant spørsmål å stille seg er om de mest ressurssterke er de som best nyttiggjør seg av intervensjonen, slik Folkehelse rapporten påpeker (Syse et al., 2018). Like fullt er det positivt å lese om deltakernes økte mestringstro og følelse av å være rustet for tiden som kommer.

## **5.4 Videre refleksjoner**

I dette kapitlet har jeg drøftet funnene i studien opp mot teori om kroppsbevissthet, negative livserfaringers påvirkning på helse og individualisering i helsetjenesten. Avslutningsvis i dette kapitlet ønsker jeg å løfte frem noen spørsmål jeg sitter igjen med. Hvordan går det med deltakerne når de kommer hjem? Selv om de har vært gjennom en endringsprosess har ikke resten av verden det. Når deltakerne eksempelvis er blitt mer bevisst egne grenser, lurer jeg på hvordan de vil bli møtt av familiemedlemmer, arbeidsgivere, NAV og andre aktører når de forsøker å sette disse grensene. På en side undrer jeg over om den positive og fremtidsrettede innstillingen til de fleste av deltakerne kan være et resultat av at de har vært langt unna

hverdagens utfordringer, på et inspirerende sted der alt virker lyst og lovende. På en annen side viser forskning at arbeidsrettet rehabilitering kan bidra til økt arbeidsdeltakelse, også når man ser på langtidseffekten etter to år. Det blir svært spennende å se på arbeidsdeltakelsen til deltakerne i STAiR-studien når dette blir publisert.

Deltakerne driver med en form for tilpasning der de former seg selv og endrer livet de lever. Et annet spørsmål jeg sitter igjen med er om man skal behøve å finne en jobb som passer til sin kropp, eller om jobbene skal tilpasses folk? Hvorvidt mennesker skal tilpasse seg arbeidsmarkedet eller vi skal ha arbeid tilpasset mennesker er et politisk spørsmål, men det er allikevel et viktig spørsmål i en helsefaglig kontekst som angår arbeid. Politikk og kontekst er tross alt et viktig aspekt i den økologiske modellen for arbeidsdeltakelse. Jeg støtter meg på van der Kolk som skriver at vi ikke kan snakke om traumer uten å snakke om politikk. Det er ikke dekkende å kun snakke om sykdomsprosesser på et biomekanisk nivå, uten å inkludere determinanter som inntekt, oppvekst og tilgang på utdanning og helsehjelp (Van der Kolk, 2014, s. 418–419). Det samme vil jeg overføre til alle helseutfordringer som er av en karakter som hindrer individer i hverdagen, arbeidslivet og andre sfærer av livet.

## 6. Konklusjon

I denne studien har jeg forsøkt å få dybdekunnskap om deltakeres egenopplevde arbeidsevne etter 4 uker med arbeidsrettet rehabilitering, samt hvilke forutsetninger for arbeid de forteller om. Jeg har gjennomført tematisk analyse av ni deltakerintervjuer.

Deltakerne har sprikende opplevd arbeidsevne etter arbeidsrettet rehabilitering. Flere oppgir økt arbeidsevne, noen forteller om fravær av endring og enkelte kjenner på håpløshet og frykt for tiden i vente. For flere gjelder en blanding av positive og negative forventninger til tiden fremover. Resultatene belyser tre hovedtemaer av deltakernes forutsetninger for arbeid; kroppens muligheter og begrensninger, bevisstgjøringsprosesser på flere nivåer samt en sammenheng mellom tidligere gjennomgåtte opplevelser og nåværende helsetilstand.

Kroppens muligheter og begrensninger er en sentral forutsetning for fremtidig arbeidsdeltakelse. Funksjon, symptomer og smerter påvirker i stor grad mulighetene etter rehabilitering. Kognitiv funksjon trekkes frem som en viktig del av dette. Opplevd helsetilstand henger tett sammen med hvorvidt deltakerne forteller at de er klare for retur til arbeid, og deltakerne bruker tidvis et reduksjonistisk eller dualistisk språk om sine egne kropper.

Deltakerne forteller om bevisstgjøringsprosesser der det å bli kjent med egne grenser og ressurser, mestringsopplevelser og økt kroppsbevissthet har betydning for veien videre. Selv om bevisstgjøringsprosessene har vært betydningsfulle for mange deltakere, er en tendens i datamaterialet at flere kjenner på et individuelt ansvar, og noen savner mer støtte. Økt kroppsbevissthet har vært positivt for de fleste, men for noen har det ført til opplevd forverring. Dette understreker viktigheten av individuell tilpasning, også i et gruppetilbud slik arbeidsrettet rehabilitering er.

I tillegg har mange av deltakerne i denne studien opplevd krenkende og negative livserfaringer. Det å utforske sammenhenger mellom nåværende situasjon og tidligere livserfaringer, nevnes som meningsfylt og viktig for tiden etter rehabilitering. Dette er drøftet i lys av teori om hvordan negative livserfaringer påvirker helsen, og om sosial ulikhet i helse.

I lys av funnene fra denne studien, kunne videre studier omhandlet hvordan negative livserfaringer påvirker arbeidsevne, og hvilke tiltak som egner seg til denne gruppen. I videre forskning, behandling og forebyggende arbeid kan det også være nyttig å vektlegge faktorer for arbeidsevne utenfor individet i større grad. Dette kan eksempelvis gjelde arbeidsgivere, NAV, helsepersonell, og i ytterste ledd strukturelle faktorer. Innenfor arbeidsrettet rehabilitering kan det i praksis bety å fortsette samarbeidet med deltakeres behandlere, arbeidsgivere og NAV-veiledere, i tillegg til å reflektere over hvor mye ansvar man tillegger den enkelte deltaker i sin prosess.

Deltakernes sprikende erfaringer og forhandlinger mellom optimisme og usikkerhet, impliserer at det er vanskelig å konkludere med konkrete anbefalinger som skal gjelde alle i arbeidsrettet rehabilitering. Til syvende og sist behøver deltakerne å bli møtt med en helhetlig og integrert forståelse, og at deres subjektive erfaringer og ønsker tillegges viktighet.

## 7. Litteratur

Følgende litteraturliste og løpende referanser i tekst er i 7. utgave av APA-stilen (APA 7th).

- Aasdahl, L., Vasseljen, O., Gismervik, S. Ø., Johnsen, R. & Fimland, M. S. (2021). Two-Year Follow-Up of a Randomized Clinical Trial of Inpatient Multimodal Occupational Rehabilitation Vs Outpatient Acceptance and Commitment Therapy for Sick Listed Workers with Musculoskeletal or Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 721–728. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09969-4>
- Andrén, D. & Svensson, M. (2012). Part-time sick leave as a treatment method for individuals with musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 418–426. <https://doi.org/10.1007/S10926-011-9348-7>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2022-12-20-99). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet. (udatert). *Tilrettelegging av arbeidet*. Hentet 9. september 2023 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/tilrettelegging/>
- Austad, B. L. (2018). *Kroppen, bare en fiende? Kroppsopplevelse og endring av denne hos personer med sykkelig overvekt*. [Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet] NTNU Open vitenarkiv. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2571406>
- Braathen, T. (2005). *Endring i opplevd arbeidsevne for langtidssykemeldte personer i arbeidsrettet rehabilitering*. [Masteroppgave, Universitetet i Sørøst-Norge] USN Open vitenarkiv <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2438980>
- Braathen, T., Eftedal, M., Tellnes, G. & Haugli, L. (2015). Work inclusion: self-perceived change in work ability among persons in occupational rehabilitation. *Society, Health & Vulnerability*, 6(1), 26624. <https://doi.org/10.3402/vgi.v6.26624>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706QP063OA>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications Ltd
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Brown, B. J. & Baker, S. (2012). *Responsible Citizens: Individuals, Health and Policy under Neoliberalism*. Anthem Press.
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M. & Loisel, P. (2013). Work disability models: Past and present. I P. Loisel & J. R. Anema (Red.), *Handbook of Work Disability: Prevention and*

- Management*. Springer NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_6](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_6)
- Descartes, R. (1968). *Discourse on Method and the Meditations*. Penguin Books UK.
- Eftedal, M. (2022). *Mange av de som henvises til arbeidsrettet rehabilitering har hatt en tøff oppvekst*. Arbeid og Helse. <https://arbeidoghelse.no/forskning-mange-av-de-som-henvises-til-arbeidsrettet-rehabilitering-har-hatt-en-toff-oppvekst/>
- Eget arbeid (2022). Opplevelser med arbeidsrettet rehabilitering og Fear Avoidance Theory, en kvalitativ studie [Upublisert forskningsprotokoll, eksamen i HELSEF4420]. Universitetet i Oslo.
- Evensen, M., Klitkou, S. T., Tollånes, M. C., Øverland, S., Lyngstad, T. H., Vollset, S. E. & Kinge, J. M. (2021). Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *BMC Medicine*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02022-4>
- Fagrådet for sosial ulikhet i helse. (2018). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse*. Rapport IS-2749. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i-helse/>
- Fangen, K. (2015, 17. juni). *Kvalitativ metode - Forskningsetikk*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV 2023 06 16 36). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Gensby, U., Braathen, T. N., Jensen, C. & Eftedal, M. (2018). Designing a Process Evaluation to Examine Mechanisms of Change in Return to Work Outcomes Following Participation in Occupational Rehabilitation: A Theory-Driven and Interactive Research Approach. *International Journal of Disability Management*, 13, e1. <https://doi.org/10.1017/idm.2018.2>
- Gismervik, S., Aasdahl, L., Vasseljen, O., Fors, E. A., Rise, M. B., Johnsen, R., Hara, K., Jacobsen, H. B., Pape, K., Fleten, N., Jensen, C. & Fimland, M. S. (2020). Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 46(4), 364–372. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3882>
- Grant, M., O-Beirne-Elliman, J., Froud, R., Underwood, M. & Seers, K. (2019). The work of



- return to work. Challenges of returning to work when you have chronic pain: a meta-ethnography. *BMJ Open*, 9(6), e025743. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-025743>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research* (4. utgave). SAGE Publications Ltd.
- Groven, K. S. & Zeiler, K. (2018). Teenage Girlhood and Bodily Agency: On Power, Weight, Dys-Appearance and Eu-Appearance in a Norwegian Lifestyle Programme. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 18(1), 15–28. <https://doi.org/10.1080/20797222.2018.1450202>
- Halonon, J. I., Kivimáki, M., Vahtera, J., Pentti, J., Virtanen, M., Ervasti, J., Oksanen, T. & Lallukka, T. (2017). Childhood adversity, adult socioeconomic status and risk of work disability: a prospective cohort study. *Occupational and environmental medicine*, 74(9), 659–666. <https://doi.org/10.1136/OEMED-2017-104319>
- Haugli, L., Maeland, S. & Magnussen, L. H. (2011). What facilitates return to work? Patients experiences 3 years after occupational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 573–581. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9304-6>
- Helsedirektoratet. (2018). *Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Holbæk, I. (2018). *Hva er dissosiasjon og dissosiative lidelser?* Psykologforeningen. <https://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer-om-psykisk-helse/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-dissosiasjon-og-dissosiative-lidelser>
- Ilmarinen, J. (2001). Ageing Workers in Finland and in the European Union: Their Situation and the Promotion of their Working Ability, Employability and Employment. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 26(4), 623–641. <https://doi.org/10.1111/1468-0440.00144>
- Jakobsen, K. & Lillefjell, M. (2014). Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 48–57. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.857717>
- Jensen, C. & Svardal, S. (2021). *Arbeidsrettet rehabilitering - kort fortalt*. Arbeid og Helse. <https://arbeidoghelse.no/wp-content/uploads/2023/01/Arbeidsrettet-rehabilitering-kort-fortalt-revidert-13-01-2023.pdf>
- Johansen, T. & Lien, G. (2020, 18. mai). *Hvorfor databasert kognitiv trening av*

- oppmerksomheten pluss kognitiv tilnærming kan hjelpe folk tilbake i jobb*. Arbeid og Helse. <https://arbeidoghelse.no/hvorfor-databasert-kognitiv-trening-av-oppmerksomheten-sammen-med-kognitiv-tilnaerming-kan-hjelpe-folk-tilbake-i-jobb/>
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative research methods in organisation studies*. Hans Reitzel.
- Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (4. utgave.). Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L. & Thornquist, E. (2012). The lived body as a medical topic: An argument for an ethically informed epistemology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(5), 1095–1101. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01925.x>
- Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom - et integrert perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(24), 3228-3231. <https://tidsskriftet.no/2007/12/kronikk/overlast-og-kompleks-sykdom-et-integrertperspektiv>
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B. & Nordby, K.-C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær - Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 179–199. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2464-3076-2016-02-05>
- Leder, D. (1990). *The absent body*. University of Chicago Press.
- Leder, D. (1992). *The Body in Medical Thought and Practice*. Springer Netherlands.
- Leder, D. (2016). *The Distressed Body: Rethinking Illness, Imprisonment, and Healing*. University of Chicago Press.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M. & Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 507–524. <https://doi.org/10.1007/S10926-005-8031-2>
- Lyby, P. S., Johansen, T. & Aslaksen, P. M. (2021). Comparison of Two Multidisciplinary Occupational Rehabilitation Programs Based on Multimodal Cognitive Behavior Therapy on Self-Rated Health and Work Ability. *Frontiers in Psychology*, 12, 669770. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669770>
- Malt, U. (2020, 4. juli). Sensasjon. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/sensasjon>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter

- og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 122: 2468-72 <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., Gopisetty, V. & Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>
- Merleau-Ponty, M. (2005). *Phenomenology of Perception*. Routledge Classics
- Møyner, E. (2022). Psykomotorisk fysioterapi. I H. S. Robinson (Red.), *Store medisinske leksikon*. [https://sml.snl.no/psykomotorisk\\_fysioterapi](https://sml.snl.no/psykomotorisk_fysioterapi)
- NAV. (2023a). *Har blitt sykmeldt*. <https://www.nav.no/sykmeldt#ansvar>
- NAV. (2023b, 10. februar). *Flere uføretrygdede i 2022*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/flere-uforetrygdede-i-2022>
- NAV. (2023c, 26. august). *Sykefraværstatistikk - Årsstatistikk*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>
- Nettleton, S. (2013). *The Sociology of health and illness* (3. utg.). Polity Press.
- Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (NKARR). (2020). *Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, veileder utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste*. <https://arbeidoghelse.no/wp-content/uploads/2020/05/Veileder-ARR.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (NKARR). (2011). *Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten – fagrådet for AiR*. [http://arena.arbeidoghelse.no/sites/default/files/Kvalitetsm%C3%A5l%20i%20arbeidsrettet%20rehabilitering\\_0.pdf](http://arena.arbeidoghelse.no/sites/default/files/Kvalitetsm%C3%A5l%20i%20arbeidsrettet%20rehabilitering_0.pdf)
- Nordenfelt, L. (2008). *The concept of work ability*. Presses Interuniversitaires Europeennes.
- Nørstebø, R., Westhrin, V., Hansen, F. & Øverbø, S. L. (2022). Historisk mange unge uføre – ingen greier å få tallet ned. *NRK*. <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/historisk-mange-unge-ufore--ingen-greier-a-fa-tallet-ned-1.16210638>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

- Øyeflaten, I., Midtgarden, I. J., Maeland, S., Eriksen, H. R. & Magnussen, L. H. (2014). Functioning, coping and work status three years after participating in an interdisciplinary, occupational rehabilitation program. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(5), 425-433. <https://doi.org/10.1177/140349481452829>
- Petrucelli, K., Davis, J. & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2019.104127>
- Røset, L. (2014). «Ingen har godt av å bare gå der og vente». *Tilværelsen uten arbeid. En kvalitativ studie av pasienters erfaringer 3 år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold* [Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark]. Brage vitenarkiv. <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/221021>
- Rugseth, G. & Standal, Ø. (2015). «My Body Can Do Magical Things» The Movement Experiences of a Man Categorized as Obese –A Phenomenological Study. *Phenomenology & Practice*, 9(1), 5–15. <https://doi.org/10.29173/PANDPR25360>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 7. oktober). *Dårligere livskvalitet blant arbeidsledige og uføre*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/darligere-livskvalitet-blant-arbeidsledige-og-ufore>
- Svenaesus, F. (2005). Fenomenologi: med livsverden som grunnlag. I L. Nilsen (Red.), *Sykdommens mening - og møtet med det syke mennesket*. Gyldendal akademisk.
- Syse, A., Grøholt, E. K., Madsen, C., Aarø, L. E., Strand, B. H. & Næss, Ø. E. (2018). *Sosiale helseforskjeller i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/?term=>
- Tangre, M. U. (2016). Betydningen av arbeidsrettet rehabilitering for å vende tilbake til arbeidslivet: en kvalitativ studie av deltakernes erfaringer [Masteroppgave, Norges miljø og biovitenskapelige universitet]. Brage vitenarkiv. <https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/handle/11250/2422448>
- Tengland, P. A. (2010). The Concept of Work Ability. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2010 21:2, 21(2), 275–285. <https://doi.org/10.1007/S10926-010-9269-X>
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Tingulstad, A., Meneses-Echavez, J. F., Evensen, L. H., Bjerck, M. & Holte, H. H. (2021). *Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt [Work-related interventions for people on long-term sick leave: a systematic review]*

- (Rapport –2021). Folkehelseinstituttet.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Tjenester for sensitive data (TSD). (2018). *Tjenester for Sensitive Data (TSD)*. <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>
- UiO. (2012, 28. desember). *Kvalitetssikring og godkjenning av masteroppgaveprosjekt og veileder*. <https://www.uio.no/studier/emner/medisin/helsefag/HELSEF4500/godkjenning-masterprosjekt-veiledning.html>
- Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Penguin Books Limited.
- Van Der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(10), 730–736. <https://doi.org/10.1136/OEMED-2013-101891>
- Venbakken, K. (2022). Norge har aldri hatt flere unge uføre. Pernille Kramås (23) er en del av den dystre statistikken. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/gEEqka/norge-har-aldri-hatt-flere-unge-ufoere-pernille-kramaas-23-er-en-del-av-den-dystre-statistikken>
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W. E. L., Busse, J. W. & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011618.pub2>
- Zeiler, K. (2010). A phenomenological analysis of bodily self-awareness in the experience of pain and pleasure: On dys-appearance and eu-appearance. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13(4), 333–342. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9237-4>

## **Oversikt over vedlegg**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 3: Godkjenning fra Sikt/NSD

Vedlegg 4: Informasjon om REK-vedtak

Vedlegg 5: Godkjenning fra Masteroppgavekomiteen MOK, UiO

Vedlegg 6: Veiledningsavtale

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Intervjuguide intervju 2: Programmets avslutning

#### Overordnet problemstilling:

Hva hemmer og fremmer prosessen tilbake i arbeid?

#### Underordnede problemstillinger:

Deltakerens:

- Opplevelse av helse, livskvalitet, arbeidsevne, fase og mestringstro i forhold til arbeid og smerterelatert frykt for arbeid, bevissthet egne ressurser og muligheter (selvinnst, endring tenkning/adferd, realistiske mål, medisinsk avklart/medisinering, mestringsstrategier, nye løsninger (umiddelbare resultater forventet av ARR)
- Forventning til arbeid, plan for arbeid, dialog arbeidsgiver, NAV, lege, oppfølging
- Barrierer for arbeid, hva har fremmet/hemmet inkl. erfaring dialog, veiledning og oppfølging
- Endringer underveis på disse punktene sett i relasjon til arbeidsdeltakelse
- Opplevelse av hva som har hatt betydning for endringene (egne holdninger og aktiviteter, intervensjoner, nøkkelpersoner på arbeidsplass, NAV, BHT eller andre aktører, samhandling, tilrettelegging, andre rammebetingelser, nye muligheter)?

#### Introduksjon:

Ved første intervju snakket vi om flere tema: Om din situasjon, helse og opplevelse av arbeidsevne, forventninger til det å komme i arbeid og forventning til rehabiliteringen. (Gi noen hovedtrekk på hva informanten fortalte ved forrige intervju).

Tema i dette intervjuet er blant annet:

- Opplevelse av din helsesituasjon og arbeidsevne i dag,
- Dine opplevelser av programmet du har deltatt i
- Eventuelle endringer helse/arbeidsevne, egenforståelse, mestringsstrategier siden oppstart
- Målsettingsarbeid og videre planer for arbeid og oppfølging
  - Hvilke muligheter og begrensninger du ser for arbeid i dag
- Hvilken dialog det har vært med arbeidsplass, NAV eller fastlege
  - Involvering og erfaringer med dette

#### Forespørsel om mulighet til å kontakte arbeidsgiver, NAV, fastlege, BHT (telefon, e-post)

Hensikt: Vi ønsker å invitere dem til å være med i en fokusgruppe der vi skal diskutere deres erfaringer med ARR-programmet og det samarbeidet som har vært mellom de ulike partene for å finne gode løsninger som letter prosessen tilbake i arbeid. Det vil ikke dreie seg om deg og din helse.

Arbeidssted \_\_\_\_\_

Arbeidsgiver (navn, telefon, e-post) \_\_\_\_\_

NAV (navn, telefon, e-post) \_\_\_\_\_

Fastlege (navn, telefon, e-post) \_\_\_\_\_

BHT (navn, telefon, e-post) \_\_\_\_\_

## Intervjuguide

- **Kan du fortelle litt om den «veien du har gått» fra du startet rehabilitering og fram til i dag?**
  - Opplevelse av rehabiliteringsprogram
  - Opplevd endringer egen situasjon, ny innsikt?
  
- **Hvordan vil du beskrive din situasjon i dag i forhold til oppstart av intervensjon?**
  - Intensitet plager, forståelse, medisiner, medisinsk avklart
  - Arbeidsevne
  - Trygging, Bevissthet egne verdier og valg, prioriteringer, realistiske mål
  - Mestring og mestringstro, frykt for arbeid
  
- **Kan du si litt mer om dine erfaringer med rehabiliteringsprogrammet?**
  - **Hva deltatt i?** Ulike deler av programmet
  - Opplevelse av **individuell tilpassing** av program
  - **Samtaler fagpersonell**
    - Oppfølging, tillit, opplevelse kontakt
  - Arbeid/trening i **gruppe og gruppedynamikk**
    - Betydning for egen erkjennelses- og endringsprosess?
    - Støtte/konflikt
  - **Fysisk aktivitet** - bevegelsesgruppe, gym, svømming/riding, ulike uteaktiviteter
  - Hvordan er forhold i din **arbeidssituasjon berørt/tatt opp** i løpet av programmet
  - **Målsettingsarbeid**
    - Egen involvering og innflytelse på program og tiltak/samarbeid fagpersonell
    - Betydning prosess tilbake i arbeid
  - **Undervisning**
    - Ny kunnskap/erkjennelse
    - Hva lært av betydning for å mestre arbeid/helseplager
  - **Kontaktperson/koordinator**
  - **Kontakt arbeidsplass**
    - Hvilken type/hvor mange kontakter er tatt/hvem deltatt
    - Hva har samtalene dreiet seg om
    - Nye løsninger/muligheter/utfordringer
    - Opplevd støtte/forståelse/vilje til endring/tilpassing
  - **Kontakt NAV, evt andre**
    - Hvilken type/hvor mange kontakter er tatt/hvem deltatt
    - Hva har samtalene dreiet seg om
    - Nye løsninger/muligheter
  - Hva har **betydd mest/bidratt til endring** for deg?
    - Samtaler og oppfølging fra fagpersonell
    - Bevegelsesgruppe/fysisk aktivitet
    - Undervisning, eventuelt hva
    - Dialog arbeidsplass og NAV
  - Noe som kunne vært **bedre eller annerledes** med tanke på din rehabiliteringsprosess?
  
- **Har rehabiliteringsløpet bidratt til å endre dine muligheter for å arbeide, evt hvordan?**
  - Tenker du annerledes nå i forhold til å komme tilbake i arbeid enn ved oppstart?
  - Hvem er eventuelt sentrale for å få til endring på arbeidsplass/få nye muligheter, evt hvorfor?
  
- **Hva er din forventning til å gå tilbake, eventuelt øke din arbeidsdeltakelse nå?**
  - Hvor lang tid tror du eventuelt det vil ta?
  - Hvor sikker er du på at du vil komme tilbake i jobb (deltid/heltid)?
  - Hva er det evt som fremmer/hemmer dine muligheter for arbeid?
  
- **Hva er videre planer nå som rehabiliteringsprogrammet avsluttes?**
  - Oppfølging: Hvordan, Hvilke aktører, Hvilke tiltak
  - Noe du vil gjøre annerledes enn før? Egenaktivitet?



## Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

[STAIR-prosjektet – Hoveddel – 17.12.13]

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *Tilbake i jobb*

##### *STAIR-prosjektet*

###### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Formålet er å undersøke *effekten av to arbeidsrettede tiltak* i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har som hovedmål å finne ut:

- Om det er forskjeller i effekt på arbeidsdeltagelse hos brukerne av tjenestene
- Hvilket tiltak som har best effekt for ulike brukergrupper

Grunnen til at vi har valgt å spørre om du vil delta i studien, er at din lege mener du har behov for et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, og at du har en eller flere av disse plagene:

- Muskel-/skjelettplager
- Lettere psykiske plager
- S sammensatte plager

Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering (NK ARR) er ansvarlig for gjennomføring av studien. Samarbeidspartnere i prosjektet er Uni Research v/Uni Helse og Rokkansenteret, samt Sykehuset Telemark HF og Rehabiliteringssenteret AiR AS.

###### **Hva innebærer det for deg å delta i studien?**

Som deltaker i studien vil du ut fra en tilfeldig trekning enten henvises til arbeidsrettet poliklinikk (ARR poliklinikk) ved Sykehuset Telemark i Porsgrunn, eller AiR Klinikk i Rauland. Begge rehabiliteringstiltakene er arbeidsrettede, tverrfaglige og lokalisert i spesialisthelsetjenesten. Det betyr at et høyt kompetent, og tverrfaglig sammensatt fagteam vil bistå deg. (Se vedlegg A for mer detaljer.)

Du vil bli bedt om å fylle ut spørreskjemaer 6 ganger i løpet av 2 år etter oppstart. Dette skjer elektronisk, eventuelt på papir eller gjennom telefonintervju dersom du ønsker det. For å få pålitelige svar håper vi at du er villig til å bruke den tiden det tar å fylle ut skjemaene. Informasjon om utfylling av spørreskjema vil bli tilsendt deg på mobiltelefon sammen med et engangspassord som du kan bruke når du skal logge deg på spørreskjemaportalen. Manglende utfylling av skjema vil følges opp via SMS, e-post eller personlig kontakt. Vi tar kontakt både for å minne deg på å fylle ut skjemaer du mottar og for å sjekke om du har behov for hjelp til den elektroniske utfyllingen. Noen deltakere vil bli spurt om å delta i en intervjuundersøkelse. Det innebærer ingen ekstra økonomiske kostnader for deg å delta i prosjektet.

[STAIR-prosjektet – Hoveddel – 17.12.13]

### **Mulige fordeler og ulemper**

Uavhengig av hvilken klinikk du kommer til, vil du få en spesialisert og omfattende tjeneste i tråd med hva som anses som 'beste praksis', og som er basert på anerkjent forskning. Kunnskap om hvilke brukergrupper som har best utbytte av hvilke tjenester, er imidlertid fremdeles mangelfull. Ved din deltakelse håper vi å komme nærmere et godt svar. Prosjektet innebærer ingen kjente ulemper for deg ut over den ekstra tiden det tar å fylle ut spørreskjemaer og eventuelt deltagelse i intervjuer.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg innhentes via spørreskjema og nasjonale registerdata, se nærmere beskrivelse under kapittel B. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert (godkjent) personell i prosjektet som har adgang til navnelisten. Dataene om deg vil lagres inntil prosjektet er avsluttet (forventet 2024), men vil anonymiseres når alle opplysninger som samles inn på ulike tidspunkt er koplet sammen. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling eller oppfølging. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du **ikke** ønsker å delta i studien, vil du bli spurt om tillatelse til at prosjektet kan registrere ditt fødselsnummer. Hensikten med denne registreringen er å innhente data som gjør at vi kan undersøke om utvalget i studien er representativt. Disse dataene vil bli behandlet på samme måte som for deltakerne i studien.

I løpet av en uke etter at du har mottatt dette brevet, vil du få en telefon der du blir spurt av en prosjektmedarbeider om du ønsker å delta i studien eller ikke.

Dersom du senere ønsker å trekke deg, eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Synne Aasland tlf. 35 06 38 23 (prosjektmedarbeider)

Monica Eftedal tlf. 35 06 39 25 (prosjektleder)

**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.**

**Ytterligere informasjon om personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, økonomi og forsikring.**

**Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.**

## Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

### Kriterier for deltakelse i studien

Personer med langvarige muskel- og skjelettplager, og/eller lettere psykiske plager, eventuelt også i kombinasjon med andre uspesifikke helseplager, vil rekrutteres til studien. Langvarige plager innebærer minst 6 ukers sykemelding siste 12 måneder relatert til aktuelle helseplager. For å delta i studien må du ha et arbeidsforhold, eller ha mistet dette i løpet av siste år. I tillegg må de være i alderen 18-60 år, trenge et behandlingstilbud ut over det som det lokale hjelpeapparatet kan gi, og være i stand til å fylle ut et spørreskjema på norsk.

Kriterier som **utelukker** deltakelse er:

- Alvorlige psykiske lidelse
- Personer med en lidelse som med stor sannsynlighet innebærer en rask reduksjon i arbeidsevne
- Tilstander hvor fysisk aktivitet frarådes av medisinske årsaker
- Graviditet
- Rusavhengighet
- Personer som er i en prosess hvor de søker uførepensjon
- Personer som aldri har hatt et arbeidsforhold

### Bakgrunnsinformasjon om studien

#### De arbeidsrettede rehabiliteringstilbudene

Arbeidsrettet rehabilitering har arbeid som målsetting og skal hjelpe den enkelte til å styrke egne ressurser og funksjon slik at hun eller han får tilbake, og lærer å ta vare på, egen arbeidsevne. Rehabiliteringen retter seg mot alle dimensjoner som på kort og lang sikt kan bedre den enkeltes muligheter til deltagelse i arbeidslivet. Rehabiliteringsprogrammene ved både AiR Klinikk, Rauland og ARR poliklinikk ved Sykehuset Telemark har mange av de samme kjerneelementene. Begge steder inngår blant annet samtaler med de ulike fagpersonene i teamene, undervisning, målsettingsarbeid og kontakt med arbeidsgiver og/eller NAV.

Ved **AiR Klinikk, Rauland** vil deltakeren ivaretas av et tverrfaglig team bestående av arbeidskonsulent, idrettspedagog, fysioterapeut, lege og samtalerapeut (psykolog, psykiatrisk sykepleier e.l.a.). Tilbudet er døgnbasert og strekker seg over 4 uker med tilnærmet 35 timers uke.

### **STAIR-prosjektet – Kapittel A og B – 17.10.13**

Kjernekomponenter er:

- Kartleggingssamtaler med fagpersonellet
- Ulike former for fysisk aktivitet i gruppe (gym, psykomotorisk trening, stavgang, klatring, basseng, friluftsliv med mer)
- Utvikling av målsettingsplan i gruppe
- Undervisning for å fremme egenomsorg og smertehåndtering
- Undervisning og individuell rådgivning om aktivitet og arbeid
- Kontakt med arbeidsgiver og/eller NAV

Ved behov gis det:

- Individuelle samtaler med en eller flere i fagteamet

Deltakerne har også tilbud om fritidsaktiviteter på kveldene og i helgene innen håndverksaktiviteter og friluftsliv i regi av fritidsavdelingen ved klinikken.

Ved **ARR poliklinikk Sykehuset Telemark** vil deltakeren ivaretas av et tverrfaglig team bestående av lege, psykolog, psykomotorisk fysioterapeut og NAV-/arbeidskonsulent. Tilbudet er dagbasert og strekker seg over 3 måneder. Antall dager/timer ved poliklinikken varierer i forhold til den enkeltes behov.

Kjernekomponenter er:

- Kartleggingssamtaler med fagpersonellet
- Målsettingsmøte med det tverrfaglige teamet
- Individuelle samtaler med NAV-/arbeidskonsulent
- Kontakt med arbeidsgiver og/eller NAV

Ved behov gis det:

- Undervisning for å fremme egenomsorg og smertehåndtering
- Psykomotorisk fysioterapi
- Individuelle samtaler med en eller flere i fagteamet
- Henvvisning til lokale tiltak

Alle deltakerne får tildelt en individuell koordinator fra teamet som vil ha en nøkkelrolle i kontakten med deltakeren og dennes arbeidsplass, NAV og fastlege. Koordinator har ansvar for oppfølging av deltaker underveis i rehabiliteringsprosessen.

## **STAIR-prosjektet – Kapittel A og B – 17.10.13**

### **Om prosjektet**

Prosjektet regner med å rekruttere deltakere til studien i perioden 2014 til 2016. Spørreskjemaer sendes ut ved oppstart, etter 4 uker, samt 3, 6, 12 og 24 måneder etter oppstart. I spørreundersøkelsen vil du blant annet bli spurt om din opplevelse av arbeidsevne, helse og livskvalitet, samt ulike forhold som kan ha betydning for om, og hvor raskt, du kommer tilbake i jobb igjen. Fra pasientjournalen hentes data om diagnose og hvilke tiltak du har deltatt i. De som velges ut for intervju, vil kontaktes og intervjues ved oppstart, 1 år og 2 år etter gjennomført tiltak. Registerdata innhentes fra 2 år før til 5 år etter at deltaker er inkludert i prosjektet (for utfyllende informasjon, se vedlegg B).

Prosjektets målsettinger er å undersøke:

- Om døgn- og dagbasert rehabilitering har forskjellig effekt på tilbakeføring til arbeid
- Hvilket tiltak har best effekt for ulike brukergrupper
- Om det er forskjeller i effekt mellom de to rehabiliteringsintervensjonene med hensyn på kostnadseffektivitet og kost-nytte
- Om det er forskjeller i effekt mellom intervensjonene med hensyn på opplevd helse, arbeidsevne og livskvalitet
- Hva som hemmer og fremmer arbeidsdeltagelse
- Hvordan klinikkene samhandler med deltaker og andre nøkkelaktører for å oppnå økt arbeidsdeltakelse

## **Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring**

### **Personvern**

Opplysninger som registreres om deg er basert på opplysninger fra spørreskjema, pasientjournal, registre og eventuelt intervju. Registerdata hentes fra:

- FD-trygd (Rehabilitering og attføring, sysselsetting, uførepensjon, arbeidsmarked, demografi)
- NAV-trygd (Sykefravær, trygdeytelser, demografi)
- Norsk pasientregister (bruk av helsetjenester og medisiner)
- Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret
- Utdanningsregister

Et identifikasjonsnummer gjør det mulig å kople sammen data fra spørreskjema, journal og registre via en navneliste. Denne navnelisten oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet i et brannsikkert, låst skap ved Uni Helse. Avidentifiserte data vil benyttes ved analyse av data.

Uni Helse, ved administrerende direktør, er databehandlingsansvarlig.

CheckWare står for den elektroniske distribusjonen av spørreskjemaene.

### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser, eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

### **Økonomi**

Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra Helse Sør-Øst og KLP.

### **Forsikring**

Vanlige forsikringer knyttet til helseinstitusjonene og fagpersonellens utøvelse av sin virksomhet er gjeldende.

### **Informasjon om utfallet av studien**

Du kan til enhver tid be om informasjon om foreliggende resultater fra studien. Denne informasjonen vil ikke kunne identifisere enkeltpersoner, men vise hovedtendenser basert på generelle kjennetegn som kjønn, alder og annen informasjon som kan belyse resultater i studien. Det planlegges en egen nettside for prosjektet hvor opplysninger om resultater for studien vil legges ut.

STAIR-prosjektet – Kapittel A og B – 17.10.13

## 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 3: Godkjenning fra Sikt/NSD

01.06.2022, 08:46

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Hva virker best for hvem innen arbeidsrettet reha...](#) / Vurdering

# Vurdering

## Referansenummer

177274

## Prosjekttittel

Hva virker best for hvem innen arbeidsrettet rehabilitering? En sammenlignende klinisk studie

## Behandlingsansvarlig institusjon

Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering - Rehabiliteringssenteret AiR

## Prosjektansvarlig

Monica Eftedal

## Prosjektperiode

02.01.2012 - 31.12.2026

[Meldeskjema](#) 

## Dato

30.05.2022

## Type

Standard

## Kommentar

### BAKGRUNN

Meldeskjema gjelder et pågående prosjekt som ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 i 2011 (REK sin ref: 2011/934/REK vest). Det meldes til oss nå pga endringer i prosjektet.

### OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg

### VURDERING AV BEHOVET FOR DPIA

Det behandles særlige kategorier av personopplysninger om sårbare registrerte (pasienter). Det er vår vurdering at det likevel ikke er behov for å gjøre en personvernkonsekvensvurdering, jf. artikkel 35 nr.1, basert på en helhetsvurdering der vi vektlegger følgende momenter:

- Deltakerne har fått god informasjon om behandlingen av personopplysninger, og samtykket til denne.
- Det er relativt få registrerte.
- Prosjektet har oversiktlig dataflyt. Opplysningene behandles på fysisk isolert maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon. Eksterne prosjektmedarbeidere får tilgang til opplysningene via TSD.
- REK gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle sider av prosjektet og godkjent det med hjemmel i helseforskningsloven § 10.



### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 31.12.2026.

### LOVLIG GRUNNLAG

Det er innhentet samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at samtykket er i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de i utgangspunktet ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Unntak fra retten til sletting etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd, og personvernforordningen art. 17 nr 3 bokstav d:

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås

ansvarlig for behandlingen, og dermed for å sikre at formålet med behandlingen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

Personverntjenester vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos oss: Lise Haveraaen

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 4: REK-Vedtak



Region:	Sakbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Jessica Svård	55589714	06.03.2022	18159

Monica Eftedal

**Prosjektsøknad:** Hva virker best for hvem innen arbeidsrettet rehabilitering? En sammenlignende klinisk studie.

**Søknadsnummer:** 2011/934

**Forskningsansvarlig institusjon:** Rehabiliteringssenteret AiR

### Prosjektsøknad: Endring godkjennes

#### Søkers beskrivelse

*Muskelskjelett plager og mentale lidelser er de viktigste årsakene til langtids- sykefravær og uførhet. I dette prosjektet ønsker vi å evaluere effekten av et 4 ukers tverrfaglig døgnbasert rehabiliteringsprogram sammenlignet med et poliklinisk program av kortere varighet i en randomisert kontrollert studie. Begge programmene er arbeidsrettede. Utfallsmål er arbeidsdeltakelse. Vi vil også undersøke hvilke undergrupper av pasienter som responderer best på en kort versus lang intervensjon, og hvilke faktorer som predikerer om en kommer tilbake i jobb eller ikke på kort og lang sikt. Sekundære effektmål er kost-effektivitet, opplevd helse, arbeidsevne, livskvalitet og oppmerksomt nærvær. Målgruppe: Personer i yrkesaktiv alder med sammensatte, diffuse og langvarige plager fra muskel/skjelett og/eller lette til moderate psykiske plager; sykemeldt minst 6 uker siste 12 måneder relatert til aktuelle helseplager, eventuelt plager av minst ett års varighet med risiko for langvarig sykemelding.*

Vi viser til søknad om prosjektendring mottatt 01.03.2022 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av sekretariatet i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

#### REKs vurdering

##### Endringen gjelder

- Endring i prosjektmedarbeidere

Ny prosjektmedarbeidere: Sara Chopra: Fysioterapeut, Student Universitetet i Oslo.  
Prosjektrolle: Student.

*Beskrivelse av og begrunnelse for endringen*

---

#### REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,  
Haukelandsveien 28, Bergen

| E-post: [rek-vest@uib.no](mailto:rek-vest@uib.no)  
Web: <https://rekportalen.no>

Sara Chopra holder på med sin masterstudie i Tverrfaglig helseforskning ved Universitetet i Oslo og skal få tilgang til kvalitativt materiale i forbindelse med sin masteroppgave. Tema er enda ikke bestemt. Hun vil få tilgang til datamaterialet via en egen mappe i TSD som STAiR-prosjektet administrerer.

#### **REKs vurdering av endringen**

REK vest har ingen innvendinger til at Sara Chopra legges til som prosjektmedarbeider. Vi forutsetter at analysene som hun skal gjøre på materiale i studien allerede er godkjent av REK og at de er beskrevet i prosjektprotokollen.

#### **Vedtak**

REK godkjenner prosjektendringen, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

#### **Sluttmelding**

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 31.12.2026, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

#### **Søknad om endring**

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

#### **Klageadgang**

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Vennlig hilsen,

Jessica Svård  
seniorrådgiver REK vest


*Kopi til:*

Rehabiliteringssenteret AiR

Alle post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til Kildly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to entelte personer

Telefon: 55075000  
E-post: rek-vest@uhb.no  
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

Besøksadresse:  
Haukeland Universitetssykehus, Sentralblokken, 2. etg, Rom 4617



Region: REK vest	Saksbehandler: Anne Berit Kolmannskog	Telefon: 55978496	Vår referanse: 2011/934/REK vest Deres referanse:
		Vår dato: 13.09.2011 Deres dato: 05.09.2011	Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Stein Atle Lie  
[stein.lie@uhb.uib.no](mailto:stein.lie@uhb.uib.no)  
Uni Research

#### 2011/934 Effekt av arbeidsrettet rehabilitering – en randomisert, kontrollert studie

Vi viser til deres tilbakemelding på komiteens merknader datert 05.09.2011.

#### Prosjektomtale (revidert av REK):

REK Vest anser Uni Research som forskningsansvarlig for prosjektet. Hensikten med prosjektet er å skaffe kunnskap om effekten av, to arbeidsrettede rehabiliteringsstilbud for sykemeldte. Begge rehabiliteringsstilbudene har til hensikt å hjelpe sykemeldte tilbake i arbeid. Prosjektet har et randomisert kontrollert studie design der målgruppen er sykemeldte med langvarige muskel- og skjelettplager, eller lettere psykiske plager. Studien gjennomføres i et samarbeid mellom Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, Uni helse og Sykehuset Telemark HF.

#### Vurdering

Komiteen behandler hovedspørsmålene i sitt møte 12.05.2011. De hadde ingen innvendinger til prosjektets formål men ønsket tilbakemelding på noen elementer i protokollen.

#### Spørreskjema

Komiteen stiller spørsmål om relevansen av spørreskjemaet "Adverse Childhood Experiences (ACE-skjema)" som en ønsker å benytte i prosjektet. Skjemaet stilles deltakerne en rekke svært intime spørsmål hvor relevansen av spørsmålene, i forhold til formålet med prosjektet, synes uklart.

I tilbakemeldingen til komiteen argumenteres det for at det gjennom en rekke studier er etablert en sammenheng mellom krenkelseserfaringer i barndommen og sykdomserfaring i voksenlivet, og at det med bakgrunn i denne dokumentasjonen gir det relevant å undersøke om deltakerne i denne randomiserte studien har hatt slike opplevelser og hvordan disse opplevelsene eventuelt vil gi utslag på effekten av behandlingstilbudene som gis.

REK Vest ser at det klart kan argumenteres for en sammenheng mellom disse forhold og at det kan være relevant og viktig i behandlingsvedtak å undersøke om forklaringen til de mange plagene pasienten har kan skyldes traumatiserende barndomsopplevelser.

Ut fra en samlet vurdering anser REK Vest det som akseptabelt at en ønsker å sette fokus på krenkelseserfaringer som variabel i prosjektet under forutsetning av det etableres gode beredskapsrutiner.

#### Beredskap

Barndomsopplevelser som ACE-spørsmålene berører er svært alvorlige og krever kompetanse ved oppfølging over tid.

Prosjektgruppen har utarbeidet en beredskapsplan som blant annet involverer fastlegen og videre henvisning i spesialhelsetjenesten. REK Vest ber om at en gjennomgår de utarbeidede rutinene og sikrer at de deltakerne som eventuelt skulle oppgi slike opplevelse ivaretas på en tilfredsstillende måte.

#### Sensitive spørsmål

Det er utarbeidet alternative formuleringer til ACE-spørsmålene som kan oppfattes mindre støtende. REK Vest anser disse formuleringene som mer hensiktsmessig å benytte når problemstillingen spørsmålene berører ikke er hovedtemaet i prosjektet. Den alternative versjonen som er angitt i tilbakemeldingen, godkjennes.

#### Informasjonsskrivet

Behovet for fokus på denne problematikken og at sensitive spørsmål vil bli stillt må komme klart frem av informasjonsskrivet.

#### Rekruttering og utvalg

I følge tilbakemeldingen er de innvendinger komiteen hadde til rekrutteringsprosedyrene og inklusjonskriteriene imøtaket og endret i tråd med komiteens ønsker.

#### Informasjonssikkerhet

Den forskningsansvarliges rutiner for sikker dataopbevaring må følges.

Prosjektsett er satt til 31.12.2022. Personidentifiserbare forskningsdata skal anonymiseres eller slettes straks det ikke lenger er behov for dem og senest fem år etter prosjektslutt.

#### Vedtatt

Prosjektet godkjennes på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

# Vedlegg 5: Godkjenning fra Masteroppgavekomiteen MOK, UiO

**UiO** : Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo

Prosjektansvarlig/hovedveileder: Lisbeth Thoresen  
Masterstudent: Sara Chopra

Dato: 13.10.2022  
Deres ref.:  
Vår ref.: Mari Tyrdal

## Svar på søknad om godkjenning av masteroppgaveprosjekt og veileder

*Prosjekt: Opplevelse med arbeidsrettet rehabilitering, en kvalitativ studie*

Vi viser til søknad datert 27.09.2022 om godkjenning av ovennevnte masteroppgaveprosjekt ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, Universitetet i Oslo. Søknaden er vurdert av Masteroppgavekomiteen ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap i møte 11.10.2022.

### Faglig vurdering

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om den opplevelse og erfaring deltakere i arbeidsrettet rehabilitering har, med fokus på frykt- og unngåelsesatferd. Problemstillingen er relevant og det er redegjort for valg av tema og forskningsstatus. Prosjektet er del av en større studie der data allerede er samlet inn. Det har blitt gjennomført intervju av 18 deltakere som studenten skal benytte. Det er valgt en kvalitativ metode der analysene vil være forankret i et fenomenologisk perspektiv. Dette anses å være hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.

Prosjektet har helsefaglig relevans og fremstår gjennomførbart.

### Forskningsetisk vurdering

Det er godkjent endringsmelding fra REK. Det foreligger også godkjenning fra NSD og data skal oppbevares i TSD.

Prosjektets forskningsetiske vurderinger anses som tilstrekkelige.

### Vedtak

Tillatelse til igangsetting av prosjektet gis under forutsetning av at studien gjennomføres slik det er beskrevet.

Veilederavtalen godkjennes.

Lykke til med prosjektet.



**Institutt for helse og samfunn**  
Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap  
Postadr.: Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo  
Besøksadr.: Forskningsveien 3a, Harald  
Schjelderups hus, inngang 2  
Telefon: 22 84 53 78  
Telefaks: 22 84 53 83  
postmottak@medisin.uio.no  
www.med.uio.no/helsam  
Org.nr.: 971 035 854

UiO

2

Med hilsen

Hilde Bondevik  
Avdelingsleder, professor

Christine Råheim Borge  
Leder masteroppgavekomiteen



**UiO : Institutt for helse og samfunn**  
**Det medisinske fakultet**

**VEILEDNINGSAVTALE – MASTEROPPGAVE**

*Avdeling for helsefag*

Veiledning inngår som en obligatorisk del av arbeidet med masteroppgaven og er en forutsetning for å innlevere oppgaven til sensur (jf. § 2-5 (7) Forskrift om studier og eksamener ved Universitetet i Oslo). Inngåelse av veiledningsavtale er derfor obligatorisk for alle som er tatt opp på et masterprogram ved Universitetet i Oslo.

Avtale om veiledning skal inngås etter bestått eksamen (prosjektplan) i emne HELSEF4301 Forskningsforberedende kurs og gjøres i forbindelse med kvalitetssikring og godkjenning av mastergradsprosjekt. I tillegg skal studenten semesterregistrere seg, bekrefte utdanningsplan og betale semesteravgift hvert semester frem til innlevering.

Avtalen fylles ut av student og veileder(e). Alle involverte må gjøre seg kjent med avtalens rammer og retningslinjer (s. 2) og signere avtalen.

**Student**

Navn:	SARA CHOPRA 15A
Adresse:	SVERIGES GATE
Postnummer og sted:	0658 OSLO
Telefon:	46838201
E-postadresse:	saraschopra@gmail.com

**Masteroppgaveprosjekt**

Tittel:	Erfaringer med arbeidsrettet rehabilitering, en kvalitativ studie
---------	---

**Hovedveileder**

Navn:	LISBETH THORESEN	Stilling/tittel:	FØRSTEAM.
Arbeidssted:	Ard. faglig helsevitenskap, UiO		
Postadresse:	Postnummer og sted:		
Telefonnummer:	E-postadresse: lisbeth.thoresen@medisin.uio.no		

**Eventuell biveileder**

Navn:	Stilling/tittel:
Arbeidssted:	
Postadresse:	Postnummer og sted:
Telefonnummer:	E-postadresse:

**Avtalt timefordeling (totalt 20 veiledningstimer)**

Hovedveileder:	Biveileder:
----------------	-------------

## Rammer og retningslinjer

Avtale om veiledning inngås etter bestått eksamen i emne HELSEF4301 Forskningsforberedende kurs og i forbindelse med kvalitetssikring og godkjenning av mastergradsprosjekt.

Veiledningsavtalen er en formalisering av et samarbeid mellom student, veileder/e og Avdeling for helsefag. Studenten tilbys totalt 20 timer veiledning. Ekstern veileder/e blir honorert for 1 time for-/etterarbeid til hver veiledningstime, totalt 40 timer for hver student. Samlet honorar til ekstern veileder/e utbetales normalt når veiledningen er avsluttet og masteroppgaven er sensurert og etter satser fastsatt av Universitetet i Oslo.

### Partenes ansvar i veiledningsforholdet

Veileder plikter å sette seg inn i Etsiske retningslinjer for veiledere ved UiO:  
<http://www.uio.no/om/regelverk/etsiske-retningslinjer/etsiske-retningslinjer-veiledere.html>.

Veileder forplikter seg til å være forskningsansvarlig for masteroppgaven og påse at alle søknader/tillatelser i henhold til faglig forsvarlighet og forskningsetikk foreligger.

Veileder og student plikter å utforme en realistisk og forpliktende fremdriftsplan, der alle vesentlige elementer i utforming, gjennomføring og ferdigstillelse av prosjektet inngår.

Veileder og student plikter i samarbeid å sende avdelingen en fremdriftsrapport halvveis i masteroppgavearbeidet.

Veileder og student plikter å holde hverandre løpende orientert og i god tid gi beskjed om lengre fravær etc. slik at dette kan tilpasses planen for arbeidet.

Dersom veileder finner at studenten ikke overholder sine forpliktelser på en tilfredsstillende måte, eller veiledningsforholdet blir problematisk, kan veileder på dette grunnlag be om å bli løst fra veiledningsoppgaven.

Dersom studenten finner at veiledningen er utilfredsstillende kan han/hun etter søknad be om å få godkjent ny veileder. Avdelingen treffer avgjørelse i saken.

Dersom både veileder og student under arbeidet med masteroppgaven, finner at det av faglige grunner bør oppnevnes ny veileder, skal de henvende seg til avdelingen.

Avdeling for helsefag plikter å orientere seg om studentens progresjon og å bistå veileder og student i saker knyttet til veiledningsforholdet.

### Opphavsrett til masteroppgaven

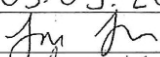
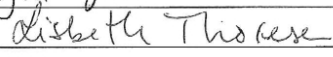
Masteroppgaven er studentens eiendom, men kan benyttes av universitetet i undervisnings- og forskningsformål så fremt studenten ikke har begrenset bruken av materialet (klausering).

### Arkivering og registrering av veilederavtalen

Avtalen (original) med godkjent masterprosjekt og prosjektbeskrivelse arkiveres ved Avdeling for helsefag.

*Student og veileder/e er enige om ovennevnte punkter. Det er både veileder(e)s og studentens ansvar at avtalen følges.*

### Signaturer

Dato:	09.09.2022
Student:	
Hovedveileder:	
Biveileder:	

**Avtalen godkjennes av Avdeling for helsefag i forbindelse med søknad om prosjektgodkjenning:**

<http://www.uio.no/studier/emner/medisin/helsefag/HELSEF4500/godkjenning-masterprosjekt-veiledning.html>