

**ØF-rapport nr. 01/2009**

# **Fra sykdom til vitalitet**

**– et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt**

**av**

**Kari Bjerke Batt-Rawden**

**Asgeir Skålholt**

# Østlandsforskning

Østlandsforskning er et forskningsinstitutt som ble etablert i 1984 med fylkeskommunene og høgstyrene/de regionale høgstyresentra i fylkene Oppland, Hedmark og Buskerud som stiftere i samarbeid med Kommunaldepartementet.

Østlandsforskning er lokalisert i høgstyremiljøet på Lillehammer og har i tillegg kontorer i Hamar. Instituttet driver anvendt, tverrfaglig og problemorientert forskning og utvikling.

Østlandsforskning er orientert mot en bred og sammensatt gruppe brukere. Den faglige virksomheten er konsentrert om to områder:

Næringsliv og regional utvikling  
Velferd, organisasjon og kommunikasjon

Østlandsforskning sine viktigste oppdragsgivere er departement, fylkeskommuner, kommuner, statlige etater, råd og utvalg, Norges forskningsråd, næringslivet og bransjeorganisasjoner.

Østlandsforskning har samarbeidsavtaler med Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Hedmark og Norsk institutt for naturforskning. Denne kunnskapsressursen utnyttes til beste for alle parter.

**ØF-rapport nr. 01/2009**

# **Fra sykdom til vitalitet**

**– et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt**

**av**

**Kari Bjerke Batt-Rawden**

**Asgeir Skålholt**



**Tittel:** Fra sykdom til vitalitet" - et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt.

**Forfatter:** Kari Bjerke Batt-Rawden og Asgeir Skålholt

**ØF-rapport nr.:** 01/2009

**ISBN nr.:** 978-82-7356-645-4

**ISSN nr.:** 0809-1617

**Prosjektnummer:** 10275

**Prosjektnavn:** Fra sykdom til vitalitet

**Oppdragsgiver:** Fron Rehabiliteringssenter AS

**Prosjektleder:** Kari Bjerke Batt-Rawden

**Referat:** Målet for FR er å få brukere med muskel- og skjelettlidelser og sammensatte helseplager, uavhengig av ytelse, raskere tilbake til arbeid eller arbeidsrelatert aktivitet. FR har et bredt sammensatt tverrfaglig team som kan dokumentere god erfaring med veiledning, fysisk aktivitet/trening, psykologisk behandling, (psykoedukative) metoder individuelt og i gruppe, motivasjons- og målsetningsarbeid, samt metoder som kartlegger den enkeltes psykiske forutsetninger for styrket funksjonsevne. Svært mange har fått økt helse, trivsel og livskvalitet av å være på Fron, samt at de aller fleste kan ta med seg ulike lærdommer, teknikker og tips til å gå videre "ut i livet". Resultatene viser også at majoriteten av brukerne ønsker oppfølging fra Fron på en eller måte. De fleste nevner at oppfølging kan holde motivasjonen oppe til å fortsette de gode rutinene og vanene de har lært på FR. Majoriteten av brukerne har også fått bedre helse og funksjon etter oppfølgingsuka på FR.

**Emneord:** Rehabilitering, metoder, helse, vitalitet, sykefravær, utføre, sykdom

**Dato:** Februar 2009

**Antall sider:** 70

**Pris:** Kr 110,-

**Utgiver:** Østlandsforskning  
Postboks 223  
2601 Lillehammer

Telefon 61 26 57 00  
Telefax 61 25 41 65  
e-mail: [post@ostforsk.no](mailto:post@ostforsk.no)  
<http://www.ostforsk.no>

Dette eksemplar er fremstilt etter KOPINOR, Stenergate 1 0050 Oslo 1. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

## Forord


Østlandsforskning vil takke alle ansatte på Fron Rehabiliteringssenter for et hyggelig, interessant og spennende feltarbeid og opphold i forbindelse med prosjektet "Fra sykdom til vitalitet – et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt". Takk også for alle innspill og bidrag underveis i arbeidet. Det har vært flott å være på Pyntaberget på Hundorp og oppleve atmosfæren, miljøet og samspeillet mellom behandlere og brukere. Prosjektlederen har deltatt på turer og aktiviteter i de vakre omgivelsene som har gitt inspirasjon til arbeidet med denne rapporten. En stor takk også til alle brukere som har stilt opp til intervju og gitt av sin verdifulle tid! Dette prosjektet hadde ikke vært mulig uten deres deltagelse og medvirkning.

Rehabiliteringstilbudet ved Fron er et resultat av fagteamets samlede kompetanse som består av et felles faglig ståsted, hvor hovedvekten er kognitiv teori og en affektiv tilnærming som vektlegger relasjons- og kommunikasjonsmetoder. I tillegg er det vektlagt at de ulike fagprofesjonene innehar stor grad av sosial kompetanse, slik at bruker blir sett og bekreftet som de er, ikke bare som et kasus eller diagnose.

Fron Rehabiliteringssenter ønsket å vurdere, raffinere og videreutvikle arbeidsredskapene og de metodiske tilnærmingene de har integrert i sin organisasjonsmodell, samt få økt kunnskap og innsikt i hvordan og på hvilken måte dette fungerer i forhold til målgruppene og de utfordringene senteret står ovenfor i praksis. Systematisering er også viktig for å få nye ideer og lage nye målsettinger. Prosjektet har vært et dokumentasjons- og evalueringsprosjekt og rapporten gir en oversikt og beskrivelse av Fron Rehabiliteringssenters arbeid og virksomhet. Kari Bjerke Batt-Rawden står som hovedforfatter av rapporten, mens deler av kapittel 6 er skrevet av Asgeir Skålholt.

Lillehammer, februar 2009

  
Torhild Andersen  
forskningsleder

  
Kari Bjerke Batt-Rawden  
prosjektleder



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>7</b>
1.1	Mål og forventede resultater .....	7
1.2	Framdriftsplan.....	8
<b>2</b>	<b>Bakgrunn.....</b>	<b>9</b>
2.1	Metodevalg, arbeidsredskaper og kvalitet – tverrfaglig arbeid på Fron rehabiliteringssenter 10	
<b>3</b>	<b>Resultater fra evalueringer av rehabiliteringstilbudet i samarbeid med Østlandsforskning</b>	<b>13</b>
3.1	Samfunnsvitenskapelige metoder – kvalitativ og kvantitativ metode.....	13
3.1.1	Individuelle intervjuer med brukere/pasienter og ansatte.....	13
3.1.2	Deltagende observasjon av behandlingsopplegget .....	14
3.1.3	Målsettinger for prosjektet.....	14
3.1.4	Utvalg .....	14
3.2	Deltagende observasjon – forskerens egne refleksjoner .....	16
3.3	Fron rehabiliteringssenters sine egne evalueringer – frigjøring til mestring .....	17
3.4	Intervjuer med de ansatte – nye mønstre og endringer hos brukerne – positive sirkler.....	18
3.5	Hvor står jeg? Intervju med brukerne i første uke – helsesituasjonen og årsakene til helseproblemene.....	20
3.5.1	Om å gå sykmeldt .....	21
3.5.2	Livsstil og helseatferd.....	22
3.6	Ut i livet – Fron i fjerde uke – siste fase .....	25
3.6.1	Status i helsesituasjonen; bevisstgjøring og nye mål.....	26
3.7	Utfordringer videre .....	29
<b>4</b>	<b>Erfaringer.....</b>	<b>31</b>
4.1	Kontakt med fastleger .....	31
4.2	Kontakt med NAV-kontorene .....	31
4.3	Samarbeid med Giax og BHT .....	32
4.4	Erfaringer med relasjonsbygging med ulike aktører .....	32
4.5	Aktuelle kjøpere/bestillere av tjenester.....	32
4.6	Styret og prosjektgruppens bidrag i prosjektprosessen .....	33
4.7	Råd og veiledning for å oppnå kontakt med eksterne interessenter.....	33
4.8	Omstilling på institusjonen og ansattes medvirkning i omstillingsprosessen .....	33
4.9	Oppsigelser/nyrekruttering.....	34
4.10	Arbeidsmiljøundersøkelse.....	34

4.11	Opplæring .....	34
4.12	Brukermedvirkning .....	35
4.13	Oppfølging/framtid .....	35
4.14	Utfordringer i tiden fremover.....	36
<b>5</b>	<b>Faglig innhold - aktiviteter og tilbud. Organisering av hverdagen.....</b>	<b>39</b>
5.1	Prosessene i Målsettingsarbeidet og diverse undervisning .....	40
5.2	Avspenning og energipsykologisk tilnærming.....	41
5.3	FRs produkt kan sies å være ”Forandring” .....	42
5.4	Oppfølgingsamtaler .....	42
5.5	Møte med arbeidsgiver.....	43
5.6	Erfaringer og tanker om funksjonsvurderinger .....	44
<b>6</b>	<b>Hvor står jeg? Oppfølgingsundersøkelse .....</b>	<b>47</b>
6.1	Bakgrunn.....	47
6.2	Om sykefraværet og oppholdet på Fron.....	48
6.3	Vurdering av Fron.....	51
6.4	Data fra intervjuene i oppfølgingsuka.....	53
<b>7</b>	<b>Konklusjon og oppsummering .....</b>	<b>57</b>
7.1	Oppsummering.....	57
7.1.1	Bakgrunn .....	57
7.1.2	Tidligere brukerundersøkelser .....	57
7.1.3	Gradvis endringer og bevisstgjøring mot bedre helse i løpet av 4 uker på FR.....	58
7.1.4	Bedre helse og funksjon etter oppfølgingsuke på FR .....	58
7.2	Konklusjon – bedre helse og funksjon av å være på FR .....	59
7.3	Videre utfordringer .....	60
	<b>Referanser .....</b>	<b>61</b>

### Tabeller og figurer:

Tabell 1	Lengde på sykefravær, i prosent .....	48
Tabell 2	Krysstabell, de som har vært på oppfølging og de som føler de har det bedre nå, prosent .....	48
Tabell 3	Oppfølgingsuke og helse før og etter Fron, prosent .....	49
Tabell 4	Krysstabell, diagnose og om de føler de har det bedre nå, frekvens.....	51
Tabell 5	Vurdering av Fron, generelt i prosent .....	53
Figur 1	Informantenes oppfattelse av egen helse før og etter Fron .....	49



*For i sanhed at kunne hjælpe en anden, må jeg forstå mer end han – men dog først og fremmest forstå det han forstår. Når jeg ikke gjør det, så hjælper min merviden ham slet ikke. (Søren Kirkegaard – 1859)*

## 1 Innledning

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011, St.prp. nr. 1, kapittel 9 sier at både den faglige kvaliteten og status knyttet til rehabilitering skal styrkes. Fron Rehabiliteringssenter (FR) mener at prosjektet "Fra sykdom til vitalitet – et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt" vil bidra til dette, spesielt fordi FR er et unikt rehabiliteringssenter som arbeider etter en holistisk modell. Fron Rehabiliteringssenter ønsker gjennom dette prosjektet å styrke sin faglige profil innen arbeidsrettet rehabilitering for brukere med muskel- og skjelettlidelser og sammensatte helseplager. Innen arbeidsrettet rehabilitering er det tradisjon for å ha et fysikalskmedisinsk fagperspektiv på opplegget. Slik er det også ved FR. Men i tillegg er det lagt inn et fagpsykologisk perspektiv, slik at en bestreber seg på å legge et holistisk syn til grunn for virksomheten. Det påvirker i betydelig grad deler av metodevalget, ikke minst i den siste rådgivningsfasen til brukeren. Det friske i mennesket er en sentral faktor. Ernæringsfysiologi har også vært et viktig perspektiv, selv om stillingen som ernæringsfysiolog var midlertidig ubesatt når denne rapporten ble skrevet.

FR inngår i et nettverkssamarbeid med Nasjonalt Kompetansesenter og andre rehabiliteringssentre for å utvikle og kvalitetssikre sine faglige tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering.

Østlandsforskning (ØF) i Lillehammer har ved hjelp av samfunnsvitenskapelige metoder bidratt til å dokumentere hvilke metoder og arbeidsredskaper som synes å ha positive utfall og virkninger på rehabilitering og tilfriskning. Fokuset for ØFs feltarbeid har vært på helhetlige prosesser; endringer, samtaler, intervjuer, deltagende observasjon og samhandling mellom brukere og behandlere i løpet av flere ukers opphold og møter på FR fra juni til desember 2008.

Faglig leder ved FR er spesialist i klinisk psykologi og internasjonal instruktør i en av metodene som brukes, kalt "Energy Diagnostic and Treatment Method-EDxTM". Både spesielt for Fron Rehabiliteringssenter og for fagfeltet generelt, vurderes dette som viktig. Denne rapporten har forøvrig ikke som hensikt å gå inn i behandlings- og rehabiliteringsforskning i litteraturen.

### 1.1 Mål og forventede resultater

Målet er å få brukere med muskel- og skjelettlidelser og sammensatte helseplager, uavhengig av ytelse, raskere tilbake til arbeid eller arbeidsrelatert aktivitet. Erfaringer fra prosjektperioden gjør at FR forventer at minst 60 prosent av brukerne er tilbake i ordinært arbeid eller arbeidsrelatert aktivitet, men dette vil ikke bli drøftet i denne rapporten da det ligger utenfor målene for prosjektet. For å kunne

fastsette mål på hvor mange som kommer tilbake til ordinært arbeid etter opphold på FR er det behov for en ny tilleggs- og oppfølgingsundersøkelse. Vi kan likevel si noe om hvordan opplevd helse var før og etter oppholdet på FR, dette diskuteres, blant annet, i kapittel 6. FR forventer å høste erfaringer for videreutvikling av sine metoder, spesielt korttidsbaserte psykologiske metoder, sett i et holistisk perspektiv. Videre ønsker FR at prosjektet kan gi grunnlag for ordinær avtale med Helse Sør-Øst (HSØ) innen 2010.

## 1.2 Framdriftsplan

Prosjektet har fulgt følgende framdriftsplan:

- Kartlegging av behovet for å utvikle et rehabiliteringstilbud til denne brukergruppen i samarbeid med legene i Oppland og NAV Oppland. Medio mai 2008
- Informere / markedsføre oppstart av prosjektet til NAV og fastleger, fra medio mai 2008 til 16. juni 2008
- Videreutvikle FRs program for denne målgruppen på bakgrunn av det tverrfaglige teamet som FR har i dag
- Videreutvikle FRs evalueringsskjema, slik at denne brukergruppen blir ivaretatt. I samarbeid med Nasjonalt Kompetansesenter, Attføringscenteret i Rauland (AiR), og Østlandsforskning (ØF), se på valg av evalueringsskjema og elektronisk verktøy for håndtering av skjema
- Henvvisning og innsøking av brukere foretas av fastlege og det lokale NAV kontor fortløpende etter informasjon er utsendt. Inntak av brukere ble foretatt i september-oktober 2008.

ØF ved forsker II, PhD Kari Bjerke Batt-Rawden, i samarbeid med forsker III, Asgeir Skålholt, har bidratt i evalueringen av resultater og metodebruk. Feltarbeidet har bestått av blant annet dybdeintervjuer, deltagende observasjoner, utfyllinger av spørreskjema og samtaler med brukerne og de ansatte. Feltarbeidet startet juni 2008 og ble ferdig høsten 2008.

## 2 Bakgrunn

St. meld. nr. 25 (1996-97) om psykisk helse handler om hele livet, om hva følelser, opplevelser og rammebetingelser gjør med våre hverdagsliv, roller og relasjoner. St.prp. nr. 1 om nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering for 2008-2011 viser til at det har skjedd en fordobling av antall uføretrygdete totalt de siste fem årene, og 333 544 i arbeidsfør alder er nå på uførestønad.<sup>1</sup>

Arbeidssøkere som på grunn av sammensatte problemer har vansker med å få arbeid, og som blant annet har behov for rehabilitering for å lykkes med å tilbakeføres til ordinært arbeidsliv, har vært i målgruppen for Fron Rehabiliteringssenter (FR). Når en person har deltakelse i arbeidslivet som ett av målene for sin rehabilitering, er det viktig å komme tidlig til med en tverrfaglig, og ofte tverretattlig oversikt over hva som skal til for å nå målet. En person kan sies å ha helse, hvis og bare hvis han klarer, ved gitte omstendigheter i hans omgivelser å gjennomføre de mål som er nødvendige og tilstrekkelige for et minstemål av lykke/tilfredshet (Haugland 1995). Fron Rehabiliteringssenter har i første del av 2006 planlagt et faglig innhold for slik virksomhet. Planleggingen har vært vellykket og FR fikk rammeavtaler innen ordningen "Raskere Tilbake" med både NAV (15 plasser) og HSØ (5 plasser) fra høsten 2007 etter først å ha gjennomført et prosjekt på området, fra august 2006.

Målgruppen for ordningen "Raskere tilbake" er personer som mottar sykepenger, personer som står i fare for å bli sykemeldt og personer som er inne på ordninger/oppfølging når sykepengeperioden opphører. HSØ har brukt sine plasser, men i perioden fra september 2007 og frem til mars 2008 har de også henvist brukere til rehabiliteringspenger. FR ser at disse brukerne helt klart har et rehabiliteringsbehov. NAV har ikke fylt de plassene som er stilt til disposisjon. FR har vært bekymret for at de nå vil se en enda lavere henvisning til senteret, da Sosial - og helsedirektoratet nå har presisert at det kun er personer som mottar sykepenger som skal henvises til tiltak under ordningen "Raskere tilbake". I samtale med både NAV, Sentralenheten for Rehabilitering (SeR) og fastlegene har FR fått tilbakemelding om at dette er en brukergruppe som har et langt større behov for døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering enn det som per i dag er stilt til rådighet i dette distriktet gjennom ordinære avtaler med spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er det nå blitt klarlagt at ordningen med rehabilitering uavhengig av ytelse vil fortsette og trolig utvides i 2009. Dette styrker driftsgrunnlaget og gjør FR mindre sårbar i forhold til avtalene med både HSØ og NAV.

---

<sup>1</sup> Egentlig statsbudsjettet, vi siterer til Helse- og omsorgsdepartementet sin del av budsjettet, se referansen for internettlink (Helse- og omsorgsdepartementet 2007-2008)

## 2.1 Metodevalg, arbeidsredskaper og kvalitet – tverrfaglig arbeid på Fron rehabiliteringssenter

FR har fokus på metodevalg, arbeidsredskaper og kvalitet. Det tverrfaglige teamet har en noe forskjellig sammensetning enn det som er vanlig ved rehabiliteringsinstitusjoner, blant annet psykologiske vurderinger av atføringsklienter. FR har et bredt sammensatt tverrfaglig team som kan dokumentere god erfaring med veiledning, fysisk aktivitet/trening, psykologisk behandling, (psykoedukative) metoder individuelt og i gruppe, motivasjons- og målsetningsarbeid, samt metoder som kartlegger den enkeltes psykiske forutsetninger for styrket funksjonsevne. Disse erfaringene ser ut til å støtte faggruppens hypoteser om at mennesker med smerter og sammensatte lidelser ofte har betydelige belastninger bak seg, noe det også er støtte for i faglitteraturen (Damasio 1999; Rossi 1986; van der Kolk et al. 1996).

Psykologisk kunnskap og metode er derfor viktige grunnelementer i FRs arbeid, samt at psykologisk behandlings- og rådgivningsmetode har vist svært lovende resultater overfor brukere med store helsemessige belastninger (Rossi 1986; van der Kolk et al. 1996). Psykolog og faglig leder er selv internasjonal instruktør i metoden "Energy Diagnostic and Treatment Method-EDxTM". Det er en metode som kombinerer kognitiv og meridianbasert teori. Fordelen med denne metoden ser ut til å være at den henvender seg direkte til den emosjonelle og kognitive informasjon som ligger i symptomene. Forøvrig oppleves det viktig med en god validering av de samlede metodene ved senteret, med spesiell vekt på den nevnte metoden, som brukes både individuelt og som grunnlag for undervisning.

Per i dag gis ikke alle likeverdige muligheter til å komme tilbake til arbeidslivet. Gjennom ordningen "Raskere tilbake", er det kun de som står i fare for å bli sykemeldt, eller er sykemeldt med sykepengerrettigheter, som har tilbud om døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering i Gudbrandsdals-distriktet. I FRs avtale med NAV er det åpnet opp for at brukere med rehabiliterings-/atføringspenger eller midlertidig uføre vil fra første januar 2009 få et døgnbasert og tverrfaglig tiltak som kan bidra til å skape opplevelse av mening, forutsigbarhet, sammenheng og kontroll over deres egen tilfriskning, rehabilitering og livskvalitet. I FRs prosjektperiode fra 2006 til 2007 hadde de en mulighet til å ta inn brukere med alle typer ytelser. Fagteamet har derfor erfaring med denne brukergruppen og kan vise til gode resultater i prosjektperioden. Tall fra NAV Oppland forteller at utfordringene er store når det gjelder denne målgruppen. Om lag en fjerdedel av befolkningen i yrkesaktiv alder er midlertidig ute av arbeid. Det er en sterk økning i antall personer på atføring og rehabilitering og suksessraten er ganske lav: omtrent en tredjedel av disse kommer tilbake til ordinært arbeid ett år etter endt yrkesrettet atføring. Noe av årsaken til dette tror FR skyldes at en del av brukerne som går over på yrkesrettet atføring er mangelfullt utredet og ikke tilstrekkelig behandlet. Oppland er det fylket med høyeste andel i Norge på uføre/midlertidig uføre. Over 60 prosent av det legemeldte sykefraværet skyldes muskel-, skjelett- og psykiske lidelser.<sup>2</sup> Det er en økende mengde brukere som får innvilget en midlertidig uførestønad fra 1-5 års varighet. Disse trenger en tung intervensjon med et tverrfaglig team for å forberedes for tilbakeførsel til ordinært arbeid. Sett i lys av denne dokumentasjonen i relasjon til FRs erfaring, vil en utvidelse av brukergrunnlaget som nå kommer, gi et bredere grunnlag å befestes FR

---

<sup>2</sup> SSB

som en spesialisttjeneste innen arbeidsrettet rehabilitering. Dette vil gi erfaringer som FR håper kan bidra til økt kunnskap som kan få det legemeldte sykefraværet ned.



### **3 Resultater fra evalueringer av rehabiliteringstilbudet i samarbeid med Østlandsforskning**

Forskningsprosjektet ble innledet med en ajourført oversikt over eksisterende litteratur, rapporter og notater fra Fron Rehabiliteringssenter (FR). Evalueringsprosjektet på FR kan beskrives som en casestudie; casestudier dreier seg vanligvis om et fåtall tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. En casestudie kjennetegnes av at en benytter flere ulike kilder og tilnærminger til å få svar på spørsmål vedrørende det tilfellet som studeres. Casestudier kan på bakgrunn av teoretisk tilnærming og analyser av det empiriske materialet bidra til å utvikle begreper og typologier som kan brukes til å konstruere ulike profiler, metoder og kvalitetssikringer av virksomheter som tilbyr rehabilitering og behandling. Slik kan casestudier ha relevans langt ut over de enkelttilfellene som studeres.

#### **3.1 Samfunnsvitenskapelige metoder – kvalitativ og kvantitativ metode**

Den samfunnsvitenskapelige metodiske tilnærmingen i arbeidet er både kvalitativ metode med deltagende observasjon/intervjuer og kvantitativ metode gjennom spørreskjemaer. Denne form for metodetriangulering kan gi en mer nyansert og helhetlig forståelse av de problemstillingene som skal belyses.

##### **3.1.1 Individuelle intervjuer med brukere/pasienter og ansatte.**

Kvalitative metoder legger vekt på meningssammenhenger og årsakssammenhenger, det vil si forstå den mening som ligger bak aktørens handlinger i form av intensjoner, motiver, hensikter og virkelighetsfortolkninger i konkrete handlingssituasjoner. *Grounded theory* ble benyttet som metodetilnærming og analyseverktøy, fordi denne metoden synes å være anvendbar og relevant i forhold til dets fleksibilitet, kreativitet og eksplorering av sosiale prosesser, spesielt i forhold til sykdom og helse. Bruk av intervjuguide under innsamlingen av intervjudata, gir større grad av fleksibilitet og det er ikke uvanlig at problemstillingen(e) kan endres underveis, da nye momenter kan dukke opp og vurderes. Dette er ofte kjernen i en kvalitativ og eksplorerende metode hvor svarkategoriene ikke er definert på forhånd av forskeren. Kvantitativ metode i denne sammenheng har sine begrensninger i forhold til de problemstillingene som ønskes belyst. For øvrig har ØF brukt spørreskjemaer som verktøy under oppfølgingsintervjuene, fordi systematisering, kartlegging og organisering av dataene gir et mer helhetlig bilde av ulike prosesser og endringer.

Det såkalte "nedenfraperspektivet" i denne metoden kan gi verdifull innsikt og kunnskapsbiter om fenomener som ikke egner seg for kvantitative tilnærminger, og er viktig i forhold til å vurdere deltagerne egen oppfatninger omkring mestringsstrategier, selvutvikling og empowerment, og hva som synes å konstruere tilfriskning og rehabilitering. Kvalitative intervjuer kan enten gjennomføres som individuelle intervjuer eller som gruppeintervjuer. Det individuelle intervjuet kan karakteriseres mer som en samtale, hvor den intervjuete (informanten) blir oppfordret til å utdype og begrunne sine svar. Intervjuet styres på mange måter av informantens egne forståelser av et tema eller et problemområde og av hva som er viktige eller betydningsfulle sammenhenger i informantens øyne. Individuelle intervjuer egner seg også godt til å få informanter til å reflektere over eller kommentere utsagn og/eller påstander fra andre.

### **3.1.2 Deltagende observasjon av behandlingsopplegget**

Som forskningsmetode kan deltagende observasjon gi et mer direkte inntak til sosial interaksjon og sosiale prosesser i behandlings- og aktivitetsopplegget. Observasjon er derfor godt egnet for å få ytterligere innsikt i prosesser mellom individ/bruker og behandler enn det som er mulig ved hjelp av ulike former for intervjuer og spørreskjemaer. Samtidig vil observasjonene være viktige for å gi et tydeligere bilde av hvordan terapien/rehabiliteringen og tilbudet tilrettelegges og tilpasses brukerne. På basis av dette har forskeren (prosjektleder) vært tilstede på FR for å observere samhandlingen mellom bruker og behandler.

### **3.1.3 Målsettinger for prosjektet**

Hovedmål: Å bidra til økt kunnskap, innsikt og forståelse for hvilke metoder som synes å ha best positive utfall og virkning på rehabilitering.

Delmål 1: Å gi økt innsikt og kunnskap om hvilke faktorer, prosesser, vilkår og samhandlinger som synes å være til stede for å skape gode effekter av behandlings- og rehabiliteringsopplegg på Fron rehabiliteringssenter.

Delmål 2: Å studere og beskrive behandlings- og rehabiliteringsopplegg på Fron rehabiliteringssenter med vekt på de faglige og organisatoriske sidene ved virksomheten.

### **3.1.4 Utvalg**

Vi har flere forskjellige utvalg i denne undersøkelsen. Under er de forskjellige utvalgene beskrevet.

*Brukerne*: I alt 38 personer i alderen 23 til 60 år ble dybdeintervjuet på Fron Rehabiliteringssenter. De ulike diagnosene dreide det seg om utbrenthet, anspenhet- og muskelsmerter, fibromyalgi, muskel- og skjelettlidelser, hodepine, ryggsykdom, traumer, angst- og depresjon, samt sammensatte plager. Disse personene ble intervjuet på Fron i ulike faser:

- To intervju, ett i første og ett i fjerde uke av oppholdet sitt: dette gjaldt i alt 7 menn og 22 kvinner



- Fra utvalget over på 29 personer ble ti personer (3 menn og 7 kvinner) trukket ut av FR til oppfølgingsuka. Disse ble med på oppfølgingsintervju og dermed intervjuet for 3.gang
- I tillegg ble ni personer (2 menn og 7 kvinner) kun intervjuet en gang i oppfølgingsuka. Disse personene hadde vært på Fron i løpet av høsten 2008, men hadde ikke deltatt i de øvrige to intervjurundene. De ble trukket ut av FR.

De som deltok på oppfølgingsuke (det vil si ti personer fra vårt første utvalg på 29 og de 9 personene som bare var med på oppfølgingsintervju) svarte også på en spørreundersøkelse mens de var på Fron. Denne spørreundersøkelsen er vedlagt, og legger grunnlaget for analysen i kapittel seks. I tillegg til disse som var på oppfølgingsuke ble det samme spørreskjema (noe tilpassa) sendt til 13 personer som ikke fikk tilbud om oppfølgingsuka. Av disse har 10 svart (3 menn og 7 kvinner). **Ingen** av disse hadde vært inne til tidligere intervju i regi av ØF. Utvelgelsen av hvem som var på oppfølgingsuke og ikke, var tilfeldig (se kapittel seks).

Alle personer måtte skrive under på samtykkeerklæringer for å sikre anonymitet og konfidensialitet. Alle intervjuene ble tatt opp, transkribert verbatim (ordrett) og i likhet med dataene fra spørreskjemaundersøkelsen ble de slettet etter bruk. Intervjuene varte i omtrent 30 minutter pr. person, og samtlige intervjuer ble foretatt på et rom eller kontor på Fron hvor man fikk sitte stille og uforstyrret. Alle personer som ble forespurt å delta i undersøkelsen under informasjonsmøtene for hver pulje, samtykket til å være med i prosjektet. Det var ikke "drop-out" og det oppstod derfor ingen problemer med frafall underveis. Samtlige personer var velvillige og åpne til å la seg intervju, og alle ble raskt tillitsfulle, motiverte, meddelssomme og åpnet seg på en god og fortrolig måte, slik at vi fikk i gang en bra dialog. Informantenes verbalitet varierte en del, men vi føler at vi fikk et godt innblikk i deres tenkemåte, holdninger og verdier i løpet av samtalene og ukene på FR.

Personalet satt også opp lister med ulike tidspunkter for alle som skulle inn til intervju, slik at alle lett kunne forberede seg, og datainnsamlingen kunne foregå på en enkel og grei måte. Av hensyn til anonymitet og konfidensialitet er ikke individdata koblet til sitater i denne rapporten. Alle fikk et informasjonsbrev og tilbud om å være med på et informasjonsmøte angående evalueringen.

*De ansatte:* De fleste ansatte, i alt ti stykker (n=10), på FR ble intervjuet en gang i omtrent 30 minutter, minus en ernæringsfysiolog som var under avslutning av sitt arbeid på Fron. Det tverrfaglige temaet på FR som ble intervjuet i august, 2008 var forøvrig sammensatt av resepsjonist/kontomedarbeider (1), lege (1), idrettspedagog (1), koordinatorene (3), sykepleier (1), psykolog/faglig leder (1), økonomisk- administrativ leder (1) og fysioterapeut (1).

Det er valgt en salutogenetisk angrepsvinkel på hovedanalysen; det vil si forstå/få innsikt i hvilke faktorer deltagerne/brukerne hevder fremmer helse og livskvalitet.<sup>3</sup> Dette betyr hovedsaklig analyser av hvorfor og på hvilken måte oppholdet ved Fron rehabiliteringssenter har økt brukernes helse og livskvalitet, for eksempel hva som synes å skape meningsfullhet, oversikt og sammenheng i tilværelsen gjennom subjektive erfaringer og opplevelser på Fron (Antonovsky 1987).

---

<sup>3</sup> Salutogenese er hva som gir god helse: vektlegging av hva som gjør oss friske og sunne. I motsetning til patogenese som fokuserer på sykdomsfremkallende faktorer (Mæland, 1999: 66).

## 3.2 Deltagende observasjon – forskerens egne refleksjoner

Å være tilstede i miljøet på Fron har vært et spennende feltarbeid for oss forskere fra ØF. Jeg har vært med på turer i skogen, vandret langs kulturstier, sett på utsikten, pratet med alle i ulike sammenhenger og deltatt på de fleste timene og aktivitetene. Gjennom min deltagelse både på dag - og kveldstid har jeg blitt kjent med de ansatte, truffet brukerne et mangfold av ganger i ulike situasjoner, hørt diskusjoner og små samtaler. Vårt hovedinntrykk er at Fron har et sterkt, godt faglig miljø å tilby sine brukere. Det er et miljø som framtrer som en naturlig blanding av humor, latter, alvor, seriøsitet og glede. Kommunikasjonen blant ansatte og brukere er preget av gode dialoger, og oppleves slik som mange brukere har hevdet ”at de blir tatt på alvor – sett og hørt”. Et poeng er også at status, posisjon og rolle synes å være av mindre betydning under samhandlinger mellom ansatte og bruker. De gode dialogene synes å ivareta likhet, respekt og forståelse for hverandres ståsted, og den faglige styrken synes å ligge implisitt i de relasjonelle båndene som oppstår under oppholdet. Typiske utsagn er: ”Vi sitter ved samme bord og spiser, og går sammen og prater på turene” og det er tydelig at FR har klart å skape en atmosfære av trygghet, stabilitet, ro, harmoni og forutsigbarhet for brukerne, noe som er viktige faktorer i rammen av rehabilitering. Forskerne hevder at gode, nære og anerkjennende relasjoner som gir energi kan være en metode å snu den negative spiralen på (Eriksson et al. 2008). Dette er i tråd med resultater fra Fron der vi ser at meningsfulle bånd kan konstrueres og skapes både mellom gruppene og med de ansatte, samt at de lærer å verdsette og gjenkjenne hva som tapper og gir energi.

På mange måter så kan man sammenligne Fron rehabiliteringssenter med Natur-Kultur- Helse perspektivet hvor brukerne opplever et godt og inkluderende fellesskap som styrker deres mestringsevne, bedrer deres livskvalitet og dermed gjør dem bedre rustet til å møte hverdagen. På Natur-Kultur-Helse-senter i Asker er det et positivt samspill mellom personer i alle aldrer, uansett helsetilstand, livssyn og samfunnsposisjon. En evalueringsrapport viser at 69 prosent menn og kvinner føler bedre helse og livskvalitet av å delta på gruppeaktivitetene/tiltakene ved NaKuHel - senteret. Tanken er at et slikt møtested mellom praktikere og teoretikere, mellom de som for tiden er friske, og de som for tiden ikke er så friske, vil virke stimulerende og berikende for de fleste. Gjennom deltakelse i Natur-Kultur-Helse-grupper vil den enkelte finne mulighet for å sette egne ideer ut i livet, blant annet ved å legge vekt på positive og kreative aktiviteter som ligger utenfor en selv. Personer med plager og lidelser kan glemme sine helse, sosial- og trykdeproblemer for en tid. Samtidig kan NaKuHel-aktiviteter gi næring til andre sider av en selv som også trenger utvikling, oppmerksomhet og styrke, nettopp for å tilrettelegge for fellesskap og nye sosiale nettverk (Batt-Rawden og Tellnes 2005). Denne ”NaKuHel-effekten” er for mange en måte å komme seg tilbake til en yrkesaktiv tilværelse på (Tellnes 2003), og miljøet på FR kan gjennom sitt holistiske perspektiv beskrives i en slik natur-kultur ramme. NaKuHel-senterets filosofi er at det ikke skal skilles tydelig mellom behandler og bruker, som i mange av dagens institusjoner. Dette synes også å gjelde for FR hvor skillelinjene mellom behandler og bruker er basert på likeverdighet, respekt og fortrolighet.

I tråd med de ansattes observasjoner kunne vi som forskere observerer tydelige tegn til optimisme, livsgnist og positivitet hos brukerne i løpet av de fire ukene. Det fantes dog individuelle variasjoner med hensyn til endringsprosesser og progresjoner, og vil bli presentert underveis i denne rapporten. Under innsamlingen av intervjuene og i rollen som deltagende observatør kom det fram mye informasjon som jeg ikke har hatt muligheter til å bearbeide i denne sammenheng blant annet

oppfatninger og holdninger til samfunnet og arbeidslivet generelt, samt ulike dyptgående forklaringer i forhold til egen helsestatus og velbefinnende. Dette vil eventuelt kunne gjøres gjennom nye evalueringer på et senere tidspunkt. Hva som særpreger og er unikt for Fron Rehabiliteringssenter kommer dels fram i denne rapporten, men det er òg behov for mer samfunnsvitenskapelig forskning, spesielt i forhold til de forskjellige gruppeprosessene, miljøet, subkulturene og FR i sin helhet. Spesielt kan det være behov for mer forskning på hvilke metoder som synes å ha best positive utfall og virkning på rehabilitering.

Vi vet òg lite om hvordan brukernes helse og livskvalitet hadde vært dersom de ikke hadde vært med i gruppene/aktivitetene på Fron rehabiliteringssenter. Likeledes hvordan deres livsoppfatning og sykdomsutvikling ville vært dersom de hadde vært med i lignende aktiviteter/behandling eller rehabiliteringsopplegg i regi av andre rehabiliteringssentre, leger eller øvrige nettverk. Vi har heller ikke nok utfyllende data om prosessene og utviklingene i de ulike gruppene/aktivitetene over tid, slik at vi kunne gå mer i dybden på kvaliteten i det sosiale samspillet blant brukerne, samt fokusere på samtaleemner, temaer og den generelle dynamikken. Dette bør kunne følges opp ved en annen anledning. Når det gjelder i hvilken grad forskningseffekten kan ha påvirket brukernes holdninger og utsagn, er dette selvfølgelig også en faktor. Det vil si at kjønn, alder, språk eller klesdrakt hos forskeren påvirker informantene. I tillegg kan utvalget være klar over at det er gjenstand for forskning/observasjon noe som være av betydning for datainnsamlingen og tolkningen, det vil si en såkalt Hawthorne effekt.<sup>4</sup> Dette vil likevel ikke bli drøftet videre i denne sammenheng, men tas til etterretning.

I de videre avsnittene vil vi vise hva slags erfaringer og opplevelser brukerne selv sitter igjen med etter første uke, fjerde uke og noen etter oppfølgingsuka.

### **3.3 Fron rehabiliteringssenters sine egne evalueringer – frigjøring til mestring**

Østlandsforskning (ØF) fikk muligheter til å systematisere og sammenfatte tidligere evalueringsskjemaer som FR hadde foreliggende. 136 personer hadde svart på skjemaet og punkter som blir tatt opp er blant annet nåværende arbeidssituasjon, den yrkesmessige oppfølgingen, fysisk aktivitet, kosthold og vurderinger av oppholdet på FR. Noen hovedfunn fra denne undersøkelsen er inkludert i kapittel seks.

---

<sup>4</sup> Forrige århundre ville ledelsen i en fabrikk måle hvilken effekt bedre belysning hadde for fabrikkarbeidernes produktivitet. Ulike lysstyrker og produktivitet ble målt en rekke ganger. Produktiviteten på fabrikken økte. Lysstyrken ble redusert og produktiviteten økte også da. Konklusjonen var at produktivitetsøkningen ikke hadde sammenheng med lysstyrken, men med selve prosessen. Det var noen som var opptatt av arbeidernes produktivitet. Det var nok til at de produserte mer enn tidligere. Effekten er også kalt Hawthorne – effekten, eller det som i forskning kalles placebo - effekt. Effekten av det ”å bli studert” påvirker utfallet hos personen som blir ”studert”. Å vite at man er under observasjon påvirker utfallet: Roland, B. Tidsskrift for Jordmødre; Hva er høna og hva er egget? - om jordmødre og endring av atferd og placebo. Nr 2/2006

### 3.4 Intervjuer med de ansatte – nye mønstre og endringer hos brukerne – positive sirkler

Hovedhensikten med intervjuene av de ansatte var hva slags inntrykk de selv hadde av brukernes egne prosesser fra uke 1 til 4, samt deres observasjoner og erfaringer av nye mønstre og endringer hos brukerne. Samtlige ansatte kunne se, høre og observere svært viktige endringsprosesser som igangsettes fra første uke til fjerde uke, for eksempel: *"Jeg ser kjempeforskjell, bare det med blikk-kontakt, åpenheten i ansiktene og ikke minst kroppsholdningen"* eller *"i begynnelsen ser jeg en hel del usikkerhet, blikk flakker, men de mykner ganske fort, særlig etter de har hatt en tur til lavoen"*. Alle ansatte påpeker både fysiske, psykiske og sosiale endringer som viser seg i form av økt trygghet, tillit og fortrolighet samt at evnen til å kommunisere og vise hva de mener og står for synes å øke. Etter fleres erfaring ser det ut til brukernes erfaringer og opplevelser på FR beveger seg i bestemte sirkler og typiske mønstre. I første uke er mange spente og noe engstelige, og "gruer seg til å være borte". Mange brukere kan si *"det er 'kjedelig'"*. Typiske utsagn fra teamet er: *"Spente, redde, noe usikre, mange har en sårbar livssituasjon"*. Tilbudet på FR basert på likeverdighet. Det er en forutsigbarhet i dagsrutinene som skaper en kontinuitet, en "følelse av sammenheng" i tilværelsen (Antonovsky 1987) noe som de ansatte mener er viktig. Gradvis så ser de ansatte en annen holdning, og mange kan fortelle at brukerne synes de har blitt mye sterkere, robuste og handlingsdyktige: med andre ord de har *"begynt å blomstre"* som en ansatt uttrykker det. *"I løpet av fire uker kan man se dels store forandringer; de er ikke så forknytt, forsiktige, tilbaketrukne eller avstengte, men de blomstrer, mange har fått en helt annen gnist i et ellers tung eller tomt blikk. De har på en måte fått en slags forløsning for usikkerheten sin"*.

Mange av brukerne tar ofte uformell prat over "disken" (resepsjonen), og de ansatte mener at det oppleves som en trygghet å tørre å komme med sine tanker, som en ansatt sier: *"det er vel en form for bevisstgjøringsprosess som skjer"*. Noen ansatte sier at det er viktig å: *"få de til å ta ansvar for seg selv, tørre å ta styringa, og få de til å få en forståelse for hvordan ting henger sammen. Viktig med realistisk mål"*. Hovedmønstre er at mange brukere kommer med opptrukne skuldre, og en spenningstilstand i kroppen til at de etter hvert som dagene går senker skuldrene, blir løsere og i bedre form. Tegn til optimisme, livsgnist og positivitet hos brukeren synes å være lett å observere hos de ansatte: *"De som er negative snur seg veldig fort ved å være deprimert og sjenerte til å få en positiv vinkling på noe i livet sitt."*

Beliggenheten, utsikten, nærheten til skog, fjell og kultustier synes også å gjøre noe med brukeren allerede fra første stund. Mange brukere har startet på en positiv bevegelse som gjør at de synes rehabiliteringsoppholdet har vært vellykket, for eksempel: *"her fant jeg atmosfæren"* illustrert her gjennom ansattes utsagn:

*"Når de kommer inn hit så sier de at de opplever noe godt her, lokalitetene, beliggenheten, naturen, personalet, godt humør og folk synes at de blir tatt på alvor. Ofte ser jeg at noe har skjedd, et lys og liv i øynene, og de har en rankere holdning, du kan nesten se at de har fått nytt pågangsmot"*.

Eller som en annen ansatt forklarer kan det nok være mye usikkerhet om livet etter FR som lurert i bakhode, samt at mange er spente på funksjonsvurderinga.

*"Det er mange ting som skjer, mange nye ting. Andre gang de har vært hjemme om så sier mange at det er godt å komme hit, og i uke tre sier flere sier at de har oppnådd mye, de er mer sjølgående, viser trygghet. I uke 4 kan de ofte få over seg en mer usikkerhet, ofte fordi dette har vært en prosess som de nå er i ferd med å slutføres. Mange er svært spente når det gjelder funksjonsvurderinga, og mange føler kanskje at det blir en slags dom".*

De faktorer og forhold som de ansatte hevder bidrar til å skape en vellykket rehabilitering, synes å stemme overens med brukernes egne oppfatninger. Majoriteten av de ansatte framhever samholdet, det sosiale nettverket og fellesskapet som en stor styrke; en sosial helsefremmende praksis som fører til at brukeren blir "sett, hørt og trudd". Videre at den uformelle kontakten de har med hverandre og den interne humoren synes å være en vital ingrediens i miljøet, noe som de mener kan forsterke rehabiliteringsprosessen. En av de ansatte poengterer at de fleste brukere har strevet mye før de kommer til FR, og at mye av målet med FR er at brukerne skal lære "å sjølhele seg sjøl". Nyere undersøkelser viser at mange mennesker med langtids -sykdom og/eller kronisk sykdom har evner til selvheling og selvhelbredelse blant annet gjennom bevisst bruk av musikk, samt at livskvaliteten øker ved bruk av musikk som mestringsverktøy (Batt-Rawden 2007; DeNora 2000; Gouk 2000).

Som denne rapporten også illustrerer, har FR forøvrig et spekter av mestringsverktøy, for eksempel energigrupper, trening, yoga, tankefeltsterapi, friluftaktiviteter med mer, som brukerne får tilbud om å være med på, samt lære å anvende i hjemmesituasjonen sin. Flere hevder at det er viktig at ikke brukerne forventer seg for mye av oppholdet, slik som å "bli helt frisk" eller "smertefri", men at de kan bevisstgjøres, lære noe som er nyttig, forstå prosesser, få egeninnsikt og mot til endringer – litt etter litt. De ansatte hever at mange brukere er opptatt av å få en diagnose, noe som ikke er et mål i seg selv for FR. Derimot kan brukerne ifølge de ansatte kanskje få et meningsfylt "spark i baken". Mange brukere har høye forventninger om å bli friske og smertefrie, noe som ikke FR til enhver tid kan bidra til eller innfri. Likevel sier mange av de ansatte at de kan høyst sannsynlig bidra til : "å hjelpe de med å få 'snudd tankene'", eller "se ting i et annet lys". Flere av de ansatte sier at brukerne blir tatt vare på og vurdert fra mange tverrfaglige vinklinger som konstruerer helhetlige forståelser av brukerne. Det spesifikke, det unike og holistiske perspektivet på FR underbygges av typiske sitater:

*"De tas på alvor, de får være med å følge sin egen prosess, ofte får de en avklaring på et, fysisk og sosialt problem. Skal de tilbake til jobb?, blir det en omstilling i bedriften, ? Hva slags livssituasjon får jeg? Mange får en slags erkjennelse, de finner sitt nivå, kan man si."*

Som nevnt tidligere har Fron spesialisert seg på korttidsbaserte psykologiske metoder som blant annet handler om akseptering av egen sykdom og spenningstilstand, samt erkjennelsen av at kropp og sjel må forstås som en helhet, ikke bare stykkevis og delt som kanskje er typisk for et reduksjonistisk, medisinsk og patogenetisk perspektiv som sier noe om hva som gjør oss syke. På FR gjøres en helhetlig vurdering, det vil si man antar at et hvert individs psykiske, sjelelige, emosjonelle tilstand virker inn på forekomsten av smerter og fysiske plager, samt egenopplevelsen av å "ikke å fungere".

*"Her på Fron har vi også spesialpunkt, og det er at vi kan klare å reparere traumer på kort tid. Symptomets dynamikk har et innhold som kan ende opp i et traume, for eksempel som ikke blir tatt alvorlig hos doktoren. Følelser virker på smerter... Vi har et 'frisk-team' som vinkler inn på det positive, og vi er bredt orientert....Hvis de får en diagnose så kan de lære å akseptere den".*

Sett i en helhetlig perspektiv så kan man si at FRs faglige ståsted og salutogenetiske ramme rundt sine aktiviteter og faglig innhold fremmer overskudd, trivsel og livsglede til tross for sykdom eller livsbelastninger (Antonovsky 1987; Tellnes 2004).

### **3.5 Hvor står jeg? Intervju med brukerne i første uke – helsesituasjonen og årsakene til helseproblemene**

På spørsmål om hvordan deres helse var den første uka de var på Fron, så oppsummerte flere i ordlag som: *"ikke noe særlig bra"*, *"Svie og smerter i korsryggen og forholdet skranter"*, eller *"mye smerter i kroppen min"*, *"smerter i muskulatur, og ledd. Tom, slapp, sliten"* eller *"har en nakke som er dårlig, men det er det psykiske som sliter meg mest"*. Hvis vi ser på typiske forklaringer som de fleste brukerne har over årsaker til sin egen sykdom og sykелighet. Slik beskriver svært mange en hverdag preget av ulike tunge fysiske og psykiske belastninger, relasjonelle problemer, stress og press fra omgivelsene som medvirkende faktorer. Typiske utsagn for disse sammensatte plagene var for eksempel:

*"Langvarige vanskelige situasjoner over lang tid har gjort at det til slutt har blitt en spiral i feil ende" eller "ensomhet, det er slike tings som kan komme det, og etter hvert setter det seg i muskulaturen. ... det er sikkert noe lys i tunnelen. Kommer nok av stress, nå ønsker jeg at jeg ikke skal få disse nedturene"*.

Det virker som det er en sammenheng mellom brukernes totale livssituasjon og belastninger og ulike sammensatte plager og smerter. Mange kan ha slitt med plager i en del år, hvor helsa svinger veldig, og rapporterer om dårlig livskvalitet; *"det er rett og slett ikke noe liv"*. Typiske mønstre viser en helhetlig beskrivelse av sammenhenger mellom kropp - sjel- psyke:

*"Alt henger i hop, når smertene blir verre og verre, så blir man mer deprimert, og så synes en syns på seg sjøl, så blir alt tyngre, og man blir keiere"*.

Disse observasjonene er forøvrig i tråd med en undersøkelse som viser at det synes å være en sammenheng mellom personers totalsituasjon og sykefravær: "[...] the employees' situation as a whole, not only the work conditions, was important for explaining sickness absence (Rønning 1999). En ny undersøkelse vedrørende sykefraværet ved Lillehammer sykehjem viser at det er totalsituasjonen som har blitt for mye, selv om det var jobbsituasjonen som hjemlet en sykemelding (Rønning et al. 2009). Mange sykdommer har sin opprinnelse i menneskes hverdagsituasjoner, og i de tilfeller hvor hverdagslivsperspektivet har latt seg integrere i den medisinske rehabiliteringen, har dette vist seg å ha positive resultater, særlig i forhold til livstilsendringer. Videre synes det som om praktisk ferdighetstrening har oppnådd gode resultater, f.eks. hvor pasienter får utveksle erfaringer med hverandre, få praktisk trening i å håndtere konkrete situasjoner som de opplever som traumatiske (Svensson et al. 1998). I tillegg synes det som om nedenfra perspektivet hvor menneskers egen interesser og spørsmål har blitt ilagt stor vekt har gode effekter på rehabilitering, særlig når møtet mellom behandler/pasient skjer utenfor sykeinstitusjoner, og når mennesker ikke betraktes som pasienter, men som personer (Svensson et al. 1998). Dette synes å stemme overens med Fron-perspektivet hvor likverdighet, god kommunikasjon og respekt er viktige idealer.

Typiske sitater fra mange brukere er at de har brent lyset i begge ender, og ikke lyttet til kroppens signaler.

*"Brent lyset i begge ender. Både jobba og studert samtidig, gjort for mye og vært veldig flink, også i forhold til andre også... også tidligere ting som har skjedd i livet, setter seg i muskulatur og.."*

Hvis vi ser på hovedtrekkene i dataen fra Fron, ser vi at mye stemmer overens med tidligere forskning på blant annet kvinner og kroniske muskelsmerter. Kroniske muskelsmerter kan være vanskelig å forstå innen biomedisinen, fordi legen ikke finner noe galt ved den kliniske undersøkelsen. Flere forskere har arbeidet med å utforske kroppens vaner og årsaken til smerter blant annet fibromyalgi hos kvinner som hadde omsorgsansvar (Lilleaas 2005; Malterud 1987; Steihaug 2007). Lilleaas (2005) utviklet begrepet «kroppslig beredskap» og ansvaret og plikten kvinnene kjenner overfor andre, er ikke noe som kun finnes i hodene deres. Ansvar og plikt er gjennom oppvekst og kjønns sosialisering innskrevet i kroppen. Kroppslig beredskap for andre er en vane som gjør at kroppen ikke får anledning til å hvile og hente seg inn. Lilleaas hevder at man må senke kravene for å unngå å bli syk. Noen brukere forklarer at de ikke har "lyttet til seg selv" og hevder at det har gått ut over deres egne behov, samt tatt ansvar for "alle andres behov" slik at det har påvirket egenomsorgen. Dårlig samvittighet, skyldfølelse og det å "være flink" synes å være mest fremtredende hos kvinnene i dette materialet. Forskning viser at hva pasientene sjøl tror er årsaken til lidelsen, kan være viktig for hvilken grad de blir bedre eller ei. At man lokaliserer årsaken til problemene utenfor seg selv, ser ut til å være uheldige forløp. Dette kan innebære at man ikke er villig til å gjøre noe problemene (Borge 1996). Mange brukere på Fron har en egen oppfatning om sin sykdomsattferd og årsakene til sin egen helsetilstand, og dette gjør at de trolig har et bedre utgangspunkt i forhold til å gjøre noe med sitt selvbylde, sin selvinnsikt og kontaktevne utad.

### **3.5.1 Om å gå sykmeldt**

For mange brukere beskrives de ofte traumatiske livshendelser som sorg, skilsmisse, tap av arbeid, gjeldsproblematikk, og sosiale problemer. I kjølevannet av dette skapes det lav selvtro, og selvtillit. Det synes også som det kan være vanskelig å være "seg selv" i store sosiale sammenhenger. Særlig synes det å gå sykmeldt være en sosial belastning, noe som kan føre til sosial tilbaketrekning og isolasjon: "jeg unngår å treffe folk, da jeg får høre den samme lekse, det er jo til å få hodepine av, så nå håper jeg at jeg får komme inn i positive sirkler". Andre opplever en form for mistenkeliggjøring og sårbarhet i sin sykerolle, for eksempel;

*"når jeg leverte sykmelding rett innenfor ferien min, så har jeg hørt i ettertid noen mistanker, tar du 'sykmeldt' som ferie?... men det var av helt andre grunner"*

Flere hevder at det å gå sykmeldt er enklere når man har en somatisk eller skade som er synlig og godtatt: noe som synes å forsterke den sosiale tilbaketrekingen.

*"jeg har til og med en sjef som ringte til meg og sa at de hadde sett meg på by'n. Hadde jeg hatt en stor bandasje rundt hodet, en plasterlapp over hjertet og en stor en (bandasje) over magen der hvor alt låser seg, så er det mye mer akseptert i helsevesenet... Det er vel bra at jeg fortsatt går oppe.. Jeg går bakgatene nå så noen ikke ser at jeg er ute og går... Selv om fornuften min sier at jeg ikke skal bry meg om det.... så er det noe jeg bryr meg om...jeg usynliggjør meg litt".*

Det å gå sykmeldt kan også føre til en noe rotløs tilværelse og hverdagene kan mangle både struktur, forutsigbarhet og faste rutiner:

*"Det er klart en har lett for å feste litt mer når man ikke har noe fast å gå til, det spiller ikke noe rolle lissom... man detter jo ut av alt sammen...man kommer inn i en slags ond sirkel...jeg har jo lea på meg, men har ikke gjort noe regelmessig trening".*

Slike utsagn støtter opp under mange myter rundt det å gå sykmeldt, og som en bruker sier er det ikke alltid så lett å "se utvendig at man har det elendig". Disse dataene stemmer også overens med funn fra en ny undersøkelse vedrørende rollen som sykmeldt, blant annet at de unngikk offentlige rom for ikke å få ubehagelige spørsmål, eller fordi det ikke passet til sjuke-rollen å gå rundt i byen uten å se påviselig sjuk ut. For mange er styrken i slike normer en viktig begrensning på bruk av sjukemelding (Rønning et al. 2009). Sykerollen er sterkt forbundet med identitet, og majoriteten av brukerne ønsker å komme tilbake til arbeidslivet, og leve normalt.

*"Jeg er sykmeldt jeg... det er ikke noe status det eller noe du ønsker å identifisere deg med."*

*"Jeg vil i jobb for jeg har ikke godt av å sitte alene med tankene."*

*"Ja, det er mange myter rundt det å gå sykmeldt..."*

Noen få brukere hevder at de ikke har fått noen negative reaksjoner fra sine omgivelser på det å gå sykmeldt. Ofte synes dette å henge sammen med at folk rundt en kjenner en, vet hvem de er og forstår de ulike grunnene til hvorfor de har blitt sykmeldt, for eksempel sier noen få at de ikke har fått noen negative reaksjoner fra folk for eksempel "de kjenner livet mitt, og meg". Mange forskere peker på usikkerheten som det mest grunnleggende aspektet ved kronisk sykdom. Usikkerheten handler om uvissheten som følger med å forutsi sykdomsforløpet, problemer med å tolke nye symptomer, samt det å observere andre menneskers reaksjoner på sykdommen. Det samme gjelder ulike forandringer i personers liv og de ulike utfordringene som må takles. Stadig streben etter å *normalisere* livet ses ofte som et gjennomgående mønster ved kronisk sykdom (Svensson et al. 1998).

### **3.5.2 Livsstil og helseatferd**

De aller fleste satte seg mål før og/eller under oppholdet på Fron. Det synes å være et typisk mønster hos majoriteten av brukerne å ha en selvoppfatning at de har behov for økt fysisk aktivitet, forbedret kosthold, mer rom og tid til seg selv og å lære å sette grenser; med andre ord å få mer overskudd og energi til å fungere, for eksempel: "ett mål er å få fokus på hva jeg skal gjøre for å få energi hele døgnet, ikke bare på jobb". Andre typiske utsagn som viser dette var:

*"Har vært mye mer aktiv tidligere jeg burde vært mye flinkere med å trimme...jeg håper å få tak i denne fysiske aktiviteten".*

*"At jeg skal komme i bedre form, endre spisevaner, og kanskje mer regelmessig søvn og lære å slappe av, for det fysiske går jo utover det mentale".*

Flere synes at det kan være vanskelig å motivere seg til å drive fysisk aktivitet, og mener at Fron kan være stedet som vil få en "opp av sofaen":



*"Jeg håper at jeg kan bli flinkere til å bli flinkere til å drive fysisk aktivitet, det har bare gått nedover og nedover og ligger mest på sofaen... så å få motivasjon til å trene mer, og kjenne at de gjør positivt, så jeg må komme meg igjen.*

Når det gjelder å endre røykevaner for en del brukere, så virket dette noe mindre lystbetont, og mange hadde ikke noe mål om å slutte å røyke selv om enkelte hevdet at forbruket hadde sunket betraktelig. Noen hadde tydelige mål om å gjøre omfattende endringer i forhold til sine livsvaner, blant annet. *"å finne balansen i livet, slappe av med meg sjøl"* eller *"finne balansen mellom aktivitet og hvile, å fortsette der jeg slapp før jeg ble syk, altså jobbe igjen"*. "Vaner er vonde å vende" heter et gammelt ordtak. Når et atferdsmønster først er etablert, skal det ofte stor innsats til å endre dette.

Endringsprosessen skjer gjerne gjennom visse stadier. Selv om ikke alle følger samme mønster, og mange går fram og tilbake mellom de ulike stadiene, tydeliggjør en stadiemodell<sup>5</sup> de ulike kognitive prosessene som ligger bak selvbestemt atferdsendring (Prochaska og DiClemente 1984). Å holde fast ved en atferdsendring over tid er ofte vanskeligere enn selve endringen. Gjennomgående vil et flertall av dem som bryter et avhengighetsmønster, falle tilbake til gamle vaner. Også når det gjelder andre levevaner, er det vanskelig å få til varige endringer. Det viser seg at to av tre får sitt første tilbakefall før det er gått tre måneder, og det er 3 situasjoner som synes å være risikofylte; Når man opplever stress, angst eller depresjon (1), når man har konflikter med andre personer (2), eller når man utsettes for et sosialt press for å gjenoppta tidligere/gammel atferd (Marlatt og Gordon 1985; Mæland 1999). Oppfølging fra Fron, inkludert dagsopphold i kortere eller lengre tid kan være svært viktig for brukerne for å vedlikeholde et nytt atferdsmønster, og som vi ser her kan Fron bidra til å styrke motivasjonen og inspirasjonen til å skape nye livsvaner, hindre tilbakefall, og forstå risikosituasjoner.

Helse kan ses på som overskudd i forhold til hverdagens krav, påkjenninger og oppgaver. Et godt og fungerende sosialt nettverk kan virke som et "reservoar" når ufrivillig ensomhet og isolasjon oppleves som angstskapende og helsetruende (Batt-Rawden og Tellnes 2005). En generell opplevelse av sammenheng er mye vanskeligere å oppnå uten en faste strukturer og rutiner i hverdagen. Noen hevder at den viktigste dimensjonen i begrepet livskvalitet er livsmening (DeNora 2000). Mangel på livsmening er kanskje den største trussel mot ens framtidige sunnhet. Vi har ubegrensede potensialer som bør utvikles og realiseres og som kan oppnås gjennom å prøve ut våre livsmuligheter og livsformål. Ofte regnes livskvalitet for å være et subjektivt anliggende hvor menneskets egen opplevelse må være sentral.

Når det gjelder sammenhenger mellom utdanning, helseatferd og sykdom så synes disse resultatene å være i samsvar med tidligere forskning om sosiale ulikheter i helse selv om levestandarden øker. Grupper med lav sosioøkonomisk posisjon har fortsatt dårligere helse og høyere dødelighet enn grupper med høyere sosial posisjon. Helseforskjellene danner en såkalt gradient; jo høyere en kommer på den sosiale rangstigen, jo bedre er helsen. Sosial ulikhet i helse måles oftest ved at en studerer sammenhengen mellom helse og sosioøkonomiske faktorer som utdanning, yrke og inntekt. Ofte benyttes dødelighet som et mål for helse. Forekomsten av både langvarig og kronisk sykdom er om lag 50 prosent høyere blant menn med lav utdanning enn blant menn med høy utdanning. For kvinner med lav utdanning er det 50 prosent høyere forekomst av langvarig sykdom og 90 prosent høyere forekomst av kronisk sykdom. Andelen uføretrygdede synker kraftig med økende utdannelse. Hver

---

<sup>5</sup> De 5 stadiene er: 1. Før-overveielse. 2. Overveielse. 3. Forberedelse. 4. Handling. 5. Vedlikehold (Mæland 1999: 108-109)

femte mann (20 prosent) i manuelle yrker oppgir at han har dårlig helse, mot bare hver tiende mann (11 prosent) i overordnede yrker. Personer i lavere sosioøkonomiske lag oppgir at de oftere har psykiske plager og mer angst og depresjon enn personer i høyere sosiale lag. Helseforskjellene mellom ulike sosiale grupper kan også forklares med at vanskelige sosiale levekår gir økt risiko for vanlige psykiske lidelser, som er en av hovedårsakene til uføretrygd (Helse- og levekårsundersøkelsen 2002). Flere undersøkelser viser at lav sosio- økonomisk status henger nøye sammen med uføretrygd. Selvbilde og selvrealisering kan være sannsynlig faktorer i årsaksmekanismene (Borge 1996). Det er også funnet sammenheng med lav utdanning og kvinner med fibromyalgi (Elstad 2005; Malterud 1987). Andre studier viser også sammenheng mellom sosio-økonomi og dødelighet (Marmot 1986).

FR er med å bevisstgjøre brukerne over hva som synes å skape eller tape energi. Flere nevner at de ønsker å forbedre livskvaliteten sin, få klarlagt livssituasjonen sin, og finne ut hvor de står, og hvordan de kan komme seg igjen; *"få en slags klarhet i hva jeg kan klare"* som en bruker sier. En annen bruker framhever at å være på Fron gjør det mulig å kjenne på kroppen hvordan den er:

*"dess mer man er her, så ser man hva som kan slite på kroppen din, og ting som jeg ikke har tenkt over kan ha hatt innvirkning. Man er jo borte i en del ting i livet, så det er sikkert en del ting som jeg har opplevd som kan forklare dette her."*

På spørsmål hvordan de føler de er blitt fulgt opp så langt, hevder alle at de har blitt møtt på en positiv måte, samtidig som de mener de blir tatt på alvor: *"Her snakker man ikke om sykdom, og man syter ikke, alle har godt humør, og jeg synes det er toppers"*. Endelig synes det å være noen som lytter til dem, og hører på hva de har å si: Typiske uttalelser fra majoriteten av brukerne illustrer at FR er et godt sted å være, og et senter som gir håp om å bli bedre eller *"at jeg skal bli kvitt plagene"*.

*"Jeg har blitt møtt på en veldig positiv måte". "Føler jeg blir tatt på alvor"*

*"Jeg føler at alle bryr seg om hverandre her, og jeg er blitt møtt på en fin måte"*

*"Det er positivt å være her, og jeg føler at de som jobber her trives, fordi de skaper trivsel for de som bor her også."*

Majoriteten av brukerne forventer at de kan bli såpass friske igjen at de kan komme seg ut i arbeidslivet etter oppholdet, blant annet. *"finne ut hva som feiler meg"* eller *"Jeg har ikke lyst til å bli uføretrygda"*. Svært mange hevder at de er "lykkelige" over å få muligheten til å være på Fron, samt at de ser mange muligheter til å få en bedre og annerledes hverdag: *"Jeg ønsker å finne meg en annen type jobb"*, og *"få inn rutiner på trening"*. Med andre ord så håper de fleste å få sine forventninger innfridd gjennom å lære ulike teknikker, få trent seg opp, og få en annen muskulatur, samt mestre livet videre:

*"Jeg ønsker å få vekk alle problemene mine, og få igjen et normalt liv. I tillegg ønsker jeg å kunne få lære å mestre smertene, få alt på plass, kanskje trene mer for å komme ut i arbeidslivet, altså beherske vondthetene mine, og å klare å leve videre med dette."*

Flere ønsker å bli mer avslappet da mange bruker mye energi på å være ansente og flere håper de kan lære noen avspenningsøvelser som de kan fortsette med hjemme. Mange er likevel klar over at å *"tenke på seg sjøl mens de går her oppe på Fron"* er milevis fra den hverdag som sliter og som tapper

energien: "Når jeg er her så blir jeg nok ikke så sliten, her går man jo bare og tenker på seg sjøl...det å være tenåringsmor er så slitsomt, man blir rett og slett tappet for energi".

Slike livs-opplevelser stemmer også overens med tidligere forskning på utbrenthet og langvarig sykdom (Lilleaas 2005; Steihaug 2007). Alle brukere framhever fagteamets tverrfaglige sammensetning med sin vekt på det holistiske perspektivet som noe spennende og noe de har tro på kan hjelpe dem på vei til bedre helse og funksjon, for eksempel " *Det ser spennende ut, hele spektret*" eller: " *Jeg har stor tro på helheten her*" eller " *Det er noe gammelt som skal ut, så det blir plass til noe nytt. Det sitter noe her i kroppen (peker), og jeg håper at de (Fron) vil hjelpe meg med å nå mine mål. Jeg trenger å bygge opp min selvtillit. Jeg er sliten av å være inni i min egen kropp*".

### 3.6 Ut i livet – Fron i fjerde uke – siste fase

Det synes som om majoriteten av brukeren har mange fellestrekk med en nyere undersøkelse av langtidssykmeldte med utbrenthet (burnout) som diagnose. Her vises et komplekst, sammensatt mønster som utløser sykdommen, noe som skjer gradvis og trinnvis. Forskerne beskriver dette som en "Flight of Stairs" hvor resultatet er energiløshet (Eriksson et al. 2008). Som en informant i dette forskningsprosjektet sier: "All energy had in some way flowed out of me" (Eriksson et al. 2008 s. 623 og 628). Angst, livskriser, fysiske plager, lav inntekt, stort ansvar på jobben og liten makt og påvirkning, og manglende sosial støtte var typiske forklaringsfaktorer. Majoriteten av brukerne sier at de er svært fornøyde og glade for at de har fått muligheten til å være på Fron rehabiliteringssenter og dette utsagnet illustrerer majoritetens syn på FR. " *Jeg vil anbefale Fron....dette synes jeg er helt fantastisk på alle måtene, alt er godt her*" ...

På Fron møtes menn og kvinner i ulike aldre, med ulik sykdomshistorie, og fellesskapet og samhörigheten synes å være noe som skaper en slags "sosial heling" som en bruker uttrykker det; " *I en måned nå har jeg fått ro i sjelen. Når jeg kommer hjem nå så er det her [Fron] jeg er. Jeg har veldige gode minner herfra*". Tre faktorer som synes å være av stor betydning er: 1) naturen, omgivelsene og miljøet; 2) personalet og 3) at det er et godt, faglig opplegg og innhold i ukedagene.

" *Jeg stortrives her, med personalet, beliggenhet og hele pakka... hele Fron er en gledesboble for meg da... her kan jeg kanskje finne tilbake og det er ingen som skulle tro at jeg sliter med angst, depresjon og nervøsitet når de ser meg her... så her er det lissom en helt annen verden... her er ikke det enorme statuspresset, for eksempel det første folk spør deg om når du møter dem er: hva er det du jobber du med a, altså det er den biten der'... Jeg føler at vi er en kjempegod gjeng, aldersforskjeller, gjør ikke noe, og det er godt å le litt, mye latter selv om det er mye vondt her og... Her er vi på samme nivå*".

Noen få nevnte at det kunne være en utfordring å være i samme miljø, med de samme menneskene over så lang tid, særlig på grunn av mye sykdomsprat hos enkelte. Dette varierer likevel med hvilke puljer/grupper som er inne på FR. Mange ønsker å ta i bruk det de lærer om positivitet og mestring av egen sykdom, og synes negativitet ikke passer inn i Frons atmosfære og miljø:

*”Miljøet kan være både positiv og negativt da veldig mange fokuserer på sin egen smerte... jeg tror miljøet begynner å slite på enkelte da mange er i sutrefase, mange fokuserer kanskje litt for mye på sykdom, i stedet for å se hvor fint vær det er ute, eller andre positive ting”.*

### **3.6.1 Status i helsesituasjonen; bevisstgjøring og nye mål**

Det er viktig å fremheve at de ulike endringer og prosesser i løpet av de fire ukene på Fron har skjedd gradvis, og kan handle om støttende nettverk, gode dialoger og etablering av sosiale relasjoner. Tidligere forskning viser at følgende faktorer for fellesskapet mellom mennesker er: Tid/kontinuitet, arenaer for sosial kontakt, flersidige relasjoner, oppgaver å etablere samhandling om og sosial likhet (Wadel 1978). Å utvikle relasjoner mennesker imellom vil alltid ta tid, og det krever derfor en viss stabilitet i et miljø. Fronmiljøet eller "Fron-faktoren" synes å fungere som den "betydningsfulle andre" (Mead og Morris 1934) for flere på ulike måter; det vil si et stabilt og forutsigbart miljø som hjelper å bryte barrierer og bygge opp motivasjonsfaktorer når brukerne skal gjøre reelle livsstilsendringer, for eksempel i forhold til kontrollmangel, stress, spisevaner, relasjonsvansker, røyking etc. (Prochaska og DiClemente 1984). Svært mange har fått økt helse, trivsel og livskvalitet av å være på Fron, samt at de aller fleste kan ta med seg ulike lærdommer, teknikker og tips til å gå videre "ut i livet". Flere hevder at FR har gått i dybden, de har vært "veldig engasjerte og samarbeidet seg imellom".

Disse resultatene stemmer også overens med NaKuHel-evalueringen hvor sosial samhandling, praten om det hverdagslige og det nære som "gjør livet" og kjenne at man er tilstede var viktig for mange. I samspillet mellom behandler og bruker kan de ulike aktivitetene skape "ritualiserte" samværsformer og holdepunkter i hverdagen. På denne måten kan dialoger fungere terapeutisk. Fokus blir dermed rettet mot egne mestringsstrategier, økt selvtillit og kreativitet, det vil si "empowerment" i betydningen støtte og styrking i forhold til å påvirke sin egen livssituasjon.<sup>6</sup> Dette perspektivet er også i tråd med funn fra NaKuHel-evalueringen som viste at NaKuHel-aktivitetene fungerte som en erstatning for et manglende nettverk og hadde positive helsevirkninger (Batt-Rawden og Tellnes 2005).<sup>7</sup> Tellnes (2003 s. 76) hevder at jo bedre et menneske har det med seg selv, desto færre sykemeldinger trenger vedkommende. Det er viktig å være i balanse og føle harmoni, og jo færre piller og miksturer et menneske er avhengig av, og jo mer et menneske har kropp og sinn i balanse, i harmoni med fysiske og sosiale omgivelser, desto færre sykdommer og miljøskader finner vi. I følge Tellnes (2004) kan mange personer som i dag mottar syke- og rehabiliteringspenger med fordel tilbys NaKuHel-aktiviteter. Det finnes eksempler på at slike aktiviteter brukt som supplement til tradisjonell medisin har hatt god og varig effekt på pasienters helse og funksjonsvurdering, og kan sannsynligvis føre til bedre folkehelse. Det som svært mange brukere framhever er tankefeltsterapi, energigruppene, avspenningene og den fysiske treningen både ute i naturen og inne på treningsrommet som viktige redskaper og nøkler i sin egen rehabiliteringsprosess. Flere påpeker at de er spente på hvordan de vil takle utfordringene når de kommer hjem, og at FR er et samfunn som kan virke noe kunstig i forhold til en vanlig hverdag, en slag "boble" som en informant uttrykker det. Det ser likevel ut som FR har bidratt til at brukerne har fått nye måter å tenke på, nye erkjennelser, ny innsikt og forståelse for sin situasjon. De har lært å se sine roller, relasjoner, reaksjoner og atferd i et nytt lys. Sett i en slik sammenheng skapes også grunnlaget for et tryggere selvbilde og selvfølelse, samt selvrespekt som er noe av målet i FRs arbeid.

---

<sup>6</sup> Kan oversettes til bemyndigelse

<sup>7</sup> NaKuHel: Natur-Kultur-Helse sampillet. Se også [www.nakuhel.no](http://www.nakuhel.no)

*"Tankegang – hvordan vi tenker og hvordan det påvirker oss, ser at det hjelper, ellers er vi jo i [en] boble her, så det blir spennende å se hva som skjer når vi kommer hjem... Energigruppa har vært nyttig, og alle aktivitetene jeg har forsøkt å være med på alt... Opplegget er veldig bra..."*

*"Jeg syntes det var veldig spennende med tankens kraft, ..det med å forstå foreldrerolle, voksenrolle, barnerolle i sinnet ditt, hvordan vi bruker det og hvordan vi reagerer...da forstår du mer av dine egne reaksjoner".*

*"Nytenkning, det er en ny måte, og de samtalene vi får være med på, men nå begynner jeg å bli mett, nå vil jeg hjem...jeg går mye mer., og føler meg mye mer motivert, mye sterkere og føler at dette skal jeg greie (å bli bedre) jeg har lært å si nei".*

*"...har blitt mye bedre, sovet bedre, fått nye nøkler til kunnskap om meg selv som jeg kan bruke når jeg kommer hjem, energigruppa og tankefeltterapi har vært veldig bra for meg...tanker som har vært veldig plagsomme har blitt smuldret bort, det er en ny interessant måte å se ting på og en revolusjon for meg. Mål er å begynne å jobbe igjen, prøve å få et opplegg".*

*"Tankefeltterapien og psykologitimen har hjulpet meg til å tenke annerledes., ikke bare gå på piller, men tenke hva man kan gjøre selv for å endre på ting i livet sitt. Skal jeg fortsette å gå på piller etterpå for eksempel?"*

*"Oppholdet i seg sjøl har vært veldig bra, særlig energigruppa. Her kan vi se hvordan tanker påvirker kroppen , altså man tenker på en annen måte som jeg kan ta med meg videre, godta at sånn er jeg i dag lissom".*

Sykdommen skaper et avbrudd i biografien (Bury 1982), og det blir nødvendig å skape nye kroppsoppfatninger, et nytt selvbilde og virkeligheten må rekonstrueres. Dette nye livsperspektivet synes det som om FR klarer å skape gjennom sitt arbeid med brukerne: Et nytt håp, en ny giv og nye redskaper til bruk i hverdagslivet. På den måten kan brukere skape kilder til motstandskraft og bedring. Vi ser at de fleste ønsker å komme tilbake til det normale livet og til jobb. Flere påpeker også ulike endringer som har skjedd hos andre, samtidig som de er blitt mer bevisstgjorte over hva de ønsker å få til etter endt opphold, blant annet mange vil tilbake til arbeid og/eller omskolering:

*"Jeg er blitt bedre form, så flott å se så mange gikk opp motbakkene her. Målet er å trene mer og å få meg en jobb".*

*"Det er et godt tegn at jeg har lyst til å komme tilbake til jobb... Ellers så har jeg ikke så mange mål, annet enn å komme tilbake til jobb og bli i bedre form"*

*"Helsetilstanden er blitt bedre og jeg er veldig takknemlig for at jeg fikk komme hit... jeg merket også at jeg fikk energi og overskudd forrige uke [uke 3] særlig etter at jeg gikk turer...det skal jeg fortsette med hjemme"*

*"Her fokuserer man på hva som er viktig, for eksempel jeg har bestemt meg for at jeg vil gå på omskolering, og det er endringer som jeg har kommet fra til her. Her får vi støtte på det som vi trur på sjøl, og godta seg sjøl som man er".*

Individets oppfatning av egen effektivitet vil gjennom motivasjon, kognisjon og affektive påvirkningsprosesser influere på atferd. Opplevd egen effektivitet omfatter alle faser av personlig

endring, av hvilke valg man tar, og av hvordan man orienterer seg i sine omgivelser (Imsen 1998). I sosial praksis anses mestringserfaringer å være den viktigste måten man kan skape en sterk og vedvarende tro på egne evner til å styre sin livsverden (Bandura 1986). Sannsynligheten for å oppnå dette økes ved at individet tilføres kunnskap, ferdigheter og tro på egen evne til å bruke sine ferdigheter effektivt. Mestringserfaringer av denne typen inngår derfor som en viktig bestanddel i en god utviklings sirkel, når det gjelder samhandling mellom behandler og bruker.

Noen få nevner at de har vært i en god tilfriskningsprosess fra første til tredje uke, men at de ikke har følt seg så vel i fjerde uke. Dette kan ha en sammenheng med at de "gruer" seg litt for å komme tilbake til "hverdagslivet" hjemme, eller at de kan føle at presset fra arbeidslivet kommer nærmere, for eksempel: *"jeg vært noe verre den siste uka, og kanskje det har noe med presset til å komme tilbake til arbeid"* eller som en annen sier *"jeg har hatt mye energi i kroppen, men nedgang i uke 3, men gruer meg nok litt til å komme hjem, er alene, og jeg er mer urolig"* Noen nevner for eksempel at *"smertene har begynt å komme tilbake"* i fjerde uke. Labilitet og svingninger i selvfølelsen og helsetilstanden er også et typisk mønster for flere av brukerne. Mange kan ha noen dager de føler seg veldig bra og andre dager som kan være tunge og vanskelige, for eksempel: *"i dag er jeg også litt tom og veldig sliten... hudløs og tårene kommer."* Eller illustrert her gjennom en annen bruker: *"Den første uke syntes jeg var vanskelig fordi det skjedde noe hele tida, og det var rart for når man har gått så lenge med en situasjon som jeg har vært i så har jeg jo lært å kutte ut... for å overleve... du kan ikke tenke på problemene hele tiden... og i 3 uka fikk jeg en opptur da, men så i fjerde uke fikk jeg en nedtur igjen"*

For noen brukere opplever de *ikke* bedring i sin smerte- eller helsetilstand, og dette kan muligens henge sammen med at mange er noe utålmodige, urealistiske og forventningsfulle. Likevel framhever de aller fleste at de har lært på mye om helsa si, kropp, sjel og livsstil på Fron:

*"Jeg er på tur til å skjønne hvordan ting henger sammen, men det er vanskelig å sette mål.. jeg savnet en øyeblikkelig bedring, og har nok vært litt utålmodig... avspenningen er bra - det har jeg aldri fått til før... det er der jeg henter meg inn"*

*"Ingen savn... det er bra å være her... energien min går opp og ned, og noen netter kan jeg være veldig dårlig, som i natt"*.

De fleste brukere føler likevel en sterk bedring i uke tre (3), og at de gleder seg til å ta fatt på livet igjen, de nye utfordringene om å sette grenser og ta tid til seg selv. Tiltross for at det fysiske ikke føles noe bedre, så har deres psykiske og mentale tilstand blitt forbedret, og styrket:

*"Det er blitt litt verre med smertene, men sjelen er bedret, og jeg har flere gode dager nå enn jeg hadde før. Du sitter med mer kunnskap enn du hadde før, og det er lettere å akseptere det [sykdommen – smertene].. Jeg merket at det skjedde noe i tredje uka, og at jeg klarte å legge bort tankene på alt det andre først... at en aldri strekker til"*

Det å være på Fron skaper en god følelse av sammenheng, regelmessighet og kontinuitet i tilværelsen og hverdagene, en form for trygghet og stabilitet i den ofte urolige og uforutsigbare hverdag som kan mangle hos mange langtidssyke. Som flere brukere nevnte så *"detter man ut av det [samfunnet]"* og oppholdet på Fron bidrar til å få ro, harmoni og rytme i hverdagene, og for noen blir dette et viktig mål i seg selv. Typiske utsagn er:

*"Målet er å følge den rytmen jeg gjør her... legge meg tidlig om kvelden, og stå opp om morgenen og spise frokost, altså holde den rytmen jeg får etter fire uker her."*

*"Synes det er veldig bra. De går mye dypere inn i ting enn det jeg har vært borti før, de går lengre tilbake og...får en sammenheng, et bilde av livet".*

*"Mye bedre, både fysisk, psykisk og sosialt. Innser nå at livet kan bli mye bedre, og at det er viktig å få fram energien man trodde man ikke hadde, for nå har jeg kjent nettopp det på kroppen, og håper på å slippe å spise så mye piller. Jeg merket allerede etter tre dager med trening at jeg følte meg bedre."*

*"Jeg kom med helt blanke ark, men dette er en plass som du trenger å komme på. Her er det folk som følger deg opp, så får jeg kastet av meg mye gammelt skrot, så blir det plass til noe annet i stedet. Jeg ser lysere på livet. Jeg har lært at man til tider burde sette litt av mer tid til seg sjøl".*

Det kan være flere grunner til at brukeren føler seg bedre etter de har vært på FR. I tråd med brukernes erfaringer viser tidligere undersøkelser at de som er rammet av kronisk og langvarig sykdom har nytte av støtte og omsorg fra andre enten fra det uformelle nettverket, som består av familie og venner, eller det formelle nettverket der helsevesenet og/eller institusjoner som FR inngår som en naturlig del (Burckhardt 1987). Andre undersøkelser viser også at opplevd grad av livskvalitet henger sammen med blant annet utdanning og inntekt. I dette utvalget var utdanningsnivået svært lavt, og vil trolig påvirke mestringsressurser som evnen til å håndtere endring av livsstil, bla. fysisk aktivitet, røykevaner, kostholdsvaner og stress-situasjoner som følge av belastende arbeidsforhold (Proschaska og DiClemente 1984; Haugland 1995).

Flere sier at *"selv om smerten er der fortsatt, så har det skjedd noe bra med meg i løpet av de fire ukene."* Med andre ord selv om det ikke er noen endringer når det gjelder helsa fysisk sett, så har Fron totalt sett bidratt til en sterkere selvfølelse, selvtrygghet og mental stabilitet, samt viktigheten av å sette grenser, tenke på seg sjøl, finne viljestyrke. Som en bruker også sier: *"man er ikke alene med smertene, tankene og det er viktig for hvis jeg bare hadde gått hjemme så hadde jeg vært enda lengre nede"*. Noen har også startet med å anvende andre metoder for å bidra til sin egen selvheling og tilfriskning; blant annet musikk:

*"Jeg har også begynt å bruke mer musikk, og jeg har kjøpt en CD som jeg hører mye på. Jeg har også bestemt for at jeg skal være mye mer ute sosialt. Målet er å komme i halv jobb igjen, jeg må finne balansen i livet, siden jeg ikke klarer så mye støy og press, da blir jeg veldig fort sliten. Føler at jeg har lært litt mer å bli sjølstendig. Å tørre å gjøre ting. Jeg tenker stadig på denne energikoppen, så det er helt sånn for meg hjemme. Så jeg tror det er helheten her, synet på mennesket som er veldig bra her."*

### **3.7 utfordringer videre**

Mange hevder at det er mye å ta fatt i, og at det er viktig å få stabilisert tryggheten og "livet rundt" eller "oppretholde gode rutiner" for å komme videre. Bevisstgjøringsprosessene, tankefeltsterapien og den fysiske treningen har skapt en sterkere fokus på livsmening og livskraft med andre ord man har kunnet "fylle dagene med noe meningsfylt" som en bruker uttaler det. Typiske sitater fra andre brukere som fokuserer på tankens kraft, selvfølelse og faste rammer:

*”det er jo viktig med tankens kraft... jeg vet nå det, viktig med å bygge opp selvfølelse... det er som å lære å gå på nytt...midt i livet...”*

*”jeg har en livssituasjon hvor jeg føler at fundamentet smuldrer litt opp, jeg ønsker å få faste rammer som gir livsmening og livskraft”*

Majoriteten av brukerne ønsker oppfølging fra Fron på en eller måte; det vil si møter med jevne mellomrom, telefonkontakt og/eller dags- eller ukesopphold etter en viss tid hjemme. De fleste nevner at oppfølging kan holde motivasjonen oppe til å fortsette de gode rutinene og vanene de har lært på FR, og fundere mer over de ting som man har bestemt seg for å gjøre. FR kan være en form for trygghet i en noe usikker og sårbar tilværelse når de kommer hjem igjen. Flere brukere synes det er fint å få en forsikring fra fagfolkene om at de utfører det de har lært på en riktig måte, for eksempel når det gjelder trening, kosthold, avspenning, yoga, selvkontroll, ”energikopp-tenkning” med mer.<sup>8</sup> Alle skulle få anledning til å komme tilbake, tenke litt og ta ett skritt tilbake, hevder flere, og at det er ingenting som er bedre enn andres visdom:

*”bare det å ha noen å prate med, eller et opphold som varer noen dager etterpå så man faktisk ikke har glemt alt man har lært... og at man får følge det som har vært bra her da... det kan nok være bra for mange”*

*”jeg har tro på oppfølging, alt er så tilrettelagt her... faste måltider, program, timeplan, også kommer man hjem også er man tilbake til det kaotiske og uforutsigbare... Sikkert flott å komme tilbake noen dager etter et halvt år”*

*”det blir interessant og komme hjem igjen... her er alt tilrettelagt, det er struktur i hverdagen, og jeg har tenkt å forsøke å få til den samme døgnrytme som her... det føles trygt, og trygghet er viktig for meg”*

---

<sup>8</sup> Kunnskaper fra Energi-gruppene.



## **4 Erfaringer**

Dette kapitlet er basert på foreliggende dokumenter, skriftlig rapporter og muntlig kommunikasjon med Fron Rehabiliteringssenter (FR), og skal gi et bilde av hvordan status er i starten av 2009.

### **4.1 Kontakt med fastleger**

Gjennom oppfølgingsmøter har FR lyktes i å etablere et godt samarbeid med fastlegene i distriktet. Av 72 fastleger i regionen har 50 av dem henvist pasienter til Fron Rehabiliteringssenter.

Tilbakemeldingen fra fastlegene er positive. FR har fått høre at både brukeren, fastlegen og NAV er fornøyd med vårt tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering på døgn. Vi har sendt ut to informasjonseposter til fastlegene i distriktet, for å informere om vårt tilbud og for å orientere om innsøkningsrutiner og målgruppe. I desember 2007 ble vår nye brosjyre for ordinær drift ferdig trykket og er nå distribuert til alle legekontor i Oppland, Hedmark, Møre og Romsdal, Buskerud og sørlige deler av Sør-Trøndelag.

### **4.2 Kontakt med NAV-kontorene**

FRs kontakt med de lokale NAV kontorene har hele tiden vært bra. De har en god dialog, bra nettverk og ikke minst snakker de et språk som dem forstår. I samtale med saksbehandlere fokuserer FR på brukerens behov og hvordan de kan være til hjelp i sykefraværsoppfølgingen.

Utfordringen i driftsperioden har vært at mange av de lokale arbeids- og trygdekontorene i perioden har etablert seg som NAV kontor. Dette har vært tids- og ressurskrevende og har medført en mindre innsøking av brukere enn det FR hadde håpet på. Saksbehandlerne i NAV har likevel blitt gradvis mer aktive i innsøkningen til FRs tilbud.

### **4.3 Samarbeid med Giax og BHT**

FR har i andre halvdel av 2007 ikke ønsket å gå nærmere inn på samarbeid med Giax Ringebu. Giax er en arbeidsmarkedsbedrift i Ringebu, som arbeider med kurs, kartlegging og arbeidsutprøving for brukere på rehabiliteringspenger. Grunnen til dette har vært at de har fått avtaler med NAV og Helse Sør-Øst (HSØ) samt at Giax ikke har noen muligheter for å henvise til FR. Det er også slik at det er NAV som rår over virkemidler og FR har ingen påvirkning på hvilke brukere som har behov for tiltak på Giax.

Når det gjelder samarbeid med bedriftshelsetjenesten (BHT) så har FR god kontakt med disse i deres distrikt og har et uforpliktende samarbeid. BHT er viktig for FR fordi de er mye ute hos arbeidsgivere og har en større bit av oppfølging ute i felten. De har mye kunnskap om arbeidsmarkedet, hjelpemidler og kan foreta arbeidsplassvurderinger. De sprer kunnskap og informasjon om FR til både arbeidsgivere og brukere og ser hvem som kan være aktuelle for et rehabiliteringsopphold på Fron. I tillegg kan BHT være en forlenget arm etter endt opphold. De kan følge opp tiltak innenfor flere felt, blant annet tilrettelegging og fysisk trening/aktivitet.

### **4.4 Erfaringer med relasjonsbygging med ulike aktører**

FR har erfart at det å bygge relasjoner er viktig, både med tanke på markedsføring og for å skape en større forståelse for det faglige arbeid på Fron Rehabiliteringssenter. I tillegg til informasjonsmøter, kurs og løpende dialog med arbeidsgivere, organisasjoner, NAV og leger er FRs arbeid rundt den enkelte bruker under og etter rehabiliteringsopphold viktig også i et markedsføringsperspektiv. Av særlig betydning er FRs koordinators deltakelse på oppfølgingsmøter i brukerens hjemkommune etter fullført rehabiliteringsopphold.

### **4.5 Aktuelle kjøpere/bestillere av tjenester**

FR har i løpet av 2007 fått rammeavtale med både HSØ og NAV, noe de er godt fornøyd med. FR er derimot ikke fornøyd med innholdet i avtalene og ser på det som en utfordring i 2009. FR må forhandle seg frem til avtaler med bedre priser og som er mer forpliktende for både HSØ og NAV, dersom de skal kunne klare å overleve og beholde kompetente fagpersoner i årene fremover. Når det gjelder henvisninger, så er FR meget godt fornøyd med legene og deres bestillerkompetanse. FR har etablert et meget godt samarbeid med Sentralenheten for Rehabilitering (SeR) og har god kontakt med saksbehandlere der. Det har vært et jevnt og godt tilsig av saker fra SeR og FR blir kontaktet dersom de er usikre på om de har brukere som kan passe inn i deres målgruppe.

Når det gjelder henvisninger fra NAV så har dette tatt lang tid og etablere stabile innsøkningsstall. Det er først i siste halvdel av 2008 at henvisningsmengden har vært av et slikt omfang at NAV kvoten på plassene (15 plasser) har vært brukt. FR erfarer at mange saksbehandlere i NAV fortsatt har for liten

kompetanse om tilbudet og om hvilke tiltak som nå er tilgjengelige og igangsatt gjennom ”Raskere tilbake”.

## **4.6 Styret og prosjektgruppens bidrag i prosjektprosessen**

Etter at nytt styre ble konstituert den 13. mars 2007 så har styret bidratt positivt til prosjektet. De har skapt ro, ryddighet og har vist et godt engasjement for selskapet. FR føler at de er støttende og at de samtidig stiller krav til dem, noe som er positivt. FR føler de er heldige som har med seg ordføreren i Sør-Fron kommune, Aksel Eng som styreleder. FR ser det som en viktig strategisk avgjørelse. Han har skapt engasjement blant politikere, både lokalt og sentralt.

FR har også med seg representanter for to fra de lokale bedriftshelsetjenestene (BHT) i styret, noe som styrker FRs posisjon i forhold til markedet. Dette sikrer også et godt samarbeid i forhold til oppfølging av sykemeldte, både med tanke på arbeidsgivere og brukere.

## **4.7 Råd og veiledning for å oppnå kontakt med eksterne interessenter**

Fagteamet ved FR har siden oppstarten høsten 2006 arbeidet aktivt for å etablere et nettverk av samarbeidspartnere både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Fagteamets erfaring er at skriftlig informasjon alene ikke er tilstrekkelig for å vekke eksterne samarbeidspartneres interesse for tiltaket. FRs ledelse og koordinatorene har derfor brukt betydelige ressurser på å reise ut til de lokale Nav kontor og fylkeskontor, arbeidsgivere, leger og BHT, for gjennom personlige fram møte og selge tilbudet muntlig. Dette har vært et tidkrevende, men nødvendig utviklingsarbeid i etableringsfasen av FR.

I utviklingen av et døgnbasert rehabiliteringstilbud har dialog med det daværende Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet), Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og andre opptreningsinstitusjoner i omstilling, vært særlig verdifullt. Prosjektleder i Helsedirektoratet har vært en viktig veileder og drøftingspartner for ledelsen ved FR i hele driftsperioden.

## **4.8 Omstilling på institusjonen og ansattes medvirkning i omstillingsprosessen**

Ansatte ved FR har i motsetning til de andre institusjonene som er med i prosjekt ”Omstilling av opptreningsinstitusjoner” ikke vært inne i en omstillingsprosess fra opptreningsinstitusjon til rehabiliteringsinstitusjon. (jamfør Prosjektbeskrivelse, Sosial- og helsedirektoratet 30. mai 2006). FRs utfordring har vært å bygge opp en helt ”ny” institusjon og ansette de riktige personene til å dra lasset sammen. Oppgaven etter at hus og folk var plass, har vært å nå målsettingene i milepælplan som

fulgte med prosjektplan datert 10. august. 2006. I denne prosessen har alle de ansatte deltatt 100 prosent på hvert sin måte, og FR hevder at de har lykket med å omgjøre en nedlagt helseheim til en trivelig rehabiliteringsinstitusjon. I tillegg har FR nådd hovedmålet om å utvikle en tverrfaglig samarbeidsmodell innen arbeidsrettet rehabilitering.

## **4.9 Oppsigelser/nyrekruttering**

Prosjektleder ble ansatt vinteren 2006 etter at søknad om omstillingsmidler var sendt, og har hatt ansvar for å rekruttere og sette sammen et tverrfaglig team, i samarbeid med eiere og styret. Ved etablering av institusjonen var målet å sette sammen et team med høy og komplementær helsefaglig kompetanse, som samtidig kunne samarbeide internt og med brukere og omverden. Det ble i løpet av mai/juni 2006 ansatt nytt fagpersonell i samtlige stillinger. Fra tidligere Sofienberg, et nedlagt opp treningssenter, ble kokk, renholder og vaktmester ansatt. I dag er det 18 ansatte ved rehabiliteringssenteret.

I etableringen av virksomheten ble det søkt bistand fra FRAM (Heb Consulting), som er et ledelses- og strategiutviklingsprogram for små- og mellomstore bedrifter. HeB Consulting har bistått FR å utføre en situasjonsanalyse som dannet grunnlag for å sette opp en handlingsplan for videre drift. FR hadde egen spesiell autorisert FRAM-rådgiver som kom til avtalte møter, og FR hadde dermed en diskusjonspartner fra et fagområde hvor de ansatte ikke hadde tilstrekkelig kompetanse.

## **4.10 Arbeidsmiljøundersøkelse**

FR har i løpet av driftsperioden ikke gjennomført noen arbeidsmiljøundersøkelse. Alle ansatte har årlige medarbeidersamtale med daglig leder, hvor spørsmål og tema som er viktig for den enkelte blir drøftet. FR er en liten og oversiktlig organisasjon med kort avstand mellom ledelse og den enkelte ansatte. FR har en "åpen dør filosofi" hvor den enkelte ansatte er ansvarlig for å oppsøke og ta opp forhold knyttet til egen arbeidshverdag.

## **4.11 Opplæring**

Det har i hele prosjekt perioden vært fokus på intern opplæring og utvikling. Det har vært gjennomført flere internseminarer i driftsperioden med fokus på kompetanseheving og utvikling av fagteamet. Det faglige innhold under rehabiliteringsoppholdet, FRs felles holdninger, tanker og verdier, samt kunnskapsoverføring har stått sentralt disse dagene. Fagteamet har avsatt 1 time hver uke for fagmøter. Faglig leder utarbeider halvårsplaner for tema på fagmøtene med fokus på både faglige innspill, gruppeoppgaver, tilbakemelding fra teammedlemmer som har vært på kurs og lignende. FR ser på det som viktig å ha kontinuerlig fokus på tverrfaglig samhandling og utvikling av metoder som kan lede mot sin visjon om å være et ledelys mot bedre helse.

Som ledd i FRs kompetanseplan har de deltatt i et trainee program i arbeidsrettet rehabilitering på Rauland. Dette følte FR var meget nyttig, da de fikk en bekreftelse på at måten de jobbet på, både med hensyn til metoder og kvalitet, var i samsvar med det Rauland gjør per i dag, men at FR også har faglige innslag som de mener utfyller tilbudet. I tillegg føler FR seg heldige som har et lite miljø, noe som er en fordel både med tanke på brukerens trygghet og FRs omstillingsevne.

## 4.12 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning på FR kan defineres som: "[...] de som berøres av en beslutning, eller er brukere av en tjeneste, får innflytelse på beslutningsprosesser og utformingen av tjenestetilbudet" (St.meld.nr 34 (1996-97)). Denne definisjonen er et utgangspunkt for måten brukermedvirkning blir praktisert på FR. For å sikre at oppholdet og planleggingen av den enkeltes tiltak skal være i tråd med brukerens ønsker og mål, blir det allerede i den første samtalen med koordinator fokusert på å finne fram til brukerens framtidige mål og hva han selv mener er viktig å jobbe mot i det videre løpet. Før møte med eksterne samarbeidspartnere - hvor også bruker alltid deltar – har fagtemaet utarbeidet en *funksjonsvurdering* som er gjennomgått med brukeren og som denne har godkjent og skrevet under på.

Brukerne har ansvar for å aktivisere seg selv når fagteamet går hjem klokken fire. Det er en bakvakt på stedet som kan spørres hvis de trenger hjelp. FR har erfart at kvaliteten på de tjenestene de yter i stor grad også er avhenging av at det etableres gode relasjoner mellom brukere. FR er hevdet at det har vært interessant å observere hvordan brukermedvirkning virker inn på trivsel og trygghet. Brukerne har ansvar for å legge til rette for sosiale møteplasser, for eksempel, turer i naturen, felles kveldsmåltider, treff i svømmebassenget eller pratetunder i dagligstua. FR har for øvrig satt opp en regel som handler om å la være å snakke sykdom. Ellers benyttes de fasiliteter som finnes på huset som kan være å trene eller svømme sammen på kveldene. Brukernes selvstyrte aktivitet på kveldstid må sees i forhold til det menneskesynet som ligger til grunn for rehabiliteringen: Alle mennesker har iboende ressurser og hvert enkelt menneske har ansvar for eget liv og egne valg. Rammene for ettermiddagen utformet med det formål at brukeren skal finne frem sin "egen stemme" mer enn å lytte til andres råd og selv ta ansvar for egen aktivitet. Den siste dagen utdeles et evalueringsskjema som gir svar på graden av brukermedvirkning, og her har FR scoret høyt på en skala fra 1-5. Det ble høsten 2008 etablert et brukerutvalg på Fron Rehabiliteringssenter med representanter fra tidligere bruker ved rehabiliteringssenteret, FFO<sup>9</sup>, NHF<sup>10</sup>, NAV og arbeidsgivere.

## 4.13 Oppfølging/framtid

FR har faste avtaler med alle som henvender seg til senteret om å utarbeide en funksjonsvurdering til bruker som blir henvist fra fastlege, NAV, BHT eller arbeidsgiver. FR inngår også avtaler om

---

<sup>9</sup> Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

<sup>10</sup> Norges Handikapforbund

samarbeidsmøter med ulike aktørene etter behov, og der det er nødvendig har de gjort avtaler om oppfølgingsmøter for å få satt ut i livet tiltak som er foreslått fra FR.

FR vektlegger fysisk aktivitet som viktig for å komme i bedre form til å kunne stå i arbeid som krever fysiske krefter som for eksempel tunge løft på arbeidsplasser som for eksempel Tine og Gilde. Fysioterapeut, idrettspedagog og legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering samarbeider for å iverksette og motivere for helsefremmende tiltak som muliggjør deltakelse i arbeid og fritid. Dette bringes videre til arbeidsplasser og til FYSAK som en oppfølgingsstrategi fra FRs side. I framtida ser FR på oppfølging som en viktig metode og redskap for langvarig og vellykket rehabilitering, og som en av de største utfordringene. Denne rapporten viser forøvrig at brukerne har et stort ønske om oppfølging, og de som deltok på oppfølgingsuka har hatt stor nytte av oppholdet. FR arbeider for å etablere et tilbud med oppfølgingsuke ved senteret tre måneder etter utskrivning. Videre arbeides det kontinuerlig med å få til et system for oppfølging i brukerens lokalmiljø, som ivaretar og viderefører de tiltak og prosesser den enkelte bruker arbeider med. Sentrale samarbeidspartnere i det lokalbaserte oppfølgingsarbeidet er NAV, fastlege, BHT, arbeidsgiver og behandlere (eksempelvis fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier)

I søknaden om prosjektmidler 2006:2 til Sosial- og helsedepartementet stod følgende: ”Senterets primære oppgave vil være å utarbeide en tverrfaglig individuell plan for pasienter i samarbeid med BHT og primærlege”. Det har imidlertid vært knyttet noe usikkerhet til hvilken rolle FR skal ha i utarbeidelsen av individuell plan. I et møte med Sosial- og helsedirektoratet og AFI i august 2006 ble FR gjort oppmerksomme på at dette var en oppgave som tilhører offentlige instanser, og derfor ikke hørte til FRs ansvarsområde. FR har med bakgrunn i dette, utarbeidet funksjonsvurderinger inneholdende tiltaksplan/ behandlingsplan, men ikke bidratt til utarbeidelse av en spesifikk individuell plan. I 2008 har det imidlertid blitt presisert at spesialisthelsetjenesten også har et ansvar for å bistå brukeren i utarbeidelsen av individuell plan. FR har med bakgrunn i signalene fra Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst mål om å være en pådriver for utarbeidelse av Individuell plan for brukere med behov av langvarige og koordinerte tjenester etter utskrivning fra FR.

#### **4.14 Utfordringer i tiden fremover.**

- a) Bedre avtaler med hensyn til pris, mer forutsigbarhet med hensyn til lengde og mer forpliktende avtaler
- b) Kompetanseutvikling. Både for å sikre faglig god kvalitet fremover og for å sikre stabilitet i fagteamet
- c) Tilstrekkelig tilgang på brukere. Dersom FR skal kunne overleve er de avhengig av at deres kunder sikrer dem en tilstrekkelig tilgang på brukere. HSØ har vært dyktige og sørget for en jevn og god tilgang, mens NAV hadde en vanskelig periode med lav innsøkning, men nå har dette bedret seg.
- d) Åpne opp for en bredere forståelse av målgruppa. FR ønsker at også de som mottar rehabiliteringspenger, er på yrkesrettet attføring eller har fått innvilget en midlertidig uførestønad skal få tilbud om arbeidsrettet rehabilitering. FR ser at disse gruppene har et stort behov for rehabilitering og at de per i dag ikke har tilgang til dette tiltaket.

Alle disse punktene henger sammen. En forutsetning for at Fron Rehabiliteringssenter skal lykkes med å levere rehabiliteringstjenester av høy faglig kvalitet er avtaler med lengre varighet og dermed større grad av økonomisk forutsigbarhet.





## 5 Faglig innhold - aktiviteter og tilbud. Organisering av hverdagen

Dette kapitlet beskriver virksomheten ved Fron Rehabiliteringssenter (FR), dets faglige innhold, tilbud og organisering. Dette gjøres med bakgrunn i relevant litteratur/forskning som kan bidra til å skape et større og bredere bilde av FR, spesielt hvor Østlandsforskning (ØF) mener at deler av virksomheten ved FR kan sammenlignes med andre institusjoner.

Ved FR ønsker de å stimulere den enkelte til aktivitet som vil gi opplevelse av mestring, både under oppholdet og på sikt, i arbeid og på fritid. Ved mestring av en aktivitet dannes forventninger om videre mestring, noe som øker sannsynligheten for at man fortsetter med aktiviteten (Rotmo 2008). Fokus blir dermed rettet mot egne mestringsstrategier, økt selvtillit og kreativitet, det vil si "empowerment" i betydningen støtte og styrking i forhold til å påvirke sin egen livssituasjon. Dette synes å være i samsvar med en evaluering av Natur- kultur- helsesenteret (NaKuHel) i Asker som vurderte helse, livskvalitet og mestring blant deltakere i et lokalsamfunnsprogram.<sup>11</sup> Gjennom NaKuHel aktiviteter viste det seg at disse aktivitetene fungerte som en erstatning for et manglende nettverk og hadde positive helsevirkninger (Batt-Rawden og Tellnes 2005). Fokus på mestring antas med bakgrunn i dette å ha viktige konsekvenser for psykisk og fysiske helse og viktig for at personen skal ta en mest mulig aktiv rolle i eget liv (Moxnes 2005). I de ressursorienterte metodene som benyttes ved Fron Rehabiliteringssenter ligger en grunnleggende tro på at personene selv er i stand til, og ønsker å ta ansvaret for egen livssituasjon. I praksis innebærer dette en bevissthet rundt betydningen av å gi brukerne støtte til autonomi for å gjøre den enkelte i stand til å ta ansvar og avgjørelser, for eksempel ved tiltak for å bedre den fysiske helsa. Utgangspunktet er å gi hjelp slik at den det gjelder blir i stand til å hjelpe seg selv (Rotmo 2008). Sett i et slikt perspektiv kan man si at FRs tverrfaglig team understøtter et salutogenetisk perspektiv; det vil si på faktorer som gjør oss friske og motstandsdyktige, og som fremmer overskudd, trivsel og livsglede til tross for psykiske vansker, sykdom eller livsbelastninger. Sett i dette perspektivet kan deltakelse i samhandling og aktiviteter på FR og dets miljø være et gode og en unik salutogen og rehabiliterende faktor som fremmer helse og trivsel (Antonovsky 1987; Batt-Rawden og Tellnes 2005).

Målsettingsarbeidet bygger blant annet på "self-efficacy" slik det er brukt av Bandura (1977), og handler om troen på egne evner til å ha innflytelse på hendelser og handlinger i eget livet. Foruten en bevisstgjøring og styrking av den enkeltes muligheter til å ta ansvar for eget liv og helse, det vi kaller empowerment-tenkning, vil individets oppfatning av egen effektivitet gjennom motivasjon, kognisjon og affektive påvirkningsprosesser influere på atferd. Opplevd egen effektivitet omfatter alle faser av

---

<sup>11</sup> Se: [www.nakuhel.no](http://www.nakuhel.no)

personlig endring, av hvilke valg man tar, og av hvordan man orienterer seg i sine omgivelser (Imsen 1998). I sosial praksis anses mestringserfaringer å være den viktigste måten man kan skape en sterk og vedvarende tro på egne evner til å styre sin livsverden (Bandura 1986). Sannsynligheten for å oppnå dette kan økes ved at individet tilføres kunnskap, ferdigheter og tro på egne evner til å bruke sine ferdigheter effektivt. God selvfølelse kommer ikke av seg selv, det krever intens jobbing og sterk vilje til forandring. Det handler om en selv, ens tanker og følelser. Den handler om at man kan ta kontroll; at en selv kan bestemme hvordan man vil ha det og hvordan man ønsker å leve livet, for eksempel finne en oppskrift på å makte å utvikle seg selv, samt lære selvrefleksjon. Mestringserfaringer av denne typen inngår derfor som en viktig bestanddel i en god utviklings sirkel, når det gjelder samhandling mellom terapeut/behandler og bruker på FR.

## 5.1 Prosessene i Målsettingsarbeidet og diverse undervisning

Det er satt av en time i uken til å reflektere rundt rehabiliteringsprosessen. De to første ukene er det først 10 minutter felles, hvor FR introduserer sentrale begreper og modeller. Første uke vektlegges det at rehabilitering er en aktiv prosess som leder frem mot ny helse. Det snakkes om betydningen av å sette seg realistiske mål og delmål, for å fremme mestring. Gruppen deles så inn i mindre grupper (6-7 personer). Koordinator leder gruppen igjennom en øvelse hvor målet er å få oversikt over egen livssituasjon og helse, samt øke trygghet i gruppen. Alle sier noe om sin situasjon ut fra en modell og koordinator veileder mot å se sammenhenger, negative og positive sirkler, problemområder og ressurser. I andre uke er målet å få oversikt over hva som tapper for og hva som gir energi (Gallo 1998). I undervisningsdelen introduseres en modell med eksempler (blant annet smerter og konflikter tapper for energi, mens humor, fysisk aktivitet, musikk gir påfyll). Gruppen reflekterer så over hva det er mulig å gjøre noe med og ikke, og hva de ønsker å fokusere på. I tredje uke er gruppen samlet og det gis undervisning om selvbilde. Det er øvelser og rollespill for å vise at alle har ressurser som kan brukes for å bedre selvbildet, i tillegg til forståelse av hvordan en vanskelig helse- og livssituasjon påvirker selvbildet. I uke fire trekkes det konklusjoner. Det legges frem hvilke mål hver enkelt ønsker å vektlegge på veien mot en ny helse. Koordinator veileder for å øke motivasjon til gjennomføre beslutninger, og å klargjøre målet, og viser til hver enkelt sine erfaringer under oppholdet.

Målsettinga for treningsprogrammet er å motivere for og drive helsefremmende aktiviteter som styrker aktiv deltagelse i arbeid og fritid. Gjennom pedagogisk og praktisk tilnærming til ulike fysiske aktiviteter, skal brukeren få erfaringer og kunnskap om kroppens behov for å bevege seg og oppleve glede av å være i bevegelse. Allsidig variert trening vektlegges. Utgangspunktet er et aktivt fysisk fellesskap med trening hovedsakelig gruppebasert, men med noe individuell tilpasning til den enkelte. Treningsopplegget skal også ha en klar overføringsverdi slik at brukeren skal kunne bruke hovedelementene av dette i sitt hjemmemiljø. FR setter fokus på livsutfoldelse, muligheter og mestringsevne hos den enkelte. De vektlegger prøving av flere treningsmetoder og opplevelser. Tradisjonelle aktiviteter som turer, friluftsliv, allsidig variert bevegelse i hverdagen (leiken) er grunnelementene i FRs filosofi. Intensjon er å være i spenningsfeltet mellom de gode opplevelser og samtidig være fysisk utfordrende for den enkelte. Ulike gode opplevelser skal motivere til livsstilsendring. Her inngår gode naturopplevelser og mestring av fysiske utfordringer.

Kunnskap er viktig. Ulike punkter som inngår i undervisning om fysisk aktivitet og helse er blant annet:

- Hvordan fysisk aktivitet virker på kroppen (grunnleggende fysiologi)
- Fysisk aktivitet før og nå i et helseperspektiv.
- Fysisk helse – et personlig ansvar
- Ulike treningsmetoder
- Praktiske råd og rutiner rundt egen trening
- Samtale/refleksjon
- Metoder som benyttes av Fysioterapeut ved FR
- Kunnskapsbasert formidling
- Fysisk aktivitet som øker kroppsbevisstheten
- Motivere til refleksjon av sine egne bevegelsesmønstre, spenningsmønstre, kontrollmekanismer, pustevaner
- Utfordre kroppen allsidig via musikk, dans, rytme, lek, konkurranse
- Tradisjonell bevegelsestrening som forbedre kondisjon, styrke, balanse og smidighet
- Individuell veiledning

Brukerne får også veiledning i å sette opp individuelt treningsprogram. Undervisningsopplegget er knyttet til to undervisningsbolker i løpet av oppholdet. Oppholdet er i hovedsak basert på to treningsøkter pr. dag, men med noen halvdags- og heldagsopplegg knyttet til turer/friluftsliv. Aktiviteter som inngår i treningsopplegget er turer i terrenget med eller uten kaffekjele, lavvotur, skiturer, trugeturer, stavgang, treningsturer langs veg med pulsregistrering, sykling, orienterings”løp”, bassengtrening, svømming, badstue, generell styrke-, utholdenhets- og bevegelsestrening på trimrom, leiker, små konkurranser, ringdanser og bevegelse til musikk. Brukerne oppfordres også til å bruke fritida aktivt til trening.

Utover i oppholdet skal brukeren gradvis ansvarliggjøres og selv legge strategier for egen trening.

## **5.2 Avspenning og energipsykologisk tilnærming**

Avspenningstreningen har som mål at hver enkelt skal ”lære å spenne av”, lære metoder for smertelindring (blant annet pusteøvelser, visualiseringsteknikker,), og å lære å observere seg selv med å vise oppmerksomhet; det vil si øke bevissthet om og aksept for egen kropp, reaksjoner, tanker og følelser. Det foretas en individuell behandling som vurderes på bakgrunn av skjemaer (SCL-90-R, McGill smerteskjema (Strand og Wisnes 1991)) og en vurderingssamtale vurderes det hvem som ønsker og har behov for individuell psykologisk oppfølging under oppholdet. Det skjer en prioritering ut fra antatt betydning for funksjonsevne og arbeidslivsdeltagelse og behandlingen bygger på energipsykologisk tilnærming (Bøhle 2008; Gallo 1998) kombinert med samtaleterapi. Det handler ofte om bearbeiding av traumer.

I første uka – ”Hvor står jeg” – handler det om å lære hvordan tanker, omgivelser og arbeidsforhold virker på energinivået vårt. Dette viser hvordan man reagerer på ulike typer energinivå og påvirkninger; den rasjonelle tankens begrensning ved beslutninger og i behandling. Det undervises om

smerte og smertens sammensetning i et holistisk perspektiv og illustrerer hvordan affekter og tanker, samt sosiale situasjoner påvirker smertefølelsen. Et slikt perspektiv gir optimisme når det gjelder å påvirke oss selv.

I uke 2 – ”Mulighetenes uke” – fortsetter 2.time med opplevelser av hvordan man føler seg i ulike samspillsituasjoner og gruppeøvelsen består blant annet av styrkende tanker, konsekvensene av egne tanker, egne livssituasjoner, diverse ytre stimuli mm. så som farger, rytmer, lyder. Alt for å vise hva som styrker eller svekker oss, tydeliggjort med demonstrasjoner og egenopplevelser.

I uke 3 – ”Avklaringsuka” – 3. time fortsettes med egne tanker, for eksempel hva har de opplevd og observert under oppholdet så langt. Gruppen blir vist en kommunikasjonsmodell som også lærer brukerne energistyring og enkel transaksjonsanalysefigur som eksempel på kommunikasjon.

I uke 4- ”Ut-i-livet-Uke” - 4. time starter med samtale om erfaringene siden forrige gruppe. Tema for timen er fokusert på ”Jeg-styrking”, selvtillit og gruppeøvelse, for eksempel ”Her er jeg .... som ... Hva former oss?” Elementer fra fortid, nåtid, eller kanskje framtid? Poenget er å gi brukerne en metode som redskap til selvhjelp.

### **5.3 FRs produkt kan sies å være ”Forandring”**

Et produkt er resultat av en produksjon, som er en prosess fra et emne forandrer seg til et ferdig produkt. Hvis FR skal beskrive sitt produkt, synes følgende verdigrunnlag:<sup>12</sup> å illustrere en vei – en prosess mot et mål: Produkt → forandring → forandringsaktivitet → intensitet → menneskelige møter → dialog → ekthet. Dette forutsetter følgende fem faktorer: tid – respekt – åpenhet – tillit – trygghet; det vil si kulturelle egenskaper hos FR og dets miljø. For mange er denne beskrivelsen selvvinnende fordi den automatisk forbinder den med, nettopp et fysisk produkt eller selve produksjonsprosessen. Siden FRs produkt kan sies å være ”Forandring”, arbeider de for å skape forandring hos mennesker. For mange er det lett å tenke at en kan be mennesker forandre seg. En sier: ”Det må du gjøre noe med”. FR vet at forandringsaktivitet krever maksimal trygghet, og gjennom menneskelige møter skapes den trygge base. Kommunikasjonen går ut på å se og høre individet der og da. Dette krever ro, ettertanke og refleksjon. FR bygger virksomheten sin på respekt, åpenhet, tillit og trygghet. Tid og rom til nødvendige vurderinger, refleksjoner og riktige handlinger, er en forutsetning for den virksomheten FR driver. FR mener det er viktig at alle parter forstår at den forandringsprosessen de skal sette i gang i løpet av maks tre til fire uker, er en intensiv prosess som taper seg i takt med antall brukere pr. fagperson, og som bør styrkes..

### **5.4 Oppfølgingssamtaler**

I løpet av rehabiliteringsoppholdet etablerer koordinator kontakt med de aktørene som vurderes som sentrale i arbeidet med å hjelpe de sykemeldte tilbake i arbeidsaktivitet. Med bakgrunn i fagteamets

---

<sup>12</sup> Utarbeidet i august 2006.

vrderinger innkalles aktuelle aktører til samarbeidsmøte i hjemkommunen. Dersom lang avstand vanskeliggjør dette skal de aktuelle aktørene kontaktes på telefon og det skal gjennomføres en telefonkonferanse, evt. sikre at brukeren har avtaler å forholde seg til etter utskrivning. Møte tilstrebes gjennomført innen tre uker etter avsluttet rehabiliteringsopphold. Hvem som innkalles til møte er avhengig av brukerens situasjon, men den mest vanlige møtesettingen er; bruker, henvisende lege, arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste, NAV og koordinator. Møte ledes av koordinator. Formålet med møte er å:

- Skape en felles forståelse av brukerens situasjon og mål. Fokuset er rettet mot de faktiske ressurser og muligheter brukeren har.
- Sikre en videreføring av de tiltak som anbefales gjennomført for å bringe den sykemeldte tilbake i arbeid. Dette kan eksempelvis være konkrete hjelpemidler som kan lette brukerens arbeidssituasjon, fysisk trening og mosjon, fysisk eller psykologisk behandling og lignende.
- Vedta en handlingsplan/oppfølgingsplan rundt den enkelte bruker. For å sikre en hensiktsmessig tilbakeføring til arbeidslivet er det erfaringsvis avgjørende at det gjøres klare avtaler om hvilke personer som skal følges opp, dato for oppfølgingsmøter etc.

FR oppfordrer brukeren til å ta kontakt ved behov og de stiller gjerne på oppfølgingsmøter der hvor det er nødvendig, men prøver å løse det meste per telefon. Formålet med samtalen er å motivere og støtte brukeren i arbeidet med å nå sine mål. Ved behov for konkrete råd og veiledning i forhold til fagspesifikke problemstillinger kan andre fagpersoner ved rehabiliteringssenteret bidra med i oppfølgingssamtalen.

## 5.5 Møte med arbeidsgiver

Når en bruker har fått positivt svar på søknad om plass, er det visse forberedelser som skal gjøres før oppholdet starter. Arbeidsplassen regnes som hovedarena når man skal finne løsninger for at ansatte kan være på jobb selv om de ikke er helt friske. Arbeidsgiver og arbeidstaker vet hva jobben krever, og er derfor dem som best kan finne muligheter. Dersom en ansatt likevel føler behov for å ha med en støtteperson, vil det å være greit for de fleste arbeidsgivere. Personen kan for eksempel være representant fra bedriftshelsetjeneste eller HMS-avdeling, attføringskonsulent, tillitsvalgt eller verneombud. Lederen skal informeres om at en person er med på møtet. Hensikt med møtet er å legge forholdene til rette for tilbakeføring til arbeid, avklare egne og arbeidsgivers forventninger, informere arbeidsgiver om hvilke oppgaver bruker tror de greier/ikke greier, samt øke bevissthet på hva som skal til for å komme tilbake i arbeid. Poenget er å ikke bruke for mye tid på å snakke om det som ikke fungerer, men fokusere heller på hva som skal til for at brukeren kan komme tilbake i jobb.

Eksempler fra Fron på forhold som kan drøftes:

- arbeidsoppgaver – tilretteleggingsmuligheter?
- arbeidstid, tidskrav, tempo – tilretteleggingsmuligheter?
- kompetanse – har du behov for faglig oppdatering/ny kunnskap?
- arbeidsplassens fysiske utforming
- tekniske hjelpemidler
- sosialt miljø, holdninger, kultur

- andre forhold som påvirker arbeidssituasjonen

Før møtet er ferdig skal målsetninger videre avtales og nedskrives:

- tiltak/tilrettelegging på arbeidsplassen, midlertidig eller permanent
- behov for videre avklaring – hva
- behov for hjelp fra andre – hvem
- tidsfrister
- avtale dato for neste møte

Det som bruker og arbeidsgiver kommer frem til under møtet, benevnes i Arbeidsmiljøloven og Folketrygdloven som en oppfølgingsplan. Det er lovbestemt at arbeidsgiver og arbeidstaker sammen skal utarbeide en slik plan innen de første 8 ukene av et sykefravær. Planen kan gjerne være kortfattet, evt. i stikkordsform. Skulle det være punkter man er uenige om, har ulik oppfatning om, så oppfordres det til å skrive ned punkter, blant annet for å finne løsninger på uenigheter/konflikter.

Dokumentet/oppfølgingsplanen skal underskrives både av bruker og leder og begge beholder en kopi. Denne planen tas med til trygdekontoret.

## 5.6 Erfaringer og tanker om funksjonsvurderinger

Fron Rehabiliteringssenter ser det som sin primæroppgave å foreta en kartlegging av den enkelte bruker, for deretter å skrive tverrfaglige funksjonsvurderinger. Det er benyttet maler og informasjonsmateriale fra NAV og UiO (Universitetet i Oslo). FR har forsøkt å gjøre de så gode som mulig etter både eksterne og interne evalueringsrunder. Målet er å skrive funksjonsvurderinger som gir et realistisk bilde av personens muligheter og begrensninger i forhold til å gå tilbake i arbeid eller annen aktivitet. Personer som søker om uføretrygd er en målgruppe som ikke tilhører arbeidsrettet rehabilitering, men pågangen har hele tiden vært stor fra flere hold. FRs erfaring viser dessuten at brukerens psykiske behov i liten grad fremgår i legens henvisninger, og i mange tilfeller avdekker psykologen situasjoner som det er nødvendig å ta tak i for å komme videre i rehabiliteringsprosessen. Dette er blitt en viktig del av en funksjonsvurdering som flere av FRs samarbeidspartnere etterspør. Nedenfor er ett eksempel fra vurdering av brukerens funksjons- og arbeidsevne:

"Anne" har vært inne til et fire ukers opphold hvor det er foretatt en individuell vurdering av hennes funksjonsevne. Det har også blitt gjennomført et behandlings- og undervisningsopplegg med økende progresjon, rettet mot å bedre fysisk tilstand og gi økt selvfølelse, trygghet, kontakt- og samarbeidsevne. Ulike punkter som diagnose fra henvisende instans, bruk av medikamenter, brukerens situasjon og/eller tilstand blir vurdert av det tverrfaglig teamet.<sup>13</sup> Videre gjennomgås:

- Fysikalske undersøkelser hos legespesialist og fysioterapeut

<sup>13</sup> I den tverrfaglige vurderingen ser Fron rehabiliteringssenter på mennesket som en biologisk, psykologisk og sosial helhet, og brukermedvirkning er en integrert del i denne (jf. IA-rapport, kap. 6.2.4, 2003).

Teamet består av: Legespesialist i fysikalsk medisin, Psykologspesialist, Psykolog, Klinisk ernæringsfysiolog (ubesatt), Fysioterapeut, Idrettspedagog, 3 koordinatorene med utd. som hhv. Barnevernspedag, Sykepleier, Psykiatrisk sykepleier og i engasjement friluftspeileder.

- Psykologisk veiledning gjennom samtale og testing med Myers-Briggs Type Indicator (MBTI), (Ringstad og Ødegård 1999), Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis 1994) og McGill Pain Questionnaire – norsk utgave (McGill smerteskjema) (Strand og Wisnes 1991).

Det vises også her til hvilke type gjennomført behandling og undervisning som brukeren har fått på FR:

- Fysisk trening to økter daglig som omfatter bassengtrening, generell/tilrettelagt trening på trimrom og turer
- Endrings- og løsningsorienterte samtaler basert på relasjonelle forhold til arbeid og omgivelser
- Psykologisk behandling, individuelt og i gruppe, med energipsykologisk tilnærming og mindfulness (Gallo 1998; Siegel 2007)
- Avspenning/oppmerksomhetstrening 3-4 timer i uken
- Undervisning: kost og ernæring, helse og aktivitet, rygg/nakke/skulder, smerte- og stressmestring, målsettingsarbeid, muligheter og rettigheter i arbeidslivet
- Det gjennomføres dessuten et skriveprogram, der brukerne etter en metode, skriver om sin situasjon og tilstand (Pennebaker 2007)

Eksempler på anbefalte tiltak kan være:

1. Regelmessig trening
2. Avspenning
3. Bassengtrening (Henvisning til Skogli)
4. Oppfølging fra coach
5. Attføring – gradvis opptrapping av arbeidsmengde.

*Eller:*

1. Regelmessig fysisk aktivitet – egentrening
2. Henvisning til gastroenterolog for gastroscopi med tynntarmsbiopsi
3. Fremme krav om yrkesrettet attføring.
4. MR ve. kne<sup>14</sup>
5. Drøftingsmøte med lege, NAV og Fron Rehabilitering

---

<sup>14</sup> Anbefaler MR-undersøkelse av venstre kne





## 6 Hvor står jeg? Oppfølgingsundersøkelse

Vi (ØF) gjennomførte en spørreundersøkelse blant de som var på Fron Rehabiliteringssenter (FR) for å være på oppfølgingsuke. I alt gjaldt dette 19 stykker. I tillegg sendte vi ut spørreskjema til 13 personer som ikke var på oppfølgingsuke, av disse svarte ti stykker. Det vil at vi har data fra 29 informanter, hvor noen av deltagerne (brukerne) også var med på intervjuene i 1. og 4. uke. I det følgende skal vi gi en kort analyse av det innsamlede materiale. Det lave antallet informanter betyr selvsagt at vi ikke har som mål å finne generaliserbare data her. Målet er å gi innsikt i hvordan akkurat disse har opplevd oppfølgingsuka på Fron. Siden vi har nådd noen som *ikke* var på oppfølgingsundersøkelsen, får vi også noe kunnskap om det er noen mulige forskjeller mellom disse to gruppene.

Prosent bør brukes med varsomhet når en har et så lite utvalg som her, vi har likevel valgt å bruke prosent i den videre analysen. Men leseren bør være oppmerksom på at datagrunnlaget er tynt, og ikke dra den konklusjon at prosenttallene oppgitt, gjelder alle som har fått behandling ved FR. Antallet svar vil variere for hvert spørsmål og er alltid oppgitt i tabellene. Grunnen til at antallet varierer kan for eksempel være at ikke alle spørsmål er relevante for alle som har svart. I tråd med etiske retningslinjer for spørreundersøkelser (NESH 2006) var det presisert at man kunne hoppe over spørsmål om man ikke ville/kunne svare.

### 6.1 Bakgrunn

I alt så svarte 29 informanter på undersøkelsen. 19 av dem hadde vært på oppfølgingsundersøkelse og 10 hadde ikke. Av de som svarte var 72 prosent kvinner. De fleste var enten gift eller var samboere.

**Tabell 1:** Sivilstand

	Frekvens	Prosent
Gift/samboer	19	70
Singel	4	15
Skilt/separert	4	15
Total	27	100

De var generelt lavt utdanna. Bare en av 29 hadde universitets eller høgskoleutdanning og bare 12 av de 29 (41 prosent) hadde videregående utdanning. Blant sysselsatte i Norge, har omtrent 30 prosent høyere utdanning.<sup>15</sup> Utdanningsgraden er altså svært lav.

---

<sup>15</sup> Kilde: SSB

I overkant av halvparten av de som svarte på undersøkelsen hadde omsorgsansvar, mens ytterligere 20 prosent hadde hatt omsorgsansvar tidligere.

## 6.2 Om sykefraværet og oppholdet på Fron

Oppfølgingsuka i oktober 2008 var den første Fron har hatt i løpet av sin virksomhet og kan anses som et slags forsøksprosjekt. De fikk midler våren 2008 til å ta inn 20 brukere fra de ulike puljene de hadde hatt i løpet av sommeren og høsten 2008. Brukerne ble trukket ut gjennom loddtrekning, og det var derfor tilfeldig hvem som ble kalt inn til oppfølgingsuke og ikke. Blant de som ble trukket ut, fikk ti personer dette oppfølgingstilbudet 1 mnd etter de hadde kommet hjem, og ni personer etter de hadde vært hjemme i to måneder. Denne oppfølgingsundersøkelsen skiller ikke på *når* de var på oppfølging, men vi gjør noen sammenligner basert på hvem som var på oppfølging og ikke. Metodisk har vi her delvis eksperimentell design (Ringdal 2007), siden det er tilfeldig hvem som ble trukket ut til oppfølging. Vi har likevel ikke et pretest-posttest system, og vi får dermed noe problem med å validiteten. I tillegg er det noe få respondenter, og vi har derfor ikke mulighet til å foreta en test av alle mulige bakgrunnsvariabler (det er for få respondenter til å ta en fullverdig multivariat analyse). Den følgende analysen må leses med hensyn til dette.

De fleste hadde vært i sykefravær i mindre enn et år. De som ikke hadde vært på oppfølgingsuke hadde vært lenger i sykefravær, enn de som hadde vært på oppfølgingsuke. Dette viser at det til tross for at det var tilfeldig utvalg, ikke var *like* utvalg.

**Tabell 1 Lengde på sykefravær, i prosent**

		Har du vært på oppfølgingsuke?		
		Ja	Nei	Total
Lengde på sykefravær:	Mindre enn et halvt år	26	0	17
	Halvt år til ett år	32	50	38
	Mer enn ett år	42	50	45
		100	100	100

N=27

Det er også relativt stor forskjeller på egenvurdering av helse blant de som var på oppfølging og ikke.

**Tabell 2 Krysstabell, de som har vært på oppfølging og de som føler de har det bedre nå, prosent**

		Har du vært på oppfølgingsuke?		
		Ja	Nei	Total
Har du det bedre nå?	Ja	58	20	45
	Nei	21	60	34
	Vet ikke	21	20	21
	Total	100	100	100

N=29

På spørsmålet om hvordan helse var før og nå svarte hele 58 prosent av de som var på oppfølgingsuke at de opplevde at helse var bedre nå, enn før oppholdet på Fron – mot kun tjue prosent blant de som

ikke var på oppfølgingsuke. Dette er basert på få respondenter, spesielt fra de som ikke har vært på oppfølgingsuke/tilbud, men det ser ut som at de som har vært på oppfølgingsuka i større grad føler at de har det bedre nå enn før oppholdet. Dette kan forklares på flere måter. En er at det er de som har vært lengst i sykefravær er også de som følte seg dårligst i utgangspunktet og har hatt minst nytte av oppholdet. Dette diskuterer vi under. Den andre, og mer åpenbare, tolkningen er selvsagt at oppfølgingsuka faktisk førte til en økt følt bedring for brukerne. En siste delvis forklaring på disse forskjellene, går på at de som var på oppfølgingsuke fylte ut skjemaet på Fron – mens de ennå var i behandling, mens de som ikke fikk oppfølging fylte ut skjemaet hjemme hos seg selv, etter at de kanskje var kommet tilbake i gamle spor.

Vi hadde også et annet mål på helsetilstand som vi undersøkte. Informantene ble bedt om å oppgi hvor godt de vurderte sin helse før og nå. Denne oppdelingen er basert på standarder for opplevelse av helse og går fra utmerket til dårlig.<sup>16</sup> Hvis vi graderer dette til en glidende skala fra 1 til 5, der 1 er utmerket og 5 er dårlig, får vi et mål vi kan behandle enklere statistisk.

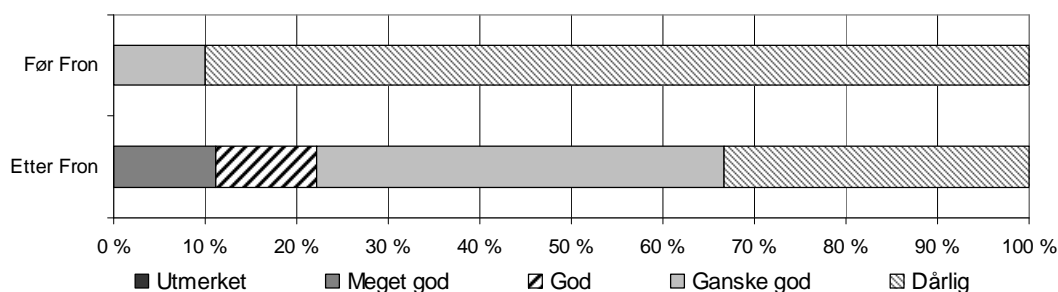
Da får vi følgende funn:

**Tabell 3 Oppfølgingsuke og helse før og etter Fron, prosent**

	Har du vært på oppfølgingsuke?		
	Ja	Nei	Total
Helse før	4,9	4,7	4,8
Helse nå	4,0	4,5	4,2
Diff.	0,9	0,2	0,6

Vi skal som sagt være forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner, men vi ser at det er høyere opplevd bedring blant de som hadde oppfølgingsuke, sammenligna med dem som ikke hadde det. Med de forbehold som vi akkurat nevnte, ser vi likevel her at de som var på oppfølgingsuke faktisk vurderte sin helse som verre enn de som ikke var på oppfølging. Husk likevel at de ikke ble bedt om å vurdere helse før etter oppholdet. Det beste hadde vært å stilt dette spørsmålet før oppholdet. Likevel ser det ut som vi kan si at oppfølgingsuke bidrar til økt selvopplevd bedring av helsetilstanden. Dette samsvarer med de kvalitative funnene.

Tar vi utgangspunkt i opplevd helse før og etter oppholdet på Fron hos de som *var* på oppfølgingsuke, får vi følgende figur (de som ikke var på oppfølgingsuke holdes ute av resten av analysen).



Figur 1 Informantenes oppfattelse av egen helse før og etter Fron

<sup>16</sup> Basert på standardisert skjema, SF-36, spørreskjema om helse

Som vi ser, har mange flere vurdert sin helse etter Fron til "ganske god". I tillegg har over 20 prosent oppgitt helsa til å være enten god eller meget god. Typiske forklaringer er at oppholdet på Fron har betydd veldig mye for de og at de skjønner mer hvorfor de har vondt, for eksempel ved å ha lært å akseptere "ting", som en informant sier; *"Fron har fått få meg litt tryggere, nå klarer jeg å sette litt grenser for meg sjøl, kjenne på denne energikoppen hele tiden og hva man kan fylle opp den med."* Denne tryggheten bunner ofte i tilegnelse av ny kunnskap om hvordan kropp og sjel fungerer sammen som en helhet, samt at de lærer at de selv kan gjøre noe med sin egen helse. Typiske trekk som går igjen er at de er blitt sterkere og takler ting litt annerledes: *"tenker mer på meg sjøl, tenker mer på min egen kropp, selv om jeg sikkert tøyser de grenser fremdeles, men det gjør man jo ellers i livet, blitt flinkere til å si nei når folk spør om hjelp"*. Andelen som oppgir at helsa er dårlig, har gått ned fra 90 prosent til 33 prosent. Selv om vi skal være forsiktig med å trekke for klare konklusjoner ut av dette, viser det helt tydelig at den opplevde bedringen etter oppholdet på Fron er tilstede; for eksempel: *"totalt sett så føler jeg meg mye bedre nå"*. Målet er å komme tilbake til jobb for de fleste. Dette henger trolig sammen med at selv om smertene er tilstede, har de lært å mestre sin sykdom og sine plager på en annen måte, samt at de har fått lært en del teknikker som kan bidra til varige livsstilsendringer.

*"Ikke blitt noe bedre... Smertemessig er jeg på samme sted, og det er klart at det var kjekt å få komme hit å treffe andre som har slike lidelser, og du lurer jo på hva som skjer med kroppen din, samtidig og at de hjelper meg med videre gang i undersøkelsen i forhold til de smertene jeg har, så jeg er veldig positiv til stedet fordi om jeg fortsatt har vondt. (1 mnd siden).*

Andre undersøkelser viser at personers oppfatning av sin evne til å takle motgang var den sterkeste indikatoren på selvhjulpenhet, og evnen til å opprettholde kontroll over hverdagslige problem (Braden 1990; Haugland 1995). På denne måten kan man si at FR er med på å hjelpe brukerne til å skape en aktiv og problemorientert mestringsstrategi; med andre ord en lært selvhjelpsrespons som fører til en bevisst prosess hvor en møter forståelig og forklarlig motgang. Personer som ikke aksepterer sykdommen sin eller føler at sykdommen ligger utenfor deres kontrollområde benytter oftere emosjonelle mestringsstrategier slik som ønsketenkning, selvanklaging, skyldfølelse, med mer (Schussler 1992) .

Det synes ikke å være noen merkbar forskjell mellom det å være tilbake etter 1 måned eller 2 måneder. Hovedtrekkene er det samme – å komme tilbake til FR var viktig for å skape gode rehabiliteringsprosesser, tilfriskninger, vitalitet og forbedret livskvalitet. Det virker som alle fra sitt ståsted var inne i en god framdrift og bevegelse, og at kunnskapene og erfaringene fra Fron var til stor hjelp og støtte uavhengig av hvilke individuelle behov, livssituasjoner og belastninger det var for den enkelte bruker her ordsatt av en bruker *"Det er ingen som har hjulpet meg så mye som jeg føler at dem har hjulpet meg her"*. Viktigheten av å sette egne grenser, si nei, akseptere sin sykdom og sine smerter, samt takle hverdagene bedre kommer fram i mesteparten av intervjuene og kan regnes for en svært viktig faktor. Forskning støtter for øvrig at bevissthet og bearbeidelse av for eksempel sorg vil kunne styrke immunapparatet, og justere kroppens helsetermostat (Bøhle 2008). Som vi ser gjennom dette sitatet viser sykdomsproblematikken et komplekst mønster hvor kropp og sjel synes å uttrykke samme sak. FR har bidratt i prosessen fra å føle seg dårlig til å oppleve at hverdagen nå ikke er så tung.

Oppfølging synes også å være et viktig redskap for egenstyrking av videre framgang:

*”Jeg har blitt bedre til å sette egne grenser, bedre til å takle hverdagen med de små knep jeg har lært her, jeg har blitt flinkere til å si nei... til å få forståelse for hvor viktig det er å sette av tid til seg sjøl... for å hente inn inspirasjon igjen, og etter dette oppholdet her, så føler jeg meg mye bedre psykisk, så har og det fysisk blitt bedre... så hverdagen er ikke så tung nå... så har jeg lært meg viktigheten av å trene og bevege meg, og for mine plager må jeg ha bevegelse for å holde smertene i sjakk... for meg var oppholdet på Fron alfa omega... i ettertid var muligheten for å komme tilbake viktig... særlig at det var noen bak deg som kunne ta avgjørelser og som følte at det er noen som henter opp deg hvis det skulle gå galt, og ergo så får du mye mer styrke på å klare deg sjøl... så muligheten for oppfølgingsuke er viktig, fått tid til å reflektere og tid til å se hva som ikke har gått galt... skal på yrkesrettet attføring”*

Det er en viss sammenheng mellom de som oppgir å ha fått en diagnose, og de som opplever at de har det bedre. Likevel, dette er ingen klar sammenheng. Noen hadde ikke fått noen diagnose når det var på Fron. Som tidligere nevnt er det å stille en diagnose heller ikke formålet på FR. Under intervjuene i første uke nevnte også flere at de hadde kommet til Fron for å få en diagnose. Annen forskning viser blant annet at å stille en diagnose, finne ut hva som feiler pasienten er en vanskelig kunst. Det ligger en stor begrensning i følsomheten og treffsikkerheten til mange av dagens prøver, og det er derfor viktig å lytte til pasientene (Bøhle 2008). Målet for FR er ikke i første omgang å bidra til å få en diagnose for brukerne, men å lage en funksjonsvurdering som kan danne grunnlag for en god og begrunna rehabiliteringsprosess videre. Flere brukere har fått avklart tilstandene sine, som 1. og 2. linjetjenesta ikke har greid. Det gjelder både fysiske og psykiske tilstander, ikke minst de posttraumatiske stressreaksjonene.

**Tabell 4 Krysstabell, diagnose og om de føler de har det bedre nå, frekvens**

Bedre nå? ↓	Diagnose	
	Ja	Nei
Ja	6	4
Nei	0	3
Vet ikke	2	2

Av de som har svart at de har fått en diagnose, opplever hele 6 av 8 at de har det bedre nå. To svarer at de ikke vet. Av de 9 som ikke har fått diagnose, opplever 3 at de ikke har det bedre nå, mens 4 sier de har det bedre og 2 ikke vet. Dette tyder på, ikke overraskende, at det å få en diagnose er viktig for at en skal oppleve bedring. Dette samsvarer også med andre studier (Mæland 1999; Svensson et al. 1998).

Svært mange av de som har svart, har altså oppgitt å ha bedre helse etter oppholdet på Fron, men hva er det som gjør denne forskjellen?

### 6.3 Vurdering av Fron

Som vi har sett har mange av de som svarte på undersøkelsen vår oppgitt at de har fått en bedring av egen helse. Dette tyder på brukerne i stor grad er fornøyd med oppholdet. Men vi ønsket også å ha et

litt bedre mål på hva brukerne syntes om Fron, og enda viktigere, hvilke faktorer som avgjør om de gir Fron høy score eller ikke. Dette gjøres gjennom regresjoner. Vi kan gjøre regresjoner om vi har nominelle variabler som blir slått sammen til indekser.

I undersøkelsen fikk informantene sju spørsmål som gikk rett på deres opplevelse av oppholdet på Fron. Til sammen kan vi si at disse spørsmålene utgjorde en faktor for hvor godt Fron har lyktes. Vi har dessverre alt for få informanter til å gjøre en god analyse av kvaliteten på faktoren, vi må derfor ta for gitt at faktoren er god nok ut fra det teoretiske arbeidet den bygger på.<sup>17</sup> De sju påstandene som utgjorde faktoren var:

1. Jeg føler meg bedre etter oppholdet på Fron
2. Jeg mestrer og takler hverdagen bedre nå, enn før oppholdet på Fron \*
3. Jeg har forbedra kostholdet mitt etter oppholdet på Fron
4. Jeg er mindre sliten nå, på grunn av oppholdet på Fron
5. Jeg er mer fysisk aktiv nå, på grunn av oppholdet på Fron \*
6. Jeg har fått mer kunnskap og innsikt om egen helse og sykdom etter oppholdet på Fron
7. Jeg har lært teknikker/metoder som angår min helse

\* Disse to spørsmål ble snudd i spørreskjema for å unngå "ja-svaring" (at man krysser det samme på alle spørsmål).<sup>18</sup>

Ved å slå disse sammen til en faktor, får vi en indikator på tilfredshet av oppholdet som går fra 7 (perfekt) til 35 (veldig dårlig).

Denne indikatoren, også kalt indeks, hadde maksverdier i vårt materiale på 7 og 20. Gjennomsnittet var på 14. Disse tallene sier oss ikke så mye, det vi kan bruke denne indeksen til, er å se hvordan forskjellige faktorer slår ut. Hva påvirker om brukerne føler at oppholdet har hatt effekt og ikke. Vi har dessverre for få informanter til å kunne gjøre en lineær regresjon og funnet hva som er signifikante faktorer. Denne indeksen kan likevel brukes ved en senere anledning, og kan da sammenlignes med funnene fra denne undersøkelsen. Et eksempel på regresjonsanalyse er gjort i vedlegget.

Vi skal her likevel se deskriptivt på resultatene, og ikke ta hensyn til om det er strengt generaliserbare data. Sammenligner vi gjennomsnittsverdier, ser vi at kjønn spiller en liten rolle: Menn får en noe lavere (det vil si bedre) score enn kvinnene (13 mot 14,1). Videre er det forskjell mellom de som har vært på oppfølgingsuke og ikke (Ja = 12,7 mot Nei = 15,8). Single og skilte/separerte oppgir noe bedre score enn samboere/gifte. Dette siste funn må likevel, som de andre funnene, sies å være av kun anekdotisk art, på grunn av at bare fire informanter er henholdsvis skilt/separert og singel.

I vedlegget er det mulig å se deskriptiv oversikt over hva respondentene svarte på hvert av de sju spørsmål.

Fordelen med indeksen som vi har brukt her er at det gir oss ett rimelig godt mål som kan brukes for å gjøre sammenligninger, både over tid og med hensyn til bakgrunnsfaktorer. Vi anbefaler derfor at denne indeksen brukes i videre arbeid med vurdering av Frons arbeid.

---

<sup>17</sup> Indeksen har en intern reliabilitet mål etter Cronbachs  $\alpha$  metoden på 0,742, noe som er tilfredsstillende høyt

<sup>18</sup> Undersøkelsen kan fås ved henvendelse til Østlandsforskning

I en undersøkelse av 136 tidligere brukere, gjennomført av Fron, ble informantene bedt om å oppgi generell fornøydhed ved oppholdet. Dette var operasjonalisert på en glidende ikke-vekta skala, som gikk fra "det manglet noe ved oppholdet" til "som helhet var oppholdet bra for meg".

Østlandsforskning vekta denne glidende skalaen fra 1 til 5, der 1 er "det manglet noe" og 5 er "oppholdet var bra". Vi fikk da følgende fordeling.

**Tabell 5 Vurdering av Fron, generelt i prosent**

1 Det var mangler ved oppholdet	3
2	2
3	6
4	15
5 Det var ingen mangler ved oppholdet	73
Total	100

Kilde: Fron Rehabiliteringssenter

Gjennomsnitt var 4,53.

Som vi ser er informantene i stor grad fornøyd med oppholdet sitt. Dette sier ikke direkte noe om kvaliteten på oppholdet, det kan argumenteres for at det måler først og fremst trivsel. Likevel, en kan også argumentere for at informantenes fornøydhed med oppholdet i noen grad kan tolkes som en indikator på kvalitet.

## 6.4 Data fra intervjuene i oppfølgingsuka

Det synes å være fire hovedtrekk som går igjen når brukerne skal forklare hvorfor oppfølgingsuka var viktig:

### 1. Måler sine egne framskritt siden de var på Fron sist.

Brukerne framhever FR som mål på hvor de står og hvor de skal videre, og man kan se at FR synes å fungere som en viktig "sosial støtte" i vanskelige og tunge livsfaser. Det er likevel viktig å framheve betydningen av regelmessig oppfølging i tiden etter de har kommet hjem, spesielt i forhold til å kunne repetere kunnskaper og lærdommer fra FR.

*"Det er godt å være her, man tenker kun på seg sjøl, hvor sliten er du, hvor mye har du faktisk klart å forandre deg på den tida som du har vært hjemme, hvor mye har man klart å endre på egenhånd lissom... (2 mnd siden)*

*"man får slappet av og kjent ting på kroppen som man ikke gjør så godt når man er hjemme... er det noe jeg trenger å gjøre når jeg er hjemme, og det er jo viktig da..."*

*"jeg synes det var så viktig å få med seg den [oppfølgingsuka] da jeg sluttet her for 2 mnd siden... å være her og friske opp.. kunne prate litt... jeg føler at jeg er mye sterkere til å gå videre, så jeg er så fornøyd med opplegget her, og jeg reklamerer for det for andre... når jeg ser andre som går og hangler... så sier jeg ta en tur til Fron"*

## 2. Motivasjon til kontinuitet og struktur i hverdagen og vedlikehold av nye helsevaner.

Hvis man antar at FR fungerer som en slags sosial støtte for brukerne i, så er det også tydelig å se at FR bidrar til kontinuitet, struktur og vedlikehold av nye helsevaner. FR har hjulpet mange med å ta i bruk teknikker som stressmestring, grensesetting og kontroll over egne livssituasjon, ofte i turbulente faser som kan ha vært preget av rotløshet, rastløshet og manglende mening.

*"Når jeg reiste hjem igjen så gledet jeg meg til uke 44, så det er kjempemessig å komme tilbake, jeg følte at jeg trengte det, når du er her så har du alt oppi fanget, og å komme hjem igjen så ville jeg så gjerne gjøre det samme, men fikk ikke til alt...jeg har vedlikehold en del...jobber med å oppnå kontinuitet med variert trening, så jeg går turer på egenhånd, så har jeg begynt å trene på slik fysioterapi med masse treningsapparater, jeg prøver å drive med litt Qi gong og prøver å få til ting i hverdagene kan du si.. For meg er stress, slik psykisk stress som gift for meg... så det er det jeg jobber mest med, å få strukturert hverdagen slik at jeg får plass til disse" (2 mnd)*

*"Ja, det synes jeg er veldig viktig for da får man greie på hvor man står og hva man kan gjøre videre... før turde jeg ikke gå turer på grunn av svimmelhet og sånn. Jeg går ikke så kjempelange turer, men jeg går turer i hvert fall..."*

*"jeg får ikke fullrost nok teamet, vi føler oss betydningsfulle og vi har alt oppi fanget.... når jeg kom hjem igjen var jeg kjempemotivert og inspirert og jeg fikk veldig mye her, jeg må si det".*

*"man tar seg mye mer sammen for å holde vedlike så har man glemt en del når man kommer hjem igjen og det blir borte for en, så jeg synes det får oss i gang igjen og puffer oss videre"*

*"Du har jo blitt flinkere til å beskytte deg sjøl, og si nei og litt grensesetting, og jeg har brukt avspenning, det har jeg bestemt meg for å ta daglig etter jobben før jeg reiser hjem... med CD også... bruke tid på å stresse ned, man må jo tenke litt på seg sjøl og, bli mer selektiv" (1 mnd)*

Sett i et slikt perspektiv er det nærliggende å beskrive brukernes progresjon og i livet: en mening i det vi holder på med. Det finnes også flere egenskaper som hjelper oss til bedre helse: evne til å være positive og optimistiske og se lyspunktene i tilværelsen, å engasjere oss, være fleksible, vise empati, bygge energi og øyne håp – og ikke minst å ha humor, det vil si å ha evnen til å more seg over hverdagens små og store pussigheter. Alle disse gode egenskapene bedrer vår psykiske og fysiske helse og gjør det lettere både å holde oss friske – og å reise oss igjen etter store påkjenninger.

## 3. Motivasjon til å komme tilbake til arbeidet.

Det kan se ut som at brukerne arbeider med seg selv for å bli mer positivt innstilt til tilværelsen. Selv om mange har vært utsatt for store påkjenninger har FR bidratt til at de gjennom slike personlige erfaringer har lært mye nytt om seg selv og sine egne ressurser. Ved å ha gjennomgått vanskelige ting og fremdeles være på offensiven og fokusere på det positive, synes det som om motivasjonen og viljen til å komme tilbake til jobb er et mål som kan betegnes som tilfredsstillende.

*"Jeg er kommet i gang med en opptrappingsplan, og skal forsøke meg i jobb snart... (2 mnd siden)*

*"når jeg skal på jobb så må jeg stå opp, så jeg fikk erfart da at jeg må ete regelmessig fra morgentil kveld, og jeg må ha trening... få magen og helsa til å bli bra... jeg har begynt på svømming, og forsøker å legge inn ei lat treningsøkt midt på dagen... så hvis jeg får man ei anna jobb, da kan det bli bra (1 mnd)"*



*”Jeg har 50 prosent jobb nå, så mye av målet er nådd... jeg er i en drift... Helt supert å være her....(2 mnd”)*

*”Gleda meg, for nå begynner en ny hverdag, du skal takle, du skal lære en ny hverdag omprogrammere seg sjøl og videreføre det du har lært, så da var det godt å få vite at man kunne komme hit igjen... for å høre om jeg har det rett og da detter man ikke ned i samme båsen som man var før man kom hit... det var trygghet å komme hit, også slipp man å bare ligge på sofaen... Mål er å finne meg en 20 prosent jobb for det ser jeg at jeg kan klare... for meg er det ikke medisin å gå hjemme...*

#### **4. Videre hjelp til praktiske gjøremål.**

Det har flere ganger i løpet av feltarbeidet blitt framhevet at FR har hjulpet mange med å rydde opp i praktiske gjøremål, samt legge forholdene til rette for at de kan bli så selvhjulpne som mulig. Det er også svært vanlig at sykdom og problematiske livssituasjoner går utover hverdagslige gjøremål og arbeidsoppgaver, og det tar tid til å hente seg inn i igjen i den grad de føler at de mestrer mer etter oppholdet på FR.

*”Jeg fikk litt hjelp til å komme i gang med et jeg hadde prøvd før, og fikk prøvd ut hva jeg kunne gjøre eller ikke. Så da tør jeg mer, også fikk jeg den hjelpen jeg trengte i forhold til NAV, og da ble det lettere å komme i gang med treninga der også.*

*”Her blir de med på NAV, jobben, så man har støtte i ryggen...*

*”Jeg har fått mye hjelp til praktiske gjøremål og fått drahjelp på flere områder så det skal bli lettere å komme i gang med jobb igjen, og i forhold til NAV. De er jo med på møter med NAV, og det er flott. Føler at her får en oppbacking.*



## 7 Konklusjon og oppsummering

Vi vil i det følgende summere opp noen av hovedfunnene fra denne rapporten, samt forsøke og dra noen videre konklusjoner fra det arbeidet som er gjort.

### 7.1 Oppsummering

#### 7.1.1 Bakgrunn

Østlandsforskning (ØF) i Lillehammer har hatt i oppdrag fra Fron rehabiliteringssenter (FR) i forbindelse med prosjektet "Fra sykdom til vitalitet; et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt og ved hjelp av samfunnsvitenskapelige metoder å dokumentere hvilke metoder og arbeidsredskaper som synes å ha positive utfall og virkning på rehabilitering og tilfriskning. Fokuset for ØFs feltarbeid har vært på helhetlige prosesser; endringer, samtaler, intervjuer, deltagende observasjon og samhandlinger av brukere (n=48) og behandlere (n=9) i løpet av flere ukers opphold og møter på Fron rehabiliteringssenter. Rehabiliteringstilbudet ved Fron er et resultat av fagteamets samlede kompetanse som består av et felles faglig ståsted, hvor hovedvekten er kognitiv teori og en affektiv tilnærming som vektlegger relasjons- og kommunikasjonsmetoder. Målet for FR er å få brukere med muskel-skjelettlidelser og sammensatte helseplager, uavhengig av ytelse, raskere tilbake til arbeid eller arbeidsrelatert aktivitet. Denne rapporten sier forøvrig ikke noe om hvor mange som har kommet tilbake til jobb etter oppholdet på FR, men det vi (ØF) kan si noe om er hvordan helse var før og etter oppholdet på FR.

#### 7.1.2 Tidligere brukerundersøkelser

I en undersøkelse<sup>19</sup> av 136 tidligere brukere, gjennomført av Fron, ble informantene bedt om å oppgi generell fornøydhetsgrad ved oppholdet. Hele 73 prosent sa i en oppfølgingsundersøkelse at det var ingen mangler ved oppholdet på Fron. Dette sier ikke direkte noe om kvaliteten på oppholdet, det kan argumenteres for at det måler først og fremst trivsel. Likevel, en kan også argumentere for at informantenes fornøydhetsgrad med oppholdet i noen grad kan tolkes som en indikator på kvalitet.

---

<sup>19</sup> Basert på foreliggende evalueringsskjema fra FR

### **7.1.3 Gradvis endringer og bevisstgjøring mot bedre helse i løpet av 4 uker på FR**

Som flere har nevnt er det viktig å fremheve at de ulike endringer og prosesser gjennom de fire ukene på Fron har skjedd gradvis, og handler derfor om støttende nettverk, gode dialoger og etablering av sosiale relasjoner. Svært mange har fått økt helse, trivsel og livskvalitet av å være på Fron, samt at de aller fleste kan ta med seg ulike lærdommer, teknikker og tips til å gå videre ”ut i livet”. Noen få nevner at de har vært i en god tilfriskningsprosess fra første til tredje uke, men at de ikke har følt seg så vel i fjerde uke. Dette kan ha en sammenheng med at de gruer seg litt for å komme tilbake til hverdagslivet hjemme, eller at de kan føle at presset fra arbeidslivet kommer nærmere. De fleste brukere føler likevel en sterk bedring i uke tre (3), og flere hevder at de gleder seg til å ta fatt på livet igjen, de nye utfordringene om å sette grenser og ta tid til seg selv. Det kan være flere grunner til at brukeren føler seg bedre etter de har vært på FR. I tråd med brukernes erfaringer viser tidligere undersøkelser at de som er rammet av kronisk og langvarig sykdom har god nytte av støtte og omsorg fra andre enten fra det uformelle nettverket som består av familie og venner eller det formelle nettverket der helsevesenet og/eller institusjoner som FR inngår som en naturlig del (Mæland 1999). Selv om det for noen brukere ikke er noen endringer når det gjelder helsa fysisk sett, så har Fron totalt sett bidratt til en sterkere selvfølelse, selvtrygghet og mental stabilitet, samt viktigheten av å sette grenser, tenke på seg sjøl, finne viljestyrke, blant annet det å ha overskudd i forhold til hverdagens krav (Hjort 1994). Kroppens immunsystem, nervesystem og hormonregulering påvirkes av svingninger i selvfølelsen, som igjen avhenger av hvordan personen opplever, det vil si fortolker sin situasjon og sin egenverdi i relasjon til andre (House et al. 1988). Forskning viser og at mennesker er påvirkelige av hvordan de har det i forhold til andre, hvordan de blir avvist, latterliggjort, umyndiggjort – eller sett, forstått og anerkjent (Gulbrandsen og Schei 2000; Killingmo 1999). Den enkeltes rolle og plassering i menneskelig samspill har store helseeffekter (Ornish 1999).

Majoriteten av brukerne ønsker oppfølging fra Fron på en eller måte; det vil si møter med jevne mellomrom, telefonkontakt og/eller dags- eller ukessopphold etter en viss tid hjemme. De fleste nevner at oppfølging kan holde motivasjonen oppe til å fortsette de gode rutinene og vanene de har lært på FR.

Her følger de viktigste punktene som brukerne framhevet som viktig, selv om det sannsynligvis er kombinasjonen av disse ulike faktorene som gir en god følelse av helse og trivsel, og influerer trolig på brukernes oppfatning av fornøydhet og opplevd bedring.

1. Fagtilbudet, aktivitetene og kunnskapen: Hva de har lært, erfart og erkjent i løpet av fire uker på FR.
2. Personalet. Tverrfagligheten, åpenheten, dialogene, tilliten, tryggheten, forutsigbarheten og fortroligheten.
3. Den vakre og flotte naturen, beliggenheten, det sosiale fellesskapet blant ansatte og brukere. Humor, latter og kommunikasjonen de imellom. De blir sett, hørt og trodd.

### **7.1.4 Bedre helse og funksjon etter oppfølgingsuke på FR**

I en spørreundersøkelse som ØF gjennomførte blant de som var på Fron for sin oppfølgingsuke var det relativt store forskjeller mellom de som var inne til oppfølgingsundersøkelse og de som ikke hadde vært det. De som ikke var på oppfølgingsuke, hadde vært lenger i sykefravær. Dette kan være tilfeldig, men det kan si noe om at disse personene kan også ha et behov for oppfølging/tilbud. På spørsmålet

om hvordan helsa var før og nå svarte hele 58 prosent av de som var på oppfølgingsuke at de opplevde at helsa var bedre nå, enn før oppholdet på Fron – mot kun tjue prosent blant de som ikke var på oppfølgingsuke. Dette er basert på få respondenter, spesielt fra de som ikke har vært på oppfølgingsuke/tilbud, men det ser ut som at de som har vært på oppfølgingsuka i større grad føler at de har det bedre nå enn før oppholdet, og oppfølgingsuka har en positiv helseeffekt. Vi skal som sagt være forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner, men vi ser at det er høyere opplevd bedring blant de som hadde oppfølgingsuke, sammenligna med dem som ikke hadde det. Andelen som oppgir at helsa er dårlig, har gått ned fra 90 prosent til 33 prosent. Selv om vi skal være forsiktig med å trekke for klare konklusjoner ut av dette, viser det helt tydelig at den opplevde bedringen etter oppholdet på Fron er tilstede. Dette samsvarer med de kvalitative funnene. Viktigheten av å sette egne grenser, si nei, akseptere sin sykdom og sine smerter, samt takle hverdagens krav bedre kommer fram i mesteparten av intervjuene under oppfølgingsuka, og kan regnes for en svært viktig faktor.

Prosesser og endringer fra majoriteten av brukere viser et behov for økt oppfølging etter endt opphold. Dette begrunnes i større sjanse for lykkes med livsstilsendringer, samt at de kan få repetert det de har lært fra før. Med andre ord kan regelmessig oppfølging fra FR hindre tilbakefall og/eller forverring av helsetilstanden. Det synes å være fem hovedtrekk som går igjen når brukerne skal forklare hvorfor oppfølgingsuka var viktig:

1. Måler sine egne framskritt og progresjon siden de var på Fron sist<sup>20</sup> og hva de har oppnådd.
2. Hjelp til vedlikehold av nye helsevaner.
3. Skaper motivasjon til kontinuitet, rutiner og struktur i hverdagen
4. Skaper motivasjon til å komme tilbake til arbeidet. Bedre helse totalt sett.
5. Videre hjelp til praktiske gjøremål.

## 7.2 Konklusjon – bedre helse og funksjon av å være på FR

På basis av dokumentasjonen som nå foreligger fra Østlandsforskning, viser tendenser og mønstre at å være på Fron rehabiliteringssenter fører til bedre helse og livskvalitet for majoriteten av brukerne. Fron rehabiliteringssenter synes å bidra til å skape en vellykket rehabilitering, tilfriskning og livskvalitet for brukerne på en god måte. Hovedpunkter som synes å bidra til dette er det helhetlige, holistiske og tverrfaglige tilbudet, kombinert med det unike, særpregede og kreative som synes å prege FR som et unikt behandlingssenter. At helse i bunn og grunn handler om å være i stand til å håndtere dagliglivets påkjenninger er i tråd med sosiologen Aaron Antonovskys arbeid (1987). Han hevder at vi gjennom hele livet utsettes for psykososiale, fysiske og biokjemiske stressfaktorer som skaper en spenningstilstand. For Antonovsky blir det viktigste spørsmålet hvordan vi kan håndtere dette. Han har utviklet konseptet ”general resistance resources” (GRRs) – ressurser som bidrar til at vi kan håndtere stresset. Blant annet er han opptatt av hvilken betydning våre omgivelser har for vår evne til mestring, ettersom det har vist seg at et godt sosialt nettverk og støtte kan modifisere og omdanne våre reaksjoner på slike stressende opplevelser. I teorien sin fremsetter han følgende hypotese: ”...the strength of the ”SOC” has direct physiological consequences and , through such pathways, affects our

---

<sup>20</sup> Brukerne hadde vært på FR fra 1-2 mnd siden.

health status” (Antonovsky 1987). <sup>21</sup> Andre studier viser forøvrig at det er en sammenheng mellom SOC og psykiske og mentale forhold ved helse (Langius og Bjorvell 1993).

FRs sin faglige styrke synes å ligge i det holistiske perspektivet, de ulike aktivitetene med vekt på et fagpsykologisk perspektiv, samt hvordan brukermedvirkning virker inn på trivsel og trygghet. Dette funnet understøttes av øvrig forskning som viser lovende resultater med psykologisk behandlings- og rådgivningsmetode overfor brukere med store helsemessige belastninger (Pennebaker 2007; van der Kolk et al. 1996). For øvrig kan det kulturelle aspektet på FR med fordel styrkes, for eksempel sang, musikk, dans, maling og/eller tegning noe som enkelte brukere har begynt anvende andre for å bidra til sin egen selvheling og tilfriskning. Flere forskere har beskrevet musikkens betydning i forhold til helse og livskvalitet, og hvordan musikken kan skape vitalitet i betydningen av følelsesbevissthet og handlemuligheter, det vil si utvikling av mestringskompetanse eller generelt i forbindelse med evne til å stå fram og handle som et subjekt (Batt-Rawden 2007). På denne måten vil FR bidra til å utvikle en ennå mer ressurskraftig, kreativ og helhetlig rehabiliteringsmodell, samtidig som det kan være et motstykke til det reduksjonistiske paradigmet som i stor grad dominerer dagens medisin- helsepolitikk (Tellnes 2004). Helsevesenet har ikke muligheter til å stille opp for alle med ulike livsproblemer, derfor kan et helhetlig og fast rehabiliteringstilbud med regelmessig oppfølging trolig bidra til å redusere langtidssykefraværet på sikt. På denne måten kan kanskje FRs sin visjon om å være et ledelys mot bedre helse oppfylles.

### 7.3 Videre utfordringer

Det er nok knyttet en del utfordringer knyttet til videre arbeid og framdrift med å dokumentere hvordan og hvorledes rehabilitering på Fron kan bidra til økt helse, livskvalitet, funksjonsevne; det vil si vellykket rehabilitering som fører brukere tilbake til arbeidslivet. Ulike problemstillinger som kan knytte seg til videre forskningsarbeid og evalueringer av Fron rehabiliteringssenter kan være:

- Vil korte re-opphold på FR bidra til å skape forutsigbarhet for brukeren og være en viktig rehabiliteringsfaktor? Vil tettere oppfølging av brukerne og evaluering av resultatene øke FRs evne, kapasitet og styrke til å få skrevet en vurdering rettet mot rådgivningen som skjer etter utskrivning?
- Hvilke endringer og handlinger må forbedres og videreutvikles for brukeren etter endt opphold for å komme tilbake til arbeid?
- Hvordan kan FR videreutvikle metoder og skape et system for oppfølging som kan fungere som et fast, forutsigbart og meningsfullt rehabiliteringstilbud etter endt opphold?
- Kan FR videreutvikle et verktøy og arbeidsredskap som kan styrke videreføringen av rehabiliteringsprosessen til brukeren overfor samarbeidsparter etter endt utskrivning? Kan dette bidra til økt samhandling og samarbeid mellom leverandører av døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering, primærhelsetjenesten, NAV og arbeidsgiver

---

<sup>21</sup> SOC betyr: Sense of coherence eller følelse av sammenheng (Antonovsky 1987).

## Referanser

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, CA, Jossey-Bass

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2) side 191-215

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall

Batt-Rawden, K. B. og Tellnes, G. (2005). Nature-culture-health activities as a method of rehabilitation: an evaluation of participants' health, quality of life and function. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28 (2) side 175-180

Batt-Rawden, K. B. (2007). *Music and Health Promotion: The role and significance of music and musicking in the lives of men and women with long term illnesses*. Akademisk grad: PhD, University of Exeter

Borge, A. I. H. (1996). *Belastningslidelser: en kunnskapsoversikt*. Oslo, Avdeling for samfunnsmedisin, Statens institutt for folkehelse

Braden, C. J. O. (1990). A Test of the Self-Help Model: Learned Response to Chronic Illness Experience. *Nursing Research*, 39 (1) side 42-46

Burckhardt, C. S. (1987). Coping strategies of the chronically ill. *Nursing Clinics of North America*, 22 (3) side 543-550

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness* 4(2) side 167-182

Bøhle, S. (2008). *Når kroppen husker det du vil glemme*. Oslo, Bazar

Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. New York, Harcourt Brace

DeNora, T. (2000). *Music in everyday life*. Cambridge, Cambridge University Press

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Minneapolis, National Computer Systems, Inc.

Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet

- Eriksson, U. B., Starrin, B. og Janson, S. (2008). Long-Term Sickness Absence Due to Burnout: Absentees' Experiences. *Qualitative health Research*, 18 (5) side 620-632
- Gallo, F. P. (1998). *Energy psychology: explorations at the interface of energy, cognition, behavior, and health*. Boca Raton, Fla., CRC Press
- Gouk, P. (2000). *Musical healing in cultural contexts*. Brookfield, Vt., Ashgate
- Gulbrandsen, A. og Schei, E. (2000). *Forstår du, doktor?: mot en humanistisk legeutdanning*. Oslo, Tano Aschehoug
- Haugland, B. Ø. (1995). *Mestringsressurser og helsestatus: en empirisk undersøkelse av personer med revmatorid artritt*. Akademisk grad: Mastergrad, Universitetet i Bergen
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007-2008). *Statsbudsjettet*. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/Stprp-nr-1-2007-2008-.html?epslanguage=NO%2cNO%2cNO>
- Hjort, P. E. (1994). Et spørsmål om sunnhet? – Mot et nytt helsebegrep. I: Hjort, P. E. (red.) b. Utredningsrapport nr. U 1 – 1994 *Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-93*, side 86-96. Oslo, Statens institutt for folkehelse
- House, J. S., Landis, K. R. og Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241 (4865) side 540-545
- Imsen, G. (1998). *Elevers verden: innføring i pedagogisk psykologi*. [Oslo], Tano Aschehoug
- Killingmo, B. (1999). Den åpne samtalen. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 119 side 56-59
- Langius, A. og Bjorvell, H. (1993). Coping ability and functional status in a Swedish population sample. *Scand J Caring*, 7 (1) side 3-10
- Lilleaas, U.-B. (2005). Kroppslig beredskap som vane. *Sosiologisk Tidsskrift*
- Malterud, K. (1987). Fibrosittoasienter – eller kvinner som strekker seg for langt? . *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 107 side 1648-1649
- Marlatt, G. A. og Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, Guilford Press
- Marmot, M. G. (1986). Social inequalities in mortality: the social environment. I: Wilkinson, R. G. (red.) *Class and Health: research and longitudinal data*, side 21-33. London, Tavistock
- Mead, G. H. og Morris, C. W. (1934). *Mind, self, and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago, University of Chicago Press
- Moxnes, P. (2005). *Positiv angst i individ, gruppe og organisasjon: et organisasjonspsykologisk perspektiv*. Oslo, P. Moxnes forlag
- Mæland, J. G. (1999). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo, Tano Aschehoug
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo, De nasjonale forskningsetiske komitéer. Tilgjengelig fra:



- Ornish, D. (1999). *Love & Survival: The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy*, Vermilion
- Pennebaker, J. W. (2007). *Emotion, disclosure & health*. Washington, DC, American Psychological Association
- Prochaska, J. O. og DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen, Fagbokforlaget
- Ringstad, H. E. og Ødegård, T. (1999). *Typeforståelse: Jungs typepsykologi og Myers-Briggs type indikator : en praktisk innføring*. Bergen, Optimas
- Rossi, E. L. (1986). *The psychobiology of mind-body healing: new concepts of therapeutic hypnosis*. New York, W. W. Norton
- Rotmo, P. E. (2008). *Tverrfaglig videreutdanning i Arbeidsrettet Rehabilitering*. Hundorp.
- Rønning, R. (1999). *Welfare in the Nordic countries in 2015: overwhelmed by global trends or rescued by local initiatives?* Stockholm, Nordregio
- Rønning, R., Batt-Rawden, K. B. og Solheim, L. (2009). *Skrøpelige eldre og sjuke hjelpere – Om sjukefravær ved Lillehammer sjukehus, ØF-notat nr. 1/2009*. Lillehammer, Østlandsforskning. Tilgjengelig fra: <http://øf.no/notater/pdf/012009.pdf>
- Schussler, G. (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. *Soc. Sci. Med*, 34 (4) side 427-32
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-being*. New York, Norton
- Steihaug, S. (2007). Women's strategies for handling chronic muscle pain: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25 (1) side 44-48
- Strand, I. L. og Wisnes, A. R. (1991). The development of a Norwegian pain questionnaire. *Pain*, 46 (1) side 61-66
- Svensson, R., Norvoll, R. og Olsvold, N. (1998). *Samfunn, medisin, sykepleie*. Oslo, Ad notam Gyldendal
- Tellnes, G. (2003). *Samspillet natur-kultur-helse*. Oslo, Unipub
- Tellnes, G. (2004). The Community Approach to Public Health. *Michael*, 1 side 206-211
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. og Weisæth, L. (1996). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York, Guilford Press
- Wadel, C. (1978). Sosialt nettverk og sosialt arbeid I en småby. I: Wadel, C. og Thuen, T. (red.) *Lokale samfunn og offentlig planlegging*. Oslo, Universitetsforslaget



## Vedlegg

I kapittel 6 lagde vi en indikator (egentlig en skala, statistisk sett) som gikk på hvor fornøyd de som hadde vært på Fron er.<sup>22</sup> Hovedhensikten med denne indikatoren var å lage et godt mål som Fron kan ta i bruk ved senere undersøkelser. Vi har gjort nødvendige tester her, og funnet ut at dette er et godt mål – statistisk sett – hvis Fron kan si seg enig i den teoretiske utformingen (altså at de faktorene vi har inkludert dekker godt de viktigste målene for tilfredshet). Vi gjorde også en regresjon på bakgrunn av denne indikatoren. Men på grunn av at vi ikke planla undersøkelsen, kan vi ikke gå god for at alle de viktigste X-ene (forklaringsvariablene) er med, vi har også alt for få case til å gjøre en vitenskapelig skikkelig analyse. Regresjonen vi har er derfor ikke strengt vitenskapelig. I tillegg inneholdt undersøkelsen en upresis definering av de forskjellige påstandene (det var en glidende faktor), dette øker faren for mistolkninger og gjør testen mindre valid.

**Coefficients<sup>a</sup>**

Modell		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5.763	7.274		.792	.439
	Kjønn	.214	1.656	.023	.129	.899
	Alder	-.034	.100	-.083	-.338	.739
	Sivilstatus	-.084	.911	-.015	-.092	.928
	Utdanning	1.599	1.679	.191	.953	.354
	Sykefravær	.048	1.216	.009	.040	.969
	Bedrenå	3.962	.964	.746	4.109	.001

a. Dependent Variable: Indikator

Med bakgrunn i de mulige forklaringsvariablene som var med i undersøkelsen lagde vi en multivariat lineær regresjon. Der fant vi, ikke overraskende, at faktoren ”bedre nå”, hvis den ble inkludert i modellen, var klart signifikant. Dette er nesten som en tautologi å regne, men styrker likevel målet vårt. Hadde de som opplever bedring ikke slått ut på denne indeksen, kunne vi ikke regne målet vårt for tilfredsstillende. Likevel, det viser også at det å selv opplevd bedring, er den viktigste faktoren som

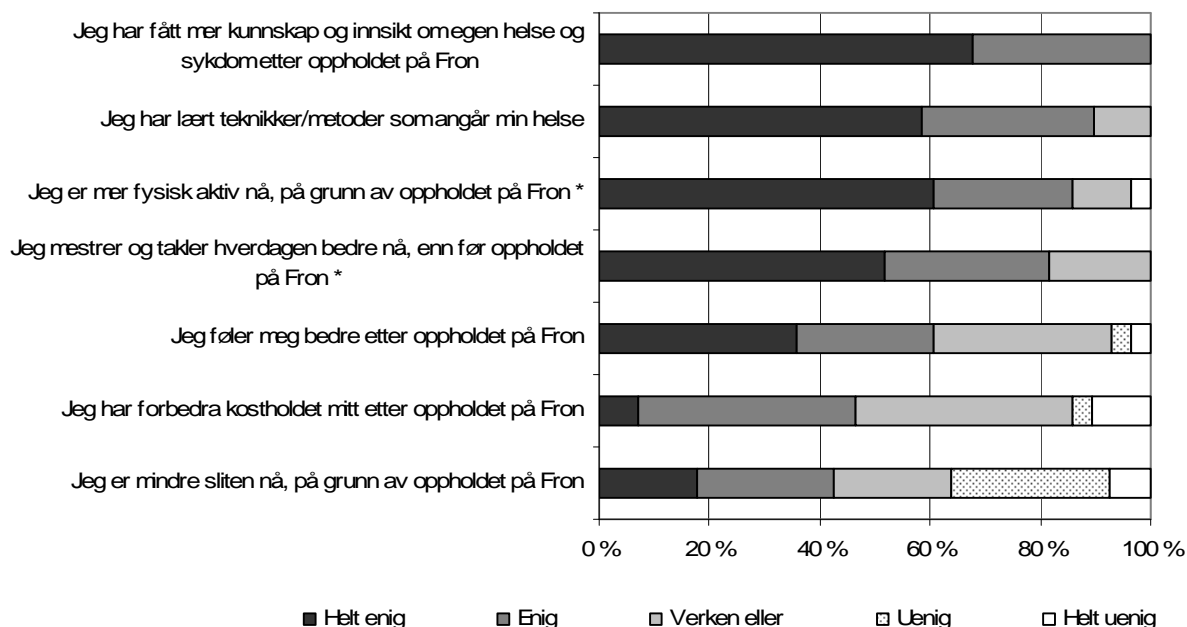
<sup>22</sup> For en gjennomgang av begreper og forutsetninger for slike analyser se for eksempel Ringdal (2007)

avgjør om de som har vært på Fron er fornøyd eller ikke. Det vil si at målet ikke nødvendigvis sier noe om kvaliteten på opplegget, men at den måler tilfredshet. Det kan jo tenkes at Fron har metoder som ikke fører til tilfredshet, og som fører til bedring over tid, men som likevel slår negativt ut på dette målet.

Utenom denne åpenbare sammenhengen, finner vi ingen strengt signifikante variabler, med noe unntak av utdanning. Denne forklaringsvariabelen slår inn på 0,5 signifikansnivå, noe som likevel i noen sammenhenger må sies å være triviell.

Den viser at faktoren "bedre nå" er signifikant på 0,001 nivå – faktoren utdanning er signifikant på 0,5 nivå. Vi kan likevel si at det er noe som tyder på at jo høyere utdanning du er, jo bedre scorer du på denne indikatoren for kvalitet/trivsel.

Under er påstandene som utgjorde indikatoren utlagt deskriptivt:



# Oppfølgingsundersøkelse

## Initiativtagere til undersøkelsen

Fron Rehabiliteringssenter AS

## Undersøkelsen gjennomføres av Østlandsforskning

### Informasjon

- Er det spørsmål du ikke ønsker å svare på er det bare å gå videre til neste spørsmål
- Dersom du ikke vet hva du vil svare er det bare å gå videre til neste spørsmål
- Alle som svarer er anonyme
- Sett kryss i boksen der du svarer

### Eksempel 1 på avkryssing

Kjønn

	Mann
X	Kvinne

### Eksempel 2 på avkryssing

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I middels grad	I stor grad
Oppholdet på Fron				X

## Om deg

### 1. Kjønn

<input type="checkbox"/>	Mann
<input type="checkbox"/>	Kvinne

2. Alder: \_\_\_\_\_ år

### 3. Sivil status

<input type="checkbox"/>	Gift/samboer
<input type="checkbox"/>	Singel
<input type="checkbox"/>	Skilt/separert

### 4. Hva er ditt høyeste fullførte utdanningsnivå?

<input type="checkbox"/>	Ungdomsskole
<input type="checkbox"/>	Videregående skole
<input type="checkbox"/>	Universitet eller høgskole

### 5. Har du omsorgsansvar for noen?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nei
<input type="checkbox"/>	Har hatt tidligere

### 6. Når var du inne på Fron til behandling?

<input type="checkbox"/>	1 måned siden
<input type="checkbox"/>	2 måneder siden

### 7. Er du for tida i arbeid?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nei
<input type="checkbox"/>	Skal i arbeid innen januar 2009

### 8. Er du for tida under omskolering/utdanning/kurs?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nei
<input type="checkbox"/>	Skal i utdanning/kurs innen januar 2009

## Om sykefraværet

### 9. Hvor lenge varte ditt siste sykefravær?

<input type="checkbox"/>	Mindre enn et halvt år
<input type="checkbox"/>	Mellom et halvt år og ett år
<input type="checkbox"/>	Mer enn ett år

### 10. Hvordan er din jobbstatus i dag og før Fron? Vennligst oppgi i prosent.

	FØR FRON	ETTER FRON
Arbeidsledig		
Attføring/rehab		
Uføretrygdet		
Alderspensjonist/AFP		
I jobb		
Totalt	100 prosent	100 prosent

**11. Stort sett, hvordan vil du si at helsa di var FØR OPPHOLDET PÅ FRON?**

	Utmerket
	Meget god
	God
	Ganske god
	Dårlig

**12. Stort sett, vil du si at helsa di NÅ er:**

	Utmerket
	Meget god
	God
	Ganske god
	Dårlig

**13. Fikk du en diagnose?**

	Ja
	Nei

13.b Hvis du fikk en diagnose, var denne dekkende?

	Ja
	Nei
	Vet ikke

**14. Om medisinbruk. Har du redusert ditt medisinbruk?**

	Ja
	Nei
	Ja, gradvis

**Forhold til Fron****15. Har du det bedre nå?**

	Ja
	Nei
	Vet ikke

**16. Har ditt opphold på Fron bidratt til denne endringen?**

	Ja
	Nei
	Vet ikke

**17-23. I det følgende ber vi deg ta stilling til hvordan du har hatt det etter oppholdet på Fron**

		Helt enig	Enig	Verken eller	Uenig	Helt uenig
17.	Jeg følger meg bedre etter oppholdet på Fron					
18.	Jeg mestrer og takler hverdagen verre nå, enn før oppholdet på Fron					
19.	Jeg har forbedra kostholdet mitt etter oppholdet på Fron					
20.	Jeg er mindre sliten nå, på grunn av oppholdet på Fron					
21.	Jeg er mindre fysisk aktiv nå, på grunn av oppholdet på Fron					
22.	Jeg har fått mer kunnskap og innsikt om egen helse og sykdom etter oppholdet på Fron					
23.	Jeg har lært teknikker/metoder som angår min egen helse					

**24-28 . I løpet av de siste 1-2 månedene, har du gjort/fått noe av de følgende?**

		Ja	Nei	Vet ikke
24.	Brukt avspenningsøvelser			
25.	Slutta med å røyke			
26.	Fått større overskudd og energi			
27.	Fått en mer meningsfull tilværelse			
28.	Har lært å sette grenser og få kontroll over livet			

**29. I det følgende spørsmålet, ber vi deg om å ta stilling til hvor viktig noen aktiviteter var for deg, under oppholdet på Fron:**

	Aktivitet	Svært viktig	Viktig	Verken eller	Uviktig	Helt uviktig
A	Tur					
B	Yoga					
C	Rygg/nakke/skulder					
D	”Hvor står jeg”(undervisning, målsettingsarbeid) - paraply					
E	Trening ute					
F	Trening trimrom					
G	Qi Gong					
H	Basseng					
I	Muligheter/refleksjon(undervisning, målsettingsarbeid)-helsekopp					
J	Energigruppe					
K	Arbeidsrettet rehabilitering/kartlegging					
L	Avspenning					
M	Spinning					
N	Uti livet/refleksjon(undervisning. Målsettingsarbeid)- selvbilde					
O	Muligheter og rettigheter – Sykefraværsoppfølging og NAV virkemidler					
P	Kosthold					
Q	Rygg/smerte					
R	Undervisning/refleksjon(målsettingsarbeid) – sette mål					
S	Stress/livsstilsendring					
T	Egentrening					
U	Tankefeltsterapi (TFT), individuell psykologisk bistand					
V	Ukentlige oppfølgingsamtaler hos koordinator					
W	Annet. Spesifiser:					

**30. Hva synes du er viktig å få lært/ få hjelp til i oppfølgingsuka?**

	Aktivitet	Svært viktig	Viktig	Verken eller	Uviktig	Helt uviktig
A	Inspirasjon til videre livsstilsendring					
B	Motivasjon til å gå ut i arbeid					
C	Få ny livsgnist					
D	Treffe de andre					
E	Få ny styrke til å klare hverdagen					
F	Få hjelp til praktiske gjøremål, kontakt med NAV osv.					
G	Annet. Spesifiser:					
H	Hvor viktig vil du si at det er med oppfølging etter endt utskrivning					
I	Annet. Spesifiser:					



## **Fra sykdom til vitalitet**

### **– et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt**

Målet for FR er å få brukere med muskel- og skjelettlidelser og sammensatte helseplager, uavhengig av ytelse, raskere tilbake til arbeid eller arbeidsrelatert aktivitet. FR har et bredt sammensatt tverrfaglig team som kan dokumentere god erfaring med veiledning, fysisk aktivitet/trening, psykologisk behandling, (psykoedukative) metoder individuelt og i gruppe, motivasjons- og målsetningsarbeid, samt metoder som kartlegger den enkeltes psykiske forutsetninger for styrket funksjonsevne. Svært mange har fått økt helse, trivsel og livskvalitet av å være på Fron, samt at de aller fleste kan ta med seg ulike lærdommer, teknikker og tips til å gå videre "ut i livet". Resultatene viser også at majoriteten av brukerne ønsker oppfølging fra Fron på en eller måte. De fleste nevner at oppfølging kan holde motivasjonen oppe til å fortsette de gode rutinene og vanene de har lært på FR. Majoriteten av brukerne har også fått bedre helse og funksjon etter oppfølgingsuka på FR.

**Rapport nr.: 01/2009**  
**ISBN nr: 978-82-7356-645-4**