

Nettverkserfaringer hos personer med behov for arbeidsrettet rehabilitering

Aud Evensen og Hildfrid V. Brataas

Aud Evensen, MEd, sykepleier, høgskolelektor, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Avdeling helsefag, E-post: aud.evensen@hint.no

Hildfrid V. Brataas, PhD, MEd, sykepleier, førsteamanuensis, forsker ved Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Avdeling helsefag,

Abstract

This article analyzes network experiences of persons who have participated in a program for rehabilitation back to work. The study was qualitative, with a descriptive and interpretive research design, using qualitative in-depth interviews. Results show how the informants related to their network before rehabilitation and how they during the rehabilitation opened up to learn about their own network understanding. There were noticeable changes in their way of how to deal with their networks. There is a need of more knowledge about how persons in need of rehabilitation back to work experience and relate to different networks.

Key words/nøkkelord

Network theory; actor-network-theory; rehabilitation; long-term sick, nettverks teori; aktør-nettverk teori; rehabilitering; langtids sykmeldt

Referee*

Innledning

Artikkelen omhandler nettverkserfaringer hos deltakere på et opplegg for rehabilitering tilbake til arbeidslivet. Mange mennesker faller ut av arbeidslivet av forskjellige årsaker. Ved sykefravær og uførhet er de vanligste diagnosegruppene muskel- og skjelettlidelser og psykiske plager (Statistisk sentralbyrå 2005, Landstad, Hedlund, Wendelborg og Brataas 2009, Helse- og omsorgsdepartementet 2010, Øverland, Knudsen og Mykletun 2011). Helse- og omsorgsdepartementet (2010) har stilt spørsmål om flere faktorer, eksempelvis psykologiske faktorer, kan påvirke sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Det er heller ikke kjent hvorvidt relasjoner i ulike nettverk har innflytelse på sykefravær og lengden på sykefravær. Forskning peker på ulike begrepsforståelser og holdninger til helseproblemer og forståelse for årsaker til psykiske plager og kronisk smerteproblematikk (van Houdenhove og Luyten 2008, Asbring og Närvänen 2003, Carruthers et al. 2011, Lippestad, Kurtze og Bjerkan 2011). Problematikken synes å være kompleks. Aktør – nettverk teori (ANT) er et

verktøy som kan benyttes for å studere kompleksitet og det som skjer i og mellom mennesker, gjenstander, institusjoner og organisasjoner (Callon 1987, Czarniawska og Hernes 2005). Alt etter situasjon, vil ulike nettverk være i aktiv funksjon (Callon og Latour 1981). Dette gjelder også for personer som sykmeldes og får behov for rehabilitering. Utveksling av informasjon mellom deltakere i et nettverk påvirker stabiliteten i nettverket (Callon 1991, Law 1994, Law 2007). Hvordan nettverkene utvikler seg vil også avhenge av makt, og de enkelte deltakerne sin måte å påvirke andre i nettverket på (Callon og Latour 1981). Påvirkning fra kollegaer eller ledere i arbeidslivet, og påvirkning fra familiemedlemmer, eller også fra helse- og sosialtjeneste eller andre institusjoner, kan oppleves utfordrende. Et eksempel er når pasienter og leger samtaler med mål at pasienten skal gjøre viktige valg i livet sitt (Back, Arnold, Tulskey, Baile og Fryer-Edwards 2005). De som får behov for rehabilitering til arbeid, må kunne mestre utfordringer og innflytelse fra ulike mennesker og samfunnssystemer (Heggen 2007). For at personer skal ta ansvar for egen mestring og rehabiliteres tilbake til arbeid, kan mestringsevne sees ut fra deltakernes helhetlige situasjon. Mestring kan ut fra kognitiv teori om stressaktivering defineres som personenes egen responsforventning og vurdering om hvorvidt ens handlinger fører til et godt resultat eller ikke (Ursin og Eriksen 2004). Forventninger kan være positive, negative eller ingen responsforventning. Forventninger kan generaliseres og forklare hvordan stressbelastning kan henge sammen med positivt helseutfall eller sykdom (op.cit.). På grunn av menneskers ulike mål og meninger, oppfatter, forventer og responderer mennesker forskjellig på hendelser (Perrewé og Zellars 1999). I en større økologisk sammenheng kan mestring forstås som en dynamisk prosess, med interaksjon mellom person og miljø (Bronfenbrenner 1979). Bronfenbrenner beskriver en nettverksmodell hvor person, prosess, kontekst og tid er hovedelementer som betraktes i forhold til mikro, meso, ekso og makro systemer. Mikrosystemer kan forstås som systemer i nærmiljøet der fokuspersonen selv er en aktiv aktør. Mesosystemer menes relasjoner og bånd til arenaer der personen ferdes, eksempelvis arbeidssted eller en rehabiliteringsinstitusjon. Ekso-system er miljøer som kan ha indirekte påvirkning på personenes utvikling, eksempelvis NAV-systemet, spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten (Bronfenbrenner 1979).

En svensk studie om organisatoriske ordninger for personer med helseproblemer anbefaler at informasjonsflyten mellom aktører og organisasjoner innen helse- og sosialtjeneste bedres (Timpka, Bang, Delbaco og Walker 2007). En utfordring kan være at institusjoner bygger på ulike rehabiliteringstradisjoner, hvor man legger til grunn forskjellig begrepsbruk og helseforståelse (Jansma Twillerts, Postema, Sanderman og Lettinga 2010).

Ved inngangen til det 20. århundre er nye virkemidler blitt iverksatt for å få flere tilbake til arbeid etter lang tids sykefravær. Regjeringen satser på politiske tiltak for å legge til rette for rask og effektiv rehabilitering tilbake til arbeidslivet (Arbeidsdepartementet 2012, Normann, Sandvin og Thommesen 2006). For å utvide kapasiteten og skape nye tilbud har spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge inngått avtaler med private rehabiliteringssentre. Hensikten er at deltakerne rehabiliteres raskt fra sykmelding tilbake til arbeidslivet. Helse Midt-Norge har avtale med en institusjon som tilbyr AFEM rehabilitering. AFEM står for Ansvar For Egen Mestring. Målgruppen er personer som har vært lang tids sykmeldte, og har plager som kroniske smerter, psykiske plager som angst/depresjon, søvnproblemer og kjennetegn på utmatting (<http://www.smednes-trivselsgard.no/>). På AFEM rehabilitering legger de til grunn en psykoedukativ tilnærming (Evensen, Brataas, Landsem 2010). Forskning antyder at deltakere erfarer rehabiliteringen som en bevisstgjøringsprosess (Evensen et al. 2010, Brataas og Evensen 2011). Muligens har deltakere på AFEM og andre aktører i nettverkene til deltakerne forskjellige forståelser om årsaker for deres problemer. Deltakere på AFEM kan antas å ha mer eller mindre bevisstgjorte forståelser om seg selv, sine

relasjoner og ulike nettverk. På AFEM rehabilitering er målsettingen at deltakerne lærer om seg selv og sine måter å tenke, føle og handle på i møte med aktører i ulike nettverk. De setter seg nye mål for sine måter å mestre egen hverdag på (Brataas og Evensen 2006, Brataas og Evensen 2011, Evensen et al. 2010). Skjer det en kommunikasjon mellom deltakere og helsepersonell på rehabiliterings-institusjonen som fører til åpning av svare bokser? ANT operer med begrepet black boxes («svarte bokser»), som menes at mennesker ofte forstår komplekse relasjoner, fenomener og funksjoner på en meget forenklet måte (Latour 2005, 1987). I refleksjon for å lære om fenomener kan nettopp en åpning av ens enkle forståelse av fenomener og situasjoner skje; jamfør «svarte bokser». Man får endret kunnskap på grunn av at man reflekterer over deler og sammenhenger ved fenomenet eller situasjonen (Illeris 2012, 2004). «Boksene» åpnes når ny kunnskap kommer inn. Ny kunnskap blir lagt til den eksisterende kunnskapen (Illeris 2012, Latour 2005, 1987, Tulsy, Fisher, Rose og Arnold 1998). Man kan bevisst bidra til å åpne en «svart boks», for å få en forståelse av kompleksitet som ikke er tydelige for aktøren (op.cit.). «Boksen» kan lukkes igjen når man har reflektert over kompleksiteten og har fått en endret forståelse av relasjoner. Erfarer deltakere på AFEM rehabilitering en bevisstgjøring om måter de tar egne valg og handler i ulike nettverk på?

Denne studien har fokus på hva som er essensen ved nettverkserfaringer hos deltakere på AFEM rehabilitering, og hvordan rehabiliteringsdeltakere har forholdt seg til ulike nettverk før og under rehabilitering. Formålet med studien var å bidra i utvikling av kunnskap om nettverkserfaringer hos personer med behov for rehabilitering til arbeid.

Metode

Studien var en kvalitativ, beskrivende og fortolkende studie om nettverksforståelser hos deltakere på AFEM rehabilitering. Kvalitative dybdeintervjuer ble gjennomført. Deltakerperspektiver er analysert tematisk (Graneheim og Lundman 2004, Patton 2002).

Utvalg

Utvalget var informasjonsrikt og hadde nettverkserfaringer før og under rehabilitering, det vil si erfaringer som var fokus for studien (Polit og Beck 2012, Patton 2002, Sandelowski 1997). Inklusjonskriterier var at informanter var henvist til institusjonen av behandlende lege på grunn av mild psykisk lidelse, kroniske smerter og tegn på utmatting, og at de på intervjuetidspunktet hadde deltatt på fire uker AFEM rehabilitering. Seks personer er inkludert i utvalget, tre kvinner og tre menn i yrkesmessig alder fra 20 til 60 år. Gjennomsnittsalder 28 år.

Utvelgelse og utvalgsmetode

Intervjuene ble foretatt på rehabiliteringsinstitusjonen hvor deltakerne var kjent og hadde oppholdt seg i fire uker. Daglig leder ved rehabiliteringsinstitusjonen gav de forespurte skriftlig informasjon fra forskerne. Han gav også muntlig informasjon om prosjektet og hva det innebar å delta på undersøkelsen, og forespurte om frivillig deltakelse. Hvem som ble forespurt var tilfeldig i den forstand at det ble forespurt om deltakelse når forskerne hadde mulighet for å komme og gjennomføre intervjuene.

Kvalitative intervjuer

Intervjuer ble foretatt på rehabiliteringsinstitusjonen ved avslutningen av fire ukers rehabiliteringsopphold. Før intervjuene begynte, repeterte forskerne informasjon om studien og dens hensikt, og informasjon om forskningsetiske forhold. Tematisk intervjuguide om informantenes erfaringer med nettverk ble benyttet. Begge forfattere har erfaring med denne type forskningsintervjuer hvor man samtaler med fremmede mennesker, og hvor man utgår fra åpne spørsmål om studiens tema.

Forskningsetikk

Hvem som er valgt, er ikke kjent for leder som forespurte om deltakelse. Frivillig deltakelse og konfidensialitet er tilstrebet forsvarlig ivaretatt. Materialet ble transkribert av forfatterne i aidentifisert form. Resultater er tilstrebet fremstilt på slik måte at informasjon ikke kan tilbakeføres til bestemte personer. Prosjektet er søkt og godkjent hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, referanse nr. 2010/1323.

Analyse og tolkning

Vi har benyttet faser i analysen som Graneheim og Lundmann (2004) beskriver. Hele materialet ble lest flere ganger for å få en oversikt og danne oss et hovedinntrykk. Deretter ble utsagn om erfaringer med nettverk, gjennom livsløpet og under rehabiliteringsoppholdet, markert i teksten. Neste steg var å kondensere meningsbærende enheter på slik måte at betydning de hadde i intervjukonteksten ble ivaretatt. På den måten fikk vi oversikt over innholdet som hadde relevans for studiens problemstilling. Neste steg var en manifest analyse. Meningsbærende enheter ble kodet og gruppert i kategorier. Kategorier viste på beskrivende nivå hva innholdet i teksten omhandlet. I neste fase ble meningsinnholdet fortolket i lys av studiens teoretiske perspektiv. Analyse om sammenhenger og forskjeller mellom kategorier, førte frem til to hovedtemaer, der hvert tema er uttrykk for regulariteter eller sammenhenger mellom kodet, kondensert tekst og kategorier (op.cit.). Funn viste hvordan nettverk var erfart før og under AFEM rehabilitering. Under hele analyseprosessen ble intervjuteksten benyttet for å forankre analysen i intervjukonteksten.

Resultater

Analysen førte til to hovedtemaer; *Tilpasning i nettverk* og *Rehabilitering åpner for innsikt og nettverksforståelse*. Resultatene beskrives for hvert tema i det følgende.

Tilpasning i nettverk

Temaet *Tilpasning i nettverk* har to kategorier; «Tilpasning som hjelpsomhet eller konfliktunngåelse» og «Tilpasning som kompensering når en selv trenger hjelp». Eksempel på analyse av kategorier er fremstilt i Tabell 1. Eksemplet er for kategorien «Tilpasning som hjelpsomhet eller konfliktunngåelse».

Tabell 1. Kategorien «Tilpasning som hjelpsomhet og konfliktunngåelse»

Underkategorier	Eksempler fra teksten
Hjelpsomhet med mål å bli sett av signifikante andre	Har valgt omsorg og hjelpsomhet som strategi i ulike relasjoner
	Hjalp andre i skolen og hjelper naboer, kollegaer og andre nå, er «jammennesker» og ekstra hjelpsom, heller enn å ivareta egne interesser i arbeid og fritid
Konfliktunngåelse som mestringsstrategi	Lært i barndommen at å ta opp ting var truende og skulle unngås
	Unngår å snakke åpent om problemer i voksenrelasjoner

De fleste av informantene hadde erfart situasjoner i barndommen der nettverket hadde mer oppmerksomhet mot søsken, foreldre og nær familie eller omgangskrets enn mot informantene. Årsaker var sykdom eller plager av ulik karakter hos andre enn informantene. For å bli sett og akseptert i nettverket, valgte noen informanter å være ekstra hjelpsomme, og de hadde oppgaver som var krevende, alder tatt i betraktning; «*Ja, har egentlig tatt på meg en omsorgsrolle tidlig i livet*». Barnepass var eksempel på slike oppgaver; «*Var mye heime og hjalp til på gården og med to søsken*». Noen hadde valgt «hjelpsomhet» som strategi når familien var i en vanskelig situasjon med rusproblematikk som skapte utrygghet. Senere i livet har informantene blitt opptatt av å hjelpe andre som er situasjoner som ligner deres barndomssituasjoner; «*Jeg har vært en person som har villet redde verden egentlig, og har faktisk reddet flere fra å ta selvmord*».

Noen erfaringer fra barndommen dreide seg om opplevelser av å bli krenket, for eksempel gjennom mobbing eller trakassering. Det mener de at har påvirket selvbildet; «*Jeg har aldri egentlig følt meg bra nok, og den følelsen har ligget der*».

Noen benyttet unngåelse av konflikter som tilpasning i nettverk. Noen informanter hadde for vane å dekke over det som ikke fungerer eller oppleves vanskelig. Fra barndommen og helt frem til rehabiliteringen hadde de unngått å snakke om vanskelige ting; «*Vokst opp i en familie der ingen skulle snakke*». Strategien ble lært, og informantene bruket den som voksen; «*Har en mann som gjerne vil snakke. Det vart en trussel for meg*».

Den andre kategorien under tema *Tilpasning i nettverk*, var «Tilpasning som kompensering når en selv trenger hjelp».

Informantene har etablert egen familie, arbeid og interesser i voksenlivet. Strategier som ble brukt tidligere i livet praktiseres i det voksne liv; «*Aldri lytta til kroppen min, jeg har bitt tennene sammen, og aldri tenkt på meg selv, men tenkt på å gjøre en bra jobb for de andre*».

Informantene fortalte om utvikling av psykiske plager og kroniske smerter. Lenge forsøkte de å kompensere i stedet for å søke hjelp; «*Har egentlig satt meg selv til side*». Noen hadde belastninger i heimen og hadde opplevd jobb som et fristed; «*Jobben var liksom fristedet mitt for det var mye tyngre å være hjemme enn på jobb*». Andre hadde motsatt opplevelse. De opplevde tungt arbeid eller ustabilitet på arbeidsplassen. Det forekom relasjoner til ledere eller kolleger som var ustabile. Noen opplevde belastning både på jobb og heime.

I jobbsammenheng har informantene vært sykmeldt i flere perioder eller over lang tid. De har hatt kontakt med mange aktører i hjelpeapparatet. Denne kontakten gav ofte opplevelse av å

bli krenket som person; «*De bare graver i fortia og forteller at det er litt synd i deg. De er mest enig på en måte, – de sitt å skriver og nikker*». De hadde ikke opplevelse av å få effektiv hjelp, men tilpasset seg de tilbudene de fikk fra helsetjeneste og arbeids- og sosialtjeneste (NAV). For eksempel når informanter måtte teste restarbeidsevne gjennom «banale oppgaver» var møtet med hjelpeapparatet opplevd nedverdiggende; «*Ble sendt på en slik vernet bedrift. Det ble ikke tenkt på oss som mennesker der*». Informantene tilpasset seg best mulig på slike tiltak, selv om de opplevde det krenkende.

Deltakerne hadde hatt plager med angst, depresjon, kroniske smerter og tegn på utmatting. Plagene hadde vedvart og økt, til tross for ulike hjelpetiltak fra det offentlige; «*Sykmeldingen min gikk ut og jeg ble egentlig presset til å ta permisjon fra stillingen min*». Deres situasjon ble også utrygg økonomisk. De følte ikke at de fikk reell hjelp for sine problemer; «*Det hjelper ikke så mye å medisinerer seg mot angst. Hvis du slutter med tablettene så ligger det fortsatt der*». Når plagene varte ved og bare økte, maktet de ikke å kompensere for dem lengre. De hadde ikke overskudd til å være «de hjelpsomme», og ble selvsentrert; «*Jeg så ikke min fine familie*».

Situasjonen til informantene ved innkomst til AFEM rehabilitering, var at de følte seg utbrent og langt nede psykisk. De hadde prøvd ulike tiltak i hjelpeapparatet uten at det har hatt resultat i bedring og å komme tilbake til jobb. Flere av informantene gav uttrykk for at det var siste løsning å delta på AFEM.

Rehabilitering åpner for innsikt og nettverksforståelse

Det andre temaet; *Rehabilitering åpner for innsikt og nettverksforståelse*, har to kategorier; «Innsikt i eget liv» og «Atferdsendring».

En kategori under dette temaet var «Innsikt i eget liv». Informantene beskrev at det skjedde en merkbar endring ved deres innsikt under AFEM deltakelsen. Den første uka var oppdaging om egne erfaringer gjennom livet en prosess de opplevde som slitsom; «*Første uka er det jo 'trasig'. Da er det 'sånn pakke' rundt oss med medfølelse*». Terapeuten viste både forståelse og omsorg. «*Og andre uka så begynner terapeuten å 'vekke oss'*». De ble bedt om å fortelle om sine liv; «*Terapeuten begynner fra barndommen og gradvis oppover*». Informantene fortalte at de ble konfrontert med det som har ligget latent som årsak til deltakelsen på AFEM; «*Det var et gjennombrudd for meg, å bli konfrontert i stedet for bare å presse det ned*». Det terapeutiske opplegget førte til at de oppdaget hvilke handlingsstrategier de hadde brukt; «*Hadde skylapper og tunnelsyn. Jeg så ikke min fine familie*». De «så» hvordan deres opptreden i egne nettverk har vært; «*Terapeuten åpna øynene mine. Ser det nå, at det er bedre å snakke om ting enn å ha det inni seg*». Etter hvert fikk de tro på seg selv, og kunne begynne å tenke positivt på fremtida; «*Har fått trua på meg selv og trening på å snu tankene fra det negative til det positive*».

Informantene gav uttrykk for at de var langt nede psykisk i begynnelsen av rehabiliteringen. Rehabiliteringen har fokus på å mestre og informantene fortalte at de nå, på slutten av rehabiliteringsoppholdet hadde positive følelser. De hadde endret fokus, og nå vektla de egen mestring; «*Ja jeg begynner å bli så god på å mestre situasjoner rundt meg at jeg tror det skal gå ganske bra*». De lærte mye om seg selv under rehabiliteringa; «*Jeg har lært meg å mestre mye av angsten - jeg har lært meg å slappe av når jeg går – og – ja - lært meg hvordan jeg skulle gå*».

«Atferdsendring» var andre kategori på temaet *Rehabilitering åpner for innsikt og nettverksforståelse*. Under rehabiliteringa, ble endringer oppmuntret av terapeuten, som oppfordret hele rehabiliteringsgruppen til samarbeid om å fokusere på det friske ved dem; «*Vi blir 'tvunget' til å se på oss selv som frisk. Vi skal ikke gå og synes synd på oss selv resten av livet*». Rehabiliteringsgruppen hadde fått undervisning om metoder for å takle smerter og andre plager; «*Har lært om smerteporten, for enkelte smerter må jeg leve med. Jeg var nedtyngt av rygg smerter, skuldersmerter og muskelsmerter når jeg kom hit. Og andre uka her, så forsvant alle smertene*». De har fått «*utdelt hjelpeverktøy*» som de selv benevner som «*nøkler*» i å mestre plagene.

Rehabiliteringsgruppen og relasjonene mellom deltakerne hadde en støttende funksjon. En del av opplegget var at gruppen gav tilbakemeldinger på hverandre om hvordan de ble opplevd; «*Jeg var akseptert fra første stund i gruppa*». Deltakerne ble godt kjent gjennom rehabiliteringsprosessen; «*Det er samarbeid i gruppa, og det er ingen som kjenner meg bedre enn de som er her. Og det er nesten skremmende å tenke på at vi bare har vært sammen en måned og det er folk jeg har kjent fra jeg var fire – fem år som ikke kjenner meg like godt i det hele tatt. Vi veit alt om hverandre nå – absolutt alt*».

Ved hjelp av terapien hadde de gått i gjennom en prosess som har bidratt til å legge det vonde bak seg; «*Og det ha vært mye oppigjennom årene, men det får en nå legge bak seg*». Naturen ble brukt som en del av terapien. Det var bålbrekking, lange og korte turer og besøk på en seter der ulike oppgaver og observasjoner ble gjennomført; «*Denne vegen utover til setra har terapeuten som en sansehage', og la ut forskjellige ting langs vegen, forskjellige ting som vi skulle legge merke til, og sånt som lyder og annet i naturen*». De lærte om sin egen oppmerksomhet og oppdaget at de hadde for vane å rette liten oppmerksomhet utover, mot sine omgivelser. Nå, etter fire uker «*ser*», informantene omgivelsen, men også sin familie, jobb og hjelpeapparat på nye måter. Familien har fått fornyet oppmerksomhet; «*Jeg ser familien min igjen. Ser ungene mine, hvor flinke og snille de er*».

Nå etter fire uker AFEM rehabilitering, ser de positivt på å gå tilbake til familie, venner, arbeid eller skole. Noen vil starte på nytt med nye jobber; «*Kan gjerne tenke meg å ta et fagbrev*». Noen vil rydde opp i sine arbeidsforhold; «*Skal på personalmøte når jeg kommer heim igjen, og da skal jeg si at dette her (AFEM rehabilitering) gjorde godt fer meg*». Informanten vil ta opp og endre noe ved arbeidsmiljøet; «*Behandlinga har mannet meg opp til å ta opp den ukulturen på arbeid, og det skal jeg ta opp når jeg kommer dit*».

Noen av informantene må fortsatt forholde seg til hjelpeapparatet, men de vil forholde seg til det på en annen måte nå enn før rehabiliteringen; «*Jeg skal klare å forholde meg til de personene på en god måte*». De vil forklare plagene de har slitt med på sin egen måte; «*For nå kommer jeg til å ordne meg en time hos NAV, og få de der til å se på rapporten min (sluttrapport etter AFEM) og se hva jeg har slitt med, - for de på NAV har ikke forstått meg. .*

Informantene beskrev tru på fremtida. De ville «*ta fatt i ting som må tas fatt på*», og de har lært nye måter å mestre utfordringer på; «*Har fått mange gode nøkler å bruke på ting som før var hindringer og som jeg nå ser på som utfordringer*».

Drøfting

Analysen førte til to hovedtemaer; *Tilpasning i nettverk* og *Rehabilitering åpner for innsikt og nettverksforståelse*. Resultatene viser at deltakernes erfaringer med nettverkene før rehabiliteringen har gitt en opplevelse av ulike systemer som har vært en utfordring for dem. Målet for deres mestring var opplevelse av stabilitet. I følge Heggen (2007) må innflytelsen fra nettverkene i forskjellige situasjoner møtes på slik måte at det fører til opplevelse av stabilitet. Personen lærer seg mestringsstrategier og utvikler måter å håndtere nettverksrelasjoner på, som etter hvert er blitt en ubevisst måte å håndtere nettverksrelasjoner og allianser på (Callon og Latour 1981, Law 1994). AFEM rehabilitering åpner for egeninnsikt og nettverksforståelse, som grunnlag for nye måter å mestre på.

På tema *Tilpasning i nettverk*, viser resultatene to kategorier; «Tilpasning som hjelpsomhet eller konfliktunngåelse», og «Tilpasning som kompensering når en selv trenger hjelp». Resultatene viser at aktørrollen en kan ha i et nettverk som barn, ikke alltid har vært prioritert av signifikante andre på god en måte. I oppveksten, og hele livet, er alle nettverkene viktige. Nettverk skal utgjøre trygghet for aktørene, og skal bidra til utvikling på forskjellige områder (Seikkula 2012). I barndommen står oppdragelse og sosialisering sentralt. Fra fødselen av spiller de nære omsorgspersonene, foreldre og nære slektninger en hovedrolle i barnas nettverk. Etterhvert gjennom livet, vil barnehage, skole, fritidsaktiviteter og nettverk i voksenlivet være viktige nettverk for aktørene. Med tanke på at aktøren selv er et nettverk, vil stabiliteten i dette indre nettverket også påvirke andre aktører i personens nettverk. Informantene beskriver sykdomsperioder der deres «indre nettverk» ble beskrevet som relasjoner mellom smerter, følelser av angst, søvnproblemer og fungering i hverdagen. Deres indre forhold har hatt betydning for hvordan de har fungert i de mellommenneskelige nettverkene. Oppmerksomheten ser ut til å bli rettet inn mot en selv. Dette har hatt innvirkning på familierelasjoner, venner, skole og arbeidsliv. Deltakernes væremåte kan knyttes opp mot hvordan aktører mestrer stressbelastning i relasjon til nettverkene de tilhører og møter. Våre funn viser at konfliktunngåelse og å stille opp med ekstra innsats overfor sine nettverk, var lærte mestringsstrategier. Mestring kan forstås som det personen selv mener om resultatet av egne handlinger (Ursin og Eriksen 2004). En kan undres om informantene benyttet disse strategiene for å prøve å overbevise seg selv om at de var dyktige, og ikke hjelpeløse? Mestring kan knyttes til håp, som motsetning til hjelpeløshet og håpløshet. Resultatene tyder på at aktørene har brukt mye energi på håp i betydning kunnskap og følelse av at det er en vei ut av vanskeligheter (op.cit.). Energibruk som følger av kronisk stressbelastning kan ha ført til psykisk plager og kroniske smerter, og over tid bidratt til belastning på kroppens fysiologiske systemer (Ursin og Eriksen 2004, Ekeland og Heggen 2007).

Resultatene viste kompensering som strategi, også når personen trengte hjelp fra helsetjeneste og NAV. Nettverk øker i omfang når det utvides med flere tjenestetilbud. De opplevde indre uro og ubalanse, og uttrykte at de forsøkte å kompensere for denne opplevelsen ved å være «ja-mennesker», stille opp på jobb og for andre, og sette seg selv til side. Noen hadde også opplevd krenkelser gjennom relasjonen til hjelpeapparatet. Hjelpesystemene, vil ut fra Bromfenbrenner (1979) være eksosystemer som har indirekte påvirkning på personer som interagerer i systemer. Det kan være ulike interesser og behov hos aktørene i hjelpeapparatet og hos personene som søker hjelp. For å få aktørene til og «dra i samme retning», må de ha som intensjon å nå det felles målet om rehabilitering tilbake til arbeidslivet (Callon 1991, Law 1994, Asbring et al. 2003). Deltakerne opplevde ikke at hjelpeapparatet hadde mål i samsvar med deres egne mål, noe de opplevde som krenkende. Relasjonene med hjelpeapparatet varte

over lang tid, og var opplevd som belastende. Måten aktørene tilstreber stabilitet i nettverk på, kan bygge på deres enkle forståelse av relasjoner og nettverk, også betegnet som en «svart boks» (Latour 2005,1987). Nye forslag og tiltak hadde ikke ført til bedring av deltakernes helse, og hjelpeapparatet synes å ha blitt en «svart boks» - kunnskap om en helsetjeneste som ikke var til hjelp. Et spørsmål vi stilte, var om AFEM rehabilitering kunne bidra til å åpne slike «svarte bokser». Deltakerne synes å tilegne seg ny og utvidet forståelse om helsetjenester. AFEM rehabilitering var ikke lengre opplevd som eksosystem, men ble et mikrosystem der deltakerne fikk hjelp til å oppdage og se grunner for egne handlingsstrategier. I følge Latour og Callon (1981) vil utvikling av nettverk være avhengig av makt og innvirkning hos den enkelte deltaker. I gruppen på AFEM rehabilitering våget deltakerne å være åpne i dialog med andre i gruppen. Stabilitet i nettverk bygger på god informasjonsflyt der alle parter blir hørt (Latour og Callon 1981), og det var tydelig at deltakerne opplevde å bli hørt av både terapeut og andre deltakere. Det skjedde endringer i deltakerne som førte til at deres smerter ble borte eller betydelig redusert, og psykiske plager forsvant under rehabiliteringsopplegget. I AFEM skjer det en endring som er merkbar for dem. Under rehabiliteringsprosessen kommer nye kunnskaper inn hos aktørene. Det kan forstås som at «svarte bokser» åpnes (Latour 2005). Deltakerne får ny kunnskap gjennom refleksjon over erfaringer de har gjort seg tidligere i livet. I følge Illeris 2004;2012) vil voksnes læring være selektiv, de velger ut det de oppfatter som viktig for dem å lære.

Aktørene lærte gjennom rehabiliteringsopplegget å reflektere over relasjoner, hendelser og sammenhenger som har hatt betydning for deres utvikling av handlingsstrategier, karakterisert av unngåelse og «overhjelpsomhet» i nettverk. «Svarte bokser åpnes», i betydning at deltakere forteller om hendelser hvor relasjoner i viktige nettverk for dem har fungert godt, og relasjoner som har vært vanskelige og gitt vonde følelser. De lærer om egen læring gjennom livet. Tidligere læring for å mestre utfordringer og krenkelser, ser ut til å være basert på sansing og observasjon som ha hatt en «overfladisk» selvbeskyttende karakter. De hadde behov for å beskytte sitt selvverd. De ga uttrykk for tidligere å ha hatt motvilje mot å være åpen for ny læring, noe som har medført at de har brukt «gammel kunnskap». Grunnlaget for handling er dermed blitt lite fleksibelt (op.cit.). På AFEM rehabilitering får de en opplevelse av at læringen skjer på deres premisser, og det ser ut til å medføre at læringspotensialet blir godt. Samtidig får de også hjelp til å reflektere over hva som er relevant ved deres erfaringer tidligere i livet. Vårt materiale kan tyde på at NAV og helsetjeneste-tilbudene som informantene har erfart tidligere, kan ha vært styrt utenifra og gitt en opplevelse av ikke å bli behandlet som voksne selvstendige mennesker. I arbeid med å bearbeide slike erfaringer, ser gruppeprosessen ut til å være benyttet som verktøy på AFEM rehabilitering. Samspillprosessene mellom individet og omverdenen er læringens råstoff (Illeris 2004,2012, Nilsen m.fl.2007). I rehabiliteringsgruppen kan deltakerne støtte hverandre i en prosess der de prøver ut nye handlingsstrategier i forsøk på å beherske, mestre og tolerere belastninger en har vært utsatt for og kan bli utsatt for i fremtiden (Lazarus 1991). I møtet mellom brukere og hjelpere ligger det uuttalte holdninger, følelser, forventninger og tradisjonelle handlingsmønster. Den pedagogiske utfordringen er å få deltakernes oppmerksomhet innrettet mot selvforståelse og egeninnsats, og å se sin situasjon i et endret perspektiv.

Konklusjon

Funnene dreide seg om hvordan informantene erfarte sine nettverk, både før rehabilitering og hvordan de ble bevisstgjort om egen nettverksforståelse under rehabiliteringsoppholdet. Det synes å skje en oppdaging av måter deltakerne tilpasser seg til nettverk på. Resultatene peker

på rehabilitering som læringsarena, hvor man erfarer å åpne «svarte bokser», som grunnlag for å ta ansvar for egen læring og mestring av utfordringer i nettverksrelasjoner. Ulike nettverk ser ut til å ha relevans for menneskers helse, og følgelig for rehabilitering tilbake til arbeidslivet. Denne kunnskapen har relevans for aktører innen helse- og sosialtjeneste og arbeidsrettet rehabilitering.

Studien er kvalitativ og har et lite materiale fra seks informanter, og datagrunnlaget omfatter kun ett intervju med hver deltaker. Analyse av materialet førte til tematiske antagelser i den forstand at data fra intervjuer med seks informanter gav grunnlag for kategorier på tema som fremkom. Intervjuene er foretatt ved avslutning av deltakelse på ett rehabiliteringstilbud; AFEM rehabilitering. Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om hvordan personer med behov for rehabilitering til arbeid erfarer og forholder seg til ulike nettverk.

Litteratur

Arbeidsdepartementet (2012) Jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne. Vedlegg til Prop. 1 S (2011-2012-Stasbudsjettet 2012)

Asbring P, Närvänen AL (2003) Ideal versus reality: physician's perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Soc Sci Med.*; 57(4):711-20.

Back AL, Arnold RM, Tulskey JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA (2005) On saying goodbye: acknowledging the end of the patient-physician relationship with patients who are near death. *Annals of Internal Medicine*; 142(8):682-685.

Brataas HV, Evensen A (2006) *Evaluering av en AFEM -modell for sosial rehabilitering*. Høgskolen i Nord-Trøndelag Rapport nr. 34.

Brataas HV, Evensen A (2011) *Årsakssammenhenger og betydning av AFEM for rehabilitering til aktivt liv. Rehabilitering under ordning Raskere tilbake*. Høgskolen i Nord-Trøndelag Rapport nr. 77.

Bronfenbrenner U (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Callon M (1991) "Techno-economic networks and irreversibility" I: Lav J (red.) *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*. London: Routledge, sider 132-165.

Callon M (1987) "Society in the Making: The Study of Technology as a Tool for Sociological Analysis." I: Bijker W. et al. (red.) *The Social Construction of Technological Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*. London: MIT Press, sider 83-103

Callon M, Latour B (1981). Unscrewing the Big Leviathan: how actors macrostructure reality and how sociologists help them to do so. I: Knorr-Cetina KD og Cicourel AV (red.) *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro- and Macro-Sociologies*. Boston: Routledge and Kegan Paul, sider 277-303.

Carruthers M, et al. (2011) Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *Journal of Internal Medicine*; 270(4): 327-338.

Czarniawska B, Hernes T (2005) *Actor-Network Theory and Organizing*. København: Copenhagen Business School Press.

Evensen A, Brataas HV, Landsem B (2010) Individuell læring i gruppebasert psykoedukativ kognitiv rehabilitering. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*; 6(2): 70-83.

Ekeland TJ, Heggen K (2007) Meistring og myndiggjøring – reform eller retorikk? I: Ekeland T-I og Heggen K (red.) *Meistring og myndiggjøring*. Oslo: Gyldendal Akademisk, sider 13 – 28.

Graneheim UH, Lundman B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*; 24(2), 105-112. Helse- og omsorgsdepartementet (2010) NOU 2010 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. Tilgjengelig på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/nou-2010-13/7.html?id=628128>

Heggen K (2007) Rammer for mestring. I Ekeland T-I og Heggen K (red.) *Meistring og myndiggjøring*. Oslo: Gyldendal Akademisk, sider 64 – 82.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010) NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren.

Illeris K (2012) *Læring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Illeris K (2004) *Voksenuddannelse og voksenlæring*. Danmark: Roskilde Universitetsforlag.

Jansma FF, Twillert S, Postema K, Sanderman R, Lettinga AT (2010) Physical and rehabilitation medicine and self-management education: comparative analyses of two approaches. *Journal of Rehabilitation Medicine*; 42(9):808-14.

Landstad B, Hedlund M, Wendelborg C, Brataas H (2009) Long-term sick workers experience of professional support for re-integration back to work. *WORK*; 32: 39–48

Latour B (2005) *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford New York: Oxford University Press.

Latour B (1987) *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Lazarus RS (1991) *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Law J (1994) *Organizing Modernity*. Oxford, Cambridge: Blackwell Publishers.

Law J (2007) Actor Network Theory and Material Semiotics, version of 25 April 2007. Tilgjengelig på: <http://hwww.heterogeneities.net/publications/Law2007ANTandMaterialSemiotics.pdf>

Lippestad, JW, Kurtze, N, Bjerkan, AM (2011) *Rapport. Status for helse- og omsorgstilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge*. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn. Helsetjenesteforskning. Foretaksregister: NO 948007029 MVA.

Nilsen S, Fauske H, Nygren P (2007) *Læring i felleskap: en pedagogisk modell i profesjonsutdanninger*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Normann T, Sandvin TJ, Thommesen H (2006) *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse*. Oslo: Kommuneforlaget.

Patton MC (2002) *Qualitative research & evaluation methods*, 3th edition. London: Sage Publications.

Perrewé PL, Zellars KL (1999) On the importance of the objective environment in stress and attribution theory. *Journal of Organizational Behavior*; 20: 761-765.

Polit DF, Beck CT (2012) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sandelowski M (1997) Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*; 26(3): 623-630.

Seikkula J (2012) *Åpne samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget.

Statistisk sentralbyrå (2005) *Psykiske lidelser er den mest brukte diagnosen*. (Mental illness is the most common diagnose.). Tilgjengelig på: <http://www.ssb.no/emner/03/02/alegetj/>

Tulsky JA, Fischer GS, Rose MR, Arnold RM (1998) Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives? *Annals of Internal Medicine*; 129(6):441-449.

Timpka T, Bang M, Delbanco T, Walker J (2007) Information infrastructure for inter – organizational mental health services: and actor network theory analysis of psychiatric rehabilitation. *Journal of Biomedical Informatics*; 40(4):429-37.

Ursin H, Eriksen H R (2004) The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*; 29: 567-592.

Van Houdenhove B, Luyten P (2008) Customizing treatment of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: the role of perpetuating factors. *Psychosomatics*; 49(6):470-477.

Øverland S, Knudsen AK, Mykletun A (2012) Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*; 48(8): –739-744.