

Hindringer langtidssykmeldte opplever for å komme tilbake i jobb.

En intervjustudie fra «RTW Barriers Project?»



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student : Fjoralba Sadja

Veileder : Randi Wågø Aas

November 2018

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: HØST 2018

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: FJORALBA SADJA

VEILEDER: RANDI WÅGØ AAS

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Hindringer langtidssykmeldte opplever for å komme tilbake i jobb. En intervjustudie fra «RTW Barriers Project?»

Engelsk tittel: Obstacles that people on sick leave experience to get back to work. An interview study from «RTW Barriers Project?»

EMNEORD/STIKKORD: Hindringre, langtidssykemelding, tilbakeføring til arbeid, ICF modell

ANTALL SIDER: 83

STAVANGER 15.11.2018

Forord

Da jeg skulle velge tema for masteroppgaven hadde jeg ett bevisst ønske om å skrive noe innen arbeidshelse. Dette er ett tema som jeg synes er fasinerende og veldig spennende. Min bacheloroppgave dreide seg også om arbeidshelse, hvor hovedfokuset mitt var nærvær på arbeidsplassen og hvilke faktorer som er med å øke nærværet. Jeg jobber med sykefraværsoppfølging i NAV, noe som har også bidratt til at jeg er ekstra interessert i dette temaet. Jeg har selv troen på at det å være i arbeid og aktivitet er den beste medisinen som bidrar til en bedre fysisk og psykisk helse.

En stor takk til min veileder Randi Wågø Aas for gode og konstruktive tilbakemeldinger. Det har vært en glede å ha deg som veileder som sitter med utrolig mye kunnskap og erfaring. Takk for at jeg fikk lov til å være en del av dine spennende prosjekter.

En stor takk rettes til min avdelingsleder Ingve Larsen og kollegaer som har støttet meg i denne prosessen og lagt til rette for at jeg skulle gjennomføre min studie. Tusen takk til min gode kollega, Inger Marie Thorsnæs som tok seg tid i siste liten, til å lese på oppgaven og korrektur.

Takk til min familie i Albania som hele tiden har heiet på meg. Takk til min kjære mann som har vist tålmodighet, forståelse og har oppmuntret meg.

Til sist, men ikke minst dedikerer jeg denne oppgaven til min mor, som forlot verden i ung alder, men som ville vært stolt av meg i dag.

Fjoralba Sadja

Sandnes, november 2018

Sammendrag

Bakgrunn: Personer som er i arbeid representerer nesten halvparten av verdens befolkning. De er de viktigste bidragsyterne til både økonomisk og sosial utvikling. Utviklingen i sykefraværet har ført til at sykmeldte er ett av de prioriterte satsingsområdene til regjeringen. Det er stort fokus på å få ned sykefraværet og legge til rette for at flest mulig skal kunne delta i arbeidslivet. Ofte retter forskning oppmerksomheten mot nye metoder og tiltak for å få sykemeldte tilbake i jobb. Færre studier har som mål å kartlegge, forstå og differensiere hindringene som skaper deltagelsesproblemet og bruke dette individuelt som inngang til hvilke tiltak som bør ytes. For å lage en god tiltaksplan som fungerer, er det viktig å kartlegge hindringene som gjør det vanskelig og utfordrende å komme tilbake i jobb, for så å lage nye gode tiltak og verktøy.

Mål: Målet med denne studien var å identifisere langtidssykemeldte sine erfaringer om hva de opplever som hindringer for å komme tilbake i jobb.

Metode som ble benyttet var kvalitativ deskriptivt design og kvalitativ innholdsanalyse. Informantene (n=30) ble rekruttert via NAV innenfor ett geografisk fylke. Informantene representerer ett heterogent utvalg og var sykemeldte fra 7 måneder til 2 år og 2 måneder. Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer per telefon som varte fra 9 til 21 minutter.

Resultater: Totalt ble det identifisert 297 meningsbærende enheter. Disse ble videre sortert i type hindringer. Totalt ble det identifisert 43 type hindringer. Disse ble videre sortert ut i fem hovedhindringer: Hindringer knyttet til kroppsfunksjon (n=100); Hindringer knyttet til kroppsstrukturer (n=32); Hindringer knyttet til sosiale og fysiske miljøfaktorer (n=86); Hindringer knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse (n=67) og Hindringer knyttet til personlige faktorer (n=11).

Konklusjon: Denne studien viser at det er et bredt spekter av hindringer langtidssykemeldte opplever for å komme tilbake i arbeid. Dette kan ses i sammenheng med at det var 43 type hindringer som ble identifisert. Av disse type hindringer var det disse som dominerte og som hindrer tilbakeføring til arbeid: familieforhold, trøtthet og utmattelse, smerter, psykiske lidelser, organisering av NAV systemet, mangel på sosial støtte fra leder og kollegaer og arbeidsoppgaver.

Innholdsfortegnelse

1.0	Bakgrunn	7
1.1	Arbeidshelse	7
1.2	Sykefravær	8
1.3	Tilbakeføring til arbeid	10
1.4	Hindringer for tilbakeføring til arbeid	11
2.0	Studiens mål	16
3.0	Teoretisk rammeverk	16
3.1	ICF modellen - Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse	16
3.2	Steers og Rhodos fraværsmoell	18
3.3	Karasek's krav-kontroll moell	19
4.0	Metode	21
4.1	Design	21
4.2	Setting RTW Barriers Project	21
4.3	Informantene	22
4.3.1	Rekrutteringsprosessen	23
4.3.2	Inklusjons – og eksklusjonskriterier	24
4.4	Datainnsamling	26
4.5	Data analyse	27
4.6	Validitet og reliabilitet	29
4.7	Forskningsetiske vurderinger	31
5.0	Resultater	32
5.1	Hindringer knyttet til kroppsfunksjon og kroppsstruktur	32
5.1.1	Hindringer knyttet til kroppsfunksjon	32
5.1.2	Hindringer knyttet til kroppsstruktur	35
5.2	Hindringer knyttet til sosiale og fysiske miljøfaktorer	36
5.2.1	Familieforhold	38
5.2.2	Organisering av NAV systemet og oppfølging fra helsevesenet	39
5.2.3	Holdninger og sosial støtte fra kollegaer og leder	40
5.3	Hindringer knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse i arbeidslivet	41
5.3.1	Hindringer knyttet til aktivitetsutførelse	41
5.3.2	Hindringer knyttet til deltakelse og inkludering i arbeidslivet	44
5.4	Hindringer knyttet til personlige egenskaper	45
5.5	Noen faktorer som fremmer tilbakeføring til arbeid	46
6.0	Diskusjon	48
6.1	Diskusjon av resultater	48
6.1.1	Hindringer knyttet til kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer	48
6.1.2	Hindringer knyttet til sosiale og fysiske miljøfaktorer	51
6.1.3	Hindringer knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse i arbeidslivet	56
6.1.4	Noen faktorer som fremmer tilbakeføring til arbeid	57
6.2	Diskusjon av metode	58
6.2.1	Design og utvalg	58
6.2.2	Datainnsamling	58

6.2.3 Dataanalyse	60
6.2.4 Validitet	61
6.2.5 Reliabilitet	62
7.0 Konklusjon	63
7.1 Implikasjon for praksis og videre forskning	65
Referanser	66
Vedlegg	71

1.0 Bakgrunn

1.1 Arbeidshelse

Personer som er i arbeid representerer nesten halvparten av verdens befolkning, og de er de viktigste bidragsyterne til både økonomisk og sosial utvikling. Derfor legger Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, WHO) og Den internasjonale arbeidsorganisasjonen (International Labour Organization, ILO) vekt på helse, trygghet og konseptet «Sunne arbeidsplasser» (WHO, 2010).

Definisjoner av en sunn arbeidsplass har utviklet seg de siste tiårene. Fra et fokus på sykdom og fysisk arbeidsmiljø, til en utvidet definisjon som omfatter en rekke andre faktorer som livsstil, psykososiale faktorer, arbeidsorganisasjon, arbeidskultur, individuelle forhold og tilgang til helsetjenestene (WHO,2010; Prins 2014)). Dette kan ses i sammenheng med at begrepet på hva arbeid er har endret seg over tid. Etter unionsoppløsningen for cirka hundre år siden var arbeidslivet og hele samfunnet på vei inn i en stor forandring. Kunnskapsutviklingen ledet til en gradvis forandring av arbeidslivet fra manuelt arbeid til mer intellektuelle oppgaver. Bedriftene utviklet seg og de krevde stadig flere ansatte med mer kunnskap og formell kompetanse. En ble da mer opptatt av å finne en jobb som gav mer arbeidsglede og en høyere posisjon i samfunnet. Fokuset rettet seg mest mot det enkelte menneskets behov for personlig utvikling, meningsfullhet i arbeid og arbeidsglede (Coutu, Cote & Barli, 2014; Hanson, 2012).

WHO definerer helse slik: «*Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser*» (WHO, 2007, s.15). Derfor omhandler WHO (2007) handlingsplan (Workers' health: global plan of action,WHO 2008-2017) alle aspekter av arbeidets helse og ikke kun sykdom og diagnoseaspektet. Arbeidsplassen bør ikke være skadelig for helse og velvære, og den bør fremme god fysisk og psykisk helse. Derfor bør forebygging av helserisiko på arbeidsplassen prioriteres, og både arbeidstaker og arbeidsgiver bør involveres i denne prosessen. Til tross for en rekke intervensjoner og tiltak for å forebygge og fremme helse på arbeidsplassen, er det fortsatt store gap globalt med tanke på rask tilbakeføring til arbeid (WHO, 2007).

1.2 Sykefravær

Tidlig intervensjon på arbeidsplassen blir sett som et viktig verktøy til å både beskytte og forebygge langtidssykemeldinger (Arbeids- og sosialdepartementet, 2010). I Stortingsmelding nr. 33 kommer det fram at mange yrkesgrupper og arbeidsplasser har et høyt sykefravær. Det er ett høyt nivå på uføretrygd og mange eldre arbeidstakere faller alt for tidlig ut av arbeidsmarkedet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2004).

Det er vanskelig å finne en klar definisjon på hva som regnes som langtidssykemelding. Harrison og Martocchio (I Steel, Rentsch & Van Scotter, 2007) anbefaler en slik deling: kortidssykemelding (short-term) når det er mindre enn 3 måneder, fra 3 måneder til 12 måneder (midtterm), og når det er over 12 måneder som langtidssykemelding (long-term) (Steel, Rentsch & Van Scotter, 2007). I noen tilfeller defineres langtidssykemelding ut fra hvordan sykefraværssystemet og loververket er organisert (Prins, 2014). I Norge er det mer vanlig å dele sykefraværet i under eller over 8 ukers tidspunktet, dette og på grunn av at det er et tidspunkt som blir nevnt i folketrygdloven, kapittel 8, §8-4 andre ledd hvor det blant annet står: «For å få rett til sykepenger skal medlemmet så tidlig som mulig og senest innen 8 uker prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet». Dette er punktet hvor det kreves at den sykmeldte begynner å jobbe noe gradert. Dersom det ikke er mulig å prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet på grunn av medisinske årsaker kreves det tilleggsinformasjon fra sykemeldes behandler om hvorfor den sykmeldte ikke kan jobbe. Dette for å unngå langtidssykemeldinger og muliggjøre rask tilbakeføring til arbeid.

Det egenmeldte og legemeldte sykefraværet økte fra 9% til 14% i perioden 1990 til 2003. Etter dette har det vært stabilt. Det er stor sett kvinners sykefravær som har økt, og økningen er størst for aldersgruppene 20 til 49 år (Arbeids- og sosialdepartementet, 2010; Nossen & Thune, 2009).

Dersom vi skal se på sykefraværet disse to siste årene ser vi at i 1. kvartal 2018 var det totale sykefraværet i hele landet på 6,4 prosent. Det legemeldte sykefraværet var 5,8 prosent i 1. kvartal 2018. Sammenlignet med samme kvartal i fjor innebærer dette en økning på 3,2 prosent. Det legemeldte sykefraværet er høyere for kvinner enn for menn. Statistikk fra statistisk sentralbyrå viser at det fortsatt er svak nedgang i sykefraværet i 2. kvartal 2018. Sykefraværet ligger på 6,2 prosent i hele landet (Statistisk sentralbyrå,

2018; NAV,2018). Sykefraværsprosenter for perioden 2. kvartal 2017 til 1. kvartal 2018 fordelt på sektorer viser at sykefravær er størst på disse sektorene: barnehager 12 %, helse og omsorg 11% og undervisning 8 % (Kommunespeilet, 2018).

Sykefraværssystemet i Norge er organisert slik at en kan være sykemeldt i inntil ett år med full lønn. Dersom en går ut sykepengeperioden kan en eventuelt gå over på andre ytelser som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, men da vil inntekten mest sannsynlig reduseres. Det skal lønne seg å jobbe framover å motta ytelser gjennom NAV (Folketrygdloven, 1997). I 2014 var det over 40.000 arbeidstakere som gikk ut sykepengeperioden. To av tre gikk over på en annen helserelatert ytelse som for eksempel arbeidsavklaringspenger (Stortingsmelding 33, 2015-2016).

Denne utviklingen i sykefraværet har ført til at sykmeldte er et av de prioriterte satsingsområdene til regjeringen og det er stort fokus på å få ned sykefraværet og legge til rette for at flest mulig skal kunne delta i arbeidslivet. Personer som er i arbeid er samfunnets viktigste ressurs. Det er derfor viktig å ha en aktiv arbeids- og velferdspolitik som sikter på at flest mulig skal kunne delta i arbeidslivet (Stortingsmelding 33, 2015-2016). Arbeidsmiljøloven §1.1 sikrer ett arbeidsmiljø som gir grunnlag for helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, og ønsker også å bidra til et inkluderende arbeidsliv.

Ett av tiltakene regjeringen har satset på for å få ned sykefraværet er IA avtalen (et inkluderende arbeidsliv). Overordnede målet for IA-samarbeidet er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2014). IA avtalen og endringene i sykmeldingsreglene 1. juli 2004, førte til økt fokus på bruk av graderte sykmeldinger, og dermed til lavere sykefravær. Det legges vekt på at kontakten med arbeidsplassen bør opprettholdes, slik at det er mindre sannsynlig at den sykmeldte faller ut av arbeidslivet på lengere sikt (NAV,2018).

En rapport fra Sintef hvor det er tatt utgangspunkt i erfaring fra arbeidstaker, arbeidsgiver, bedriftshelsetjenesten, NAV og leger, viser at tiltakene som allerede finnes i systemet bidrar i en liten grad til økt inkludering eller lavere frafall fra arbeidslivet. Forskerne konkluderte med at det mangler forskning om hva som er en

effektiv tilnærming i forhold til sykefraværsoppfølging (Ose et al., 2013). Derved er det behov for å forske mer på de forhold som kan bidra til å bringe sykmeldte tilbake i jobb.

Økning i sykefraværet viser at det trenges nye metoder og tiltak for å få sykemeldte tilbake i jobb. For å lage en tiltaksplan som fungerer, er det først og fremst viktig å kartlegge hindringene som gjør det vanskelig og utfordrende å komme tilbake i jobb. Mange studier har som hovedfokus å undersøke hvilke tiltak som kan redusere symptomer og plager, og ved hjelp av dette få sykmeldte tilbake i jobb. Færre studier har som mål å kartlegge, forstå og differensiere hindringene som skaper deltagelsesproblemet og bruke dette individuelt som inngang til hvilke tiltak som bør ytes.

1.3 Tilbakeføring til arbeid

Det finnes ikke en klar definisjon på begrepet tilbakeføring i arbeid (Return to work – RTW). I noen litteraturer blir det beskrevet som en proaktiv tilnærming og intervensjon som fokuserer på å få den sykemeldte tilbake i jobbe så fort som mulig (Franché et al., 2005a; Franché et al., 2005b; Hees et al., 2012; MacEachen, 2014). Dette basert på at tidlig tilbakeføring til arbeid er terapeutisk og fører til bedre helse. Dette ses på som positivt for arbeidstakeren, men også for arbeidsplassen og samfunnet generelt (MacEachen, 2014).

Etter hvert som definisjonen på hva arbeid er har endret seg gjennom årene, har også tilbakeføring til arbeid prosessen endret seg. Tilbakeførings-intervensjoner er ikke lenger begrenset til medisinske intervensjoner som behandling eller oppfølging fra helsevesenet. Flere andre partnere er blitt involvert i denne prosessen og intervensjonen har utviklet seg til et mer tverrfaglig samarbeid for å oppnå raskt tilbakeføring til arbeid. Arbeidsgivere, arbeidstakeren selv, helsepersonell, saksbehandlere (systemet) og andre leverandører blir sett som viktige aktører i denne prosessen (Hees et al., 2005; Franché et al., 2005a; Young, 2014).

Arbeidstakeren selv er den personen som best kjenner sin egen kropp og helsebegrensinger, og som kan si noe om hva som kan være mulig å gjennomføre på arbeidsplassen. Mens arbeidsgiver er den personen som vet om muligheter som finnes

på arbeidsplassen i form av tilrettelegging og tilpasning av arbeidsoppgaver og arbeidsplassen (Franche et al., 2005a; Young, 2014).

Det er en økende aksept på at intervensjoner på arbeidsplassen bør vektlegges. Viktige aspekter i intervensjoner på arbeidsplassen bør inkludere faktorer som tilrettelegging og tilpasning av arbeidsoppgaver og organisasjonsfaktorer. Kombinering av behandling og arbeid i en viss grad, blir sett som et viktig tiltak for oppnåelse av rask tilbakeføring til arbeid (Franche et al., 2005a).

Helsepersonell er på den andre siden viktige aktører når det gjelder behandling av helsen til den sykemeldte. Organisering av systemet og saksbehandler er viktig når det gjelder informasjon og ivaretagelse av ens rettigheter og plikter (Franche et al., 2005a; Young, 2014).

1.4 Hindringer for tilbakeføring til arbeid

Forskning tyder på at det er viktig å ta hensyn til andre forhold enn bare sykdommen for at arbeidstakeren skal komme tilbake i jobb (Dionne et al., 2013; Goetz, Berger, Gavartina, Zaroti, & Szecsenyi, 2015; Shaw, Kristman & Vezina, 2014; Donohoe & Kelloway, 2014; Esselman et al., 2007; Kiasuwa et al., 2016). Faktorer som er avdekket å være til hinder for tilbakeføring til arbeid vil bli presentert her.

En viktig psykososial faktor som nevnes i mange studier er mangel på beskyttelse, forståelse og støtte fra lederen og kolleger. Sosial støtte fra både kollegaer og leder har positive effekter når det gjelder trivsel på arbeidsplassen og til å fremme god helse og velvære. Sosial støtte reduserer funksjonsproblemer som kommer som følge av sykdom, og kan hjelpe den sykemeldte til å komme raskere tilbake i jobb (Aas et al., 2008; Aas, 2012; Dionne et al., 2013; Goetz, Berger, Gavartina, Zaroti, & Szecsenyi, 2015; Shaw, Kristman & Vezina, 2014; Skogstad, 2011;).

Støtte fra lederen er en viktig faktor, særlig når vi snakker om måten en leder samhandler og kommuniserer med sine ansatte. Samhandling med lederen har

konsekvent vist å være en robust faktor når det gjelder både psykisk og fysisk velvære av ansatte (Donohoe & Kelloway, 2014).

I et sykefraværsløp viser det seg at kontakten med ledere er noe avhengig av når den sykmeldte blir kontaktet i sykdomsforløpet. Dette på grunn av at det kan være at kontakten med leder er spesielt viktig når det å komme tilbake i arbeid er viktig for den sykmeldte (Esselman et al., 2007). En viktig faktor var også å holde kontakt med kollegaer. Den kontakten bidro ikke bare som en emosjonell støtte for den sykemeldte, men tillot også en bedre forståelse fra kollegaer for den sykemeldtes begrensninger for å komme tilbake i jobb (Kiasuwa et al., 2016).

Når det gjelder andre psykososiale faktorer som hindrer tilbakeføring til arbeid, kan det her nevnes vanskeligheter med å finne en god balanse mellom jobb og hjem. Arbeid og familie er to veldig viktige arenaer for ens liv. Balansen mellom familie og hjem blir vanskelig når en ikke lykkes med å møte kravene både på jobb og hjemme (Hees, et al., 2005; Noor, 2004; Joosen, Frings-Dresen, & Sluiter, 2011). Dette kan føre til økt risiko for hjerte- og karsykdommer, depresjon og dårligere livskvalitet. Det kan også føre til alkoholproblemer, og kan dessuten føre til problemer i parforholdet. En dårlig kombinasjon av arbeid og hjem vil naturligvis også få konsekvenser for bedriften i form av redusert produktivitet og dårligere kvalitet i arbeidet som utføres (Thuen 2011).

Litteratur og tidligere forskning tyder på at psykiske lidelser er en annen utfordring for tilbakeføringsprosessen. Organisatoriske, økonomiske og teknologiske endringer i samfunnet og i arbeidslivet er viktige konsekvenser for ansattes psykiske helse. Konsekvensene av disse endringene på arbeidsplassen representerer en byrde ikke bare for mennesker, men også for samfunnets økonomi. I flere land kostnadene knyttet til tap av arbeidsproduktivitet på grunn av psykiske utfordringer eller psykiske lidelser er enorme (Corbiere, Negrini, Dewa, 2014; Briand, Durand, St-Arnaud, & Corbière, 2007).

Psykososiale risikofaktorer som er arbeidsrelaterte og som kan ses som hindringer på arbeidsplassen består av fire faktorer: arbeidsinnhold, arbeidskontekst, individuelle jobbkarakteristikk og mellommenneskelige faktorer. Arbeidsinnhold refererer spesielt til jobbmengde, uklare roller og stor arbeidsbelastning. Arbeidskontekst refererer her til

diskriminering, urettferdig behandling av arbeidstakere eller arbeidsusikkerhet. Disse blir sett som noe som kan utløse en stressreaksjon og fører til at noen velger kanskje å avslutte arbeidsforholdet. Individuelle jobbkarakteristikker består av liten beslutningsgrad, lite inkludering og lite mulighet til å påvirke arbeidsdagen og oppgaver. Siste faktor omhandler mellommenneskelige faktorer som mangel på sosial støtte fra kollega og leder og isolering på arbeidsplassen (Corbiere, Negrini, Dewa, 2014).

Andre hindringer som er identifisert innen forskning er mangel på informasjon om sykdomsløpet og rehabiliteringsprosessen. I en studie ble utfordringer ved medisinsk behandling og tjenestene rangert høyest av de ulike utfordringer som arbeidstakeren opplevde som viktig for å komme tilbake i jobb (Dionne et al., 2013). Faktorer som blir nevnt fra flere studier er blant annet mangel på informasjon om sykdomsforløpet, mangel på behandling og støtte fra helsevesenet (Dionne et al., 2013; Young, 2014; Zamanzadeh, Valizadeh, Rahmani, Zirak, & Desiron, 2018).

Andre faktorer som er sett som hindring er mangel på kunnskap om hvordan systemet er organisert. Kompleksiteten av systemet oppleves som både forvirrende og tidskrevende for den sykmeldte (Fassier, 2014; Knott et al., 2014; Dionne et al., 2013). Hindringer som blir nevnt på organisatorisk nivå er lovgivning, rettigheter og plikter som sykmeldt, og dårlig samarbeid mellom parter som er involvert i saken (Knott et al., 2014).

I en kvalitativ studie ble manglende selvtillit opplevd som den største hindringen for å gå tilbake i jobb. Det å være borte fra arbeidet over en lang periode fører til at en mister selvtilliten og vet ikke hvordan ulike situasjoner og oppgaver i arbeidslivet skal takles (Knott et al., 2014). Mangel på troen på at en fortsatt har god kapasitet til å gjennomføre arbeidsoppgavene og ha kontroll over dem, kan i seg selv bidra til fravær (Bultmann & Brouwer, 2014; Skogstad, 2011; Dionne et al., 2013). Dette handler også om usikkerheten rundt sykdommen og hva som forventes av den sykmeldte i arbeidslivet (Bultmann & Brouwer, 2014). Det handler også om en uforutsigbar framtid og at en ikke vet hvordan en skal klare å komme seg tilbake i jobb med de helseutfordringer en har (Dionne et al., 2013).

En studie blant 343 deltakere med ryggmargskader viste at selvoppfatning av egen helse ble sett som en hindring for arbeidsdeltagelse. Derfor ses det som nødvendig med god nok informasjon fra alle partnere for å si noe om hvor mye og hvilke arbeidsoppgaver en person kan gjennomføre, til tross for sykdom. Samtidig som det i noen tilfeller var nødvendig å fokusere en periode kun på å forbedre helse enn å presse seg tilbake i arbeid. Dette særlig hvis medisinske årsaker tilsa det, men også når for personen selv var det aller viktigste å forbedre helsen først, for så å komme tilbake i jobb (Krause & Pickelsimer, 2008). Samtidig som faktorer som frykt for smerter, angstsymptomer, og alvorlig underliggende sykdom bidrar til unngåelsesadferd, og en redsel for å være i aktivitet (Bultmann & Brouwer, 2014).

I det moderne arbeidslivet er det i dag mer stillesittende og ensformig arbeid. Fastlåste arbeidsstillinger og ensformige stillinger kan over tid føre til muskel- og skjelettrelaterte plager. For å ha en bra fysisk tilrettelagt arbeidsplass er det viktig å tilpasse arbeidsplassen. Derfor er ergonomi et viktig område som skal være med å redusere overbelastning og feilbelastning (Willadssen, 2014). Når det ikke er mulig å tilrettelegge arbeidsoppgaver og arbeidsplassen, kan det føre til at det blir enda vanskeligere for en som er sykemeldt til å komme tilbake i jobb. I en studie om hindringer sykepleiere opplever for å komme tilbake i jobb, ble det blant annet nevnt hindringer relatert til ergonomi og fysiske omgivelser på arbeidsplassen (Mullen, Gillen, Kools & Blanc, 2015).

På den andre siden i en kohortstudie viste det seg at tilrettelegging på arbeidsplassen og arbeidsoppgavene var ikke en betydelig hindring ved tidlig oppfølging av sykdommen, men de ble viktige hindringer 10 måneder etter utskrivelse fra sykehuset. Da var tilrettelegging og tilpasning av arbeidsoppgavene for å komme tilbake i jobb essensielt (Esselman et al., 2007).

I flere studier var tretthet, fatigue, stress, smerter og fysiske bivirkning på grunn av ulike medisinske behandlinger viktige kroppslige faktorer i tilbakeføringsprosessen (Esselman et al., 2007; Knott et al., 2014; Joosen, Frings-Dresen, & Sluiter, 2011). Smerter blir sett som en av de viktigste hindringene for tilbakeføring til arbeid. I en kohortestudie viste det seg at etter utskrivelse fra sykehuset var fysiske plager de viktigste hindringene for å komme tilbake i arbeid. Pasientene var opptatt av å bli frisk

og kvitt fysiske helseproblemene først, før de ble opptatt av hvordan de skulle komme tilbake i arbeid (Esselman et al., 2007).

Muskel – og skjelettplager er de plagene som mest sannsynlig gir kroniske smerter og ubehag. De vanligste og mest rapporterte smerter er relatert til smerter i nedre del av ryggen, deretter kommer knær, nakke, skulder og til slutt hofte og føtter. Smerter i nedre del av ryggen er den mest vanlige årsaken til muskel - og skjelettplager som fører til funksjonshemming (Sullivan, Martel & Trost, 2014).

De fleste vil en gang i livet sitt, oppleve en episode av rygg smerter, for flertallet av individer, vil smerte og symptomer ikke utvikle seg til kroniske og vil heller ikke føre til funksjonshemming slik at de ikke vil kunne klare å komme tilbake i arbeidet sitt. Prognosen for akutte episoder av rygg smerter er ganske bra, og de fleste vil innen den første måneden bli så god at de vil klare å komme tilbake i jobb. Derimot rapporterer en av fem pasienter at etter ett år har de fortsatt smerter som resulterer i betydelige aktivitetsbegrensninger. Overgangen fra akutt til kroniske smerter er et fenomen som fortsatt ikke er lett å forklare. Når smertene først har blitt kronisk, har tilgjengelige behandlingsformer, enten medisinsk eller psykologisk, lite eller nesten ingen innvirkning på smertene og funksjon. Det viser seg at på dette tidspunktet blir det vanskelig å håndtere kroniske smertene (Sullivan, Martel & Trost, 2014).

Andre signifikante hindringer som blir nevnt i en litteraturstudie for personer diagnostisert med kreft, er sosiodemografiske faktorer. Det viste seg at for personer over 50 år og under 35 år var det vanskeligere å komme tilbake i jobb. For dem under 35 år var dette hovedsakelig relatert til mangel på erfaring. For dem over 50 år er vanskeligheter hovedsakelig relatert til belastninger av symptomer og bivirkninger av behandling på grunn av høy alder. En annen sosiodemografisk faktor som blir identifisert var utdanning. Det viste seg at for dem med lavere utdanning enn universitetsutdanning, var det vanskeligere å komme tilbake i arbeidslivet, og de risikerte å være lengre sykemeldt enn andre (Kiasuwa et al., 2016).

2.0 Studiens mål

Denne studien ønsker å få fram en beskrivelse av opplevde hindringer fra langtidssykmeldte, både når det gjelder kroppslige og sykdomsrelaterte hindringer, men også deltakelseshindringer som omhandler andre forhold som psykososiale forhold, arbeidsmiljø, familierelasjoner, organisering av systemet m.fl. Fokus er ikke på personens iboende begrensninger, men på hindringene en erfarer for å oppnå deltagelse.

Denne studiens mål var derved å identifisere hvilke hindringer for å komme tilbake i jobb sykmeldte selv erfarer. Forskningsspørsmålet som besvares er : *Hvilke hindringer opplever langtidssykmeldte for å komme tilbake i jobb?*

3.0 Teoretisk rammeverk

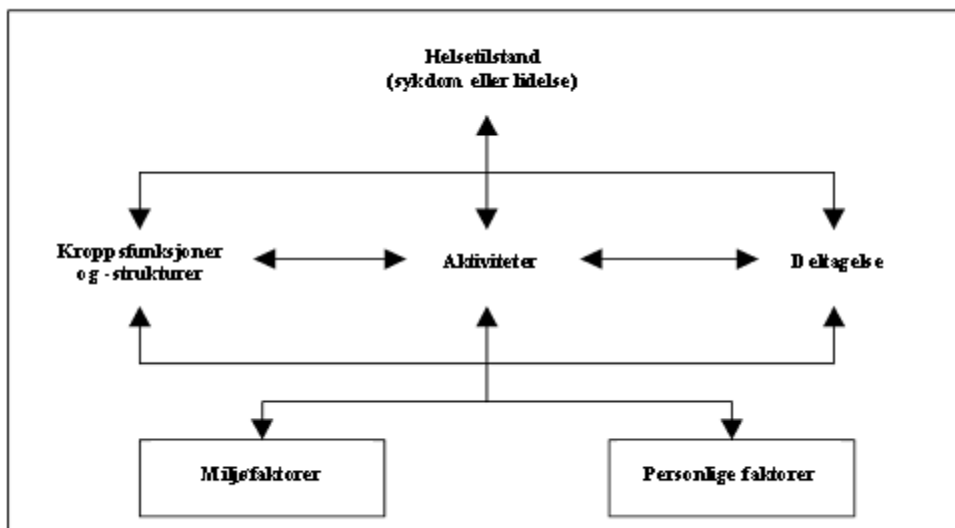
3.1 ICF modellen - Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse

Studien er forankret i ICF modellen (Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse, (WHO 2001)) som brukes som et felles språk når det gjelder beskrivelse av helse og helserelevante forhold. ICF har som hensikt å kvalifisere funksjonsnedsettelsen i videre større sammenhenger enn bare funksjonshemming. Som det ble nevnt tidligere er det ikke kun sykdommen som hindrer tilbakeføring til arbeid. Flere andre faktorer kan komme til hinder og kan påvirke tilbakeføring til arbeid negativt. ICF modellen ser på helsen både i forhold til kroppsfunksjoner og struktur på den ene siden, og på sosiale og miljømessige sammenheng i den andre siden (Sosial- og helsedirektoratet og KITH, 2003).

Modellen er delt i to hoveddomener: 1- funksjon og funksjonshemming og 2- kontekstuelle faktorer. Videre er disse hoveddomener delt i kategorier:

1-Funksjon og funksjonshemming er delt i (a)kroppsfunksjon og struktur og (b)aktivitet og deltagelse.

2-Kontekstuelle faktorer delt i (a)miljøfaktorer og (b)personlige faktorer. Enhver av disse kategoriene er delt i subkategorier.



For å forstå hva som inngår i hver kategori gis det en nærmere beskrivelse her. Dette er også brukt som rammeverk for kategorisering i studien.

Kroppsfunksjoner (KF) er organsystemenes fysiologiske funksjoner, inklusive mentale funksjoner. Mentale funksjoner er blant annet hukommelse, konsentrasjon, orientering, energi, bevissthet og handlekraft. Kroppsstrukturer (KS) er anatomiske deler av kroppen, som organer, lemmer og deres enkeltdeler. Avvik i kroppsstruktur omfatter avvik eller begrensninger som følge av skade, tap eller utviklingsfeil.

Aktivitet (A) og deltakelse (D). Aktivitet omfatter en persons utførelse av oppgaver, aktiviteter og handlinger. Deltagelse er å engasjere seg i en livssituasjon og/eller jobbsituasjon. Aktivitet – og deltakelsesbegrensninger kan oppstå i de tilfeller en opplever vanskeligheter med å gjennomføre aktiviteter og når en ikke føler seg involvert i ulike situasjoner. Eksempler på dette i jobbsammenheng kan være: Utføre enkle eller sammensatte oppgaver, som for eksempel å begynne på en oppgave, organisere struktur, tid, plass, organisere rekkefølge og mengden av oppgavene og bestemme tempoet i utførelsen. Dette omfatter også mestring av oppgavene slik at en kan tåle stress og presset fra arbeidsdagen.

Aktivitet og deltakelse brukes som en kategori i ICF. Dette på grunn av at det kan være vanskelig å skille mellom aktiviteter og deltakelse, for det å utføre en oppgave kan også handle om muligheten for å delta og engasjere seg i en livssituasjon. Men ICF gir

likevel muligheten til å skille mellom aktiviteter og deltakelse. Dette kan da gjøres ved at en bestemmer seg om hvilke subkategorier skal handle aktivitet og hvilke deltakelse.

Miljøfaktorer (MF) utgjør de fysiske og sosiale faktorer som kan påvirke funksjonsnivået og kroppens struktur og utførelsen av ulike aktiviteter. Det må også nevnes at miljøfaktorer kan ikke være absolutte, dette på grunn av at det som kan være til hinder for en person kan oppleves som mulighet for en annen. Fysiske miljøfaktorer som kan nevnes i jobbsammenheng kan være lys, lydintensitet, fysisk utforming av arbeidsplassen og luftkvalitet. Sosiale miljøfaktorer omfatter praktisk eller følelsesmessig støtte, forståelse av både kollegaer og leder på arbeidsplassen og støtte fra venner og familie.

Personlige faktorer er kontekstuelle faktorer som gjelder personen selv. Det kan blant annet nevnes alder, kjønn, sosial status, livserfaringer, og så videre.

3.2 Steers og Rhodos fraværsmode

Steers og Rhodos utviklet i 1978 en fraværsmode basert på en litteraturstudie av 104 empiriske studier. Modellen fremhever fram at det er sammenheng mellom faktorer som fører til at folk vil komme på jobb, nærvær på arbeidsplassen og faktorer som fører til fravær på arbeidsplassen. Nærvær på arbeidsplassen er direkte avhengig av to primære faktorer : a)Motivasjon til å komme på jobb og b)Evnen til å komme på jobb.

Motivasjon til å komme på jobb

Modellen påpeker at motivasjon til å komme på jobb en avgjørende og primær faktor som fører til nærvær på arbeidsplassen. Motivasjon til å komme på jobb er i stor grad påvirket av jobbtilfredshet og ulike interne og eksterne faktorer som fører til at en er motivert til å komme på jobb.

Jobbtilfredshet innebærer de ulike faktorene som relateres til arbeidets art og miljøfaktorer. Arbeidets natur eller jobbsituasjon inkluderer disse variablene: jobb omfang, jobb nivå, stress, arbeidsmengde, ledertype, sosiale forhold mellom kollegaer og mulighet for å øke kompetansen. Når en arbeidstaker får støtte av arbeidsmiljøet og liker sine arbeidsoppgaver, vil sannsynligheten og viljen til å komme på jobb være veldig stor. På den andre siden dersom disse faktorene fører til utfordring for

arbeidstakerne, vil disse faktorene påvirke motivasjonen til å komme på jobb negativ, slik at de ses som fraværendefaktorer.

Interne og eksterne faktorer som fører til at en er motivert til å komme på jobb, hvor i studien brukes ordet nærværspressfaktorer, er: økonomiske faktorer, belønning for jobben som blir gjort, normer, personlig yrkesetikk og engasjement.

Evnen til å komme på jobb

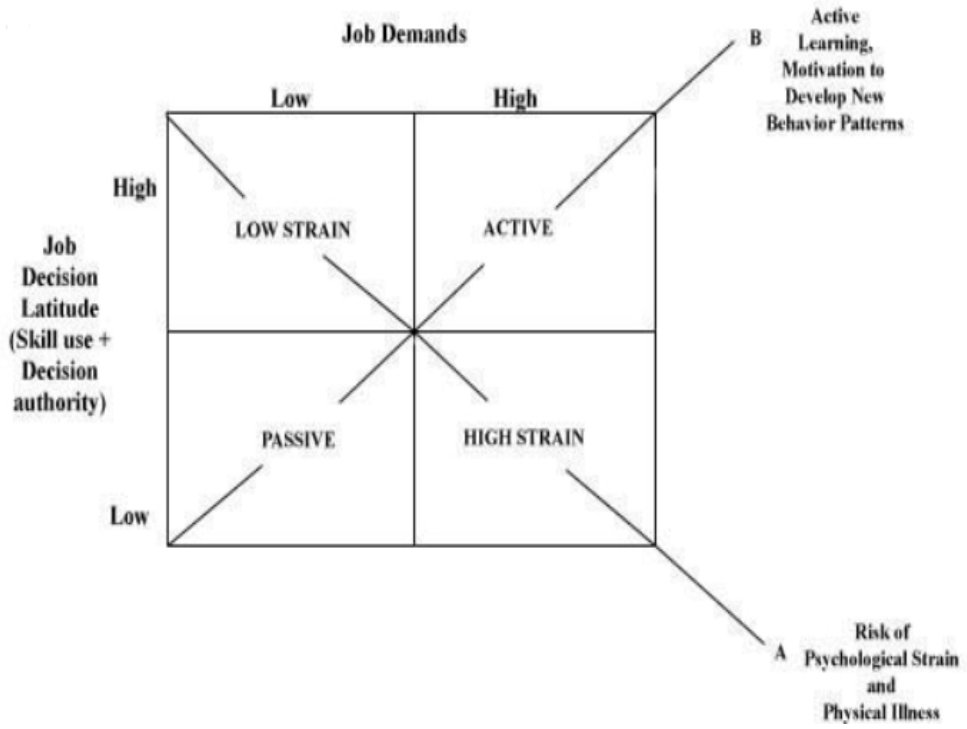
Til tross for at en kan ha en veldig høy motivasjon til å komme i jobb, kan det være andre faktorer og situasjoner som fører til vanskeligheter for å være i jobb. Disse omstendigheter er unngåelig og har ikke noe å gjøre med hva en selv velger å gjøre. Disse ble identifisert i studien: a) sykdom og ulykker, b) familieforpliktelser og c) begrensninger på grunn av transport.

3.3 Karasek's krav-kontroll modell

Karasek's modell om krav og kontroll som ble utviklet i 1979 står fremdeles sterkt i dag. Denne modellen forutser at psykisk belastning er resultatet av samspillet mellom jobbkrav og muligheten for å mestre disse kravene. En kombinasjon av lav beslutningsgrad og mange arbeidskrav er forbundet med stress og mental belastning. Denne kombinasjonen er sterkt knyttet til jobbtilfredshet.

Når kravene er relativt større enn beslutningsgrad, vil de ha en betydning for mental belastning og stress på arbeidsplassen. Modellen forutser at disse type jobber defineres som "passive jobber" som fører til at arbeidstakeren er lite engasjert i jobben sin. Svak kontroll over egne arbeidsoppgaver og arbeidshverdag kombinert med høye jobbkrav skaper arbeidsrelatert stress (strain), noe som på sikt kan føre til sykdom (se figur under). På den andre siden dersom en opplever å ha høy beslutningsgrad, selv om kravene er høye, vil det føre til at en opplever mestring. Dette gjør at vi kan definere jobben som aktiv, og som gir muligheten til utvikling på jobb (Karasek, 1979).

Karasek job strain model



4.0 Metode

4.1 Design

Studien benyttet kvalitativ deskriptiv design. Kvalitativ design ble brukt siden at det foreligger lite kunnskap om hva langtidssykemeldte opplever som hindring for å komme tilbake i jobb. (Polit & Beck, 2017; Schreier, 2012 & Hsieh & Shannon, 2005). Det ble i første omgang vurdert å gjennomføre en kvantitativ studie, men den ville by på utfordringer med tanke på utforming av spørreskjemaet. Dette på grunn av at internasjonale spørreskjemaer kanskje ikke ville passet godt inn i en norsk kontekst. Dette både i forbindelse med sykefraværs -og velferdssystemet, men også hvordan samfunnet er organisert.

Det er vanligere at en starter med kvalitative metoder før en lager hypoteser på et fenomen som er lite forsket på (Kruuse, 2007). Data som samles inn og analyseres gir muligheten til å være grunnlag for formulering av hypoteser og eventuelt nye teorier. Resultatene kan deretter bli brukt til å utvikle og utforme nye kvantitative spørreskjema eller verktøy (Polit & Beck, 2017). Det ble benyttet deskriptiv design for å presentere ett sammendrag og beskrivelse av hindringene langtidssykemeldte opplever (Polit & Beck, 2017).

Studien hadde fokus på det direkte innholdet av intervjuene (manifest content analyse), hvor det ble tatt utgangspunkt i den direkte meningen, mest mulig med informantens egne ord og mest mulig uten tolkning (latent analyse). Deskriptiv design ga muligheten til å være nærmest mulig det direkte innholdet av intervjuet (Polit & Beck, 2017).

4.2 Setting RTW Barriers Project

Denne studien er en del av «RTW Barriers Project?». Dette prosjektet har som formål å utvikle ny kunnskap om barrierer langtidssykemeldte opplever for å komme tilbake i jobb. Den ønsker også å identifisere forskjeller mellom ulike subgrupper. Resultatene fra RTW Barriers Project skal bidra til et kunnskapsgrunnlag ved utvikling av metoder/verktøy for ett annet prosjekt «Hva nå – Now what?». Prosjektet «Hva nå» ønsker å bidra til et forsterket fokus på barrierer for arbeidsdeltagelse og barriereknusing, med formål om å kunne jobbe på tross av helseplager.

4.3 Informantene

Informantene i denne studien var informanter som hadde takket ja til å delta i « RTW Barriers Project». Det var totalt 30 informanter som ble en del av denne studien.

Informantene var sykemeldt fra 7 måneder til 2 år og 2 måneder. Gjennomsnittlig alder var 43.6, hvor den yngste var 23 år og eldst 62 år. Tabell under viser en oversikt over informanter som deltok i denne studien.

Kjønn	Kvinner n= 20	Menn =10		
Land/By	Land = 8	By = 22		
Sektor	Privat sektor = 13	Privat sektor, men offentlige oppgaver = 2	Offentlig sektor = 15	
Utdanning	Grunnskole = 2	Videregående =11	Høyere utdanning <4 år =16	Høyere utdanning 5 < år= 1
Stillingsprosent	20 % stilling =2	50 % stilling= 4	80 % stilling = 1	100 % stilling = 23
Ytelser	Arbeidsavklarings-Penger = 21	Sykepenger = 9	3 av informantene hadde uføretrygd i tillegg	
Grad av sykemelding	20 % sykemeldt=2 30% sykemeldt=1	40% sykemeldt =2 50 % sykemeldt =3	70% sykemeldt=2	80 % =2 100% = 18

Tabell 1

Bransje	N =
Varehandel	9
Helse- og sosialtjenester	9
Transport og lagring	6
Forretningsmessig tjenesteyting	2
Bygge- og anleggsvirksomhet	2
Informasjon og kommunikasjon	1
Offentlig administrasjon og forsvar, sosialforsikring	1

Tabell 2

22 av informantene bodde sammen med noen, mens 8 bodde alene. Av de som bodde sammen med noen har vi videre spurt om hvor mange de bodde sammen med og om de hadde omsorgsansvar for noen. Tabell 3 viser en slik oversikt.

Spørsmål fra intervjuet : Hvor mange bor du samme med?
8 av informanter bor sammen med 1 person
6 av informanter bor sammen med 2 personer
5 av informanter bor sammen med 3 personer
2 av informanter bor sammen med 4 personer
1 av informanter bor sammen med 5 personer

Tabell 3

Spørsmål fra intervjuet : Hvor mange har du omsorgsansvar for?
5 av informanter hadde omsorgsansvar for 1 person
7 av informanter hadde omsorgsansvar for 2 personer
2 av informanter hadde omsorgsansvar for 3 personer

Tabell 4

Informantene ble også spurt angående hoveddiagnose og eventuelt tilleggsdiagnoser. Hoveddiagnoser som ble nevnt var ; Trøtthet og utmattelse =6, Depresjon =4, Fibromyalgi =3 MS =2, Bipolar Lidelse =1, Atopisk eksem =1, Betennelse =1, Fotsopp =1, Frossen skulder =1, Generalisert angstlidelse =1, Hjerte =1, Kreft =1, Prolaps i ryggen =1, Sarkoidose =1, Skuldersmerter =1, Slimposebetennelse i hofte =1, Spenningshodepine =1, Stive muskler =1 og Svimmelhet =1

Tilleggsdiagnoser ble nevnt fra 20 informanter: Trøtthet og utmattelse =3, Depresjon =3, Prolaps i ryggen =2, Stress =2, ADHD =1, Angst =1, Betennelser =1, Bindevevssykdom =1, Gallestein =1, Hovne bein og skulder =1, ME =1, Revmatisme =1, Stoffskifte problemer =1 og Søvnproblemer=1

4.3.1 Rekrutteringsprosessen

Som det ble nevnt tidligere er informantene i denne studien informanter som takket ja til å delta i « RTW Barriers Project». Informantene i « RTW Barriers Project» ble rekruttert i ett fylke i Norge og det ble totalt sendt forespørsel til 3300 potensielle deltakere.

Alle potensielle deltakere fikk en SMS på mobilen hvor de ble invitert til å delta i denne studien. Det var kontaktperson i NAV som fikk lister og sendte melding til potensielle deltakere. Meldingen inneholdt en lenke hvor informantene ble sendt over til informasjonsskrivet og fikk der muligheten til å gi samtykke, ved å skrive ned sitt navn, telefonnummer og mailadresse (se vedlegg for tekst fra SMS, vedlegg 1 og informasjonsskriv, vedlegg 2). Vi har derved ikke kunnskap om de som takket nei til deltagelse. Rekrutteringen skjedde i bolker slik at vi raskt kunne følge opp de som ønsket å delta, for å overvåke svarprosenten, og for å intervju kontinuerlig slik at det ikke ble mye frafall fra studien. I første omgang ble det sendt SMS til 1116 potensielle deltakere, og vi fikk 46 svar. Etter at disse intervjuene ble gjennomført, ble det sendt SMS til både tidligere deltakere og nye som ikke hadde fått SMS om studien tidligere. Det ble presisert på SMS at de som allerede hadde svart på denne studien, kunne se bort fra SMS-en (se vedlegg 1).

4.3.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Her vil det beskrives endringer når det gjelder inklusjons – og eksklusjonskriterier etter at det var gjennomført de 20 første intervjuene. Forskeren i denne studien møtte en del utfordringer og måtte i dialog med veileder tenke på mulige løsninger.

Før gjennomføring av de 20 første intervjuene var inklusjons- og eksklusjonskriterier for denne studien:

- (1) Personer som har vært sykmeldt i minimum 6 måneder, og har vært på NAV helserelaterte ytelser i maksimalt 1,5 år.
- (2) Målet var å kun intervju personer som hadde et aktivt arbeidsforhold. Personer som var selvstendig næringsdrivende og som ikke hadde et arbeidsforhold skulle ikke bli inkludert i studien. Personer som ikke hadde et arbeidsforhold er for eksempel personer som tidligere har vært arbeidsledig og går på dagpenger, men blitt langtidssykemeldt mens de er arbeidssøker.
- (3) Det var ønskelig med ett heterogent utvalg av informanter med ulikt kjønn, alder, utdanningsnivå, bosted (by/land), diagnoser, symptomer, yrker og arbeidsoppgaver. Det var derfor ingen ekskluderingskriterier i den forbindelse.

Kontakt person i NAV var informert angående disse inklusjons - og eksklusjonskriterier, og skulle trekke ut lister av informanter som var i denne målgruppen. Det viste seg i etterkant at noen deltakere ikke havnet i studiens målgruppe, på grunn av at ikke alt av ny informasjon var oppdatert på NAV listene. Derfor opplevde forskeren noen utfordringer og måtte tenke løsningsalternativer, slik at vi ikke mistet for mange informanter. Dette gjald ikke bare denne studien, men også « RTW Barriers Project». Dette førte dermed til endringer av inklusjon - og eksklusjonskriterier. Endringen ble gjort ved å ta utgangspunkt i forskningsspørsmålet og studiens hensikt.

Utfordringene forskeren møtt er relatert til de to første kriteriene.

Her gis det et bilde av de utfordringer som ble erfart og hvilke løsningsalternativer vi kom fram til:

Utfordring I: Målgruppen i denne studien var personer som hadde et aktivt arbeidsforhold de skulle tilbake til. I noen tilfeller hadde informantene ikke lenger en jobb. Dette skjer i de tilfellene hvor en underveis i sykefraværet har funnet ut at på grunn av helseutfordringene vil det ikke lenger være mulig å komme tilbake til tidligere jobb. En kan i den perioden ha prøvd å komme tilbake i sin tidligere jobb, og prøvd ulike løsninger, men fått til slutt avklart at de kan ikke komme tilbake.

Løsning var derfor at intervjuet gjennomføres og spørsmålene snus i fortid, for eksempel: Hva opplevde du som hindring for å komme tilbake i den siste jobben du har hatt/vært tilknyttet til?

Disse informanter ble inkludert i studien på grunn av at de fortsatt kunne komme med informasjon om hva de opplevde som hindringer for å gå tilbake til tidligere jobben. Og de kan fortsatt svare på forskningsspørsmålet. Derfor prøvde intervjueren å snu intervjuet slik at det skulle være mulig å snakke om den jobben informanten var sykmeldt fra. Validiteten er her knyttet til informantenes evne til å kunne gi valide svar, samt evne til «recall» om hva som nå eller tidligere har vært opplevd som hindring for tilbakeføring. Derved alle informantene som klarte å gjenkalle dette deltok i studien, og ble ikke ekskludert.

Utfordring II: Noen informanter var sykmeldt lenger enn 1,5 år.

Løsningen var at disse informantene ble inkludert i studien, da det er hindringer for å gå tilbake til den jobben de var sykmeldt fra som er fokus i denne studien, og ikke nødvendigvis hvor lenge de har vært sykemeldt.

Utfordring III: Noen av informantene hadde aldri hatt en jobb, eller hadde aldri vært sykmeldt.

Løsning var at intervjuere avklarte helt fra starten om de har et arbeidsforhold eller ikke. Hvis de ikke hadde det, ble neste spørsmål når arbeidsforholdet ble avsluttet. Og neste spørsmål var å finne ut om dette var en jobb de hadde vært sykmeldt fra. Hvis de ikke nå eller tidligere hadde hatt en jobb de har vært sykmeldt fra, ble de ekskludert fra studien. Dette på grunn av at disse deltakere ikke kan svare på forskningsspørsmålet og har ingen erfaring med å være sykemeldt.

Utfordring IV: Noen informanter kom ikke på andre hindringer enn selve sykdommen, selv om intervjuer spurte eksplisitt om det etter hvert i intervjuguiden.

Løsning: Hvis informantene ikke ser ut til å forstå spørsmålet om andre typer hindringer, og kun er på «helsesporet», spurte vi dem helt på slutten om det var «noe annet viktig de ønsket å få fram», eller «hva som kunne vært gjort annerledes for at de kunne komme tilbake i jobb/jobbe så mye som de gjorde før». Dette på grunn av at noen informanter så på de andre hindringene som indirekte hindringer. Intervjuer prøvde ikke å hjelpe informantene til å tenke annerledes, mer enn hva intervjuguiden tillot. I disse tilfeller kom derfor noen av informantene på andre hindringer, som hvordan systemet er organisert/fungerer eller tilrettelegging på arbeidsplassen.

4.4 Datainnsamling

Studien benyttet semi-strukturert fokusert telefonintervju med åpne spørsmål (se vedlagte intervjuguide, vedlegg 3). Intervjuguiden som er brukt i denne studien, er samme intervjuguide som ble brukt i «RTW Barriers Project». Forskeren har vært med i utformingen av denne intervjuguiden og informasjonsskrivet og har samarbeidet tett med veileder i denne prosessen. Intervjuene ble gjennomført via telefon og varte i gjennomsnitt 13 minutter, kortest intervju var på 9 minutter, og lengst på 21 minutter. Intervjuene ble tatt opp på digital båndopptaker og transkribert til tekst.

Et semistrukturert intervju kan både være dybde intervju eller fokusert intervju. Fokuserte intervjuer er en kortere versjon for dybdeintervjuer. Fokuserte intervjuer kan være effektive dersom tema er avgrenset, og når det ikke er nødvendig å gå inn i følsomme og veldig sensitive temaer. Med et antall kortere intervjuer klarer forskeren å generere gode data for en gitt og snever problemstilling. (Tjora, 2017).

Temaet for denne studien er kun avgrenset til hindringer sykemeldte opplever for å komme tilbake i jobb. Forskeren ønsket å komme kjapt inn på informantenes erfaring. Målet var kun å identifisere hindringene, samt å få informantene til å reflektere kort over disse hindringene uten å gå inn i dybden på hvordan disse de oppleves og påvirker deres liv (Tjora, 2017). Derfor var det mest hensiktsmessig å bruke fokuserte intervjuer i denne studien.

I begynnelsen av intervjuet ble det brukt noen minutter fra 3-4 minutter, til "oppvarmingsspørsmål" som omhandlet demografiske spørsmål (se vedlegg for intervjuguide, trinn II). Oppfølgingsspørsmålene blir brukt i slike korte, fokuserte intervjuer før forskeren går rett inn på tema. Dette for at det skal være en myk start av intervjuet (Tjora, 2017). Disse spørsmålene ble registrert på en nettside mens informantene svarte. Dersom forskeren opplevde vanskeligheter, eller var usikker på hvordan svaret skulle skrives ned, ble svarene registrert i etterkant av intervjuet.

4.5 Data analyse

Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet i denne studien. Målet med innholdsanalyse er å gi kunnskap og forståelse om fenomenet som blir undersøkt. Og det er det forskeren ønsket å få til i denne studien, å få kunnskap om hindringer langtidssykemeldte opplever for å komme tilbake i jobb. Denne analysen er også passende når teori og tidligere forskning er begrenset, slik det var for dette temaet (Hsieh & Shannon, 2005). Intervjuene ble analysert deduktivt (concept-driven) og induktivt (data-driven). Disse strategien kan brukes for å både lage subkategorier og hovedkategorier (Schreier, 2012).

Kvalitativ innholdsanalyse er en systematisk og strukturert identifisering av koder og kategorier (Hsieh & Shannon, 2005). I denne studien ble ICF sine kategorier brukt som hovedkategorier for å deduktivt sortere alle identifiserte subkategorier. Mens subkategoriene ble definert både deduktivt og induktivt. Induktiv dataanalyse som også kalles for data-driven analyse ble brukt i de tilfellene hvor ICF subkategoriene ikke

kunne forklare eller beskrive godt det informantene formidlet (Se vedlegg 4 for utfyllende informasjon om de ulike kategoriene og subkategoriene i ICF modellen). Det anbefales i de fleste tilfellene at forskerne bruker både deduktiv og induktiv analyse, for å ikke bli påvirket kun av teori eller datamaterialet, men ha en blanding av disse (Schreier, 2012).

Kategoriene fra ICF modellen ble bruket som et rammeverk for koding og kategorisering. Det er viktig å nevne at målet med å bruke ICF modellen deduktivt, var ikke for å bekrefte eller avkreftede ICF teorien. Til tross kan forskeren etter dataanalyse, si noe om resultatene støtter eller ikke modellen. Dette kan gjøres ved å se på frekvensen av kategorier, i forhold til hvor ofte og om alle kategoriene blir nevnt i resultatene. (Hsieh & Shannon, 2005). ICF er blitt brukt siden at den kvalifiserer funksjonsnedsettelse i større sammenhenger enn bare sykdom og funksjonshemming. ICF ser på flere andre faktorer som påvirker vår fungering i alle situasjoner og sammenhenger i livet. Grunnen til dette valget er at både tidligere forskning og teoretisk rammeverk viste at det å være sykmeldt er ett mye mer komplekst fenomen enn bare sykdom og det å være syk.

For å kunne svare på problemstillingen ble disse hovedkategoriene brukt i dataanalysen: Kroppsfunksjoner (KF) og kroppsstruktur (KS), aktivitet (A), deltakelse (D), miljøfaktorer (MF) og personlige faktorer (PF). Kategoriene aktivitet og deltakelse er delt i denne studien og ble ikke bruket som en kategori. Som dere har lest tidligere i teoretisk rammeverk gir ICF muligheten til å både skille mellom aktivitet og deltakelse, men også bruke de sammen som en kategori. Forskeren i denne studien ønsket å få ett bilde av hva som omhandlet aktivitet og hva omhandlet deltakelse, derfor ble disse kategoriene skilt fra hverandre.

Som en del av « RTW Barriers Project» gjennomførte forskeren totalt 59 intervjuer. På grunn av omfanget en masteroppgave krever, ble det tatt en beslutning etter at forskeren hadde kodet og kategorisert 23 intervjuer, til å totalt ha 30 intervjuer for denne masteroppgaven. Vurderingen ble tatt ut fra hvor mange meningsbærende enheter ble generert av intervjuene, slik at det skulle være nok data til valgt problemstilling. Intervjuene ble valgt tilfeldig av de 59 intervjuene forskeren hadde gjennomført. Dette for at det skulle være like sjanser for valg av informantene.

I koding – og kategoriseringsprosessen har forskeren prøvd å jobbe systematisk og strukturert. Forskeren stoppet hver gang det kom en ny mening, og jobbet først med å kode og kategorisere meningsbærende enheten før forskeren gikk videre på neste (se eksempel på dataanalyse på vedlegg 5). Forskeren har kun fokusert på spørsmål som svarer på problemstillingen. Dersom det var informasjon som ikke var relevant for problemstillingen har det blitt tatt vekk. For eksempel i noen tilfeller forteller informantene at de har ikke opplevd noen hindringer hjemme eller i sin fritid for å komme tilbake i jobb (refererer her til spørsmål 3d, 3e, trinn III av intervju). Dette er en informasjon som ikke er relevant for studien og har derfor ikke blitt tatt med i studien.

På den andre siden på første spørsmål, av trinn III, hvor forskeren spør om «1.Hva vil du si er årsaken til at du er sykmeldt? Andre årsaker?», har svarene som omhandler hindringer blitt tatt med i studien. Dette i de tilfellene hvor informantene forteller selv at det er en hindring eller utfordring for dem å være i jobb, for eksempel på grunn av mye smerter flere plasser i kroppen.

Når det gjelder spørsmål nummer to «Tenker du det er realistisk eller ønskelig å gå tilbake til den jobben du har i dag, eller ser du for deg at du ønsker å skifte jobb?», har dette i de fleste tilfellene ikke være relevant for problemstillingen. Men dersom informantene samtidig som de har svart på spørsmålet også har sagt noe om hvorfor de ikke kan komme tilbake i sitt arbeid, har dette blitt tatt med i studien. Det kan for eksempel nevnes at informanten har sagt at h*n kommer ikke tilbake i arbeidet sitt på grunn av at jobben er for tung fysisk i forhold til helseutfordringene. For eksempel nevnte noen av informantene at smerter i ryggen og skulder gjør det umulig å gjennomføre jobben.

4.6 Validitet og reliabilitet

Validitet

Det er viktig at all forskning vurderes i forhold til validitet og reliabilitet. Validitet handler om en har undersøkt det som en hadde som hensikt til å undersøke, om en svarer da på problemstillingen. Noen plasser bruker en også ordet troverdighet. Det dreier seg om metoden er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Dette både når det gjelder instrumentet (i denne studien, semi-strukturert intervju) som blir benyttet til

å innhente data og hvilke rammeverk vi bruker når vi skal analysere datamaterialet (Krumsvik, 2014).

Kodingsramme i studien kan betraktes som gyldig eller valid når kategoriene og subkategoriene klarer tilstrekkelig å svare på problemstillingen og hensikten med studien.

I studier hvor det brukes innholdsanalyse til å analysere datamaterialet argumenteres det med at forskeren bør prøve mest mulig å holde seg til manifest innholdsanalyse, eller sagt med andre ord, til det informantene sier uten å tolke data så veldig mye. Samtidig som det må nevnes at kvalitative studier og innholdsanalyse av datamaterialet alltid krever tolkning når resultatene skal drøftes og gir derfor alltid rom for tolkning. Av den grunn er validitet i kvalitative studier alltid diskutert, og det anbefales at forskeren holder seg mest mulig nær manifest analyse, den direkte meningen av det som informantene har sagt.

Når vi snakker om validitet, snakker vi også om muligheten for å overføre resultatene og funn i studien i større sammenhenger enn kun datamaterialet som er samlet inn og analysert i studien (Schreier, 2012). Overførbarhet er mest vanlig i kvantitative forskningsmetoder, hvor utvalget er mye større og men kan overføre dette til andre større kontekster og sammenhenger. Men en kan uansett i en kvalitativ forskningsstudie si noe om gruppen og/ eller fenomenet det forskes på (Krumsvik, 2014).

Reliabilitet

Reliabilitet handler om at dersom studien skal gjentas fra andre forskere på andre tidspunkt, ved bruk av samme metode kommer de til å få fram samme funn og resultater som i denne studien. Dette kan være noe utfordrende å få til i en kvalitativ studie, men forskeren kan få dette til ved å vise og forklare hvordan alt er gjort i studien. Dette ved å beskrive hele prosessen trinn for trinn, slik at det skal være lettere for andre forskere å gjennomføre studien så lik som mulig. Reliabilitet kalles også for pålitelighet.

Reliabilitet handler også om hvordan intervju spørsmålene er stilt til informantene, hvor klar og tydelig har forskeren vært. Har forskeren stilt spørsmålene mest mulig likt for alle informantene? (Krumsvik, 2014; Schreier, 2012).

4.7 Forskningsetiske vurderinger

Prosjektet har fått tilrådning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata) og har fått prosjektnummer 57087 (se vedlegg 6). Prosjektet er vurdert som ikke framleggingspliktig for REK (Regional etisk komite).

Forskningsetiske vurdering i en forskningstudie handler om hvordan informasjon og informantene blir ivaretatt. Det handler om hvordan data blir behandlet og ivaretatt. Informantene fikk informasjon om hensikten med studien, taushetsplikt, anonymisering, bruk av opptak og data via informasjonsskrivet. Hver informant fikk en anonym ID som ble knyttet til all informasjonen de oppgitte. ID nummer og personnummer ble holdt separert, for å kunne sikre konfidensialiteten i forhold til sensitive personlige opplysninger. Informantene ble også informert om at de kunne avslutte intervjuene når som helst, eller trekke seg fra studien uten å gi en grunn. Det blir presisert på informasjonsskrivet at informasjonen de gir ikke skal benyttes av NAV og kommer ikke til å ha betydning for deres oppfølging. Rett etter intervjuene ble lydfilene lagt inn på en beskyttet mappe på et lukket dataområdet hvor bare intervjuer, forsker og prosjektleder hadde tilgang. Lydfilene ble slettet med en gang fra opptakeren. Alle intervjuene skal slettes etter transkribering og personopplysninger skal slettes ved end av prosjektslutt.

5.0 Resultater

Dette kapittelet representerer resultatene fra studien. Totalt ble det identifisert 297 meningsbærende enheter, som ble videre sortert i type hindringer de representerte. Totalt ble det identifisert 43 type hindringer. Disse hindringene ble videre sortert ut i fem hovedhindringer ved hjelp av ICF kategoriener. I dette kapittelet vil de bli beskrevet ut fra disse fem hovedhindringer.

Tabell 5 viser en oversikt over disse fire hovedhindringer, og viser at det var hindringer knyttet til kroppsfunksjon som dominerte resultater. Deretter er hindringer knyttet til sosiale og fysiske miljøfaktorer, fulgt av hindringer knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse, og til slutt hindringer knyttet til personlige faktorer.

Hovedhindringer	Frekvens
Hindringer knyttet til kroppsfunksjon	N = 100 meningsbærende enheter
Hindringer knyttet til kroppsstruktur	N = 32 meningsbærende enheter
Hindringer knyttet til sosiale og fysiske miljøfaktorer	N = 86 meningsbærende enheter
Hindringer knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse	N = 67 meningsbærende enheter
Hindringer knyttet til personlige faktorer	N = 12 meningsbærende enheter
Totalt 297 meningsbærende enheter	

Tabell 5

5.1 Hindringer knyttet til kroppsfunksjon og kroppsstruktur

I alt var 132 hindringer identifisert fra informantene knyttet til kroppsfunksjon og kroppsstruktur, fordelt slik: hindringer knyttet til kroppsfunksjon (N=100) og hindringer knyttet til kroppsstruktur (N=32).

5.1.1 Hindringer knyttet til kroppsfunksjon

Slik tabell 6 viser var det trøtthet og utmattelse, smerter, psykiske lidelser, muskel og bevegelsesrelaterte funksjoner og hukommelses – og oppmerksomhetsvansker som dominerte.

Hovedhindringer	Type hindringer	Beskrivelse
Hindringer knyttet til kroppsfunksjon (KF) N = 100 Definisjon fra ICF <i>organsystemenes fysiologiske funksjoner, inklusive mentale funksjoner.</i>	Trøtthet/utmattelse/fatigue og mangel på energi (n=23)	Trøtthet og utmattelse og følelsen av at kroppen ikke vil/klarer mer. Mangel på energi og følelsen av å være uopplagt.
	Smerter (21)	Smerter generelt i kroppen eller på spesifikke steder som fører til hindringer med å være i arbeid og utføre arbeidsoppgaver
	Psykiske utfordringer Depresjon/Angst/Stress (21)	Hindringer knyttet til psykiske lidelser. Depresjon angst/angstanfall som hindrer deltakelse i arbeid. Opplevelsen av at kroppen blir fysisk påvirket som følge av psykiske utfordringer.
	Hukommelses – og oppmerksomhetsvansker (12)	Dårlig konsentrasjon og oppmerksomhet som fører til hindringer med å henge med og huske ting. Opplevelse av å bli fort sliten mentalt.
	Muskel og bevegelsesrelaterte funksjoner (11)	Opplevelsen av å ikke lenger ha samme fysisk kapasitet på grunn av bevegelsesproblemer. Samt behov for tid til å bygge opp muskulatur
	Søvnproblemer (8)	Lite søvn som fører til utfordringer med å fungere i arbeid
	Utbrenthet 2	Opplevelse av å være utbrent
	Svimmelhet 1	Opplevelsen av å være svimmel
	Bivirkninger av medisiner 1	Bivirkninger som følge av mye medisiner

Tabell 6

Trøtthet og utmattelse er en av hindringene informantene opplever til å komme tilbake i jobb og som skaper utfordringer. Utmattelse og fatigue som følge av en diagnose, for eksempel fibromyalgi og/eller andre faktorer som for eksempel psykiske utfordringer. Informantene opplever å ikke ha energi til å takle hverdagen og heller ikke til å klare å takle arbeidskrav.

Informant 23 : *«... bare at man ikke har energi til å takle arbeidsmengde og stress er hovedutfordringen, det synes jeg rett og slett. De går hånd i hånd alle sammen.»*

Mangel på søvn er også en av faktorene som fører til at en er både ukonsentrert og uopplagt for å gå på jobb. Søvnproblematikk er også en av faktorene som bidrar til fatigue og utmattelse. En informant sa:

Informant 26 : *«Så jeg kan gjerne våkne på natten mange ganger, sover dårlig, og da er det veldig vanskelig å gå på jobb, jeg føler meg så uopplagt.»*

Psykiske lidelser er en annen hindring informantene opplever. Depresjon som følge av at en blir trigget av mye negativt, selv om en trodde at en skulle aldri få det tilbake igjen. I noen tilfeller har dette også ført til at en til slutt har blitt sliten og utbrent og har ikke klart å komme seg opp igjen. Stress og angst blir også nevnt som hindringer i tilbakeføringsprosessen, som bidrar til at kroppen blir fysisk dårlig og takler lite. Det ble blant annet nevnt fra informantene:

Informant 1 : *«Når jeg ble trigget av mye negativt så er det den depresjonen, så kommer den snikende. Jeg var veldig godt rustet men allikevel så kom den depresjonen tilbake.»*

Informant 7 : *«så ignorerte jeg egentlig alle faresignalene før jeg ble utbrent, til slutt så ble jeg skikkelig utbrent da.»*

Kognitive funksjoner som hindrer tilbakekomst til arbeid er også hukommelses – og oppmerksomhetsvansker. Dette påvirker arbeidsevnen slik at en ikke klarer å konsentrere seg på jobb, og dermed opplever vanskeligheter med å huske ting. Dette er på den andre siden noe som kan føre til at en er redd for å gjøre feil eller ikke utføre jobben sin tilfredsstillende.

Informant 22 : *« Konsentrasjonsevne er jo vesentlig i min jobb....»*

Smerter generelt i kroppen oppleves som ett hinder for å komme tilbake i jobb. Smerter i forbindelse med sykdom (fibromyalgi), hodepine, smerter i beina, skulder eller andre plasser i kroppen. Smertene kan være såpass store at de begrenser muligheten til i det hele tatt klare å være blant folk og fungere i dagliglivet. Samtidig som at det kan påvirke mulighet til å utføre arbeidsoppgaver. Informantene nevnte blant annet:

Informant 13 : *«Det er utfordrende å være sammen med folk og jeg klarer jo ikke å gjøre den jobben som jeg gjorde tidligere, sånn som situasjonen er nå kun på grunn av smerter.»*

Informant 34: *«... også har jeg smerter, kronisk smerter ved siden av. Sånn at det har medvirket til at jeg ikke jobber i dag.»*

Når en opplever fysiske plager og ser at kroppen blir for fort trøtt, bruker en mye energi på det og har lite kapasitet igjen til å takle arbeidshverdagen. Hindringene kan være relatert til det å bygge opp muskulaturen etter at en for eksempel har gått gjennom en operasjon eller ikke vært i bevegelse på grunn av sykdom. Det er relatert til rekovalenstiden en trenger til å bygge se opp igjen. Informantene nevnte blant annet:

Informant 29 : *«Det går rett og slett på det at kroppen blir for fort trøtt.»*

Informant 2 : *«Det med beina gjør meg trøtte for alt energien går i dem...»*

Informant 51 : *«... og etterhvert med det fysiske at det skal komme på plass igjen. Fra å ikke ha vært i noe kroppslig bevegelse på åtte måneder, så er det å jobbe seg opp igjen der.»*

5.1.2 Hindringer knyttet til kroppsstruktur

Tabell 7 viser en oversikt over hindringer relatert til anatomiske deler av kroppen. 32 hindringer ble identifisert av informantene. Hindringer som ble mest nevnt fra informantene er relatert til bevegelsesapparatets strukturer, nervesystemes strukturer og strukturer tilhørende kretsløpssystemet.

Disse hindringene er relatert til hvordan kroppen er bygd opp, og eventuelt skader eller sykdom i ulike strukturer i kroppen. Det som er felles for alle informantene i forbindelse med kroppsstrukturer er hvordan det påvirker deres arbeidsevne. Det blir for

eksempel nevnt at strukturer i forhold til skulder og/eller rygg begrenser dem til å utføre arbeidsoppgavene. Blant annet nevnte noen av informantene:

Informant 29 : «*Det viktigste er at rett og slett at skulderen er ødelagt så jeg kan ikke løfte med venstre arm og det er den som er den eneste årsaken egentlig.*»

Informant 33 : «*altså rett og slett på grunn av hendene, jeg klarer ikke å stå som xxx å vaske og servere med sår i hendene, det går ikke.*»

Informant 26 : «*det er mye fysiske plager så gjør at jeg ikke kan være i jobb... pluss at det er vanskelig å puste altså, jeg har for lite luft som kommer i lungene*»

Hovedhindringer	Type hindringer
Hindringer knyttet til anatomiske deler av kroppen og kroppsstruktur (KS) N= 32	Bevegelsesapparatets strukturer (n=10)
	Nervesystemets strukturer (5)
	Strukturer tilhørende kretsløpssystemet, blodsystemet, det immunologiske (5)
	Hud og tilhørende strukturer (3)
	Strukturer med tilknytning til urinsystemet, kjønnsorganene og forplantningen (3)
	Øye, øre og tilhørende strukturer (3)
	Strukturer tilhørende fordøyelse, stoffskifte og endokrinsystemet (2)
	Stemme- og taledannende strukturer (1)

Tabell 7

5.2 Hindringer knyttet til sosiale og fysiske miljøfaktorer

Tabell 8 viser ett bilde av hindringene knyttet til sosiale og fysiske arbeidsmiljø, totalt 86 meningsbærende enheter. Fra tabellen kan en se at det er sosiale miljøfaktorer som dominerer. Organisering av NAV systemet (N=19) og familieforhold (30) oppleves som de største hindringene i forhold til tilbakeføring til arbeid. Familieforhold er fordelt i 3 type hindringer for å få ett bedre oversikt over hva informantene opplever som hindringer. Familieforhold er knyttet til oppfølging av barn, oppfølging av syke

familiemedlemmer og familie hendelser. Når det gjelder faktorer knyttet til arbeidsmiljø nevner informantene mangel på sosial støtte og forståelse fra leder og kollegaer.

Hovedhindringer	Type hindringer	Beskrivelse
hindringer knyttet til sosialt og fysisk miljøfaktorer (MF) N=86 Denne utgjør de fysiske og sosiale faktorer som hindrer informantene å komme tilbake i arbeid	Organisering av NAV systemet 19	Å forholde seg til NAV oppleves som slitsomt, krevende og at alt tar tid. Lite forståelse og tillit i forhold til hvordan en har det. I tillegg opplever en å få ulike beskjeder i systemet noe som fører til økonomiske konsekvenser. En mangler også kontinuitet i oppfølgingen
	Syk/e familiemedlem/er - 12	Syke familiemedlemmer som trenger ekstra oppfølging og en bruker mye energi hjemme
	Oppfølging av barn - 9	Oppfølging av barn kan oppleves som utfordrende og som tar mye tid og krefter
	Familiehendelser - 9	Situasjoner eller hendelser i familie som har ført til ekstra utfordringer som for eksempel ruset samboer
	Balanse mellom jobb og hjem - 9	Vanskelig med å finne en god balanse mellom oppgavene en må utføre hjemme og på arbeid. Følelsen av å ikke klare det.
	Støtte og sosialt nettverk 9	Lite støtte fra kollegaer, leder, og/eller familie og venner
	Holdninger fra leder 6	Følelsen av å ikke bli forstått og respektert fra leder
	Oppfølging fra helsevesenet og mangel på behandling 5	Opplevelsen av å ikke ha fått god nok oppfølging fra helsevesenet og lang ventetid for utredning og behandling. Manglende behandlingstilbud

	Tilpasning av fysisk miljø i samfunnet og hjelpemidler 4	Vanskelig å bevege seg på grunn av at bevegelsen er hemmet Vanskelig med transport på grunn av bevegelseshemning Mangel på hjelpemidler
	Fysisk arbeidsmiljø 3	Fysiske forhold på arbeidsplassen som gjør det vanskelig å utføre jobben, som for eksempel harde underlag
	Jobben er ikke en IA bedrift 1	Dette hindrer informantene med å prøve seg i gradert arbeid

Tabell 8

5.2.1 Familieforhold

Informantene nevner at oppfølging av barn krever mye oppfølging og oppmerksomhet fra dem. Noe som gjør det vanskelig å jobbe for eksempel kvelder eller helger. Når barn har ulike helseufordringer opplever foreldrene (informantene) ekstra utfordringer med å være i jobb. Det blir fort utfordrende når foreldrene må delta i ulike møter på grunn av ungene, noe som fører til at de ikke har kapasitet til å utføre jobben sin tilfredsstillende. En av informantene sa:

Informant 5 : *«Jeg merker når ungene krever veldig mye og ...,blir det veldig travelt med møter i de forskjellige instansene...eller jeg må dra og hente på skolen, eller... han på xxx år skal være i barnehagen så er det vanskelig.»*

Dette ikke bare i de tilfellene barna er syke, men også i perioder når barn bare trenger eller har behov for ekstra oppfølging, bruker en mye energi hjemme. Hvis ikke det er optimalt hjemme, blir det vanskeligere å gå på jobb, og det blir vanskelig å finne en god balanse mellom arbeid og hjem.

Informant 89 : *«Ja selvfølgelig jeg har jo barn på xxx år selvfølgelig tar jo det masse tid og energi mens jeg er hjemme, eh.. vil jo si det. Også nå når de er så små vil jo det bety mye for meg hvordan jeg har det.»*

Når det gjelder balanse mellom arbeid og hjem, nevner noen av informantene at det er vanskeligere for dem å ikke ta arbeidet med seg hjem. Dette blir nevnt i de type jobber

hvor interaksjon med andre mennesker er en viktig del av arbeidsdagen. Særlig i de tilfellene hvor en jobber med folk som befinner seg i ulike vanskelige livssituasjoner. Dette kan føre til at en blir for mye involvert i jobben sin og klarer ikke å finne en god balanse mellom jobb og hjem. Dette kan da føre til at angst blir provosert og en tar jobben med seg hjem. En av informantene beskrev dette slik :

Informant 30 : *«Det er den belastningen... det er å jobbe med folk som har store problemer. Jeg tar med meg jobben hjem og klarer ikke å legge det til side. Det er nok hovedårsaken eller det som er verst da.»*

En annen informant fortalte at :

Informant 53 : *« Det å jobbe med folk er med å provoserer min angst. Jeg blir dårlig av å jobbe med andre dårlige folk.»*

Andre hindringer informantene opplever når det gjelder familieforhold er også oppfølging og ansvar for andre familiemedlemmer som enten er i en vanskelig livssituasjon eller er rammet av sykdom. Det kan være syke foreldre, samboer/ektemann, søster, bror eller mor som trenger mye oppfølging og oppmerksomhet. Dette fører til at en må ta mye mer ansvar og må passe på dem. I noen andre tilfeller kan en være uheldig og oppleve at det skjer mye i livet sitt på et tidspunkt både helsemessig, i familie og på jobb, noe som gjør at den totale belastningen blir altfor stor. En av informantene fortalte blant annet:

Informant 7 : *« Jeg har egentlig bare ei mor som sliter psykisk og jeg tar på meg det arbeidet. Jeg må være rundt henne.»*

Informant 10 : *«Jeg fikk to akutte syke foreldre hjem, midt opp i alt jobbingen. Så det ble fra å ikke ha noe ansvar for dem, til å ha alt plutselig. Så det har på en måtte bidratt til denne smellen jeg fikk for å si det slik.»*

5.2.2 Organisering av NAV systemet og oppfølging fra helsevesenet

NAV og måten den er organisert på oppleves som en hindring for informantene.

Informantene opplever ikke å ha fått en god nok og konkret plan fra NAV. Å forholde seg til NAV oppleves som slitsomt og krevende. Lite forståelse og tillit i forhold til hvordan en har det, hvor en må overbevise at en er syk. Informantene føler at en blir pushet altfor mye fra NAV til å komme seg ut i arbeidslivet, noe som fører til at helsesituasjonen blir verre. I tillegg opplever en å få ulike beskjeder i systemet noe som

fører til økonomiske konsekvenser. En mangler også kontinuitet, hvor en må forholde seg til ny person hver gang en er i kontakt med NAV. Systemet oppleves generelt til å være tung og vanskelig å forholde seg til. Informantene nevnte blant annet:

Informant 33 : *«Jeg hadde mye problemer med NAV ...jeg kranglet i mange år for å vise at jeg var syk... helt unødvendig»*

Informant 65 : *«Så du havner bare på sentralbordet og på ny person hver gang og det er litt slitsomt. Og det er ikke bare å trappe opp på det lokale kontoret heller, det virker av og til som at de ikke vil ha noe med folk å gjøre de vil helst bare se deg på datamaskinen. Så det var litt trøttende.»*

Informant 2 : *NAV er mer at du skal liksom ut i arbeidslivet og pusher på, når du prøve så godt du kan og blir pushet på, også detter du helt ned og da går på et smell igjen, og går gjennom det samme igjen.»*

En annen utfordring i forhold til organisering av systemet er også mangel på oppfølging fra helsevesenet. Informantene opplever å ikke ha fått god nok oppfølging fra helsevesenet og har av den grunn gått og ventet lenge på utredning og behandling. En annen utfordring som fører til lengre tid i forhold til behandling, er også manglende behandlingstilbud på lokalt sykehus og mangel på spesialister. Informantene opplever at de bruker mye tid og krefter til ulike møter i forbindelse med sykemelding. Dette oppleves som unødvendig bruk av energi på det som er grunnleggende. Noen informanter nevner:

Informant 207 : *«Jeg synes egentlig at det burde kanskje vært... ja at en innså det tidligere at dette her kom til å være langvarig sånn at jeg kanskje kunne redusere de antall legebeseøka, for det var et stress moment i seg selv. Man må ordne med alt selv.»*

Informant 17 : *«Det er manglende medisinsk behandling, mangel på spesialisthelsetjeneste og på behandling på lokalt sykehus.»*

5.2.3 Holdninger og sosial støtte fra kollegaer og leder

Holdninger handlet i alle tilfellene om holdninger fra leder. Noen av informantene opplevde mangel på tillit fra leder, i form av at det var mistanke om arbeidstakerens sykefravær. Informantene opplevde at leder ikke viste forståelse og respekt for den

situasjonen en var i. Andre hindringer som blir nevnt i forbindelse med dette er også ukultur på arbeidsplassen, omorganiseringer og opplevelse av lite inkluderende arbeidsliv.

En informant sa:

Informant 7 : *«Det er jo det at hun ikke respekterte med ... de klarer egentlig ikke å forstå hva jeg går gjennom.»*

Informant 1 : *«En leder som ikke er interessert i hvem du er og hva du kan.»*

Informant 38 : *«Det er vel en ting som er utfordring, at en har en leder som oppfordrer til en ukultur til en utfrysningsskultur.»*

Støtte og sosialt nettverk er relatert til relasjoner mellom både kollegaer og leder, hvor en opplever liten sosial støtte og forståelse. På den andre siden nevner noen av informantene også at lite støtte fra familie og venner kan oppleves som hindring. Noen informanter nevner:

Informant 40 : *«Vi har ingen familie i hjemmelandet som kan hjelpe oss...»*

Informant 38 : *«Det var jo ingen støtte fra ledelse og kollegaer ...*

5.3 Hindringer knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse i arbeidslivet

Hindringer knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse utgjorde total 67 meningsbærende enheter. Resultatene er delt i to grupper for å få et bedre bilde av hva som omhandler hindringer knyttet til aktivitetsutførelse (N=55) og deltakelse i arbeidslivet (N=12)

5.3.1 Hindringer knyttet til aktivitetsutførelse

Tabell 9 viser at hindringer informantene opplever i forbindelse med utførelse av aktivitet er på totalt 55 meningsbærende enheter. Hindringer informantene opplever er i hovedsak hindringer knyttet til arbeidsoppgaver, tilrettelegging, arbeidsmengde og arbeidstid.

Hovedhindringer	Type hindringer	Beskrivelse
Hindringer knyttet til utførelse av arbeidsoppgaver og dagligdagsaktiviteter N=55	Arbeidsoppgaver – 22	Arbeidsoppgavene oppleves som krevende i forhold til det kroppen klarer. Informantene opplever lite muligheter til å finne arbeidsoppgaver som tilpasses deres helseutfordringer
	Vanskelig med tilrettelegging av arbeidsoppgaver – 7	Vanskelig med tilrettelegging på grunn av arbeidets natur og arbeidsoppgaver.
	Alt av dagligdagsaktiviteter er utfordrende -7	Dagligdagsaktiviteter oppleves som utfordrende på grunn av helseutfordringene.
	Type arbeid - 6	Vanskelig å finne en jobb som kan kombineres med det en klarer på grunn av helseutfordringer
	Arbeidstid – 5	Arbeidstiden oppleves lang i forhold til det kroppen takler
	Arbeidsmengde – 4	For stor arbeidsmengde som er vanskelig å håndtere
	Lite selvstyring av arbeidsoppgavene – 4	Lite mulighet til å selvstyre arbeidsoppgavene

Tabell 9

Informantene opplever som krevende og belastende for kroppen å gå på jobb eller i det hele tatt være i aktivitet. Arbeidsdager oppleves som lange i forhold til det kroppen klarer og arbeidskapasiteten en har. Dette fører til at en blir fort sliten og ukonsentrert, Jobben oppleves derfor som lite fleksibel, og det er lite muligheter til personlige tilpasninger. Det er vanskelig å finne en jobb som kan kombineres med det kroppen

klarer å utføre, dette på grunn av at oppgavene må være veldig spesifikke i forhold til helseutfordringene. En informant sa blant annet:

Informant 1 : *«Veldig lange dager for meg når jeg har den arbeidskapasiteten jeg har. Jeg kjenner jeg blir trigget hvis det blir for mye.»*

Informant 8 : *«Det er umulig å gjennomføre med den sykdommen jeg har, rett og slett og oppgavene må være veldig spesifikke.»*

På den andre siden gjør helseutfordringene at det ikke er mulig å fortsette å jobbe i samme type arbeid. Noen av informantene nevner at de ikke kan tilbake i sin jobb på grunn av at jobben oppleves for aktivt og intensiv, og helseutfordringene blir verre når en er på jobb. For eksempel blir det nevnt at dersom en hadde hatt en kontorjobb, kunne en være i jobb, for det hadde passet bedre for helsa.

Informant 6 : *«Jobben var for aktivt i forhold til det kropp min klarer å håndtere akkurat nå. Jeg tror ikke jeg kunne kommet tilbake til en slik aktiv jobb.»*

Dette innebærer blant annet at det kan være vanskelig å tilrettelegge på arbeidsplassen på grunn av arbeidets natur og arbeidsoppgavene. Noen av informantene nevnte at jobben innebærer turnusvakter og mange kveldsvakter, lite muligheter for å ta seg en pause, for mye tunge løft, mye alene jobbing, ståing og lite muligheter til å sette seg ned.

En annen faktor som blir nevnt av informantene er arbeidsmengde. Dette oppleves som stressende og gjør det vanskelig å takle når en i tillegg har helseutfordringer. Det blir stilt høye forventninger på arbeidsplassen samtidig som arbeidsmengden er høy. I tillegg kan det være at det er mye arbeid som ligger igjen, noe som fører til mer stress og lite mestring når en er tilbake etter fraværet.

Informant 40 : *«Ja, det er rett og slett arbeidsmengde, det er veldig lite annet faktisk. Det er jo arbeidsmengden, og når man vet at ingen andre som har tatt tak i ting, så blir det gjerne enda mer stress.»*

Selvbestemmelse og selvstyring av arbeidsoppgavene blir også nevnt som en hindring blant informantene. En nevner at det er ikke mulig å styre arbeidsdagen selv og heller ikke tilpasse arbeidsoppgavene slik en hadde trengt det. Dette på grunn av at det er

vanskelig å vite og forutse hvordan dagen blir på grunn av helseutfordringer, og det gjør da vanskelig å finne en jobb hvor en kan jobbe ut fra dagsformen.

Informant 56 : *«Det er dette med å planlegge dagen selv, det er vel den største, eller ikke å planlegge den selv for jeg trenger ikke å planlegge den selv, men jeg må kunne styre arbeidsoppgavene mine.»*

Hindringer i forhold til utførelse av oppgaver gjelder ikke bare i forhold til arbeid, men også andre dagligdagse gjøremål. Mange andre praktiske oppgaver kan oppleves som belastende. En opplever problemer med å i det hele tatt fungere i dagliglivet. Det blir da vanskelig å finne en god balanse mellom jobb og andre viktige fritidsaktiviteter som for eksempel trening.

Informant 14 : *En av informantene sa: «Ja, jeg måtte jo gi opp hele hobbyen min jeg drev jo på med xxx for xxx og sånne ting.»*

Informant 26 : *«Jeg klarer ikke å både trene og gå på jobb, selv om jeg jobber 50% så har jeg brukt alt når jeg er på jobb da må jeg bare hjem å sove. Så da føler jeg at det rett og slett ødelegger fremtiden min»*

5.3.2 Hindringer knyttet til deltakelse og inkludering i arbeidslivet

Tabell viser at hindringer knyttet til deltakelse og inkludering i arbeidslivet er knyttet til mangel på utdanning, alder og at en må ut i arbeidslivet og søke jobb som en frisk person. Disse utfordringene ble identifisert fra informanter som hadde mistet sin jobb tidligere enten som følge av helseutfordringer eller på grunn av at arbeidsplassen ble nedlagt.

Hovedhindringer	Type hindringer
Hindringer knyttet til deltakelse og inkludering i arbeidslivet (D) N=12	Mangel på utdanning - 4
	Søke jobb som frisk person - 3
	Arbeidsplassen ble lagt ned - 3

	Alder - 2
--	-----------

Tabell 10

Avslutning av arbeidsforholdet har virket negativt inn i forhold til tilbakeføring til arbeid for noen av informantene. Det å ikke ha en jobb å gå tilbake til gjør det ikke mulig for en å komme tilbake til arbeidslivet, eller å prøve seg gradert i arbeid for å se hvordan dette vil fungere. Dette fører til at en må da ut i arbeidsmarkedet og søke jobb som en frisk person. En må ut i ett arbeidsmarked som ikke kjenner dem og som ikke kan tilrettelegge for å komme ut i arbeidslivet igjen. Dette blir særlig vanskelig i de tilfellene en kanskje har jobbet i en type jobb i mange år og har ikke ekstra utdanning eller spesialisering for å kunne søke seg inn i andre type jobber. En ser at det er lite jobbmuligheter både på grunn av utdanning og alder (over 50 år). Det som blir nevnt fra noen av informantene er:

Informant 33 : *«Å det fører jo til at jeg må ha en utdannelse da, ikke sant, jeg kan ikke bare finne meg en annen jobb, for da blir jeg sykemeldt igjen ...»*

Informant 65 : *«Største utfordringen til å komme i jobb er å søke på jobber som en frisk person. Jeg måtte ut på ett marked der jeg måtte jobbe for noen som absolutt ikke kjente meg som ikke hadde muligheten for å tilrettelegge til den grad som jeg trenger det.»*

5.4 Hindringer knyttet til personlige egenskaper

Hovedhindringer	Type hindringer	Beskrivelse
Hindringer knyttet til personlige egenskaper N=11	Redd for tilbakefall av sykdom 3	Redd for å prøve seg ut i jobb på grunn av at en er redd for å få tilbakefall ellet gå på et smell igjen
	Mangler troen på seg selv 4	Mangler troen på at en vil klare jobben sin

	Lite inkludering 4	Følelsen av å ikke være inkludert på arbeidsplassen, følelsen av å ikke være en del av arbeidsmiljøet
--	--------------------	---

Tabell 11

Noen av informantene forteller at det å være borte fra arbeid i en lang periode medfører frykt og redsel for å bli syk igjen og ikke klare jobben sin. En merker at med en gang en prøver å jobbe litt så bryter helsen og kroppen sammen, og en har ikke samme krefter og kapasitet i kroppen som før. En opplever at en vil mer enn det kroppen klarer, og blir til slutt lei i seg og deprimert når en innser at en ikke klarer det. Det gjelder å bygge seg opp igjen gradvis slik at en skal få et stabilt energinivå og unngå tilbakefall. Informant nevnte:

Informant 26 : *«Det er jo for det at jeg er redd for å bli syk igjen... hvis jeg gjør litt mer enn det som skal til, så bryter hele kroppen min sammen, selv om jeg vil jo veldig gjerne jobbe da. Men tåler det ikke.»*

Noen informanter opplever å miste troen på at de fortsatt har den kompetansen og kunnskapen som kreves på arbeidsplassen. En føler seg unyttig og ikke i stand til å utføre jobben. En stoler ikke lenger på seg selv, og føler at en ikke har så mye å gi i forhold til jobb. En av informantene sier blant annet at:

Informant 22 : *«Ja.. det er jo at jeg er ikke ... altså jeg kan ikke stole på meg selv i jobben. Jeg må prøve meg gradvis tilbake fordi det blir som å komme tilbake fra en lang ferie ... at du må liksom inn på dataen, repetere litt før du er inn i det.»*

5.5 Noen faktorer som fremmer tilbakeføring til arbeid

Spørsmålene i intervjuguiden var rettet mot hindringer informantene opplever. Til tross nevnte noen av informantene at de har ikke opplevd noen hindringer for eksempel på arbeidsplassen. Men tvert imot har de opplevd mye støtte og forståelse. Disse resultatene blir representert her for å få ett lite bilde av hva som er nevnt av informantene. Tabell viser fordeling av disse faktorene.

Faktorer som fremmer tilbakeføring til arbeid N=31	
Faktorer knyttet til tilrettelegging av arbeidsoppgaver n=12	Tilrettelegging i form av redusert arbeidstid og arbeidsoppgaver og delegering.
Faktorer knyttet til både fysiske og sosiale miljøfaktorer n=19	Ergonomisk tilrettelegging på arbeidsplassen og sosial støtte fra både kollegaer og leder.

Tabell 12

Faktorer knyttet til tilrettelegging av arbeidsoppgaver handler i hovedsak om delegering av oppgaver til andre ansatte, redusering av arbeidsmengden, endring av arbeidsoppgaver slik at det skal være lettere for den sykmeldte å utføre og tilpasninger slik at arbeidstaker skal oppleve mestring. En av informantene fortalte:

Informant 14 : *«De tok vekk oppgaver som jeg har pleid og hatt før, for det følte jeg meg ikke trygg på å ha ansvar for. Også har disse oppgavene blitt delegert til noen andre. Det har nok påvirket, at jeg har klart å stått i jobb mye lenger enn jeg ville klart.»*

Holdninger og sosial støtte handler om å få støtte og forståelse fra lederen. Det å bli satt pris på jobben en gjør, selv om en er sykemeldt og ikke kan bidra 100 % i jobb. Noe som har gjort tilbakeføring lettere er også jevnlig kontakt med arbeidsgiver for å lage en god plan i forhold til tilbakeføring. En annen viktig faktor som bidrar positivt til tilbakeføring er å ha en jobb hvor en stortrives både i forhold til oppgaver men også sosialt med kollegaer. To av informantene sa:

Informant 4 : *«På jobben er de veldig imøtekommende og tålmodige ... Jeg har en veldig forståelsesfull leder...de satt veldig stor pris på jobben jeg gjør.»*

Informant 34 : *«Også at jeg har en jobb som jeg trives veldig godt med. Det har vært enormt viktig, det å gå tilbake til noen jeg trives veldig godt med. Det tror jeg er kjempe viktig. For det hadde vært annerledes hvis det hadde vært en jobb jeg ikke synes noe om.»*

Noen av informanten forteller at fysisk tilrettelegging på arbeidsplassen har bidratt til raskere tilbakeføring til arbeid. Det blir blant annet nevnt tilpasninger i forhold til stoler og pult, myke mater og sko.

Informant 56 : *«Jeg har fått tilpasset stoler og pult og alt det der. Det er på en måte det fysiske det går på*

6.0 Diskusjon

6.1 Diskusjon av resultater

6.1.1 Hindringer knyttet til kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer

Kroppsfunksjoner er den hindringen som blir mest nevnt av informantene og som dominerer resultatene i denne studien. Det kommer fram at kroppsfunksjoner og fungering av kroppen er en vesentlig faktor som hindrer informantene til å være i arbeid. Hindringer består i både mentale og kognitive funksjoner, men også bevegelsesfunksjoner og smerter. I Steers & Rhodes (1978) sin studie representerer helseproblemer den primære årsaken til fravær på arbeidsplassen. Dette handler ikke om at en ikke er motivert for å jobbe, men om en har evnen og kapasitet til å takle arbeidshverdagen på grunn av helseutfordringer.

Trøttet og utmattelse fører til at en ikke har energi til å takle arbeidsbelastning og heller ikke dagliglivet. Mangel på søvn er en hindring, som ikke bare påvirker tilbakeføring til arbeid, men som ses i sammenheng med andre hindringer som for eksempel mangel på energi og dårlig konsentrasjon og hukommelse. Dette støttes fra tidligere forskning som viser at langvarig trøtthet og fatigue er en viktig påvirkende faktor i forhold til tilbakeføring til arbeid. Det påvirker ens arbeidsevne, fungering og energi (Esselman et al., 2007; Knott et al., 2014; Joosen, Frings-Dresen, & Sluiter, 2011).

Arbeidsoppgavene kan oppleves tyngre, og kan oppleves som at de tar for mye av energien deres, noe som fører til ekstra psykiske og fysiske plager som muskelsmerter og hodepine. Fatigue og utmattelse førte også til kognitive problemer, som for eksempel vanskeligheter med å behandle informasjon som blir gitt eller hørt, problemer med å huske ting og vanskeligheter med å prioritere og vurderer situasjoner/saker riktig (Joosen, Frings-Dresen, & Sluiter, 2011).

Fatigue og utmattelse kan også føre til at en mister troen på at en har samme kapasitet som før til å klare arbeidet sitt. Dette kan da føre til at en blir enda mer usikker i forhold til arbeidskapasitet og mulighet for å jobbe. I tillegg kan en også være redd for å prøve, på grunn av at en er redd for å få tilbakefall (Joosen, Frings-Dresen, & Sluiter, 2011). Dette var også noe som ble nevnt fra noen av informantene i denne studien.

Det kan være en vanskelig prosess å plutselig akseptere og godta helsetilstanden en er i, med de begrensingene den medfører. Det handler blant annet om å tilpasse arbeidsoppgavene og sitt liv etter funksjonshemmingen. Dette i seg selv kan ses som en hindring for å komme tilbake i jobb. Dette er en situasjon som er frustrerende og slitsom for arbeidstakeren. Følelsen av å ikke klare å utføre jobben en er ansatt for, kan føre til usikkerhet rundt stillingen og muligheten for å fortsette i samme type arbeid (Joosen, Frings-Dresen, & Sluiter, 2011).

Andre hindringer knyttet til kroppsfunksjon er relatert til utfordringer og lidelser som depresjon, stress, angst og andre psykiske lidelser. Disse psykiske lidelser byr på ekstra utfordringer for informantene.

Forskning viste at arbeidstakere som er sykemeldte på grunn av psykiske lidelser vil mest sannsynlig være borte fra jobb i mange dager, måneder og i noen tilfeller vil de aldri komme tilbake i arbeidet sitt. Dette på grunn av at fraværet blir ofte langvarig, og jo lengre en er borte fra arbeid, desto vanskeligere er det å komme tilbake i jobb igjen, og inn på arbeidsmarkedet i det hele tatt. Psykiske lidelser kan forstyrre en arbeidstakers forståelse, kommunikasjon, sosial deltakelse og i det hele tatt fungering i daglig livet (Briand, Durand, St-Arnaud, & Corbière, 2007; Corbiere, Negrini, Dewa, 2014; Knott et al., 2014).

Psykiske lidelser kan påvirke vår produksjonsevne og konsentrasjon. En kan være fysisk på jobb en hel arbeidsdag, men vil ikke klare å utføre jobben med samme intensitet. Dette på grunn av at psykiske lidelser påvirker måten vi reagerer, påvirker vår konsentrasjon og oppmerksomhet (Corbiere, Negrini, Dewa, 2014; Knott et al., 2014). Dette var også noe som ble nevnt fra informantene. En opplever å ikke klare å utføre jobben sin tilfredsstillende og klarer ikke å takle arbeidshverdagen. En opplever å ikke ha samme krefter og kapasitet både mentalt og fysisk.

Resultater fra studien viser at smerter og muskel -og skjelettplager er en annen viktig kroppsfunksjon som hindrer informantene fra å være i jobb. Kroniske smerter kan bidra til en økt funksjonshemming generelt i alle livssituasjoner, og viser også at den fører til

en passiv livsstil, mye stillesittende og i tillegg til sosial isolasjon (Esselman et al., 2007; Knott et al., 2014; Joosen, Frings-Dresen, & Sluiter, 2011). Når smertene først har blitt kroniske er det vanskelig å behandle de og kan derfor føre til lengre tilbakeføring til arbeid. Derfor er det viktig med tidlig intervensjon i de tilfellene hvor en ser at det er risiko for langvarig smerter og funksjonshemming som følge av muskel- og skjelettplager. Det er viktig med identifisering av smerter som kan bli kroniske, slik at en skal kunne forebygge eller i hvert fall redusere risiko for at det blir langvarig (Sullivan, Martel & Trost, 2014).

Det har blitt foreslått fra en del studier at personer som lever med kroniske smerter reflekterer en forstyrrende mekanisme i sentral nervesystemet. Når smertene først har blitt kroniske og langvarige, kan det føre til at det blir produsert diffuse analgetiske effekter over hele kroppen, noe som fører til enda mer begrensinger og hindringer i både dagliglivet og arbeid. Dette har mest blitt observert for personer med ulike kroniske smerteforhold inkludert fibromyalgi, slitasjegikt, reumatoid artritt og irritabel tarmsyndrom (Sullivan, Martel & Trost, 2014).

På den andre siden har studier de siste ti årene vist at for å ha en fullstendig forståelse av smerteopplevelse og smerterelaterte sykdommer, bør vi også ta hensyn til andre psykologiske faktorer. Katastrofering av smerter har vist til å være den mest robuste og viktige psykososiale faktorene som fører til negative tanker i forhold til smerter og fører også til en sakte helbredelse. Dette førte også til at medisinsk behandling ikke fungerte og de hadde også mindre nytte av rehabiliteringsintervensjoner for kronisk smerte. En ble etter hvert redd for å bevege seg, og dette førte da til en vond sirkel hvor en i tillegg opplevde andre mentale symptomer som angst og depresjon. Denne prosessen og katastrofering av symptomer over tid fører da til at det blir en endring i sentral nervesystemet, noe som fører til at smertene blir en livslang prosess (Sullivan, Martel & Trost, 2014).

6.1.2 Hindringer knyttet til sosiale og fysiske miljøfaktorer

Resultater fra studien viste at hindringer knyttet til sosiale og fysiske miljøfaktorer, var nest størst hindring informantene opplevde.

Informantene la vekt på viktigheten av å finne en god balansen mellom forhold på arbeid og hjem. I noen situasjoner er oppgavene og ansvarsområdet hjemme så store at det blir utfordrende å fungere i arbeidslivet. Oppfølging for eksempel av barn, foreldre eller når et familiemedlem blir rammet av sykdom virker inn negativt i tilbakeføringsprosessen for informantene. Disse situasjonene kan føre til at en bruker ekstra energi og krefter hjemme og har dermed ikke overskudd til andre ting. På den andre siden kan arbeidskravene og oppgavene være så krevende at de påvirker ens familieliv og fritid. Det oppleves som vanskelig å ikke ta arbeidet med seg hjem. I dette tilfelle er arbeid som krever såpass mye energi at en ikke klarer å fungere i arbeid- og dagligliv. Da oppleves balansen mellom forhold på arbeidsplassen og hjem som ett hinder.

Familieforpliktelser er omstendigheter som ikke er mulig å unngå, og som påvirker ens evne til å komme tilbake i jobb. Litteratur viser at familieforpliktelser kan i noen sammenhenger bli glemt, og oversett som en viktig begrensning til nærvær på arbeidsplassen. Dette er som regel avhengig og bestemt av både størrelse på familien og alder på barn. Generelt er det kvinner som er mer borte fra arbeid på grunn av slike årsaker, dette kan forklares med at kvinner har tradisjonelt vært ansvarlig for hjemmelivet. (Steers & Rhodes, 1978).

Studier viser at en uheldig kombinasjon av arbeid og hjem, kan føre til økt risiko for hjerte- og karsykdommer, depresjon, dårligere livskvalitet, alkoholproblemer og problemer i parforholdet. I tillegg kan det også føre til redusert produktivitet og kvalitet på arbeid. Dette kan handle om bekymringer og påkjenninger, og følelsen av at en ikke lykkes verken hjemme eller på jobb (Thuen 2011).

Konflikten i denne balansen oppstår når kravene på det ene området er så store at en har ikke kapasitet til å møte kravene på det andre området. Dette betyr med andre ord at en opplever for eksempel så store krav hjemme, at en ikke lenger har samme kapasitet til å møte kravene på jobb. Derfor oppstår det rollekonflikt og en overbelastning av disse rollene, noe som kan føre til psykologisk og fysisk utmattelse (Hees, et al., 2005; Joosen, Frings-Dresen, & Sluiter, 2011; Noor, 2004). Forskere i dette området har skilt

mellom to typer arbeid og familiekonflikter: konflikt fra arbeid til hjem og fra hjem til arbeid. Konflikten fra arbeid til hjem oppstår når arbeidsrelaterte aktiviteter og oppgaver forstyrrer hjemmelivet. Dette for eksempel når en tar jobben med seg hjem eller når en bruker sin familietid og fritid til å fullføre arbeidsoppgavene. Dette er da noe som går på bekostning av familie og fritid. Konflikt fra hjem til arbeid oppstår når familielivsansvar hindrer arbeidsaktiviteter og oppgaver. For eksempel at en person må avbryte et viktig møte fordi et barn plutselig er syk, eller at en ikke har samme kapasitet til å gjennomføre jobben på grunn av store krav og ansvar hjemme. Studier viser at konflikten som er arbeidsrelatert fører til lav jobbtidfredsstillhet og utbrenthet, mens konflikten som er familierelatert fører til psykiske lidelser og lavt nivå av livskvalitet (Noor, 2004).

Resultater fra studien viste at informantene opplever hindringer i både hvordan systemet er organisert i forhold til sykefravær, men også i forhold til manglende oppfølging og behandlingstilbud fra helsevesenet.

Når informantene snakket om oppfølging fra helsevesenet opplever en å ikke bli fulgt opp tett, men også å ha måttet ventet for lenge på utredning og for å finne ut riktig behandling. Forskning viser at viktige elementer som fører til bekymringer for sykmeldte er både sykdomsløpet og tidsperspektiv av behandlingsregime, men også hvordan deres dagligdags og hjemmeliv vil bli påvirket. Mangel på informasjon om behandlingsregime og hva en kan forvente av sykdommen, gjør det ekstra vanskelig å lage en plan for hvordan en skal klare å komme tilbake i jobb. Dette kan også skape ekstra usikkert for å finne ut hva en kan forvente, og om en egentlig kan jobbe i den jobben en har, eller om når bør en begynne å tenke på å finne seg en ny jobb (Young, 2014; Knott et al., 2014; Zamanzadeh et. al, 2018; Dionne et al., 2013).

Forskning viser at organisering av systemet og forståelse av lovgivning kan oppleves som hindring for tilbakeføring til arbeid. Problemstillingen er her knyttet til manglende kunnskap om hvordan systemet er organisert, og om hvilke rettigheter en har. Dette kan føre til hindringer på grunn av at en ikke er godt informert om hvordan en best mulig kan bruke muligheter i systemet til å komme tilbake i jobb (Knott et al., 2014; Dionne et al.). Resultatene i denne studien viste også at en opplever som hindring mangel på informasjon om lover og regler, og hvordan systemet er organisert.

I denne prosessen er det viktig at en blir møtt med forståelse og empati. Det er ikke kun viktig å ta hensyn til deres arbeidsevne, men også vise forståelse for deres psykososiale og emosjonelt velvære i forbindelse med at en har helseutfordringer som hindrer dem i å være i arbeid. (Knott et al., 2014; Young, 2014; Dionne et al.). Informantene la vekt på utfordringen med å oppleve forståelse og tillit fra systemet. En opplevde å bli pushet på altfor mye til å komme ut i arbeidslivet, uten å bli forstått for hvordan helseutfordringene påvirker deres arbeidsevne. En følte at en måtte forklare hver gang hvordan deres arbeidsevne ble påvirket, slik at en kunne oppleve forståelse fra systemet. I tillegg opplever en hindringer når en bli møtt med ulike personer og ulike beskjeder hver gang en henvender seg til NAV. Dette skapte da utrygghet og frustrasjon, og lite muligheter til å benytte de mulighetene som finnes i systemet. Knott (et. al., 2014) viste også i sin studie at en i denne situasjonen har behov for å snakke med en person i systemet som kan veilede og gi informasjon om hvordan systemet fungerer og hvilke muligheter en har. En har behov for en person som er trygg i arbeidet sitt og kan gi klare tilbakemeldinger og tydelig svar og informasjon om deres rettigheter og plikter.

Informantene legger vekt på arbeidsmiljø og psykososiale faktorer som de viktigste faktorene som hindrer tilbakeføring til arbeid. Dette særlig når en opplever lite sosial støtte og forståelse fra kollegaer og leder. Noe som kan føre til at en opplever lite respekt, lite inkludering og har følelsen av at ingen etterspør hvordan de har det. Psykososiale faktorer på arbeidsplassen øker trivsel på arbeid og kan være sterke risikofaktorer for arbeidsrelaterte utfall, dårlig helse og utbrenthet (Corbiere, Negrini, Dewa, 2014; Goetz, m.fl. 2015). Psykososiale faktorer er også støttet og forankret i arbeidsmiljøloven jf. §4-3 som sørger for at det psykososiale arbeidsmiljøet og arbeidstaker blir ivaretatt på arbeidsplassen.

Psykososiale faktorer som sosial støtte fra kollegaer og leder er viktige faktorer som kan hjelpe i tilbakeføring til arbeid og som også kan redusere antall sykefraværsdager. Relasjon med kollegaer har generelt vist å ha en sterk relasjon til jobbtillfredsstillhet, som da kan føre til økt motivasjon til å komme på jobb. Studier har vist at lite eller total mangel på kommunikasjon mellom den sykmeldte og kollegaer og/eller leder har en tendens til å være en hindring og en faktor som forlenger tilbakeføring til arbeid (Esselman et al., 2007; Hees, et al., 2005; Kiasuwa et al., 2016; Steers & Rhodes, 1978).

Derfor må det tas hensyn til alle disse faktorene slik at det ikke skal oppleves som en hindring for den sykmeldte.

Utilfredsstillende sosial støtte fra kollegaer kan øke sårbarhet for andre typer påkjenninger og kan føre til stress for sykmeldte. På den andre siden viser det seg at sosial støtte fra kollegaer har direkte positiv effekt, ikke bare i et sykefraværsløp, men også for å forhindre sykefravær som følge av store krav på arbeidsplassen. Dette på grunn av at støtte fra kollegaer og forståelse når personen blir utsatt for store krav og belastninger, kan virke som en støttepute, og kan dermed ha effekt på helse og trivsel på arbeidsplassen (Skogstad, 2011; Kiasuwa et al., 2016).

Mangel på sosial støtte og forståelse fra både leder og kollegaer blir nevnt som en hindring fra informantene. Dette mest relatert til forståelse i forhold til situasjonen en er i som sykmeldt og til å legge til rette og hjelpe tilbakeføringsprosessen for den sykemeldte. Det er viktig her å nevne at lederen ikke skal ses som en person i maktposisjon. Avgjørelser og bestemmelser som blir tatt fra lederen har en stor innvirkning på ansattes velvære på jobb. Dette kan ses i forbindelse med både avgjørelser tatt om arbeidsmengde, men også endringer av fysisk arbeidsmiljø. Studier viser at feil bruk av makt hvor en leder ikke inkluderer sine ansatte, viser lite forståelse og respekt, kan ha ødeleggende konsekvenser for ansattes helse og trivsel. På den andre siden vil en leder som stimulerer og oppmuntrer sine ansatte til å delta i beslutningsprosesser og som har realistiske forventinger for jobben som blir gjort, fort vinne medarbeidernes tillit og dermed stimulere og fremme individuelt velvære (Donohoe & Kelloway, 2014).

Dialogen mellom den sykmeldte arbeidstaker og arbeidsgiver er en vesentlig faktor i tilbakeføringsprosessen. Sykmeldte ønsker oftes at arbeidsgiver skal holde jevn og god dialog og vise empati og omsorg. Aas (2012) kaller dette for «bry-seg-kontakt». Kontakten med leder er viktig i sykefraværsløpet, men den må skreddersys siden alle ansatte er i ulike situasjoner og har dermed forskjellige behov. Samtidig som det er viktig å nevne at kontakten med leder er avhengig av når i sykdomsforløpet den sykmeldte blir kontaktet. Desto nærmere den sykemeldte var med å komme tilbake i jobb, desto viktigere var kontakten med leder for å finne ut hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes (Esselman et al., 2007).

Mye av variabiliteten i forhold til tilbakeføring til arbeid skyldes ofte hvilken type arbeid en skal tilbake til, og hvilke arbeidsoppgaver som skal gjennomføres i tilbakeføringsprosessen. Derfor er arbeidsgivere sentrale aktører i arbeidet med å redusere sykefravær og muliggjøre gradert tilbakeføring til arbeid. For en arbeidsgiver vil tilrettelegging på arbeidsplassen kreve justeringer slik at både økonomien skal kunne holdes stabil, men også at produksjon og leveranse skal kunne oppfylles. Derfor vil noen arbeidsgivere foretrekke at arbeidstaker er tilbake i jobb når de er helt friskmeldt. Dette vil da oppleves som en hindring for den sykemeldte og vil også ta lengre tid å komme tilbake til arbeid. (Young, 2014).

Samtidig som at arbeidsmiljøloven i Norge forplikter arbeidsgiveren til å legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon (Arbeidsmiljøloven, 2005). Videre står det på § 4-2 at:

«I utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger.» Loven forplikter videre at arbeidsgiver skal legge til rette til både det psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet.»

Men hva sier loven om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne? Hvordan blir disse arbeidstakerne ivaretatt av lovverket? På arbeidsmiljøloven § 4-6 første ledd står det blant annet at:

«Hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l., skal arbeidsgiver, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid. Arbeidstaker skal fortrinnsvis gis anledning til å fortsette i sitt vanlige arbeid, eventuelt etter særskilt tilrettelegging av arbeidet eller arbeidstiden, endringer i arbeidsutstyr, gjennomgått arbeidsrettede tiltak e.l.»

Selv om det er en "skal-lov" som forplikter arbeidsgiver til å legge til rette, sier den ikke noe på hvor mye en arbeidsgiver skal strekke seg, for å få tilbake en arbeidstaker

som har fått redusert arbeidsevne. Arbeidsgiver skal, så langt det er mulig, sette i gang de nødvendige tiltakene for å kunne beholde og tilrettelegge tilbakeføringsprosessen. Derfor kan IA -avtalen ses som et viktig verktøy i denne prosessen. Men ikke alle bedriftene er inkludert i denne avtalen, og derfor vil det kanskje by på ekstra utfordringer for sykemeldte som er ansatt i disse bedriftene (Arbeids- og sosialdepartementet, 2014).

6.1.3 Hindringer knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse i arbeidslivet

Resultatene fra studien viste blant annet at arbeidsmengde, arbeidstid, arbeidsstress og lite muligheter til å påvirke og bestemme over arbeidsoppgaver oppleves som hindring for informantene. Dette er ofte relatert til at jobben og arbeidsoppgaver oppleves for krevende i forhold til helseutfordringene en opplever.

Studier viser at tilrettelegging av arbeidsoppgaver og arbeidsplassen er viktig i forhold til tilbakeføring til arbeid. Dette er særlig viktig ved å ta hensyn til den kapasiteten en har som følge av sykdom (Kiasuwa et al., 2016). Redusering av arbeidsbelastning er derfor viktig slik at det skal kunne oppleves mestring fra personen som er sykemeldt. Resultater i denne studien viste at økning av jobbfang og arbeidsmengde kan by på utfordringer for arbeidstakerne. Dette på grunn av at en ikke lenger klarer å mestre arbeidsoppgavene og arbeidsmengde. På den andre siden når en opplever mestring av arbeidsoppgavene, selv om arbeidsmengden kan være stor, vil dette bidra positivt til nærvær på arbeidsplassen.

Når vi snakker om fysisk tilrettelegging på arbeidsplassen, kan vi her blant annet nevne ergonomi. Ergonomi og tilrettelegging på arbeidsplassen er særlig viktig i de tilfellene hvor en er sykmeldt på grunn av muskel - og skjelettplager. Samtidig er det viktig å nevne at studier beviser at arbeidsstyring, beslutningsgrad, arbeidsstress og andre organisasjonsfaktorer er viktige risikofaktorer for muskel- og skjelettplager og kan bidra til forverring av helsetilstanden. Derfor er det et viktig element, når en undersøker og evaluerer ergonomiske aspekter, til å ta hensyn til både fysiske og organisatoriske aspekter av arbeidet (Shaw, Kristman & Vezina, 2014; Willadsen, 2014).

Forskningen viste at de mest nevnte psykososiale faktorer som hindrer tilbakeføring til arbeid var mangel på kontroll når det gjelder å møte jobbkravene, arbeidsmengde og høy arbeidsstress. Når en er sykemeldt og arbeidsevnen er redusert, var det enda

vanskeligere å møte disse jobbkravene og arbeidspress på arbeidsplassen. Dette var noe som ble nevnt fra noen informanter i denne studie også. Dette på grunn av at en har ikke samme energi som en har som en ‘frisk’ person. Fysiske og psykiske helseutfordringer reduserer på denne måten kapasiteten til å takle arbeidsstress og arbeidshverdagen, og det vil derfor kreve nødvendige arbeidsplassjusteringer for at den sykmeldte skal kunne klare å fungere (Shaw, Kristman & Vezina, 2014; Steers & Rhodes, 1978; Knott et al., 2014; Kiasuwa et al., 2016).

På den andre siden har studier også vist at jobbstress i seg selv kan være en predisponerende faktor til redusert arbeidsevne og helseutfordringer, ofte i form av psykiske lidelser. Karasek sitt jobbkraftmodell foreslår at stress på arbeidsplassen innebærer et samspill mellom jobbkravene og beslutningsgrad for å ha kontroll og mestre disse kravene. Kontroll defineres som muligheten til å påvirke omgivelsene, benytte egne ferdigheter og kompetanse, og å ha en innflytelse på beslutninger. Det dreier seg om selvbestemmelse i forhold til arbeidsoppgaver og arbeidstid. Uten tilstrekkelig beslutningsgrad, kan arbeidstakernes evne til å håndtere funksjonsbegrensninger som følge av sykdom, reduseres kraftig. Dermed vil det bli vanskeligere å fungere på arbeid (Karasek, 1979; Skogstad 2011).

6.1.4 Noen faktorer som fremmer tilbakeføring til arbeid

Fra intervjuene, selv om informantene ble spurt om hindringer de opplever for å komme tilbake i jobb, har noen av dem nevnt faktorer som fremmer tilbakeføring til arbeid. I studien har disse blitt kalt for «mulighet». Disse resultatene er tatt med i denne studien for å vise ett lite bilde over hva som ble nevnt av informantene. Tilrettelegging av arbeidsoppgaver som redusert arbeidstid, arbeidsmengde, delegering av oppgaver til andre personer har ført til at en har klart å komme noe i jobb. I tillegg blir det nevnt av sosial støtte på arbeidsplassen og forståelse fra lederen har vært bidragsfaktorer i forhold til tilbakeføring. Selv om vi ikke kan konkludere noe fra disse resultatene, kan vi si at disse svarene er i tråd med forskning og litteratur som viser at andre faktorer som tilrettelegging og støtte på arbeidsplassen kan føre til at en kommer raskere tilbake i jobb.

6.2 Diskusjon av metode

Dette kapittelet representerer styrker og svakheter ved valg av metode, og en beskrivelse av hva som er gjort for å unngå noen av svakhetene.

6.2.1 Design og utvalg

Fordelen med å bruke kvalitativ design var at den ga muligheten til å rette blikket mot sykemeldte sin opplevelse og erfaring med å være sykemeldt. Det er informantene selv som satt ord på det som var utfordrende for dem for å komme tilbake i jobb. Det er deres perspektiv som er i bildet, og fenomenet tilbakeføring til arbeid ble undersøkt ut fra deres erfaringer (Neuman, 2006). Forskeren fikk da på denne måten muligheten til å beskrive hindringene ut fra informantenes kontekst. Dette designet gir lite muligheter til å kvantifisere og generalisere resultatene i forhold til alle langtidssykemeldte. Men det gir uansett ett bilde over hindringer langtidssykemeldte opplever i tilbakeføring til arbeid.

Når det gjelder utvalg kan det nevnes her at størrelsen på utvalget begrenser muligheten til å analysere subgrupper og til å se forskjeller mellom dem. Det var et heterogent utvalg når det gjelder sociodemografiske forhold, og vi kan si noe om at det finnes felles trekk i svarene og opplevde barrierer fra informantene.

6.2.2 Datainnsamling

I denne studien ble det brukt fokusert semistrukturert intervju som datainnsamling. Intervjuet var godt utformet og det var lite muligheter for å endre på spørsmålene, da målet var å stille spørsmålene mest mulig likt til alle informantene.

I denne studien hvor det finnes lite kunnskap fra før av om fenomenet som skal forskes på, var det en fordel å bruke intervju som datainnsamling (Polit & Beck, 2017). Dette ga muligheten til å innhente en beskrivelse av hindringene sett fra sykemeldtes sin side og erfaring med å være sykemeldt. Gjennom en slik tilnærming fikk forskeren fram hvordan sykemeldte oppfattet de ulike hindringene. Den ga også muligheten til å både få svar på de spørsmålene forskeren lurte på, men også til å være fleksibel for å samle inn andre viktige opplysninger (Kruise, 2007). Intervju ga også fleksibiliteten til å tilpasse spørsmålene ut fra informantenes svar (Neuman, 2007). Dette bidro til en god flyt i samtalen, og til å vise interesse for det informantene hadde å formidle.

Ett semistrukturert intervju er preget av en asymmetrisk relasjon. Dette betyr at det er forskeren som på forhånd har planlagt temaer og spørsmålene, og som driver intervjuet framover. Derfor er relasjonen og samarbeidet mellom forsker og den som blir intervjuet veldig viktig. For å unngå en asymmetrisk relasjon var det viktig å være oppmerksom på at det var informantene som sittet med kunnskapen og som hadde kontroll over hva de ville formidle (Thagaard, 2013; Tanggaard & Brinkmann, 2015). Forskeren har prøvd gjennom intervjuene å formidle positive tilbakemeldinger til det informantene fortalte. Informantene viste til tider usikkerhet på om de svarte riktig, eller om de svarte på det forskeren ønsket å få svar på. I disse tilfellene var det enda viktigere å betrygge informantene og forklare at det finnes ingen riktige svar, for det som var ‘’riktig’’ var deres opplevelse.

Selv om forskeren ikke hadde som mål å gå inn på følsomme temaer og ønsket kun å få ett bilde av de ulike hindringene, ble samtalen i noen tilfelle for følsomt. Dette avhengig av hvor en befinner seg som sykemeldt og hvordan det hadde påvirket livet sitt. Noen av informantene kunne forteller om ulike tunge og vanskelige hendelser eller situasjoner angående både helse og/eller andre arenaer i livet deres. Derfor prøvde forsker i tillegg til å være en god lytter, vise respekt og empati for det informantene hadde gått gjennom.

Fordeler med et godt utformet intervju er at forskeren kan normalt oppnå 80-90% svarprosent på alle spørsmålene som stilles. Ofte vil informantene prøve å gi svar på alle spørsmålene, og vil i mindre grad gi overfladiske svar, eller respondere med ‘’jeg vet ikke’’ (Polit & Beck, 2017). Mens på en spørreundersøkelse er det lettere for informantene å la være å svare, for eksempel når de ikke forstår spørsmålet, eller hvis de ikke vil svare.

En annen fordel med intervjuene var at forskeren, ved hjelp av oppfølgingsspørsmål, fikk oppklart informasjonen som ble gitt (Kruise, 2007). I noen tilfeller kunne for eksempel informantene kun svare at en hindring for å komme tilbake i jobb var arbeidsgiveren. Selv om forskeren ikke ville gå inn på veldig mye detaljer, hjalp det å stille ett oppfølgingsspørsmål for å bedre forstå hva informantene mente. I dette tilfelle svarte for eksempel en av informantene at det var på grunn av at leder ikke viste respekt

for situasjonen hun var i, men en annen forklarte at det var på grunn av at leder var ikke villig til å tilrettelegge for dem.

Gjennom intervjuet ble det også brukt verifiseringsspørsmål. For eksempel når informantene ramset opp en del hindringer på arbeidsplassen, prøvde forskeren å oppsummere disse for å se om alt var forstått riktig. Det kan her for eksempel nevnes at forsker prøvde å oppsummere med å si: «Du nevnte at noen av hindringene du har opplevd var fysiske begrensninger på grunn av smerter i ryggen og lite vilje på arbeidsplassen til å tilrettelegge». Men så svarer informanten at: «Egentlig så var det ikke at det var lite vilje til å tilrettelegge, men det var faktisk ikke mulig, på grunn av at det er en tung fysisk jobb. Det er derfor ikke mulig å tilrettelegge så mye». Slik fikk da forskeren en presisering på hva informanten mente med tilrettelegging på arbeidsplassen.

Intervjuene ble gjennomført via telefon. Telefonintervjuer er ganske økonomiske og sparte tid for forskeren. Den ga muligheten til å intervju mange informanter på kort tid, uten å bruke tid og/eller penger på reising (Neuman, 2007).

En annen positiv side med å gjennomføre intervjuene på telefon var at informantene så ikke på opptakeren, og kan dermed ha slappe mer av uten å bli påminnet hele veien på at samtalen blir tatt opp. En annen positiv side var at informantene selv kunne velge hvor de ville sitte, eller være når intervjuet ble gjennomført, uten at de måtte befinne seg i ukjente omgivelser. Telefonintervju kan også ha gitt større følelse av anonymitet, siden at informantene ikke trengte å møte forskeren (Tjora, 2017).

Ulempen med telefonintervjuer er at forskeren mistet muligheten til å både observere og bruke kroppsspråket. Dermed kan noe av samtaleaspektet, som en kan kun få gjennom ansikt til ansikt intervju, ha forsvunnet (Tjora, 2017).

6.2.3 Dataanalyse

Det er i denne studien ikke tatt med andre variabler enn opplevde hindringer. For eksempel ville det være interessant å se på forskjeller mellom de ulike subgruppene ut fra kjønn, utdanning, bransje osv. Det er mange muligheter med tanke på dataanalyse og diskusjon for disse type data som er samlet inn i denne studien.

Deduktiv innholdsanalyse ble benyttet i studien og hovedstyrken er at tidligere teori kan støttes og eventuelt utvides (Hsieh & Shannon, 2005). Fra resultatene i denne studien kan en si at ICF klassifiseringsmodellen kan brukes til å beskrive faktorer som påvirker tilbakeføring til arbeid. Resultatene i studien viste at alle faktorene kan ha en betydning i hvordan tilbakeføringsprosessen blir påvirket, hvor forhold til kroppsfunksjon, sosiale miljøfaktorer og utførelse av arbeidsoppgaver var de mest viktige.

Ulempen med denne metoden er at forskeren tilnærmer seg datamaterialet med en teori og kan ha blitt påvirket i analyseprosessen. Noe som kan føre til at forskeren, kanskje ubevist, finner resultater som kan støtte ICF modellen (Hsieh & Shannon, 2005). Forskeren prøvde å unngå dette ved å ikke ha som hensikt med studien til å enten bekrefte eller avkrefte ICF modellen, men å bruke teorien som en støttende modell i forhold til dataanalyse. Det må uansett tas forbehold til at forskeren kan ha blitt påvirket av modellen, noe som kan ha begrenset muligheten til å lage nye kategorier.

6.2.4 Validitet

Metoden som er brukt i denne oppgaven ga svar på det forskeren ønsker å få svar på. I denne studien har forskeren prøvd mest mulig ha fokus på manifest analyse, for å unngå tolkning i resultatene. Dette både når det gjelder koding av materialet, men også resultatdelen, hvor forskeren har brukt informantens ord for å representere resultatene. Samtidig som det må tas forbehold om at hvordan forskeren tolker resultatene kan ha påvirket studien. Dette både påvirket av tidligere erfaring, men også kunnskap fra tidligere forskning og litteratur. I denne studien har forskeren tatt utgangspunkt i concept-driven, ved å bruke kategoriene og subkategorien i ICF modellen. Dette ga da muligheten til å kategorisere data systematisk og strukturert. Får å oppnå mest mulig validitet i analysing av data, er det viktig at forskeren får en annen person som er ekspert på dette området til å se på analysen (Schreier, 2012). Dette har forskeren gjort, ved å få hjelp og innspill fra veileder i denne prosessen.

Når det gjelder overførbarhet, kan vi si at denne studien sier noe om hindringer langtidssykemeldte opplever for å komme tilbake i jobb. Størrelse på utvalget, 30 informanter og størrelse på meningsbærende enheter, kan vurderes som såpass stor at resultatene i denne studien kan si noe om hindringene langtidssykemeldte opplever for å

komme tilbake i jobb. Dette handler også om at de som leser kjenner seg igjen i funnene og resultatene i studien. Dette kalles også som en form for lesergeneralisering (Krumsvik, 2014). Det kan i denne sammenheng sies at personer som selv har vært sykmeldt og/ eller jobber innen dette området kan kjenne seg igjen i resultatene. Det vil i denne sammenheng være leseren selv som bestemmer om disse resultatene kan være overførbare og generaliseres til alle sykemeldte.

6.2.5 Reliabilitet

Reliabilitet i en kvalitativ forskning handler om å beskrive hele gjennomføring av studien så detaljert som mulig, slik at andre kan gjennomføre på lik linje og se om forskeren får samme funn og resultater. Forskere har derfor prøvd å beskrive hele gjennomføring av studien trinn for trinn. Når det gjelder aspektet om andre forskere kommer til å få samme resultater, dersom de skulle gjennomføre denne studien på en annen tidspunkt, er det vanskelig å si om. Dette på grunn av at dersom denne studien ville bli gjort om noen år, er det ikke sikkert at samme situasjoner og utfordringer vil være til stedet. Dette på grunn av at samfunnet utvikler seg, arbeidsoppgaver endrer seg og nye hindringer kan da bli viktigere enn det som en ser i dag.

For å best mulig oppnå reliabilitet i analysering av datamaterialet, har forskeren definert hvert kategori og beskrevet hva som inngår i dem. Dette ved hjelp av hvordan disse kategorier blir beskrevet i ICF modellen, men også hvordan de ble beskrevet av informantene. Dette er noe som kan øke påliteligheten i forhold til dataanalyse på grunn av at kategoriene er basert på en vitenskapelig modell, og er ikke formet eller laget av forskeren selv. Dette baserer seg mest på en objektiv tilnærming av kategoriene, enn en mer subjektiv tilnærming.

Når det gjelder intervjuguiden og intervju spørsmålene, har forskeren konsekvent stillet alle spørsmålene lik til alle informantene, uten å unngå eller glemme noe av dem. Forskeren har også prøvd å være tydelig og klar ved stilling av spørsmålene.

7.0 Konklusjon

Denne studien viste at det er et bredt spekter av hindringer langtidssykemeldte opplever for å komme tilbake i arbeid. Dette kan ses i sammenheng med at det var 43 type hindringer som ble identifisert. Av disse type hindringer var det disse som dominerte resultatene: familieforhold, trøtthet og utmattelse, smerter, psykiske lidelser, organisering av NAV systemet, mangel på sosial støtte fra leder og kollegaer og arbeidsoppgaver.

Resultater viste at hindringer knyttet til hovedkategoriene kroppsfunksjoner og sosiale miljøfaktorer dominerte resultatene. Hindringer knyttet til kroppsfunksjon handlet i hovedsak om trøtthet og utmattelse, psykiske lidelser og smerter.

Langvarig trøtthet og utmattelse kan føre til en vond sirkel hvor en ikke opplever å ha samme energien og kapasitet som før, og alt oppleves som utfordrende. Det kan i tillegg føre til at en mister troen på seg selv og er usikker på om en vil klare arbeidsoppgavene sine. Dette fører på den andre siden til at en er redd for å prøve seg og er redd for å innse at en ikke har samme arbeidskapasitet som før.

Psykiske lidelser hindrer informantenes arbeidsevne i form av at en opplever konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker. En opplever å ikke klare å utføre arbeidet sitt tilfredsstillende og klarer av den grunn ikke å takle arbeidsoppgavene og aktiviteter i dagliglivet generelt. En ser igjen at dette påvirker energinivå og kapasitet for å utføre aktiviteter i hverdagen og i arbeidslivet.

Resultater fra studien viste at smerter hindrer tilbakeføring til arbeid. Når smertene først hadde blitt kroniske var det enda vanskeligere å forebygge og redusere risikoen til at dette ble livslangt. Derfor vil det være viktig med tidlig intervensjon for å unngå langvarige sykemeldinger og forebygge at smertene blir kroniske og langvarige for personer som har disse helse utfordringer.

Nest størst hindring er relatert til sosiale miljøfaktorer, hvor hindringer knyttet til familie forhold og organisering av NAV systemet er dominerende, fulgt deretter av mangel på sosial støtte og manglende oppfølging av helsevesenet.

Familieforhold omhandler oppfølging av enten barn eller syke familiemedlemmer og ulike familie hendelser. Ansvarsområdene og ulike situasjoner hjemme kan være så store og belastende at en opplever vanskeligheter med å fungere i arbeidslivet. Dette på

grunn av at hjemmesituasjonen krever for mye energi og krefter og en opplever å ikke ha overskudd til andre ting. Dette handler da om ikke å klare å finne en god balanse mellom hjem og arbeid. På den andre siden nevner noen av informantene at arbeidsoppgavene og arbeidshverdagen er så belastende at den påvirker hjemmeliv. Dette går da på bekostning av familieliv og fritid, og igjen føler en å ikke ha energi og overskudd til andre aktiviteter etter jobb.

Når det gjelder organisering av NAV systemet opplever informantene å ha manglende informasjon i forhold til lover og regler og hvordan systemet er organisert. En har da lite kunnskap om hvilke rettigheter og plikter en har, og følelsen av å ikke være informert om hvordan en best mulig kan bruke systemet til å komme tilbake i jobb. En mangler også kontinuitet i NAV systemet, og en må forholde seg til nye personer hver gang en er i kontakt med NAV. Noe som fører til at en ikke blir forstått og må hver gang forklare hvorfor en ikke klarer å gå tilbake i jobb. Manglende oppfølging fra helsevesenet handler også i hovedsak om manglende informasjon. Manglende informasjon om sykdomsforløpet og behandlingsregime, noe som gjør det vanskelig for en å planlegge noe i forhold til tilbakeføring til arbeid. Dette på grunn av at en er usikker og vet ikke hva som kan forventes fra sykdomsforløpet.

En annen hindring som kom fram i denne studien er lite sosial støtte og forståelse fra kollegaer og leder. En føler å ikke bli forstått og respektert for den situasjonen en er i som sykemeldt. Dette er en viktig faktor som kan føre til økt sårbarhet for den sykemeldte, og en opplever å ikke bli inkludert lenger. Ledere blir sett som en viktig person i tilbakeføringsprosessen som kan hjelpe den sykemeldte med å komme tilbake ved å både holde kontakt med også tilpasse og tilrettelegge arbeidsoppgavene og arbeidsplassen.

Til slutt var hindringer knyttet til aktivitetsutføring nevnt som en annen hindring for tilbakeføring til arbeid. Dette er i hovedsak relatert til type arbeidsoppgaver, arbeidsmengde, arbeidstid og mangel på kontroll. Når en opplever å ha en eller flere helseutfordringer blir det enda vanskeligere å møte arbeidskravene. Dette på grunn av at en klarer ikke å fungere som tidligere, som en "frisk" person, og har derfor behov for arbeidstilpasninger for å kunne klare å fungere. En opplever å ikke lenger ha kontroll over arbeidskravene og opplever lite mestring. Det oppleves også lite mulighet til å beslutte over arbeidsoppgaver og en klarer da ikke å møte arbeidskravene.

7.1 Implikasjon for praksis og videre forskning

Resultatene fra denne studien har implikasjoner både for videre forskning og utvikling og praksis. Denne studien gir ett oversikt over hindringer langtidssykemeldte opplever. Det kan hjelpe videre forskning med å få ett bilde over hindringer langtidssykemeldte opplever for å komme tilbake i jobb. Det kan også være til hjelp for å lage nye verktøy eller spørreskjema som kan for eksempel brukes i videre kvantitative forskningsmetoder.

Det kan også være til nytte for alle de som jobber med sykemeldte og tilbakeføring til arbeid. Dette for å forstå hva som hindrer tilbakeføring til arbeid, og hva enhver av instansene kan jobbe med for å lette denne prosessen.

Resultatene kan også brukes til å øke bevisstheten om utfordringer en opplever i arbeidslivet som sykemeldt og til å forstå hvorfor denne prosessen kan være vanskelig og tidskrevende. Å få en dypere forståelse om hva som hindrer tilbakeføring til arbeid, kan hjelpe arbeidsgivere, saksbehandlere i NAV, fastleger og andre personer som jobber med sykefraværsoppfølging til å utforme bedre oppfølgingsplaner, tiltak og virkemidler.

Resultater fra denne studien viste at hindringer knyttet til sykdom, særlig kroppsfunksjon, var en av de viktigste hindringene for tilbakeføring til arbeid. I de fleste forskningsstudier har en fokus på andre hindringer enn selve sykdommen, som for eksempel miljøfaktorer. Dette var også noe forskeren i denne studien ikke forventet. Det vil derfor være spennende å undersøke og forske videre på dette temaet. Det vil også være spennende å undersøke og kartlegge hvilke hindringer andre personer som er involvert i tilbakeføring til arbeid, opplever som utfordrende i denne prosessen. For eksempel ledere, fastleger, saksbehandler i NAV og helsevesenet. Det vil da være interessant å undersøke om det er noe felles trekk i opplevde hindringer av ulike parter som er involvert i denne prosessen.

Referanser

Aas, R., Ellingsen, K., Lindøe, P., & Möller, A. (2008). Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 18(4), 335-346.

Aas, R.W. (2012) *Rask tilbake etter sykefravær – for et arbeidsliv som inkluderer*. Idebanken.

Arbeidsmiljøloven, Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern. LOV-2005-06-17-62

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Arbeids- og sosialdepartementet (2004). *Kan flere jobbe mer?— – deltid og undersysselsetting i norsk arbeidsliv*. NOU 2004: 29. Oslo Departementet.

Arbeids- og sosialdepartementet (2010) *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform/id592648/>

Arbeids- og sosialdepartementet (2014) *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014 – 31. desember 2018 (IA avtalen)*
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/signert_ia_avtale.pdf

Briand, C., Durand, M., St-Arnaud, L., & Corbière, M. (2007). Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 444-57.

Bultmann, U. & Brouwer, S. (2014) Individual-level Psychosocial factors and work disability prevention I : Loisel, P. & Anema, J.R. *Handbook of work disability – prevention and management*. Springer: New York.

Dionne, C., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S., & Laperrière, È. (2013). Obstacles to and Facilitators of Return to Work After Work-Disabling Back Pain: *The Workers' Perspective*. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 280-289.

Donohoe, M. & Kelloway, E.K. (2014) Transformational leadership training for managers: Effects on employee Well-being. I : Biron, C., Bruke, R.J. og ; Gower, C.L.C. (2014) *Creating healthy workplaces : stress reduction, improved well-being, and organizational effectiveness*. England: Gower Publishing Limited

Corbiere, M., Negrini, A. & Dewa, C.S. (2014) Mental health problems and mental disorders: Linked determinants to work participation and work functioning. I : Loisel, P. & Anema, J.R. *Handbook of work disability – prevention and management*. Springer: New York.

Coutu, M.F., Cote D. & Barli, R. (2014) The work-disabled patient. I : Loisel, P. & Anema, J.R. *Handbook of work disability – prevention and management*. Springer: New York

Esselman, P., Askay, S., Carrougher, G., Lezotte, D., Holavanahalli, R., Magyar-Russell, G., & ... Engrav, L. (2007). Barriers to return to work after burn injuries. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 88S50-6.

Fassier, J.B. (2014) Identifying local obstacles and facilitators of implementation. I : Loisel, P. & Anema, J.R. *Handbook of work disability – prevention and management*. Springer: New York.

Franché, R., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M., & Loisel, P. (2005 a). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 525-542.

Franché, R., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005 b). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.

Goetz, K., Berger, S., Gavartina, A., Zaroti, S., & Szecsenyi, J. (2015). How psychosocial factors affect well-being of practice assistants at work in general medical care?--a questionnaire survey. *BMC Family Practice*, 16(166), 166.

Hanson, A.(2012). *Salutogent lederskap for helse og framgang*. Stockholm: Fortbilding.

Joosen, M. C. W., Frings-Dresen, M. H. W., & Sluiter, J. K. (2011). Work-related limitations and return-to-work experiences in prolonged fatigue: workers' perspectives before and after vocational treatment. *Disability & Rehabilitation*, 33(23/24), 2166–2178.

Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=4009891&scope=site>

Kiasuwa M.R., Otter R., Mortelmans K., Arbyn M., Van Oyen H., Bouland C., & Brouwer C. (2016). Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action--rapid review and expert consultation.

Knott, V., Zrim, S., Shanahan, E. M., Anastassiadis, P., Lawn, S., Kichenadasse, G., & ... Koczwara, B. (2014). Returning to work following curative chemotherapy: a qualitative study of return to work barriers and preferences for intervention. *Supportive Care In Cancer*, 22(12), 3263-3273

Krause, J., & Pickelsimer, E. (2008). Relationship of perceived barriers to employment and return to work five years later: a pilot study among 343 participants with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51(2), 118-121.

Krumsvik, R.J. (2014) *Forskningsdesign og kvalitativ metode – ei innføring*. Oslo: Fagbokforlaget

Kruuse, E. (2007) *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag*. 6.utg. København: Dansk psykologisk Forlaget.

Kommunespeilet (2018) *Sykefraværstall for kommuner og fylkeskommuner*
<http://www.ks.no/contentassets/e1e3c4283261450fbf34babfc9ee9f69/diagram-c.pdf>

Hees, H., Nieuwenhuijsen, K., Koeter, M., Bültmann, U., Schene, A., & Botbol, M. (2012). Towards a New Definition of Return-to-Work Outcomes in Common Mental Disorders from a Multi-Stakeholder Perspective (Towards a New Definition of RTW Outcomes). *PLoS ONE*, 7(6), E39947.

Hsieh H.F. & Shannom S.E. (2005) *Three Approaches to Qualitative Content Analysis*. Vol 15, Issue 9: 1277 – 88

Folketrygloven, *Lov om folketrygd*. LOV-1997-02-28-19
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

MacEachen, E (2014) Understanding work disability. Systems and intervening upstream. I : Loisel, P. & Anema, J.R. *Handbook of work disability – prevention and management*. Springer: New York.

Mullen, K., Gillen, M., Kools, S., & Blanc, P. (2015). Hospital nurses working wounded: Motivations and obstacles to return to work as experienced by nurses with injuries. *Work*, 50(2), 295-304

Nossen, J.P. og Thune, O. *Utviklingen i sykefraværet de siste 20 år*.
https://www.nav.no/Forsiden/_attachment/212725?true&ts=123e0c68e00

NAV (2018) *Utviklingen i sykefraværet, 1. kvartal 2018*
<https://www.nav.no/542304/sykefraværsstatistikk%288%29>

- Neuman, W.L. (2007). *Basics of social research – Qualitative and quantitative approaches*. 2.utg. Boston: Pearson Education
- Noor, N. M. (2004). Work-family conflict, work- and family-role salience, and women's well-being. *The Journal of Social Psychology*, 144(4), 389-405.
- Ose, O.S, Dyrstad, K, Brattlid, I., Slettebak, R., Jensberg, H., Mandal, R., Lippestad, J., og Pettersen, I. (2013) *Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime?*. Sintef
- Polit, D., & Beck, C. (2017). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. London: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Prins, R. (2014) *Sickness absence and disability: An international perspective*. I : Loisel, P. & Anema, J.R. *Handbook of work disability – prevention and management*. Springer: New York.
- Schreier, M. (2012) *Qualitative content analysis in practice*. London: Sage publications Ltd.
- Shaw W.S., Kristman, V.L & Vezina, N. 2014 *Workplace issues I* : Loisel, P. & Anema, J.R. *Handbook of work disability – prevention and management*. Springer: New York.
- Skogstad, A. (2011). Psykososiale faktorer i arbeidet I: Einarsen, S. og Skogstad, A. *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. (red.) 2.utg, Bergen: Fagforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet og KITH (2003) *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Trondhjem: Aktietrykkeriet.
- Statistisk sentralbyrå (2018) *Sykefraværet i 2. kvartal 2018*
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/fortsatt-svak-nedgang-i-sykefravaeret>
- Steel, P.R., Rentsch, J.R., & Scotter, J.R. (2007) Timeframes and absence frameworks: A test of Steers and Rhodes (1978) Model of Attendance. *Journal of Management*, Vol. 33 No. 2, April 2007 180-195
- Steers, R. M., & Rhodes, S. R. 1978. Major influences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology*, 63: 391-407
- St. Meld. Nr. 33. Arbeids- og sosialdepartementet (2015-2016) *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet*. fra :<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-33-20152016/id2501017/>

Sullivan, M.J.L., Martel, M.O., & Trost, Z. (2014). Pain, chronicity and disability I : Loisel, P. & Anema, J.R. *Handbook of work disability – prevention and management*. Springer: New York.

Tanggard,L. & Brinkmann,S. (2015). Interviewet:Samtalen som forskningsmetode. I: Tanggard,L. & Brinkmann,S. *Kvalitative metoder : en grundbog*. 2.utg. (s.29-53) København: Hans Reitzel Forlag

Thagaard,T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4.utg. Bergen:Fagbokforlaget.

Thuen, F. (2011). To liv på en gang. I: Einarsen, S. og Skogstad, A. *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. (red.) 2.utg. Bergen: Fagforlaget.

Tjora,A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Young,A.E. (2014) Return to work stakeholders' perspectives on work disability. I : Loisel, P. & Anema, J.R. *Handbook of work disability – prevention and management*. Springer: New York.

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Rahmani, A., Zirak, M., & Desiron, H. (2018). Cancer survivors' experiences of return to work: A qualitative study. *Psycho- Oncology*, 27(10), 2398-2404.

WHO (2007) *Workers' health: global plan of action,WHO 2008-2017*.
http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf?ua=1

WHO (2010)*Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*.
http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf

Willadssen, B. (2014). *Arbeidsmiljø og HMS-arbeid. Integrasjon – problemløsning – utvikling*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1

SMS som ble sendt til alle informantene:

Vil du være med på å endre tilbudet til sykmeldte? Det kan du ved å dele erfaringer du har hatt som sykemeldt i et forskningsprosjekt som utføres av Universitetet i Stavanger. Du deltar da i et kort telefonintervju som varer ca. 10 minutter. Få mer info her <https://presenter.simplero.com/page/85761-list-signup>

SMS som ble sendt for andre gang til informantene, hvor det ble presisert at de som allerede hadde svart kunne se bort fra denne meldingen.

Vil du være med på å endre tilbudet til sykmeldte? Det kan du ved å dele erfaringer du har hatt som sykemeldt i et forskningsprosjekt som utføres av Universitetet i Stavanger. Du deltar da i et kort telefonintervju som varer ca. 10 minutter. Få mer info her <https://presenter.simplero.com/page/85761-list-signup>

OBS: Se bort fra denne meldingen dersom du allerede har svart på denne studien.

Vedlegg 2

1. Informasjonsskriv og samtykke – som dere leser på forrige vedlegg ble informantene ledet til informasjonsskriv via denne lenken :

<https://presenter.simplero.com/page/85761-list-signup>

Under finner dere teksten til informasjonsskrivet:



Invitasjon til å delta i en forskningsstudie

Dette er en invitasjon til deg om å delta i en forskningsstudie som skal identifisere sykmeldtes erfaringer om hva de selv opplever som barrierer for å gå tilbake i jobb.

Studiens hensikt: Universitet i Stavanger er ansvarlig for studien. Studien skal bidra til ny kunnskap, hentet fra sykmeldtes egne opplevelser og erfaringer om det å være sykmeldt, for å gjøre tilbudet til sykmeldte bedre og mer i tråd med sykmeldtes egne behov og ønsker. Resultatene fra denne studien vil bli brukt i et prosjekt i tre fylker, der langtidssykmeldte vil få en bedre oppfølging enn det de får i dag. Ved å delta i denne studien kan du derved være med å endre tilbudet til sykmeldte.

Hvem inviteres: De som er invitert til å delta i denne studien har vært sykmeldt i minimum 6 måneder, har vært på helserelaterte ytelser fra NAV i maksimalt 1,5 år, og har vært sykmeldt i minst 50 prosent.

Hva innebærer det for deg å delta: Studien innebærer å svare på et kort telefonintervju som varer cirka 10 minutter. Intervjuene tas opp. Spørsmålene vil omhandle hva du opplever, eller har opplevd som barrierer for å komme tilbake i jobb. Vi ønsker i tillegg å spørre deg om alder, fødselsnummer, bosted, utdanningsnivå, type arbeid/bransje, stillingsprosent, diagnose, sykemeldingsgrad og hvor lenge du har vært sykmeldt. Ditt fødselsnummer trenger vi for å innhente data fra databaser om ditt tilbud hos NAV. Dette gjøres via bestilling av registerdata som overføres direkte til oss forskere.

Mulige fordeler og ulemper: Alle opplysninger vil bli aidentifisert og behandlet av forskere uten navn og fødselsnummer, og hver deltaker vil få en oppdiktet ID. Det er kun en av forskerne ved Universitet i Stavanger som vil ha tilgang til personopplysninger. Ingen vil kunne gjenkjennes i publikasjonene fra prosjektet, og alle data anonymiseres. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Frivillig deltakelse og mulighet til å trekke samtykke: Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Hvis du trekker deg fra studien, kan du kreve å slette innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede har inngått i analyser eller er brukt i rapporter. Du har som deltaker også rett til innsyn i resultatene fra studien. Du kan få dette ved henvendelse til kontaktpersonene som er nevnt under, når resultatene foreligger.

Om NAVs rolle i prosjektet: NAV er ikke en direkte deltakende part i denne studien, og NAV får ikke informasjon om hvem som deltar og vil derved ikke ha innvirkninger for din videre oppfølging hos NAV. Informasjon skal kun brukes i forskningssammenheng. Prosjektet skal avsluttes 31.12.2020 og alle personopplysninger vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dersom du ønsker å delta gir du ditt samtykke ved å registrere navn, e-mail og telefonnummer i skjemaet under. Da gir du din tillatelse til å delta i forskningsprosjektet. Etter at vi har mottatt ditt samtykke, vil vi ta kontakt med deg for å avtale et tidspunkt for et kort telefonintervju.

Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål angående studien og din deltakelse.

Med vennlig hilsen

Randi Wågø Aas, PhD
Professor i arbeidshelse
Universitetet i Stavanger
E-post: randi.aas@uis.no

Fjoralba Sadja
Masterstudent i helsevitenskap
Universitetet i Stavanger
Epost: f.sadja@stud.uis.no
Tlf.: 96 85 60 40

Cecilie Karlstad Innerby, MSc
Prosjektkoordinator
Universitet i Stavanger
E-post: cecilie.k.innerby@uis.no

Ditt fornavn

Ditt etternavn

Din e-postadresse

Ditt telefonnummer

Vedlegg 3

Intervjuguide



RTW-Barrieres Project

Intervjuguide

TRINN I: ETABLERER KONTAKT

Tekst når vi ringer for første gang: Hei. Dette er NN som ringer fra helsefakultet ved UiS. Jeg ringer deg i forbindelse med at du har gitt samtykke til å delta i et forskningsprosjekt. Har du tid til å gjennomføre intervjuet nå? [evt.- Da avtaler vi en annen tid, når passer det for deg?]

Dersom de ikke svarer sender vi melding med tekst: Hei. Dette er NN. Jeg har forsøkt å ringe deg i forbindelse med at du har sagt ja til å delta i et forskningsprosjekt ved Universitetet i Stavanger. Vi ønsker å avtale tid for intervju. Send meg gjerne et tidspunkt som passer for deg, evt. ringer jeg på igjen. Takk!

TRINN II: SAMLER DATA OM INFORMANTEN

Forsker samler info om bakgrunnsvariablene (se tabell 1), og fører svarene opp direkte i SurveyXact, eller på papirskjema for så å overføre umiddelbart etterpå. Papirversjonen makuleres etter at punchingen er sjekket for feil 1x. Prøv å unngå å ha fokus på klokka og ikke snakk om tid: Gjør intervjuet mest mulig avslappende for informant og forsker.

Tabell Variabeloversikt

#	Variabelnavn	Verdier	Spørsmål og operasjonalisering
<i>Innen forskning trenger vi alltid å vite noe mer om de som har deltatt. Dette anonymiseres ved at vi gir hver enkelt et tilfeldig ID-nummer. Først vil jeg spørre noen spørsmål om deg?</i>			
1	ID -nummer	Skriv dette opp på lista og på surveymonkey	
2	Kjønn	1-mann, 2-kvinne	Kan skrives inn før intervjuet
3	Alder	År	Hvor gammel er du?
	P-nummer	11-siffer	Kan du lese opp personnummeret ditt?
4	Bosituasjon	Alene=1, sammen med noen=2	Bor du alene eller sammen med noen? (hvis tvil, alle som deler kjøkken – unntatt i hybelhus)
4	Bor med	Antall	Hvis sammen med noen: Hvor mange bor du sammen med?
5	Omsorgsansvar	Antall	Har du omsorgsansvar for noen: Barn under 18 år, syke/funksjonshemmede familiemedlemmer?

6	Bosted	1=land/distrikt, 2=by	Bor du på landet / i distriktet eller i en by? Hvis tvil: By regner vi her som et kommunetettsted med over 5000 innbyggere (disse kan selv kalle seg by). Det finnes noen med under 1500 innbyggere som er by = landet.
---	--------	-----------------------	---

<i>Så vil jeg spørre deg noen spørsmål om din jobb.</i>			
8	Sektor	1 =offentlig, 2=privat sektor, 3= privat, men offentlige oppgaver	Hvilken sektor jobber du i? Les opp alternativene. [3-eksempel: privat sykehjem/barnehage]
9	Bransje	Nedtrekksliste	I hvilken bransje jobber du? [ha en bransjeliste lagt inn?]
10	Stilling	Åpent tekstfelt	Hva heter stillingen din? [det som står på arbeidsavtalen] Skriv inn det som sies.
11	Bistilling	Åpent tekstfelt	Har du andre stillinger? Skriv inn det som sies.
12	Stillingsstørrelse	Prosent	Hvor stor stillingsprosent har du?
13	Leder	1=ja, 2=nei	Har du lederansvar
13	Lederspenn	Antall	Hvis ja, for hvor mange ansatte?
<i>Nå vil jeg stille deg noen spørsmål om sykmeldingen din</i>			
14	Første sykmelding	Uke, måned, år / dato	Når ble du sykmeldt?
15	Diagnose	Åpent tekstfelt	Hvilken diagnose ble brukt på sykmeldingsblanketten da? Skriv det de sier
16	Andre diagnoser	Åpent tekstfelt	Hvis ja, har det vært brukt andre diagnoser på sykmeldingen din? Hvilke?
17	NAV-ytelser	1=ja, 2=nei	Er du på NAV-ytelser nå?
18	Type NAV-ytelser	1=sykelønn, 2=AAP, 3= uføretrygd, 6= annet	Hvilke NAV-ytelser er du på nå? Flere kryss er mulig.
19	Sykemeldingsgrad	Prosent	Hvor mye er du sykemeldt nå?
7	Utdanningsnivå	1=grunnskole, 2=videregående, 3=høyere utdanning ≤4 år, 4=høyere utdanning 5≤ år	Les opp alternativene [ordet inntil 4 år, etc. kan brukes]

TRINN III: SAMLER DATA SOM SVARER PÅ

FORSKNINGSSPØRSMÅLENE

Jeg vil nå spørre deg noen spørsmål om hva det er som har vært de største hindringene du har opplevd for å kunne være i jobb. [Forsker skal her ikke bidra til beskrivelser av årsaker/ barrierer, kun hjelpe informanten med å beskrive de han/hun har erfart + søke å verifisere det som sies, slik at det fremkommer tydelig og valid i tråd med informantens erfaringer].

Intervju spørsmål

1. Hva vil du si er årsaken til at du er sykmeldt? Andre årsaker?
2. Tenker du det er realistisk eller ønskelig å gå tilbake til den jobben du har i dag, eller ser du for deg at du ønsker å skifte jobb?
3. Hvilke konkrete hindringer eller barrierer opplever du gjør det vanskelig for deg å gå tilbake til jobben din? (Dersom informant er delvis sykmeldt/delvis på AAP, kan dette formuleres slik: Hva hindrer deg i å jobbe så mye som du gjorde før?
 - a. Nå har du nevnt disse barrierene: A, B, C, D..., stemmer det? (verifisering)
 - b. Er det noen andre hindringer eller barrierer du ikke har nevnt?
[det er viktig at det frem til hit ikke blir spesielt spurt om arbeidsplass/hjem/fritid]

- c. Kan du komme på noen andre hindringer eller barrierer **på arbeidsplassen** som gjør det vanskelig å være i jobb, helt eller delvis, som du ikke har nevnt?
 - d. Kan du komme på noen hindringer eller barrierer **hjemme** som gjør at det er vanskelig å være i jobb nå, helt eller delvis, som du ikke har nevnt?
 - e. Kan du komme på noen hindringer eller barrierer **i din fritid** som gjør at det er vanskelig å være i jobb nå, helt eller delvis, som du ikke har nevnt?
4. Hvilke av disse hindringene eller barrierene opplever du som de største for å komme tilbake i jobb? Nevn de 3 viktigste.

TRINN IV: RUNDER AV

Spør til slutt: Vi vurderer å ha en oppfølgingsstudie: Er det ok at vi tar kontakt med deg igjen?

Forslag til tekst etter at intervjuet er ferdig: *Vi på UiS setter stor pris på at du tok deg tid til intervjuet vårt. Du må ha en fin dag videre.*

ERFARTE UTFORDRINGER OG LØSNINGER

Utfordring I: I noen tilfeller har informantene ikke lenger en jobb.

Løsning: Intervjuet gjennomføres og spørsmålene snus i fortid: Hva opplevde de som barrierer for å komme tilbake i den siste jobben de har hatt/vært tilknyttet.

Kommentar: Barrierestudiens validitet er ikke knyttet opp mot noen spesielle ytelsestyper fra NAV, ei heller om informanten akkurat nå har en arbeidsgiver. Vi har imidlertid måttet laget inklusjonskriterier for å få ut en aktuell populasjon. Etersom dette har vært gjort via NAV, måtte vi ha fokus på ytelsestyper. For studien er det ikke viktig, og vi kan i metodekapitlene beskrive hvem vi intervjuet. Vi prøver å bruke minst mulig tid på å snakke om ytelsene de har gått på i intervjuene, heller: «Vi skal nå snakke om den jobben du var sykmeldt fra, hvilken jobb var det?». Validiteten er knyttet til informantenes evne til å kunne gi valide svar, samt evne til «recall» om hva som nå eller tidligere har vært opplevd som barrierer for tilbakeføring. Derved kan alle som klarer å gjenkalle dette delta.

Utfordring II: Noen informanter har vært sykmeldt lenger enn 1,5 år.

Løsning: Disse informantene inkluderes i vår studie. Det er da barrierer for å gå tilbake til den jobben de var sykmeldt fra som er fokus for vårt intervju.

Kommentar: Målgruppen vår inkluderer da både de som har, eller har hatt et arbeidsforhold som de er sykmeldt fra.

Utfordring III: Noen av informantene har aldri hatt en jobb, eller har aldri vært sykmeldt.

Løsning: Vi avklarer helt fra starten om de har et arbeidsforhold eller ikke. Hvis de ikke har det, blir neste spørsmål når arbeidsforholdet ble avsluttet. Og neste spørsmål er å finne ut om dette er en jobb de har vært sykmeldt fra. Hvis de ikke nå eller tidligere har hatt en jobb de har vært sykmeldt fra, blir de ekskludert.

Kommentar: Dette skjer i de tilfellene hvor informanten for eksempel har mistet jobben sin og gått på dagpenger i cirka 2 år og blitt syk, og da gått over på AAP. Noen har for eksempel hatt andre ytelser gjennom NAV, som for eksempel sosialhjelp og har blitt syk og har da gått over på AAP. Noen har vært på dagpenger eller sosialhjelp eller andre ytelser som tiltakspenger eller vært i kvalifiseringsprogram. Noen har avsluttet arbeidsforholdet sitt, men ikke på grunn av sykmelding, men nedbemanning. De har da gått over på dagpenger i ca. 2 år og gått over på AAP etter det. De har da vært halvt år på AAP, men har

skaffe arbeid som mål og ikke beholde arbeid. Med andre ord har de blitt satt opp på feil mål, og havnet på vår liste.

Utfordring IV: Noen kommer ikke på andre barrierer enn selve sykdommen, selv om vi spør eksplisitt om det etter hvert i guiden.

Løsning: Hvis de ikke ser ut til å forstå spørsmålet om andre typer barrierer, og kun er på «helsesporet», spør vi dem helt på slutten om det er «noe annet viktig de ønsker å få fram», eller «hva som kunne vært gjort annerledes for at du kunne komme tilbake i jobb/jobbe så mye som du gjorde før».

Kommentar. De kan se på de andre barrierene som indirekte barrierer. Vi skal ikke «hjelp» de til å tenke annerledes, mer enn hva intervjuguiden tillater. Da har noen kommet på andre hindringer, som hvordan systemet er organisert/fungerer eller tilrettelegging på arbeidsplassen.

Intervjuguide godkjent, 06.03.2018, rwaa (prosjektleder)

Intervjuguide godkjent 24.04.2018, rwaa (prosjektleder)

Intervjuguide endret 31.05.2018, rwaa/cki (prosjektleder/koordinator)

Vedlegg 4

ICF klassifikasjon av kategorier og subkategorier

Kroppsfunksjoner

Kapittel b1 Mentale funksjoner

Kapittel b2 Sansefunksjoner og smerte

Kapittel b3 Stemme- og talefunksjoner

Kapittel b4 Kretsløps-, blod-, immun- og respirasjonsfunksjoner

Kapittel b5 Fordøyelse, stoffskifte og indresekretoriske funksjoner

Kapittel b6 Urinsystemets funksjoner, kjønnsfunksjoner og forplantning

Kapittel b7 Nerve-, muskel-, skjelett- og bevegelsesrelaterte funksjoner

Kapittel b8 Huden og tilhørende strukturers funksjoner

Kroppsstrukturer

Kapittel s1 Nervesystemets strukturer

Kapittel s2 Øye, øre og tilhørende strukturer

Kapittel s3 Stemme- og taledannende strukturer

Kapittel s4 Strukturer tilhørende kretsløpssystemet, blodsystemet, det immunologiske system og respirasjonssystemet

Kapittel s5 Strukturer tilhørende fordøyelse, stoffskifte og endokrinsystemet

Kapittel s6 Strukturer med tilknytning til urinsystemet, kjønnsorganene og forplantningen

Kapittel s7 Bevegelsesapparatets strukturer

Kapittel s8 Hud og tilhørende strukturer

Aktiviteter og deltagelse

Kapittel d1 Læring og kunnskapsanvendelse

Kapittel d2 Allmenne oppgaver og krav

Kapittel d3 Kommunikasjon

Kapittel d4 Mobilitet

Kapittel d5 Egenomsorg

Kapittel d6 Hjemmeliv

Kapittel d7 Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner

Kapittel d8 Viktige livsområder

Kapittel d9 Samfunnsliv og sosiale livsområder

Miljøfaktorer

Kapittel e1 Produkter og teknologi

Kapittel e2 Natur og menneskeskapte miljøforandringer

Kapittel e3 Støtte og sosialt nettverk

Kapittel e4 Holdninger

Kapittel e5 Tjenester, systemer og strategier for tiltak

Vedlegg 5

Utdrag av dataanalyse

ID	Transkribert tekst	Meningsbærende-enhet	Subkategori	ICF dommen
IDx	hvilke konkrete hindringer opplever du som vanskelig for å gå tilbake til din jobb? R: Det er jo arbeidsmengden som venter. Når man vet at ingen andre som har tatt tak i ting, så er gjerne stress.	arbeidsmengde, stress på grunn av at det er mye arbeid som venter på deg	arbeidsmengde	A (Aktivitet)
IDx	R: Nei. Kan du si noe om konkrete hindringer du opplevde for å komme tilbake i din tidligere jobb? I: For meg selv er det søvn, jeg sover hvert tredje døgn cirka.	søvnproblemer, sover hver 3.døgn	søvnproblemer	KF (Kropps-Funksjoner)
IDx	Jeg har ikke energi til å gjøre noe.	får ikke mat og har ikke energi	Mangel på energi	KF (Kropps-Funksjoner)
IDx	Fra andre så var det vel både arbeidsgiver som var misfornøyd med at en var sykmeldt.	arbeidsgiver var misfornøyd med sykemeldingen	Holdninger fra arbeidsgiver	MF (Miljøfaktorer)

IDx	Så er det det at jeg ikke føler det har vært den store oppfølgingen i helsevesenet heller. Det er vel de tingene der som totalt gjør det. Hovedsakelig er det hodeverken.	har ikke fått den store oppfølging fra helsevesenet	Oppfølging fra helsevesenet	MF (miljøfaktorer)
-----	---	---	-----------------------------	--------------------

Vedlegg 6

Kvittering frå NSD

Vår dato: 23.01.2018

Vår ref: 57087 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 14.11.2017 for prosjektet:

57087 Hva opplever langtidssykmeldte som barrierer for å gå tilbake i jobb? En intervjustudie fra prosjektet «Hva nå?»

Behandlingsansvarlig Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Randi Wågø Aas

Vurdering Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med: •opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon •vår prosjektvurdering, se side 2 •eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt Ved prosjektslutt 31.12.2020 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

57087 Hva opplever langtidssykmeldte som barrierer for å gå tilbake i jobb? En intervjustudie fra prosjektet «Hva nå?» Behandlingsansvarlig Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder Daglig ansvarlig Randi Wågø Aas

Vennlig hilsen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54 / hildur.thorarensen@nsd.no
Marianne Høgetveit Myhren
Hildur Thorarensen
Vedlegg: Prosjektvurdering

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar
Prosjektnr: 57087

FORMÅL Formålet er å kartlegge og identifisere langtidssykmeldte sine erfaringer om hva de opplever som barrierer for å komme tilbake i jobb. Dette skal bidra til en kunnskapsgrunnlag ved utvikling av metoder/verktøy for prosjektet "Hva nå?" som denne studien er knyttet opp til.

I tillegg vil studien bidra til å danne et grunnlag for videre forskning innen dette området, og også avdekke barrierer for deltagelse innenfor en norsk kontekst. Delmålene er å utvikle ny kunnskap om: helsebarrierene versus deltakelsesbarrierene, forskjeller i opplevde barrierer mellom bransje, kjønn, alder, bosted, diagnose, varighet på sykefravær og sykemeldingsgrad.

INFORMASJON OG SAMTYKKE Dere har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at det reviderte informasjonsskrivet til utvalget mottatt 22.01.2018 er godt utformet.

DATAINNSAMLING Data innhentes via telefonintervju og via registerdata fra NAV sine databaser om sykefraværstilfelle siste tre år og eventuelle tiltak.

Det fremgår at dere vil behandle sensitive opplysninger om helseforhold.

INFORMASJONSSIKKERHET Personvernombudet forutsetter at dere behandler alle data i tråd med Universitetet i Stavanger sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

VARIGHET Prosjektsslutt er oppgitt til 31.12.2020. Det fremgår av meldeskjema/informasjonsskriv at dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektsslutt. Anonymisering innebærer vanligvis å: - slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel - slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn - slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder: <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>