



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGÅVE

Proessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær blant personar
med "ubestemte" helseplager

The process of returning to work after long-term sick leave among
persons with medically unexplained symptoms

Monica Instefjord

Master i samhandling innan helse- og sosialtenester

Avdeling for helsefag

Rettleiarar: Eli Natvik og Aud Marie Øien

16.06.2017

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er
brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Forord

Arbeidet med masteroppgåva har vore spennande, utfordrande og lærerikt. Det som starta som ein hobby hausten 2012, er no eit ferdig kapittel. Eg er stolt og fornøgd. Først og fremst vil eg takke deltakarane i forskingsprosjektet. Eg set stor pris på at de sette av tid og delte dykkar erfaringar. Tusen takk til tilsette ved NAV-kontora og Hauglandssenteret som har hjelpt meg med rekruttering av deltakarar.

Eg vil takke hovudrettleiaren min Eli Natvik for verdifull støtte og konstruktive tilbakemeldingar under heile prosessen. Arbeidet har ført med seg mykje usikkerheit, det har vore godt å kunne kontakte deg for råd. Eg vil også takke birettleiar Aud Marie Øien for god rettleiing i arbeidet med masteroppgåva. Vidare vil eg takke kollokviegruppa mi, der har det vore rom for å drøfte problemstillingar og dele gleder og frustrasjonar. Eg er veldig glad for å ha blitt kjent med dykk.

Vidare vil eg takke leiar og kollegaer ved NAV Førde for tilrettelegging slik at har kunne tatt fri ved behov, og fått moglegheit for å gjennomføre denne utdanninga. Til slutt; takk til sambuar, familie og venner for tolmodigheit og oppmuntringar undervegs.

Innholdsliste

Samandrag	i
Abstract	ii
1 Innleiing	1
1.1 <i>Bakgrunn for studien</i>	2
1.2 <i>Tidlegare forskning</i>	2
1.4 <i>Omgrepsavklaring</i>	7
1.4.1 <i>"Ubestemte" helseplager – i lys av ulike perspektiv på helse og sjukdom</i>	7
1.4.2 <i>Langtidssjukefråvær</i>	8
1.4.3 <i>Samhandling</i>	8
1.5 <i>Oppbygging av oppgåva</i>	9
2 Teoretisk rammeverk	9
2.1 <i>Anerkjenningsteori</i>	9
2.2 <i>Kroppsfenomenologi</i>	11
3 Metode og analyse	13
3.1 <i>Forskningsdesign</i>	13
3.2 <i>Vitskapsteoretisk perspektiv</i>	13
3.3 <i>Semistrukturerte livsverdenintervju</i>	14
3.3.1 <i>Utval</i>	15
3.3.2 <i>Rekruttering av deltakarar</i>	15
3.3.3 <i>Presentasjon av deltakarane</i>	16
3.3.4 <i>Gjennomføring av intervju</i>	17
3.3.5 <i>Transkribering av intervju</i>	19
3.4 <i>Analyse</i>	20
3.4.1 <i>Systematisk tekstkondensering</i>	20
3.5 <i>Etiske aspekt ved tilgang til feltet</i>	23
3.6 <i>Kritisk vurdering av forskarrolla</i>	23
4 Resultat	24
4.1 <i>Samspelet mellom anerkjenning, aksept og samhandling</i>	25
4.1.1 <i>Å komme tilbake i same eller anna arbeid</i>	25
4.1.2 <i>Kontrasten mellom å oppleve støtte og mistillit frå leiar og kollegaer</i>	29
4.1.3 <i>Forventningar og reaksjonar i møtet med hjelpeapparatet</i>	30
4.1.4 <i>Å lytte til kroppen er ein prosess over tid</i>	33

4.1.5 Sosiale og praktiske utfordringar i tilværet som sjukmeldt	36
4.1.6 Å handtere bekymringar og få avkopling	37
5 Diskusjon	40
5.1 <i>Resultatdiskusjon</i>	40
5.1.1 Samhandling med arbeidsgjevar og kollegaer	40
5.1.2 Identitetsutvikling	43
5.1.3 Å lytte til kroppen	44
5.1.4 Samhandling med hjelpeapparatet	46
5.1.5 Oppsummering av resultatdiskusjon	49
5.2 <i>Metodediskusjon</i>	50
5.2.1 Kvalitetskriterier	50
5.2.2 Kritisk vurdering av rekruttering og utval	51
5.2.3 Kritisk vurdering av metode og datainnsamling	53
5.2.4 Kritisk vurdering av transkribering, analyse og val av teoretiske perspektiv	55
5.2.5 Oppsummering av metodediskusjon	56
6 Konklusjon	57
Litteraturliste	58

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsbrev og samtykkeformular

Vedlegg 3: Førespurnad til NAV-kontor om hjelp til rekruttering

Vedlegg 4: Svar frå NSD

Vedlegg 5: Bekreftelse på endring (frå NSD)

Vedlegg 6: Svar frå REK

Samandrag

Bakgrunn: "Ubestemte" helseplager utgjør ein stor del av det totale sjukefråværet. Sjukefråvær er ei stor belastning både for den enkelte og for samfunnet. For mange er det helsefremjande å vere i arbeid på tross av helseplager. **Formål:** Formålet med denne studien var å utforske førstepersonserfaringar blant personar med "ubestemte" helseplager, knytt til erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Auka innsikt i slike erfaringar kan bidra til utvida kunnskap om tilrettelegging for auka arbeidsdeltaking blant personar med "ubestemte" helseplager etter langtidssjukefråvær. **Problemstilling:** Korleis erfarer personar med "ubestemte" helseplager prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær? **Metode:** Studien har eit kvalitativt design, inspirert av fenomenologi. Det er gjennomført seks individuelle livsverdenintervju. Systematisk tekstkondensering blei nytta som analysemetode. **Resultat:** Eit overordna tema blei utvikla: *Samspelet mellom anerkjening, aksept og samhandling*. Vidare blei seks tema identifisert: *Å komme tilbake i same eller anna arbeid, Kontrasten mellom å oppleve støtte og mistillit frå leiar og kollegaer, Forventningar og reaksjonar i møte med hjelpeapparatet, Å lytte til kroppen er ein prosess over tid, Sosiale og praktiske utfordringar i tilværet som sjukmeldt, og Å handtere bekymringar og få avkopling*. **Konklusjon:** Anerkjennande samhandling mellom den sjukmeldte, arbeidsgjevar, NAV og helsetenesta er avgjerande i prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær blant personar med "ubestemte" helseplager.

Nøkkelord: "Ubestemte" helseplager, tilbake i arbeid, langtidssjukefråvær, anerkjening, kroppsfenomenologi

Abstract

Background: A large part of the sickness absence is due to medically unexplained symptoms. Sick leave is a great burden, both for the individual and society. For many people, work is health promoting, despite health complaints. **Objective:** The aim of this study was to explore first-hand experiences among people with medically unexplained symptoms, in relation to experiences of the process of return to work after long-term sick leave. This study can contribute to extended knowledge of how to facilitate increased return to work among people with medically unexplained symptoms after long-term sick leave. **Research question:** “How do people with medically unexplained symptoms experience the process of returning to work following long-term sick leave?” **Methods:** The study has a qualitative design, inspired by phenomenology. Six individual interviews were conducted. Systematic text condensation was applied as strategy for analysis. **Results:** One overall theme was developed: *The interplay between recognition, acceptance and interaction*. Further six themes were identified: *Return to previous or new workplace*, *The contrast between experiencing support and distrust from the employer and colleagues*, *Expectations and reactions in encounters with the health- and welfare system*, *To listen to the body is a long lasting process*, *Social and practical challenges related to sick leave*, and *To handle concerns and get relaxation*. **Conclusion:** Recognizing interaction between the person on sick leave, the employer, and health- and welfare services is decisive in the process of return to work after long-term sick leave, among persons with medically unexplained symptoms.

Keywords: Medically unexplained symptoms, return to work, long-term sick leave, recognition, phenomenology of the body

1 Innleiing

Muskel- og skjelettplager og lettare psykiske helseplager er dei mest vanlege diagnosane for sjukefråvær i Noreg (Askildsen, 2016, s. 97; Ose, Jiang, & Bungum, 2014, s. 8). Desse helseplagene utgjer nesten 50 % av sjukefråværet (Lærum et al., 2013, s. 9). Ein del av lidningane er "ubestemte" helseplager" (NOU 1999:13, 1999, s. 187; Øyeflaten, 2016, s. 20). Sjukefråværet blant kvinner er høgare enn blant menn. Slik har det vore over fleire år, både i Noreg og internasjonalt. Forsking har ikkje funne fullverdige forklaringar på denne langvarige skilnaden (Mastekaasa, 2016; Meld. St. 7 (2015-2016), 2015, s. 89-90). Blant dei sysselsette i Noreg er 47 % kvinner. Den norske arbeidsmarknaden er ein av dei mest kjønnsdelte i verda. Medan kvinner arbeider i omsorgsykker, arbeider menn innan teknologi. Innan kvinnedominerte yrker er det høgare belastning, både psykisk og fysisk, enn det er innan mannsdominerte yrker. Kvinner har også høgare belastning i heimen enn menn (Ose et al., 2014, s. 5-8). Forsking viser likevel at desse forholda i liten grad kan bidra til å forklare kjønnskilnadane i sjukefråværet (Mastekaasa, 2016). Ei anna forklaring har vore at kvinner får andre typar helseplager enn menn, der kvinner oftare vert ramma av "ubestemte" helseplager (Eriksen, Kerry, Mumford, Lie, & Anjum, 2013; Meld. St. 7 (2015-2016), 2015, s. 85-96; NOU 1999:13, 1999, s. 187; Ose et al., 2014, s. 4; Aamland, Malterud, & Werner, 2014). Dette kan bidra til å forklare ein del av skilnadane i høve sjukefråvær mellom menn og kvinner (Ose et al., 2014, s. 8).

Sjukefråvær er ei belastning både for dei det gjeld, i tillegg til at det er eit stort økonomisk og sosialt problem for velferdssamfunnet (Staal et al., 2002, s. 252; Ursin & Eriksen, 2010, s. 881).

Arbeidsdeltaking har positive effektar på helsesituasjonen, også blant personar med helseplager som muskel- og skjelettplager og lettare til moderate psykiske plager. Motsett er arbeidsløyse assosiert med dårlegare helse og livskvalitet (Waddel & Burton, 2006). Det er såleis viktig å hjelpe fleire i denne brukargruppa med å kunne delta i arbeidslivet.

Samhandlingsreforma peikar på at det er behov for meir koordinerte tenester, blant anna mellom helsetenestene og sosiale tenester som NAV, for å førebygge sjukefråvær, og fremme ein betre og raskare prosess knytt til å komme i arbeid etter sjukefråvær. Parallele tenester bør vektleggast, for å sikre effektive løp. God samhandling blir vektlagt som ein føresetnad for å sikre koordinerte tenester, og for å skape ein heilskapleg og målretta prosess. Samspelet er komplekst då det er mange involvert med ulike roller, til dømes brukarar, arbeidsgjevarar, NAV, fastlege, og gjerne kommune- og spesialisthelsetenesta (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 22, 36-37).

1.1 Bakgrunn for studien

Som tilsett på lokalt NAV-kontor har eg arbeida med oppfølging av brukarar i høve arbeid. Brukargruppa eg har jobba med har i hovudsak vore personar med nedsett arbeidsevne grunna sjukdom, skade eller lyte. Ein del av mitt mandat har vore å gje bistand for å auke moglegheitene for å skaffe eller behalde arbeid. Dei siste åra har eg hatt interesse for- og vore nysgjerrig på brukargruppa med "ubestemte" helseplager. Gjennom praksis har eg erfart at dette er personar som kan ha store helseplager, og som helsevesenet har vanskar med å diagnostisere og behandle. Medisinske opplysningar er ofte ikkje i samsvar med brukaren sine egne forteljingar om eigen helsesituasjon. Mi erfaring er at mange i denne brukargruppa kjenner seg for dårlege til å delta i arbeid eller arbeidsretta aktivitet. Til tross for store helseplager vert det ikkje alltid gjort objektive medisinske funn, og det manglar såleis dokumentasjon for medisinske hinder for utprøving eller deltaking i arbeid. Så langt eg kjenner til har ikkje helsevesenet behandling å tilby som gjev tilstrekkeleg betring for å kunne delta i arbeid eller arbeidsretta aktivitet. Dette gjer oppfølginga med mål om å auke- og avklare moglegheitene for å komme i arbeid vanskeleg. På bakgrunn av desse erfaringane ønska eg meir innsikt i korleis personar med "ubestemte" helseplager erfarer prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær.

1.2 Tidlegare forskning

Eg har føreteke systematisk litteratursøk i databasen Academic Search Elite, inkludert Cinahl og Medline. Databasen SveMed+ blei brukt for å finne MeSH-termar. Sentrale søkeord har vore *return to work, sick leave, medically unexplained symptoms, exhaustion disorder, musculoskeletal diseases, fibromyalgia, back pain, somatoform disorders, stress psychological, chronic pain, subjective health complaints* og *coping*. Eg fekk relativt få treff med nokre relevante artiklar. Eg såg i hovudsak etter kvalitative studiar som har undersøkt erfaringar med å komme i arbeid etter (langtids)sjukefråvær, blant personar med helseplager som høyrer innunder gruppa av "ubestemte" helseplager. Andre artiklar har blitt funne gjennom referanselister. Nedanfor følgjer ein kort presentasjon av relevant forskning på feltet.

Åhrberg, Landstad, Bergroth og Ekholm (2010) gjorde ein kvalitativ studie, der dei undersøkte kva som bidrog til å gjere prosessen med å komme tilbake i arbeid enklare, blant kvinner med langtidssjukefråvær. Dei gjennomførte semistrukturerte intervju med kvinner som var utsett for eit relativt høgt tal risikofaktorar, som vanlegvis er assosiert med vanskar knytt til å komme tilbake i arbeid. Dei fann at følgjande seks faktorar var særleg viktige i høve å auke moglegheitene for å komme tilbake i arbeid; avklaring av - og behov for støtte knytt til endringsprosessen, vilje og lengsel

etter å komme i arbeid, bekreftande og respektfulle interaksjonar, type innhald og struktur i rehabiliteringsopphaldet, korleis dei opplevde den totale livssituasjonen, samt å kjenne kontroll i rehabiliteringsprosessen.

Glavare, Löfgren og Schult (2012) undersøkte korleis pasientar med langvarige muskel – og skjelettplager erfarte moglegheitene og hindringane for å komme tilbake i arbeid, etter deltaking i eit tverrprofesjonelt smerterehabiliteringsprogram og rettleiande arbeidstreningsprogram. Kvalitative intervju blei nytta som metode. Gjennom analyse utvikla dei ein modell som dei kalla "ei veg tilbake til arbeid". Modellen bestod av tre kategoriar: erfaringar i prosessen mellom arbeidsledigheit og arbeid, støtte frå andre, og negative reaksjonar frå andre. Studien konkluderte med at profesjonell individuell støtte, å føle seg involvert i rehabiliteringsprosessen, å ha arbeidstrening på ordinære arbeidsplassar og få oppfølging frå fleirprofesjonelle team var viktig i prosessen med å komme tilbake i arbeid for personar med langvarig smerteproblematikk.

Ein annan kvalitativ studie, gjort av Jakobsen og Lillefjell (2014), undersøkte kva faktorar som fremmar ein god prosess med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær blant personar med muskel- og skjelettplager. Både arbeidstakarar og arbeidsgjevarar blei intervjuet. Medan arbeidstakarane la vekt på å mobilisere personlege ressursar, å ha eit balansert kvardagsliv, og ha positiv kontakt med familie og arbeidsgjevar, la arbeidsgjevarane vekt på viktigheita av tilrettelegging på jobb og ønsket om å bli meir involvert i rehabiliteringsprosessen.

Wainwright, Wainwright, Keogh og Eccleston (2013) gjorde også ein kvalitativ studie, der dei intervjuet både arbeidsgjevarar og arbeidstakarar. Dei undersøkte erfaringar knytt til å komme tilbake i arbeid etter sjukefråvær grunna kroniske smerter. Hyppige statusoppdateringar i høve helsesituasjonen blei sett på som påtrengande blant nokre av arbeidstakarane, medan arbeidsgjevarane såg på det som nyttig. Kjensle av å bli verdsett skapte auka motivasjon for å komme tilbake i arbeid blant arbeidstakarane. Fleksible retningslinjer knytt til å halde kontakt med den sjukemeldte blei erfart som nyttig. Vidare fann Wainwright et al. (2013) at gjensidig tillit mellom arbeidstakar og arbeidsgjevar var den mest avgjerande faktoren for ein positiv prosess med å komme tilbake i arbeid.

Ein kvantitativ studie gjort av Landstad, Wendelborg og Hedlund (2009) undersøkte faktorar som påverka sjansane for å komme tilbake i arbeid blant personar med langtidssjukefråvær. Studien hadde eit representativt utval som bestod av personar med psykiske helseplager og muskel- og skjelettplager, som hadde rehabiliteringspengar i Noreg i 2002. Ved hjelp av spørjeskjema og

nasjonale register-data undersøkte dei kva yrkesstatus deltakarane hadde i 2005, samt erfaringane dei hadde hatt med rehabiliteringsprosessen. Dei fann at tidlegare arbeidserfaring, alder og familiemedlemmer, i tillegg til å kunne påverke eigen rehabiliteringsprosess, påverka om langtidssjukemeldte kom tilbake i arbeid. Kjønn og diagnose påverka ikkje sjansen for å komme tilbake i arbeid. Jamleg kontakt med trygdekontoret/NAV hadde negativ påverknad på sannsynet for å komme tilbake i arbeid. Dette kunne tyde på at ein utviklar ei "trygde-karriere" for å sikre seg inntekt (Landstad et al., 2009).

Ein oversiktsstudie gjort av Toye et al. (2016) undersøkte barrierar knytt til å vere i arbeid med kroniske smerter. Dei fann at vanskar med å sjå seg sjølv som ein god arbeidstakar, å balansere kvardag og arbeid med uføreseielege symptom, og mistru frå kollegaer, gjorde det utfordrande å vere i arbeid. Deltakarane i studien beskrev ei kjensle av å vere fanga i eit system, der helseteneste, velferdsteneste og arbeidsgjevar ikkje samhandla for å legge til rette for tilbakeføring til arbeid.

de Vries, Brouwer, Groothoff, Geertzen og Reneman (2011) undersøkte på den andre sida kva suksess- og motivasjonsfaktorar som låg til grunn for at personar var på arbeid på tross av smerter. Dei gjorde ein kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. de Vries et al. (2011) konkluderte med at personlege eigenskapar, sjølvdisiplin, motivasjon, fleksibilitet for endring, og endra strategiar for å handtere smerter var viktige suksessfaktorar. Vidare var det viktig å organisere forhold på jobb, å finne fram i hjelpeapparatet og å spørje etter støtte.

Norlund, Fjellman-Wiklund, Nordin, Stenlund og Ahlgren (2013) undersøkte erfaringar knytt til prosessen med å komme tilbake i arbeid blant personar med utmattingsforstyring. Dei gjorde ein kvalitativ studie, der dei intervjuar personar som var tilvist ein stress-rehabiliteringsklinikk. Alle deltakarane hadde arbeid, men dei fleste var heilt eller delvis sjukmeldt. "Å få tilbake arbeidsevna" viste seg å vere hovudtema. Andre tema var "Personlege ressursar" og "Støtte frå andre". "Personlege ressursar" handla om oppleving av støtte og anerkjening, innsikt, og tilpassa mestringssevner. "Støtte frå andre" handla om praktisk og emosjonell støtte, der aktørane var arbeidsplassen, helsetenestene, velferdstenestene og fagforeninga. Studien konkluderte med at personlege ressursar og støtte frå andre påverka prosessen med å komme tilbake i arbeid og å få auka arbeidsevne.

Ein studie av Holmgren og Ivanoff (2004) undersøkte korleis kvinner med sjukefråvær relatert til belastning på arbeidsplassen opplevde og beskrev moglegheiter og hindringar for å komme tilbake i arbeid. Studien har eit kvalitativt design, med bruk av fokusgruppeintervju. Det er ein del år sidan

studien blei publisert, men eg har likevel valt å presentere den då den er relevant i høve resultatane i min studie. Vidare har eg ikkje funne tilsvarande studiar av nyare dato. Resultata i studien viser at kvinnene opplevde ein prosess der dei gjekk frå å mestre kvardagsliv og arbeidsliv til å miste kontrollen. Dei hadde vanskar med å finne alternative vegar tilbake i arbeid, med ønske om å finne eit arbeid som var både interessant og utfordrande, og samtidig ikkje for stressande. Deltakarane fortalte om mestringsstrategiar som handla om å delta i meiningsfulle aktivitetar, å akseptere situasjonen og sjå framover, å ta initiativ til kontakt med arbeidsgjevar, støtte på arbeidsplassen og å få tilbake trua på seg sjølv. Resultata viste at både personlege og miljømessige faktorar påverka moglegheitene for å komme tilbake i arbeid.

Nielsen, Rugulies, Hjortkjaer, Bültmann og Christensen (2013) undersøkte korleis kvinner med psykiske helseplager som stress og depresjon, erfarte sjukefråvær og å komme tilbake i arbeid. Dei gjennomførte ein kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. Dei fann at sjukefråvær representerte ein stor trussel i høve positivt sjølvbilet, men at erfaringa også kunne skape moglegheiter for personleg utvikling. Kjernen i erfaringa handla om å reparere eit sårbart sjølvbilet, og å endre fokus frå symptom til ynskjer og planar for livet og framtida. Å oppleve støtte frå helsetenesta og anerkjenning frå andre, gjorde prosessen enklare.

Ein studie av Aamland, Werner og Malterud (2013) retta merksemda mot faktorar som kan påverke marginalisering blant pasientar med "ubestemte" helseplager med langtidssjukefråvær. Dei forklarar marginalisering som eit kontinuum mellom å vere inkludert og ekskludert frå arbeidslivet (gjengitt etter Aamland et al., 2013, s. 95). Fokusgruppeintervju blei nytta som metode. Dei fann at usynlege symptom og manglande objektive funn var ei belastning i tillegg til sjukefråværet. Faktorar som motverka ytterlegare marginalisering var å ha eit støttande sosialt nettverk, å ha positive mestringsstrategiar som rutinar i kvardagen og fysisk aktivitet, samt støtte og tillit frå profesjonelle.

Øyeflaten, Lie, Ihlebæk og Eriksen (2012) undersøkte sannsynet for å komme tilbake i arbeid, og sannsynet for overgang mellom ulike ytingar over ein fire års periode, blant langtidssjukemeldte som hadde delteke i eit arbeidsrelatert rehabiliteringsprogram. Øyeflaten et al. (2012) gjorde ein oppfølgingsstudie der dei analyserte nasjonale register-data over ein fire-års periode. Dei fann at prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær var ein kompleks og langvarig prosess som kunne ta fleire år. Prosessen innebar ofte fleire veksingar mellom å vere i arbeid og å få ulike stønader.

Summert opp er oppleving av støtte, både privat, på arbeid og frå hjelpeapparatet, avgjerande for

korleis personar erfarer prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær. Gjensidig tillit mellom den sjukmeldte og arbeidsgjevar har stor betydning. For å få ein god prosess i høve tilbakeføring til arbeid er det viktig å få tilbake trua på seg sjølv og kjenne seg verdsett, og å ha vilje og motivasjon for å komme tilbake i arbeid. Aksept av situasjonen, å ha ein balansert kvardag, og ha mestringsstrategiar, er sentralt. Grad av medverknad, og type oppfølging er avgjerande, til dømes i kva grad den sjukmeldte, arbeidsgjevar og hjelpeapparatet samhandlar med mål om tilbakeføring til arbeid. Tverrprofesjonell støtte blir erfart som viktig, medan kontakt med NAV og vilkåra for ulike stønader kan vere eit hinder i høve å komme tilbake i arbeid.

Det er ei spenning mellom at støtte frå profesjonelle blir erfart som viktig, og at kontakt med NAV kan vere til hinder for tilbakeføring til arbeid. For å få auka kunnskap om korleis ein kan legge til rette for ein betre og raskare prosess i høve tilbakeføring til arbeid etter langtidssjukefråvær, kan det vere viktig å få meir innsikt i korleis sjukmeldte erfarer samhandlinga med NAV, og elles samhandlinga med – og innan hjelpeapparatet, i prosessen med å komme tilbake i arbeid. Askildsen (2016, s. 100) peikar også på at det er behov for meir forskning på vellukka sjukefråværslop. I mange av studiane som er presentert ovanfor, består utvalet av personar med til dømes muskel- og skjelettplager, kroniske smerter, utmattingsforstyrring eller psykiske helseplager. Det er få studiar som har undersøkt erfaringar med å komme tilbake i arbeid blant personar med "ubestemte" helseplager generelt. Heijmans et al. (2011) talar ei felles tilnærming i høve behandling av personar med "ubestemte" helseplager innan primærhelsetenesta. Dette peikar også på at det kan vere behov for meir forskning på feltet, for å få auka innsikt i korleis ein best kan hjelpe denne brukargruppa som heilskap, med mål om å skape ein best mogleg prosess i høve tilbakeføring til arbeid, og auka arbeidsdeltaking etter langtidssjukefråvær.

1.3 Formålet med studien

Formålet med denne studien er å utforske førstepersonserfaringar blant personar med "ubestemte" helseplager, knytt til å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Auka innsikt i slike erfaringar kan bidra til å utvikle kunnskap om korleis hjelpeapparatet best kan hjelpe denne brukargruppa, slik at fleire kan komme i arbeid, og få auka arbeidsdeltaking, etter langtidssjukefråvær. Nedanfor følgjer presentasjon av problemstillinga for studien, samt tre forskingsspørsmål:

Korleis erfarer personar med "ubestemte" helseplager prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær?

- Kva erfarer personar med "ubestemte" helseplager som utfordringar og moglegheiter i høve prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær?
- Korleis erfarer dei oppfølginga frå hjelpeapparatet (NAV, helse- og rehabiliteringstenesta)
- Korleis kan hjelpeapparatet betre samhandlinga med- og kring personar i denne brukargruppa?

1.4 Omgrepsavklaring

1.4.1 "Ubestemte" helseplager – i lys av ulike perspektiv på helse og sjukdom

"Ubestemte helseplager er langvarige eller kroniske tilstander med omfattende og plagsomme symptomter der omfattende medisinske undersøkelser ikke gir funn eller forklaring" (NOU 1999:13, 1999, s. 187). Plagene kan komme til uttrykk på ulike måtar, ofte som muskel- og skjelettlidingar, trøytteleik eller psykiske lidningar (NOU 1999:13, 1999, s. 187). Det er ulike oppfatningar av kva som blir rekna som "ubestemte" helseplager, men eit felles kjenneteikn er at symptomta ikkje passar inn i etablerte diagnosekriterier (Eriksen et al., 2013; Aamland et al., 2014). I NOU 1999:13 (1999, s. 187) er det peika på at "ubestemte" helseplager kan vere smerter frå ulike organ, plager som liknar allergi, infeksjonar, vanskar med konsentrasjon og søvn, indre uro, smerter i underliv, og fordøyingsvanskar. Plagene kan komme samtidig, eller kvar for seg. Døme på diagnosar som høyrer inn under gruppa av "ubestemte" helseplager er "...fibromyalgi, kroniske muskelsmerter, nakkesleng, kronisk tretthetssyndrom, bekkenløsning, irritabel tarm, candidasyndrom, amalgamsyke, el-allergi eller ME-syndrom" (NOU 1999:13, 1999, s. 187). "Ubestemte" helseplager er meir vanleg blant kvinner enn blant menn (Eriksen et al., 2013; Meld. St. 7 (2015-2016), 2015, s. 85-96; NOU 1999:13, 1999, s. 187; Ose et al., 2014, s. 4; Aamland et al., 2014).

Også andre omgrep blir brukt om "ubestemte" helseplager, til dømes *diffuse helseplager*, *subjektive helseplager* eller *symptomdiagnosar*. I den engelske litteraturen er forkortinga *MUS* (medically unexplained symptoms) og *MUPS* (medically unexplained physical symptoms) mykje brukt. Aamland, Malterud og Werner (2012) peikar på at det er mange omgrep for denne pasientgruppa, og at det er behov for ein meir felles definisjon. Både NOU 1999:13 (1999), Malterud (2001) og Ose et al. (2014) har brukt omgrepet "ubestemte" helseplager.

Det finnast ulike perspektiv på helse- og sjukdom. Radley (1994, s. 3-5) presenterer tre ulike perspektiv gjennom omgrepa *disease*, *sickness* og *illness*. *Disease* er basert på ei biomedisinsk forståing knytt til patologiske endringar i kroppen. *Sickness* er samfunnet sin kulturelle definisjon av sjukdom, og *illness* basert på det individuelle mennesket si erfaring av konsekvensane av sjukdom.

Med utgangspunkt i desse perspektiva brukar eg omgrepet *helseplager* i staden for *sjukdom* i denne oppgåva. "Ubestemte" *helseplager* er skriva med hermeteikn fordi det finnast andre perspektiv på helse og sjukdom der plagene ikkje blir forstått som ubestemte eller uforklarlege. Det biomedisinske perspektivet, der kausale samanhengar er vektlagt, har vore dominerande for korleis samfunnet ser på helse og sjukdom (Bury, 2005; gjengitt etter Halding, 2011, s. 23). Eriksen et al. (2013) er kritiske til forventninga om at det finnast ein enkel gøymt årsakssamheng for slike komplekse fenomen som "ubestemte" *helseplager*, og ser på det som ei reduksjonistisk tilnærming. Eriksen et al. (2013) og Carel (2007) argumenterer for å sjå og forstå "ubestemte" *helseplager* ut frå eit djupare filosofisk utgangspunkt. Ut frå eit fenomenologisk perspektiv, ser ein ikkje sjukdom som noko gitt, men som noko ein kan tolke og relatere seg til på mange ulike måtar (Eriksen et al., 2013). Gjennom å supplere det biomedisinske perspektivet med eit fenomenologisk perspektiv, kan ein betre forstå vedkommande sine levde erfaringar (Carel, 2007). Bibeau (2011) viser til at livet- og kva som skapar livet, ikkje kan reduserast til biologi og kjemi. Livet blir også skapt av erfaring, historie, språk, meining, symbol, kjensler og bevisstheit. Biologi er såleis eit produkt av både gener og erfaring. Biologien er dynamisk og mellommenneskeleg, og eit resultat av historie og evolusjon (Bibeau, 2011). Dette kan berre i avgrensa grad bli beskrive og forklart av vitenskap (Eriksen et al., 2013). Eg har hatt eit fenomenologisk perspektiv på helse- og sjukdom i denne studien.

1.4.2 Langtidssjukefråvær

Det finnast ikkje noko felles einigheit om kva som blir definert som langtidssjukefråvær (Dekkers-Sánchez, 2013, s. 8; Hensing, Alexanderson, Allebeck, & Bjurulf, 1998; Tidy & Henderson, 2016). Kva ein reknar som langtidssjukefråvær er truleg avhengig av type *helseplager* og yrke. Lovgiving og velferdssystem kan også vere avgjerande for kva som vert rekna som langtidssjukefråvær (gjengitt etter Dekkers-Sánchez, 2013, s. 8). Eg har valt å definere langtidssjukefråvær som samanhengande sjukefråvær over 8 veker. Dette er i tråd med aktivitetskravet ved 8 vekers sjukefråvær på fulltid (Arbeids- og velferdsetaten, 2017; Folketrygdlova, 1997). Også Norlund et al. (2013, s. 272) definerte langtidssjukefråvær som sjukefråvær med varigheit over 60 dagar. Prognosen blir dårlegare, og moglegheitene for å komme tilbake i arbeid reduserte, dersom sjukefråværet knytt til muskel- og skjelettplager blir lenger enn 8 veker (gjengitt etter Brendbekken et al., 2017).

1.4.3 Samhandling

Eg har valt å ta utgangspunkt i Bukve og Kvåle (2014) sin definisjon av samhandling. Eg vil også kort presentere korleis samhandling er forklart i samhandlingsreforma. Bukve og Kvåle (2014, s. 16) forklarar samhandling som "...samarbeid i situasjonar der det ikkje finst ein aktør som har fullstendig kontroll over ein prosess eller utføringa av ei oppgåve". Felles mål, felles forståing av situasjonen og

gjensidig tillit blant aktørane, er ein føresetnad for samhandling. Vidare inneber samhandling at ein deler kunnskap og erfaringar med kvarandre (Bukve & Kvåle, 2014, s. 16). Samhandling kan famne "...samarbeid mellom personar, men også mellom organisasjonar" (Bukve & Kvåle, 2014, s. 16).

I samhandlingsreforma blir samhandling forklart slik: «Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 13).

1.5 Oppbygging av oppgåva

I kapittel 2 blir dei teoretiske perspektiva for oppgåva presentert. Eg har valt to teoretiske perspektiv for å belyse resultatene i studien; anerkjenningssteori og kroppsfenomenologi. I kapittel 3 blir det gjort greie for val av forskingsmetode. I kapittel 4 følgjer presentasjon av resultat. Resultatet har eitt overordna tema: *Samspelet mellom anerkjennning, aksept og samhandling*. Vidare blir seks undertema presentert: *Å komme tilbake i same eller anna arbeid, Kontrasten mellom å oppleve støtte og mistillit frå leiar og kollegaer, Forventningar og reaksjonar i møtet med hjelpeapparatet, Å lytte til kroppen er ein prosess over tid, Sosiale og praktiske utfordringar i tilværet som sjukmeldt, og Å handtere bekymringar og få avkopling*. Kapittel 5 inneheld diskusjon av resultat og metode. I kapittel 6 følgjer konklusjonen for oppgåva.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet følgjer presentasjon av anerkjenningssteori og kroppsfenomenologi, som sidan blir brukt for å belyse funna i studien. Anerkjenningssteori kan gje eit viktig bidrag i høve å forstå korleis måten ein blir møtt på av arbeidsgjevar, helsetenesta, NAV og andre, kan påverke korleis ein erfarer prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Eit kroppsfenomenologisk perspektiv er viktig i høve temaet for studien, då eg undersøker erfaringar blant personar med "ubestemte" helseplager, der nettopp det biomedisinske perspektivet på helse og sjukdom kjem til kort i høve å forstå korleis det er å leve med "ubestemte" helseplager.

2.1 Anerkjenningssteori

Filosofen Axel Honneth har utvikla ein teori om anerkjennning (Honneth, 2008; Høilund & Juul, 2005, s. 12). Honneth sin anerkjenningssteori tek utgangspunkt i teori av filosofen Hegel (Honneth, 2008). Sentralt i Honneth sin anerkjenningssteori er at anerkjennning er grunnlaget for ei vellukka identitetsutvikling (Honneth, 2008, s. 145; Høilund & Juul, 2005, s. 12). Hegel hevda at anerkjennning

føreset gjensidigheit, ein kan kun få anerkjenning frå nokon som ein sjølv anerkjenner (Høilund & Juul, 2005, s. 23).

Honneth skil mellom tre former for anerkjenning. Den første handlar om *kjærleik*, ei kjenslemessig anerkjenning mellom personar i nære relasjonar. Dette er den mest grunnleggande forma for anerkjenning, og bidreg til utvikling av sjølvtilitt. *Rettferdigheit* er den andre forma for anerkjenning. Den handlar om respekt for den enkelte sin autonomi og den enkelte sine formelle rettar. Rettferdigheit er avgjerande for utvikling av sjølvrespekt. *Sosial verdsetting* er den tredje forma for anerkjenning, og handlar om anerkjenning av personlege eigenskapar, ferdigheiter og livsstil. Denne forma for anerkjenning er knytt til utvikling av sjølvverdsetting (Honneth, 2008).

Honneth knyter dei tre formene for anerkjenning til tre former for forakt (Høilund & Juul, 2005, s. 27). Honneth (2008, s. 140) forklarar forakt som krenkande åtferd som kan skade identiteten og den positive sjølvforståinga som er utvikla gjennom gjensidig anerkjenning med andre. Den første og mest grunnleggande forma for forakt handlar om fysiske overgrep, eller å bli nekta moglegheiter for å bestemme over eigen kropp. Dette har store konsekvensar for personens tillit til seg sjølv og omverda. Sjølvtilitten får varig skade (Honneth, 2008, s. 141-142). Denne forma for forakt står i kontrast til kjærleik (Høilund & Juul, 2005, s. 27).

Den andre forma for forakt, som står i kontrast til rettferdigheit, inneberer å systematisk bli ekskludert frå bestemte rettar, gjerne som følgje av gruppetilhøyrse. Dette øydelegg sjølvrespekten ved at ein opplever å ikkje bli anerkjent som eit likestilt subjekt. Ulik grad av stigmatisering er den siste forma for forakt, og står i kontrast til sosial verdsetting. Dette inneberer at nokon verkelegheitsoppfatningar, livsformer og sjølvrealiseringsmønster får lågare sosial status, og ikkje blir anerkjent. Slik taper ein moglegheit for å bli verdsett i kraft av individuelle ferdigheiter og eigenskapar, nemleg tap av sjølvverdsetting (Honneth, 2008, s. 142-143; Høilund & Juul, 2005, s. 28). Dei ulike formene for forakt utløyser negative kjenslereaksjonar. Desse reaksjonane er like skadeleg for menneske sin identitet og integritet som sjukdom er for fysisk helse. Oppleving av anerkjenning kan førebygge skader som følgje av forakt (Honneth, 2008, s. 144).

Dei ulike formene for anerkjenning og forakt er alle intersubjektive. Korleis ein har det med seg sjølv, og korleis ein utviklar seg som person, blir såleis påverka av forholdet ein har til andre. Denne samanhengen mellom oppleving av anerkjenning og korleis ein har det med seg sjølv, er knytt til at vår personlege identitet har ein intersubjektiv struktur (Honneth, 2008, s. 181). Honneth forklarar det slik:

Individene konstitueres som personer utelukkende ved at de gjennom tilslutning eller avvising fra andre lærer å forholde seg til seg selv som vesener med bestemte positive egenskaper og ferdigheter. Omfanget av disse egenskapene, og dermed graden av positivt selvforhold, vokser med hver ny form for anerkjennelse som den enkelte kan relatere til seg selv som subjekt. (2008, s. 181)

Honneth (2008, s. 179) nyttar omgrepet *sedelighet*, og omtalar dette som det gode liv. Han peikar på at dei ulike formene for anerkjennning er uunngåelege føresetnader for sedelighet og sjølvrealisering. Honneth (2008, s. 182) forklarar sjølvrealisering som ei frivillig realisering av personlege livsmål. Det handlar om å ha tillit til å kunne sjå egne behov og nytte egne ferdigheiter, utan at indre sperrer og angst står i vegen (Honneth, 2008, s. 182). Då anerkjennning skjer intersubjektivt, er vegen til sjølvrealisering såleis avhengig av andre - av forhold som ein sjølv ikkje styrer.

Honneth forstår anerkjennning som noko ein ikkje kan ta for gitt, men som ein må kjempe for (Høilund & Juul, 2005, s. 22). Utgangspunktet for kamp om anerkjennning er dei negative kjenslereaksjonane som blir utløyyst av forakt (Honneth, 2008, s. 144). Honneth definerer anerkjenningskamp som "...kampe om anerkendelse av den værdi, individet tilskriver sig selv i forhold til familien, retsordenen og samfundet" (Høilund & Juul, 2005, s. 22).

2.2 Kroppsfenomenologi

Meurice Merleau-Ponty (1908-1961) var den første filosofen i vesten som fekk gjennomslag for ein teori om kroppen (Engelsrud, 2006, s. 30). Han såg på kroppen som menneskets kjelde til bevisstheit, erkjennning, forståing, og erfaring (gjengitt etter Råheim, 2001, s. 118-119). Innan kroppsfenomenologien er kropp og sinn eitt, og kan ikkje skiljast (Carel, 2011, s. 36; Merleau-Ponty, 2012, s. 99). Råheim (2001, s. 119) brukar omgrepet "en inkarnert sjel" for å illustrere dette. Kroppen er ikkje berre ein fysisk storleik, men grunnlaget for subjektivitet, persepsjon og handling (Carel, 2011, s. 37). Menneske erfarer med kroppen, og er til stades i verda gjennom kroppen (Engelsrud, 2006; Merleau-Ponty, 2012, s. 431). Kroppen vert rekna som både subjekt og objekt, som noko ein er og noko ein har (Engelsrud, 2006; Råheim, 2001, s. 118-120). Til dømes kan vi både sjå og vere synlege (Thornquist, 2003, s. 117). Vidare blir kroppens tvitydighet ofte illustrert med at venstre hand rører ved høgre hand. Då er begge hender subjekt og objekt på same tid fordi venstre hand kjenner at den rører ved høgre hand, og høgre hand kjenner berøringa frå venstre hand (Thornquist,

2003, s. 121). Denne tvtydigeita er eit hovudtrekk ved mennesket innan kroppsfenomenologien (Thornquist, 2003, s. 117). Det som skil kroppen frå fysiske objekt er at fysiske objekt kan flyttast og ein kan vende seg vekk frå dei. Ein kan aldri vende seg vekk frå kroppen, kroppen er alltid nær (Dahlberg, Dahlberg, & Nyström, 2008, s. 41; Thornquist, 2003, s. 117).

Merleau-Ponty har utvikla omgrepet *den levde kroppen* som eit uttrykk for den erfarande, subjektive kroppen, som gjev oss tilgang til å møte og å delta i verda. Omgrepet er ein motsetnad til omgrepet *den biologiske-* eller *objektive kroppen* som blir brukt innan den medisinske vitskapen (Råheim, 2001, s. 118-119). Merleau-Ponty og kroppsfenomenologien skil mellom den levde kroppen og den biologiske kroppen (Carel, 2007, 2011). Medan den biologiske kroppen er den fysiske kroppen, inkluderer den levde kroppen også førstepersonserfaringa av den fysiske kroppen. Med ein fungerande kropp og god helse er desse i harmoni (Carel, 2011, s. 39). Skilnaden er ikkje synleg, kroppen og funksjonsevna blir tatt for gitt. Ved sjukdom oppstår det eit gap mellom den levde kroppen og den biologiske kroppen (Carel, 2007; Leonard, 1994, s. 53). Med smerter og plager får kroppen merksemd fordi den ikkje fungerer slik vi er vande med. Sjukdom fører til at forholdet mellom den levde kroppen og den biologiske kroppen vert endra (Carel, 2007). Kroppen får objektstatus, og ein kan utvikle avstand til kroppen fordi den skapar utfordringar og ikkje kan kontrollerast (Thornquist, 2003, s. 118).

Intensjonalitet er eit sentralt omgrep innan fenomenologien. Det handlar om at vi som subjektive kroppar er vendt mot- og samhandlar med verda, der vi tek del i konkrete meningsfulle situasjonar (Carel, 2007, s. 100; Rasmussen, 1996, s. 83; Thornquist, 2003, s. 118). Det er eit dynamisk forhold og ein gjensidig avhengigheit mellom kroppen og verda (Carel, 2007, s. 100; Merleau-Ponty, 2012, s. 431; Rasmussen, 1996, s. 83). Slik er vi også intersubjektive. Gjennom intersubjektiviteten blir vi som subjekt fullt utvikla i vårt forhold til oss sjølv (Merleau-Ponty, 2012, s. 311; Zahavi, 2003, s. 79). Zahavi (2003, s. 79) forklarar det slik: "Det subjekt, som er relatert til verden, vinder først sit fulde selvsforhold og verdensforhold i sin relation til andre, dvs. i intersubjektiviteten". På grunnlag av denne vekselverknaden med verda blir kroppen også omtalt som *den relasjonelle kroppen* (gjengitt etter Råheim, 2001, s. 98).

Intensjonaliteten, er lagra i det *habituelle kroppssminne*. Merleau-Ponty kallar dette kroppsskjema, og det handlar om at kunnskap er lagra i kroppen (Thornquist, 2003, s. 124). Skjema vil seie "...kroppens anonyme, før-refleskive tilstedeværelse i verden" (Rasmussen, 1996, s. 86). Kroppsskjemaet medverkar til at ein kjenner seg trygg på handlingane sine, og er ein dynamisk måte som kroppen kommuniserer med verda på (Merleau-Ponty, 2012, s. 103, 142; Rasmussen, 1996, s. 86). Ved

sjukdom kan det oppstå eit brot i relasjonen mellom kroppen og verda ved at dei spontane reaksjonane i kroppen ikkje lenger fungerer. Eit døme på dette er at nokon vinkar til deg, og du spontant forsøker å vinke tilbake med armen som er amputert. Kroppen gløymer ikkje armen sin tidlegare funksjon, erfaringane er lagra i det habituelle kroppsminne, i kroppsskjemaet. Slik kjem intensjonaliteten til uttrykk (Merleau-Ponty, 2012, s. 84; Rasmussen, 1996, s. 83-84).

3 Metode og analyse

I dette kapitlet blir forskingsdesignet og det vitskapsteoretiske perspektivet for studien presentert. Det blir gjort greie for metoden som er brukt for å gjennomføre datainnsamling, samt utvalet for studien, rekruttering, og gjennomføring- og transkribering av intervju. Deretter kjem ein kort presentasjon av analysemetoden, og ein gjennomgang av korleis analysen er gjennomført. Til slutt i kapitlet blir det gjort greie for etiske aspekt ved tilgang til feltet og kritisk vurdering av forskarrolla.

3.1 Forskingsdesign

Som tidlegare nemnt er problemstillinga for denne studien: "Korleis erfarer personar med "ubestemte" helseplager prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær?". For å best kunne svare på problemstillinga har eg gjort ei kvalitativ intervjuundersøking, inspirert av fenomenologi (Bengtsson, 2006; Malterud, 2011, s. 26). Kvalitative metodar er eigna for å få kunnskap om erfaringar, tankar, haldningar, utvikling og samhandling (Malterud, 2017, s. 31). Nedanfor følgjer ein presentasjon av det vitskapsteoretiske perspektivet for studien.

3.2 Vitskapsteoretisk perspektiv

Bengtsson (2006, s. 35) peikar på at "All forskning inneholder grunnleggende filosofiske antakelser av ontologisk og epistemologisk slag, dvs. antakelser om kva virkelighet og kunnskap er...". Den empiriske verkelegheita er påverka av kva forståing og syn ein har på verkelegheita. Forskaren må derfor ta stilling til- og gjere greie for si verkelegheitsforståing for å oppfylle krava til vitskapleg forskning (Bengtsson, 2006, s. 36-37). Eg har i denne studien vore inspirert av fenomenologi. Fenomenologi er ein filosofi og eit vitskapsteoretisk perspektiv der menneske sine erfaringar vert sett på som gyldig kunnskap (Bengtsson, 2006, s. 31-33; Malterud, 2011, s. 45). Ein ynskjer å få fram og forstå *den levde erfaringsverden* (Thomassen, 2006, s. 170.). Merleau-Ponty (2012, s. lxxx) forklarar det slik: "To seek the essence of perception is not to declare that perception is presumed to be true, but rather that perception is defined as our access to the truth".

Grunnleggaren av fenomenologien er Edmund Husserl (1859-1938). Filosofien er seinare vidareutvikla av mellom anna Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44). Filosofien har gjennom vidareutvikling blitt eit godt utgangspunkt for å utvikle ny kunnskap innan helse- og sosialfag. Det fenomenologiske perspektivet inneberer eit innanfrå- og nedanfrå perspektiv; ein får kunnskap om subjektive erfaringar frå menneske som har desse erfaringane (Thomassen, 2006, s. 82-83). Dahlberg et al. (2008, s. 88) presiserer at ein aldri kan forstå menneske sine erfaringar utan å studere korleis dei erfarer seg sjølv og sin situasjon. Med eit fenomenologisk perspektiv forsøker ein så godt som råd å sjå vekk frå eigne forventningar, tankar og refleksjonar, og undersøker praksis mest mogleg føresetnadslaust, for deretter å bygge teori på grunnlag av praksis (Brinkmann & Thanggaard, 2010, s. 186; Thomassen, 2006, s. 83-84). Det vil sei ei induktiv tilnærming (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224). Ein kan likevel aldri heilt eliminere forskaren sin påverknad, noko som heller ikkje er eit ideal i kvalitativ forskning, men ein har fokus på å gjere den så liten som råd (Malterud, 2011, s. 97). Eg vil komme meir inn på dette i kapittel 3.6 om forskarrolla.

3.3 Semistrukturerte livsverdenintervju

Eg har nytta individuelle semistrukturerte livsverdenintervju, også kalla "dybdeintervju" (Tjora, 2017, s. 113), som metode i denne studien. Innan fenomenologien er livsverden "Den verden vi lever i til daglig, og som vi har umiddelbar fortrolighet til og erfaring med" (Thornquist, 2003, s. 85). "Det dreier seg om en naiv og ureflektert erfaring av verden; den verden vi vanligvis ikke forholder oss undersøkende, reflekterende og analytisk til" (Thornquist, 2003, s. 90). Semistrukturerte livsverdenintervju er eigna for å få kunnskap om daglegdagse tema ut frå deltakarane sine perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Eit fenomenologisk perspektiv ligg til grunn for metoden (gjengitt etter Tjora, 2017, s. 114).

Semistrukturert betyr at intervjuet har ein viss struktur, og samtidig ein viss grad av fleksibilitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Ein søker å skape rom for at deltakaren kan reflektere omkring eigne erfaringar relatert til tema som forskaren har førebudd. Det blir nytta opne spørsmål. Slik kan deltakaren komme inn på andre viktige tema som kan bidra til å belyse problemstillinga for studien, og som forskaren gjerne ikkje har tenkt på (Tjora, 2017, s. 113).

I semistrukturerte intervju blir det nytta ein intervjuguide med tema og forslag til spørsmål (Brinkmann & Thanggaard, 2010; Dalen, 2011; Tjora, 2017,). Intervjuguiden som vart utarbeida til denne studien hadde opne spørsmål, som til dømes "kan du fortelje korleis det var for deg å vere langtidssjukemeldt?" og "korleis erfarte du å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær?" (sjå vedlegg

1). Eg stilte oppfølgingsspørsmål for å utdjupe forteljingane til deltakarane, som er vanleg i kvalitative forskningsintervju (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 166; Tjora, 2017, s. 146). Eg var ute etter konkrete skildringar og døme. Målet med semistrukturerte livsverdenintervju er fylldige, varierte og nyanserte beskrivingar av opplevingar, tankar, kjensler og haldningar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49; Malterud, 2011, s. 27).

3.3.1 Utval

Studien byggjer på eit strategisk utval. Eit strategisk utval er sett saman slik at deltakarane i størst mogleg grad kan belyse problemstillinga (Malterud, 2011, s. 56; Tjora, 2017, s. 130). Eit relevant utval for denne studien var personar som hadde hatt langtidssjukefråvær grunna "ubestemte" helseplager, som hadde vore heilt ute av jobb, og som hadde erfaring med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Det var ikkje eit krav om at aktuelle deltakarar måtte ha komme tilbake i opphavelig stillingsstorleik eller type stilling. Dei trong ikkje vere i arbeid no så lenge dei frå tidlegare hadde erfaring med å komme tilbake i arbeid etter samanhengande langtidssjukefråvær.

Eg ønska personar mellom 25 og 60 år slik at deltakarane kunne ha nokre år arbeidserfaring før langtidssjukefråvær, og fordi det er grunn til å tru at moglegheitene for å komme tilbake i arbeid kan vere redusert når ein nærmar seg pensjonsalder. Vidare ønska eg at informantane skulle kunne ha nokre år igjen i arbeidslivet. Eg ønska deltakarar av begge kjønn, og som snakka flytande norsk. I utgangspunktet ønska eg også personar som nyleg hadde komme tilbake i arbeid for å få fram ferske erfaringar, men gjekk raskt vekk frå dette då det blei vanskeleg å finne aktuelle deltakarar. Av omsyn til omfanget på studien var det ynskjeleg med fire til seks deltakarar, eit intervju med kvar. Dahlberg et al. (2008, s. 175) peikar på at tal deltakarar kan ikkje bestemast før prosjektet er i gang. Tal deltakarar bør likevel ikkje vere for stort då både datainnsamling og analyse er tidkrevjande prosessar (Dalen, 2011, s. 45).

3.3.2 Rekruttering av deltakarar

Rekruttering blei gjort gjennom ein tredjepart, som sendte ut informasjonsbrev med samtykkeformular/svarbrev (sjå vedlegg 2). Førespurnad om hjelp til rekruttering av deltakarar blei først sendt til Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter (Hauglandssenteret). Hauglandssenteret gav tilbakemelding om at det var vanskelegare å finne aktuelle kandidatar enn forventa. Rekruttering blei derfor også gjort gjennom lokale NAV-kontor. Eg kontakta 11 NAV-kontor i Sogn og Fjordane med førespurnad om hjelp til rekruttering (sjå vedlegg 3). Totalt 109 brev blei overlevert til NAV-kontora og Hauglandssenteret. Det er bekrefta at 42 brev er sendt ut. Då eg hadde mottatt eit tilstrekkeleg

tal svarbrev gav eg melding til NAV-kontora og Hauglandssenteret om at det ikkje var behov for å sende ut fleire brev.

Undervegs i rekrutteringsprosessen endra eg nokre av inklusjonskriteria for at NAV-kontora og Hauglandssenteret skulle finne fleire aktuelle deltakarar. På dette tidspunktet var ein del informasjonsbrev allereie sendt ut, medan ein del NAV-kontor ikkje hadde begynt å sende ut. Kriteriet for lengde på samanhengande sjukefråvær blei endra frå minimum 12 til 8 veker. Grunna aktivitetskravet ved 8 vekers sjukefråvær (Arbeids- og velferdsetaten, 2017; Folketrygdlova, 1997), ville denne endringa truleg bidra til at NAV-kontora og Hauglandssenteret ville finne fleire aktuelle deltakarar til prosjektet. Det blei også tydelegare presisert kven som kunne vere aktuelle deltakarar i høve type helseplager, då omgrepet "ubestemte" helseplager kunne vere uklart. Malterud (2017, s. 57) og Tjora (2017, s. 140) viser til at det kan vere utfordrande å rekruttere eit ideelt strategisk utval, og at det kan vere behov for å gjere justeringar for å få tak i aktuelle deltakarar.

Totalt kom det ni svarbrev i posten, og ein telefon. Seks deltakarar blei kontakta for å avtale tid og stad for intervju. Dei fire andre som hadde meldt interesse fekk SMS med takk for at dei hadde tatt kontakt, og informasjon om at det såg ut til at eg hadde fått dei intervjuar eg hadde behov for, og at eg eventuelt ville ta kontakt på eit seinare tidspunkt om det ville bli behov for fleire deltakarar.

3.3.3 Presentasjon av deltakarane

Seks kvinner i alderen 44 til 62 år blei intervjuar. Typiske helseplager blant deltakarane var utbrentheit og smertetilstandar knytt til muskel- og skjelettapparatet. Kvinnene hadde hatt sjukefråvær av ulik varigheit. Dei fleste av deltakarane hadde hatt samanhengande sjukefråvær på fulltid mellom 3 og 7 månader. Ein av deltakarane hadde hatt samanhengande sjukefråvær på fulltid i fire veker, og veksla deretter mellom 80 og 100 % sjukefråvær i eit halvt års tid. Ein annan deltakar hadde vore ute av jobb i 3,5 år. Nokre hadde vore ute av jobb i fleire periodar, og nokre hadde variert mellom sjukefråvær på fulltid og gradert sjukemelding.

Deltakarane var framleis i kontakt med NAV, men hadde starta på prosessen med å komme tilbake i arbeid. Alle hadde starta i redusert stilling, dei fleste i løpet dei to siste åra. Blant ein av deltakarane var det sju år sidan vedkommande begynte igjen i arbeid etter langtidssjukefråvær. Alle, utanom ein av deltakarane, hadde erfaring med å komme tilbake i ordinært lønna arbeid. Vedkommande som ikkje var tilbake i ordinært arbeid hadde starta i arbeidstreningstiltak. Nokre av deltakarane hadde komme tilbake i tidlegare eller nytt arbeid på same arbeidsplass, og nokre hadde fått ny jobb. Dei fleste deltakarane var i eit kvinnedominert yrke både før- og etter langtidssjukefråvær.

Mindre avvik frå inklusjonskriteria knytt til alder, lengde på fulltidssjukefråvær og erfaring med å komme tilbake i arbeid, kom fram under intervju. Sidan alle deltakarane gav verdifulle bidrag i høve å belyse problemstillinga, valde eg å inkludere dei. Endringa av inklusjonskriteria undervegs i rekrutteringsprosessen påverka i liten grad utvalet av deltakarar. Fem av seks deltakarar var frå kommunar der informasjonsbrevva var sendt ut før denne endringa blei gjort.

3.3.4 Gjennomføring av intervju

Seks intervju blei gjennomført i perioden 23. November til 13. Desember 2017. Fire av intervju varte cirka ein time, eit varte i nesten 1,5 time, og eit varte i overkant av 30 minutt. Tjora (2017, s. 113) peikar på at ein bør sette av god tid, gjerne ein time. Deltakarane fekk høve til å velje stad for intervju, slik Tjora (2017, s. 121) tilrår. Fire intervju blei gjennomført heime hos deltakarane, eit vart gjennomført på arbeidsplassen til vedkommande, og eit vart gjennomført på eit grupperom på høgskulen. Alle hadde fått informasjonsskriv og signert samtykke på førehand. Dette er nærare utdjupa i kapittel 3.5 om etikk.

Intervju begynte med kort uformell kvardagsleg prat for å skape ei meir avslappa stemning, og bygge tillit. Tjora (2017, s. 116) peikar på at tillit mellom deltakar og intervjuar er ein føresetnad for god kvalitet på forskinga. Eg presenterte ein kort introduksjon, der eg takka for at dei ønska å delta. Vidare gav eg informasjon om at studien er eit masterprosjekt ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (no Høgskulen på Vestlandet), og at eg er tilsett i NAV ved sidan av å vere student. Det blei presisert at studien ikkje har tilknytning til NAV, og at deltaking i studien ikkje vil påverke deira forhold til NAV eller andre delar av hjelpeapparatet. I tråd med Tjora (2017, s. 169) og Dalen (2011, s. 101-102) sine anbefalingar fekk dei informasjon om at lydband og alle personopplysningar ville bli behandla konfidensielt, der kun eg som student og mine rettleiarar ved Høgskulen ville få tilgang til desse.

For å skape tryggleik i intervjusituasjonen blei det sagt litt om korleis intervjuet kom til å gå føre seg, slik Tjora (2017, s. 166) nemner. Deltakarane fekk informasjon om at intervju spørsmåla ville ta utgangspunkt i ein intervjuguide. Eg forklarte at eg ville notere litt i første delen av intervjuet, med spørsmål knytt til bakgrunnsinformasjon, og deretter legge vekk penn og papir. Kvale og Brinkmann (2015, s. 51-53) peikar på at intervjusituasjonen inneberer eit asymmetrisk maktforhold. For å forsøke å normalisere konteksten og balansere det asymmetriske maktforholdet, sa eg at intervjuet truleg kom til likne ein vanleg samtale. Slik beskriv også Tjora (2017, s. 119) forskingsintervjuet. Eg viste til informasjonsskrivet der det gjekk fram at intervjuet skulle takast opp på lydband. Tjora

(2017, s. 166-167) peikar på at lydbandopptak er ein føresetnad for ein grundig analyse. Slik kan også intervjuaren ha fullt fokus på deltakaren i intervjusituasjonen.

Første tema i intervjuguiden var *bakgrunnsinformasjon*. Det handla om situasjonen før- og etter langtidssjukefråvær, til dømes knytt til yrke og stillingsstorleik, samt tidspunkt for sjukefråvær og for då dei kom tilbake i arbeid. Tjora (2017, s. 145-146) omtalar dette som oppvarmingsspørsmål. Vidare blei det stilt ulike refleksjonsspørsmål (Tjora, 2017, s. 146), knytt til ulike tema. Eit av desse tema var *erfaringar med prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær*. Dette temaet omhandla spørsmål knytt til korleis det var å vere langtidssjukemeldt, om kontakten med arbeidsgjevar under sjukefråvær, kva i prosessen som var viktig for dei - og kva som var utfordrande. Det neste temaet handla om erfaringar knytt til å komme *tilbake i arbeid* og å kunne fortsetje å vere i arbeid. Temaet om *oppfølginga frå hjelpeapparatet* handla om erfaringar knytt til kontakten med fastlege, NAV og andre tenester, om medverknad og samhandling. Ved *avrunding* blei det stilt spørsmål om kva tankar dei hadde om framtida, om noko skulle vore annleis, og om det var noko meir dei ønska å fortelje.

Det var nokre spørsmål i intervjuguiden som var relativt like, til dømes "kva erfaringar har du hatt med tenestene (fastlege, NAV, og eventuelt andre)?", "korleis har du erfart å samarbeide med tenestene?", og "korleis har du opplevd moglegheitene for å medverke i samarbeidet?". Ut frå dette blei intervjuguiden endra etter dei to første intervju, der nokre av spørsmåla blei slått saman og omformulert, og rekkjefølgja på spørsmåla blei endra. Erfaring viste også at dei tre spørsmåla under temaet *tilbake i arbeid* i intervjuguiden gav relativt like svar. Det blei ikkje gjort nokon endringar knytt til dette.

Som tidlegare nemnt tok intervju utgangspunkt i intervjuguiden, samtidig som eg stilte andre spørsmål der det fall naturleg, til dømes ved behov for utdjuing av eit tema. Eg forsøkte å ha ei opa tilnærming og ein "bevisst naivitet" (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 48) til eventuelle andre tema som deltakarane tok opp som ikkje var forventta. Dette er i tråd med Tjora (2017, s. 129) si beskriving av semistrukturerte intervju. Ikkje alle spørsmåla i intervjuguiden vart stilt dersom tema allereie var belyst. Alle deltakarane fekk konfekt som takk for at dei ville delta.

Eg gjorde korte feltnotat etter kvart intervju med forteljingar/utsegn som blei sagt etter at diktafonen var skrudd av, litt om konteksten for intervjuet, og eigne refleksjonar under- og i etterkant av intervju. Malterud (2017, s. 73) omtalar feltnotat som eit godt verkemiddel i høve datainnsamling. Refleksjonane under intervju handla blant anna om i kva grad eg gjorde overraskande funn, og i kva grad deltakarane sine forteljingar var relevante for å belyse

problemstillinga for studien. Det var nokre spørsmål eg hadde lyst å stille, men som eg ikkje våga å stille utan godkjenning frå REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Dette var spørsmål knytt til kva tankar deltakarane hadde om korleis tidlegare erfaringar hadde påverka dei og helseplagene deira. I etterkant av intervju handla refleksjonane blant anna om spørsmåla eg hadde stilt, og om eg var for låst til intervjuguiden. Vidare reflekterte eg over at det verka som deltakarane i liten grad hadde reflektert omkring nokre av tema, til dømes om moglegheiter for medverknad i samhandlinga med hjelpeapparatet. Tjora (2017, s. 149) peikar på at ein kan oppleve at deltakarane ikkje har reflektert over alle spørsmåla som blir stilt.

3.3.5 Transkribering av intervju

Transkribering av intervju inneberer å omskape munnleg intervjusamtale til tekst. Dette gjer intervju mogleg å analysere (Malterud, 2017, s. 77). Formålet med transkriberinga er å formidle innhaldet på ein slik måte at det stemmer med det deltakaren hadde til formål å fortelje (Malterud, 2011, s. 76). Munnleg tale er annleis enn måten vi formulerer oss på skriftleg (Brinkmann & Thanggaard, 2010, s. 43; Tjora, 2017, s. 174-175). Vidare blir tonefall, pust og liknande vekke i transkripsjonsprosessen. Ein må såleis vere merksam på at meininga i det som blei sagt kan bli annleis ved omgjerung til skriftleg form (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205).

For å minimere risiko for attkjenning blei alle intervju transkriberte med nynorsk skriftspråk, slik Tjora (2017, s. 174) tilrår. Elles blei intervju i stor grad transkribert ordrett, der også lydar som "ehm" og "hm" er teke med. For at transkripsjonane skulle gje eit mest mogleg rett bilete av stemninga, og meininga i det som blei sagt, blei pausar eller nøling illustrert med "...". Vidare blei latter, sukk og tonefall forklart i parentesar, til dømes "(ler)". Tjora (2017, s. 173-174) viser til at det kan vere lurt å gjere ei detaljert transkribering, då til dømes også nøling kan påverke meininga og innhaldet i det som vert sagt.

Eg har transkribert alle intervju sjølv. Gjennom å lytte til lydbandopptaka kunne eg raskt fornemme stemninga og den nonverbale kommunikasjonen under intervju, slik også Tjora (2017, s. 175) beskriv. Til dømes gav lydar frå omnen, og tonefallet i det som blei sagt, minner om stemninga. Enkelte utsegn gav minner om kroppslege bevegelsar, til dømes illustrasjon av treningsøvingar. Intervju blei transkribert 1-8 dagar etter gjennomføring. Då intervju blei gjennomført over tre veker var det ikkje alle intervju som blei ferdig transkribert før neste intervju blei gjennomført. Ferdig transkribert materiale var på 125 sider med skriftstørrelse 12, enkel linjeavstand. Transkripsjonane blei anonymiserte i høve namn på personar og stadar for å ivareta krav om konfidensialitet, slik Dalen (2011, s. 101) tilrår.

3.4 Analyse

Gjennom analyse søker ein å få fram ny kunnskap. Analyse av kvalitative data fører fram til nye beskrivingar, nye omgrep eller nye teoretiske modellar (Malterud, 2011, s. 82). Målet for analysen i denne studien er å utvikle nye beskrivingar (Malterud, 2011). Nedanfor følgjer presentasjon av analysemetoden som er brukt i denne studien, samt forklaring av korleis analysen er gjennomført.

3.4.1 Systematisk tekstkondensering

Datamaterialet for denne studien er analysert med utgangspunkt i Malterud sin modell for systematisk tekstkondensering. Analysemetoden er inspirert av Giorgi sin fenomenologiske analyse, og passar for skildrande tverrgående analyse av fenomen, med sikte på å utvikle nye beskrivingar og omgrep (Malterud, 2011, s. 96). Etter planen skulle eg gjere trinnvis analyse for å ha moglegheit for å justere fokus undervegs på bakgrunn av ny innsikt gjennom datainnsamling og analyse, slik Malterud (2017, s. 97) beskriv. Grunna ein lang rekrutteringsprosess blei det i staden gjennomført seks intervju så snart som råd, der alle intervju blei analysert samtidig.

Systematisk tekstkondensering består av fire trinn (Malterud, 2011, s. 98). *Første analysetrinn* handlar om å lese gjennom transkripsjonane for å få eit heilskapsinntrykk og å finne foreløpige tema (Malterud, 2017, s. 99). Eg las gjennom alle transkripsjonane ein gong, fordelt på fleire dagar. Eg noterte nokre få stikkord i margin undervegs. I etterkant av dette identifiserte eg fem foreløpige tema; kroppen, meningsfulle aktivitetar, mestring, grad av støtte og samhandling. Kjønn/feminisme var eit sentralt tema i spesielt eitt av intervju, eg var derfor usikker på om dette også burde definerast som eit foreløpig tema, og sette det opp med spørsmålsteikn.

Andre analysetrinn inneberer å identifisere tekstbitar som kan bidra med kunnskap om tema som blei identifisert i trinn 1. Slike tekstbitar blir kalla meningseiningar. Meningseiningane skal merkast og sorterast i kodegrupper. Denne prosessen blir kalla koding (Malterud, 2017, s. 101). Eg nytta dataprogrammet nVivo for koding av meningseiningar. Eg oppretta først seks kodegrupper med same namn som tema frå første analysetrinn. Under koding av første intervju erfarte eg at kodegruppene var vide og abstrakte, og fungerte ikkje tilstrekkeleg. Eg oppretta derfor mange nye kode- og subgrupper undervegs i kodinga, til dømes kodegruppa "arbeidsrelatert" og subgruppa "å komme tilbake i arbeid". Malterud (2017, s. 103) peikar på at det er viktig å arbeide fleksibelt slik at ein kan dra fordel av ny innsikt undervegs i kodinga. Malterud (2017, s. 104) skriv at ein kan velje om ein vil opprette subgrupper i trinn 2 eller trinn 3. Eg oppretta subgrupper allereie på dette trinnet, då

det gjorde det enklare å få oversikt over datamaterialet. Malterud (2017, s. 106) peikar på at identifiseringa av subgrupper er påverka av kva fagleg perspektiv forskaren har. Ut frå utdanninga og arbeidserfaringa mi har eg hatt eit sosial- og helsefagleg perspektiv i høve koding av datamateriale.

Namna på kode- og subgruppene var ikkje så gjennomtenkte på dette stadiet og har derfor blitt endra undervegs. Til dømes blei kodegruppa "å bli sjukmeldt" etterkvart fjerna, og innhaldet blei ein del av ei ny kodegruppe, "å lytte til kroppen". Det meste av transkripsjonane blei koda for ikkje å utelate noko. Det var såleis ein del av det koda materialet som ikkje var like relevant for problemstillinga. Slike meiningseiningar blei plassert i den kodegruppa kor dei passa best, eller i ei kodegruppe som blei kalla "usikker".

Etter koding av kvart av intervju, las eg gjennom alle meiningseiningane i dei ulike kode- og subgruppene. Eg gjorde nokre endringar i høve namn på kodegruppene, flytting av meiningseiningar og oppretting av nye kode- og subgrupper. Ved oppretting av nye kode- eller subgrupper gjekk eg gjennom meiningseiningane i andre aktuelle kode- og subgrupper for å sjå etter meiningseiningar som passa betre inn i dei nye kode- /subgruppene. Eg plasserte nokre meiningseiningar i fleire kode- og subgrupper, slik Malterud (2017, s. 104) nemner. I byrjinga mangla det eit godt system i kodegruppene. Intervjuguiden blei brukt som utgangspunkt, i tillegg til å ha eigne kodegrupper for andre sentrale tema. Eg erfarte at dette bidrog til eit betre system i kodegruppene. Det var mindre behov for endringar etterkvart som fleire intervju blei koda. Malterud (2017, s. 104) seier at det er viktig å vere bevisst kva system som ligg til grunn for dei ulike kode- og subgruppene, og plasseringa av meiningseiningane. Systemet for kode- og subgrupper i denne studien baserte seg i stor grad på kronologi i høve eit sjukefråværsløp, type tenester i hjelpeapparatet og elles tema som kom fram. Totalt var det 12 kodegrupper og 20 subgrupper ved overgang til trinn 3.

Gjennom kodinga kom det fram nokre overraskande funn, blant anna at nokon av deltakarane blei overraska over å bli sjukmeldt og reaksjonane knytt til det. Vidare var det ikkje forventa at det ville bli såpass mykje data om trening, kroppen, og om hobbyar og fritidsaktivitetar. Deltakarane var overraskande fornøgde med oppfølginga frå NAV og fastlege. Vidare var det ikkje forventa at nokre av deltakarane i så stor grad opplevde at arbeidsgjevar såg kva som fungerte for dei og ikkje, og kor viktig arbeidsgjevar si stemme var i høve dette ovanfor fastlege og NAV. Det var overraskande lite data om medverknad, og om samhandling med- og innan hjelpeapparatet.

I *tredje analysetrinn* skal det skrivast eit kunstig sitat (kondensat) i første person, for kvar kode- og subgruppe. Ein tek utgangspunkt i ei innhaldsrik meiningseining, og supplerer med dei andre

meningseiningane i same kode- eller subgruppe. Formålet med kondensatet er å abstrahere, fortette og samanfatte innhaldet i kode- og subgruppene. Ein skal deretter plukke ut eit "gullsitat" for å illustrere innhaldet i kvart kondensat (Malterud, 2017, s. 105-108).

For nokre kode- og subgrupper skreiv eg fleire kondensat fordi innhaldet var såpass variert at det blei vanskeleg å fortette det i eitt. Dette blei grunnlag for nye subgrupper. Nokre kondensat blei korte og overflatiske då det var vanskeleg å skrive konkret og detaljert basert på varierte meningseiningar. Der få deltakararar var representert skreiv eg innhaldsrike og detaljerte kondensat. Eg valde ut eitt eller fleire gullsitat til kvar kode- og subgruppe. Eg gjorde nokre endringar i strukturen frå trinn 2, til dømes blei ei stor kodegruppe, "arbeidsrelatert", kutta, slik at det som tidlegare var subgrupper no blei kodegrupper med nye subgrupper under seg.

I *fjerde analysetrinn* skal ein samanfatte kunnskapen ved å skrive "...en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe..." (Malterud, 2017, s. 108). Ein tek utgangspunkt i kondensata frå tredje trinn. Dei analytiske tekstane skal skrivast i tredje person. Samtidig som forskaren skal tolke datamateriale, skal tekstane skal vere lojale ovanfor forteljingane til deltakarane. Tekstane skal beskrive kva datamaterialet bidreg med i høve å belyse problemstillinga for studien (Malterud, 2017, s. 108). Kvar analytisk tekst skal få ei overskrift som beskriv det "viktigste nye" når det gjeld ny innsikt (Malterud, 2017, s. 110). Vidare skal ein rekontekstualisere dei meningsbærande einingane for å sjå om resultatane gjev ei gyldig beskriving i høve den opphavslege samanhengen. Til slutt skal resultatane vurderast opp mot teori og empiri (Malterud, 2017, s. 110-111)

I fjerde analysetrinn las eg gjennom innhaldet i kode- og subgruppene frå trinn 2, i tillegg til å ta utgangspunkt i kondensata frå trinn 3. Slik fekk eg eit breiare grunnlag for å skrive analytisk tekst. Fleire gonger blei transkripsjonane nytta for å validere tolking av datamateriale. Nokre kode- og subgrupper blei slått saman, til dømes "kontakt med arbeidsplassen under sjukefråvær" og "oppfølging frå leiar og personalansvarleg". Nokre få av gullsitata som var plukka ut i analysetrinn 3 blei bytta ut. Kvar av dei analytiske tekstane fekk overskrift. Nokre av overskriftene har blitt endra i løpet av arbeidet med resultatpresentasjonen. Til dømes blei "samhandling med arbeidsgjevar og kollegaer" endra til "kontrasten mellom å oppleve støtte og mistillit frå leiar og kollegaer". I kapittel 5.1 om diskusjon av resultat, blir resultatane vurdert opp mot teori og tidlegare forskning.

3.5 Etske aspekt ved tilgang til feltet

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskingsdata (NSD), prosjektnummer 49474 (vedlegg 4). Endringsmelding blei sendt inn i etterkant då det var behov for å rekruttere frå fleire arenaer enn det som først var planlagt. NSD stadfesta endringa (vedlegg 5). Skjema for framleggingsvurdering blei sendt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for å få vurdert om prosjektet måtte søke om godkjenning frå REK. REK bekrefta at prosjektet ikkje trengte godkjenning frå REK (vedlegg 6).

Alle deltakarane har gitt informert samtykke til å delta i studien. Informert samtykke vil seie at deltakarane har fått god nok informasjon om prosjektet for å kunne vurdere om dei ynskjer å delta i studien eller ikkje (Malterud, 2017, s. 214). Aktuelle deltakarar fekk tilsendt informasjonsbrev og samtykkeformular per brev, slik Dalen (2011, s. 100-101) føreslår (vedlegg 2). Signerte samtykke blei sendt til meg i posten før avtale om intervju blei gjort. På denne måten fekk deltakarane informasjon om studien og samtykka til deltaking før datainnsamling. Tidleg i rekrutteringsprosessen blei informasjonsbrevet endra, der nemninga "*ubestemte*" *helseplager* blei fjerna. Bakgrunnen for dette var ei vurdering av at mange gjerne ikkje ville kjenne seg igjen i denne nemninga, noko som kunne føre til at færre ønska å delta.

3.6 Kritisk vurdering av forskarrolla

Fog (1994, s. 18) peikar på at ein som forskar "...altid *også* er en almindelig deltager i det sociale liv...". Dette inneber at ein har tankar, kjensler og kunnskap som kan påverke datainnsamling og data vis ein ikkje er det bevisst (Bengtsson, 2006; Fog, 1994). Brinkmann og Tanggaard (2015, s. 37) skriv at ein som forskar bør setje seg godt inn i emnet før datainnsamlinga. Det fokuserer arbeidet, og ein kan få meir kunnskap om kva ein bør vere merksam på i intervjuet, og som ein gjerne elles ville oversett (Brinkmann & Tanggaard, 2015; Fog, 1994). Nokon hevdar at dette avgrensar moglegheitene for å oppnå ei mest mogleg nøytral og føresetnadslaus tilnærming (Brinkmann & Tanggaard, 2015), og at ein får avgrensa innsikt og kunnskap, nemleg ei "*reduksjonistisk blindheit*" (Fog, 1994). Brinkmann og Tanggaard (2015) er ueinige i denne oppfatninga då forskingsintervju aldri er nøytrale, og tema alltid er bestemt av forskaren og gjerne er teoretisk grunngeve. "*Reduksjonistisk blindheit*" kan til dømes komme til uttrykk gjennom teoretiske og abstrakte spørsmål i intervjuet (Fog, 1994, s. 73)

Som forskar har eg forsøkt å sette meg inn i temaet under prosjektplanlegging, og har lese relevant forskning på feltet. Dette har truleg påverka meg i høve kva eg forventa å finne i denne studien. Eg har

vore bevisst faren for "reduksjonistisk blindheit" ved å vere open for nye og uventa tema under datainnsamling og analyse. Under utarbeiding av intervjuguiden la eg ein del arbeid i å formulere intervjuspørsmåla for at dei ikkje skulle vere abstrakte, slik at spørsmåla skulle vere enklare å svare på, og for å få fram konkrete og erfaringsnære forteljingar.

Eg har forsøkt å bli bevisst eiga forforståing, ved å skrive den ned i forkant av datainnsamling, slik Malterud (2017, s. 46) anbefaler. Eg har også vore bevisst korleis min bakgrunn og mitt forhold til temaet kunne påverke data, slik Fog (1994) og Dalen (2011, s. 94-95) peikar på. Eg er utdanna sosionom, og har yrkesbakgrunn frå NAV-kontor. I informasjonsskrivet tilsendt aktuelle deltakarar var det ikkje informert om at eg var tilsett i NAV. Dette var for å unngå forveksling av rolle og kontekst, noko som kunne ha påverka datamateriale. Det blei i staden nemnt i introduksjonen av intervjuet, og samtidig presisert at studien er gjennomført som ein del av masterstudie ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (no Høgskulen på Vestlandet).

Då eigen arbeidsplass vart kontakta med førespurnad om hjelp til rekruttering, var eg særleg bevisst på dei ulike rollene eg hadde som forskar, tilsett og kollega. Eg var bevisst på at intervjuar ikkje skulle gjennomførast på NAV-kontoret kor eg jobba, då det kunne ha auka faren for forveksling av rolle og kontekst både for meg og deltakar. På arbeidsplassen min var det kollegaer av meg som plukka ut aktuelle deltakarar, og sendte ut informasjonsbrev som var laga klar i frankerte konvoluttar. Dette er i tråd med tilråding frå NSD (sjå vedlagt svar på endringsmelding, vedlegg 5). Det viste seg at ingen av deltakarane i studien er rekruttert gjennom arbeidsplassen min.

4 Resultat

I dette kapittelet følgjer presentasjon- og fortolkning av datamateriale. Som tidlegare nemnt er problemstillinga for denne studien: "Korleis erfarer personar med "ubestemte" helseplager prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær?". Resultatpresentasjonen har eit overordna tema, *Samspelet mellom anerkjening, aksept og samhandling*. Vidare blir seks undertema presentert; *Å komme tilbake i same eller anna arbeid, Kontrasten mellom å oppleve støtte og mistillit frå leiar og kollegaer, Forventningar og reaksjonar i møtet med hjelpeapparatet, Å lytte til kroppen er ein prosess over tid, Sosiale og praktiske utfordringar i tilværet som sjukmeldt, og Å handtere bekymringar og få avkopling*. Sitata i resultatpresentasjonen er lett redigerte for å framstille deltakarane på ein god måte, og for å anonymisere innhaldet. Namn, stadnamn og andre potensielt identifiserande opplysningar i resultatpresentasjonen er fiktive.

4.1 Samspelet mellom anerkjenning, aksept og samhandling

Samhandling var avgjerande for prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær, slik deltakarane erfarte det. Å oppleve anerkjenning var viktig for kvaliteten på samhandlinga. Sentrale aktørar i samhandlinga var arbeidsgjevar og kollegaer, samt hjelpeapparatet, spesielt fastlege og NAV. Vidare viser studien at deltakarane sjølv hadde ei viktig rolle i prosessen med å komme tilbake i arbeid. Gjennom å lytte til kroppen, og å finne strategiar for å handtere ein ny og vanskeleg kvardag som sjukmeldt og med helseplager, kunne deltakarane få auka funksjons- og arbeidsevne. Aksept av eigen situasjon var avgjerande for prosessen med å komme tilbake i arbeid, og påverka samhandlinga med arbeidsgjevar, kollegaer, og hjelpeapparatet positivt. Vekselverknad mellom å oppleve anerkjenning og å akseptere og handtere eigen situasjon, var viktig samhandlinga i høve prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær.

4.1.1 Å komme tilbake i same eller anna arbeid

For dei fleste av deltakarane var det å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær ein lang og brokete prosess. Prosessen innebar ei gradvis tilbakeføring til arbeid med gradert sjukmelding eller arbeidsavklaringspengar. Nokre hadde hatt fleire periodar med sjukefråvær, og variert mellom gradert sjukefråvær og sjukefråvær på fulltid. Datamaterialet viser korleis *langtidssjukefråvær knytt til "ubestemte" helseplager, og å komme tilbake i arbeid, flettar seg saman i ein prosess*. Blant deltakarane i studien var det ikkje eit klårt skilje mellom sjukefråvær og å vere i arbeid.

Nokre deltakarar ønska å kunne fortsetje i arbeidet sitt, medan andre ønska å prøve anna arbeid. Dei som *ønska å fortsetje i tidlegare arbeid* opplevde trivsel, mestring og fekk god tilrettelegging i høve arbeidstid, arbeidsoppgåver og hjelpemiddel. Dei kjente seg sett og forstått, og hadde eit godt forhold til leiar og kollegaer. Ein deltakar fortalte at det var kjekt å føle seg sakna når ho hadde vore vekke ein periode, og at kollegaer sa at det var hyggeleg å sjå ho igjen. Slik kjende ho seg verdsett og ein del av eit fellesskap.

Ei kvinne i 40 åra fortalte at arbeidsgjevar ville ha ho der uansett kor mykje eller lite ho klarte å jobbe. Dette gav tryggleik. Ho synest det var vanskeleg å akseptere at helseplagene avgrensa moglegheitene for å jobbe fullt i ein jobb kor ho verkeleg opplevde trivsel og mestring.

Eg likar jobben min, og kan jobben min. Det er jo der eg vil vere sant, det er jo det. Og det er vel kanskje det som er vanskelegast når du har ein jobb du verkeleg likar. Og må innsjå at du kan ikkje gjere det 100 %. Men det er jo noko som du gradvis aksepterer. (Deltakar 6)

Ein av deltakarane synest det var litt vanskeleg å komme tilbake i arbeid. Dette hadde samanheng med at ho kjende seg mislukka som ikkje meistra arbeidet sitt då ho blei sjukmeldt. I høve å komme tilbake i arbeid la ho stor vekt på betydinga av at det var eit reelt behov for ho på arbeidsplassen, ho var ikkje der berre for å vere der. Ho kjende seg nyttig, arbeidsplassen hadde behov for ho og hennar kompetanse. Dette skapte motivasjon, og fungerte som eit slags korrektiv til kjensla av å vere mislukka.

Åltså behovet på arbeidsplassen spelte inn. Det var behov for meg. Og det var jo for så vidt godt for meg, eg visste at eg gjekk ikkje berre der for å.. "du får no komme, du får no få lov å komme liksom". Det var eit reelt behov. (Deltakar 2)

Alle som ønska å fortsetje i jobben sin opplevde at dei hadde relativt optimale forhold på arbeidsplassen, både i høve arbeidsoppgåver, tilrettelegging og trivsel. Med omfattande helseplager og nedsett arbeidskapasitet var også moglegheitene for anna arbeid små. Til tross for låg stillingsstorleik gav alle uttrykk for at det hadde stor verdi å vere i arbeid. Det gav moglegheit for å utrette noko, og vere til nytte, noko som påverka sjølvtiliten. Dette kan illustrerast med følgjande sitat "sjølv om at det berre er lite grann eg er på jobb, så føler eg at dei dagane eg er på jobb, då kan eg utrette noko, det har litt med sjølvtiliten din å gjere" (Deltakar 5).

I mitt materiale var det *fleire av dei som kom tilbake til tidlegare arbeidsplass etter sjukefråvær som ønska å prøve anna arbeid*. Dei la vekt på eit vanskeleg møte med kollegaer, der behovet for anerkjening, støtte og forståing ikkje blei møtt. Dei hadde behov for å bli sett utover rolla som yrkesutøvar, som heile menneske med sine ressursar og utfordringar. Ei av dei peika på at ho var usikker på kva kollegane tenkte og kor mykje dei visste, det var liksom ikkje rom for å snakke om det. Ei anna skulle ønske at kollegaene var meir imøtekommande i måten dei helste - og snakka med ho på. Ho fortale om mutt tonefall, avvisande kroppsspråk og at det ikkje var spørsmål om til dømes korleis det gjekk, eller kva ho hadde gjort i helga. Det var ikkje den gode tonen i kollegagruppa. Dette skapte irritasjon og var utmattande. Dette kan illustrerast med følgjande sitat:

Eg blei så irritert nokon gonger, altså det går ikkje an å oppføre seg slik. Dei andre som oppførte seg slik mot meg, litt sånn vedvarande negativt. Det var ikkje bra. Det var ikkje profesjonelt av vedkommande i det heile teke. (Deltakar 2)

Nokre av desse kvinnene jobba med barn, og påpeika at spørsmål og forventningar frå barna også var vanskeleg å handtere. Kvinnene hadde vore i - og var framleis i - ein vanskeleg situasjon med helseplager og nedsett arbeidskapasitet, noko som var vanskeleg å forklare på ein enkel og forståeleg måte til barna. Dette skapte vanskelege kjensler.

Og ungane var liksom "åja Trude, kvifor kom ikkje du i går? Kvifor er ikkje du her kvar dag lenger? Kvifor er ikkje du i barnehagen? Kvifor er ikkje du.. ?" Altså det var vanskelege spørsmål. Altså det var på ein måte litt ubehageleg. Den situasjonen syns eg var vanskeleg.
(Deltakar 2)

Ei av kvinnene reagerte på lydane på arbeidsplassen, og kjente det så sterkt på kroppen at ho orka ikkje å vere der. Ho kjente signala frå kroppen så tydeleg at ho hadde ikkje anna val enn å følgje dei. Fleire av kvinnene fekk tilrettelegging i høve arbeidstid og arbeidsoppgåver, men ønska likevel å prøve anna arbeid. Dei hadde behov for å få ei rask avklaring av moglegheitene for det. Ei av kvinnene blei veldig letta då ho visste at ho ikkje lenger trengte å gå tilbake til utfordringane i den tidlegare jobben. Dette handla om utfordringar på fleire område, både eit vanskeleg forhold til kollegaer, utagerande pasientar og eit vanskeleg forhold til pårørande. Ei anna kvinne fekk ikkje tilrettelegging og hadde også vanskar i høve forholdet til leiing og kollegar. Ho hadde vanskar med å finne nytt arbeid, og tok ny utdanning for å kvalifisere seg for andre yrker.

Nokre av deltakarane lukkast med å finne ny jobb som passa bra i høve interesse og erfaring. Dei viste til at arbeidsgjevar hadde ei viktig rolle i dette, til dømes hadde arbeidsgjevar tipsa ei av kvinnene om ei internutlysing. Ei anna kvinne fortalte om verdifull støtte og hjelp frå arbeidsgjevar i forhold til å finne anna arbeid internt i organisasjonen, basert på hennar eigne ynskjer. For fleire var det litt usikkerheit knytt til moglegheitene for å auke i stillingsstorleik på den nye arbeidsplassen, men dette blei avklart etterkvart. Alle deltakarane fekk høvelege stillingsstorleikar og arbeidsoppgåver som dei opplevde gav passeleg med ansvar og utfordringar. Dei kjende på mestring og fekk samtidig moglegheiter for å utvikle seg. Dei var alle positivt overraska over arbeidsmiljøet på den nye arbeidsplassen, der alle helste kvar dag og var veldig hyggelege. Deltakarane kjende seg sett og verdsett, og fekk auka arbeidskapasitet og motivasjon.

Eg var heilt overgitt, for dei var så hyggelige der du kom. Der var det altså slik at du kom der, og alle kom og helste på deg. Og ungane og. Eg var heilt overgitt på det. For det var ikkje eg vant til frå den andre jobben, der helste dei jo ikkje i heile tatt. (Deltakar 1)

Ei kvinne i byrjinga av 60-åra fortalte at ho tidlegare var fast bestemt på å slutte i arbeid når ho fylte 62 år, men etter at ho begynte i ny jobb ønska ho gjerne å jobbe lenger, kanskje heilt til ho fylte 70. Større trivsel, auka mestring knytt arbeidsoppgåver og passeleg stillingsstorleik var bakgrunnen for dette.

Når eg jobba i barnehagen og folk spurte meg kor lenge eg skulle jobbe, så sa eg "Jobbe? Ikkje ein dag over 62". Altså eg var heilt klar. Og så spurte nokon meg på kontoret her ein dag, "Trude, kor lenge har du tenkt å jobbe?", "Nei, eg har tenkt å jobbe til eg blir 70" svarte eg. Så det er litt forskjell. Det er ikkje sikkert det då altså, men eg har ein kvardag som er veldig okei. (Deltakar 2)

Nokre av deltakarane hadde planane klare for ny jobb då det dukka opp ny sjukdom som førte til at karriereplanane ikkje gjekk slik som tenkt. Dei opplevde dette som veldig fortvilande då dei endeleg hadde teke eit steg vidare. Kjensle av fridom og autonomi blei brått endra til kjensle av avmakt. Ei hadde teke ny utdanning, og ei hadde begynt i ny jobb. Dei valde begge å fortsetje hos tidlegare arbeidsgjevar. For ei av desse handla det om at moglegheitene for anna arbeid var avgrensa grunna helseplager, arbeidserfaring og kompetanse.

Eg vart jo fortvila for då trudde eg at eg var komme meg vidare på ein måte. Hadde tatt eit steg ut, og no hadde eg fått ein anna jobb. No skulle eg jobbe her. Og så vart eg sjuk. Så eg streva jo masse med den. Kva skal eg gjere, altså kva skal eg velje no? Skal eg tore å halde på denne her jobben? For tidlegare arbeidsgjevar ville kanskje snart ha eit svar hos meg, sant. Kjem du tilbake, eller kjem du ikkje tilbake? Så det styra eg mykje med. (Deltakar 3)

4.1.2 Kontrasten mellom å oppleve støtte og mistillit frå leiar og kollegaer

Dei fleste av deltakarane fortalte om god kontakt med leiar og personalansvarleg under sjukefråvær. Dei hadde hatt varierende grad av kontakt gjennom møter, telefon og nokre ved å stikke innom arbeidsplassen. Leiarane og/eller personalansvarlege viste stor grad av støtte og forståing, og forsøkte å finne gode løysingar for den sjukmeldte. Spesielt ei kvinne hadde fleire døme på konkrete positive tilbakemeldingar som ho hadde fått frå leiar, og som hadde betydd mykje.

Den gongen vi var på NAV og snakka saman, så sa arbeidsgjevar at Trude har ein vanskeleg situasjon på jobb, for ho blir ikkje møtt på ein okei måte av dei andre. Eller blir rett og slett litt, spesielt av ein då, tilsidesett på ein måte. Så ho støtta meg veldig, og ho syns det var ein vanskeleg situasjon for meg. Det betydde ganske mykje. Det må eg sei. Det gjorde det. Å ha ein god kontakt med leiinga på arbeidsplassen og forståing for at situasjonen ikkje var så lett. Det betydde nok mykje for meg. (Deltakar 2)

Å vere open overfor arbeidsgjevar om årsakene til sjukefråvær blei trekt fram som ein stor fordel for å få auka forståing, støtte og tillit. Deltakarane opplevde dette som viktige element i eit arbeidsforhold. Nokre av deltakarane fortalte om leiarar som såg kva som fungerte og ikkje, og presenterte dette i møte med fastlege og NAV. Dette opplevde deltakarane som positivt og støttande. Helseplagene - og korleis dei påverka deltakarane i arbeidskvardagen, fekk såleis større legitimitet.

Nokre av deltakarane sakna støtte - og var misfornøgde med oppfølginga frå arbeidsgjevar. Ei av dei fortalte at arbeidsgjevar ringte tidleg kvar morgon, i ein periode medan ho var sjukmeldt, for å spørje om ho kunne komme på jobb. Ho opplevde mistillit, og fekk følelsen av at dei trudde ho spelte sjuk. Dette førte til større avstand mellom ho og arbeidsgjevar/arbeidsplassen, og ho kunne ikkje gå tilbake til tidlegare arbeid. Ei anna kvinne fortalte om manglande vilje hos arbeidsgjevar i høve tilrettelegging, noko som førte til lenger sjukefråvær enn nødvendig. Arbeidsgjevar såg ikkje behov for kontakt, og gav uttrykk for at ho ikkje var velkommen på arbeidsplassen. Han forsøkte å fryse ho ut. Ho kjente på diskriminering, urettferdigheit og forskjellsbehandling.

Det er jo sjefane som gjer det. Dei følgjer ikkje opp desse arbeidarane sine. Dei tek ikkje sakene. Dei ser ikkje at dei er nøydte til å ta dei. Det kan godt hende det hadde gått ned både

sjukemelding og anna hadde dei tatt det og sett litt meir alvorleg på det. For ei lita fillesak blir jo då til ti høns. Det er farlig slikt å ikkje gjer det. (Deltakar 1)

Fleire deltakarar fortalte om uformell kontakt med kollegaer, til dømes gjennom tilfeldige møter på butikken. Det kom fram ulike erfaringar knytt til dette. Medan nokre av deltakarane fortalte kollegaene ope om korleis dei hadde det, var det andre som opplevde å få ubehagelege spørsmål. Ein annan deltakar utfordra seg sjølv til å ta kontakt gjennom å møte opp som gjest på sommarfesten til barnehagen. Ho synest det var ubehageleg å sitte blant publikum då ho vanlegvis ville vore med å arrangere og leia programmet. Sjølv om det var litt ubehageleg, var det likevel med å bidra til at det var lettare å komme tilbake i arbeid.

Eg hadde ikkje mykje kontakt. Og det er for så vidt ein vanskeleg ting, for då blir det vanskelegare å komme tilbake igjen etterpå. Men eg hadde litt kontakt altså, eg trur faktisk eg til og med møtte opp på barnehagen sin sommarfest. For eg tenkte eg vil ikkje skjule meg eller gå i hi eller liksom late som eg ikkje er her. Og det var veldig rart eigentleg. For då sat eg der som gjest, i staden for å vere den som naturleg ville vore framme og leia programmet og synginga og alt. Så sat eg der og såg på og filma. Eg tenkte eg vil vere tilgjengeleg. Eg helste på folk og snakka med dei. Nokon spurte vel korleis det gjekk trur eg, og eg sa "det går bra, eg jobbar ikkje fullt og kjem tilbake litt etter sommaren". (Deltakar 2)

4.1.3 Forventningar og reaksjonar i møtet med hjelpeapparatet

Alle deltakarane var avhengig av samhandling med fastlege og NAV. Korleis dei blei møtt på eigne forventningar såg ut til å påverke korleis dei erfarte samhandlinga med hjelpeapparatet. Opplevinga av kvaliteten på samhandlinga var avgjerande for korleis dei erfarte prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær.

Fleire av deltakarane var fornøgde med oppfølginga frå NAV. Ein av deltakarane fortalte til dømes at rettleiaren hadde vore oppmuntrande i møta, tilgjengeleg på telefon ved behov og ho hadde skrive gode og tydelege referat. Deltakarane gav uttrykk for god dialog basert på tillit.

Det er også slik solskinshistorie (ler). Ja, det er veldig, veldig ryddig. Det er veldig bra. Det er ein kvinneleg person. Ei dame som bur i Åsane sikkert, og som er på kontoret der. Ho er trygg i jobben sin trur eg, sikkert hatt den jobben lenge. Eg fekk kortet hennar så det gjekk an å ringe og få tak i ho. Det var ikkje så lett, men ho ringte opp igjen. Når vi hadde møter så skreiv ho veldig sånn konkrete, konsise referat. Ho gjekk liksom rett på sak. Ho var til stades på møta sjølvsagt, dialogmøter og sånn, og det var veldig oppmuntrande. (Deltakar 2)

Ein annan deltakar hadde kjent på ein del usikkerheit både i forkant av, undervegs, og i etterkant av møta med NAV. Ho var usikker på formålet med møta, kva som skulle vere tema, og spesielt forventingar knytt til hennar eiga rolle. Ho fekk moglegheit for å medverke, men kjente seg likevel liten og usikker på om ho hadde fått sagt det ho ønska og meinte. Ho hadde behov for tydelegare informasjon og forventningsavklaring både i forkant av, undervegs, og i etterkant av møta, samt at det blei skapt større rom for at ho kunne gje uttrykk for sine tankar og meiningar.

Eg kjente jo det på det første møtet, at eg var veldig usikker på kva dette her er for noko. Kva forventar dei av meg no? Og kva skal egentleg dette møtet handle om? Kven skal styre? Kven skal seie kva? Kva skal legen sei? Eller er det eg på ein måte som må seie noko? Kor mykje skal eg jobbe? Kva skal stå på denne planen? Kva er det vi skal satse på no? Så eg følte meg vel egentleg veldig usikker. Men då var jo eg dårleg og då tenkjer eg. Eg var rotete i hovudet mitt (ler). Så det syns eg var vanskeleg. Eg kjente meg litt liten då. (Deltakar 3)

Nokre av deltakarane blei overraska over å plutselig få nytt vedtak om arbeidsavklaringspengar i posten. Ei kvinne i 50 åra hadde saman med rettleiaren sin planlagt eit møte for å avklare vegen vidare, som ho forventa var avgjerande for eventuelt nytt vedtak. Når ho plutselig fekk nytt vedtak uavhengig av - og i forkant av dette møtet, opplevde ho det som ulogisk og vanskeleg å forstå.

Medan dei fleste av deltakarane var fornøgde med oppfølginga frå fastlege, hadde nokon også negative erfaringar. Deltakarane som var fornøgde med oppfølginga følte seg forstått og tatt på alvor. Dei hadde vore gjennom aktuell utgreiing og/eller behandling. Ei av kvinnene sa at fastlegen gjorde det han kunne for å hjelpe, og var tilgjengeleg. Fleire skildra at fastlegen kom med forslag,

viste moglegheiter og opna dører til andre delar av hjelpeapparatet, som til dømes stressklinik, psykolog og frisklivssentral. Deltakarane fekk også moglegheit for å komme med innspel.

Nei det er jo det at eg føler at han har gjort det han kan for å hjelpe meg. Eg føler ikkje det at han ikkje har tatt meg alvorleg, eller.. altså er det noko eg har lyst å prøve så er han med på det, vis det kan bidra til at det blir betre. Og vis at eg har ein idé som er heilt tåpeleg så gjev han jo beskjed om det. (Deltakar 6)

Nokre av deltakarane opplevde at oppfølginga frå fastlege berre handla om å fornye sjukmeldingane. Dei sakna at fastlegen viste interesse for korleis dei hadde det. Kvinnene opplevde å ikkje bli sett som heile menneske, at verken dei som personar eller at helseplagene blei anerkjent. I tillegg sakna dei tilbod om utgreiing og behandling. Dei hadde vanskar med å komme vidare utan å få hjelp frå andre tenester, der tilvising frå fastlege var ein føresetnad. Ei av kvinnene hadde bedt om utgreiing fleire gonger, men fastlegen ville utsetje det kvar gong. Ho erfarte at fastlegen ikkje heldt det han lova, og at ho ikkje blei tatt på alvor. Ho opplevde å få ei rolle som ho ikkje ønska, som "masete pasient". Ho utvikla etterkvart ei ny haldning til helseplagene og til fastlegen, om at ho berre måtte "bite tennene saman", det nytta ikkje nemne noko likevel.

Eg meiner når dei lovar deg ein ting, så skal dei halde det. Eg følte at eg burde få sleppe å gå rundt å mase slik, for det var ikkje noko som eg sjølv hadde lyst til. Altså eg hadde lyst å jobbe, eg har lyst å kunne fungere. Men eg følte at det var så enkelt å berre skrive ut sjukmelding til meg, fordi då var eg stille den perioden. (Deltakar 5)

Det var ulike oppfatningar om *samhandlinga innan hjelpeapparatet*. Nokre deltakarar nemnde at det var lite samhandling mellom ulike tenester i hjelpeapparatet, til dømes mellom lege og fysioterapeut, og mellom NAV og frisklivssentral. Ein av deltakarane opplevde å vere kommunikasjonsledd mellom lege og fysioterapeut.

Så eg følte liksom at legen rekvirera fysioterapi, og fysioterapi jobbar, men eg følte ikkje det var noko samarbeid mellom dei. Eg følte at det var eg som måtte liksom kople, det var eg som måtte vidareformidle beskjedar, det var eg som måtte vere bindeleddet. (Deltakar 4)

Vidare verka det som at deltakarane ikkje hadde tenkt så mykje over korleis samarbeidet var mellom ulike tenester innan hjelpeapparatet. Uttrykk som ”jo det trur eg går heilt fint” (Deltakar 1) og ”det har ikkje vore noko gnissingar” (Deltakar 2) kunne tyde på at samhandlinga for mange fungerte bra.

4.1.4 Å lytte til kroppen er ein prosess over tid

Fleire av deltakarane presiserte kor viktig det var å lytte til kroppen for å oppretthalde best mogleg helse og funksjon over tid. Å lytte til kroppen innebar å legge merke til – og ta omsyn til helseplager som smerter og trøytteleik. Kvinnene fortalte om tidlegare erfaringar med å ikkje gjere det, der omfattande og langvarige helseplager blei konsekvensen. Ei av kvinnene fortalte at ho blei sjokkert når ho skjønte kor gale det var. Ho fekk mange ulike plager i fleire delar av kroppen, og det tok lang tid å bli bra igjen.

Då fekk du liksom alle desse her, dei gjekk gjennom kroppen all slags slike sjukdomar. Eg fekk lungebetennelse, eg mista håret. Eg kunne berre gjere slik (dreg fingrane gjennom håret), og så datt håret av. Og det var vondt i ryggen, det var knytt til ryggen først og fremst. Det begynte der, så tok det liksom av alle plassar. Det er jo ein form for utbrentheit. Vi er ikkje klar over det sjølv kor gale det eigentleg er før ein begynner å kjenne etter. Ein treng ikkje kjenne etter. Eg kjente ikkje etter for det var ryggen eg hadde. Og når håret begynte å dette av, då blei eg heilt sjokkert, eg blei sjokkert altså. (Deltakar 1)

Nokre av deltakarane fortalte om reaksjonane sine knytt til å bli sjukmeldt. Felles for desse var at det kom uventa. Dei hadde ikkje innsett kor dårlege dei var. Andre, blant anna fastlege og arbeidsgjevar, forstod det meir enn dei gjorde sjølv. Reaksjonane på sjukmeldinga varierte mellom skuffelse, overrasking, til å bli letta. Dei hadde ikkje kjent etter og var heller ikkje bevisste signala frå kroppen. Ei kvinne i 60 åra fortalte at det blei for stor belastning på arbeid, og etter råd frå arbeidsgjevar gjekk ho til fastlege. Ho såg føre seg å bli sjukmeldt ein dag i veka for å kvile og ta seg litt inn igjen. Ho blei veldig overraska og letta då fastlegen ville sjukmelde ho 100 %.

Slik at eg blei både letta, men veldig overraska over at eg blei 100 % sjukmeldt. For eg hadde trudd at han kanskje kunne gje meg ein liten pause, kanskje fri kvar tysdag for eksempel for å komme meg igjen og sove ut litt. (Deltakar 2)

Ei anna kvinne i 40 åra opplevde stor skuffelse over å bli sjukmeldt. Ho innsåg at ho hadde behov for det, men forstod ikkje kvifor ho var blitt så dårleg at ho hadde behov for sjukmelding. Det var eit stort nederlag å bli sjukmeldt av "ingenting". Ho forstod seinare, med hjelp frå psykiatritenesta, at helseplagene hadde samanheng med ei alvorleg hending som ho hadde vore utsett for nokre månader tidlegare, og som var fortrengt. Ho hadde ikkje kjent etter korleis denne hendinga hadde påverka ho.

Når eg vart sjukmeldt, så vart eg veldig skuffa over meg sjølv. For det hadde ikkje skjedd noko, sant. Eg vart sjukmeldt av noko som ikkje hadde skjedd. Eg hadde lagt så lok på det, at eg klarte ikkje hugse, altså eg skjønnte ikkje kvifor. Fordi det var jo ingenting som hadde skjedd. Og at du er blitt så ynkeleg, og så lite, kva skal eg sei, at du blir sjukmeldt av ingenting. Altså det var jo ein enorm stor skuffelse over meg sjølv som på ein måte var.. det var tøft rett og slett altså. (Deltakar 4)

Nokre av kvinnene fortalte at dei kjente på redsel for å bli verre ved å begynne igjen i arbeid. Dei var redde for å ta for store steg, å ikkje strekke til, og å bli sjukmeldt igjen. Fleire var opptatt av å begynne gradvis i redusert stilling. Denne uvissa og redselen var også sentral etter at dei hadde komme tilbake i arbeid, i høve spørsmål om å auke opp i stillingsstorleik. Dei kjende seg ikkje trygge på å lese signala frå kroppen godt nok - og tidsnok. Ein av deltakarane fortalte om usikkerheit knytt til prosessen framover med avklaring av arbeidsevne, og kor store og raske steg ho kunne ta. Dette handla ein del om uklare forventningar frå NAV, kva moglegheiter som var hos arbeidsgjevar, men mest om usikkerheit i forhold til kva helsa kunne tillate.

Og som sagt mål, i vertfall 80 tenkjer eg. Men kor lang tid eg skal bruke på det. Det er litt.. og korleis trappene skal vere då, det er eg litt usikker på. Både i forhold til det med overanstrenging, altså at det ikkje blir for mykje. (Deltakar 3)

Ein av deltakarane fortalte om belastning knytt til å ha helseplager med ukjent årsak. Ho fortalte at det hadde vore enklare å leve med plagene dersom ho visste kva som var gale. Dette handla om at det ville vore lettare å forklare for andre om ho hadde noko konkret å vise til, i tillegg til at det kunne gjort situasjonen meir føreseieleg for eigen del.

Så det er liksom slik, ryggen er ikkje.. den har eg fått beskjed om å berre leve med, ferdig med det. Så eg har sagt at den er heilt grei, den må eg leve med. Men eg vil vite kva det er, altså det er litt lettare å kunne leve med tinga når du veit kva det er for noko. (Deltakar 5)

I høve til kva som skulle til for å komme tilbake i arbeid var det fleire av deltakarane som la vekt på si eiga rolla i dette. Dei hadde eit ønske om å komme tilbake i arbeid, og presiserte at eigeninnsats, og haldningar som trass, vilje, å ta seg saman og presse seg sjølv, var avgjerande. Å ta seg saman og presse seg kan sjåast som kontrast til å lytte til kroppen. Ein av deltakarane gav likevel uttrykk for å gjere begge deler. Deltakarane hadde behov for å lære kroppen sin å kjenne slik at dei visste kor grensene gjekk for kor langt dei kunne presse seg. Nokre av deltakarane fortalte om håp knytt til å bli friskare slik at dei kunne auke opp i stillingsstorleik. Ei av dei tenkte samtidig at dette ikkje var realistisk. Ho var gradvis blitt meir bevisst grensene for kva kroppen og helseplagene kunne tillate.

Fleire av deltakarane opplevde at kroppen sette premissane for aktivitet i kvardagen. Helseplagene førte til nedsett funksjon, og auka behov for ro og kvile. Dette var gjeldande under sjukefråværsperioden, men også etter at dei begynte igjen i arbeid. Dei fleste hadde redusert kapasitet både på heimebane og på arbeid, samanlikna med før sjukefråvær. Nokre deltakarar framheva behovet for god planlegging for å få kvardagen til å gå rundt, til dømes å handle ein gong i veka. Ei kvinne fortalte at ho mangla energi og initiativ. Å rydde kjøkkenet kunne til dømes ta ein heil dag. Ei anna kvinne fortalte at somme dagar var det nok å legge saman - eller henge opp klede, då var ho heilt øydelagt med såpass store smerter at ho kunne ikkje gjere meir. Omfattande smerter og funksjonstap blei skildra, til dømes ved at ho somme morgonar måtte rulle ut av senga, og hadde vanskar med å røyse seg opp. Dette kan illustrerast med følgjande sitat: "du rullar deg ut av senga, og så er det mareritt for å komme opp i ståande stilling.. og så er det sånn.. skal eg tørre å sette meg ned igjen noko meir i dag eller blir eg sittande" (Deltakar 5). Fleire fortalte om behov for smertestillande for å kunne fungere best mogleg, både heime og i arbeid. Dei var samtidig kritiske til overdriven bruk av slike medikament, til dømes grunna biverknader for magen og frykt for resistens.

Fleire av kvinnene var opptatt av å prøve å skjerme barna og familien for smertene. Dei ønska å kunne stille opp for barna og ivareta morsrolla, til dømes ved å lage mat, ta seg av klesvask og følgje opp barna på aktivitetar. Kvinnene opplevde det som viktig at familien hadde det bra, og såg at dei

hadde ei viktig rolle i samhandlinga i familien. Ved å lytte til kroppen kunne dei finne balansegangen mellom aktivitet og kvile, noko som var ein føresetnad for å halde humøret oppe.

Altså det viktigaste det er jo det at alle som eg bur i lag med har det bra og fungerer, og ikkje bli belasta av at.. sant, så det gjeld jo å halde humøret oppe slik at du ikkje trekkjer ned resten av familien. (Deltakar 6)

4.1.5 Sosiale og praktiske utfordringar i tilværet som sjukmeldt

Deltakarane fortalte om utfordringar som var sekundære til sjukefråværet, nemleg frykt for stigmatisering og økonomiske bekymringar og papirarbeid. Nokre av deltakarane i studien fortalte at dei kvitte seg for å gå ut på dagtid då dei vanlegvis ville vore på jobb. Dei var bekymra for å møte nokon dei kjende, til dømes kollegaer eller foreldre til barn i barnehagen/skulen, og kva dei ville tenke. Dette handla mykje om at helseplagene som deltakarane hadde ikkje var synlege for andre. Ei kvinne i 50 åra trekte fram døme på kommentar som ho hadde høyrte var blitt sagt om andre, som handla om mistru til at dei var sjuke og hadde behov for sjukmelding. Deltakarane var redde for stigmatisering knytt til rolla som sjukmeldt, og kanskje spesielt knytt til å vere sjukmeldt med usynleg sjukdom. Dei frykta fordommar og manglande sosial aksept knytt til å vere heime frå jobb. Deltakarane ønska ikkje å identifisere seg med rolla som sjukmeldt dersom legitimiteten for sjukefråværet stod på spel.

Det var eigentleg heilt forferdelig. Dei dagane du er bra, så kan du gå ut, og så liksom treff du folk. Og så.. "ja då, der går ho", sant, "ho ser ikkje mykje sjuk ut". Det er jo det som er sidan det var ryggen. Det blir jo som eg har sagt, det kan vere lettare at du hadde gipsa ein fot eller ein arm, for då viser det. Men slik som eg går, så føler eg det viser ingenting. (Deltakar 5)

Fleire formidla at dei gradvis begynte å akseptere eigen situasjon med helseplager og sjukefråvær, og at det då blei lettare å gå ut. Å akseptere seg sjølv og eigen situasjon kom fram som viktigare enn aksept frå tilfeldige andre. Ei av kvinnene sa til dømes at frykta for kva andre tenkjer sit truleg mest i eins eige hovud. Perioden med sjukefråvær var såleis ein prosess der kvinnene fekk utfordra og utvikla seg, blant anna knytt til korleis dei såg på seg sjølv og eigen situasjon. Kvinnene som deltok i studien min var på ulike stadium i denne prosessen.

Ein av deltakarane peika på den økonomiske bekymringa knytt til langtidssjukefråvær, og beskrev dette som det verste med å vere ute av jobb såpass lenge. Ved sjukefråvær lengre enn eitt år blei inntekta redusert i vesentleg grad. Nokre av deltakarane skildra det tunge arbeidet med å ordne alle papir, til dømes til forsikringsselskap og pensjonskasse. Dei fortalte at det var mykje å sette seg inn i, og dei visste ikkje alltid korleis dei skulle gå fram.

Det var vel det som eg var mest bekymra for i byrjinga, korleis det ville gå før du har fått alle... det er jo ein stor jobb å få alle papira i orden. Og når du ikkje er frisk så blir det veldig tungt, alt det som må ordnast. Og vis du då ikkje veit kva du skal gjere, så må det jo bli endå tyngre. (Deltakar 6)

4.1.6 Å handtere bekymringar og få avkopling

Deltakarane fortalte om ulike strategiar som blei brukt for å handtere negative tankar og kjensler, og oppleve mestring og avkopling. Dette var spesielt viktig under det nye og utfordrande tilværet som sjukmeldt, men også etter at deltakarane var komme tilbake i arbeid. Slike strategiar var blant anna hobbyar, frivillig arbeid, trening, yoga, og religion.

Fleire av deltakarane fortalte at fritidsaktivitetar hadde ein viktig funksjon i perioden dei var vekke frå jobb. Hobbyar som strikking og hagearbeid gav glede, ro og mestringskjensle. Ein av deltakarane dreiv med frivillig arbeid på fritida. Då ho trengde fri frå jobb var det paradoksalt nok frivillig arbeid som var den beste hjelpa for ho. Gjennom frivillig arbeid kunne ho dra nytte av mange av fordelane med å vere i arbeid, på ein anna arena. Ho fortalte at det var veldig viktig for ho i den perioden, det var meningsfullt og bidrog til å halde ho oppe. Ho fekk tankane over på noko som ho var engasjert og interessert i. Det gav kjensle av fellesskap, å vere til nytte og å kunne bidra til noko større.

Følgjande sitat illustrer kor stor kraft det hadde for ho å delta i frivillig arbeid:

Det var store øvingar som eg var med å laga til. For eg har spesialkompetanse til å lage til øvingar, sminke skader, spele skada (...) det holdt meg faktisk oppe. For eg hadde noko meningsfullt å faktisk.. så det holdt meg oppe. (Deltakar 4)

Viktigheita av trening og bevegelse kom fram i fleire intervju. I spesielt eit intervju blei dette eit stort tema. For denne kvinna vart mosjon og frisk luft ein viktig del av kvardagen. Gjennom trening fleire

gonger i veka, både styrke, sykling, basseng og turar til fots, hadde ho fått til ei positiv endring i fysisk form. Treninga gjorde ho sprekare, lettare på foten og trygg på å bevege seg i naturen. I tillegg kom ho seg ut og møtte andre, ho blei ein del av eit fellesskap.

Eg har vert i aktivitet i to år. Eg har vore å treni i basseng og helsestudio, gått tur, eg er med på noko heile tida altså. Og då var eg nesten overtrent ei stund. Eg trente altså fem dagar i veka eg. Og eg sykla og styrte på. (Deltakar 1)

Eit par av deltakarane opplevde derimot at trening førte til forverring av helseplager. Ei kvinne i 50 åra fekk ubehagelege smerter etter trening, og hadde vanskar med å bruke armen. Ho måtte avlaste armen, til dømes bruke øyreproppar for å kunne snakke i telefonen. Ho opplevde å ikkje få forståing for at treninga ikkje gjorde ho godt. Ho kjente tydeleg skilnad på "god" verk og "vonde" smerter.

Så då fekk jo eg berre beskjed om at "du må jo tole litt treningsverk". Som eg sa, "treningsverken skal eg klare, den er faktisk ein god verk, men det som eg fekk i kroppen etter det, det var ikkje noko godt". (Deltakar 5)

For ein av deltakarane var yoga og mindfulness blitt ein viktig del av kvardagen. Ho hadde erfart korleis dette kunne hjelpe ho for å redusere stress og fokusere på her og no. Samtidig opplevde ho at det var lett å utsetje eller gløyme det i ein travel kvardag når ho var sliten og helst ville kvile. Ho hadde erfart at aktivitetar for avkopling og ro også kravde prioritering av tid og energi, men hadde likevel ikkje alltid overskot til det etter jobb. Jobben var førsteprioritet. Også mannen hennar såg at det var viktig for ho å prioritere yoga og mindfulness, og forsøkte å minne ho på det.

Eg gjekk på yoga for eksempel. Det tenkjer eg jo og var ein veldig god ting. Og det hjelpte meg og i forhold til å redusere stress, og fokusere litt på det som er her og no, i staden for alt som ein skulle eller burde. (Deltakar 3)

Ei kvinne fortalte om korleis trua hennar har hjulpt ho med å takle bekymringar. Ho fortalte at ho la bekymringar framfor Gud, og at det gav ei ro å vite at ei større makt har kontrollen. Ho hadde heilt sidan barndomen vore vant med å legge gleder og bekymringar framfor Gud, og opplevde det som

ein stor styrke i livet. Dette kan representere eit håp og ei tru på at det finnast ei løysing, og det er ei meining med det som skjer.

Altså når bekymringa verkeleg vil knyte seg rundt meg, så tenkjer eg at "nei Gud, altså denne bekymringa her, den må du ta. Veit du kva, eg berre gjev den bort til deg. Eg kan ikkje bekymre meg, eg kan ikkje forandre på..". Du kan jo ikkje forandre framtida om du vil det eller ikkje, anna enn å be sjølvsgt. Så det er ein veldig stor styrke i livet, det er det nok.

(Deltakar 2)

Fleire deltakarar tok sjølv initiativ til - eller fekk tilbod om diverse støtte -, mestrings - og behandlingstiltak frå fastlege, for å lettare kunne mestre den vanskelege situasjonen dei var i. Deltakarane nytta ulike tilbod som kommunal psykiatriteneste, psykolog, livsstyrketreningskurs, stressklinikk, frisklivssentral, alternativ behandling og fysioterapeut. Felles for erfaringane med desse tenestene var auka forståing og innsikt i eigen situasjon, oppleving av anerkjenning og støtte, auka funksjon i kvardagen, og auka arbeidsevne.

Han her psykiateren, litt flåsete så kalla jo ein det på ein måte

"overanstrengelseintoleransesyndrom" (ler). Det er ein god betengelse, og den tenkjer eg er viktig for meg å hugse på. At eg toler ikkje å bli overanstrengt. Så eg må på ein måte passe på at eg har passeleg med arbeid, at eg får kvilt meg. Og ikkje har eit stort ansvar, slik at eg blir gåande å tenke på det heile tida. (Deltakar 3)

I eit intervju med ei kvinne i 50 ára blei erfaringar med frisklivssentralen eit viktig tema. Ho var veldig fornøgd med frisklivssentralen, både i forhold til treningstilbodet og at det hadde ein viktig sosial funksjon. Ho hadde fått nye venner og kjente som ho også hadde møtt på kafé og elles. Ho synest det var synd at ho ikkje fekk informasjon om frisklivssentralen før eitt år etter at ho blei sjukmeldt, og at det har blitt kutta i stillingar i staden for å utvikle tilbodet. Ho meinte at fleire skulle nytta seg av frisklivssentralen, kanskje kunne det ført til reduksjon av sjukmeldingar. Kva funksjon tilbodet hadde hatt for ho kan illustrerast med følgjande sitat "Men det er jo veldig sosialt og det der når du går og trenar sånn. Du blir kjent med masse folk. Vi har no vore på kafé og vore litt sosiale (Deltakar 1)".

Alle deltakarane hadde positive erfaringar med støtte -, mestrings og behandlingstiltaka, med unntak av fysioterapi der det var delte erfaringar. Fleire av deltakarane hadde prøvd fysioterapi, tradisjonell - eller psykomotorisk fysioterapi. Ein av deltakarane som hadde både positive og negative erfaringar med oppfølginga hos fysioterapeut, fortalte at det var avhengig av om kroppen spelte på lag. Ho fortalte at fysioterapeuten følgde nøye med slik at ho ikkje overbelasta. Ho fekk rettleiing i høve til å lytte til kroppen. Fysioterapeuten hadde fokus på å halde ved like - og betre funksjon, ikkje bygge musklar.

Så no når eg har gått oppe på fysikalske så får eg kjeft vis eg tek meir enn to kilo. Det er slik:

”ja, men eg måtte jo ta meir sist”. ”Ja”, seier ho, ”men det er ikkje...”, altså det er ikkje

musklar eg skal bygge, eg skal jo halde det ved like. (Deltakar 5)

5 Diskusjon

Formålet med denne studien er å utforske førstepersonserfaringar blant personar med ”ubestemte” helseplager, knytt til prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Først i dette kapittelet vil eg diskutere resultatata. Deretter følgjer methodediskusjon, der eg vil diskutere styrker og svakheiter med studien.

5.1 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet følgjer diskusjon av resultatata i studien. Eg vil diskutere resultatata opp mot tidlegare forskning, og sjå resultatata i lys av dei to teoretiske perspektiva for studien: anerkjenningssteori og kroppsfenomenologi. I høve diskusjon av resultat vil eg ta føre meg tema knytt til samhandling med arbeidsgjevar og kollegaer, identitetsutvikling, å lytte til kroppen, og samhandling med hjelpeapparatet.

5.1.1 Samhandling med arbeidsgjevar og kollegaer

Resultata i studien viser at korleis ein blir møtt av leiar og kollegaer, har stor betydning for prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær. Studien peikar på at det er avgjerande å oppleve trivsel og mestring på arbeidsplassen. Felles for dei som ønska å halde fram med å arbeide på same arbeidsplass var at dei kjente seg anerkjent både av arbeidsgjevar og kollegaer. Ein av deltakarane fortalte at ho kjente seg sakna på arbeidsplassen når ho hadde vore vekke ein periode, og at kollegaer sa at det var kjekt å sjå ho igjen. Sett i lys av Honneth (2008) si tredeling av ulike former for anerkjennning, blei ho sosialt verdsett. Verdien av trivsel og mestring på arbeidsplassen blir

også framheva i andre studiar, blant anna i studiane til Jakobsen og Lillefjell (2014, s. 52) og Norlund et al. (2013).

Det er eit sentralt funn i studien at sosial verdsetjing frå arbeidsgjevar var avgjerande i prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær. Det hadde stor betydning for korleis den sjukmeldte opplevde prosessen, om vedkommande kom tilbake i arbeid, og i kva grad vedkommande opplevde trivsel. Studien viser døme på sosial verdsetjing frå arbeidsgjevar, til dømes ein arbeidsgjevar som hadde sagt at han ønska å behalde den sjukmeldte som arbeidstakar uansett kor mykje eller lite vedkommande kunne jobbe. Eit anna døme handla om fleire episodar der ein arbeidstakar hadde fått positive tilbakemeldingar frå leiar. Vedkommande hadde samtidig erfart krenkande åtferd frå sine kollegaer gjennom avvising. Ut frå Honneth (2008) sin anerkjeningsteori, kan ein forstå anerkjenninga ho opplevde frå arbeidsgjevar som førebyggjande i høve dei negative kjenslereaksjonane som vart utløyst i møte med kollegaer. Kvinna kom tilbake i same arbeid etter sjukefråvær, men hadde ønske om å finne nytt arbeid. Anerkjenninga frå arbeidsgjevar var ikkje nok for å kompensere for dei vanskelege kjenslene som vart utløyst i møte med kollegaer. Sjølv om fleire av deltakarane i studien fekk tilrettelegging knytt til arbeidsoppgåver og arbeidstid, ville dei likevel skifte arbeid. Resultata viser at tilrettelegging ikkje var tilstrekkeleg for å kunne vere i arbeid, så lenge behovet for anerkjening ikkje blei møtt. Dette viser at anerkjening frå leiar og kollegaer kan vere vel så viktig som tilrettelegging i prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær. Behovet for tilrettelegging må likevel ikkje undervurderast. Resultata peikar på at dette også er avgjerande for å få ei gradvis tilbakeføring til arbeid.

Arbeidsgjevar var i varierende grad involvert i prosessen med å komme tilbake i arbeid blant deltakarane i studien, men hadde likevel ei sentral rolle på godt og vondt. Nokre arbeidsgjevarar var ein viktig støttespelar, medan andre arbeidsgjevarar såg ikkje behov for kontakt med den sjukmeldte, og viste manglande forståing, støtte og tillit. Også deltakarane i studien til Holmgren og Ivanoff (2004, s. 218) opplevde at verken arbeidsgjevar eller kollegaer tok kontakt under sjukefråvær. Sett i lys av Honneth (2008) sin anerkjeningsteori, handlar dette om at deltakarane ikkje blei anerkjent i kraft av individuelle eigenskapar og ferdigheiter. Dei opplevde krenkande åtferd gjennom stigmatisering. Norlund et al. (2013, s. 275) peikar på viktigheita av arbeidsgjevar sitt ansvar i prosessen med tilbakeføring til arbeid, blant anna knytt til tett oppfølging og å følgje planane som vert lagt.

Openheit ovanfor arbeidsgjevar kom fram som viktig i studien min. Wainwright et al. (2013, s. 505) fann også i sin studie at det er viktig å vere open og at det er rom for å diskutere uttalte

problemstillingar, til dømes knytt til korleis arbeidstakarar ynskjer å bli spurt om helsesituasjonen sin. Gjensidig tillit mellom arbeidstakar og arbeidsgjevar er heilt avgjerande for å skape ein god prosess for tilbakeføring til arbeid (Norlund et al., 2013; Wainwright et al., 2013, s. 505). I Bukve og Kvåle (2014, s. 16) sin definisjon av samhandling er gjensidig tillit nettopp ein føresetnad for å få til samhandling. Gjensidig tillit handlar om at arbeidsgjevar har tillit til at arbeidstakar gjer så godt han eller ho kan på tross av helseplager, og at arbeidstakar har tillit til at arbeidsgjevar er til å stole på, og gjer det han eller ho kan for å legge til rette. Å vere open om korleis helseplagene påverkar ein i arbeidet, og kva ynskjer og forventningar ein har til leiar og kollegaer, både føreset - og er eit godt utgangspunkt for å bygge vidare tillit.

Honneth (2008, s. 145, 179-182) hevdar at anerkjenning er ein føresetnad for ein godt utvikla identitet, for sjølvrealisering og eit godt liv. Vidare peikar Honneth (2008, s. 181) på at anerkjenning skjer intersubjektivt. Korleis ein har det med seg sjølv blir altså i så stor grad blir påverka av forholdet ein har til andre. Slik sett var det svært viktig, og kanskje også heilt nødvendig, å finne nytt arbeid for kvinnene som erfarte krenkande åtferd frå arbeidsgjevar og kollegaer. Forakt og krenkande åtferd utløyser negative kjenslereaksjonar som kan vere skadeleg. Dette stemmer med forteljingane til deltakarane, som beskrev kjensler som ubehag, irritasjon og utmatting. Ut frå Honneth (2008) sin anerkjeningsteori kan ein forstå det å skifte arbeid som deira form for kamp om anerkjenning. Dei måtte skifte arbeidsplass for at det skulle bli samsvar mellom korleis dei såg på seg sjølv, og korleis dei opplevde å bli anerkjent på arbeid. Kvinnene opplevde høg grad av trivsel på den nye arbeidsplassen, i tillegg til mestring og auka arbeidsevne. Ei av kvinnene i studien min valde å ta utdanning som ein veg mot sjølvrealisering og ein betre arbeidssituasjon. Deltakarane i studien til de Vries et al. (2011) la vekt på at det var viktig å finne ein veg for å få auka sjølvtilit for å kunne vere i arbeid. Det å finne nytt og meir høveleg arbeid var viktig for å kunne vere i arbeid på tross av smerter. Dette innebar gjerne å ta utdanning for å kvalifisere seg for andre yrker.

Å ta ny utdanning og komme i nytt arbeid kan vere ei form for sjølvrealisering. Sjølvrealisering handlar om å kunne sjå egne behov og nytte egne ferdigheiter for å realisere personlege livsmål. Igjen er anerkjenning frå andre ein føresetnad, slik at sjølvtilit, sjølvrespekt og sjølvverdsetjing vert godt utvikla (Honneth, 2008). Fleire av kvinnene fortalte at dei fekk verdifull støtte og hjelp frå arbeidsgjevar i høve til å finne nytt arbeid. Kanskje var denne støtta avgjerande for at kvinnene skulle sjå at dei hadde behov for – og at det var moglegheiter for - nytt arbeid, som både passa betre med helsesituasjonen deira, og som ville gje nye moglegheiter for utvikling. Holmgren og Ivanoff (2004, s. 218) fann i sin studie at deltakarane opplevde vanskar med å finne ein veg tilbake i tidlegare arbeid, i høve til å finne oppgåver som både var interessante, utfordrande, og som ikkje var for stressande og

krevjande. Resultata i studien min viser at det også kan vere utfordrande å finne nytt arbeid. Nokre av deltakarane i studien forsøkte seg på andre karrierevegar, men nye sjukdomar dukka opp, og gjorde at dei gjekk tilbake til tidlegare arbeidsgjevar. Dette illustrerer den sårbare posisjonen til ein del av desse kvinnene. Både moglegheitene for å gå tilbake til tidlegare arbeid, og moglegheitene for anna arbeid, kan vere avgrensa når ein har omfattande helseplager og nedsett arbeidskapasitet.

5.1.2 Identitetsutvikling

Resultata i studien viser at deltakarane hadde eit sterkt ønske om å komme tilbake i arbeid. Dei identifiserte seg som arbeidstakarar, og ikkje som sjukmeldte. Vidare viser resultata at perioden med sjukefråvær innebar ein prosess der deltakarane fekk utfordra og utvikla seg knytt til korleis dei såg på seg sjølv og sin situasjon. Det handla om å bli bevisst, akseptere og ta omsyn til helseplagene, og det dei medførte av endringar i kvardagen. Deltakarane i studien til Glavare et al. (2012) og Åhrberg et al. (2010) la også vekt på at perioden med sjukefråvær påverka korleis dei såg på seg sjølv og helseplagene. Deltakarane i begge desse studiane la vekt på å akseptere og normalisere helseplagene, og å tilpasse seg ein ny situasjon. Det handla om å bygge opp igjen sjølvbiletet og rekonstruere identiteten sin. Glavare et al. (2012) og Åhrberg et al. (2010) hevdar at støtte frå andre truleg er svært avgjerande i denne prosessen. Glavare et al. (2012) fann i sin studie at det var avgjerande å oppleve at andre hadde tru på deg, og at det var verdt å investere ressursar i å hjelpe deg. Åhrberg et al. (2010) peikar på at denne endrings- og utviklingsprosessen kan vere ein viktig nøkkel for ein positiv prosess i høve tilbakeføring til arbeid etter langtidssjukefråvær. Dette er også eit sentralt funn i studien min, nemleg at det å akseptere og handtere eigen situasjon er heilt avgjerande i prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær.

Nielsen et al. (2013) peiker på at sjukefråvær representerer ein stor trussel i høve positivt sjølvbiletet. Studien min belyser at det å bli sjukmeldt kan skape ei kjensle av å vere mislukka fordi ein ikkje meistar arbeidet. For ei av kvinnene var det viktig at det var eit reelt behov på arbeidsplassen i høve å komme tilbake i arbeid. Resultata gjev fleire døme på at det å vere i arbeid, tross liten stillingsstorleik, var viktig for sjølvtiliten. Det handla om å vere til nytte og kjenne seg verdifull. Dette kjem også fram i studien til Glavare et al. (2012), de Vries et al. (2011) og Åhrberg et al. (2010). Sett i lys av Honneth (2008) sin anerkjeningsteori handlar dette om sosial verdsetjing. Ein av deltakarane, som opplevde krenkande åtferd på jobb, var aktiv innan frivillig arbeid i perioden då ho hadde sjukefråvær. Det kan verke som eit dobbelt paradoks å delta i frivillig arbeid medan ein er sjukmeldt frå lønna arbeid, og samtidig at det fungerte som den beste hjelpa i sjukefråværsperioden. Kanskje var dette hennar form for kamp om anerkjening. Gjennom frivillig arbeid blei ho rettferdig behandla og verdsett, noko som er avgjerande føresetnader for ei vellukka identitetsutvikling og for eit godt

liv. Høilund og Juul (2005, s. 22) peikar på at "Det er de fællesskaber, som mennesket indgår i, der sætter grænsen for, hvad der kan anerkendes, og dermed, hvad der bliver virkelighed". Slik har ein også sjølv eit ansvar i høve kva fellesskap og miljø ein vel å vere ein del av, og kven ein omgåast.

Toye et al. (2016) peikar på at personar med sjukefråvær grunna kroniske smerter har vanskar med å balansere arbeid og andre roller som fritid og sosiale aktivitetar. Dei fann i sin studie at vanskar med å finne balanse kunne føre til at arbeidstakarane fall ut av arbeid. Blant deltakarane i studien min var heller meiningsfulle aktivitetar ein mestringsstrategi for å komme tilbake i arbeid. Også Holmgren og Ivanoff (2004) og Åhrberg et al. (2010) peikar på at meiningsfulle aktivitetar fungerer som mestringsstrategiar. Det kan gje ei kjensle av å føle seg normal og gjere at ein set pris på å vere i aktivitet (Åhrberg et al., 2010). Ose et al. (2014, s. 5) peikar på at forskning viser at det å ha fleire roller heller er positivt enn negativt i høve risiko for sjukefråvær. Her viser forskinga motstridande resultat og forståingar. Dette kan til dømes handle om i kva grad fritidsaktivitetane bidreg med positive opplevingar, som til dømes avkopling, mestring og sosial verdsetjing, eller om dei heller er knytt til negative opplevingar, som til dømes kjensle av plikt og belastning. Dette kan igjen vere knytt til om fritidsaktivitetane er tilpassa situasjonen med helseplager. Perioden med sjukefråvær er ein endringsprosess som vil gjelde for mange delar av tilværet, også for fritid og sosiale aktivitetar. Det vil truleg vere avgjerande at aktivitetane opplevast meiningsfulle i den aktuelle situasjonen for at dei skal verke positivt på prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. For mange vil dette gjerne innebere å delta i andre aktivitetar enn tidlegare.

5.1.3 Å lytte til kroppen

Resultata i studien belyser viktigheita og utfordringa knytt til å lytte til kroppen. Dette kom til dømes til uttrykk då deltakarane vart sjukmeldte, og ikkje var klar over kor dårlege dei var. Dette var også eit viktig tema etter at deltakarane var komme tilbake i arbeid. Det handla om å ta nødvendige omsyn i kvardagen for å ikkje bli dårlegare, til dømes med auka smerter. Eit anna funn i studien var viktigheita av haldningar som trass, vilje, ta seg saman og presse seg. Dette er i tråd med funna i studien til Åhrberg et al. (2010) og Jakobsen og Lillefjell (2014, s. 52). Å lytte til kroppen og å presse seg kan verke som to motsetnader. Truleg handla dette om å presse seg innafor grensene av det kroppen kunne tillate, og slik var det å kunne lytte til kroppen heilt avgjerande. Deltakarane i studien til de Vries et al. (2011) la også vekt på å lytte til kroppen som føresetnad for å kunne vere i arbeid på tross av smerter. Dette innebar blant anna å kvile ved behov. Jakobsen og Lillefjell (2014, s. 52) og Toye et al. (2016, s. 567-568) fann også i sine studiar at deltakarane erfarte det som vanskeleg å finne balanse mellom aktivitet og kvile i kvardagen.

Innan kroppsfenomenologien blir kroppen rekna som menneskets kjelde til bevisstheit og erfaring. Ein kan derfor undre seg over at det blir opplevd som vanskeleg å lytte til kroppen når det er nettopp kroppen vi erfarer med. På den andre sida kan vanskane vere knytt til kroppsskjemaet (Thornquist, 2003, s. 124). Kroppsskjemaet er "...kroppens anonyme, før-refleksive tilstedeværelse i verden" (Rasmussen, 1996, s. 86). Det vil seie at handlingane skjer nærast av seg sjølv ved at vi agerer på intensjonaliteten, nemleg møtet med verda (Carel, 2007, s. 100; Thornquist, 2003, s. 118). I det habituelle kroppsminne og kroppsskjemaet, ligg det lagra korleis kvinnene har vore van med å bevege seg, gjere oppgåver og så vidare. Fordi det er snakk om før-refleksive handlingar utførte gjerne kvinnene ulike handlingar og oppgåver slik som før, til dømes arbeidsoppgåver og husarbeid, utan å reflektere over dei nye omsyna som dei måtte ta som følgje av helseplagene. Å tileigne seg nye vanar krev bevisstgjerjing, men det er likevel ikkje nok (Merleau-Ponty, 1994, s. 100). Merleau-Ponty (1994, s. 99-100) forklarar vanar som kunnskap som ligg i hendene, og som kjem til uttrykk gjennom kroppsleg handling. Det er kroppen som forstår- og lærer seg nye vanar. Merleau-Ponty (1994, s. 100) forklarar kroppen sin måte å forstå på slik: "At forstå vil sige at oppleve overensstemmelse mellom det, vi ser, og det, der er givet, mellom intentionen og utførelsen – og kroppen er vor forankring i en verden". Når sjukdom fører til manglande harmoni og samsvar mellom intensjon og utføring, nemleg mellom korleis vi ynskjer - og er van med å utføre ei oppgåve og korleis kroppen fungerer (Carel, 2007; 2011, s. 39), blir det å tileigne seg nye vanar utfordrande. Kroppsfenomenologien kan slik hjelpe oss med å forstå kvifor det kan vere vanskeleg å endre vanar og handlingsmåtar.

Resultata i studien min viste at helseplagene påverka kvinnene i stor grad både i dagleglivet og i høve arbeid. Det som før var små kvardagslege oppgåver, kunne no sette dei ut av spel med store smerter og energitap. Ut frå eit kroppsfenomenologisk perspektiv førte helseplagene til at det oppstod eit gap mellom den levde kroppen og den biologiske kroppen (Carel, 2007, s. 53; Leonard, 1994). Det vil seie at det blei eit gap mellom korleis dei var vande med at kroppen fungerte, og korleis kroppen som følgje av helseplager ikkje lenger fungerte slik som før. Som Thornquist (2003, s. 118) peikar på, kan dette føre til at ein utviklar avstand til eigen kropp fordi den skapar utfordringar og ikkje kan kontrollerast. Med avstand til eigen kropp er det naturleg at det vert vanskeleg å lytte til kroppen. Dette kan bidra til å forklare kvifor kvinnene opplevde det som utfordrande og vanskeleg å lytte til kroppen over tid.

Vår før-refleksive handling i møte med verden, er ein dynamisk måte å kommunisere med verden på (Rasmussen, 1996, s. 86). Sidan kroppsskjemaet er dynamisk kan ein stille spørsmål ved om anerkjenning frå andre kan bidra til å endre kroppsskjemaet. Kan det vere slik at nye forventningar

bidreg til at dei spontane reaksjonane i kroppsskjemaet gradvis vert endra, som følgje av at vi er intersubjektive? Gjennom intersubjektiviteten blir vi påverka av andre i ein gjensidig relasjon, og slik blir vi fullt utvikla i vårt forhold til oss sjølve (Merleau-Ponty, 2012, s. 311; Zahavi, 2003, s. 79). Åhrberg et al. (2010) fann i sin studie at opphald på rehabiliteringssenter innebar ein stor endringsprosess. Endringsprosessen handla om tilpassing til at ein ikkje lenger klarer det same som før. Gjennom støtte i denne prosessen kunne deltakarane finne ein ny identitet. Dette stemmer med tanken om at støtte og anerkjenning frå andre kan bidra i prosessen med å tilpasse seg ein ny situasjon og over tid endre vanar. På den andre sida peikar Rasmussen (1996, s. 83) på at det ved sjukdom skjer eit brot i relasjonen til verden. Sidan vi gjennom vårt intersubjektive forhold til andre utviklar vårt forhold til oss sjølve, vil eit slikt brot gå på kostnad av at vi får oppleve gjensidig anerkjenning med andre, og slik får ei vellukka identitetsutvikling. Når det å komme tilbake igjen i arbeid for mange inneberer ein endringsprosess knytt til å bygge opp igjen sjølvbiletet og å utføre arbeidet på andre måtar, seier det seg sjølv at dette blir ei utfordrande oppgåve.

5.1.4 Samhandling med hjelpeapparatet

Resultata i studien viser at det å komme tilbake i arbeid er ein lang og brokete prosess, og at det ikkje er noko klart skilje mellom å vere sjukmeldt og å komme tilbake i arbeid. Tvert i mot flettar sjukefråvær og tilbakeføring til arbeid seg saman i ein parallell prosess med gradvis auke av arbeidsdeltaking. Dette kom truleg særleg til uttrykk i denne studien ettersom rekruttering blei gjort gjennom NAV-kontor, der personar som har komme tilbake i full jobb ikkje blei inkludert. Noko tilsvarande funn gjorde også Øyeflaten et al. (2012) i sin studie. Dei peikar på at det å komme tilbake i deltidsarbeid, kan for mange vere eit tilstrekkeleg mål etter langtidssjukefråvær, særleg om alternativet er full uføretrygd. Dei fleste deltakarane i studien min var mottakarar av arbeidsavklaringspengar, der det er eit vilkår for rett til stønaden at arbeidsevna er nedsett (Folketrygdlova, 1997). Blant deltakarane i denne studien var årsaka til den nedsette arbeidsevna "ubestemte" helseplager. Med utgangspunkt i at det handlar om "...langvarige eller kroniske tilstander med omfattende og plagsomme symptom..." (NOU 1999:13, 1999, s. 187), er det naturleg at det å komme tilbake i arbeid er ein prosess, der det for mange ikkje vil vere eit mål å komme tilbake i full jobb. Øyeflaten et al. (2012) peikar på at det er fleire som hevdar at stønader som arbeidsavklaringspengar er eit steg mot uføretrygd, og at tilbakeføring til arbeid såleis vert vanskeleg etter sjukefråvær i eit år. På den andre sida fann Øyeflaten et al. (2012) i sin studie at det var auka sannsyn for å komme tilbake i arbeid etter å ha mottatt rehabiliteringspengar eller attføringspengar (no arbeidsavklaringspengar) ved avreise frå rehabiliteringsklinikk. Alle deltakarane i studien til Øyeflaten et al. (2012) var mottakarar av ulike typar stønad i samband med sjukefråvær.

Toye et al. (2016) og Landstad et al. (2009) fann i sine studiar at kampen for inntektssikring hindra sjukmeldte i å prøve seg tilbake i arbeid. Toye et al. (2016) peikar på at systemet ikkje legg til rette for tilbakeføring til arbeid ved at helsetenesta legitimerer sjukdom og skriv sjukmeldingar, heller enn å samhandle med arbeidstakar, arbeidsgjevar og velferdstenesta med mål om å få sjukmeldte tilbake i arbeid. Kampen for legitimitet av helseplager og å få stønad gjer det til ein risiko for den sjukmeldte å prøve seg i arbeid. Økonomisk uro blei i liten grad tematisert i denne studien. Ein av deltakarane peika på bekymring knytt til økonomi, men det verka ikkje som det utgjorde eit hinder for å prøve seg igjen i arbeid. Det kom i liten grad fram utfordringar i samhandlinga med NAV. Tilsvarende erfaringar kjem også fram i studien til Norlund et al. (2013). Positive erfaringar med NAV treng likevel ikkje vere ein motsetnad til eit system som i for dårleg grad legg til rette for tilbakeføring til arbeid. Toye et al. (2016) peikar på at velferdstenesta manglar kompetanse for å legge til rette for optimal tilbakeføring til arbeid.

Nokre av deltakarane i studien var kritiske til at fastlege kun skreiv ut sjukemelding, og ikkje viste interesse for korleis dei hadde det. Vidare var deltakarane kritiske til at fastlege ikkje hadde tilvist dei vidare for utgreiing og/eller behandling på tross av konkrete spørsmål om dette, noko som skapte kjensle av å ikkje bli tatt på alvor. St.meld. nr. 16 (2002-2003) (2003, s. 121) set lys på at kvinner har hyppigare kontakt - og oftare problematiske møter med helsetenesta enn menn. Råheim (2006, s. 138) peikar på at det er ein risiko for at kvinner med "ubestemte" helseplager blir møtt med tvil eller stigmatisering i møte med lege. Medan legane får vanskar med å definere helseplagene, får kvinnene vanskar knytt til legitimering. I Honneth (2008, s. 143) sin anerkjeningsteori blir stigmatisering rekna som forakt, ei krenkande åtferd som er skadeleg for identiteten og sjølvforståinga til den som vert ramma. Det er eit paradoks at ein kan risikere å bli utsett for dette i ein situasjon kor ein har behov for hjelp.

Album og Westin (2008) gjorde ein kvantitativ studie ved bruk av spørjeskjema der dei undersøkte om sjukdomar har eit prestisjehierarki blant legar. Studien viste at det finnast eit prestisjehierarki, der "ubestemte" helseplager utan årsaksforklaringar ligg lågt i hierarkiet. Kjønn påverkar prestisjehierarkiet, der lidingar som er meir typiske for kvinner generelt ligg lågare. Eit prestisjehierarki av sjukdomar kan påverke prioriteringar innan helsetenesta, kanskje utan at dette er bevisst (gjengitt etter Album & Westin, 2008, s. 188). Slik kan ein stille spørsmål ved om nokre av deltakarane blei ekskludert frå moglegheita til utgreiing og eventuelt behandling fordi dei hadde helseplager med låg prestisje. I følge Honneth (2008) sin anerkjeningsteori kan dette føre til tap av sjølvrespekt som følgje av at ein ikkje får det same tilbodet som andre, fordi ein har "feil" type helseplage. Dette kan opplevast urettferdig og krenkande, og igjen skade identitetsutviklinga.

Resultata i studien viser at det er ei belastning å ha helseplager med ukjent årsak då det berer med seg ein del usikkerheit, og at det kan vere vanskeleg å forklare for andre, og slik føre til manglande forståing. Dette fann også Aamland et al. (2013, s. 96) i sin studie. Det er eit kjenneteikn blant "ubestemte" helseplager at dei ikkje passar inn i etablerte diagnosekriterier (Eriksen et al., 2013). Musalek og Schebenbogen (2008) problematiserer ei kategorisk inndeling i diagnosar, og argumenterer for eit paradigmeskifte med dimensjonale inndelingar i staden. Dei talar for at ikkje berre patologiske faktorar bør takast med i ei diagnosevurdering, men også faktorar som bidreg til å vedlikehalde helseplagene, som stigmatisering og betydninga som sjukdom har for den enkelte. Dette er avgjerande for å sikre relevant behandling (Musalek & Schebenbogen, 2008). Behandlinga bør ha eit holistisk perspektiv med fokus på mestring og ressursane til pasienten (Eriksen et al., 2013; Malterud, 2010; Musalek & Schebenbogen, 2008). Resultata i studien min viser at fleire var fornøgde med oppfølginga frå fastlege ved at dei kjente seg forstått, tatt på alvor, og at dei hadde fått tilbod om aktuell utgreiing og behandling. Dei opplevde å bli anerkjent ved at dei blei rettferdig behandla og sosialt verdsett (Honneth, 2008).

Musalek og Schebenbogen (2008) sine tankar kring ei dreining frå kategorisk til dimensjonal forståing av helseplager, dreg parallellar til funnet om at sjukefråvær og tilbakeføring til arbeid flettar seg saman i ein prosess. Dette kan tale for ei mindre kategorisk forståing av om ein person er sjukmeldt, arbeidsdyktig, ufør og så vidare. Kanskje var ei slik forståing ein del av utgangspunktet for uførereforma som blei innført i 2015. Reforma hadde til formål å gjere det enklare å kombinere uføretrygd og arbeid, blant personar som hadde uføretrygd (Bråthen & Nielsen, 2016, s. 7). Rapporten til Bråthen og Nielsen (2016, s. 55) konkluderer med at reforma ikkje har påverka arbeidsdeltakinga blant personar med uføretrygd første halvåret etter innføringa. Fleksible ordningar er truleg likevel ein fordel då arbeidsevne er eit komplekst fenomen.

Eg var overraska over at studien gav lite funn knytt til samhandlinga innan hjelpeapparatet, og moglegheitene for å medverke. Det verka som om deltakarane i liten grad hadde reflektert over dette. Eg forventa å finne at instansane ikkje snakka saman, og at deltakarane opplevde seg som ein "kasteball i systemet". Dette var ikkje tilfelle. Ut frå dette kan ein kan stille spørsmål ved om samhandlinga for mange fungerte godt, og at det derfor ikkje var blitt utgangspunkt for refleksjon. Resultata i studien gjev dessutan inntrykk av at mange av deltakarane var tillitsfulle til hjelpeapparatet.

Også i høve medverknad gav studien få funn. Resultata peikar på at moglegheitene for medverknad blei ivareteke, med unntak av at nokre deltakarar ikkje fekk tilvising til medisinsk utgreiing og

behandling då dei bad om det. Frå ei anna side kan ein stille spørsmål ved om deltakarane var bevisste moglegheitene for å medverke, eller kva alternativ som var. Utan tilstrekkeleg informasjon kan ein vanskeleg seie at moglegheitene for medverknad faktisk var ivareteke. Resultata kan også tyde på at kvinner med "ubestemte" helseplager har manglande eller låge forventningar til medverknad i møtet med hjelpeapparatet. Det var til dømes ei kvinne som kjente på usikkerheit i møte med NAV, blant anna i forhold til forventningar knytt til eiga rolle. Dette illustrerer det asymmetriske maktforholdet mellom hjelpeapparatet og kvinner med "ubestemte" helseplager med langtidssjukefråvær.

Glavare et al. (2012) fann i sin studie at det er viktig for den sjukmeldte å kjenne seg involvert i rehabiliteringsprosessen. Jakobsen og Lillefjell (2014) og Øyeflaten (2016) peikar på at det er behov for auka samarbeid mellom arbeidstakar, arbeidsgjevar, NAV, helse- og rehabiliteringstenesta, og oppmodar om større fokus på situasjonen på arbeidsplassen under rehabilitering. Dette er i tråd med funna i denne studien, som viser at samhandling er avgjerande for prosessen knytt til å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær. Situasjonen på arbeidsplassen er av stor betydning, spesielt forholdet til leiar og kollegaer. Dette bør derfor vere eit viktig fokusområde i samhandlinga.

5.1.5 Oppsummering av resultatdiskusjon

Å kjenne seg verdsett av arbeidsgjevar og kollegaer er avgjerande for prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Sett i lys av Honneth sin anerkjenningsteori handlar det om å bli sosialt verdsett, som er viktig for utviklinga av forholdet ein har til seg sjølv. At gjensidig tillit og openheit overfor arbeidsgjevar er av stor betydning, kjem fram både i denne studien og i tidlegare forskning. Motsett er krenkande erfaringar i møte med arbeidsgjevar og kollegaer eit stort hinder i prosessen med å komme tilbake i arbeid, også når det gjeld anna arbeid fordi arbeidsgjevar også har ei betydingsfull rolle knytt til det. Både denne, og tidlegare studiar, viser at styrking av sjølvbilete og å akseptere og handtere ein ny situasjon er sentralt i prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær. Å tilpasse seg ein ny situasjon ved å tileigne seg nye vanar kan vere vanskeleg. Kroppsfenomenologien kan hjelpe oss i høve å forstå denne utfordringa. Støtte og anerkjenning vil igjen vere av stor betydning. Tidlegare forskning peikar på at vi har eit system og hjelpeapparat som i for dårleg grad legg til rette for tilbakeføring til arbeid etter langtidssjukefråvær, både grunna for lite samhandling, men også fordi vilkåra for stønader gjev legitimering av helseplager høgt fokus, både hos helsetenesta og den sjukmeldte. Denne - og andre studiar peikar på at korleis ein blir møtt av hjelpeapparatet, og moglegheitene for til dømes utgreiing og behandling, er viktig for prosessen med å komme tilbake i arbeid. Igjen er anerkjenning sentralt. Forsking viser at medverknad har stor betydning, og denne studien viser at kvinner med "ubestemte" helseplager kan ha låge eller

manglande forventningar til medverknad i møte med hjelpeapparatet. Forsking viser vidare at "ubestemte" helseplager har låg prestisje blant legar, og at kvinner oftare enn menn opplever vanskelege møter med helsetenesta. Vi må derfor vere merksame på den sårbare posisjonen til mange i denne brukargruppa, og vere bevisste på verdien av anerkjenning. Vi må skape reelle moglegheiter for medverknad og etablere gode arenaer for samhandling.

5.2 Metodediskusjon

I dette delkapittelet vil eg først gjere greie for refleksivitet, reliabilitet og validitet som kvalitetskriterier for kvalitativ forskning. Deretter følgjer kritisk vurdering av utval og rekruttering, metode og datainnsamling, og transkribering og analyse. Til slutt kjem ei oppsummering av metodediskusjonen.

5.2.1 Kvalitetskriterier

Refleksivitet er eit viktig kvalitetskriterie innan kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2008, s. 551). Det inneberer at ein som forskar stiller kritiske spørsmål til dei vala og konklusjonane ein gjer gjennom heile forskingsprosessen. Dette føreset openheit og refleksjon, med rom for usikkerheit og aktivt søk etter uventa funn. Rolla til forskaren er sentral i dette. Derfor er det viktig at forskaren gjer greie for- og deler forforståinga si, for å gje lesaren eit større grunnlag for å forstå korleis forskaren har komme fram til resultatata. Forskaren skal argumentere for sine konklusjonar, og samtidig synleggjere andre moglege konklusjonar. Ein føresetnad for refleksivitet er at forskaren er bevisst betydinga av eiga rolle i forskingsprosessen, til dømes knytt til korleis eigne verdiar, bakgrunn, forventningar og tidlegare erfaringar kan påverke tolking av datamateriale (Hertz, 1996; Malterud, 2017, s. 19-21; Polit & Beck, 2008, s. 551).

Reliabilitet er eit anna kvalitetskriterie innan forskning. Det handlar om kor truverdige resultatata er, om ein annan forskar på eit anna tidspunkt kan få same resultat ved å bruke same metode (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 357; Lincoln & Guba, 1985, s. 298-299). Sidan forskaren i stor grad er med å påverkar blant anna datainnsamling, analyse og resultat, er dette eit lite brukt kvalitetskriterie innan kvalitativ forskning (gjengitt etter Malterud, 2017, s. 24-25). Eg har likevel valt å bruke reliabilitet som kvalitetskriterie då det kan gje eit godt utgangspunkt for å diskutere og kritisk vurdere forskarrolla og framgangsmåten i dei ulike delane av forskingsprosessen. Sentralt i høve reliabilitet er om deltakarane ville gitt andre svar i intervju med ein annan forskar, sjølv om dei same spørsmåla blei stilt. Eit anna aspekt i høve reliabilitet er om lydbandopptaka ville blitt transkribert annleis av ein annan forskar, og dermed at ulik meining ville blitt formidla. Også i analysen, til dømes i høve val av

tema, identifisering av meiningseiningar, kode- og subgrupper, kan variasjonar gjere seg gjeldande, noko som kan påverke reliabiliteten (Kvale & Brinkmann, 2015). Reliabilitet er ein føresetnad for validitet (gjengitt etter Lincoln & Guba, 1985, s. 292).

Validitet handlar om gyldigheit (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 357). Som forskar bør ein vurdere validiteten gjennom heile forskingsprosessen (Malterud, 2017, s. 192). Ein kan skilje mellom intern validitet og ekstern validitet. *Intern validitet* handlar om kva resultata seier noko om, det vil seie om metoden vi har brukt er godt eigna for å få svar på spørsmåla som er stilt (Malterud, 2011, s. 22). *Ekstern validitet* handlar om kva samanhengar resultata kan overførast til, utover konteksten som undersøkinga er gjennomført i (Malterud, 2011, s. 22). Omgrepet generaliserbarheit blir også nytta om ekstern validitet (Tjora, 2017, s. 231).

Ein føresetnad for validitet er *relevans*. Relevans handlar om i kva grad dei ulike vala som er tatt gjennom forskingsprosessen er relevante for formålet med studien. Relevans er sentralt i alle ledd, både når det gjeld problemstilling, utval, datainnsamling, teoretisk referanseramme, analysemetode, og korleis data er presentert (Malterud, 2017, s. 192-193). Ein annan føresetnad for validitet er *konsistens*. Konsistens handlar om at det er ein logisk samheng mellom alle delane av forskingsprosjektet, til dømes mellom problemstilling, utval og forskingsmetode (Malterud, 2017, s. 25). Vidare skal forskaren gje lesaren innsyn i føresetnadane for kunnskapsutviklinga, blant anna ved å informere lesaren om vala som er gjort undervegs i forskingsprosessen. Dette kallast *intersubjektivitet* eller *transparens*, og gjev lesaren betre forståing for korleis forskaren har komme fram til resultata. Slik kan lesaren vurdere den eksterne validiteten (Lincoln & Guba, 1985, s. 316; Malterud, 2017, s. 18, 36; Polit & Beck, 2008, s. 550-551).

Det finnast også andre former for validitet, som pragmatisk validitet og kommunikativ validitet (Malterud, 2017). *Pragmatisk validitet* handlar om nytteverdien av studien. Sentralt i dette er om tidlegare studiar har besvart dei same spørsmåla, og om studien kan bidra med nye svar som kan endre praksis. Stige, Malterud og Midtgarden (2009) omtalar pragmatisk validitet som relevans. *Kommunikativ validitet* handlar om forskaren si evne til å formidle forskingsprosessen og resultata på ein forståeleg måte. Dette inneberer intersubjektivitet, refleksivitet og konsistens. Kommunikativ validitet er ein av føresetnadane for pragmatisk validitet (Malterud, 2017, s. 196-198).

5.2.2 Kritisk vurdering av rekruttering og utval

Rekrutteringsprosessen var lang og utfordrande. Eg synest det var vanskeleg å vurdere kor bredt eg skulle gå ut, og tok fleire gonger kontakt med nye NAV-kontor for å få rekruttert deltakarar til

studien. Tjora (2017, s. 132 og 137) peikar på at rekrutteringa kan vere vanskeleg, og at ein ofte må gå breidt ut for å få mange nok deltakarar. Eg erfarte at noko vidare inklusjonskriterier truleg kunne vore ein fordel, og at det kunne vore nytta fleire arenaer for rekruttering allereie frå starten av.

Då Hauglandssenteret hadde vanskar med å finne aktuelle deltakarar, blei lokale NAV-kontor valt som ein naturleg og tilgjengeleg arena for rekruttering. Ei svakheit med å rekruttere gjennom NAV-kontor var at personar som har lukkast med å komme tilbake i fullt arbeid ikkje blei inkludert, då dei ikkje lenger var registrert hos NAV. Dette syner igjen i utvalet, då dei fleste av deltakarane har redusert stillingsstorleik, og har arbeidsavklaringspengar ved sidan av. Dette påverkar den eksterne validiteten ved at resultatane av studien ikkje kan overførast til å gjelde for den gruppa som ikkje er inkludert i utvalet. På tross av denne avgrensinga i utvalet fekk eg likevel rekrutterte deltakarar som bidrog med rike beskrivingar i høve til å belyse problemstillinga for studien.

Ved prosjektplanlegging var det ynskjeleg å få deltakarar som nyleg hadde komme tilbake i arbeid for å få fram ferske erfaringar og kunnskap. Grunna vanskar med å finne tilstrekkeleg tal aktuelle deltakarar blei dette kriteriet lagt vekk. Det kan vere ein risiko for at nokre av deltakarane hugsar erfaringane annleis enn det dei gjorde medan erfaringane var ferske. Å få pålitelege svar om noko som har hendt tilbake i tid (retrospektivt) kan vere utfordrande. I metodelitteraturen vert dette kalla "recall bias" (Hassan, 2005). Dette kan vere ein svakheit for reliabiliteten i studien. På den andre sida kan erfaringane ha modnast, der deltakarane såg tilbake på erfaringane med nye og klarare auge. Dette kan også gje viktige bidrag for å belyse problemstillinga for studien. van Manen (1990, s. 10) peikar på at all fenomenologisk forskning er retrospektiv, då ein ikkje kan reflektere over erfaringar medan ein gjer erfaringane. Slik blir refleksjon over levd erfaring alltid retrospektiv, om enn i større eller mindre grad.

Ein av deltakarane i studien passa ikkje inklusjonskriteria i høve alder (over 60 år) og lengde på samanhengande sjukefråvær på fulltid (under 8 veker). Ein annan deltakar hadde ikkje komme tilbake i ordinært lønna arbeid. Desse faktorane, i tillegg til at utvalet viser stor variasjon i kor lenge deltakarane var heilt ute av arbeid, svekker den eksterne validiteten. Resultatane kan ikkje overførast til å gjelde for langtidssjukemeldte generelt, men må avgrensast til å gjelde for personar som har komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær, og som framleis har oppfølging frå NAV. Vidare bestod utvalet av kvinner over 44 år. Dette må ein også ta omsyn til i høve vurdering av den eksterne validiteten. Det same gjeld type helseplager som for denne gruppa var utbrentheit/utmattning, og smertetilstandar knytt til muskel- og skjelettapparatet.

Datainnsamlinga stoppa ved seks deltakarar, sjølv om eg hadde tilgang til fleire. Eg vurderte at datainnsamlinga gav eit tilstrekkeleg rikt og variert datamateriale for å belyse problemstillinga for studien. Datamaterialet viste variasjon knytt til fleire tema, til dømes i høve erfaringar med å komme tilbake på arbeidsplassen etter langtidssjukefråvær, og oppfølginga frå fastlege. Fleire hevdar at rike data og variasjon i datamateriale er viktigare enn tal deltakarar i kvalitative studiar (Dahlberg et al., 2008, s. 175; Malterud, Siersma, & Guassora, 2016; Morse, 1995). Malterud et al. (2016, s. 1759) peikar på at ein er ute etter ny innsikt som kan utfordre rådande kunnskap og praksis, ikkje ei fullstendig beskriving av alle sider av eit fenomen. Som nemnt i kapittel 3.4.1 under *andre analysetrinn*, bidrog studien med uventa funn, til dømes reaksjonane deltakarane hadde knytt til å bli sjukmeldt. Morse (1995) peikar på at i studiar der utvalet har mange fellestrekk vil det vere behov for færre deltakarar. Samtidig vil den eksterne validiteten knytt til overføringsverdi bli svekka. Studien har eit strategisk utval, der deltakarane har fellestrekk knytt til kjønn, alder, helseplager, og yrkesbakgrunn. Betydinga dette får for overføringsverdien er diskutert ovanfor.

Det må også leggst til grunn at velferdsordningane i Noreg er annleis enn i mange andre land, og at desse kan ha betyding for resultatane i studien. Studien kan såleis ha avgrensa overføringsverdi på tvers av land og kulturelle kontekstar.

5.2.3 Kritisk vurdering av metode og datainnsamling

Individuelle semistrukturerte livsverdenintervju blei nytta som metode for datainnsamling. Metoden er egna for å utvikle kunnskap om menneskelege erfaringar knytt til daglegdagse tema, ut frå deira subjektive perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). I følge Gadamer kan ein som forskar aldri fullt ut forstå deltakaren sin livsverden, men ein kan få eit nytt perspektiv (Bengtsson, 2006). Eg erfarte at semistrukturerte livsverdenintervju var ein god metode for å få ei forståing av deltakarane sin livsverden knytt til problemstillinga for studien. Metoden var nyttig for å kaste lys over personlege og kvardagslege erfaringar knytt til å vere sjukmeldt, og prosessen med å komme tilbake i arbeid. Bruk av individuelle semistrukturerte livsverdenintervju som metode for datainnsamling, bidreg såleis til å styrke den interne validiteten av studien.

Bengtsson (2006) seier at samtale ofte blir rekna for å vere ein god metode for å få direkte tilgang til andre sin livsverden. Samtidig kan intervjusituasjonen skape ei unaturleg ramme som ikkje kan overførast til den daglege livsverden. Erfaringane blir forma fleire gonger, først gjennom deltakaren sine refleksjonar av egne erfaringar, deretter gjennom å setje ord på dei. Vidare kjem forskaren si forståing av det informantene fortel, analyse og skriftleg presentasjon. Gjennom heile prosessen har eg vore bevisst korleis dette kan påverke datamaterialet og resultatane, spesielt i analyseprosessen og

ved utarbeiding av resultatpresentasjonen, der mi rolle som forskar er å fortolke og formidle meininga i det deltakarane har fortalt (Malterud, 2017, s. 83). Interaksjonen og den mellommenneskelege relasjonen mellom deltakar og intervjuar er også med å påverkar deltakaren og datamaterialet (gjengitt etter Brinkmann & Thanggaard, 2010, s. 29-30; Tjora, 2017, s. 151). Håland (2008, s. 28) peikar på at ein må vere bevisst at datamaterialet er utvikla i samproduksjon mellom deltakar og intervjuar.

Tjora (2017, s. 150) peikar på at det kan det vere ei utfordring knytt til at deltakarane prøver å svare "korrekt", slik at dei uttrykkjer seg på ein god måte ovanfor forskaren. Dette kan vere ein trussel mot den interne validiteten, då vi som forskarar føreset at deltakarane seier det dei meiner. Deltakarane i denne studien var til dømes overraskande positive til oppfølginga frå NAV. Dette kan vere påverka av at eg i introduksjonen av intervjuet fortalte at eg var tilsett i NAV. Eg oppfatta likevel ikkje at dette var tilfelle for deltakarane i denne studien, dei gav uttrykk for å gje oppriktige svar. Eg stilte ikkje oppfølgingsspørsmål der eg konkret spurte om dei hadde opplevd noko som ikkje var så bra i høve kontakten med NAV. Dette kunne kanskje bidrege til meir utfyllande og varierte forteljingar.

Undervegs i intervjusituasjonen reflekterte eg over i kva grad tema som deltakarane tok opp var aktuelle for å belyse problemstillinga for studien. Eg reflekterte over om eg burde stille utdjupande spørsmål, eller om tema burde sporast tilbake til intervjuguiden. Håland (2008, s. 28) peikar på dilemmaet mellom å vere open for nye og uventa tema som deltakarane tek opp, og å vite kva ein ynskjer å få svar på med utgangspunkt i intervjuguiden. Kvale og Brinkmann (2015, s. 170) seier at

Beslutninger om hvilke av de mange dimensjonene hos en intervjuperson som skal forfølges, krever at intervjueren har øre for og kunnskap om intervjutemaet, sensitivitet overfor intervjuets sosiale relasjon, og at intervjueren vet hva han eller hun gjerne vil spørre om.

I situasjonane der det var vanskeleg å vurdere om tema som deltakarane tok opp var relevant, fekk deltakarane fortelje fritt. Kvale og Brinkmann (2015, s. 170) talar for at intervjuaren bør ha ei "holdning preget av maksimal åpenhet overfor fenomenene". Eg praktiserte refleksivitet både i forkant av - og undervegs i intervjusituasjonen ved å vere open for nye og uventa funn, og ved å ha rom for usikkerheit. Gjennom arbeidserfaring på NAV-kontor har eg erfaring med å snakke med menneske, og tone meg inn mot den eg snakkar med. Dalen (2011, s. 32-33) peikar på at dei viktigaste eigenskapane hos intervjuaren er å kunne lytte, og vise deltakaren interesse og anerkjenning. Polit og Beck (2008, s. 551) peikar på at det handlar om kven forskaren er, ikkje kva

forskaren gjer. Rolla som intervjuar var likevel ny. Dalen (2011, s. 32-33) skriv at for å bli ein god intervjuar trengst det ein del erfaring. Meir erfaring som intervjuar ville truleg gjort det enklare å vurdere undervegs om dei uventa tema som deltakarane tok opp kunne bidra til å belyse problemstillinga for studien.

Konteksten for intervju kan påverke datamaterialet (Tjora, 2017, s. 121-122). Deltakarane valde stad for intervju. Intervjua blei gjennomført på ein arena kor dei var kjende. Tjora (2017, s. 121-122) beskriv det som ein fordel å gjennomføre intervjua på ein arena kor deltarane er trygge, og som er naturleg sett i samanheng med tema for studien. Som intervjuar erfarte eg det som ein styrke å gjennomføre intervjua i heimen eller på arbeidsplassen til deltakarane. Deltakarane verka trygge og avslappa, og eg fekk møte dei i ein naturleg kontekst med tanke på tema for studien. Deltakarane gav uttrykk for at det var ei grei oppleving å bli intervjua. Ein av deltakarane sa til dømes at ho gjerne kunne bli intervjua fleire gonger. Ei anna sa at eg hadde stilt gode spørsmål. Gjennom tidlegare arbeidserfaring frå barneverntenesta har eg erfaring med å besøke – og snakke med folk om private tema i heimane deira. Som intervjuar på ein ny og framand arena opplevde eg denne erfaringa som ein styrke.

5.2.4 Kritisk vurdering av transkribering, analyse og val av teoretiske perspektiv

Som tidlegare nemnt har eg transkribert lyd-opptaka sjølv, noko som strykar reliabiliteten og den interne validiteten av studien. Ved å lese transkripsjonane kunne eg fornemme intervjusamtalen i sin opphavelige form, slik også Tjora (2017, s. 175) beskriv. Intervjua er transkribert slik eg vurderte at meininga best kom fram, til dømes i høve bruk av komma og punktum. Det ville vore ein risiko for at meininga ville blitt fortolka annleis dersom lyd-opptaka var transkribert av andre (Kvale & Brinkmann, 2015).

Systematisk tekstkondensering er eigna for studien sitt design og formål, noko som styrker den interne validiteten av studien. Vidare blei denne analysemetoden valt fordi eg hadde god kjennskap til metoden i forkant av prosjektplanlegging og gjennomføring av analyse. Eg kunne gjerne dvela litt meir innleiingsvis i analysetrinn 1, til dømes ved å lese transkripsjonane fleire gonger, og brukt meir tid på å finne foreløpige tema. Kanskje ville det gitt moglegheiter for større kreativitet i å finne tema, og at desse i mindre grad blei påverka av forforståinga mi. Samtidig har eg utøvd refleksivitet gjennom heile prosessen, og vore bevisst korleis forforståinga mi kunne påverke datamateriale. Eg hadde også eit tidsskjema å halde meg til, der eg opplevde det som forløysande å gå vidare i prosessen.

Gjennomføring av analysetrinn 2 og 4 blei gjort grundig, noko som gav god oversikt over datamaterialet. Eg oppretta mange kode- og subgrupper i trinn 2 då eg erfarte at det gjorde det enklare å få oversikt over datamaterialet. På den andre sida peikar Malterud (2017, s. 105) på at ein bør ha relativt få kodegrupper, gjerne tre til fem, for å ikkje miste oversikta og for at resultatpresentasjonen skal ha nokon tydelege hovudfunn. Eg erfarte at litt fleksibilitet på dette punktet var av det gode. Mange kode- og subgrupper var altså ikkje til hinder for utviklinga av strukturen på resultatpresentasjonen. Eit stykke ut i prosessen, på bakgrunn av tema, utvikla eg eit overordna tema på eit høgare abstraksjonsnivå – ei skildring av det heilt sentrale i resultata.

Sidan alle deltakarane i studien var kvinner, sjølv om eg var open for å intervju personar av begge kjønn, kunne også kjønnsteori vore eit interessant teoretisk perspektiv i studien. Eg avgrensa teoretisk rammeverk til to perspektiv, og valte anerkjenningssteori og kroppsfenomenologi då eg synest desse var mest relevante for studien.

5.2.5 Oppsummering av metodediskusjon

Eg har aktivt praktisert refleksivitet gjennom heile forskingsprosessen. Sidan datamaterialet i kvalitative studiar vert utvikla gjennom interaksjon mellom deltakar og intervjuar (gjengitt etter Brinkmann & Thanggaard, 2010, s. 29-30; Tjora, 2017, s. 151), er det grunn til å tru at ein ny studie, gjennomført av ein annan forskar på eit anna tidspunkt med same metode, truleg ville gitt variasjonar i høve resultat. Eg vil likevel sei at studien har høg reliabilitet, då eg har forsøkt å legge til rette for intersubjektivitet ved å gje lesaren innsyn i føresetnadane for kunnskapsutviklinga. Metodiske val er gjort greie for- og grunnigtt gjennom forskingsprosessen. Eg vurderer at det er gjort relevante val, og at det er ein logisk samanheng mellom dei ulike delane av studien, både når det gjeld problemstilling, utval, datainnsamling, teoretisk referanseramme, analysemetode og presentasjon av data. Med bruk av eigna metode for datainnsamling og analyse vurderer eg at studien har ein høg intern validitet. Studien har nokre avgrensingar knytt til ekstern validitet, til dømes knytt til kjønn, alder, land og kulturelle kontekstar.

Som presentert innleiingsvis i kapittel 1.2 om tidlegare forskning, er det ein del studiar som har undersøkt erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær blant personar med "ubestemte" helseplager. Eg vurderer likevel at denne studien bidreg med nye innsikter, til dømes i høve å belyse viktigheita og utfordringa knytt til å lytte til kroppen i prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær. Til slutt vil eg overlata til lesaren å vurdere den kommunikative validiteten: om forskingsprosessen og resultata er formidla på ein forståeleg måte.

6 Konklusjon

Studien viser at det å komme tilbake i arbeid er ein lang og brokete prosess, og at det ikkje finnast noko klart skilje mellom sjukefråvær og å vere tilbake i arbeid. Vi har sett at forholdet til kollegaer og spesielt arbeidsgjevar har avgjerande betydning for prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær, både i høve moglegheiter for å komme tilbake på same arbeidsplass og moglegheiter for anna arbeid. Slik har arbeidsgjevar eit viktig ansvar. Hjelpeapparatet har ei viktig rolle knytt til å samhandle med den sjukmeldte og arbeidsgjevar i denne prosessen, og styrke relasjonen dei i mellom. I situasjonar der forholdet mellom den sjukmeldte og arbeidsplassen er såpass vanskeleg at det inneberer krenkande erfaringar for den sjukmeldte, vil det vere viktig at hjelpeapparatet støttar den sjukmeldte i å finne ein ny veg for å bygge opp sjølvbiletet og finne nytt arbeid. Då arbeidsdeltaking har såpass stor verdi både for den sjukmeldte og for samfunnet, og det kan vere vanskeleg å finne nytt arbeid med omfattande helseplager og usikkert sjølvbiletet, vil det vere avgjerande med støtte i denne prosessen.

Sentralt i prosessen med å komme tilbake i arbeid er å støtte den sjukmeldte i endringsprosessen knytt til å akseptere og tilpasse seg ein ny situasjon med helseplager. Ved å supplere det biomedisinske perspektivet på helse- og sjukdom med eit fenomenologisk perspektiv, kan ein betre forstå korleis det er å leve med "ubestemte" helseplager. Den levde kroppen gjev oss tilgang til å betre forstå aspekta knytt til utfordringa med å lytte til kroppen og å tileigne seg nye vanar. Truleg vil eit fenomenologisk perspektiv på helse og sjukdom også bidra til å redusere risikoen for at kvinner med "ubestemte" helseplager blir møtt med stigmatisering i møte med hjelpeapparatet og elles.

Samhandling mellom den sjukmeldte, arbeidsgjevar, NAV og helsetenesta er avgjerande i prosessen med å komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær. For at samhandlinga skal fungere må den sjukmeldte oppleve støtte og anerkjenning, både frå arbeidsgjevar og kollegaer, men også frå hjelpeapparatet. At det er avgjerande å oppleve støtte og anerkjenning i samhandling med andre vil truleg også gjelde for dei andre aktørane, til dømes arbeidsgjevar, fastlege og NAV-rettleggjarar. Dette kan vere verdt å undersøke nærare, til dømes kva erfaring arbeidsgjevarar, NAV-tilsette eller fastlegar har knytt til samhandling i prosessen med å hjelpe sjukmeldte tilbake i arbeid. Systemteori kunne vere eit interessant perspektiv i ein slik studie.

Litteraturliste

Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182-188. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.07.003

Arbeids- og velferdsetaten. (2017). *Sjukepengar til arbeidstakarar*. Henta 22. februar 2017, frå <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt%2C+arbeidsavklaringspenger+og+yrkesskade/Nynorsk/sjukepengar-til-arbeidstakarar>

Askildsen, J. E. (2016). Hva vet vi om sykefraværet? *Tidsskrift for velferdsforskning* 19(2), 97-101. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2016-02-01

Bengtsson, J. (2006). En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. I J. Bengtsson (Red.), *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag* (s. 13-58). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Bibeau, G. (2011). What is Human in Humans? Responses from Biology, Anthropology, and philosophy. *Journal of medicine and philosophy*, 36(4), 354-363. doi: 10.1093/jmp/jhr025

Brennbekken, R., Eriksen, H., Grasdahl, A., Harris, A., Hagen, E. & Tangen, T. (2017). Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(1), 82-91. doi: 10.1007/s10926-016-9634-5

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder. En grundbog* (2. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. & Thanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bråthen, M. & Nielsen, R. A. (2016). *Uførereformen. Konsekvenser for yrkesaktiviteten*. (Fafo-rapport 2016:27). Henta frå <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/FoU-midler/Relatert+informasjon/uførereformen-konsekvenser-for-yrkesaktiviteten>

- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bury, M. (2005). *Health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Carel, H. (2007). Can I Be Ill and Happy? *Philosophical Quarterly of Israel*, 35(2), 95-110. doi: 10.1007/s11406-007-9085-5
- Carel, H. (2011). Phenomenology and its application in medicine. *Philosophy of Medical Research and Practice*, 32(1), 33-46. doi: 10.1007/s11017-010-9161-x
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- de Vries, H. J., Brouwer, S., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H. & Reneman, M. F. (2011). Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 126-136. doi: 10.1186/1471-2474-12-126
- Dekkers-Sánchez, P. M. (2013). *Work ability assessments of employees on long term sick leave in Insurance Medicine*. (Doktorgradsavhandling, University of Amsterdam). Henta frå [http://www.uwv.nl/overuuv/Images/Work ability assessment of employees on long term sick leave in Insurance Medicine.pdf](http://www.uwv.nl/overuuv/Images/Work%20ability%20assessment%20of%20employees%20on%20long%20term%20sick%20leave%20in%20Insurance%20Medicine.pdf)
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, T. E., Kerry, R., Mumford, S. D., Lie, S. A. N. & Anjum, R. L. (2013). At the borders of medical reasoning: aetiological and ontological challenges of medically unexplained symptoms. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 8(1), 11. doi: 10.1186/1747-5341-8-11
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som udgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.

Folketrygdlova. (1997). *Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. Henta frå

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-7 - KAPITTEL_5-7

Glavare, M., Löfgren, M. & Schult, M.-L. (2012). Between unemployment and employment: Experience of unemployed long-term pain sufferers. *Work*, 43(4), 475-485. doi: 10.3233/WOR-2012-1394

Halding, A.-G. (2011). *Everyday life and rehabilitation in COPD - a qualitative study of patients' experiences* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.

Hassan, E. (2005). Recall Bias can be a Threat to Retrospective and Prospective Research Designs. *The Internet Journal of Epidemiology*, 3(2), 1-7. Henta frå <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/13060>

Heijmans, M., olde Hartman, T. C., van Weel-Baumgarten, E., Dowrick, C., Lucassen, P. L. B. J. & van Weel, C. (2011). Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Family Practice*, 28(4), 444-455. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr004>

Hensing, G., Alexanderson, K., Allebeck, P. & Bjurulf, P. (1998). How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(2), 133-144. doi: 10.1177/14034948980260020201

Hertz, R. (1996). Introduction: Ethics, Reflexivity and Voice. *Qualitative Sociology*, 19(1), 3-9. doi: 10.1007/BF02393245

Holmgren, K. & Ivanoff, S. D. (2004). Women on sickness absence—views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 26(4), 213-222. doi: 10.1080/09638280310001644898

Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Høilund, P. & Juul, S. (2005). *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.

Håland, E. (2008). *Verktøy, symbol og mote. En studie av innføring av Learning Management System (LMS) i Statoil*. (Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet).

Henta frå

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/268061/124097_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jakobsen, K. & Lillefjell, M. (2014). Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 48-57. doi: 10.3109/11038128.2013.857717

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landstad, B. J., Wendelborg, C. & Hedlund, M. (2009). Factors explaining return to work for long-term sick workers in Norway. *Disability & Rehabilitation*, 31(15), 1215-1226. doi: 10.1080/09638280802510999

Leonard, V. W. (1994). A Heideggerian Phenomenological Perspective on the Concept of Person. I P. Benner (Red.), *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness* (s. 43-64). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, California: SAGE Publications.

Lærum, E., Brage, S., C., I., Johnsen, K., Natvig, B. & Aas, E. (2013). *Et muskel- og skjelettrengskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet*. (MST-rapport 1/2013). Henta frå http://www.formi.no/images/uploads/pdf/rapport_mussp_online.pdf

Malterud, K. (2001). *Kvinnens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax.

Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130(12), 2356-2359. doi: 10.4045/tidsskr.09.0828

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. doi: 10.1177/1049732315617444
- Mastekaasa, A. (2016). Kvinner og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 125-147. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2016-02-03
- Meld. St. 7 (2015-2016). (2015). *Likestilling i praksis — Like muligheter for kvinner og menn*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20152016/id2456562/sec1>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *SAGE Social Science Collections*, 5(2), 147-149. doi: 10.1177/104973239500500201
- Musalek, M. & Schebenbogen, O. (2008). From categorical to dimensional diagnostics: deficiency-oriented versus person-centered diagnostics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(5), 18-21. doi: 10.1007/s00406-008-5007-1
- Nielsen, M. B. D., Rugulies, R., Hjortkjaer, C., Bültmann, U. & Christensen, U. (2013). Healing a Vulnerable Self. *Qualitative Health Research*, 23(3), 302-312. doi: 10.1177/1049732312468252
- Norlund, S., Fjellman-Wiklund, A., Nordin, M., Stenlund, T. & Ahlgren, C. (2013). Personal Resources and Support When Regaining the Ability to Work: An Interview Study with Exhaustion Disorder Patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 270-279. doi: 10.1007/s10926-012-9396-7

NOU 1999:13. (1999). *Kvinnernes helse I Norge*. Henta frå

<https://www.regjeringen.no/contentassets/4f30e0da65db42549ab37eaa491d4445/no/pdfa/nou199919990013000dddpdfa.pdf>

Ose, S. O., Jiang, L. & Bungum, B. (2014). *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse*. (SINTEF- rapport nr. A26056). Henta frå

http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/a26056_endelig_rapport.pdf

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Radley, A. (1994). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. London: SAGE Publications.

Rasmussen, T. H. (1996). *Kroppens filosof Maurice Merleau-Ponty*. Brøndby: Semi-forlaget.

Råheim, M. (2001). Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer i helsefagenes grunnlagsforståelse. I H. Alfsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal, & M. Råheim, M. (Red.), *Kunnskap, kropp og kultur* (s. 95-123). Oslo: AdNotam Gyldendal AS.

Råheim, M. (2006). Kvinner med kroniske muskelsmerter - kropp og dagligliv. I J. Bengtsson (Red.), *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag* (s. 125-140). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

St.meld. nr. 16 (2002-2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta frå

<https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504-1516. doi: 10.1177/1049732309348501

- Staal, J. B., Hlobil, H., van Tulder, M. W., Köke, A. J. A., Smid, T. & van Mechelen, W. (2002). Return-to-Work Interventions for Low Back Pain: A Descriptive Review of Contents and Concepts of Working Mechanisms. *Sports Medicine*, 32(4), 251-267. doi: 10.2165/00007256-200232040-00004
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tidy, C. & Henderson, R. (2016). *Long-term Sickness and Incapacity*. Henta 25. mars 2017, frå <https://patient.info/pdf/12151.pdf>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Toye, F., Seers, K., Allcock, N., Briggs, M., Carr, E. & Barker, K. (2016). A synthesis of qualitative research exploring the barriers to staying in work with chronic musculoskeletal pain. *Disability and rehabilitation*, 38(6), 566-572. doi: 10.3109/09638288.2015.1049377
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2010). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(6), 877-881. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.03.001>
- van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Albany: State University of New York Press.
- Waddel, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationery Office. Henta frå https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwb-is-work-good-for-you.pdf
- Wainwright, E., Wainwright, D., Keogh, E. & Eccleston, C. (2013). Return to work with chronic pain: employers' and employees' views. *Occupational Medicine*, 63(7), 501-506. doi: 10.1093/occmed/kqt109

Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag

Øyeflaten, I. (2016). *Long-term sick leave and work rehabilitation - prognostic factors for return to work*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen). Henta frå http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12832/Avhandling_Oyeflaten_04.02.216_ferdig_rettet.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M. & Eriksen, H. R. (2012). Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. - A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program. *BMC Public Health*, 12(1), 748. doi: 10.1186/1471-2458-12-748

Åhrberg, Y., Landstad, B. J., Bergroth, A. & Ekholm, J. (2010). Desire, longing and vanity: Emotions behind successful return to work for women on long-term sick leave. *Work*, 37(2), 167-177. doi: 10.3233/WOR-2010-1067

Aamland, A., Malterud, K. & Werner, E. L. (2012). Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(3), 147-155. doi: 10.3109/02813432.2012.704812

Aamland, A., Malterud, K. & Werner, E. L. (2014). Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Family Practice*, 15(1), 107. doi: 10.1186/1471-2296-15-107

Aamland, A., Werner, E. L. & Malterud, K. (2013). Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: A focus-group study of patients' experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(2), 95-100. doi: 10.3109/02813432.2013.788274

Intervjuguide

Kort intro

Takk for at du ønska å møte meg for å dele dine erfaringar og tankar. Eg håpar at vi kan ha felles interesse av denne samtalen. Eg trur at dine erfaringar kan bidra til kunnskap som kan komme andre til gode.

Eg gjennomfører dette prosjektet som masterstudent ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Ved sidan av å vere student ved Høgskulen er tilsett i NAV. Deltaking i prosjektet vil ikkje påverke ditt forhold til NAV, eller andre delar av hjelpeapparatet. Lydband og alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt, kunn eg og rettleiarane mine ved Høgskulen får tilgang til desse.

Først ynskjer eg litt **Bakgrunnsinformasjon**:

- Fødselsår?
- **Før langtidssjukemelding**
 - Yrke
 - Arbeidsoppgåver
 - Stillingsprosent
 - Evt. stønad/ordning ved sidan av jobb?
- Når blei du sjukemeldt?
 - fulltids- /gradert?
- Kva var sjukemeldinga knytt til?
- **Etter sjukemelding**
 - Når kom du i jobb etter sjukemelding?
 - Same- eller ny arbeidsgjevar?
 - Evt. nytt yrke?
 - Same- eller nye arbeidsoppgåver?
 - Evt. nye arbeidsoppgåver?
 - Stillingsprosent etter sjukemelding
 - Evt. stønad/ordning ved sidan av jobb?
 - Er du i arbeid i dag?

Erfaringar med prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær

- Kan du fortelje korleis det var for deg å vere langtidssjukemeldt?
 - Korleis hadde du det?
 - Korleis var dagane dine?
 - Kva var viktig for deg i perioden? (spesifisere)
- Korleis var kontakten med arbeidsgjevar / arbeidsplassen medan du var sjukemeldt?
 - Korleis opplevde du kontakten med arbeidsgjevar/arbeidsplassen?

- Kva var viktig for deg for at du skulle komme tilbake i arbeid? (på kva måte?)
 - Hugsar du ein (eller fleire) konkret episode/situasjon om noko som var bra i prosessen då du var sjukemeldt?
 - Kva tankar hadde du om å begynne i arbeid igjen?
- Kva var vanskeleg i prosessen med å komme tilbake i arbeid? (på kva måte?)
 - Døme (konkret forteljing/episode)?

Tilbake i arbeid

- Korleis erfarte du å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær?
 - *Få fram spesielle episodar/situasjonar*
- Kva var viktig for deg då du hadde komme tilbake i arbeid for at du skulle kunne fortsetje å vere i arbeid?
- Kva er viktig framover for at du skal kunne vere i arbeid?

Oppfølginga frå hjelpeapparatet

- Kva kontakt har du hatt med lege medan du var sjukemeldt?
- Korleis erfarte du oppfølginga frå lege?
- Kva kontakt har du hatt med NAV medan du var sjukemeldt?
- Kva erfaringar har du med NAV og oppfølginga frå NAV?
- Kva tenester har du vore i kontakt med i samband med at du har vore langtidssjukemeldt, i tillegg til legeteneste og NAV?
 - Korleis erfarte du oppfølginga frå dei?
- Har det vore dialog- eller samarbeidsmøter kor du- arbeidsgjevar, NAV, lege og eventuelt andre har vore samla?
 - Korleis har du opplevd slike møter?
- Korleis har opplevd moglegheitene for å medverke, til dømes i forhold til vegen vidare, og i forhold til arbeid?
- Korleis har du opplevd samarbeidet mellom ulike hjelpeinstansar, til dømes
 - mellom lege og NAV,
 - andre?

Avrunding

- Kva tenkjer du om framtida?
- Kva kunne vore annleis i oppfølginga frå hjelpeapparatet?
- Er det noko meir eg bør spørje om/du vil fortelje?

Invitasjon til å delta i forskingsprosjektet

”Erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær”

Bakgrunn og formål med studien

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i ein studie, der eg vil undersøke erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Gjennom samarbeid med Hauglandssenteret og nokre NAV-kontor i Sogn og Fjordane er du plukka ut som ein aktuell deltakar for prosjektet. Dette brevet er sendt til deg av ditt lokale NAV-kontor.

Denne studien blir ei masteroppgåve ved utdanninga Master i samhandling innan helse- og sosialtenester ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HISF). Studien blir gjennomført av masterstudent Monica Instefjord. Resultatet i studien vil også kunne bli publisert som vitenskapleg artikkel. Rettleiar er Eli Natvik, førsteamanuensis, PhD, ved Avdeling for Helsefag, HISF. Aud Marie Øien, førsteamanuensis, PhD, ved Avdeling for Samfunnsfag, HISF, er medretteiar. Vi samarbeider med Hauglandssenteret og tre NAV-kontor om å finne aktuelle deltakarar til prosjektet. Vi kjenner ikkje identiteten din før du eventuelt samtykker til å delta i studien. Hauglandssenteret og NAV-kontora vil ikkje få kjennskap til kven som deltek i prosjektet.

Studien vil handle om erfaringar knytt til prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Auka innsikt i slike erfaringar kan gje grunnlag for at hjelpeapparatet kan utvikle og betre samhandlinga med- og kring personar i denne brukargruppa. Formålet med studien er å få auka kunnskap om korleis hjelpeapparatet (NAV, helse- og rehabiliteringstenesta) kan legge til rette for auka moglegheiter for å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær.

Kva inneber deltakinga?

I studien ynskjer eg å intervjuje personar som har erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Intervjua er individuelle og vil vare i cirka 1 - 1,5 time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydband, og skrive ned i etterkant. Intervjuspørsmåla vil blant anna handle om utfordringar og faktorar som har bidrege positivt knytt til å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Vidare ynskjer eg å høyre om erfaringar med oppfølging frå hjelpeapparatet, og korleis samarbeidet med hjelpeapparatet og innan hjelpeapparatet har vore for deg. Du vil bli intervjuja ein gong. Dersom det i etterkant av intervjuet oppstår spørsmål eller behov for avklaringar ynskjer eg å kunne kontakte deg for dette.

Fordelane med å delta kan vere ei positiv oppleving med å dele egne erfaringar som kan vere til nytte for andre. Intervjusituasjonen kan også bidra til refleksjon og ny innsikt omkring eigen situasjon. Ulempene med å delta kan vere at ein må sette av tid til intervjuet, og bli bedt om å dele personlege erfaringar.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt, og berre eg og rettleiarane mine vil få tilgang til lydband og intervjuutskrifter. Innsamla datamateriale vil bli lagra på sikker måte i tråd med Høgskulen i Sogn og Fjordane sine retningslinjer. Innsamla opplysningar vil bli sletta etter prosjektslutt, i juni 2017. Lydband og intervjuutskrift blir behandla utan namn, fødselsnummer og andre direkte attkjennande opplysningar. Namnet ditt vil bli oppbevart på ei separat namneliste. Det vil ikkje vere mogleg å identifisere deg gjennom resultatata av studien når desse vert publisert. Forskingsprosjektet er godkjent av Personvernombodet for forskning, Norsk senter for forskingsdata (NSD).

Frivillig deltaking

Deltaking i forskingsprosjektet er frivillig. Du kan når som helst trekke deg frå prosjektet utan grunngjeving. Dette vil ikkje ha nokon konsekvensar for deg. Dersom du vel å trekkje deg vil alle opplysningar om deg bli sletta. Eventuell deltaking i prosjektet vil ikkje påverke ditt forhold til NAV, Hauglandssenteret eller andre delar av hjelpeapparatet.

Svar på førespurnad

Dersom du ynskjer og har høve til å delta i forskingsprosjektet kan du ta kontakt med Monica Instefjord på telefon eller e-post, eller returnere vedlagt svarslipp. Du er velkommen til å ta kontakt dersom du har spørsmål eller ynskjer meir informasjon om forskingsprosjektet.

Eg håpar du har moglegheit for å delta på eit intervju for å dele dine erfaringar knytt til prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Håpar å høyre frå deg!

Med vennleg helsing

Monica Instefjord

Sosionom/ Mastergradstudent, Høgskulen i Sogn og Fjordane

Telefon: 97614865

E-post: monicainstefjord@outlook.com

Svarslipp

Samtykke til deltaking i studien

Eg har mottatt skriftleg informasjon om studien "Erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær", og ynskjer å delta.

Namn:	
Telefon:	
E-post:	

Stad/dato

Signatur

Svarslippen kan du returnere til :

Monica Instefjord

Råkane 32

6812 Førde

Førespurnad om hjelp til rekruttering av deltakarar til forskningsprosjektet *”Erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær”*

Bakgrunn og formål med studien

Dette er ein førespurnad til Hauglandssenteret og NAV-kontor i Sogn og Fjordane om hjelp til rekruttering av deltakarar til ein studie, der eg vil undersøke erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Ved sidan av jobben min som rettleiar i NAV Førde er eg deltidsstudent ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HISF). Eg skal gjennomføre denne studien som mi masteroppgåve ved utdanninga Master i samhandling innan helse- og sosialtenester. Studien blir gjennomført av masterstudent Monica Instefjord. Rettleiar er Eli Natvik, førsteamanuensis, PhD, ved Avdeling for Helsefag, HISF. Aud Marie Øien, førsteamanuensis, PhD, ved Avdeling for Samfunnsfag, HISF, er medrettleiar.

Studien vil handle om korleis personar med ”ubestemte” helseplager erfarer prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Auka innsikt i slike erfaringar kan gje grunnlag for at hjelpeapparatet kan utvikle og betre samhandlinga med- og kring personar i denne brukargruppa. Formålet med studien er å få auka kunnskap om korleis hjelpeapparatet (NAV, helse- og rehabiliteringstenesta) kan legge til rette for at personar med ”ubestemte” helseplager skal få auka moglegheiter for å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Resultatet i studien vil også kunne bli publisert som vitenskapleg artikkel.

Inklusjonskriterium

Eg ynskjer å intervjuje personar med ”ubestemte” helseplager. ”Ubestemte” helseplager er langvarige eller kroniske tilstandar med omfattande og plagsame symptom, der omfattande medisinske undersøkingar ikkje gjev funn eller forklaring. ”Ubestemte” helseplager kan komme til uttrykk på ulike måtar, ofte som muskel- og skjelettlidingar, trøytteleik eller psykiske lidningar. ”Ubestemte” helseplager kan vere smerter frå ulike organ, plager som liknar allergi, infeksjonar, vanskar med konsentrasjon og søvn, indre uro, smerter i underliv, og fordøyingsvanskar. Plagene kan komme samtidig, eller kvar for seg. Døme på diagnosar som høyrer inn under gruppa av ”ubestemte” helseplager er fibromyalgi, kroniske muskelsmerter, nakkesleng, kronisk trøytteleikssyndrom,

bekkenløysing, irritabel tarm, candidasyndrom, amalgamsjuka, el-allergi eller ME-syndrom.

Utvalet skal avgrensast til personar i alderen frå 25 til 60 år, som snakkar flytande norsk. Eg ynskjer informantar som har vore samanhengande sjukemeldt i 12 veker eller lenger, og som har komme tilbake i arbeid etter langtidssjukefråvær. Det er ikkje eit krav om at aktuelle deltakarar må ha komme tilbake i opprinneleg stillingsstorleik eller type stilling. Dei treng ikkje vere i arbeid no så lenge dei frå tidlegare har erfaring med å komme tilbake i arbeid etter samanhengande sjukefråvær på minimum 12 veker.

Gjennomføring

Eg ynskjer å intervju personar som har erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Intervjua vil vere individuelle og vare i cirka 1 – 1,5 time. Intervjua vil bli tatt opp på lydband, og skrive ned i etterkant. Intervjuspørsmåla vil blant anna handle om utfordringar og faktorar som har bidrege positivt knytt til å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær. Vidare ynskjer eg å høyre om erfaringar med oppfølging frå hjelpeapparatet, og korleis samarbeidet med hjelpeapparatet og innan hjelpeapparatet har vore for den enkelte.

Personvern

Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt, og berre eg og rettleiarane mine vil få tilgang til lydband og intervjuutskriftar. Innsamla datamateriale vil bli lagra på sikker måte i tråd med Høgskulen i Sogn og Fjordane sine retningslinjer. Innsamla opplysningar vil bli sletta etter prosjektslutt, i juni 2017. Lydband og intervjuutskrift blir behandla utan namn, fødselsnummer og andre direkte attkjennande opplysningar. Namnet på deltakarane vil bli oppbevart på ei separat namneliste. Det vil ikkje vere mogleg å identifisere deltakarane gjennom resultata av studien når desse vert publisert. Forskingsprosjektet er godkjent at Personvernombodet for forskning, Norsk senter for forskingsdata (NSD).

Deltaking i forskingsprosjektet er frivillig. Deltakarane kan når som helst trekke seg frå prosjektet utan grunngjeving. Då vil alle opplysningar om vedkommande bli sletta.

Rekruttering

Eg håpar at dykkar NAV-kontor kan hjelpe meg med å sende informasjonsskriv/førespurnad om deltaking, ut frå inklusjonskriteria. I informasjonsskrivet står det at dei som har fått førespurnad om deltaking kan ta kontakt med meg dersom dei kan tenke seg å delta. Eg vil då saman med den

enkelte avtale tid og stad for intervju. Vi kjenner ikkje identiteten til deltakarane før dei eventuelt tek kontakt med meg, og de vil ikkje få kjennskap til kven som blir deltakarar i studien.

Eg vil lage klart breva med informasjonsskriv i frankerte konvoluttar. Eg ynskjer at det blir sendt ut 10 brev i første omgang, det kan bli aktuelt å sende ut fleire brev på eit seinare tidspunkt dersom eg har behov for fleire informantar.

Dersom de ynskjer kan eg gjerne sende eksemplar av oppgåva etter fullført utdanning.

Håpar på rask tilbakemelding. Ta gjerne kontakt om de har spørsmål eller ynskjer meir informasjon om forskingsprosjektet.

Med vennleg helsing

Monica Instefjord

Sosionom/ Mastergradstudent, Høgskulen i Sogn og Fjordane

Telefon: 97614865

E-post: monicainstefjord@outlook.com



Eli Natvik
Avdeling for helsefag Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 02.09.2016

Vår ref: 49474 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.08.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>49474</i>	<i>Erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær blant personar med "ubestemte" helseplager</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Eli Natvik</i>
<i>Student</i>	<i>Monica Instefjord</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Monica Instefjord monicainstefjord@outlook.com



REK vest har vurdert at prosjektet ikkje skal leggest fram for komiteen (sak nr. 2016/1052).

FORMÅL

Formålet med prosjektet er å utforske førstepersonserfaringar blant personar med "ubestemte" helseplager. Slik kan prosjektet bidra til auka kunnskap om korleis hjelpeapparatet kan legge til rette for at personar med ubestemte helseplager skal få auka moglegheiter for å komme tilbake i arbeid. Problemstilling: Korleis erfarer personar med "ubestemte" helseplager prosessen med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær?

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalet informerast skriftleg om prosjektet og samtykker til deltaking. Informasjonsskrivet er godt utforma, men vi anbefaler at du inkluderer ei setning om at Hauglandssenter ikkje vil få kjennskap til kven som deltek i prosjektet.

DATAMATERIALET

Datamaterialet skal samlast inn gjennom intervju. Det vart behandla sensitive personopplysningar om helseforhold.

TREDJEPERSONAR

Intervjuguiden legg opp til at informantane vil uttale seg om personar som ikkje deltek (tredjepersonar). Det skal berre registrerast opplysningar som er nødvendige for formålet med prosjektet. Opplysningane skal være av mindre omfang og ikkje sensitive, og skal anonymiserast i publikasjon. So fram personvernulempa for tredjeperson vart redusert på denne måten, kan student bli fritteken frå informasjonsplikta ovanfor tredjeperson, fordi det er uforholdsmessig vanskeleg å informere. Personvernombudet anbefaler likevel at du ber informantane om å omtale andre personer som ikkje deltek i prosjektet på ein måte som er minst mogleg identifiserande.

INFORMASJONSSIKKERHEIT

Student har lagt opp til god informasjonssikkerheit i prosjektet. Ifølge student skal datamaterialet oppbevarast på sikker forskningsserver på institusjonen, jf. epost motteken 23.08.2016. I meldeskjemaet går det fram at opplysningar som skal behandlast på privat pc skal være aidentifiserte og krypterte.

PROSJEKTSLUTT

Ifølge informasjonen til utvalet er forventa prosjektslutt juni 2017. Vi har endra dato for prosjektslutt til 30.06.2017. Ifølge prosjektmeldinga skal dei innsamla opplysningane då anonymiserast. Anonymisering inneber ei omarbeiding av datamaterialet slik at ingen enkeltpersonar kan identifiserast. Det kan gjerast ved å:

- slette direkte personopplysningar (som namn/koplingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysningar (identifiserande samanstilling av bakgrunnsopplysningar som

f.eks. bustad/arbeidsstad, alder og kjønn)

- slette digitale lydopptak

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til endrings skjema registrert hos personvernombudet 10.10.2016.

Vi har nå registrert at det i tillegg skal rekrutteres deltakere fra tre NAV-kontor.

I endringsmeldingen er det opplyst at studenten er ansatt ved det ene kontoret. Vi ønsker derfor å minne om at det å forske på egen arbeidsplass reiser flere etiske utfordringer:

Det kan oppleves vanskelig å si nei til å delta dersom man har et profesjonelt forhold til potensielle deltakere i prosjektet (for eksempel i rollen som saksbehandler). Dette kan løses på ulike måter, for eksempel ved å la ledelsen/kollegaer ta kontakt på dine vegne, samt ved å understreke frivilligheten av å delta. Alternativt kan du hente informanter fra institusjoner/avdelinger du ikke har noen tilknytning til via eget arbeid.

Vi legger derfor til grunn at andre enn deg videreformidler informasjon om prosjektet, og at interesserte blir bedt om å ta kontakt med deg dersom de ønsker delta. Videre anbefaler vi at du så langt det lar seg gjøre legger opp til å rekruttere informanter fra avdelinger du ikke har noen tilknytning til via eget arbeid.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

--

Med vennlig hilsen,

Siri Tenden Myklebust

Rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 22 68

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

Vedlegg 6

Vår ref. nr.: 2016/1052

Prosjekttittel: "Erfaringar med å komme i arbeid etter langtidssjukefråvær blant personar med "ubestemte" helseplager"

Prosjektleder: Monica Instefjord

Kjære Monica Instefjord.

Jeg viser til framleggingsvurdering innsendt 27.05.2016. REK vest ved sekretariatsleder vurderte saken.

Prosjektleder sin beskrivelse av prosjektet

Formålet med studien er å utforske førstepersonserfaringar blant personar med "ubestemte" helseplager for å få auka kunnskap om korleis hjelpeapparatet kan legge til rette for at personar i denne brukargruppa skal få auka moglegheiter for å komme tilbake i arbeid

Vurdering

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf. hfl § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. hfl § 4. Dette prosjektet vil avdekke opplysninger om helse og sykdom fra deltakerne, men formålet i prosjektet vil etter min vurdering ikke være søken etter ny kunnskap om helse og sykdom som sådan. Prosjektet trenger dermed ikke søke REK.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Vær også oppmerksom på at siden du skal samle inn personopplysninger, så må prosjektet klareres med Datatilsynet/ Personvernombudet for forskning.

Med vennlig hilsen

Øyvind Straume

fungerende sekretariatsleder

post@helseforskning.etikkom.no

T: 55978497

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)

<http://helseforskning.etikkom.no>

