

**Høgskolen  
i Innlandet**

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Avdeling Elverum

Ingeborg Rosøy

**Masteroppgave**

**Langtidssykemeldtes erfaring med et døgnopphold på  
arbeidsrettet rehabilitering – en kvalitativ studie**

People on long-term sick leave experiences during participation  
in an in-patient occupational rehabilitation program  
- A qualitative study

MFHV

Master i folkehelsevitenskap med vekt på livsstilsendringer

**Høst 2023**

## ii. Forord

Denne oppgaven skrives i forbindelse med fullføring av mastergrad i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner ved Høgskolen i Innlandet. Gjennom min tid som masterstudent innen folkehelsevitenskap har jeg fått en grundig forståelse for folkehelse, inkludert dets påvirkningsfaktorer og betydningen av forebyggende arbeid. Dette har vært en verdifull reise som har bidratt til å utvide min personlige og faglige utvikling. Skriveprosessen for min masteroppgave tok litt lengre tid enn forventet. Det har vært en svært lærerik og engasjerende reise å fordype meg i temaet, selv om jeg ikke kan benekte at det også har vært utfordrende og til tider veldig frustrerende. Lite visste jeg hvor komplisert og innviklet dette temaet kunne være, men så lærerik og spennende det har vært å få et innblikk i det.

Jeg er takknemlig for all hjelpen jeg har fått på veien mot fullføringen, og alle fortjener en stor takk. Jeg vil først og fremst takke informantene som har generøst delt av sine erfaringer og perspektiver fra rehabiliteringsprosessen. Jeg er veldig takknemlig for den tilliten dere har vist meg gjennom å fortelle historien deres. Uten dere hadde nok ikke denne studien vært mulig å gjennomføre. Jeg må også rette en spesiell takk til institusjonen som blant annet har tilrettelagt for tilgang til informanter. Jeg må også få takke familie og venner for støtte og oppmuntring. Spesielt må jeg takke Maren Mariussen som har vært en utrolig fin støttespiller, det har vært fin å ha noen å prate med og blåse ut frustrasjon til. Uten deg hadde nok denne reisen ikke vært den samme.

Sist, men ikke minst, vil jeg rette en enorm takk til min veileder Linda Røset, for uvurderlig veiledning, støtte og ikke minst tålmodighet gjennom hele prosessen.

Ingeborg Rosøy

Kyrksæterøra, oktober 2023

### iii. INNHOLDSFORTEGNELSE

ii. Forord.....	I
vi. Oversikt over tabeller.....	IV
v. Oversikt over figurer.....	V
vi. Sammendrag.....	VI
vi. Abstract.....	VII
1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.1.1 Sysselsetting og sykefravær.....	1
1.1.2 Langtidssykefravær.....	3
1.1.3 Tiltak for å redusere langtidsfravær.....	4
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	8
1.3 Masteroppgavens struktur.....	8
2.0 LITTERATURKAPITTEL.....	9
2.1 Tidligere forskning på sykefravær.....	9
2.3 Forskning på arbeidsrettet rehabilitering.....	10
2.4 Relasjoner og støtte.....	11
2.5 Tilnæringsmetoder.....	13
2.6 Barrierer for å returnere til arbeid.....	15
2.7 Behov for mer forskning og kunnskap.....	15
3.0 TEORI.....	17
3.1 The biopsychosocial model.....	17
3.2 Self-efficacy.....	18
3.3 Empowerment.....	20
4.0 METODE.....	21
4.1 Kvalitativ forskning.....	21
4.1.1 Kvalitativt forskningsintervju.....	22
4.1.2 Intervjuguide.....	24
4.2 Institusjonen Fjellsjø.....	24
4.3 Utvalg og rekruttering.....	25
4.3.1 Gjennomføringen av intervjuene.....	26
4.3.2 Behandling av data.....	27
4.3.3 Analyse.....	27
4.5 Reliabilitet, validitet og overførbarhet.....	30
4.7 Etikk og rollen som forsker.....	31

5.0 RESULTATER .....	34
5.1 Informantenes bakgrunn .....	34
5.2 Oppholdet og de ansattes betydning .....	36
5.2.1 Forventninger knyttet til oppholdet .....	36
5.2.2 Alt henger jo sammen .....	37
5.2.3 Inkludert i egen behandling .....	38
5.2.4 Felles, men individuelt .....	40
5.2.5 Så de tar seg tid .....	42
5.2.6 Personlige engasjement .....	43
5.2.7 Opplevelsen av å være omgitt av kompetente fagpersoner .....	44
5.2.8 Skal bare .....	45
5.3 Følelsen av å være i samme båt .....	46
5.3.1 Felles greie .....	46
5.3.2 Dele erfaringer og inspirere hverandre .....	47
5.3.3 Mye inntrykk å ta innover seg .....	48
5.3.4 Tøyd strikken litt langt mange ganger .....	49
5.4 Troen på og veien videre .....	50
5.4.1 En arbeidskar tror jeg ikke at jeg er .....	50
5.4.2 Det er som å få livet litt tilbake faktisk .....	52
5.4.3 Hva vil skje «når boblen sprekker» .....	52
6.0 DISKUSJON .....	54
6.1 Funn .....	54
6.2 Diskusjon av resultatene .....	55
6.2.1 Fremtidig forskning .....	61
6.2.2 Studiens begrensninger og styrker .....	61
6.3 Konklusjon .....	62
7.0 LITTERATURLISTE .....	64
Vedlegg .....	70
Vedlegg I: Godkjenning fra NSD .....	70
Vedlegg II: Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....	71
Vedlegg III: Intervjuguide .....	76

## vi. Oversikt over tabeller

Tabell 1: Et eksempel på kodingen ..... side 29

Tabell 2: Hovedtemaene og undertemaene i dataanalysen ..... side 30

## v. Oversikt over figurer

Figur 1: The biopsychosocial model

..... side 17

Figur 2: Self-efficacy

..... side 19

Figur 3: Faser innen tematisk analyse

..... side 28

## vi. Sammendrag

**Tittel:** Langtidssykemeldtes erfaring med et døgnopphold på arbeidsrettet rehabilitering – en kvalitativ studie.

**Bakgrunn:** Det å få personer tilbake i arbeidslivet har blitt stadig viktigere, spesielt med tanke på de økende utfordringene som er knyttet til langtidssykemeldinger og muskel- og skjelettplager. Forskning tyder på at arbeid er helsefremmende, og at risikoen for dårligere helse øker ved å ikke være i arbeid. Langtidssykefravær skyldes ikke utelukkende medisinske årsaker, derfor må det sees i et helhetlig perspektiv. Dermed er det viktig å forstå hva som er viktig under en slik prosess fra den sykemeldtes perspektiv.

**Formål:** Målet med denne studien er å få innsikt i subjektive opplevelser og erfaringer fra langtidssykemeldte pasienter som er på et døgnopphold på arbeidsrettet rehabilitering.

**Metode:** Denne studien benyttet en kvalitativ forskningstilnærming. Utvalget i denne studien besto av ti personer, fem kvinner og fem menn i alderen 33-64 år. Semistrukturerte intervjuer ble brukt som metode for datainnsamling. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av Braun og Clarke (2006) sine prinsipper for tematisk analyse.

**Resultat:** Det var viktig for informantene å være aktive i egen rehabiliteringsprosess, dette fremmet mestring og motivasjon – noe som førte til økt tro på seg selv. Informantene vektla å bli sett, hørt og tatt på alvor av de ansatte – dette bidro til støttende og tillitsfulle relasjon med de ansatte. Funnene tyder også på at det var et inkluderende miljø blant pasientene, hvor dette førte til trygget og bidro til å bygge et støttende fellesskap.

**Konklusjon:** Gode relasjoner ser ut til å være viktig i en slik rehabiliteringsprosess. Det å føle seg hørt, sett og tatt på alvor kommer frem som viktige elementer. Det er mye som tyder på at rehabiliteringsprosessen må betraktes som en helhetlig opplevelse.

**Nøkkelord:** Arbeidsrettet rehabilitering, langtidssykemeldt og muskel- og skjelettplager.

## vi. Abstract

**Title:** People on long-term sick leave experiences during participation in an in-patient occupational rehabilitation program - A qualitative study

**Background:** Getting people back to work has become increasingly important, especially in view of the increasing challenges associated with long-term sick leave and musculoskeletal disorders. Research shows that work is health-promoting, and that the risk of poorer health increases by not being at work. Long-term sickness absence is not exclusively due to medical reasons, so it need be seen in a holistic perspective. It is therefore important to understand what is important during such a process from the long-term sick leave person's perspective.

**Aim:** The aim of this study is to gain insight into the subjective experiences of patients on long-term sick leave who are on an in-patient occupational rehabilitation program.

**Method:** This study used a qualitative research approach. The sample in this study consisted of ten people, five women and five men aged 33-64. Semi-structured interviews were used as a method for data collection. The data was analyzed using Braun and Clarke's (2006) principles for thematic analysis.

**Results:** It was important for the informants to be active in their own rehabilitation process, this promoted self-efficacy and motivation - which led to increased belief in themselves. The informants highlighted being seen, heard, and taken seriously by the employees - this contributed to a supportive and trusting relationship with the employees. The findings also show that there was an inclusive environment among the patients, where this led to promote a sense of security and a supportive community.

**Conclusion:** Good relationships are important in such a rehabilitation process. Feeling heard, seen, and taken seriously appear as essential elements. There are indications the rehabilitation process must be regarded as a holistic experience.

**Keywords:** Occupational rehabilitation, long-term sick leave, return to work and musculoskeletal disorders.



## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn

En av våre viktigste ressurser både når det gjelder samfunn og enkeltindivider, er god helse (Meld. St. 38 (2020 –2021), s. 47). I folkehelseloven står det at folkehelsearbeid er

«Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og fysisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Folkehelseloven, 2011).

Ifølge Helsedirektoratet (2022) står målet om å redusere *sosial ulikhet i helse*<sup>1</sup> meget sentralt i folkehelsearbeidet. Marmot (2010) hevder at for å redusere sosiale ulikheter i helse er det avgjørende at folk er i jobb. Mye tyder på at arbeid er helsefremmende, det er et tydelig skille på de som er i arbeid og de som står uten arbeid når det kommer til helse (Dahl et al., 2014, s. 23). Risikoen for dårligere helse øker betraktelig ved å ikke være i arbeid (Dahl et al., 2014; Goldblatt et al., 2023; Marmot, 2010; Waddell & Burton, 2006; WHO, 2022a), mens det er sterke indikasjoner som tyder på at det å være i arbeid er; helsebeskyttende (Marmot, 2010; WHO, 2022a), bra for velvære, fysisk (Waddell & Burton, 2006) og psykisk helse (Van der Noordt et al., 2014; Waddell & Burton, 2006). For den enkelte kan arbeid gi bedre sosiale og personlige betingelser (NAV & Helsedirektoratet, 2021).

#### 1.1.1 Sysselsetting og sykefravær

Sammenlignet med andre land har Norge relativ høy sysselsetting (Meld. St. 32 (2020 – 2021)). Høy sysselsetting bidrar til å fremme sosial inkludering og redusere risikoen for

---

1) Sosial ulikhet i helse refererer til den skjeve fordelingen av helse i en befolkning, som følge av sosiale, økonomiske og miljømessige forskjeller (Marmot, 2005).

fattigdom, som igjen kan føre til bedre psykisk helse og lavere samfunnsøkonomiske kostnader til uføretrygd (OECD, 2010). Norge er avhengig av høy sysselsetting for å kunne opprettholde velferdssamfunnet, derfor blir arbeidskraften sett på som en viktig ressurs (Inkluderende arbeidsliv, 2018). I dag er det ca. 80 % i alderen 20-64 sysselsatt, men i de siste årene har det imidlertid vært en bekymringsfull utvikling - skillet mellom de som er innenfor arbeidsmarkedet og de som står utenfor har økt, spesielt blant unge. Grunnen til at dette er bekymringsfullt er fordi Norge står overfor en økende etterspørsel etter arbeidskraft i de kommende år, samtidig som det er utfordringer økt sysselsetting (NOU, 2021 ).

Så selv om Norge har høy sysselsetting, er også sykefraværet høyt. Sammenlignet med andre land i Nord-Europa har Norge høyest sykefravær (Proba samfunnsanalyse, 2014). Det må også nevnes at det er betydelige utfordringer med å sammenligne sykefravær på tvers av internasjonale landegrenser. Dette kan skyldes vesentlige forskjeller i praksis og ordninger knyttet til sykefravær mellom de ulike landene, det kan også være forskjell på definisjoner og kriterier for sykefravær (NOU, 2021 ).

Norge er det landet i Norden som scorer høyest på sykefravær som er knyttet til muskel- og skjelettplager (Solovieva et al., 2022). Muskel- og skjelettplager er ofte sammensatte plager og for den enkelte kan dette føre til nedsatt livskvalitet og redusert helse (FHI et al., 2014; Helsedirektoratet, 2019; Skogli et al., 2019). World Health Organization (WHO) (2022b) trekker frem at muskel- og skjelettplager kan ha negativ innvirkning på arbeidshverdagen, som blant annet begrenset bevegelse, dårligere trivsel og redusert evne til å kunne delta i samfunnet. Siden dette er noe som rammer så mange ble det i 2018 listet opp som en av de ti store folkehelseutfordringene i Norge (FHI, 2018). Slike helseplager utgjør et betydelig folkehelseproblem, noe som også medfører store samfunnsøkonomiske kostnader (Malterud, 2010; Skogli et al., 2019). Ifølge Skogli et al. (2019) kan de store samfunnsøkonomiske kostnadene som er knyttet til muskel- og skjelettplager deles inn i helsekostnader, kostnader i

form av tap av verdiskapning og kostnader i forma av sykdomsbyrde. Helsekostnader innebærer blant annet diagnostisering, behandling og rehabilitering. Tap av verdiskapning vil si tapet som kommer ved at personer i arbeidsfør alder står utenfor arbeidslivet. Til slutt er det sykdomsbyrden, der noen lever med sykdom som kan medføre begrenset aktivitets- og mobilitetsmuligheter, smerter og muligens et forkortet liv (Skogli et al., 2019). Ifølge NAV (2023) utgjør muskel- og skjelettplager den største diagnosegruppen og står for 31% av sykefravær i Norge (Aldridge, 2023). Ser man på de største årsakene til sykefravær og arbeidsuførhet i Norge ligger muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser øverst på listen (Knudsen et al., 2017). Til sammen utgjør disse til sammen 54 % av sykefraværet (Aldridge, 2023), og er de største årsakene til ikke-dødelig helsetap i Norge (Knudsen et al., 2017).

Ifølge Helsedirektoratet (2014) er ikke sykdommer alene en forklaring på sykefraværet, det ser ut til å følge et sosioøkonomisk mønster (omfatter elementer som inntekt, utdanningsnivå, yrkesstatus og levestandard). Derfor er det viktig å se på det med et helhetlig perspektiv, hvordan ressurser fordeles og hvordan folk generelt opplever belastninger i livet.

Sykefravær er noe som alltid vil forekomme fordi det er ikke uvanlig at sykdom eller skade oppstår, men det er lengden på sykefraværet som bekymrer. I 2022 var det en økning i antall lengere sykefravær (Aldridge, 2023). Det er også mye som tyder på sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid reduseres i økende grad med lengden på sykefraværet (NOU, 2021 s. 206; Velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016). Det er blant annet flere studier som understøtter dette (Bakke et al., 2021; Jacobsen et al., 2015).

### 1.1.2 Langtidssykefravær

*Langtidssykefravær*<sup>2</sup> ses som en økende folkehelseutfordring i mange industrialiserte land (Meneses Echavez et al., 2020). Det øker faren for å miste kontakt med arbeidsplassen og

---

<sup>2</sup> «Sykefraværstilfeller som har en varighet på over 8 uker» (NAV, 1997).

risikoen for å falle utenfor arbeidslivet (Meld. St. 32 (2020 –2021)). Langtidssykefravær i seg selv utgjør betydelige kostnader for arbeidstakere, arbeidsgivere og samfunnet for øvrig (NOU, 2021 ; OECD, 2010). Jo lenger en person er sykemeldt, jo større utfordring er det å komme tilbake i arbeidslivet (Bakke et al., 2021; NOU, 2021 s. 206).

Hvordan langtidssykefraværet påvirker den enkeltes liv er komplekst. Det er funn som tyder på at det å være langtidssykemeldt får flere negativ innvirkninger på en persons liv, som blant annet; økonomien, fritidsaktiviteter, søvn, svekket livsstil og psykisk helse (Floderus et al., 2005; Lännerström et al., 2013). Wallerstein (1993) hevder at personer som står i krevende situasjoner over lengere tid, som i tillegg opplever det som at de har lite kontroll over livssituasjonen og føler på maktesløshet vil ha økt fare for å oppleve sykdom. Sett sammen med de disse negative innvirkningene som kan forekomme ved langtidssykefravær er tidlig intervensjon anbefalt (Waddell & Burton, 2006). På grunn av kompleksiteten ved langvarig eller gjentakende sykefravær er det en utfordrende oppgave å utarbeide effektive tiltak som gjør lettere å komme tilbake i arbeid. Denne kompleksiteten skyldes ikke utelukkende sykdommer, men ses på som et helhetlig perspektiv, der individet, arbeidsplassen, helsevesenet og NAV spiller en stor rolle. Derfor er det nødvendig med forståelse og anerkjennelse av årsakene og barrierene som er knyttet til tilbakevending mot arbeid (Aasdahl et al., 2023).

### 1.1.3 Tiltak for å redusere langtidsfravær

Det har lenge vært fokus på å redusere sykefraværet og spesielt langtidssykefraværet (Meld. St. 29 (2010–2011); Meld. St. 33 (2015–2016)). Målet til regjeringen er et samfunn som har muligheter for alle, der alle som kan, deltar i arbeidslivet og at ingen skal bli stående igjen utenfor (Meld. St. 32 (2020 –2021)). Derfor satses det på tidlig innsats og tett oppfølging av sykmeldte, dette blir sett på som viktige tiltak for å kunne redusere og forebygge sykefravær,

som igjen skal være med på å begrense risikoen for at flere går over til mer varige helserelaterte ytelser (Meld. St. 15 (2022–2023); Meld. St. 32 (2020 –2021)).

Inkluderende arbeidsliv avtalen (IA-avtalen) ble for første gang inngått i 2001 mellom myndighetene og partene i arbeidslivet (Inkluderende arbeidsliv, 2022). Denne avtalen skulle bidra til høyere sysselsetting ved hjelp av å forebygge sykefravær samt frafall i arbeidslivet (Grasdahl et al., 2022). Satsningsområdene er å forebygge sykefravær og frafall samt ha en målrettet innsats mot lange og/eller gjentatte sykefravær (Inkluderende arbeidsliv, 2022). Der det overordnet målet er å legge til rette for at så mange som mulig kan arbeide så mye som mulig, så lenge som mulig (Inkluderende arbeidsliv, 2018, s. 1).

Det finnes mange ulike tiltak i Norge som skal bidra til å nå disse målene som er beskrevet ovenfor, som blant annet; dialogmøter, gradert/delvis sykemelding, tjenestesamhandling mellom helsetjenesten og NAV (HelseIArbeid) og arbeidsrettede rehabiliteringstiltak (Berg et al., 2021). Under kommer en kort forklaring på hva disse omhandler.

#### *1.1.3.1 Dialogmøte*

Dialogmøte er et møte for å drøfte tilrettelegging på arbeidsplassen. Dette skal hjelpe den sykemeldte til å finne løsninger på sin arbeidsplass som skal bidra til rask tilbakekomst til tross for helseutfordringene den sykemeldte står ovenfor (Helsedirektoratet, 2016).

#### *1.1.3.2 Gradert sykemelding*

Gradert sykemelding også kalt delvis sykemelding, gjør at en person delvis kan jobbe i tillegg til å være sykemeldt. Det blir avklart hvor mange prosent en person kan jobbe, slik at de får vanlig lønn for jobben og får utbetalt sykepenger for den resterende prosent personen ikke jobber (Helsedirektoratet, 2016).

### *1.1.3.3 HelseIArbeid*

HelseIArbeid (som før ble kalt Raskere Tilbake) er et nytt nasjonalt konsept som er et av virkemiddelene i IA-avtalen (Inkluderende arbeidsliv, 2018). Det er en type arbeidsrettet rehabiliteringstiltak (Jacobsen Jardim et al., 2022). Der det retter seg spesielt inn mot personer med muskel- og skjelettplager og/eller psykiske plager som står i fare for å havne utenfor arbeidslivet, på grunn av de nevnte plagene (Inkluderende arbeidsliv, 2018). Det er en samhandling mellom Helsetjenesten og NAV, der det skal gi rask tilgang på tverrfaglig, arbeidsfokusert og spesialisert utredning samt avklaring (Velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016).

### *1.1.3.4 Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) i spesialisthelsetjenesten tilbys som dag- og døgntilbud på ulike rehabiliteringssentre og polikliniske tilbud som foregår på sykehus (Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (NKAR, 2020)). Det er noen rehabiliteringssentre og sykehus som tilbyr programmer som kombinerer medisinsk behandling med arbeidsforberedende tiltak. I følge Aasdahl et al. (2023) er der flere fordeler ved døgnbehandling innen ARR, det gir blant annet et avbrekk fra hverdagen, mulighet til å fokusere fullt på egen prosess og ha faste rutiner som er i regi av institusjonen.

Dette tilbys personer som har vært igjennom ulike tiltak tidligere, men som ikke har fungert, eller som har behov for lengre tid til å komme tilbake til arbeid (NKAR, 2020). Arbeidsrettet rehabilitering er et tiltak som har som mål å få folk tilbake i arbeid, styrke den enkeltes mulighet til å klare å stå i arbeid, eller hjelpe de med å komme inn på arbeidsmarkedet (NKAR, 2020). Slike tiltak kan vare opp til 12 uker og kan inneholde; arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet, funksjonsfremmende trening, motivasjon, generell opptrening, opplæring, trening i sosial mestring, livsstils veiledning eller en kombinasjon av de som er nevnt over (NOU, 2012).

Personer som blir henvist til arbeidsrettet rehabilitering har ofte komplekse sammensatte utfordringer relatert til helse og arbeidsliv, langvarig sykefravær og/eller lang historie med gjentatt sykefravær (NKAR, 2020). I all hovedsak var ARR rettet mot de sykemeldte, men i 2009 ble tilbudet utvidet og inkluderte også personer med redusert arbeidsevne som hadde behov for arbeidsrettet bistand. Slik som det er i dag er arbeidsrettet rehabilitering et tilbud til personer med sammensatte og uspesifikke plager (NOU, 2012). Det finnes flere definisjoner på ARR, men definisjonen som blir brukt innenfor fagfeltet i Norge som er skrevet av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (NKAR) definerer arbeidsrettet rehabilitering slik:

Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til deltakerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet (NKAR, 2020, s. 6).

Arbeidsrettet rehabilitering bygger på en biopsykososial forståelse, som bidrar til å se hele mennesket og forstå situasjonen til hvorfor en person er sykemeldt, og finner ut av «hvor skoen trykker». Det skal bidra til å gjøre personen i stand til å mestre egen situasjon (NKAR, 2020). Når det kommer til rehabiliteringsfeltet, blir ofte mestring nærmest sidestilt med empowerment. På grunn av at personene lærer å mestre egen hverdag gjennom å lære seg å leve med sin situasjon som kan gjøre at de oppleve en følelse av kontroll over eget liv (Askheim et al., 2007). De må ses på som autonome aktører i sine egne liv og derfor legges det vekt på at de er aktive i rehabiliteringsprosessen. Det innebærer at de ansatte støtter og styrker personen i å påvirke, ta ansvar og vise ansvar (NKAR, 2020). Det er et satsningsområde innenfor arbeid og helse at brukerinvolveringen skal utvikles og tilpasses slik at personene får en stemme og at det får en ønsket effekt (NAV & Helsedirektoratet, 2021).

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om hvilke erfaringer pasienter har med en arbeidsrettet rehabiliteringsprosess. Videre er målet å undersøke hva de vektlegger som viktig i en slik prosess, hva forventer de og hvilken betydning har det for troen på å komme tilbake i arbeid. Forskningsspørsmålet er:

*Hvordan opplever langtidssykemeldte et døgnopphold på en arbeidsrettet rehabilitering?*

- *Hva anser de som viktig i en slik prosess?*
- *I hvilken grad har dette betydning for troen på å komme tilbake i arbeid?*

Denne studien handler om personer som har stått utenfor arbeidslivet i lengere tid og prosessen for å komme tilbake i arbeid. Innenfor rammene av denne studien er prosessen for å komme tilbake til arbeid begrenset til arbeidsrettet rehabilitering i form av døgnbasert rehabiliteringsopphold. Formålet med denne studien er å få fram subjektive opplevelser og erfaringer som skal belyses gjennom intervjuer med pasienter som er under et slikt opphold. I denne studien vil begrepet «informanter» bli brukt om personene som er intervjuet i denne studien. Begrepet «ansatte» vil bli brukt om de som jobber på institusjonen.

## 1.3 Masteroppgavens struktur

Denne masteroppgaven består av 6 kapitler, videre oppbyggingen av oppgaven vil være slik; Kapittel 1 utgjør innledning og bakgrunn. Kapittel 2 presenterer nasjonal og internasjonal forskning som er knyttet til temaet. I kapittel 3 består av det teoretiske rammeverket for studien. Kapittel 4 vil gjøres rede for metoden som ble benyttet i studien og om forskningsprosessen. Kapittel 5 består av presentasjon av informantene og funn. kapittel 6 vil inneholde diskusjon, fremtidig forskning, studiens begrensninger og en konklusjon.



## 2.0 LITTERATURKAPITTEL

Under dette kapittelet vil forskningslitteratur på sykefravær og arbeidsrettet rehabilitering bli presentert. Ifølge Persson (2021) definerer han en litteraturgjennomgang som «systematisk gjennomgang av eksisterende forskning innenfor et spesifikt tema eller fagfelt» (Persson, 2021, s. 13). En litteraturgjennomgang er nødvendig for å kunne skaffe seg et holdepunkt, slik at man kan ytre seg om et spesifikt tema (Persson, 2021). Litteraturgjennomgangen inkluderer først og fremst forskning fra Norge og Sverige. Jeg har bevist valgt å fokusere mest på forskning fra skandinaviske land. Begrunnelsen for dette er som nevnt i innledningen, at det er utfordrende å sammenligne rehabiliteringsprosesser på tvers av ulike landegrensener. Derfor har jeg valgt å avgrense studiene til skandinaviske land, da disse deler noen lignende måter på hvordan sykefravær håndteres og reguleres, noe som kan gi et mer sammenlignbart grunnlag. Ved unntak av en studie som er inkludert fra Nederland.

For å finne relevant litteratur ble søkemotorene; Oria, Pubmed, PsycINFO og Cochrane Library benyttet. Det ble også kombinert flere ulike søkeord; Occupational rehabilitation, return to work (RTW), og sick leave. Filtrene som ble benyttet var årstall for publisering 2010-2023.

### 2.1 Tidligere forskning på sykefravær

I en nyere kvantitativ Svensk studie gjort av Solovieva et al. (2022) var målet var å identifisere hvilke yrker som hadde høy forekomst av langvarig sykefravær. De tok for seg land som; Norge, Sverige, Danmark og Finland. Norge utpekte seg ved å score høyest av alle landene på flest yrkesgrupper med sykefravær på grunn av muskel- og skjelettsykdommer. Resultatene viset at sykefravær uansett årsak og eller på grunn av muskel- og skjelettsykdommer var mest representert i følgende hovedkategorier; håndverksarbeidere, fabrikk- og maskinoperatører, montører, elementære yrker, butikk- og markedsselgere og

service- og omsorgsarbeidere. Når det kom til psykiske lidelser var hovedkategoriene; service- og omsorgsarbeidere, og butikk- og markedssalgssarbeidere, funksjonærer og medarbeidere.

### 2.3 Forskning på arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering blir i litteraturen nevnt som work rehabilitation, vocational rehabilitation og occupational rehabilitation.

Forskning tyder på at tverrfaglig tilnærming i døgnbasert tilbud er mer effektivt enn tverrfaglig tilnærming i polikliniske tilbud (Gismervik et al., 2020; Lyby et al., 2021; Aasdahl et al., 2021).

Det ble utført to Norsk randomiserte kontrollerte effektundersøkelser (RCT) på Hysnes helsefornt, som hadde til hensikten å sammenligne effekten av to forskjellige rehabiliteringsprogrammer, for å finne ut av hvilket tiltak som hadde best effekt på mennesker som var langtidssykemeldte. Sammenligningen skulle være mellom poliklinisk tilbud og et lengere opphold på institusjon (3,5 uker) (Gismervik et al., 2020).

Den inkluderte 166 personer som hadde vært sykemeldt fra 2-12 måneder, disse pasientene ble fordelt på poliklinisk (N=80) og døgnrehabilitering (N=86).

Funnene viste at en større andel var i arbeid både et og to år etter endt behandling på det lengere opphold sammenlignet med det polikliniske tilbudet. Det ble også funnet at flere hadde færre NAV-ytelsesdager og var raskere tilbake til stabilt arbeid i 2020 studien (Gismervik et al., 2020). Disse studiene viste at på langtidssykemeldte hadde det lengere oppholdet på institusjonen en bedre effekt, sammenlignet med det polikliniske tilbudet (Gismervik et al., 2020; Aasdahl et al., 2021).

I Aasdahl et al. (2023) blir den tidligere antagelsen om at institusjonsbasert behandling alltid er den mest effektive måten å rehabiliterer sykemeldte med muskel- og skjelettlidelser eller

mentale helseproblemer. I stedet tyder funnene i denne studien på at polikliniske (ACT) kan være like effektive og har en lavere økonomisk belastning for helsevesenet.

Når det kommer til den økonomiske belastningen, kan det imidlertid være en utfordring, da kostnadene ofte belastes helsevesenet, mens gevinsten ofte realiseres utenfor denne sektoren, sett i sin helhet er slike tilbud samfunnsøkonomisk lønnsomme (Jensen & Lien, 2023).

I studien til Aasdahl et al. (2023) ble også gjort funn på at over tid økte forskjellen i sykefraværsdager mellom programmene. Dette gjorde I-MORE (døgnbasert ARR) kostnadseffektivt på 24 måneders sikt, da produksjonstapet veide opp for intervensjonskostnadene. Med andre ord, over en toårsperiode resulterte I-MORE i mer effektiv ressursbruk sammenlignet med O-ACT.

Disse funnene understreker behovet for en mer grundig evaluering av ulike rehabiliteringsmetoder, samtidig understrekker dette viktigheten av å se på langtidseffekter på ARR tilbud og helheten av kostnader.

## 2.4 Relasjoner og støtte

De to studiene som presenteres nedenfor fokuserer begge på pasientenes opplevelser knyttet til arbeidsrettet rehabilitering.

Formålet med studien til Haugli et al. (2011) var å finne ut mer om individuelle erfaringer hos pasienter som var med på et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram, for å utforske hvilke faktorer som hadde medvirket til vellykket RTW 3 år etter endt opphold. Dette var en kvalitativ norsk studie som tok for seg 20 pasienter som hadde gjennomgått ARR programmet tre år tidligere. Halvparten av informantene hadde returnert tilbake i arbeid, mens den andre halvparten hadde gått over på uførepensjon (UP).

Studien fant tydelige forskjeller på de som hadde vellykket RTW og de som hadde gått over på UP, der det viste seg at de verdsatte ulike sider ved rehabiliteringsprogrammet. Begge

gruppene la vekt på helheten i rehabiliteringsprogrammet, deretter ble sosiale aktiviteter, fritid, fysisk aktivitet i grupper, og individuell og gruppebasert rådgivning med teammedlemmene identifisert som medvirkende faktorer hos begge gruppene. Videre ble det funnet hos begge gruppene at støtte fra jevnaldrende deltakere i rehabiliteringsprogrammet, familie, arbeidsgiver eller sosialhjelper under RTW-prosessen ansett som viktig. Det som skilte disse to gruppene var at de med vellykket RTW så på økt selvforståelse som viktig, mens UP understreket viktigheten av å bli sett, hørt og tatt på alvor av fagfolkene. Haugli et al. (2011) sorterte dette ned til tre kategorier som var med på å forbedre resultatet av rehabiliteringsprosessen; positive møter økt selvforståelse og støtte fra omgivelsene.

I den svenske studien av Andersén et al. (2017) var formålet med studien å undersøke pasientenes erfaring med en individuelt tilpasset arbeidsrettet rehabilitering og hvordan de opplever møtene med fagfolkene, det ble laget et prosjekt ved navn Dirigo prosjektet (Ståhl et al., 2017). Prosjektet baserte seg på samarbeid mellom rehabiliteringsmyndigheter (svenske trygdekassen og den svenske arbeidsformidlingen), at det var individuelt tilpassede intervensjoner og at fagfolkene brukte motiverende intervju for å kommunisere med pasientene. Det er en kvalitativ studie som intervjuet 14 langtidssykemeldte (6-18 måneder) som deltok i prosjektet. De 14 langtidssykemeldte besto av åtte damer og seks menn i alderen 27-59 år. Totalt sett hadde pasientene hatt en positiv opplevelse av hele ARR prosjektet, gjennom denne erfaringen ble det identifisert fire nøkkelfaktorer; muligheter for å motta ulike dimensjoner av støtte, god helhetlig behandling av fagfolkene, fornøyde med arbeidsmetodene til prosjektet og pasientene følte de hadde muligheter for personlig utvikling. Måten pasientene ble behandlet av fagfolkene gjorde at de følte seg trygge og tatt vare på. De følte seg hørt, og fagfolkene ble oppfattet som tilgjengelige og de tok seg tid til å høre på dem. Det var også indikasjoner på at de ansatte hadde påvirket pasientens mestringstro også når det gjaldt å returnere tilbake i arbeid.

Funnene indikerer at intervensjonen ble positivt mottatt av pasientene, spesielt på grunn av tilpasningen til individuelle behov. Det fremkom også en tydelig styrke i kommunikasjonen mellom pasientene og klinikerne, som spilte en avgjørende rolle i opplevelsen av intervensjonen. Videre ble betydningen av en helhetlig tilnærming fremhevet som en essensiell faktor for suksess i rehabiliteringsprosessen

## 2.5 Tilnæringsmetoder

I en kvalitativ studie gjennomførte Eftedal et al. (2017) fire fokusgrupper med i alt 29 klinikere. Disse klinikerne jobbet innenfor døgn eller poliklinisk arbeidsrettet rehabilitering. Formålet med studien var å undersøke hvilke erfaringer klinikerne innenfor arbeidsrettet rehabilitering hadde med hvordan de henvende seg til langtidssykemeldte innenfor ARR for å øke deltakernes evner og muligheter til vellykket RTW.

Resultantene viser at for å kunne øke mulighetene for vellykket RTW var pasientenes oppfattelse av klinikerens vesentlig betydning sammen med en grundig kartleggingsprosess. Derfor understreker klinikerne i denne studien viktigheten av deres væremåte, og nevner beskrivelse av å bli oppfattet som; kompetent, interessert og støttende. De tar også opp at det er viktig med en positiv atmosfære, som er preget av åpenhet, ærlighet og respekt. Når de har konsultasjoner er også aspektet av tid viktig, slik at de unngår at deltagerne føler de går for fort frem.

Det ble utarbeidet tre temaer; det første tema var kartleggingsprosess – dette ble brukt for å få en grunnleggende forståelse av deltakerens livsverden. Det andre var å danne en terapeutisk allianse - slik at de kunne bygge en allianse gjennom kommunikasjon, denne var preget av sensitivitet til deltakernes behov og følelsesmessige bekymringer. Det siste tema var å sette i gang endringsprosesser.

I tillegg til disse temaene ble det også identifisert fire tilnæringsmetoder, der tre av de er rettet mot den enkelte pasient mens den siste omfatter omgivelsene til pasienten. Disse fire var;

- 1) Øke følelsen deres av selvtillit og mestring
- 2.) Øke bevisstheten om pasientenes egne grenser
- 3.) Utfordre ineffektive, negative holdninger og tanker knyttet til «sykerollen»
- 4.) Tett og tidlig dialog med sentrale interessenter, som for eksempel arbeidsplassen og Nav.

Studien til Eftedal et al. (2017) handler om de ansattes perspektiv. En svensk studie gjennomført av Müssener et al. (2015) handlet om pasientenes perspektiv og deres opplevelser av møter med fagpersonene. For å få svar på dette ble det utført 20 intervjuer blant menn og kvinner i alderen 33-59 år, informantene hadde vært sykemeldt i minst 28 dager. Funnene i studien viser at interaksjonen mellom pasient og fagperson har betydelig innvirkning på rehabiliteringsprosessen og RTW. Det kommer tydelig frem at det påvirker pasientens motivasjon, engasjement og tro på rehabiliteringsprosessen både i positiv og negativ retning. Måten ting blir kommunisert fra de fagpersonene til pasientene var også trukket frem som viktig. Det at fagpersonene fremsto som personlig involvert virket styrkende og bekreftende ovenfor pasientene og dette ble sett på som en verdsatt kvalitet (Müssener et al., 2015).

Begge disse studiene er med på å bidra til økt forståelse av hvordan fagpersonene påvirker rehabiliteringsprosessen og tilbakevending til arbeid for pasientene. De utfyller hverandre ved å belyse både klinikerens perspektiver og pasientenes opplevelser.

## 2.6 Barrierer for å returnere til arbeid

Dekkers-Sanchez et al. (2010) gjennomførte en kvalitativ studie i Nederland. Formålet med denne studien var å gi innsikt hvilke perspektiver pasienters har med; oppretthodene faktorer for langvarig sykefravær og hvilke faktorer som fremmer tilbakevending til arbeid. I studien ble fem fokusgruppeintervjuer gjennomført. Det var 27 pasienter med ulike lidelser, det de hadde til felles var at de hadde langtidssykefravær (18 måneder+). I studien til Dekkers-Sanchez et al. (2010) ble fire kategorier etablert, disse fire var; helserelaterte hindringer, personlige hindringer, sosiale hindringer og arbeidsrelaterte hindringer. Dette viser at det er flere faktorer enn bare helserelaterte barrierer som er med på å gjøre veien tilbake til arbeid vanskelig for personer som er langtidssykemeldt. Noen faktorer som ble trukket frem under fokusgruppene var; smerte, stress, belastningskader, høy alder, lav utdanning og lav mestring. Resultatene tyder på at ved siden av sykdom er flere ikke-medisinske faktorer som er opplevde barrierer for å returnere til arbeid.

## 2.7 Behov for mer forskning og kunnskap

Det er fortsatt manglende på kunnskap om langtidseffektene av et lengere arbeidsrettet rehabiliterings opphold (Øyeflaten et al., 2014). Samtidig kan det også være nyttig å finne ut hvilke personer som har nytte av et mer omfattende program, som et lengere opphold på ARR er (Aasdahl et al., 2023). Det er utført mange studier som ser på ulike tiltak for å forhindre og redusere langtidssykemeldinger, men det er også et tydelig kunnskapshull som indikerer at det er behov for videre forskning (Tingulstad et al., 2021).

For ifølge Haugli et al. (2011) er det begrenset kunnskap om hvilke faktorer som er medvirkende til en vellykket RTW innenfor arbeidsrettet rehabiliteringsprogrammer som ser det fra pasientenes side.

Det er en stor debatt på feltet om at det mangler en «felles standard» som kan gjøre resultatene mer troverdige og sammenlignbare. Slik som problemet er nå har de fleste studiene gjort positive funn for RTW med sine intervensjoner, men det er lite sammenlignbart og inneholder mange ulike komponenter og avklaringer. Det er blant annet nevnt i forskningen til Liedberg et al. (2021), Tingulstad et al. (2021), Kaspersen et al. (2022), Finnes et al. (2019) og Eftedal et al. (2017). Det er også andre faktorer som gjør det vanskelig å sammenligne mellom landene, på grunn av forskjellige helsetjenester og trygdeordninger (NOU, 2021).

Noe annet som er diskutert innenfor feltet er et tettere samarbeid. Det er et ønske om tettere samarbeid mellom de store aktørene (eks helsevesenet, NAV, arbeidsplassen og andre som er involvert i RTW prosessen) (Kaspersen et al., 2022; Liedberg et al., 2021; Tingulstad et al., 2021). I studien til Eftedal et al. (2017) tydet funnene på at et slikt samarbeid var avgjørende for vellykket RTW. Dette er relevant for min studie på grunn av at det kan være en sentral del som påvirker rehabiliteringsopplevelsene til pasientene. Dette kan påvirke hvordan pasientene opplever støtten de mottar, hvordan de oppfatter kvaliteten på rehabiliteringsprosessen og deres tro på muligheten for å komme tilbake til arbeid.



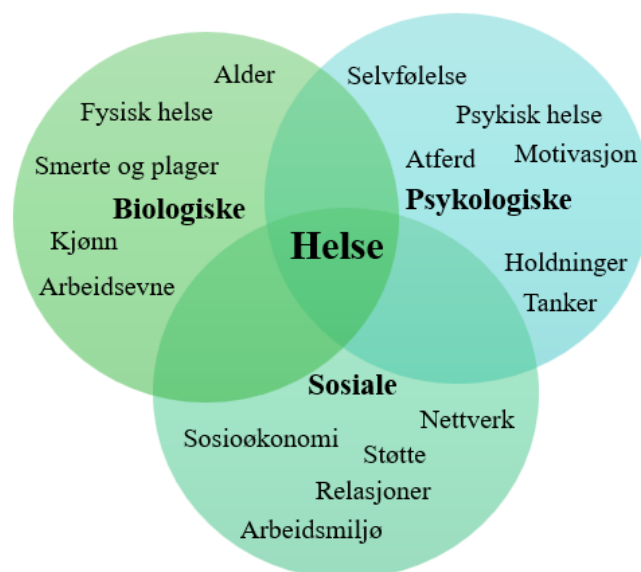
## 3.0 TEORI

I dette kapittelet vil det teoretiske rammeverket for studien bli presentert. Rammeverket består av en modell og to teorier som er sentrale for å forstå rehabiliteringsprosessen. Først vil den biopsykososiale modellen bli presentert. Denne modellen gir innsikt i hvordan biologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker helse og rehabilitering.

Arbeidsrettet rehabilitering bygger på en biopsykososial forståelse (NKAR, 2020). Videre vil teorien om Self-efficacy og Empowerment bli presentert, de spiller en viktig rolle med styrke individets engasjement og aktive deltakelse i rehabiliteringsprosessen.

### 3.1 The biopsychosocial model

Den biopsykososiale modellen ble utviklet av psykiateren Georg Engel i 1977. Den ble utviklet for å kunne gi en bedre forståelse på mennesket og dets sykdomsforløp fordi den biomedisinske modellen var utilstrekkelig. Den var utilstrekkelig fordi den bare hadde fokus på de fysiske og biologiske faktorene (Engel, 1977). Den biopsykososiale modellen derimot hadde fokus på både sykdom, helse og at det kan påvirkes av det komplekse samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Espnes & Smedslund, 2009). [Figur 1](#) gir en illustrasjon på hva disse tre faktorene innebærer.



Figur 1. Enkel fremstilling av den biopsykososiale modellen, sterkt inspirert av Abrahamsen (2020).

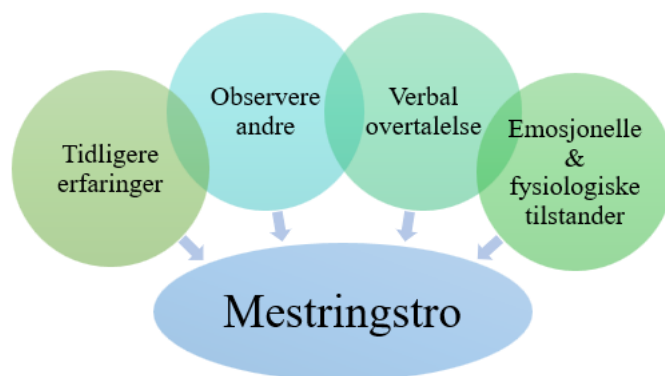
Innenfor rehabilitering i Norge har den biopsykososiale modellen fått stor gjennomslagskraft (NAV & Helsedirektoratet, 2021). Malterud (2010) hevder at det er godt dokumentert at de kroppslige- mentale prosessene og individuelle livsbetingelser er tett knyttet og henger ofte sammen. For å kunne få en bedre forståelse for hvordan dette henger sammen bør de forstås gjennom en biopsykososial tilnærming (Waddell & Burton, 2006), for å få en helhetlig forståelse av individet rehabiliteringsprosess.

I denne sammenhengen kan den biologiske faktoren være det fysiske, som; arbeidsevne, smerte og plager. Psykologiske kan forstås som det emosjonelle og mentale, som for eksempel troen på å komme tilbake i arbeid, motivasjon og tanker. Den siste kategorien som er sosiale faktorer, kan innebære relasjoner og arbeidsmiljø. Den biopsykososiale modellen er med på å forklare og forstå kompleksiteten og helheten knyttet til den enkelte som kommer på arbeidsrettet rehabilitering.

### 3.2 Self-efficacy

Self-efficacy er et sentralt konsept i flere ulike teorier, begrepet er opprinnelig hentet fra sosial kognitiv teori som ble utviklet av psykologen Albert Bandura (1977). Self-efficacy betyr mestringstro, altså hvor stor tro en person har på sin egen evne til utføre en bestemt oppgave eller mål (Bandura, 1977). Teorien kan deles inn i fire kategorier som er med på å øke self-efficacy, disse fire er; tidligere erfaringer, observasjon av andre, verbal overtalelse og emosjonelle og fysiologiske tilstander (Bandura, 1977). Dette er fremstilt i [figur 2](#).

Banduras teori tar for seg komplekse utfordringer mennesker står ovenfor, teorien er brukt i mange ulike situasjoner og settinger, som blant annet: folkehelse, utdanning, klinisk helsepraksis og politikk, der menneskelig funksjon, selvutvikling, endring og tilpasning står sentralt (Ozer, 2022).



Figur 2. Faktorer som er med på å øke Self-efficacy, figuren er inspirert fra Bandura (1977)

Self-efficacy kan påvirke hvordan en person ser på en utfordring. For eksempel vil en person som har høy self-efficacy være bedre rustet til å takle utfordringer og stå fast med målet sitt selv når det er vanskelig, enn en person med lav self-efficacy. Dette henger ofte sammen med tidligere erfaringer disse erfaringene kan gjerne overføres til andre situasjoner i personens liv (Bandura, 1977). Bandura argumenterer for at self-efficacy kan bygges opp over tid, gjennom erfaringer, opplevd mestring og observere andre lykkes (Bandura, 1977). For å forstå dette bedre vil et konkret eksempel bli presentert;

Kåre har vært sykemeldt på grunn av ryggproblemer, har fått dårlig selvtillit av å utføre fysisk arbeid. Han får opphold på arbeidsrettet rehabilitering, der han får tilpasset øvelser og god feedback fra fagpersonene, noen uker passerer og Kåre begynner å se resultater. Han begynner å mestre øvelser han tidligere ikke hadde tro på, noe som gjør at han føler på optimisme etter å ha sett framgang. Dette bidrar til positive følelser, som igjen fører til økt tro på egne evner. I tillegg ser han Kari, en medpasient i samme situasjon, som også viser framgang, dette gjør at han får litt mer tro på at han selv skal klare det også. Alt dette har bidratt til at Kåre har fått økt self-efficacy og større tro på at han kan takle utfordringene med fysisk arbeid. Det vil si at økt self-efficacy har overføringsverdi.

Dette betyr at når en person opplever mestring og får økt tro på sine egne evner innenfor en

spesifikk oppgave eller situasjon, så kan denne økte troen på egen mestringsevne også påvirke hvordan personen takler andre oppgaver eller situasjoner (Bandura, 1977).

### 3.3 Empowerment

Begrepet Empowerment ble i 1986 lansert i Ottawa-charteret som en prosess som skal bidra til at folk skal være i stand til å øke kontrollen over helsetilstand og til å forbedre egen helse (NOU, 1998; WHO, 1986). Empowerment er et begrep som er svært omdiskutert og vanskelig å definere (Askheim et al., 2007, s. 72). Helsedirektoratet (2018) oversetter empowerment til myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Denne oversettelsen er ikke tilstrekkelig for hva det faktisk innebærer (Tveiten, 2007). Hvis man ser innen Norsk litteratur blir begrepet Empowerment bare brukt slik som det er (Skille et al., 2019).

Empowerment vektlegger hva som bor i mennesket, og med dette menes hvilke ressurser, kompetanse og ferdigheter den enkelte har. Dette er en tilnærming som står sentralt i habilitering og rehabilitering, som skal være med å bidra til mestring, bedre selvbilde, trygghet (Helsedirektoratet, 2018).

Det som kan være en utfordring med empowerment som praksis er at fagpersonene må ta pasientenes ressurser på alvor, å akseptere deres erfaringer og kunnskaper om eget liv på lik linje med deres faglige kunnskap (Thomassen, 2006). Det er likevel ikke det samme som at pasienten skal bestemme behandlingsform eller ta ansvaret vekk fra fagpersonene (Tveiten, 2007). Det skal legges vekt på samarbeid og likevekt mellom pasient og fagperson, slik at de i felleskap kan utvikle kunnskap og finne løsninger (Thomassen, 2006). For å ta i bruk Empowermentprosessen må fagpersonen oppgi litt av kontrollbehovet og gi mer plass til brukermedvirkning, dette innebærer også å akseptere at pasienten muligens tar valg fagpersonen selv ikke ville tatt (Tveiten, 2007).

## 4.0 METODE

I dette kapitlet vil metoden som ble benyttet i studien presentert. Det starter med en introduksjon til kvalitativ forskning, deretter går det gjennom utvalg og rekruttering av informanter. Deretter beskrives gjennomføringen av intervjuene, behandling av data, analyseprosessen, samt diskusjon av pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet. Til slutt reflekterer jeg over etiske hensyn og min rolle som forsker. Metode refereres til som en fremgangsmåte for gjennomføringen av vitenskapelige studier (Grønmo, 2016).

### 4.1 Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning er en forskningsmetode som søker å forstå menneskelig atferd, erfaringer og meninger (Tjora, 2021). Kvalitative metoder blir brukt for å få økt kunnskap om menneskelige egenskaper; opplevelser, erfaringer, forventninger, tanker, motiver og holdninger (Malterud, 2013). Innenfor kvalitativ forskning er man ute etter å forstå hvordan mennesker tolker sine erfaringer, hvordan de konstruerer sin verden, og hva slags mening de legger i hva de opplever (Merriam & Tisdell, 2016)

Kvalitativ metode bygger på fenomenologi, hermeneutikk og sosialkonstruktivisme (Krumsvik, 2014), så denne studien er inspirert av perspektiver fra disse metodiske tilnærmingene. Postholm (2010, s. 41) skriver at «fenomenologien beskriver den meningen mennesker legger i en opplevelse knyttet til en bestemt erfaring av et fenomen». I denne studien var fenomenologien sentral i innsamlingen av datamateriell, der jeg var på søken etter pasientenes perspektiver. Innenfor fenomenologien er det viktig å være åpen overfor informantens opplevelser (Kvale et al., 2015). Hermeneutikken handler om det Malterud (2013) beskriver som «tolkning av meninger i menneskelig uttrykk» (Malterud, 2013, s. 44). Forskeren tar utgangspunkt i informantenes egne forståelser og synspunkter når de skal fortolke handling og mening. Derfor er det viktig å få innsikt i intensjonen til informanten for å kunne forstå handlingens mening (Grønmo, 2016). Sosial konstruksjonisme legger stor vekt

på at forskeren er med å på påvirke kunnskapsutviklingen i alle ledd (Malterud, 2013). For eksempel under selve intervjuet foregikk det en samhandlingsprosess som var med på å forme hva informanten fortalte under intervjuet (Malterud, 2013).

Ifølge Bryman (2016) betyr epistemologi læren om kunnskap. Innenfor konstruktivismen er utgangspunktet at kunnskap er konstruert i samhandling med virkeligheten. For å knytte dette over til min studie, der jeg søker å utforske hvordan pasientene konstruerer og tolker sine erfaringer knyttet til døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering. Vil tolkningene pasientene kommer med ses på som refleksjoner som baserer seg på deres unike livssituasjon og sosiale kontekst som de lever i utenfor oppholdet. Når det kommer til ontologi, så handler det om hva som eksisterer og hvordan virkeligheten er (Bryman, 2016). Slik som i min studie er det viktig å erkjenne at pasientenes refleksjoner ikke kan ses på som objektive og universelle sannheter. De formes i stedet av deres tolkninger, samhandling med omgivelsene og den påvirkningen som kommer fra den sosiale konteksten de befinner seg i, som i dette tilfellet er innenfor en arbeidsrettet rehabiliteringsinstitusjon.

Mine refleksjoner på hvordan jeg som forsker har påvirket studien vil bli beskrevet nærmere under [kapittel 4.7](#). Med tanke på dette, ble en kvalitativ metode ansett som mest passende for å oppnå en dypere forståelse av pasientenes subjektive opplevelser og perspektiver. Slik at jeg kunne få en kunnskap om hvilke erfaringer pasientene hadde med en arbeidsrettet rehabiliteringsprosess. For å skaffe denne innsikten, gjennomførte jeg intervju med ti personer som var på et døgnbasert arbeidsrettet rehabiliteringsopphold.

#### 4.1.1 Kvalitativt forskningsintervju

Innenfor kvalitativ forskning finnes det ulike tilnærminger for datainnsamling, blant annet kvalitativt intervju, fokusgruppe og observasjon. I denne studien ble førstnevnte valgt for å kunne få deltakeren til å beskrive hvordan verden ser ut ifra deres perspektiv og få frem betydningen av deres tidligere erfaringer (Malterud, 2013; Tjora, 2021). Malterud (2013)

hevder at man må akseptere det informanten forteller uten å stille spørsmål om det er sant eller riktig, og at det som kommer ut av intervjuet er kunnskap som informanten har valgt å dele med forskeren i det gitte øyeblikk. Ifølge Kvale et al. (2015) virker intervju som en enkel metode, men det som gjør det vanskelig er å gjøre det ordentlig. Der spiller intervjuerens personlige vurderinger og ferdigheter en viktig rolle. Kunnskapen som kommer ut av et slikt intervju er påvirket av relasjonen og samspillet mellom forskeren og informanten (Kvale et al., 2015). Tjora (2021) hevder at kvaliteten på intervjuet er avhengig av tilliten som skapes mellom forskeren og informanten, og trekker frem tid som et viktig aspekt for å kunne skape en mer avslappet og trygg stemning.

Det er viktig å huske på maktforholdet som er under slike intervjuer. Den som intervjuer har kontroll på hva som skal spørres om og hvilke svar som skal følges opp. Dette er også en samtale hvor spørsmålene bare går en vei, der det mer eller mindre er et skjult formål fra forskerens side (Kvale et al., 2015).

I denne studien ble semistrukturert intervju valgt som forskningsmetode. Semistrukturert intervju er et begrep som dekker et bredt spekter, men ofte refereres det til intervju som har samme generelle overordnede spørsmål i en intervjuguide. Rekkefølgen på spørsmålene kan variere, og det er rom for å stille oppfølgingsspørsmål ut i fra svarene som blir gitt (Bryman, 2016). Denne typen intervju har nær tilknytning til en samtale man har i hverdagen, men har til motsetning til det et formål (Kvale et al., 2015). Fordelen ved bruk av semistrukturert intervju er at er at man kan stille oppfølgingsspørsmål ut ifra det informanten forteller. Dette øker sannsynligheten for å unngå å bruke begreper informanten selv ikke ville brukt, og å legge ord i munnen på de som intervjues (Tjora, 2021). Bakdelen med semistrukturert intervju er at det er lett å spore av tema, og det er derfor nødvendig å være våken slik at det kan stille oppklaringsspørsmål om nødvendig (Malterud, 2012). Siden det er lett å spore av ved et slikt intervju er det fint å ha en intervjuguide å forholde seg til.

#### 4.1.2 Intervjuguide

I forbindelse med intervjuene ble det på forhånd utarbeidet en intervjuguide se [vedlegg III](#).

Spørsmålene ble skrevet som åpne spørsmål, slik at informantene selv hadde mulighet til å fortelle det de ønsket å dele, men samtidig ga mening i forhold til forskningsspørsmålet.

Intervjuguiden startet med spørsmål som gikk rundt temaet, slik at informanten kunne bli mer fortrolig med situasjonen (Tjora, 2021). Intervjuguiden besto av temaer som; generelt om oppholdet, forventninger, brukermedvirkning, relasjoner og kommunikasjon, troen på arbeid og avsluttende spørsmål knyttet til deres opplevelse av intervjuet.

Intervjuguiden ble diskutert med veileder, medstudenter og pilotert på to informanter. Etter pilotintervjuene med informantene ble det gjort noen små endringer i formuleringen av spørsmålene og lagt til et spørsmål rettet mot det relasjonelle. Siden det ikke ble gjort store endringer ble derfor de to nevnte pilotintervjuene inkludert i studien.

#### 4.2 Institusjonen Fjellsjø

I denne oppgaven er det snakk om en rehabiliteringsinstitusjon som er en del av spesialisthelsetjenesten i Norge. Institusjonen er 1 av i alt 5 institusjoner på Østlandet som tilbyr døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering. I denne studien vil institusjonen få det fiktive navnet Fjellsjø Rehabilitering for å bevare anonymiteten til informantene og for å få bedre flyt for leseren. Fjellsjø tilbyr individuelle tilbud, derfor vil varigheten være tilpasset den enkeltes behov, +/- 6 uker. De mottar en individuelltilpasset plan som inneholder individuelle aktiviteter, gruppeaktiviteter med fysisk aktivitet, undervisning og arbeidsrettede aktiviteter som baserer seg på hva den enkelte trenger. Institusjonen har tverrfaglig team med ulike yrkesgrupper representert, blant annet; lege, fysioterapeut, ergoterapeut, arbeidskonsulent med flere. De blir også tilbudt oppfølging i etterkant av oppholdet.



### 4.3 Utvalg og rekruttering

Med bakgrunn i problemstillingen og kvalitativ metode ble utvalget i denne studien strategisk valgt. Jeg søkte etter et utvalg som har noe å si om det fenomenet jeg ville undersøke, derfor ble strategisk utvalg best egnet. Grønmo (2016) beskriver at et strategisk utvalg vil være strategisk beregnet, med bakgrunn i teoretiske og analytiske formål, som er relevant og av interesse for studien. Inklusjonskriteriene ble satt til å være;

1. Personene var i midten - slutten av oppholdet
2. Skulle tilbake i arbeid.

Grunnen til at disse inklusjonskriteriene ble satt, var fordi at det var viktig at informantene i studien kunne bidra med god innsikt om temaet i forskningsspørsmålet skulle besvares. Det var derfor relevant å inkludere informanter som hadde erfaring og kunnskap knyttet til døgnbasert arbeidsrettet rehabiliteringsopphold. På grunn av at studiet var avhengig av personer – ble tre informanter inkludert selv om de ikke oppfylte begge kriteriene.

Rekrutteringen av informanter skjedde gjennom portvokteren ved institusjonen. For å ivareta taushetsplikten og sårbarheten var det kontaktpersonen som tok ansvar for rekrutteringen og avtalte tidspunkt for intervjuene. Malterud (2012) trekker frem at portvokteren har bedre kjennskap til målgruppen og kan derfor avklare viktige betingelser for at deltakeren skal ha det bra under intervjusituasjonen. Portvokteren som har god kjennskap til pasientene ved institusjonen, spurte de som var er tilgjengelig og som ikke hadde for stor sosial belastning. Institusjonen var også behjelpelig med lån av møterom, noe som var fordelaktig fordi informantene var kjent med disse fra før.

Planen var å rekruttere seks til ti personer, der begge kjønn var representert. Utvalget ble til slutt bestående av fem kvinner og fem menn, i alder 33 til 64 år og disse utgjør utvalget for

studien, videre presentasjon av informantene kommer i starten av [kapittel 5](#), hvor de vil få fiktive navn.

#### 4.3.1 Gjennomføringen av intervjuene

Alle informantene ga sitt skriftlige informerte samtykke før intervjuene. Intervjuene fant sted på ulike møterom ved institusjonen, der informantene var kjent fra før. I starten på intervjuene ga jeg også kort redegjørelse for at det var helt frivillig å delta, at de kunne trekke seg når som helst, uten å oppgi noen grunn for dette. De ble også informert om at de selv fikk bestemme hva de ville dele, slik at hvis de ikke ville svare på noen spørsmål så var det helt i orden. De ble også tilbudt å ta pause når de måtte føle for det. Under selve intervjuene var jeg bevisst på å la det være en liten stillhet når de var ferdige med å svare på spørsmålet, slik at hvis de husket noe annet hadde de mulighet for å fortelle det. Ofte hadde de mer på hjerte som de fortalte om etter en slik pause, og det reduserte muligheten for at jeg avbrøt de med et nytt spørsmål.

Intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på 33 minutter, der det lengste varte i 47 minutter og det korteste varte i 20 minutter. Datainnsamlingen tok plass våren 2023.

Intervjuene ble tatt opp på mobiltelefon med appen Nettskjema-diktafon, denne appen krypterte opptaket og la det inn i Educloud Research (Universitetet i Oslo, 2017). Dette gjorde det enkelt gå frem og tilbake for å høre det flere ganger for å sikre validitet på informasjonen i transkriberingsprosessen. Tanken var å ta notater underveis, men det ble gitt opp etter første intervju, der jeg opplevde at jeg hadde mer enn nok med å ha fokuset på informanten. Både Bryman (2016) og Tjora (2021) trekker frem at fordelen med å bruke lydopptak er at man kan rette fokuset på informanten å sikre seg god kommunikasjon og flyt i intervjuet, uten å bli for opptatt av å notere alt som blir sagt. Det ble heller skrevet feltnotater etter at selve intervjuet var ferdig, der ting som blant annet opplevelsen av intervjuet og stemning ble notert.

Intervjuguiden ble stort sett fulgt kronologisk, men under enkelte intervju fløt samtalen slik at intervjuguiden ble brukt som en sjekklister mot slutten av intervjuet.

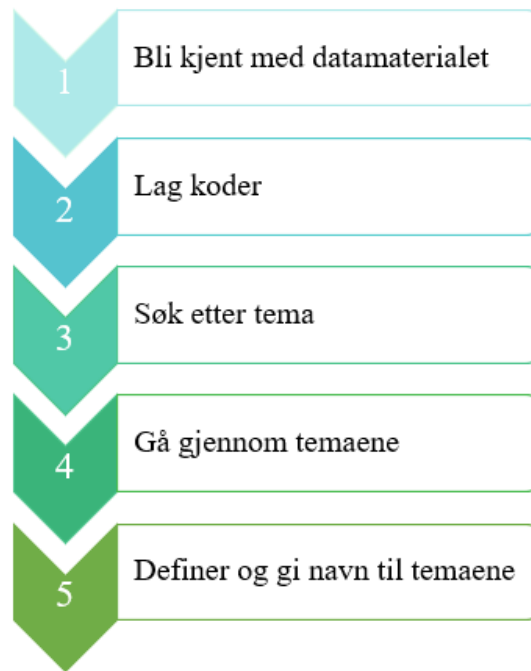
#### 4.3.2 Behandling av data

Alt ble transkribert ordrett og alle identifiserende kjennetegn ble fjernet eller anonymisert. Det å transkribere betyr å transformere, altså skifte fra en form over til en annen. Transkripsjonen vil være en oversettelse fra talespråk til skriftspråk (Kvale et al., 2015). Talespråk er mer uformelt og oppstykket enn skriftspråk, derfor kan sitater fremstå som ufullstendige setninger. Malterud (2013) påpeker at det er viktig å være oppmerksom på hvordan sitatene blir framstilt. Under transkripsjonsprosessen møtte jeg på flere fortolkningsmessige problemstillinger og oppdaget både styrker og svakheter ved intervjuene. Etter å ha gått igjennom transkriberingsprosessen merker jeg at jeg ved fordel kunne stilt flere relevante oppfølgingsspørsmål, og hatt lengere tenkepauser. Det er likevel en gradvis forbedring fra første til siste intervju, dette kan ha noe med at jeg opplevde å bli tryggere i rollen som intervjuer etter hvert intervju som ble gjennomført. Ved at dataene ble transkribert gjorde det mulig å gjennomføre en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

#### 4.3.3 Analyse

Data ble analysert ved å benytte tematisk analyse. Tematisk analyse er en metode for å identifiserer mønstre, analyser og temaer i datamaterialet og har en teoretisk fleksibel tilnærming (Braun & Clarke, 2006). Det blir beskrevet som en robust metode for de som er nye til kvalitativ metode (Braun & Clarke, 2006). Grunnen til valget av tematisk analyse var fordi det er et godt verktøy for å identifisere og systematisere data, samtidig som det blir sett på som lett å lære seg og gjennomføre samt nyttig for en uerfaren forsker. For å gjøre kodingsprosessen så enkelt som mulig ble dataprogrammet Open Code (2015) brukt, det gjort at jeg fikk en god oversikt over koder og temaer, eksempel på dette kan ses i [tabell 1](#).

Analyseprosessen besto av flere steg som baserte seg på tilnærming basert på Braun og Clarke (2006), som illustreres i [Figur 3](#) (Braun & Clarke, 2006). Videre vil jeg forklare hvordan jeg gikk frem for å analysere datamaterialet.



Figur 3. Faser innen tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006)

Det første jeg gjorde var å bli godt kjent med datamaterialet som jeg hadde samlet inn. Jeg lyttet til opptakene og leste transkripsjonene nøye slik at jeg kunne få et bedre overblikk og helhetlig forståelse av datamaterialet. Når jeg hadde gjort meg grundig kjent med datamaterialet la jeg merke til ting som gikk igjen, ting som stakk seg ut og identifisere mulige koder. Jeg begynte å se gjennom hvilke koder som gikk igjen og som kunne bli til mulige hoved- og undertemaer. Deretter samlet jeg kodene og lagde temaer. Temaene sjekket jeg om fungerte i forhold til de kodene som ble laget. Videre avgrenset jeg og ga overordnet navn til temaene, sikt at det passer med innholdet. Ut ifra dette ble relevante temaer identifisert for å besvare forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006).

#### 4.3.3.1 Koding og Kategorisering av data

Dette resulterte i tre hovedtemaer og 14 undertemaer, disse blir fremstilt i [tabell 2](#) og videre funn vil bli presentert i [kapittel 5](#).

I [tabell 1](#) viser til et sitat fra en av informantene og hvordan dette utsagnet ble kodet

Utdrag fra transkripsjon	Hovedtema	Undertema	koder
«Det er jo noe med det å føle seg inkludert i egen behandling. <u>Eh</u> føle seg hørt, føle at man ikke bli overstyrt. Og da er man jo alltid tilbake til den der ovenfra og ned holdningen som enkelte i helsevesenet har da «dette er mitt felt, derfor kan du bare gjøre som jeg sier» det oppleves litt sånn ja vel, men du vet ikke hvordan jeg har det»	Oppholdet og de ansattes betydning	Inkludert i egen behandling	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bli hørt</li><li>▪ Aktiv rolle</li><li>▪ Mulig tidligere negative erfaringer</li><li>▪ Tatt på alvor</li><li>▪ Anerkjennelse kompetanse</li></ul>

Tabell 1. Et eksempel på kodingen.

[Tabell 2](#) som blir fremstilt under viser en oversikt over hovedtemaene og undertemaene som utgjør funnene i denne studien.

Hovedtemaer	Undertemaer
<b>Oppholdet og de ansattes betydning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forventninger knyttet til oppholdet</li> <li>▪ Alt henger jo sammen</li> <li>▪ Inkludert i egen behandling</li> <li>▪ Felles, men individuelt</li> <li>▪ Så de tar seg tid</li> <li>▪ Personlige engasjement</li> <li>▪ Opplevelsen av å være omgitt av kompetente fagpersoner</li> <li>▪ Skal bare</li> </ul>
<b>Følelsen av å være i samme båt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Felles greie</li> <li>▪ Dele erfaringer og prate sammen,</li> <li>▪ Mye inntrykk å ta innover seg</li> <li>▪ Tøyd strikken litt langt mange ganger</li> </ul>
<b>Hva vil skje når «boblen sprekker»</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En arbeidskar tror jeg ikke at jeg er</li> <li>▪ Det er som å få livet tilbake faktisk</li> </ul>

Tabell 2. Hovedtemaene og undertemaene i dataanalysen

#### 4.5 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet er viktig innenfor kvalitativ forskning for å kunne vurderer påliteligheten og relevansen for studien (Bryman, 2016).

Relabilitet dreier seg om hvor pålitelig datamaterialet i en studie er. Reliabilitet innen forskning refererer til hvilken grad forskningsprosessen og datamaterialet kan gjenskapes, og oppnå konsistente resultater over tid og under forskjellige omstendigheter. Med andre ord bør studien kunne gjentas og fremdeles komme frem til lignende resultater (Bryman, 2016).

Validitet derimot handler om hvor relevant datamaterialet er i forhold til forskningsspørsmålet som skal belyses (Grønmo, 2016). Når det er snakk om overførbarhet, så sier det noe om hvorvidt funnene i en studie kan gjøres aktuelle i andre sammenhenger enn den studien som er

gjennomført (Malterud, 2011). Utvalget i denne studien er begrenset, det er begrenset ned til personer som er med på et spesifikt rehabiliteringsopplegg på en enkelt institusjon som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering. Dette kan påvirke overførbarheten av studiens funn opp mot andre populasjoner eller geografiske områder. Det er mulig at pasienter som deltar på en annen institusjon på et annet sted ville ha hatt ulike perspektiver og erfaringer enn de som er representert i denne studien, som blant annet kan komme av et andreledes opplegg.

#### 4.7 Etikk og rollen som forsker

Det ble sendt en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD), som ble godkjent (denne godkjenningen kan ses i [vedlegg I](#)) og en fremleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Jeg vurderer det som etisk forsvarlig og riktig å sende fremleggingsvurdering til REK, på bakgrunn av de jeg ønsket å rekruttere var pasienter i et behandlingsforløp. Ifølge De nasjonale forskningsetiske komiteene blir de definert som en sårbargruppe (Solbakk, 2014). Svaret jeg fikk fra REK var at prosjektet ble vurdert som utenfor virkeområdet til helseforskningsloven, og derfor ikke fremleggingspliktig.

Jeg skrev under på en taushetserklæring fra institusjonen på grunn av viktigheten av å beskytte konfidensiell informasjon. Dette forpliktet meg til å bevare konfidensialiteten rundt sensitive opplysninger som jeg hadde tilgang til i forbindelse med besøkene på denne institusjonen.

Basert på NSD sin veileder utarbeidet jeg et informasjonsskriv og samtykkeskjema ([vedlegg II](#)), som inneholdt informasjon om studien, datainnsamlingen og hvilke rettigheter de hadde om de valgte å delta. Dette mottok informantene i forkant av intervjuene, når de ble rekruttert.

I kvalitativ forskning er det en viss fare for at informanten kommer til skade i en intervjusetting, ved en såkalt følelsesmessig overtramp (Postholm, 2010, s. 149-150). For å unngå dette ble spørsmålene i intervjuguiden som nevnt tidligere stilt som åpne spørsmål, slik at informantene hadde større frihet til å svare på spørsmålene. Det ble også i slutten av intervjuguiden utarbeidet et spørsmål om hvordan informanten syntes det var å prate om temaet, slik at jeg kunne få en bedre følelse på hvordan de synes det hadde vært og ikke bare hvordan jeg hadde tolket kroppsspråket deres under intervjuet.

Innenfor kvalitativ forskning er det viktig å erkjenne og redegjøre for forskerens påvirkning. En forsker vil påvirke forskningsprosessen på en eller annen måte, som Malterud (2013) skrev i boken sin «spørsmålet er derfor ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen men hvordan» (Malterud, 2013, s. 37). Derfor vil jeg videre redegjøre for min bakgrunn og oppfatning til fenomenet som studeres.

Min forforståelse innebærer at jeg har en bachelor i idrettsvitenskap med fokus på fysisk aktivitet og helse, og er nå inne i et masterstudium innen folkehelse. Mennesker, helse og velvære er noe som jeg har fått stor interesse for. Gjennom masterforløpet ble jeg introdusert for konseptet arbeid som en helsedeterminant, dette vekket interessen min og jeg fikk en større forståelse av at helse og arbeid er sterkt knyttet sammen. Før jeg begynte på denne masteroppgaven hadde jeg ikke mye kjennskap eller kunnskap om arbeidsrettet rehabilitering og de nærliggende temaene som for eksempel sykemelding, langtidssykefravær og muskel- og skjelett plager. Uansett så syns jeg dette virket spennende, men også veldig utfordrende siden jeg kom utenfra med lite innsikt i de prosessene. Hovedgrunnen til at det ble det tema det ble, var at jeg fikk muligheten til å bli med i et prosjekt som delvis foregikk på en arbeidsrettet rehabiliterings institusjon. Dette gjorde meg veldig nysgjerrig på hva dette innebar og hvordan det var å være pasient i en slik sammenheng. Samtidig virket det interessant å få et innblikk i hva pasientene anså som viktig i et slikt behandlingsforløp.



Så prosessen startet ved å gjøre en litteraturgjennomgang som gjorde at jeg litt større kjennskap til feltet. Malterud (2013) påpeker at å utføre feltarbeid i ens eget kulturelle miljø kan være gunstig da det gir en direkte forståelse av ulike fenomener som kan være vanskelig for utenforstående å forstå. Dette betyr imidlertid ikke nødvendigvis at det er en ulempe for meg som kommer utenfra. Isteden kan jeg bidra med et annerledes perspektiv og stille andre typer spørsmål. Dette reduserer risikoen for det som i litteraturen omtales som «feltblindhet». Feltblindhet kan oppstå når man har så stor kjennskap til det som studeres, er det en fare for at mye tas forgitt (Malterud, 2013).

Helsetilstand var ikke et tema i intervjuguiden. Dette ble likevel omtalt av informantene selv under intervjuet. På bakgrunn av at helsetilstanden var grunnen for at de var til opphold på institusjonen - ble dette relevant når de skulle forklare situasjonen de befant seg i. Det var heller ikke veldig personlige spørsmål som ble stilt, men jeg opplevde at flere av informantene fortalte om personlige ting og hendelser, noe jeg så på som noe positivt for det ble tolket som en slags tillit/tiltro. Slik jeg forstår det virket det som de fortalte om sin totale livssituasjon, ikke bare om rehabiliteringsoppholdet og jobb, men heller hva oppholdet hadde å si for deres liv totalt sett.

## 5.0 RESULTATER

I dette kapitlet vil jeg presentere informantene og resultatene sett i lys av forskningsspørsmålet.

*Hvordan opplever langtidssykemeldte et døgnopphold på en arbeidsrettet rehabilitering?*

*- Hva anser de som viktig i en slik prosess?*

*- I hvilken grad har dette betydning for troen på å komme tilbake i arbeid?*

Det vil først bli presentert informasjon om informantene og kort om deres bakgrunn, vider vil det bli gått inn på hovedtemaene og undertemaene. Det ble identifisert tre hovedtemaer i analysen, disse er; oppholdet og de ansattes betydning, følelsen av å være i samme båt og hva vil skje når «boblen sprekker». Disse tre hovedtemaene utgjør funnene i denne studien.

### 5.1 Informantenes bakgrunn

Det var i alt 10 personer, 5 menn og 5 kvinner som samtykket til deltakelse i studien.

Informantene i denne studien var pasienter ved en arbeidsrettet rehabiliteringsinstitusjon. De var i alderen 33 til 64 år. Informantene hadde vært på institusjonen i ulik lengde når intervjuet fant sted, det varierte fra at de var tidlig i oppholdet til opp mot slutten av oppholdet. Videre kommer en kort presentasjon av informantene for å kunne gi leseren et inntrykk av hvem som deltok i denne studien.

**Vetle** er tidlig i 30-årene har en variert yrkesbakgrunn innenfor tjenestenæringen med flere jobber som krever at man står veldig mye rett opp og ned. Han ønsker en annen jobb enn den han hadde. Har troen på å komme tilbake i jobb, men ikke tro på at han kommer tilbake i samme jobb som han hadde før. Er i slutten av oppholdet.

**Gunn** er i midten av 60-årene har en jobb som krever mye ståing i løpet av en dag.

Hun har som mål å klare å stå i jobben hun har i de siste årene som er igjen. Hun har fått sterkere tro på at hun skal klare det etter noen uker på institusjonen. Er i slutten av oppholdet.

**Frida** er i midten av 30-årene har jobbet innenfor salgs- og serviceyrke, der hun har en stillesittende jobb. Hun vurderer å bytte jobb. Før oppholdet var hun allerede tilbake i 100%, men hadde behov for opphold for å kunne fortsette. Tidlig i oppholdet.

**Jens** er i slutten av 40-årene med lang erfaring innen kultur og underholdningsbransjen, det er fysisk krevende arbeid med en del tunge løft. For han er det ingen alternativ, han skal tilbake i jobb, men ønsker en mer stabil jobb. Nesten halvveis i oppholdet.

**Håkon** er i slutten av 30-årene jobber innen bygg og anleggs bransjen, har ikke tro på at han «kommer til å bli noe arbeidskar» hvis han skal fortsette i jobben han har, men skal muligens gå delvis over på uføre. Selvstendig næringsdrivende siden han fulførte grunnskolen. Er i midten av oppholdet.

**Anne** er i slutten av 40-årene, har lang erfaring innen yrke sitt som er i pleie- og omsorgsbransjen, der jobben krever høy aktivitet. Hun har tro på å komme tilbake i arbeid, men tror ikke hun klarer å stå 100% om hun skal tilbake i den samme jobben. Er i slutten av oppholdet.

**Laila** er i slutten av 40-årene har en aktiv jobb innenfor pleie- og omsorgsbransjen. Har tro på at hun skal tilbake i arbeid. Laila er i slutten av oppholdet.

**Magne** er i midten av 40 årene har en fysisk krevende jobb, har lang erfaring innen bygg og anleggsbransjen. Har slutten i den jobben han hadde og skal begynne i en roligere jobb etter oppholdet. I starten av oppholdet.

**Bjørn** er i slutten av 30 årene, jobber innen bygg og anleggsbransjen med en fysisk krevende jobb. Har troen på å komme tilbake i jobben, men er åpen for en annen jobb enn den han har. Er i slutten av oppholdet.

**Olivia** er i midten av 50 årene, jobber og har lang erfaring innenfor IT, det er en stillesittende jobb. Hun har tro på å komme tilbake i jobben, men er også åpen for en ny kurs. Er i starten av oppholdet.

Der er ut ifra disse ti informantene som danner grunnlaget for funnene i denne studien.

## 5.2 Oppholdet og de ansattes betydning

Under dette første hovedtemaet vil undertemaer som; Forventninger knyttet til oppholdet, Alt henger jo sammen, Inkludert i egen behandling, Felles, men individuelt, Så de tar seg tid, personlige engasjement, Opplevelsen av å være omgitt av kompetente fagpersoner og Skal bare. Disse utgjør første hovedtema i denne resultatdelen.

### 5.2.1 Forventninger knyttet til oppholdet

Informantene visste ikke hva de gikk til når de ankom Fjellsjø rehabilitering. De var åpne for hva dette opplegget innebar og var innstilt på å få mest mulig ut av rehabiliteringen. De fleste ble overrasket over omfanget av opplegget på Fjellsjø, og hvilken behandling de fikk. Frida beskrev det slikt «de tar for seg så mye mer her da, enn akkurat det prolapsen du har», det Frida ga uttrykk for her er at det er en helhetlig forståelse på Fjellsjø. Ved at de ansatte viste en forståelse av situasjonen hun sto ovenfor og ikke bare de fysiske plagene hun kom inn med. Den helhetlige forståelsen var det mange som satte pris på, fordi det bidro til at informantene følte seg svært godt ivaretatt, noe som igjen skapte en følelse av trygghet.

Mange av informantene startet rehabiliteringsprosessen med forventninger om at målet var å bli helt fri for smerte, og klar for arbeidslivet med en gang etter endt opphold. Imidlertid opplevde de etter hvert at rehabiliteringen handlet om å lære seg å leve, og fungere på en

hensiktsmessig måte til tross for plager og begrensninger. Bjørn fortalte dette om sine forventninger:

Jeg trodde jo det bare var å hit å trene litt også gå på et samleband og komme ut i andre enden og er fiks ferdig og eh klar til å gå på jobb igjen liksom. Men så viste det seg å være veldig mye mer enn bare trening da, eller teori på en måte, hva skal jeg si – det er sånn som de sier her, det er ikke alt man kan gjøre noe med, selve plagene eller vondtene, men at du skal lære deg å leve med det, lære deg å takle det, lære seg at selv om det er vondt så er det ikke farlig.

Gjennom oppholdet på Fjellsjø utviklet informantene en forståelse av at smerte ikke nødvendigvis er ensbetydende forbundet med fare, og fikk lære ulike strategier for å håndtere smerte på for å takle hverdagen på en god måte på tross av smertene og plagene de hadde.

### 5.2.2 Alt henger jo sammen

De ansatte veiledet informantene gjennom refleksjoner rundt det felles utgangspunktet de har for oppholdet, som er preget av fysiske plager og smerter. Dette bidro til en dypere forståelse blant informantene for hvordan disse fysiske utfordringene kan forplante seg og påvirke livene deres.

Frida trakk frem blant annet dette med å være sykemeld:

Med en gang du blir sykemeldt så er du ikke lenger på jobb, du får ikke det sosiale lenger, du føler deg kanskje litt utenfor samfunnet, du blir deprimert ehh så får du problemer med Nav, kanskje har du ikke pengene lenger.

Det Frida beskrev her la vekt på hvordan det å være sykemeldt kan påvirke en persons tilhørighet, deltakelse i samfunnet og økonomiske bekymringer. Hun beskrev opplevelsen som å bli trukket inn i en ond sirkel. Flere av informantene ga på ulike måter uttrykk for det Frida beskrev som en ond sirkel, Bjørn utalte dette «det er ikke noe positivt med det, du blir

veldig tiltaksløst og råtner opp litt, for å si det sånn». De forteller om en hverdag som er preget av mye smerte og plager. Magne her for eksempel reflekterte over sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse og utalte seg slikt «Alt henger jo sammen, hele kroppen henger jo sammen, har du vondt i ryggen så henger det sammen med veldig mye annet kan det gjøre, topplokket har mye å si»

Informantene belyste både de fysiske, psykiske og sosiale aspektene ved sykemelding og smerter og hvordan disse utgjorde en helhet som påvirket dem og deres situasjon.

### 5.2.3 Inkludert i egen behandling

Informantene fortalte at relasjonen til de ansatte var viktig for dem under oppholdet. Det å bli tatt på alvor, bli sett og hørt var viktige elementer for å oppleve at relasjonen var god. De har klare tanker om hva de forventer av de ansatte, men er også preget litt av hva de tidligere har erfart. Olivia forklarte:

Jeg som pasient vil gjerne bli sett, og det føler jeg at jeg blir her, så vil jeg jo gjerne høres også da, jeg mener det må kunne slå begge veier (...) jeg må også kunne komme å si fra at – vet du hva dette her fungerer ikke for meg – forvente å bli hørt da, mhm

Olivia viser et ønske om å ha en aktiv rolle i sin egen behandling, der hun legger vekt på gjensidig respekt og åpen kommunikasjon mellom seg selv og de ansatte. Der er viktig for henne at hun blir tatt på alvor om hun sier ifra om at noe ikke fungerer, og at dette skal bli tatt i betraktning. Anne derimot legger vekt på at hun ønsker at informasjonen blir formidlet på en forståelig måte og uttrykket seg slik «Så er det å viktig at jeg kan føle at de ikke er sånn bedreviter, sånn «ja, men sånn er det» liksom, men at man forklarer og prater på en god måte seg imellom». Det Anne fortalte om her er at hun ønsker å bli inkludert og at de tar seg tid til å forklare slik at de kan ha en åpen samtale og skape en følelse av samspill og ikke ha en nedlatende tone når de skal forklare.

Frida uttrykker et ønske om at hennes kunnskap og erfaring skal bli anerkjent, og at denne blir respektert og brukt som en del av hennes behandling. Det kommer derfor frem at hun ønsker å ha en aktiv rolle i avgjørelsene som tas om hennes helse og rehabiliteringsprosess. Frida utdyper:

Det er jo noe med det å føle seg inkludert i egen behandling. Eh føle seg hørt, føle at man ikke bli overstyrt. Og da er man jo alltid tilbake til den der ovenfra og ned holdningen som enkelte i helsevesenet har da «dette er mitt felt, derfor kan du bare gjøre som jeg sier» det oppleves litt sånn ja vel, men du vet ikke hvordan jeg har det.

Hun trekker derimot frem at hun har en annen opplevelse ved Fjellsjø, der hun føler seg ivaretatt og respektert i sin aktive rolle som pasient i rehabiliteringsprosessen. Dette kan ses i sammenheng med at hun opplever seg likeverdig i diskusjoner som angår hennes egen helse og at de ansatte anerkjenner hennes kunnskap og erfaringer.

Det kommer frem at flere av informantene har tidligere negative erfaringer med helsevesenet, disse opplevelsene kan antyde at de har blitt møtt med nedlatende holdninger, og ikke følt seg hørt eller anerkjent. Dette kan ha påvirket deres tillit til helsepersonell og deres forventninger til denne rehabiliteringsprosessen.

Olivia fortalte om en hendelse som hun ble veldig positivt overrasket over, der hun hadde gitt beskjed om at hun ønsket mere tid til individuelle samtaler med noen av de ansatte, fordi dette var noe hun savnet og hadde behov for. Dette ble tatt tak i med en gang og hun uttrykket dette «Da følte jeg at jeg faktisk ble tatt seriøst da, så jeg tenker at man blir sett og hørt her, og de forventningene hadde jeg kanskje ikke». Dette utsagnet vitner om at hun føler at hun blir tatt på alvor av fagfolkene. Videre fortalte Olivia at «Også var det sånn med en gang at det skal vi gjøre, så jeg måtte ikke kjempe en kamp liksom». Svare hun fikk av fysioterapeuten overrasket henne, hun hadde nesten ventet seg at hun måtte legge frem flere argumenter og gi

ytterligere forklaringer på hvorfor hun ønsket disse samtaler. Det viste seg imidlertid å være unødvendig, siden det ble godtatt med en gang, uten spørsmål, dette ga henne en følelse av å bli trodd på og tatt på alvor. Dette utsagnet vitner kanskje om tidligere erfaringer der hun var nødt til å «ta kampen» med å argumentere for seg og kanskje ikke bli trodd.

Det å bli inkludert i egen behandling går også videre utover det å bli sett og hørt. Det handler også om muligheten til å velge og bestemme aktiviteter. Det at de får muligheten til å kunne påvirke valgene som gjøres i rehabilitering styrker den troen de har på egne evner og gir en følelse av eierskap til prosessen.

Informantene opplevde det som positivt å kunne få være med å påvirke egen rehabiliterings hverdag, som å velge øvelser eller aktiviteter ut ifra hva de ønsket å gjøre. Dette var med på å forsterke følelsen av at de var aktive i egen behandling. Det var likevel ikke like viktig for alle å skulle bestemme hva de skulle gjøre, og flere var åpne for å prøve nye utfordringer.

Anne fortalte litt om det å være med å påvirke egen hverdag og formulerte seg slik:

Det å få være med å påvirke egen hverdag det er – det gjør absolutt mye det, men det er ikke dermed sagt at jeg skal bestemme alt jeg skal gjøre liksom, fordi jeg vet jo ikke alltid hva som er best for meg jeg heller.

Dette sitatet til Anne viser at hun setter pris på at hun kan være med å påvirke egen hverdag, men samtidig er hun åpen for veiledning og råd fra fagpersonene.

#### 5.2.4 Felles, men individuelt

På Fjellsjø rehabilitering fortalte informantene at det hadde en del fellestreninger, Magne fortalte «Selv om vi har felles treninger så er det også på en måte individuelt». Denne oppfatningen var det flere som delte. Vetle refererte til en spesifikk hendelse på en fellestreing som belyser godt det Magne var inne på. Han fortalte om en fellestrening hvor det var mange



pasienter som deltok, han selv hadde plassert seg bak i hallen, mens instruktøren sto fremst.

Vetle fortalte:

Å tenker at jaja, men nå så ikke han (viser til instruktøren) at jeg sleit så ekstremt med det der, men likevel så plukker de det opp liksom, uten at jeg egentlig – selv om jeg tenker at det der fikk de ikke med seg.

Dette kan forklares som at Vetle opplevde at instruktøren var oppmerksom på hans innsats, men uten at han følte seg overvåket eller stirret på, og utalte seg slikt «så de får med seg alt selv om du – du ikke liksom blir ikke stirra på», dette kan tyde på at de får den rette oppmerksomheten og veiledningen uten at det føles påtrengende eller ubehagelig.

Informantene påpeker også hvordan de ansatte tar med seg observasjonene som blir gjort på fellestreningene og aktivitetene, for å ta det med videre til egentreningene. Da får de mulighet å fokusere mer spesifikt og tilpasse øvelsene, som viser en tilpasset tilnærming til deres individuelle behov. Gunn fortalte litt om hvordan dette foregikk:

Fysioterapeuten kommer innom på forskjellige økter man driver med og gir veiledning underveis på hvordan man kan gjøre det annerledes og du blir tatt ut av enkelte økter, fordi det er noe annet som er viktigere for deg og kanskje man kan ta en økt med det i stedet.

Informantene opplevde det som svært positivt at de ansatte engasjerte seg under treningene, slik at de kunne få tilpasset øvelsene eller bare en kort tilbakemelding. Anne uttrykket det slikt:

Jeg vil jo gjerne få til, istedenfor å ligge der å gjøre en øvelse jeg ikke har sjans til, så kan jeg gjøre en liten vri så det er litt enklere så det er mye mer ålreit. (...) Vi trenger jo alle å føle på mestringssevne, uansett om du er 3 år eller 40 eller hva du er.

Dette sitatet gir utrykk for at Anne setter pris på tilpasningen, slik at hun kan føle på mestring. Dette vitner om at de ansatte legger til rette for at alle, selv under fellestreninger skal kunne føle på mestring uansett øvelse.

#### 5.2.5 Så de tar seg tid

Informantene ga utrykk for at de opplevde de ansatte som svært tilgjengelige og engasjerte. Dette kan komme av at de ansatte var flinke til å sette av tid til individuell oppfølging og veiledning. De ble beskrevet som imøtekommende, flinke til å lytte og de var alltid til stede for å besvare spørsmål eller gi støtte når det var nødvendig. Dette skapte en følelse av trygghet og omsorg blant informantene, og bidro til å styrke tilliten til de ansatte ved Fjellsjø. Sitatet til Bjørn er med på å synliggjøre det flere av informantene fortalte om de ansatte.

De er veldig imøtekommende og de tar seg tid til deg liksom og du føler at du blir sett, de bryr seg jo og ja som sagt. Om det er å sitte igjen 15-20 minutter når timen er over eller om du banker på døra bort i gangen når de egentlig har kontor tid, så har de alltid tid til – om de ikke har tid så får du beskjed om å kom tilbake om 30 minutter for da har jeg tid liksom, så de tar seg tid da.

Dette gir inntrykk for at informantene opplevde at de ble prioritert og sett av de ansatte. Det kommer også frem hos informantene at de følte at de ansatte tok seg tid til dem, og at det ikke var noe problem med å huke tak i dem. Bjørn fortalte litt om hva det betydde for han «Da blir jo terskelen litt lavere til å mase og spørre mer når du vet at, hvordan skal jeg si det, du føler ikke at du er innpåsleten eller påtrengende da». Dette kan tyde på at de ansatte er flinke på å uttrykke seg på en god måte ovenfor informantene og at de tar seg nok tid. Måten de ansatte uttrykker seg på kan være av stor betydning, Laila fortalte litt om hvordan de ansatte uttrykket seg til henne:

Jeg føler at de har sett meg på en måte, at de sier ikke «du skal ikke det du vet du» det er ikke det, men «det kan være lurt for deg Laila og kanskje» så lufter de det også lar de det ligge noen dager, også spør de «hva tenker du om det Laila», da har jeg begynt å tenke litt.

Denne måten å uttrykke seg på gjør det mulig for informantene og selv reflektere gjennom forslagene de ansatte gir. Dette gir informantene tid til å tenke over ulike alternativer og muligheten til å få økt eierskap til endringen.

Det at informantene føler at de ansatte bryr seg ser ut til å være av betydning. Det at de ansatte er tilgjengelige, lette å prate med og tar seg til er elementer som underbygger dette. Samlet sett bidrar dette til å styrke relasjonene mellom pasientene og de ansatte.

#### 5.2.6 Personlige engasjement

Informantene ga uttrykk for at de hadde utviklet et personlig forhold til de ansatte ved Fjellsjø, det kan forstås som en nær og tillitsfull relasjon. Denne relasjonen ser ut til å ha betydelig påvirkning på deres opplevelse av trygghet og tillit i behandlingen. Det å bli husket og tiltalt ved navn blir sett på som en forsterkende faktor av opplevelsen. Det kan tyde på at de ansatte oppriktig er opptatt av å etablere god relasjon med hver enkelt pasient. Gunn opplevde relasjonen slik: «De er ekte interessert i hvordan det går med deg». Dette personlige engasjementet skaper en trygghet der informantene føler seg komfortable nok til å være seg selv og til å stille spørsmål. Dette støttes med uttalelsen til Håkon: «De blir kjent med deg personlig, og da blir det litt lettere å prate også, da blir du hørt og alt dette».

Det å bli tiltalt ved navn har en følelsesmessig påvirkning på informantene. For Gunn var det så sterkt at hun beskrev det som rørende og tørket en tåre fra øyekroken.

Magne reflekterte over betydningen av dette, og poengterte at det føles som om han blir anerkjent og at de ansatte bare ønsket han vel, og poengterte at «når du blir sett så får du lov til å være deg selv».

Samlet sett viser disse uttalelsene at de ansatte virket personlig engasjert og fremsto som genuint opptatt av informantene og hvordan de hadde det. Dette hadde en betydelig indikator på opplevelsen av å bli sett og var med på å styrke tillitten, derfor blir dette sett på som en viktig del av relasjonen mellom ansatte og informantene.

### 5.2.7 Opplevelsen av å være omgitt av kompetente fagpersoner

Noe som gikk igjen hos informantene var at de uttrykket at de hadde fått tiltro til fagpersonene på institusjonen. Informantene satt igjen med en følelse av at fagfolkene hadde svært god kompetanse på hva de driver med og lang erfaring, Gunn oppsummerte kort «dyktige folk med erfaring». Det at fagfolkene fremsto som kompetente var med å bidra til en trygghet hos informantene, og det var med på å bygge tillit til deres veiledning og råd.

Det kom frem at det var generelt høy kompetanse blant de ansatte på institusjonen, dette kom frem som at de ansatte var flinke til å gi tilpasset tilnærmingen til hver enkelt, ga god veiledning og svarte godt på spørsmål. Informantene opplevde at de ansatte jevnt over fremsto som veldig flinke folk på Fjellsjø. Frida uttalte det slikt:

Det er ingen som skiller seg ut av de ansatte som «han, ja han, da er du heldig, hvis du får han som fysioterapeut, eller hun som instruktør» fordi det virker som alle her er like gode da på en måte.

Den høye graden av tillit som informantene ga uttrykk for overfor de ansattes kompetanse kan være et resultat av den faglige tilnærmingen, støtten og engasjementet som de ansatte viste ovenfor informantene.

### 5.2.8 Skal bare

Informantene fortalte om at de ansatte var flinke til å gjøre de mer bevisst over ting som de egentlig visste, men som de ikke tenkte over i hverdagen. Så under oppholdet besto det mye om å bevisstgjøre og bidra til å styrke ressursene de satt med fra før. De ansatte lærte pasientene å kjenne og lytte til kroppen sin, og bli mer bevisst.

Flere opplever det som Frida fortalte her «Det er ikke noe nytt og revolusjonerende, men samtidig poengterer de – hva skal jeg si, ja de påpeker ting du allerede vet, men som du kanskje ikke tenker over i det daglige»

Vetle fortalte hvordan han opplevde bevisstgjøringen:

Det er noe man vet innerst inne, men det å få det plenta inn og faktisk gjøre det – for ofte er det at man «skal bare bøye meg til siden å plukke opp, så jeg trenger ikke gjøre det slik (bruke teknikken) – men hvis man gjør det hver gang, så slipper man kanskje unna de verste – verste smertene i ryggen i løpet av en dag, hvis man gjør det på en riktig måte. Og det er noe de påpeker hele tiden – i starten blir det nesten opplevd som mas, men man vet det er veldig viktig liksom.

Så selv om han opplever det som masete i starten, så uttrykker han at han ser verdien i det. Det er flere som kjenner seg igjen uttrykket «skal bare», men har under oppholdet utviklet en bedre forståelse og lært seg teknikker på hvordan de skal unngå å gjøre ting «feil» som de har gjort tidligere. Grunn fortalte:

Det lærer vi jo mye om her da, du blir mye mer bevisst liksom, tar deg selv i det. Nå når man har fått vondter så kjenner man det ganske fort. I sta når jeg sto ned på kjøkkenet så kjente jeg det liksom, man blir veldig bevisst «står jeg riktig nå» man blir liksom bevisstgjort mye.

Informantene uttrykker en økt bevissthet rundt egen kroppen og arbeidsstillinger under oppholdet på Fjellsjø. De gir uttrykk for at de har et større fokus på å bruke det de har lært og prøver å unngå å gå tilbake til tidligere uvaner.

### 5.3 Følelsen av å være i samme båt

Under dette andre hovedtemaet vil bestå av undertemaer som; Felles greie, Dele erfaringer og prate sammen, Mye inntrykk å ta innover seg og Tøyd strikken litt langt mange ganger, vil dette bli presentert.

#### 5.3.1 Felles greie

Noe som kom tydelig frem i intervjuene var hvor viktig de andre pasientene var for hverandre under oppholdet. Jens fortalte «Du kommer jo alene, kjenner ingen, du er jo sårbar».

Informantene trakk frem at det å ha noe til felles, kunne dele inntrykk og erfaringer var svært viktig både for trivsel og for oppholdet generelt. Dette var med på å skape en tilhørighet og de opplevde at de hadde en god forståelse for hverandre og for hverandres situasjon. Magne beskrev det slikt «Bare den å ha en felles greie for å være her, som i utgangspunktet er smerter kan man si. Alle er her på likt grunnlag, og en felles forståelse av dette her og kan møtes litt på det».

Det at informantene hadde en felles forståelse eller lignende erfaringer ga en trygghet. De oppdaget at det var flere som var i lignende situasjoner noe som ga de mulighet til å øke sin egen selvforståelse og bidra med en følelse av at de ikke var alene. Håkon fortalte litt av betydningen av å prate med noen i samme situasjon:

Du får prate med mange andre her, det er nesten psykologi kall det det, i det også. Alle her har vondt, alle har en historie, og når du hører på historien deres så er det ganske lik min liksom. (...) Hva skal en si da, da er man ikke aleine liksom.

Informantene uttrykte sin takknemlighet for hva relasjonene bidro med under oppholdet. Der de la vekt på hvor viktig det var for opplevelsen av oppholdet, og hvordan disse relasjonene bidro til å forme rehabiliteringsprosess på en positiv måte. Magne uttalte seg slikt:

Åh det er totalen, det gjør at alt blir mye bedre, eh du får slappe av å være deg selv.  
(...) Jeg tror det er veldig viktig at vi har den fellesnevneren da, eh og møtes på akkurat det, mhm. Og det at du kan hjelpe deg selv mye bedre.

Dette sitatet synliggjør det gode samholdet mellom pasientene, der det er rom for å være seg selv. «Det at man blir litt kjent, gjør at man tørr å være seg selv igjen, og det hjelper», Jens understreker dermed viktigheten av å etablere relasjoner for å oppnå en følelse av trygghet som gjør at de våger å være seg selv.

### 5.3.2 Dele erfaringer og inspirere hverandre

Selv om informantene var der for seg selv, var det mye å hente på relasjonene som skapt på Fjellsjø. Gunn uttrykker at «vi er ute etter å trene å bli bedre, ikke konkurrere med hverandre, men oss selv liksom», så fokuset ligger fortsatt på dem selv, også når de er i gruppe, men flere opplever å få et utbytte av å utveksle erfaringer, slik som Magne uttrykker her:

Fordi du er i din egen boble, eh samtidig som de andre er i sin boble også kan man spleise, dele erfaringer og prate sammen, hva fungerte for deg, hva fungerte for meg, også kan vi finne ut om det fungerer sammen og komme med tips på kryss da. (...) det er ikke bare de som jobber her man kan få hjelp av.

Dette samspillet mellom de individuelle opplevelsene og felles diskusjonene kan være med å bidra til en dypere forståelse av hva som fungerer for hver enkelt og åpne opp for nye ideer og løsninger.

Informantene fant også en motivasjon og støtte i hverandre, Anne fortalte «vi støtter jo hverandre og heier på hverandre, og [refererer til noe de andre pasientene og seg selv kunne

sagt] «dette får du til og jøss så sprek du har blitt» ikke sant vi er jo der.». Det er ikke bare at de inspirerer hverandre med ord, det viser seg også at de blir inspirert av å se hverandre lykkes og gi innsats, Laila uttrykket:

Det er jo det som er fint med å trene i grupper, - at det er ikke nødvendigvis noe med nivået du ligger på, jeg lar meg inspirere veldig av folk som er i veldig dårlig form som står ordentlig på, «herregud han ga selg aldri han» jeg så han både snublet og falt, det er fryktelig inspirerende og se positive folk på en måte, ikke nødvendigvis at de er så spreke, men at folk gjør sitt beste, jeg blir inspirert av det jeg.

Dette gir uttrykk for at informantene legger merke til hverandre og lar seg inspirere. Dette kan styrke informantenes egen innsats og bidra til at de får økt tro på at de selv kan klare øvelser, aktiviteter, oppgaver generelt.

### 5.3.3 Mye inntrykk å ta innover seg

Oppholdet går over flere uker og det er vanlig å være der fra mandag til fredag, og det er ikke opplegg hele døgnet, det vil si at på ettermiddagene/kveldene er de overlatt til seg selv.

Informantene trekker frem det sosiale som nesten litt avgjørende for å kunne klare å være der så lenge. Flere uttrykker at de bruker hverandre litt som sparringspartnere, der man kan luften litt tanker og følelser når det blir litt mye inntrykk og ting å tenke på. Vetle beskriver viktigheten av det sosiale og det å trives med andre pasientene ved Fjellsjø rehabilitering:

Sånn sosialt etter vi er ferdig om dagen også er det jo masse forskjellig vi gjør liksom. Jeg har vært veldig ivrig på biljard og dart og sånn på kveldstid, kort og ja så det er kanskje det viktigste her, for å klare å være her såpass lenge da. (...) ja det å trives med de som er her er veldig veldig veldig viktig, ellers så tror jeg oppholdet har blitt veldig langt.



Det Vetle fortalte her er at for han er den sosiale biten en vesentlig del av oppholdet, og det hjelper ham med å håndtere lengden på oppholdet. Informantene uttrykket at samholdet seg imellom var viktig for trivselen og bidro til at oppholdet følte lettere.

Informantene opplevde at oppholdet innebar mange inntrykk og mye å fordøye, og ved slike situasjoner satte de stor pris på å kunne ha noen å prate med. Bjørn fortalte det slikt:

Etter hvert som en har vært her en stund så blir det mye inntrykk og eh ja mye ting å ta innover seg eller hva jeg skal si for noe, så da er det jo ålreit å ha noen man bare kan lufte seg litt med om det ikke akkurat er store verdenskriser liksom så, men, når det blir mye inntrykk da

Flere av informantene opplevde oppholdet som givende, men også som utfordrende på grunn av mengden informasjon og inntrykk. flere uttrykket viktigheten av å ha noen å dele tanker og følelser med.

#### 5.3.4 Tøyd strikken litt langt mange ganger

Det å reflektere over sine egne styrker og svakheter kan være med å bidra til at man får mer realistiske forventninger til seg selv. Samtidig er det viktig å tenke over tidligere erfaringer slik at man kan lære av det. Flere av informantene refererer til hvordan tankegangen deres var før og hvorfor de har tatt de valgene de har tatt. Bjørn uttrykket «Der må man kanskje skylde seg selv litt i at en kanskje har tøyd strikken litt langt mange ganger»

Laila fortalte om sine urealistiske forventninger om hvordan ting hadde fungert før:

Nei altså, på en måte når jeg var operert da tror du at du skal bli bra igjen med en gang, eller du vet jo at du ikke bli det, men i hode så tror du jo det. Det er noe med den utålmodigheten som ligger der, (...) Så kommer du hit så tror du at ja da skal alt bli bra, men det gjør jo ikke det, du møter jo veggen noen ganger (...)

Håkon fortalte om at før han ble sykemeldt så jobbet han på tross av smertene «Fordi uansett om jeg var ødelagt, så prøvde jeg fortsatt å presse meg så mye som mulig på jobb» dette resulterte i mye skam og dårlig samvittighet og uttrykket det slikt «du føler at du svikter hele dritten da ikke sant (...) og det er jo ikke sånn det skal være. Føler jeg da»

Jens forteller også om en utålmodighet og om å presse seg til det ikke lenger er mulig å presse seg mer:

Ikke tatt, tatt meg den tiden og være sykmeldt (...). Det det er krevende og da må man jo når man har begynte å bli bedre så tar du litt mer også gjør du litt mer - så ble det ikke så bra likevel.

Informantene fortalte om at det ikke har gitt seg selv nok tid til å være sykmeldt og komme seg skikkelig, og at dette har bidratt til tilbakefall eller forverret situasjonen. Likevel fortalte de om at de hadde fått en litt annen tankegang etter en stund på Fjellsjø. Laila fortalte «Men jeg er jo litt rettleidet på det at kanskje det er lurt å skynde seg litt sakte. Og at det kan være langsiktig bedre løsning for meg (...)»

## 5.4 Troen på og veien videre

I dette siste hovedtemaet vil underkategoriene; En arbeidskar tror jeg ikke at jeg er,

Det er som å få livet tilbake faktisk og Hva vil skje «når boblen sprekker» bli presentert.

### 5.4.1 En arbeidskar tror jeg ikke at jeg er

Etter som tiden går er det flere som mister troen på egne evner og muligheter til å komme tilbake i jobb uten smerter, dette kan påvirke en person negativt. Jens fortalte «Etter så mange år da som det er for mange med sterke smerter så har de gitt opp litt».

Blant informantene varierte troen på muligheten for å returnere tilbake til arbeid. Dette indikerer at de hadde ulike oppfatninger og forventninger om sin egen kapasitet og rehabiliteringsprosess. Jens uttrykte en sterk overbevisning om at han uansett ville komme tilbake til arbeid. Han formulerte det slik: «Apropos det å komme tilbake i jobb, tilbake til jobb skal jeg uansett, om jeg hogger av meg bena så skal jeg fortsatt i jobb ett eller annet sted». Magne på sin side uttrykket at hans tro på å tilbake i arbeid ikke hadde blitt svekket i løpet av oppholdet, og uttalte «Troen på jobb, nei den har vært like sterk hele veien». Noen informanter hadde også fått større tro på muligheten for å komme tilbake i arbeid i løpet av oppholdet. Dette var tilfellet for Anne, som uttrykte «Jeg har nå større tro på at jeg klarer å jobbe, 100%, enn hva jeg hadde for 2-3 måneder siden».

Det var viktig for informantene å komme seg tilbake i arbeid av ulike årsaker, men flere hadde også gjort seg refleksjoner rundt muligheten for å bytte yrke eller bransje som en strategi for å kunne holde seg i arbeid lengere. Noen hadde allerede startet denne prosessen før oppholdet ved Fjellsjø, mens andre mottok veiledning angående dette i løpet av oppholdet. Bjørn delte sine tanker om dette:

Nei, jeg har vært relativt klar på det fra dag én, at jobb skal jeg tilbake til liksom, og som sagt, hva det blir, vil tiden vise (...) Det har kanskje bare åpnet seg litt andre muligheter i forhold til hva man kan finne på.

Håkon uttrykker at oppholdet har hatt en positiv innvirkning på hans fysiske- og mentale helse. Han føler seg i bedre form og er mer positiv - som et resultat av oppholdet. Han uttrykker likevel en tvil om han kommer tilbake i arbeid på grunn av helsen: «(...) men en arbeidskar tror jeg ikke at jeg er, nei det tror jeg ikke»

Oppholdet har bidra til å beholde troen på arbeid hos noen og øke den hos andre. Samtidig er det kanskje en nødvendighet for noen å innse at helsen ikke er tilstrekkelig for å komme tilbake i arbeid.

#### 5.4.2 Det er som å få livet litt tilbake faktisk

Selv om informantene ikke var ferdig med sin rehabiliteringsprosess når dette intervjuet ble gjort, ga de uttrykket for at de allerede opplevde positiv utvikling knyttet til oppholdet, som følge av dette fant de stor motivasjon. Informantene bemerket at humøret hadde forbedret seg til det bedre, de kjente på redusert smerte, og økt overskudd i hverdagen. Olivia forlate at «Jeg har et helt annet humør også når jeg kommer hjem, (...) det gjør jo at hele meg får det bedre, jeg merker jo det på kroppen, at jeg har det bedre, mere overskudd».

Informantene fortalte historier og hadde gode eksempler på hvordan de merket en utvikling som følge av oppholdet. Flere av informantene hadde fått tilbakemeldinger fra familie om at de så en forandring, og informantene kjente forandringene på kroppen. Laila beskrev det slikt «Det er som å få livet litt tilbake faktisk». Dette viser hvor stor innvirkning et slikt opphold kan ha på en persons liv. Flere av informantene uttrykte at de opplevde en reduksjon av smertene eller at smertene opplevdes annerledes, Anne fortalte «Jeg går ikke og har sånn vondt lenger. Jeg har vondt, men jeg har ikke konstant vondt, hvis du skjønner. Det hadde jeg før, hele tiden, det har jeg ikke nå». Alle disse oppturene informantene fortalte om kan knyttes til økt motivasjon og mestring.

#### 5.4.3 Hva vil skje «når boblen sprekker»

Blant informantene var det blandede følelser når det gjaldt å skulle komme tilbake i den vanlige hverdagen og forlate den beskyttende «boblen» som rehabiliteringsoppholdet på Fjellsjø har representert. Noen av informantene opplevde en viss spenning og optimisme i forbindelse med tilbakevendingen, mens andre følte en viss grad av usikkerhet eller bekymring knyttet til utfordringene som ventet utenfor de trygge rammene på Fjellsjø. Gunn

utalte bekymringen slikt «Nei det har jeg neste panikk for, hvordan jeg skal få til det». Videre uttrykker Olivia sin bekymring på denne måten:

Jeg tenker at man lever litt i en boble her oppe (...), jeg litt bekymret for å komme tilbake, at det bare blir sånn at man klarer å bruke de teknikkene man har fått her i en kort periode, så faller man tilbake igjen til deg gamle mønstret, for det er tross alt det man har fulgt ubevist da i mange år.

Flere av informantene uttrykker stor bekymring overfor å falle tilbake til gamle rutiner og uvaner, men ønsket er fortsatt stort om at de klarer å opprettholde de nye rutinene de har startet på ved Fjellsjø. Magne uttrykket «Det blir nok ikke smertefri da, det skal veldig mye til». Det er ikke alle som er like bekymret og engstelig for overgangen, flere ser veldig frem til å komme tilbake til hverdagen og få begynne å bruke den kunnskapen de har lært, og sette det inn i den nye hverdagen. Anne fortalte:

Det tror jeg skal gå fint, mhm (...) jeg føler jo veldig motivasjon til å fortsette når jeg er ferdig, så jeg har jo alt tro på at dette skal gå fint». Anne er ikke alene om å ha en optimistisk holdning, Laila uttrykker «jeg gleder meg til å få det på plass jeg, komme dit jeg.

Samlet sett indikerer disse uttalelsene en positiv holdning og en sterk motivasjon blant informantene i forhold til veien videre. De viser en tro på egne muligheter til å komme tilbake til hverdagen, arbeid og for å ta i bruk det de har lært under ARR oppholdet.

## 6.0 DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg diskutere studiens funn opp mot tidligere forskning og teori. Målet med denne kvalitative studien var få en bredere forståelse av hvordan pasienter opplever å være på et døgnerhabiliteringsopphold, hva de mener er viktig under et slikt opphold og i hvilken grad dette hadde betydning for troen på å komme tilbake i arbeid. Dette kapitlet begynner med en overordnet oppsummering av funnene. Deretter vil resultatene bli diskutert i lys av tidligere forskning og teori. Til slutt vil begrensningene ved studien bli belyst, etterfulgt av en konklusjon.

### 6.1 Funn

Fokuset i denne studien har vært på informantenes erfaringer knyttet til oppholdet på en arbeidsrettet rehabiliterings institusjon, som har fått navnet Fjellsjø i denne sammenhengen. Funnene viser også at relasjonene, både med de ansatte og med de andre pasientene ved Fjellsjø, har hatt en betydelig innvirkning på mange av informantenes opplevelser under rehabiliteringsprosessen. Det at de kan føle at de er aktive i egen rehabiliteringsprosess blir sett på som en viktig del av prosessen, dette fremmer mestring og motivasjon, noe som igjen bidrar til økt tro på seg selv og eierskap til prosessen. Et annet sentralt funn var opplevelsen av å bli sett, hørt og tatt på alvor av de ansatte ved Fjellsjø - dette bidrar til støttende og tillitsfulle relasjoner til de ansatte. Informantene uttrykket også at det var et trygt og inkluderende miljø blant pasientene, det reduserte følelsen av å være alene og bidro til å bygge et fellesskap hvor de støtter hverandre og utvekslet erfaringer.

Denne studien har bidra til forskningsfeltet gjennom å belyse konkrete erfaringer og opplevelser fra pasienter som er under et lengere opphold på arbeidsrettet rehabilitering. Ved å belyse disse erfaringene og opplevelsene til informantene bidrar dette til en dypere forståelse av hvordan et slikt rehabiliteringsopphold påvirker. Dette kan være til nytte både

for fagfolkene som jobber innenfor feltet og for utformingen av fremtidige rehabiliteringsprogrammer. Denne kunnskapen kan være svært verdifull på flere nivåer. For det første kan den være av stor betydning for de som kommer i kontakt med pasientene tidlig i sykemeldingsprosessen, som for eksempel NAV eller fastlege. Gjennom å forstå hva som oppleves som avgjørende i rehabiliteringsprosessen. For det andre kan man med denne forståelsen tilrettelegge støtten, og behandlingen på en måte som bidrar til å forebygge langvarig fravær fra arbeidslivet. Samtidig gir denne innsikten også viktig informasjon om hva som oppleves som sentrale faktorer i veien tilbake til arbeid for pasientene selv. Dette kan være avgjørende i utformingen av et individuelt tilpasset rehabiliteringsprogram.

## 6.2 Diskusjon av resultatene

Langtidssykefravær utgjør flere negative konsekvenser for både individet og samfunnet som helhet (NOU, 2021 ; OECD, 2010). Det er viktig å understreke at langtidssykefravær kan ha mange ulike årsaker og individuelle forskjeller (Knudsen et al., 2017; Solovieva et al., 2022). Studier og offentlige rapporter presiserer tydelige indikasjoner på at jo lengre et sykefravær varer, desto mer utfordrende vil det være å komme tilbake til arbeid (Bakke et al., 2021; Jacobsen et al., 2015; NOU, 2021 s. 206). Ut ifra hvordan sykefraværet blir uttrykket i denne studien, tyder det på at det blir mer utfordrende å skulle komme tilbake i arbeid etter hvert som tiden går. Sykefraværet beskrives som en «ond sirkel», og begrunnes med at det fører til økt usikkerhet, redusert arbeidsevne og en større opplevelse av avstand til arbeidsplassen. Samtidig bidrar det til en følelse av tiltaksløshet og en følelse av at man forfaller. Dette funnet kan ses på som en støtte til indikasjonen på at jo lengre sykefraværet varer, desto mer utfordrende kan det være å komme tilbake i arbeid (Bakke et al., 2021; Jacobsen et al., 2015; NOU, 2021 s. 206).

Får å kunne forstå sykefraværet og rehabiliteringsprosessen kan det derfor være viktig å se på dette med et biopsykososiologisk perspektiv, fordi individene påvirkes av de biologiske,

psykologiske og de sosiale komponentene. Sammen er dette med på å understreke den komplekse helheten. Flere studier har funnet at en helhetlig tilnærming bidrar positivt i å få folk tilbake i arbeid (Andersén et al., 2017; Eftedal et al., 2017; Haugli et al., 2011). En helhetlig tilnærming kan ses i sammenheng med den biopsykososiale modellen. En slik tilnærming bidrar til å skape en rehabiliteringsprosess som er skreddersydd for hver enkelt pasient, og tar hensyn til deres situasjon og individuelle behov (NKAR, 2020). Informantene i denne studien hadde en oppfattelse av at det var en helhetlig forståelse på Fjellsjø. Dette kan ses ut ifra at de følte at de tok for seg mye mer enn bare de fysiske plagene informantene kom inn med. Det kan tyde på at Fjellsjø behandler ut ifra en biopsykososial- fremfor en biomedisinsk forståelse. Dette ga informantene en trygghetsfølelse som delvis ble formet av oppfatningen om at de ansatte hadde en helhetlig forståelse av deres situasjon og at de følte seg ivaretatt av de ansatte under oppholdet. Dette samsvarer godt med tidligere forskning (Andersén et al., 2017; Eftedal et al., 2017; Haugli et al., 2011), spesielt funnene presentert i Andersén et al. (2017). I studien rapporterte pasientene lignende erfaringer med helhetlig behandling fra fagpersonene, og relaterte følelser knyttet til dette.

Siden dette ofte er kompleksproblematikk (Brongers et al., 2022) er det mye som tyder på at et individuelt tilpasset opplegg og fokus på hva den enkelte trenger er viktige faktorer for å komme tilbake i arbeid. Dette støttes av studiene Liedberg et al. (2021) med perspektiver fra arbeidsgivere, helsepersonell og pasienter. Larsson et al. (2022), og Eftedal et al. (2017) med perspektiver fra fagpersonene, hvor de trekker frem at individuell tilpasset støtte og individuelt tilpasset prosess blir sett på som viktig for å øke sjansen for RTW. Lignende funn ble også funnet i studiet til Svanholm et al. (2020) med pasienters perspektiv, hvor de fant at ved å tilpasse rehabiliteringsprogrammet slik at de på en bedre måte kunne imøtekomme pasientenes unike behov, bidro dette til å øke sjansene for en vellykket tilbakevending til arbeid.



Informantene i denne studien er pasienter som av ulike årsaker har vært sykemeldt over lengere tid, de har tilfelles at de opplever mye smerter, men hvordan de håndterer og opplever det er forskjellig. Det kan derfor tyde på at det er viktig inkludere pasientens stemme aktivt i rehabiliteringen. Dette på grunn av at pasienten sitter med unik kunnskap om egen situasjon. Dette kan trekkes inn mot Empowerment, hvor det er viktig fagpersonene likestiller pasientens stemme og erfaring med den faglige kunnskapen de sitter med (Thomassen, 2006; Tveiten, 2007). Dette gir pasientene mulighet til å ha en aktiv rolle i egen rehabiliteringsprosess, samtidig som dette fremmer et samarbeid mellom pasienten selv og fagpersonene - samt at de kan få økt eierskap til prosessen. Informantene i denne studien uttrykte et stort ønske om å ha en aktiv rolle i sin egen rehabiliteringsprosess. Dette engasjementet kom til uttrykk gjennom hva de fortalte var viktig for dem og om innsatsen i treningsaktiviteter, aktiv deltakelse i samtaler med de ansatte gjennom å stille spørsmål og delta i diskusjoner - samt å følge de rådene og den veiledningen som ble gitt. Det kom også frem i denne studien at det var viktig for informantene at de ansatte tok hensyn til deres kompetanse om deres situasjon. Dette understreker viktigheten av et samarbeid mellom pasient og de ansatte basert på gjensidig tillit og respekt for pasientenes kunnskap om sin egen situasjon noe som er i tråd med Empowerment (Tveiten, 2007). Dette synspunktet støttes også av Andersén et al. (2017), som viser at en lignende tilnærming kan være avgjørende for en vellykket rehabilitering. Ved å inkludere pasientenes kompetanse som en sentral del av rehabiliteringsprosessen (Andersén et al., 2017).

Flere av informantene i denne studien uttrykket stor tillitt til de ansatte ved institusjonen og refererte til flere positive opplevelser og erfaringer med de ansatte på Fjellsjø. Det var flere elementer som var med å bidra til at informantene utviklet tillitt, som blant annet at de opplevde at de ansatte ville dem vel, tiltalte de ved navn, satte av tid og behandlet de med respekt. Det at de ansatte fremsto som personlig engasjerte og kompetente var også med på å

styrke tillitten til informantene. Det har i tidligere studier blitt funnet at pasientens tiltro til fagpersonene har mye å si for deltagelsen i rehabiliteringen (Andersén et al., 2017; Müssener et al., 2015). I studien til Müssener et al. (2015) fant de at om pasienten hadde dårlig tiltro til fagpersonene påvirket dette pasientenes vilje til å delta aktivt i selve behandlingen. Dette kan være med på å svekke rehabiliteringen. Dette tydeliggjør betydningen av god tiltro, ved at Müssener et al. (2015) også fant at dårlig tiltro kunne se ut til å ha en negativ påvirkning. Dette understøtter hvor viktig det er at de ansatte bygger- og oppnår tillitt hos pasientene.

Ut ifra funnene i denne studien, ser det ut til at informantenes behov for å bli hørt, føle seg sett og bli tatt på alvor var av stor betydning. Relasjon og kommunikasjon med de ansatte var et gjennomgående tema hos informantene. Informantene understreket at den gode relasjonen og god kommunikasjonen med de ansatte spilte en viktig rolle i deres rehabiliteringsprosess. De fremhevet betydningen av en avslappet og positiv relasjon samt åpen kommunikasjon – dette var noe som bidro til at de følte seg trygge nok til å være seg selv å kunne uttrykke seg fritt og stille spørsmål. Dette er overførbart til empowerment, ved at informantene trygt kan uttrykke sine meninger og behov. En viktig del av empowerment i praksis handler om å anerkjenne pasientens erfaringer og perspektiver (Thomassen, 2006; Tveiten, 2007). Dette understrekes også i studien til Eftedal et al. (2017) hvor det var viktig å anerkjenne hvert enkelt individ og se deres behov ut ifra deres situasjon. Videre påpekte informantene i denne studien at denne relasjonen bidro til at de ansatte ble oppfattet som mer personlig og engasjerte i deres rehabiliteringsprosess. Dette ble sett på som utelukkende positivt og bidro til at informantene opplevde at de hadde en støttende relasjon med de ansatte, dette har i tidligere studier slått positivt ut på rehabiliteringsprosessen (Dekkers-Sanchez et al., 2010; Eftedal et al., 2017; Müssener et al., 2015). I studien Müssener et al. (2015) fant de at oppmuntrende og støttende holdning fra fagpersonene var avgjørende for å kunne styrke individet til å håndtere hindringer som oppstår under rehabiliteringsprosessen. Det ble også

trukket frem som et viktig funn i studien til Dekkers-Sanchez et al. (2010), der det var med på å bidra til en følelse av å bli hørt og forstått. I lys av dette, kan det tyde på at et trygt og støttende rehabiliteringsmiljø har en betydelig innvirkning på pasientenes tro på egen evne til å håndtere utfordringer i rehabiliteringsprosessen.

I studien til Eftedal et al. (2017) trakk klinikerne frem tid som et viktig aspekt. Informantene i denne studien ga uttrykk for at de verdsatte at de ansatte tok seg tid til dem. Dette bidro til at de følte på en trygghet og omsorg fra de ansatte. Det at de ansatte ble oppfattet som alltid tilgjengelige ga informantene en følelse av å bli prioritert og respektert. Dette bidro til at terskelen for å spørre om ting ble lavere blant informantene, og at de følte ikke på at de var innpåsletten eller påtrengende med spørsmålene sine til de ansatte. I en lignende studie, utført av Müssener et al. (2015) ble det også funnet tilsvarende funn. Hvor det ble funnet styrkende for rehabiliteringsprosessen at de ansatte tok seg tid til å lytte til pasientene (Müssener et al., 2015).

I studien til Eftedal et al. (2017) forklarte kliniker at deres erfaringer med langtidssykmeldte var at mange av de hadde mistet troen på egne evner og muligheten for å komme tilbake i arbeid. I denne studien uttrykket de fleste god tro på at de skulle tilbake i arbeid, men at flere hadde åpnet opp mer for mulighetene om å søke seg vekk fra den jobben de hadde og over på noe annet. Informantene uttrykket at troen på seg selv var blitt bedre under oppholdet uavhengig av lengden de hadde vært der. Flere av informantene uttrykket at de hadde opplevd en positiv utvikling som resulterte i økt motivasjon og mestring. I studien til Haugli et al. (2011) hadde deltakerne ulike individuelle faktorer som ble ansett som viktige bidrag til deres suksess i tilbakevendingsprosessen, som blant annet: selvtillit, tro på egen mestringsevne og evnen til å håndtere utfordringer de kommer ovenfor. Dette bekrefter viktigheten av å bygge opp selvtilliten og mestringstroen til pasientene under et rehabiliteringsopphold. Dette ble

også bekreftet i Dekkers-Sanchez et al. (2010), hvor de fant at det å utvikle tro på egen evne til å håndtere arbeidslivet og utfordringer kan være en viktig faktor for tilbakevending.

Fellesskapet med de andre informantene på Fjellsjø kan ses i sammenheng med self-efficacy. Funnene i denne studien indikerte at positive relasjoner bidro til å skape et støttende og inkluderende miljø for informantene på Fjellsjø. Dette miljøet bidro til å redusere opplevelsen av å føle seg alene og bygget opp en følelse av fellesskap og gjensidig støtte. Dette samsvarer med funnene i Haugli et al. (2011) hvor støtte ble ansett som viktig under RTW-prosessen.

I denne studien tyder funnene på at informantene fant stor verdi i å dele erfaringer med hverandre. Ved at informantene lyttet til hverandres historier åpnet muligheten for at de kunne kjenne seg igjen i andres opplevelser og erfaringer. Informantene oppdaget at flere mennesker befant seg i lignende situasjoner bidro til å skape en tilhørighet og trygghet. Det at flere delte erfaringer bidro til å normalisere situasjonen de sto i og gjorde at de ikke følte seg alene.

Åpenheten om å dele erfaringer og opplevelser ga informantene et større perspektiv som de sammen kunne sitte og reflektere over, noe som opplevdes positivt og betydningsfullt.

Pasientenes vilje til å dele erfaringer og støtte hverandre gjennom prosessen var viktig for deres opplevelse av rehabiliteringsprosessen. Disse funnene samsvarer med tidligere studier, blant annet; Andersén et al. (2017) og Haugli et al. (2011). Informantene i denne studien forteller at de støtter opp under og heier på hverandre i rehabiliteringsprosessen, der de blant annet oppfordrer og gir komplimenter for de positive endringene de ser hos hverandre. Dette kan være med å bidra til økt selvtillit, motivasjon og tro på egen mestringssevne. Informantene fant stor motivasjon og inspirasjon i hverandre, dette kan trekkes inn mot self-efficacy (Bandura, 1977). Det at informantene følte at de var i lignende situasjoner, hadde lik historie bidro til at de kunne relatere seg til hverandre. Dette igjen gjorde at når de så en annen informant få til noe, kunne dette overføres til dem selv om at de også skulle klare det. Dette kan være med å bidra til økt self-efficacy, som igjen kan overføres til andre oppgaver eller

situasjoner, og gjøre at informantene håndterer det bedre. Det at informantene ga hverandre muntlige oppmuntringer kan også bidra til å påvirke deres tro på egne evner. Dette kan knyttes til verbal overtalelse som er en av hovedkildene til self-efficacy (Bandura, 1977). Samlet sett kan det tyde på at fellesskapet har en positiv innvirkning på informantenes opplevelse av oppholdet og rehabiliteringsprosessen, samtidig som det kan føre til økt self-efficacy.

### 6.2.1 Fremtidig forskning

Funnene i denne studien sier ingenting om de hadde en vellykket RTW etter endt opphold. Derfor kan det være interessant for fremtidig forskning å ha en større tidsmessig tilnærming ved å inkludere intervjuer både underveis i oppholdet og oppfølgingsintervjuer etter tre, seks og tolv måneder etter endt opphold. Dette kan gi et mer komplett og større bilde av pasientenes erfaringer og utvikling over tid.

### 6.2.2 Studiens begrensninger og styrker

Det er viktig å anerkjenne at alle studier har sine begrensninger, det inkluderer også denne studien som har flere begrensninger som kan være av betydning. Portvokteren som var ansvarlig for rekrutteringen av informantene rekrutterte de personene de anså som mulige informanter til masteroppgaven og som passet med inklusjonskravene som ble satt.

Portvokteren spurte bevisst ikke deltakere som hadde større utfordringer, eller som potensielt kunne blitt negativt påvirket av deltagelse i studien. Dette kan ha påvirket sammensetningen av informanter, det er derfor viktig å nevne denne mulige skjevheten ved rekrutteringsprosessen, fordi det kan ha vært med å påvirke resultatene.

Denne studien handler om store tamer og kompleks problematikk som er utfordrende å skulle avgrense. Det er en utfordring å skulle velge hva som bør inkluderes og ekskluderes, i en slik oppgave med en begrenset tidsramme og ord grense. Det kan heller ikke ses bort ifra at tidligere forskning som kan ha vært relevant og tatt med i denne oppgaven kan ha blitt

oversett. Noe som kan komme av begrensninger i søkeordene som ble brukt, eller som ikke har blitt oppdaget på grunn av måten søkeordene var kombinert.

Siden denne studien er en kvalitativ studie har det vært viktig å være transparent gjennom hele oppgaven, slik at det kan bygges tillit og troverdighet til forskningen som er gjennomført.

Derfor er det viktig å erkjenne at jeg som forsker har hatt en påvirkning på datamaterialet.

Dette kan komme til uttrykk gjennom min tolkning av deltakernes svar, mine forforståelser, måten jeg som intervjuer har formulert spørsmål eller fulgt opp svar på. Det må også påpekes at forskerens uerfarenhet i kvalitativ forskning og selve forskningsfeltet har påvirket resultatet.

Styrkene ved denne studien var at en besto av en kvalitativ tilnærming, som gjorde det mulig å utforske informantenes subjektive opplevelser og erfaringer på en grundig og detaljert måte.

Samtidig besto det av et bredt utvalg med likt fordeling av kvinner og menn.

### 6.3 Konklusjon

I denne studien har formålet vært å få langtidssykemeldtes erfaringer og opplevelser knyttet til et døgnopphold på en arbeidsrettet rehabilitering. Videre var målet å finne ut av hva de så på som viktig i en slik prosess, og i hvilken grad det hadde betydning for troen på å komme tilbake i arbeid. Funnene i denne studien tyder på at gode relasjoner i rehabiliteringsprosessen var viktig for informantene. Mye tydet på at fellesskapet pasientene seg imellom har bidratt positivt til informantenes opplevelse av oppholdet og til selve rehabiliteringsprosessen. Det kan tyde på at informantene har fått økt tro på seg selv under oppholdet og økt kompetanse på hvordan de skal takle hverdagen etter endt opphold. Flere av informantene ser positivt på å komme i gang, men noen uttrykker også en skepsis og frykt for å havne tilbake i gamle rutiner.

Relasjon med de ansatte ser også ut til å være en sentral komponent i opplevelsen av en helhetlig tilnærming, og følelsen av at opplegget er godt tilpasset den enkeltes situasjon og forutsetninger. Det blir blant annet trukket frem at det å bli tatt på alvor, bli sett og hørt var viktige elementer for informantene. Dette indikerer at gode relasjoner er avgjørende for at pasienten skal få en god opplevelse av rehabiliteringsprosessen. Samtidig som det også er påvirket av andre faktorer som kommunikasjon, engasjement fra de ansatte og pasientens eget bidrag. Med dette i bakhodet er det mye som tyder på at rehabiliteringsprosessen må betraktes som en helhetlig opplevelse.

Funnene som er gjort i denne studien har betydning for feltet fordi den tilfører ny innsikt og kunnskap til eksisterende litteratur og forskning, samtidig som studien støtter den tidligere forskning innenfor dette spesifikke feltet. Funnene gjort i denne studien kan også fungere som et grunnlag for fremtidige studier og forskning innenfor dette området.

## 7.0 LITTERATURLISTE

- Abrahamsen, J. (2020, 13.09.2021). *Årsaker til smerte - den biopsykososiale modellen*.  
<https://www.hjemmefysio.no/post/den-biopsykososiale-modellen-en-mer-helhetlig-modell-for-%C3%A5-forklare-smerten>
- Aldridge, A. (2023). *Utviklingen i sykefraværet per år 2022*. NAV. A.-o. velferdsetaten.
- Andersén, Å., Ståhl, C., Anderzén, I., Kristiansson, P. & Larsson, K. (2017). Positive experiences of a vocational rehabilitation intervention for individuals on long-term sick leave, the Dirigo project: a qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1), 790-790.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4804-8>
- Askheim, O. P., Starrin, B. & Heyerdahl, C. H. (2007). *Empowerment - i teori og praksis*. Gyldendal akademisk.
- Bakke, B., Degerud, E. M. M., Gravseth, H. M. U., Hanvold, T. N., Løvseth, E. K., Mjaaland, B., Sterud, T. & Øygardslia, H. (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk*. Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Berg, R., Jardim, P. S. J. & Holte, H. H. (2021). *Forskning om tiltak for å redusere langvarige og hyppige sykefravær i arbeidslivet: Et forskningskart*. Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brongers, K. A., Hoekstra, T., Roelofs, P. D. D. M. & Brouwer, S. (2022). Prevalence, types, and combinations of multiple problems among recipients of work disability benefits. *Disability and rehabilitation*, 44(16), 4303-4310.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1900931>
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5. utg.). Oxford University Press.
- Dahl, E., Bergsli, H. & Van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dekkers-Sanchez, P. M., Wind, H., Sluiter, J. K. & Frings-Dresen, M. H. W. (2010). A Qualitative Study of Perpetuating Factors for Long-Term Sick Leave and Promoting Factors for Return to Work: Chronic Work Disabled Patients in Their Own Words. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(6), 544-552. <https://doi.org/10.2340/16501977-0544>
- Eftedal, M., Kvaal, A. M., Ree, E., Øyeflaten, I. & Maeland, S. (2017). How do occupational rehabilitation clinicians approach participants on long-term sick leave in order to facilitate return to work? A focus group study. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 744-744.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2709-y>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- FHI. (2018, 26.03.2019). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* Hentet 13.02.2023 fra <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>
- FHI, Clarsen, B. M., Steingrimsdottir, O. A., Holvik, K. & Ørstavik, R. E. (2014, 29.03.2022). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>
- Finnes, A., Enebrink, P., Ghaderi, A., Dahl, J., Nager, A. & Öst, L.-G. (2019). Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis



- of randomized-controlled trials. *Int Arch Occup Environ Health*, 92(3), 273-293.  
<https://doi.org/10.1007/s00420-018-1380-x>
- Floderus, B., Goransson, S., Alexanderson, K. & Aronsson, G. (2005). Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *J Rehabil Med*, 37(5), 291-299.  
<https://doi.org/10.1080/16501970510034422>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (5). Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Gismervik, S. Ø., Aasdahl, L., Vasseljen, O., Fors, E. A., Rise, M. B., Johnsen, R., Hara, K., Jacobsen, H. B., Pape, K., Fleten, N., Jensen, C. & Fimland, M. S. (2020). Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: A randomized clinical trial. *Scand J Work Environ Health*, 46(4), 364-372.  
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3882>
- Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L., Bell, R., Marmot, M., von Heimburg, D. & Ness, O. (2023). *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*. Institute Of Health Equity.
- Grasdal, A., Holm-Haagensen, Ø., Lesund, K., Strømsheim, I. W., Sundell, T., Johansen, M. P., Sparrman, V., Becken, L.-E., Monsen, I., Bjørnbekk, M., Bergene, T., Hanvold, T. N., Køber, T., Stangeland, R., Aatangen, H., Lismoen, H. & Onshus, M. (2022). *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv - status og utviklingstrekk*. Arbeids- og sosialdepartementet.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Haugli, L., Maeland, S. & Magnussen, L. H. (2011). What Facilitates Return to Work? Patients Experiences 3 Years After Occupational Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 573-581. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9304-6>
- Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse - Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*.
- Helsedirektoratet. (2016, 09.02.2023). *Faglig veileder for sykmeldere*. Helsedirektoratet. Hentet 29.03.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder>
- Helsedirektoratet. (2018, 12.07.2018). *Medvirkning, informasjon og kommunikasjon (nasjonal veileder)*. Hentet 28.10.2022 fra
- Helsedirektoratet. (2019). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022, 11.03.2022). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding*. Helsedirektoratet. Hentet 06.11.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding>
- ICT Services and System Development and Department of Epidemiology and Global Health. (2015). *OpenCode 4*. University of Umeå.
- Inkluderende arbeidsliv. (2018). *IA-avtalen 2019–2022*. Regjeringen.  
[https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192022/id2623741/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192022/id2623741/)
- Inkluderende arbeidsliv. (2022, 14.11.2022). *Hva er inkluderende arbeidsliv?* Inkluderende arbeidsliv Hentet 27.03.2023 fra [https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/hva-er-inkluderende-arbeidsliv/id2631314/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/hva-er-inkluderende-arbeidsliv/id2631314/)

- Jacobsen, H. B., Bjørngaard, J. H., Borchgrevink, P. C., Woodhouse, A., Fimland, M. S., Hara, K. W. & Stiles, T. C. (2015). Describing patients with a duration of sick leave over and under one year in Norway. *Scand J Occup Ther*, 22(1), 72-80. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.957241>
- Jacobsen Jardim, P. S., Nygård, H. T., Muller, A. E., Harboe, I. & Holte, H. H. (2022). *Forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet: et forskningskart (oppdatering)* Folkehelseinstituttet.
- Jensen, C. & Lien, G. (2023). *Utenforskap og forskning: Hva hjelper folk med helseplager tilbake i jobb?* NKAR. <https://arbeidoghelse.no/utenforskap-og-forskning-hva-hjelper-folk-med-helseplager-tilbake-i-jobb/>
- Kaspersen, L., Silje, Gunnes, M. & Ose, O. S. (2022). *SAMMENDRAG OG ANBEFALINGER - fra sluttrapport i følgeevaluering av omleggingen fra prosjekt "Raskere tilbake" til drift av Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten.* SINTEF.
- Knudsen, A. K. S., Tollånes, M. C., Haaland, Ø. A., Kinge, J. M., Skirbekk, V. F. & Vollset, S. E. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015).* Folkehelseinstituttet, Senter for sykdomsbyrde, Område for psykisk og fysisk helse.
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode : ei innføring.* Fagbokforl.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Larsson, K., Hurtigh, A. L., Andersén, Å. M. V. & Anderzén, I. (2022). Vocational Rehabilitation Professionals' Perceptions of Facilitators and Barriers to Return to Work: A Qualitative Descriptive Study. *Rehabil Couns Bull*, 66(1), 66-78. <https://doi.org/10.1177/00343552211060013>
- Liedberg, G. M., Björk, M., Dragioti, E. & Turesson, C. (2021). Qualitative Evidence from Studies of Interventions Aimed at Return to Work and Staying at Work for Persons with Chronic Musculoskeletal Pain. *Journal of Clinical Medicine*, 10(6). <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/6/1247>
- Lyby, P. S., Johansen, T. & Aslaksen, P. M. (2021). Comparison of Two Multidisciplinary Occupational Rehabilitation Programs Based on Multimodal Cognitive Behavior Therapy on Self-Rated Health and Work Ability. *Frontiers in psychology*, 12, 669770-669770. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669770>
- Lännerström, L., Wallman, T. & Holmström, I. K. (2013). Losing independence--the lived experience of being long-term sick-listed. *BMC Public Health*, 13(1), 745-745. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-745>
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130(23), 2356-2359. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0828>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag.* Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet (British edition)*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)74234-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)74234-3)
- Marmot, M. G. (2010). *Fair Society, Healthy Lives - The Marmot Review.*
- Meld. St. 15 (2022–2023). *Folkehelsemeldinga, Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar.* H.-o. omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29 (2010–2011). *Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv.* Arbeidsdepartementet.

- Meld. St. 32 (2020 –2021). *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv*. A.-o. sosialdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 33 (2015–2016). *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet*. Arbeids og sosialdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 38 (2020 –2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet*. H. o. omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>
- Meneses Echavez, J. F., Evensen, L. & Johansen, T. B. (2020). *Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding hos personer med psykiske lidelser: en hurtigoversikt*. Folkehelseinstituttet.
- Merriam, S. B. & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: a guide to design and implementation* (4th. utg.). Jossey-Bass.
- Müssener, U., Ståhl, C. & Söderberg, E. (2015). Does the quality of encounters affect return to work? Lay people describe their experiences of meeting various professionals during their rehabilitation process. *Work*, 52(2), 447-455.  
<https://doi.org/10.3233/WOR-152121>
- NAV. (1997, 03.02.2023). *Rundskriv til ftrl kap 8 – Sykepenger*. Arbeids- og velferdsetaten.  
<https://lovdata.no/nav/rundskriv/r08-00>
- NAV & Helsedirektoratet. (2021). *Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse*. Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet.
- NKAR. (2020). *Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering,. <https://arbeidoghelse.no/wp-content/uploads/2020/05/Veileder-ARR.pdf>
- NOU. (1998). *Det er bruk for alle - Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. A.-o. inkluderingsdepartementet. Norges offentlige utredninger.
- NOU. (2012). *Arbeidsrettede tiltak*. D. s.-. Informasjonsforvaltning. Norges offentlige utredninger.
- NOU. (2021 ). *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring - Tiltak for økt sysselsetting*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Norges offentlige utredninger.
- NSD. *Hvilke personopplysninger skal du behandle?* Norsk senter for forskningsdata. Hentet 10.11.2022 fra <https://meldeskjema.nsd.no/test/>
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: breaking the barriers - a synthesis of findings across OECD countries*. Organisation for Economic Co-operation and Development,.
- Ozer, E. M. (2022). Albert Bandura (1925-2021). *American Psychological Association*, 77(3), 483-484. <https://doi.org/10.1037/amp0000981>
- Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? - en praktisk guide*. Universitetsforlaget.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Proba samfunnsanalyse. (2014). *Internasjonal sammenligning av sykefravær*. Proba samfunnsanalyse.
- REK. *Fremleggingsvurdering*. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Hentet 09.11.2022 fra <https://rekportalen.no/#call/201/details>
- Skille, E. Å., Vedøy, I. B. & Skulberg, K. R. (2019). *Folkehelse : en tverrfaglig grunnbok* (Ny utgave. utg.). Oplandske bokforlag.


- Skogli, E., Theie, G. M., Stokke, O. M. & Lind, L. H. (2019). *Muskelskjelettsykdom i Norge: Rammer flest og Koster mest*. Menon Economics. <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-31-Rammer-flest-koster-mest.pdf>
- Solbakk, H. J. (2014, 10.10.2014). *Sårbare grupper*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/sarbare-grupper/>
- Solovieva, S., Udem, K., Falkstedt, D., Johansson, G., Kristensen, P., Pedersen, J., Viikari-Juntura, E., Leinonen, T. & Mehlum, I. S. (2022). Utilizing a Nordic Crosswalk for Occupational Coding in an Analysis on Occupation-Specific Prolonged Sickness Absence among 7 Million Employees in Denmark, Finland, Norway and Sweden. *Int J Environ Res Public Health*, 19(23), 15674. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315674>
- Ståhl, C., Andersén, Å., Anderzén, I. & Larsson, K. (2017). Process evaluation of an interorganizational cooperation initiative in vocational rehabilitation: the Dirigo project. *BMC Public Health*, 17(1), 431. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4357-x>
- Svanholm, F., Liedberg, G. M., Löfgren, M. & Björk, M. (2020). Factors of importance for return to work, experienced by patients with chronic pain that have completed a multimodal rehabilitation program - a focus group study. *Disability and rehabilitation*, 44(5), 736-744. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1780479>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tingulstad, A., Echavez, J. F. M., Evensen, L., Bjerck, M. & Holte, H. H. (2021). *Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker: om veiledning i empowermentprosessen*. Fagbokforl.
- Universitetet i Oslo. (2017, 28.09.2022). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. Universitetet i Oslo. Hentet 26.10.22 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Van der Noordt, M., Ijzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med*, 71(10), 730-736. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>
- Velferdsdirektoratet, A.-o. & Helsedirektoratet. (2016). *Nytt nasjonalt konsept HelseArbeid*. Arbeids- og Velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet,.
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health & well-being?* The Stationery Office.
- Wallerstein, N. (1993). Empowerment and health: The theory and practice of community change. *Community development journal*, 28(3), 218-227. <https://doi.org/10.1093/cdj/28.3.218>
- WHO. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization.
- WHO. (2022a, 28.09.2022). *Mental health at work*. World Health Organization,. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- WHO. (2022b, 14.07.2022). *Musculoskeletal health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Øyeflaten, I., Midtgarden, I. J., Maeland, S., Eriksen, H. R. & Magnussen, L. H. (2014). Functioning, coping and work status three years after participating in an interdisciplinary, occupational rehabilitation program. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(5), 425-433. <https://doi.org/10.1177/1403494814528291>
- Aasdahl, L., Fimland, M. S., Bjørnelv, G. M. W., Gismervik, S. Ø., Johnsen, R., Vasseljen, O. & Halsteinli, V. (2023). Economic Evaluation of Inpatient Multimodal Occupational

Rehabilitation vs. Outpatient Acceptance and Commitment Therapy for Sick-Listed Workers with Musculoskeletal- or Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil*, 33(3), 463-472. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10085-0>

Aasdahl, L., Vasseljen, O., Gismervik, S. Ø., Johnsen, R. & Fimland, M. S. (2021). Two-Year Follow-Up of a Randomized Clinical Trial of Inpatient Multimodal Occupational Rehabilitation Vs Outpatient Acceptance and Commitment Therapy for Sick Listed Workers with Musculoskeletal or Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil*, 31(4), 721-728. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09969-4>

# Vedlegg

## Vedlegg I: Godkjenning fra NSD



[Meldeskjema](#) / [Brukermedvirkning i arbeidsrettet rehabilitering](#) / Vurdering

### Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 927384	<b>Vurderingstype</b> Standard	<b>Dato</b> 08.02.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

**Tittel**  
Brukermedvirkning i arbeidsrettet rehabilitering

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

**Prosjektansvarlig**  
Linda Røset

**Student**  
Ingeborg Rosøy

**Prosjektperiode**  
09.01.2023 - 19.05.2023

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige  
Særlige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)  
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**  
OM VURDERINGEN  
Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverregelverket.

KOMMENTARER TIL PROSJEKTET  
Prosjektet innebærer behandling av særlige kategorier av personopplysninger om helse.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har vurdert at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, og at prosjektet kan gjennomføres uten forhåndsgodkjenning fra dem (REK sin ref: 561252).

Det er oppgitt at det vil brukes databehandler i prosjektet. Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. personvernforordningen art. 28 og 29.

IKKE BEHOV FOR DPIA  
Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger om sårbare registrerte. Vanligvis krever dette en mer omfattende vurdering (DPIA). Vi mener det likevel ikke er høy risiko for personvernet og at prosjektet derfor ikke trenger en DPIA. Dette fordi:

- Alle forskningsdeltakerne får informasjon
- Alle forskningsdeltakerne samtykker
- Rekrutteringen sikrer reell frivillighet
- Få personer har tilgang
- Varigheten av behandlingen er kort

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER  
Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

927384

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

02.05.2023

**Tittel**

Brukermedvirkning i arbeidsrettet rehabilitering

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

**Prosjektansvarlig**

Linda Røset

**Student**

Ingeborg Rosøy

**Prosjektperiode**

09.01.2023 - 30.11.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

Særlige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#) **Kommentar**

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektslutt dato og oppbevaringsperiode.

Vi har nå registrert 31.12.2024 som ny slutt dato for behandling av personopplysninger.

Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

## Vedlegg II: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### **Vil du delta i forskningsprosjektet** **Brukermedvirkning i arbeidsrettet rehabilitering**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan det legges til rette for medvirkning i en arbeidsrettet rehabiliteringsprosess og hvilken opplevelse du som pasient har av brukermedvirkning i rehabiliteringsforløpet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet er en del av en masteroppgave i Folkehelsevitenskap ved Høgskolen i Innlandet. Formålet med denne studien er å få mer kunnskap om pasienters erfaring med medvirkning under døgnopphold på en arbeidsrettet rehabiliteringsinstitusjon – og hvilken betydning medvirkning har for pasienters tro på å komme tilbake i arbeid. Forskningsspørsmålet som skal analyseres er;

*Hvordan legges det til rette for medvirkning i egen prosess under et opphold ved en arbeidsrettet rehabiliteringsinstitusjon? – Perspektiver fra pasienter*

- *På hvilken måte opplever pasientene at de er medvirkende i egen prosess?*
- *Hvilken betydning har medvirkning på troen på å komme tilbake i arbeid?*

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Det er Høgskolen i Innlandet som er ansvarlig for dette prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

For å få kunnskap om pasienters erfaringer med medvirkning under et rehabiliteringsopphold vil det være nyttig å få snakke med deg som har vært på institusjonen en stund. For å få innsikt i betydningen medvirkning kan ha for troen på å komme tilbake til jobb, er det også nyttig å få snakke med deg som skal tilbake i jobben din – eller i en annen jobb.

Du får spørsmålet om å delta fordi du har akseptert å motta forespørsel etter å ha fått muntlig



informasjon av kontaktperson ved institusjonen, og fordi du oppfyller disse kriteriene og dermed kan bidra med verdifull informasjon for å belyse forskningsspørsmålet.

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

Hvis du ønsker å delta i dette prosjektet, innebærer det at du stiller til et intervju. Dette vil vare i ca. 30-90 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål relatert til din opplevelse av oppholdet og dine erfaringer rundt medvirkning i rehabiliteringsforløpet. Det vil også bli spørsmål om året du er født, utdanning/jobb og om dine forventninger om å komme tilbake i jobb. Det vil bli tatt notater og lydopptak under intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er helt frivillig å delta i dette prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke tilbake samtykke uten å oppgi en begrunnelse for dette. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg fra prosjektet. Dette prosjektet har ingenting med institusjonen å gjøre, og det vil ikke ha noen påvirkning på ditt rehabiliteringsopphold om du velger å delta eller om du velger å ikke delta.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil være veileder fra Høgskolen i Innlandet Linda Røset og masterstudent Ingeborg Rosøy som vil ha tilgang til opplysninger om deg, informasjon rundt planlegging og intervjumateriale.

Navn og alder vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste som vil være adskilt fra øvrige data. Opptaket av intervjuet blir umiddelbart kryptert og lagt i Educloud som er en sikker tjeneste for datalagring.

Alle opplysningene du oppgir vil bli behandlet konfidensielt og når resultatene publiseres i masteroppgaven vil det ikke være mulig å identifisere deg.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 19. mai 2023 all data vil bli slettet innen 31. desember 2023.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Har du spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet, avd. Elverum ved Linda Røset, [linda.roset@inn.no](mailto:linda.roset@inn.no), +47 41450687  
(*veileder/prosjektansvarlig*)
- Ingeborg Rosøy, [ingeborg.98@hotmail.com](mailto:ingeborg.98@hotmail.com), +47 48 20 24 66 (*masterstudent*)
- Vårt personvernombud: Usman Asghar, [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no), + 47 61 28 74 83.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Linda Røset

*Prosjektansvarlig/veileder*  
Linda Røset

Ingeborg Rosøy

*Masterstudent*  
Ingeborg Rosøy

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Brukermedvirkning i arbeidsrettet rehabilitering, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju
- at intervjuet blir tatt opp

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg III: Intervjuguide

### **Innholdsfortegnelse**

---

Intervjuguide .....	1
Inspirasjon.....	1
Oppfølgingsspørsmål/oppklaringsspørsmål.....	1
Intervju.....	2
Innledende / oppvarmingsspørsmål .....	2
Hoveddel med oppfølgingsspørsmål.....	2
Avslutningsvis.....	3

## Intervjuguide

---

### Inspirasjon

- Kan du fortelle mer om...
- Kan du fortelle om...
- Hvordan oppfatter du...
- Hvordan opplever du ...
- Hva er dine refleksjoner på...
- Hva tenker du...
- Hva opplevde du...
- I hvilken grad...

### Oppfølgingsspørsmål/oppklaringsspørsmål

- Forstår jeg deg riktig når jeg sier at...?
- Betyr det at du mener at...?
- Hvilken betydning har det for deg...
- Hvilke konsekvenser får dette...
- Når du sier ... mener du da at ...
- Vil det si at...
- Har du noen eksempler...

## Intervju

### Innledende / oppvarmingsspørsmål

Hvilket år er du født?

Kan du fortelle litt om utdanningen din?

Hva er din nåværende jobbstatus?

Hvor lenge har du vært her?

Kan du beskrive en typisk dag for deg her på (institusjonsnavn)?

Hvordan synes du at det er?

Kan du fortelle om hvilke forventninger du hadde før du startet på oppholdet?

Forventninger til selve oppholdet, til seg selv

Har forventningene forandret seg mens du har vært her?

Har du noen eksempler på hva som har vært med på å forandre de? / Hva har vært med på å forandre de? Hva tror/tenker du har gjort at de

### Hoveddel med oppfølgingsspørsmål

#### *Brukermedvirkning*

Hvis jeg sier ordet brukermedvirkning, hva forstår du med det ordet?

Tatt del i, involvert, du har en stemme, at du er en likeverdig når det kommer til diskusjoner som angår deg og helsen din.

Kan du tenke på situasjoner under oppholdet hvor du har opplevd at du har fått mulighet til å medvirke?

Kan du gi noen eksempler på slike situasjoner

Opplevde du at dette hadde noen betydning for deg? / Hvordan synes du det har vært?

Hvordan opplevde du det? / Hva betyr brukermedvirkning for deg?

Var det noe positivt eller negativt?

Har det vært engasjerende, vanskelig eller motiverende...

Er det i noen situasjoner du synes at medvirkning er viktigere enn andre?

Hvis du tenker tilbake til første dag i oppholdet frem til i dag, har muligheten til medvirkning endret seg?

Eventuelt hvordan har det endret seg?

Vil du si at medvirkning er viktigere i noen situasjoner enn andre? I tilfelle hvilket?

Tenker du det er noen poenget med brukermedvirkning?

#### *Relasjoner og medvirkning*

Hvordan opplever du relasjon mellom deg og de ansatte?

Hva syns du er viktig i en slik relasjon?

Er det noe du opplever at de ansatte er spesielt gode på?

Har du noen eksempler på en situasjon der du har opplevd dette?

#### *Tro*

Hvordan er troen din på å komme tilbake i arbeid?

Har denne forandret seg mens du har vært her?

Hva tror du kan ha ført til det/være årsaken til det?

#### *Avslutningsvis*

Har du lært noe om deg selv under oppholdet?

Hva har vært viktigst for deg under dette oppholdet?

Hvordan synes du det har vært å prate om dette?

Er det noe mer du vil fortelle eller noe du synes jeg burde spurt deg om?