

Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Masteroppgave 2016 30 stp

Institutt for landskapsplanlegging  
Seksjon for folkehelsevitenskap

## **”Hengende i løse luften”**

### **En kvalitativ studie om koordinering av tilbakeføring av sykmeldte til arbeid.**

Coordination of Return-to-Work Effort: A Qualitative  
Study.

Marte Marie Brynildsen  
Folkehelsevitenskap



## **FORORD**

Dette har vært en lærerik, spennende og krevende prosess. Jeg har fått større innsikt i et felt jeg interesserer meg for og er engasjert i, og nå bærer ferden videre inn i arbeidslivet, i samme felt. Det blir fint å få brukt denne kunnskapen og forhåpentligvis bidra til at koordinering av tilbakeføringsarbeidet der ute kan utvikles i en retning som hjelper flere tilbake i jobb.

Takk til min kunnskapsrike veileder Lisebet Skeie Skarpaas ved HiOA for god og tydelig veiledning, og for en betryggende og motiverende guidet tur gjennom hele prosessen. Selv da det var på det tyngste, gjorde dine svar at jeg tenkte at dette skulle gå fint likevel. Interne veiledere Ingeborg Pedersen og Camilla Ihlebæk, takk for nyttige tilbakemeldinger underveis. Og tusen hjertelig takk til alle de flotte informantene som stilte opp med massevis av interessante erfaringer, meninger og idéer! Til tross for travle dager fant dere tid til dette, det setter jeg stor pris på.

Takk til familie og venner som har kommet med støttende kommentarer og velmente råd, og ellers stort sett har latt meg være i fred i innspurten. Takk til pappa for korrekturlesing. Og Ronny, takk for at du har vært tålmodig med en stressa meg, hjulpet med tekniske utfordringer, laget middag, ryddet og vasket (litt) og vært en super pappa for Vårin når jeg har hatt lange dager. Ikke minst; takk til veslejenta mi som er verdens beste motivasjon. Nå skal det bakes pepperkaker!

Ås, 15. desember 2016

Marte Marie Brynildsen



## **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Forskning viser at fysisk og psykisk helse er nært knyttet til å være i arbeid, og fravær fra arbeidslivet har store konsekvenser for individ og samfunn. I dag foreligger noen utfordringer i koordineringen av tilbakeføring av sykmeldte til arbeid som kan påvirke sykmeldtes muligheter til en vellykket tilbakeføring til arbeid. Tidligere studier har etterspurt forskning omkring koordinators holdninger og tanker om koordineringsprosessen. Det ser ut til å mangle kunnskap om hva koordinatorene selv mener om koordinatorrollen og hvordan vi kan møte utfordringene i koordinering av tilbakeføringsprosesser i Norge i dag.

**Formål:** Denne studien søker kunnskap om koordineringen av de prosessene som skal hjelpe sykmeldte tilbake i arbeid, i en norsk kontekst, og i et aktørperspektiv.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design med en induktiv fremgangsmåte.

Fokusgruppeintervju er benyttet som metode for innsamling av data, og det ble gjennomført tre intervjuer med aktører i tilbakeføringsprosesser og koordinatører/potensielle koordinatører (n=11). Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse av det manifeste innholdet.

**Resultater:** Resultatene viser at det er behov for å tydeliggjøre koordinatorrollen og koordinering i Norge, og utvikle retningslinjer og regelverk for koordinering. Samt å vurdere utvikling av kompetanse for koordinatører. Videre viser resultatene at det er behov for en koordinering som gir bedre flyt i tilbakeføringsprosessene, samt tettere og mer langvarig oppfølging av den sykmeldte. Informantene mener at koordineringen og tilbakeføringen ofte bør igangsettes tidligere enn i dag. NAV oppleves som et bindeledd som må fungere, men som ofte ikke gjør det. Informantene etterlyser flere faste møtepunkter og forpliktende samhandling mellom viktige aktører som NAV, tiltaksleverandører, arbeidsgiver, fastlege og andre behandlere.

**Konklusjon:** Studien setter søkelys på noen utfordringer innen koordinering av tilbakeføringsprosesser i norsk kontekst som bør undersøkes nærmere. Koordinatorene har forslag til løsninger som samsvarer med internasjonal litteratur på området. Tettere samhandling mellom de viktigste aktørene, tidlig kontakt med og en god relasjon til arbeidsgiver, samt tydeligere regler og retningslinjer er sentrale faktorer som påvirker koordineringen og resultatet av tilbakeføringsarbeidet. På bakgrunn av resultatene anbefales det videre utforskning av koordinering og koordinatorrollen for å kunne gi velfunderte argumenter for endringer i praksis innen feltet.



## **ABSTRACT**

**Background:** Research shows that physical and mental health are closely linked to being employed, and absence from work has serious consequences for the individual and society. Still there are some challenges in coordination of return-to-work (RTW), which can affect the opportunities of individuals on sick leave for a successful RTW. Previous research has proposed the need of studies on coordinators attitudes and thoughts of the coordination process. There seem to be lack of knowledge about what the coordinators think about the coordinator role and how we can meet present challenges of coordinating the RTW process in Norwegian context.

**Purpose:** The study aimed to examine the coordination of RTW processes in a Norwegian context, and in a Stakeholder's perspective.

**Methods:** A qualitative research design with an inductive method was chosen for the study. Focus group interview was used as a method for data collection. Three focus group interviews with stakeholders in RTW processes and coordinators or potential coordinators were conducted (n=11). The manifest content of the data was analysed using qualitative content analysis.

**Results:** The results show that there is a need for a clarification of the RTW coordinator role and the RTW coordination, as for policies and regulations for RTW coordination and professional competencies for the RTW coordinator. Furthermore, the results show that there is a need for RTW coordination that provides better flow in the RTW processes, as well as closer and more prolonged follow-up of the individuals on sick leave. The participants believe that the RTW coordination and the RTW process often should be initiated earlier than present. The Norwegian Labour and Welfare Administration need to collaborate more. The participants also call for more regular meeting points and mandatory collaboration between key stakeholders.

**Conclusion:** This study highlights some challenges in coordinating the RTW processes in a Norwegian context that should be investigated further. The participants have proposed solutions that correspond to the international literature. Closer coordination between the key stakeholders, early contact and a good relationship with the employer, as well as clearer rules and policies are key factors affecting the RTW coordination and the result of the RTW efforts. Based on these results, it is recommended further exploration of coordination and the coordinator role to provide well-founded arguments for changes in practice in the field.

# INNHold

<b>FORORD</b> .....	<b>I</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>III</b>
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>3</b>
1.1 FØLGER AV SYKEFRAVÆR FOR INDIVID OG SAMFUNN .....	3
1.2 TEGN PÅ UTFORDRINGER I TILBAKEFØRINGSARBEIDET .....	4
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN .....	5
1.4 AVGRENSNING OG OPPBYGNING.....	5
<b>2.0 BEGREPER</b> .....	<b>7</b>
2.1 KOORDINERING.....	7
2.2 BEGREPER FOR TILBAKEFØRING TIL ARBEID.....	8
2.3 AKTØRER OG STAKEHOLDERS .....	8
2.4 BEGREPER FOR SAMARBEID I TILBAKEFØRINGSARBEIDET.....	9
<b>3.0 DET NORSKE SYSTEMET</b> .....	<b>11</b>
3.1 NAVS OG ARBEIDSGIVERS FORPLIKTELSER .....	11
3.2 RASKERE TILBAKE.....	13
3.3 INDIVIDUELL PLAN .....	13
3.4 TAUSHETSPLIKTEN .....	14
3.4 STYRINGSSIGNALER.....	14
<b>4.0 KOORDINERING</b> .....	<b>15</b>
4.1 KOORDINATORS ROLLE.....	15
4.2 KOORDINATORS KOMPETANSE.....	17
4.3 UTFORDRINGER I KOORDINERING I DAG.....	18
4.3.1 Mangelfull koordinering av tjenestene .....	18
4.3.2 Treghet i tilbakeføringsprosessen.....	19
4.3.3 Manglende styringssignaler.....	19
4.3.4 Behov for kompetanse hos koordinator.....	20
4.3.5 Behov for tettere samhandling .....	20
4.3.6 Samhandling med arbeidsgiver .....	20
4.3.7 Samhandling med fastlegen.....	20
<b>5.0 FORHOLD SOM PÅVIRKER SAMHANDLING OG KOORDINERING</b> .....	<b>22</b>
5.1 SENTRALE ELEMENTER I TILBAKEFØRINGSARBEIDET OG KOORDINERINGEN.....	22
5.2 BETYDNINGEN AV RELASJONER .....	22
5.3 KONTINUITET OG KVALITET .....	24
5.4 ET TREDELT RAMMEVERK .....	25
5.5 BETYDNINGEN AV AKTØRENES INTERESSER FOR TILBAKEFØRINGSPROSESSEN.....	26
<b>6.0 METODE</b> .....	<b>30</b>
6.1 VALG AV METODE .....	30
6.2 FORFORSTÅELSE.....	31
6.3 UTVALG OG REKRUTTERING .....	32
6.4 INNSAMLING AV DATA .....	33
6.5 ANALYSEPROSESSEN.....	35
6.5.1 Koding.....	36
6.5.2 Kategorisering .....	38
6.6 FORSKNINGSETISKE ASPEKTER.....	39



<b>7.0 RESULTATER .....</b>	<b>41</b>
7.1 BARRIERER FOR KOORDINERING .....	42
7.1.1 Barrierer i NAV.....	42
7.1.2 Barrierer i samhandlingen.....	44
7.1.3 Andre barrierer .....	47
7.2 FAKTORER SOM KAN FREMME KOORDINERING .....	47
7.2.1 Strukturelle forhold.....	47
7.2.2 Samhandling .....	51
7.3 KOORDINATORROLLEN.....	54
7.4 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN .....	56
<b>8.0 DISKUSJON.....</b>	<b>58</b>
8.1 EN SAMMENHENGENDE TILBAKEFØRINGSPROSESS.....	58
8.2 TIDLIGERE KOORDINERING.....	61
8.3 NAV OG FASTLEGE SOM AVGJØRENDE FAKTORER I KOORDINERINGEN .....	63
8.4 BEHOVET FOR REGULERING OG STYRING.....	66
8.5 TAUSHETSPLIKTEN.....	68
8.6 KOORDINATORS KOMPETANSE.....	70
8.7 METODEDISKUSJON – VALIDITET, RELIABILITET OG GENERALISERING/OVERFØRBARHET .....	71
<b>9.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS .....</b>	<b>75</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>77</b>
<b>VEDLEGG I - INFORMASJONSBREV OG FORESPØRSEL TIL INFORMANTENE.....</b>	<b>82</b>
<b>VEDLEGG II – SAMTYKKEERKLÆRING.....</b>	<b>84</b>
<b>VEDLEGG III - SPØRRESKJEMA OM DEMOGRAFISKE OPPLYSNINGER.....</b>	<b>85</b>
<b>VEDLEGG IV – INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>86</b>
<b>VEDLEGG V – GODKJENNING FRA NSD .....</b>	<b>88</b>



## **1.0 INTRODUKSJON**

### **1.1 Følger av sykefravær for individ og samfunn**

Forskning viser at arbeid er nært knyttet både til fysisk og psykisk helse (Bambra & Eikemo, 2008; Bartley, 1994; Jin, Shah, & Svoboda, 1995; Reneflot & Evensen, 2011). En litteraturoversikt viser en sterk sammenheng mellom fravær fra arbeidslivet og dårlig helse, både på populasjons- og individnivå. Den viser også at det i mange tilfeller er arbeidsledighet som fører til dårlig helse, og ikke bare dårlig helse som fører til arbeidsledighet (Jin et al., 1995). Andre studier viser at tap av arbeid eller andre meningsfulle aktiviteter har sammenheng med psykiske helseproblemer (Katz & Yelin, 2001; Mossakowski, 2009; Paul & Moser, 2009). Varigheten på sykefraværet er vesentlig, for vi vet at det blir vanskeligere å komme tilbake i arbeid jo lenger tid som går (Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron, & Hillage, 2010; Kuoppala & Lamminpää, 2008). Tidlige intervensjoner har derfor stor betydning for andelen sykmeldte som kommer tilbake i arbeid. NAV og Helsedirektoratet underbygger dette i sin ferske strategi for etatenes felles innsats for arbeid og helse, med å si at “mange internasjonale studier konkluderer med at mangel på arbeid ofte har negative helsekonsekvenser, og at arbeid oftest er helsefremmende” (Helsedirektoratet, 2016, s. 1). Deltakelse i arbeidslivet kan altså være essensielt for manges livskvalitet og helse, og å komme tilbake i arbeid så raskt som mulig etter en sykdomsperiode blir derfor viktig.

Sykefravær og tidlig avgang fra arbeidslivet har betydelige kostnader for samfunnet, i tillegg til at det for den enkelte har konsekvenser for økonomi, livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet (Reneflot & Evensen, 2011; Riksrevisjonen, 2011). Det er et stort økonomisk og sosialt problem i nær sagt alle OECD-land at mange ikke kommer tilbake i arbeid, helt eller delvis, etter sykdom. Spesielt blant personer med psykiske helseproblemer kunne en større andel potensielt vært i arbeid (OECD 2010). Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) slår fast at arbeid kan forebygge psykiske lidelser gjennom rutiner, sosialt fellesskap, mestring og inntekt. Siden psykiske helseproblemer er årsak til en større og større andel av sykefraværet og uførepensjon, legges det i Folkehelsemeldingen særlig fokus på forebygging av sykefravær samt tilbakeføring til arbeid av sykmeldte i denne gruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse er et eksempel på det, og har som mål å “inkludere, forebygge sykefravær og motvirke

utstøting av personer med psykiske helseproblemer” (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgs-departementet, 2013, s. 8). Fysiske helseproblemer er også årsak til en stor andel av sykefraværet, og smertetilstander som muskel- og skjelettlidelser utgjorde i 2013 årsaken til 40% av sykefraværet i Norge. Forekomsten av psykiske helseproblemer som angst og depresjon er to til fire ganger høyere hos personer med smerte enn hos personer uten smerte (McWilliams, Goodwin, & Cox, 2004). Sett i sammenheng med at deltakelse i arbeidslivet ser ut til å ha en positiv virkning på opplevelse av smerte (Fifield, Reisine, & Grady, 1991), tyder det på at det også for denne gruppen er svært viktig å forebygge og redusere varigheten av sykefravær. Å undersøke koordinering av tilbakeføring av sykmeldte til arbeid er derfor folkehelsevitenskapelig relevant.

## **1.2 Tegn på utfordringer i tilbakeføringsarbeidet**

Påstanden om at man må være frisk for å være syk i Norge er ikke ukjent i helse- og sosialsektoren. Et raskt Google-søk bekrefter det, og viser til og med et intervju hvor selv arbeids- og sosialminister Anniken Hauglie trekker frem utsagnet (Mauno, 2016). Det ligger under at du må stå opp for deg selv og sørge for at du får den hjelpen du har krav på til rett tid. Vi ser at den sykmeldte iblant selv tar en slags koordinatrorolle fordi ingen av hjelpepersonene tar den (Kjerstad & Ravneberg, 2008). Hva med de som ikke har ressurser til selv å holde i trådene og kanskje stadig purre? De med færre ressurser eller med psykiske helseproblemer som gjør en slik rolle vanskelig?

Vi vet gjennom forskning at koordineringskompetanse er av betydning for prosessen med å få folk tilbake i arbeid (f.eks. Bohatko-Naismith, James, Guest & Rivett, 2015; James et al., 2011; Pransky, Shaw, Loisel, Hong & Décory, 2010; Gardner, Pransky, Shaw, Hong & Loisel, 2010). I norsk kontekst er det interessant å få vite mer om hvordan koordinering av tilbakeføringsprosesser skjer i dag, og hva de som har, og potensielt kan ha denne rollen, opplever at de trenger eller ønsker av kunnskap, ferdigheter og ressurser.

Flere kunnskapsoppsummeringer, rapporter og internasjonale studier sier noe om utfordringer i tilbakeføring av sykmeldte til arbeid og til dels koordinering (f.eks. Franche, Baril, Shaw, Nicholas & Loisel, 2005; Young, Wasiak et al., 2005). Shaw og kollegaer foreslår i sin litteraturgjennomgang (2008) at fremtidige studier kan undersøke nærmere problemløsning som kompetanseområde, samt koordinatorenes holdninger og tanker om redusert arbeidsevne

og koordineringsprosessen. I 2011 ble det understreket at det var mangel på studier som undersøker og dokumenterer koordinatorrollen fra koordinators perspektiv (James et al., 2011). Studien til James og kollegaer tar koordinators perspektiv, men informantene kommer alle fra helsevesenet. Det er så vidt jeg kan se, etter å ha søkt etter relevant litteratur, heller ikke senere gjort noen studie som undersøker koordinering av tilbakeføringsprosesser fra koordinators perspektiv, med viktige aktørgrupper representert som informanter. Norske studier og undersøkelser omtaler mangelen på det samme i norsk kontekst (f.eks. Kjerstad & Ravneberget, 2008; Riksrevisjonen, 2011). Det ser ut til å mangle kunnskap om hva aktørene selv mener om koordinatorrollen og hva som må til for å møte utfordringene i koordinering av tilbakeføringsprosesser i Norge i dag.

### **1.3 Presentasjon av problemstillingen**

Formålet med studien er å undersøke koordineringen av de prosessene som skal hjelpe sykmeldte tilbake i arbeid, i en norsk kontekst, og i et aktørperspektiv. Problemstillingen er som følger;

*Hvordan kan vi møte utfordringene i koordineringen av tilbakeføring av sykmeldte til arbeid, i Norge i dag?*

For å utfylle problemstillingen har jeg formulert tre forskningsspørsmål;

- Hvilke tanker og erfaringer har koordinatorene med koordinering?
- Hva mener koordinatorene er særlig viktig i prosessen for at den skal bli vellykket?
- Hvilke ønsker og behov har de, for å kunne utfylle rollen så godt som mulig?

### **1.4 Avgrensning og oppbygning**

For å forstå koordinering, må vi forstå hva som påvirker koordineringen. Tilbakeføringsprosessen er nært knyttet til koordineringen og koordinatorrollen, og faktorer som påvirker tilbakeføringsarbeidet vil i mange tilfeller også påvirke koordineringen.

Tilbakeføringsprosesser i seg selv er derfor et tema som blir mye omtalt i studien.

Utfordringer i koordinering som har utspring hos individet, for eksempel determinanter på mikro-, meso- og makronivå, kan påvirke både muligheter og motivasjon for tilbakeføringsprosessen. Jeg har valgt å konsentrere meg om problemstillingen på et systemnivå og fra et

tjenesteperspektiv, derfor vil jeg ikke komme nærmere inn på forhold ved individet. Koordineringen av tilbakeføringsprosesser er hovedfokus.

Jeg vil i det påfølgende kapittelet avklare de viktigste begrepene innenfor koordinering og tilbakeføringsarbeid av sykmeldte. Deretter gir jeg en oversikt over hvordan dette arbeidet foregår i Norge i dag, hvilke føringer som ligger til grunn og hvilke svakheter og mangler som tydeliggjøres gjennom offentlige dokumenter og forskning. Videre presenterer jeg koordinering i norsk og internasjonal kontekst, med vekt på koordinatorrollen og utfordringer i koordinering som vi kjenner til gjennom litteraturen. Når dette er avklart vil jeg presentere ulike forhold som påvirker samhandling og koordinering. I metodekapittelet viser jeg hvilken metodisk tilnærming jeg har valgt, og beskriver i detalj hvordan jeg har gått frem for å finne de resultatene jeg presenterer i kapittelet etter. Resultatene diskuteres deretter i et eget kapittel. Jeg har valgt å presentere en større del av datamaterialet enn hva jeg diskuterer i diskusjonskapittelet. Årsaken til det er å vise hvor sammensatt koordineringsprosesser er, og at å fjerne deler av datamaterialet vil føre til en grunnere bakgrunnsforståelse av de oppsummerte resultatene og diskusjonen enn hva jeg ønsker at leseren skal ha. Metodiske forhold vil bli diskutert i samme kapittel. Til slutt vil jeg forsøke å gi et konkluderende svar på problemstillingen og foreslå hvilke implikasjoner resultatene kan ha for praksis og videre forskning.

## 2.0 BEGREPER

### 2.1 Koordinering

Koordinering illustreres i følgende case:

*Tore har vært sykmeldt i seks uker på grunn av et komplisert brudd. Det har vært mye frem og tilbake på sykehus på grunn av operasjoner og komplikasjoner, så han har ikke tenkt tanken på å prøve seg i jobb igjen ennå. Tores arbeidsgiver er flink til å tilrettelegge, og ønsker at Tore skal komme tilbake på jobb så fort som mulig selv om han ikke vil være like effektiv som vanlig. Under et møte med fastlegen og NAV har de kommet frem til at NAV-veilederen skal fungere som koordinator for sykefraværsarbeidet. Hun foreslår et møte med fastlege, arbeidsgiver, Tore og fysioterapeuten han får behandling hos slik at de sammen kan prate om hva som skal til for at Tore skal klare å jobbe slik situasjonen er nå. De kommer sammen frem til at han kunne ha hatt nytte av arbeidsrettet rehabilitering. NAV-veilederen henviser ham til et rehabiliteringssenter som tilbyr dette, og han får kort tid etter tilbud om plass i løpet av to uker, gjennom Raskere tilbake-ordningen. Ved oppstart av arbeidsrettet rehabilitering sørger koordinatoren for at kontaktpersonen ved rehabiliteringssenteret får den informasjonen de trenger om Tores sykehistorie, utfordringer og behov, og kontaktinformasjon til koordinator og de andre som er inne i bildet. Tore får i en periode dagtilbud med aktiv opptrening ved et rehabiliteringssenter, og deretter oppfølging av koordinator på arbeidsplassen i en overgangsperiode, i tett samarbeid med arbeidsgiver.*

Det nærmeste man kommer en definisjon på koordinering av slikt tilbakeføringsarbeid i dagens rammer og styringssignaler, er definisjonen på koordinatorrollen i ordningen “Individuell plan”. Denne ordningen kommer jeg tilbake til i kapittel 3.0 Det norske systemet. Koordinator er ifølge Helsedirektoratet blant annet ansvarlig for å sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet, og fremdrift i arbeidet. Det understrekes at å koordinere betyr “å få til å virke sammen”. Dette innebærer at koordineringen må skje på flere nivåer og at tjenestene må sees i sammenheng for å oppnå helhet og sammenheng i tilbudet (Helsedirektoratet, 2015). Med koordinering menes i denne studiens sammenheng samordning, fordeling og organisering av oppgaver og tiltak mellom nivåer og aktører i prosessen med å hjelpe sykmeldte tilbake i arbeid.

## **2.2 Begreper for tilbakeføring til arbeid**

I engelskspråklig litteratur opererer man med begrepet “Return to Work” (RTW) når det handler om å tilbakeføre sykmeldte til arbeid. “RTW-coordination” er koordineringen av tilbakeføringsprosesser (eks. Shaw et al., 2008, van Oostrom et al., 2009). “Work disability” (WD) og “Work disability prevention” (WDP) er begreper som er mye brukt i sammenheng med RTW (G. S. Pransky et al., 2016; Young, Roessler et al., 2016). Young og kollegaer (2005) har i sin litteraturgjennomgang sett på hvordan eksisterende forskning definerer WD og RTW. Det første er definert relativt klart i litteraturen; WD handler om å være fraværende fra arbeidsplassen, ha redusert arbeidskapasitet, eller å jobbe med en funksjons-nedsettelse. WDP handler om å forebygge WD (Young, Roessler et al., 2005). RTW brukes både om selve prosessen med å komme tilbake i arbeid, og om det målbare utfallet av en funksjonsnedsettelse. RTW kan ifølge Young, Roessler og kollegaer (2005) også ha andre definisjoner. Det defineres i denne sammenhengen i tråd med den førstnevnte definisjonen til Young, Roessler og kollegaer (2005); det arbeidet som utføres for å hjelpe sykmeldte tilbake til arbeid. Jeg har valgt å bruke de norske begrepene tilbakeføring til arbeid, tilbakeføringsarbeid og tilbakeføringsprosesser om dette arbeidet, i et prosessperspektiv. WDP vil jeg omtale som å forebygge sykefravær eller lignende. Dette er ikke sentralt for problemstillingen og er derfor ikke mye brukt her. Som norske begrep for WD benyttes arbeidsuførhet, sykmeldt og andre begreper om handler om individers fravær fra arbeid på grunn av sykdom.

## **2.3 Aktører og Stakeholders**

Begrepet “Stakeholders” går igjen i den engelskspråklige litteraturen og er det begrepet som er brukt oftest i litteraturen som omhandler temaet tilbakeføring til arbeid av sykmeldte (f.eks. Shaw et al., 2008; James et al., 2011). Begrepet “Actors” (f.eks Ståhl, 2010) er også noe brukt. Som oftest sikter man med disse begrepene til deltakerne i tilbake-føringsprosesser av sykmeldte til arbeid. De er vanligvis inndelt i fem grupper; arbeidstakere, arbeidsgivere, betalere, helsepersonell og staten eller samfunnet (Young, Wasiak et al., 2005). Det gis en nærmere beskrivelse og forklaring av disse gruppene i kapittelet 5.4 Betydningen av aktørenes interesser for tilbakeføringsprosessen. Disse gruppene er som beskrevet i nevnte kapittel mer representative på internasjonal basis. I norsk kontekst er det mer relevant å gruppere deltakerne i slike prosesser i gruppene arbeidstaker, arbeidsgiver, fastlege, spesialisthelsetjeneste, NAV og NAV sine tiltaksleverandører (Ose et al., 2013;



Riksrevisjonen, 2011). Jeg har valgt å bruke begrepet “aktører” som en felles betegnelse for deltakerne i tilbakeføringsprosesser av sykmeldte til arbeid i denne studien (Ose et al., 2013; Riksrevisjonen, 2011). “Aktørgruppe” brukes om for eksempel arbeidsgivere, brukere, fastleger eller NAV-veiledere.

## **2.4 Begreper for samarbeid i tilbakeføringsarbeidet**

Ottawa-charteret (WHO, 1986) sees i folkehelsesammenheng ofte på som bakgrunnen for det moderne helsefremmende arbeidet vi har i dag. Utgangspunktet er et utvidet helsebegrep hvor helse påvirkes av både økonomiske, politiske og sosiale helsedeterminanter (Fosse, 2007). Videre beskriver Ottawa-charteret hvordan alle sektorer i samfunnet påvirker individenes helse i positiv eller negativ retning. Dette perspektivet gjør samarbeid mellom etater og sektorer svært relevant for helsefremmende arbeid (Fosse, 2007), og dermed også for tilbakeføring av sykmeldte til arbeid – for som beskrevet tidligere har deltakelse i arbeidslivet ofte stor betydning for helse.

Tilbakeføring av sykmeldte til arbeid involverer mange aktører og tiltak, og prosessen skjer ofte på flere ulike arenaer (Aas et al., 2011). Lauvås og Lauvås (2004) viser til at tverrfaglighet er nødvendig i vårt sektordelte og spesialiserte samfunn. Begrepet “tverrfaglighet” benyttes i litteraturen om arbeid på tvers av nivåer og i forhold til forskjellige arbeidsoppgaver (Lauvås & Lauvås, 2004). Lauvås belyser at det i norsk kontekst ikke er mulig å ikke samarbeide (Lauvås, 1994). Det defineres ofte forskjellig, og begrepene tverrfaglig, tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid brukes om hverandre (Glavin & Erdal, 2013). Det synes imidlertid som at tverrfaglig samarbeid benyttes som et mer overordnet begrep som kan være både tverretatlig og tverrsektorielt (Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004). En av hovedutfordringene er forvaltningsmessige utfordringer som ulike mandater og taushetsplikt.

I litteratursøk til denne studien er det vanskelig å definere bort noen av begrepene som brukes om samarbeid på tvers av fag og virksomheter. Begrepet samordning brukes for eksempel ofte for å definere tverrfaglig samarbeid, og Lauvås og Lauvås (2004) bekrefter den oppfatningen av begrepsbruken som en kan sitte igjen med etter å ha forsøkt å orientere seg i dette landskapet; begrepene samordning, samarbeid og integrering brukes om hverandre i norsk litteratur. Det samme gjelder i internasjonal litteratur, men da med de engelske begrepene

coordination, cooperation og collaboration (Lauvås, 2004). Begrepet samhandling er også mye brukt i samme mening (Helsedirektoratet, 2016). Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47, 2009, s.13) definerer samhandling slik: “Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte”. Knoff, 1985 i Lauvås og Lauvås (2004: 53) gir en lignende definisjon av samordning: “.en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/ klient/pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre”. Denne definisjonen kan ifølge Glavin & Erdal (2013) også gjelde et godt utviklet samarbeid.

Selv om begreper blir brukt om hverandre i litteratur om tverrfaglighet og samarbeid, tyder flere kilder (f.eks. Bronstein, 2003; Morrison& Glenny, 2012, Lauvås & Lauvås, 2004) på at tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er begreper som innebærer et mer omfattende samarbeid mellom aktører enn hva som er tilfellet i tilbakeføringsprosesser av sykmeldte i dag slik de beskrives i denne studien. Det er derfor nærliggende å definere det arbeidet som skjer i tilbakeføringsprosesser av sykmeldte til arbeid i Norge i dag som samhandling og samordning. For å unngå uklarheter vil jeg holde meg til begrepet samhandling i denne studien. Begrepet tverrfaglig samarbeid vil bli noe brukt der det faller seg naturlig på bakgrunn av definisjonen gitt i dette kapittelet.

## 3.0 DET NORSKE SYSTEMET

### 3.1 NAVs og arbeidsgivers forpliktelser

NAV har to ulike roller i sykefraværarbeidet; én hvor de lokale NAV-kontorene jobber individrettet med sykmeldte og aktørene (NAV, 2016), og én hvor NAV arbeidslivssenter retter seg mot bedrifter som har signert avtalen om et inkluderende arbeidsliv – IA-avtalen (IA-avtalen, 2014). IA-avtalen er inngått mellom partene i arbeidslivet, det vil si arbeidsgivere, arbeidsgiverorganisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner og regjeringen. Avtalens mål på nasjonalt nivå er å redusere sykefraværet, øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne samt øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år. Ved å undertegne avtalen stiller virksomheten seg bak avtalens mål, noe som innebærer at arbeidsgiver, tillitsvalgte, verneombud og de ansatte i virksomheten for øvrig arbeider målrettet for en mer inkluderende arbeidsplass (IA-avtalen, 2014). Virksomheten får en egen kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter, utvidet bruk av egenmelding samt forebyggings- og tilretteleggingstilskudd fra Arbeids- og velferdsetaten (IA-avtalen, 2014). Virksomheter som ikke er IA-virksomheter har også plikt til å følge opp sine sykmeldte arbeidstakere, og tilrettelegge for dem. Dette er lovfestet i Arbeidsmiljøloven (2005) og Folketrygdloven (1997). Når det kommer til det individrettede arbeidet er NAV og arbeidsgiver de to viktigste aktørene i sykefravær oppfølging. NAV er kjernen som skal ha all informasjon om forløpet. De skal kontrollere at arbeidsgiver oppfyller sine plikter overfor bruker, og at bruker oppfyller sine plikter – og får det han har krav på. I så måte er det NAV som har det overordnede, koordinerende ansvaret for sykefravær oppfølgingen her i landet, strukturelt sett (Ose et al., 2013).

Arbeidsmiljøloven og folketrygdloven gir bestemmelser for sykefravær oppfølgingens møtepunkter i form av dialogmøter mellom den sykmeldte, sykmelder, NAV og arbeidsgiver. Ifølge arbeidsmiljøloven plikter arbeidsgiver å holde dialogmøte 1 med arbeidstaker senest innen syv ukers sykmelding, såfremt det ikke er åpenbart unødvendig. Sykmelder kalles også inn til dette første dialogmøtet etter den sykmeldte sitt ønske. Andre relevante aktører som NAV kan også kalles inn dersom arbeidsgiver eller arbeidstaker ønsker det. Målet med møtet er å oppdatere oppfølgingsplanen for tilbakeføring til arbeid som utarbeides og sendes til sykmelder senest etter fire ukers sykmelding. Oppfølgingsplanen skal ifølge lovbestemmelsen inneholde en vurdering av den sykmeldte sine arbeidsoppgaver og arbeidsevne, tiltak som arbeidsgiver har satt i gang, eventuelle tiltak i samarbeid med NAV samt en plan for det

videre oppfølgingsarbeidet (Arbeidsmiljøloven, 2005). Andre aktører som gjerne deltar i dialogmøter dersom det er relevant er tillitsvalgt, verneombud og/eller bedriftshelsetjeneste (Aas, 2009). Arbeidsgiver plikter også etter arbeidsmiljøloven å avklare behov og tilrettelegge for at arbeidstakere med redusert arbeidsevne skal kunne være i arbeid, og fortrinnsvis fortsette med sitt vanlige arbeid etter skade eller sykdom. Dette kan innebære endring av arbeidstid, arbeidsoppgaver og tilrettelegging av det fysiske arbeidsmiljøet samt andre arbeidsrettede tiltak internt i bedriften (Arbeidsmiljøloven, 2005). Folketrygdloven stiller krav til at NAV skal vurdere å igangsette arbeidsrettede tiltak så tidlig som mulig og senest etter åtte ukers sykmelding, dersom bedriftsinterne tiltak ikke har effekt eller hvis den sykmeldte ikke har et arbeidsforhold. Dette er den såkalte aktivitetsplikten som må oppfylles for at den sykmeldte skal ha krav på sykepenger. Hvis medisinske grunner er til hinder for aktiviteten gjøres det unntak (Folketrygdloven, 1997). Arbeidsrettede tiltak som ikke er bedriftsinterne, foregår ofte hos tiltaksleverandører som har avtale med NAV. Tiltaksleverandørene er gjerne kommunale bedrifter, men også være private aktører og ideelle organisasjoner leverer tiltak. Arbeidsgivere er også en viktig samarbeidspartner for NAV her ved bruk av tiltak som praksisplasser og lønnstilskudd (Regjeringen, 2016).

NAV plikter etter Folketrygdloven å innkalle til dialogmøte 2 senest etter 26 uker, også dette med mindre det er åpenbart unødvendig. Dialogmøte 2 ble innført for å styrke oppfølgingen av langtidssykmeldte og bidra til raskere tilbakeføring til arbeid av denne gruppen. I noen tilfeller er det også aktuelt å avholde dialogmøte 3 ved utløpet av sykepengeperioden for å vurdere behovet for arbeidsrettede tiltak, med de samme bestemmelsene som dialogmøte 2 (Folketrygdloven, 1997). Utover dialogmøtene er det ingen lovfestede møtepunkter mellom aktørene. Forskningen er mangelfull når det kommer til effekter og erfaringer av dagens metode for oppfølging av sykmeldte (Ose et al., 2013), men en norsk forskningsrapport fra 2011 er relevant. Den fastslår at oppfølging i form av både kontakt med arbeidsgiver og arbeidsplassvurdering bør iverksettes på et tidlig tidspunkt, helst i løpet av de første to ukene, parallelt med eventuell medisinsk utredning og behandling (Aas, Solberg, Strupstad, et al., 2011). Tidligere var det obligatorisk med flere dialogmøter for alle sykmeldte, også for gradert sykmeldte, men regelverket ble endret i 2014 (Regjeringen, 2014). Årsaken til endringene var et for omfattende og ressurskrevende system som ikke så ut til å ha effekt på sykefraværet. Det ble i samme moment konkludert med et for tynt kunnskapsgrunnlag for ressursbruken til dialogmøter hvor mange aktører måtte stille. Det ble foreslått at dialogmøte

I skal være et møtepunkt for arbeidsgiver og sykmeldt, og at lege, NAV og andre aktører kalles inn ved behov, og slik ble det (Ose et al., 2013).

### **3.2 Raskere tilbake**

I Norge i dag har vi en ordning med formål om å få sykmeldte raskere tilbake i arbeidslivet, og med det redusere sykefraværet, som del av IA-avtalen (IA-avtalen, 2014). Ordningen heter “Raskere tilbake” og innebærer tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte. Den fokuserer også på arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldte (Regjeringen, 2015). En rekke arbeidsrettede tiltak som kan iverksettes gjennom ordningen. Eksempler på tiltak er “Oppfølging”, “Avklaring”, “Arbeidsrettet rehabilitering” og behandlingstilbud for personer med lettere psykiske og sammensatte lidelser. Disse tiltakene er det NAV som tilbyr (NAV, 2007). Spesialisthelsetjenesten tilbyr gjennom samme ordning behandling etter henvisning fra fastlege. Forskjellen på en vanlig henvisning til spesialisthelsetjenesten og den som gis via Raskere tilbake, er at den sykmeldte kan få hjelp raskt av midler som er øremerkede til å hjelpe arbeidstakere for at de skal komme raskere tilbake i arbeid (NAV, 2013a). Kjerstad og Ravneberg har gjort en brukerundersøkelse av pasienters opplevelse av Raskere tilbake-tilbudene. Flere av informantene i den undersøkelsen fortalte at de selv har koordinert kontakten mellom NAV, fastlege, arbeidsgiver og Raskere tilbake-tilbud (Kjerstad & Ravneberg, 2008). Raskere tilbake-ordningen i NAV og de regionale helseforetakene er en samling tiltak som har til hensikt å redusere ventetiden for behandling i de regionale helseforetakene, samt korte ned tiden arbeidstakere er sykmeldte. En typisk Raskere tilbake-bruker har vært sykmeldt mellom 8 og 52 uker når henvisning til Raskere tilbake skjer (Aas et al., 2011).

### **3.3 Individuell plan**

I Norge har vi en ordning hvor brukere som trenger det etter lovverkets definisjon får oppnevnt en koordinator. “Individuell plan” er et tiltak som skal sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere som er i behov av det jamfør pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Planen er både et verktøy i form av et dynamisk planleggingsdokument, og samtidig en strukturert samarbeidsprosess. Planprosessen starter med oppnevningen av en koordinator, og brukerens ønske skal vektlegges i stor grad i valget av koordinatoren. Koordinator har som oppgave å sikre at bruker får nødvendig oppfølging og

samordning av tjenester i tillegg til fremdrift i arbeidet. Koordinator samarbeider tett med brukeren om det helhetlige tilbudet. De andre aktørene i prosessen, som fastlege og behandlere, har sitt ansvar som ellers og sørger for at deres ansvarsområder og oppgaver innrettes i tilbudet slik at det blir helhetlig (Helsedirektoratet, 2015).

Sykmeldte faller sjelden inn under dagens ordning for Individuell plan, kanskje fordi man ennå ikke vet om tjenestene de trenger vil bli langvarige og må koordineres. Det finnes ikke lignende retningslinjer som gjelder for sykmeldte som gruppe. Beskrivelsen av Individuell plan inkluderes likevel for å gi et innblikk i hvordan behovet for koordinering og samordning av tjenester er løst for andre grupper i samfunnet som er i behov av bistand.

### **3.4 Taushetsplikten**

NAV har taushetsplikt om personlige forhold etter forvaltningsloven (1967). Taushetsplikten reguleres også av NAV-lovens § 7. Lovhjemmelen gir anledning til å gjøre visse unntak fra taushetsplikten. Bruker kan gi samtykke til at NAV kan utveksle relevante opplysninger med andre aktører i saken, også når det gjelder helsemessige forhold, ved å signere et skjema om fullmakt. Dette fremgår av rundskriv til NAV-loven (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2016). Helsepersonell har taushetsplikt etter pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Pasienter kan gi samtykke også til at helsepersonell kan gi opplysninger til andre, spesifiserte aktører, etter hjemler i de samme lovene. Samtykket skal være både frivillig og informert (Helsedirektoratet, 2016, 13.09.).

### **3.4 Styringssignaler**

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har sett behov for en felles strategi for å skape flere og tydeligere styringssignaler for samhandling mellom aktørene. Dagens styringssignaler i form av regelverk om sykefraværsoppfølging gjennom dialogmøter virker derfor ikke å være tilfredsstillende, etter myndighetenes vurdering. Ett av hovedmålene i strategien “Arbeid og helse – et tettere samvirke” er tydeligere rammer for intervensjoner og felles arbeidsformer (Helsedirektoratet, 2016). Samhandlingsreformen etterlyser også tydeligere organisatoriske rammer for koordinering og samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Regjeringen sier videre i Folkehelsemeldingen at det er behov for å styrke samarbeidet på tvers av sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

## 4.0 KOORDINERING

Den systematiske oppsummeringen til Shaw og kollegaer (2008) indikerer at intervensjoner for tilbakeføring til arbeid, inkludert koordinering, har vist moderate til store effekter på utfall i uførhetsgrad. Koordinering kan også gi en signifikant kortere varighet på sykmeldingsperioder sammenlignet med ordinær oppfølging av saksbehandler (Bültmann et al., 2009). En litteraturgjennomgang viser tilsvarende; intervensjoner som koordineres av en egen koordinator resulterer i kortere sykefraværsperioder (Franche et al., 2005). Det kan ha sammenheng med at koordinering er nødvendig for å kunne iverksette rett tiltak til rett tid. Allerede før sykemelding kan tiltak på arbeidsplassen være effektive, og forhindre sykemelding helt eller delvis (van Oostrom et al., 2009). Likevel er modeller for koordinering innen arbeidsrettet rehabilitering lite utviklet i Norge, og det virker særlig å gjelde koordineringen mellom arbeidsplass, NAV og helsetjeneste (Aas, 2011).

### 4.1 Koordinators rolle

Koordinator er den viktigste aktøren for å oppnå en vellykket tilbakeføring til arbeid (Gardner et al., 2010). Internasjonalt er koordinator ofte ansatt av forsikringsselskaper, arbeidsgivere eller statlige etater. Formålet med å ha en koordinator er å fremme tilbakeføring til arbeid av syke eller skadede arbeidstakere. Koordinator er ofte profesjonsutdannet innen helsefag som sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og lignende (Durand et al., 2007), men dette avhenger av hvilken organisasjon, etat eller bedrift koordinator er fra. Det avhenger igjen av statlige føringer for hvert enkelt land.

Det meste av den vitenskapelige litteraturen som omhandler koordinatorrollen dreier seg om en noe annerledes rolle enn den vi har i tilbakeføring av sykmeldte til arbeid i Norge i dag. Denne beskrivelsen inkluderes for å gi et nyansert bilde på hvordan tilbakeføring til arbeid i Norge potensielt kan koordineres, og hvordan denne koordineringen er vurdert og evaluert med sikte på utvikling og forbedring. Koordinators oppgaver er ofte å identifisere barrierer for tilbakeføring til arbeid, foreslå hvordan man kan møte disse barrierene, og tilrettelegging av arbeidsoppgaver og arbeidsplass i samarbeid med arbeidsgiver. Videre sørger koordinator generelt for at tilbakeføringsprosessen går fremover og at aktørene kommuniserer godt og arbeider i samme retning (Durand et al., 2007). I en litteraturgjennomgang oppsummeres koordinators aktiviteter i seks grupper:

1. *Ergonomi- og arbeidsplassvurdering*: Studien viser at koordinators ferdighetsnivå innen dette området kan påvirke den sykmeldtes arbeidsutprøvningsmuligheter.
2. *Klinisk intervju*: Koordineringen begynner ofte med et intervju med den sykmeldte om sykehistorie, arbeidserfaring, opplevelse av behandling og tanker om det å komme tilbake i arbeid.
3. *Sosial problemløsning*: Ferdigheter innen sosial problemløsning kan hjelpe koordinator til å få med flere av partene i evaluering av alternativer, og til å bidra til effektiv kommunikasjon mellom aktørene.
4. *Arbeidsplassmekling*: Ferdigheter i å løse uenigheter mellom ansatt og arbeidsgiver kan være nyttig for en koordinator. Uenighetene kan for eksempel dreie seg om arbeidsutprøving. Nesten alle studiene i litteraturgjennomgangen viste at diskusjoner omkring dette er en del av koordineringsprosessen.
5. *Kunnskap om virksomheten og juridiske aspekter ved uførhet*: Flere studier understreker viktigheten av å ha kunnskap og forståelse av brukers og arbeidsgivers juridiske rettigheter og plikter.
6. *Kunnskap om medisinske tilstander*: Siden nesten alle koordinatorene i den systematiske litteraturgjennomgangen til Shaw og kollegaer hadde en medisinsk/helsefaglig bakgrunn, mener Shaw og kollegaer at det tyder på at kunnskap om vanlige medisinske tilstander som kan føre til uførhet er en viktig forutsetning hos koordinator.

(Shaw et al., 2008)

Shaw et al. (2008) viser til at mange av studiene i deres litteraturgjennomgang bemerker utfordringer som at hver enkelt sak er unik og at det i hver sak er mange deltakere/medvirkende i avgjørelsesprosesser. Det er utfordrende å oppnå enighet og støtte blant sykmeldte, ledere, kollegaer og helsepersonell. Derfor mener Shaw og kollegaer (2008) at koordinator må konsentrere seg om å tilrettelegge for kommunikasjon mellom aktørene, samtidig som at koordinatoren er pragmatisk, rettferdig og ikke-dømmende (Shaw et al., 2008, s. 10).



## 4.2 Koordinators kompetanse

Kompetanse hos koordinator har vist seg å være av betydning. Internasjonal forskning viser at det å ha en koordinator som har kompetanse innen koordinering, bidrar til at sykmeldte kommer raskere i arbeid (Bohatko-Naismith et al., 2015). Forskningen har lenge vært opptatt av hvilken kompetanse koordinatorerne for tilbakeføringsprosessene bør ha. Kompetanse defineres i denne sammenhengen som kunnskap, ferdigheter, holdninger og adferd (Pransky, Shaw, Loisel, Hong, & Désorcy, 2010). Internasjonalt er det betydelig variasjon i hva slags bakgrunn og erfaring koordinatorerne har, og i metodene som benyttes i koordineringen av tilbakeføringen av sykmeldte til arbeid. Dette tyder på at koordinatorrollen utvikler seg hele tiden (Shaw et al., 2008).

Flere studier identifiserer kunnskap, ferdigheter og egenskaper som er vesentlige for at koordinator skal kunne planlegge og koordinere et passende tilbakeføringsprogram på en god måte, og oppnå en vellykket tilbakeføring. Gode evner til organisering og planlegging rangeres høyt. Det samme gjelder personlige egenskaper som å være tillitsvekkende, god til å lytte og kommunisere, og å være en god problemløser (Pransky et al., 2010; Gardner et al., 2010; Bohatko-Naismith et al., 2015). Det fleste kompetanseområdene som trekkes frem, har altså direkte med mellom-menneskelige ferdigheter å gjøre (Shaw et al., 2008, s. 13). Det understreke at evner til samhandling og til å håndtere interessekonflikter er viktige ferdigheter hos koordinator (James et al., 2011). Et spørsmål som er undersøkt er den medisinske kompetansens relevans for koordinator. Forskning tyder på at de mellommenneskelige ferdighetene er viktigere for å fremme tilbakeføring til arbeid enn en helsefaglig bakgrunn, men at en helsefaglig bakgrunn likevel kan spille en rolle i koordineringen. Ikke på grunn av den medisinske kompetansen i seg selv, men mer som en fordel i prosessen med å danne relasjoner til sykmeldte som hadde samme fagbakgrunn (James et al., 2011). Andre har også funnet at det er selve koordineringen som er vesentlig i tilbakeføringsprosesser, og ikke koordinatorers faglige bakgrunn (Franche et al., 2005). Dette avviker fra konklusjoner i andre studier (Shaw et al., 2008; Pransky et al., 2010).

Det er konsensus blant koordinatorer om at koordinatorrollen krever kompetanse, og trening/utvikling/utdanning av koordinatorer kan sannsynligvis være positivt for prosessen (G. Pransky et al., 2010). Flere av informantene i James et al. (2011) sin studie mente at de ville ha dratt nytte av profesjonell utdanning eller kursing innen koordinering. Internasjonalt

er det utviklet egne utdanninger/kurs for koordinatorrollen i flere land (Bohatko-Naismith et al., 2015). Ett eksempel er en utdanning for koordinatører (Certified Return-to-Work Coordinator) som tilbys av Canadiske National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR, 2005). For å utvikle den kompetansen som vi nå vet er viktig for koordinator, ser det imidlertid ut til at case-studier, bruk av mentor samt veiledet arbeidstrening er de mest effektive læringsformene. Klasseromsundervisning kan brukes når det gjelder den kunnskapsbaserte kompetansen, men egner seg ikke når man skal utvikle de viktige mellommenneskelige/interpersonlige egenskapene (Gardner et al., 2010).

### **4.3 utfordringer i koordinering i dag**

I avsnittene som følger vil jeg presentere noen utfordringer i koordinering i dag som tidligere er formulert, både igjennom relevante internasjonale empiriske studier og annen litteratur som rapporter og evalueringer. Alle vurderes som relevante for det norske systemet. Noen av publikasjonene, som Ellingsen (2010), gjelder kun det norske systemet.

#### **4.3.1 Mangelfull koordinering av tjenestene**

Vi vet at det å ha en fast koordinator i en tilbakeføringsprosess har betydning for at sykefraværsarbeidet skal være vellykket (Ellingsen, 2010). Likevel har bare halvparten av mottakerne av det typiske Raskere tilbake-tilbudet en fast koordinator, og opprettelsen av en fast koordinator virker å være mangelfullt utviklet i mange av Raskere tilbake-tilbudene (Aas et al., 2011). Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) skal sikre at den enkelte bruker får koordinerte tjenester og helhetlig oppfølging, og foreslår at kommunale tverrfaglige team vil kunne være med på å sikre dette. Den går ikke nærmere inn på hvordan dette skal løses i praksis. Samhandlingsreformen beskriver imidlertid at samhandlings- og koordineringsfunksjonen må forankres tydelig både ledelsesmessig og organisatorisk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Aas og kollegaer konkluderer i sin evalueringsrapport med mangelfull koordinering i Raskere tilbake-ordningen (2011). De påpeker videre at vi i Norge mangler gode modeller for koordinering, særlig når det gjelder koordinering mellom NAV, helsetjeneste og arbeidsplass (Aas et al., 2011 s. 18). En utfordring i tilbakeføringsarbeid som kan knyttes til manglende koordinering, er at vurdering av arbeidsevne ofte gjøres uten å virkelig ta den sykmeldtes

arbeidsforhold i betraktning (Ståhl, 2010). Dette mener Ståhl er en årsak av manglende samarbeidsstruktur mellom primærhelsetjeneste, arbeidsgivere og spesialisthelsetjenesten. (Ståhl, 2010).

#### **4.3.2 Treghet i tilbakeføringsprosessen**

Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet sin strategi (2016) er det som regel slik at arbeid først blir et tema når behandlingen er fullført. Den viser til en sekvensiell tankegang; det er få eksempler på samtidige og felles innsatser mellom etater og helsetjenester (Helsedirektoratet, 2016, s.14). Friesen et al. (2001) har i sin studie gjort funn som viser at treghet i prosessen på grunn av administrative forhold som kontroll eller godkjenninger, vedtak som skal fattes, alltid oppfattes av aktørene som en barriere for tilbakeføringen.

#### **4.3.3 Manglende styringssignaler**

Treghet i tilbakeføringsprosessen er en av årsakene til at Arbeids- og velferdsetaten og Helsedirektoratet nå styrker sitt samarbeid. Etatene har utpekt fire hovedinnsatsområder;

1. Rydde i roller og ansvar, herunder å bedre samhandlingen mellom NAV og helsetjenesten
2. Styrke kunnskapsgrunnlaget for å vurdere utvikling av strategi og tjenester
3. Felles arbeidsformer og tiltak
4. Styrke kompetansen

(Helsedirektoratet, 2016)

Spesielt innsatsområdet “felles arbeidsformer og tiltak” dreier seg om styringssignaler for tilbakeføringsarbeid og koordinering. Et prinsipp her er at det skal formuleres en tydelig arbeidsdeling mellom tjenestene. Direktoratene anbefaler at departementene koordinerer en utvikling av dagens regelverk for samhandling, Individuell plan og taushetsplikt. De anbefaler videre at departementene gir samsvarende styringssignaler om for eksempel samarbeidsavtaler og prioriteringer. Direktoratene vil også utvikle modeller for samhandling. Disse modellene skal “beskrive samarbeidsformer, brukermedvirkning, organisering, finansiering, metoder for arbeidsinkludering, kvalitetsindikatorer og kompetanse” (Helsedirektoratet, 2016,

s. 3). Modellene skal videreutvikles på bakgrunn av kunnskap fra evaluering av for eksempel Raskere tilbake og Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2016).

#### **4.3.4 Behov for kompetanse hos koordinator**

Som beskrevet tidligere er kompetanse hos koordinator viktig for en vellykket tilbakeføring, og bidrar til kortere sykefraværsperioder. (Bohatko-Naismith et al., 2015). Når vi i norsk kontekst ikke bare mangler retningslinjer for hvilken kompetanse koordinator bør ha, men også grunnleggende modeller for koordinering av tilbakeføringsprosesser, anses det som en stor utfordring i tilbakeføringsprosesser i dag (Aas et al., 2011; Helsedirektoratet, 2016).

#### **4.3.5 Behov for tettere samhandling**

Langt flere med redusert arbeidsevne kunne vært i arbeid dersom de hadde fått rett tiltak til rett tid. En betydelig bedre samhandling på tvers av etater og nivåer for å utnytte ressursene best mulig, ville vært til stor hjelp (OECD, 2010). Den sykmeldtes deltakelse og involvering er viktig for en vellykket og varig tilbakeføring, og internasjonalt er det et behov for å involvere brukeren mer i tilbakeføringsprosesser (Friesen, Yassi, & Cooper, 2001). Positive relasjoner og god kommunikasjon og samhandling mellom alle viktige aktører i prosessen, sammen med tillit og troverdighet, har også stor betydning. Mangel på kommunikasjon, spesielt når det gjelder aktører som har nøkkelposisjoner er en stor barriere (Friesen et al., 2001).

#### **4.3.6 Samhandling med arbeidsgiver**

Arbeidsgivere er en viktig aktørgruppe som for sjelden er inkludert i prosessen, og det er et stort potensiale i å få disse mer aktive i arbeidet med å få sykmeldte tilbake i arbeid, ifølge OECD (2010). Det er viktig at arbeidsgiver er tidlig inne i prosessen (Franché et al., 2005; Friesen et al., 2001). De kan på en mer nøyaktig måte enn andre aktører vurdere hvilke arbeidsoppgaver deres ansatte fremdeles kan gjøre etter en skade eller sykdomsperiode. Det samme gjelder hvilke tilpasninger av arbeidsoppgaver og arbeidsplass som er hensiktsmessige for å gi den sykmeldte muligheter til å oppnå sitt potensiale i arbeidet (OECD, 2010). OECD (2010) foreslår også tettere samhandling mellom alle aktørene i tilbakeføringsprosessen.

#### **4.3.7 Samhandling med fastlegen**

Fastleger har viktige oppgaver i tilbakeføringsarbeidet; de må gjøre en større innsats for å redusere sykmeldingsperioder og fokusere på at pasienten skal raskt tilbake i arbeid (OECD, 2010). OECD (2010) setter fokus på problematikken rundt langtidssykefravær, og viser til at studier tyder på at mange leger sykmelder sine pasienter over lengre perioder enn det som er

nødvendig for rekonvalesens eller rekreasjon. Årsaken er at legene baserer sine avgjørelser på pasientens selvrapporterte symptomer og behov for sykmelding, fremfor en profesjonell vurdering av behov for sykmelding på grunn av dokumenterte medisinske forhold. Siden fastlegen vanligvis er den første som pasienten er i kontakt med på grunn av et helseproblem, er fastlegen i en særskilt god posisjon til å gi råd og veiledning om viktigheten av å komme raskt tilbake i arbeid (OECD, 2010). OECD (2010) gjør det tydelig at det er nødvendig å jobbe for å gjøre disse oppholdene kortere, spesielt når det gjelder psykisk helse. Ny forskning konkluderer med at arbeid er helsefremmende, og spesielt for denne gruppen (OECD, 2010). OECD foreslår derfor at helsearbeidere og spesielt fastleger må få tilstrekkelig informasjon omkring temaet (OECD, 2010). Mangel på kunnskap hos fastlege om for eksempel betydningen av tilrettelegging på arbeidsplassen og krav i arbeidslivet, er også barrierer for tilbakeføring (Friesen et al., 2001).

## **5.0 FORHOLD SOM PÅVIRKER SAMHANDLING OG KOORDINERING**

### **5.1 Sentrale elementer i tilbakeføringsarbeidet og koordineringen**

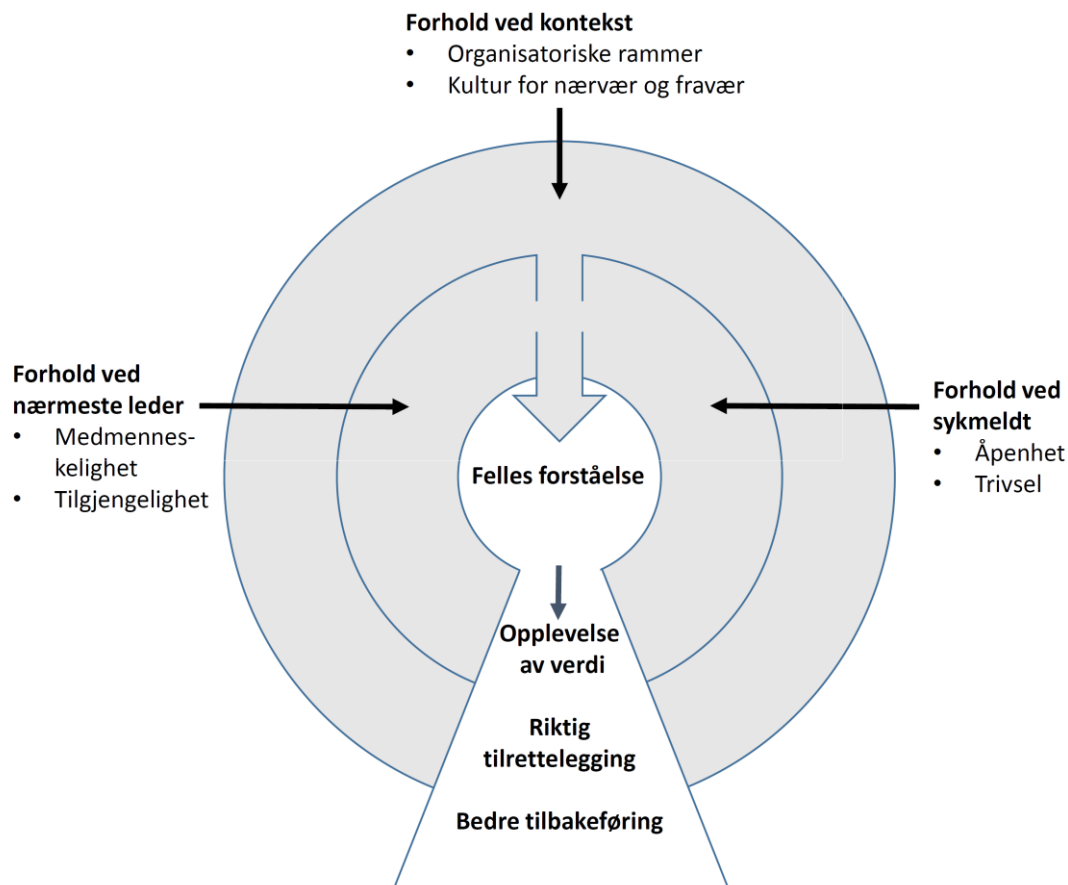
Per i dag er et uklart hva som gir gode resultater og hva som er suksesskriterier for tilbakeføring, da resultatene av studier på feltet er sprikende og av ulik kvalitet (Aas et al., 2011). I norsk kontekst ser vi at tidlig kontakt mellom den sykmeldte og arbeidsplassen er et viktig utgangspunkt for tilbakeføringsprosesser. Tidlig tverrfaglig kartlegging, en koordinering plan for tilbakeføring samt god struktur for kommunikasjon mellom aktørene med en utvalgt koordinator, viser seg også som sentrale elementer i tilbakeføringsarbeidet. Faglig ekspertise trekkes også frem som sentralt (Ellingsen et al., 2010, s. 4).

Lignende resultater har tidligere vist seg i internasjonal forskning; arbeidsgivers involvering og engasjement ser ut til å være viktig for en vellykket tilbakeføring (Franche et al., 2005). Engasjementet vises ved at arbeidsgiver tar ansvar for å kontakte bruker uten å vente på en oppfordring fra andre aktører. I tilbakeføringsprosesser hvor dette er tilfellet virker det som at det er en tilfredshet blant både ansatte og ledelse. Positive relasjoner med god kommunikasjon mellom alle aktørene trekkes også frem, samt mellom nivåene (Friesen et al., 2001). Manglende struktur samt treghet i tilbakeføringsprosessen oppfattes ifølge Friesen og kollegaer som barrierer for tilbakeføringsarbeidet. Brukermedvirkning fremstår også som viktig for å opprettholde maktbalansen mellom bruker og de andre aktørene. Det er da sentralt at den sykmeldte får muligheten til å forstå systemet. Det er tydelig at kommunikasjon og samhandling gjennom hele prosessen, sammen med forpliktende deltakelse og jevnlig møter med alle de viktige aktørene fra et tidlig tidspunkt i prosessen, er avgjørende for en vellykket tilbakeføring (Friesen et al., 2001).

### **5.2 Betydningen av relasjoner**

Gode relasjoner mellom bruker og de andre aktørene er altså viktig i tilbakeføringsprosesser (f.eks. Friesen et al, 2001; Ellingsen et al., 2010). Når det gjelder relasjonen mellom bruker og arbeidsgiver er denne sentral for mulighetene for å komme tilbake i arbeid. En nøkkelfaktor som har betydning for kvaliteten på relasjonen er at arbeidsgiver og arbeidstaker har en felles forståelse. Dette beskrives som en tilstand hvor bruker og arbeidsgiver deler en forståelse av

brukers potensial, begrensninger, muligheter og motivasjon (Solberg & Aas, 2010). Flere forhold påvirker utviklingen av denne felles forståelsen. Arbeidsplassens kultur for nærvær og fravær sammen med de organisatoriske rammene er kontekstuelle forhold som har betydning. Videre er det også viktig at nærmeste leder er tilgjengelig for bruker, og hans medmenneskelighet. En tredje, sentral faktor er brukers åpenhet om situasjonen han er, i tillegg til brukers trivsel på arbeidsplassen, som igjen påvirker motivasjonen for å komme tilbake (Solberg & Aas, 2010). Når bruker og arbeidsgiver deler denne forståelsen, vil det øke sjansen for en riktig tilrettelegging, og at bruker opplever at han har verdi for arbeidsplassen. Dette kan resultere i en raskere tilbakeføring (Solberg & Aas, 2010). Figur 1 viser en fremstilling av faktorene som påvirker utviklingen av en felles forståelse av brukers situasjon.



Figur 1: Fremstilling av essensen i relasjonen mellom sykmeldte og nærmeste leder. Tegnet etter Solberg & Aas, 2010.

### 5.3 Kontinuitet og kvalitet

Kvåle og Midtbø (2014) beskriver hvordan kontinuitet i utformingen av tjenester er helt sentralt for at brukeren skal oppleve dem som helhetlige og samordnede, og at dette er forutsetninger for kvalitet i tjenestene. Teorien er i utgangspunktet knyttet til oppfølging av pasienter i helse- og omsorgssektoren, men har etter min mening overførbarhetsverdi til tilbakeføringsprosessen av sykmeldte til arbeid. Kvalitet og kontinuitet assosieres med å ha få hjelpere å forholde seg til, som den sykmeldte kan utvikle en relasjon til over tid. Det er imidlertid ikke ensidig – det kan for eksempel være gunstig for den sykmeldte med nye blikk på situasjonen (Kvåle og Midtbø, 2014). De trekker i sin fremstilling frem Haggerty og kollegaer (2003) som beskriver kontinuitet som pasientens subjektive opplevelse av integrerte og helhetlige tjenester, men deler også kontinuitetsbegrepet videre inn i tre kategorier som alle er viktige for brukers opplevelse av kvalitet i tjenestene;

1. Kontinuitet i informasjon: Bruken og utvekslingen av informasjon om den sykmeldtes personlige forhold, sykdomshistorie, tidligere tiltak og tjenester, mellom hjelpepersoner. Kunnskap om individets ønsker og verdier bør også være en del av den kontinuerlige prosessen.
2. Kontinuitet i administrasjon: Kontinuitet oppnås ved at tjenestene er samordnede, og gir en konsekvent og helhetlig tilnærming til brukerens problematikk. Dette er spesielt viktig i de tilfellene hvor flere hjelpepersoner arbeider parallelt. Å ha en felles fremdriftsplan eller aktivitetsplan for arbeidet vil fremme kontinuitet, og gi en følelse av forutsigbarhet for bruker. Fleksibilitet til endring av planene for arbeidet er en viktig for kontinuiteten.
3. Kontinuitet i relasjon: Dreier seg om relasjonen mellom bruker og hjelpeperson. Relasjoner over lang tid som binder sammen en prosess eller ulike tjenester i fortid, nåtid og fremtid, gir en følelse av forutsigbarhet og sammenheng i tjenestene.

(Haggerty et al., 2003)



## 5.4 Et tredelt rammeverk

Flere studier (Friesen et al., 2001; San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005; Schultz, Stowell, Feuerstein, & Gatchel, 2007; Solvang, Hanisch, & Reinhardt, 2016) viser at det er hensiktsmessig å forstå samhandling i rehabilitering eller behandling ut ifra en økologisk modell med tre nivåer; mikro-, meso- og makro. Tilbakeføringsarbeid er en kompleks prosess som har størst sjanse for å bli vellykket dersom alle aktørene koordinerer sitt arbeid, og mange faktorer påvirker tilbakeføringsprosessen. Disse faktorene passer naturlig inn i et tredelt system som illustrerer konteksten til aktørene og interpersonlig dynamikk i tilbakeføringsarbeidet (Friesen et al., 2001). Denne økologiske modellen er delvis basert på Bronfenbrenners økologiske systemteori (Schultz et al., 2007), som legger til grunn en interaksjon mellom faktorer i mikrosystem, mesosystem og makrosystem når det gjelder individuelle forutsetninger for utvikling (Bronfenbrenner, 1979). Schultz og kollegaer (2007) omtaler modellen mer direkte i sammenheng med faktorer som påvirker den sykmeldtes muligheter til å komme tilbake i arbeid. De fremmer tanken om at tilbakeføringsprosessen må forstås i en systematisk kontekst som forutsetter et samspill mellom faktorer på de tre nivåene. Hensikten med dette rammeverket i denne sammenhengen, slik jeg forstår det, er å undersøke faktorer som påvirker samhandlingen for å få kunnskap om hvordan man i rehabiliteringen eller i dette tilfellet koordineringen av tilbakeføringen må arbeide for god samhandling. Jeg overføringsverdien til koordinering er stor, og at rammeverket kan benyttes for å undersøke determinanter for samhandling, som igjen påvirker koordineringen og tilbakeføringsarbeidet.

Det er noen variasjoner i definisjonen av hva som tilhører hvilket nivå i dette rammeverket. San Martín-Rodríguez et al. (2005) knytter samhandling på mikronivå til interpersonlige prosesser, og samhandling på mesonivå til prosesser innad i organisasjoner. Samhandling på makronivå knytter de til organisasjoners eksterne virksomhet. Andre studier har en mer åpen definisjon av de tre nivåene og inkluderer flere aktører i samfunnet, dermed også flere determinanter for samhandlingen; det kan deles inn i det individuelle (mikro), det institusjonelle (meso) og det strukturelle (makro) nivået i samfunnet (Solvang et al., 2016). Friesen og kollegaer (2001) plasserer den sykmeldte og dens holdninger, motivasjon og adferd, som kan være hemmende eller fremmende faktorer for tilbakeføringsprosessen, på mikronivå. På mesonivå plasserer de organisatoriske strukturer på arbeidsplassen, arbeidsmiljø, politikk og ordninger knyttet til tilbakeføringsarbeidet. På makronivå finner vi

økonomiske og politiske forhold i samfunnet som har betydning for muligheter til for eksempel tilpasning av arbeidsplass og arbeidsoppgaver å gjøre (Friesen et al., 2001). Oppsummert kan man si at politiske og samfunnsmessige forhold befinner seg på makronivå, arbeidsplass, helsevesen og offentlig forvaltning på mesonivå, og brukeren selv på mikronivå (Schultz et al., 2007).

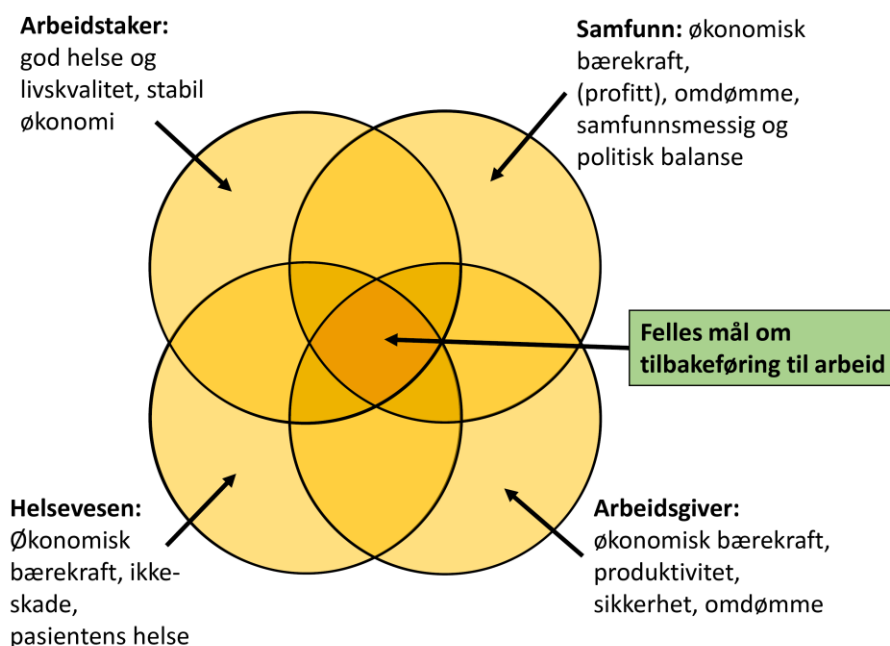
Når rammeverket benyttes i sammenheng med denne studien, finner man på mikronivå individet, altså brukeren, i rehabiliteringsprosessen. På mesonivå ser man brukergruppen som ett, og her er også profesjonelle/ fagpersoner/hjelperpersoner som driver rehabilitering og behandling, utvikler organisasjoner, samt de politiske myndighetene som legger føringer for arbeidet. På makronivået har vi prosesser på samfunnsnivå; brukerorganisasjoner som representerer brukerne og myndighetene som jobber for å fordele velferdstjenestene på en rettferdig måte. Når man sorterer determinanter for samhandling på denne måten, kan det bli tydeligere hvor det trengs intervensjoner for å endre forutsetningene for arbeidet (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Friesen et al. (2001) mener at nivåene ikke kan studeres isolert, men at handlinger eller aktivitet i ett nivå påvirker responsen til aktører i de andre nivåene. Dette er i tråd med Solvang og kollegaer (2016) sin konklusjon om at å systematisere rehabilitering på samfunnsnivåer og deltakere i rehabiliteringsprosesser er å forbedre forståelsen av rehabilitering som et tverrfaglig og holistisk forskningsfelt.

## **5.5 Betydningen av aktørenes interesser for tilbakeføringsprosessen**

Aktørene i tilbakeføringsprosesser har noen felles interesser som gjør at de deler målet om en god tilbakeføring av sykmeldte. Imidlertid har aktørene samtidig andre mål, som noen ganger kan være i konflikt med hovedmålet. Det er viktig at tilbakeføringsprosessen må sees i lys av dette, og at aktørenes interesser og perspektiver må komme tydeligere frem, for at vi skal få en bredere forståelse av tilbakeføringsprosessen (Young, Wasiak et al., 2005)

Tilbakeføring til arbeid er en komplisert prosess som ikke alltid er lett å gjennomføre på en vellykket måte, fordi det er en interaksjon mellom mange systemer, miljøer og personer (Young, Wasiak et al., 2005). Young, Wasiak og kollegaer mener at både forskning på feltet, samt utøvelsen av praksisen kan forbedres gjennom en forståelse av aktørenes motivasjon, interesser og bekymringer. Forfatterne definerer aktører som personer, organisasjoner eller etater som har interesser i resultatene av en tilbakeføringsprosess. De har delt aktørene inn i

fem grupper: arbeidstaker, arbeidsgiver, helsepersonell, en gruppe de kaller “betalere” og samfunnet. I gruppen “betalere” finner man de som betaler for rehabiliterings- og tilbakeførings tiltak samt økonomisk kompensasjon til den sykmeldte. Siden dette er en internasjonal studie varierer det fra land til land hvem som er definert inn i denne gruppen, og i noen tilfeller, som i Norge, vil “payers” og “society” være sammenfallende i form av velferdsstaten og NAV. I andre land kan “payers” f.eks. være et forsikringsfirma, arbeidsgiver eller arbeidstakeren selv. I gruppen “samfunnet” defineres et bredere lag, i norsk kontekst inkluderer det politiske, økonomiske og lovgivende systemer, helsevesenet, arbeids- og velferdsforvaltningen osv. (Young, Wasiak et al., 2005). Gruppene er ifølge Young, Wasiak og kollegaer (2005) definert på bakgrunn av et systemteoretisk perspektiv, som fremholder at sykmeldte påvirkes av miljøet rundt dem på mikro, meso- og makronivå: for eksempel familie, skole, arbeidsforhold, helsetjenester og sosiale, politiske og økonomiske forhold (Power & Hershenson, 2001). Figur 2 viser de ulike aktørgruppens felles mål for tilbakeføringsprosessen, sammen med eksempler på den enkelte gruppes egne mål som kan være til hinder for en vellykket tilbakeføringsprosess.



Figur 2. Fremstilling av aktørenes mål for en vellykket tilbakeføring til arbeid, samt eksempler på aktørenes andre, mulig konkurrerende, mål. Tegnet etter Young et al., 2005. Tilpasset norsk kontekst.

Arbeidstakers interesser, motivasjon og bekymringer kan oppsummeres som god helse og livskvalitet, et selvbylde som del av samfunnet og egen familie, en tilfredsstillende arbeidssituasjon, en stabil økonomi, samt opplevelsen av å gjøre noe meningsfullt. Arbeidsgivere er opptatte av å minimere sine utgifter og sikre en økonomisk bærekraft i bedriften, noe som kan være en utfordring når ansatte blir sykmeldt og kanskje får varig nedsatt arbeidsevne. Lavere produktivitet kan føre til lavere profitt for arbeidsgiver. Samtidig er arbeidsgiver opptatt av sitt omdømme. Når det kommer til helsevesenet, er hensynet til pasienten viktig; de har et ansvar for å beskytte ham mot skade, og for å hjelpe ham til bedre helse. Deres hovedfokus vil også i de fleste tilfeller ligge på diagnostisering og behandling av helseproblemet, som noen ganger kan være i konflikt med målet om tilbakeføring til arbeid. Dette avhenger av helsearbeiderens fokus. Helsepersonell vil også ofte bli bedt om å vurdere brukers arbeidsevne basert på helsemessige forhold, og for å gjøre det må de ha kunnskap om brukers arbeidsoppgaver, ansvarsområder og arbeidsmiljø (Young, Wasiak et al., 2005).

Når det gjelder aktørgruppene betalere og samfunnet, vil disse i en norsk kontekst være delvis sammenfallende (Young, Wasiak et al., 2005), og være opptatt av både økonomisk bærekraft, omdømme, og samfunnsmessig og politisk balanse. Profitt er ikke like aktuelt i norsk sammenheng, da betaleren er samfunnet (Young, Wasiak et al., 2005), men vi kan se målet om profitt i sammenheng med at utførelsen av tilbakeføringsarbeidet er satt bort til på oppdrag til private tiltaksleverandører (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Disse aktørene har naturligvis ofte et mål om profitt og vil være opptatt av omdømme. Samfunnet, på sin side, vil ha et mål om å ta sosialt ansvar og derfor være opptatt av utfall for brukeren som for eksempel livskvalitet. Betalere vil både av den grunn, men også på grunn av økonomiske forhold, være opptatt av at tiltakene er effektive og gir ønsket utfall. Samfunnets motivasjon for å tilbakeføre sykmeldte til arbeid har med økonomiske forhold på flere plan å gjøre, både for å minimere utgifter direkte knyttet til sykmelding, men også for å opprettholde en produktiv arbeidsstyrke og skatteinntekter. Generelt vil samfunnet også være opptatt av å sikre at retningslinjene for tilbakeføringsarbeidet følges. Samfunnets interesser vil ellers være nedfelt i lovgivning og styringssignaler (Young, Wasiak et al., 2005).

Studien til Young, Wasiak et al. (2005) viser også ulikheter mellom aktørene. De trekker frem et eksempel om effektivitet, og mener at noen aktører vil være mer opptatt av effektivitet i prosessen fremfor at prosessen inneholder de rette elementene for individet. Andre kan være

mer opptatt av sistnevnte. Dette kan delvis forklare hvorfor noen tilbakeføringer er mer vellykkede enn andre (Young, Wasiak et al., 2005). Artikkelforfatterne foreslår at å forbedre forståelsen av utfordringene i samhandlingen mellom aktører i tilbakeføringsprosesser, åpner for større muligheter for å hjelpe dem til å samhandle i koordineringen av arbeidet (Young, Wasiak et al., 2005).

Samlet sett viser Young, Wasiak og kollegaer (2005) sin litteraturgjennomgang at det er positivt for alle aktørene i tilbakeføringsprosesser at brukere kommer tilbake i arbeid, og mener at studien viser hva aktørene har til felles i målet om tilbakeføring til arbeid, og at denne syntesen kan brukes til å fremme vellykkede tilbakeføringer av sykmeldte til arbeid.

I senere tid har samme tema blitt undersøkt i svensk kontekst, og det blir funnet at aktørens institusjonelle preferanser og egeninteresse har stor innvirkning på forutsetningene for samhandling i tilbakeføringsprosesser. Spesielt statlige aktører har vanskeligheter med å endre sine prioriteringer i et samarbeid, noe som viser seg i form av at den svenske arbeidsforvaltningen har begrenset interesse for å koordinere ressurser. Dette anses som en trussel mot samhandlingen som kan føre til mistillit. Studien foreslår at dette er et aspekt som bør tas med i betraktning under utvikling av samarbeidsstrukturer for tilbakeføringsarbeid (Ståhl, Svensson, Petersson, & Ekberg, 2010).

## 6.0 METODE

### 6.1 Valg av metode

Hensikten med studien er snarere å få innblikk i aktørenes opplevelser, erfaringer og meninger om hva som er viktig i koordineringsprosessen, enn å komme frem til generaliserbare data. Valget falt derfor naturlig på et kvalitativt design med en induktiv fremgangsmåte, med formål om å samle empiriske data på en eksplorativ måte uten å være drevet av teori i forkant av undersøkelsen (Tjora, 2012).

Fokusgruppeintervju er benyttet som metode. Malterud (2012) beskriver fokusgrupper som en særlig godt egnet metode når man vil undersøke felles erfaringer, holdninger eller synspunkter, i en gruppe som kommer fra et samhandlende miljø. Det passer utvalget i denne studien godt, ettersom koordinering og tilbakeføring i stor grad dreier seg om samhandling. Intervjustilen som brukes i metoden er preget av å være ikke-styrende, noe som får frem mange ulike synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2009). Samhandlingen er altså sentral. Samtidig innebærer det å være moderator i et fokusgruppeintervju å styre ordet, og å stille spørsmål som stimulerer til diskusjon. Moderator kan velge å la diskusjonen løpe uten nevneverdig innblanding, eller stoppe diskusjoner som ikke er relevante, og kanskje trekke inn deltakere som er mindre aktive eller ikke kommer til ordet (Tjora, 2012). Som moderator i fokusgruppeintervjuene i denne studien valgte jeg en rolle nærmere den siste beskrivelsen, men ikke helt i ytterkant av skalaen, da tiden til disposisjon var begrenset.

Det er ulike oppfatninger av hvor mange deltakere som må være tilstede for at intervjuet skal kunne kalles et fokusgruppeintervju. Det som er viktig er at antallet deltakere er stort nok til at flere meninger er representert, men ikke så mange at informantene føler seg utrygge og derfor ikke er like aktive som de kunne vært i en mindre gruppe (Tjora, 2012). Noen mener at en ideell fokusgruppe har 6-8 deltakere, mens andre foreslår mindre grupper på 3-4 personer, som gjerne kan være spesialister på temaet som skal diskuteres (Malterud, 2012; Tjora, 2012). Det er gjerne 3-5 ulike grupper i prosjektet. Andre trekk ved fokusgruppeintervju som metode er at intervjuet varer mellom 1 og 2 timer, og at intervjuet har en relativt strukturert form med høy grad av moderatorinvolvering (Malterud, 2012.) Når det gjelder sammensetningen av gruppene er det flere valgmuligheter i spennet mellom homogene grupper, til grupper med maksimal spredning i bakgrunn hos deltakerne (Tjora, 2012). I denne studien er det valgt en strategisk sammensetning av hovedsakelig spredt yrkesbakgrunn innad i hver gruppe for å få

representert de ulike samarbeidspartnerne i en tilbakeføringsprosess. Samtidig var et ønskelig at gruppene skulle være homogene nok til at informantene skulle ha god kjennskap til og forståelse av hverandres yrkesfelt og arbeidshverdag.

Siden konteksten er forskjellig fra den individuelle intervjuer gir, får man en annen type kunnskap gjennom fokusgrupper sammenlignet med individuelle intervjuer. Dynamikken i gruppa kan ifølge Tjora (2012) bidra til at informantene forteller om andre erfaringer og synspunkter enn de kanskje ville gjort i et individuelt intervju, fordi konteksten oppleves som mindre truende. Det kan gjelde synspunkter som informantene ellers hadde vært usikre på om var passende å fortelle om, samt at å høre andres fortellinger kan mobilisere fantasi og gi assosiasjoner som informantene ellers ikke ville fått (Malterud, 2012). Sistnevnte kan også være opphav til nye refleksjoner hos informantene (Tjora, 2012). At alle informantene er fagpersoner som kjenner hverandres felt, kan også bringe frem aspekter som ikke hadde blitt nevnt i individuelle intervjuer (Brinkmann og Tanggaard, 2012). Disse trekkene ved fokusgruppe-intervju gjør at metoden egner seg godt til undersøkelse av temaet i denne studien.

## **6.2 Forforståelse**

Når man benytter en form for intervju som metode er intervjueren selv forskningsinstrumentet (Kvale & Brinkmann, 2009), og det er derfor viktig å være bevisst sin forforståelse. Jeg har arbeidserfaring fra NAV lokal og har selv erfart at koordinering er utfordrende og kan være en hemmende faktor i arbeidet med å hjelpe sykmeldte tilbake i arbeid. Utfordringen ved dette har jeg vært svært bevisst i min rolle som moderator i fokusgruppeintervjuene; faren er overhengende for at min forforståelse skulle prege både utformingen av forskningsspørsmål, intervjuguide og spesielt oppfølgingsspørsmål og fokus underveis i intervjuene. For å unngå dette i størst mulig grad har intervjuguiden blitt utarbeidet og diskutert i samarbeid med min veileder. Jeg har etterstrebet at min forforståelse skulle påvirke informantene og data-materialet i så liten grad som mulig ved å innta en utforskende og nøytral holdning.

### 6.3 Utvalg og rekruttering

Brugergruppen koordineringen dreier seg om er begrenset til personer som fortrinnsvis har et arbeidsforhold og som har vært sykmeldte kortere enn ett år. Utvalget som ble inkludert i studien består derfor av ulike grupper fagarbeidere som er deltakende i prosessen med å få sykmeldte tilbake i arbeid. Ved å inkludere ulike faggrupper i utvalget legges det til rette for en større bredde i datamaterialet enn ved kun å velge en eller to faggrupper. Aktører i helsevesenet som arbeider hovedsakelig med sykmeldte, NAV sykefraværsoppfølging samt NAV sine tiltaksleverandører som er deltakende i koordineringsprosesser, ble kontaktet. Andre inklusjonskriterier var at informantene skulle ha direkte brukerkontakt og helst egen erfaring som koordinator, eventuelt erfaring som deltaker i en koordineringsprosess med en annen koordinator. Flere av NAV sine avdelinger/sentra, koordinerende enheter i kommunene samt koordinerende enheter i helseforetakene er blant de som falt utenfor inklusjonskriteriene. Grunnen til dette er at de sjelden arbeider med den gruppen som er i fokus her, nemlig personer som har vært sykmeldt inntil ett år og som fortrinnsvis har vært i arbeid før sykmelding.

Informantene ble rekruttert fra Oslo og Akershus for at de skulle ha geografisk nærhet til hverandre, slik at det skulle være mulig å få samlet alle på samme sted. Arbeidsgivere og ledere for potensielle deltakere ble kontaktet per telefon, og det ble forespurt om deltakelse samt gitt informasjon om studien. I de tilfellene hvor det var aktuelt ble det etter avtale sendt e-post med informasjon, forespørsel om deltakelse rettet til deltaker, og en svarfrist. Det ble purret inntil to ganger dersom arbeidsgiver/leder var positiv og hadde gitt signal om at de ville sende en deltaker. De som det ikke var mulig å nå per telefon ble kontaktet via e-post, og gitt en svarfrist for om de var interessert i å delta. Mange av disse takket nei av ulike årsaker, de aller fleste på grunn av manglende kapasitet eller andre avtaler på de tidspunktene som var satt opp. At alle informantene i ett fokusgruppeintervju må ha muligheten til å innfinne seg på samme sted til samme tid, er en utfordring ved fokusgruppeintervjuer, som man ikke har ved individuelle intervjuer. Når utvalget i tillegg består av fagpersoner som ofte har svært travle arbeidsdager og tette timeplaner, som i denne studien, er det et faremoment at færre deltakere enn ønskelig stiller opp og at deltakerantallet dermed skulle bli lavere enn planlagt. Det viste seg å være krevende å rekruttere tilstrekkelig antall deltakere, og målet om 6-8 deltakere per gruppe ble ikke oppnådd. Til sammen tre fokusgrupper ble dannet, med til sammen 11



deltakere. Det skulle imidlertid vise seg at alle som takket ja til deltakelse møtte, og det med stor glede og entusiasme.

Informantenes demografiske data ble kartlagt og vises fremstilt i tabell 1. Disse opplysningene gir et inntrykk av gruppens sammensetning. Informantene er nummerert 1-11 for å bevare anonymiteten. Informant nr. 2 måtte forlate intervjuet tidlig og det er ikke inkludert noen sitater fra denne personen i resultatkapittelet. Utvalget bestod av ni kvinner og to menn. Median for antall års erfaring med koordinering og koordinatorrollen er henholdsvis 6 (range 0-20) og 4 (range 0-20).

Tabell 1: Oversikt over informantenes demografiske data

#	Alder			Faglig bakgrunn	Stilling	Antall års erfaring med			Utdanning	
	21-40	41-50	51 +			Yrket	Koordinering	Koordinatorrollen	1-3 år	4+ år
1		x		Sosialfag	Sosionom	20	10	5		x
2		x		Coach	Veileder	3	3	3	x	
3	x			Rådgiver	Rådgiver	2	0	0		x
4			x	Helsefag	Terapeut	18	13	13	x	
5			x	Helsefag	Terapeut	25	20	20	x	
6			x	Sosialfag	Leder	23	11	2		x
7	x			Rådgiver	Veileder NAV	3	3	3		x
8			x	HR	Veileder	5	1	1		x
9		x		Helsefag	Psykolog	12	4	4		x
10			x	Helsefag	Terapeut	35	20	10	x	
11		x		Sosialfag	Leder	18	6	6		x

## 6.4 Innsamling av data

Intervjuguiden er lagt opp etter traktmodellen, med et åpent startspørsmål som har til hensikt å få informantene til å fortelle ut ifra egne erfaringer og diskutere temaet (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Disse er etterfulgt av en rekke spesifikke spørsmål samt målrettede oppfølgingsspørsmål, ettersom jeg har valgt en stram modell for intervjuet som innebærer mye moderatorinvolvering. Ifølge Brinkmann og Tanggaard (2012) egner den stramme modellen seg godt i prosjekter hvor innholdet i diskusjonen vektlegges fremfor samspillet

mellom informantene. Fokusgruppeintervjuet er lagt opp rundt flere konkrete spørsmål for å unngå en løs diskusjon. Intervjutiden ble begrenset til 1,5 time med aktivt intervju for at ikke datamaterialet skulle bli for stort for studiens omfang. For lettere å få diskusjon i hver av gruppene, ble informanter med faglig nærliggende arbeidsområder samlet i samme gruppe. Når informantene har lignende erfaringsbakgrunn, men også ulike erfaringer – altså noe midt imellom homogene og heterogene grupper – er det gode muligheter for godt samspill i gruppa (Brinkmann & Tanggaard, 2012).

Informantene fylte ut samtykkeerklæring, deretter et enkelt spørreskjema om demografiske opplysninger. Innledningsvis fikk de informasjon om formålet med undersøkelsen, at det ble gjort lydopptak, litt om behandling av opplysninger, frivillig deltakelse, anonymitet og taushetsplikt. Intervjuet startet med at informantene fikk presentere seg selv. Dette kan bidra til at alle deltar i diskusjonen (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Den viktigste informasjonen som ble gitt i introduksjonen var imidlertid retningslinjer for hvordan intervjuet ideelt sett skulle foregå, slik at eventuelle misoppfatninger eller forventninger hos informantene ble korrigert dersom disse ikke stemte med prosedyren eller formålet (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Informantene kunne for eksempel hatt forventninger om at de for det meste skulle snakke med moderator, mens metoden baseres på at de snakker mest med hverandre. Informantenes posisjon overfor meg som moderator og hverandre er det siste viktige elementet i introduksjonen (Brinkmann & Tanggaard, 2012). I tillegg fikk informantene høre at jeg som moderator var der for å lære av dem, siden de innehar førstehånds kunnskap om studiens tema (Malterud, 2012). Se intervjuguiden for detaljert informasjon (vedlegg IV). Siden det å moderere fokusgrupper regnes for å være et håndverk, og jeg ikke har erfaring med rollen fra tidligere, ble min veileder med i rollen som sekretær (Malterud, 2012). Veileder ble presentert overfor informantene i denne gruppen som en medvirkende moderator som ville komme med oppfølgingsspørsmål dersom situasjonen krevde det på grunn av min manglende erfaring. Våre roller som masterstudent og veileder var også klare for informantene. De to neste fokusgruppeintervjuene ble gjennomført uten sekretær til stede, kun meg som moderator og informantene. I hver av disse gruppene var det kun tre deltakere, og det derfor vurdert at balansen mellom antallet deltakere og moderator/sekretær-teamet ville blitt noe skjev. Med erfaringen fra første fokusgruppeintervju to dager tidligere, sammen med min kunnskap om feltet og koordineringsarbeidet, var jeg komfortabel i rollen og trygg på at jeg ville mestre å stille de rette spørsmålene.

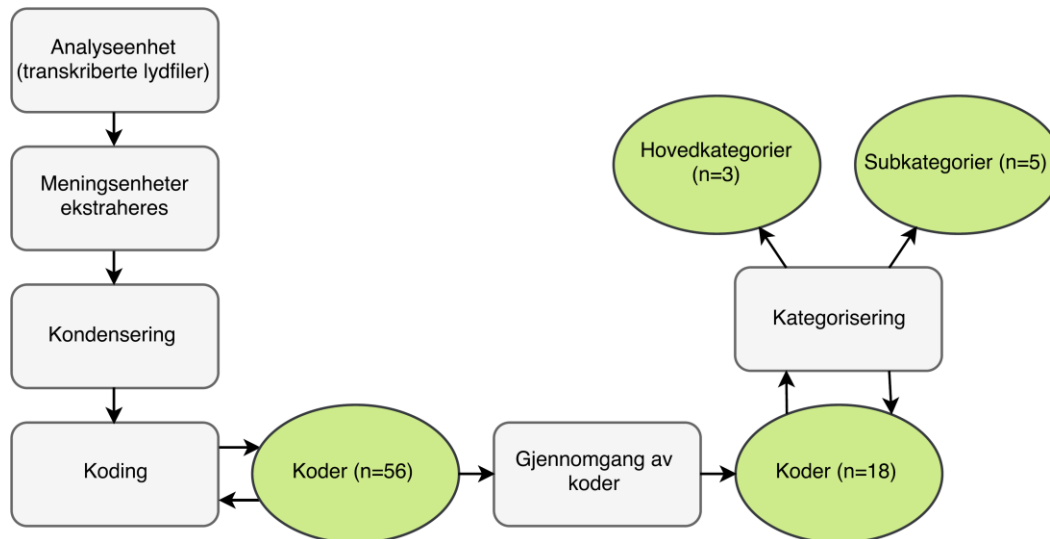
Tonen var lett og uformell når intervjuet først var i gang. Informantene lot seg rive med av hverandre, og diskuterte til tider ivrig. Å treffe andre med lignende, eller ulike erfaringer, i en slik setting, gjorde sitt til at diskusjonen ble rik og det kom frem meninger og erfaringer som kanskje ikke hadde kommet frem i individuelle intervjuer, hvor det er opp til moderator å stille de rette spørsmålene for å få frem informasjon. I fokusgruppeintervjuene kan det nok bli noe kaotisk da informantene diskuterer temaer om hverandre og til stadighet kommer tilbake til temaer, hopper mellom temaer, og kommer med anekdoter og innskytelser som de ikke vil vente med å fortelle når de først har ordet.

## **6.5 Analyseprosessen**

Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som deretter ble transkribert ordrett. For å analysere datamaterialet har jeg benyttet kvalitativ innholdsanalyse som metode, basert på Graneheim og Lundmans (2004) modell. Metoden kan brukes på enten en induktiv eller deduktiv måte (Elo & Kyngäs, 2008), og det er formålet til studien som avgjør hvilken metode som benyttes. Siden denne studien har til formål å samle ny kunnskap var det naturlig å velge den induktive tilnærmingen.

Graneheim & Lundman (2004) har gitt et eksempel på hvordan man går frem i en kvalitativ innholdsanalyse. Her har de ekstrahert tekststykker av en helhet og bragt de sammen i en tekst, som utgjorde analyseenheten, som igjen ble delt opp i meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene kondenseres, kodes og deretter kategoriseres. Analyseprosessen innebærer å bevege seg frem og tilbake mellom fasene, og mellom helheten og delene av teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

I denne studien defineres ett enkelt intervju som en analyseenhet. Å ekstrahere utsagn/tekststykker som omhandler ett tema vil være vanskelig da temaene går mye over i hverandre, og informantene beveger seg hyppig frem og tilbake mellom temaene underveis i diskusjonen. Jeg har derfor valgt å se hvert intervju som en helhet, og sortere temaene fra hverandre først når jeg skal kategorisere kodene. Se figur 3 for illustrasjon av prosessen.



Figur 3. Illustrasjon av analyseprosessen

### 6.5.1 Koding

I første fase av analysen ble hele datamaterialet lest igjennom flere ganger for å gi en samlet forståelse av helheten. Deretter ble meningsbærende enheter plukket ut fra teksten, i form av fraser og meninger med relevant informasjon for problemstillingen. Meningsenhetene ble i samme moment kondensert slik at teksten ble kortere, men uten å forringe innholdet, og deretter kodet. Kodene representerer innholdet i meningsenheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Microsoft Excel ble benyttet som analyseverktøy. Prosessen er enkel; meningsenhetene ble ført inn i én kolonne, den kondenserte meningsenheten i neste kolonne, og koden i kolonnen ved siden av. Se eksempelet i tabell 2.

Tabell 2. Eksempel på analyse fra meningsenhet til kode.

Informant	Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
3	Ellers med tiltak nå så opplever jeg at mange saksbehandlere ikke helt vet hva tiltakene er og vet ikke hvor de burde ha blitt søkt inn, og at, jeg har en mistanke om at de blir søkt inn til et tiltak som ikke har venteliste selv om de absolutt burde ha vært på noe annet.	Jeg opplever at mange saksbehandlere ikke vet nok om tiltakene, og søker inn på feil tiltak, kanskje fordi det ikke har venteliste.	NAV sin kapasitet og kompetanse
4	Det kunne også vært nyttig tenker jeg å drive med litt sånn type læringsnettverk for koordinatorene, hvor man kunne dele erfaringer og få noe, altså ofte så kommer man borti krevende pasienter, krevende pårørende, som på en måte krever litt erfaring for å håndtere. Så når du da står der som fersk koordinator så tenker jeg at det kunne vært en ide tenker jeg kanskje med noen type læringsnettverk eller et eller annet sånt.	Et læringsnettverk for koordinatorene hadde vært nyttig, spesielt for ferske koordinatorene, for å dele erfaringer om for eksempel krevende situasjoner.	Forslag til virkemidler for bedre koordinering
6	Så.. sånn som jeg sier til alle som kommer til oss, vi tar kontakt med arbeidsgiveren din, det gjør vi med alle. Vi har møte med arbeidsgiveren din, det er en del av pakka. Og arbeidsgiveren tar vi kontakt med en gang brukeren kommer, og det legges et løp.	Vi tar kontakt med arbeidsgiver til alle som kommer til oss, med en gang, og det legges et løp. Vi har møte med dem.	Tett/langvarig oppfølging

Hver rad ble nummerert etter kronologisk rekkefølge, informant og intervju, slik at jeg hele tiden hadde oversikt over hvor meningsenheten var hentet fra. Dette gav også mulighet til å sortere meningsenhetene på flere måter ved behov. Sortering av koder i alfabetisk rekkefølge ble mest benyttet, og var svært nyttig i arbeidet med gjennomgangen av kodene før kodene skulle kategoriseres. Det gjorde det enklere å sammenligne innholdet i alle meningsenhetene med samme kode, for å se om endringer var påkrevet for at disse skulle være relativt homogene.

Kodeprosessen var sirkulær. De fleste kodene ble formulert gjennom arbeidet med å skille ut meningsenheter i det første intervjuet. Noen ble endret på og slått sammen for å passe bedre til innholdet etter hvert som jeg gikk igjennom flere og flere meningsenheter. Under analysearbeidet med de neste to intervjuene brukte jeg for det meste de kodene jeg allerede

hadde, men tilføyde 6-7 koder som førte til at enkelte av meningsenhetene fra intervju nr.1 ble omkodet når jeg så sammenhengen med meningsenheter i de andre intervjuene. Da alle tre intervjuene var gjennomgått og alle meningsenhetene identifisert, ble alle de 56 kodene gjennomgått på nytt i lys av helheten. Alle meningsenhetene ble vurdert igjen og noen omkodet som følge av det. Noen koder ble nå omformulert, noen slått sammen, mens andre ble delt opp i to ulike koder fordi innholdet i meningsenhetene viste seg å sprike noe, slik at en oppdeling gav et mer ensartet innhold. Gjennom denne kontinuerlige analyseprosessen ble antallet koder redusert til 27.

Mot slutten av kodeprosessen sorterte jeg materialet på følgende måte: (1) Jeg gikk igjennom alle kodene og sjekket at innhold og kode passet. (2) Fem koder som ikke inneholder relevante data for problemstillingen ble tatt ut av datamaterialet. Det endelige datagrunnlaget for den videre prosessen bestod nå av 22 koder. (3) Sitater som på dette tidspunktet ble ansett som relevante, ble markert. Under arbeidet med resultatkapittelet ble antallet koder ytterligere redusert til 18.

### **6.5.2 Kategorisering**

Å skape kategorier er kjernen i kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004), og i en induktiv fremgangsmåte velges kategoriene ut fra datamaterialet (Elo & Kyngäs, 2008). En kategori er en gruppe med innhold som deler noe felles (Krippendorff, 2013). Kategorien fungerer som en rød tråd gjennom kodene. Den refererer hovedsakelig til et deskriptivt innholds nivå og kan dermed sees på som et uttrykk for det manifeste innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). En kategori har ofte flere underkategorier i flere nivåer, som kan sorteres og abstraheres i kategorier, og kategorier kan deles inn i under-kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). En kategori svarer på spørsmålet “hva”, og et tema svarer på spørsmålet “hvordan”. Temaer anses av Graneheim og Lundman (2004) som en tråd av en underliggende mening gjennom kondenserte meningsbærende enheter, koder og kategorier, på et fortolkende nivå. Et tema er dermed et uttrykk for det latente innholdet i teksten. Ifølge Elo og Kyngäs (2008) kan man velge å kun fokusere på det manifeste innholdet, eller det latente i tillegg. I denne studien vil jeg kun fokusere på det manifeste innholdet og jeg vil derfor ikke tematisere.

De 23 kodene ble i denne fasen sortert i grupper og kategorisert i først hovedkategorier, deretter i sub-kategorier. Disse kategoriene utgjør det manifeste kjerneinnholdet i data-materialet (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2008). Det var ikke åpenbart hvilke koder som skulle i samme kategori. Kategoriene skal ifølge Graneheim & Lundman (2004) være uttømmende og gjensidig utelukkende, og arbeidet med å kategorisere kodene krevde derfor en detaljert gjennomgang av innhold i meningsenhetene nok en gang.

## **6.6 Forskningsetiske aspekter**

Verdispørsmål og etiske dilemmaer kan oppstå underveis i undersøkelsen, og jeg etterstrebet å være i forkant av disse ved å være bevisst fire forhold som Kvale og Brinkmann (2009) trekker frem som viktige i en forskningsprosess; informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser av forskningen samt forskerens rolle.

Informert samtykke innebærer at informantene har fått tilstrekkelig informasjon om prosjektet til å ha et godt utgangspunkt for å avgjøre om han/hun skal delta eller ikke. Det ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2009). Alle informantene har gitt skriftlig samtykke som viser at deltakelsen er frivillig.

For å holde datamaterialet konfidensielt kan ikke informantene identifiseres gjennom studien. Kun prosjektdeltakerne får tilgang til datamaterialet, og det vil bli slettet når analysen er fullført. Taushetsplikt er ikke så aktuelt siden det ikke skal samles inn personidentifiserbare eller sensitive data, derfor utarbeides det ikke noe taushetspliktskjema. Malterud (2012) skriver at gjensidig taushetsplikt er en viktig forutsetning for gruppediskusjon selv om temaet ikke anses som sensitivt. Det ble derfor gjort en muntlig avtale i første fase av intervjuet om gjensidig taushetsplikt.

Hensynet til konsekvenser av forskningen for innebærer vurderingen av mulige fordeler og skade for deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2009). I dette prosjektet er det vanskelig å forestille seg at informantene kan bli skadelidende på noen måte. Det kan tenkes at de kan oppleve det som positivt å bidra med sine erfaringer, tanker og meninger i et prosjekt som kan føre til at et fagfelt de er interessert i utvikles i en mer effektiv retning, og det inntrykket gav også informantene før og etter fokusgruppeintervjuene.

Forskerens rolle, forstått som forskerens integritet, har stor betydning for kvaliteten på kvalitativ forskningen, resultatet av den og de etiske beslutningene i forskningsprosessen. Dette gjelder spesielt når man benytter intervju som metode (Kvale & Brinkmann, 2009). For å sikre så god etisk kvalitet som mulig, har jeg forsøkt å være svært bevisst min rolle i dette prosjektet og skape et godt klima i gruppen uten å bli for personlig, men beholde en profesjonell avstand (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg som moderator opplevde ingen stor utfordring i dette. Videre mener hun at moderator må passe på at ikke informantene føler seg presset til å si mer enn de ønsker, og at det ikke oppstår et gruppepress som fører til at deltakere blir ukomfortable i situasjonen (Malterud, 2012). Jeg har hatt en bevissthet rundt dette underveis i intervjuene og opplevde gruppene som harmoniske og trygge.

De etiske prinsippene som Helsinkideklarasjonen (1946) gir, er fulgt. Prosjektet er vurdert og godkjent av NSD. Datainnsamlingen startet først etter at godkjenning ble gitt. Siden prosjektet ikke innebærer lagring av sensitive personopplysninger var det ikke nødvendig å søke om godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).



## 7.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres funnene som fremkommer av datamaterialet etter analysen.

Hensikten med studien er å utforske koordinatorenes tanker og meninger om hvordan vi kan møte utfordringer i koordinering i dag. Altså er ikke utsagnene fortolket, men forsøkt gjengitt så presist som mulig etter lydopptakene av intervjuene. Innholdet fremstilles i stor grad ved bruk av direkte sitater fra informantene. Tallet i parentes etter hvert sitat refererer til informantene i tabell 1.

Tabell 3 viser en oversikt over hvilke kategorier datamaterialet har blitt sortert i under analysens andre fase. Resultatene vil her fremstilles etter disse kategoriene og sub-kategoriene. Sitater trekkes frem for å illustrere funnene, og er valgt fordi de gjenspeiler innholdet i datamaterialet på en representativ og tydelig måte.

Tabell 3: Oversikt over funnene

Kategorier	Sub-kategorier	Koder
Barrierer for koordinering	Barrierer i NAV	Manglende flyt i tilbakeføringsprosessen
		NAV oppleves som uforutsigbare
		NAVs kapasitet og kompetanse
	Barrierer i samhandlingen	Mangelfull oppfølging
		Behov for større åpenhet
	Andre barrierer	Andre barrierer
Faktorer som kan fremme koordinering	Strukturelle forhold	Tett/langvarig oppfølging
		Forslag til virkemidler for bedre koordinering
		Individuell plan
		Når bør det koordineres
	Samhandling	Eksempler hvor koordinering gjør en forskjell
		Undervisning av helseeffekter av å være i arbeid
		Samarbeid med fastlegen
		Perspektiver på samhandling
		–
Koordinatorrollen	–	Koordinators oppgaver
	–	Koordinators opplevelse av behov for kompetanse
	–	Usikkerhet omkring koordinatorbegrepet
	–	

## 7.1 Barrierer for koordinering

Informantene formidlet tanker og erfaringer om både barrierer og fremmede faktorer for koordinering. I dette underkapittelet vil jeg presentere de funnene som i hovedsak representerer barrierer. Disse var det naturlig å dele inn i tre kategorier; 1: barrierer i NAV, 2: barrierer i samhandlingen og 3: andre barrierer.

### 7.1.1 Barrierer i NAV

Et tema som bringes opp er flyten i samarbeidet mellom aktørene: “Men det samarbeidet mellom de ulike aktørene, det er vi er vel alle enige i at det som tar tid her, det er at alle skal snakke sammen. Det er jo det vi savner da at dette skal gå strømlinje.” (3).

Flere har samme oppfatning: “Dette her med å ha løp som ikke stopper opp, men som på en måte flyter, at det er en plan. (...) Kommer du godt i gang med ting, og så skal dette koordineres og så blir det på en måte stopp.” (6). NAV beskrives som et bindeledd som må fungere for at tiltaksleverandørene skal komme i kontakt med andre tiltaksleverandører, for å få til en flyt i tilbakeføringsprosessen. Men når det ikke er en fungerende koordinator, så stopper prosessen opp. Det mener flere av informantene er en stor utfordring.

Tiltakskjeding trekkes frem som noe informantene ønsker å unngå, men som er nødvendig i dagens tilbakeføringsarbeid på grunn av måten tiltaksindustrien er lagt opp, med korte tiltaksperioder hos flere ulike leverandører. Det er bred enighet mellom informantene om at dagens ordning med tiltak bør gjøres noe med:

Vi må få fleksible tilbud hvor vi slipper tiltakskjeding i så stor grad som vi gjør i dag. For folk må begynne på nytt og på nytt og på nytt, og det er det forska så mye på, at det er ikke bra for brukeren. Det vet vi, men allikevel så finnes det forskrifter som holder fast ved denne ordninger. Så her har vi det. En stor utfordring i forhold til koordineringsvirksomhet og oppfølging videre. Det setter sånn stopper. Du er godt i gang med en prosess, vi har gode resultater. (6)

Flere av informantene erfarer at det ikke er et reelt samarbeid mellom NAV og tiltaksleverandør før tiltaket er over. De mener at obligatoriske samtaler mellom NAV,

tiltaksleverandør og bruker, i forkant av avslutning av tiltaket, kunne bidra til å forhindre slike venteperioder. Noen tiltak har dette i dag, men det er de færreste.

Ja for det jeg liker veldig godt da, det er jo at man har et samarbeid før tiltaket går ut. At man ikke venter til det har gått ut og så venter vi på en rapport, for det vet jeg at noen av mine kollegaer gjør. Det går ut, man venter på en rapport, og så ser man hva står her, og så liksom.. For da tenker jeg at da har du endra mindre sjanse for å få til en god overgang da. Det blir ikke en overgang, det blir stykket uansett. (7)

Siden tiltakene ikke varer lenge, for det meste 4, kanskje 8 eller maks 12 uker, er risikoen for å måtte vente i overgangene stor for de fleste, erfarer informantene. De mener at det er alt for kort tid når man skal iverksette store omveltninger i livet til et menneske. De ser at brukerne etter dagens tiltak ofte er på vei inn i en god prosess og nærmer seg å bli tilbakeført til arbeid, og så er tiltaket over. Deretter venter ofte en periode uten tiltak, hvor bruker blir hengene “i løse luften” (11). Det er sjelden de ser direkte overganger, vanligvis må bruker stå på venteliste i uker og ofte måneder på videre tiltak. Informantene opplever at dette vanskeliggjør koordinerings- og tilbakeføringsarbeidet:

De som vi får inn på det tidspunktet vi skal, så er det mye lettere å gjøre tiltak og få på en måte tenkt ut i arbeid så fort som mulig. Det blir jo vanskeligere med de som har gått seks-åtte måneder som blir henvist utenfra fra fastleger eller et eller annet, hvor det liksom, det baller på seg, og det er mye mer å få ryddet opp i egentlig, før du, før du kommer i gang med arbeid. (5)

Informantene er enige om at samarbeid med NAV ofte er en barriere i koordineringsarbeidet, og at det kan ha en sammenheng med at de har mye å gjøre. De er ofte vanskelige å få tak i: “Å oppnå kontakt. Det er liksom barriere nummer én”(11).

NAV er ofte er bremseklossen eller flaskeproppen eller kall det hva du vil.. og for det første så tar det tid, det er det ene, når det ofte skal skje noe litt kjapt, så kommer vi ingen vei. Vi blir bare stående å stampe og vedkommende mister motivasjon og det er mye som skal liksom flyte litt bedre for at det skal gå bra. (...) Men jeg opplever liksom at NAV ofte er et, ja, litt motstand der. Ikke motstand, men det er sikkert ikke fordi sånn, dere har fryktelig mye å gjøre. (8)

En informant beskriver hvordan det er å ikke komme i kontakt med samarbeidspartnere, i dette tilfellet NAV og i slutfasen av et tiltak. Målet er å koordinere den videre prosessen slik at bruker kan få en god overgang til neste tiltak:

Og liksom, da er vi på så liten limit før det er over, og jeg kan ikke gjøre noe mer. Og hadde jeg fått snakket med vedkommende da den uken som jeg faktisk ba om å få snakke med han så hadde jeg kanskje klart å finne noen løsninger som hadde fungert. Det er veldig frustrerende. (8)

Flere av informantene tror at det er mangel på tid i hverdagen, sammen med mangelen på forpliktende rammer for koordineringen, som er årsaken til at samarbeidspartnerne ofte er utilgjengelige. Utilgjengeligheten vanskeliggjør koordineringsarbeidet, mener informantene. Det påpekes av flere at NAV-veilederne har svært mange brukere å følge opp, og at det også går ut over muligheten til å skape en relasjon til hver enkelt bruker. “Når du har 150 stykker du følger opp så får du ikke den nære relasjonen, og da er det lett at det glipper”(7). Noen informanter mener at den manglende relasjonen fører til at NAV-veileder ikke ser enkeltmennesket bak saken.

### **7.1.2 Barrierer i samhandlingen**

Kommunikasjon er noe av det viktigste i samhandlingen, som flere av informantene mener at mangler. Noen viser til taushetsplikt som en barriere i form av et nødvendig onde. De ser årsaken til at vi har taushetsplikten og hensikten ved den, men de beskriver også hvordan taushetsplikten og den manglende åpenheten mellom instansene og også arbeidsgiver gjør at man ikke får identifisert problemene og jobbet med dem. Det er bred enighet mellom informantene om dette. Prosessen med kommunikasjon blir fort tidkrevende når man arbeider med taushetsbelagt informasjon, for informantene forteller at de i mange tilfeller må sende brev per post. Med tre ukers svarfrister tar brevvekslingen ofte lang tid.

Informantene ønsker seg samhandling med større åpenhet. Større muligheter for å prate fritt om hva som er brukers utfordringer, og utveksle relevante opplysninger, innenfor rammene. Det å kunne ta en telefon til en samarbeidspartner og drøfte for eksempel hensiktsmessigheten ved et tiltak, mener noen ville vært til stor hjelp for å få en raskere tilbakeføring til arbeid. Spesielt når det gjelder psykiske helseproblemer opplever informantene det som problematisk

å ikke kunne snakke åpent om problematikken. Det er også hovedsakelig utveksling av slike opplysninger som er strengt regulert av taushetsplikten, forteller flere informanter. En informant beskriver følgende om å ha samarbeidsmøter hvor arbeidsgiver er tilstede:

Da er det jo noen ganger en stor rosa elefant midt i rommet som vi ikke kan kommentere, men som vi vet at vi burde snakke om egentlig, for å få til noe. Som skal fungere på sikt. Så det er jo noen rammer som gjør det utfordrende noen ganger. (7)

Det beskrives av en annen informant hvordan psykisk problematikk blir plassert utenfor samarbeidsmøtene, og hvordan det er viktig spesielt for arbeidsgivere å få innblikk i hvordan de kan tilrettelegge for sine arbeidstakere med helseutfordringer som ikke synes, for eksempel psykiske helseproblemer. Flere informanter mener arbeidsgivere blir usikre og redde av slike utfordringer fordi de ikke vet nok om problematikken, og hvordan de skal forholde seg til den. "Så vi er med på en måte å opprettholde dette skillet, som gjør at har du psykiske problemer så er det vanskeligere å komme videre da i en åpen samtale og faktisk legge til rette" (6).

Jeg tror vi hadde fått utrettet utrolig mye mer hvis man kunne være åpen og sitte sånn vi gjør nå og bare snakke. Jeg tenker også at arbeidsgiver kunne vært så utrolig mye mer på, og tilrettelagt mye, mye mer hadde de visst litt mer. Fått mer forståelse. Isteden så sitter deltakeren vår da, med kortene til brystet, og det er litt sånn konfliktfylt, og vi skal ikke si noe, og det er vanskelig å få kommunikasjonen på et sånt nivå at det blir en forståelse for, og en interesse og et ønske om å faktisk bidra og hjelpe. (8)

Det trekkes frem at lite åpenhet og dårlig kommunikasjon kan føre til misoppfatninger og tolkninger som ikke stemmer, som igjen reduserer forståelsen og muligheten for at brukeren skal lykkes.

Mangelfull oppfølging er noe informantene ser er en barriere for koordineringen. Det ses på som problematisk at brukere i NAV risikerer å måtte bytte saksbehandler flere ganger når de for eksempel innvilges nye ytelser. I tillegg mener flere av informantene at NAV gjerne venter med å sette i gang tiltak til brukerne har brukt opp sykepenge rettighetene og ofte blitt flyttet over til en annen avdeling for videre oppfølging. Mangelfull oppfølging av brukere i tiltak som arbeidspraksis, kan ifølge en informant føre til at dyrebar tid kastes bort: "Så står

pasienten der da, nei du får ikke jobb, og så er du like langt. Og så er tiltaket ditt kanskje ferdig. Tiden på AAP er gått. Så er det da arbeidsgivere som kanskje utnytter det systemet litt” (1).

Et annet aspekt ved mangelfull oppfølging er det ifølge flere av informantene er mye vanskeligere å få brukere ut i arbeid når de har vært utenfor arbeidslivet i mange år. Jo lenger tid som går, jo vanskeligere blir det å komme tilbake til arbeidsplassen. Både på grunn av psykososiale forhold, samt forholdet arbeidstaker og arbeidsgiver imellom. Det er bred enighet blant informantene om at kontinuitet i oppfølgingen, rett tiltak til rett tid og smidige overganger er viktige for å få folk raskt ut i jobb. Flere mener at arbeidsavklaringspenger kunne vært unngått i mange tilfeller hvis brukerne hadde oppfølging tidlig. Systemet bør være mer i forkant av slike situasjoner. En annen løsning, og en ordning som informantene etterlyser, er muligheten for å følge opp over lengre tid.

Oppfølgingsavbrudd og bytte av koordinator gjentatte ganger i løpet av en tilbakeføringsprosess sees på som en barriere for god koordinering og tilbakeføring: “Utfordringen er at det er flere koordinatorene, hele tiden i en persons liv” (7). En annen informant forteller:

Vi har jo ønsket det (å følge opp over lengre tid) mange ganger, for vi ser jo at det er i all hovedsak grunnen til at det faktisk går bra ofte, er jo relasjonen nærmest med den ene, som gjør at man klarer å hente opp og få bragt videre. Og så skal du bare kutte. Det er fryktelig synd. (8)

Noen informanter har erfart at det ikke alltid er de mest relevante tiltakene bruker blir tilbudt, og spekulerer i om NAV plasserer brukere i tiltak kun for å fylle disse opp. De opplever noen ganger at de må “passe på” at bruker blir søkt inn til rett tiltak, og ikke plassert på noe som vil koste bruker mye tid, men som kanskje ikke fører til at han/hun egentlig kommer noe nærmere tilbakeføring til arbeid.

Informantene er i stor grad enige om at oppfølgingen og koordineringen er personavhengig i dag. Det mener de er på grunn av manglende retningslinjer for koordineringen. Bruker har ikke krav på å få en koordinator, og det er således heller ikke stilt krav til at tilbakeføringsarbeidet skal koordineres eller hvilken kvalitet koordineringen skal holde. Siden hjelpe-

personene som regel er travle, er det lett å bortprioritere koordineringsoppgavene siden de ikke er lovpålagte. En informant mener at “du liksom.. må ha en veldig overbevisning om at det er viktig for å få gjort det (koordinert)” (10).

Det er bred enighet blant informantene om at manglene retningslinjer for koordinatrollen er uheldig. Spesielt i starten av tilbakeføringsarbeidet kan det være kritisk om bruker har en hjelpeperson som ikke ser på koordinering som viktig, mener informantene.

### **7.1.3 Andre barrierer**

Dessverre, mener flere informanter, tar det ofte lang tid før tiltak settes i gang for å hjelpe de som trenger det tilbake i arbeid. Flere av informantene opplever at veilederne i sykefraværsoppfølgingen i NAV gjerne venter med å sette i gang arbeidsrettede tiltak, og at det er en holdning om at bruker først skal utredes medisinsk, og at sykmeldingsåret kan brukes til det. Deretter komme seg ut i arbeid. Informantene ser på det som problematisk og mener at medisinsk utredning og behandling i mange tilfeller lar seg kombinere fint med arbeidsrettede tiltak, for å forkorte tiden bruker er fraværende fra arbeidslivet.

At NAV har mange tiltak og tjenester, sees også på som en barriere. Flere av informantene opplever at det er svært vanskelig å ha oversikt over hva som finnes av tilbud i NAV, og at selv NAV-veiledere ikke har full oversikt over hva de kan tilby brukerne. “NAV sitter med en portefølje i dag på 47-48 leverandører, i hvert fall her i Oslo. (...) Og det å ha oversikt over alle, jeg tror ingen saksbehandler har det. Det er alt for mange” (6).

## **7.2 Faktorer som kan fremme koordinering**

Informantene foreslo flere faktorer og tiltak som kan fremme koordinering og tilbakeføringen. Disse faktorene er fordelt i sub-kategoriene 1: strukturelle forhold, som kan relateres til styringssignaler og offentlig rammeverk og 2: samhandling, altså samhandling mellom aktørene i tilbakeføringsprosessen.

### **7.2.1 Strukturelle forhold**

Alle informantene er opptatte av at tett og langvarig oppfølging er det mest effektive når sykmeldte skal tilbakeføres til arbeid, og mener at tilbakeføringsarbeidet må koordineres slik at dette blir mulig.

Jeg opplever at mange pasienter sier at det er en trygghet når de på en måte har vært hos oss, har fått en utredning, de kjenner oss, at vi på en måte, selv om vi ikke har da ukentlig samtaler eller noe sånn, og så kan de ringe, eller de vet de skal inn igjen til en evaluering. Så jeg tror det er nyttig. Med den lille backen. (1)

Informantene er opptatte av relasjonen mellom bruker og koordinator/hjelpeperson. Det trekkes frem flere eksempler på at tettere og mer langvarig oppfølging fra samme hjelpeperson og/ eller i samme tiltak enn det som er vanlig i tilbakeføringsarbeidet i dag, gir bedre resultater:

Det som er litt morsomt da, er at vi hadde et dagtilbud før hos oss, og vi jobba med de ganske lenge. Det la vi inn i vårt tilbud da - over 12 uker - og det ble på en måte ikke catcha. Men det var jo tap for oss om man skal tenke penger og tid og sånn. Men vi tenkte at søren, dette her har vi lyst til å forsøke. Og med kjempegode resultater! (...) Vi fikk folk inn i jobb.(6)

Ungdomsveilederne har ofte færre brukere, og der det går så mye bedre. Og hele den koordineringsbiten der. For da har dem prata mye med legen fra før, og dem prater med sosionomen. (...) Og det er en helt annen prosess (3).

Noen av informantene viser til at relasjonen mellom bruker og hjelpeperson eller koordinator er vesentlig, og en av informantene hevder at forskning viser at denne relasjonen er den viktigste årsaken til et godt resultat. Det problematiseres videre at oppfølgingen stadig brytes av, og bruker må skape nye relasjoner flere ganger i tilbakeføringsprosessen. Dette mener informantene kunne vært avhjulpet med færre og mer langvarige tiltak, og/eller en koordinator utenfor tiltaket som er tilstede gjennom hele prosessen. Flere av informantene mener det ville vært gunstig for alle ledd i tilbakeføringsprosessen med færre tiltaksleverandører, med tiltak av lengre varighet, og som hadde avtaler med NAV over lengre tid enn i dag. En informant mener at vi kan unngå tiltakskjedingen som vi har i dag hvis det på den måten legges opp til mer samhandling av god kvalitet:

..hvis man fortsetter sånn som man har gjort i dag, så burde vi jobbet mye tettere med de andre leverandørene. Hatt faste møter, diskutert brukere som er her, med de andre, og fått betalt for det. Det gjør vi ikke i dag. Da må vi få til ordninger, rett og slett. At vi



blir påtvunget det å samarbeide så lenge vi har det systemet med tiltakskjeding og mange leverandører. (6)

Det ville også vært positivt for bedriftene, som ville fått større muligheter til å bygge opp bedrifter med gode verdier og ressurser. Noen av informantene mer at man ikke burde hatt ordningen med tiltaksleverandører i det hele tatt, men at det arbeidet som gjøres av tiltaksleverandørene i dag, også burde vært organisert innad i NAV: “Altså tiltaksarrangører burde egentlig ikke være der spør du meg da” (3). Det er en felles oppfatning blant informantene at NAV er en naturlig koordinator, men i den forbindelse påpekes følgende: “NAV har jo ikke det der som du sa, altså de har jo ikke den kapasiteten til å følge på tett.” (1). Imidlertid har, ifølge en av informantene, prosjekter vist at tettere brukeroppfølgning fra lokalkontorene i NAV har god effekt:

Det er jo ulike NAV-kontorer som jobber forskjellig, det vet jo dere om, men det er gjort masse prosjekter rundt det her med tettere brukeroppfølgning fra lokalkontorene i NAV. At man dropper alle mellomleddene men at man tar oppfølgingen selv. Med veldig gode resultater der også. Så en drøm, som jeg vet at jeg og mange av mine kollegaer har, er at vi får mer midler til oppfølging selv, så man slipper alle de der mellomleddene. (7)

Under intervjuene kommer det frem ulike forslag til virkemidler for bedre kvaliteten på koordineringen. Ønsket om føringer og retningslinjer for koordineringsarbeidet og samhandling er fremtredende. En informant sier: “..Samarbeidsrutiner som gjorde at du i alle fall hadde noen treffpunkter og avklarte hva er essensen i tiltaket her, hva er utfordringer. Hvem gjør hva” (5).

Informantene savner noen ressurser som de mener er avgjørende for mer og bedre koordinering og samhandling. Mer tid etterlyses av alle. “Tid. Hehe. Det er vel egentlig det jeg savner mest. Å ha tid til å gjøre den oppgaven ordentlig” (4). “Tid til å være med på dialogmøter eller andre møter er viktig, tenker jeg” (1). I en hektisk arbeidshverdag er det en utfordring å prioritere rollen når andre oppgaver som er nedfelt i stillingsbeskrivelser og i rammeverk må prioriteres først, fordi koordineringen ikke har samme posisjon.

Et virkemiddel som informantene mener kan bidra til bedre koordinering, er nettverk mellom koordinatorene hvor kunnskap og erfaringer kan utveksles:

Det kunne også vært nyttig tenker jeg å drive med litt sann type læringsnettverk for koordinatorene, hvor man kunne dele erfaringer og få noe, altså ofte så kommer man borti krevende pasienter, krevende pårørende, som på en måte krever litt erfaring for å håndtere. (4)

Ønsket om forpliktende samhandling mellom partene i en tilbakeføringsprosess går igjen i alle tre intervjuene. Informantene uttrykker enighet om at tettere samhandling gir bedre koordinering, og mener at det er nødvendig med tettere samhandling enn hva vi har i dag. Flere ser på det som et stort og viktig mål, og de mener at tettere samhandling er avgjørende for å få flere ut i arbeid, raskere enn i dag. Flere obligatoriske møtepunkter er et forslag som går igjen hos flere informanter. Noen av informantene er også opptatt av at brukerne skal få vite at det vil bli lagt til rette for god samhandling, og at samhandlingen vil bli prioritert. De mener også at det må være lettere å få tak i hverandre ellers, og ønsker seg en felles digital plattform for kommunikasjon og deling av informasjon. De ser imidlertid det problematiske i en slik tjeneste når det kommer til personvern hensyn.

Koordinators kompetanse er et tema som flere av informantene er opptatte av. I ett av intervjuene ble informantene særlig opptatt av koordinators faglige bakgrunn og personlige egnethet. Flere informanter mener det er viktig at koordinator skal kunne følge opp helseutfordringene til bruker og for å øke mulighetene for tilbakeføring til arbeid.

Tettere kontakt med arbeidsgiver trekkes også frem som et virkemiddel for bedre koordinering. Denne kontakten kan bidra til at man kan foregripe eventuelle problemer i tilbakeføringen ved å hjelpe arbeidsgiver med tilrettelegging, eller at koordinator kan moderere et møte mellom arbeidsgiver og bruker før det oppstår en konfliktylt relasjon, kanskje på grunn av misforståelser:

Vi kan bli med på et møte med arbeidsgiver. Så vi gir dem et tilbud, men det er veldig sjelden synes jeg at.. da skal det ha rotet seg skikkelig til før.. istedenfor at man kanskje tok det i forkant og la en plan for den tilbakegangen til jobb og både så på arbeidsomfang og tilpassing på arbeidsplassen, arbeidsoppgaver. (5)

Individuell plan trekkes stadig frem som en god ordning som potensielt kan overføres til andre grupper enn de som har krav på det i dag. Det er dessuten, ifølge en informant som er godt kjent med ordningen, et sikkert system hvor man både kan sende meldinger og få oversikt over hva som har blitt gjort og hva som er planlagt av tiltak og oppfølging. Med retten til Individuell plan følger også retten til koordinering av tjenester.

Men syns jo at, altså Individuell plan-ideen med koordinator, det er en veldig god idé. Så hvis man kunne tatt litt den samme ideen (...), brukte noe som var på lettere problemstillinger. Men da er det jo, det er jo selvfølgelig ressurskrevende da. (11)

Informanten med erfaring med Individuell plan forteller om positive virkninger av innføringen av Individuell plan:

.. det ble jo en stor forbedring når det kom dette her med Individuell plan og krav til å ha personlig koordinator, for den gruppa i hvert fall. Så da kom det jo noen sentrale føringer på det med koordinering. (...) Jeg tror det, altså, at det har gått i riktig retning med det koordineringsarbeidet i forhold til den gruppa. (10)

Informantene har i utgangspunktet noe delte meninger om når det er ideelt å starte koordineringen i en tilbakeføringsprosess. Noen mener at det bør koordineres tidlig, mens andre mener man skal gjøre et poeng ut av å ikke koordinere tidlig, for at brukerne ikke skal læres hjelpeløshet ved at noen utenfra kommer inn i deres liv og ordner opp med en gang noe er utfordrende. De viser seg imidlertid å være relativt samstemte i sitt endelige svar; det bør koordineres når det er flere tjenester inne i bildet, som krever samhandling. Informantene uttrykker også at det kan være slik at en tidligere iverksetting av koordinering kunne fått flere ut i arbeid raskere.

### **7.2.2 Samhandling**

Informantene trekker frem mange eksempler på hvordan koordinering sammen med tett oppfølging og samhandling gjør en forskjell. Brukere som har mistet håpet om å komme tilbake i arbeid, eller forestiller seg at de ikke kan jobbe mer enn en viss prosent, får selvtillit og mestringsstro, og kommer tilbake i arbeid.

Noen ganger kan det se mørkt ut, forteller en informant, men ved å møtes og snakke sammen om mulighetene, kommer man ofte frem til løsninger som den enkelte av oss kanskje ikke hadde sett. I ett tilfelle er det snakk om en vaktmester som ikke kan bruke tomlene, men som likevel kom tilbake i 50% jobb etter et møte med arbeidsgiver, som hadde arbeidsoppgaver til bruker som verken han selv eller fagpersonen hadde tenkt over.

Så det er jo et eksempel på at han hadde aldri kommet tilbake hvis ikke det hadde vært for at vi hadde hatt det møtet. Og i mitt hode heller så tenkte jeg at nei det var ikke, tenkte jeg nei, vaktmester som ikke kan bruke hendene, det var i mitt hode også på en måte egentlig et litt dødfødt prosjekt, men jeg tenkte vi kan jo ha dette møtet da. (11).

Informantene enes om at fastlegene har en sentral rolle i koordineringsprosessen, og at de dessverre ofte er svært vanskelige både å få kontakt med for å drøfte saker, og å få med på samarbeidsmøter. En informant sier: “Vi kommer ingen vei vi, hvis ikke legen er med oss og også ser de ressursene som vi ser” (6). Noen mener at det kunne hjelpe om fastlegene var mer forpliktet til å samarbeide i koordineringsprosesser gjennom rammeverket, og at det burde lønne seg for fastlegen økonomisk. I dag er det ifølge noen av informantene slik at det kun er planlagte møter fastlegen kan ta betalt for – noe som utelater for eksempel telefoner med samarbeidspartnere.

Fastlegen, det er en heltidsstilling bare å få tak i fastlegen, hehe. Det er vanskelig. Vi sliter med det. Vi må få med fastlegen i det hele tatt på disse planene i hvert fall. Og på møte. Det er en utfordring. (4)

Noen av informantene mener at mange fastleger tyr for lett til sykmelding, men at det er i endring nå. Mange fastleger virker likevel å ikke undersøke hva pasientens arbeidsoppgaver er før de sykmelder.

Men jeg opplever at det er veldig stor forskjell på fastlegene også. Veldig mange som er med på at arbeid er helsefremmende. Flere og flere. Og det er veldig positivt. Og så er det noen som på en måte vil beskytte pasienten sin, og er litt sånn forsvarsadvokat. Og så er det mange som ikke helt vet hva personen jobber med, har egentlig aldri stilt

spørsmål om hva er det du gjør. (...) De får ikke så mye informasjon om hva som er mulig heller. (7)

Hadde fastlegen vært mer opptatt av hva pasientens arbeidsoppgaver er, kunne kanskje mange sykmeldinger vært unngått, mener noe informanter. Det er i dag lett for legene å sykmelde hvis pasienten ber om det. Flere informanter ønsker å fremheve at det spesielt innen psykisk helse er svært viktig at pasienter ikke blir sykmeldt over lang tid.

Noen mener at det er lett å bytte fastlege for de som ikke blir sykmeldt av fastlegen når de ber om det, og at det derfor er pasienten selv som sykmelder seg, og ikke egentlig fastlegen. Informantene mener dette er uheldig spesielt i sammenheng med psykiske lidelser. Derfor er mange av informantene enige i at det ville vært gunstig med undervisning om helseeffektene av å være i arbeid, og hvilke ulemper en langtidssykmelding kan føre med seg: "Så vi må få en forståelse i vår kultur om at det å være en del av et arbeidsliv, det er det mest helsebringende og helsefremmende vi har. Men det føler jeg at er veldig på vei" (6).

Flere informanter er opptatte av det store omfanget av kunnskap man må ha for å kunne levere en helhetlig tjeneste til bruker, som kan føre til tilbakeføring til arbeid. Informantenes forslag til løsning er en annen organisering av samhandlingen enn den vi har i dag; brukeren må være i sentrum, og så må partene arbeide tettere sammen. Med tettere samhandling ønsker de også en mer uformell tone og at det skal være enkelt å kontakte hverandre: "Når man har en tett dialog, at det ikke er så formelt, at man kan ta en telefon eller sende en e-post, å få ting, gjort, så er jo det bedre for alle parter" (7). De ønsker "å kunne utveksle litt erfaring, tenke litt høyt sammen, at det blir litt mer naturlig å samarbeide" (5). Det vil ifølge informantene gi innblikk i en annen tankegang enn man selv har som følge av sin fagbakgrunn.

Informantene peker på hvorfor de ser hensikt og nytte med samhandling på tvers av etater og fag, og å kunne hente inn fagkompetanse uten at denne fagpersonen nødvendigvis jobber direkte med brukeren. De ser på det som svært nyttig å kunne:

..trekke litt i tråder og få noen uttalelser og høre litt og sparre litt med, uten at nødvendigvis den psykologen har direkte med min deltaker å gjøre men jeg kan få en del informasjon, som gjør at jeg kan, ja, ta noen beslutninger eller foreslå noe. (8)

De trekker videre frem at “..som helsearbeider så sitter man på viktig informasjon som den som kanskje sitter på lover og regler holdt på å si må ha som grunnlag for å ta en riktig avgjørelse”(10).

Det er et sterkt fokus på viktigheten av samhandling for koordineringen og tilbakeføringsprosessen i alle fokusgruppeintervjuene. De påpeker samtidig at det er viktig å ikke samhandle med flere enn de trenger heller, for da kan prosessen fort bli senere enn nødvendig. De må samhandle med de det er nyttig å samhandle med.

### **7.3 Koordinatorrollen**

Usikkerhet omkring både koordinatorbegrepet og fordelingen av koordinatorrollen går igjen i alle tre fokusgruppene. Koordinatorbegrepet er nytt for flere av informantene. En av informantene sier: “Jeg tenkte jo ikke på meg selv som en koordinator uten videre” (4). Andre kjenner til begrepet, men identifiserer seg ikke med det, selv om de fleste etter å ha snakket om hva rollen innebærer, konkluderer med at de ofte tar rollen som koordinator i samhandlingen i tilbakeføringsprosessen. Etter å ha snakket om begrepet og rollen, og diskutert hvilke oppgaver som hører rollen til, erkjenner alle informantene unntatt én at de har vært koordinatører. Noen i stor grad, andre i mindre grad, dette avhenger av type stilling. Det nevnes av flere informanter at det hadde vært en fordel med mer kunnskap om rollen.

Felles for alle informantene er at de etter å ha diskutert koordinators oppgaver, kommer frem til at de alle har tatt aktiv del i en koordineringsprosess av tilbakeføring av sykmeldte til arbeid. De enes om at koordinator er en slags prosjektleder som tar ansvar for at samarbeidspartnerne trekker arbeidet i samme retning, holde oversikt, samle trådene og være en pådriver. Informantene er også enige i at personlig egnethet er viktig hos koordinator, spesielt fordi brukerne gjerne opplever å ha flere forskjellige koordinatører gjennom en sykmeldings- og tilbakeføringsprosess. Personlige egenskaper informantene mener koordinator må besitte er tålmodig og positivitet når man møter på hindringer, evnen til å organisere og strukturere, og å se enkeltindividet.

Problematikken rundt ansvarsfraskrivelsen når koordinatorrollen skal fordeles fikk mye oppmerksomhet. Informantene mener at koordinatorrollen er ikke populær fordi det ikke er satt av ekstra ressurser, det vil si at det å være koordinator vil være en ekstra belastning som

de fleste ønsker å unngå: “Ja for man får jo ikke noe igjen for det, som du sier. Ikke sant. Det er jo egentlig mye jobb som man ikke får noe igjen for” (9).

NAV går igjen som en naturlig koordinator i mange saker i og med at de som regel er inne i bildet. Informantene mener også at det ser ut til å være slik at den fagpersonen som har tette kontakt med bruker, for eksempel behandler på døgntilbud eller jobbkonsulent hos en tiltaksleverandør som NAV har henvist til, ofte tar rollen naturlig: “Da er i hvert fall min erfaring at når, når vi som behandlere kommer inn da, så får vi den rollen eller vi tar den i den ukene vi er der” (11). Denne ansvarsfordelingen er som regel ikke noe som prates om under møter. Følgende sitat illustrerer noe av usikkerheten rundt koordinator-rollen:

For mine deltakere tenker jeg at det egentlig er NAV-saksbehandleren som er koordinatoren. Men den personen har ikke nok tid til de oppgavene, så da blir det satt til meg i veldig stor grad. Men siden jeg ikke har lov til å gjøre det NAV-saksbehandler gjør, så er det egentlig hun/han som er koordinatoren da spør du meg, selv om det er jeg som har mest kontakt med deltakeren. (3)

Under intervjuene fremkommer det flere ganger en mening om at det ikke er vilkårlig hvem som har koordinatorrollen. Både en god relasjon mellom bruker og koordinator, og koordinators kompetanse, er ifølge flere informanter betydningsfulle hensyn å ta i fordeling av rollen.

En av informantene har erfaring som koordinator under regelverket for Individuell plan. Selv om dette er en mer definert rolle som innebærer mer arbeid av koordinator enn for gruppen som denne studien handler om, har koordinatorrollene fellestrekk. “Min erfaring er at det er, det må være en klart definert rolle. (...) Eller så blir det veldig diffust” (10).

Koordinatorene uttrykker ønske om mer kunnskap om NAV, og noen informant ønsker seg spesielt innsikt i hvordan de tar sine avgjørelser. Som beskrevet under sub-kategorien “Barrierer i NAV” oppleves NAV ifølge informantene som uforutsigbart både for brukere og samarbeidspartnere, på den måten at det er vanskelig å forutse utfallet av søknader om ulike ytelser, for eksempel. Det poengteres at det vil være vanskelig å holde seg oppdatert på dette siden det skjer endringer i NAV stadig vekk. Kompetanse på tiltak og tilbud både igjennom NAV og i hjelpeapparatet for øvrig, er også noe som flere informanter viser til som et behov.

På grunn av det store omfanget av tiltak og andre tilbud, er informantenes felles løsning på dette en digital plattform med kunnskap om dette, for hjelpeapparatet, eventuelt en oppdatert veileder man kan slå opp i. Kunnskap som er gjort lett tilgjengelig og håndterbar.

Flere av informantene mener det i dag nærmest er vilkårlig hva slags hjelp bruker får, og at det er tilfeldig om bruker får en god koordinator som kjenner til gode tilbud for brukeren. Årsaken mener de i stor grad skyldes mangel på kunnskap og kompetanse hos koordinator: “Altså den enkelte lider under at man ikke får god nok informasjon og at det ikke finnes en behandler som lener seg inn da ikke sant” (9). Uttrykket “å lene seg inn” ble brukt i den ene fokusgruppen, og henspiller på å ta rollen som koordinator på bakgrunn av eget engasjement.

Koordinators behov for en egen kompetanse er et tema som går igjen i de ulike fokusgruppeintervjuene:

“Men så kan du diskutere om koordinator skal ha en egen kompetanse, som bare tilhører en koordinator, som kanskje går på.. pedagogikk, mer samarbeidskompetanse, forstå andre aktørers hverdag. (..) For du skal ikke bare kunne noe, men du skal være dritgod med folk. Rett og slett. Du skal få god relasjonskompetanse skal du være god koordinator” (6).

## 7.4 Oppsummering av hovedfunn

Noen temaer stikker seg ut som de viktigste funnene i studien. Samhandling på tvers av etater, fag og tjenester er en gjennomgående faktor i disse funnene, og som informantene fremhever som en nøkkel til en vellykket tilbakeføringsprosess sammen med god koordinering.

### 1. Det er behov for en koordinering som gir flyt i tilbakeføringsprosessen.

Oppfølgingsavbrudd sees på som en barriere for koordinering. Store ressurser brukes på tiltak som kanskje kunne fått et annet utfall med bedre oppfølging. Informantene mener at kontinuitet, rett tiltak til rett tid samt smidige overganger er kjennetegn ved god oppfølging som kreves for å få folk raskt ut i jobb, men at det er sjelden vi ser dette i dag.

### 2. Det er behov for tettere og mer langvarig oppfølging. Det er viktig med en god relasjon mellom bruker og koordinator, som ikke brytes til stadighet. I dag må bruker ofte skape



nye relasjoner gjentatte ganger i løpet av tilbakeføringsprosessen, på grunn av oppfølgingsbrudd. Det er en barriere at NAV har svært mange tiltak og tilbud.

3. **Koordineringen og tilbakeføringsprosessen bør ofte igangsettes tidligere.** Tidligere iverksetting kunne ifølge informantene fått flere ut tilbake i arbeid raskere. Informantene mener arbeidsgiver er for lite og for sent involvert i tilbakeføringsprosesser. De ser også på det som problematisk at det ofte tar lang tid før tiltak settes i gang fordi NAV venter på en medisinsk utredning.
4. **NAV er et bindeledd som må fungere, men som ofte ikke gjør det.** Det er ofte ikke et reelt samarbeid mellom NAV og tiltaksleverandør før tiltaket er over, og bruker blir “hengende i løse lufta” i påvente av neste tiltak, siden overgangene ikke er planlagte og koordinerte. NAV oppleves ofte som en bremsekloss til hinder for koordineringen.
5. **Det er behov for en formell definisjon av koordinatorrollen og koordinering, med retningslinjer og regelverk for koordinering.** Koordinatorbegrepet er nytt for flere av informantene. Det er et sterkt ønske om en klar definisjon av koordinatorrollen. Informantene mener at kvaliteten på oppfølgingen og koordineringen i dag er personavhengig, og at det er svært uheldig. De mener det henger sammen med manglende retningslinjer og regelverk, og at det gjør det lett å bortprioritere koordineringsoppgavene.
6. **Det er behov for flere faste møtepunkter og forpliktende samhandling.** Det er et sterkt fokus på viktigheten av samhandling for koordineringen og tilbakeføringsprosessen i alle fokusgruppeintervjuene. Ønsket om forpliktende samhandling mellom samarbeidspartnere går igjen i alle fokusgruppeintervjuene. Informantene mener at tettere samhandling gir bedre koordinering og kommunikasjon.
7. **Taushetsplikten begrenser samhandlingen mer enn nødvendig.** Taushetsplikten fungerer som en barriere for kommunikasjonen. Informantene mener at mange arbeidsgivere kunne tilrettelagt mye mer om de hadde visst mer om situasjonen.
8. **Det er behov for en egen kompetanse for koordinator.** Flere mener at det nærmest er tilfeldig om bruker får en god koordinator som kjenner til rett tiltak. De mener årsaken i stor grad skyldes mangel på kunnskap og kompetanse hos koordinator.
9. **Fastlegen har en nøkkelrolle i koordineringsprosessen og samhandlingen, og man kommer ingen vei uten fastlegen med på laget.** Det er enighet blant informantene om at det er vanskelig både å få kontakt med og å få med fastlegen på samhandlingsmøter. Spesielt innen psykisk helse er det avgjørende å samarbeide godt med fastlege. Sykmelding kunne ofte kunne vært unngått dersom fastlegen hadde hatt mer kunnskap om pasientens arbeidsoppgaver.

## 8.0 DISKUSJON

I dette kapittelet drøftes til sammen ni konkrete erfaringer som informantene fremhever. Erfaringene representerer utfordringene i koordineringen av tilbakeføringsprosesser i dag, slik informantene definerer dem. Erfaringene er sortert under seks underkapitler etter tema, og markert med kursiv.

### 8.1 En sammenhengende tilbakeføringsprosess

#### *Det er behov for en koordinering som gir flyt i tilbakeføringsprosessen.*

Informantenes begrunnelse for påstanden er at mange brukere trenger kontinuitet i oppfølgingen, rett tiltak til rett tid, og smidige overganger for å komme seg tilbake i jobb. De ser at bytte av tiltak og lange opphold mellom tiltakene har sammenheng med koordinering, og at dette gå begge veier; med koordinering ville kanskje tilbakeføringsarbeidet flyte bedre. Samtidig ser informantene dagens strategi for tilbakeføringsarbeid på som en barriere for koordinering, fordi hjelpepersonen som ofte tar rollen som koordinator er den som har hovedansvaret for bruker i det tiltaket han er i – som gjerne bare varer i fire uker. Behovet som fremgår av erfaringen underbygges av OECD, som understreker at langt flere med redusert arbeidsevne kunne vært i arbeid hvis de hadde fått rett tiltak til rett tid. Videre har mulighetene for dette sammenheng med kvaliteten på samhandlingen mellom etater og nivåer (OECD, 2010). Koordinering øker også sannsynligheten for at den sykmeldte får rett tiltak til rett tid (van Oostrom et al., 2009), og kan i tillegg gi en signifikant kortere sykefraværperiode (Bültmann et al., 2009). Samhandling av god kvalitet fører altså til kortere varighet av sykefraværet og flere i arbeid (Amick III et al., 2000; Franche et al., 2005; Norlund, Ropponen, & Alexanderson, 2009). Vi vet at arbeid og helse har sterk sammenheng (Jin et al., 1995), og vi vet også at det er effektivt med tidlige intervensjoner for sykmeldte (Aas, Solberg, Strupstad, et al., 2011). Det ligger implisitt i dette at det også er uheldig med lange avbrudd uten arbeidsrettet aktivitet mellom tiltakene.

En bedre flyt i tilbakeføringsprosessene bør være av interesse for alle aktørene, ettersom det antakeligvis vil gi en mer effektiv prosess. At arbeidsrettede tiltak som benyttes til tilbakeføringsarbeidet ofte settes bort til private aktører (Regjeringen, 2016), kan være en barriere fordi disse aktørene kan ha profitt som et konkurrerende mål til målet om en

vellykket tilbakeføring (Young, Wasiak et al., 2005). Dette vil kunne forstyrre koordineringen etter som at det er vesentlig for et vellykket resultat av koordineringsprosessen at aktørene jobber mot et felles mål (Young, Wasiak et al., 2005).

Et forslag til løsning på utfordringen med dårlig flyt i tilbakeføringsprosessen er nettopp som informantene ser; koordinering. Ellingsen og kollegaer (2010) finner i sin studie at en koordinert plan for tilbakeføring og god struktur for kommunikasjon mellom aktørene, med koordinator, er sentrale elementer i tilbakeføringsarbeidet. Forpliktende deltakelse, jevnlig møter med alle de viktigste aktørene, samt samhandling og kommunikasjon gjennom hele prosessen står også sentralt (Friesen et al, 2001). For at koordinering kan bli et svar på utfordringen med dårlig flyt i tilbakeføringsprosessen, bør retningslinjene for koordinering og samhandling i tilbakeføringsprosesser ifølge informantene utvikles slik at det gis tydeligere rammer for tiltaksarbeidet og samhandlingen. Dette støttes av Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet (Helsedirektoratet, 2016) og resultater fra undersøkelsen til Aas (2011). I utvikling av samarbeidsstrukturer bør aspektet om aktørenes egeninteresser tas med i betraktning, siden de har stor innvirkning på forutsetningene for samhandlingen (Ståhl et al., 2010). Det ser også ut til at utvikling av koordinators kompetanse kan være avgjørende for å få til koordinering som kan legge til rette for flyt, som igjen kan resultere i kortere sykefravær (Ellingsen et al., 2010; Bohatko-Naismith et al., 2015).

Friesen og kollegaer (2001) fastslår at tilbakeføringsprosessen har størst sjanse for å bli vellykket dersom alle aktørene koordinerer arbeidet sitt, og anerkjenner at mange faktorer på mikro, meso- og makronivå påvirker prosessen. Hvis man legger til grunn dette nivådelte systemet for å forstå tilbakeføringsprosesser og koordinering, innebærer det å se nivåene i sammenheng. Aktørene på mesonivå må i større grad forså hvordan bruker på mikronivå opplever det å være i en tilbakeføringsprosess hvor overgangene ikke flyter, eller å ha mange forskjellige koordinatører å forholde seg til i løpet av hele prosessen. Hva gjør det med bruker og brukers muligheter til å komme ut i arbeid, som følge av brukers opplevelse av det? En slik forståelse av et nivådelt system kan antakeligvis øke forståelsen for behovet av en mer strømlinjeformet prosess, både på meso- og makronivå. Legges mikronivåets, altså brukers, opplevelser og erfaringer og behov til grunn, kan det kanskje føre til strukturelle endringer på makronivå som igjen kan bidra til økt tilbakeføring av sykmeldte gjennom for eksempel økte muligheter til tilpasning av arbeidsplass og arbeidsoppgaver.

### ***Det er behov for tettere og mer langvarig oppfølging.***

Denne erfaringen henger i stor grad sammen med erfaringen over, men her legges det vekt på betydningen av oppfølgingens form for bruker. Dette har sammenheng med koordinering fordi koordineringen kan være avgjørende for hvilken form oppfølgingen har. En utfordring forskningen ser i dag ved oppfølgingsavbrudd, eller i tilfeller hvor oppfølgingen ikke er tett eller langvarig, får ikke bruker dannet en relasjon til koordinator som gir trygghet og grunnlag for utvikling (Friesen et al., 2001; Ellingsen et al., 2010). At koordinators viktigste evner anses for å være de mellommenneskelige og relasjonelle (Gardner et al., 2010), tyder også på at relasjonen til koordinator er viktig for en sykmeldt. Til tross for at dette anses som et sentralt element i tilbakeføringsarbeidet både i norsk og i internasjonal kontekst (Friesen et al., 2001; Ellingsen et al., 2010), er regelen heller fremfor unntaket at bruker opplever oppfølgingsavbrudd, ifølge informantene. Informantene har vist til flere eksempler på at tettere og mer langvarig oppfølging har gitt bedre resultater enn hva dagens ordning gir, og at det har mye med muligheten for å danne relasjoner å gjøre. Dette kan ha sammenheng med at det er viktig med god samhandling, spesielt med bruker selv, som et grunnlag for en varig tilbakeføring (Friesen et al., 2001).

Noen aktører vil være mer opptatt av en effektiv tilbakeføringsprosess, fremfor en prosess som inneholder de rette elementene for individet (Young, Wasiak et al., 2005). Dette kan sees i sammenheng med å gi rett tiltak til rett tid, versus å søke bruker inn på et ledig tiltak som må fylles opp. Bakgrunnen for å handle etter det første prinsippet er at tilbakeføringen skal være vellykket og varig, og har fokus på mikronivå. Bakgrunnen for det siste er at det skal brukes så lite midler som mulig, med fokus på mesonivå. Dette opplever noen av informantene at gjøres i NAV, og de mistenker at det gjøres til tross for, og ikke på grunn av, brukers behov for en type tiltak. Hva som er mest økonomisk gunstig over tid kan man jo spekulere i, men det er nærliggende å tenke at en tilbakeføringsprosess som fokuserer på kvalitet fremfor kvantitet, vil være gunstig for samfunnet og brukeren.

Kontinuitet i utformingen av tjenestene er ifølge Kvåle og Midtbø (2014) helt sentralt for kvaliteten. Kvalitet og kontinuitet assosieres med å ha få hjelpere å forholde seg til og som bruker kan utvikle en relasjon til over tid. Både kontinuitet i informasjon, administrasjon og relasjon spiller inn når det gjelder brukers opplevelse av kvalitet i tjenestene (Haggerty et al., 2003), og det fremkommer av resultatene i denne studien at dette bør være faktorer som tas med i betraktning når et tilbakeføringsløp skal planlegges, sett fra informantenes perspektiv.

I dag kjøper NAV tiltak fra eksterne aktører for milliarder, og avtalene er fordelt på svært mange ulike leverandører – mer enn 31.000 i 2014 (Fjeldstad, 2016). Færre tiltaksleverandører, færre tiltak og mer omfattende og langvarige tiltak er faktorer som kan fremme koordinering og tilbakeføring, mener informantene. De mener relasjonsproblemet kan løses ved å ha en koordinator utenfor tiltakene som er tilstede gjennom hele prosessen. NAV er i mange tilfeller en naturlig koordinator siden de er kjernen i sykefraværsoppfølgingen (NAV, 2016), og som kanskje hadde tatt et annet ansvar for koordinatorrollen dersom man hadde hatt tydeligere retningslinjer for koordineringen. På en annen side kommer man ikke utenom problemet som informantene er opptatte av; NAV har i dag stor arbeidsbyrde og oppleves som utilgjengelige både for samarbeidspartnere og brukere. Det skal tilsynelatende store endringer til for at NAV skal kunne fungere som en koordinator som kan gi tett og langvarig oppfølging. At de tar en større del av oppfølgingsoppgavene selv fremfor å sette det bort til eksterne aktører, er en løsning flere av informantene mener er den rette. De viser til eksempler på at dette har fungert godt tidligere og fått flere ut i arbeid.

## 8.2 Tidligere koordinering

### *Koordineringen og tilbakeføringsprosessen bør ofte igangsettes tidligere.*

Tidligere iverksetting av koordinering kunne ifølge informantene fått flere ut tilbake i arbeid raskere, og de er opptatte av at jo lenger tid som går, jo vanskeligere blir det å komme tilbake i arbeid. Dette støttes av internasjonal forskning (Carroll et al., 2010). Psykososiale forhold samt relasjonen arbeidsgiver og arbeidstaker imellom er noen årsaker som trekkes frem som årsaker til det, og forskning viser at dette stemmer (Franche & Krause, 2002). Tidlig og jevnlig kontakt mellom bruker og arbeidsgiver er veldokumentert som svært viktig for å oppnå kortere sykefravær (Franche et al., 2005; MacEachen, Clarke, Franche, & Irvin, 2006) og vellykket tilbakeføring (Friesen et al., 2001). Det samme gjelder tidlig samhandling mellom viktige aktører, både umiddelbart etter sykmelding og ved sykefravær som har vart over fire uker (G. Pransky, Gatchel, Linton, & Loisel, 2005). Ved å komme tidlig på banen kan 100% sykmelding forhindres (G. Pransky et al., 2005), slik at bruker opprettholder den verdifulle kontakten med arbeidsplassen. Informantene viser imidlertid til en treghet i NAV som gjør at sykmeldte ofte ikke kommer ut i arbeidsrettet aktivitet før etter at

sykepengeperioden har gått ut, altså etter et år. De mener det virker som at NAV sin sykefraværsoppfølging har en sekvensiell tankegang og venter med slik aktivitet til etter at den medisinske utredning er ferdig. Dette underbygges av Helsedirektoratet (2016). Slik treghet anses også i forskningslitteraturen som en barriere for tilbakeføringsarbeidet (Friesen et al., 2001; Aas, Solberg, Strupstad, et al., 2011). Det kan imidlertid oppstå en konflikt mellom aktørene her som kan påvirke tilbakeføringsarbeidet, dersom helsepersonell mener at den arbeidsrettede aktiviteten ikke kan eller bør foregå parallelt med medisinsk utredning eller behandling (Young, Wasiak et al., 2005). Siden koordineringen er faktoren som gjør at aktørene jobber for et felles mål (Helsedirektoratet, 2015), kan tidlig koordinering gjøre at de aktørene som er inne i bildet på et tidlig tidspunkt får samhandlet på en mer effektiv måte enn de ellers ville ha gjort, og kanskje bidratt til at det for eksempel er tilstrekkelig med bedriftsinterne tiltak for å hjelpe bruker tilbake til arbeid.

Spesielt arbeidsgiver spiller en viktig rolle i den første tiden av sykmeldingen. Dette fremgår både av resultatene fra denne studien og av tidligere forskning (Franche et al., 2005; Friesen et al., 2001; Solberg & Aas, 2010; van Oostrom et al., 2009). For at denne relasjonen skal være god og øke mulighetene for rask tilbakeføring til arbeid, bør arbeidsmiljøet, nærmeste leder og bruker søke en felles forståelse av brukers situasjon. Det kan føre til at bruker opplever at han har verdi for arbeidsplassen, samt riktig tilrettelegging og bedre tilbakeføring (Solberg & Aas, 2010). Legges det til rette for en tidlig og god kontakt mellom bruker og arbeidsgiver, kan det potensielt ha stor betydning for brukers muligheter til å komme tilbake i arbeid tidlig, eventuelt ikke falle ut i første omgang. Å iverksette tiltak på arbeidsplassen allerede før bruker sykmelder seg, kan være effektive og forhindre sykmelding helt eller delvis (G. Pransky et al., 2005; van Oostrom et al., 2009).

Det er imidlertid ikke alltid slik at en god relasjon mellom bruker og arbeidsgiver fører til at bruker kommer tilbake til samme arbeidsplass, selv om det hadde vært mulig med tilrettelegging. Aktørene jobber alle for et felles mål, men samtidig har de sine egne interesser som spiller inn (Young, Wasiak et al., 2005). Arbeidsgivers interesse for å få bruker tilbake kan være fraværende på grunn av økonomiske forhold. Samtidig bør arbeidsgiver være interessert i å komme tidlig på banen av økonomiske årsaker, siden han på den måten kanskje kan unngå 100% fravær fra arbeidsplassen. Bedriftens omdømme spiller også inn her, og gjør at det er i arbeidsgivers interesse å ivareta de sykmeldte (Young, Wasiak et al., 2005).

For å legge til rette for tidligere iverksetting av arbeidsrettede tiltak, ser det ut til at det kreves en bevisstgjøring hos arbeidsgivere om effekten av tidlig intervensjon og en god relasjon. Endringer i dagens regelverk og retningslinjer for oppfølging av sykmeldte kan også bidra til tidligere koordinering og oppfølging. Tidligere og flere dialogmøter er en mulighet. Dialogmøte 2, som skal avvikles senest etter 26 ukers sykmelding, kan også fremskyndes dersom NAV ser behov for det. Det er en mulighet som ofte ikke benyttes på grunn av manglende kapasitet (Ose et al., 2013).

### **8.3 NAV og fastlege som avgjørende faktorer i koordineringen**

*NAV er et bindeledd som må fungere, men som ofte ikke gjør det.*

NAV oppleves ofte som en bremsekloss til hinder for koordineringen. Det mener de er en stor utfordring i koordineringsvirksomheten. Informantene erfarer også at det ofte ikke er et reelt samarbeid mellom NAV og tiltaksleverandør før tiltaket er over, og bruker blir “hengende i løse luften” i påvente av neste tiltak, siden overgangene ikke er planlagte og koordinerte. Informantene ser at det har sammenheng med den store arbeidsbyrden til de NAV-ansatte, og at de i mange tilfeller gjør vurderinger som kan synes å være utilstrekkelig begrunnet eller gjennomtenkt, og kanskje bærer preg av å være forhastede, for å få bruker inn i et tiltak. Som arbeidsgiverne bør også NAV være opptatt av sitt omdømme (Young, Wasiak et al., 2005), men det er ikke en interesse som strider imot samarbeid her - snarere tvert imot. Mange brukere å følge opp fører også til at NAV-veileder får liten mulighet til å skape relasjoner med brukerne og ikke ser enkeltmennesket bak saken, mener informantene. Som nevnt tidligere er positive relasjoner med god kommunikasjon viktige for et vellykket resultat av tilbakeføringsarbeidet (Friesen et al., 2001; MacEachen et al., 2006). For at det skal bli mulig etterlyser flere av informantene ressurser som både tid og andre forumer for samhandling, som for eksempel en digital plattform for kommunikasjon.

Samhandling i tilbakeføringsprosesser handler om en interaksjon mellom aktører og prosesser som befinner seg på mikro-, makro- og mesonivå, dersom man inntar et økologisk perspektiv (Schultz et al., 2007). Sorterer man determinanter for tilbakeføring til arbeid på denne måte, kan det bli tydelig hvor det er nødvendig med endringer for å bedre forutsetningene for arbeidet (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Vi vet at koordinering er av stor betydning for tilbakeføringsprosesser i Norge, og informantene opplever NAV som en naturlig koordinator i

mange tilfeller siden det er de som innkaller til dialogmøter og har en kontrollerende funksjon. De har dessuten det overordnede koordinerende ansvaret for sykefraværsoppfølgingen i Norge (Ose et al., 2013). For å legge til rette for vellykkede tilbakeføringsprosesser ser det dermed ut til at det er nødvendig at NAV blir mer tilgjengelige og fungerer i rollen som koordinator, såfremt ingen andre aktører egner seg bedre som det i den enkelte prosess, avhengig av individuelle forhold. På makronivå kan omfordeling av ressurser eller endring av eksisterende regelverk og retningslinjer for NAV sin samhandling og koordinering være en mulighet. På mesonivå kan forhold som NAV sin tilgjengelighet endres dersom de er åpne for å kommunisere mer spontant enn informantene gir inntrykk av at de gjør i dag. På mikronivå bør det tas med i betraktning brukers faktiske behov for koordinering og oppfølging; i mange tilfeller vil løsningen ligge i bedriftsinterne tiltak (Folketrygdloven, 1997). Dersom regelverket endres, kan det være en fordel i denne sammenhengen å gjøre en vurdering på bakgrunn av behov, for å bidra til at ressursene strekker til. Dette støttes av Ose og kollegaer (2013), og endringene de foreslo ble implementert i ordningen med dialogmøter i 2014. Endringen innebar å redusere antallet obligatoriske dialogmøter mellom aktørene for å spare ressurser, fordi den ordningen som var ikke virket å ha effekt på sykefraværet (Ose et al., 2013). En slik endring er ikke i tråd med det behovet informantene formidler om hyppigere møtepunkter. Det kan være en mulighet at ordningen med dialogmøter i seg selv er mangelfull og at det er årsaken til at den ikke har effekt. Kan det ha sammenheng med manglende koordinering og relasjoner mellom bruker og hjelpepersoner? Det er vanskelig å si, men internasjonal forskning tyder i alle fall på at det ikke er færre møtepunkter mellom aktørene som er løsninger på et ressurseffektivt tilbakeføringsarbeid. Dersom man ved hjelp av flere møtepunkter i et godt koordinert tilbakeføringsløp kan få den sykmeldte raskere tilbake i arbeid enn ellers, vil det også fungere ressursbesparende.

***Fastlegen har en nøkkelrolle i koordineringsprosessen og samhandlingen, og man kommer ingen vei uten fastlegen med på laget.***

Det er enighet blant informantene om at det er vanskelig både å få kontakt med og å få med fastlegen på samhandlingsmøter. De mener flere og flere fastleger er med på at arbeid er helsefremmende, men ikke alle. Arbeidsgivere internasjonalt opplever også at leger iblant ikke er behjelpelige med å legge til rette for tilbakeføring til arbeid før den medisinske utredningen er ferdig (MacEachen et al., 2006). Spesielt innen psykiske helse er det viktig at pasienter ikke blir sykmeldt over lang tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), og derfor



blir det avgjørende å samarbeide godt med fastlege. En gjennomgang av internasjonal litteratur gjort av MacEachen og kollegaer viser at arbeidsgivere ofte har problemer med å oppnå kontakt med legene, og at det er problematisk i forbindelse med tilrettelegging av arbeidsoppgaver og arbeidsplassen (2006). Mange arbeidsgivere ønsker at legen skal delta i dialogmøter fordi legen ofte ikke har kunnskap om muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen, og jobbinnhold. At legene har manglete kunnskap om tilretteleggingsmuligheter og jobbinnhold, oppleves som negativt for mange arbeidsgivere i forbindelse med at legen vurderer om en ansatte skal sykmeldes. Mange arbeidsgivere mener at legene gjør feilvurderinger, spesielt når de sykmelder ofte og lenge av gangen. Legene er enige i at de mangler slik kunnskap, men mener samtidig at det ikke kan forventes at de skal ha en slik oversikt (Ose et al., 2013). Likevel ser vi at en stor andel av arbeidsgivere ikke spør om den ansatte ønsker at sykmelder skal delta i dialogmøtet (Ose et al., 2013). Dette er et tydelig argument for at samhandlingen mellom arbeidsgiver og fastlege, eventuelt via NAV, bør bli bedre. Samarbeidet mellom fastlege og aktører som NAV, arbeidsgiver og spesialisthelsetjeneste har sannsynligvis stor betydning for om pasienten blir sykmeldt eller ikke, og hvor lenge (Ose et al., 2013). En utfordring for samhandlingen mellom aktørene er at arbeidsgivere ifølge fastlegene ikke har tilstrekkelig kunnskap om å kalle inn til dialogmøter. De kan ta kontakt med fastleger i kort tid, gjerne dagen før et dialogmøte, og forvente at legen kan stille opp (Ose et al., 2013). Det er mulig at dette kan løses med bedre retningslinjer og informasjon til arbeidsgiverne om temaet, for eksempel fra NAV Arbeidslivssenter.

Informantene tar opp et annet problem i forbindelse med samhandlingen med fastlegene; de får ikke betalt for telefonsamtaler som ikke skjer underveis i en konsultasjon. Fastlegen har altså ikke økonomiske incentiver for å samhandle på denne måten - det er en konkurrerende interesse etter Young, Wasiak og kollegaer (2005) sin modell. Helsevesenets mål om å beskytte pasienten mot skade og fremme pasientens helse kan også være en faktor som spiller inn når fastlege sykmelder arbeidstakeren. (Young, Wasiak et al., 2005). Dette kan i denne sammenhengen virke både som et hinder og en fremmede faktor, avhengig av helsearbeiderens oppfatning av situasjonen. En fastlege vil kanskje vurdere at den sykmeldte ikke er klar for arbeidsrettet aktivitet, og dermed ikke være med på et arbeidsrettet tiltak for å beskytte den sykmeldtes helse, til tross for at det virker som en barriere for aktørenes felles mål om en vellykket tilbakeføringsprosessen. Hvis denne vurderingen er basert på mangelfull kunnskap om arbeidstakerens arbeidsoppgaver, fysiske arbeidsmiljø og mulighetene for tilrettelegging på arbeidsplassen, kan det undergrave hans muligheter til å komme tilbake i

arbeid, selv om fastlegens formål i utgangspunktet var å beskytte ham. I noen tilfeller vil nok dette være en vanskelig vurdering for fastlegen, men det avhenger antakeligvis av i hvilken grad fastlege ser på arbeid som helsefremmende.

Få leger opplyser at de benytter seg av oppfølgingsplanene de får tilsendt fra arbeidsgiver (Ose et al., 2013). Dette kan være et signal om at det må stilles tydeligere krav til samhandling. Det er også viktig at fastleger er informert om tilbud som raskere tilbake slik at de kan henvise sine pasienter, noe som gjøres i for liten grad i dag. Dette har sannsynligvis konsekvenser for lengden på sykefraværet (Kjerstad & Ravneberg, 2008).

## **8.4 Behovet for regulering og styring**

### ***Det er behov for en formell definisjon av koordinatorrollen og koordinering, med retningslinjer og regelverk for koordinering.***

Det nærmeste vi kommer en definisjon av koordinatorrollen og koordinering i det norske systemet i dag, er i ordningen med Individuell plan (Helsedirektoratet, 2015). Dagens system for oppfølging av sykmeldte, med dialogmøter og oppfølgingsplan, har ingen velutprøvd og anerkjent modell for koordinering av tilbakeføringsprosesser i Norge i dag (Aas, Solberg, Strupstad, et al., 2011). Omlag halvparten av mottakerne av Raskere tilbake-tilbudene har en egen koordinator som har som oppgave å samkjøre tilbudet mellom seg og eksterne aktører (Aas, Solberg, & Strupstad, 2011). Det gjelder altså hverken for den andre halvparten av mottakerne av disse tjenestene, eller sykmeldte som får tjenester utenom dette tilbudet, selv om koordinator er den viktigste aktøren for en vellykket tilbakeføring (Gardner et al., 2010). IA-avtalen har retningslinjer og mål for sykefraværsarbeidet som skal redusere sykefraværet og hindre frafall fra arbeidslivet, men den gir heller ingen retningslinjer for koordinatorrollen eller koordinering (IA-avtalen, 2014). Dette til tross for at internasjonal litteratur viser at koordinering har stor effekt på utfall i uførhetsgrad og kan gi signifikant kortere varighet på sykefraværet sammenlignet med ordinær oppfølging av saksbehandler (Shaw et al., 2008), at intervensjoner som koordineres av en egen koordinator resulterer i kortere sykefravær (Franche et al., 2005), og at koordinering er nødvendig for å kunne iverksette rett tiltak til rett tid (van Oostrom et al., 2009). En klar definisjon av koordinatorrollen er et samstemt, sterkt ønske fra informantene. Koordinatorbegrepet er nytt for flere, og få av dem identifiserer seg med begrepet i starten av intervjuene. De mener at kvaliteten på oppfølgingen og

koordineringen er personavhengig, og at dette henger sammen med mangelfulle retningslinjer og regelverk på området som gjør det lett å bortprioritere koordineringsoppgaver.

Informantene mener at ordningen med Individuell plan er en god ordning som har overføringsverdi til gruppen det er snakk om i denne studien. Svært få i denne gruppen har krav på Individuell plan i dag, men den eksisterende ordningen kan potensielt benyttes som et utgangspunkt for å utvikle en lignende plan for gruppen vi her snakker om, hvor det ikke er behov for langvarige og koordinerte tjenester slik de er definert i regelverket. Samtidig er dette begreper som er åpne for en annen anvendelse. Vi ser som nevnt over at sykmeldte har stor nytte av koordinering av tjenestene, og at de er langvarige – i alle fall at det er behov for tjenester i form av arbeidsrettet oppfølging over tid enn hva som er vanlig i dagens system - har vi sett tidligere i drøftingskapittelet.

#### ***Det er behov for flere faste møtepunkter og forpliktende samhandling.***

Dagens struktur for oppfølging og samhandling har vi gjennom ordningen med dialogmøter. Kun dialogmøte 1 og 2 er lovfestet i løpet av ett år med sykepengen (Arbeidsmiljøloven, 2005; Folketrygdloven, 1997). Siden det ikke er andre pålagte møtepunkter enn dialogmøtene, foregår samhandlingen mellom aktørene derfor som regel ved behov. Denne samhandlingen foregår ifølge informantene ofte via telefon og e-post, noen ganger møter mellom noen av aktørene, for eksempel i oppstarten av et arbeidsrettet tiltak i regi av NAV. Problemet slik jeg ser det på bakgrunn av informantenes erfaringer, er at den oppfølgingen som skjer i stor grad er personavhengig. Tiltaket har betydning; i noen tilfeller inkluderer det tett oppfølging innad i tiltaket (NAV, 2013b), og hvor den ansvarlige i tiltaket følger tett og tar initiativ til samhandling med de andre aktørene. Dette er imidlertid avhengig av tiltakets rammer, og gjelder derfor ikke i alle tilfeller hvor det er behov for slik oppfølging. Samtidig får vi problematikken med at tiltaket brytes etter en gitt tid. Det er bred enighet blant informantene om at mer forpliktende samhandling vil legge til rette for en mer vellykket tilbakeføring, gjennom tettere samhandling og bedre kommunikasjon. Forskning viser også at dette er avgjørende faktorer for tilbakeføring, i tillegg til å peke på struktur i arbeidet som en viktig faktor (Friesen et al., 2001; MacEachen et al., 2006; Ose et al., 2013).

Gjennomføringen av målene i den nye strategien om et tettere samvirke mellom arbeid og helse (Helsedirektoratet, 2016) vil tilsynelatende gi styringssignaler for tilbakeføringsarbeidet og koordineringen som flere har etterlyst. For å oppnå struktur i arbeidet, er det grunn til å tro

at tydelige regler og retningslinjer for koordineringen vil være positivt. Hyppigere møtepunkter, som informantene sterkt etterlyser, er det ikke planlagt å innføre så vidt jeg kan se. Derimot har obligatoriske møtepunkter blitt avvirket ved endringen av regler for sykefraværsoppfølgingen (Regjeringen, 2014), etter anbefaling av SINTEF (2013). SINTEF fant at det var unødvendig bruk av ressurser å pålegge alle sykmeldte å delta i dialogmøte 1 sammen med flere aktører. Det er samtidig, etter min mening, viktig å ta i betraktning at ethvert individ og enhver tilbakeføringssak er unik, og vanskelig kan reguleres av et felles sett med regler med mindre regelverket er åpent for behovsvurderinger etter skjønn. Det kan derfor være viktig å regulere oppfølgingspunktene på en slik måte at de som trenger tett oppfølging og mye samhandling mellom flere aktører, får den hjelpen de trenger uten at man skal være avhengig å få en koordinator eller hjelpeperson som er spesielt opptatt av tett oppfølging. Samtidig ser det ut til å være viktig at det ikke legges opp til en overdreven ressursbruk i de tilfellene hvor den sykmeldte ikke trenger det samme, ettersom SINTEF (2013) fant det nødvendig å anbefale en redusert oppfølging fordi ressursbruken ikke kunne forsvares ut ifra resultatene av sykefraværsoppfølgingen.

## **8.5 Taushetsplikten**

### ***Taushetsplikten begrenser samhandlingen mer enn nødvendig.***

Alle aktørene i NAV-systemet og helsevesenet har taushetsplikt (Forvaltningsloven, 1967; Helsedirektoratet, 2016, 13.09.), men den sykmeldte kan gi samtykke til at taushetsplikten oppheves mellom visse aktører for en gitt tidsperiode (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2016; Helsedirektoratet, 2016, 13.09.). Likevel mener informantene at taushetsplikten begrenser samhandlingen og at det har negative effekter, spesielt når det gjelder psykiske helseproblemer som er vanskelige å se utenfra. Slik det er i dag er det altså opp til den sykmeldte hvor mye informasjon arbeidsgiver skal ha om situasjonen. Helsepersonell har naturligvis de medisinske opplysningene om situasjonen, det har som regel også NAV siden det kreves i saksbehandlingen av sykepenger, og de med hjemmel i folketrygdloven kan innhente slike opplysninger fra helsepersonell (Folketrygdloven, 1997). Det er uklart for meg om det er barrierer for utveksling av medisinske opplysninger mellom NAV og helsepersonell i samhandlingsmøte, men det som er sikkert er arbeidsgivers manglende rett til innsyn i de samme opplysningene. Siden vi har sett tidligere at arbeidsgiver er en viktig aktør spesielt i den tidlige fasen i sykmeldingen (Franche et al., 2005; G. Pransky et al., 2005; Solberg &

Aas, 2010), kan det være utfordrende at han ikke har kjennskap til problematikken. Informantene mener også at mulighetene for å komme tilbake i arbeid begrenses ved at man ikke prater om psykiske helseproblemer i tilbakeførings-arbeidet, og at mange arbeidsgivere kunne tilrettelagt bedre om de hadde visst mer om situasjonen. Dette fører ifølge informantene til at arbeidsgivere blir usikre og redde, og ikke vet hvordan de skal forholde seg til arbeidstakeren, eller tilrettelegge. Det blir et slags skille som opprettholdes fordi man ikke kommer inn i en åpen samtale.

Arbeidstakers åpenhet overfor arbeidsgiver er derfor viktig for at mulighetene for tilrettelegging av arbeidsoppgaver og arbeidsplass utnyttes til det fulle (Solberg & Aas, 2010). Man kan imidlertid ikke kreve at den sykmeldte skal oppgi personlige opplysninger til arbeidsgiver. Dessuten er det ikke uproblematisk for arbeidsgiver å få mye informasjon om arbeidstakerens situasjon. Arbeidsgiver kan for eksempel oppleve dilemmaer mellom en ressursorientert tilnærming og en problemorientert tilnærming til arbeidstakeren. På den ene siden kan han kjenne på frykten for å forhåndsdømme, fordi han ønsker å behandle vedkommende uavhengig av helseproblemene. På den andre siden kan han ønske å få vite så mye som mulig for å forstå den sykmeldtes situasjon, for å kunne tilrettelegge så godt som mulig (Skarpaas, Ramvi, Løvereide, & Aas, 2015). Mange fastleger mener at slik informasjon utveksles for lett i dag, og at det i mange tilfeller ikke er nødvendig og samtidig uheldig for forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Arbeidstaker kan frykte at opplysninger for eksempel kan bli brukt mot ham senere (Ose et al., 2013). Taushetsplikten er altså en nødvendighet for å ivareta personvernet, og spørsmålet er om det er en lovendring som må til for å kunne endre praksis, eller om det er mulig å finne løsninger som gjør det enklere å kommunisere mer åpent om problematikken. Det er ingen enkel løsning på dette, men det kan være fordelaktig at både arbeidsgiver og sykmeldte er klar over viktigheten av åpenhet for å øke mulighetene for en vellykket tilbakeføring til arbeid, samtidig som at den sykmeldte ikke skal føle seg presset til å oppgi opplysninger som han ikke er komfortabel med å dele.

Forskning viser at arbeidsgivere er skeptiske til å ansette personer med psykiske helseproblemer. De kan ha en rekke negative holdninger, og kan blant annet redde for at sykdommen ikke er under kontroll, at personen skal ha vanskeligheter med å følge instruksjoner og regler, ha behov for mye veiledning, og at de ikke skal kunne ha tillit til dem som ansatte. Dette underbygger informantenes oppfatning av at arbeidsgivere kan bli usikre og redde. Ett tiltak som kan bidra til å dempe fordommene er mer og korrekt informasjon til

arbeidsgivere om psykiske lidelser (Biggs, Hovey, Tyson, & MacDonald, 2010). Det kan muligens bidra til at det også kan bli lettere for arbeidsgivere å tilrettelegge arbeidsoppgaver dersom det er behov for det, uten at den ansatte må åpne seg mer enn han ønsker.

## **8.6 Koordinators kompetanse**

### *Det er behov for en egen kompetanse for koordinator.*

Under denne påstanden er det to viktige temaer; ett spørsmål handler om hvorvidt koordinator er i behov av et eget kurs, en utdanning eller annet kompetansehevende tiltak. Den andre dreier seg om koordinators iboende kompetanse, eller kompetanse i form av personlige egenskaper. Det er ikke alltid et tydelig skille mellom disse to områdene, siden egenskaper som god evne til kommunikasjon også kan læres, i alle fall til en viss grad. Shaw og kollegaer viser hvordan manglende kompetanse innen ergonomi og arbeidsplassvurdering kan påvirke hvilke muligheter den sykmeldte får til arbeidsutprøving, i tillegg til troverdigheten til koordinator, fra både den sykmeldte sitt og arbeidsgiver sitt synspunkt (Shaw et al., 2008). Evnen til å mediere møter mellom sykmeldt og arbeidsgiver på en måte som hindrer konflikt og legge til rette for god kommunikasjon og samhandling, kan gi koordinator mulighet til å hindre uheldige relasjoner mellom sykmeldt og arbeidsgiver (James et al., 2011), som igjen kan påvirke muligheten til å komme tilbake i arbeid på samme arbeidsplass.

Flere av informantene mener at det nærmest er vilkårlig hva slags hjelp den sykmeldte får, og at det er tilfeldig om han får en god koordinator som kjenner til rett tiltak. De mener årsaken i stor grad skyldes mangel på kunnskap og kompetanse hos koordinator. Internasjonal forskning viser at kompetanse i koordinering hos koordinator bidrar til at sykmeldte kommer raskere tilbake i arbeid (Bohatko-Naismith et al., 2015), og kompetanse i mellommenneskelige forhold samt organisering og planlegging er viktigere enn medisinsk kompetanse (Bohatko-Naismith et al., 2015; Gardner et al., 2010; G. Pransky et al., 2010). Informantene mener derimot at det vil være gunstig for koordineringen og tilbakeføringen om koordinator har kompetanse til å følge opp den sykmeldtes helseutfordringer. James og kollegaer skiller seg også fra annen forskning og har funnet at medisinsk kompetanse kan være gunstig for koordinator å ha. Men ikke på grunn av den medisinske kompetansen i seg selv; de peker på medisinsk kompetanse som betydningsfullt mer som en funksjon i en mellommenneskelig prosess mellom en hjelpeperson og en sykmeldt med samme medisinske kompetanse, enn i kraft av den medisinske kompetansen i seg selv (James et al., 2011). Det

kan ha å gjøre med at den sykmeldte føler ekstra tillit til hjelpepersonen fordi man opplever likhet og forståelse på en egen måte, og at kompetansen derfor kan bidra til å skape en god relasjon. Relasjonen mellom den sykmeldte og arbeidsgiver er også viktig, som diskutert i forrige punkt, og derfor kan det være av stor betydning at koordinator har evne til å mediere møter mellom de to partene slik at man unngår konflikt i utgangspunktet. Opprettholdes en god relasjon, vil det gi et godt grunnlag for en større forståelse fra arbeidsgivers side, og det vil kanskje være lettere for arbeidstaker å være åpen om problematikken – som igjen vil gjøre det lettere for arbeidsgiver å tilrettelegge på en god måte som fremmer deltakelse (Solberg & Aas, 2010). Man kan kanskje unngå “elefanten i rommet” som en informant snakker om, og som kan være ødeleggende for arbeidsmulighetene. Dette er ekstra viktig når det kommer til psykiske lidelser (Biggs et al., 2010). Dersom man tar noen forhåndsregler, er tidlig ute med god koordinering og sørger for en god relasjon mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, ser det ut til at kan mye være gjort. Dette underbygges i Skarpaas og kollegaers artikkel, som viser viktigheten av åpenhet om situasjonen og en god relasjon mellom arbeidsgiver og arbeidstaker for å kunne tilrettelegge godt (Skarpaas et al., 2015). Dette mener jeg krever god relasjonell kompetanse fra koordinator, god samhandling og flyt i tilbakeføringsprosessen, samt åpenhet mellom alle parter.

## **8.7 Metodediskusjon – validitet, reliabilitet og generalisering/overførbarhet**

Når studiens reliabilitet, eller pålitelighet, skal vurderes, er gjennomsiktigheten sentral (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg forsøker i metodekapittelet å beskrive fremgangsmåten for hvordan jeg har kommet frem til studiens resultater så nøyaktig som mulig. Jeg mener at beskrivelsen gjør at studien kan reproduseres av andre, og derfor styrker studiens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2009), selv om metoden ikke kan bli så nøyaktig at den ville sikret at en annen forsker ville stilt de samme oppfølgingsspørsmålene som meg. Forforståelse spiller også inn når det gjelder reliabilitet, og det vil alltid være et tema innen kvalitativ forskningsmetode (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg mener likevel at studien er pålitelig som en kvalitativ studie. Jeg inntok en utforskende og nøytral holdning, slik at min forforståelse skulle påvirke informantene og datamaterialet i så liten grad som mulig.

Som forsker skal jeg vurdere validiteten av hva studien forteller noe om, samt hvilken overførbarhetsverdi funnene har til andre sammenhenger enn der studien er gjennomført. Når det gjelder spørsmålet om validitet snakker vi om intern validitet, som dreier seg om hva studien er “sant om” (Malterud, 2012, s. 132). Størrelsen på fokusgruppene er et tema som flere har meninger om, og alt fra 3-8 deltakere anses som aktuelt og ideelt (Tjora, 2012; Malterud, 2012). Når det gjelder sammensetningen av gruppene er det også flere valgmuligheter (Tjora, 2012), og i denne studien er en spredt yrkesrepresentasjon innenfor en felles forståelsesramme valgt. Siden de tre fokusgruppeintervjuene i denne studien inneholdt 3, 3 og 5 deltakere, hvor alle tre ga fruktbare diskusjoner, anses det som positivt for den interne validiteten. Det var imidlertid slik at ikke alle informantene innad i en gruppe hadde god kjennskap til hverandres fagfelt. De løste dette ved å stille hverandre spørsmål når noe var uklart, og det virket derfor ikke å hindre informantene i å dele av sine erfaringer eller diskutere de temaene som ble tatt opp.

Når man benytter fokusgrupper som metode, er det avgjørende for den interne validiteten at forskerne og informantene har en felles forståelse av hvilke spørsmål diskusjonen skal gi svar på (Malterud, 2012). Min bakgrunn fra NAV, kjennskap til interne sjargonger fra feltet samt kunnskap om tilbakeføringsarbeid, mener jeg i denne sammenhengen er en styrke ved studien som bidrar til denne felles forståelsen. Det ble også nøye informert både i forkant av studien og i starten av hvert fokusgruppeintervju om problemstilling og forskningsspørsmål, før vi gikk videre til de spørsmålene som informantene skulle svare på. Eventuelle uklarheter, som for eksempel den forventede uklarheten rundt koordinator-begrepet, ble oppklart da begrepet ble introdusert. Her brukte jeg min erfaring – jeg forventet at informantene var delvis ukjente med begrepet. Det var også en lett stemning i alle gruppene, noe som gjorde at informantene virket å kunne stille spørsmål fritt dersom de lurte på noe. Dette skjedde ved flere anledninger.

I ett av fokusgruppeintervjuene stod én av informantene ut som spesielt engasjert, og denne informanten delte mange erfaringer og synspunkter. Det ble en slags skjevhet i gruppen på grunn av dette, men det var likevel ikke slik at de andre informantene ikke slapp til. Jeg mener at informantens mange bidrag isteden åpnet for at de andre informantene i samme gruppe ble inspirert til å reflektere over andre emner enn vi kanskje ellers ville sett. Jeg anser derfor ikke denne skjevheten som negativ for validiteten. En problemstilling i en slik situasjon kan være at de andre informantene i gruppen opplever det slik at moderator gir mer



støtte til den informanten som kommer med mange innspill, og at moderator vurderer deres egne innspill som mindre viktige. Det er vanskelig å si sikkert om noen i denne gruppen opplevde det slik, men ut ifra stemningen i gruppa og engasjementet fra de andre informantene i samme gruppe, tror jeg ikke denne skjevheten har begrenset validiteten, selv om det kan være en mulighet for det. Det var ikke noe alternativ å sensurere denne avvikende posisjonen, fordi verdifulle betraktninger kunne gått tapt (Malterud, 2012).

Når det gjelder overførbarhet, eller ekstern validitet, er det en annen vurdering. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver hvordan generaliserbarhet innenfor kvalitativ metode ofte stilles spørsmålsteget ved, og foreslår at generaliserbarhet er sosialt konstruert. Det er mer relevant å vurdere om resultatene av studien kan overføres til andre lignende situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). I den sammenhengen er spørsmålet er ifølge Malterud i hvilke sammenhenger funnene fra studien kan gjøres gjeldende, utenfor den konteksten de er kartlagt i (Malterud, 2012). Problemstillingen er vesentlig her; en presis problemstilling vil i større grad gi diskusjoner i grunnen som kan ha betydninger i andre sammenhenger, enn en upresis problemstilling. Problemstillingen i denne studien mener jeg er presis, enn om noe vid. Den er imidlertid operasjonalisert i tre forskningsspørsmål som søker konkrete tanker, erfaringer, meninger og ønsker fra informantene.

Utvalget av informanter er også viktig. Dersom informantene representerer en relevant gruppe for problemstillingen, er det større sjanse for at andre kan lære noe av deres erfaringer og tanker (Malterud, 2012). En svakhet ved studien er at det er få informanter, og en konsekvens er at overførbarhetsverdien av studien er noe usikker. Det er imidlertid en styrke at de representerer flere av aktørgruppene som omtales i studien, og de har ulik erfaring og utdanning. Se tabell 1. Dette mener jeg gir et utvalg som kan gi opplysninger som kan være overførbare til flere situasjoner. Informantenes erfaring og kompetanse har også betydning for studiens troverdighet; mer og bredere erfaring gir større troverdighet enn lite og smal erfaring.

Siden jeg har inntatt et tjenesteperspektiv var det verken et mål å ha med sykmeldte eller arbeidsgivere, men fastleger er en aktørgruppe som ble forsøkt rekruttert uten hell. En svakhet ved studien er derfor at det ikke lykkes meg i å få representert fastlegene som informant i studien. Siden disse innehar en nøkkelrolle i tilbakeføringsprosesser, ville deres deltakelse gitt en annen troverdighet til studien. Slik den nå foreligger er fastlegenes synspunkt kun representert gjennom noe litteratur (Ose et al., 2013). Vi får til en viss grad innsikt i

fastlegenes rolle i datamaterialet også, gjennom informantenes tanker erfaringer om samarbeid med dem, men det kan ikke sidestilles med førstehåndsberetninger fra fastlegene selv. Det er dessuten fare for at de andre informantenes tanker og erfaringer omkring fastlegenes rolle er farget av strukturelle forhold som påvirker fastlegenes muligheter til å delta i tilbakeføringsarbeidet, og som andre aktører muligens ikke kjenner til i samme grad.

Diskusjonen av funnene i sammenheng med teori vil bidra til å styrke overførbarheten ved at de blir sett i en større sammenheng (Malterud, 2012). Det fremgår av diskusjonskapittelet at informantenes erfaringer, meninger og ønsker i de fleste tilfeller er sammenfallende med forskning og teori relevant for tilbakeføringsarbeid og koordinering, og her vil jeg spesielt trekke frem Ellingsen og kollegaer (2010) sin kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur. Siden ingen av studiene som er inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen retter seg direkte mot koordinatorene i tilbakeføringsprosesser, mener jeg at min studie bidrar med et utfyllende perspektiv. Jeg mener disse forholdene styrker den eksterne validiteten til studien, og at den har overførbarhetsverdi til andre situasjoner.

## 9.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Denne studien har hatt til hensikt å belyse utfordringer i koordinering av tilbakeføringsarbeid, og hvordan koordinatorene selv mener at disse utfordringene kan møtes. Problemstillingen sees i lys av norsk kontekst og et aktørperspektiv.

Vi har sett at deltakelse i arbeidslivet er viktig for folks helse, og at arbeidsuførhet har store konsekvenser for både enkeltindivider og samfunnet. Resultatene som fremkommer av denne studien viser til viktige utfordringer i koordinering av tilbakeføringsprosesser, og forslag til hvordan disse utfordringene kan møtes. Dagens tilbakeføringsarbeid er preget av mangel på koordinering og ansvarliggjøring av aktørene for prosessens fremgang, treghet og mangelfulle styringssignaler for god koordinering og samhandling. Det vises også tegn på behov for kompetanse hos koordinator.

Studiens funn viser at informantenes tanker, erfaringer, meninger og ønsker i stor grad samsvarer med det tidligere forskning har funnet, selv om forskningen har hatt andre problemstillinger og innfallsvinkler. Det er noen faktorer som stikker seg ut i spørsmålet om hvordan vi kan møte utfordringene i koordinering av tilbakeføringsarbeidet. Samhandling er en av dem- og da spesielt mellom NAV, fastlege, arbeidsgiver og den sykmeldte. Tidlig kontakt og en god relasjon med arbeidsgiver ser også ut til å være essensielt for å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid. Arbeidsgiver er i dag for lite, og for sent, involvert i tilbakeføringsprosesser, og bør i mange tilfeller trekkes inn tidligere. Relasjonen mellom arbeidsgiver og den sykmeldte arbeidstakeren virker å være ekstra viktig for mulighetene til tilbakeføring, noe som også støttes i den internasjonale forskningslitteraturen. Et annet forhold som er sentralt i resultatene er behovet for tydeligere regler og retningslinjer for både koordinatorrollen, koordineringen og tilbakeføringsarbeidet. I et aktørperspektiv ser dette ut til å ha direkte sammenheng med utfordringene i koordinering i dag, og står ut som studiens viktigste funn og bidrag til kunnskapen på feltet.

Siden det ser ut til å være mangel på studier som undersøker koordinatorens meninger om hvordan vi kan møte utfordringene i koordinering av tilbakeføringsprosesser, og siden denne studien har en noe usikkeroverførbarhetsverdi på grunn av få informanter, kan den bidra som en pekepinn på et behov for ytterligere forskning med samme eller lignende formål.

Et formål bør være å avklare om det kan være andre forhold som spiller inn, men også for å få en klarhet i hvor styrende slike retningslinjer eventuelt bør være. Bakgrunnen for dette behovet er tidligere erfaringer som har vist at pålagte møtepunkter for alle sykmeldte ikke nødvendigvis er en god måte å bruke ressurser på. Dette kan likevel ha med andre forhold enn hyppigheten av møtepunkter å gjøre. Derfor kan det være behov for å undersøke nærmere om det ikke heller er nødvendig med et regelverk som åpner for skjønn i vurderingene, men som sikrer at de som trenger hyppige møtepunkter mellom aktørene, får nettopp det. Å undersøke hvordan ressursene best mulig kan benyttes, kan derfor også være til god hjelp i arbeidet som venter på dette feltet fremover. Hyppige møtepunkter koster samfunnet ressurser – men det gjør også arbeidsuføre.

Når det gjelder implikasjoner for praksis mener jeg at det foreliggende empiriske grunnlaget, både i form av tidligere forskning, rapporter, undersøkelser og evalueringer i tillegg til denne studien, viser et tydelig og sterkt behov for en tettere og mer avklart samhandling blant aktørene i tilbakeføringsprosess. Koordinering er i denne prosessen, etter min mening, en nødvendighet for at menneskelige og økonomiske ressurser kan utnyttes til det fulle for å oppnå hovedmålet; en bedre og mer effektiv tilbakeføringsprosess. Det kan gi flere mennesker mulighet til å komme tilbake til arbeid så tidlig som mulig, fortrinnsvis til deres opprinnelige arbeid slik jeg ser det. En bevisstgjøring om at koordinering av tilbakeføringsprosesser og tilbakeføringsprosessen i seg selv er en viktig del av folkehelsearbeidet i det norske systemet, tror jeg vil fremme arbeidet. God koordinering må til for at den sykmeldte ikke skal bli “hengende i løse luften”.

## LITTERATURLISTE

- Amick III, B. C., Habeck, R. V., Hunt, A., Fossel, A. H., Chapin, A., Keller, R. B., & Katz, J. N. (2000). Measuring the impact of organizational behaviors on work disability prevention and management. *Journal of occupational rehabilitation, 10*(1), 21-38.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2016). *Lov om arbeids og velferdsforvaltningen - Hovednr. 30 - § 7 Taushetsplikt*. Arbeids- og velferdsdirektoratet Retrieved from <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/lov-om-arbeids-og-velferdsforvaltningen-hovednr.30-kap.2-arbeids-og-velferdsetaten>.
- Arbeidsdepartementet, & Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/AD/publikasjoner/rapporter/2013/OppfPlanArbogPsykJelse.pdf>.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov av 17.06.2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.*
- Bambra, C., & Eikemo, T. (2008). Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of epidemiology and community health, jech. 2008.077354*.
- Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of epidemiology and community health, 48*(4), 333-337.
- Biggs, D., Hovey, N., Tyson, P. J., & MacDonald, S. (2010). Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. *Journal of mental health, 19*(6), 505-516.
- Bohatko-Naismith, J., James, C., Guest, M., & Rivett, D. A. (2015). The role of the Australian workplace return to work coordinator: essential qualities and attributes. *Journal of occupational rehabilitation, 25*(1), 65-73.
- Brinkmann, S., Tanggaard, L., & Hansen, W. (2012). *Kvalitative metoder : empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*: Harvard University Press.
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social work, 48*(3), 297-306.
- Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T., & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation, 19*(1), 81-93.
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation, 32*(8), 607-621.
- Durand, M. J., Vézina, N., Loisel, P., Baril, R., Richard, M. C., & Diallo, B. (2007). Workplace Interventions for Workers with Musculoskeletal Disabilities: A Descriptive Review of Content. *Journal of occupational rehabilitation, 17*(1), 123-136. doi:10.1007/s10926-006-9036-1
- Ellingsen, K. L., Kiær, E., Labriola, M., & Aas, R. W. (2010). *Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær: En kunnskapsoppsummering av nordisk*

- forskningsslitteratur* (2010/049). Retrieved from <http://evalueringsportalen.no/evaluering/arbeidsrettede-tiltak-ved-helseplager-og-sykefravaer-en-kunnskapsoppsummering-av-nordisk-forskningsslitteratur>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Fifield, J., Reisine, S. T., & Grady, K. (1991). Work disability and the experience of pain and depression in rheumatoid arthritis. *Social science & medicine*, 33(5), 579-585.
- Fjeldstad, Ø. (2016, 29.03). Nav kjøper tjenester for milliarder Article. *Magasinet Velferd*. Retrieved from <https://www.velferd.no/artikler/aktuelt/nav-kjoeper-tjenester-for-milliarder>
- Folketrygdsloven. (1997). *Lov av 28.02.1997 nr. 19 om folketrygd*.
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov av 02.10.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker*.
- Fosse, E. (2007). Interprofessionell och intersektoriell samverkan i hälsofrämjande arbete. In R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Eds.), *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Franché, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., Institute for Work Health (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 607-631.
- Franché, R.-L., & Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 12(4), 233-256.
- Friesen, M. N., Yassi, A., & Cooper, J. (2001). Return-to-work: the importance of human interactions and organizational structures. *Work*, 17(1), 11-22.
- Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Nha Hong, Q., & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability and Rehabilitation*, 32(1), 72-78.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis : til beste for barn og unge i kommune-Norge* (3. utg. ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219-1221.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,habilitering,individuellplanogkoordinator.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2016). *Arbeid og helse - et tettere samvirke* (IS-2535). Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-og-helse-et-tettere-samvirke>
- Helsedirektoratet. (2016, 13.09.). Taushetsplikt i helse- og omsorgstjenesten. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/taushetsplikt/taushetsplikt-i-helse-og-omsorgstjenesten>

- IA-avtalen. (2014). Oslo Regjeringen. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/IA-avtalen-2014-2018/id752432/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/IA-avtalen-2014-2018/id752432/).
- James, C., Southgate, E., Kable, A., Rivett, D. A., Guest, M., & Bohatko-Naismith, J. (2011). The return-to-work coordinator role: qualitative insights for nursing. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 220-227.
- Jin, R. L., Shah, C. P., & Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 153(5), 529.
- Katz, P. P., & Yelin, E. H. (2001). Activity loss and the onset of depressive symptoms: do some activities matter more than others? *Arthritis & Rheumatism*, 44(5), 1194-1202. doi:10.1002/1529-0131(200105)44:5<1194::AID-ANR203>3.0.CO;2-6
- Kjerstad, E., & Ravneberg, B. (2008). *Fornøyd med 'Raskere tilbake'?: Resultater fra en brukerundersøkelse*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11250/165304>
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: an introduction to its methodology* (3rd ed. ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Kuoppala, J., & Lamminpää, A. (2008). Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(10), 796-804.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, G., & Midtbø, T. (2014). Kontinuitet som kvalitetsutfordring. In O. Bukve & G. Kvåle (Eds.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (pp. 59-76). Oslo: Universitetsforl., cop. 2014.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Lauvås, K., Lauvås, P., & Ytreland, A. (1994). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: TANO.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.-L., & Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 257-269.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Mauno, H. (2016, 28.05). Anniken Hauglie. Naveren., Portrett. *Dagsavisen*. Retrieved from <http://www.dagsavisen.no/helg-nye-inntrykk/portrett/anniken-hauglie-naveren-1.731181>
- McWilliams, L. A., Goodwin, R. D., & Cox, B. J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111(1), 77-83.
- Mossakowski, K. N. (2009). The influence of past unemployment duration on symptoms of depression among young women and men in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1826-1832.
- NAV. (2007, 18.08.2016). Individuell oppfølging, avklaring og arbeidsrettet rehabilitering. Retrieved from <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/individuell-opp%C3%B8lging-avklaring-og-arbeidsrettet-rehabilitering>
- NAV. (2013a, 26.09.2016). Raskere behandling hos spesialist. Retrieved from <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/raskere-behandling-hos-spesialist>

- NAV. (2013b, 19.10.2015). Vilje Viser Vei-tiltakene. Retrieved from <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/vilje-viser-vei-tiltakene>
- NAV. (2016, 02.06). Hvem gjør hva i sykefraværarbeidet? Retrieved from <https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging/Sykmeldt+arbeidstaker/Relatert+informasjon/oppfolging-av-sykmeldte-arbeidstakere?kap=394791>
- NIDMAR. (2005, 07.10.2005). Certified Return to Work Coordinators. Retrieved from [http://www.nidmar.ca/certification/crtwc/crtwc\\_background.asp](http://www.nidmar.ca/certification/crtwc/crtwc_background.asp)
- Norlund, A., Ropponen, A., & Alexanderson, K. (2009). Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(3), 115-121.
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*: OECD Publishing.
- Organization, W. H. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/%5B14.10.15>
- Ose, S. O., Dyrstad, K., Brattlid, I., Slettebak, R., Jensberg, H., Mandal, R., . . . Pettersen, I. (2013). *Oppfølging av sykmeldte-fungerer dagens regime?* Retrieved from [http://arena.arbeidoghelse.no/sites/default/files/Oppf%C3%B8lging av sykemeldte.pdf](http://arena.arbeidoghelse.no/sites/default/files/Oppf%C3%B8lging%20av%20sykemeldte.pdf)
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational behavior*, 74(3), 264-282.
- Power, P., & Hershenson, D. (2001). Assessment of career development and maturity. *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation*, 3, 339-364.
- Pransky, G., Gatchel, R., Linton, S. J., & Loisel, P. (2005). Improving return to work research. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 453-457.
- Pransky, G., Shaw, W. S., Loisel, P., Hong, Q. N., & Désorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(1), 41-48. .
- Regjeringen. (2014, 01.07). Nye regler for oppfølging av sykmeldte fra 1. juli. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Nye-regler-for-oppfolging-av-sykmeldte-fra-1-juli/id764877/>
- Regjeringen. (2015, 04.11.2015). Raskere tilbake Retrieved from [https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/raskere-tilbake/id575813/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/raskere-tilbake/id575813/)
- Regjeringen. (2016). Arbeidsmarkedstiltak. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmarked-og-sysselsetting/innsikt/arbeidsmarkedstiltak/id86897/>
- Reneflot, A., & Evensen, M. (2011). *Arbeidsledighet og psykisk helse blant unge i Norden: En kunnskapsoversikt*. Retrieved from <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:734149/FULLTEXT01.pdf>
- Riksrevisjonen. (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte* (Dokument 3:5 2010-2011). Retrieved from <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/sykmeldte.aspx>
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 132-147.
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M., & Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 17(2), 327-352.



- Shaw, W., Hong, Q.-n., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of occupational rehabilitation*, 18(1), 2-15. doi:10.1007/s10926-007-9115-y
- Skarpaas, L. S., Ramvi, E., Løvereide, L., & Aas, R. W. (2015). Maximizing work integration in job placement of individuals facing mental health problems: Supervisor experiences. *Work*, 53(1), 87-98.
- Solberg, A., & Aas, R. (2010). *Tilbakeføring til arbeid: Relasjonen mellom sykmeldt og nærmeste leder* (2010/102). Retrieved from <http://www.iris.no/publications/414551636/2010-102>
- Solvang, P. K., Hanisch, H., & Reinhardt, J. D. (2016). The rehabilitation research matrix: producing knowledge at micro, meso, and macro levels. *Disability and Rehabilitation*, 1-7.
- Ståhl, C. (2010). *In Cooperation We Trust. Interorganizational Cooperation in Return-to-Work and Labor Market Reintegration*. (PhD Thesis), Linköping University, Linköping.
- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2010). A matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(3), 299-310.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C., Franche, R. L., Schonstein, E., Loisel, P., . . . Anema, J. R. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *The Cochrane Library*. doi:10.1002/14651858.CD006955.pub2.
- World Medical Association. (1964). *Helsinkideklarasjonen*. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., Van Poppel, M. N., & Anema, J. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 557-568.
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J., & Van Poppel, M. N. (2005). Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 543-556.
- Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*: Gyldendal Akademisk.
- Aas, R. W., Solberg, A., & Strupstad, J. (2011). Raskere tilbake. *Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte*.
- Aas, R. W., Solberg, A., Strupstad, J., Kiær, E., Ellingsen, K. L., & Teige, H. (2011). *Beste praksis i oppfølgingen av sykmeldte med muskel- og skjelettplager* (2011/056). Retrieved from <http://hernes-institutt.no/wp-content/uploads/2013/11/Beste-praksis-oppfolgingen-av-sykmeldte-med-muskel-og-skjelettplager.pdf>

## VEDLEGG I - INFORMASJONSBREV OG FORESPØRSEL TIL INFORMANTENE

### INFORMASJON OG FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I PROSJEKTET “Koordinering av tilbakeføring til arbeid”

**Hensikten med studien** er å samle kunnskap om koordinering og koordinatorrollen i tilbakeføringsprosessen til arbeid for sykemeldte. Internasjonal forskning tyder på at koordinering har betydning for mulighetene sykemeldte har for å komme tilbake i arbeid. Vi mangler kunnskap om hvordan koordinering foregår i norsk kontekst, og hva (potensielle) koordinatører tenker om koordinering.

Kunnskapen fra prosjektet skal brukes i arbeidet med å tilrettelegge for bedre samspill i tilbakeføringsprosesser i fremtiden, og kan bli med på å danne grunnlaget for et fremtidig kurs eller en utdanning for koordinatører.

**Vi spør deg fordi** du er en potensiell koordinator i en slik prosess. Kanskje har du erfaring med mange slike grupper, kanskje har du ingen erfaring ennå, men er aktuell i kraft av din stilling. Vi trenger deltakere med ulik erfaringsbakgrunn og i forskjellige stillinger i helse- og sosialfeltet.

**Det er frivillig** å delta. Du kan når som helst trekke deg hvis du ønsker det, uten å oppgi noen grunn. Hvis du ønsker det kan du tilbakekalle samtykket ditt når som helst i prosessen.

**Deltakelse innebærer** at du er med i et gruppeintervju med 5-7 andre deltakere som også er aktører i helse- og sosialfeltet. Vi etterstreber å rekruttere deltakere som ikke arbeider sammen.

**Informasjonen du gir ivaretas** ved at alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Vi spør ikke om personopplysninger, men om de allikevel skulle fremkomme i løpet av intervjuet vil de ikke bli benyttet i det videre arbeidet. Lydopptak vil bli slettet og spørreskjemaet makulert når prosjektet er gjennomført og innen 22.01.2017.

**Prosjektet er godkjent** av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD).

**Resultatet av prosjektet vil bli publisert** i en masteroppgave i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) i Ås. Det er også en del av en doktorgradsstudie ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), og datamaterialet kan bli brukt i flere publikasjoner. Dette har ingen konsekvenser for deg da vi ikke benytter personopplysninger.

**Prosjektansvarlig er** Marte Marie Brynildsen, masterstudent ved NMBU (tlf 48246863, marte.marie.brynildsen@nmbu.no), hovedveileder Lisebet Skeie Skarpaas, doktorgradsstipendiat ved HiOA (tlf 67 23 66 02, lisebet.skeie.skarpaas@hioa.no) og

biveileder Ingeborg Pedersen, postdoktor ved NMBU (tlf 67 23 12 65). Du er velkommen til å kontakte en av oss hvis du har spørsmål om studien.

Dersom du ønsker å delta kan du sende e-post til [marte.marie.brynildsen@nmbu.no](mailto:marte.marie.brynildsen@nmbu.no) med ditt telefonnummer, og du vil bli kontaktet for nærmere avtale om tid og sted. Du kan eventuelt ringe direkte på 482 46 863. Vi setter pris på svar innen xx.xx.xx.

Med vennlig hilsen

Marte Marie Brynildsen

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

Lisebet Skeie Skarpaas

Høgskolen i Oslo og Akershus

## **VEDLEGG II – SAMTYKKEERKLÆRING**

### **KOORDINERING AV TILBAKEFØRING AV SYKEMELDTE TIL ARBEID**

#### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og samtykker til å delta.

Navn (blokkbokstaver): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_

Sted, dato: \_\_\_\_\_

## VEDLEGG III - SPØRRESKJEMA OM DEMOGRAFISKE OPPLYSNINGER

id 

--	--

### Spørsmål til informanten

**Alder** (antall år)

--	--

**Kjønn** (sett ett kryss):

- Mann  
 Kvinne

**Øverste formelle utdanningsnivå du har fullført** (sett kun ett kryss):

- Grunnskolenivå (ca. 9 års skolegang)  
 Videregående skolenivå (ca. 12 års skolegang)  
 Høgskole/universitetsnivå til og med 4 år  
 Høgskole/universitetsnivå mer enn 4 år

**Hvilket yrke har du?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Hva heter din stilling?** (Eks: veileder i NAV lokal)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Antall års erfaring i yrket**

--	--

**Antall års erfaring i nåværende stilling**

--	--

**Har du erfaring med koordinering av tilbakeføringsprosesser?**

- Ja  
 Nei

**Antall års erfaring med koordinering**

--	--

**Har du erfaring i koordinatorrollen?**

- Ja  
 Nei

**Antall års erfaring i koordinatorrollen**

--	--

## VEDLEGG IV – INTERVJUGUIDE

<p><b>Fase 1: Informasjon 14.30 (20 min)</b></p>	<p>Dele ut samtykkeerklæring og spørreskjema når deltakerne kommer. Løs prat, si hei og hils på informantene Jeg gir informasjon og forteller litt om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvem er jeg</li><li>• Litt om studien: undersøke utfordringer i koordinering</li><li>• Varighet på intervjuet</li><li>• Lydopptak</li><li>• Behandling av opplysninger</li><li>• Frivillig deltakelse, anonymitet og taushetsplikt (både om opplysninger deltakerne har t.p. om, samt om deltakernes personopplysninger).</li><li>• Spørre om noe er uklart og om deltakerne har noen spørsmål til det jeg har vært igjennom nå</li><li>• Presentasjonsrunde, kort om seg selv: arbeidssted og utdanning. <i>Prøv å skape et godt klima i gruppen for at deltakerne skal ønske å dele erfaringer og tanker.</i></li><li>• Presisering: Formålet er å undersøke koordinering av tilbakeføringsprosessen av sykmeldte til arbeid i en norsk kontekst, i et aktørperspektiv. Jeg er her for å lære av dere.</li><li>• Diskusjonen er sentral</li><li>• Problemstillingen er:</li></ul> <p>“Hvordan kan vi møte utfordringene i koordineringen av tilbakeføringsprosesser av sykmeldte til arbeid, i Norge i dag”?</p> <p><b>For å utfylle problemstillingen har jeg formulert tre forskningsspørsmål;</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hvilke tanker og erfaringer har koordinatorene med koordinering?</b></li><li>• <b>Hva mener koordinatorene er særlig viktig i prosessen for at den skal bli vellykket?</b></li><li>• <b>Hvilke ønsker og behov har dere for å kunne utfylle rollen så godt som mulig?</b></li></ul>
<p><b>Fase 2: Introduksjon/ overgangsspørsmål 14.50 (5 min)</b></p>	<p>Det første spørsmålet er åpent.</p> <p><b>“Kan dere fortelle om erfaringer dere har med koordinering og koordinatorrollen?”</b></p> <p>Her får informantene mulighet til å fortelle litt om hvordan de jobber med koordinering i dag.</p>
<p><b>Fase 3: Hovedspørsmål</b></p>	<p>Hovedspørsmål</p>

<p><b>14.55</b>  <b>(25 min)</b></p>	<p><b>Hva er koordinering i dag?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hva legger dere i koordineringsbegrepet? Hva betyr det å være koordinator?</li> <li>2. Hvordan opplevde dere å ha koordinatorrollen? Hvordan tenker dere det fungerte?</li> <li>3. Hvis dere selv ikke har erfaring; kan dere fortelle om hvordan dere kunne tenke dere å jobbe med koordinering?</li> <li>4. Kan dere fortelle om en gang dere opplevde at koordineringen fungerte veldig godt?</li> <li>5. Hvilke barrierer og utfordringer for god koordinering finnes?</li> </ol> <p>Oppfølgingsspørsmål: "Kan du utdype...", "Når du sier...mener du da..", "Har jeg forstått deg rett når du sier...", "Vil det si at..."</p>
<p><b>Evt pause</b> <b>15.20 (5 min)</b></p>	
<p><b>Fase 3 forts.</b> <b>15.25</b>  <b>(25 min)</b></p>	<p>Hovedspørsmål</p> <p><b>Hva kan koordinering være i fremtiden?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvordan synes dere koordineringen i tilbakeføringsprosesser burde foregå? Hva er optimalt?</li> <li>2. Villed et vært behov for kunnskap utover den kompetansen dere allerede har, for å fylle koordinatorrollen optimalt?</li> <li>3. Hvilke ressurser burde være tilgjengelig for en koordinator?</li> <li>4. Hvilke ressurser burde være tilgjengelig i en koordineringsprosess?</li> <li>5. Når bør det koordineres? Fra første fraværsdag?</li> </ol> <p>Oppfølgingsspørsmål: "Kan du utdype...", "Når du sier...mener du da..", "Har jeg forstått deg rett når du sier...", "Vil det si at..."</p>
<p><b>Fase 4:</b> <b>Tilbakeblikk/</b> <b>Avslutning</b> <b>15.50</b> <b>(5-10 min)</b></p>	<p>Oppsummering Har vi forstått dere riktig med...? Er det noe dere helt til slutt vil legge til eller utdype noe nærmere?</p>

## **VEDLEGG V – GODKJENNING FRA NSD**



Ingeborg Pedersen

Institutt for landskapsplanlegging Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

1430 ÅS

Vår dato: 29.02.2016

Vår ref: 46427 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>46427</i>	<i>Koordinering av tilbakeføringsprosessen av sykemeldte til arbeid: En kvalitativ studie</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ingeborg Pedersen</i>
<i>Student</i>	<i>Marte Marie Brynildsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 22.01.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Hanne Johansen-Pekovic

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marte Marie Brynildsen [martebr@nmbu.no](mailto:martebr@nmbu.no)



### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Revidert informasjonsskriv mottatt 23.02.16 er godt utformet.

### TAUSHETSPLIKT OM TREDJEPERSONER

Utvalget skal bestå av personer som jobber med koordning av tilbakeføring til arbeid. Vi minner om at informantene har taushetsplikt om tredjepersoner, og at dere har et felles ansvar for at det ikke kommer personopplysninger om tredjepart inn i datamaterialet.

### DELING AV DATAMATERIALE

I epost 22.02.16 informerte du om at din biveileder Ingeborg Pedersen ved HiOA skal motta anonymisert datamaterialet.

### INFORMASJONSSIKKERHET

Vi legger til grunn at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med interne retningslinjer for informasjonssikkerhet ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Etter epost 23.02.16 er det avklart at datamaterialet skal anonymiseres innen januar 2017. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Vanligvis vil anonymisering innebære at:

- direkte personidentifiserende opplysninger slettes (inkludert koblingsnøkkel)
- indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller grovkategoriseres (f.eks. bakgrunnsopplysninger som arbeidsplass, stilling, alder og kjønn)
- lydopptak slettes.



Norges miljø- og biovitenskapelig universitet  
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet  
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway