

Camilla Skancke Mørstad

Retur til arbeidslivet etter brystkreft

- en kvalitativ studie om opplevelser og erfaringer

Masteroppgave i helsevitenskap

Veileder: Marit Solbjør & Randi Johansen Reidunsdatter

Juni 2019

Camilla Skancke Mørstad

Retur til arbeidslivet etter brystkreft

- en kvalitativ studie om opplevelser og erfaringer

Masteroppgave i helsevitenskap
Veileder: Marit Solbjør & Randi Johansen Reidunsdatter
Juni 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

FORORD

Etter fullført sykepleierutdanning og arbeid ved St. Olavs Hospital ble jeg nysgjerrig på hvordan mennesker som har vært gjennom alvorlig sykdom opplever å returnere til hverdagslivet. Etter å ha vært under behandling og oppfølging i trygge rammer ved sykehuset, hvordan oppleves møtet med hverdagen. Et sentralt aspekt ved hverdagslivet er arbeidslivet, og etter samtale med mennesker om retur til arbeid etter sykdom ønsket jeg å undersøke dette området nærmere. Retur til arbeid er et viktig område, og slik jeg ser det er det sentralt for å bearbeide og rehabilitere i etterkant av sykdom.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til deltakerne som stilte opp til intervju, og delte sine opplevelser og erfaringer knyttet til retur til arbeidslivet. Denne studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten deres bidrag, så derfor tusen takk til dere.

Deretter vil jeg takke mine veiledere Marit Solbjør og Randi Johansen Reidunsdatter for god veiledning, motiverende ord og konstruktive tilbakemeldinger. Det har hjulpet meg gjennom hele prosessen, og jeg har satt stor pris på deres veiledning. Jeg vil også rette en stor takk for at jeg har fått lov til å være med som forskningsassistent ved «Strålestudien». Rollen jeg har fått lov til å ta del i der har vært svært lærerik, og jeg har fått et innblikk i hvordan man arbeider innenfor slike forskningsprosjekt. Jeg vil også takke Kreftforeningen, avdeling Trondheim for et varmt og imøtekommende samarbeid i forbindelse med lån av samtalerom for gjennomføring av datainnsamlingen. Helt til slutt vil jeg takke familie og venner som har støtte meg gjennom hele prosessen.

Reisen gjennom disse to årene er snart på hell, og det har vært to innholdsrike år som har bydd på en mengde ny erfaring og lærdom som jeg vil ta med meg videre i mitt fremtidig arbeid.

Trondheim, juni 2019

Camilla Skancke Mørstad

SAMMENDRAG

Introduksjon: Brystkreft er en av de hyppigste kreftdiagnosene som rammer kvinner, og mange blir rammet i relativt ung alder. Bedret diagnostikk og behandling har medført en økt overlevelse. Dette betyr at flere vil få muligheten til å returnere til arbeidslivet i etterkant av sykdommen. Hensikten med studien er derfor å belyse tidligere brystkreftrammede kvinners opplevelse av retur til arbeidslivet, og hva de erfarte som betydningsfulle faktorer i tilbakeføringsfasen og for videre yrkeslivsdeltakelse.

Bakgrunn/ tidligere forskning: Retur til arbeid kan være utfordrende på grunn av sykdom og behandlingsrelaterte bivirkninger. Forhold på arbeidsplassen og personlige faktorer som blant annet ønske om å være i arbeid sto frem som en pådriver for retur til arbeid og for fortsatt arbeidslivdeltakelse. Flere av studiene på området er utenlandske, en studie som undersøker fenomenet ut ifra en norske kontekst vurderes derfor som relevant.

Metode: Studien er en kvalitativ intervjustudie, hvor det er gjennomført 14 semi-strukturerte forskningsintervju av tidligere brystkreftrammede kvinner. Studien har en deskriptiv tilnærming og systematisk tekstkondensering har blitt benyttet som strategi for analyse av tekstmaterialet.

Resultat: Kvinnene opplevde det som en prioritet å returnere til arbeidslivet i etterkant av endt behandling. Retur til arbeid fremsto som naturlig og bidro til å skape normalitet i hverdagen. Kvinnene hadde en positiv oppfatning av rollen som arbeidstaker, og så på den som en viktig del av livet. Kvinnene opplevde at en gradvis tilbakeføring var svært positivt, da kreftbehandlingen hadde vært belastende for kroppen. Flere av kvinnene opplevde en endret arbeidshverdag i etterkant av brystkreftbehandlingen. Endringer eller utfordringer i form av en lavere arbeidskapasitet, hukommelse og konsentrasjonsvansker ble i den sammenheng løftet frem. Det var imidlertid ingen av endringene som medførte at de ikke klarte arbeidsoppgavene sine, men for enkelte medførte endringene utfordringer med å være i full jobb. Støtte fra arbeidsgiver og kollegaer samt tilrettelegging og fleksibilitet var viktig i tilbakeføringsprosessen. Deltakelse i yrkeslivet sto frem som veldig betydningsfullt for den enkelte.

Konklusjon: Resultatene i denne masteroppgaven bekrefter funn fra tidligere gjennomført forskning. Til tross for at kvinnene hadde positive assosiasjoner knyttet til retur til arbeidslivet opplevde flere av kvinnene at arbeidshverdagen var annerledes og mer utfordrende enn forut for brystkreftsykdommen. Verdien av å ha rollen som arbeidstaker samt støtte og tilrettelegging i arbeidshverdagen fremsto som svært betydningsfullt i returfasen og for videre deltakelse i arbeidslivet.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is one of the most common cancer diagnoses among women in working age. As a result of improved diagnosis and treatment there has been an increase in survival rate. Therefore, many of these women will return to work after treatment. The purpose of this study is to elucidate the return to work after breast cancer treatment. The study aims to explore what the women experienced as important factors in the process of returning to work and further participation in employment.

Theory: Return to work can be challenging due to disease and treatment- related side effects. Research on this topic has shown that personal and workplace factors is essential in the return to work process. Several of the studies were foreign, due to differences in working life, a study that examines the phenomenon from a Norwegian context is considered relevant.

Method: The master's thesis study has a qualitative research design. To elucidate the experience in question, it has been conducted 14 semi-structure research interviews with former breast cancer patients. The methodological approach is primarily based on Giorgi descriptive phenomenology, and systematic text condensation was used to analyze the material.

Results: Result indicate that women experienced it as very important to return to working life after ended treatment. Return to work come across as natural and helped to create a form of normality in the everyday life. The women had a positive perception of employment and looked at it as an essential part of life. The women experienced that gradual decline was positive as the cancer treatment had been challenging for the body. Several of the women experienced a changed workday after breast cancer treatment and several of the women described that they experienced change related to working capacity as well as describing small cognitive changes. However, none of the changes lead to them being unable to work, but for some of them the changes made them reduce workhours. The findings show that value of work, support from employers and colleagues as well as facilitation and flexibility were important in the return process and for their further participation in working life.

Conclusion: The result of this study was consistent and confirmed discoveries from previous research. The findings showed that among the women returning to work the experience was perceived as positive. Despite this several of the women experienced working life as different and more challenging. Furthermore, the findings confirm that support, value of work and accommodation are considered to be important in the return to work and further employment.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Formål, problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.2 Avgrensning av tema	4
1.3 Begrepsavklaring	4
1.4 Forforståelse av temaet	5
1.5 Oppgavens oppbygging og struktur	6
2.0 Bakgrunn	7
2.1 Brystkreft	7
2.2 Sosial støtte	9
2.3 Tilrettelegging	10
3.0 Tidligere forskning	12
3.1 Faktorer assosiert med retur til arbeidslivet	13
3.1.1 <i>Sosiodemografiske faktorer</i>	14
3.1.2 <i>Sykdom og behandlingsrelaterte faktorer</i>	14
3.1.3 <i>Personlige faktorer</i>	16
3.1.4 <i>Arbeidsrelaterte faktorer</i>	17
3.2 Hvorfor forske videre på dette	20
4.0 Metode	21
4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv	21
4.2 Kvalitative forskningsintervju som metode	22
4.3 Prosjektet «Strålebehandling av brystkreft. Sammenheng mellom behandling, bivirkning og helse relatert livskvalitet»	23
4.4 Datainnsamling	24
4.4.1 <i>Inklusjon- og eksklusjonskriterium</i>	24
4.4.2 <i>Rekrutteringsprosessen</i>	25
4.4.3 <i>Utvalg</i>	26
4.4.4 <i>Beskrivelse av deltakerne</i>	27
4.4.5 <i>Intervjuguiden</i>	28
4.4.6 <i>Gjennomføring av intervju</i>	29
4.5 Transkribering	32
4.6 Analyse og bearbeiding av materialet	32
4.6.1 <i>Trinn 1 Helhetsinntrykk</i>	34
4.6.2 <i>Trinn 2 identifisere meningsdannende enheter</i>	35
4.6.3 <i>Trinn 3 abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene</i>	35
4.6.4 <i>Trinn 4 Sammenfatte betydningen av dette</i>	36
4.7 Etikk og etiske betraktninger ved intervjuundersøkelse	37
4.7.1 <i>Godkjenning fra regional etisk komite</i>	38
4.7.2 <i>Personvern og håndtering av data</i>	39
5.0 Resultater	41
5.1 Jobbopplevelse	41
5.1.1 <i>Normalt og naturlig</i>	41

5.1.2 Rollen som arbeidstaker	42
5.1.3 Returoplevelsen	44
5.2 Den nye arbeidshverdagen	46
5.2.1 Arbeidskapasitet	47
5.2.2 Konsentrasjon og hukommelse	49
5.2.3 Det gikk som planlagt	50
5.3 Støtte	50
5.3.1 Støtte fra arbeidsgiver	51
5.3.2 Støtte fra arbeidskollegaer	52
5.4 Tilrettelegging og fleksibilitet	53
6.0 Diskusjon	57
6.1 Retur til arbeid, jobbens verdi, støtte og tilrettelegging	58
6.1.1 Returen til arbeid	58
6.1.2 Jobbens verdi	61
6.1.3 Opplevelsen av støtte	62
6.1.4 Tilrettelegging	65
6.2 Funnenes praktiske relevans	67
6.3 Videre forskning på området	67
6.4 Forskningens kvalitet - Styrker og svakheter ved studien	68
6.4.1 Validitet	68
6.4.2 Reliabilitet	73
7.0 Konklusjon	75
Referanseliste	76
Vedlegg	83

1.0 Innledning

I vårt samfunn forstås arbeidslivsdeltakelse som svært positivt, da arbeid blant annet blir sett på som en vesentlig del for vår sosiale integrering (Borg & Kristiansen, 2007). Deltakelse i arbeidslivet har videre en vesentlig innvirkning på vår identitet, selvfølelse samt at det bidrar til å skape en form for økonomisk stabilitet (Rasmussen & Elverdam, 2008; Nilson, Olsson, Wennman-Larsen, Peersson & Alexanderson, 2012; Brusletto, Torp, Ihlebæk & Vinje, 2018; Inwork, u.år). I tillegg bidrar deltakelse i arbeidslivet til å skape tilhørighet og struktur i hverdagen (Rasmussen & Elverdam, 2008). Ifølge statistisk sentralbyrås livskvalitet og levekårsundersøkelse har arbeidslivsdeltakelse sterk relasjon til den enkeltes livskvalitet og opplevelsen av å bidra i samfunnet (With, 2018). Også et amerikansk forskningsprosjekt knytter arbeidslivsdeltakelse til den enkeltes fysiske og mentale helse, og arbeid representerer i så måte en viktig faktor for den enkeltes velvære (Mahr, BrintzenhofSzoc & Shields, 2008). Deltakelse i arbeidslivet vurderes videre som en viktig del av hverdagslivet, da det bidrar til blant annet å skape en form for normalitet (Nilson, mfl., 2012; Lilliehorn, Hamberg, Kero & Salander, 2012). Det er forøvrig også slik at hver enkelt tilbringer mye tid på arbeidsplassen. Tall fra Virke (2016) viste at vi hver uke tilbringer en tredjedel av våre våkne timer på arbeidsplassen (Virke, 2016). I lys av dette kan man se at arbeidsplassen og deltakelse i arbeidslivet utgjør en betydelig del av vårt hverdagsliv og vår identitet, samtidig som det åpner opp for deltakelse i samfunnet.

Ifølge tall fra SSB faller 2,8 millioner (69,9%) av nordmenn innunder kategorien yrkesaktiv alder (SSB, 2019a). Av den totale arbeidsstyrken er majoriteten i fullt arbeid, men en liten andel av disse har i perioder vært nødt til å tre ut av arbeidslivet (SSB, 2019b). Det er mange ulike årsaker til at mennesker i perioder står utenfor arbeidslivet, men en av dem er knyttet til sykdom og behandling av sykdom. En sykdom som ofte har medført et slikt periodevist fravær fra arbeidslivet er ulike kreftsykdommer. Dette henger naturligvis sammen med at mange blir sykmeldt under behandlingen (Dahl, 2017, s. 193-195; Birkeland, 2017). Hvert år blir 33. 000 nordmenn diagnostisert med en form for kreftsykdom, og antallet nordmenn som har blitt diagnostisert med kreft har nærmest fordoblet seg de siste 50 årene (Birkeland, 2017; Kreftforeningen, 2019a & Kreftforeningen, 2019b). I henhold til tall presentert av kreftforeningen i forbindelse med verdens kreft-dag viser prognoser at om 15 år vil 50% flere nordmenn bli diagnostisert med kreft. I forbindelse med verdens kreft-dag kommenterte vår arbeids- og sosialminister Anniken Haugli disse tendensene. Hun uttrykte i den forbindelse at

dette i stor grad ville påvirke vårt fremtidige arbeidsliv, og at det derfor stadig blir viktigere å lage systemer for tilrettelegging på arbeidsplassen (Kreftforeningen, 2019a; Kreftforeningen, 2019b). Selv om antallet som diagnostiseres med kreft har økt betydelig, har også antallet som overlever en kreftdiagnose økt betraktelig. Tall fra 2017 viser at rundt 70% av kreftrammede nå lever fem år etter diagnosetidspunktet, og i dagens Norge anslår man at det er 250.000 kreftoverlevende (Birkeland, 2017 & Kreftforeningen, 2019a). I lys av disse tendensene står vi nå ovenfor andre utfordringer enn det vi gjorde tidligere. Ifølge Birkeland (2017) vil i snitt en av tre få en kreftdiagnose i løpet av sin levetid. Av de som blir rammet av kreft vil omtrent 40% være i det vi klassifiserer som arbeidsfør alder ved diagnosetidspunktet (Birkeland, 2017; Kreftforeningen, 2019a).

Trendene som her presenteres påvirker i stor grad arbeidslivet, og med de forbedrede behandlingsmetodene betyr det at mange flere enn tidligere skal tilbake igjen i arbeid (Willoch, 2017; Naume & Ursin 2018 & Kreftforeningen, 2019a). Ifølge Mehnert (2011) returner 60-70% av kreftoverlevende i arbeidsfør alder tilbake til arbeidslivet i etterkant av sykdom og behandling. Samtidig opplever mange tidligere kreftpasienter det utfordrende å returnere til arbeidslivet (Mehnert, 2011; Dorland, Abma, Roelen, Smink, Ranchor & Bultmann, 2016; Brusletto, 2016). Utfordringer relatert til tilbakeføring til arbeidslivet understøttes videre i en studie av danske brystkreftrammede kvinner, som viste at gruppen av brystkreftrammede rangerte sin arbeidsevne betydelig lavere enn den friske kontrollgruppen (Carlsen, Jensen, Rugulies, Christensen, Bidsrup, Johansen, Madsen & Dalton, 2013). Disse tendensen som er skissert ovenfor kan også overføres til kreftrammede nordmenn. Ifølge generalsekretær i kreftforeningen Anne Lise Ryel er det mange kreftpasienter som opplever senskader etter kreftbehandlingen, og av den grunn opplever det utfordrende å møte kravene som stilles i arbeidslivet. Det vil derfor ifølge Ryel være viktig at arbeidslivet er forberedt på hvordan man skal møte disse utfordringene, og sørge for at flest mulig tilbakeføres til arbeidslivet etter endt kreftbehandling (Kreftforeningen, 2019a).

Tilbakeføring til arbeidslivet er viktig både for enkeltindividet og samfunnet. Ut ifra et individperspektiv medfører arbeidslivsdeltakelse slik det ble skissert ovenfor et viktig aspekt for vår livsutfoldelse, livskvalitet og følelsen av mening med tilværelsen (Bøhn, 2000, s. 144-145; Kreftforeningen, 2019a; Dahl, 2017, s.195). Et ytterligere aspekt er at deltakelse i arbeidslivet i etterkant av kreftsykdom fungerer som en distraksjon fra sykdommen, og flere opplever det derfor svært positivt å være i arbeid (Nilsson, mfl., 2013). Ut ifra et

samfunnsperspektiv medfører en mislykket tilbakeføring til arbeidslivet betydelige økonomiske kostnader. Ifølge rapporten *Fremtidens kreftkostnader, utvikling i kreftkostnader over tid – årsak og utfordringer* kommer det frem at det samlede produksjonstapet samfunnet påføres som følge av kreftsykdom er på hele 19,5 milliarder kroner (Oslo economics, 2019, s. 21). Produksjonstapet omfatter i denne rapporten både tap av at personer med kreft ikke kan stå i arbeid og tap forbundet med tidlig dødsfall. For å sette dette i perspektiv utgjør dette en like stor kostnad som de samlede kostnadene i helsevesenet. Det er derfor viktig at vi som samfunn gjør alt vi kan for at så mange som mulig kommer tilbake igjen i arbeid. I lys av dette er det vesentlig at vi arbeider aktivt og målrettet for å legge til rette for at kreftpasienter kan stå i arbeid. Dette vil spare samfunnet for betydelige kostnader samtidig som det er viktig for enkeltindividets livskvalitet og identitet (Kreftforeningen, 2019a; Oslo economics, 2019, s. 21). Dette mastergradsprosjektet blir i så måte et lite bidrag til dette aktive arbeidet. Mastergradsprosjektet har som hensikt å belyse brystkreftrammede kvinners opplevelser og erfaringer knyttet til retur til arbeid. I tillegg vil det også fokuseres på hva denne gruppen erfarer som betydningsfulle aspekter i returfasen og for videre yrkeslivsdeltakelse.

1.1 Formål, problemstilling og forskningsspørsmål

Formålet med mastergradsprosjektet er å bidra til økt innsikt om fenomenet retur til arbeidsliv etter endt brystkreftbehandling. Brystkreft er en av de kreftdiagnosene som medfører høyt sykefravær. Årsaken til dette kan relateres til mange faktorer, hvor en tøff behandlingsprosess og ettervirkninger av behandlingen er en av dem (Morland, 2018). I lys av viktigheten av å lykkes med tilbakeføring til arbeid både for den enkelte brystkreftrammede kvinne og det norske samfunnet, ønsker jeg å se nærmere på dette fenomenet. Ved å undersøke dette fenomenet nærmere kan det styrke mulighetene for å forstå gruppens opplevelser knyttet til fenomenet retur til arbeid enda bedre. Kunnskapen som frembringes kan igjen bidra til å vise hvordan man kan arbeide målrettet med tilbakeføring til arbeid, gjennom å ta utgangspunkt i hva denne gruppen opplever som betydningsfulle faktorer for videre deltakelse i arbeid. Problemstillingen er derfor som følger:

Hvordan opplever kvinner som har hatt brystkreft sin retur til arbeidslivet, og hva erfarer de er av betydning i tilbakeføringsprosessen og for videre arbeidslivsdeltakelse etter endt brystkreftbehandling?

1.2 Avgrensning av tema

Arbeidslivdeltakelse etter endt kreftbehandling er et omfattende og stort tema. Det har av den grunn vært nødvendig å gjøre enkelte begrensninger og avgrensninger av temaet.

Avgrensningene av temaet er gjort for å sikre en tilstrekkelig og grundig belysning av problemstillingen. I denne masteroppgaven vil det derfor kun bli fokusert på brystkreftpasienter og deres opplevelser. Andre typer kreftsykdommer vil ikke bli belyst. Jeg vurderer likevel at det er en viss grad av overførbarhet fra brystkreftpasientenes opplevelser og erfaringer knyttet til retur til arbeidslivet til andre kreftsykdommer. Dette er begrunnet i at mange av seneskader forbundet med brystkreftbehandling også kan oppstå som senskader ved andre kreftformer. Eksempler på dette kan være fatigue (Kiserud, Dahl & Fosså, 2018, s. 148-159). Videre avgrenses mastergradsoppgaven til kun å se på deltakernes opplevelser og erfaringer. Retur til arbeidslivet involverer gjerne flere parter og aspekter. Arbeidsgivers perspektiv og myndighetenes virkemiddelbruk er eksempler på dette. For å belyse retur til arbeid kunne det vært interessant å inkludere arbeidsgiverens opplevelser og erfaringer, men dette vil ikke gjøres i denne studien.

1.3 Begrepsavklaring

Arbeidet med dette mastergradsprosjektet medfører bruk av en rekke begreper og definisjoner. For å gjøre det mest mulig klart for leseren velger jeg å presentere definisjoner og min forståelse av de ulike begrepene.

Retur til arbeidslivet: Retur til arbeidslivet forstås i denne oppgaven som oppstart i jobb eller opptrapping av arbeidsmengde i jobbsammenheng etter en periode med sykdom og behandling.

Brystkreft: Cancer mammae som er det latinske navnet for denne kreftsykdommen. Brystkreft er en kreftform hvor det oppstår en ondartet kreftsvulst i brystets kjertellev. Dette er en kreftform som hyppigst opptrer hos kvinner, men kan også forekomme hos menn (Felleskatalogen, 2016).

Arbeidsevne og arbeidskapasitet: Den finske arbeidslivsforskeren Juhani Ilmarinen definerer arbeidsevne som balansen mellom våre menneskelige ressurser og kravene arbeidsplassen stiller (Ilmarinen, 2009, s. 2-3) Denne definisjonen har videre blitt forklart av Alv Dahl, som beskriver at arbeidsevne består av de tre likeverdige komponentene fysisk, psykisk og sosial

arbeidsevne. Fysisk arbeidsevne omhandler å ha fysiske krefter og ferdigheter for å mestre jobben. Psykisk arbeidsevne omhandler konsentrasjon, utholdenhet og følelsesmessig stabilitet som kreves i arbeidslivet. Sosial arbeidsevne omfatter samhandling med andre individer og grupper i arbeidshverdagen (Dahl, 2017, s. 197). Arbeidskapasitet kan i mange sammenhenger knyttes opp mot en av de tre komponentene innenfor arbeidsevne. Arbeidskapasitet vil i denne sammenheng forstås som den kapasiteten den enkelte arbeidstaker har til å få utført arbeidsoppgaven innenfor gitte rammer.

1.4 Forforståelse av temaet

Personlig finner jeg dette temaet svært interessant, siden det i stor grad relateres til den viktige rollen arbeidsliv har i den enkeltes liv. Ut ifra min forståelse er deltakelse i arbeidslivet noe den enkelte opplever som svært meningsfullt i sitt liv, og arbeidslivet er en viktig arena for å styrke både vår identitet og livskvalitet. Arbeid har ut ifra mitt syn både en verdi i seg selv samtidig som det er et middel for rehabilitering etter sykdom. Min forståelse av arbeidslivsdeltakelse er forankret i min yrkesbakgrunn som sykepleier. Gjennom min jobb som sykepleier har jeg arbeidet med alvorlig syke mennesker. I tillegg til å utføre sykepleiefaglige prosedyrer innebærer jobben også relasjonsbygging. Jeg har derfor hatt mange samtaler med mennesker om deres opplevelser og erfaringer knyttet til sykdom og livet etter sykdom. Gjennom disse samtalen har arbeid dukket opp, og i flere samtaler har pasientene delt sine opplevelser og bekymringer knyttet til å falle ut av arbeidslivet for en periode. Min forforståelse forankres videre i annen tidligere arbeidserfaring i en arbeidsmarkedsbedrift, hvor jeg jobbet med arbeidstrening for mennesker som sto i utenfor eller sto i fare for å falle ut av var arbeidslivet. Denne arbeidserfaringen medførte at jeg fikk et innblikk i opplevelser knyttet til tilbakeføringsprosessen, og det skapte en forståelse av hvilke utfordringer en slik prosess kan føre med seg.

Arbeidet med masteroppgaven har krevd at jeg har vært nødt til å være bevisst min egen forforståelse. Jeg har derfor forsøkt å undersøke fenomenet uten at dette preges/ farges i for stor grad av min forforståelse. I forkant av oppstart med mastergradsprosjektet har jeg derfor gjort meg en rekke tanker rundt temaet jeg skal belyse. I lys av den kunnskapen og erfaringen jeg har som sykepleier sammen med det teoretiske forarbeidet jeg har gjort i forkant av studien, satt jeg igjen med en forståelse av at mange brystkreftpasienter opplevde retur til arbeidslivet som svært utfordrende. Mange opplevde at det var for lite oppfølging, og en forventning om at man skulle fungere like godt som man gjorde før man ble syk. Videre

hadde jeg en forståelse av at ulike seneffekter av behandlingen kunne medføre at returen til arbeid opplevdes som ytterligere utfordrende. Blant annet var min forståelse at fatigue og kroppssmerter kunne være to faktorer som bidro til å gjøre det utfordrende å returnere til arbeidslivet. I tillegg hadde jeg gjort meg en del tanker knyttet til psykiske utfordringer og hvordan det kunne påvirke returen til arbeid. Det å få en kreftdiagnose er i seg selv en stor påkjenning da det medfører en lang behandlings- og oppfølgingsperiode, samt en periode tilknyttet mye uvisshet. Min forforståelse var at dette kunne medføre utfordringer i prosessen tilbake til arbeid.

Gjennom dette mastergradsprosjektet har jeg et stort ønske om å belyse dette fenomenet ytterligere, og gjennom bevisstgjøringen av egen forforståelse som jeg har skildret ovenfor, er min intensjon å kunne undersøke fenomenet uten for stor påvirkning av mine tanker og forforståelse.

1.5 Oppgavens oppbygging og struktur

En sentral del av forskningsprosessen er å sammenfatte, samt formidle funn og veien til disse funnene. Rapporteringsformen for denne oppgaven er inspirert av IMRAD- modellen, hvor introduksjon, metode, resultat og diskusjon presenteres i kronologiske rekkefølge (Malterud, 2017, s 118). Jeg har valgt å inkludere to kapitler om bakgrunn og tidligere forskning, som vil bli presentert mellom introduksjon og metodepresentasjonen. Nedenfor vil jeg gi en kort presentasjon av hva de påfølgende kapitlene vil omhandle.

Kapittel 2, presenterer bakgrunn og relevant teori. Kapittel 3, tar for seg tidligere forskning på området. I kapittel 4, oppgavens metodekapittel, vil jeg presentere forskningsprosjektet metode, fremgangsmåte og etiske refleksjoner knyttet til prosjektet. I kapittel 5, vil jeg løfte frem funn fra datamaterialet. I kapittel 6, diskusjon, vil mastergradsprosjektets hovedfunn diskuteres opp mot teori og relevant forskning. I lys av oppgavens funn og relevant teori vil det gjøres en presentasjon av veien videre og funnenes praktiske relevans. Dette kapitlet vil også inneholde en metodediskusjon hvor studiens styrker og svakheter diskuteres.

Masteroppgaven avsluttes med en konklusjon. Det er forøvrig lagt ved en rekke dokumenter som vedlegg til mastergradsoppgaven. Disse dokumentene har på ulik måte blitt brukt gjennom prosessen. Vedlagte dokumenter er lagt ved på slutten av oppgaven og omfatter prosjektets intervjuguide, utforming av kondensat og godkjenning fra regional etisk komite.

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet vil jeg presentere bakgrunn for temaet ytterligere. Jeg vurderer det som hensiktsmessig å beskrive brystkreft og hvordan denne kreftsykdommen kan påvirker livet i etterkant. Videre vil jeg i korte trekk redegjøre for betydningen av sosial støtte i lys av James House sin teori og tilrettelegging ved arbeidsplassen ut ifra den norske konteksten. Beskrivelsene av dette vil bidra til økt forståelse av sammenheng i videre presentasjon av resultater og diskusjon av funn.

2.1 Brystkreft

Brystkreft (cancer mammae) beskrives som en ondartet svulst som oppstår i brystets kjertelvev. Brystkreft oppstår når det forekommer en ukontrollert celledeling i dette kjertelvevet (Wyller, 2014, s. 122 & Felleskatalogen, 2016). Mange kvinner vil igjennom livsløpet oppleve å kjenne kuler i brystet. For yngre kvinner representerer dette gjerne en godartet svulst (benign tumor), mens det for eldre kvinner er sannsynlighet større for at en slik kul representerer en ondartet svulst (malign tumor) (Schlichting & Wist, 2018, s. 327). Brystkreft er den vanligste formen for kreft hos kvinner. Tall fra 2017 viste at i løpet av dette året ble 3905 kvinner rammet av denne kreftformen. Gjennom systematisk arbeid gjort i løpet av de siste tiårene har man sett en tydelig fremgang knyttet til både diagnostikk og behandling av brystkreft (Naume & Ursin 2018, s. 3 & 8). I Norge har det over lengre tid vært utført målrettet arbeid for å fange opp og sikre tidlig diagnostikk av brystkreft. Mammografiscreeningsprogrammet som har vært landsomdekkende fra 2004 er blant annet et slikt tiltak. Screeningsprogrammet innebærer at kvinner i alderen 50 – 69 år får tilbud om mammografi annethvert år, og har tidlig diagnostikk som et av sine hovedmål (Kreftregisteret, 2019 & Schlichting & Wist, 2018, s. 334-335).

For å undersøke og avklare omfanget av kuler i brystet benyttes en så kalt trippeldiagnostikk. Dette omfatter kliniske undersøkelser, bildediagnostikk og vevsprøver. Etter at diagnosen er stilt velger legen den behandlingen som er best egent. Denne behandlingen består gjerne av en kombinasjon av operasjon, strålebehandling og cellegift. For enkelte er det også nødvendig med hormonterapi i etterkant. Hvor vidt alle disse behandlingsmetodene benyttes avhenger av grad av sykdom (Schlichting & Wist, 2018, s. 327- 339). Mange kreftpasienter opplever bivirkninger og seneffekter av kreftsykdom og behandling. Seneffektene kan oppstå under selve behandling og mange år etter at den er avsluttet (Hess, Dahl & Kiserud, 2018). Seneffekter utgjør et bredt spekter av somatiske og psykiske tilstander med varierende

alvorlighetsgrad. Seneffekter som kan oppstå etter kreft og kreftbehandling deles gjerne inn i somatiske, psykologiske og sosiale seneffekter ut ifra hvilke områder de berører. Eksempel på en somatisk seneffekt kan være hjertesykdom, mens en psykologiske seneffekt kan være kognitive problemer. En sosial seneffekt kan eksempelvis være redusert arbeidsevnen etter sykdom. I den praktiske hverdagen er det vanskelig å kategorisere seneffektene, da de ulike seneffektene har en tendens til å flyte over i hverandre. Et eksempel på dette er fatigue eller kronisk trøtthet, som kan bestå av både psykologiske og somatiske komponenter (Kiserud, Dahl & Fosså, 2018, s. 148-149). Omfanget av seneffekter er stort og det vil ikke være mulig å presentere det totale antallet. Nedenfor vil jeg derfor i korte trekk presentere seneffekter som jeg antar har innvirkning på arbeid og muligheten for retur til arbeidslivet.

I de senere årene har det vært økende fokus på kognitive seneffekter. Flere kreftpasienter har rapportert at de har opplevde vansker med konsentrasjon, oppmerksomhet, hukommelse og oppgaveløsning i etterkant av kreftsykdommen. Disse utfordringene har i stor grad vært fremtredende for de kreftpasientene som har gjennomgått cytostatikabehandling. Utfordringer knyttet til kognitive seneffekter forsvinner for de fleste i løpet av det første året etter behandling, men for omtrent 15 prosent av kreftpasientene henger disse plagene ved i en lengre periode (Hess, Dahl & Kiserud, 2018). Hodet fungerer ikke som før har derfor vært en beskrivelse mange kreftpasienter tyr til når de beskriver situasjonen etter behandling (Dahl, 2017, s 29). En videre seneffekt som kan være utfordrende er fysiske seneffekter. Dette omfatter kroniske smerter og funksjonsnedsettelse. Kreftbehandling kan medføre arrdannelse, funksjonssvikt og lymfeødem som kan medføre kroniske smerter og ubehag for den krefttrammede. For brystkreftpasienter kan arm og skulderplager samt lymfeødem ofte oppstå og skape nedsatt funksjon og smerter. Flere kreftpasienter har rapportert om seneffekter av denne karakter og det er derfor viktig at det gis adekvat smertebehandling slik at funksjonen kan bli best mulig (Hess, Dahl & Kiserud, 2018 & Kiserud, Dahl & Fosså, 2018, s. 158).

Fatigue eller kronisk tretthet som i dagligtale gjerne omtales som en subjektiv opplevelse av å være trett/ sliten, kjenne seg svak og mangle energi. Fatigue er den hyppigst rapporterte seneffekten uavhengig av type kreft. Fatigue kan oppstå som en seneffekt av behandlingen, men den kan også være et symptom på selv kreftsykdommen. Det skilles derfor mellom akutt fatigue og kronisk fatigue (Kiserud, Dahl & Fosså, 2018, s. 159 & Hess, Dahl & Kiserud, 2018). Denne akutte formen er relatert til selve kreftsykdommen, mens en kroniske fatigue opptrer som en seneffekt av kreftbehandling. Kronisk fatigue kan slik det fremstilles i

litteraturen ha stor innvirkning på den enkeltes liv, da den eksempelvis kan medføre en reduksjon i livskvalitet eller arbeidsevne. Forskning gjort på området viste at opp mot 25-35% av langtidsoverlevende etter lymfom, bryst og livmorhalskreft var plaget med kronisk fatigue. For kreftoverlevende rammet av kronisk fatigue har det vist seg utfordrende å finne en sikker forklaring på tilstanden. Denne uvissheten kan være utfordrende å leve med, men visshet om at dette er en seneffekt har vist seg å ha en positiv betydning. For kreftoverlevende med kronisk fatigue kan tilpassing og tilrettelegging av aktiviteter etter den enkeltes energinivå være svært hensiktsmessig. I den sammenheng kan eksempelvis tilpassing av arbeidssituasjon bidra til å gjøre at den kreftoverlevende med kronisk fatigue mestrer hverdagen bedre (Kiserud, Dahl & Fosså, 2018, s. 159-160).

2.2 Sosial støtte

Folkehelseinstituttet definerer at god sosial støtte innebærer at den enkelte får kjærlighet og omsorg, blir verdsatt, tilhører et sosialt nettverk og et felleskap med gjensidige forpliktelser (Hånes, 2015). Sosial støtte forstås som betydningsfullt for den enkelte, og det har lenge vært anerkjent at opplevelse av sosial støtte har innvirkning på den enkeltes helse (House, Landis & Umberson, 1988). Helsegevinsten ved god sosial støtte er fortsatt gjeldende i dag. Slik det kom frem i Hånes (2015) sin artikkel forstås sosial støtte fortsatt som helsefremmende og et viktig element for å redusere hyppigheten av fysiske og psykisk lidelse (Hånes, 2015).

Sosial støtte og betydningen av dette, har i løpet av de siste tiårene blitt et svært aktuelt forskningstema. Fra 1970- tallet har man sett en kraftig økning av forskning på området, og begrepet sosial støtte har blitt tatt i bruk innenfor en rekke ulike fagdisipliner. På grunn av relasjonen mellom sosial støtte og helse har interessen innenfor helsefagene vært stor (Song & Son, 2011, s. 1- 4). I lys av den store interessen finnes det mange ulike definisjoner på hva sosial støtte er, og fundamentet i mange av definisjonen er relativt like. I forbindelse med dette mastergradsprosjektet har jeg valgt å benytte meg av James House sin definisjon av sosial støtte. House har et tydelig fokus på det sosiale perspektivet av sosial støtte, og han definerer sosial støtte på denne måten: «Social support, then, is a flow of emotional concern, instrumental aid, information, and/or appraisal between people» (House, 1981, s. 26). I sin definisjon vektla han i stor grad støtten som kan utveksles mellom de involverte partene, og at den sosiale støtten har ulik form. James House operer med fire forskjellige former for sosial støtte. De fire formene for sosial støtte/ støttende handlinger er: emosjonell støtte, informativ støtte, instrumentell støtte og det som på norsk oversettes til en evaluativ støtte (House, 1981,

s., 22-26; Nohe & Sonntag, 2014). En inndeling av ulike formene for sosial støtte har også blant annet blitt beskrevet av Sidney Cobb, men jeg velger fortsatt å kun forholde meg til James House sin forståelse av de ulike formene for sosial støtte (House, 1981, s.15-16). Definisjonen til House (1981) er fra flere år tilbake, men den vurderes fortsatt som aktuell. Definisjonen og forståelse av de ulike formene for sosial støtte brukes fortsatt i forskning, og er en aktuell forståelse av begrepet også i dag (Nohe & Sonntag, 2014). House sin definisjon og inndelingen i ulike former for sosial støtte vurderes fortsatt forøvrig som aktuell sett ut ifra en norsk kontekst, da denne forståelsen ut ifra min oppfatning har preget hvordan eksempelvis Folkehelseinstituttets beskriver sosial støtte (Hånes, 2015).

Den første formen for støtte som definisjonen trekker frem er var en emosjonell støtte. Denne støtten innebærer å vise omsorg, forståelse og kjærlighet. Denne formen for støtte gis ofte av nære venner og familie. På arbeidsplassen kan emosjonell støtte komme til uttrykk gjennom at kollegaer eller leder lytter og bryr seg om eventuelle problemer kollegaen eller den ansatte har. Den informative støtten omfatter råd, anbefalinger som skal hjelpe den enkelte i møte med utfordringer både av sosial og personlig karakter. Den informative støtten kan komme til uttrykk på forskjellige måter, men på en arbeidsplass kan den synliggjøres ved at eksempelvis en kollega eller leder viser hvordan et problem kan løses. Den tredje formen for støtte House trekker frem var en instrumentell støtte. Denne formen for støtte innebærer praktisk hjelp og hjelpemidler. Tilrettelegging av arbeidsoppgaver kan i så måte være en form for instrumentell støtte. Den siste av de ulike formene for støtte var den evaluative støtten eller den bekreftende støtten. Denne formen for støtte omfatter tilbakemeldinger eller evalueringer. På arbeidsplassen kan denne formen av sosial støtte komme til uttrykk gjennom konstruktive tilbakemeldinger (positive og negative) på arbeidsoppgaver (House, 198, 26; Ducharme & Martin, 2000; Nohe & Sonntag, 2014; Hånes, 2015).

2.3 Tilrettelegging

Tilrettelegging i arbeidshverdagen kan være aktuelt for mange arbeidstakere ved retur til arbeidslivet. Tilrettelegging kan omfatte en rekke ulike tiltak, hvor det overordnede målet er at arbeidstakeren så langt det lar seg gjøre skal klare å delta som tidligere på arbeidsplassen ved at krav tilpasses den enkelte arbeidstakers forutsetninger. I henhold til Arbeidsmiljøloven §4-1 og § 4-2 har arbeidsgiver en tilretteleggingsplikt (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4- 1 - §4-2 & Arbeidstilsynet, 2019). I dette ligger det at arbeidsgiver plikter å organisere og legge til rette på en slik måte at arbeidstakeren ikke utsettes for uheldig fysisk og/ eller psykisk

belastning. I så måte skal arbeidsgiveren legge til rette for at arbeidstakeren kan være i jobb, og være like frisk når han/hun er ferdig på jobb (Arbeidstilsynet, 2019).

I henhold til arbeidstilsynets retningslinjer skal hver arbeidsplass ha et system for helse- miljø- og sikkerhetsarbeid. Dette systemet gir en beskrivelse av virksomhetens rutiner og tiltak knyttet til forebygging og hindring av arbeidsrelatert sykdom, og hvordan arbeidsplassen skal møte arbeidstakere med ulike helseutfordringer. Arbeidsgiverens har en særskilt tilretteleggingsplikt for arbeidstakere som opplever å ha en redusert arbeidskapasitet eller arbeidsevne. Arbeidsgiveren plikter å gi individuell tilrettelegging til denne gruppen. Tilretteleggingsplikten er videre uavhengig av om behovet er kortvarig eller langvarig, arbeidstakerens alder, stillingsprosent eller om arbeidstakeren er fast eller midlertidig ansatt (Arbeidstilsynet, 2019).

I § 4-6 legges det vekt på tilrettelegging for arbeidstakere som opplever å ha redusert arbeidsevne eller arbeidskapasitet. Dersom arbeidstakeren har redusert arbeidsevne på grunn av ulykke eller sykdom skal arbeidsgiver ifølge lovens bestemmelse så langt det lar seg gjøre å iverksette nødvendige tiltak, slik at arbeidstakeren kan beholde eller få tilpasset et arbeid som er forenlig med arbeidstakers kapasitet/ evne. Det er et ønske at arbeidstakeren fortrinnsvis skal ha anledning til å beholde det arbeide han/hun utøvde i forkant av sykdom/ulykke. De gangene det ikke er mulig for den ansatte å gjøre sin tidligere jobb, skal arbeidsgiver tilrettelegge arbeidssituasjonen gjennom særskilte tiltak. Det kan da være snakk om tilrettelegging av arbeidet eller arbeidstid, endring av arbeidsutstyr eller arbeidsrettede tiltak. To viktige elementer for all tilrettelegging er en åpen dialog mellom partene og at arbeidstakeren selv skal ha en aktiv rolle i prosessen. Dette for å sikre at tilrettelegging blir tilstrekkelig og adekvat ut ifra det behovet arbeidstakeren har (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-6).

3.0 Tidligere forskning

Tilbakeføring og retur til arbeid i etterkant av kreftbehandling har vært et område med økende fokus. Det er av den grunn blitt gjennomført en rekke forskningsarbeid for å undersøke forhold knyttet til denne tilbakeføringsprosessen (Neumrk, Bradley, Henry & Dahman, 2015; Dorland, mfl., 2016 & Fitch & Nicoll, 2019). Motivasjonen for den økende oppmerksomheten for dette forskingsområdet knyttes til det faktum at brystkreft er en relativt vanlig kreftform, og det er en kreftdiagnose som hyppig rammer kvinner i arbeidsfør alder. Brystkreft er videre en diagnose med relativt gode prognoser så lenge det oppdages på et tidlig tidspunkt, noe som igjen medfører at mange av disse kvinnene skal tilbakeføres til arbeidslivet i etterkant av behandling (de Boer, 2014 & Neumrk, Bradley, Henry & Dahman, 2015). Mye av forskningen som er gjennomført i tilknytning til dette temaet har blant annet sett på utfordringer og faktorer som bidrar til å gi en suksessfull tilbakeføring (Nilsson, mfl. 2012; Tamminga, mfl., 2012 & Dorland, mfl, 2016).

I forbindelse med dette mastergradsprosjektet har det blitt hentet inn forskning både fra nordiske land og land utenfor Norden. Forskingen er hovedsakelig fra Europa og USA, men jeg har også valgt å inkludere relevant forskning fra asiatiske og sør- amerikanske land. Ved bruk av forskning fra andre land har jeg vært spesielt kritisk med tanke på overføringsverdi, da det gjerne er store variasjoner eksempelvis knyttet til samfunn og velferdsmodell eller organisering av arbeidslivet. Enkelte av de områdene som trekkes frem i forskningsartiklene kan vanskelig forstås ut ifra det norske arbeidslivet, og jeg vurderer det som viktig å løfte dette frem før jeg starter presentasjon av relevant forskning på området. Nedenfor vil jeg derfor presentere eksempler på forskningsfunn som det er viktig å være kritisk til når det gjelder overføring til en norsk kontekst.

Ved gjennomgang av resultat fra flere forskningsprosjekt kom det frem at gjennomsnittlig 60-70% av kreftoverlevende i arbeidsfør alder returnerte til arbeid etter endt behandling (Mehnert, 2011). Hvor raskt den kreftrammede returnerte til arbeid i etterkant av diagnostisering viste forskning på området at det var variasjon fra land til land. Dette kom til uttrykk gjennom en reviewartikkel utført av Islam mfl. (2013), der det kom frem at prevalensen knyttet til retur til arbeid 12 måneder etter diagnostisering varierte fra 43% til 93%. Nederland hadde den klart laveste tilbakeføringsraten ett år etter. Her hadde bare 43% av de diagnostiserte returnert til arbeid ett år etter. USA på den andre siden hadde den høyeste tilbakeføringsraten ett år etter diagnostisering med hele 93% (Islam, Dahlui, Majid, Nahar,

Taib, & Su, 2013). De store variasjonene som vises her kan eksempelvis knyttes opp mot ulik struktur og organisering av arbeidslivet og velferdsordninger innad i landene. Ett annet funn i reviewartikkelen til Islam mfl. (2013) var knyttet til påvirkningen privat versus offentlig helseforsikring hadde for retur til arbeid. I artikkelen ble det løftet frem at i land som USA, hvor de har privat helseforsikring, kan frykten for å miste helseforsikringen tydelig påvirke returen til arbeid og valget om å returnere til arbeid (Islam, mfl., 2013). Funn som dette kan vanskelig forstås ut ifra den norske konteksten, da vi har en offentlig helseforsikring og økonomiske forhold som dette i mindre grad kan påvirker hvorfor man velger å starte opp i arbeid tidligere. Det er likevel ikke slik at det økonomiske aspekt er fraværende i norsk arbeidsliv, da det er mer økonomisk fordelaktig å være i jobb enn det eksempelvis er å være utenfor arbeid. Sammenlignende funn som vist ovenfor kan ikke fullt ut forstås i den norske konteksten, og det er derfor viktig å korrigere for dette i analysearbeidet. Enkelte funn fra eksempelvis USA kan være vanskelig å overføre til oss, da samfunnsstrukturer og organisering av arbeidslivet ut ifra min mening er relativt forskjellig i USA og Norge. Under arbeidet med dette mastergradsprosjektet har jeg derfor vært bevisst på disse utfordringene, og jeg har gjennomgående forsøkt å vurdere funnene kritisk opp mot en norsk kontekst.

3.1 Faktorer assosiert med retur til arbeidslivet

Funn knyttet til retur til arbeidslivet viste som nevnt ovenfor at godt over halvparten av kreftoverlevende i arbeidsfør alder returnerte til arbeidslivet i etterkant av kreftdiagnosen (Mehnert, 2011). Det er likevel viktig å være klar over at retur til arbeid kan medføre en rekke utfordringer. Slik det kom frem Dorland mfl. (2016) opplevde kreftpasienter at arbeidsrelaterte, kreftrelaterte og psykososiale faktorer i stor grad påvirket returen til arbeidslivet (Dorland, mfl., 2016). Denne forståelsen understøttes videre gjennom tilsvarende funn fra andre forskingsprosjekt som viste at bivirkninger av behandling eller manglende støtte påvirket tilbakeføringen til arbeid (Tamminga, de Boer, Verbeek & Fring-Dresen, 2012; Lou, Liu, Cheng, Xiao, Su & Feuerstein, 2018 & Fitch & Nicoll, 2019). På den andre siden har forskningsarbeid avdekket en rekke faktorer som har en positiv innvirkning på tilbakeføringen til arbeidslivet. Gjennomgående viste forskningen på området at opplevelsen av støtte og muligheten for tilrettelegging i arbeidssituasjonen hadde stor innvirkning på selve tilbakeføringssituasjonen (Neumrk mfl., 2015; Caron, Durand & Tremblay, 2017). Nedenfor presenteres ulike områder som tidligere forskningsfunn mener kan påvirke returen til arbeidslivet i etterkant av kreftsykdom.

3.1.1 Sosiodemografiske faktorer

Det er gjort funn i forskning som danner et bilde av at sosiodemografiske faktorer har en innvirkning på returen til arbeid. Faktorene alder, utdanning, sivilstatus, grad av sosial støtte og type arbeid viste seg å ha innvirkning på retur til arbeid i etterkant av kreftsykdom. (Fantoni, Peugniez, Duhamel, Skrzypczak, Frimat & Leroyer, 2010; Lee & Lee, 2019). I Fantoni mfl. (2010) sin studie kom det blant annet frem at kvinner under femti år ved diagnositidspunktet, med høy utdanning og opplevelse av høy grad av sosial støtte hadde høyest sannsynlighet for å returnere til arbeid i etterkant av behandling. Sannsynligheten for å returnere til arbeid var i kontrast lavere for de kvinnene som på grunn av lavere utdanning hadde høy grad av fysisk/ manuelt arbeid (Fantoni, mfl., 2010). De sosiodemografiske faktorenes innvirkning på retur til arbeid kan også overføres til en norsk kontekst. Dette ses i lys av funn et skandinavisk forskningsprosjekt hvor det kom frem at blant annet lav utdanning var assosiert med både tidlig pensjon og arbeidsledighet i etterkant av kreftbehandlingen (Lindbohm, Kuosma, Taskila, Hietanen, Carlsen, Gudbergsson & Gunnarsdottir, 2014).

3.1.2 Sykdom og behandlingsrelaterte faktorer

Forskning viste at sykdom- og behandlingsrelaterte faktorer har en tydelig innvirkning på tilbakeføringen til arbeid i etterkant av kreftsykdom. Det kom frem at kreftens stadium og grad av behandling hadde en tydelig innvirkning på tilbakeføring og videre arbeid i etterkant av sykdommen (Fantoni, mfl., 2010; Nilsson, mfl., 2012; Tamminga, mfl., 2012 & Van Muijen, Weevers, Snels, Duijts, Bruinvels & van der Beek, 2013). Det kom frem eksempelvis at desto mer invasiv kirurgi, desto mer påvirker det retur til arbeid. Kreftrammede som kun hadde gjennomgått kirurgi var raskere tilbake i arbeid enn kreftrammede som hadde vært gjennom stråleterapi og cellegift (Fantoni, mfl., 2010; Van Muijen, Weevers, Snels, Duijts, Bruinvels & van der Beek, 2013; Mbengi, Otter, Mortelmans, Arbyn, Oyen, Bouland & de Brouwer, 2016 & Wolvers, mfl., 2017). De sykdom og behandlingsrelaterte bivirkningene skapte ifølge Tamminga mfl. (2012) en barriere for selve returen til arbeid (Tamminga, mfl., 2012). Det kom videre frem at de også innvirker i etterkant av selve returen. I en svensk studie ble det påpekt at de som hadde vært igjennom mer omfattende kirurgi eller cellegift i større grad var sykmeldt de påfølgende årene etter behandlingen (Söderman, Friberg, Alexanderson & Wannman- Larsen, 2018)

Både fysiske og kognitive sykdom og behandlingsrelaterte bivirkninger kan påvirke tilbakeføring til arbeid (Tamminga, mfl., 2012; Wolvers, mfl. 2017 & Zomkowski, Cruz de

Souza, Moreira, Volkmer, Honório, Santos & Sperandio, 2019). Lue mfl. (2018) påpekte i sin kvalitative studie at deltakerne opplevde utfordringer i form av fysisk svekkelse, ubehag form av svette og smerter i armen samt kognitive utfordringer knyttet til hukommelse og konsentrasjonsvansker i forbindelse med retur til arbeid (Lue, Liu, Cheng, Xiao, Su & Feuerstein, 2018). Nilsson mfl. (2012) viste at behandlingsrelaterte bivirkninger som disse i varierende grad kunne innvirke på den enkeltes arbeidskapasitet i etterkant av behandlingen (Nilsson, mfl., 2012). En behandlingsrelatert bivirkning som i stor grad innvirker på den enkeltes arbeidskapasitet var fatigue. Flere forskningsprosjekter påpekte også at fatigue var en tydelig barriere for arbeidsfunksjon i etterkant av kreftbehandling (Carlsen, mfl., 2013; Dorland, mfl., 2016 & Wolvers, mfl., 2017). Carlsen mfl. (2013) påpekte at fatigue var den behandlingsrelaterte bivirkningen som i størst grad påvirker den enkeltes arbeidsevne i etterkant av kreftbehandling. I likhet med Carlsen mfl. (2013) påpekte Dorland mfl. (2016) at denne type bivirkning medføre utfordringer med tanke på konsentrasjon og løftet videre fram at fatigue var den bivirkning som ofte medførte at kreftpasienter valgte å redusere antall arbeidstimer. Kvinnene i Dorland mfl. (2016) sin studie så derfor på fatigue som en tydelig barriere for funksjonen i arbeidslivet i etterkant av kreften (Carlsen, mfl., 2013 & Dorland, mfl., 2016). Fatigue som en barriere for retur til arbeidsliv understøttes videre av Wolwer mfl. (2017) som viste at lav grad av fatigue tydelig var assosiert med tidlig retur til arbeidslivet etter kreftbehandling (Wolvers, mfl., 2017).

Bivirkninger av kreft og kreftbehandling medførte at mange kreftpasienter opplevde en endret arbeidssituasjon i form av at man for en periode ikke klarte å arbeide i et tilsvarende tempo som før diagnosen ble stilt (Tamminga, mfl., 2012; Nilsson, mfl., 2012). Fitch & Nicoll (2019) påpeker liknende funn i sin studie. Der kom det frem at 73% av de 410 kreftoverlevende som deltok i studien rapporterte om bivirkninger av kreftbehandlingen. Av de 73% rapporterte over 50% at de ikke hadde muligheten til å jobbe på samme måte som tidligere, at de ikke klarte å jobbe fullt og trengte mer fleksibilitet og støtte i arbeidshverdagen. Fitch & Nicoll (2019) sine funn illustrerte hvordan bivirkningene medførte en lavere kapasitet som medførte utfordringer knyttet til å være i full jobb, og at bivirkningene medførte utfordringer med å jobbe på samme måte som tidligere (Fitch & Nicoll, 2019). Kreftsykdommen og bivirkninger av behandlingen kan slik det kom frem i forskningsfunn gå utover den enkeltes arbeidsevne. Wolvers mfl. (2017) påpeker i sin studie at den enkeltes opplevde arbeidsevne var vesentlig for returen til arbeidslivet (Wolvers, mfl., 2017). Funnene knyttet til arbeidsevne i etterkant av kreftbehandlingen varierer noe, men tendensene i

forskningsfunnene dannet et bilde av at mange kreftpasienter opplevde en redusert arbeidsevne i etterkant av kreftsykdom og behandling (Taskila, Martikainen & Hietaen, 2007; Carlsen, mfl., 2013 & Wolvers mfl. 2017). I lys av dette kan sykdom og behandlingsrelaterte bivirkninger derfor forstås til å ha en tydelig innvirkning på retur til arbeidslivet.

3.1.3 Personlige faktorer

I forbindelsen med returen til arbeid ble jobbens egenverdi løftet frem. Funn i flere forskningsprosjekter trakk frem at motivasjonen til å jobbe, ønske om å være i jobb og arbeidsplassen som arena for normalitet og mestring var faktorer som tydelig ble assosiert med returen til arbeid i etterkant av kreftbehandling (Rasmussen & Elverdam, 2008; Lilliehorn, Hamberg, Kero & Salander, 2012; Nilsson, mfl., 2012; Tamminga, de Boer, Verbeek, Frings-Dresen, 2012).

Slik det kom frem i Rasmussens og Elverdam (2008) sin intervjustudie om arbeidets betydning for kreftpasienter, hadde kreftpasienter et stekt ønske, mål og forventning å komme tilbake til full jobb i etterkant av sykdommen. Dette ble knyttet opp mot faktumet at jobben bidro til å gi mening i hverdagen, og at det var en viktig faktor for etablering av den enkeltes identitet (Rasmussen & Elverdam, 2008). Verdien av å være i arbeid ble i så måte sett på som en vesentlig faktor for retur til arbeid. Dette ble relatert til funn som viste at arbeid har en tydelig egenverdi. Arbeid bidro til å gi deg rollen som et sosialt vesen gjennom at det åpnet opp for å ta del i sosiale relasjoner med andre og ga deg muligheten til å bidra i samfunnet (Rasmussen & Elverdam, 2008; Lilliehorn, mfl., 2012 & Tamminga, mfl., 2012). Det må imidlertid i denne sammenhengen også trekkes frem at kreftpasienter kan oppleve en endret prioritering knyttet til arbeid og jobbens betydning i etterkant av sykdom. Forskningsfunn viste at kreftpasienter kan oppleve en endret holdning eller at de fikk et annet perspektiv på arbeid i etterkant av kreftsykdom og behandling. Dette kunne medføre at arbeid for en periode fikk en mindre prioritet i hverdagen (Lilliehorn, mfl., 2012; Tamminga, mfl., 2012 & Dorland, mfl., 2016). Gjennomgående for funnene var likevel at jobben hadde en positiv betydning, da det for mange ble sett på som en viktig del av bearbeidingsprosessen i etterkant av sykdom (Lilliehorn, mfl., 2012). En positiv verdivurdering av å være i arbeid ble vurdert til å ha nær relasjon til full eller delvis retur til arbeid, og det ble derfor sett på som en tilrettelegger for retur til arbeid (Tamminga, mfl., 2012 & Wolvers, mfl., 2017).

En annen viktig faktor for tilbakeføring til arbeid i etterkant av kreftbehandling var at arbeid bidro til å skape normalitet i hverdagen. Arbeid ble forstått som en strukturerende del av hverdagslivet, og flere kreftpasienter opplevde arbeid som en naturlig del av hverdagslivet. (Rasmussen & Elverdam, 2008; Lilliehorn, mfl., 2012 & Nilsson, mfl., 2012). Videre ga arbeid en form for kontroll og bidro dermed til å styre tankene unna sykdommen. Selv om man ikke var helt frisk opplevde mange kreftpasienter at det likevel var godt å være i arbeid (Dragset, Lindstøm & Underlid, 2015) Å være på arbeid ble sett på som en mestringsstrategi, da arbeidsoppgavene bidro til å fjerne tankene fra bekymringer knyttet til kreftsykdommen. Det ble på mange måter en distraksjon fra sykdommen og behandlingen (Nilsson, mfl., 2012 & Tamminga, mfl., 2012). Dette ble videre beskrevet i andre forskningsfunn, hvor det ble trukket frem at enkelte mente at det å være i arbeid førte til en opplevelse av å være mindre syk. Ønsket om å returnere til arbeid var også knyttet til at man ikke lenger kun ble sett på som den kreftsyke men fikk muligheten til å være mer enn det (Tamminga, mfl., 2012 & Dorland, mfl., 2016).

Et ytterligere aspekt assosiert med retur til arbeid var betydningen av motivasjon og mestring. Slik det kom frem i Tamminga mfl. sin studie fra 2012 utrykte deltakerne at de var motiverte for å jobbe i etterkant av behandling, og dette ble sett på som en faktor som tydelig innvirket på selve returen til arbeidslivet (Tamminga, mfl., 2012). Mestring ble også sett på som en viktig faktor i tilbakeføringsfasen. Det kom frem i Wolvers (2017) at tro på egen mestring ble trukket fram som vesentlig for tidlig retur til fullt arbeid. Funnene viste at tro på egen mestring var sterkere indikator for full retur til arbeid enn eksempelvis den enkeltes vurdering av arbeidsevne. Den enkeltes mestringstro var derfor vesentlig for den enkeltes retur til arbeid i etterkant av kreftbehandling (Wolvers, mfl., 2017).

3.1.4 Arbeidsrelaterte faktorer

En gjennomgående faktor for forskningen på området viste at arbeidsrelaterte faktorer hadde innvirkning på retur til arbeid. De arbeidsrelaterte faktorene som forskningen trakk frem fungerte både som barrierer for returen samt fremmende for å lette overgangen tilbake til arbeidslivet. To av de faktorene forskningen trakk fram som betydningsfullt i forbindelse med retur til arbeidslivet var sosial støtte og tilrettelegging.

Sosial støtte bli løftet frem som vesentlig knyttet til retur til arbeid i flere forskningsprosjekter. To forskningsprosjekter påpekte at sosial støtte på arbeidsplassen var en

nøkkelfaktor i forbindelse med tilbakeføringsprosessen til arbeid i etterkant av brystkreft, og støtten var i seg selv en bidragsgivende faktor for å lette returen til arbeidslivet (Tamminga, mfl., 2012 & Lue, Liu, Cheng, Xiao, Su & Feuerstein, 2018). Dorland mfl. (2016) fastslo at støtte fra både leder og kollegaer var vesentlig i tilbakeføringsprosessen til arbeid. Støtte fra begge disse partene bidro som en tilrettelegger for returen til arbeid. Det ble blant annet trukket frem at en støttende, empatisk og forståelsesfull leder var fremmende for en god funksjon på arbeidsplassen i etterkant av sykdom (Dorland, mfl., 2016).

En manglende opplevelse av støtte ble på den andre siden sett på som tilsvarende negativt. I Lue mfl. (2018) forstås den manglende støtten som mangel på empati, aksept og forståelse ovenfor den kreftrammede, og dette ble trukket frem som negativt for returen til arbeid (Lue, mfl., 2018). Funn i studien til Tamminga mfl. (2012) viste videre at mangel på blant annet kollegial støtte ble sett på som en barriere for returen til arbeid (Tamminga, mfl., 2012). Lindbohm mfl. (2011) som så på de sosial støtte ut ifra nordisk kontekst påpekte at dårlig sosial støtte på arbeidsplassen ble assosiert med lavere arbeidsevne (Lindbohm, Kuosma, Taskila, Hietanen, Carlsen, Gudbergsson, Gunnarsdottir, 2011). Betydningen av den sosiale støtten på arbeidsplassen var også vesentlig sett ut ifra en norsk kontekst. Torp mfl. (2011) påpekte i sin studie at det var forskjell mellom de som opplevde sosial støtte på arbeidsplassen kontra de som ikke opplevde dette. De som opplevde lav grad av støtte tenderte i større grad å skifte arbeid (Torp, Gudbergsson, Dahl, Fosså & Fløtten, 2011).

Retur til arbeid etter alvorlig sykdom som kreft har størst sannsynlighet for å lykkes dersom det er en åpen kommunikasjon, tillit og et samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker (Stergiou- Kits, Pritlove & Kirsh, 2016). Dette understøttes videre av Caron, Durand og Tremblay (2017), som påpekte at en kontinuerlig og åpen dialog mellom partene gjennom hele sykdomsperioden var svært betydningsfullt for returen til arbeid. Dialogen bidro til å skape struktur og trygghet i prosessen. Funnene viste at dialogen gjennom sykdomsperioden var viktig for å bevare identiteten som arbeidstaker. En mangel på denne kommunikasjonen ble forbundet med skuffelse og negative følelser. Lederens rolle og evne til å kommunisere ble i så måte trukket frem som en vesentlig faktor for å sikre en god tilbakeføring til arbeid i etterkant av brystkreft (Caron, mfl., 2017).

Den sosiale støtten som flere studier trakk fram som betydningsfullt kunne komme til uttrykk på forskjellig måter, men gjennomgående for flere studier var at den kom i form av en

emosjonell og instrumentell støtte (Carlsen, mfl., 2013; Dorland, mfl., 2016 & Lue, mfl., 2018). Den emosjonelle støtten kom i form av støttende kommentarer, interesse og en forståelse av utfordringer den enkelte opplevde i etterkant av behandlingen. Den instrumentelle støtten kom i form av at arbeidsgiveren la til rette gjennom eksempelvis å redusere arbeidstimer eller omfanget av arbeidsoppgaver (Dorland, mfl., 2016; Lue, mfl., 2018). Lue mfl. (2018) påpekte at den sosiale støtte skapte en opplevelse av mestring og arbeidsevne. Tamminga mfl. (2012) viste videre på at støtte på arbeidsplassen bidro til å skape opplevelsen av trygghet (Tamminga, mfl., 2012). Til tross for at støtte ble trukket frem som svært positivt i returprosessen kom det frem i Lue mfl. (2018) at det var negativt dersom arbeidsplassen var for overbeskyttende ovenfor den enkelte. Dersom den instrumentelle støtten opplevdes som for høy kunne dette medføre at den enkelte opplevde at hun ikke kunne gjøre noen av de arbeidsoppgavene hun tidligere hadde gjort. Slik det kom frem i studien medførte det at den enkelte opplevde dårligere selvtillit og selvbilde fordi det fikk den enkelte til å føle at alle på arbeidsplassen så på deg som en døende pasient (Lue, mfl., 2018).

Videre resultater knyttet til arbeidsrelaterte faktorer løftet fram betydningen av tilrettelegging på arbeidsplassen. Slik det blant annet kom frem i Dorland mfl. (2016) og Lue mfl. (2018) ble en form for instrumentell støtte trukket frem som vesentlig for tilbakeføringen (Dorland, mfl., 2016; Lue, mfl., 2018). Betydningen av tilrettelegging i returneringsfasen understøttes videre at en Australsk studie som påpekte at tilrettelegging var essensielt for tilbakeføring til arbeid i etterkant av kreft. Tilretteleggingen som i denne studien ble trukket frem som positivt var redusert arbeidstid/ mengde, muligheten til å individuell legge opp egen timeplan, ha en gradvis økning med tanke på arbeidsoppgaver og timer på arbeid. I tillegg kom det frem at man også fikk mulighet til å forandre ansvar og krav i returfasen (McKay, Knott & Delfabbro, 2012). Denne forståelsen understøttes vider av Neumark, Bradley, Henry og Dahman (2015) som i sin studie ønsket å undersøke betydningen av tilrettelegging på arbeidsplassen sett ut ifra de korte og langvarige funksjonsnedsettelsene en brystkreftdiagnose kan medføre. Funn fra studien viste at to måneder etter retur til arbeid mottok 92% av deltakerne en eller annen form for tilrettelegging, og majoriteten mottok en form for tilrettelegging som reduserte arbeidstid, en fleksibel arbeidsplan eller hadde muligheten til lengre pauser i løpet av dagen. Det kom videre frem at tilrettelegging som beskrevet ovenfor hadde en positiv innvirkning på den enkeltes helse (Neumark, Bradley, Henry & Dahman, 2015).

Mckay mfl. (2012), Neumark mfl. (2015) og Lue mfl. (2018) trekker alle frem at kreftpasienter opplevde tilrettelegging og fleksibilitet som vesentlig i forbindelse med retur til arbeid. Det trekkes videre frem som svært betydningsfullt dersom det også gjøres en individuell tilrettelegging på arbeidsplassen. Det kommer frem at en individuell tilrettelegging bidro som en positiv faktor for arbeidsfunksjonen. Dialog mellom partene og et individuelt fokus når det kom til tilrettelegging ble vurdert som viktig, da det bidro til at det tilrettelegges den enkeltes arbeidsnivå (Mckay, mfl., 2012; Neumark, mfl., 2015 & Lue, mfl., 2018)

3.2 Hvorfor forske videre på dette

Det har vært gjennomført et stort omfang av forskning knyttet til fenomenet retur til arbeidslivet i etterkant av kreftbehandling. Ut ifra min forståelse er det en del forskjeller fra land til land knyttet til arbeidsliv. På grunn av disse forskjellene vurderte jeg det som relevant å belyse temaet ut ifra en norsk kontekst. Kunnskapen som frembringes vil være hentet direkte fra opplevelser og erfaringer knyttet til fenomenet, og dermed bidra til å gi en forståelse av hva som var viktig og betydningsfullt i tilbakeføringsfasen sett ut ifra kvinnenes perspektiv. I tillegg tar mastergradsprosjektet for seg kvinner som har vært tilbake i arbeidslivet i lang periode, og det kan dermed gi kunnskap om hva som har vært betydningsfullt på lang sikt. Kunnskapen som frembringes kan fungere som en liten brikke for å skape en større forståelse knyttet til dette fenomenet. Den kunnskapen som frembringes her kan sammen med annen forskning bidra til å skape gode forhold i returfasen, og for videre deltakelse i arbeidslivet. Kunnskapen danner også et bilde ut ifra dagens kontekst, og i lys av dette vurderte jeg at mastergradsprosjektet var relevant å gjennomføre.

4.0 Metode

Det finnes mange metoder for å tilegne seg vitenskapelig kunnskap, og metoden blir ofte beskrevet som forskerens arbeidsverktøy. På samme måte som en håndverker bruker forskjellig verktøy for å løse ulike håndverksrelaterte problemstillinger, bruker forskeren forskjellige metoder for å løse ulike forskningsrelaterte problemstillinger. Metoden er i så måte i forskningsprosessen å regne som verktøyet som benyttes for å kunne tilegne seg kunnskap om et ønsket fenomen (Ekern; 2009; Den nasjonale etiske komite, 2010). Kvalitativ forskningsmetode er en av de metodene som kan benyttes for generering av vitenskapelig kunnskap. Den kvalitative forskningsmetoden muliggjør presentasjon av mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s 15 & 31). Det er en forskningsstrategi som egner seg for beskrivelser, analyser og fortolkning av karaktertrekk, egenskaper og kvaliteter ved et fenomen (Malterud, 2011, s. 82-86).

Hensikten med dette prosjektet er å få innsikt i tidligere brystkreftrammede kvinners opplevelser og erfaringer vedrørende retur til arbeidslivet etter endt kreftbehandling. I lys av forskningens intensjon vurderer jeg en kvalitativ metodisk tilnærming som mest hensiktsmessig. Datamaterialet er innhentet gjennom 14 semi-strukturerte intervjuer av tidligere brystkreftrammede kvinner. I dette kapittelet vil jeg presentere de metodiske valgene som er tatt i forbindelse med denne studien. Det vil blant annet bli gjort rede for vitenskapelig tilnærming, gjennomføring av datainnsamling, analyse og vurderinger av etiske problemstillinger.

4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Kvalitative metoder beskrives av Malterud (2017) som en felles strategi for kunnskapsutvikling. Denne strategien har en tydelig forankring til det fortolkende paradigmet, og en kan finne røtter både til hermeneutisk og fenomenologisk filosofi samt sosialkonstruksjonisme (Malterud, 2017, s. 35). I lys av denne masteroppgavens formål og intensjon vurderer jeg derfor en kvalitativ forskningsmetode med en fenomenologisk tilnærming som mest velegnet for å belyse problemstillingen.

Fenomenologien har røtter som strekker seg langt tilbake i tid. Fenomenologien ble grunnlagt av filosofen Edmund Husserl omkring år 1900, og den har blitt videreutviklet gjennom hele 1900- tallet. Til å begynne med var det bevissthet og opplevelse som sto sentralt. Etter hvert ble den utvidet til også å omfatte menneskets livsverden. En fenomenologisk tilnærming

bidrar til å utforske og illustrerer hvordan mennesker opplever fenomener i sin egen livsverden (Kvale & Brinkmann 2015, s 33, 44-45). I lys av dette vurderer jeg en slik tilnærming som hensiktsmessig. Dette begrunnes i at jeg nettopp ønsker å få et innblikk i den enkeltes livsverdenen ved å utforske opplevelser og erfaringer.

Kvale og Brinkmann (2015) gjengir i sin bok filosofen Merleau- Ponty sin forståelse av fenomenologi. Merleau- Ponty var en av de som videreutviklet fenomenologien, og han beskrev at fenomenologi dreier seg om å beskrive det gitte så presist og fullstendig som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44-45). En sentral forutsetning innenfor fenomenologien er at tidligere kunnskap og egen forforståelse må settes i parentes. Essensen er å beskrive fenomenet så nøyaktig som mulig (Malterud, 2017, s. 28-29). Det har derfor vært viktig at jeg gjennom arbeidet har vært bevisst på dette, og arbeidet slik at min forforståelse av fenomenet i minst mulig grad har farget beskrivelsene eller presentasjonen av materialet. Innenfor fenomenologien vektlegges beskrivelsene og de trekkes i så måte frem som viktigere enn å forklare og analysere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44-45). Det vil i denne studien gis en deskriptiv fremstilling av materialet. Jeg vil gjennom deltakernes egne beskrivelser illustrere hvordan de opplevde dette fenomenet. En slik type fremstilling vil etter min mening gi mulighet til å frembringe ny kunnskap om innhold, mening og fellestrekk når det kommer til dette fenomenet. En slik tilnærming kan videre åpne opp for å se sammenheng eller mønstre med andre liknende fenomener (Malterud, 2011, s. 82-86).

4.2 Kvalitative forskningsintervju som metode

Samtale er en eldgammel måte å tilegne seg kunnskap på. En kan se spor helt tilbake til antikken, hvor Sokrates brukte dialoger for å tilegne seg filosofisk kunnskap. Innenfor samfunnsvitenskapen har intervjuet opp igjennom tiden vært en vesentlig faktor ved tilegning av ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 26-28). I forbindelse med denne masteroppgavestudien har jeg valgt en slik samtalerettet tilnærming for å tilegne meg mer kunnskap om dette fenomenet. Slik jeg beskrev i korte trekk tidligere har jeg gjennomført semi- strukturerte kvalitative forskningsintervju med tidligere brystkreftpasienter. Gjennom disse intervjuene har jeg forsøkt å fange opp deres subjektive opplevelser og erfaringer knyttet til retur til arbeidsliv. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er formålet med et kvalitativt forskningsintervju å forstå sider ved intervjuobjektets dagligliv, ut ifra intervjuobjektets eget perspektiv. Et kvalitativt forskningsintervju har en bestemt spørreteknikk og metode, men strukturen er relativt lik en dagligdags samtale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42-44).

Forskningsintervjuet er varsomt spørrende og lyttende i sin form. Spørsmålene som stilles i intervjuet er relativt åpne, og på denne måten skal de skape mulighet for assosiasjoner, gi rom for oppfølgingsspørsmål og refleksjon (Kvale og Brinkmann, 2015, s.22- 24). I det fenomenologiske intervjuet har man ifølge Kvale og Brinkmann (2015) som mål å komme så nær som mulig en presis beskrivelse av *hva* mennesker har opplevd og åpne opp for en fri beskrivelse av fenomenet. Intensjonen er videre å få et innblikk i den intervjuedes *livsverden*. For å oppnå et slikt innblikk kreves det at intervjueren er godt forberedt og har god innsikt i det aktuelle fenomenet. For å sikre en god kvalitet på intervjuet kreves det at intervjueren stiller de rette spørsmålene, følger opp deltakerens svar, og ber om detaljer om deres tanker rundt fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22, 46-47 & 196). Dette er områder jeg har vært svært oppmerksom på i arbeidet med datainnsamlingen. I lys av at det kvalitative forskningsintervjuet åpner opp for muligheten for presise beskrivelser av hva mennesket har opplevd, og at det gir muligheten til å forstå sider av dagliglivet ut ifra den enkeltes perspektiv, har jeg vurdert kvalitativt semi-strukturerte forskningsintervju som velegnet for å belyse området min problemstilling tar for seg.

4.3 Prosjektet «Strålebehandling av brystkreft. Sammenheng mellom behandling, bivirkning og helserelatert livskvalitet»

Norske myndigheter arbeider stadig med utvikling av handlingsplaner og strategier for hvordan helsesektoren skal sørge for å gi den best mulige behandlingen og oppfølgingen av kreftpasienter. Hensikten med disse strategiene er å ruste oss for hvordan vi i framtiden skal møte de utfordringene kreftområdet bringer. Nasjonale strategier for kreft har vært et fokus for samtlige av de regjeringsplattformene vi har hatt de siste årene. En av de første nasjonale kreftstrategien ble utformet på slutten av 1990-tallet, og etter det har det med jevne mellomrom blitt utformet nye strategier og handlingsplaner innenfor dette området (Helse og omsorgsdepartementet, 2006; Helse og omsorgsdepartementet, 2013 & Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Slik det kom frem i Nasjonal kreftstrategi fra 2006- 2009 utformes det i strategiene målsetninger og tiltak for forebyggende arbeid, utvikling av screeningtilbud, behandling, rehabilitering og lindrende behandling. For å nå målsetningen som utformes i disse strategiene er arbeid innenfor alle de ulike forskningsområdene sentralt (Helse og omsorgsdepartementet, 2006, s. 2). Et formål med de nasjonale kreftstrategiene har vært å heve kvaliteten på kreftbehandlingen og oppfølgingen i etterkant. Et resultat av dette var oppstart av en rekke forskningsprosjekter på dette området. *Strålebehandling av brystkreft. Sammenheng mellom behandling, bivirkning og helserelatert livskvalitet* (REK

midt2009/108,4.2006.2856) er et samarbeidsprosjekt mellom St. Olavs Hospital og NTNU. Formålet med denne studien var å øke kunnskapen om senefekter, helse og livskvalitet etter kreftbehandling, samt avdekke pasientenes opplevelser av den oppfølgingen de har fått fra helsevesenet etter avsluttet behandling. Prosjektet fokuserer kun på brystkreft, og det er derfor kun inkludert brystkreftrammede kvinner til prosjektet.

Ved deltakelse i studien, har deltakerne i forbindelse med rutineoppfølging ved Kreftklinikken poliklinikk ved St. Olavs Hospital, gjennomført utvalgte tilleggsundersøkelser og besvart en spørreundersøkelse hvor det er kartlagt symptomer, helse og livskvalitet. Forskningsprosjektet inneholder også en kvalitativ del, hvor en gruppe av deltakerne har sagt seg villig til å delta på personlig intervju. I disse intervjuene har helse, livskvalitet, hverdagsliv/arbeidsliv og oppfølging blitt belyst. Gjennom mitt mastergradsprosjekt har jeg fått muligheten til å være med på en del av dette pågående forskningsprosjektet, heretter omtalt som «*Strålestudien*». Dette forskningsprosjektet har derfor vært svært sentralt for datainnsamlingen til mastergradsoppgaven, og prosjektet vil derfor bli referert til gjennom mastergradsoppgaven.

4.4 Datainnsamling

Nedenfor vil jeg inngående beskrive prosessen med tanke på utvalg og rekruttering. Det vil videre bli en kronologisk presentasjon av arbeidet med datainnsamling fra planleggingen og helt frem til gjennomføringen av intervjuene.

4.4.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterium

Før oppstart av datainnsamlingen besluttet jeg å sette enkle inklusjon- og eksklusjonskriterium for deltakelse i mastergradsprosjektet. Disse kriteriene ble satt med tanke på at de ville bidra til å gi et rikt datamateriale, som igjen vil belyse prosjektets problemstilling på en tilstrekkelig og adekvat måte. I lys av oppgavens formål og intensjon ble det satt som inklusjonskriterium at deltakerne måtte ha returnert til arbeidslivet, og vært i arbeid over lengre tid i etterkant av brystkreftdiagnosen. Det var forøvrig ikke satt noen øvre aldersgrense for rekruttering av deltakere eller at de fortsatt måtte være i arbeid på undersøkelsestidspunktet. Dette begrunnes i at «*Strålestudien*» hadde pågått over flere år, noe som medførte at enkelte av deltakerne var i avslutningsfasen eller allerede hadde avsluttet sin yrkeskarriere. Intensjonen for studien var å se på opplevelser og erfaringer fra returfasen og for videre deltakelse. Gjennom tidligere nevnt inklusjonskriterium var det sikret at deltakerne

hadde opplevelser fra arbeidslivet etter brystkreftdiagnosen. At enkelte av deltakerne nå var pensjonister ble ikke vurdert som hemmende for prosjektet, og jeg valgte derfor å inkludere deltakere som hadde gått av med pensjon. Til tross for at det ikke var et kriterium at deltakerne fortsatt var i arbeid var det likevel en prioritet å hovedsakelig inkludere deltakere som fortsatt var i arbeidsfør alder.

Det var heller ikke satt inklusjon-/ eksklusjonskriterium knyttet til deltakernes yrkesbakgrunn. Det er vesentlig å være bevisst at yrkesforskjeller kan påvirke opplevelser og erfaringer, men det vil ikke bli belyst i dette mastergradsprosjektet. Slik vist ovenfor har jeg besluttet å ha en relativ åpen tilnærming til inklusjon- og eksklusjon til dette prosjektet. Ved å ha en slik åpen tilnærming har målet vært å tilegne fyldig informasjon om opplevelser og erfaringer knyttet til fenomenet tilbakeføring av brystkreftbehandlede kvinner til arbeidslivet.

4.4.2 Rekrutteringsprosessen

Deltakerne som ble rekruttert til mastergradsprosjektet var allerede deltakende i «Strålestudien». Som en del av den kvalitative delen av «Strålestudien» hadde alle deltakerne fått forespørsel om de ønsket å stille til et ytterligere intervju. Utvalget i forbindelse med gjennomføringen av dette mastergradsprosjektet utgjorde altså de deltakerne som tidligere hadde sagt seg villig til å stille til intervju. Gjennom min rolle som forskningsmedarbeider ved hovedstudien fikk jeg tilgang til denne utvalgspopulasjonen.

Deltakerne som utgjorde min utvalgspopulasjon besto av deltakere som hadde vært på kontroll i løpet av perioden 2015-2018. Deltakerne som passet gitte inklusjons- og eksklusjonskriterium ble kontaktet per telefon med forespørsel om deltakelse. Under telefonsamtalen fikk deltakerne informasjon om intervjuets intensjon, og bakgrunnen for at nettopp de ble kontaktet. Det ble i den sammenheng gitt informasjon om at dette var en utvidelse av det eksisterende forskningsprosjektet som de allerede var en del av. Deltakerne fikk videre informasjon om at intervjuene ville inneholde spørsmål fra hovedstudien utvidet med spørsmål om tilbakeføring til arbeidsliv og yrkeslivsdeltakelse.

Under rekrutteringsprosessen ble 20 potensielle deltakere kontaktet. I forbindelse med rekrutteringen ble det satt enkle geografiske begrensninger. Utvalgspopulasjonen besto av deltakere fra hele regionen, noe som medførte at enkelte var bosatt svært langt unna. På bakgrunn av at det fortrinnsvis var ønskelig med ansikt til ansikt intervju framfor

telefonintervju ble deltakere som fylte inklusjonskriteriene og var bosatt i nærheten av Trondheim prioritert. Av de som ble kontaktet ønsket 14 å stille til intervju. Av de resterende seks potensielle deltakerne var det tre personer som ikke ønsket å stille til intervju, og tre som ikke responderte på gjentatt kontakt per telefoner. Alle de som ble kontaktet stilte seg svært positivt til studien. De som ikke ønsket å delta utrykte at de oppfattet temaet som viktig og relevant, men på grunn av egen livssituasjon opplevde de at deltakelse ble for krevende eller problematisk for øyeblikket.

4.4.3 Utvalg

Den empiriske dataen som samles inn i forbindelse med et forskningsprosjekt vil være kilden til de svarene vi kan gi problemstillingen. Utvalget av deltakere blir i så måte svært sentralt for hvordan problemstillingen kan belyses, og det er i henhold til Malterud (2017) avgjørende for hvilke sider av fenomenet vi kan si noe om og i hvilken sammenheng (Malterud, 2017, s. 57). Jeg har valgt en utvalgsstrategi hvor intensjonen var å sikre et rikt og variert datamateriale med god informasjonsstyrke. I arbeidet med mastergradsprosjektet har jeg derfor gjort et strategisk utvalg. Jeg har vurdert det som en utvalgsstrategi som vil belyse problemstillingen på en tilstrekkelig og adekvat måte. Ved et strategisk utvalg er informasjonssterke deltakere foretrukket, og de inkluderes på grunn av sin kjennskap til og erfaringer med det fenomenet som skal belyses (Malterud, 2012a, s. 42-43 & Malterud, 2017, s. 58-59). Tidligere brystkreframmede kvinner som hadde returnert til arbeid ble i lys av dette vurdert som velegnet, da de har førstehåndskunnskap på dette fenomenet.

I kvalitative studier er ikke utvalgets størrelse avgjørende for å kunne si noe om fenomenet, men hvilken informasjonsstyrke utvalget innehar. I en kvalitativ studie som dette kan et stort antall deltakere ifølge Malterud (2017) føre til at materialet blir uoversiktlig, og at analysen blir overfladisk (Malterud, 2017, s. 63). Jeg har i henhold til dette derfor vurdert at et lite og informasjonssterkt utvalg vil være tilstrekkelig for kunne belyse min problemstilling. Ifølge Malterud (2017) henger utvalgets informasjonsstyrke sammen med studiets problemstilling, utvalgets spesifisitet knyttet til problemstillingen, studiets grad av teoretisk forankring, dialogens kvalitet og valgt analysestrategi. En total vurdering av disse dimensjonene kan dermed bidra til å gi en indikasjon om hvor mange deltakere som bør inkluderes i studien (Malterud, 2017, 63). Jeg har under utvalgsprosessen arbeidet i tråd med dette, og vært bevisst disse dimensjonene med tanke på når utvalgsstørrelsen var tilstrekkelig for at den kunne si noe om fenomenet jeg ønsket å belyse. Vurdering av studiens metning har i så måte vært et

sentralt område i datainnsamlingsprosessen. Studiens metning vurderes som oppnådd når ytterligere datainnsamling ikke vil tilføre ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 64- 65). I forbindelse med dette mastergradsprosjektet har jeg vurdert studiets metning fortløpende gjennom hele datainnsamlingsperioden. Jeg har fulgt en strategi hvor det ikke var satt et eksakt antall deltakere som skulle inkluderes i studien (Malterud, Siersma & Guassora, 2015, s 1753-1754). Gjennom en trinnvis rekruttering og analyse sikret jeg informasjonsstyrke i utvalget ved at jeg fortløpende kunne vurdere om ytterligere intervju ville være nødvendig eller tilføre nye beskrivelser. Min avgjørelse om å avslutte datainnsamlingen ble derfor tatt basert på at jeg opplevde at flere intervju ikke ville tilføre ytterligere kunnskap om fenomenet. Jeg opplevde at deltakerne hadde god innsikt i det problemstillingen ønsket å belyse, samtidig som intervjuene åpnet opp for gode dialoger som belyste fenomenet. Etter 14 semi-strukturerte intervjuer vurdert jeg derfor at metningen var nådd

4.4.4 Beskrivelse av deltakerne

Totalt 14 kvinner deltok i studien. Gjennomsnittsalderen for kvinnene som deltok i studien var 61.4 år. Dette indikerer at kvinnene i studien var i slutten av sin yrkesaktive alder. Den eldste deltakeren i studien var født i 1946, mens den yngste deltakeren var født i 1973. Ved undersøkelsestidspunktet var seks av deltakerne allerede gått av med enten uførepensjon eller alderspensjon. De resterende åtte deltakerne var på undersøkelsestidspunktet i arbeid enten i fulltid eller i deltidstilling.

Deltakerne som ble rekruttert til studien hadde blitt diagnostisert med brystkreft for 10 år siden, noe som vil si at kvinnene gjennomsnittlig ble diagnostisert med brystkreft i femtiårsalderen. En av deltakerne skilte seg ut, da hun fikk diagnosen ved fylte 35 år. Deltakerne har vært gjennom oppfølging og behandling ved det samme sykehuset. Hoveddelen av kvinnene hadde vært gjennom «trippelbehandling» som består av operasjon, cellegift og stråling. De resterende kvinnene ble behandlet med operasjon og strålebehandling. Kvinnene ble alle fulgt opp med hyppige mammografikontroller og konsultasjon hos fastlege og spesialist ved sykehuset i etterkant av endt behandling.

Deltakerne arbeider/arbeidet innenfor ulike yrker. De representerte yrkene er blant annet ingeniør, hjelpepleier og bank/forsikring. Av de representerte yrkene kan man se at pleie og omsorgsyrkene var godt representert, men det var en tydelig variasjon slik at andre bransjer også var representert. Det var videre variasjon i hvilke arbeidsoppgaver de forskjellige

kvinnene hadde. Arbeidsoppgavene varierte med alt i fra omsorg, kontorarbeid, service osv. Nedenfor er det laget en tabell hvor videre karaktertrekk ved deltakerne er skissert.

Tabell 1 Deltakerinformasjon

Beskrivelse av deltakerne	Antall
Alder ved undersøkelsestidspunkt	
40-49	1
50-59	3
60-69	8
>70	2
Offentlig sektor	8
Privat sektor	6
Strålebehandling, cellegift og operasjon	11
Strålebehandling og operasjon	3
Heltid i forkant av behandling	13
Heltid i etterkant av behandling	8
Deltid i etterkant av behandling	6
Yrkesaktiv på undersøkelsestidspunktet	8
Pensjonist på undersøkelsestidspunktet	5
Uføretrygdet på undersøkelsestidspunktet	1

*En av deltakerne var ikke i jobb i perioden forkant av at diagnosen ble stilt på grunn av annen sykdom, men har tidligere jobbet fullt. Deltakerne returnerte til arbeidslivet i deltidstilling i etterkant av brystkreftbehandlingen og velges derfor å inkludere i studien.

4.4.5 Intervjuguiden

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det svært viktig å være grundig forberedt for utføre et intervju av god kvalitet samt muliggjøre god informasjonsflyt. For å stille de relevante spørsmålene er det nødvendig for intervjueren å ha god oversikt over temaet. Dette er viktig både i utformingen av intervjuguiden og under selve intervjuet, slik at man også kan stille relevante oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 141). Disse betraktningen var noe jeg har vært svært bevisst på under arbeidet i forkant av intervjuene, og ved utformingen av intervju spørsmålene til mitt mastergradsprosjekt.

Da dette mastergradsprosjektet som tidligere nevnt er en del av «*Strålestudien*» var det allerede utformet en intervjuguide tilknyttet den kvalitative delen av dette forskningsprosjektet. Denne intervjuguiden var delt inn i tre hovedtemaer. Del 1 omhandlet hverdagsliv og arbeidsliv. Del 2 omhandlet pasientforløpet, mens del 3 tok for seg helse og livskvalitet. Intervjuguiden ble avsluttet med å runde av samtalen, mens den samtidig åpnet opp for at den intervjuede kunne fortelle mer om sine opplevelser dersom hun opplevde at enkelte aspekter ikke var kommet godt nok fram, eller hadde andre opplevelser hun ønsket å dele med intervjueren. I forbindelse med mitt mastergradsprosjekt har jeg tatt utgangspunkt i denne intervjuguiden, og supplert den med spørsmål som belyste min problemstilling i del 1 av intervjuguiden. Spørsmålene jeg har supplert inn har jeg kategorisert under to temaer som jeg har valgt å kalle arbeidsliv og yrkeslivsdeltakelse. Årsaken til at jeg har valgt å bruke den opprinnelige intervjuguiden og supplere med spørsmål begrunnes i at utformingen ga en god ramme for samtalen. I tillegg åpnet det opp for at materialet som ble generert under intervjuene også kunne benyttes til videre forskning innenfor hovedprosjektets rammer. Intervjuguiden fra «*Strålestudien*» og de supplerende intervju spørsmålene fra mastergradsprosjektet er lagt ved som vedlegg. (Vedlegg 1 & 2)

Under utformingen av mine supplerende intervju spørsmål har jeg arbeidet i henhold til Kvale og Brinkmann (2015), som i sitt arbeid påpekte betydningen av intervju spørsmålenes utforming for å sikre god kvalitet på intervjuet. I samsvar med deres anbefalinger har jeg lagt vekt på å stille klare og enkle spørsmål. Jeg har utformet spørsmål hvor akademisk språk er lite fremtredende, og heller vektlagt et mer dagligdags språk i min spørsmålsformulering (Kvale & Brinkmann, 2015, s.196). Spørsmålene hadde videre en åpen form, noe som la til rette for at deltakerne kunne fritt fortelle sine historier og eventuelle assosiasjoner de hadde knyttet til opplevelsen av å returnere til arbeidslivet, og erfaringer fra tilbakeføringsprosessen og videre yrkeslivsdeltakelse. Det har i tillegg vært viktig for meg at formuleringen av spørsmålene ikke la føringer i noe slags retning, som for eksempel at deltakerne måtte ha opplevde endringer eller utfordringer som var av negativ karakter. Jeg var derfor bevisst på at intervju spørsmålene var formulert slik at de åpnet opp for at deltakerne kunne trekke frem både positive og negative sider knyttet til tilbakeføring til arbeidslivet.

4.4.6 Gjennomføring av intervju

De 14 intervjuene som ble utført i forbindelsen med dette mastergradsprosjektet ble gjennomført i perioden desember 2018 til januar 2019, og hvert av intervjuene varte

gjennomsnittlig 40- 50 minutter. Nedenfor vil jeg gjøre rede for forberedelsene jeg gjorde i forkant og selve gjennomføringen av intervjuene.

Kvale og Brinkmann (2015) beskrev at gjennomføring av et intervju er som et håndverk. Evne til å gjennomføre et godt intervju læres nødvendigvis ikke gjennom å lese faglitteratur og teori om emnet, men det læres gjennom en praktisk tilnærming. Elliot Mishler som er gjengitt i Kvale og Brinkmann (2015) uttrykte det på denne måten «God forskning er et håndverk, og som et hvert annet håndverk lærer man det seg gjennom å gå i lære hos forskere, gjennom konkrete erfaringer og gjennom stadig praktisering» (Mishler, 1990, s. 422 & Kvale & Brinkmann, 2015, s. 87). Under gjennomføringen av intervjuene var dette noe jeg var svært bevisst på, og i forkant av intervjuene arbeidet jeg med egne forberedelser. Jeg sørget for at jeg hadde god oversikt og kunnskap om temaene jeg skulle undersøke. Samtidig utførte jeg «testintervju» i forkant av de planlagte intervjuene. Jeg gjennomførte da fiktive intervju med medstudenter. Dette opplevde jeg hadde god effekt ved at jeg selv ble tryggere på egen rolle og gangen i spørsmålene.

En annen forberedelse jeg gjorde var knyttet til valg av sted for gjennomføring av intervjuene. Jeg var spesielt oppmerksom på å sikre fysisk trygge rammer rundt intervjuet. Jeg ønsket derfor å gjennomføre intervjuene på en arena som deltakerne kjente til, men ikke nødvendigvis forbandt med sykdom og behandling. Deltakerne i denne studien hadde alle vært gjennom en omfattende behandling- og oppfølgingsperiode, og jeg vurderte derfor lokaler utenfor sykehusområdet som best egent. Jeg vurderte i så måte kreftforeningens samtalerom som en passende arena, dette valget basert jeg på at deres lokaler var kjent for deltakerne. I tillegg er kreftforeningen en organisasjon som mange kreftpasienter har en positiv assosiasjon til, da de arbeider aktivt innenfor kreftforskning og hjelp i dagliglivet til kreftrammede. Min vurdering var at kreftforeningens lokaler utgjorde en trygg ramme for intervjuene. 13 av intervjuene ble med bakgrunn av disse refleksjonen gjennomført i samtalerom hos kreftforeningen, noe jeg oppfattet at deltakerne også stilte seg positivt til. Et av intervjuene ble i samsvar med deltakerens ønske gjennomført på sykehuset.

Et intervju forstås av Kvale og Brinkmann (2015) som en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess hvor intervjueren og den intervjuede produserer kunnskap sammen. Under gjennomføringen av intervjuene arbeidet jeg i tråd med deres beskrivelser og anbefalinger. Kvale og Brinkmann (2015) løftet videre frem at en trygg intervjusituasjon var en sentral faktor for å oppnå god

kvalitet på forskningsintervjuet. God kvalitet sikres videre gjennom at intervjueren er åpen, vennlig og følsom ovenfor den intervjuende (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 36, 196). I tråd med deres anbefalinger starte jeg derfor intervjuene med åpne bakgrunns spørsmål, slik at jeg kunne bli kjent med deltakerne og lyttet aktivt til det som ble sagt. Jeg benyttet meg av bekræftende non-verbal kommunikasjon, og sørget for at deltakerne opplevde at de ble lyttet til. Jeg var bevisst på at deltakerne fikk fullføre sine historier og sine egne tankerekker uten å avbryte med oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s.166-170). Under intervjuene fulgte jeg den tematiske oppbyggingen av intervjuguiden, selv om jeg ved noen anledninger flyttet om på rekkefølgen på temaene, da dette falt naturlig ut ifra hva deltakerne svarte og oppfølgingsspørsmål jeg stilte. Dette medførte at dialogen fløt naturlig, samtidig som det fortsatt var en viss struktur i den.

Intervjuene tar for seg sensitive områder av deltakernes liv. Opplevelser og erfaringer de har fra tiden med brystkreftrehabilitering kan for mange være forbundet med sterke emosjoner (Kreftforeningen, 2012). Jeg var derfor svært bevisst på min formulering av spørsmål, og jeg observerte gjennomgående hvordan deltakerne reagerte og svarte på spørsmålene. I forbindelse med mine oppfølgingsspørsmål var jeg oppmerksom på deltakerne, og jeg vurderte kontinuerlig om det ble for emosjonelt for enkelte å utdype mer enn det hovedspørsmålene beskrev (Malterud, 2017, s. 213). Videre opplevde jeg det som svært viktig at deltakerne var godt informert om hva og hvordan intervjuene skulle brukes fremover. Jeg startet derfor hvert intervju med å fortelle om dette, og hvilke retningslinjer jeg fulgte med tanke på oppbevaring og behandling av opplysningene de ga fra seg (Kvale & Brinkmann, 2015, s 300). Jeg gjentok også noe av informasjonen de hadde fått under selve rekrutteringen. Dette for å sikre at deltakerne hadde god innsikt i mitt formål, og at deres beslutninger i så måte var basert på et informerte valg. Min oppfatning var at god informasjon samt egen bevissthet knyttet til sensitivitet dette området bidro til en trygg atmosfære under intervjusituasjonen. Jeg opplevde at dialogen mellom meg som intervjuer og deltakeren var basert på en felles forståelse av hvilken betydning dette området har for den enkelte, og de tidligere nevnte rammene rundt intervjuene skapte en trygghet i samtalen mellom oss. Dette kom til uttrykk gjennom den avslappede stemningen i intervjusituasjonen hvor det var plass til både tårer og latter. Dialogen var åpen og jeg fikk inntrykk av at deltakerne opplevde det som trygt å dele sine opplevelser. Gjennomføringen av intervjuene gikk forøvrig etter tidsplanene, og jeg er av den oppfatning at deltakerne følte seg ivaretatt gjennom hele intervjuprosessen.

4.5 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydfil og fortløpende transkribert i løpet av intervjuprosessen.

Intervjuene genererte mye informasjon om de ulike deltakerne. Informasjon som muligens kunne identifisere deltakerne ble fjernet/ kodet i transkriberingen slik at gjenkjennelse ikke skulle være mulig.

Under intervjuet var det en direkte interaksjon mellom intervjuer og den intervjuede. I samsvar med Kvale og Brinkmann (2015) sine anbefalinger, var den neste fasen i arbeidet å transformere den muntlige intervjusamtalen til en skriftlig tekst. Dette var i så måte et viktig steg i prosessen for videre analyse av datamaterialet. Under transkribering av tekstmaterialet har jeg arbeidet i tråd med Brinkmann og Kvaless (2015) refleksjoner knyttet til arbeid med å omdanne talespråk over til skrevet tekst. Dette er en prosess de uttrykker kan by på utfordringer. Eksempelvis ved at talt språk og skrevet tekst innebærer forskjellige språklige spill (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-205). Et muntlig utsagn kan oppfattes forskjellig når det gjøres skriftlig, dette kan blant annet komme til uttrykk ved at tonefall eller det non verbale rundt utsagnet er vanskelig å gjengi skriftlig. I forbindelse med denne studien opplevde jeg variasjoner i dialekt. Dialektuttrykk kan eksempelvis ha forskjellig betydning noe som gjør at det kan oppstå misforståelser når intervjuet gjøres skriftlig. Flere av deltakerne i mastergradsprosjektet hadde dialekt og benyttet seg ofte av dialektsuttrykk. I forbindelse med transkripsjonen av intervjuene var jeg derfor oppmerksom på dette slik at meningsinnholdet i utsagnene ikke ble endret ved overføring fra muntlig til skriftlig.

Arbeidet med datamaterialet resulterte i 194 transkriberte sider. Dette er et svært stort og omfattende tekstmateriale. Det totale antall transkribert materiale ble ikke i sin helhet benyttet under analysearbeidet. Begrunnelsen for dette var at intervjuene også inneholdt spørsmål fra den opprinnelige intervjuguiden. Disse spørsmålene var ikke alle relevant for å belyse min problemstilling, og ble derfor ikke inkludert i den videre analysen. Jeg vurderer det som viktig opplyse leserne om dette, sånn at de forstår bakgrunnen for at datamaterialet i sin helhet ikke ble benyttet og hvorfor tekstmaterialet ble såpass redusert under analysearbeidet.

4.6 Analyse og bearbeiding av materialet

Gjennom analysen er målet i følge Malterud (2011) å bygge en bro mellom rådata og resultater. Dette blir gjort gjennom at materialet bli organisert, fortolket og sammenfattet.

Problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål danner utgangspunktet for de

spørsmålene som stilles til materialet, og gjennom systematisk og kritisk refleksjon kan vi identifisere mønstre og kjennetegn (Malterud 2011, s. 91).

Jeg har benyttet meg av systematisk tekstkondensering for å analysere datamaterialet. Analysemetoden regnes ikke som en ren fenomenologisk metode, men analysemetoden er inspirert av Georgis psykologiske fenomenologiske analysemetode. Den er modifisert og forklart gjennom arbeidet til Kirsti Malterud (Malterud, 2017, s.115). Systematisk tekstkondensering er ifølge Malterud en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Systematisk tekstkondensering er en analysestrategi som egner seg godt til deskriptive tverrgående analyser for utviklingen av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2011, 96; Malterud, 2012b, 795- 797 & Malterud, 2017, s. 97). Basert på dette har jeg vurdert systematisk tekstkondensering som en velegnet metode for analyse av studiens datamateriale. Analyseprosessen består av fire ulike trinn, de ulike trinnene er som følger 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdte i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette. Malterud (2017) beskriver det som en analysestrategi hvor man innledningsvis ikke går bredt ut med et stort antall temaer og koder, men starter organiseringen av datamaterialet med et begrenset antall foreløpige temaer. Disse kan deretter videreutvikles til nye kodegrupper. I lys av dette forstås systematisk tekstkondensering som en relativt fleksibel og gjentakende analyseprosess. Dette medførte at jeg under analyseprosessen måtte ha et åpent blikk for mønstre jeg ikke innledningsvis la merke til (Malterud, 2017, s. 96-98).

Denne analysestrategien har i stor grad hentet inspirasjon fra fenomenologien. I lys av tidligere presentert teori knyttet til fenomenologi har jeg under analyseprosessen vært svært bevisst min egen forforståelse slik at min oppmerksomhet kunne rettes mot den aktuelle subjektive erfaring (Malterud, 2017, s. 29). Egen forforståelse og antakelser rundt fenomenet har jeg etter beste evne forsøkt å legge til side slik at analyseprosessen kunne frambringe kunnskap om deltakernes levde erfaringer rundt fenomenet, uten påvirkning fra mine tanker og forståelse av fenomenet. I følge Malterud (2011) er en tilnærming hvor vår forforståelse settes helt til siden et nærmest uoppnåelig mål. Sett ut ifra dette vil det derfor være viktig at jeg gjennom analysearbeidet har et reflektert forhold til egne innflytelse på materialet (Malterud, 2011, s.96-97). Ved at å ha et reflektert syn på dette vil jeg ut ifra min forståelse kunne etterstrebe i størst mulig grad å analysere datamaterialet uten at mine egne tanker og forståelse av dette fenomenet påvirke analyseprosessen.

Systematisk tekstkondensering medfører en trinnvis analyseprosess. Selv om det er en trinnvis inndeling av denne prosessen betyr det ikke at analyseprosessen er mekanisk og lineær. Dette var noe jeg erfarte under arbeidet med datamaterialet. Gjennom hele analyseprosessen gikk jeg frem og tilbake mellom de ulike trinnene. Ifølge Malterud (2017) muliggjør dette at man som forsker kan få øye på mønstre som videreutvikler våre tolkninger (Malterud, 2017, s. 113). Dette opplevde jeg i stor grad under analysearbeidet. Ved å arbeide mer flytende mellom de ulike trinnene fikk jeg øye på elementer jeg ved første analyse runde ikke fikk øye på. Min forståelse er at en slik tilnærming har gjort at jeg har fått et nært forhold til datamaterialet, og sett sider ved datamaterielt jeg ved første øyekast ikke la merke til. Videre i analyseprosessen har det vært viktig at analysen har vært gjennomført på en slik måte at utenforstående personer på et senere tidspunkt kan følge den veien som jeg har gått og på lik linje som meg, anerkjenne og forstå de samme mønstrene og beskrivelsene jeg har fremvist (Malterud, 2011). Dette er et viktig element innenfor all type forskning. For å oppnå transparent innsyn i arbeidet som er gjort, vil arbeidet med de ulike trinnene presenteres nedenfor.

4.6.1 Trinn 1 Helhetsinntrykk

Det første trinnet i analyseprosessen handler om å bli kjent med datamaterialet, og danne seg et helhetsinntrykk av materialet. Arbeidet med materialet blir utført fra et fugleperspektiv, og ved gjennomgang av tekstene er målet å unngå å systematisere materialet. Når alt materialet er gjennomgått begynner prosessen med å se på foreløpige temaer i teksten (Malterud, 2017, s. 99-100). I samsvar med Malterud (2017) sine beskrivelser valgte jeg å lese gjennom datamaterialet to ganger, i tillegg til at jeg skrev korte skikkord til hvert av intervjuene. Gjennom arbeidet med gjennomlesingen ble det formulert åtte foreløpige temaer. Disse var som følger. 1) Mindre overskudd og energi – usynlig syk, 2) Jobb som en naturlig del av hverdagen, 3) For raskt tilbake, men jeg klarte det, 4) Støtte fra leder, 5) Kontakt med arbeidsplassen, 6) Støtte fra kollegaer, 7) Fleksibilitet og 8) Tilrettelegging av arbeidsmengde og oppgaver. For å eksemplifisere hvorfor disse foreløpige temaene ble valgt ønsker jeg å trekke fram tanken bak det foreløpige tema nummer 1, som er mindre overskudd og energi – usynlig syk. Jeg vurderte at dette var relevant som et foreløpig tema, da ordene slitent, mindre overskudd, ser frisk ut, men er ikke frisk osv. ble gjentatt flere ganger gjennom de 14 intervjuene.

4.6.2 Trinn 2 identifisere meningsdannende enheter

Videre analyse av datamaterialet fortsetter i trinn 2. I dette trinnet handler det om å identifisere meningsdannende enheter. Materialet som skal analyseres nærmere blir organisert, mens det resterende materialet blir lagt til side. I systematisk tekstkondensering anses ikke hele teksten som meningsbærende enheter. I forbindelse med arbeidet med datamaterialet gjennomførte jeg en trinnvis gjennomgang av materialet. Linje for linje ble derfor gjennomgått for å identifisere de ulike meningsdannende enhetene (Malterud, 2017, s.100-101). I lys av dette ble det derfor gjort en reduksjon av tekstmaterialet. Relevant tekst som belyste problemstillingen ble plukket ut og sortert. Totalt var det et tekstmateriale på 194 sider, dette materialet ble redusert til 35 sider med tekst i form av meningsbærende enheter. Ifølge Malterud (2017) skal man i løpet av dette trinnet danne foreløpige kodegrupper. Disse kodegruppene skal bidra til å systematisere materialet på en slik måte at de ulike meningsbærende enhetene blir sortert innenfor hver av de forskjellige kodegruppene (Malterud, 2017, s. 100- 102). Arbeidet med dette trinnet medførte at jeg formulerte seks foreløpige kodegrupper. De ulike meningsbærende enhetene som ble identifisert i teksten ble systematisert under disse foreløpige kodegruppene.

4.6.3 Trinn 3 abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene

I det tredje analysetrinnet sammenfattes den sorterte informasjonen som ble etablert i analysetrinn nummer to. Måten informasjonen sorteres på skjer gjennom å identifisere og kode de ulike meningsdannende enhetene. Ifølge Malterud (2017) analyseres materialet på en slik måte at det systematisk blir hentet ut mening gjennom å kondensere innholdet i de ulike meningsdannende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2017, s. 105). Trinn to resulterte i seks ulike foreløpige kodegrupper som de ulike meningsdannende enhetene var sortert under. Jeg vurderte at de foreløpige kodegruppene ga en relativt god organisering av materialet. Jeg valgte likevel å gjøre enkelte modifiseringer av kodegruppene. Jeg valgte blant annet å slå sammen enkelte av de foreløpige kodegruppene og gi dem nye navn. Den foreløpige rekkefølgen på gruppene ble i dette trinnet også reorganisert. Kodegruppe 1-2 omhandlet nå meningsdannede enheter som i all hovedsak beskrev opplevelsen av tilbakeføringen til arbeid, mens deler av kodegruppe 1 samt hele kodegruppe 3 og 4 omhandlet opplevelser og erfaringer knyttet til betydningsfulle faktorer for tilbakeføringsprosessen og videre yrkeslivsdeltakelse.

I forbindelse med arbeidet med kodegruppen utformet jeg sub-kodegrupper, før jeg deretter startet prosessen med å utforme kondensat. Kondensat er kunstige sitat forankret i dataen. Hensikten med disse er å frembringe det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene gjennom at de omformes til en mer generell form (Malterud, 2017, s. 105- 108). Utforming av kondensat kan leses i vedlegg 3, og organiseringen av de ulike kodegruppene arbeidet med dette trinnet førte frem til kan leses i tabellen nedenfor.

Tabell 2 Kodegrupper

Kodegruppe	Sub-kodegruppe
Jobbopplevelse	<i>Normalt og naturlig</i> <i>Rollen som arbeidstaker</i> <i>Returoplevelsen</i>
En ny arbeidshverdag	<i>Ny normaltilstand/ endret arbeidskapasitet</i> <i>Hukommelse og konsentrasjon</i> <i>Det gikk som planlagt</i>
Støtte	<i>Støtte fra arbeidsgiver</i> <i>Støtte fra arbeidskollegaer</i>
Tilrettelegging og fleksibilitet	-----

4.6.4 Trinn 4 Sammenfatte betydningen av dette

I det siste analysetrinnet skal de ulike bitene settes sammen, gjennom at det rekontekstualiseres. I henhold til Malterud (2017) sammenfattes funnene i form av fortolkede synteser, som gir grunnlag for nye beskrivelser og begreper. I dette arbeidet er det viktig at sammenfatningene er tro mot deltakernes stemme og gir leseren innsikt. Malterud (2017) presiserer videre at det er viktig at den som analyserer er bevisst sin rolle som fortolker, slik at det som presenteres er tro mot deltakernes beskrivelser. I dette analysetrinnet fremstilte jeg kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og sub-gruppe og arbeidet i tråd med Malterud (2017) sine beskrivelser av analyseprosessens fjerde trinn (Malterud, 2017, s. 108). Ved hjelp av kondensatene som jeg utformet i trinn tre lagde jeg analytiske tekster for hver av kodegruppene. De analytiske tekstene utgjorde et utvalg av relevante aspekter av hovedfunnene fra prosjektet, og de tekstene vil bli presentert under mastergradsprosjektets resultatpresentasjon (Malterud, 2017, s. 109). Jeg har valgt å bruke direkte sitat fra deltakerne for å illustrere innholdet i de ulike analytiske tekstene. Jeg etterprøvd så langt det lot seg gjøre å bruke sitater fra samtlige av deltakerne, dette for å sikre at den enkeltes stemme skulle bli hørt. Det har likevel blitt slik at enkelte deltakere i større grad har blitt trukket frem. Dette på grunn av at de presenterte gode beskrivelser av fenomenet. Dette betyr ikke at de deltakerne

som ikke har sitater presentert i teksten kom med gode beskrivelser av fenomenet, men de andre sitater ble valgt da de ga en bedre illustrasjon av fenomenet.

4.7 Etikk og etiske betraktninger ved intervjuundersøkelse

Det er en allmenn enighet innenfor all forskning at den skal utøves etter gitte etiske retningslinjer. Forskningsetikken faller under den normative etikken, og den skal ifølge Harald Grimen (2012) fungere handlingsrettledende for forskere, forskningsinstanser og forskningsinstitusjoner. Forskningsetikkens hovedmål er å veilede forskeren i hvordan man skal eller bør opptre i etiske konfliktsituasjoner som forskningsarbeid kan medføre (Grimen, 2012, s. 397-398; Malterud, 2011, s. 201-204). Ved forskning innenfor medisinsk og helsefaglige områder vil bevissthet rundt det aktuelle være svært viktig. Arbeidet med dette prosjektet medførte at jeg sto ovenfor enkelte etiske problemstillinger. Det har derfor vært viktig for meg å være klar over disse og bevisst på hvordan disse utfordringene kan løses på en respektfull og tillitsfull måte slik at deltakeren føler seg ivaretatt og respektert (Malterud, 2011, s. 201-204).

Gruppen jeg undersøker har vært gjennom omfattende sykdoms- og behandlingsforløp. Til tross for at det er flere år siden deltakerne ble diagnostisert og behandlet for sin kreftsykdom har jeg likevel vært bevisst på at flere av deltakerne fortsatt kan være i en sårbar situasjon. Det å bli diagnostisert med en kreftsykdom blir sett på som en kraftig belastning for den enkelte, spesielt med tanke på den belastningen behandlingen medfører (Kreftforeningen, 2012). Det har vært viktig at jeg, er bevisst på at enkelte spørsmål kan være utfordrende å svare på og kan vekke emosjoner hos deltakerne. Jeg har derfor vært bevisst på min spørsmålsformulering i intervjusituasjonen og vært oppmerksom på hvor langt jeg kan gå i mine oppfølgingsspørsmål. Dette for å sikre at deltakeren føler seg trygg og ivaretatt (Malterud, 2017, s. 213 & Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95-98).

Forskning innen medisin og helsefag skal ifølge Malterud (2017) ikke utføres dersom det anses som skadelig eller belastende for den enkelte. Det enkelte menneske skal alltid gå foran forskningen (Malterud, 2017, s. 211). Da formålet med studien er å kartlegge opplevelser og erfaringer den enkelte har med retur til arbeidslivet, og videre finne ut hva de opplevde som betydningsfullt for videre yrkeslivsdeltakelse, vurderes det som lite sannsynlig at dette vil medføre skade hos den enkelte. Det er i tillegg slik at deltakerne frivillig har sagt seg villig til å delta i disse dybdeintervjuene. Det er likevel viktig at man er bevisst eventuelle reaksjoner

den enkelte deltakeren kan få. Det vil derfor ut ifra mitt syn vært uhyre viktig å sørge for at deltakerne har fått tilstrekkelig informasjon om formålet, hensikt, hvordan innhentet datamateriale vil benyttes, samt hvem som har tilgang til materialet. Dette er noe jeg kontinuerlig i forskningsprosessen har etterstrebet.

Ifølge Richards og Schwartz som er gjengitt i Malterud (2011) er det gjerne fire risikoområder deltakere ved en kvalitativ forskningsstudie kan utsettes for. De fire områdene er psykisk uro, misbruk, fordreining og gjenkjennelse (Malterud, 2011, s. 201-202). Som beskrevet ovenfor er det risiko for at man berører sensitive områder. Dette kan ut ifra min forståelse medføre psykisk uro. Måten dette risikoområdet ble håndtert var at jeg skapte en atmosfære preget av respekt og tillit. Opplevelse av respekt, tillit, og høy grad av ivaretagelse er også viktig for å muliggjøre en god datainnsamling. Dersom deltakerne ikke opplever dette, kan det medføre at informasjon holdes tilbake. Dette vil naturlig nok være negativt for selve forskningsprosjektet. Gjennom god informasjon og fokus på trygghet i prosessen gjorde jeg det som sto i min makt for å redusere risiko eventuell psykisk uro. Jeg arbeidet kontinuerlig med at deltakerne skulle føle seg trygge og ivaretatt gjennom hele studien slik at forholdene også lå til rette for å gjennomføre en god datainnsamling. De påfølgende tre risikoområdene misbruk, fordreining og gjenkjennelse, velger jeg å behandle hvor de naturlig hører hjemme, under personvern og håndtering av data (Malterud, 2011, s. 201-203).

4.7.1 Godkjenning fra regional etisk komite

På grunn av det området denne mastergradsprosjektet berører, og den pasientdataen den besitter har det vært nødvendig med godkjenning fra regional etisk komite (REK). Den regionale etiske komiteen har som oppgave å vurdere forskningsetiske utfordringer, og fungerer som en godkjenningsetiske instans for forskningsprosjekt. De arbeider med å gi anbefalinger og råd, samtidig som de skal bidra til å styrke forskerens bevissthet rundt aktuelle forskningsetiske problemstillinger som kan oppstå (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014, s. 215-219 & NENT, 2015, s. 8). Hovedstudien fikk ved oppstart for 10 år siden godkjenning fra den regionale etiske komite og personvernforbundet (REK midt 2009/108,4.20062856). Ved en utvidelse av prosjektet, som denne mastergradsoppgaven medførte krevde det at det ble sendt inn endringsmelding til regional etisk komite. Denne endringsmeldingen inneholdt masteroppgavens prosjektprotokoll, ønske om utsettelse av slutføring av prosjektet og et ønske om å inkludere meg som prosjektmedarbeider ved forskningsprosjektet. Vedtak om godkjenning av mastergradsprosjektet er lagt ved i vedlegg nummer 4.

4.7.2 Personvern og håndtering av data

Datainnsamlingen frembringer sensitive opplysninger om deltakernes liv. Det er derfor satt krav til informert samtykke. Med informert samtykk menes det at deltakerne skal kjenne til prosjektets formål, hvem som vil ha tilgang til materialet og hva materialet skal brukes til (Fossheim, 2015). Deltakerne som rekrutteres har tidligere fått informasjon om formålet med studien, og var informert om at ulike aspekter av hverdagslivet vil bli undersøkt ved dybdeintervjuene. Deltakeren har allerede skrevet under på samtykkeerklæring og sagt seg villig til å bli kontaktet for dybdeintervju. Da masterprosjektet så på retur til arbeidsliv og yrkeslivsdeltakelse ble gjeldene samtykkeerklæring vurdert som tilstrekkelig, det er derfor ikke utført en eksplisitt samtykkeerklæring for deltakelse i denne studien. Dette valget begrunnes i at området som ønskes belyst var tilbakeføring til arbeidslivet, hvilket var en del av den opprinnelige intervjuguiden. Denne tilnærmingen til samtykkeerklæring er godkjent av regional etisk komite. Selv om deltakerne ikke har skrevet under eksplisitt samtykke har jeg som tidligere beskrevet gitt informasjon om studien i to omganger. Både under rekrutteringsprosessen og ved gjennomføringen av intervjuet. Jeg har arbeidet etter den tankegangen at deltakerne skal gis tilstrekkelig informasjon og ha god innsikt i forskningsområdet (Grimen, 2012, s. 405). Det har videre vært åpent for at deltakerne kan trekke seg når som helst i løpet av studien. Dersom deltakeren ikke ønsker videre deltakelse og fratrer studien har det blitt gitt informasjon om at alt material knyttet til denne deltakeren slettes.

Innenfor all type forskning står ivaretagelse av anonymitet og konfidensialitet sentralt. Jeg har derfor vært svært bevisst på hvordan dette er overholdt i mitt prosjekt, og jeg har sørget for å formidle dette til deltakerne. Anonymisering var spesielt viktig i rapporteringsfasen, da sitater og demografiske forhold formidles. Her er det viktig å forhindre at det refereres til utsagn fra personer som igjen kan knyttes opp mot variabler som identifiserer vedkommende. Under arbeidet med presentasjon av resultater har jeg vært bevisst på dette slik at deltakerne ikke aidentifiseres. For videre å beskytte konfidensialiteten til deltakerne ved ferdigstilling av masteroppgaven har personnavn, stedsnavn, organisasjonsnavn, eller annen karakteristika som kan avsløre identiteten til deltakerne blitt anonymisert (Fangen, 2017, s. 196). Materialet har blitt behandlet etter den tankegangen at deltakerens nærmeste venner og familie skal kunne lese masteroppgaven uten å kunne gjenkjenne deltakeren studien. Ved å ha en slik tilnærming og tankegang, har dette ut ifra mitt syn, bidratt til tilstrekkelig sikring av personvernet for de deltakende i studien (Malterud, 2011, s. 204- 206).

Materialet som ble innhentet i forbindelse med denne masteroppgaven er behandlet konfidensielt og vært utilgjengelig for utenforstående. Det ble sikret et godt fysisk skille mellom tekst for analyse og persondata. Rent praktisk har dette blitt gjort ved at deltakerne har blitt tildelt tallkoder. Lydfilene har blitt levert inn til prosjektleder for «*Strålestudien*» og oppbevart i deres database. Under transkriberingen av datamaterialet ble lydfilene oppbevart på min PC før filen ble slettet etter at transkriberingen var gjennomført. Deltakernes personvern er satt høyt, og den daglige håndteringen av det kvalitative materialet har blitt håndtert med aktsomhet og respekt. Det er som tidligere nevnt viktig at deltakerne opplever trygghet i måten materialet behandles og håndteres på. Ved å arbeide med materialet på måten beskrevet ovenfor vurderes det dit hen at deltakernes personvern har blitt godt ivaretatt i løpet av prosessen (Malterud, 2011, s. 204-206).

5.0 Resultater

Resultatene i studien beskriver hvordan kvinner som var behandlet for brystkreft opplevde returen til arbeidslivet, og hva de selv erfarte var betydningsfullt i denne prosessen, og for deres videre yrkeslivsdeltakelse. I dette kapitlet vil jeg presentere hvilke funn denne studien har ledet frem til. Deltakernes beskrivelser knyttet til temaene er kategorisert inn i disse fire hovedkategoriene.

1. Jobbopplevelse
2. En ny arbeidshverdag
3. Støtte
4. Tilrettelegging og fleksibilitet

Gjennom disse kategoriene vil jeg beskrive deltakernes opplevelser og erfaringer. Jeg vil i løpet av resultatpresentasjonen gjengi en rekke direkte sitat. Disse er uthevet i kursiv, og er tatt med for å illustrere de ulike fenomenene resultatpresentasjonen berører.

5.1 Jobbopplevelse

Arbeidslivsdeltakelse etter endt kreftbehandling var et område deltakerne i studien uttrykte som viktig å belyse. I denne kategorien vil jeg i første omgang presentere funn knyttet til deltakerens opplevelse av jobbens verdi og hvilken plass den har i hverdagen. Deretter vil jeg presentere funn knyttet til kvinnenenes generelle opplevelse i forbindelse til retur til arbeidslivet.

5.1.1 *Normalt og naturlig*

Deltakerne opplevde tilbakeføring til jobb som viktig, og retur til arbeidslivet var en tydelig prioritet for dem. Denne opplevelsen relateres til at jobben ble oppfattet som et betydningsfullt aspekt av deres hverdagsliv og representerte et samfunnsansvar hos den enkelte. Noen av deltakerne opplevde arbeid som en såpass sentral del av deres hverdagsliv at de så langt det lot seg gjøre, prioriterte det å være i jobb også mens de var under behandling. En av årsakene til at enkelte valgte å være i jobb i behandlingsperioden, var knyttet til at jobben på mange måter utgjorde en arena som representerte et avbrekk fra tankene på sykdom og behandling. Mens man var på jobb måtte man fokusere på konkrete arbeidsoppgaver og det var ikke plass eller tid til sykdomstanker på samme måte. Selv om jobbdeltakelse var et tydelig ønske og en prioritet opplevde mange av deltakerne at jobben også krevde mye av

deres energi, noe som igjen medførte at de hadde et mindre overskudd til blant annet sosiale aktiviteter. Denne opplevelsen er noe sitatet under tydelig viser:

«Jeg vil jo gjerne jobbe så mye som mulig. Det er et sånt samfunnsansvar jeg har og da synes jeg det var naturlig å gjøre det både under behandling når jeg klarte det og etterpå. Jeg har liksom den innstillingen at jeg skal være på jobb. Er jeg sliten av jobben så okay da får det gå utover hobbyer eller andre aktiviteter. I alle fall til en viss grad.» (Deltaker 14)

Jobbdeltakelse var noe den enkelte var innstilt på i etterkant av brystkreftbehandlingen. Arbeid ble løftet frem som et naturlig aspekt av hverdagslivet. Opplevelsen av arbeid som noe naturlig, relateres til at deltakerne vurderte arbeid som en nøkkelfaktor i hverdagslivet. Arbeid utgjorde en fast rutine som bidro til å skape stabilitet og struktur i hverdagen. Perioden med kreftsykdom representerte noe ustabil og uforutsigbart, som gjorde at vante rutiner og gjøremål til en viss grad ble endret. Etter avsluttet behandling var det derfor viktig å finne tilbake til faste rutiner. Jobben symboliserte en slik fast rutine, og den representerte derfor en arena som bidro til å skape normalitet og et steg i prosessen mot et ordinært hverdagsliv. Tilbakekomsten til jobb representerte altså et steg ut av boblen som syk og inn i livet som aktiv bidragsyter gjennom at man fikk muligheten til å ta del i det livet man hadde hatt før sykdommen inntraff. En av deltakerne beskrev dette slikt:

Jeg var jo sykmeldt en stund, men nei [jeg] har jo jobbet hele mitt liv. Det var jo det som var livet mitt. Ja det var det jo. Ut av bobla og tilbake til [normalen]. Men det var jo veldig greit å begynne i femti prosent det var det. Ta det litt suksessivt.
(Deltaker 1)

5.1.2 Rollen som arbeidstaker

Deltakelse i arbeidslivet ble sett på som verdifullt, og i sterk relasjon til den enkeltes selvfølelse, sosiale liv og livskvalitet. Arbeidslivsdeltakelse var noe deltakerne hadde positive assosiasjoner til. Disse positive assosiasjonene ble knyttet til at arbeid hadde vært en viktig bestanddel av hverdagen gjennom hele det voksne liv, og mange av kvinnene kunne ikke sett for seg et liv uten å ha vært i arbeid. Arbeidslivet ble løftet frem som en arena som var vesentlig for den enkeltes identitet. En arena som skapte tilhørighet og en opplevelse av å

være til nytte. En av deltakerne utrykte sine tanker og erfaringer knyttet til arbeidslivet på denne måten:

«Det å jobbe er kjempeviktig for meg. Det handler om tilhørighet, -det handler om mestring, -det handler om å vise at det man gjør det betyr noe, -både at du betyr noe for andre og at andre betyr noe for deg. Det handler om gleden av å mestre oppgaver og få til ting sammen. Det gir livsglede og motivasjon å være i jobb» (Deltaker 8)

Arbeidslivsdeltakelse opplevdes som viktig da dette åpnet opp for samhold og tilhørighet. Det å kunne delta i arbeidslivet ga tilgang til en sosial arena, som bidro til at man som enkeltmenneske fikk muligheten til å delta og være til nytte for andre mennesker. Å være i arbeid ga tilgang til en arena som åpnet opp for mestring og utvikling, noe som samlet sett la til rette for egenutvikling. Det å være arbeidstaker representerte i så måte noe den enkelte verdsette høyt og som var betydningsfullt i den enkeltes liv. Verdien av å være i arbeid og ha muligheten til å delta i arbeidslivet var videre vesentlig både for den enkeltes livsglede og livskvalitet. Betydningen av arbeidslivsdeltakelse synliggjøres ytterligere av en deltaker på denne måten:

«Det er jo livet, det er jo en del av livet, så det har betydd fryktelig mye for meg. Det er jo med på å forme meg som menneske synes jeg– absolutt. Jeg hadde sikkert vært en annen person hvis jeg hadde vært hjemme alle disse årene» (Deltaker 2)

Deltakelse i arbeidslivet fikk på mange måter en annen dimensjon enn hva den hadde i forkant av brystkreftdiagnosen. Det man tok som en selvfølge før man ble syk, ble nå et tegn på at man var tilbake igjen for fullt. En av deltakerne opplevde at arbeidslivsdeltakelse ble enda viktigere for henne etter sykdom og fullført behandling. Hun knyttet dette opp mot at hun under sykdomsperioden hadde en opplevelse av å stå utenfor og se inn. Denne erfaringen medførte at når hun igjen fikk muligheten til å delta i arbeidslivet, så opplevde hun dette som enda viktigere enn hun hadde gjort forut for sykdom og behandling. Kvinnen utrykte sine tanker rundt denne erfaringen slik:

«Det har alltid vært viktig synes jeg, for jeg har alltid hatt en jobb som jeg synes har vært bra og spennende. Så fikk det på en måte en ekstra dimensjon og ikke klare å være deltaker i yrkeslivet og sitte på en måte å se den biten det gjør at du kjenner det

enda mer etterpå, hvor viktig det er å ha en jobb å gå til. Den dagen du ikke klarer da skjønner man liksom hvor viktig det er å ha en arbeidsplass å gå til og kollegaer å være sammen med og å ha en jobb man mestrer» (Deltaker 11)

Mange av deltakerne opplevde at det å være arbeidstaker hadde en vesentlig plass livet. På lik linje som at det var en prioritet og returnere til arbeid kom det også fram at kvinnene var villige til å strekke seg langt for å klare å stå i arbeid. Dette inntrykket forsterkes gjennom ordene deltakerne brukte for å beskrive sine opplevelser knyttet til betydningen av arbeidslivsdeltakelse. Her ble ord og fraser som «tilhørighet», «samhold», «å være til nytte» og «arbeid var selve livet» brukt. Disse beskrivelsen dannet et bilde som tydeliggjorde hvilken betydning selve rollen som arbeidstaker hadde under tilbakeføringsprosessen og for den videre yrkeslivsdeltakelse. En av deltakerne beskrev sin tanker om tilbakeføring og videre yrkeslivsdeltakelse på denne måten:

«Vet du, det har aldri vært en opsjon for meg og ikke være aktiv i yrkeslivet for å si det sånn» (Deltaker 8)

5.1.3 Returopplevelsen

Returen til arbeid opplevdes som en prosess som stort sett forløp uten betydelige komplikasjoner, og de fleste opplevde det som godt å returner til arbeid. Oppstart i arbeid etter sykdom og behandling var noe de gledet seg til, og var en positiv opplevelse. Årsaken til at flere av deltakerne opplevde retur til arbeid som positivt var relatert til at de trivdes på arbeidsplassen og at de likte faget og de arbeidsoppgavene de utførte på arbeidsplassen:

«Det å være i jobb er jo noe av det fineste du kan være da egentlig, men mhm ja det er jo det» [...] «Jeg var så glad for å være tilbake på jobb. Jeg husker at det var bare et stort pluss det for meg. Jeg tror faktisk det ville vært verre og vært hjemme faktisk.» (Deltaker 9)

Flere av kvinnene trakk frem at opplevelsen av åpenhet og jevnlig kontakt med arbeidsplassen gjennom sykdomsperioden hadde vært positivt. Dette ble sett på som viktige faktorer for den opplevelsen de i dag sitter igjen med knyttet til egen retur til arbeid i etterkant av brystkreftsykdommen. Kvinnene opplevde at den jevnlige kontakten medførte at terskelen for å returnere til jobben ble senket. Dette begrunnet de i at jevnlig kontakt ga en opplevelse av

tilstedeværelse uten nødvendigvis fysisk å være tilstede. Åpenheten rundt egen sykdom bidro ifølge deltakerne til å skape en forståelse mellom arbeidstaker og arbeidsplassen. Dette muliggjorde en åpen og konstruktiv dialog. Videre kom det frem at de positive assosiasjonene av tilbakeføring til arbeid også var knyttet til en opplevelse av å bli tatt godt imot på arbeidsplassen og at de gikk tilbake til noe de var kjent med. Arbeidsplassen skapte på mange måter trygghet og trygge rammer. Dette var noe som igjen bidro til å skape et ønske om å returnere til arbeid så fort det lot seg gjøre. En av kvinnene skildret sin opplevelse av returen til arbeid på denne måten:

Jeg opplevde det bare som positivt jeg for jeg kom jo tilbake til noe som jeg kjente fra tidligere og ja nei det har gått veldig bra. (Deltaker 5)

Brystkreftdiagnosen og behandlingen medførte at deltakerne for en periode enten ble fullt eller delvis sykmeldt. For de kvinnene som var fullt sykemeldte var det viktig å gjenoppta arbeidet raskt, mens det var viktig å øke arbeidsmengden fortløpende for dem som var delvis sykemeldt. Selv om en relativt rask retur til arbeid sto frem som et sentralt mål, var det kun et fåtall av kvinnene som startet opp i fulle stillinger med en gang. Flere av kvinnene hadde en gradvis opptrapping og tilbakeføring til jobben i etterkant av sykdommen. Gradvis tilbakeføring gjaldt uavhengig om de hadde vært fullt sykemeldt eller delvis sykmeldt. En gradvis opptrapping til arbeid opplevdes som svært positivt. Dette ble begrunnet i at kreftbehandlingen hadde vært krevende og svært belastende for kroppen. Flere opplevde at de hadde et betydelig lavere energinivå, noe som medførte en opplevelse av at det var mer utfordrende å holde det samme tempoet som tidligere. En av deltakerne beskrev sin opplevelse av å ha et lavere energinivå på denne måten:

«Og ja stor forskjell på før og etter da med [tanke på] energi. Fremdeles så synes jeg at jeg har veldig lite energi i forhold til mange, men det er jo individuelt. Jeg har lite energi og blir fort sliten» (Deltaker 7)

På grunn av at mange av kvinnene opplevde manglende energi og overskudd i etterkant av behandlingen, var det derfor godt å kunne gradvis trappe opp arbeidsmengden istedenfor å starte rett opp i full jobb. Deltakerne løftet frem flere faktorer som medførte at de opplevde en gradvis tilbakeføring som positivt, men opplevelsen av manglende energi og at kreftbehandlingen hadde vært belastende for kroppen var den mest fremtredende for hvorfor

gradvis opptrapping opplevdes som positivt. En av kvinnene beskrev sine tanker rundt dette på denne måten:

*«Det tok alt å jobbe sant, bare 50 prosent [var nok] sant. Det tok jo alt av krefter.»
(Deltaker 6)*

Til tross for gradvis opptrapping, kom det imidlertid frem at enkelte opplevde at når de i ettertid så tilbake på perioden med retur til arbeidslivet, opplevde de at tilbakeføringen hadde skjedd på et litt for tidlig tidspunkt. To av deltakerne som uttrykte dette, opplevde at de ikke nødvendigvis angret på valget om oppstartstidspunkt. De handlet ut ifra hva de tenkte var best for dem på det tidspunktet, men i lys av den kunnskapen de i dag besitter, så de at det kunne vært bedre dersom de hadde forsinket oppstarten noe. For en av dem ble denne opplevelsen beskrevet slik:

«Jeg gikk av med pensjon da jeg var sekstifem, da tenkte jeg at det her orker jeg ikke lenger. Hva årsaken var det kan jeg ikke svare på, men jeg opplevde at jeg begynte nok for tidlig etter elleve måneder.» (Deltaker 2)

5.2 Den nye arbeidshverdagen

Opplevelsen av å kunne returnere til arbeid fremsto som positivt for deltakerne, da det var et tydelig steg i retningen mot å bli frisk. Det var imidlertid flere av deltakerne som opplevde at denne prosessen også hadde vært utfordrende. De skildret en arbeidshverdag som hadde forandret seg fra hvordan de opplevde arbeidshverdagen før de fikk brystkreft. Funnene viste at utfordringene kvinnene løftet fram i mange av tilfellene var knyttet til en opplevelse av å ha et lavere energinivå og en opplevelse av at hodet ikke helt hang med. Det er viktig å presisere at dette ikke gjaldt alle kvinnene i studien. Ut ifra deltakernes beskrivelser kan man lage et skille mellom de kvinnene som opplevde utfordringer eller endringer knyttet til arbeidshverdagen, og de som ikke opplevde de helt store utfordringene. Kvinnene kan ikke kategoriseres i enten den ene eller den andre gruppen. Slik det kom frem i datamaterialet var overgangen mer flytende, men for enkelte var opplevelsen av utfordring eller endring mer fremtredende. De vektla dette derfor mer i sine beskrivelser av returen til arbeidslivet. Presentasjonen av funnene i denne kategorien vil derfor deles inn i tre underkategorier. De to første vil omhandle utfordringer eller endringer flere av kvinnene opplevde, mens den siste

kategorien vil knyttes til de kvinnene som opplevde en arbeidshverdag som i liten grad hadde endret seg fra hvordan den var forut for brystkreftdiagnose og behandling.

5.2.1 Arbeidskapasitet

En opplevelse av en ny normaltilstand i etterkant av kreftdiagnose og behandling var fremtredende for mange av kvinnene i studien. Den nye normaltilstanden ble i stor grad knyttet til opplevelsen av å ha et lavere energinivå og overskudd enn tidligere. Denne endringen medførte at flere opplevde arbeidshverdagen som annerledes. Av den grunn merket flere av deltakerne at det var mer utfordrende å være i arbeid enn hva det hadde vært forut for diagnose og behandling. Opplevelsen av en ny normaltilstand ble løftet frem av en av deltakerne som var ferdigbehandlet for sin brystkreftdiagnose for ti år siden på denne måten:

«Jeg har hørt at det er flere som har det sånn, at det blir et annet liv da. Ja det blir det, men det fungerer jo, det er jo det jeg er vant til.» (Deltaker 10)

Opplevelsen av et annet type liv var fremtredende både i hverdags- og arbeidslivet. I arbeidslivet skapte denne nye normaltilstanden en opplevelse av en endret arbeidskapasitet. Kapasiteten til å holde det samme tempoet i arbeidshverdagen var borte. Flere av deltakerne opplevde at forsøket på å holde det samme tempoet medførte at man brukte opp all energien på jobb, og at man derfor ikke hadde kapasitet til andre aktiviteter i etterkant av jobb. Sagt med andre ord, så hentet arbeidshverdagen dem raskt inn og i noen sammenhenger gjorde den krav på all energien de hadde. Noen opplevde i perioder å være så slitne, at da de våknet opp om morgenen så var det første de tenkte på at det skulle bli godt å legge seg igjen. Andre igjen opplevde at de etter endt arbeidsdag måtte tilbringe resten av kvelden på sofaen. En av deltakerne illustrerte denne opplevelsen slik:

«Jeg merket jo det at fremdeles så var jo energinivået lavt. Så jeg var jo på jobb jeg, og så måtte jeg hjem [å] kvile meg, men [jeg] så jo det under og også etter at jeg var ferdig med behandlingene at om jeg kvilte meg så hjalp ikke det noe. Nei så det hadde ikke noe å si om jeg satt i stolen i tre timer eller lå og kvilte meg i, for jeg var ikke i noe bedre form allikevel når jeg sto opp heller». [...] «Så jeg skjønnte jo at jeg at det bare var en sånn normaltilstand at jeg måtte bare leve med det, at jeg ikke klarte å kvile meg fra det. (Deltaker 12)

Deltakerne som opplevde disse endringene, beskrev at det endrede energinivået varierte både i grad og i forhold til hvor lang tid det vedvarte. Felles for deltakerne var at dette fenomenet var svært fremtredende de første årene etter endt behandling for så å ta seg opp igjen, men for mange vedvarte denne tilstanden lenge. I forbindelse med returen til arbeidslivet opplevde derfor mange av deltakerne denne svekkede arbeidskapasiteten som betydelig. Av de deltakerne som opplevde en endret arbeidskapasitet i etterkant av brystkreftsykdommen illustrerte en av dem det slikt:

«Det er jo kapasiteten det går på, i og med at du blir mer sliten så det er kapasiteten det går på. Jobben endret seg ikke, den var den samme, men du orket ikke så mye mer, du ble mer sliten. Så det var kapasiteten det gikk på.» (Deltaker 2)

Til tross for en svekket arbeidskapasitet opplevde ikke deltakerne at dette hverken gikk utover kvaliteten på arbeidet eller opplevelsen av å mestre arbeidsoppgavene sine. Utførelsen av selve arbeidsoppgaven var ikke mer utfordrende etter brystkreftdiagnosen, men kapasiteten var ikke tilsvarende den de hadde tidligere. Flere av kvinnene opplevde at de igjennom årene etter endt behandling hadde arbeidet seg opp mer arbeidskapasitet. Likevel hang fortsatt opplevelsen av å bli raskere sliten ved dem selv ti år etter endt behandling. Endringen knyttet til kapasitet og energinivå skapte på mange måter en opplevelse av å være usynlig syk. Kreften var borte fra kroppen og man var ferdig behandlet, men opplevelse av å være helt frisk uteble. Utad fungerte man som før og man kunne se helt frisk ut. Sykdommen bar ikke lengre noen ytre tegn, men følelse av å være helt frisk var ikke tilstede. En av deltakerne illustrerte dette på denne måten:

«Så kommer jo den dagen hvor du egentlig er ferdig med behandlingen og skal være frisk, men du er ikke frisk. Du føler ikke at du har vondt noe sted, det er ikke synlig at du er dårlig men du er ikke frisk.» (Deltaker 12)

Den reduserte arbeidskapasiteten medførte for enkelte av deltakerne utfordringer relatert til det å komme tilbake i fullt arbeid igjen. Flere av deltakerne reflekterte over at de opplevde det som mer krevende å være i full jobb etter sykdommen. Kvinnene opplevde at de i all hovedsak hadde et sterkt ønske om å returnere til sin opprinnelige stilling etter endt behandlingsperiode, men dette målet var krevende å nå for enkelte, og på lang sikt opplevdes det som vanskelig og kostet dem mye. Enkelte valgte derfor å redusere stillingen sin. En av

kvinnene som opplevde det utfordrende å arbeide i full stilling etter kreftbehandlingen beskrev det på denne måten:

«Jeg bestemte meg at jeg skulle klare å komme tilbake i 100% jobb, men jeg kjente etter behandlingene at det kom det ikke til å bli. Det var et nederlag, for jeg hadde jo bestandig jobbet, og [det] var livet mitt.» (Deltaker 6)

Sitatet illustrerer hvor viktig denne kvinnen opplevde det å være i full jobb. Kvinnen opplevde det som et nederlag, da hun innså at hun ikke klarte å være i full jobb. Hun knyttet dette opp mot at arbeid hadde vært en stor del av livet hennes. Hennes opplevelse av å være nødt til å jobbe redusert gjenspeilte hvordan flere andre også opplevde det da de innså at de manglet den arbeidskapasiteten de hadde tidligere, og av den grunn måtte gå ned i stilling. Selv om flere utrykte at de opplevde det som riktig sett ut ifra egen arbeidskapasitet etter sykdommen, var det likevel slik at de måtte gå flere runder med seg selv før de bestemte seg for at dette var det riktige valget. Beskrivelsene de la frem knyttet til dette fenomenet dannet et bilde av at det var en tidkrevende prosess å erkjenne at man ikke lenger klarte å stå i full jobb.

5.2.2 Konsentrasjon og hukommelse

I forbindelse med retur til arbeidslivet opplevde enkelte av deltakerne endringer og utfordringer knyttet til svekket hukommelse og konsentrasjon. Enkelte opplevde at de i større grad var nødt til å skrive gjøremålslistor for at de skulle huske oppgaver og gjøremål på jobben. Av de deltakerne som opplevde svekket hukommelse eller konsentrasjonsvansker, var dette spesielt framtreddende i perioder hvor de var slitne og hadde mindre energi. De kognitive endringene ble av deltakerne knyttet opp mot behandlingen de hadde vært igjennom. Dette begrunnet de i at endringene oppsto i etterkant av brystkreftbehandlingen, og at de var for unge til at slike endringer kunne tilskrives aldersforandringer. En av kvinnene som opplevde dette, fortalte at hun hadde snakket med andre kreftpasienter, som ga henne en forståelse av at det var flere som opplevde utfordringer av liknende karakter. Av de deltakerne som opplevde dette beskrev en av dem det på denne måten:

«Jeg merket at det var ett eller annet rart, for jeg glemte ting og klarte ikke å konsentrere meg, og det var nesten sånn at jeg datt litt ut.» (Deltaker 12)

Sitatet gjenspeiler i stor grad hvordan dette fenomenet fortonet seg for de deltakerne som opplevde konsentrasjonssvikt og svekket hukommelse. Disse deltakerne uttrykte alle at dette ikke gikk noe særlig utover hvordan de utførte selve arbeidet, men de opplevde likevel endring fra før de ble behandlet for brystkreft. Endringen var likevel såpass vesentlig at de valgte å trekke den frem i forbindelse med hvordan de opplevde returen til arbeidslivet.

5.2.3 Det gikk som planlagt

Returen til arbeid kunne også forløpe uten store utfordringer. Enkelte av deltakerne opplevde at selve tilbakeføringsprosessen til arbeid gikk slik som de hadde planlagt, og at de opplevde få utfordringer i returprosessen. En av deltakerne i denne gruppen ga uttrykk for at hun ikke opplevde noen form for endringer av hverken arbeidskapasitet eller arbeidsevne. De resterende deltakerne i denne gruppen uttrykte at de imidlertid hadde opplevd et lavere energinivå som medførte enkelte utfordringer i starten, men at dette gikk relativt raskt over. Funnene viste også at kvinnene som opplevde tilbakeføringen til arbeidslivet uten betydelige utfordringer, var kjent med at deres situasjon ikke nødvendigvis var gjeldene for alle, og de var kjent med at det var mange som opplevde at et eksempelvis lavere energinivået medførte utfordringer med tanke på returen til arbeid. Dette førte til at flere opplevde at de var heldig, fordi de var klar over at situasjonen også kunne vært annerledes for dem. De var likevel tydelig på at dette ikke var gjeldende for dem. For en av kvinnene som opplevde at returen til arbeid gikk slik hun hadde planlagt uttrykkes det på denne måten:

«Det var ikke noe spesielt rundt det altså, det var det ikke. Så nei det ble sånn vi hadde planlagt det og sånn ble det. Og det var helt greit det for både meg og de fleste rundt [meg] tror jeg.» (Deltaker 8)

Uavhengig av utfordringer eller ikke opplevde deltakerne det som godt å være tilbake i jobb. Dette leder oss videre til å se nærmere på funn knyttet til hva deltakerne erfarte som betydningsfullt i selve returprosessen, og for deres videre arbeidslivsdeltakelse. Funnene knyttet til dette vil løftes frem gjennom kategoriene *støtte* og *tilrettelegging og fleksibilitet*.

5.3 Støtte

Opplevelse av støtte trekkes fram av samtlige av deltakerne som en viktig faktor med tanke på hvordan de opplevde returen til arbeidslivet. Støtten som deltakerne vektla knyttes til oppmerksomhet, anerkjennelse, forståelse rundt sykdommen og det man har vært igjennom.

Deltakernes beskrivelser synliggjør at støtte fra både arbeidsgiver og arbeidskollegaer opplevdes som betryggende og hjelpsom, og den støtten de mottok ble løftet frem som en betydningsfull faktor for god tilbakeføring til arbeid.

5.3.1 Støtte fra arbeidsgiver

Samtlige av kvinnene erfarte at en støttende og forståelsesfull arbeidsgiver var betydningsfullt i tilbakeføringsprosessen. Betydningen av en forståelsesfull arbeidsgiver som både så deg som enkeltmenneske, og som anerkjente det du hadde vært gjennom av sykdom var en vesentlig form for støtte i etterkant av brystkreftsykdommen. Måten støtten fra arbeidsgiveren kom til uttrykk på var gjennom at arbeidsgiveren la til rette for dem på arbeidsplassen, spurte hvordan det gikk, og var oppmerksom på den enkeltes behov. Kvinnene erfarte at støtten fra arbeidsgiver hadde vært betydningsfull gjennom hele sykdomsprosessen. Den åpne dialogen med arbeidsgiver og velvilje for å tilrettelegge arbeidssituasjonen samlet sett skapte en opplevelse av en leder som virkelig ønsket dem tilbake på arbeidsplassen. En av deltakerne illustrerte opplevelsen av dette på denne måten:

«Jeg hadde en leder som var veldig flink til å se og anerkjenne at jeg hadde vært gjennom en sykdomsperiode. De fulgte opp veldig bra under sykemeldingsperioden og etterpå. De var opptatt av hvordan det gikk og hva jeg trengte. Det gjorde at jeg følte meg veldig sett og at dem ville ha meg tilbake. Det er nok sikkert litt derfor jeg hadde veldig lyst [til å komme] tilbake også.» (Deltaker 11)

Samtlige av deltakerne opplevde at arbeidsgiver deres gjennom hele sykdomsprosessen var aktiv og oppmerksom på hva de som sykemeldt trengte både under sykemeldingsperioden og under tilbakeføringen til jobb. Deltakerne erfarte at den støtten de mottok fra arbeidsgiveren var en viktig faktor som klart bidro til at de hadde veldig lyst til å vende tilbake til arbeid og arbeidsplassen etter endt behandling. Deltakerne løftet frem at de erfarte denne støtten som vesentlig, og at opplevelsen av støtte spilte en positiv rolle for hvordan de opplevde returen til arbeidslivet. Opplevelsen av et støttende lederskap ga igjen ringvirkninger for videre deltakelse, da det skapte en opplevelse av at du som enkeltindivid var ønsket tilbake og viktig for arbeidsplassen.

På den andre siden opplevdes manglende støtte fra arbeidsgiver som utelukkende negativt. De deltakerne som opplevde et fravær av støtte ga uttrykk for at dette ga dem en følelse av å stå

alene. I all hovedsak opplevde deltakerne støtte fra ledelsen, men for de som opplevde et fravær av denne støtten var det et tydelig savn. En av kvinnene som opplevde manglende støtte beskrev blant annet en leder som klandret henne for å være syk når arbeidsplassen trengte henne, og hun satt igjen med en opplevelse av at arbeidsgiveren ikke var glad for å ha henne tilbake. Erfaringene av manglende støtte ble trukket frem som svært negativt for de opplevelsene hun i dag sitter igjen med knyttet til egen tilbakeføring til arbeid. Selv mange år senere ble hun emosjonell av å tenke på hvordan den manglende støtten opplevdes da det sto på. Deltakeren illustrerer denne erfaringen slik:

«Men jeg hadde en sjef som når jeg kom tilbake igjen så var det veldig lite forståelse. Lederen var ny når jeg fikk kreft, ung og følte at jeg skulle ha vært der. Det ble faktisk sagt, at jeg ble syk når han trengte meg.» (Deltaker 1)

Basert på hva dette sitatet illustrerer sett opp mot sitatet foran, synliggjør dette betydningen av et støttende lederskap, og at deltakerne erfarte dette et som viktig og betydningsfullt aspekt med tanke på retur til arbeidslivet og videre deltakelse i tiden etter sykdom.

5.3.2 Støtte fra arbeidskollegaer

Deltakerne utrykte videre at arbeidskollegaene også hadde spilt en sentral rolle knyttet til deres opplevelse av returprosessen. Samtlige av kvinnene opplevde at de hadde en støttende kollegagruppe, og de erfarte at den støtten arbeidskollegaene viste hadde vært betydningsfullt for dem i tilbakeføringsprosessen. Deltakerne erfarte at de små hyggelige gestene som et lite klapp på skulderen, eller et spørsmål om hvordan det gikk med dem som betydningsfullt i returfasen. Kvinnene erfarte at arbeidskollegaene både var oppmerksomme og hjelpsomme. Av de kvinnene som hadde fysisk krevende arbeid erfarte flere, at kollegenes velvilje til å ta de ekstra løftene i eksempelvis stell opplevdes positivt. De erfarte dette som veldig fint, da dette bidro til at de ikke slet seg helt ut. Samlet bidro de ulike måtene kollegaene viste støtte på til å gi dem en følelse av at de var ønsket tilbake, og at kollegaene var glade for å ha dem tilbake. Flere av deltakerne opplevde at de i returfasen var usikre på hvordan det ville bli. Deltakerne opplevde at kollegaene la lite press på dem om at de skulle være fullt tilbake, og at de passet på at de ikke gjorde arbeidsoppgaver de var ukomfortable med å gjøre. Denne støtten bidro til at man kunne ta arbeidsdagen i sitt eget tempo og det skapte en opplevelse av at kollegaene dine brydde seg om deg som enkeltperson. En av deltakerne illustrerer den kollegiale støtte hun opplevde ved sin arbeidsplass på denne måten:

«De på jobben var veldig påpasselige og de passet på at jeg ikke tok de tyngste løftene, og det var veldig fint.» (Deltaker 9)

En av kvinnene uttrykte imidlertid at hun skulle ønsket seg større åpenhet i kollegagruppen. Hun beskrev at det var en allmenn forståelse på arbeidsplassen om at man ikke snakket så mye om personlige ting, og at det derfor ikke ble så mye oppmerksomhet rundt eksempelvis sykdom. Deltakeren fortalte at hun gjerne skulle sett at arbeidskollegene spurte mer. Kvinnen illustrerte denne opplevelsen slik:

«Det som jeg merket var at man helst ikke snakket om personlige ting på arbeidsplassen. Dem spurte ikke hvordan kuren gikk og sånt. Det merket jeg at jeg savnet. Mange spurte men det var også mang som ikke gjorde det. (Deltaker 14)

Sitatet danner et bilde av hvilken betydning de små gestene hadde, og en mangel på disse små gesten kan, slik denne deltakeren erfarte det oppleves som et savn. Slik det kom frem i deltakernes erfaringer sto de små tingene frem som viktige, da dette skapte en følelse av å bli sett og anerkjent og virkelig ønsket tilbake. Denne formen for støtte erfarte deltakerne som svært betydningsfull faktor både i tilbakeføringsfasen og for videre deltakelse i arbeid. Dette knyttet til at opplevelsen av støtten ga en følelse av arbeidstrivsel og at man var ønsket tilbake på arbeidsplassen.

5.4 Tilrettelegging og fleksibilitet

Tilrettelegging på arbeidsplassen og fleksibilitet i arbeidshverdagen erfarte flere av deltakerne som både positivt og virkningsfullt i forbindelse med tilbakeføring til arbeid. Denne positive følelsen ble av flere knyttet opp mot at tilrettelegging og fleksibilitet åpnet mulighet for å delta på arbeidsplassen til tross for at kapasiteten og energinivået ikke nødvendigvis var tilsvarende som før sykdommen. Eksempler på tilrettelegging og fleksibilitet som arbeidsplassen bidro med var spesialtilpassede kontorrekvisitter, muligheten til å ha et begrenset arbeidsområde eller muligheten for å legge opp arbeidshverdagen slik at de kunne gjøre arbeidsoppgavene i en rekkefølge og et tempo som var tilpasset den enkelte. I tilbakeføringsfasen var arbeidsplassen innstilt på å tilrettelegge så langt det lot seg gjøre, og intensjonen var å skape et miljø hvor den enkelte kunne utføre sine arbeidsoppgaver ut ifra egen kapasitet og evne. En av de som opplevde mulighet for fleksibilitet i sin arbeidshverdag gjennom å få styre dagen selv uttrykte sine erfaringer slik:

«Med den type jobb som jeg har kan jeg legge opp dagen min etter hva jeg kan gjøre. Så klart ønsket jeg ikke å stå på labén en dag så kunne jeg gjøre det en annen dag bytte litt på. Så det synes jeg har fungert godt» (Deltaker 4)

Fleksibilitet og tilrettelegging handler av og til om muligheten til å kunne trekke seg tilbake i arbeidshverdagen. En arbeidssituasjon med stor grad av eksponering kan være tøff nok når man er frisk, og den kan fort oppleves som lammende når dagsformen er redusert. Derfor var det mange av kvinnene som erfarte at muligheten til å kunne skjerme seg når man hadde en dårlig dag som en betydningsfull faktor for retur til arbeidslivet etter endt kreftbehandling. Da arbeidskapasiteten for flere av kvinnene opplevdes som redusert i etterkant av behandlingen ble denne formen for tilrettelegging sett på som et svært positivt virkemiddel i returfasen. Dette ble begrunnet i at tilretteleggingen førte til at den enkelte selv fikk mulighet til å forvalte energien/ kapasiteten slik at man kunne være på jobb uten å bruke opp all energi og overskudd. Denne formen for tilrettelegging ble på mange måter også en form for individuell tilrettelegging som kunne tilpasses den enkeltes kapasitet og dagsform. Den individuelle formen for tilrettelegging opplevde deltakerne som betydningsfulle siden den ga dem muligheten for å ha kontroll og kunne tilpasse arbeidssituasjonen til egen dagsform. En av deltakerne som fikk tilrettelagt arbeidssituasjon gjennom at hun innskrenket sitt arbeidsområde for en periode ga uttrykk for det på denne måten:

«Jeg fikk jo tilrettelagt litt på jobben i forhold til arbeidsoppgaver. Jeg kunne for eksempel si at nå ønsket ikke jeg å gjøre det, jeg ville heller gjøre noe som skjermer meg litt for publikum. Og det var jo veldig positivt. Så jeg fikk tilrettelagt jobb som jeg følte at jeg behersket eller klarte å gjøre da.» (Deltaker 12)

På grunn av den reduserte arbeidskapasiteten opplevde flere av deltakerne at de fikk dårlig samvittighet, fordi de ikke klarte å produsere like mye som før de ble syke eller at de la ekstra arbeid over på kollegaene sine. En form for tilrettelegging som bidro til å lette på den dårlige samvittigheten, var at arbeidsgiver åpnet opp for muligheten for å øke bemanningen i tilbakeføringsperioden, slik at den som skulle tilbakeføres til jobb kunne gå utenpå grunnbanningen. Ved å vite at arbeidsoppgaven ble utført uten at det skapte merarbeid for arbeidskollegaene, skapte det en følelse av at man kunne møte arbeidsdagen i sitt eget tempo og arbeide ut ifra egne premisser. En av deltakerne som satte ord på dette, uttrykte det på denne måten:

«Å kjenne at jeg ikke, at jeg kunne komme, men ikke være en byrde fordi jeg ikke klarte arbeidsoppgavene.» [...] «Så vi prøvde jo å lage en litt sånn, litt sånn avtale på hvilke arbeidsoppgaver jeg skulle ha, samtidig som at det var litt sånn at, ja du nå er du oppå sånn at du gjør det du føler at du klarer. Så det det synes jeg var utrolig viktig å kjenne på den følelsen at jeg kunne.. hadde jeg på en måte sagt at jeg skulle den gangen være tilbake la oss si 40 prosent så hadde jeg følt at da må jeg gjøre arbeidsoppgavene 40 prosent for det er ingen andre som gjør dem, men nå så viste jeg at da var det andre som gjorde det og da var jeg liksom litt på toppen og kunne bidra der jeg kjente at jeg klarte da.» (Deltaker 11)

Tilrettelegging i forbindelse med tilbakeføringen til arbeid bidro til at returen kunne skje gradvis og at tempoet i arbeidshverdagen kunne tilpasses den enkelte. Kvinnene erfarte at tilretteleggingen derfor var betydningsfullt i returfasen. Muligheten til å være med å påvirke tilretteleggingen og da sørge for at den var tilpasset den enkeltes behov ble erfart som positivt også for videre deltakelse i arbeidslivet. Dette ble relatert til at den åpnet opp for at kvinnene selv kunne styre tempoet i hverdagen ut ifra egen kapasitet, og dermed unngå at man ble helt utslitt av arbeidshverdagen.

Funnene knyttet til tilrettelegging, viste at av de kvinnene som opplevde et behov for tilrettelegging i arbeidshverdagen, var det individuelle forskjeller i graden av tilrettelegging og over hvor lang tid det vedvarte. Erfaringene på dette området pekte dog ikke bare i en bestemt retning. En liten gruppe av deltakerne opplevde ikke at de hadde behov for tilrettelegging eller at det skulle gjøres endringer i deres arbeidshverdag i forbindelse oppstartsfasen etter endt behandling. De som erfarte dette var igjen hovedsakelig de deltakerne som ikke hadde opplevd endringer av betydning eller at endringene kun var tilstede for en kort periode. Selv om de ikke erfarte at de hadde behov for noen form for tilrettelegging, utrykte de at det ikke hadde vært noe problem dersom det var behov for det. Tanken om å gå tilbake til arbeidet, slik som det hadde fortonet seg forut for sykdommen, opplevdes som mest naturlig. Sykdomsperioden var avsluttet og det følte naturlig å gjeninnta den hverdagen man hadde forut for sykdom. Til tross for at tilretteleggingsbehovet ikke var tilstede opplevde deltakerne at dersom de hadde behov for det ville det ikke vært noe problem for arbeidsplassen å tilrettelegge. En av deltakerne som ikke hadde opplevd noe behov for tilrettelegging erfarte det slikt:

«Det var ikke noe som ble gjort. Det var det ikke, men jeg kunne jo ha initiert noe. Jeg tenkte ikke de tankene. Jeg tenkte det bare var naturlig å gå tilbake til jobben sånn som den var.» (Deltaker 2)

6.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke opplevelser tidligere brystkrefttrammede kvinner hadde knyttet til sin retur til arbeidslivet, og hva de erfarte som betydningsfullt i returfasen og for deres videre yrkeslivsdeltakelse.

Retur til arbeid og deltakelse i arbeidslivet ble sett på som en viktig del av hverdagslivet, og i etterkant av kreftbehandlingen opplevde deltakerne det som viktig å returnere til arbeid. Funnene viste at flere opplevde at det å kunne være i arbeid ga dem tilbake en form for normalitet i hverdagen i etterkant av kreftsykdom. Deltakerne opplevde det som verdifullt å være i arbeid, da det representerte en arena som åpnet opp for samhold, mestring og tilhørighet. De opplevde det som betydningsfullt både for egen identitet og selvutvikling.

Samlet viste resultatene at de fleste av deltakerne hadde positive assosiasjoner knyttet til egen retur. Det var imidlertid flere deltakere som opplevde en annen type arbeidshverdag i etterkant av behandlingen. De opplevde å ha en endret arbeidskapasitet som medførte at de var mer slitne og manglet overskudd i arbeidshverdagen. Andre igjen beskrev utfordringer relatert til hukommelse og konsentrasjon. Til tross for endringer og utfordringer i etterkant av kreftbehandling, opplevde ingen av deltakerne at dette gikk utover kvaliteten på arbeidet. Funnene viste på den andre siden at enkelte ikke opplevde endringer av betydning eller at endringene kun var tilstede for en kort periode.

Samlet for deltakerne var at de erfarte at en åpen dialog med arbeidsplassen var svært positivt. Støtte fra arbeidsgiver og kollegaer ble trukket frem som viktig i returfasen, og denne støtten ga igjen ringvirkninger for deres videre yrkesdeltakelse. Støtten bidro til å skape en opplevelse av å være ønsket tilbake og trivsel på arbeidsplassen. På samme måte erfarte deltakerne at tilrettelegging og fleksibilitet i arbeidshverdagen var betydningsfullt i returprosessen og for deres videre yrkesdeltakelse. Dette knyttet de til at det ga rom for å ta oppstarten i et eget tempo uten å slite seg helt ut. Samlet viste altså funnene at deltakerne i studien erfarte støtte, tilrettelegging og at rollen som deltaker i arbeidslivet var betydningsfullt for returen til arbeid og for videre deltakelse i arbeidslivet.

6.1 Retur til arbeid, jobbens verdi, støtte og tilrettelegging

Innledningsvis i oppgaven ble det løftet frem at tilbakeføring til arbeid i etterkant av sykdom har en svært viktig betydning for den enkelte. Samtidig ble det også trukket frem som betydningsfullt sett ut ifra et samfunnsperspektiv, da manglende tilbakeføring medfører store kostnader (Rasmussen & Elverdam, 2008; Oslo economics, 2019, s. 21 & Fitch & Nicoll, 2019). Ut ifra resultatene står temaene returopplevelsen, jobbens verdi, opplevelse av støtte samt tilrettelegging som relevante temaer for videre drøfting. Funn knyttet til hvert av disse temaene vil bli diskutert og knyttet opp til forskning på området. Deretter vil jeg diskutere veien videre ut fra funnene og hvilken praktisk relevans de har. Siste del av diskusjonen tar for seg refleksjoner rundt metodiske valg og studiens styrker og svakheter.

6.1.1 Returen til arbeid

Tilbakeføring og retur til arbeid oppleves som viktig og betydningsfullt i etterkant av kreftsykdom. Det kom frem i McKay mfl. (2012) sin studie at klare pådrivere for å returnere til arbeid blant annet var den sosiale kontakten arbeidsplassen kunne tilby, normaliteten deltakelse i arbeidslivet representerte og at det ga en opplevelse av kontroll (McKay, mfl., 2012). Liknende funn kom frem i min studie. Deltakerne opplevde at arbeid hadde en sentral plass i hverdagen, og flere knyttet ønsket om å returnere til arbeid opp mot trivsel på arbeidsplassen, altså det sosiale aspektet rundt arbeid, og at de likte arbeidsoppgavene sine. Til tross for at de opplevde det som viktig og hadde et sterkt ønske om å returnere til arbeid, hadde kreftbehandlingen vært en belastning. En gradvis retur til arbeidslivet ble derfor trukket frem som svært positivt. Den positive opplevelsen av en gradvis retur understøttes av McKay, mfl. (2012) som i sin studie påpekte at en gradvis økning av antall arbeidstimer var viktig i overgangsfasen tilbake til arbeid (McKay, mfl., 2012). Til tross for den positive opplevelsen knyttet til gradvis opptrapping, viste funnene på den andre siden at flere av deltakerne i min studie opplevde endringer med tanke på hvordan det var å være i arbeid i etterkant av brystkreftbehandlingen. Funnene knyttet til disse opplevde endringene dannet et bilde om at disse hadde innvirkning på deltakernes retur til arbeidslivet.

Fitch og Nicoll (2019) viste i sin mixed methods studie, at en opplevelse av endret arbeidssituasjon ikke var uvanlig for kreftpasienter. Bivirkninger av sykdom og behandling var for mange av deltakerne en årsakene som medførte at de ikke hadde mulighetene til å jobbe tilsvarende slik de gjorde i forkant av kreftsykdommen (Fitch & Nicoll, 2019). Lue mfl. (2018) beskrev dette fenomenet ytterligere i sin studie ved å påpeke at brystkreftrammede

kvinner gjerne opplevde fysiske og kognitive utfordringer eller endringer i forbindelse med retur til arbeid (Lue, mfl., 2018). Liknende funn kan også ses i min studie, men i motsetning til Lue mfl. (2018), ble det i min studie ikke gjort funn som viste at deltakerne opplevde fysiske utfordringer eller endringer som fremtredende i forbindelse med retur til arbeid. Mine funn viste at deltakerne hovedsakelig hadde opplevd utfordringer knyttet til kapasitet og kognitive endringer som hukommelse og konsentrasjon i forbindelse med returen til arbeid. Med bakgrunn i mine funn kan man ikke argumentere for at fysiske endringer eller utfordringer påvirket returen til arbeid, men siden dette trekkes frem i tidligere forskningsfunn kan man likevel argumentere for at dette kan være en faktor som kan påvirke opplevelsen av retur til arbeid i etterkant av brystkreft (Tamminga, mfl., 2012; Lue, mfl, 2018).

Opplevelsen av en lavere arbeidskapasitet, mindre energi og overskudd i forbindelse med retur til arbeid, var et svært fremtredende funn i min studie. Selv om deltakerne ikke brukte ordet fatigue da de beskrev dette, kan det likevel forstås som fatigue. Dette begrunnes i at beskrivelsene representerer det vi i dag gjerne forstår som symptomer på fatigue (Kiserud, mfl., 2018, s.159-160). Fatigue er forøvrig en seneffekt som tidligere forskningsfunn også har påpekt har en tydelig innvirkning på retur til arbeid. Dorland mfl. (2016) påpekte at fatigue var den seneffekten som oftest medførte at kreftpasienter var nødt til å redusere arbeidsmengden i etterkant av sykdom- og behandling. Fatigue ble derfor sett på som en tydelig barriere for retur til arbeid (Dorland, mfl., 2016). Forskning og faglitteratur på området støttet altså mine funn, og danner et bilde av at de utfordringene eller endringene deltakerne opplevde ikke var uvanlig i forbindelse med retur til arbeid i etterkant av kreftsykdom (Nilsson, mfl 2012; Tamminga, mfl., 2012; Dorland, mfl., 2016; Lue, mfl., 2018 & Kiserud, mfl., 2018, 159-160). Til tross for at deltakerne opplevde utfordringer eller endringer som beskrevet ovenfor i tilbakeføringsfasen, var det ingen av deltakerne som opplevde at disse endringene medførte at de ikke evnet å være i arbeid eller at kvaliteten på arbeidet ble dårligere. Endringene hadde dog en tydelig påvirkning på opplevelsen av retur og på hvordan det var å være i arbeid i etterkant av brystkreftdiagnosen.

Fitch og Nicoll (2019) argumenterte i sin studie at kreftpasienter opplevde arbeidshverdagen som mer utfordrende, og at det var mer krevende for dem å være i full jobb i etterkant av sykdommen (Fitch & Nicoll, 2019). Mine funn påpekte liknende tendenser, da flere av deltakerne i studien beskrev at de opplevde det som utfordrende å være i full stilling, og at situasjonen på arbeidsplassen fremsto som endret da de som tidligere vist opplevde å ha en

lavere arbeidskapasitet enn tidligere. Både tidligere forskning og min studie viser altså at en endret arbeidshverdag ikke er uvanlig i tilbakeføring til arbeid etter kreftbehandling. Ser man dette opp mot mine funn knyttet til opplevde endringer og utfordringer i returen til arbeid og tidligere forskning danner det et bilde av at sykdom- og behandlingsrelaterte bivirkninger kan påvirke opplevelsen av retur til arbeidslivet i etterkant av kreftsykdom (Nilsson, mfl 2012; Tamminga, mfl. 2012; Lue, mfl, 2018).

Funnene om endring knyttet til lavere arbeidskapasitet, hukommelse og konsentrasjonsvansker kan videre knyttes til Juhani Ilmarinen sitt begrep arbeidsevne (Ilmarinen, 2009). Det er ikke unormalt å oppleve en endret arbeidsevne i forbindelse med retur til arbeid i etterkant av kreftbehandling. Dette kom blant annet frem i studien til Carlsen mfl (2013), hvor de undersøkt arbeidsevne etter brystkreftbehandling. I studien brukte de Juhani Ilmarinen sin definisjon av arbeidsevne, som forstås som et multi-dimensjonalt fenomen (Carlsen, mfl., 2013; Ilmarinen, 2009). Denne definisjonen er videre forklart av Alv Dahl som i sin forståelse beskriver at arbeidsevne også har en psykisk dimensjon som omhandler eksempelvis konsentrasjon og utholdenhet (Dahl, 2017, s. 197). Deltakerne i min studie beskrev ikke med eksakte ord at de opplevde en endret arbeidsevne. Deres fokus var i større grad rette mot arbeidskapasitet. Dersom man ser funnene ut ifra Ilmarinen (2009) sin definisjon av arbeidsevne, som videre er forklart av Alv Dahl kan en fortolkning være at deltakerne kan ha opplevde en endret arbeidsevne da de beskrev at de hadde redusert arbeidskapasitet (Ilmarinen, 2009; Dahl, 2017, s. 197). Dette er en fortolkning og man kan diskutere om deltakernes arbeidsevne var redusert da de var i arbeid i mange år etter, og ikke opplevde endret kvalitet på arbeidet de utførte. På den andre siden viste funnene at enkelte var nødt til å redusere stillingen sin på grunn av utfordringer i etterkant av sykdommen. Til tross for at man kan diskutere denne fortolkningen viste funnene i studien at opplevelsen av å ha en endret arbeidskapasitet var fremtredende, og dette var noe deltakerne opplevde preget deres retur til arbeidslivet.

På den andre siden viste funnene i studien at det var en variasjon i opplevelsene knyttet til de nevnte utfordringene, og i hvor stor grad disse påvirket den enkeltes retur til arbeidslivet. Funnene i studien kan ikke kategoriseres som enten eller, men beskrivelsene synliggjorde at deltakerne i ulik grad ble påvirket av endringene i etterkant av behandlingen. Variasjonen som ses her, kan om mulig forstås ut ifra forskningsfunn som trakk frem at kreftens stadium og behandling, har innvirkning på hvordan returen forløper. Det kom frem i forskning at desto

mer invasiv kirurgi eller cellegift den enkelte hadde behov for, desto større barriere kunne returen til arbeid oppleves som (Nilsson, mfl, 2012; Tamminga, mfl., 2012; Van Muijen, mfl., 2013 & Söderman, mfl., 2018). Funnene i min studie kan ikke fullt ut forstås med bakgrunn i dette, da de fleste av deltakerne mottok samme behandling. For å fullt ut kunne understøtte funnene fra den tidligere forskingen, må det til en større og mer omfattende studie som fanger opp ulike behandlingsmetoder og ser på variasjonene dette gir med tanke på retur til arbeid. Likevel kan tendensene som funnene i min studie viste knyttet til variasjonen i opplevde endringer i forbindelse med retur til arbeid, til en viss grad skape en forståelse av at grad av behandling kan påvirke opplevelsen knyttet til retur til arbeidslivet.

Til tross for utfordringer eller endringer viste resultatene fra denne studien hovedsakelige positive assosiasjoner knyttet til returen til arbeid. Den positive opplevelsen av returen til arbeidsplassen var for mange knyttet til det som kan karakteriseres som arbeidsrelaterte faktorer og personlige faktorer. Med dette som bakgrunn leder det oss videre til å se på studiens funn relatert til hva deltakerne erfarte som betydningsfullt i tilbakeføringsprosessen og for videre deltakelse i arbeidslivet.

6.1.2 Jobbens verdi

Rasmussen og Elverdam (2008), påpekte i sin studie at kreftpasienter hadde et sterkt ønske, mål og forventning om å komme tilbake i jobb i etterkant av sykdommen. Jobben ble sett på som en arena som bidro til å gi mening i hverdagen, og en vesentlig faktor for den enkeltes identitet og sosiale velvære (Rasmussen & Elverdam, 2008). Funnene i min studie er samsvarende med disse funnene. Dette relateres til funn som viste at det var en prioritert å returnere tilbake til arbeid i etterkant av sykdommen, enten om det var oppstart etter full sykmelding eller opptrapping fra en delvis sykmelding. Arbeidslivsdeltakelse ble vurdert som en nøkkelfaktor i hverdagslivet, og deltakerne så arbeidslivsdeltakelse i sammenheng med egenutvikling, identitet, samhold, tilhørighet, mestring og livskvalitet. På bakgrunn av dette gir det grunnlag for å argumentere for at den betydningen rollen som arbeidstaker fører med seg i så måte kan være sentralt for tilbakeføring til arbeid.

Til tross for at deltakelse i arbeidslivet ble sett på som svært viktig, kommer det imidlertid frem i tidligere forskning, at for enkelte kan verdien eller prioriteringer knyttet til å være i jobb endre seg i etterkant av sykdom. Dette betyr nødvendigvis ikke at endringene var vedvarende eller medførte at man hadde et negativt syn på arbeid, men alvorlig sykdom som

kreft kunne medføre at den enkelte redefinerte jobbens betydning (Lilliehorn, mfl. 2012, Dorland, mfl., 2016). Funn som understøtter dette ble ikke gjort i min studie. Verdien av arbeid opplevdes av deltakerne som tilsvarende det den hadde vært forut for sykdommen. Det kom frem i beskrivelsene at deltakerne opplevde det som svært viktig å være i arbeid, og at de hadde en positiv verdivurdering av å være i arbeid. En positiv verdivurdering av arbeid argumenterte Wolvers mfl. (2017) for i sin studie kunne assosieres med tidlig retur til arbeidslivet i etterkant av kreftsykdom og behandling (Wolvers mfl., 2017). Funnene i min studie kan ikke si noe om at den enkeltes opplevelse av arbeidets verdi, var vesentlig for en tidlig retur til arbeidet, men funnene antyder at jobbens verdi kan forstås som betydningsfullt for selve returprosessen og for videre deltakelse i arbeidslivet.

Rasmussen og Elverdam (2008) og Nilsson mfl. (2012) påpekte i sin forskning at arbeid var en arena som skapte struktur og normalitet i hverdagen som kreftsykdommen hadde rokket ved (Rasmussen & Elverdam, 2009; Nilsson, mfl., 2012). Drageset mfl. (2015) påpekte videre at en viktig mestringsstrategi ved brystkreft var å gjeninnta det normale livet, da dette bidro til å fjerne deg fra kreftsykdommen og opplevelsene knyttet til den. Å starte i jobb ble for enkelte en måte å gjeninnta det normale livet på og ta kontroll (Drageset, mfl., 2015). Funnene i min studie var i stor grad samsvarende med disse forskningsfunnene. Dette forstås på bakgrunn av funn som viste at deltakerne opplevde retur til arbeid som naturlig, og at det bidro til nettopp å skape normalitet og struktur i hverdagen. I tillegg ga de mulighet til å fjerne tankene fra sykdommen. Tidligere forskningsfunn samt funn i studien gir derfor grunnlag for å argumentere for at normaliteten og arbeidslivet som en naturlig del av hverdagslivet i så måte var en sentral faktor i forbindelse med tilbakeføring til arbeid. Til tross for at funn i studien kan knyttets til normalitet, kan det ikke slås fast at denne faktoren ene og alene kan vurderes som en betydningsfull faktor for returen til arbeid. I likhet med funnene nevnt ovenfor antydes det også her at denne opplevelsen var vesentlig for returen til arbeidslivet og videre deltakelse. Det er likevel ingen av funnene, hverken jobbens verdi eller at arbeid skapte normalitet og struktur i hverdagen som gir grunnlag for å argumentere for at dette ene og alene var en betydningsfull faktor for tilbakeføring. Det er vil derfor være relevant å se nærmere på også andre faktorer som ble løftet frem i studien.

6.1.3 Opplevelsen av støtte

Stergio- Kits, Pritlove og Krish (2016) argumenterte i sitt forskningsprosjekt at retur til arbeid i etterkant av en alvorlig sykdom som det kreft representerer, hadde størst sannsynlighet for å

lykkes dersom det var en åpen kommunikasjon, tillit og samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker (Stergio-Kits, mfl., 2016). En kontinuerlig dialog mellom partene gjennom hele sykdomsperioden viste også å være av betydning for selve returen, da den bidro til å skape struktur og trygghet i prosessen (Caron, mfl., 2017). Også i denne studien fant jeg at åpenhet og jevnlig kontakt med arbeidsplassen var betydningsfullt for opplevelsen av retur til arbeid. Funnene i min studie bekrefter med andre ord begge de nevnte studiene. Funnene i studien viste at kommunikasjonen var betydningsfullt og representerte på mange måter en form for sosial støtte. Opplevelsen av sosial støtte var et betydningsfullt funn i min studie, da deltakerne erfarte at denne støtten i stor grad påvirket deres opplevelser i forbindelse med tilbakeføringsprosessen til arbeid.

Dorland mfl. (2016) påpekte i sitt forskningsprosjekt at støtte fra leder og arbeidskollegaer var vesentlig i tilbakeføringsprosessen. Støtte fra leder ble blant annet sett på som fremmende for god funksjon på arbeidsplassen i etterkant av sykdommen (Dorland, mfl., 2016). Dette samsvarer med funn i min studie. Et funn som var gjeldende uavhengig av om kvinnene opplevde endringer eller ikke knyttet til arbeidshverdagen, var at de erfarte støtte fra arbeidsgiver og kollegaer som betydningsfullt i forbindelse med returen til arbeidslivet i etterkant av brystkreftbehandling. Deltakernes beskrivelser synliggjorde at støtten førte til en opplevelse av at arbeidsplassen hadde en forståelse for hva de hadde vært igjennom, og hvilke utfordringer en kreftbehandling medførte. Betydningen av sosial støtte understrekes videre av forskningsfunnene til Tamminga mfl. (2012) som trakk frem at sosial støtte var en klar nøkkelfaktor i forbindelse med retur til arbeidslivet (Tamminga, mfl., 2012). Lue mfl. (2018) bekreftet disse funnene og påpekte videre at dersom den enkelte opplevde god støtte i returfasen bidro det til å lette overgangen til arbeid i etterkant av sykdom (Lue, mfl., 2018).

I kontrast til funnene som viste den positive effekten sosial støtte har i tilbakeføringsfasen ser vi på den andre siden at det er svært negativt dersom den sosiale støtten er fraværende. Det kom blant annet frem i Lue mfl. (2018) sin studie at brystkreftpasienter opplevde manglende støtte som negativt i returprosessen (Lue, mfl. 2018). Den negative effekten knyttet til manglende sosial støtte understøttes videre av Caron mfl. (2017) som på sin side også gjorde funn som påpekte at en manglende støtte i forbindelse med retur til arbeid kunne være svært negativt og medførte en følelse av skuffelse (Caron, mfl. 2017). Disse funnene er samsvarende med funn i min studie. Resultater fra studien viste at deltakerne erfarte det som svært negativt dersom den sosiale støtten var fraværende eller lav. Funnene viste at

manglende støtte medførte at den enkelte opplevde å bli stående alene. Beskrivelsene av den manglende støtte dannet et bilde av at returen til arbeidslivet da opplevdes som mer utfordrende. Det ble kun gjort funn i studien knyttet til manglende støtte fra leder. Kvinnene erfarte i stor grad å ha støttende kollegaer. Selv om enkelte skulle ønske de hadde fått mer støtte fra kollegaene erfarte de ikke at støtten var fraværende. Til tross for at det ikke var gjort noen funn både på kollega og arbeidsgiver vurderes disse funnene forøvrig som samsvarende med det tidligere forskning på området har påpekt (Tamminga, mfl., 2012; Dorland, mfl. 2016 & Lue, mfl. 2018). Sett ut fra norsk og nordisk forskning på området er funnene i min studie bekreftende. Lindbohm mfl. (2012) presenterte i sin studie at manglende sosial støtte på arbeidsplassen var assosiert med lavere arbeidsevne (Lindbohm, mfl., 2012). Det kom ikke frem i min studie at manglende støtte medførte en lavere arbeidsevne, men tendensene manglende støtte representerte, og i lys av de positive faktorene støtte førte med seg danner det grunnlag for å argumentere for at dette var en klar faktor som kvinnene erfarte som betydningsfullt i tilbakeføringsprosessen i etterkant av brystkreftsykdommen. På bakgrunn av dette skaper det ut ifra mitt syn en forståelse av betydningen av et målrettet arbeid for å sørge for at kreftpasienter opplever nettopp støtte når de skal tilbake i jobb.

Forskningsfunn knyttet til sosial støtte viste at den kom til syne på mange forskjellige måter. Lue mfl. (2018) og Dorland mfl. (2016) gjorde i sine forskningsprosjekter funn som kan forstås som en form for emosjonell og instrumentell støtte, og at dette var svært positivt i tilbakeføringene til arbeid. Den emosjonelle støtten som Lue mfl. (2018) og Dorland mfl. (2016) løftet frem, kom til syne i form av støttende kommentarer, interesse for den enkeltes historie og forståelse for de utfordringene den enkelte opplevde i etterkant av kreftsykdommen. Den instrumentelle støtten ble i studiene presentert som tilrettelegging av eksempelvis arbeidsoppgaver (Lue, mfl., 2018 & Dorland, mfl., 2016). Måten den emosjonell og instrumentelle støtten ble beskrevet i disse studiene, samsvarer med James House (1981) sin forståelse av sosial støtte. Ut ifra hans teori har sosial støtte fire forskjellige former, hvor emosjonell og instrumentell støtte utgjør to av disse (House, 1981 & Nohe & Sonntag, 2014). Funnene fra disse studiene samsvare forøvrig med funnene i min studie. En forståelsesfull arbeidsgiver som var oppmerksom på den enkeltes behov og kollegaer som stilte spørsmål og klappet deg på skulderen fremsto som en form for emosjonell støtte. Den instrumentelle støtten som deltakerne erfarte kom til syne gjennom at kollegaene tok et ekstra løft, passet på å være hjelpelig og en arbeidsgiver som åpnet opp for tilrettelegging. Det kom frem i studien at dette ble oppfattet som svært betryggende og betydningsfullt. Slik det kom frem i

beskrivelsene skapte disse formene for støtte en opplevelse av å bli sett, forstått og anerkjent. Med bakgrunn i James House (1981) sin beskrivelse av de ulike formene for sosial støtte, tidligere forskning og funnene i min studie skaper det en forståelse av at en form for emosjonell og instrumentell støtte ble sett på som betydningsfullt i returfasen. Det vil derfor med bakgrunn i studiens funn og tidligere forskning være viktig at dette legges til rette for i tilbakeføringsarbeidet. I Norge er det allerede godt innkjørte rutiner med tanke på møter mellom arbeidstaker og den sykemeldte under sykemeldingsperioden, men slik som det kom frem i studien ble også de små gestene erfart som betydningsfullt i returfasen (Regjeringen, 2019 & Kreftforeningen, 2019c). Derfor vil det med bakgrunn i studiens funn være viktig å skape bevissthet rundt betydningen av også denne formen for støtte i en returprosess. Fokus på å se hverandre på arbeidsplassen og legge til rette for dette vil være viktig, da det ut ifra studiens funn forstås som vesentlig i tilbakeføring til arbeid.

Opplevelse av støtte fremstår ikke bare som betydningsfullt i den akutte returfasen, men også som betydningsfullt for videre deltakelse. På lang sikt viste det seg at opplevelse av støtte også var vesentlig. Dette forstås med bakgrunn av funnene i Torp mfl. (2011) og Lindbohm, mfl. (2014) sine studier som blant annet trakk frem negative konsekvenser av manglende støtte. Torp mfl. (2011) påpekte at manglende støtte medførte hyppigere skifte av arbeidsplass mens Lindbohm mfl (2014) påpekte at lav grad av støtte etter diagnosen økte faren for å gå av med tidlig pensjon (Torp, mfl., 2011 & Lindbohm, mfl, 2014). Funnen i min studie kan forstås som samsvarende sett i lys av de positive konsekvensene opplevelsen av støtte hadde for videre deltakelse. Slik det kom frem i studien ga støtte fra arbeidsplassen en opplevelse av å være vesentlig for arbeidsplassen samtidig som det skapte arbeidstrivsel. Samlet bidro dette til at den enkelte virkelig ønsket å være tilstede på arbeidsplassen. Ut ifra av funnene i studien skapes det en forståelse av at sosial støtte var betydningsfullt i forbindelse med retur og videre deltakelse. Sett opp mot tidligere forskningsfunn knyttet til betydningen av støtte styrker dette etter mitt syn viktigheten av å skape en arbeidsplass preget av åpen kommunikasjon, tillit og kollegaer og leder som ser det enkelte menneske og det unike i hver situasjon.

6.1.4 Tilrettelegging

Dorland mfl. (2016) og Lue mfl. (2018) diskuterte i sine forskningsfunn at en form for instrumentell støtte hadde en avgjørende verdi i forbindelse med god tilbakeføring til arbeid. Den instrumentelle støtte kom som tidligere nevnt til syne i form av tilrettelegging på arbeidsplassen (Dorland, mfl., 2016; Lue, mfl., 2018). I Norge er det lovfestet gjennom

arbeidsmiljøloven at arbeidsplassen har plikt til å tilrettelegge, og det overordnede målet er at tilretteleggingen skal bidra til at arbeidstakeren skal ha mulighet til å være til stede og deltakende ved arbeidsplassen så langt det lar seg gjøre. I henhold til lovgivningen er tilretteleggingsplikten gjeldende for arbeidstakere som opplever å ha redusert arbeidskapasitet eller arbeidsevne, og arbeidsgiveren pliktes å sørge for en individuell tilrettelegging (Arbeidstilsynet, 2019). En individuell tilrettelegging på arbeidsplassen bidro ifølge Lue mfl. (2018) positivt med tanke på arbeidsfunksjon, da dette muliggjorde en tilrettelegging tilpasset den enkeltes arbeidsnivå. Gjennom en individuell tilrettelegging som samsvarer med den enkeltes arbeidsnivå kan dette ut ifra mitt syn bidra til økt mestringfølelse, noe som forskningen til Wolvers mfl. (2017) trekker frem som positivt i forbindelse med retur til arbeid (Lue, mfl., 2018; Wolvers, mfl., 2017). Funn i min studie viste at deltakerne erfarte tilretteleggingen og individuell tilretteleggingen som svært positivt i tilbakeføringsprosessen, da det ga dem mulighet til eksempelvis å arbeide i eget tempo uten å bekymre seg dersom alle arbeidsoppgavene ikke ble utført i løpet av arbeidsdagen. Funnene viste også at deltakerne erfarte det som positivt med tilrettelegging som blant annet ga dem muligheten til å bli skjermet for eksponering på de dagene hvor de opplevde å ha redusert dagsform. Det samme gjaldt tilrettelegging hvor arbeidsgiveren ga dem mulighet til å ha en fleksibel arbeidsplan. Disse funnene er forøvrig også samsvarende med tidligere forskningsfunn, hvor individuell tilrettelegging trekkes frem som sentralt i tilbakeføringsprosessen (Mckay, mfl., 2012; Dorland, mfl., 2016 & Lue, mfl., 2018).

I forbindelse med retur til arbeidslivet presenterte Neumark mfl. (2015) at majoriteten av deltakerne opplevde et behov for tilrettelegging de første to månedene etter oppstarten. Dette behovet ble knyttet opp mot de kortvarige og langvarige konsekvensene kreft og kreftbehandling gjerne medførte (Neumark, mfl., 2015). Til tross for en annen metodisk tilnærming i dette prosjektet, kommer tilsvarende tendenser frem i min studie. Behovet for tilrettelegging var ikke aktuelt for alle, men de som hadde behov for det opplevd det som positivt både i returen og for videre deltakelse. Dette ble begrunnet i at det medførte at den enkelte kunne møte arbeidsoppgaver ut ifra egen dagsformen, og dermed unnlot å bruke opp alle energien sin. Funnene i min studie bekrefter tidligere forskningsfunn og gir grunnlag for å argumentere for at tilrettelegging er betydningsfullt forbindelse med retur til arbeid og videre deltakelse i arbeidslivet. Sett ut ifra en norsk kontekst, hvor gjeldende lovverk allerede sørger for at dette gjennomføres og flere bedrifter har forpliktet seg til å arbeide for et inkluderende arbeidsliv, er det likevel viktig at arbeidsplassene kontinuerlig arbeider med å utarbeide tiltak

som sørger for en god praksis knyttet til tilretteleggingsarbeid, og at det fokuseres på dette ved retur til arbeid. Dersom det sikres kan det med bakgrunn i funn i min studie og tidligere forskningsfunn tenkes at det vil bidra til å gi en suksessfull tilbakeføring (Mckay, mfl., 2012; Neumark, mfl., 2016 & Arbeidstilsynet, 2019).

6.2 Funnenes praktiske relevans

Utgangspunktet for problemstilling min var forskning som viste at flere blir kreftfri og dermed får muligheten til å returnere til arbeidslivet. Å være kreftfri betyr ikke nødvendigvis at man er frisk, og jeg ønsket derfor å undersøke nærmere hvordan opplevelsen av å returnere til arbeid i etterkant av kreftsykdom opplevdes.

Rent praktisk kan funnene gjort i denne studien sammen med funn fra tidligere forskning, bidra til å kaste ytterligere lys over hvordan arbeidslivet og arbeidsplassen møter den kreftoverlevende. I Norge er det som tidligere nevnt gode retningslinjer for hvordan arbeidslivet skal møte mennesker som har vært fraværende på grunn av sykdom, og det har gjennom flere år vært et satsningsområde å sørge for et inkluderende arbeidsliv. Stadig flere bedrifter er det vi i dag kaller IA- bedrifter (Regjeringen, 2019). Til tross for gode ordninger er det likevel viktig at det som ligger til grunn for ordningen er forankret i den nyeste forskningen på området, da arbeidslivet stadig er i forandring. Funnene i studien kan derfor ha en praktisk relevans, da de bidrar med en dagsaktuell kunnskap. Rent praktisk kan kunnskapen som kom frem i prosjektet brukes videre til eksempelvis informasjonsarbeid og styrket bevissthet knyttet til utfordringer som kan oppstå i etterkant av kreftsykdom. Ved å vite hva som oppleves og erfares som viktig i prosessen, kan funnene legge grunnlaget for utforming og implementering av tiltak som har som intensjon å sørge for en god og varig tilbakeføring til arbeidslivet.

6.3 Videre forskning på området

På verdens kreftdag, som markeres hvert år den 4. februar var årets tema arbeidsliv. Det ble valgt som tema på bakgrunn av betydningen det har for den enkelte, og ut ifra et samfunnspolitisk perspektiv. I forbindelse med årets kreftdag kom det frem at hele 40% av de i arbeidsfør alder som rammes av kreft sliter med å returnere til arbeidslivet (Kreftforeningen, 2019b). Det vil derfor etter mitt syn være viktig at det for fremtiden kontinuerlig gjennomføres målrettet arbeid og forskning på området. Dette for å styrke mulighetene for tilbakeføring til arbeid.

Denne studien tok kun for seg den ene siden av tilbakeføringen til arbeid. Med bakgrunnen i kunnskapen den frembrakte vil det for videre forskning være interessant å få med arbeidsplassen og arbeidsgiverens perspektiv. Da funnene i studien og tidligere forskning viste at samarbeid og kontinuerlig dialog mellom partene var vesentlig for en suksessfull retur til arbeid, vurderer jeg det som hensiktsmessig at videre forskning kunne undersøkt fenomenet ytterligere, men da fra eksempelvis en arbeidsgivers ståsted. Videre kunne det vært interessant å undersøke fenomenet men ut ifra yngre deltakere, da det kan tenkes at opplevelser og erfaringer kan ha et annet fokus i og med at de er i en annen livsfase.

Dagens arbeidsliv er stadig i forandring, dette knyttes til store endringer som teknologiutvikling, internasjonalisering, næringsstruktur, innvandring og aldring i befolkningen (Morland, 2018; Regjeringen, 2019). I lys av de stadige forandringene kunne det vært interessant for fremtidig forskning å se på retur til arbeidslivet ut ifra de forandringene som skjer i arbeidslivet. Et annet videre forskningsområde som jeg vurderer som relevant er knyttet til våre velferdsordninger. Norge har et meget godt system for sykelønn og oppfølging av sykemeldte, men tendenser og stadig endringer på området viser at systemet skulle hatt enda mer fleksibilitet (Brusletto, 2019). Med bakgrunn i dette og studiens funn knyttet til betydningen av fleksibilitet forstår jeg også dette som et relevant område for videre forskning.

6.4 Forskningens kvalitet - Styrker og svakheter ved studien

Innenfor all forskning er kvalitet essensielt, og for at forskningen skal bli tatt seriøst er det viktig at forskeren evner å vurdere kvaliteten av egen forskning. Begrepene validitet og reliabilitet benyttes aktivt for å vurdere dette. I forbindelse med dette prosjektet har jeg gjort meg en rekke refleksjoner knyttet til metodiske valg. Jeg vil nedenfor presentere mine refleksjoner knyttet til funnenes validitet, da sett ut ifra funnenes gyldighet og overføringsverdi. Deretter vil jeg reflektere rundt funnenes reliabilitet.

6.4.1 Validitet

Validitet forstås ifølge Malterud (2017) som forskningsprosjektets gyldighet. Å validere forskning handler om å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet, altså i hvilken grad avspeiler den innhentede empiriske dataen det området som undersøkes (Malterud, 2017, s 192-194). For å vurdere validitet i forbindelse med dette forskningsprosjektet har jeg stilt spørsmål til mine resultater og hva de gir gyldig kunnskap om. Innenfor kvalitativ forskning

kan ikke disse spørsmålene baseres på tall og beregninger. Derfor har dette for min del vært en refleksiv prosess hvor jeg har stilt spørsmål og argumentert for mine beslutninger og igjen sett det hele opp mot andre alternative muligheter (Malterud, 2017, s. 192). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) bør forskningens validitetsarbeid gjennomsyre hele forskningsprosessen. Vurdering av validitet skal ikke komme inn kun som kvalitetskontroll på slutten, men være en kvalitetskontroll gjennom alle stadiene av forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 278). I forbindelse med dette prosjektet har jeg derfor praktisert en kontinuerlig valideringsholdning. Jeg har aktivt stilt spørsmål til de forskjellige fasene i prosjektet. Fra formuleringen av prosjektets problemstilling, datainnsamlingen og hvilken kunnskap den har gitt, analysestrategi og presentasjonsform. Et eksempel på hvordan jeg har gjennomført en kontinuerlig validering kom til syne under intervjuene. Da brukte jeg en form for dialogisk validering. Måten jeg brukte den dialogiske valideringen under intervjuene var at jeg stilte spørsmål som «Hvis jeg forstår deg rett så opplever du» eller «har jeg forstått deg rett når» osv. (Malterud, 2017, s. 192- 194). En dialogisk validering bidro til å sikre at jeg som intervjuer hadde forstått opplevelsen, og de beskrivelsene deltakerne presenterer under intervjuene. Ved å ha hatt en slik tilnærming til validering av prosjektet vurderer jeg det dit hen at jeg har lært mye og at dette har åpnet opp for muligheten til å modifisere designet underveis dersom jeg opplevde at validiteten var utsatt. I tillegg har det bidratt til å redusere faren for misforståelser eller at jeg tolket deltakernes svar annerledes. Samlet vurderer jeg det slik at denne holdningen til validering har vært en styrke ved studien.

I henhold til Malterud (2017) deles validitetsbegrepet ofte inn i to, intern og ekstern validitet. Den interne validiteten sier noe om hvilken grad av gyldighet resultatene gir for det utvalget og fenomenet som ble undersøkt. Den eksterne validiteten vil si resultatenes overføringsverdi til andre situasjoner (Malterud, 2017, s. 23-24). Ved videre vurdering av studiens validitet har jeg arbeidet ut ifra disse to delene av validitetsbegrepet.

Intern validitet - grad av gyldighet

Ifølge Malterud (2017) er et sentralt spørsmål knyttet til validitet hva kunnskapen forskningsprosjektet har frembrakt er sant om. Den interne validiteten i en studie kan sin noe om grad av gyldighet i resultatene. En relevant måte å vurdere den interne validiteten er knyttet til å vurdere om det er brukt riktige begreper eller kartleggingsmetode for å undersøke fenomenet. Ifølge Malterud (2017) kan den interne validiteten bli lav dersom eksempelvis kartleggingen ikke gjennomføres på en måte som er relevant for formålet (Malterud, 2017, s.

23-24). I forbindelse med gjennomføringen av denne studien valgte jeg en kvalitativ metode, og det vurderer jeg som en styrke for studiens interne validitet, da dette er en metode som var godt egnet for å undersøke dette fenomenet. Når det kommer til utvalgsstrategi valgte jeg å benytte meg at et strategisk utvalg. Dette medførte at studien fikk et utvalg bestående av deltakere som hadde god innsikt og erfaringer knyttet til det fenomenet som skulle undersøkes. Deltakerne var engasjert i temaet som ble undersøkelsen og hadde førstehånds opplevelser og erfaringer knyttet til temaet. Ved å velge en utvalgsstrategi hvor informasjonsstyrke er vesentlig vurderer jeg at dette har dannet et godt grunnlag for å belyse dette fenomenet. Under oppgavens metodekapittel ble kriteriene for deltakelse i studien gjort rede for. Jeg satte spesifiseringer for utvalget, og gjorde med dette også klart for leseren hvilke tanker som lå bak deltakelse i studien. I lys av Malterud (2017) beskrivelser av at riktig kartleggingsverktøy bidrar til å styrke den interne validiteten vurderer jeg at det metodiske valget og studiens utvalg har vært en styrke og bidratt til høy intern validitet i funnene (Malterud, 2017, s. 23).

Videre vurderer jeg det teoretiske forarbeidet jeg utførte i forkant av datainnsamlingen som en styrke. Ved å gjøre et godt teoretisk forarbeid har, jeg tilegnet meg en god oversikt over forskningsområdet. Dette ga meg igjen mulighet til å gjøre et godt utvalg av deltakere og sikre god informasjonsstyrke i det empiriske materialet. En annen styrke i forarbeidet knyttes til arbeidet med intervjuguiden, utformingen av spørsmål og valg av sted for å gjennomføre intervjuene. Jeg valgte som tidligere nevnt å benytte meg av den originale intervjuguiden fra «*Strålestudien*» og implementere mine spørsmål inn i intervjuguiden. Dette medførte en fin oppbygging og struktur på samtalen og tilrettela for god informasjonsflyt. Valgt analysestrategi vurderes videre som en styrke ved studien, da denne analysestrategien er godt egnet ved analysering av opplevelser og erfaringer. Jeg satte av god tid til analyseprosessen og gjennomført den trinnvis. Gjennom en slik trinnvis prosess har jeg forflyttet meg mellom de ulike stadiene og forsøkt å se materialet fra forskjellige ståsted/vinklinger. Jeg har analysert materialet åpent og induktivt. Til tross for dette har jeg ikke funnet noen nye funn på området. Funnene er hovedsakelig bekreftende og underbygger tidligere forskningsfunn knyttet til retur til arbeid. Selv om jeg har analysert åpent kan man ikke utelukke at jeg har gått glipp av noe. Min forforståelse kan eksempelvis ha gjort at jeg i mitt teoretiske forarbeid rettet fokuset i en retning. Den teoretiske og yrkesmessige bakgrunnen jeg har kan også ha spilt inn på hva jeg så i materialet. Til tross for dette vurderer jeg at funnene er gyldige. Med bakgrunn i det arbeidet jeg har beskrevet vurderer jeg at måten kartleggingen av området er

utført på har vært egnet til formålet. Min vurdering er at den interne validiteten i studien derfor er ivaretatt.

Et vesentlig aspekt når det kommer til mine vurderinger knyttet til prosjektets interne validitet omhandler det Malterud (2017) beskriver som «hvor sant er sant». Ifølge Malterud (2017) kan man i kvalitative studier ikke ta utgangspunkt i et mål om at vi har funnet fram til sannheten. Jeg har derfor vært veldig bevisst på at mine funn ikke skal fastslås som en allmenn sannhet. I henhold til Malterud (2017) skal man heller fremvise at man har vurdert rekkevidden for funnernes gyldighet og begrunne hva de dreier seg om (Malterud, 2017, s. 199). Mine funn kan ikke forstås som en allmenn sannhet, og i den sammenheng er det viktig å legge vekt på at de funnene gjort i denne studien ikke nødvendigvis vil være gjeldende for alle. Likevel vurderes funnene som gyldige sett opp mot denne problemstillingen og utvalget for studien. Bevissthet rundt de nevnte punktene har bidratt til å styrke studiens og funnernes interne validitet.

Til tross for at metodevalget var godt egnet for formålet for studien var det likevel enkelte svakheter knyttet til gyldigheten i funnene. Selve utvalgsstrategien vurderes som en styrke ved studien, men en slik utvalgsstrategi kan også være en svakhet. En fare ved et strategisk utvalg er at utvalget kan bli homogent (Malterud, 2017, s. 59). Jeg har derfor etter beste evne innenfor problemstillingens rammer forsøkt å unngå dette. Alder, yrkesbakgrunn og behandlingsform var tre områder jeg vurdert kunne bidra til å skape variasjon i utvalget. Under rekrutteringen hadde jeg informasjon om de potensielle deltakernes alder, og jeg kunne dermed ta utgangspunkt i dette ved kontakt. De potensielle deltakerne var alle som regel i samme alder, og det var derfor utfordrende å lage variasjon med bakgrunn i dette. Videre vurderte jeg ut ifra teori på området at ulik behandling eller yrke kunne være faktorer som kunne skape variasjon i utvalget. Informasjon knyttet til dette hadde jeg ikke under rekrutteringsprosessen, og det var derfor vanskelig å gjøre valg på bakgrunn av dette. Jeg vurderer derfor at dette kan være en potensiell svakhet i studien. Til tross for dette besto utvalget som vi ser ut ifra funnene av kvinner som hadde mye informasjon knyttet til fenomenet, og man kan se en viss variasjon i alder og yrkesbakgrunn selv om det ikke var lagt noen føringer på dette. Jeg vurderer derfor at utvalget var informasjonssterkt men at en styrke kunne vært en tydeligere bevisst rundt de nevnte faktorene.

En videre svakhet ved studien knyttes til det faktumet at for mange av deltakerne var det lenge siden de hadde blitt diagnostisert med brystkreft, og noe som medførte at returen til arbeidslivet i så måte ikke var en fersk hendelse. Ved at det er et langt tidsperspektiv oppstår det en fare for at deltakerne kan ha glemt vesentlige elementer eller at opplevelsene kan ha endret seg når de ser tilbake på den i lys av den kunnskapen de har i dag. En annen svakhet knyttet til utvalget kan forstås dit hen at deltakerne som takket ja til å være med representerer en gruppe som stiller seg positivt og gjerne ønsker å formidle sine opplevelser og erfaringer. De som distanserer seg eller ikke ønsker å være med kan igjen ha andre synspunkter som ikke blir fremstilt. Deres opplevelser og erfaringer blir dermed underrapportert. Det er vanskelig å vite om det hadde vært noen forskjell, og det er i så måte lite man får gjort da man står frivillig til å delta. Jeg vurderer det likevel som noe det er vesentlig å være bevisst på knyttet til om funnene gjenspeiler det faktiske området. En annen svakhet ved studien knyttes til selve intervju situasjonen. Selv om spørsmålene hadde en hverdagslig formulering var det likevel slik at jeg kunne gitt litt bakgrunnsopplysninger. I ettertid ser jeg at spørsmålet om arbeidsevne kunne vært stilt på en annen måte eller at jeg hadde presentert definisjonen på arbeidsevne. Min oppfattelse er at dersom jeg hadde gjort dette hadde det skapt mindre behov for å forklare spørsmålet. Å forklare spørsmålet medfører etter min oppfatning en fare for at jeg ledet deltakeren i en bestemt retning, og dermed ga mindre rom til å fortelle fritt. Til tross for de nevnte svakhetene ved studien vurderer jeg ikke at funnenes gyldighet ble redusert, men jeg vurderer disse områdene som vesentlig å være bevisst.

Ekstern validitet - Overføringsverdi

Den andre delen av validitetsbegrepet er den eksterne validiteten som omhandler funnenes overførbarhet. Malterud (2017) beskriver at eksterne validiteten handler om i hvilken grad funnene kan gjøres gjeldende ut over den konteksten de er kartlagt i (Malterud, 2017, s. 24). Min studie tar for seg brystkrefttrammes kvinnes opplevelser og erfaringer knyttet til tilbakeføring og videre yrkeslivsdeltakelse. Deltakerne har vært gjennom omfattende behandling som innebærer cellegift, operasjon og stråling. Dette er gjerne det samme behandlingsregime som ved andre kreftdiagnoser. Ut ifra min forståelse anser jeg at funnene som er gjort i forbindelse med dette prosjektet kan ha overføringsverdi til kreftpasienter som har vært gjennom tilsvarende behandling, men på grunn av en annen diagnose.

Malterud (2017) beskriver videre at ved vurdering av overføringsverdi er forskjeller mellom kjønnene vesentlig å vurdere. Det er kan tenkes at menn og kvinner kan beskrive et fenomen

ulikt, og en må derfor vurdere om funnene har overføringsverdi mellom kjønnene (Malterud, 2017, s. 24). Min studie tar kun for seg kvinners opplevelser og erfaringer. Med bakgrunn i beskrivelsene presentert ovenfor kan det tenkes at dersom studien hadde inkludert menn kunne funnene vært noe annerledes. Til tross for dette vurderer jeg at funnene har en overføringsverdi mellom kjønnene, men at det er viktig å være bevisst på forskjeller som kan oppstå. Vurderingen av funnenes overføringsverdi begrunnes i tidligere presentert forskning på området hvor flere av utvalgene var bestående av både menn og kvinner. Funnene i min studie er samsvarende med disse funnene, og i lys av dette skaper det en forståelse av at funnene i studien også kan være gjeldende for menn som skal returnere til arbeidslivet i etterkant av kreftsykdom og behandling.

I kapittel tre nevnt jeg at man må være kritisk til om forskningsfunn har overføringsverdi til det norske arbeidslivet, da det er en del forskjeller mellom land knyttet til organisering av velferdsordninger og arbeidslivet. Mine funn er knyttet opp mot opplevelser og erfaringer med bakgrunn fra det norske arbeidslivet. Det kan derfor tenkes at funn med bakgrunn fra et annet land med andre velferdsordninger og organisering av arbeidslivet kan gi andre funn. I forbindelse med vurdering av studiens overføringsverdi har jeg vært bevisst på dette. Til tross for dette vurderer jeg at funn i studien til en viss grad har overføringsverdi til en kontekst utenfor det norske arbeidslivet. Flere av funnene som eksempelvis verdien av arbeid, sykdom- og behandlingsrelaterte bivirkninger som preget returen til arbeid og støtte er ikke nødvendigvis knyttet opp mot organisering av arbeidslivet. Min vurdering er at det av den grunn kan ha en overføringsverdi til en kontekst utenfor det norske arbeidslivet.

Overføringsverdien begrunnes videre i at flere av funnene i studien var bekreftende og samsvarende med allerede eksisterende forskningsfunn fra andre land. I lys av mine refleksjoner knyttet til studiens eksterne validitet vurderer jeg at den er ivaretatt og at funnene kan overføres til også andre kontekster.

6.4.2 Reliabilitet

Forskningens kvalitet vurderes videre gjennom dens reliabilitet. Reliabilitet forstås som forskningens nøyaktighet eller pålitelighet. Enkelt forklart handler det om i hvilken grad ulike forskere vil oppdage det samme fenomenet i den aktuelle eller i liknende situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015, 276). For å sikre høy grad av reliabilitet har jeg også her etterstrebet en kontinuerlig reliabilitetsholdning. Jeg har spesielt vært oppmerksom på dette i forbindelse med datainnsamlingsprosessen. Da i form av bevissthet med tanke på egen forforståelse, min

spørsmålsformulering og ordvalg i intervjusituasjonen, i transkriberingsfasen og spesielt i analyseringsfasen. Analysestrategien som jeg har benyttet medfører at teksten brytes ned til meningsdannende enheter, for så å settes sammen til kondensater og analytiske tekster. Jeg har i denne prosessen vært oppmerksom på at materialet ble satt sammen på en skikkelig måte, som var troverdig mot deltakerens beskrivelser.

Videre har jeg vært bevisst egen forforståelse, og hvordan den kan påvirke forskningens troverdighet. I følge Malterud (2017) kan en fallgrube ved et forskningsprosjekt være at forskerens forforståelse overdøver budskapet til den empiriske dataen. Jeg har derfor vært svært bevisst egne forforståelse under hele forskningsprosessen. Jeg har kontinuerlig vurdert om den har vært for fremtredende og medført at jeg har forsket slik Malterud (2017) beskriver det «med skylapper på» (Malterud, 2017, 45). Til tross for at jeg har vært bevisst min egen forforståelse er det ikke til å komme utenom at min forståelse av dette fenomenet kan ha påvirket de funnene jeg har gjort. Min yrkesbakgrunn som sykepleier, hvor man i stor grad arbeider med å tilrettelegge for pasientene eller fungerer som en støtte for pasientene gjennom en sykdomsperiode, kan ha preget de funnene jeg fant knyttet til støtte og tilrettelegging. Selv om det kan tenkes at min forforståelse kan ha påvirket funnene vurderer jeg ikke at det har gått utover troverdigheten til funnene. Dette begrunner jeg i at studiens funn understøttes av tidligere forskning hvor forskere som eksempelvis har en annen yrkesbakgrunn enn meg har gjort tilsvarende funn.

Videre for å styrke forskningsprosjektets pålitelighet har jeg vært bevisst på å vise forskningsprosessen og de valgene jeg har tatt. Jeg har presentert min forforståelse og hvor den er forankret. Jeg har vurdert det som viktig å formidle egen forforståelse til leseren slik at han/hun bedre skal forstå de vurderingene som er tatt (Malterud, 2017, s. 45). Jeg ønsker at denne forskningsprosessen skal være en transparent prosess og etter min vurdering har grundig formidling av analysearbeidet og egen forforståelse bidratt til å øke forskningens reliabilitet gjennom at leseren kan forstå utgangspunktet for mine vurderinger og selv ha muligheten til å etterprøve dem.

7.0 Konklusjon

I denne studien har jeg belyst tidligere brystkreftpasienters opplevelser og erfaringer knyttet til retur til arbeid og videre deltakelse i arbeidslivet. Gjennom dette arbeidet har jeg synliggjort hvordan denne gruppen opplevde returen til arbeid i etterkant av alvorlig sykdom. Det kom frem at endringer knyttet til en lavere arbeidskapasitet var vesentlig. Flere av deltakerne trakk frem at de opplevde å ha mindre overskudd og energi i etterkant av brystkreftbehandlingen. Samtidig har funnene vist hva denne gruppen erfarte som betydningsfulle faktorer for retur og videre deltakelse i arbeidslivet. Rollen som aktiv arbeidstaker, gleden av å jobbe, tilfredshet på arbeidsplassen sammen med støtte og tilrettelegging ble trukket frem som viktig i tilbakeføringsprosessen, og de ga igjen ringvirkninger for videre deltakelse. Funnene kan ikke fullt ut vise hvordan returen til arbeid ble opplevd, men opplevelser og erfaringer som løftes frem i studien kaster et lys over dette fenomenet. Funnene representere en liten brikke i bildet for å forstå hvordan retur til arbeid oppleves, og hva som erfares som betydningsfullt i tilbakeføringsprosessen og videre deltakelse.

Referanseliste

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv* (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_5
- Arbeidstilsynet. (2019). Tilrettelegging. Hentet fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/tilrettelegging/>
- Birkeland, T. (2017). *Et forsømt område*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/05/10/et-forsomt-omrade/>
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2007). Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability & Society*, 23 (5). 511-523. doi: 10.1080/09687590802177072
- Brusletto, B. (2019). *Tilfeldigheter rår på veien tilbake til arbeidslivet etter kreft*. Hentet fra: <https://forskning.no/arbeid-helse-kreft/tilfeldigheter-rar-pa-veien-tilbake-til-arbeidslivet-etter-kreft/1287594>
- Brusletto, B., Torp, S., Ihlebæk, C. M. & Vinje, H. F. (2018). A five- phase process model describing the return to sustainable work of persons who survived cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 34. 21-28. Doi: 10.1016/j.ejon.03.003
- Brusletto, B. (2016). *Tilbake til arbeid etter kreft*. Hentet fra: <https://forskning.no/2016/10/tilbake-til-arbeid-etter-kreft>
- Bøhn, M. (2000). *Rehabiliteringsomsorg for kreftpasienten- motivasjon og livsmot på veien videre*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Caron, M., Durand, M. J & Tremblay, D. (2017). Perceptions of breast cancer survivors on the supporting practices of their supervisors in the return to work process: A qualitative descriptive study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28 (1) 89-96. doi: 10.1007/s10926-017-9698-x

- Carlsen, K., Jensen, A. J., Rugulies, R., Christensen, J., Bidstrup, P. E., Johansen, C., Madsen, E. J. H, Madsen & Dalton, S. O. (2013) Self-reported work ability in long-term breast cancer survivors. A population-based questionnaire study in Denmark. *Acta Oncologica*, 52 (2). 423-429. doi: 10.3109/0284186X.2012.744877.
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen damm akademisk
- de Boer, A. G. E. M. (2012). The European Cancer and Work Network: CANWON. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24. 393-398. doi: 10.1007/s10926-013-9474-5
- Den nasjonale forskningsetiske komite. (2010). *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/1-kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
- Dorland, H. F, Abma, F.I., Roelen, C. A. M., Smink, J. G., Ranchor, A. V. & Bültmann, U. (2016). Factors influencing work functioning after cancer diagnosis: a focus group study with cancer survivors and occupational health professionals. *Support Care Cancer*, 24 (1). 261-266. doi: 10.1007/s00520-015-2764-z.
- Drageset, S., Lindstrøm, T.C. & Underlid, K. (2015).“I just have to move on”: Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 2, 205-211. doi: 10.1016/j.ejon.2015.10.005
- Ducharme, L. J., & Martin, J. K. (2000). Unrewarding Work, Coworker Support, and Job Satisfaction A Test of the Buffering Hypothesis. *Work ans occupations*, 27 (2). 223-243.
- Ekern, L. (2009). *Kvalitativ forskning – riktig verktøy til riktig oppgave*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/Aktuelt/Fagbladet-Forskningsetikk/arkiv/2008/2008-1/Kvalitativ-forskning--Riktig-verktoy-til-riktig-oppgave/>
- Fangen, K. (2017). *Deltakende observasjon* (2 utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Fantoni, S. Q., Peugniez, C., Duhamel, A., Skrzypczak, J., Frimat, P. & Leroyer, A. (2010). Factors Related to Return to Work by Women with Breast Cancer in Northern France. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20 (1), 49-59. doi:10.1007/s10926-009-9215y
- Felleskatalogen. (2016). *Brystkreft*. Hentet fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/brystkreft>

- Fitch, M. I. & Nicoll, I. (2019). Returning to work after cancer: Survivors', caregivers', and employers' perspectives. *Psycho-oncology*, 24 (4). 792-798. doi: 10.1002/pon.5021
- Fossheim, J. (2015). *Samtykke*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/fbib/temaer/personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/samtykke/>
- Grimen, H. (2012). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. (3utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gudbergsson, S. B. & Dahl, A. A. (2009). Hvordan greier kreftpasienter seg i arbeidslivet? *Tidsskr Nor Legeforen*, 11 (129) 1116- 1117.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonal strategi for kreftområdet 2006- 2009*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sykehus/kreftstrategi-2006-2009.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft – nasjonal kreftstrategi 2018-2022*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/266b1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf
- Helse og omsorgsdepartementet. (2013). *Sammen mot kreft – nasjonal kreftstrategi 2013 -2016*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf
- Hess, S. L., Dahl, A. & Kiserud, C. E. (2018). Seneffekter etter kreftbehandling. *Tidsskriftet sykepleien*, 8, 16-22. doi:10.4220/Sykepleiens.2018.72626
- House, J. (1981). *Work stress and social support*. Reading Massachusetts: Addison-Wesley publishing Company
- House, J., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *ProQuest Sciece*, 241. 540- 545
- Ilmarinen, J. (2009). Work ability: a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* (35), 1-5.
- Inwork. (u.år). *Why is work important?* Hentet fra: <http://www.inworkproject.eu/toolbox/images/pdf/Why%20is%20work%20important.pdf>
- Islam, T., Dahlui, M., Majid, H. A., Nahar, A. M., Taib, N. A.M. & Su, T. T (2013) Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health*, 14 (3). 1-13

- Kiserud, C. E., Dahl, A. & Fosså, S. D. (2018). Seneffekter etter kreftbehandling. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell (5.utg.)*. (148-161). Oslo: Gyldendal.
- Kreftforeningen (2019a). *Verdens kreftdag: Kreft og arbeidsliv*. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/aktuelt/siste-nyheter/i-dag-markeres-verdens-kreftdag/>
- Kreftforeningen. (2019b). *Verdens kreftdag 2019*. Hentet fra: <https://www.deltager.no/kreftforeningen/verdenskreftdag2019>
- Kreftforeningen. (2019c). *Til deg som arbeidstaker*. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/arbeid-og-studier/kreftsyk-arbeidstaker/>
- Kreftforeningen. (2012). *Psykiske reaksjoner*. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/psykiske-reaksjoner-og-sorg/>
- Kreftregisteret. (2019). *Mammografiscreeningprogrammet*. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/screening/Mammografiprogrammet/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forsknings-intervjue (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Lee, A. & Lee, J. E. (2018). Factors Related to Employment Situation among Korean Cancer Survivors: Results from a Population-Based Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20 (1). 33-40. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.1.33
- Lindbohm, M. L., Kuosma, E., Taskila, T., Hietanen, P., Carlsen, K., Gudbergsson, S. & Gunnarsdottir, H. (2014). Early retirement and non-employment after breast cancer. *Psycho-oncology*, 23 (6). 634-641. doi: 10.1002/pon.3459
- Lindbohm, M. L., Kuosma, E., Taskila, T., Hietanen, P., Carlsen, K., Gudbergsson, S. & Gunnarsdottir, H. (2011). Work ability of survivors of breast, prostate, and testicular cancer in Nordic countries: a NOCWO study. *Journal of Cancer Survivorship*, 26.72-81. doi: 10.1007/s11764-011-0200-z
- Lilliehorn, S. Hamberg, K., Kero, A. & Salander, P. (2012). Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27, 267- 274. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01026.x
- Lou, S., Liu, J. E., Cheng, A. S. K., Xiao, S., Su, Y.L. & Feuerstein, M. (2018). Breast Cancer survivors report similar concerns related to return to work in developed and developing nations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29 (42). doi: 10.1007/s10926-018-9762-1.

- Mahar, K. K., BrintzenhofeSzoc, K. & Shilelds, J. J. (2008). The impact of change in employment status on psychosocial well-being: a study of breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26 (3). 1-17. doi: 10.1080/07347330802115400
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26 (13). 1753-1760. doi: 10.1177/1049732315617444
- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40. s. 795–805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2011). *Kvalitativ forskningsmetoder for medisin og helsefag* (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Mbengi, R. K., Otter, R., Mortelmans, K., Arbyn, M., van Oyen, H., Bouland, C. & de Brouwer, C. (2016). Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action – rapid review and expert consultation. *BioMed Central*, 5 (35). 1-10. doi:10.1186/s13643-016-0210-z
- Mishler, E., G. (1990). Validation in Inquiry-Guided Research: The Role of Exemplar in Narrative Studies. *Harvard Educational Review*, 60, 415- 442
- Menhert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 77. 109–130. doi: 10.1016/j.critrevonc.2010.01.004
- Morland, E. (2018). *Nav- problemer kan komme når man er på det sykeste*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2018/10/nav-problemer-kan-komme-nar-man-er-pa-det-sykeste>
- Naume, B. & Urins, G. (2018). *Resultater og forbedringstiltak fra nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft*. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2018/arsrapport-2017-brystkreft.pdf>
- NENT. (2015). *Forskningsetiske retningslinjer for naturvitenskap og teknologi*. Hentet fra: https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60124_fek_retningslinjer_nent_digital.pdf
- Nilsson, M. I., Olsson, M., Wennman-Larsen, A., Petersson, L. M. & Alexanderson, K. (2013). Women's reflections and actions regarding working after breast cancer

- surgery – a focus group study. *Psycho- Oncology*, 22. 1639-1644. doi: 10.1002/pon.3192
- Nohe, C. & Sonntag, K. (2014). Work–family conflict, social support, and turnover intentions: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 85 (1). 1-12. doi: 10.1016/j.jvb.2014.03.007
- Oslo economics. (2019). *Fremtidens kreftkostnader: utvikling i kreftkostnad over tid – årsaker og utfordringer*. Oslo: Oslo economics & Bristol-Myers Squibb. Hentet fra: <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/Fremtidens- kreftkostnader.pdf>
- Regjeringen. (2018). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv- Et arbeidsliv med plass for alle*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2018/ia -avtalen-2019-2022.pdf>
- Rasmussen, D. M. & Elverdam, B. (2008). The meaning of work and working life after cancer: an interview study. *Psycho- oncology*, 17. 1232-1238. doi: 10.1002/pon.1354
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisin og helsefaglig etikk (3.utg.)*. (s.187-189 & 215-221). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Song, L. & Son, J. (2011) *Social support*. Hentet fra: https://my.vanderbilt.edu/lijunsong/files/2015/09/Socia_Support_0515.pdf
- SSB. (2019a). *Arbeidskraftundersøkelsen*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/aku>
- SSB. (2019b). *Sykefravær*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sykefratot/>
- Stergiou-Kita, M., Pritlove, C. & Kirsh, B. (2016). Big C" – stigma, cancer and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*, 10 (6). 1035-1050.
- Söderman, E., Friberg, E., Alexanderson, K & Wennman- Larsen, A. (2018). Women's experiences of encounters with healthcare professionals' with sickness absence: a 2-year follow-up cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 27. 1197-1206. doi: 10.1007/s00520-018-4453-1.
- Tamminga, S., de Boer A, Verbeek, J. & Frings-Dresen, M. (2012). Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process- a qualitative study. *Scandinavian Journal work Enviror Health*, 38 (2). 144-154. doi: 10.5271/sjweh.3199
- Torp, S., Gudbergsson, S. B., Dahl, A, A., Fosså, S., D. & Fløtten, T. (2011). Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (6), 33-42. doi: 10.1177/1403494810395827.
- Van Muijen, P., Weevers, N.L.E.C., Snels, I.A.K., Duijts, S.F.A., Bruinvels, D.J., Schellart, A.J.M. & Van der Beek, A. J. (2013). Predictors of return to work and employment in

- cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 22, 144-160. doi: 10.1111/ecc.12033
- Virke. (2016). *Gjennomsnittsberegning av den alminnelige arbeidstiden*. Hentet fra: <https://www.virke.no/lovverk-radgivning/jus-arbeidsliv/fagartikler/gjennomsnittsberegning-av-den-alminnelige-arbeidstiden/>
- Schlichting, E. & Wist, E. (2018). Svulster i bryst. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell (5.utg.)*. (327-344) Oslo: Gyldendal.
- With, M. L. (2018). *Arbeid og utdanning*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/arbeid-og-utdanning>
- Wolvers, M. D. J. Leensen, M. C., Groeneveld, I. F., Frings-Dresen, M. H. W. & De Boer, A., G., E., M. (2017). Predictors for earlier return to work of cancer patients. *Journal of cancer survivorship*, 12 (49), 1-9. doi: 10.1007/s11764-017-0655-7
- Wyller, V. B. (2014) Syk 1 kapittel 1-11, mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. Oslo: Cappelen Damm Akademiske
- Zomkowski, K., Cruze de Souza, B., Moreira, G. M., Volkmer, C., Honório G. J. S., Santos, G. M & Sperandio, F. (2019). Qualitative study of return to work following breast cancer treatment. *Occupational Medicine*, 69 (3). 189-194. doi: 10.1093/occmed/kqz024

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide «strålestudien»

Bakgrunnsopplysninger

Familie og andre nære relasjoner, bor sammen med, arbeid eller utdanning, evt. tidligere arbeid, bolig og nærmiljø.

1. Hverdagsliv / arbeidsliv

- Fortell om de tingene du velger å bruke tiden din til i dag?
- Rutiner og vaner, evt. utfordringer, betydning, håndtering, behov for støtte..
- Nødvendige og ønskelige aktiviteter (evt. utdype ang. fysisk aktivitet, se underpunkt)

Endringer i hverdagsaktivitetene etter at du har vært syk

- Eventuelle endringer etter sykdom, og konsekvenser av det
- Sluttet med eller startet med nye aktiviteter – fortell om - betydning
- Endring i hvor aktivitetene foregår, eller hvem du er sammen med
- Forhold som påvirker aktuelle endringer
- Betydning, håndtering

Arbeidsliv

- Deltagelse/ ikke deltagelse / delvis deltagelse i arbeidsliv; samtale rundt arbeidslivets betydning, oppgaver, utfordringer, årsaker til evt. ikke deltagelse/delvis deltagelse, viktige faktorer for deltagelse.

Omgivelsesfaktorer av betydning i hverdagen

- Sosiale faktorer (familie, venner)
- Fysiske faktorer (omgivelser, nærområder, natur, bygning.)
- Behov for / ønsket støtte
- Muligheter i tråd med egne ønsker?

Fysisk aktivitet *(kan også komme opp senere i intervjuet, under helse)*

- Hva legger du i / hvordan forstår du fysisk aktivitet? Forståelse av «når er man fysisk aktiv»?
- Har du plass til fysisk aktivitet i din hverdag? Fortell hva du gjør, alene, sammen med andre.
- Hva er din motivasjon for å være fysisk aktiv (sosialt press, egen tilfredsstillelse, spesielt press ift. det å ha vært syk, fra før og etter)?

- Hva betyr det for deg å være fysisk aktiv?
- Opplevelse av nasjonale råd, samt ytre og indre forventninger om hva som er tilstrekkelig. Stigma?

2.Pasientforløp

Kan du fortelle hvordan du har opplevd det å leve med en kreftsykdom – start gjerne med den dagen du fikk diagnosen.

- Hvordan opplevde du å bli ivaretatt (av helsetjenesten)?
- Hvordan opplevde du behandlingen operasjon, (operasjon, cellegift, stråling, hormoner)?
- Hvordan opplevde du kontakten med helsepersonell (leger, sykepleiere, stråleterapeuter) i den tiden du fikk behandling?
- Har du noen hendelser som var spesielt gode?
- Noen eksempler på hendelser som ikke var så bra?

Etter avsluttet behandling – hvilken oppfølging har du fått fra helsevesenet?

- Kontroller og oppfølging - fortell litt om dette
- Hvor / til hvem har du vært til kontroller (fastlege/primær/andre aktører kontra spesialisthelsetjenesten)
- Hva innebærer kontrollene av undersøkelser?
- Hvordan opplever du kontrollene (ivaretatt, spørsmål, ansvar.)
- Hyppighet av kontroller
- Rehabilitering etter behandling?
 - o Informasjon om rehabilitering (fra hvem, når)
 - o Institusjon eller hjemmebasert (hvor, hva)
- Hvordan har oppfølgingen etter sykdommen vært for deg? (positive og negative hendelser)
- Hva er du spesielt fornøyd med?
- Hva kunne du ønsket ha vært gjort annerledes?
- Har du tillit til helsevesenet?
- Hvordan ønsker du at oppfølgingen skal være i framtiden?

3.Helse og livskvalitet

Hvordan vil du beskrive din fysiske helse i dag?

Kroppslige plager (trøtthet/fatigue, arm/skulder, smerter.)

Mentalt /psykisk helse

- Frykt for tilbakefall..
- Kroppsbilde. /. seksualitet
- Annet?
- Relasjoner / samliv (hvis mulig seksualitet)

Åndelig (eksistensiell) helse

- Hva er det som er viktigst/gir mest mening i livet ditt akkurat nå?
- Hva var viktigst/mest meningsfullt for deg før du ble syk?
- Eksistensielle forhold / tro, religiøs.

Hva er god livskvalitet for deg?

- Totalt sett, hvordan vil du beskrive livskvalitet din i dag?
- *Hvilken betydning har disse (eventuelle) endringene/plagene på livskvaliteten din i dag?*
- Har du fått noen nye perspektiver på livet? Hva utgjorde det evt. «vendepunktet»?
- Hva vil du spesielt trekke fram?
- Refleksjoner om eventuelle endringer.

Oppsummering

Er det noe annet du synes jeg/ vi burde ha spurt deg om, noe annet du ville ha fortalt?

Er det mulig å kontakte deg igjen hvis vi kommer på noe i ettertid?

Vedlegg 2: Intervjuguide

Arbeidsliv:

Nå vil vi spørre deg litt om arbeidsliv og hvilken betydning arbeid har hatt for deg samt hvordan du opplevde å returnere til arbeidslivet.

- Kan du fortelle litt om hva slags type arbeid du jobber med/ har jobbet med?
- Kan du fortelle om hvordan du opplever å være i arbeid?
- Kan du fortelle om hvilke forventinger du hadde til å komme tilbake til arbeidslivet?
- Kan du fortelle om hvordan du opplevde å returnere til arbeidslivet etter endt behandling? *Har du noen hendelser du opplevde var spesielt gode eller ikke gode?*
- Mange brystkreftpasienter har beskrevet at de opplevde endret arbeidskapasitet eller arbeidsevne etter endt behandling. Opplevde du endringer med tanke på dette. Kan du beskrive/ utdype dine erfaringer om dette?
- Hvilke faktorer vil du si var avgjørende for deg for å returnere til arbeidslivet

Yrkeslivsdeltakelse

- Kan du fortelle om hva deltagelse i arbeidslivet betyr for deg?
- Kan du fortelle om hva du opplevde/ hva du erfarte var betydningsfullt for deg når du skulle tilbake til arbeidslivet?
- Sett tilbake på den tiden du skulle tilbake til arbeid. Kan du trekke fram hva du opplevde som betydningsfullt for at du skulle fortsette å være i arbeid?

Utover det som har blitt spurt om her, er det noe du ønsker å utdype eller beskrive videre?

Analyseprosess steg 3 - Kondensat

Kodegruppe	Sub-grupper	Kondensat	Gullsitat
Jobbopplevelsen	Naturlig og normalt	<p>For meg var det en prioritet å begynne å jobbe, og jeg var villig til å strekke meg langt for å være på jobb. Jeg opplevde at jeg var veldig glad for å begynne å jobbe igjen, det føltes veldig naturlig. Jeg opplevde at det var naturlig etter perioden med sykemelding. For meg så representerer jobben en form for normalitet, et steg ut av bobla som den syke og inn i det vante hverdagslivet. Jeg ser nok på det å jobbe som et samfunnsansvar og det er for meg er det en sentral del av hverdagen.</p> <p>Jeg jobbet mens jeg var syk og det syntes jeg var veldig fint for da kunne jeg dra på jobb og fokusere på de oppgaven istedenfor å tenke på kreften. Det var veldig godt, men jeg må si at det tok mye energi å være på jobb.</p>	«Jeg har jo stort sett jobbet hele mitt voksne liv, og etter at jeg var syk så gledet jeg meg jo til å begynne å jobbe igjen. Å være i jobb handler om tilhørighet, samhold og mestring. Det gir meg livsglede å være i jobb»
	Rollen som arbeidstaker	Deltakelse i arbeidslivet har jo vært alt og det er en veldig stor del av livet. Det er alfa og omega. Jeg har jo stort sett jobbet hele mitt voksne liv, og etter at jeg var syk så gledet jeg meg til å begynne å jobbe igjen. Å returnere til arbeidslivet har også mye med det sosiale og følelsen av å være til nytte. I tillegg har jeg den tankegangen at jobben er med på å forme deg som menneske. Jeg hadde nok vært en helt annen person hvis jeg hadde vært uten jobb. Jeg tenker sånn at å være i arbeid det er noe av det fineste man kan være. Så handler det mye om identitet, i tillegg så handler det mye om tilhørighet, mestring, at man betyr noe for andre og samhold. Det gir deg en følelse av at man skaper noe sammen. Jeg tenker at det gir livsglede og motivasjon å være i jobb. På mange måter ser jeg på det litt som medisin. I tillegg så fikk det å være i jobb en litt annen dimensjon rett og slett fordi da jeg ikke kunne være der på grunn av sykdommen min så gjorde det at jeg hadde enda mer lyst til å være der når jeg ble frisk.	«Jeg synes det var viktig å komme raskt tilbake, men jeg merket at jeg var veldig sliten. Det var likevel en prioritet for meg»
	Returopplevelsen	Jeg syntes det var veldig fint å komme tilbake på jobb, og det var veldig positivt. Jeg likte jo veldig godt jobben min, arbeidsoppgavene mine og arbeidsplassen. De tok meg veldig godt imot, og jeg følte det som trygt. Jeg hadde hatt kontakt med arbeidsplassen min hele tiden og det gjorde nok at terskelen var litt lavere når jeg skulle begynne på igjen. Det var viktig for meg å komme raskt tilbake i jobb, men jeg klarte ikke å starte i full jobb med en gang. Jeg merket jo at jeg var mer sliten. Jeg opplevde at når hverdagen hentet meg inn i jobbsammenheng så ble jeg veldig sliten. Jeg var jo veldig innstilt på at jeg skulle tilbake igjen så fort som mulig. I begynnelsen opplevde jeg å være veldig sliten. Jeg tenkte at det kom til å gå over etter en stund, men det har hengt ved hele tiden. Jeg hadde en litt sånn gradvis opptrapping. Det føltes riktig å begynne sånn, og jeg opplevde at det var veldig greit. Jeg følte jeg hadde oversikt i den jobben jeg skulle gjøre. Sett i ettertid så burde jeg nok kanskje tatt en litt roligere start og kanskje drøyd oppstarten noe, men man handler jo ut ifra det man vet der og da. Så jeg kunne kanskje gjort ting litt annerledes når jeg ser tilbake på det nå, men jeg angret ikke.	«Jeg opplevde det som viktig og jeg gledet meg. Jeg trappet gravvis opp og det fungerte bra.»
Et annen arbeidshverdag	Ny normaltilstand/ Arbeidskapasitet	<p>Jeg opplevde at det var veldig viktig for meg å jobbe. Det har det alltid vært og jeg var veldig innstilt på at jeg skulle jobbe fullt, men jeg merket jo at jeg var sliten og hverdagen tok meg raskt igjen. Jeg ble jo advart om det, men jeg ville så gjerne. Jeg merket jo at energinivået var lavt. Jeg var på jobb og så måtte jeg rett hjem å hvile meg etterpå. Uansett hvor mye jeg slappet av så hjalp det ikke. Jeg opplevde en endring i energinivået mitt. Det er nok en endring som jeg merket med en gang, og det er en endring som har vedvart. Jeg følte at jeg på en måte var usynlig syk, for jeg hadde ikke vondt noe sted, og det var ikke synlig at jeg er syk, men jeg var jo heller ikke frisk. Noen ganger var det slik at jeg våknet om morgenen og det først jeg tenkte var at jeg gledet meg til å legge meg igjen. Jeg opplevde å ha vært forferdelig sliten og jeg er sliten fortsatt, men jeg har lært meg hva det er jeg skal holde meg unna. Jeg har hørt at det er flere som har det sånn som meg og det hjelper jo litt å vite at det er vanlig at man ikke er så opplagt. Når man får vite det så føler man seg ikke så alene, for da vet jeg at det er også andre som opplever det slik som meg. Det blir et annet liv, men det fungerer jo, man blir jo vant til det. Selv om jeg var sliten og jobben tok mye av kreftene mine så opplevde jeg ikke at det gikk ikke utover jobben. Selve jobben hadde ikke forandret seg, men jeg merket at arbeidskapasiteten ikke var den samme.</p> <p>Etter endt behandling opplevde jeg at det var utfordrende å være i full jobb. Bare å være i femti prosent var nok. Det tok alt av krefter. Jeg hadde bestemt meg med en gang når jeg fikk diagnosen at jeg skulle tilbake igjen i hundre prosent jobb for det har jeg jo alltid hatt. Jeg</p>	«Så kommer den dagen hvor du egentlig er ferdig behandlet og så skal du være frisk, men du er ikke frisk allikevel. Du har ikke vondt noe sted, og jeg hadde jo ikke noen andre plager som var synlige, men jeg var ikke frisk. Jeg merket jo at energinivået var lavt, jeg var jo på jobb og sånt og måtte rett hjem å kvile meg. Men det gikk jo fint.»

		merket jo fort at det kom det ikke til å bli som før igjen. Det var ikke det at jeg ikke klarte jobben når jeg var på jobb, så det var ikke det som var problemet. Jeg synes det var et nederlag og måtte gå ned i stilling og jeg følte også at jeg la mer jobb på kollegaene mine.	«Jeg opplevde at det gikk som planlagt. Ingen betydelige endringer, kanskje litt sliten men det bygde seg fort opp.»
	Hukommelse og konsentrasjon	En annen ting som jeg opplevde var at jeg hadde litt svekket hukommelse og at jeg kunne til tider falle litt ut. Det var sånn at de rundt meg faktisk merket det. På jobb så måtte jeg skrive en liste over gjøremål, hvis ikke så glemte jeg det bare. Når jeg tenker på det så føler jeg at det kom av behandlingen for jeg hadde det ikke sånn før, og jeg var jo heller ikke helt i den alderen hvor sånne ting oppstår. Jeg føler at de hukommelse og konsentrasjonsvanskene er mer fremtredende i de periodene hvor jeg er veldig sliten.	
	Det gikk som planlagt	Jeg opplevde det veldig fint å starte i jobb igjen. Jeg opplevde at det hele gikk som planlagt. Jeg merket at energien ikke var slik som tidligere, men jeg klart å jobbe den opp etter hvert. Jeg var åpen for de rundt meg at jeg ikke viste hvordan det ville bli å jobbe igjen. Jeg informerte om at jeg bare måtte ta ting litt som det kom, men det gikk jo veldig bra. Jeg følte meg veldig heldig. Jeg vet at mange har utfordringer, men for meg gikk det veldig bra. Jeg hadde kontakt med jobben mens jeg var sykmeldt og det var positivt	
Støtte	Støtte fra arbeidsgiver	Jeg opplevde at jeg hadde en arbeidsgiver som var støttende og veldig forståelsesfull hele veien. Arbeidsgiver var veldig real så det var aldri noe problem og de la til rette så godt dem kunne. Jeg fikk gehør for det jeg hadde behov for og ble tatt imot på en god måte. Jeg hadde jo kontakt med arbeidsgiver hele tiden så jeg synes det var positivt når jeg kom tilbake. Lederen min var veldig flink til å se og anerkjenne at jeg hadde vært gjennom en sykdom og fulgte opp veldig bra med tanke på det både under sykemeldingsperioden og etter. De fulgte opp om jeg trengte noe og de var veldig opptatt av at jeg skulle føle meg bra. Så jeg følte meg veldig sett og at de ville ha meg tilbake igjen. Jeg opplevde å ha veldig lite støtte. Jeg var jo veldig usikker på hvordan det hele skulle gå. Jeg blir veldig emosjonell av å tenke på det i dag. Jeg hadde en sjef som hadde svært lite forståelse for at jeg var syk. Han sa til meg at jeg ble syk når han trengte meg, og det gikk veldig inn på meg. Så jeg ble faktisk sykmeldt igjen på grunn av det. Hadde jeg hatt en sjef som var glad for å ha meg tilbake og la ting til rette for meg så hadde det ikke vært noe problem, for jeg ønsket jo meg tilbake.	«Jeg opplevde at arbeidsplassen min var veldig oppmerksom på meg og dem ville at jeg skulle komme tilbake for at jeg var viktig for dem. Det var jo sikkert litt derfor jeg hadde lyst til å komme tilbake igjen til dem.»
	Støtte fra arbeidskollegaer	Jeg opplevde å ha helt fantastiske kollegaer. Dem støttet og de var der for meg, og jeg opplevde det som veldig betydningsfullt for meg. De klappet meg på skulderen og spurte hvordan det gikk og alt det der og det var veldig hyggelig. Kollegaene mine var for oppmerksomme på at jeg for eksempel ikke skulle ta de tyngste løftene og det husker jeg som veldig fint. Når jeg startet igjen så var jo både kollegaene mine og lederne mine innstilt på at jeg måtte gjøre det jeg klarte, så jeg opplevde ikke å bli presset til noen ting jeg ikke var komfortabel med selv. Jeg opplevde at kollegaene og så klart lederen min var veldig oppmerksom på meg og de ville at jeg skulle komme tilbake for at jeg var viktig for dem og det var jo sikkert litt derfor jeg hadde lyst til å komme tilbake igjen.	
Tilrettelegging og fleksibilitet		Jeg fikk tilrettelagt og det var aldri noe problem. Jeg fikk for eksempel sånn heve og senkepult. Jeg opplevde at jeg fikk det jeg hadde behov for. I tillegg så fikk jeg muligheten til å slippe det som var mest stressenes. Jeg opplevde at jeg fikk litt mer frihet og det var veldig positivt. Det var veldig fleksibelt og jeg kunne gjøre det i mitt eget tempo. Jeg fikk blant annet muligheten til å gjøre arbeidsoppgavene i den rekkefølgen jeg ønsket og liknende. Jeg merket mine begrensninger og da var det fint å bli skjermet for enkelte arbeidsoppgaver. Akkurat i starten så gikk jeg litt oppå og da kunne jeg gjøre det jeg følte at jeg klarte og det var veldig godt. Hadde jeg ikke gjort det hadde jeg nok fått dårlig samvittighet for at jeg ikke gjorde nok, men da viste jeg at det var noen andre som gjorde det. Det var en god følelse, hadde det ikke vært sånn så hadde jeg nok tenkt veldig mye på det. Jeg fikk god støtte fra kollegaer og alt det der, men det var ikke noe form for tilrettelegging. Det var ikke noe som ble gjort. Jeg kunne jo ha initiert noe men jeg tenkte ikke i de baner. Jeg tenkte bare at det var naturlig å gå tilbake til jobben slik som den var.	«Jeg kunne jo ha initiert noe, men jeg tenkte ikke i de baner. Jeg tenkte bare at det var naturlig å gå tilbake til jobben slik som den var. «Jeg merket mine begrensninger og da var det fint å bli skjermet for enkelte arbeidsoppgaver.»

Vedlegg 4: REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	99572363	07.11.2018	2009/108/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			30.10.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Randi J Reidunsdatter
Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk

2009/108 Strålebehandling av brystkreft. Sammenheng mellom behandling, bivirkninger og helserelatert livskvalitet (gammel ref. 4.2006.2856)

Forskningsansvarlig: St. Olavs Hospital
Prosjektleder: Randi J Reidunsdatter

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 30.10.2018 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av sekretariatsleder for REK midt på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10 annet ledd.

Ønsket endring

Det søkes her om godkjenning til å

1. inkludere en ny prosjektmedarbeider (Camilla Skancke Mørstad) som skal gjennomføre en masteroppgave.
2. utsette sluttdato fra 31.12.2018 til 30.06.2019.

Vurdering

Komiteen har ingen innvendinger mot at prosjektgruppen utvides med en masterstudent. Masteroppgavens formål vurderes å være i tråd med opprinnelig formål, og deltakerne har allerede samtykket til å kontaktes for et intervju.

Komiteen har heller ingen innvendinger mot at sluttdato forskyves med seks måneder da dette ikke er i konflikt med informasjonen til deltakerne.

Komiteen minner om at tidligere gitte vilkår for godkjenning fortsatt er gjeldende. Ny frist for innsending av sluttmelding settes til 31.12.2019.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner søknad om prosjektendring.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen

Besøksadresse:
Fakultet for medisin og
helsevitenskap Mauritz
Hansens gate 2, Øya helsehus

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@mh.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder, ph.d.
REK midt

Kopi til: *stein.kaasa@stolav.no; post@stolav.no*

