



UNIVERSITETET I AGDER

# Vil økt fysisk aktivitet kunne redusere andelen trygdemottakere?

En case-studie basert på deltakere ved Aktiv på dagtid, Aust-Agder

KAROLINE MIDTSUNDSTAD STORBUKÅS

VEILEDER

Dag Ingvar Jacobsen

**Universitetet i Agder, 2018**

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelse



## Forord

Jeg vil begynne med å gi en stor takk til min veileder, Dag Ingvar Jacobsen. Kritiske og inspirerende innspill har hatt stor verdi når tankene og skrivningen har stoppet opp. Dine kompetente råd, tilstedeværelse, støtte og fantastiske humor gjennom denne prosessen, har blitt satt stor pris på. Jeg har lært utrolig mye av deg, og takker for at du ville påta deg rollen som min veileder.

En stor takk rettes også til min biveileder Mingle Helmersen som introduserte meg for prosjektet ”Aktiv på dagtid” og lot meg få innsyn, tilgang og muligheten til å påvirke prosjektets forskningsmetode og datamateriale. Takk for tilliten, og for at du inspirerte meg til å ta fatt på oppgaven om å skrive en masteroppgave i tilknytning til Agderforskning sitt prosjekt ”Aktiv på dagtid”.

En takk rettes også til min familie. Nine-Marie på 2 år, min ektemann Lars Erik og vårt kommende tilskudd til familien, Lars-Kristian. Nine-Marie, takk for at du har tvunget meg til å ta pauser og hver dag får meg til å le. Lars Erik, takk for at du er en så forståelsesfull, tilstedeværende og omsorgsfull ektemann. Lars-Kristian, takk for at du har gitt meg noe ekstra å glede meg til, og for å gi meg motivasjonen jeg trengte for å klare å ferdigstille oppgaven.

Til slutt vil jeg tilegne masteroppgaven til mamma og pappa. Takk for alle de utallige oppgavene dere har lest igjennom og kommentert for meg. Takk for at dere alltid har støttet og heiet meg frem i prosessen for å nå mine mål. Dere har inspirert meg gjennom hele barndommen, og jeg kjenner på en utrolig stolthet over å kunne følge i deres akademiske fotspor. Dere er mine største forbilder.

Karoline Midtsundstad Storbukås  
Kristiansand, mai 2018

## Sammendrag

Denne studien tar utgangspunkt i lavterskeltilbudet Aktiv på dagtid, som tilbys i Aust-Agder som case. Formålet med studien er å undersøke om deltakelse ved fysiske aktiviteter i regi av Aktiv på dagtid vil kunne føre til at flere trygdemottakere returnerer til arbeidslivet. For å bedre kunne undersøke forholdet har studien valgt å ytterligere undersøke tre mekanismer Aktiv på dagtid kan virke gjennom: Den fysiske effekten, den psykologiske effekten og den sosiale effekten.

Studien tar utgangspunkt i et tverrsnittstudie, ved bruk av et papirbasert spørreskjema med 144 respondenter som representerer deltakere ved Aktiv på dagtid. Deltakerne er mellom 16-70 år, mottar trygdeytelser og deltar ved tiltaket i kommunene Arendal, Grimstad, Lillesand eller Risør.

Resultatene av studiens medierende analyse viser at forklaringsvariabelen 'endring i helse' medierer forholdet mellom deltakernes 'grad av deltakelse' og deres 'endring i status i forhold til arbeidslivet'. Økt grad av deltakelse ved Aktiv på dagtid er positivt relatert til deltakernes 'endring i helse' ( $\beta = .18, p < .05$ ), men en bedring i deltakernes helse er negativt relatert til deres status i forhold til arbeidslivet ( $\beta = -.20, p < .05$ ).

Lavterskeltilbudet Aktiv på dagtid viser seg å ha en motsatt effekt på deltakernes status i forhold til arbeidslivet, sammenlignet med hva studien forventet. På bakgrunn av dette stiller studien spørsmål ved om Aktiv på dagtid sin effekt som arbeidsmarkedstiltak kan sies å virke mot sin hensikt, fordi tiltaket kan se ut til å opprettholde deltakernes utenforskap i forhold til arbeidslivet.

*Nøkkelord:* Sykefravær, trygdeytelser, Aktiv på dagtid, NAV, arbeidsmarkedstiltak, fysisk aktivitet, returnering til arbeidslivet, self-efficacy, helse og opplevd sosial støtte.

## Abstract

This study is based on Aktiv på dagtid as an case study. The purpose of this study is to investigate the relationship between increased participation in physical activities directed by Aktiv på dagtid and the participants status in relation to working life. To better understand the relationship between these two variables, the study include three possible predictors: health, social support and self-efficacy.

This study use a paper-based survey with 144 respondents, which represent the participants at Aktiv på dagtid, who are at the age between 16-70, receive social security benefits and resides in the municipalities of Arendal, Grimstad, Lillesand or Risør.

The results of the studys mediating analysis indicate that the explanation variable 'change in health' mediates the relationship between participants 'degree of participation' and their 'change in status in relation to working life'. The increased 'degree of participation' in Aktiv på dagtid is positively related to participants 'change in health' ( $b = .18, p < .05$ ), but an improvement in participants 'change in health' is negatively related to their 'status relative to working life' ( $b = -.20, p < .05$ ).

Aktiv på dagtid turns out to have an opposite effect on participants 'status in relation to working life', than what the study expected. Based on the findings, the study poses a questions according to whether Aktiv på dagtid works against its purpose, and can be said to maintain the participants exclusion from working life insted of helping its participants to return to work.

*Keywords:* Sickleave, social security benefits, Aktiv på dagtid, NAV, physical activity, return to work, health, social support, self-efficacy

## Innholdsfortegnelse

i Forord.....	2
ii Oppsummering.....	3
iii Abstract.....	4
1. Innledning.....	6
1.1 Forskningsspørsmål.....	7
1.2 Bakgrunn .....	8
1.3 Disposisjon av oppgaven.....	10
2. Teoretisk rammeverk.....	12
2.1 Den fysiske effekten.....	12
2.2 Den psykologiske effekten.....	13
2.2.1 Definisjon av begrepet self-efficacy.....	14
2.3 Den sosiale effekten .....	17
3. Metode.....	23
3.1 Forskningsdesign.....	23
3.2 Validitet og reliabilitet.....	23
3.2.1 Indre validitet.....	23
3.2.2 Reliabilitet .....	36
3.2.3 Ekstern validitet.....	38
3.3 Bearbeiding av data.....	40
3.4 Statistisk analyse.....	42
3.5 Medierende analyse.....	42
4. Resultater.....	47
5. Studiens empiriske modell.....	49
6. Diskusjon.....	51
7. Avslutning og veien videre.....	55
Referanser.....	57
Appendiks.....	63
Vedlegg.....	75

## 1. Innledning

Sykefravær har opp gjennom årene fått stor plass i den politiske debatten i Norge. Det store fokuset kommer gjerne av de ulike konsekvensene et høyt sykefravær medfører, både økonomisk og i henhold til helsetilstanden til arbeidsstyrken. Tall fra SSB viser at i overkant av 15 prosent av den norske befolkningen i aldersgruppen mellom 15 og 66 år mottar trygdeytelser og er uten jobb (Horgen, 2014). I nyere tid har det reviderte nasjonalbudsjettet fra 2016 satt sykefravær på agendaen etter at det i Stortingsmelding. nr. 1 ble belyst at et langvarig sykefravær for de fleste er første skritt mot å falle ut av arbeidslivet permanent (Finansdepartementet, 2015-2016).

I 2014 konkluderte Folkehelse rapporten med at det foreligger et godt forskningsmessig belegg for å si at fysisk aktivitet er et veldokumentert virkemiddel i behandlingen av ulike diagnoser og tilstander (Folkehelseinstituttet, 2014; Helsedirektoratet, 2010, 2014). Slike funn fører til et større fokus på fysisk aktivitet, som et viktig virkemiddel inn i arbeidet for å redusere prosentandelen som mottar trygdeytelser. Tilrettelagt fysisk aktivitet for personer med ulike sykdommer og/eller tilstander legges frem som viktige satsningsområder innen behandlings- og rehabiliteringstiltak i Stortingsmelding nr. 19 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015). Det hevdes at for personer med kroniske lidelser og personer med langvarig sykdom vil individuell tilpasset fysisk aktivitet være en viktig del av behandlingen, og en nødvendighet for å opprettholde fysisk form og funksjonsevne.

Denne studien ønsker å undersøke effekten grad av deltakelse i fysiske aktiviteter, vil kunne ha for mennesker som mottar trygdeytelser og deres status i forhold til arbeidslivet. For å undersøke dette forholdet, vil studien ta utgangspunkt i lavterskeltilbudet Aktiv på dagtid (heretter APD) som et case. Tiltaket APD er nevnt i flere offentlige dokument som i Stortingsmelding. nr. 20 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006- 2007) og i Stortingsmelding nr.16 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003). I handlingsplanen for fysisk aktivitet ble alle kommuner oppfordret til å legge til rette for lavterskeltilbud som APD for trygdede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2009). Et av tiltakets overordnede mål er å hjelpe deltakerne tilbake til arbeidslivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2009).

Denne studien ønsker å undersøke hvilken effekt 'grad av deltakelse' ved APD har på deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet'. Studien vil basere seg på bruk av kvantitative forskningsmetoder gjennom en spørreundersøkelse som ble utført på et gitt tidspunkt, med

deltakere ved APD som respondenter. I all hovedsak vil studien undersøke forskningsspørsmålet ved å utføre en medierende analyse, med tre potensielle forklaringsvariabler; opplevd 'self-efficacy', 'sosial støtte' og 'helse'.

### **1.1 Forskningsspørsmål**

Forskingsspørsmålet som studien vil forsøke å belyse er: *"Vil deltakelse ved lavterskeltilbudet Aktiv på dagtid føre til at flere mennesker som mottar trygdeytelser returnerer til arbeidslivet?"*

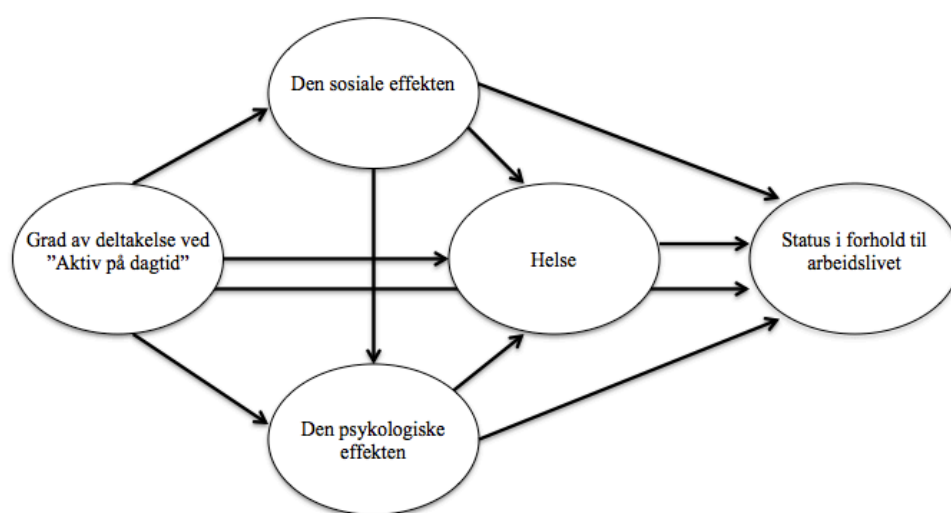
Studien ønsker å undersøke om fysisk aktivitet gjennom deltakelse ved et lavterskeltilbud som APD vil ha noen effekt i forhold til om mennesker som mottar trygdeytelser returnerer til arbeidslivet. For å bedre kunne belyse effektene et tilbud som APD og fysisk aktivitet kan ha, vil studien i tillegg til forskningsspørsmålet inkludere tre delproblemstillinger som vil undersøke tre ulike mekanismer effekten APD potensielt kan virke gjennom.

1. Vil APD kunne forbedre deltakernes opplevelse av egen helse, og vil denne fysiske effekten kunne føre til at deltakerne returnerer til arbeidslivet?
2. Vil APD kunne øke deltakernes opplevelse av self-efficacy, og vil den psykologiske effekten kunne føre til at flere returnerer til arbeidslivet?
3. Vil APD kunne øke deltakernes opplevelse av sosial støtte, og vil denne sosiale effekten kunne føre til at de returnerer til arbeidslivet?

Studiens delproblemstillinger undersøker om de mulige forklaringsvariablene: 'Self-efficacy', 'sosial støtte' og 'helse' vil kunne mediere forholdet mellom 'grad av deltakelse' ved APD og deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet'.

I tillegg vil studien underveis fremme hypoteser knyttet til hver av de tre ulike mekanismene APD kan virke gjennom. Hypotesene tar sikte på å avdekke forholdet mellom de ulike variablene som inngår i delproblemstillingene, for å kunne undersøke om en eller flere av forklaringsvariablene kan sies å være kausale faktorer, altså selve årsaken til at endringer i den avhengige variabelen 'status i forhold til arbeidslivet' oppstår (Baron & Kenny, 1986; Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002).

På bakgrunn av studiens fokus vil det fremsettes en empirisk modell (figur 1), som illustrerer oppgavens videre fokus. Bakgrunnen for interessen av å undersøke forholdet mellom fysisk aktivitet og returnering til arbeidslivet er basert på teorier og tidligere forskningsfunn, presentert under studiens teoretiske rammeverk. Modellen leses fra venstre til høyre, og representerer forholdene studien vil undersøke, for å kunne belyse studiens forskningsspørsmål, delproblemstillinger og hypoteser.



Figur 1: Empirisk modell

## 1.2 Bakgrunn

Som oppgaven tidligere har nevnt har sykefravær fått stor plass i den politiske debatten i Norge, som følge av sykefraværets mange og ulike konsekvenser. Flere tiltak er blitt vurdert og iverksatt i henhold til målet om å redusere sykefraværet. I 2014 ble det blant annet utarbeidet en aktivitet- og nærversreform, et tiltak utarbeidet av en ekspertgruppe for å redusere sykefravær (Mykletun et al., 2010). Under dette arbeidet identifiserte Mykletun og kollegaer (2010) flere vanskeligheter i henhold til å kunne forklare variasjonene i sykefraværet. Vanskelighetene består blant annet av å skille de syke fra de friske og målkonflikten mellom et ønske om et inkluderende arbeidsliv og redusert sykefravær (Mykletun, et al., 2010). Sykefravær kan på bakgrunn av dette ses på som et ”Wicked problem”, et komplekst problem definert ut i fra å være vanskelig å definere, implementere og løse (Rittel & Webber, 1973).



I henhold til utviklingen og iverksettelsen av tiltak i henhold til sykefraværs-problematikken, blir det av NOU fremmet at det ikke bare kan sies å være et ansvar det offentlige står med alene (2011:11, 2011). Frivillige organisasjoner trekkes her frem som svært viktige inn i målene om å redusere sykefravær, antall trygdemottakere og skape et inkluderende arbeidsliv. Det er funnet at nærmiljøet representerer en viktig faktor inn i arbeidet med å lykkes med å nå disse målene. Det gjensidige samarbeidet mellom frivillig- og offentlig sektor ses derfor på som gunstig når det kommer til denne typen tiltak. De ulike organisasjonene har ulike ansvarsområder og utøver ulike funksjoner som utfyller hverandre og skaper muligheten for en større samlet effekt (Trondal, 2017).

APD representerer et samarbeid mellom den frivillige organisasjonen Aust-Agder idrettskrets og det offentlige ved NAV og Helsedirektoratet, ettersom APD er et av flere arbeidsmarkedstiltak som tilbys i Arendal, Grimstad, Lillesand og Risør kommune. Tiltaket skal understøtte hovedmålet i arbeidsmarkedspolitikken, og skal legge til rette for et velfungerende arbeidsmarked med høy sysselsetting, lav ledighet og et inkluderende arbeidsliv ("Hvilke arbeidsmarkedstiltak finnes?," 2017; Østfold Idrettskrets, 2010). Personer med nedsatt arbeidsevne er den klart største gruppen blant tiltaksdeltakere. Mange med nedsatt arbeidsevne har muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser ("Hvilke arbeidsmarkedstiltak finnes?," 2017). Mosjonskonsept APD har en visjon om at et sosialt fellesskap og deltakelse ved fysiske aktiviteter vil skape mestringfølelse, bevisstgjørelse og ressurser som igjen gir økt livskvalitet, forebygge sykdom, motvirker ensomhet og bidrar til at mennesker returnerer til arbeidslivet.

Lavterskeltilbudet APD driftes i flere kommuner av ulike aktører. Konseptet startet i Oslo, i regi av Oslo idrettskrets i 1995. I dag benyttes konseptet flere steder i landet, hvor tilbudet organiseres på ulike måter. I 2013 ble APD startet opp i Aust-Agder, hvor prosjektet drives av Aust-Agder idrettskrets. APD er et lavterskeltilbud som vil si at tilbudet inkluderer alle, uavhengig av fysisk form, tempo, intensitet og tilgjengelig treningsutstyr. Tilbudet tilbys til personer mellom 16 og 70 år som bor i Arendal, Grimstad, Lillesand eller Risør, og som mottar trygdeytelser fra NAV. Aktivitetene som tilbys er blant annet: Zumba, Yoga, svømming, ballspill, boksing, tur-grupper og egentrening m.m.

Aust-Agder fylke har de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 52 dager. Dette utgjør en differanse på 23 dager i forhold til gjennomsnittet i Oslo. Et fylke med

et av de laveste gjennomsnittene i henhold til varighet, sammenlignet med landsgjennomsnittet (Sundell, 2017). Hva den store forskjellen skyldes er uklart, men i 2015 ble det publisert en levekårsrapport basert på Arendal kommune. I rapporten ble det avdekket ulike utfordringer kommunen og dens innbyggere står ovenfor. Rapporten avdekker sosiale ulikheter i helse, og viser til at kommunen innehar en høyere andel mennesker som av ulike årsaker står utenfor arbeidslivet i forhold til resten av landet (Lieng, Khox, Neegaard, Nilsen, & Kløcker, 2015). Det fremkommer også i rapporten at Arendal kommunen innehar en høyere andel innbyggere med psykiske- symptomer og lidelser, enn landsgjennomsnittet. Som et resultat av dette er også andelen personer som går på overgangsstønad, arbeidsavklaring og uføretrygd større i Arendal, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Av denne andelen ble det også avdekket at mange er unge uføre (Lieng, et al., 2015). Ut i fra levekårsundersøkelsen avdekkes et stort behov for tiltak som kan hjelpe innbyggerne med å komme tilbake til arbeidslivet.

Grimstad, Lillesand og Risør har i likhet med Arendal kommune signifikant større utfordringer tilknyttet innbyggernes psykiske helse, sammenlignet med landsgjennomsnittet (Stoltenberg & Grøholdt, 2018b, 2018c, 2018d). I helseprofilene tilknyttet hver av kommunene, viser rapportene at kommunene Grimstad og Risør kommune skårer signifikant bedre når det kommer til innbyggernes muskel og skjelett-plager enn landet som helhet (Stoltenberg & Grøholdt, 2018b, 2018d). Arendal og Lillesand skårer tilnærmet likt som landet som helhet når det kommer til muskel og skjelett-plager (Stoltenberg & Grøholdt, 2018a, 2018c; Ståle Einarsen, 2015).

Tidligere studier har i stor grad fokusert på den fysiske effekten i henhold til returnering til arbeidslivet. Denne studien vil i tillegg undersøke om andre faktorer kan spille inn på forholdet mellom fysisk aktivitet og returnering til arbeidslivet.

### **1.3 Disposisjon av oppgaven**

Opgaven vil først ta for seg det teoretiske rammeverket (kapittel 2) som gjør rede for grunnlaget for studiens antakelser i forhold til studiens forskningsspørsmål, delproblemstillinger og hypoteser. Det teoretiske rammeverket presenterer teorier og tidligere forskning knyttet til de tre ulike mekanismene som effekten APD kan virke gjennom: Den fysiske effekten, den psykologiske effekten og den sosiale effekten. Under det teoretiske

rammeverket vil studiens hypoteser presenteres underveis. Studien vil deretter ta for seg metoden som er benyttet.

I metodekapittelet (3), drøftes studiens indre validitet gjennom begrepsvaliditet og årsaksvaliditet. Kapittelet drøfter også studiens reliabilitet og eksternvaliditet og presenterer deretter bearbeidingen av dataene for å sikre at datamaterialet er egnet til å kunne kjøre en regresjonsanalyse. Til slutt presenteres den medierende analysen, og analysens funn.

I resultatkapitlet (4) presenteres resultatene av den medierende analysen gjennom å besvare studiens hypoteser tilknyttet studiens delproblemstillinger.

I kapittel 5 presenteres studiens empiriske modell. Her vil funnene fra den medierende analysen presenteres knyttet opp til studiens delproblemstillinger og hypoteser som er representert i den empiriske modellen.

Diskusjonskapittelet (6) drøfter studiens signifikante funn opp i mot teorier og forskning som tidligere ble fremsatt under det teoretiske rammeverket. Her belyses studiens teoretisk forankrede antakelser i henhold til den medierende analysens funn.

Avslutningen og veien videre (kapittel 7) tar sikte på å oppsummere studiens hovedfunn i henhold til studiens medierende analyse, forskningsspørsmål, delproblemstillinger, hypoteser, diskusjon og metodologiske drøfting. Til slutt presenteres nye problemstillinger som vil være interessante for videre forskning innenfor denne tematikken, som kan sies å mangle et forskningsmessig grunnlag.

## 2 Teoretisk rammeverk

I denne studien undersøkes forskningsspørsmålet: *”Vil deltakelse ved lavterskeltilbudet Aktiv på dagtid føre til at flere mennesker som mottar trygdeytelser returnerer til arbeidslivet?”*.

Inn under forskningsspørsmålet, fremsetter studien tre delproblemstillinger som undersøker de ulike forklaringsvariablene som tiltaket APD kan virke gjennom: Helse, self-efficacy og sosial støtte. Det teoretiske rammeverket vil ta utgangspunkt i tidligere forskning og ulike teorier i henhold til hver av de aktuelle forklaringsvariablene, knyttet opp mot studiens forskningsspørsmål og delproblemstillinger.

### 2.1 Den fysiske effekten

Studiens forskningsspørsmål ønsker å belyse samspillet mellom den uavhengige variabelen 'grad av deltakelse' ved APD, og den avhengige variabelen 'status i forhold til arbeidslivet'. Den uavhengige variabelen refererer til graden deltakerne deltar i fysisk aktiviteter i regi av APD. Med fysisk aktivitet menes enhver kroppslig bevegelse som resulterer i en økning av energiforbruket (Nerhus, Anderssen, Lerkelund, & Kolle, 2011). De fysiske aktivitetene som tilbys ved APD defineres ved aktiviteter som gjentas regelmessig for å forbedre eller vedlikeholde én eller flere komponenter av fysisk form (Nerhus, Anderssen, Lerkelund, & Kolle, 2011). Fysisk aktivitet og trening er blitt funnet å være en vesentlig viktig del av mange rehabiliteringsprogrammer som har som mål å tilbakeføre mennesker som mottar trygdeytelser til arbeidslivet. De positive virkningene av fysisk aktivitet og trening er godt dokumentert (Folkehelseinstituttet, 2014). Flere hevder at økt fysisk aktivitet og trening kan bedre menneskers fysiske og psykiske helse (Folkehelseinstituttet, 2014; Martinsen, 2000). Martinsen (2000) hevder at tiltak som fremmer fysisk aktivitet er effektive inn i behandlingen og forebyggingen av blant annet psykiske lidelser. Disse funnene reflekterer en tro på at fysiske aktivitetstiltak er viktig for arbeidsevnen, men sammenhengen mellom fysisk aktivitet og sykefravær er uklar (Nerhus, et al., 2011).

Gjennom årene er det forsket mye på fysisk aktivitet i sammenheng med målet om å redusere sykefravær og andelen trygdemottakere. Forskingen har imidlertid kommet frem til ulike funn. Et studie undersøkte blant annet økt fysisk aktivitet som en prediktor i henhold til å kunne bedre medarbeidernes subjektive helse og redusere sykefraværet (Tveito & Eriksen, 2009). Studien fant ingen signifikante effekter i forhold til respondentenes sykefravær, på tross av at medarbeiderne oppnådde bedre generell helse og mindre muskelsmerter. Et annet studie gjort av Brox og Frøystein (2005) ønsket å evaluere effektiviteten av fysisk aktivitet på

arbeidsplassen blant annet opp mot respondentens sykefravær. Studien fant ingen forskjell i resultatene mellom kontrollgruppen og gruppen som gjennomførte fysisk aktivitet i henhold til sykefravær.

På den andre siden finnes det en oversikt over 17 prospektive studier gjennomført i Norden og Nederland som undersøkte sammenhengen mellom fysisk aktivitet, sykefravær og uføretrygd i befolkningen (Fimland et al., 2013). Funnene tilsier at anstrengende fysiske aktiviteter reduserer risikoen for sykefravær og uføretrygd i større grad, sammenlignet med moderat og lett aktivitet (Fimland, et al., 2013). Dette kan forklares ved at anstrengende aktiviteter vil resultere i en større økning av fysisk kapasitet (Fimland, et al., 2013). Imidlertid gir også moderat fysisk aktivitet i tråd med statens anbefalinger økning i fysisk kapasitet for utrente, selv om effekten er mer beskjeden og tar lengre tid å oppnå (Fimland, et al., 2013).

Styrken til observasjonsstudiene er at alle hadde prospektive design, det vil si at man følger personer før sykdom eller andre helsemessige utfordringer oppstår. Fimland og kollegaer (2013) trekker frem at en svakhet ved studiene som benyttet fysisk aktivitet som eksponering, innhentet informasjon om fysisk aktivitet ved hjelp av spørreskjema og ikke objektive metoder.

### **På bakgrunn av dette presenteres to av studiens hypoteser:**

*H1: Det er en positiv sammenheng mellom 'graden av deltakelse' ved APD og deltakers 'status i forhold til arbeidslivet.'*

*H2: Helse medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' og 'status i forhold til arbeidslivet.'*

## **2.2 Den psykologiske effekten**

Det teoretiske rammeverket tar utgangspunkt i muligheten for at fysiske aktiviteter kan skape en økt opplevelse av self-efficacy hos deltakerne ved APD. Det er tenkt ut i fra forskningsspørsmålet til studien at 'opplevd self-efficacy' potensielt vil kunne representere en mekanisme som APD vil kunne påvirke den avhengige variabelen 'status i forhold til arbeidslivet' gjennom. Dette forholdet skal undersøkes i det følgende.

### 2.2.1 Definisjon av begrepet self-efficacy

Self-efficacy er en velkjent fagterminologi som er et sentralt begrep innenfor Albert Banduras sosial- kognitive teori. Bandura (1997) definerer 'self-efficacy' som troen et individ har på sin egen kapasitet til å organisere og gjennomføre handlinger som kreves for å kunne nå gitte oppnåelser under ulike omstendigheter. Han hevder at når et individ har utviklet ferdighetene og troen på dem, kan personen lettere tilpasse seg atferd som fremmer helsen, og eliminerer faktorer som svekker den (Bandura, 1997). Begrepet self-efficacy består av flere subtyper som "task self-efficacy" og "self-regulatory self-efficacy". "Task self-efficacy" refererer til den troen et individ har på ens evner til å mestre diskrete motoriske handlinger som for eksempel å skåre et mål med en basketball (Williams, 2010). "Self-regulatory self-efficacy" refererer til en persons mestringsevne til å overkomme hindringer i forhold til hvordan man regulerer egen atferd (Williams, 2010). Et eksempel på det kan være de hindringene mennesker opplever i henhold til å klare å gjennomføre en handling/oppgave.

Self-efficacy omtales ofte som en personlig ressurs. Begrepet refererer til et aspekt ved selvet som hjelper mennesker i å oppnå et arbeidsmål, redusere jobbkrav og de assosierte fysiologiske og psykologiske kostnadene som ofte følger ulike hverdagslige- og jobbspesifikke krav (Bakker & Demerouti, 2007). Bakker og Demerouti (2007) hevder at personlige ressurser slik som self-efficacy bidrar til å stimulere personlig vekst, læring og utvikling.

Fordelaktige persepsjoner av egen self-efficacy har vist seg å føre til et aktivt engasjement og bidrar til en økt opplevelsen av egenkompetanse (Bandura, 1986). En opplevelse av lav self-efficacy kan derimot føre til en negativ opplevelse av egenkompetanse. Det kan føre til at en ønsker å skjerme negative oppfattelser av eget selv fra endring (Bandura, 1986). Bandura (1997) hevder at jo sterkere self-efficacy en person innehar, jo større er sjansene for at personen vil legge inn innsatsen som trengs for å kunne tilpasse seg og opprettholde helsefremmende atferd.

Interessen for å undersøke self-efficacy som en mediator inn i forholdet mellom 'grad av deltakelse' og 'status i forhold til arbeidslivet' er basert på ulike teorier og forskningsfunn som underbygger denne antakelsen. Nyere forskning har funnet at positive opplevelser oppnådd ved fysisk aktivitet også kan øke personens self-efficacy (Martinsen, 2000; Williams, 2010). Martinsen (2000) hevder blant annet at én av de positive virkningene ved

fysisk aktivitet og trening er en økt opplevelse av self-efficacy. Fysisk aktivitet kan på bakgrunn av dette være en effektiv metode for å øke egen mestringstro, fordi denne typen arena gir gode muligheter til å skape meningsfulle mestringsopplevelser gjennom tilpasninger basert på den enkelte (Martinsen, 2011). Et studie som undersøkte forholdet mellom opplevde positive hendelser i forhold til fysisk aktivitet og self-efficacy, fant at positive opplevelser ved fysisk aktivitet er direkte relatert, og kan sies å være en prediktor for økt opplevelse av self-efficacy (Parschau et al., 2014).

Det er flere faktorer som spiller inn og gjør at personer som står delvis eller helt utenfor arbeidslivet, returnerer til arbeid. Det finnes mange ulike grunner til hvorfor personer sykemeldes i utgangspunktet. Flere forskere hevder at self-efficacy spiller en stor rolle når det kommer til hvor robuste vi som mennesker er i møte med utfordringer og krav. Studier har funnet at mennesker som opplever å ha kontroll over sin helsemessige situasjon, innehar en høyere skår på self-efficacy og har større sjanse for å returnere til arbeidslivet (Loeb, Steffensmeier, & Kassab, 2011).

Self-efficacy er et av begrepene som i de senere år har blitt forsket mye også i forhold til sykefravær. Fokuset blir ofte omtalt som 'return to work' (heretter RTW) self-efficacy (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink, & Groothoff, 2010). Litteraturen og forskningen beskriver self-efficacy som å inneha en viktig rolle når det kommer til prosessen hvor et individ returnerer til arbeidslivet (Brouwer, et al., 2010). Gjennom forskning tilknyttet problemstillingen om hva som skal til for å redusere tidsperioden på sykemeldingene har flere forskere begynt å referere til den domenespesifikke bruken av begrepet RTW self-efficacy. Begrepet blir gjerne definert som den komplekse menneskelige atferdsendringen hvor den ansatte tar den endelige avgjørelsen om å returnere til arbeidslivet (Brouwer, et al., 2010). Et studie fant at RTW self-efficacy er en signifikant prediktor av tilbakevending til arbeidslivet for arbeidstakere som har vært sykemeldte over lengre tid (Volker, Zijlstra-Vlasveld, Brouwers, van Lomwel, & van der Feltz-Cornelis, 2015).

Nyere forskning har konkludert med at self-efficacy også spiller en stor rolle i hvor lenge én medarbeider er sykemeldt (Brouwer, et al., 2010). En studie fant etter undersøkelser av arbeidsholdninger, self-efficacy og sosial støtte, at self-efficacy er den eneste faktoren som har en signifikant sammenheng med tiden vedkomne bruker på å returnere til arbeidslivet. Dette funnet gjelder både personer med fysiske helseplager og personer med mentale

helseplager (Brouwer, et al., 2010; Labriola et al., 2007). Et annet studie som også har undersøkt self-efficacy sine predikerende evner i henhold til tematikken: Returnering til arbeidslivet ved sykefravær, fant at en lav skår på self-efficacy blant sykemeldte er et resultat av sykefraværet i seg selv, og er ikke nødvendigvis en forløper til sykefravær (Labriola, et al., 2007). Studien fant en signifikant forskjellig skår mellom respondentene som var deltagende i arbeidslivet, og respondentene som var sykemeldte. I likhet med andre lignende studier slår denne studien fast at lengre sykefravær er assosiert med en redusert sannsynlighet for returnering til arbeidslivet. Labriola og kollegaer (2007) konkluderer også med at det trengs mer forskning for å fullt kunne avdekke hvilke barrierer som forhindrer arbeidere med funksjonsnedsettelse fra å returnere til arbeidslivet.

Tidligere forskning har vist at opplevd self-efficacy også spiller en viktig rolle i forbindelse med den enkeltes helse (Eriksen, Murison, Pensgaard, & Ursin, 2005). En lav skår på self-efficacy har vist seg å kunne være relatert til økt depresjon og angst, mens en høy skår er blitt relatert til lavere blodtrykk, mindre depresjon og angst (Lubbers, Loughlin, & Zweig, 2005).

Utbrenthet er et voksende helseproblem i dagens samfunn. Enkelte forskere hevder at utbrenthet er et produkt av en ubalanse mellom jobbkrav og personlige ressurser (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005). Jobbkrav defineres blant annet av arbeid med manglende autonomi, store emosjonelle krav, lav sosial støtte og/eller opplevd rollekonflikt (Bakker, et al., 2005). Personlige ressurser refererer til de fysiske, psykologiske, sosiale og/eller de organisatoriske aspektene ved jobben. De personlige ressursene defineres som aspekter ved selvet som er knyttet til robusthet, og refererer til evnen en person har til å kontrollere og påvirke ens miljø (Schaufeli & Taris, 2014). De personlige ressursene hevdes å kunne hjelpe medarbeidere med å nå deres mål, redusere jobbkrav og redusere de fysiske og de psykologiske kostnadene (Bakker, et al., 2005). Samtidig er det funnet at sterke personlige ressurser, kan være med på å stimulerer til vekst og utvikling for de ansatte (Bakker, et al., 2005).

Flere studier har undersøkt helse som en utfallsvariabel, påvirket av self-efficacy. Et studie gjort blant eldre innsatte i USA fant at personer som skåret høyt på self-efficacy, i forhold til det å ha kontroll over egen helse, hadde større sjanse for å vise helsefremmende atferd enn innsatte som skåret lavt (Loeb, et al., 2011). En annen studie undersøkte om en lav skår på self-efficacy kunne assosieres med dårligere fysisk- og mental helse. Studien fant at personer



som rapporterte god helse skåret høyere på self-efficacy i forhold til å overkomme smerte. Evnen til å overkomme smerte ble signifikant assosiert med at arbeidstakerne vil returnere til arbeidslivet. Studien fant også at personer som skåret høyt på depresjon, rapporterte lavere nivåer av self-efficacy i forhold til å overkomme smerte (Brouwer, et al., 2010)

Forskning viser altså at self-efficacy spiller en viktig rolle i hvor lenge medarbeidere vil forbli sykemeldt, men også hvor mye medarbeideres helsemessige tilstand og jobbkraft påvirker dem. De påpeker også at self-efficacy er en viktig komponent inn i rehabiliteringen av sykemeldte, og omtaler fokuset på self-efficacy som et forebyggende tiltak man bør satse på (Labriola, et al., 2007).

### **På bakgrunn av dette presenteres tre av studiens hypoteser:**

*H3: Økt 'grad av deltakelse' ved APD er positivt relatert til en økt opplevelse av 'self-efficacy' hos deltakerne.*

*H4: Opplevd 'self-efficacy' medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' ved APD og deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet'.*

*H5: Opplevd 'self-efficacy' medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' ved APD og deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet' gjennom helsevariabelen.*

### **2.3 Den sosiale effekten**

I undersøkelsene gjort både i henhold til APD i Oslo og Aust-Agder avdekkes det at en viktig faktor for hvorfor personer deltar er et behov for å være en del av en sosial arena. I Oslo svarte 47% at de "trenger å komme ut blant folk" og 45% oppga at de deltok for å "ha noe å gjøre på formiddagen" (Johansen & Bjørgum, 2015). Ved APD i Aust-Agder uttrykker 35% at de trenger en "sosial arena" (Johansen & Bjørgum, 2015). Funnene viser til at tilbudet APD som en sosial arena, hvor man blir en del av et felleskap, opplever gruppetilhørighet og sosial støtte fra andre deltakere er en viktig faktor.

Dag Album (1994) viser til betydningen av vanlig konvensjonelt samvær der vi presenterer oss som "respektable" mennesker med forankring i samfunnet, og får andre til å anerkjenne oss som det. Han vektlegger "innholdsløs meningsfull prat" som han definerer som

interaksjoner uten noe annet formål enn til å bidra til at deltakerne har det bra. Sosial støtte som oppnås gjennom kontakt med arbeidskollegaer har blitt funnet å være et vesentlig element ved daglig mestring av utfordringer i arbeidslivet (Thoits, 1995). Det er ifølge Frese (1999) rikelig med bevis for betydningen sosial støtte har som direkte påvirkningskraft på helsevariabler. Studier har funnet at sosial støtte som fremkommer i kommunikasjon med arbeidskollegaer kan redusere virkningene ulike livsbelastninger har på vedkomnes helse (Frese, 1999).

Å være utenfor arbeidslivet innebærer at man mister en viktig arena for kontakt med andre. Selv for folk med veletablerte sosiale nettverk bestående av familie og venner, kan fraværet av kontakt med kollegaer og den hverdagslige småprat på arbeidsplassen være et stort savn (Halvorsen, 2004). En studie av høyt utdannede som har opplevd å bli sagt opp fra jobbene sine viser til at det nettopp er de daglige rutinene og anerkjennelsen man opplever i et arbeidsmiljø, som utgjør et stort savn (Danielsen, 1998).

Idrettsdeltakelse og trening er arenaer som er kjente for å være inkluderende og integrerende. Trening er en relativt fleksibel aktivitet som kan tilpasses deltakerne. Det kreves langt færre forutsetninger for å kunne delta på et treningstilbud, enn for eksempel i arbeidslivet. Velferdsordningene i Norge kan sies å være unike på verdensbasis. Som følge av dette mangler det forskning på effekten en sterk opplevelse av 'sosial støtte' ved et arbeidsmarkedstiltak som APD vil kunne ha på deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet'. Denne studien tar sikte på å kunne bidra med forskning på dette.

Tidligere studier som fokuserer på forholdet mellom opplevd sosial støtte og returnering til arbeidslivet etter et sykefravær, viser at ansatte som opplever sterk sosial støtte i en arbeidssituasjon blant annet vil være mer robuste mot helsemessige utfordringer (Brouwer, et al., 2010). Studier viser at disse individene oftere søker assistanse, og har generelt en høyere smerteterskel (Brouwer, et al., 2010). Om personer som opplever sosial støtte blir sykemeldte, vil de mest sannsynlig i løpet av kortere tid returnere tilbake til arbeidslivet, enn de som ikke opplever sosial støtte ved sin arbeidsplass (Watt et al., 2015). Andre studier har i likhet med denne studien konkludert med at en opplevelse av sosial støtte på arbeidsplassen er en relevant prediktor i henhold til hvor lenge en person er sykemeldt, og deres returnering til arbeidslivet (Brouwer, et al., 2010).

Studien til Brouwer og kollegaer (2010) gjør det hensiktsmessig å inkludere sosial støtte som en potensiell forklaringsvariabel inn i forholdet mellom 'grad av deltakelse' ved APD og deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet'. Samtidig vil ikke forskningen som er blitt trukket frem kunne generaliseres fullstendig til denne studiens fokus og utvalg. APD er en midlertidig arena, hvor opplevd sosial støtte gjennom felleskapet vil erstatte den sosiale støtten og gruppetilhørigheten man ellers opplever i tilknytning til felleskapet på arbeidsplassen. Etersom de fleste deltakerne ved APD enten er uføre eller er på arbeidsavklaring (Johansen & Bjørgum, 2015), vil dette skiftet av sosial arena gjelde for de fleste over en lang periode. Dette vil potensielt kunne føre til en endring i deltakernes tilhørighet og sosiale identifisering. Noe som kan ha mye å si for APD sitt mål om at en deltakelse ved lavterskeltilbudet skal føre til en positiv endring i deltakeres 'status i forhold til arbeidslivet'.

Arbeid og deltakelse i arbeidslivet blir ofte nært forbundet med spørsmålet om man lever og handler slik man etter allmenn oppfatning bør gjøre (Hochschild, 1997). Jobben utgjør en stor del av tiden og livet til mennesker, og på grunnlag av dette bygger mange sin identitet rundt ens utdanning og yrkestittel (Hochschild, 1997). Det gir mening å jobbe, og en blir en del av et felleskap. Arbeidssosiologisk forskning viser til at arbeidsliv og selvoppfattelse er nært knyttet sammen (Hochschild, 1997). Verdien av å være i arbeid bekreftes av en studie som fant at dens respondenter ga uttrykk for at det å være sykemeldt opplevdes som stigmatiserende. De opplevde at samfunnet ser på dem som mer verdifulle som yrkesaktive, i tillegg til at de opplever at det ble stilt spørsmål ved sykdommen deres sin gyldighet i henhold til en sykemelding (Shaw & Huang, 2005). I et studie gjennomført av Vidman (2007) fant man at flere sykemeldte frykter å bli stemplet som late "snyltere", og som personer med lav arbeidsmoral. På bakgrunn av disse studienes funn ser man at det å stå utenfor arbeidslivet kan være med på å påvirke disse individenes sosiale identitet, egen verd og tilhørighet.

Sosial identitetsteori er en teori hvor et av hovedpoengene er at individets tanker, følelser og atferd endrer seg når individet definerer seg som medlem av en gitt gruppe (Skogstad & Einarsen, 2015). Teorien hevder at det å identifiserer seg med en gruppe eller kategori er et middel for å oppnå en referansegruppe (Hennessy & West, 1999; Tajfel & Turner, 1979). Medlemmer av en gruppe adopterer de prototypiske atferdene, normene og verdiene til gruppen. Den sosiale prestisjen assosiert med gruppen vil påvirke medlemmenes selvbilde.

Sosial identitetsteori hevder ikke at medlemmene er passive mottakere av en ny sosial identitet, men at de selv forsøker å forbedre bilde av inn-gruppen gjennom en prosess av sosial sammenligning med ulike ut-grupper (Festinger, 1954; Hennessy & West, 1999). Teorien sees på som relevant å nevne i tilknytning til vurderingen av sosial støtte som en mulig forklaringsvariabel inn i forholdet som studeres. Studien ønsker å vise til effekten en mulig sosial gruppetilhørighet kan ha for den fysiske aktiviteten sin effekt på deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet'. Ifølge sosial identitetsteori vil det foreligge en reell sannsynlighet for at deltakerne ved APD på et tidspunkt vil oppleve et skifte i sin sosiale identitet og gruppetilhørighet.

Som tidligere nevnt i oppgaven har også studier vist til at gruppetilhørighet kan resultere i at man favoriserer gruppen man tilhører og dens medlemmer, på bekostning av ut-gruppen og dens medlemmer (Skogstad & Einarsen, 2015). Inn-gruppen defineres som den gruppen en selv tilhører, og ut-gruppen defineres som "det de andre er en del av" (Skogstad & Einarsen, 2015; Tajfel & Turner, 1986). Bakgrunnen for dette er at vi alle har et behov for en positiv selvoppfatning, dermed ønsker vi å sørge for at inn-gruppen skiller seg positivt ut i forhold til ut-gruppen. Når man ser på inn- og ut-grupper som finnes i samfunnet, så er det gjerne naturlige ulikheter som gjenspeiles for eksempel: Kjønn, religion, seksuell legning, yrkesvalg og lignende. På bakgrunn av dette vil det være naturlig å tenke at deltakerne ved APD som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet vil kunne oppleve personer som er yrkesaktive som en ut-gruppe. En negativ effekt som ofte omtales i sammenheng med sterk tilhørighet og inn-grupper er fenomenet gruppetenkning. Irving Janis (1982) studerte fenomenet og fant ulike symptomer på gruppetenkning. Hun fant at gruppen ofte utvikler en overdreven optimisme, fastholder antakelser som kanskje ikke er holdbare, dyrker selvrettferdighet og skaper et press på medlemmer i gruppen som avviker mot gruppens enighet.

En interessant problemstilling knyttet til den sosiale effekten er i hvilken grad et sosialt fellesskap påvirker hverandres sykefravær, og på bakgrunn av dette om sykefravær kan sies å "smitte". Flere studier har undersøkt hva som fører til at sykefravær varierer så kraftig mellom ulike kommuner og bedrifter. En svensk studie undersøkte sykefravær som et sosialt fenomen og fant etter å ha kontrollert for en rekke individuelle kjennetegn, at det fortsatt var en stor uforklart variasjon (Lindbeck, Palme, & Persson, 2004; Markussen, 2007). Forfatterne forklarer denne variasjonen med at det dannes et redusert stigma for å sykemelde seg, dersom mange innad i det sosiale fellesskapet benytter seg av trygdeordningene. Sosial interaksjon

eller normer knyttet til sykefravær som varierer mellom bedrifter, kan være forklaringen (Dale-Olsen, Nilsen, & Schøne, 2011).

Tre ulike kanaler nevnes ofte i henhold hvordan sosial interaksjonseffekten kan påvirke et individs bruk av velferdsordninger (Rege, Telle, & Votruba, 2007). (1) Normer eller sosialt stigma: Når en benytter seg av velferdsordninger, følger det en sosial sanksjon fra omgivelsene. Denne sanksjonen avhenger av hvor mange andre det er i ens omgivelse som benytter seg av velferdsordningene. Hvis det er slik at trygd generelt oppleves som stigmatiserende kan det tenkes at det blir mindre stigmatiserende hvis man kjenner mange som er uføretrygdet, og oppleves mer stigmatiserende om man bare kjenner få eller ingen i den situasjonen. (2) Læring og erfaringsutveksling: Når én benytter seg av en ordning, kan vedkomnes erfaringer gjøre det lettere for andre å benytte seg av ordningene. (3) Selskap: Verdien av fritid kan tenkes å øke om bekjente også er hjemme. Mer tid til fritidsaktiviteter sammen med personer i ens referansegruppe kan potensielt også gjøre det mer attraktivt å bli uføretrygdet.

En studie undersøkte om uførepensjon påvirkes av sosial interaksjon, med en hypotese om at et individs valg om uførepensjonering avhenger av personer i dens referansegruppe (Rege, Telle, & Votruba, 2012). Studien har et paneldatasett på over 11 år som inneholder sosioøkonomisk informasjon, ansattdata og uførepensjon status for hele den norske befolkningen. Referansegruppen defineres som jevnaldrende personer som bor i samme nabolag. Studien fant at nedbemanning øker sannsynligheten for uførhet blant dem som rammes. Disse funnene ble igjen brukt for å undersøke variasjonene hos personer i nabolaget som ikke ble berørt av nedbemanningen. Studien fant at en ett-prosentpoengs økning i én persons sannsynlighet for å bli ufør (som følge av nedbemanning) økte også sannsynligheten for at vedkommende sin nabo (som ikke er berørt direkte av nedbemanningen) blir ufør med et halvt prosentpoeng (Rege, et al., 2012). Studien konkluderer med at sosiale normer må være forklaringen på at naboene påvirkes, og at studiens funn er et bevis for at sosial interaksjon spiller en rolle for benyttelsen av trygdeytelser.

Flere lignende studier har undersøkt den sosiale interaksjonseffekten i henhold til sykefraværsatferd. En studie undersøkte hvordan sosial interaksjon påvirker sykefraværsatferden på arbeidsplassen (Dale-Olsen, Østbakken, & Schøne, 2015). Studien tar utgangspunkt i registerdata fra perioden 2004-2006 med detaljert informasjon om alle menn i

den norske arbeidsstyrken. Studien fant at et individs sykefravær er positivt korrelert med sine kollegers sykefravær. Et annet studie utført av Markussen og Røed (2015) undersøkte hvordan interaksjonseffekter varierer med relasjonsavstand, altså forskjellen i påvirkning mellom ”fjerne” og ”nære” nettverksmedlemmer. Studien fant at et individ sitt nivå av sosiale ytelser er sterkt påvirket av nivået til personer i samme nettverk. Funnene tyder også på at effekten blir større jo sterkere relasjon individene har.

Studiene nevnt over gjør det hensiktsmessig å trekke frem interaksjonseffekters mulig påvirkning på forholdet mellom ’grad av deltakelse’ ved APD og ’status i forhold til arbeidslivet’ ettersom resultatene fra flere studier tyder på at det eksisterer lokale sosiale interaksjonseffekter i ulike kontekster. Studien ser på funnene som svært relevante for diskusjonen av studiens resultater med bakgrunn i at tidligere forskning og teorier viser til at det er en sannsynlighet for at den sosiale effekten tilknyttet APD vil kunne systematisk motarbeide tiltakets mål om å tilbakeføre deltakerne til arbeidslivet, som vil kunne føre til en opprettholdelse av deres utenforskap.

**På bakgrunn av dette presenteres tre av studiens hypoteser:**

*H6: Økt ’grad av deltakelse’ ved APD er positivt relatert til en økt opplevelse av ’sosial støtte’ hos deltakerne.*

*H7: Opplevd ’sosial støtte’ medierer forholdet mellom ’grad av deltakelse’ ved APD og deltakernes ’status i forhold til arbeidslivet’.*

*H8: Opplevd ’sosial støtte’ medierer forholdet mellom ’grad av deltakelse’ ved APD og deltakernes ’status i forhold til arbeidslivet’ gjennom helse.*

### **3. Metode:**

#### **3.1 Forskningsdesign**

For å besvare forskningsspørsmålet; *”Vil deltakelse ved lavterskeltilbudet Aktiv på dagtid føre til at flere mennesker som mottar trygdeytelser returnerer til arbeidslivet?”*, delproblemstillinger og hypoteser benytter studien seg av kvantitative forskningsmetoder. Studien vil utvikle ett spørreskjema, som senere vil bli analysert ved bruk av programvaren SPSS.

#### **3.2 Validitet og Reliabilitet**

##### **3.2.1 Indre validitet**

Validitet er et mål på om en test eller et instrument måler det som skal måles (Thomas, Nelson, & Silverman, 2005). Den indre validiteten, deles ofte inn i begrepsmessig gyldighet og årsaks validitet. Begrepsmessig gyldighet er et resultat av om studien kan sies å ha inkludert de riktige respondentene og om spørsmålene brukt i undersøkelsen måler de fenomenene studien ønsker å undersøke (Jacobsen, 2005). Årsaks validitet er derimot et resultat av om studien kan hevde at observerte korrelasjoner kan sies å være årsakssammenhenger (Jacobsen, 2005).

Studiens interne validitet vil i stor grad være avhengig av at studien har fått tak i de rette respondentene (Jacobsen, 2005). En svakhet ved denne studien er nettopp respondentene vi ikke har fått tilgang til. I et ideelt studie skulle en hatt tilgang til en kontrollgruppe med personer som mottar trygdeytelser uten å engasjere seg i fysisk aktivitet eller ved sosiale arenaer. En slik kontrollgruppe ville gitt studien mulighet til å vurdere effekten fysisk aktivitet og de tre potensielle forklaringsvariablene (self-efficacy, sosial støtte og helse), ved å sammenligne de to gruppernes endring i ’status i forhold til arbeidslivet’. Den ene uten tilgang på fysisk aktivitet og en sosial arena og den andre med tilgang. Om resultatet hadde vist til en forskjell i resultater, ville dette kunne styrket studiens troverdighet ytterligere (Jacobsen, 2005). Studien skulle ideelt sett også ha gjennomført en longitudinell studie hvor man hadde fått inkludert flere respondenter, skilt den avhengige- og uavhengige variabelen i tid og fått tilgang til personer som har sluttet ved APD i denne tidsperioden.

Bakgrunnen for at studien ikke inkluderte en kontrollgruppe er at kjennetegnene ved denne typen respondenter som mottar trygdeytelser er sensitive, og man måtte ha samarbeidet med NAV for å få tilgang til denne gruppen respondenter. I tillegg ville det vært vanskelig å

avdekke og finne personer som mottar trygdeytelser, men ikke engasjerer seg verken i fysisk aktiviteter eller sosiale arenaer. Godkjenning fra NSD til denne studien ble gitt på bakgrunn av at respondentene skulle kunne være anonyme på bakgrunn av sensitiv informasjon (se vedlegg 2). Bakgrunnen for at studien ikke valgte et longitudinelt forskningsdesign er begrunnet av tidsbegrensninger.

Et annet dilemma, og en svakhet ved denne studien er fenomenet ”sosial ønskverdighet”. Fenomenet representerer en tendens ved selvrapporneringsundersøkelser hvor respondenter ofte underrapporterer sosialt uønskede svar, og overrapporterer sosialt ønskelige svar (Krumpal, 2013). Tendensen ”sosial ønskverdighet” anses å være en svakhet ved denne studien ettersom undersøkelsen er blitt gjennomført i treningslokalene til APD hvor en instruktør har distribuert, observert og vært behjelpelige under spørreundersøkelsene. Det er også kjent at det folk sier og gjør i stor grad påvirkes av andre (Jacobsen, 2005), og at denne typen kontekst for undersøkelsen kan ses på som en trussel mot studiens gyldighet.

### **Begrepsvaliditet**

Dataenes indre validitet er forsøkt ivaretatt ved at måleinstrumentene som undersøkelsen har benyttet, tar utgangspunkt i standardiserte spørreskjemaer. Spørsmålene som ikke tar utgangspunkt i standardiserte spørreskjema baserer seg i større grad på samtaler som er blitt gjennomført med en referansegruppe i forkant av studien. Spørsmålene inkluderer mange svaralternativ og flere mer presise spørsmål, noe som vil bidra til å sikre målingen av ulike fenomen og tendenser på en gyldig måte. For å kunne kontrollere studiens begrepsmessige gyldighet benyttes ofte personer med kunnskap på området for å kunne vurdere måleinstrumentets konkretiseringer (Jacobsen, 2005). Spørreskjemaet benyttet i denne studien er i all hovedsak utarbeidet i samarbeid med forskerne Miple Helmersen, Bente Berget og Eugene Guribye ved Agderforskning.

#### *’Grad av deltakelse’*

Spørreskjemaet knyttet til studien stiller respondentene to spørsmål for å kartlegge deres grad av deltakelse ved APD. Respondentene blir stilt spørsmålene: ”Hvor mange aktiviteter i regi av Aktiv på dagtid deltar du på hver uke (oppgi antall aktiviteter)?” Spørsmålet blir skåret ved at respondenten selv oppgir antallet aktiviteter de har deltatt på. Spørsmål nummer to som måler ’grad av deltakelse’ er: ”Hvor lenge har du trent hos/ brukt tilbudet hos Aktiv på



dagtid?’ Svarene blir skåret ved svaralternativene: ”fra 2-3 måneder”, ”4-6 måneder”, ”7-8 måneder” og ”mer enn 9 måneder.”

Den uavhengige variabelen ’grad av deltakelse’ vil kun bli målt med det ene spørsmålet: ”Hvor mange aktiviteter i regi av Aktiv på dagtid deltar du på hver uke (oppgi antall aktiviteter)?” Dette spørsmålet egner seg mer til å kartlegger respondentenes faktiske grad av deltakelse ved aktivitetene som tilbys av APD ukentlig, og kan derfor gi en god indikasjon i hvilken grad respondentene er fysisk aktive. Spørsmålet måler det studien ønsker å undersøke i mer detalj, sammenlignet med spørsmålet som undersøker hvor lenge respondentene har benyttet seg av tilbudet hos APD. Lengden på deltakernes medlemskap gir ingen indikasjon på respondentenes grad av deltakelse ved fysiske aktiviteter, som studien er ute etter å undersøke.

#### *’Status i forhold til arbeidslivet’*

Den avhengige variabelen ’status i forhold til arbeidslivet’ vil bli målt med to spørsmål som kartlegger deltakernes status før de startet på aktiviteter i regi av APD, og deres nåværende status i det de svarer på spørreundersøkelsen. Respondentene blir spurt: ”Hva var din status i forhold til arbeidslivet før du deltok i aktiviteter ved Aktiv på dagtid” og ”hva er din status i forhold til arbeidslivet nå?” Spørsmålene blir skåret ved åtte ulike svar alternativ: ”Jeg er 100% sykemeldt”, ”Jeg er delvis sykemeldt (oppgi prosent)”, ”jeg er uføretrygdet”, ”jeg er delvis uføretrygdet (oppgi prosent)”, ”jeg er jobbsøker”, ”jeg er under arbeidsavklaring”, ”jeg mottar en annen ytelse fra NAV (oppgi hvilken)” og ”annet (oppgi)”.

Svaralternativene til de to spørsmålene som utgjør den avhengige variabelen vil bli rangert gjennom en skala på ordinalnivå, dette gjøres for å kunne avklare om endringen deltakerne opplever kan klassifiseres som en bedring eller forverring av deres ’status i forhold til arbeidslivet’. Studien ønsker å undersøke om økt fysisk aktivitet kan føre til at personer returnerer til arbeidslivet, for å kunne avdekke effekten fysisk aktivitet og APD har i henhold til å redusere sykefravær og antall trygdemottakere. På bakgrunn av dette vil skaleringen av svaralternativene til de to spørsmålene begrunnes ut i fra et statlig økonomisk ståsted om hvilken utvikling som er mest lønnsom.

Først vil de ulike trygdeytelsene presenteres med fokus på deres krav og betingelser.

Uføretrygd og gradert uføretrygd kan mottas av personer mellom 18-67 år, hensiktsmessig

behandling og arbeidsrettede tiltak må ha blitt gjennomført og inntektsevnen til vedkomne må være varig nedsatt med minst 50% på grunn av sykdom og/eller skade (NAV, 2018e). For å motta avklaringspenger (heretter AAP) kreves det at arbeidsevnen er redusert med minst 50% (NAV, 2018a). Det er ikke et krav om at de har mottatt/mottar sykepenger for å kunne søke om AAP, men mange som har mottatt sykepenger i nærmere ett år søker seg ofte over på AAP (NAV, 2018c). Sykemeldinger og graderte sykemeldinger krever at du har vært i jobb i minst fire uker umiddelbart før du ble arbeidsufør (NAV, 2018d). De som mottar denne typen trygdeytelse er også i mye større grad pliktig til å utfordre seg på arbeidsrelatert aktivitet og opprettholde kontakt med arbeidsgiver for å komme raskest mulig tilbake til arbeid (NAV, 2018d). Jobbsøkere definerer både unge som ønsker seg ut på arbeidsmarkedet for første gang og personer som er blitt permittert eller har sagt opp/mistet jobben. Å være jobbsøker er en midlertidig situasjon hvor vedkomne ofte mottar dagpenger til personen starter i en ny jobb. Denne trygdeytelsen krever at arbeidstiden må være redusert til 50% og at vedkomne opptrer som en aktiv arbeidssøker (NAV, 2018b).

Ettersom utbetalingene til personer som benytter seg av de ulike trygdeytelsene er så ulike vil studien basere skaleringen av variabelen på realveksten i folketrygdens utgifter over de siste årene. Utviklingen viser til en tydelig skalering i henhold til hvilke velferdsytelser som koster staten mest i løpet av ett år. I følge statsbudsjettet som ble lagt frem i 2017 og tidligere års faktiske bruk av midler ser man at statens største utgift i folketrygden er uføretrygd, etterfulgt av sykepenger, arbeidsavklaringspenger og dagpenger (Finansdepartementet, 2016-2017). Ettersom statsbudsjettet for 2017 er et budsjettforslag som baserer seg på et anslag av beløpene fra 2016, ser også studien på de foregående årene for å fastslå hvilke av trygdeytelsene som utgjør den største økonomiske belastningen for staten. I 2016 brukte staten 82 330 mrd. kr på finansiering av uføretrygd, 40 440 mrd. kr på sykepenger, 35 420 mrd. kr på arbeidsavklaringspenger og 15,5 mrd. kr på dagpenger (Finansdepartementet, 2016-2017). Samlet sett har det årlig vært en realvekst i folketrygdens utgifter siden 2009, hvor fordelingen av utgifter til de nevnte trygdeytelsene har vært stabil.

Skaleringen av den avhengige variabelen 'status i forhold til arbeidslivet' vil derfor være basert på den faktiske skaleringen i realveksten når det kommer til folketrygdens utgifter over de siste årene. Studien vektlegger også viktigheten av å ha en fot innenfor arbeidslivet, på bakgrunn av hva tidligere studier har funnet frem til i henhold til å predikere returnering til arbeidslivet (Brouwer, et al., 2010). På bakgrunn av disse to hensynene har studien valgt å

rangere og omkode den avhengige variabelen hvor 1 representerer en negativ 'endring i status i forhold til arbeidslivet' og 6 representerer en positiv endring i status i forhold til arbeidslivet. (1) Jeg er uføretrygdet, (2) Jeg er delvis uføretrygdet, (3) Jeg er 100% sykemeldt, (4) Jeg er under arbeidsavklaring, (5) Jeg er delvis sykemeldt og (6) Jobbsøker.

Ut i fra studiens begrunnelse for skaleringen av den avhengige variabelen vil (1) uføretrygd representere den laveste verdien og (6) jobbsøkere representerer den høyeste, og foretrukne verdien ut i fra et statlig økonomisk ståsted. Rangeringen forteller oss at en endring fra å være uføretrygdet til en av de andre svaralternativene vil registreres som en forbedring i deltakers status i forhold til arbeidslivet. En endring fra "jeg er delvis sykemeldt" til "jeg er delvis uføretrygdet" vil på den andre siden registreres som en negativ utvikling av situasjonen.

Inn i analysene vil studien lage en ny variabel bestående av de to spørsmålene "hva var din status i forhold til arbeidslivet før du deltok i aktiviteter ved Aktiv på dagtid" og "hva er din status i forhold til arbeidslivet nå?" Variabelen vil representere deltakernes 'endring i status i forhold til arbeidslivet'. Dette gjøres for å kunne undersøke og avdekke om økt 'grad av deltakelse' ved fysiske aktiviteter har skapt en endring i deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet'.

### *'Helse'*

Forklaringsvariabelen helse, som er tenkt å ha medierende evner i forholdet mellom den uavhengige- og den avhengige variabelen, blir målt gjennom to spørsmål hvor respondentene rapporterer sin egen helse: "Sett under ett, hvor god vil du si din helse var før du startet ved Aktiv på dagtid?" og "Sett under ett, hvor god vil du si din totale helse er nå?" Spørsmålet vil bli skåret ved bruk av en likert-skala fra 1-5, hvor (1) er "Meget dårlig", (2) er "Dårlig", (3) er "Nokså god", (4) er "God" (5) er "Meget god".

På bakgrunn av at studien ønsker å undersøke om deltakerne har opplevd en endring i deres opplevelse av egen helse gjennom økt 'grad av deltakelse' i fysiske aktiviteter, vil studien i likhet med den avhengige variabelen benytte seg av en ny 'endring i helse'- variabel som vil bestå av de to spørsmålene: "Sett under ett, hvor god vil du si din helse var før du startet ved Aktiv på dagtid?" og "Sett under ett, hvor god vil du si din totale helse er nå?".

Selvrapportering av egen subjektiv helse skiller seg fra andre helsemål ved at prosessen bygger på en aktiv kognitiv prosess, som ikke guides av formelle regler eller definisjoner (Jylhä, 2009). En rekke empiriske studier har vist til sterke sammenhenger mellom individers egenvurderte helse og ulike helseutfall. Studiene har vist at individers subjektive persepsjon av dårlig helse er en sterkere prediktor for dødelighet, sammenlignet med medisinske eksperters helsevurderinger (Goodwin & Engstrom, 2002; Shields & Shooshtari, 2001). Subjektive helsemål reflekterer individets egen helse. Dette inkluderer de biologiske, psykologiske og sosiale dimensjonene, som vil være utilgjengelig for en ekstern observatør (Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen, & Urponen, 1997). På denne måten vil en selvrapportert helse være en god kilde til undersøke individets faktiske helsestatus (Idler & Benyamini, 1997).

Subjektive helsemål kan imidlertid by på potensielle feil og skjevheter i datamaterialet, ved at respondentene svarer det de tenker er sosialt ønskelig, særlig med instruktørene ved APD til stede. På tross av dette er det blitt funnet vedvarende positive sammenhenger mellom subjektive og objektive evalueringer av helsestatus (Maddox & Douglass, 1973). Andre studier støtter også bruken av selvrapportering av helse som et pålitelig og valid mål på helse innen forskning (Miilunpalo, et al., 1997; Shields & Shooshtari, 2001).

### *'Self-efficacy'*

Den tenkte mediatoren 'self-efficacy' blir målt i henhold til standardiserte spørsmål som er valgt på bakgrunn av operasjonaliseringen studien har lagt frem. Self-efficacy blir målt ut i fra *General Self-Efficacy (GSE)* skalaen, en generalisert skala validert for norske forhold (Røysamb, Schwarzer, & Jerusalem, 1998). Spørsmålene skildrer ti ulike scenarioer på hvordan man reagerer når en blir konfrontert med/eller står ovenfor problemer eller ubehagelige hendelser (se vedlegg 1).

### *Operasjonalisering av begrepet self-efficacy*

Self-efficacy har de siste årene blitt et stort tema innenfor forskningen. Det har vist seg å være et begrep som er vanskelig å operasjonalisere. Dette skyldes i all hovedsak vansker med prediksjon og uklarheter. I litteraturen refereres det til self-efficacy som både et generelt- og et domenespesifikt begrep. Generell self-efficacy blir i motsetning til domenespesifikk self-efficacy, ofte definert som forskjellene mellom individer i deres tendens til å se seg selv som

kapabel i møte med krav og utfordringer i en bred rekke med ulike kontekster (Bubany & Hansen, 2010).

Bandura fremmet at self-efficacy skal operasjonaliseres til å være domenespesifikk, dette på bakgrunn av at innholdet i skalaen som benyttes skal være direkte relatert til konseptet som skal måles (Bandura, 1997). Flere konkluderer med at en domenespesifikk bruk av begrepet self-efficacy vil resultere i at den mer sannsynlig vil kunne være en sterk predikator for en spesifikk atferd og motivasjon, enn generell self-efficacy (Bandura, 1997; Löve, Moore, & Hensing, 2012). Andre forskere hevder at målingen av generell self-efficacy er anvendelig for å forklare atferd i mindre spesifikke kontekster (Löve, et al., 2012). Andre forskere har gått ut og advart mot å benytte en generell bruk av begrepet samtidig med en domenespesifikk bruk, fordi det muligens kan svekke studiens validitet (Elias, Barney, & Bishop, 2013). Et mer domenespesifikt self-efficacy begrep som 'exercise self-efficacy' eller 'RTW self-efficacy' vil kunne mediere den generaliserte 'self-efficacy' sin effekt på utfallsvariablene. McAuley med kollegaer (2000) fant under deres studie at for å kunne måle og oppnå en profil på fysisk self-efficacy i en sammenheng med flere domener innenfor fysisk selvtillit, så ville de måtte ha brukt flere domenespesifikke self-efficacy begrep (McAuley, et al., 2000). De konkluderte med at det virket mer hensiktsmessig å benytte generell self-efficacy i studien (McAuley, et al., 2000). På bakgrunn av hva tidligere forskning har funnet velger studien derfor å benytte seg av begrepet self-efficacy som et generelt konsept inn i målingen av opplevd self-efficacy.

Studien velger å benytte fagterminologien self-efficacy i oppgaven, men velger ovenfor respondentene å oversette det engelske begrepet self-efficacy, til 'mestring' i spørreundersøkelsen. Martinsen (2000) definerer 'mestring' som at et individ en rekke ganger kan utlede et handlingsforløp, følge en plan og nå sine mål på tross av utfordringene han eller hun møter.

### *'Sosial støtte'*

Respondentene ble stilt ovenfor flere utsagn som skal forsøke å kartlegge deltakernes opplevelse av å motta støtte fra de andre deltakerne og instruktørene ved 'APD'. Utsagnene respondentene bes ta stilling til er: "Jeg føler meg komfortabel sammen med de andre deltakerne på aktiviteter", "Jeg er fornøyd med kontakten jeg har med de andre deltakerne", "jeg liker stemningen her", "jeg synes størrelsen på gruppen er ok" og "jeg føler at jeg hører til

i gruppen”. Spørsmålene blir skåret ved hjelp av en likert- skala fra 1- 5 hvor (1) er ”helt uenig”, (2) er ”delvis uenig”, (3) er ”verken enig eller uenig”, (4) er ”delvis enig” og (5) er ”helt enig”. Variabelen vil bli brukt som en kontroll variabel.

Spørsmålene baserer seg i stor grad på samtaler som er blitt gjennomført med en referansegruppe i forkant av studien. I tillegg brukes spørsmål som tidligere har blitt benyttet i ”den nasjonale undersøkelsen: om deltakernes erfaring med ”inn på tunet”, eller andre omsorgstilbud (Berget, 2013; *Handlingsplan 2013-2017: Inn på tunet*, 2013).

### *Operasjonalisering av begrepet sosial støtte*

Buunk (1990) skiller mellom fire perspektiver på sosial støtte: Sosial integrasjon, tilfredsstillende samspill, oppfattet tilgjengelig støtte og faktisk mottatt støtte. Sosial integrasjon referer til antallet og styrken på sosiale bånd en har i et nettverk. Tilfredsstillende samspill fremmer sosial støtte som opplevelsen av å ha et godt sosialt klima, med nære og trygge relasjoner. Faktisk mottatt sosial støtte refererer til den støtten man faktisk opplever å ha mottatt. Oppfattet tilgjengelig sosial støtte refererer til en oppfattelse av at man kan få støtte fra betydningsfulle andre, og representerer denne studiens perspektiv på sosial støtte. Tidligere studier først og fremst av sosial støtte har valgt å benytte dimensjonen ”oppfattet tilgjengelig sosial støtte” i henhold til målinger av fenomenet (Buunk, 1990). I denne studien har fokuset vært knyttet til den generelle sosiale støtten, som inkluderer alle typer sosial støtte som deltakerne opplever at er tilgjengelig ved lavterskel tilbudet APD.

For å sikre at de to fenomenene ’sosial støtte’ og ’self-efficacy’ representerer to ulike faktorer inn i den medierende analysen, ble det gjennomført en faktoranalyse (se appendiks A). Analysen trakk ut to faktorer med en egenverdi på over 1, som utgjør 61,39% av variansen (se tabell 1), noe som bekrefter at spørsmålene representerer to ulike konsepter. En reliabilitetsanalyse av de ni spørsmålene som måler ’self-efficacy’ viser til en Cronbachs alfa verdi på .897 (se appendiks B). De fem spørsmålene som måler ’sosial støtte’ viser til en Cronbachs alfa på .886 (se appendiks C). Cronbach alfa verdiene for begge sett med spørsmål knyttet til de to konseptene tilfredsstillende kravet om en verdi over .7 (Nunnally, 1978). Cronbach alfa verdiene forteller at spørsmålene som måler self-efficacy, faktisk måler fenomenet self-efficacy i denne studien. Spørsmålene som måler ’sosial støtte’ kan på lik linje sies å måle fenomenet sosial støtte.

Tabell 1

*Faktoranalyse, Principal Component Analysis (N=144).*

<b>Faktorer</b>	<b>Total varians</b>	<b>% av totale variansen</b>	<b>Samlet varians</b>
<b>Self-efficacy</b>	5,475	39,106	39,106
<b>Sosial støtte</b>	3,120	22,28	61,393

### **Kontrollvariabler**

#### *'Kjønn'*

Tidligere studier har funnet at grad av self-efficacy i forhold til fysisk aktivitet påvirkes av individets kjønn. Et studie fant at menn rapporterer en høyere grad av self-efficacy, sammenlignet med kvinner (Spence et al., 2010). Studien viser også at self-efficacy delvis medierer forholdet mellom kjønn og fysisk aktivitet, noe som tilsier at menn innehar høyere self-efficacy og da også deltar i mer fysisk aktivitet enn kvinner (Spence, et al., 2010). På bakgrunn av tidligere studiers funn nevnt over, er det ønskelig å kontrollere for effekten 'kjønn'. Respondentene rapporterer sitt kjønn i spørreskjema. Variabelen "kjønn" deles inn i to kategorier 1=kvinne og 2=mann. Variabelen vil bli brukt som kontrollvariabel.

#### *'Alder'*

Alder er også inkludert som kontrollvariabel i analysen. Tidligere forskning har funnet at ulike opplevelser som vil kunne føre til økt self-efficacy, er negativt relatert til alder (Maurer, 2001). På bakgrunn av dette ønsker studien å kontrollere for respondentenes 'alder'. Respondentene oppgir sin egen alder i spørreskjemaet.

#### *'Utdanningsnivå'*

'Utdanningsnivå' er også en variabel som vil bli kontrollert for i studien. Tidligere studier har funnet at self-efficacy er en prediktor i forhold til studenters motivasjon og læring (Zimmerman, 2000). I tillegg viste et studie at self-efficacy bidrar som en signifikant prediktor av karakterer, utholdenhet og oppfattet oppnåelse av karrieremuligheter (Lent, Brown, & Larkin, 1986). På bakgrunn av funnene nevnt over vil man kunne tenke seg at de med høyere utdanning på bakgrunn av dette vil rapportere en høyere self-efficacy. I spørreskjemaet blir respondentene bedt om å rapportere sitt utdanningsnivå. Variabelen

”utdanningsnivå” blir delt inn i syv ulike grupper: ”Barne- og ungdomsskole”, ”1 års årsstudium/ grunnskole”, ”3 år videregående skole”, ”yrkesfag med fagbrev”, ”3 årig høyskole/ universitet”, ”5 årig høyskole/universitet”, ”mer enn 5årig høyskole/universitet” og ”annet (oppgi utdanning)”. Variabelen inkluderes videre som en kontrollvariabel.

### **Konvergerende- og diskriminerende validitet**

Et mer fullstendig mål på spørreskjemaets begrepsmessige gyldighet er å undersøke dens konvergerende- og diskriminerende validitet (Jacobsen, 2005). En slik test går ut på å vurdere spørsmålene som hevdes å måle et spesifikt fenomen. Konvergerende validitet går ut på at variabler som skal måle samme fenomen korrelerer høyt med hverandre (Jacobsen, 2005). Diskriminerende validitet refererer til at begreper som studien definerer som forskjellige, heller ikke skal korrelere empirisk (Jacobsen, 2005).

Faktoranalysen (se appendiks A) viser til at korrelasjonene mellom spørsmålene som måler fenomenet ’self-efficacy’ vurderes til å være sterke, det samme kan sies om korrelasjonene mellom spørsmålene som måler ’sosial støtte’ (Cohen, 1988, s.79- 81). Den laveste korrelasjonen mellom spørsmålene som måler fenomenet ’self-efficacy’ ligger på ,52, og den laveste korrelasjonen mellom spørsmålene som måler ’sosial støtte’ ligger på ,76 (se tabell 2). Dette styrker studiens konvergerende validitet. Ettersom spørsmålene knyttet til de ulike fenomenene ’self-eficacy’ og ’sosial støtte’ samvarierer sterkt empirisk, vil studien kunne ha problemer med multikollinearitet. Den høyeste korrelasjonen vi finner blant spørsmålene som måler ’self-efficacy’ er på  $r = ,871$ , og den høyeste korrelasjonen mellom spørsmålene som måler ’sosial støtte’ ligger på  $r = ,883$ . Studien vurderer problemstillingen ut i fra Tabachnick og Fidell (2007) sin regel om at korrelasjoner under ,9 skal vurderes som et fravær av multikollinearitet.

For å undersøke studiens diskriminerende validitet undersøkes korrelasjonsverdiene mellom spørsmålene som utgjør de to ulike faktorene. Analysen viser at spørsmålene som måler ’sosial støtte’ korrelerer svakt og enkelte negativt med spørsmålene som måler ’self-efficacy’, med den høyeste korrelasjons verdien på  $r = ,218$ . Spørsmålene som måler ’self-efficacy’ korrelerer svakt og ved enkelte variabler negativt med spørsmålene som måler ’sosial støtte’, med den høyeste verdien på  $r = ,077$ . Korrelasjonsverdiene vil bli vurdert ut i fra Cohen (1988, s.79-81) sin tolkning hvor en  $r = ,10$  til ,29 representerer en svak korrelasjon,  $r = ,30$  til ,49 er en moderat korrelasjon og  $r = ,50$  til 1,0 tilsier en sterk



korrelasjon. Det at enkelte av spørsmålene korrelerer svakt med hverandre indikerer at den diskriminerende validiteten ikke er veldig god (Jacobsen, 2005), noe som vil ses på som en svakhet ved studien.

Tabell 2

*Faktor analyse, Principal Component Analysis, rotertløsning Varimax (N=144)*

	Self-efficacy	Sosial støtte
<b>Self-efficacy spørsmål nr.1</b>	,634	,285
<b>Self-efficacy spørsmål nr.2</b>	,525	,183
<b>Self-efficacy spørsmål nr.3</b>	,704	,030
<b>Self-efficacy spørsmål nr.4</b>	,849	-,056
<b>Self-efficacy spørsmål nr.5</b>	,774	,097
<b>Self-efficacy spørsmål nr.6</b>	,825	,112
<b>Self-efficacy spørsmål nr.7</b>	,689	,098
<b>Self-efficacy spørsmål nr.8</b>	,829	-,012
<b>Self-efficacy spørsmål nr.9</b>	,805	,080
<b>Sosial støtte spørsmål nr.1</b>	,122	,882
<b>Sosial støtte spørsmål nr.2</b>	,157	,781
<b>Sosial støtte spørsmål nr.3</b>	,014	,850
<b>Sosial støtte spørsmål nr.4</b>	,054	,760
<b>Sosial støtte spørsmål nr.5</b>	,106	,843

Studien ønsker også å undersøke de interne sammenhenger mellom variablene på variabelnivå, dette gjøres gjennom en bivariat-korrelasjonsanalyse (se appendiks D). Analysen inkluderer også kontrollvariablene 'kjønn', 'utdanningsnivå' og 'alder' for å undersøke om de har noen signifikant sammenheng med studiens variabler. Det studien er interessert i å undersøke er om det finnes høye korrelasjoner mellom variablene som kan føre til multikollinearitet. Etter en gjennomgang av korrelasjonsmatrisen finnes det ingen korrelasjoner mellom variablene som overskrider ,9, som ifølge Tabachnick og Fidell (2007) tilfredsstillt kravet om fravær av multikollinearitet . På bakgrunn av analysens funn av styrken på korrelasjonene anses det som lite hensiktsmessig å inkludere kontrollvariablene

'kjønn' og 'utdanningsnivå' i videre analyser. Kontrollvariabelen 'alder' blir derimot tatt med videre i den medierende analysen.

Tabell 3

*Bivariate korrelasjoner, Pearson's r (N= 144).*

		X1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8
x1	Status i forhold til arbeidslivet	1	0,006	-.079	0,108	0,098	0,121	0,158	0,064
	Sig.	-	-	-	-	-	-	-	-
x2	Grad av deltakelse	0,006	1	0,067	-,163	,255	0,009	0,054	0,003
	Sig.	-	-	-	*	**	-	-	-
x3	Self-efficacy	-,079	0,067	1	,236	0,003	0,042	,235	0,003
	Sig.	-	-	-	**	-	-	**	-
x4	Sosial støtte	0,108	0,163	,236	1	0,046	0,039	0,072	0,005
	Sig.	-	*	**	-	-	-	-	-
x5	Helse	0,098	,255	0,003	0,046	1	0,080	0,033	0,119
	Sig.	-	**	-	-	-	-	-	-
x6	Kjønn	0,121	0,009	0,042	0,039	0,080	1	0,009	,188
	Sig.	-	-	-	-	-	-	-	*
x7	Alder	0,158	0,054	,235	0,072	0,033	0,009	1	0,105
	Sig.	*	-	**	-	-	-	-	-
x8	Utdanning	0,064	0,003	0,003	0,005	0,119	,188	0,105	1
	Sig.	-	-	-	-	-	*	-	-

*Merknad.* x1= Endring i status i forhold til arbeidslivet, x2= Grad av deltakelse, x3= Self-efficacy, x4= Sosial støtte, x5= Endring i helse, x6= Kjønn, x7=Alder og x8=Utdannelse.

\*\* er signifikant ved ,01 og \* er signifikant ved ,05

### Årsaks validitet

Denne studien baserer seg på en kausal modell som inkluderer en uavhengig variabel, tre mellomliggende variabler og en avhengig variabel. Ønsket er å undersøke årsak-virkningsforholdet mellom 'grad av deltakelse' og 'endring i status i forhold til arbeidslivet'. For å gjøre dette må studien undersøke den direkte effekten mellom den uavhengige- og avhengige variabelen, samtidig som studien også må undersøke alle de andre kausale mekanismene som skjer mellom den uavhengige-, avhengige- og de mellomliggende variablene. I tolkningen av studiens funn er det kritisk at studien adresserer dens kausale gyldighet, og forholder seg kritisk til hvorvidt korrelasjoner mellom variablene som undersøkes kan tolkes som årsakssammenhenger (Jacobsen, 2005).

Metoden som brukes for å samle inn data i denne studien baserer seg på en tverrsnittsundersøkelse. Denne typen undersøkelse kjennetegnes av svakheten ved dens manglende evne til å skille den uavhengige variabelen og den avhengige variabelen i tid. Undersøkelsen innebærer at respondentene rapporterer deres indre tilstand, på samme tid som de rapporterer deres tidligere atferd relatert til deres daværende indre tilstand (Lindell & Whitney, 2001). Et tverrsnittstudie egner seg godt om man ønsker å undersøke en situasjon og studere forhold som man antar forekommer samtidig. Hvis studien derimot ønsker å uttale seg om årsak og virkning burde man heller velge et design som gir opplysninger fra flere tidspunkter (Jacobsen, 2005), som for eksempel longitudinelle studier. I praksis må fenomenet observeres flere ganger før en kan fastslå at det finnes en kausal sammenheng mellom det man tolker som årsak, og det man observerer som virkningen (Skog, 2004). Dette kommer av at man ikke kan kontrollere for innblanding av tilfeldigheter på forholdet mellom årsaken og virkningen (Skog, 2004). Forskningsmetoden brukt for å samle inn dataene til studien utgjør en stor svakhet for studien. En ideell innsamlingsmetode ville være et longitudinelt studie hvor man fikk skilt den uavhengige- og avhengige variabelen i tid, hvor respondentene ville kunne rapportere sin faktiske tilstand på minimum to ulike tidspunkt.

Oppgaven har som allerede nevnt noen av begrensningene i henhold til bruk av tverrsnittsundersøkelser til innsamling av data. I tillegg hevder flere at tverrsnittsundersøkelser også reduserer beslutningsimplikasjoner, på bakgrunn av metodiske svakheter, åpenbare endogenitets trusler og dens statistiske natur (Antonakis, 2017). I forskning forekommer det flere studier som hevder å ha funnet årsakssammenhenger uten at de reelt sett har det. En av årsaken til dette kan være problemer tilknyttet endogenitet (Antonakis, 2017). Endogenitets- problemer forekommer dersom minst en av de uavhengige variablene er endogene. En endogen variabel defineres av at den er påvirket av en eller flere av variablene i forklaringsmodellen (Antonakis, 2017). Bakgrunnen for at problemet oppstår er at endogene variabler gjør det vanskelig å finne det korrekte målet på sammenhengen mellom den endogene variabelen og den avhengige variabelen.

På tross av dette hevdes det at endogene variabler ikke er problematisk, så lenge de ikke opptrer som predikatorer til andre endogene variabler i forklaringsmodellen (Antonakis, 2017). Denne studien kan sies å ha en stor sannsynlighet for å være preget av problemet knyttet til endogenitet. Teorien og forskningen som studien tidligere har henvist til, viser

klare predikerende tendenser blant og på tvers av den uavhengige variablene og de mellomliggende variablene. Dette kan sies å være en svakhet ved studien, ettersom problemer med endogenitet vil kunne påvirke studiens kausale gyldighet og da også implementeringseffekten.

Antonakis (2017) hevder at man kan korrigere endogenitet ved å manipulere de endogene variablene som viser seg å predikerer andre endogene variabler (Antonakis, 2017). Manipuleringen innebærer å undersøke forklaringsmodellen i et kontrollert miljø, hvor alle variabler holdes like. Denne typen manipulering ville vært svært vanskelig å gjennomføre ettersom studien baserer seg på selv-rapportering. Om ikke de uavhengige variablene lar seg manipulere, må studien i det minste sikre at estimatoren som blir brukt er konsistent, altså at utvalgsstørrelsen er stor. Dette vil man kunne argumentere for at øker sannsynligheten for å komme nærmere den sanne effekten (Antonakis, 2017). Studiens kausale gyldighet svekkes ytterligere ved at studien er basert på et begrenset utvalg, som allerede skaper vanskeligheter i forhold til studiens generaliserbarhet. På tross av dette har mange endogen-truede resultater blitt brukt for å informere innen forskning og praksis (Antonakis, 2017).

Studien svekkes av store metodiske svakheter når det kommer til valget av undersøkelsesmetode. I tillegg baserer studien seg på en kausal modell som inneholder flere mellomliggende variabler, som gjennom tidligere forskning har vist seg å ha predikerende tendenser ovenfor hverandre som kan skape problemer med endogenitet. Studiens styrke er at det finnes et godt samsvar mellom teori og forskningsmessige funn på området som denne studien ønsker å undersøke. Diskusjonen angående problemer knyttet til valg av undersøkelsesmetode, skaleringen av den avhengige variabelen, kausalitet og endogenitet-problematikken som studien står ovenfor, gjør at studien forholder seg kritisk til at studiens korrelasjoner kan tolkes som årsakssammenhenger. På bakgrunn av dette konkluderer derfor studien i tråd med Tufte (2013, s. 352) sitt utsagn om at vi til syvende og sist aldri opererer med annet enn korrelasjoner.

### **3.2.2 Reliabilitet**

Reliabilitet er et spørsmål knyttet til om studiens resultater kan sies å være konsistente og nøyaktige (Midtbø, 2007). For å kunne oppnå pålitelige undersøkelser og funn vil det være sentralt å anerkjenne (Jacobsen, 2005).

Deltakelse ved spørreundersøkelsen knyttet til denne studien er frivillig og skal sikre anonymitet. Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente prosjektet og tilsier at alle opplysningene ble behandlet konfidensielt (se vedlegg 2). Alle aktive medlemmer i programmet APD ble informert om undersøkelsen via APD sin hjemmeside. Deltakerne fikk deretter en forespørsel om å delta i forskningsprosjektet. Alle deltakere fikk deretter utdelt fullstendig informasjon om hva en deltakelse i undersøkelsen ville innebære. Samtykke ble deretter signert av de som ville delta. På den aktuelle dagen utleverte instruktørene spørreskjemaene på ark til deltakere som ønsket å delta på undersøkelsen før aktivitetstimene. Instruktørene observerte og var behjelpelig om problemer oppstod ved utfyllingen.

Det er kjent at tverrsnittsundersøkelser er sårbare for inflasjon av korrelasjonene ved avhengige målefeil/ "common method variance" (Lindell & Whitney, 2001). Målefeil skal tas på alvor, ettersom de representerer en av de hyppigste feilene begått innen forskning. Denne typen avvik kan potensielt true den kausale validiteten i henhold til konklusjoner tatt i forhold til det undersøkte forholdet (Podsakoff, 2003). Målefeil kan være knyttet til respondentenes motivasjon, potensialet til å lyve, deres opplevelse av testens innhold, konteksten undersøkelsen utføres og selvsagt feil begått av test-administrator.

Studiens respondenter vurderes til å ha en god evne til å gi riktig informasjon om fenomenene som studeres. Respondentene er førstehåndskilder, altså personer som svarer på spørsmål om forhold som de selv har tatt del i eller har opplevelser med (Jacobsen, 2005). Spørsmålene er blitt forenklet og det benyttes ingen komplekse begrep. På denne måten har studien sikret at respondentene skal ha kunnskap om spørsmålene de møter. Studiens troverdighet går også ut på å vurdere respondentenes vilje til å gi riktig informasjon, ettersom kilder kan ha ulike interesser som kan lede dem til å lyve (Jacobsen, 2005). Problemer som dette vil gjerne kunne oppstå når vi studerer tabubelagte temaer som for eksempel i undersøkelser som omhandler fravær fra jobb (Jacobsen, 2005), et fenomen som kunne tenkes å være veldig sentralt inn i denne studien.

En annen potensiell svakhet ved studien i henhold til undersøkelsesopplegget er "undersøkereffekten", ettersom en instruktør er tilstede ved gjennomføringen av undersøkelsen. Observatør-effekten beskriver tendensen en observatør har til å påvirke resultatene ved undersøkelsen om de blir lagt merke til og utsender et spesielt stimuli. Det sies å være umulig å kontrollere undersøker-effekter fullstendig, men om to undersøkelser

kommer frem til samme resultat vil dette styrke studiens reliabilitet (Jacobsen, 2005). Den samme spørreundersøkelsen er blitt gjennomført av flere grupper deltakere, ved ulike aktivitetstimer og med ulike instruktører som har observert og bistått under undersøkelsen.

Konteksten undersøkelsen gjennomføres i kan som nevnt også representere en påvirkning på resultatene (Jacobsen, 2005). Det oppfordres til at undersøkelsen skal finne sted i en naturlig kontekst, at undersøkelsen er planlagt i forkant og at de møter en kjent undersøker (Jacobsen, 2005). Denne studien gjennomførte undersøkelsene etter å ha gitt respondentene god informasjon om undersøkelsen, de aktuelle deltakerne signerer et samtykke og undersøkelsene ble gjennomført i treningslokalene før aktivitetstimene deltakerne er meldt opp på starter. Her ble de også møtt av en kjent instruktør som var tilstede i rollen som undersøker.

Inn i denne studien vil det kunne oppstå feil, særlig når det kommer til registreringen av dataene uthentet ved spørreskjemaene trykt på papir. I denne prosessen er det mange tall som skal registreres, og de fleste spørsmålene består av flere svaralternativ som gjør jobben noe mer komplisert. En styrke ved registreringen av dataene i denne studien er at datamaterialet er blitt registrert av ansatte ved APD, og vurdert av min biveileder Mingle Helmersen og meg selv. Denne prosessen er med på å øke sannsynligheten for at dataene som inkluderes i analysene er pålitelig (Jacobsen, 2005).

### **3.2.3 Ekstern validitet**

Ekstern validitet refererer til studiens generaliserbarhet. Ofte trekkes to ulike typer generaliseringer frem: (1) Kan man generalisere til andre enheter i den samme casen man studerer? Og/eller (2) kan det man finner i en case, generaliseres til andre case? (Jacobsen, 2005) Begge generaliseringstypene er avhengig av to forhold, antall enheter og hvordan enhetene er valgt ut.

Ettersom studien baserer seg på respondenter fra fire ulike kommuner som deltar ved APD på ulike arenaer, så ville studien kunne undersøkt disse casene opp i mot hverandre for å styrke studiens validitet. På tross av dette har studien valgt å undersøke disse casene som ett case ettersom denne oppdelingen ikke er hensiktsmessig i forhold til å kunne besvare studiens problemstilling. Dette kan ses på som en svakhet ved studien ettersom den enkelte caseundersøkelsen er knyttet til én spesifikk kontekst og et spesifikt utvalg (Jacobsen, 2005).

Studiens utvalg ble rekruttert fra lavterskeltilbudet 'APD'. Utvalget består av personer mellom 16 og 70 år som står helt- eller delvis utenfor arbeidslivet, mottar trygdeytelser fra NAV og deltar ved APD i kommunene: Arendal, Grimstad, Lillesand og Risør. Utvalget kan klassifiseres som et skjønnsmessig utvalg, ettersom studien har foretatt et utvalg av personer man tror er representative (Jacobsen, 2005). Denne studien undersøker forholdet mellom fysisk aktivitet og returnering til arbeidslivet, og for å avdekke dette forholdet var det ønskelig at utvalget innehar enkelte kjennetegn. De bør motta trygdeytelser, være regelmessig fysisk aktive og være en del av en sosial arena. På bakgrunn av dette ble APD valgt ut som case for denne studien. Utvalget består av deltakere ved APD, ettersom de anses som representative for denne studien.

Utvalget består av 144 respondenter totalt, hvor 87 personer deltar ved APD i Arendal, 23 i Grimstad, 10 i Risør og 6 stykker deltar i Lillesand (se appendiks E). Respondentene består av 109 kvinner og 17 menn (Se appendiks F). Alderen på deltakerne varierer stort med et spenn fra 20-67 år (Se appendiks G). Antall respondenter i utvalget er relativt beskjedent i størrelse, noe som representerer en svakhet ved studien, det er med på å true studiens generaliserbarhet (Jacobsen, 2005).

Studiens utvalg representerer et ikke-sannsynlighetsutvalg, mer spesifikt et skjønnsmessig utvalg. Denne utvalgsformen har en tendens til å føre til systematisk skjeve utvalg, som vil si at viktige respondenter ikke blir inkludert i undersøkelsen (Jacobsen, 2005). På bakgrunn av denne usikkerheten kan man ikke generalisere fra utvalg til populasjon (Jacobsen, 2005). I tillegg til at utvalgsformen studien har benyttet seg av ikke er ideell, så baserer spørreundersøkelsen seg også på et begrenset utvalg og den lider av manglende svar fra respondenter ved enkelte spørsmål. Noe som utgjør en ytterligere svakhet ved studien i henhold til generaliserbarhet og gyldighet.

En kan argumentere for at denne typen utvalg innehar en styrke. Hvis det har seg at studien finner at fysisk aktivitet fører til at flere trygdemottakere returnering til arbeidslivet, vil det øke sannsynligheten for at denne tendensen også gjelder andre grupper hvor utgangspunktet skulle være mer sannsynlig. For eksempel hos personer som for kort tid siden er blitt mottakere av trygdeytelser, og som enda har en sterk tilknytning til arbeidslivet.

Populasjonen som denne studien ideelt sett skulle kunne generalisert sine funn til, ville inkludert alle nordmenn mellom 16 og 70 år, som mottar trygdeytelser. På bakgrunn av studiens forskningsdesign og utvalgsform vil ikke studien på dette grunnlaget kunne uttale seg om en så stor populasjon (Jacobsen, 2005). En kan likevel argumentere for at funnene potensielt vil kunne generaliseres til andre lignende case basert på et lignende utvalg som innehar de samme kjennetegnene som denne studiens respondenter. På bakgrunn av dette vil det være mest sannsynlig at disse funnene kan generaliseres til andre deltakere ved APD. På samme tid vil det ha liten hensikt å forsøke å generalisere studiens funn hvis ikke kravene til reliabilitet og intern validitet er tilfredsstilt. Reliabilitet og intern validitet ses altså på som en forutsetning for ekstern gyldighet (Jacobsen, 2005). Man kan aldri være sikker på om studien baseres på et representativt utvalg av enheter/caser. Det kan sannsynliggjøres, men ikke bevises (Jacobsen, 2005).

### 3.3 Bearbeiding av data:

Før studien kan gjennomføre en multivariat-regresjonsanalyse må datasettet undersøkes om det er egnet for denne typen analyse. Studien utfører en deskriptiv analyse (se appendiks H) for å undersøke fordelingsegenskapene til variablene.

Tabell 4

*Deskriptiv analyse, Gjennomsnitt og standardavvik (N=144).*

	M	S.D
Status i forhold til arbeidslivet	-,308	1,081
Grad av deltakelse	2,556	1,739
Helse	,903	,991
Self-efficacy	2,528	,407
Sosial støtte	4,625	,559

Ut i fra den deskriptive analysen (se tabell 4) ser vi at respondentenes 'endring i status i forhold til arbeidslivet' har et gjennomsnitt på -,30 og et standardavvik på 1,08, som beskriver verdienes gjennomsnittlige avstand fra gjennomsnittet. Statistikken forteller oss at gjennomsnittsverdien ikke er normalfordelt, ettersom standardavviket tilsier at verdienes gjennomsnittlige avstand fra gjennomsnittet er relativt stort. Tabell 4 viser at respondentenes 'grad av deltakelse' har et gjennomsnitt på 2,55 og et standardavvik på 1,73. Analysen



forteller at gjennomsnittsverdien ikke er normalfordelt ettersom standardavviket varierer i stor grad fra variabelens gjennomsnitt.

Analysen viser også til at respondentenes opplevde 'self-efficacy' har en gjennomsnittsverdi på 2,52 og et standardavvik på ,40 (se tabell 4). Variasjonen rundt gjennomsnittsverdien er ikke særlig stor. Tabell 4 viser at respondentenes opplevelse av 'sosial støtte' har et gjennomsnitt på 4,62 og et standardavvik på 0,55 (se tabell 4). Analysen forteller at standardavviket ikke avviker i så stor grad fra variabelens gjennomsnitt. Tabellen viser at respondentenes 'endring i helse' har et gjennomsnitt på ,90 og et standardavvik på ,99 (se tabell 4). Analysen forteller at standardavviket ikke avviker i så stor grad fra variabelens gjennomsnitt.

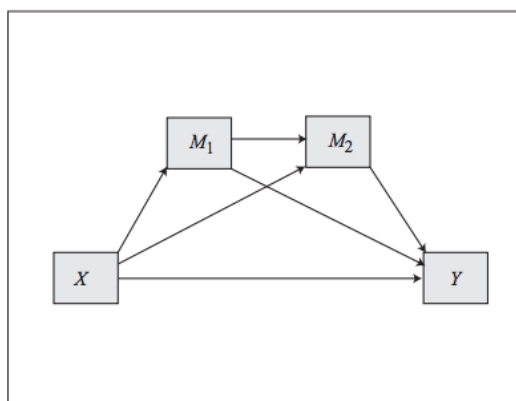
Variablenes fravær av uteliggere, normalitet, linearitet, homoskedastisitet og multikollinærhet i datasettet, ble undersøkt for å ivareta forutsetningene som ligger til grunn for gjennomføring av en regresjonsanalyse. For å undersøke om variablene er normalfordelt velger studien å undersøke den uavhengige variabelen, forklaringsvariablene og kontrollvariabelen opp i mot en tilfeldig variabel (Fox-Wasylyshyn & El-Masri, 2005), ved bruk av en lineær regresjonsanalyse. Analysen fant at variablene kan sies å være rimelig normalfordelt, men at datasettet synes å være noe preget av uteliggere (se appendiks I).

Studien undersøker datasettet for uteliggere ved å inspisere "Mahalanobis distances". Uteliggerne ble identifisert ved bruk av den kritiske chi-square verdien som bestemmes av antall uavhengige variabler, som i denne studien er 5. I denne studien blir derfor den kritiske verdien 20,52 (Tabachnick & Fidell, 2007, Tabell C.4). Datasettet har fem case med Mahalanobis distance verdier fra 21,20 til 43,96. Ettersom disse verdiene overskrider den kritiske chi-square verdien for uteliggere i dette datasettet ekskluderes disse casene i videre analyser (N=139).

Datasettet ble undersøkt på nytt etter å ha fjernet uteliggerne gjennom en lineær regresjonsanalyse. Analysen viser at variablene kan sies å være normalfordelt, med en liten positiv skjevhet i variablene (se appendiks J). Datasettet vurderes til å ha en lineærsammenheng, og kan sies å inneha homoskedastisitet, ettersom de fleste dataene holder seg innen for -2 og 2, i en rektangulær form (se appendiks K).

### 3.4 Statistisk analyse:

Dataanalysen blir gjennomført ved hjelp av IBM SPSS versjon 23, samt tilleggsprogrammet Process versjon 3.0 (Hayes, 2013). Reliabilitets- og korrelasjonsanalyser er blitt gjennomført. For å undersøke de mulige medierende effektene av 'self-efficacy', 'sosial støtte' og 'helse', gjennomfører studien en regresjonsanalyse ved hjelp av "modell 6" (se figur.2) i programmet Process. Modellen reflekterer en sekvens hvor variabel X påvirker variabel Y, indirekte gjennom én eller flere mediatorer (M). Modell 6 spesifiserer en serie med opptil fire mediatorer (Herbsleb, Zubrow, Goldenson, Hayes, & Paulk, 1997). Modellen antar en sammenheng mellom de inkluderte mediatoene, med en spesifisert retning. Denne retningen er i likhet med denne studien, ofte basert på teoretiske begrunnelser (Herbsleb, et al., 1997).



Figur 2: Medierende modell nummer 6 (Hayes, 2013)

I forskning er det sjeldent at man vil oppnå fullstendige spørreskjema fra alle respondentene, derfor oppfordres det til at man undersøker datasettet for manglende data (Pallant, 2013). Datasettet i denne studien lider ved flere spørsmål av manglende data, hvor enkelte spørsmål kun er blitt besvart av under 70% av respondentene. Manglende data ses på som et problem i forskningen ettersom dette kan lede til en svekkelse av studiens statistiske styrke (Roth, 1994). Ettersom denne studien opererer med et begrenset utvalg og respondenter ( N=139), vil studien håndtere disse manglende dataene ved å kalkulere gjennomsnittet til variabelen og gi denne verdien til de manglende dataene. Denne metoden er ofte brukt til å håndtere manglende data i variabler på ordinale målenivå ved blant annet likert-skalaer og ved variabler på intervallnivå (Fox-Wasylyshyn & El-Masri, 2005).

### 3.5 Medierende analyse

Inn i analysen velger studien å sette signifikansnivået til ,05. Signifikansnivået øker studiens sannsynlighet av å begå en type 1 feil, altså å avvise en korrekt nullhypotese (Midtbø, 2007).

På tross av dette er det innen forskning en anerkjent retningslinje at man aksepterer en fem prosent sannsynlighet for å forkaste riktig nullhypotese (Johannessen, 2003). I det følgende vil den medierende analysen (se appendiks L) tolkes.

Tabell 5

*Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel= 'sosial støtte'. Ustandardiserte koeffisienter, t-verdi og signifikans (p-verdi) (N=139).*

	Koeff.	T	p
Konstant	4,551	22,898	,000
Grad av deltakelse	-,0451	-1,467	,144
Alder	,004	1,056	,292

R<sup>2</sup>= ,022 MSE= ,233  
F=1,549, p >.05

Den første utfallsvariabelen analysen undersøker, er 'sosial støtte'. Analysen viser at 'grad av deltakelse' og 'sosial støtte' ikke har noen signifikant sammenheng ( $p > ,05$ ).

Kontrollvariabelen 'alder' viser seg heller ikke å ha en signifikant sammenheng med variabelen 'sosial støtte' ( $p > ,05$ ).

Tabell 6

*Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel= 'self-efficacy'. Ustandardiserte koeffisienter, t-verdi og signifikans (p-verdi) (N=139).*

	Koeff.	T	p
Konstant	1,223	3,596	,000
Grad av deltakelse	,004	,166	,868
Sosial støtte	,184	2,769	,006
Alder	,008	2,944	,003

R<sup>2</sup>= ,117 MSE= ,140  
F=5,985, p < .05

Den neste utfallsvariabelen analysen undersøker studiens variabler opp i mot, er 'self-efficacy'. Den medierende analysen viser at 'grad av deltakelse' x 'self-efficacy' ikke har

noen signifikant sammenheng ( $p > ,05$ ). Analysen viser også at interaksjonsvariabelen mellom 'sosial støtte' og 'self-efficacy' har en Beta-koeffisient på ,184 og er signifikant ( $p < ,05$ ). Kontrollvariabelen 'alder' viser seg også å ha en signifikant sammenheng med variabelen 'self-efficacy', med en Beta- koeffisient på ,008.

Tabell 7

*Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel= 'endring i helse'. Ustandardiserte koeffisienter, t-verdi og signifikans (p-verdi) (N=139).*

	Koeff.	T	p
Konstant	-,739	-,917	,360
Grad av deltakelse	,184	3,391	,000
Sosial støtte	,308	1,991	,048
Self-efficacy	-,148	-,759	,448
Alder	,002	,392	,695

R<sup>2</sup>= ,097 MSE= ,723  
F=3,613,  $p < .05$

Den neste utfallsvariabelen analysen vil undersøke studiens variabler opp i mot, er 'endring i helse'. Den medierende analysen viser at variabelen 'grad av deltakelse' har en signifikant sammenheng med variabelen 'endring i helse' ( $p < ,05$ ). Beta-koeffisienten på interaksjonsvariabelen mellom variablene 'endring i helse' x 'grad av deltakelse' er på ,18. Analysen viser også til en signifikant sammenheng mellom variabelen 'sosial støtte' og 'endring i helse' ( $p < ,05$ ), med en Beta- koeffisient på ,30. Sammenhengen mellom 'endring i helse' og variablene; 'self-efficacy' og 'alder' viser seg ikke å være signifikante ( $p < ,05$ ).

Tabell 8

*Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel= 'endring i status i forhold til arbeidslivet'. Ustandardiserte koeffisienter, t-verdi og signifikans (p-verdi) (N=139).*

	Koeff.	T	p
Konstant	,520	,522	,602
Grad av deltakelse	,073	1,056	,292

Sosial støtte	,129	,667	,505
Endring i helse	-,208	-1,960	,052
Self-efficacy	-,308	-1,280	,202
Alder	-,013	-1,556	,121

R<sup>2</sup>= ,064, MSE= 1,097  
F=1,842, *p*>.05

Analysen undersøker videre den avhengige variabelen 'endring i status i forhold til arbeidslivet' som utfallsvariabel. Variablene; 'grad av deltakelse', 'self-efficacy', 'sosial støtte' og 'alder' viser seg å ikke ha noen signifikant sammenheng med den avhengige variabelen ( $p > ,05$ ). Forklaringsvariabelen 'endring i helse' viser seg derimot å ha et signifikant forhold til den avhengige variabelen ( $p < ,05$ ). Interaksjonsvariabelen mellom de to variablene viser til en Beta-koeffisient på -,20.

Tabell 9

*Medierende analyse. Total og direkte effekt av aktiv på dagtid på endring i status i forhold til arbeidslivet. (N=139)*

Den totale effekten mellom 'grad av deltakelse' og 'endring i status i forhold til arbeidslivet'		
Effekt	<i>t</i>	<i>p</i>
,033	,033	,617
Den direkte effekten mellom 'grad av deltakelse' og 'endring i status i forhold til arbeidslivet'		
Effekt	<i>t</i>	<i>p</i>
,073	1,056	,292

Analysen viser den direkte og indirekte effekten mellom den avhengige variabelen 'endring i status i forhold til arbeidslivet' og 'grad av deltakelse'. Den direkte effekten viser seg å ikke være signifikant ( $p > ,05$ ), noe som betyr at den avhengige- og uavhengige variabelen ikke har en signifikant sammenheng. Den totale effekten mellom variablene regner i tillegg til den direkte effekten, også med de indirekte effektene som kan forekomme gjennom forklaringsvariablene. Den totale effekten mellom den avhengige- og uavhengige variabelen viser seg å ikke være signifikant ( $p > ,05$ ).

Tabell 10

Medierende analyse. Indirekte effekter av aktiv på dagtid på endring i status i forhold til arbeidslivet. (N=139)

Indirekte effekter	Effekt	Sig.
Grad av deltakelse-> self-efficacy-> endring i status i forhold til arbeidslivet.	,001	-
Grad av deltakelse -> endring i helse -> endring i status i forhold til arbeidslivet	-,035	-
Grad av deltakelse -> sosial støtte -> endring i status i forhold til arbeidslivet	-,007	*
Grad av deltakelse -> self-efficacy -> endring i helse -> endring i status i forhold til arbeidslivet	-,000	-
Grad av deltakelse -> self-efficacy -> sosial støtte -> endring i status i forhold til arbeidslivet	-,000	-
Grad av deltakelse -> endring i helse -> sosial støtte -> endring i status i forhold til arbeidslivet	,002	-
Grad av deltakelse -> self-efficacy -> endring i helse -> sosial støtte -> endring i status i forhold til arbeidslivet	,000	-

Merknad. \* er signifikant ved ,05

Analysen visert til at ut av de indirekte effektene mellom den uavhengige variabelen 'grad av deltakelse' og den avhengige variabelen 'endring i status i forhold til arbeidslivet', som representerer i interaksjonsvariabelen 'grad av deltakelse' x 'endring i helse' x 'endring i status i forhold til arbeidslivet' den største effekten på= -,03 ( $p < ,05$ ).

#### 4. Resultater

*Hypotese 1.* Studien undersøker om det er en positiv sammenheng mellom 'grad av deltakelse' ved APD og deltakers 'status i forhold til arbeidslivet.' Resultatene fra den medierende analysen i Process (se tabell 9) viser at den direkte effekten mellom den uavhengige- og avhengige variabelen er ,07 og ikke signifikant ( $p > ,05$ ). På bakgrunn av korrelasjonene studien tidligere har gjennomført, og funn fra den medierende analysen forkastes hypotesen.

*Hypotese 2.* Denne studien ønsker å undersøke om 'endring i helse' medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' og 'endring i status i forhold til arbeidslivet'. Resultatene fra den medierende analysen i Process viser at Beta-koeffisienten av interaksjonsvariabelen 'grad av deltakelse' x 'endring i helse' er ,18 (se tabell 7).  $P$ -verdien er ,000 og dermed signifikant ( $p < ,05$ ). Analysen viser også til at Beta-koeffisienten av interaksjonsvariabelen mellom 'endring i helse' og 'endring i status i forhold til arbeidslivet' er -,20.  $P$  verdien er ,05 (se tabell 8), altså signifikant ( $p < ,05$ ). Resultatene støtter på bakgrunn av analysens funn hypotesen som hevder at helse medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' og 'status i forhold til arbeidslivet'.

*Hypotese 3.* Studien ønsket også å undersøke om økt 'grad av deltakelse' ved APD er positivt relatert til en økt opplevelse av 'self-efficacy' hos deltakerne. Resultatene fra den medierende analysen viser at Beta- koeffisienten av interaksjonsvariabelen mellom 'grad av deltakelse' x 'self-efficacy' er -,00.  $P$ -verdien er ,86, og dermed ikke signifikant (se tabell 6). Studien kan på bakgrunn av den bivariate- og den medierende analysens funn (se tabell 3 og 6) forkastes derfor hypotesen om at 'grad av deltakelse' er en predikator for 'self-efficacy'.

*Hypotese 4.* Studien undersøker om opplevd 'self-efficacy' medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' ved APD og deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet'. Allerede har studien avkreftet hypotesen om at variabelen 'grad av deltakelse' predikerer 'status i forhold til arbeidslivet' (se tabell 8), og at 'grad av deltakelse' predikerer 'self-efficacy' (se tabell 6). Den medierende analysen finner også at Beta- koeffisienten på interaksjonsvariabelen mellom 'self-efficacy' x 'status i forhold til arbeidslivet' er -,30 (se tabell 8).  $p$ -verdien er ,20, altså ikke signifikant ( $p > ,05$ ). Studien kan på bakgrunn av analysene ikke gi støtte til hypotesen om at 'self-efficacy' innehar medierende evner i forholdet mellom 'grad av deltakelse' og 'status i forhold til arbeidslivet'.

*Hypotese 5.* Studien undersøker også om opplevd 'self-efficacy' medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' ved APD og deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet' gjennom helsevariabelen. Studien har allerede avkreftet hypotesen om at 'self-efficacy' har medierende evner inn i forholdet mellom 'grad av deltakelse' og status i forhold til arbeidslivet' (se tabell 7 og 8). Beta- koeffisienten til interaksjonsvariabelen 'self-efficacy' x 'helse' er  $-.14$ , og forholdet har en  $p$ -verdi på  $.44$ , som ikke kan sies å være signifikant (se tabell 7).

*Hypotese 6.* Studien undersøker om 'grad av deltakelse' er positivt relatert til deltakernes opplevelse av 'sosial støtte'. Beta-koeffisienten (se tabell 5) av interaksjonsvariabelen 'grad av deltakelse' x 'sosial støtte' er  $-.04$ , men forholdet viser seg ikke å være signifikant, med en  $p$ -verdi på  $.14$  ( $p > .05$ ). Hypotesen studien fremsetter støttes ikke.

*Hypotese 7.* Studien ønsker å avdekke om opplevd 'sosial støtte' medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' ved APD og deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet'. Analysen (se tabell 5) fant at 'grad av deltakelse' er svakt negativt relatert til 'sosial støtte' med en Beta-koeffisient på  $-.05$ , men at forholdet ikke er signifikant med en  $p$ -verdi på  $.02$  ( $p > .05$ ). Den medierende analysen avdekker også at interaksjonsvariabelen 'sosial støtte' x 'status i forhold til arbeidslivet', har en Beta-koeffisient på  $.12$  (se tabell 8). Forholdet har en  $p$ -verdi på  $.50$ , som tilsier at forholdet ikke er signifikant. Hypotesen støttes ikke.

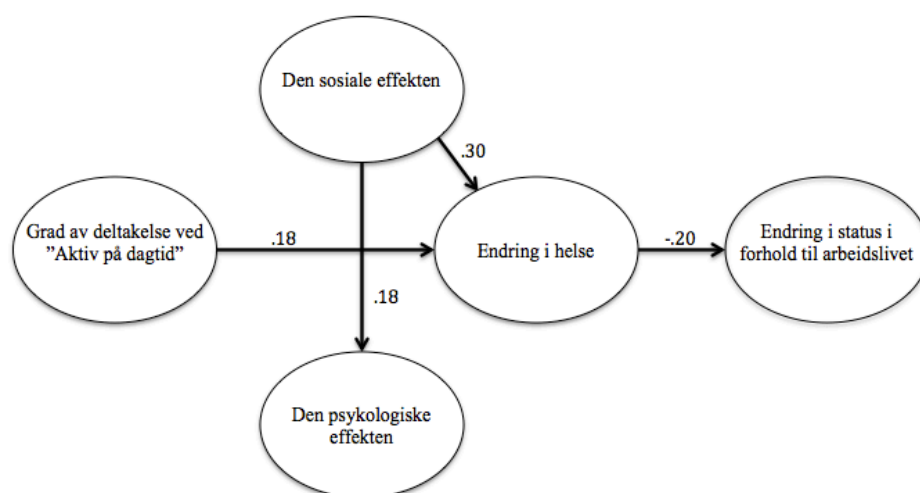
*Hypotese 8.* Studien undersøker om opplevd 'sosial støtte' medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' ved APD og deltakernes 'status i forhold til arbeidslivet' gjennom variabelen 'endring i helse'. Hypotesen om at variabelen 'sosial støtte' har medierende evner i forholdet mellom 'grad av deltakelse' og 'status i forhold til arbeidslivet' er allerede avkreftet (se tabell 5 og 8).



## 5. Studiens empiriske modell

Ut i fra den medierende analysen kan en konkludere med at *hypotese 2* støttes ettersom 'endring i helse' viser seg å ha medierende evner i forholdet mellom den uavhengige variabelen 'grad av deltakelse' og 'endring i status i forhold til arbeidslivet', etter at alder er blitt kontrollert for (se figur 3). Den medierende analysens funn tilsier at økt deltakelse ved APD fører til en positiv endring i deltakernes helse, som igjen fører til en negativ utvikling i forhold til deres 'endring i forhold til arbeidslivet'. Studien forkaster på grunnlag av den medierende analysens funn studiens hypoteser. Den medierende analysens funn tilsier at en økt deltakelse ved APD ikke fører til at deltakerne returnerer til arbeidslivet, men heller vil føre til en negativ utvikling av deres status i forhold til arbeidslivet.

På bakgrunn av den medierende analysen fant studien i henhold til den ene av studiens tre delproblemstillinger at APD vil kunne forbedre deltakernes opplevelse av egen helse. Analysen finner derimot videre at en positiv endring i helse hos deltakerne er relatert til en forverring av deres status i forhold til arbeidslivet. Studiens undersøkelser av de to andre delproblemstillingene viser at hverken self-efficacy eller sosial-støtte har en signifikant innvirkning på forholdet mellom grad av deltakelse og status i forhold til arbeidslivet. Studiens forskningsspørsmål vil på bakgrunn av studiens medierende analyse bli besvart med at en deltakelse ved lavterskeltilbudet APD, ikke vil føre til at flere mennesker som mottar trygdeytelser returnerer til arbeidslivet. Det ser heller ut til at en deltakelse ved APD vil kunne forverre deres status i forhold til arbeidslivet.



Figur 3: Empirisk modell av de signifikante forholdene

Den medierende analysen viser også til en svak effekt i henhold til at en større opplevelse av 'sosial støtte' er positivt relatert til deltakernes 'self-efficacy' ( $\beta = .18, p < .05$ ). Analysen fant også at 'sosial støtte' er positivt relatert til 'deltakernes endring i helse' ( $\beta = .30, p < .05$ ). Ettersom disse forholdene ikke er inkludert i studiens forskningsspørsmål, delproblemstillinger eller hypoteser vil ikke disse funne bli diskutert ytterligere.

## 6. Diskusjon

Ved hjelp av ulike teorier, tidligere studier og deres funn har denne studien undersøkt forholdet mellom fysisk aktivitet og returnering til arbeidslivet gjennom den fysiske-, psykologiske- og sosiale effekten ut i fra APD som case. Studien ønsker å belyse forskningsspørsmålet: *Vil deltakelse ved lavterskeltilbudet Aktiv på dagtid føre til at flere mennesker som mottar trygdeytelser returnerer til arbeidslivet?* Studiens forskningsspørsmål ble undersøkt gjennom tre delproblemstillinger som representerer ulike mekanismer som APD kan virke gjennom: Den fysiske effekten, den psykologiske effekten og den sosiale effekten. Oppgaven vil nå diskutere de signifikante resultatene (se figur 3) av den medierende analysen, opp mot teorien presentert i oppgavens teoretiske rammeverk (se kapittel 2).

Som oppgaven tidligere har påpekt finnes det flere metodiske svakheter ved studien, særlig i henhold til valg av undersøkelsesmetode, endogenitets-problemet og hvordan den avhengige variabelen er blitt rangert. På tross av dette har studien kommet frem til interessante funn i henhold til fysisk aktivitet sin potensielle virkning på sykefraværs-problematikken, og arbeidsmarkedstiltaket Aktiv på dagtid sin effekt i henhold til målsetting om å få deltakerne til å returnere til arbeidslivet. I det følgende skal ulike aspekter ved dette diskuteres.

### **Forholdet mellom fysisk aktivitet og helse**

Den medierende analysen fant at økt fysisk aktivitet fører til en positiv endring i den enkeltes helse. Flere uttrykker en tro på at fysisk aktivitet har en sammenheng med sykefravær, men viser til at sammenhengen er uklar (Nerhus, et al., 2011). Det er studier som støtter sammenhengen, men dette med blant annet spesifikke betingelser som at den fysiske aktiviteten bør kunne klassifiseres som anstrengende, for å ha en god effekt på deltakernes sykefravær og uføretrygd (Fimland, et al., 2013). APD representerer et lavterskeltilbud som jobber for å inkludere alle inn i aktiviteter som klassifiseres som lett/moderat fysisk aktivitet, på tross av dette viser studiens funn til at denne typen aktiviteter kan påvirke deltakernes helse positivt.

### **Forholdet mellom endring i helse og status i forhold til arbeidslivet**

Den medierende analysens hovedfunn viser til at en positiv endring i deltakernes helse, er negativt relatert til deltakernes status i forhold til arbeidslivet. Deltakelse ved APD vil dermed kunne sies å redusere sannsynligheten for at deltakerne returnerer til arbeidslivet. Som oppgaven tidligere har vist, kan et skifte av sosial arena ha store konsekvenser for

deltakernes sosiale identitet og tilhørighet (Brouwer, et al., 2010; Hochschild, 1997; Watt, et al., 2015). I det følgende skal ulike effekter av et skifte av sosial arena kan ha for deltakerne diskuteres.

Ut i fra funn i den medierende analysen, ser det ut til at APD erstatter den sosiale støtten knyttet til arbeidslivet. På denne måten vil den sosiale støtten knyttet til tiltaket, svekke behovet for å returnere til arbeidslivet. Deltakerne ved APD står helt eller delvis utenfor arbeidslivet som i mange tilfeller innebærer at man mister en viktig sosial arena, som for mange oppleves som et stort savn (Halvorsen, 2004). En tidligere studie viste at nettopp dette savnet er i stor grad gjeldene for deltakerne ved APD i Aust-Agder. 35% av deltakerne uttrykket at de ønsket seg en sosial arena (Johansen & Bjørgum, 2015). Disse funnene viser til at en stor andel av deltakerne ved APD kjenner på manglende sosial støtte tilknyttet arbeidslivet. Som studien tidligere har vist, finnes det flere studier som hevder at en sterk opplevelse av sosial støtte ved arbeidsplassen er den største predikatoren i henhold til det å returnere tilbake til arbeid (Brouwer, et al., 2010; Watt, et al., 2015).

Et interessant spørsmål er om den negative effekten skyldes at deltakernes opplevelse av sosial støtte fra sin arbeidsplass er svak, eller om deres fullstendige fravær av sosial støtte knyttet til arbeidslivet og et skifte av sosial arena, kan være årsaken til den negative effekten. Tanken er at jo mer kontakt den enkelte har med sin arbeidsplass og det sosiale miljøet, jo større er sannsynligheten for at vedkommende vil kunne oppleve sosial støtte og fortere kunne returnere til arbeidslivet. Med utgangspunkt i studiens teoretiske rammeverk vil det være stor sannsynlighet for at et skifte av sosial arena, vil føre til at effekten sosial støtte har som predikator på returnering til arbeidslivet, vil kunne fungere som en opprettholdelse av utenforskap, ettersom deltakerne vil forbli i tiltaket der hvor de opplever sosial støtte og tilhørighet.

På bakgrunn av studiens teoretiske rammeverk kan funnene av den medierende analysen også tolkes ut i fra den sosiale identitetsteorien. Det ser ut til at APD sine deltakere i stor grad vil kunne være preget av en sterk opplevelse av gruppetilhørighet. En sterk gruppetilhørighet vil redusere sannsynligheten for at deltakerne returnerer til arbeidslivet betraktelig. Forskning viser til at arbeidsliv og selvoppfattelse er nært knyttet sammen (Hochschild, 1997). Det er sterke følelser tilknyttet det å falle helt eller delvis utenfor arbeidslivet, som ofte påvirker ens

egenverd negativt. Dette argumentet støttes av flere studier som har funnet at mange sykemeldte personer uttrykker at det å være sykemeldt oppleves som stigmatiserende, blant annet ved at det ble stilt spørsmål ved om deres helsetilstand er gyldig (Shaw & Huang, 2005; Vidman, 2007). De opplever at samfunnet vurderer dem som mer verdifulle som yrkesaktive (Shaw & Huang, 2005), og uttrykker en frykt for å bli stemplet som ”snyltere” eller som personer som innehar lav arbeidsmoral (Vidman, 2007).

Sosial identitetsteori hevder at individets tanker, følelser og atferd endrer seg når individet definerer seg som medlem av en gitt gruppe (Skogstad & Einarsen, 2015). På bakgrunn av dette vil det være sannsynlig at deltakerne ved APD vil tilpasse seg til gruppen og adoptere de prototypiske atferdene, normene og verdiene, i tillegg til at den sosiale assosiasjonen med gruppen også vil påvirke deres selvbilde (Tajfel & Turner, 1979). I en sårbar situasjon hvor man faller ut av arbeidslivet vil det å identifisere seg med en gruppe være et middel for å oppnå en referansegruppe (Hennessy & West, 1999). I tillegg vil medlemmene av gruppen forsøke å forbedre bilde av deres gruppe, gjennom en prosess av sosial sammenligning med andre grupper de ikke identifiserer seg med (Festinger, 1954; Hennessy & West, 1999).

En sterk identifisering til en gruppe er relatert til en følelse av gruppetilhørighet som ofte fører til at man favoriserer gruppen man tilhører, altså inn-gruppen på bekostning av grupper man føler seg i konkurranse med, ut-grupper (Skogstad & Einarsen, 2015). I denne studien vil det være naturlig at deltakerne ved APD ser på personer som er yrkesaktive som en ut-gruppe, på bakgrunn av alle de negative følelsene tilknyttet det å falle ut av arbeidslivet. Alle har et behov for en positiv selvoppfatning, og dermed ønsker man å skille inn-gruppen positivt ut i forhold til ut-gruppen (Skogstad & Einarsen, 2015). En negativ effekt som ofte nevnes ved sårbare grupper som kjenner på en sterk identifisering og gruppetilhørighet, er fenomenet gruppetenkning (Janis, 1982). De negative virkningene av gruppetenkning er at gruppen ofte vil utvikle en overdreven optimisme, fastholder antakelser som er tvilsomme, dyrker selvrettferdighet og skaper et press på medlemmer i gruppen som avviker fra gruppens underliggende normer og verdier (Janis, 1982).

Det er også grunnlag for å anta at APD som sosial arena påvirker deltakernes sykefravær og mottakelser av trygdemottakelser negativt. Det ser ut til at en sammensetning av personer som mottar trygdeytelser, vil kunne bidra til å opprettholde utenforskap gjennom den sosiale interaksjonseffekten. Studiens teoretiske rammeverk (se kapittel 2) viser til flere studier som

undersøker i hvilken grad sosiale fellesskap påvirker individers sykefravær og mottakelse av trygdeytelser. Flere studier har funnet bevis for at mottakelse av trygdeytelser kan ha en ”smitteeffekt”. En studie fant at en ett-prosentpoengs økning i en persons sannsynlighet for å bli ufør som følge av nedbemanning på arbeidsplassen, også ville øke sannsynligheten for at vedkommens nabo som ikke berøres av nedbemanningen blir ufør med et halvt prosentpoeng (Rege, et al., 2012). Andre studier har også funnet at et individs sykefravær er positivt korrelert med sine kollegaers sykefravær (Markussen & Røed, 2015).

Kanaler for den såkalte ”smitteeffekten”, er (1) normer eller sosiale stigma, (2) læring og erfaringsutveksling og (3) selskap (Rege, et al., 2012). Forskning har funnet at det dannes et redusert stigma, dersom flere innad i det sosiale fellesskapet benytter seg av ordningen (Lindbeck, et al., 2004; Markussen, 2007; Markussen & Røed, 2015). På bakgrunn av funnene, vil man kunne argumentere for at ”smitteeffekten” vil være utbredt blant deltakerne ved APD, gjennom kanalen (1) normer eller sosiale stigma. (2) Læring og utveksling representerer også en sannsynlig kanal for ”smitteeffekten”, ettersom alle deltakerne benytter seg av ulike trygdeytelser, og vil inneha kunnskap om trygdeordningene, som kan deles videre. Den siste kanalen som oppgis er (3) selskapskanalen, hvor mer fritid med ens referansegruppe kan gjøre det mer attraktivt å forbli trygdemottaker (Rege, et al., 2012). Selskapskanalen vil på bakgrunn av deltakernes sterke gruppetilhørighet fremstå som en svært aktuell kanal for ”smitteeffekten”.

## 7. Avslutning og veien videre

Denne studien har forsøkt å belyse forskningsspørsmålet: *Vil deltakelse ved lavterskeltilbudet APD føre til at flere mennesker som mottar trygdeytelser returnere til arbeidslivet?* For å undersøke effektene tilbudet APD og fysisk aktivitet kan ha på deltakerne, ble det valgt tre delproblemstillinger og flere hypoteser. Delproblemstillingene belyser tre ulike mekanismer som APD kan virke gjennom; den fysiske effekten, den psykologiske effekten og den sosiale effekten. Disse ble valgt og begrunnet ut fra teori og basert på tidligere forskning (se kapittel 2).

Det ble gjennomført en medierende analyse som ga støtte til studiens andre hypotese som hevder at: *Helse medierer forholdet mellom 'grad av deltakelse' og 'status i forhold til arbeidslivet'.* Resultatet fra analysen impliserer at økt deltakelse ved fysiske aktivitet i regi av APD har en positiv effekt på deres helse, men at en positiv endring i personens helse kan føre til en forverring av deres status i forhold til arbeidslivet. Dette betyr at hovedfunnet i studien viser til at APD har liten effekt på deltakernes 'endring i status i forhold til arbeidslivet'. I den grad det finnes en effekt, viser studien at deltakelse ved APD har en negativ effekt på målet om at deltagerne skal komme tilbake til arbeidslivet. Studiens teoretiske rammeverk og forankring i forskning gir grunn til å stille spørsmål ved om APD som sosial arena kan fungere som en barriere mot at deltakerne returnerer til arbeidslivet, og på denne måten opprettholder deres utenforskap.

Drøftingen av metodebruken i studien slår fast at en ideell studie ville benyttet et eksperimentelt design hvor deltakerne ved APD kunne blitt undersøkt opp imot en kontrollgruppe. Den kunne ideelt sett bestått av personer mellom 16-70 år, bosatt i Aust-Agder som mottar trygdeytelser og står delvis eller helt utenfor arbeidslivet, men som ikke deltar ved APD eller fysiske aktiviteter. Studien skulle også hatt et pre-test-post-test design for å unngå de metodiske svakhetene forbundet med et tverrsnittstudie som ikke kan skille den uavhengige- og avhengige variabelen i tid. Ideelt sett skulle også studien utforsket flere mulige skaleringer av den avhengige variabelen med hensyn til hvordan de ulike statusene i forhold til arbeidslivet skal rangeres. Disse metodiske overveielsene er viktige i den videre forskning for å kunne utvikle en mer etablert skala i forhold til denne tematikken.

Studien viser generelt at det er et behov for videre forskning for å undersøke hvilken rolle fysisk aktivitet har i tiltak som spesifikt har som mål å tilbakeføre mennesker som er

trygdemottakere til arbeidslivet. Mer spesifikt viser studien et behov for å avdekke effekten APD har. Det vil være sentralt å belyse om tiltaket fører til at flere returnerer til arbeidslivet, eller om den sosiale effekten kan sies å svekke tiltakets mål om at deltakerne returnerer til arbeidslivet. Forskning som kan belyse dette, vil gi staten viktige svar på hvilke tiltak som gir best muligheter for å redusere sykefravær og antall trygdemottakere.



## Referanser

- 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: NOU.
- Album, D. (1994). Innholdsløs meningsfull prat. *Sosiologisk tidsskrift*, 2(2).
- Antonakis, J. (2017). On doing better science: From thrill of discovery to policy implications. *The Leadership Quarterly*, 28(1), 5-21.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10(2), 170.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J Prentice-Hall
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*: Macmillan.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Berget, B. (2013). Forskning og kompetanse for Inn på tunet. Status og behov: Rapport. Ås. Universitetet for miljø-og biovitenskap.
- Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., Van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(1), 104-112.
- Brox, J., & Frøystein, O. (2005). Health-related quality of life and sickness absence in community nursing home employees: randomized controlled trial of physical exercise. *Occupational medicine*, 55(7), 558-563.
- Bubany, S. T., & Hansen, J.-I. C. (2010). Ability self-estimates and self-efficacy: Meaningfully distinct? *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 43(3), 168-187.
- Buunk, B. P. (1990). Affiliation and helping interactions within organizations: Allmenn critical analysis of the role of social support with regard to occupational health. *European journal of social psychology*, 1, 293-322.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.): Lawrence Erlbaum Associates.
- Dale-Olsen, H., Nilsen, K. M., & Schøne, P. (2011). Smitter sykefravær? *Søkelys på arbeidslivet*, 28(01-02), 124-134.
- Dale-Olsen, H., Østbakken, K. M., & Schøne, P. (2015). Imitation, Contagion, or Exertion? Using a Tax Reform to Reveal How Colleagues' Sick Leaves Influence Worker Behaviour. *The Scandinavian Journal of Economics*, 117(1), 57-83.
- Danielsen, K. (1998). Hvit snipp på utrygg grunn. Oppsigelser og mestring av jobbusikkerhet blant høyt utdannede i privat sektor. *Sosiologisk tidsskrift* 6(4), 273–292.
- Elias, S. M., Barney, C. E., & Bishop, J. W. (2013). The treatment of self - efficacy among psychology and management scholars. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(4), 811-822.
- Eriksen, H. R., Murison, R., Pensgaard, A. M., & Ursin, H. (2005). Cognitive activation theory of stress (CATS): from fish brains to the Olympics. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 933-938.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140.

- Fimland, M. S., Woodhouse, A., Vasseljen, O., Gismervik, S., Jacobsen, H. B., & Johnsen, R. (2013). Kan fysisk aktivitet redusere sykefravær og uføretrygding? *Fysioterapeutenes retningslinjer*, 18- 22.
- Finansdepartementet. (2015-2016). *Nasjonalbudsjettet 2016*. Oslo.
- Finansdepartementet. (2016-2017). *Statsbudsjettet*. Retrieved from [https://http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett\\_2017/dokumenter/pdf/gulbok.pdf](https://http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2017/dokumenter/pdf/gulbok.pdf)
- Folkehelseinstituttet. (2014). Folkehelse rapporten: Helsetilstanden i Norge.
- Fox - Wasylyshyn, S. M., & El - Masri, M. M. (2005). Handling missing data in self - report measures. *Research in nursing & health*, 28(6), 488-495.
- Frese, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of occupational health psychology*, 4(3), 179.
- Goodwin, R., & Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 325-332.
- Halvorsen, K. (2004). *Når det ikke er bruk for deg; arbeidsløshet og levekår*: Gyldendal Akademisk.
- . *Handlingsplan 2013-2017: Inn på tunet*. (2013).
- Hayes, A. (2013). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-based: Approach Guilford Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Meld.St.19: Folkehelsemeldingen* Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005-2009). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006- 2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
- Helsedirektoratet. (2010). Fysisk aktivitet og psykisk helse (Vol. IS-1670).
- Helsedirektoratet. (2014). Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet (Vol. IS-2170).
- Hennessy, J., & West, M. A. (1999). Intergroup behavior in organizations: A field test of social identity theory. *Small Group Research*, 30(3), 361-382.
- Herbsleb, J., Zubrow, D., Goldenson, D., Hayes, W., & Paulk, M. (1997). Software quality and the capability maturity model. *Communications of the ACM*, 40(6), 30-40.
- Hochschild, A. R. (1997). The time bind: When home becomes work and work becomes home. *CA Henry Holt*.
- Horgen, E. H. (2014). Personer på velferdsytelser utenfor arbeidslivet. *Statistisk sentralbyrå*(34).
- Hvilke arbeidsmarkedstiltak finnes? (2017). Retrieved 10.05, 2018, from <https://http://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmarked-og-sysselsetting/innsikt/arbeidsmarkedstiltak/hvilke-arbeidsrettede-tiltak-finnes/id2076683/>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 21-37.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 3): Høyskoleforlaget Kristiansand.
- Janis, I. L. (1982). *Groupthink: Psychological studies of policy decisions and fiascos*: Houghton Mifflin.
- Johannessen, A. (2003). *Introduksjon til SPSS* (4 ed.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johansen, K. H., & Bjørgum, O. (2015). Hvordan oppleves Aktiv På Dagtid i Aust-Agder?

- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3), 307-316.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of general psychiatry*, 59(10), 877-883.
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025-2047.
- Labriola, M., Lund, T., Christensen, K. B., Albertsen, K., Bültmann, U., Jensen, J. N., & Villadsen, E. (2007). Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work*, 29(3), 233-238.
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Larkin, K. C. (1986). Self-efficacy in the prediction of academic performance and perceived career options. *Journal of counseling psychology*, 33(3), 265.
- Lieng, R., Khox, L., Neegaard, Ø., Nilsen, H. B., & Kløcker, T. W. (2015). Levekårsrapport 2014.
- Lindbeck, A., Palme, M., & Persson, M. (2004). Sjukskrivning som ett socialt fenomen. *Ekonomisk debatt*, 32(4), 50-62.
- Lindell, M. K., & Whitney, D. J. (2001). Accounting for common method variance in cross-sectional research designs. *Journal of applied psychology*, 86(1), 114.
- Loeb, S. J., Steffensmeier, D., & Kassab, C. (2011). Predictors of self - efficacy and self - rated health for older male inmates. *Journal of advanced nursing*, 67(4), 811-820.
- Lubbers, R., Loughlin, C., & Zweig, D. (2005). Young workers' job self-efficacy and affect: Pathways to health and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 199-214.
- Löve, J., Moore, C. D., & Hensing, G. (2012). Validation of the Swedish translation of the general self-efficacy scale. *Quality of Life Research*, 21(7), 1249-1253.
- Maddox, G. L., & Douglass, E. B. (1973). Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *Journal of health and social behavior*, 87-93.
- Markussen, S. (2007). Økonomisk sykefraværersforskning: Hva vet vi, og hvor bør vi gå? *Søkelys på arbeidslivet*, 24(1), 63-81.
- Markussen, S., & Røed, K. (2015). Social insurance networks. *Journal of Human resources*, 50(4), 1081-1113.
- Martinsen, E. (2000). Tema-Fysisk aktivitet-Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 120(25), 3054-3056.
- Martinsen, E. (2011). Kropp og sinn: fysisk aktivitet–psykisk helse–kognitiv terapi (2. utg.). *Bergen: Fagbokforlaget*.
- Maurer, T. J. (2001). Career-relevant learning and development, worker age, and beliefs about self-efficacy for development. *Journal of management*, 27(2), 123-140.
- McAuley, E., Blissmer, B., Katula, J., Duncan, T. E., & Mihalko, S. L. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2), 131.
- Midtbø, T. (2007). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere: med eksempler i SPSS* (Vol. 4): Universitetsforlaget.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of clinical epidemiology*, 50(5), 517-528.

- Mykletun, A., Eriksen, H. R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., . . . Guldvog, B. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings - og nærværsreform*. Oslo: Arbeidsdepartementet. Retrieved from [https://http://www.regjeringen.no/contentassets/2e391e09f9d1452987c37df028d78d61/r\\_2010\\_tiltak\\_sykefravaer.pdf](https://http://www.regjeringen.no/contentassets/2e391e09f9d1452987c37df028d78d61/r_2010_tiltak_sykefravaer.pdf)
- NAV. (2018a). Arbeidsavklaringspenger (AAP). Retrieved 17.04, 2018, from <https://http://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt%2C+arbeidsavklaringspenger+og+yrkesskade/arbeidsavklaringspenger-aap>
- NAV. (2018b). Dagpenger. Retrieved 17.04, 2018, from <https://tjenester.nav.no/veiledearbeidssoker/mistet-jobben/dagpenger?sprak=nb>
- NAV. (2018c). Fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger (AAP). Retrieved 17.04, 2018, from <https://http://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging/Sykmeldt+arbeidstaker/Ov ergang+til+arbeidsavklaring>
- NAV. (2018d). Sykepenger til arbeidstakere. Retrieved 17.04, 2018, from <https://http://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt%2C+arbeidsavklaringspenger+og+yrkesskade/Sykepenger/Sykepenger+til+arbeidstakere - chapter-1>
- NAV. (2018e). Uføretrygd. Retrieved 17.04, 2018, from <https://http://www.nav.no/no/Person/Pensjon/Uforetrygd - chapter-1>
- Nerhus, K. A., Anderssen, S. A., Lerkelund, H. E., & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk epidemiologi*, 20(2).
- Nunnally, J. O. (1978). *Psychometric theory*.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual* (5 ed.): McGraw-Hill Education (UK).
- Parschau, L., Fleig, L., Warner, L. M., Pomp, S., Barz, M., Knoll, N., . . . Lippke, S. (2014). Positive exercise experience facilitates behavior change via self-efficacy. *Health Education & Behavior*, 41(4), 414-422.
- Podsakoff, N. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903.
- Rege, M., Telle, K., & Votruba, M. (2007). Social interaction effects in disability pension participation evidence from plant downsizing [Discussion Paper]. *Statistics Norway, Research Department*, 496.
- Rege, M., Telle, K., & Votruba, M. (2012). Social Interaction Effects in Disability Pension Participation: Evidence from Plant Downsizing. *The Scandinavian Journal of Economics*, 114(4), 1208-1239. doi:10.1111/j.1467-9442.2012.01719.x
- Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169.
- Roth, P. L. (1994). Missing data: A conceptual review for applied psychologists. *Personnel psychology*, 47(3), 537-560.
- Røysamb, E., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1998). Norwegian version of the general perceived self-efficacy scale. Available at [f.uberlin. de/~h ealth/norway. htm](http://f.uberlin.de/~h ealth/norway.htm).
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43-68): Springer.

- Shaw, W. S., & Huang, Y.-H. (2005). Concerns and expectations about returning to work with low back pain: identifying themes from focus groups and semi-structured interviews. *Disability and rehabilitation*, 27(21), 1269-1281.
- Shields, M., & Shooshtari, S. (2001). Determinants of self-perceived health. *Health reports*, 13(1), 35.
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener: en regresjonsbasert tilnærming* (2 ed.): Gyldendal norsk forlag.
- Skogstad, A., & Einarsen, S. (2015). *Ledelse på godt og vondt: effektivitet og trivsel*: Fagbokforlaget.
- Spence, J. C., Blanchard, C. M., Clark, M., Plotnikoff, R. C., Storey, K. E., & McCargar, L. (2010). The role of self-efficacy in explaining gender differences in physical activity among adolescents: a multilevel analysis. *Journal of physical activity and health*, 7(2), 176-183.
- Stoltenberg, C., & Grøholdt, E. K. (2018a). Arendal *Folkehelseprofilen*: Folkehelseinstituttet.
- Stoltenberg, C., & Grøholdt, E. K. (2018b). Grimstad. In Folkehelseinstituttet (Ed.), *Folkehelseprofilen*.
- Stoltenberg, C., & Grøholdt, E. K. (2018c). Lillesand *Folkehelseprofilen*: Folkehelseinstituttet.
- Stoltenberg, C., & Grøholdt, E. K. (2018d). Risør *Folkehelseprofilen*: Folkehelseinstituttet.
- Ståle Einarsen, A. S. (2015). *Ledelse på godt og vondt*: Fagbokforlaget.
- Sundell, T. (2017). Utviklingen i sykefraværet, 2. kvartal 2017: NAV.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (6 ed.). Boston: Pearson Education.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *The social psychology of intergroup relations*, 33(47), 74.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). *The social identity theory of intergroup behavior* (Vol. 2). Chicago: Nelson- Hall.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of health and social behavior*, 53-79.
- Thomas, J., Nelson, J., & Silverman, S. (2005). Relationships among variables. *Research methods in physical activity*, 5, 125-145.
- Trondal, J. (2017). *The rise of common political order*. Massachusetts: Edward Elgar
- Tufte, P. A. (2013). Forståelser av kausalbegrepet i samfunnsvitenskapene. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(03), 341-354.
- Tveito, T. H., & Eriksen, H. R. (2009). Integrated health programme: a workplace randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 110-119.
- Vidman, Å. (2007). *Det är så mycket som kan spela in: en studie av vägar till, genom och från sjukskrivning baserad på intervjuer med långtidssjukskrivna*. Luleå tekniska universitet).
- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M., Brouwers, E., van Lomwel, A., & van der Feltz-Cornelis, C. (2015). Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(2), 423-431.
- Watt, B. D., Ford, L., Doley, R. M., Ong, S., Hicks, R. E., Fritzon, K., & Cacciola, T. (2015). Investigating the relationship between social support and durable return to work. *The Australasian Journal of Organisational Psychology*, 8.

- Williams, D. M. (2010). Outcome expectancy and self-efficacy: Theoretical implications of an unresolved contradiction. *Personality and Social Psychology Review*, 14(4), 417-425.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary educational psychology*, 25(1), 82-91.
- Østfold Idrettskrets. (2010). Aktiv på dagtid. In N. Idrettsforbund (Ed.).

## Appendiks:

### Appedik A: Faktoranalyse

#### Communalities

	Initial	Extraction
SMEAN(Self_ef ficacy_1)	1,000	,484
SMEAN(Self_ef ficacy_2)	1,000	,309
SMEAN(Self_ef ficacy_3)	1,000	,497
SMEAN(Self_ef ficacy_4)	1,000	,725
SMEAN(Self_ef ficacy_5)	1,000	,608
SMEAN(Self_ef ficacy_6)	1,000	,693
SMEAN(Self_ef ficacy_7)	1,000	,485
SMEAN(Self_ef ficacy_8)	1,000	,688
SMEAN(Self_ef ficacy_9)	1,000	,655
SMEAN(Sosial _støtte_1)	1,000	,793
SMEAN(Sosial _støtte_2)	1,000	,634
SMEAN(Sosial _støtte_3)	1,000	,723
SMEAN(Sosial _støtte_4)	1,000	,580
SMEAN(Sosial _støtte_5)	1,000	,722

Extraction Method: Principal  
Component Analysis.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,475	39,106	39,106	5,475	39,106	39,106	5,041	36,006	36,006
2	3,120	22,287	61,393	3,120	22,287	61,393	3,554	25,387	61,393
3	,920	6,568	67,961						
4	,733	5,234	73,195						
5	,705	5,036	78,231						
6	,564	4,031	82,262						
7	,472	3,372	85,634						
8	,451	3,221	88,855						
9	,361	2,577	91,432						
10	,321	2,295	93,727						
11	,278	1,986	95,713						
12	,265	1,895	97,609						
13	,192	1,373	98,982						
14	,143	1,018	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component	
	1	2
SMEAN(Self_efficacy_1)	,634	,285
SMEAN(Self_efficacy_2)	,525	,183
SMEAN(Self_efficacy_3)	,704	,030
SMEAN(Self_efficacy_4)	,849	-,056
SMEAN(Self_efficacy_5)	,774	,097
SMEAN(Self_efficacy_6)	,825	,112
SMEAN(Self_efficacy_7)	,689	,098



SMEAN(Self_ efficacy_8)	,829	-,012
SMEAN(Self_ efficacy_9)	,805	,080
SMEAN(Sosial_ støtte_1)	,122	,882
SMEAN(Sosial_ støtte_2)	,157	,781
SMEAN(Sosial_ støtte_3)	,014	,850
SMEAN(Sosial_ støtte_4)	,054	,760
SMEAN(Sosial_ støtte_5)	,106	,843

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

Appendiks B: Reliabilitets analyse av spørsmålene som måler 'self-efficacy'

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,897	9

Appendiks C: Reliabilitets analyse av spørsmålene som måler 'sosial støtte'

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,886	5

Appendiks D: Bivariate korrelasjoner

Correlations

	Status i forhold til arbeidslivet	Grad av deltakelse	Self-efficacy	Sosial støtte	Helse	Kjønn	Alder	Utdannelse
Status i forhold til arbeidslivet	1	,006	-,079	,108	-,098	,121	-,158	,064
Grad av deltakelse	,006	1	,067	-,163	,255**	-,009	,054	,003
Self-efficacy	-,079	,067	1	,236**	-,003	,042	,235**	,003
Sosial støtte	,108	-,163	,236**	1	,046	,039	,072	-,005
Helse	-,098	,255**	-,003	,046	1	-,080	,033	,119
Kjønn	,121	-,009	,042	,039	-,080	1	-,009	,188*
Alder	-,158	,054	-,009	,072	,033	-,009	1	,105
Utdannelse	,064	,003	,003	-,005	,119	,188*	,105	1
Status i forhold til arbeidslivet	,946	,946	,344	,196	,241	,177	,059	,446
Grad av deltakelse	,946	1	,422	,051	,002	,920	,523	,973
Self-efficacy	,344	,422	1	,144	,144	,126	,144	,144
Sosial støtte	,196	,051	,144	1	,144	,126	,144	,144
Helse	,241	,002	,144	,144	1	,126	,126	,126
Kjønn	,177	,920	,126	,126	,126	1	,126	,126
Alder	,059	,523	,144	,144	,144	,126	1	,105
Utdannelse	,446	,973	,144	,144	,144	,126	,126	1
Status i forhold til arbeidslivet	1	,006	,003	-,005	,119	,188*	,105	1
Grad av deltakelse	,006	1	,003	-,005	,119	,188*	,105	1
Self-efficacy	,003	,003	1	,953	,155	,035	,212	,144
Sosial støtte	-,005	-,005	,953	1	,144	,144	,144	,144
Helse	,119	,119	,155	,144	1	,126	,126	,126
Kjønn	,188*	,188*	,035	,144	,144	1	,126	,126
Alder	,105	,105	,212	,144	,144	,126	1	,105
Utdannelse	1	1	,144	,144	,144	,126	,126	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Appendiks E: Fordeling av deltakelse i fylke

**I hvilken by deltar du på Aktiv på dagtid aktivitetene?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Arendal	87	60,4	69,0	69,0
	Grimstad	23	16,0	18,3	87,3
	Risør	10	6,9	7,9	95,2
	Lillesand	6	4,2	4,8	100,0
	Total	126	87,5	100,0	
Missing	System	18	12,5		
Total		144	100,0		

Appendiks F: Fordeling av kjønn

**Kjønn**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kvinne	109	75,7	86,5	86,5
	Mann	17	11,8	13,5	100,0
	Total	126	87,5	100,0	
Missing	System	18	12,5		
Total		144	100,0		

Appendiks G: Fordeling av alder

**Alder**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	3	2,1	2,8	2,8
	21	2	1,4	1,9	4,7
	23	1	,7	,9	5,7
	26	1	,7	,9	6,6
	28	1	,7	,9	7,5
	29	1	,7	,9	8,5
	30	2	1,4	1,9	10,4
	31	2	1,4	1,9	12,3

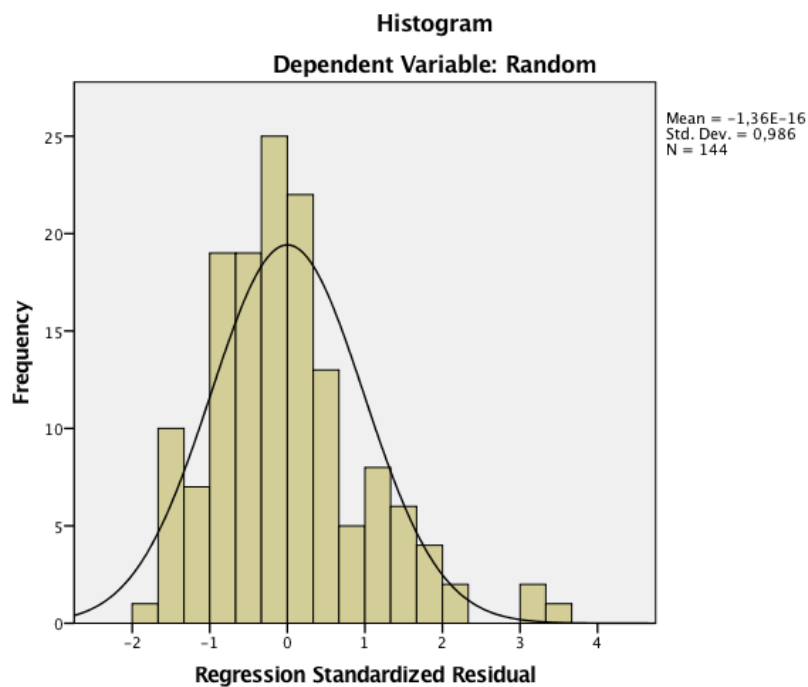
32	1	,7	,9	13,2
34	1	,7	,9	14,2
35	3	2,1	2,8	17,0
36	2	1,4	1,9	18,9
38	2	1,4	1,9	20,8
39	1	,7	,9	21,7
40	3	2,1	2,8	24,5
41	4	2,8	3,8	28,3
42	1	,7	,9	29,2
43	4	2,8	3,8	33,0
44	2	1,4	1,9	34,9
45	2	1,4	1,9	36,8
46	3	2,1	2,8	39,6
47	3	2,1	2,8	42,5
48	2	1,4	1,9	44,3
49	2	1,4	1,9	46,2
50	5	3,5	4,7	50,9
51	2	1,4	1,9	52,8
52	6	4,2	5,7	58,5
53	2	1,4	1,9	60,4
54	1	,7	,9	61,3
55	3	2,1	2,8	64,2
56	1	,7	,9	65,1
57	2	1,4	1,9	67,0
58	1	,7	,9	67,9
59	3	2,1	2,8	70,8
60	11	7,6	10,4	81,1
61	2	1,4	1,9	83,0
62	4	2,8	3,8	86,8
63	4	2,8	3,8	90,6
64	4	2,8	3,8	94,3
65	2	1,4	1,9	96,2
66	1	,7	,9	97,2
67	3	2,1	2,8	100,0
Total	106	73,6	100,0	
Missing System	38	26,4		
Total	144	100,0		

Appendiks H: Deskriptiv analyse

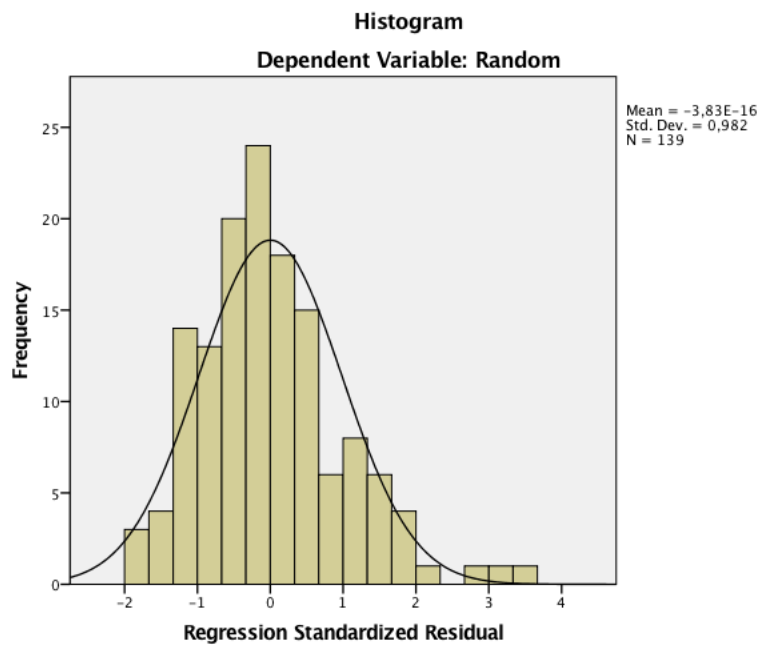
**Statistics**

		Endring i Status i forhold til arbeidslivet	Grad av deltakelse	Endring i helse	Self-efficacy	Sosial støtte
N	Valid	144	144	144	144	144
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	-,3084	2,5560	,9036	2,5289	4,6250
	Std. Deviation	1,08154	1,73988	,99159	,40736	,55991

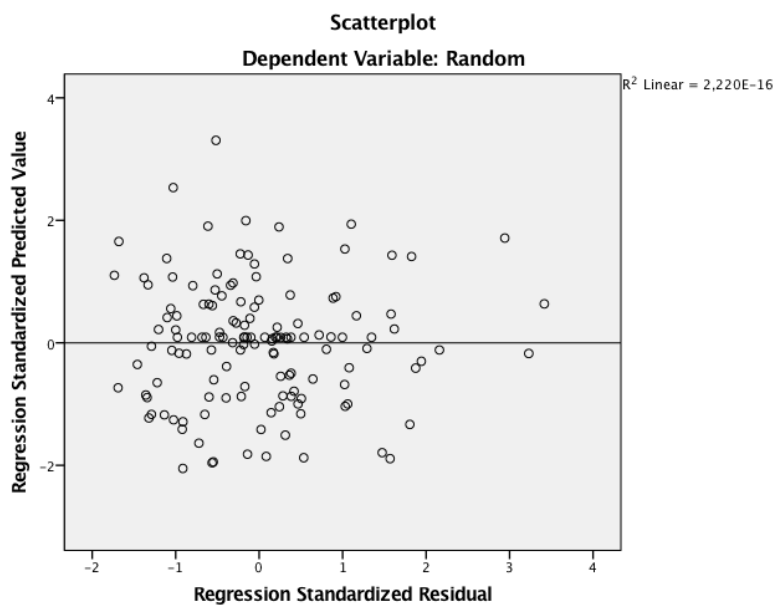
Appendiks I: Normalfordeling inkludert uteliggere



## Appendiks J: Normalfordeling etter kontrollering for uteliggere



## Appendiks K: Lineærsammenheng og homoskedastisitet



## Appendiks L: Medierende analyse

Run MATRIX procedure:

\*\*\*\*\* PROCESS Procedure for SPSS Version 3.00 \*\*\*\*\*

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D.  
[www.afhayes.com](http://www.afhayes.com)  
Documentation available in Hayes (2018).  
[www.guilford.com/p/hayes3](http://www.guilford.com/p/hayes3)

\*\*\*\*\*

Model : 6  
Y : statusf?  
X : Grad\_av\_  
M1 : socsuppD  
M2 : selfeffD  
M3 : helsef0

Covariates:  
Alder\_1

Sample  
Size: 139

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:  
socsuppD

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1
df2	p				
	,1492	,0223	,2337	1,5492	2,0000
136,0000	,2162				

Model

	coeff	se	t	p	
LLCI	ULCI				
constant	4,5513	,1988	22,8981	,0000	
4,1582	4,9444				
Grad_av_	-,0451	,0307	-1,4677	,1445	-
,1059	,0157				
Alder_1	,0040	,0038	1,0568	,2925	-
,0035	,0115				

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:  
selfeffD

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1
df2	p				
	,3426	,1174	,1409	5,9852	3,0000
135,0000	,0007				

Model

	coeff	se	t	p	
LLCI	ULCI				
constant	1,2230	,3400	3,5969	,0005	
,5505	1,8954				
Grad_av_	,0040	,0241	,1662	,8683	-

```

,0436      ,0516
socsuppD      ,1843      ,0666      2,7691      ,0064
,0527      ,3160
Alder_1      ,0087      ,0030      2,9444      ,0038
,0029      ,0145

```

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:

helsefø

Model Summary

df2	R	R-sq	MSE	F	df1
	p				
134,0000	,3120	,0974	,7231	3,6136	4,0000
		,0079			

Model

	coeff	se	t	p	
LLCI	ULCI				
constant	-,7395	,8064	-,9170	,3608	-
2,3345	,8555				
Grad_av_	,1849	,0545	3,3919	,0009	
,0771	,2927				
socsuppD	,3088	,1551	1,9913	,0485	
,0021	,6154				
selfeffD	-,1482	,1950	-,7598	,4487	-
,5339	,2375				
Alder_1	,0027	,0069	,3921	,6956	-
,0109	,0163				

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:

statusf?

Model Summary

df2	R	R-sq	MSE	F	df1
	p				
133,0000	,2545	,0648	1,0972	1,8425	5,0000
		,1088			

Model

	coeff	se	t	p	
LLCI	ULCI				
constant	,5203	,9965	,5221	,6025	-
1,4507	2,4913				
Grad_av_	,0739	,0700	1,0562	,2928	-
,0645	,2123				
socsuppD	,1293	,1938	,6673	,5057	-
,2540	,5127				
selfeffD	-,3083	,2407	-1,2808	,2025	-
,7845	,1678				



helsefø	-,2086	,1064	-1,9607	,0520	-,4191
,0018					
Alder_1	-,0132	,0085	-1,5567	,1219	-
,0300	,0036				

\*\*\*\*\* TOTAL EFFECT MODEL \*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:  
statusf?

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1
df2	p				
	,1683	,0283	1,1149	1,9828	2,0000
136,0000	,1416				

Model

	coeff	se	t	p	
LLCI	ULCI				
constant	,3980	,4341	,9167	,3609	-
,4605	1,2564				
Grad_av_	,0336	,0671	,5003	,6176	-
,0992	,1664				
Alder_1	-,0162	,0083	-1,9537	,0528	-
,0325	,0002				

\*\*\*\*\* TOTAL, DIRECT, AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y \*\*\*\*\*

Total effect of X on Y

	Effect	se	t	p	LLCI
ULCI	c_ps	c_cs			
	,0336	,0671	,5003	,6176	-,0992
,1664	,0316	,0424			

Direct effect of X on Y

	Effect	se	t	p	LLCI
ULCI	c'_ps	c'_cs			
	,0739	,0700	1,0562	,2928	-,0645
,2123	,0695	,0932			

Indirect effect(s) of X on Y:

	Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
TOTAL	-,0403	,0277	-,1038	,0051
Ind1	-,0058	,0120	-,0368	,0121
Ind2	-,0012	,0104	-,0268	,0186
Ind3	-,0386	,0232	-,0942	-,0030
Ind4	,0026	,0042	-,0030	,0137
Ind5	,0029	,0040	-,0021	,0136
Ind6	,0001	,0016	-,0025	,0046
Ind7	-,0003	,0007	-,0023	,0005

Partially standardized indirect effect(s) of X on Y:

	Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
TOTAL	-,0379	,0261	-,0990	,0048
Ind1	-,0055	,0118	-,0375	,0110
Ind2	-,0012	,0100	-,0258	,0176
Ind3	-,0363	,0213	-,0871	-,0028
Ind4	,0024	,0040	-,0029	,0137
Ind5	,0027	,0038	-,0020	,0128
Ind6	,0001	,0016	-,0023	,0043
Ind7	-,0002	,0007	-,0022	,0005

Completely standardized indirect effect(s) of X on Y:

	Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
TOTAL	-,0508	,0349	-,1319	,0063
Ind1	-,0074	,0165	-,0521	,0150
Ind2	-,0016	,0130	-,0337	,0218
Ind3	-,0486	,0282	-,1154	-,0035
Ind4	,0032	,0056	-,0038	,0186
Ind5	,0037	,0054	-,0025	,0184
Ind6	,0002	,0020	-,0030	,0058
Ind7	-,0003	,0009	-,0032	,0007

Indirect effect key:

```

Ind1 Grad_av_ -> socsuppD -> statusf?
Ind2 Grad_av_ -> selfeffD -> statusf?
Ind3 Grad_av_ -> helsef0 -> statusf?
Ind4 Grad_av_ -> socsuppD -> selfeffD ->
statusf?
Ind5 Grad_av_ -> socsuppD -> helsef0 ->
statusf?
Ind6 Grad_av_ -> selfeffD -> helsef0 ->
statusf?
Ind7 Grad_av_ -> socsuppD -> selfeffD ->
helsef0 -> statusf?

```

\*\*\*\*\* ANALYSIS NOTES AND ERRORS \*\*\*\*\*

Level of confidence for all confidence intervals in output:  
95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap  
confidence intervals:  
5000

NOTE: Variables names longer than eight characters can produce  
incorrect output.  
Shorter variable names are recommended.

----- END MATRIX -----

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Spørreskjema



## Prosjekt «Aktiv På Dagtid» - økt livskvalitet og veien tilbake til arbeid?

### Bakgrunnsvariabler

Svarte du på det første spørreskjemaet om Aktiv på dagtid?

- (1)  Ja
- (2)  Nei

I hvilken by deltar du på Aktiv på dagtid aktivitetene?

- (1)  Arendal
- (2)  Grimstad
- (3)  Risør
- (4)  Lillesand

**Kjønn**

- (1)  Kvinne
- (2)  Mann

**Alder**

\_\_\_\_\_ år

### Er du født i Norge?

- (1)  Ja
- (2)  Nei
- (3)  Hvis nei, hva var din alder når du kom til Norge? \_\_\_\_\_ år

### Formell utdanning? (Sett kryss for den høyeste utdanningen du har)

- (1)  Barne- og ungdomsskole
- (2)  3 år videregående skole
- (3)  Yrkesfag med fagbrev
- (4)  3årig høyskole/universitet
- (5)  5årig høyskole/universitet
- (6)  Mer enn 5 år høyskole/universitet
- (7)  Annet (oppgi utdanning) \_\_\_\_\_

### Mottar du behandling nå? (Flere svar mulig)

- (1)  Ja
- (2)  Behandling hos psykolog/psykiater
- (3)  Fysioterapi/manuell terapi og/eller kiropraktor
- (4)  Medikamentell behandling
- (5)  Alternativ behandling (akupunktur, homeopat, osteopat, naprapat)
- (6)  Annet (oppgi) \_\_\_\_\_

## Arbeidslivet

### Omtrent hvor mange år har du vært i arbeidslivet totalt?

\_\_\_\_\_ år

### Hva var din status i forhold til arbeidslivet FØR du startet ved Aktiv på Dagtid

- (1)  Jeg er 100% sykemeldt
- (2)  Jeg er delvis sykemeldt (oppgi prosent)\_\_\_\_\_
- (3)  Jeg er uføretrygdet
- (4)  Jeg er delvis uføretrygdet (oppgi prosent)\_\_\_\_\_
- (5)  Jeg er jobbsøker
- (6)  Jeg er under arbeidsavklaring
- (7)  Jeg mottar en annen ytelse fra NAV (oppgi hvilken)\_\_\_\_\_
- (8)  Annet (oppgi)\_\_\_\_\_

### Hva er din status i forhold til arbeidslivet NÅ?

- (1)  Jeg er 100% sykemeldt
- (2)  Jeg er delvis sykemeldt (oppgi prosent)\_\_\_\_\_
- (3)  Jeg er uføretrygdet
- (4)  Jeg er delvis uføretrygdet (oppgi prosent)\_\_\_\_\_
- (5)  Jeg er jobbsøker
- (6)  Jeg er under arbeidsavklaring
- (7)  Jeg mottar en annen ytelse fra NAV (oppgi hvilken)\_\_\_\_\_
- (8)  Annet (oppgi)\_\_\_\_\_

### Hva er ditt mål for arbeidslivet/ hverdagslivet videre?

- (1)  Jeg kan ikke komme tilbake til jobb, mitt mål er økt livskvalitet
- (2)  Jeg har ikke noe mål akkurat nå
- (3)  Jeg skal tilbake i jobb i nær fremtid
- (4)  I løpet av 1- 3 mnd
- (5)  I løpet av 3- 6 mnd
- (6)  I løpet av 6- 9 mnd
- (7)  Jeg håper jeg kommer tilbake til arbeidslivet med tiden i full stilling (100%)
- (8)  Jeg håper jeg kommer delvis tilbake til arbeidslivet med tiden, full stilling er ikke et mål
- (9)  Jeg jobber deltid og håper på å fortsette å klare det fremover

- (10)  Jeg ønsker å øke deltidsgraden
- (11)  Annet (oppgi)\_\_\_\_\_

## Helse

Sett under ett, hvor god vil du si din helse var FØR du startet ved Aktiv på dagtid?

- (1)  Meget god
- (3)  God
- (4)  Nokså god
- (5)  Dårlig
- (6)  Meget dårlig

Sett under ett, hvor god vil du si din helse er NÅ?

- (1)  Meget god
- (3)  God
- (4)  Nokså god
- (5)  Dårlig
- (6)  Meget dårlig

Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)? (Flere mulige svar)

- (1)  Plutselig frykt uten grunn
- (2)  Føler deg redd eller engstelig
- (3)  Matthet eller svimmelhet
- (4)  Føler deg anspent eller oppjaget
- (5)  Lett for å klandre deg selv
- (6)  Søvnproblemer
- (7)  Nedtrykt, tungsindig

- (8)  Følelse av å være unyttig, lite verdt
- (9)  Følelse av at alt er et slit
- (10)  Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden

Hvor ofte har du i løpet av den siste måneden hatt en eller flere av følgende problemer (flere svar mulig)

- (1)  Smerter i nakke/ skuldre
- (2)  Smerter i armene
- (3)  Smerter i hoftene
- (4)  Smerter i bena
- (5)  Ryggsmerter
- (6)  Fordøyelsesproblemer og/ eller magesmerter
- (7)  Hodepine
- (8)  Tretthet

## Mestring og sosiale aktiviteter

Nedenfor er det fem utsagn om tilfredshet med livet som helhet. Angi hvor godt eller dårlig de fem påstandene stemmer for deg og ditt liv ved å krysse ved det tallet du synes stemmer best

Sett ring rundt ett tall for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Mine livsforhold er utmerkede	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg er tilfreds med livet mitt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Sett ring rundt ett tall for hver linje

1 2 3 4 5 6 7

Så langt har jeg fått de

viktigste tingene jeg ønsker i (1)  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)

livet

Hvis jeg kunne leve livet på

nytt, ville jeg nesten ikke (1)  (2)  (3)  (4)  (5)  (6)  (7)

forandret noe

**Påstandene under beskriver hvordan du reagerer når du blir konfrontert med/ eller står ovenfor problemer eller ubehagelige hendelser. Angi hvor riktig eller gal hver påstand er med utsagnet som passer best**

Sett ring rundt ett tall for hver linje

Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Jeg klarer alltid å løse

vanskelige problemer hvis jeg (1)  (2)  (3)  (4)

prøver hardt nok

Hvis noen motarbeider meg,

så kan jeg finne måter og (1)  (2)  (3)  (4)

veier for å få det som jeg vil

Det er lett for meg å holde

fast på planene mine og nå (1)  (2)  (3)  (4)

målene mine



Sett ring rundt ett tall for hver linje

	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis en vei ut	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

Nedenfor er noen påstander om dine opplevelser av å være sammen med de andre deltakerne i tilbudet. Kryss av hvor enig eller uenig du er i hver av påstandene

Sett ring rundt ett tall for hver linje

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Jeg føler meg komfortabel sammen med de andre deltakerne på aktiviteter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med kontakten jeg har med de andre deltakerne	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg liker stemningen her	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg synes størrelsen på gruppen er ok	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg hører til i gruppen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Nedenfor følger en rekke påstander om hvordan du opplever aktivitetene. Angi hvor enig eller uenig du er i påstandene

Sett ring rundt ett tall for hver linje

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Aktivitetene er alltid noe meningsfylt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Aktivitetene her er alltid godt organisert	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Sett ring rundt ett tall for hver linje

	Helt uenig	Dølvls uenig	Verken enig eller uenig	Dølvls enig	Helt enig
Hvis det er noe jeg ikke får til, får jeg hjelp	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg kan selv velge hvilke aktiviteter jeg vil gjøre her	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med at aktivitetene er varierte	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med at det er stort utvalg av aktiviteter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg syns at aktivitetene noen ganger er for fysisk krevende	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg syns at aktivitetene noen ganger er for mentalt krevende	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Aktivitetene er i samsvar med mine interesser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Aktivitetene er fleksible i forhold til min dagsform og situasjon	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg føler ikke at jeg strekker til i aktivitetene jeg deltar i	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

## Aktiv på dagtid

**Hvor lenge har du trent hos Aktiv på dagtid / brukte du tilbudet hos APD?**

- (1)  Ikke lenge, jeg er ny nå for dager/ uker siden
- (2)  2- 3 mnd
- (3)  4- 6 mnd
- (4)  7- 8 mnd
- (5)  Mer enn 9 mnd

**Hvor mange aktiviteter i regi av Aktiv på dagtid deltar du på hver uke? (Oppgi antall aktiviteter)**

\_\_\_\_\_ aktiviteter

**Er det andre aktiviteter kunne du tenke deg å engasjere deg i? (flere svar mulig)**

- (1)  Musikk, kor, sang
- (2)  Skrivekurs
- (3)  Andre kulturelle aktiviteter
- (4)  Maling
- (5)  Øvrige idretter
- (6)  Dansing
- (7)  Seiling, kayak, etc
- (8)  Aktiviteter i lokal menighet/lokalt trossamfunn
- (9)  Frivillig på festivaler som CanalStreet, TedX, Internasjonalt Marked osv
- (10)  Besøksvenn eller andre omsorgsoppgaver
- (11)  Redesign, strikking, søm
- (12)  Samtalegrupper
- (13)  Aktiviteter med dyr som hunder og hester
- (14)  Miljøvern, strandrydding, nasjonalparkengasjement
- (15)  Leksehjelp, samtalepartner, språktrening for innvandrere
- (16)  "Sykling uten alder": turer i rickshaw-sykler med eldre på pleihjem
- (17)  Friluftaktiviteter, turer

- (18)  Solidaritetsarbeid, humanitær arbeid, bistand
- (19)  Annet (oppgi)\_\_\_\_\_

**Er det noe som forhindrer deg fra å delta i slike aktiviteter? (flere svar mulig)**

- (1)  Transport er en utfordring
- (2)  Trenger noen å gå sammen med
- (3)  Føler ikke at jeg vil mestre det
- (4)  Har ikke nok tid
- (5)  Kjenner ikke godt nok til tilbudene
- (6)  Har ikke energi til det
- (7)  Har ikke behov for andre aktiviteter
- (8)  Annet (oppgi)\_\_\_\_\_

**I hvilken grad har Aktiv på dagtid aktivitetene gitt deg... (ett svar for hver linje)**

	I svært liten grad	I liten grad	I noe grad	I stor grad	I svært stor grad
Bedre mestringsfølelse?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Bedre selvfølelse?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Mer optimisme for fremtiden?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Bedre humør?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Bedre fysisk form (fått det fysisk bedre)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Bedre psykisk form (fått det mentalt bedre)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg har involvert barna mine i aktiviteter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	I svært liten grad	I liten grad	I noe grad	I stor grad	I svært stor grad
Jeg har begynt å trene i andre sammenhenger	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg er tilbake til arbeidslivet grunnet Aktiv på Dagtid	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

## Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD



Migle Helmersen  
Gimlemoen 19  
4630 KRISTIANSAND S

Vår dato: 18.10.2017

Vår ref: 55302 / 3 / LAR

Deres dato:

Deres ref:

### Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 11.08.2017 for prosjektet:

<i>55302</i>	<i>Aktiv På Dagtid - økt livskvalitet og veien tilbake til arbeid?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Agderforskning, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Migle Helmersen</i>

#### Vurdering

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

#### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaset og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

#### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

#### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

#### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.04.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

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

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / [Lasse.Raa@nsd.no](mailto:Lasse.Raa@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering





#### FORMÅL

Å undersøke om deltakelse i Aktiv på Dagtid vil bidra til å styrke egen tro på at man bedre mestrer livets utfordringer generelt og øker sjansen for å komme tilbake til ordinært arbeidsliv. I tillegg ønsker vi å undersøke de sosiale aspektene; om deltakelse i Aktiv på Dagtid bidrar til å øke engasjementet i fremtiden for større deltakelse i utdanning eller frivillige aktiviteter/samfunnsengasjement.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene er godt utformet.

#### SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger relatert til helseforhold, etnisk bakgrunn og/eller politisk/filosofisk/religiøs oppfatning. Det bør utøves særlig forsiktighet ved behandling av sensitive personopplysninger, både når det gjelder etiske problemstillinger, innhenting av data og informasjonssikkerhet underveis.

#### DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Agderforskning sine interne rutiner for datasikkerhet.

#### DATABEHANDLER

SurveyXact er databehandler for prosjektet. Agderforskning skal inngå skriftlig avtale med SurveyXact om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15.

#### PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 01.04.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler (SurveyXact) må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger og koblinger mellom IP-/epostadresser og besvarelser.