

Ingvild Firman Fjellså

De usynlig syke

En kvalitativ studie av interaksjonsskjerming, forventninger og biografiske opprykk blant langtidssykemeldte på rehabiliteringsopphold

Hovedoppgave i Sosiologi

Veileder: Aksel Tjora

Trondheim, mai 2016

Sammendrag

Dette er en sosiologisk studie som tar for seg opplevelser av rehabilitering og helseplager i hverdagslivet blant en gruppe langtidssykemeldte kvinner med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte helseplager. Felles for helseplagene er at de er lite synlige. Studien er tilknyttet Hysnesprosjektet og studerer deltakere ved kort arbeidsrettet rehabiliteringsopphold på Hysnes Helsefort. Datamaterialet er generert fra totalt seks informanter. Jeg observerte og intervjuet fire deltakere underveis i rehabiliteringsoppholdet samt inkluderte intervjuer gjort med ytterligere to deltakere, seks måneder etter retur fra Hysnes. Problemstillingene som undersøkes er: *Hvordan oppleves 1) rehabilitering, 2) fravær av arbeidsdeltakelse og 3) strategier og praksiser for omsorg blant langtidssykemeldte med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte helseplager?*

Mine hovedfunn er at informantene opplever en ambivalens med hensyn til fravær av deltakelse i arbeidslivet. Det er et sterkt ønske om arbeidsdeltakelse, samtidig som deltakelsen oppleves problematisk når evnene er svekket og prestasjonene ikke er like gode som tidligere. Jeg argumenterer for at det bunner i en problematisk relasjon mellom den kompetansen informantene tolker at de besitter og deres evner til å sette kompetansen ut i praksis. Det er dermed et sprik mellom evner og forventninger til evner, hvilket går ut over hvordan de opplever seg selv. Videre tolker jeg at de strategier og praksiser informantene bruker for omsorg, i stor grad handler om et opplevd skjermingsbehov. De skjerner både seg selv og andre i interaksjoner, og det er i denne sammenhengen jeg introduserer begrepet “interaksjonsskjerming”. Denne studien konkluderer med at rehabiliteringen på Hysnes Helsefort har potensiale til å endre deltakernes liv og fremtid, da rehabiliteringen bidrar til *biografiske opprykk* (Grønning 2014). Jeg tolker at opprykket bunner i opplevelser av forsoning mellom evner og forventninger som svekker *tap av selvet* (Charmaz 1983).

Forord

Arbeidet med dette masterprosjektet har bydd på en hel del utfordringer, men desto flere mestringsopplevelser. Det føles rart å sette strek, men jeg gleder meg til å ta fatt på nye utfordringer. Det føles godt å endelig kunne kalle meg selv “sosiolog”. Det er mange mennesker som skal takkes for at oppgaven er blitt slik den er blitt og at den endelig er ferdigstilt.

Den første og største takken rettes til mine informanter. Takk for at dere ville dele deres historier, opplevelser, erfaringer og følelser med meg. Det er jeg evig takknemlig for! Takk til de ansatte på Hysnes Helsefort. Kunnskapen jeg tok med meg fra Hysnes har kommet særlig godt med i arbeidet med denne oppgaven. Jeg vil også takke forskerne ved Hysnesprosjektet, og særlig Marit By Rise, min biveileder. Tusen takk for godt samarbeid, innspill og veiledning.

Aksel Tjora, takk for alle timene med veiledning. Dine konstruktive tilbakemeldinger, din tålmodighet og ditt engasjement har vært uunnværlig i dette prosjektet. Takk for at du har utfordret meg til å tenke abstrakt og utvikle noe selv. Noe det “smaker fugl” av.

Jeg vil også takke masterkull 13 og gjengen på lesesal 10555. De lange dagene på Dragvoll hadde ikke vært de samme uten dere. Takk for alle kaffepauser, sosialt samvær, mer og mindre matnyttige diskusjoner. Særlig takk til Maria, Frank, Øivind, Inga og Anna for konstruktive innspill.

Videre vil jeg takke mine foreldre, Aud og Halvor, og mine storesøstre, Elin, Line og Hilde. Takk for interesse for prosjektet og oppløftende telefonsamtaler. En ekstra takk til mamma for språkvask og gjennomlesing av oppgaven.

Takk til alle menneskene som på ett eller annet tidspunkt har bodd eller hørt til i “Mexico”. Samværet med dere har vært en nødvendighet for å holde humøret oppe og hode i sjakk.

Sist men ikke minst, Erling. Takk for støtte, oppmuntring og motivasjon gjennom hele prosessen.

Ingvild Firman Fjellså
Trondheim, mai 2016

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1. INNLEDNING	1
2. TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING	5
2.1 TEORI	5
2.1.1 SYKDOM: DISEASE, ILLNESS OG SICKNESS	5
2.1.2 ABNORMALITET	7
2.1.3 MEDISINSK, SOSIALT OG SUBJEKTIVT PERSPEKTIV PÅ FUNKSJONSNEDESETTELSE	10
2.1.4 BIOGRAFISK FORSTYRRELSE	11
2.1.5 EMPOWERMENT OG MESTRING	13
2.2 TIDLIGERE FORSKNING	15
2.2.1 ARBEID OG HELSE	15
2.3 NYE SPØRSMÅL	18
3. METODE	21
3.1 BESKRIVELSE AV CASET	21
3.2 METODISK TILNÆRMING	24
3.3 KVALITET I FORSKNINGEN	24
3.4 UTVALG, REKRUTTERING OG ANONYMISERING	25
3.5 DATAGENERERING	26
3.6 ETISKE HENSYN OG FORSKERROLLEN	30
3.7 ANALYTISK METODE	33
4. ANALYSE	35
4.1 ARBEIDSLIVET	36
4.1.1 BETYDNINGEN AV ARBEIDSDELTAKEELSE	36
4.1.2 UTFORDRINGER PÅ ARBEIDSPLASSEN	37
4.1.3 UTFORDRINGER VED Å IKKE VÆRE PÅ ARBEIDSPLASSEN	39
4.1.4 TRE TREKK OM ARBEIDSDELTAKEELSE	40
4.2 SOSIALT LIV	42
4.2.1 OMSORGSARBEID OG ANSVAR	43
4.2.2 SKJERMING	44
4.2.3 TILGJENGELIGHET	45
4.3 Å DRA BORT	46
4.3.1 “HYSNESBOBLEN”	47
4.4 HYSNES HELSEFORT	49
4.4.1 HVA ER PROBLEMET?	49
4.4.2 TID	51
4.4.3 KROPP	55
4.4.4 “HYSNESSEKKEN”	59
4.5 ANALYSEN AVRUNDES	62

5. DISKUSJON	65
5.1 FRAVÆR AV ARBEIDSDELTAKEELSE	65
5.1.1 ANSVAR: KOMPETANSE OG PRAKSIS	67
5.2 SKJERMINGSSTRATEGIER OG PRAKSISER FOR OMSORG	69
5.2.1 FENOMENET SKJERMING	71
5.2.2 “INTERAKSJONSSKJERMING”	71
5.3 REHABILITERING	75
5.3.1 FORSONING MELLOM EVNER OG FORVENTNINGER	75
6. AVSLUTNING	79
LITTERATURLISTE	83
APPENDIX	
VEDLEGG 1: INFORMASJONSBREV	A
VEDLEGG 2: SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I OBSERVASJONSSTUDIE	B
VEDLEGG 3: SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I INTERVJU	C
VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE	D
VEDLEGG 5: GODKJENNING AV REK	F

1. INNLEDNING

Flere i arbeid og aktivitet, og færre på stønad, er blant hovedmålene til NAV (NAV 2016). Det foreligger en bred politisk oppslutning om at yrkesdeltakelse er positivt for den enkelte, da dette fremmer selvstendighet, trygghet, selvrealisering (Askeland, Ellingsen og Thune 2015), identitet og personlig vekst (Folkehelseinstituttet 2014:217; Forseth og Rasmussen 2003:11). Langvarig sykefravær påvirker menneskers sosiale fungering, familieliv, arbeidsplass og det øvrige samfunnet (OECD 2013). Internasjonalt ligger Norge på topp i sysselsetting av befolkningen, men også i bruk av helserelevante trygdeytelser. Nær en av fem voksne i Norge mottar en helserelevante ytelse. Denne femtedelen er hovedsakelig mottakere av uføretrygd, avklaringspenger eller sykepenger (Arbeids- og sosialdepartementet 2015). Psykiske lidelser og sykdommer i muskel- og skjelettsystem og bindevev, er de hyppigste årsakene til uføretrygd (Ellingsen 2015) og legemeldt sykefraværsdagsverk (Nygaard 2015).

NAV benytter et bredt spekter av arbeidsrettede tiltak for å hjelpe mennesker i jobb (Askeland, Ellingsen og Thune 2015), og tiltak som arbeidsrettet rehabilitering skal gi hjelp til å mestre sosiale og helserelevante problemer som hindrer deltakelse i arbeidslivet (NAV 2015). Det er gjennomført studier som har undersøkt tilbakeføring i arbeidslivet for personer med muskel- og skjelettlidelser (Vermeulen et al. 2011), og en rekke studier har her vært spesifikt rettet mot arbeidsevnen til personer med uspesifiserte smerter i korsryggen (Jensen et al. 2011; Lambeek et al. 2010; Hagen, Eriksen og Ursin 2000; Loisel et al. 1997). Andre studier har undersøkt arbeidsrelaterte tiltak for personer med sykefravær grunnet psykiske lidelser (Blonk et al. 2006), angst (van Oostrom et al. 2010), tilpasningsforstyrrelser (van der Klink et al. 2003) og arbeidsrelatert stress (Netterstrøm og Bech 2010). Det rapporteres om hyppige overlapp mellom smerter i muskel og skjelett, psykiske lidelser og andre lidelser (Von Korff et al. 2005; Natvig, Eriksen og Bruusgaard 2002; Reme et al. 2011; Hagen et al. 2006). Det har derfor vist seg at det er utfordrende for allmennpraktiserende leger å diagnostisere overlappende og komplekse helseplager, og det er stor variasjon mellom hvilke diagnoser som gis på lignende symptomer (Maeland et al. 2012). Likevel er de fleste arbeidsrettede rehabiliteringsprogram for sykemeldte rettet mot spesifikke diagnosegrupper (Rise et al. 2015).

Hysnesprosjektet, som denne studien er knyttet til, er bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge. Hensikten har vært å undersøke effekten av arbeidsrettet rehabilitering på tvers av pasienter med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte lidelser. Gruppebasert yrkesrelatert rehabilitering på tvers av diagnoser har eksistert i Norge i mange år, men det er ikke tidligere gjennomført grundige og omfattende evalueringer av slike tiltak (Fimland et al. 2014). Hysnesprosjektet har tatt sikte på å gjøre dette, gjennom randomisert kontrollert studie av langtidssykemeldte i tre parallelle grupper; langt og kort døgnbasert rehabiliteringsopphold på Hysnes Helsefort, og et poliklinisk tilbud på St. Olavs Hospital. Forskningsprosjektet undersøker en omfattende rehabiliteringsmodell som er tilpasset pasienter med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte lidelser.

Forskningsspørsmål

Min studie er tilknyttet Hysnesprosjektet i så måte at den har som mål å undersøke opplevelser knyttet til arbeidsrettet rehabilitering hos deltakere på kort døgnbasert rehabiliteringsopphold ved Hysnes Helsefort. Den overordnede problemstilling i oppgaven er:

Hvordan oppleves rehabilitering blant langtidssykemeldte med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte helseplager?

For å få innsikt i problemstillingen har jeg foretatt kvalitative intervjuer og deltakende observasjoner med deltakere på kort arbeidsrettet rehabiliteringsopphold ved Hysnes Helsefort. Hensikten har vært å få innsikt i deres opplevelser om rehabiliteringen og utfordringer knyttet til nedsatt helsetilstand.

Motivasjonen for å gjøre en helserelatert studie, springer ut fra en interesse for ulike perspektiv og opplevelser av kropp og helse. Fra tidlig alder har jeg omgått mennesker med mer og mindre tydelige kroppslige funksjonshemninger. Samtalene har ofte dreid seg om hvordan mennesker med kropper som ser lite funksjonelle ut, kan fungere på lik linje med andre, så lenge det legges til rette for det. Da jeg fikk muligheten til å ta del i Hysnesprosjektet, syns jeg det var spennende å kunne undersøke opplevelser knyttet til svært lite synlige helseplager, da dette ga rom til å undersøke hvordan helseplager oppleves for personer som tilsynelatende er kroppslig funksjonsfriske.

Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven består av til sammen seks kapitler. I dette første kapitlet har jeg aktualisert temaet for oppgaven og presentert den overordnede problemstillingen. Oppgavens neste kapittel tar for seg teori og tidligere forskning. Her vil jeg trekke frem avviksteori, ulike perspektiver på sykdom og funksjonsnedsettelse, kronisk sykdom som kilde til forstyrrelser i egen biografi, empowerment og mestring, og tidligere forskning om arbeidsliv, helse og husholdsarbeid og ansvar. Kapitlet avsluttes med to nye forskningsspørsmål.

I kapittel tre jeg gjøre rede for de metodiske valgene jeg har tatt. Her vil en beskrivelse av caset bli gitt, begrunnelse for metodisk tilnærming, diskusjoner rundt datamaterialet, studiens kvalitet og forskerrollen. Her forklarer jeg også hvordan jeg har gått frem i analysearbeidet, ved bruk av stegvis deduktiv-induktiv metode (Tjora 2012a:174).

Kapittel fire er oppgavens analysedel. Denne er delt tematisk i fire deler etter de mest fremtredende teamene i datamaterialet. Dette er henholdsvis arbeidslivet, sosialt liv, den fysiske forflytningen til Hysnes i forbindelse med rehabiliteringen, og selve rehabiliteringen på Hysnes Helsefort. Informantenes egne utsagn og mine observasjonsutdrag danner utgangspunkt for analysen. Analysen har jeg holdt svært empirinær, og det er derfor få referanser til annen litteratur i denne delen. I oppgavens diskusjonsdel, kapittel fem, viser jeg til sentrale funn fra analysen. Med utgangspunkt i analysens hovedkategorier og teori, peker jeg på gjennomgående fenomener og utvikler konsepter. Her introduserer jeg begrepet “interaksjonsskjerming”, som er ment å peke på ulike former for skjerming i interaksjoner. Avslutningsvis i diskusjonen trekker jeg frem hvorfor rehabilitering er med på å muliggjør endring i deltakernes liv og fremtid.

I avslutningskapitlet, kapittel seks, oppsummerer jeg oppgavens hoveddiskusjonspunkter, trekker frem hvilken kunnskap studien genererer og hvordan den kan brukes videre.

2. TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING

I denne delen vil jeg presentere relevante teorier, begreper og tidligere forskning som kan være med på å belyse min overordnede problemstilling: *Hvordan oppleves rehabilitering blant langtidssykemeldte med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte helseplager?* Jeg vil starte med en redegjørelse for sykdomsbegrepet, hvilket er hensiktsmessig i en helsesosiologisk oppgave, da det inkluderer både subjektive, medisinske og sosiale aspekter. Videre vil jeg trekke frem begrepene stigma og stemping, og vise til teori og begreper som trekker paralleller mellom avviksteori, funksjonsnedsettelse og sykdom. Med hensyn til sosial og subjektiv forståelse av funksjonsnedsettelse henviser jeg hovedsakelig til Krogstrups (1999, i Jensen et al. 2007) begrepstrio; primære-, andre- og tredje handikap. I denne delen trekker jeg også inn begrepet til Charmaz (1983) om “loss of self” (tap av selvet) som en grunnleggende del av opplevelsen knyttet til kronisk sykdom. Charmaz (1983) utdypes grundigere i diskusjonsdelen, hvor jeg bruker begrepet aktivt. Burys (1982) teori om hvordan kronisk sykdom fungerer som en forstyrrelse i livet, blir også presentert. Videre gjør jeg rede for begrepet “empowerment” og Banduras (1977) forståelse av evner og forventninger til individuell mestring. Til slutt viser jeg til forskning som er gjort med hensyn til sammenheng mellom arbeid og helse, og forskning om ansvar og arbeid i familielivet, og formulerer ytterligere to nye forskningsspørsmål.

2.1 Teori

2.1.1 Sykdom: disease, illness og sickness

Sykdomsbegrepet gir rom for mange betydninger. Den engelske faglitteraturen opererer blant annet med begreper som “sickness”, “illness” og “disease” for å beskrive helserelaterte fenomener. Samtlige begreper oversettes ofte til norske “sykdom”, men begrepet mister noe av sin nyanse når det oversettes fra engelsk til norsk språk (Tjora 2012b:19). I den følgende delen gjør jeg rede for Marshall Marinkers (1975) beskrivelse av sykdomsbegrepene og Bryan S. Turners (1992) kritikk av denne typen begrepsforståelse.

Marinker (1975) forsøker å definere de nevnte begrepene av “uhelse” i artikkelen “Why make people patients?”. Han forklarer at *disease* er en organisk prosess, som vanligvis er fysisk.

Avviket fra en biologisk norm bidrar til å identifisere denne forståelsen for uhelse. Marinker (1975) hevder at det er en objektivitet knyttet til denne tilstanden, hvor legene er i stand til å se, måle, ta på eller lukte det avvikende. I det medisinske perspektivet er disease verdsatt som de sentrale faktaene. *Illness* derimot, blir beskrevet av Marinker (1975) som den interne og personlige opplevelsen av uhelse. Ofte er den personlige opplevelsen av uhelse, knyttet til disease, men ikke alltid. Noen ganger eksisterer illness selv om diseases ikke identifiseres. *Sickness* er en sosial rolle og status som blir forhandlet frem mellom personen som oppleves som syk og samfunnet personen er en del av, slik man også kan lese om i Parsons (1951:101-108) tese om "sykerollen". Marinker (1975) forklarer at den sosiale rollens sikkerhet er avhengig av en rekke faktorer. Den sikreste faktoren er nærværet av disease, altså at det er et observerbart avvik av en biologisk norm. Den sosiale rollen som syk (*sickness*), basert kun på den personlige opplevelsen av sykdom (*illness*), er derimot ikke like sikker. Det er også unntak med hensyn til observerbar sykdom (*disease*). Kronisk og psykisk sykdom er ikke like sterkt forankret i sikkerheten til den sosiale rollen som syk, som opererbar og akutt sykdom. Alder er også en faktor av betydning, mens kjønn er noe Marinker (1975) er litt vag på, til tross for at han konkluderer med at sikkerheten i den sosiale rollen er sterkest forankret i akutt, somatisk sykdom hos unge menn, hvor utfallet raskt kan anslås til å ende med enten fullstendig friskgjøring, eller død. "*The diseases of the old are less highly regarded than those of the young; I do not dare to suggest that diseases of women are inferior to those of men.*" (Marinker 1975:83). Fra Marinkers beskrivelse kan man trekke tre ulike perspektiver på sykdom: den medisinske (*disease*), den sosiale (*sickness*) og den personlige (*illness*).

Turner (1992:152) diskuterer også de ulike tilnærmingene til sykdom, med hovedsakelig vekt på forskjellen mellom *disease* og *illness*. Han argumenterer for at det er et uklart forhold mellom de to begrepene på bakgrunn av det paradoksale og motsetningsfylte forholdet mellom kultur og natur. I tillegg hevder han at forbindelsen mellom de to begrepene også er relatert til institusjonaliseringen av kunnskap og makt. Han hevder mennesket er tvetydig plassert i både kulturen og naturen, og finner det dermed problematisk å tilslutte seg synspunktet at "disease" kun er en del av naturens orden og ikke underkastet kulturelle prosesser. Turner (1992) konkluderer med at begrepet "disease" er like omstridt som "illness", og at begrepene alltid omfatter en vurdering, som til slutt hviler på et kriterium om statistisk hyppighet eller en idealtilstand. Med dette mener han at "disease" er et produkt av klassifiseringsprosesser. Han forklarer for eksempel at oppdagelsen av en ny "disease" er en konsekvens av en endring i

forklaringsrammen av en ny nisje. Endringene i rammen er forbundet med endringer i den institusjonaliserte medisinske kunnskapen og med den medisinske makten. Turner (1992) mener derfor at det er umulig å diskutere karakteren av “disease”, uten å benytte begrepet i et hierarki av moralske bedømmelser. Dette må igjen forstås i relasjon til makten i ulike sosiale grupper.

2.1.2 Abnormalitet

Erving Goffman (1963) og Howard Saul Becker (1973) skrev om stigma og stempeling i sammenheng med avvik. Begrepene er relevante i analyse av funksjonsnedsettelse. Til tross for at begrepene ofte brukes synonymt er det hensiktsmessig å skille mellom dem, da de holder noe ulikt fokus (Andersen og Petersen 2012:99). Oppmerksomheten er rettet mot atferd i Beckers teori om stempeling, mens Goffmans teori om stigma er rettet mot avvik i et bredere perspektiv.

Stigma

Goffman (1963:11) forklarer at begrepet *stigma* springer ut fra oldtidens grekere, som refererte til kroppslige tegn på annerledeshet, eller noe dårlig knyttet til den stigmatiserte personens moralske status. De kroppslige tegnene kunne være kutt eller brennmerker som signaliserte at bæreren av tegnene var slave, kriminell eller forræder. Senere har begrepet blitt brukt for å beskrive avvikende fenomener som også inkluderer karakteristikk som ikke er av fysisk karakter (Goffman 1963:11), slik som homoseksualitet eller hjemløshet (Green 2009:14). Goffman (1963:14) skiller mellom tre typer stigma. Den ene omhandler fysiske kroppslige avvik, den andre er avvik av individuell karakter som blir sett på som svak viljestyrke, dominerende eller unaturlige lyster, uærlighet og bedragende. Den tredje typen stigma er basert på religion, etnisitet eller nasjonalitet. I følge Goffman (1963) er stigma et sosialt produkt som oppstår på grunn av sosial interaksjon, hvor potensielt stigmatiserende egenskaper kan påvirke forventningene eller atferden til de involverte i interaksjonen. *“By definition, of course, we believe the person with a stigma is not quite human”* (Goffman 1963:15). Fysiske merker, tegn på ens identitet eller opphav, kan signalisere individers manglende evne til å leve opp til sosiale eller kulturelle idealer (Green 2009:14).

Synlighet av stigma

Goffman (1963) skriver også om synligheten av stigma. Han hevder at stigmaet som en person innehar er preget av andres kjennskap til egenskapen knyttet til stigmaet, hvor fremtredende det

er, og dens opplevde fokus. Et synlig stigma kan være å sitte i rullestol, mens et tilsynelatende usynlig stigma kan være talefeil. I verbal kommunikasjon kan stigmaet knyttet til talefeilen bli fremtredende, mens rullestolen kan nærmest være usynlig i et møte hvor interaksjonen finner sted rundt et bord. Funksjonssvikten som personen i rullestol innehar, kan da være mindre fremtredende, enn den tilsynelatende mindre funksjonssvikten knyttet til talefeil. Det er altså betinget ut fra situasjonen. På fjelltur vil situasjonen trolig være motsatt. Det finnes andre situasjoner hvor stigmaet er skjult i større grad enn ved talefeil. Det kan være skjult i så stor grad at det ikke blir avslørt før man eventuelt avslører det selv. Her bruker Goffman (1963:93) begrepet *passing*, som refererer til hvordan man kan skjule avviket ved å “passere”, uten å bli avslørt. For noen kan det være ønskelig å passere på lik linje med andre som tilsynelatende ikke innehar potensielt stigmatiserende egenskaper, mens for andre kan det være ønskelig å ikke skjule stigmaet. Hvorvidt man blir avslørt for sitt stigma av andre, avhenger derfor av om andre kjenner til eller blir introdusert for stigmaet en person har.

Speiling

Jensen, Petersen og Stokholm (2007:103) forklarer at til tross for at stigma kommer utenfra, kan det skje at mennesker som blir stigmatisert, etterhvert ender opp med å dele samfunnets opplevelse av dem selv. Dette kan skje selv om man forsøker å ikke la seg selv bli satt i en stigmatiserende kategori. Identiteten og selvbildet kan bli påvirket av opplevelsen av å bli stigmatisert. *“Mennesker er ikke født med et selvbillede, det er et resultat af en sosialiseringssproces, og vi socialiseres gennem de forventninger, vi stilles ovenfor af andre”* (Jensen et al. 2007:103). Identitet og selvbildet skapes i interaksjon med andre mennesker, og på bakgrunn av hvordan man opplever at andre reagerer på egen atferd. Dette er å kjenne igjen fra Charles Horton Cooley (1902) begrep om *looking-glass self*. Cooley (1902) hevder at hvordan man oppfatter seg selv, er sterkt knyttet til hvordan man tror andre opplever seg. *“Each to each a looking-glass. Reflect the others that doth pass.”* (Cooley 1902:152). Han bruker begrepet “looking-glass self”, som tar utgangspunkt i en sammenligning mellom refleksjonen av seg selv i et speilbilde og refleksjonen av seg selv gjennom andre. Man forestiller seg hvordan andre betrakter, vurderer og dømmer ens fremtoning og atferd. Dette kan fremme stolthet eller skuffelse. Det som avgjør om vi opplever stolthet eller skam over oss selv, er sterkt forankret i hvem sine øyne vi ser oss selv gjennom og hvilken effekt vi forestiller oss at vi har på den andre.

Jensen, Petersen og Stokholm (2007:104) skriver om funksjonshemninger i et samfunnsperspektiv, og beskriver hvordan mennesker med funksjonsnedsettelse ofte blir ansett som personer som ikke fungerer “normalt” eller som ofre for ulykker eller sykdom. Opplevelsen av funksjonsnedsettelse, fra mennesker uten dette, er ofte basert på stereotyper som forbinder nedsatte funksjoner med avhengighet og hjelpeløshet. I samfunn hvor kropp får mye oppmerksomhet, og da spesielt med en klar pekepinn på hva som er “riktig” kropp, kan personer med funksjonsnedsettelse oppleve å til stadighet bli påminnet at de er annerledes, til tross for at de kan oppleve seg selv som normale (Jensen et al. 2007:104). I kraft av omgivelsenes reaksjoner opplever man hva som defineres som avvik, slik man kan lese om hos Beckers (1973) interaksjonistiske teori om avvik.

Stempling

Becker (1973:1) forklarer i boken “Outsiders”, at alle sosiale grupper konstruerer sine egne sett av regler. Reglene er med på å definere hvilken atferd som er akseptabel for gruppen, og dermed også uakseptabel atferd. Dersom en regel blir brutt, blir personen som er antatt å ha handlet i strid med den sosiale gruppens regler, ansett som en *outsider* - en avviker. Hvorvidt personen anser seg selv som en avviker, avhenger av om hun anser dem som dømmer henne som kompetente eller legitime til å gjøre dette, men også forøvrig om hun anser dem som dømmer henne er avvikere selv. Becker (1973:9) påpeker at avvik ikke handler spesifikt om personens faktiske handlinger, men heller om konsekvenser som påføres av andre gjennom regler og sanksjoner av den “tiltalte”. *“The deviant is one to whom that label has successfully been applied; deviant behavior is behavior that people so label”* (Becker 1973:9). Becker (1973:179) tar avstand fra at avvikende atferd kun er et resultat av at andre stempler en. Altså at man ikke starter med avvikende atferd kun på bakgrunn av at noen anklager en person for dette. Derimot sier Becker (1973:179) at stempeling kan bidra til at omstendighetene rundt en aktør gjør det vanskeligere for henne å fortsette med de normale hverdagsrutinene, og derfor kan bidra til å fremprovosere “abnormal” atferd.

Turner (1992:153) hevder stempelingsteorien har en hatt en nyttig funksjon som en kilde til kritikk av den medisinske modellen. Teorien retter oppmerksomheten mot de svært ulike konsekvensene stempeling kan medføre den enkelte aktørs atferd. Dersom en person blir ansett

som avvikende kan det ha ganske annerledes konsekvenser enn om hun blir omtalt som en person som lider av en sykdom.

2.1.3 Medisinsk, sosialt og subjektivt perspektiv på funksjonsnedsettelse

Med utgangspunkt i Krogstrups (1999, i Jensen et al. 2007:106) begrep om “primære, andre og tredje handikap” skriver Jensen, Petersen og Stokholm (2007:106-109) om potensielle ringvirkninger knyttet til funksjonsnedsettelse. I følge forfatterne beskriver det *primære handikap* den faktiske funksjonsnedsettelsen. Det *andre handikap* omhandler hvordan det totale bilde av personen blir større enn summen av det primære handikappet, mens det *tredje handikap* handler om å oppleve seg selv som en byrde.

Jensen, Petersen og Stokholm (2007:106) hevder at mennesker med funksjonsnedsettelse kan oppleve at samfunnet oppfatter dem på en bestemt måte og kan tillegge dem en lavere funksjonsevne enn de egentlig har. Altså at samfunnet tillegger mennesker egenskaper utover deres primære handikap, men på bakgrunn av det. De hevder at det skjer i kraft av den *sosiale devalueringen*. Den sosiale devalueringen er en prosess som oppstår på bakgrunn av samfunnets kultur og oppfattelse av hva som er normalt, og dermed hva som avviker. Prosessen tar utgangspunkt i at en person er annerledes, eksempelvis med et synlig handikap. Handikappet eller annerledesheten konstateres av andre, og deretter skjer det en tolkning og vurdering av hvordan egenskapene knyttet til annerledesheten skiller seg fra normativ atferd og fremtoning. En negativ verdsettelse kan skje som følge av denne vurderingen. Konsekvensen av negativ verdsettelse kan da bli en *devaluering av personen*. Ytterligere kan personen bli tillagt bestemte egenskaper som følge av fordommer knyttet til ulike former for handikap. En slik negativ verdsettelse kan øke risikoen for at personen blir påvirket av omgivelsenes negative forventninger, og etterhvert lever opp til forventningene. Det neste som kan skje er at personen reduseres fra et selvstendig individ til en del av en gruppe, hvor den enkelte tillegges negativ identitet og status på bakgrunn av tilhørigheten. Det skjer altså en stemping. Når stempingen er foretatt kan det medføre at menneskene som tilhører den negativt vurderte gruppen, blir utsatt for *kollektiv sosial devaluering*. Konsekvens av dette kan være at de behandles som mindreverdige, hvilket skjer når mennesker blir utsatt for *kollektiv stemping*. En slik stemping tar ikke hensyn til at menneskene har varierende grad av funksjonsnedsettelse og ulike personlige ressurser, som

gjør at de mestrer funksjonsnedsettelsen forskjellig. Det andre handikappet er dermed resultatet av en sosial devaluering.

Begrepet *det tredje handikap* (Krogstrups 1999, i Jensen et al. 2007:108), brukes for å beskrive hvordan personer med funksjonsnedsettelse kan oppleve seg selv som en byrde i relasjon til omgivelsene. Dette kan være med hensyn til blant annet familie, institusjoner, arbeidsplass, eller lokalsamfunn. Opplevelsen av å være en byrde for omgivelsene kan hindre mennesker med funksjonsnedsettelse i å delta i aktiviteter, på grunn av at de ikke ønsker å være til bry, og dermed begrenses deres mulighet for deltakelse i samfunnslivet. En devaluert selvoppfattelse kan gi en ytterligere opplevelse av å være funksjonshemmet.

I likhet med Krogstrups (1999, i Jensen et al. 2007) begrep om det tredje handikap, diskuterer Kathy Charmaz (1983) samme tema, men gjøre det med utgangspunkt i kroniske sykdomstilstander. Charmaz (1983) benytter begrepet “loss of self” (tap av selvet), for å beskrive hvordan en grunnleggende del av smerten knyttet til kronisk sykdom er opplevelsen av et tap av selvet. Personer som strever med kroniske lidelser, kan oppleve at selvbildet svekkes. Dermed kan sykdommen påvirke individer til oppleve; å begrense seg selv, sosial isolasjon, bli diskreditert, og være en byrde for andre.

2.1.4 Biografisk forstyrrelse

I følge Michael Bury (1982) fungerer kronisk sykdom som en “biographical disruption” (biografisk forstyrrelse). Med dette mener han hvordan kronisk sykdom legger store begrensinger på hverdagslivet og fungerer som en forstyrrelse som er både nedbrytende og oppløsende i den enkeltes livsløp eller livsfortelling. Livet og fremtiden blir dermed annerledes enn man hadde sett for seg, og man må tilpasse rutiner til et liv med svekket helsetilstand.

Bury (1982) beskriver tre aspekter av forstyrrelser som utfolder seg ved kronisk sykdom. For det første forstyrres atferd og antagelser som man tidligere har tatt for gitt, og oppmerksomheten rettes mot kroppslige tilstander som man vanligvis ikke er bevisst på. Han hevder at en av de viktigste funksjonene ved kronisk sykdom er hvordan den starter nærmest ubemerket, og smyger seg innpå. “*Non-communicable diseases do not 'break-out' they 'creep-up'*” (Bury 1982:170). I tillegg blir forholdet mellom intern og ekstern virkelighet, snudd på hodet. Antagelser som

tidligere ga mening mister sin betydning, uten at nye alternative forklaringer er tilgjengelige. Dette kan føre til forvirring om hvordan eller hvorvidt man skal formidle helsesituasjonen til andre, både til dem som er nære og dem som er mer perifere, som for eksempel helsepersonell. Å oppsøke medisinsk hjelp kan være problematisk i møte med kronisk sykdom, men etterhvert som symptomene gir utslag blir det en nødvendighet. Å bli tatt på alvor av helsepersonell kan oppleves som en lettelse og markere en overgang fra et stadium til et annet. Overgangen kan på den ene siden, i tillegg til å ta tak i de pågående plagene, symbolisere en rettferdighet og anerkjennelse knyttet til plagene og atferden til den enkelte. På den andre siden er offisiell anerkjennelse og behandling forbundet med en rekke forventninger.

Det andre aspektet ved kronisk sykdom, er ifølge Bury (1982) hvordan forstyrrelsen bryter med de fundamentale forklaringssystemene som folk vanligvis bruker, og det iverksettes derfor en revurdering omkring personens egen biografi og eget selvbilde. Det er knyttet mye usikkerhet til opplevelsen av kronisk sykdom. Både usikkerhet omkring omfanget og utviklingen, samt hvilken atferd som er akseptabel i møte med effektene av sykdom. Mens toleransen til dem rundt den syke kan bli satt på prøve i slike situasjoner, kan individet forsøke å insistere på legitimiteten av handlingene sine. Denne legitimiteten fremmer et nytt sett av problemer som involverer en reevaluering av forholdet mellom usynlig sykdom og selvet. Det er i denne konteksten at medisinsk kunnskap blir særlig viktig, da det gir rom for å skille mellom sykdom og identitet. Å holde sykdommen på en armlengdes avstand bidrar til å underbygge påstanden om at man er blitt ett "offer" for eksterne forhold. Å gjøre noe annet blir det samme som å akseptere det fulle og hele ansvaret for sykdommen selv.

I tillegg til å være en forstyrrelse i strukturene som brukes til å fortolke og forklare, er sykdom også en forstyrrelse i sosiale relasjoner, samt i materielle og praktiske anliggende. Dette er det tredje aspektet av kronisk sykdom som Bury (1982) trekker frem. Han hevder at en ny og omveltende situasjon, som følge av kronisk sykdom, krever en respons som omfatter mobilisering av både kognitive og materielle ressurser. Å forsøke å finne mening i truende og tilsynelatende tilfeldige hendelser, slik som kronisk sykdom, involverer en evaluering av familiære og biografiske erfaringer. Den som er syk, kan nærmest ikke unngå å bli trukket inn i en omorganisering av deres personlige og samfunnsmessige engasjement. Fravær eller tilstedeværelse av et støttende sosialt nettverk kan utgjøre en stor forskjell i helseforløpet, med hensyn til opplevd funksjonsnivå. Forstyrrelser i relasjoner og nærmiljø skjer ikke kun på

bakgrunn av funksjonelle hemninger, men kan også skje på grunn av forlegenhet knyttet til nedsatt funksjonsnivå. Hverdagslivet, som man tidligere tok det for gitt, kan bli en byrde både i bevisstheten og i tilsiktede handlinger. Omfanget knyttet til planlegging og tilrettelegging av aktiviteter kan bli overveldende.

Med inspirasjon fra Bury (1982) foreslår Ingeborg Grønning (2014) at begrepet “biografisk forstyrrelse” kan snus til “biografisk opprykk” for å beskrive en oppadgående effekt av forstyrrelsen, ved forbedring i helsetilstand. Hun bruker begrepet for å beskrive hvordan overvektige opplevde økt mestring, glede og helsegevinst, altså et “opprykk”, til tross for at vektnedgangen ikke nødvendigvis var stor eller like stor som forventet. Jeg syns begrepet fungerer godt til å beskrive hvordan man kan oppleve økt livskvalitet basert på små forbedringer i ønsket retning etter et langvarig helseproblem.

2.1.5 Empowerment og mestring

Empowerment

Tankegangen om *empowerment* handler om at mennesker blir i stand til å ta makten over egen liv, gjennom oppnåelse av økt handlingskompetanse (Petersen 2007:188). Empowerment handlet opprinnelig om å gi undertrykte og underprivilegerte grupper, større makt over eget liv og selvbestemmelse (Petersen 2007:188). Det hevdes å være inspirert av blant annet den amerikanske borgerrettsbevegelsen, kvinnebevegelsen, frigjøringsbevegelser, samt ulike former for selvhjelpsorganiseringer (Askheim 2007:21). Det finnes ingen entydig definisjon av begrepet, men det foreligger en konsensus om at begrepet kan defineres som å oppnå kontroll over eget liv (Petersen 2007). Askheim (2007:21) viser til at empowerment springer ut fra begrepet *power*, som kan bety både kraft, makt og styrke. Askheim (2007:33) diskuterer hvordan forskjellige aktører i det velferdspolitiske feltet legger ulike betydninger til begrepet, med hensikt å peke på ulike teoretiske tilnærminger. Innen den terapeutiske posisjonen trekker forfatteren frem hvordan empowerment nærmest sidestilles med *mestring* i rehabiliteringsfeltet. Her rettes det oppmerksomhet på hvordan personer med vedvarende funksjonsnedsettelse kan få opplevelse av kontroll over eget liv, gjennom å kunne mestre utfordringer i hverdagen og lære å leve med sin tilstand. Brukerkunnskap og fagkunnskap skal stilles likt, gjennom en endring av fagpersonens rolle fra styrende til samtalepartner. Orienteringen skal heller være mot den enkeltes ressurser,

enn mot mangler og problemer. Gjennom mestringsorientert terapi skal brukeren få opplevelse av det Antonovsky og Sourani (1988) kaller “the sense of coherence”, hvilket beskrives som en konstruksjon som refererer til hvordan man oppfatter ens egen verden som forståelig, meningsfull og håndterlig. Ved å forstå situasjonen, samt utvikle troen på at man kan finne løsninger og mening i forsøket, skal det gi en opplevelse av å kunne påvirke på eget liv (Askheim 2007:29).

Det bemerkes at empowerment i den terapeutiske posisjonen har blitt kritisert for å redusere maktdimensjonen av begrepet, og kun fokusere på kraft- og styrkingsdimensjonen. Ved å gjøre dette begrenses empowerment til en individuell psykologisk bevisstgjøringsprosess, hvor begrepet ikke tar tak i de kollektive og politiske dimensjonene (Askheim 2007:28). Askheim (2007:28) trekker frem utfordringer ved en slik tilnærming. Han argumenterer for at det legges føringer for at det er noen andre som styrer hvor stor grad av makt den enkelte “klient” har tilgang på.

Mestring

Bandura (1977:79) forklarer at hvor godt eller dårlig man mestrer noe, henger sammen med hvilke forventninger man har om egne evner til mestring, *efficacy expectations* (mestringsforventninger), og troen på at handlinger vil føre til ønsket utfall, *outcome expectations* (utfallsforventninger). Forventningene til egen mestring er sterkest knyttet til egne erfaringer. Har man tidligere opplevd å mestre vanskelige situasjoner, er man mer tilbøyelig til å klare dette igjen. Dette fordi mestring er forventet. Har man derimot gjentakende erfaringer med å ikke mestre situasjoner, er det mindre sjanse for å klarer dette neste gang. Man har dermed lavere mestringsforventning. Bandura (1977:81) hevder dette gjelder spesielt når nederlaget skjer tidlig i et hendelsesforløp. Gjennom gjentakende suksess kan forventningene til mestring styrkes. Man blir da mer motstandsdyktig mot de negative påvirkningene et nederlag kan medføre. Å mestre nederlag fra tid til annen gjennom målrettet innsats, kan videre medføre at man ytterligere styrker egen utholdenhet. Man kan dermed innta en posisjon hvor man anser de vanskeligste utfordringene mulige å mestre gjennom dedikasjon. I følge Bandura (1977:81) blir dermed effekten av nederlag avhengig av blant annet timing, altså om det skjer før eller etter man har opplevd gjentakende suksess eller nederlag, og når i hendelsesforløpet nederlagene skjer. Når mestringsforventningene er etablert, har de en tendens til å generaliseres til lignende situasjoner.

Bandura (1977:140) trekker også paralleller mellom forventninger til egen mestring og depressive reaksjoner. Når man måler selvkontrollen gjennom prestasjoner, evalueringer og mobiliseringen av innsats, kan dette bidra enten som en kilde av tilfredshet, selvtillit og interesse, eller til ubehag. Uten standarder og synlig forbedring av aktiviteter, kan man bli umotivert, kjede seg og bli avhengig av utenforstående stimuli for å tilfredsstilles. Det er derfor nødvendig å sette krav til seg selv og egne prestasjoner, men til en viss grad. Dersom man setter for høye standarder for hva man burde klare, kan man bli skuffet gang på gang. Konsekvensene av dette kan medføre varig motløshet, følelse av verdiløshet og formålsløshet. Dem som både setter for høye standarder og krav til seg selv, og samtidig nedgraderer hva de faktisk oppnår, er i følge Bandura (1977:141), dem som er mest utsatt for depresjon. Mennesker som opplever tap av evner grunnet alderdom eller skader, men fremdeles opprettholder sine originale standarder for hva de burde mestre, kan ende opp med å kritisere egne evner i så stor grad at de etterhvert blir apatiske og unngår aktiviteter som tidligere har gitt dem mye glede. Behandling som er rettet mot virkelighetsnært selvbilde, realistiske mål for positiv evaluering av seg selv, og belønning for oppnådde prestasjoner, bidrar til å redusere depressive reaksjoner (Bandura 1977: 141)

2.2 Tidligere forskning

2.2.1 Arbeid og helse

Som nevnt innledningsvis påvirker langvarig sykefravær strukturer på både mikro-, meso- og makronivå. Det påvirker det øvrige samfunnet, arbeidsplass, familieliv og den enkeltes sosiale fungering (OECD 2013).

I følge Gordon Waddell og Kim Burton (2006) er det sterke indikasjoner på at arbeid er generelt bra for psykisk og fysisk helse og velvære, med enkelte forbehold. De finner i sin reviewstudie at arbeidsløshet er assosiert med dårligere psykisk og fysisk helsetilstand. De finner også at arbeid kan ha en terapeutisk effekt og reversere negative helseeffekter knyttet til arbeidsløshet for; friske personer i arbeidsdyktig alder, for mange personer med funksjonshemninger og for de fleste personer med vanlige helseproblemer (eks. lette/middels psykiske lidelser, muskel- og skjelett, hjerte eller luftveislager), i tillegg til personer som mottar offentlige stønader. Forbeholdene som må tas med i betraktningen er arbeidsplassens evne til å være imøtekommende og trygg for den enkelte arbeidstaker. Den fysiske og sosiale konteksten på arbeidsplassen er av betydning for den enkeltes helse og velvære.

Med hensyn til studier gjort på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helsegevinst, og arbeid eller returnering til arbeid for funksjonshemmede personer eller syke personer (med vanlige helseproblemer), finner Waddell og Burton (2006) lite vitenskapelige beviser på en direkte kobling. Likevel hevder forskerne at det foreligger en bred konsensus på tvers av ulike disipliner, at å stå i eller returnere til arbeid er ettertraktede mål for å opprettholde eller øke livskvalitet og trivsel for syke personer eller personer med funksjonshemninger. De hevder at arbeid har en terapeutisk effekt, at det bidrar til friskgjøring og rehabilitering, at det reduserer negative fysiske, psykiske og sosiale påvirkninger av langtids sykefravær og manglende arbeidsdeltakelse, reduserer sjansen for kronisk funksjonsnedsettelse, inkapasitet for arbeid og sosial eksklusjon, fremmer samfunnsdeltakelse, selvstendighet, humane rettigheter, og reduserer fattigdom.

Med hensyn til milde og moderate mentale helseproblemer, stress og arbeid, trekker Waddell og Burton (2006) frem at det også her foreligger begrenset med vitenskapelige bevis for direkte sammenheng. Likevel konkluderer de med at de potensielle negative effektene arbeid har på mental helse ser ut til å bli oppveid av de gunstige effektene av arbeid, samt av de negative virkningene av langvarig sykefravær eller arbeidsledighet. Videre viser forskningen at personer med muskel- og skjelettlidelser kan ha positivt utbytte av deltakelse i arbeidslivet, både ved økt helsegevinst, livskvalitet, fungering og smertelindring, med forbehold om at forholdene legges midlertidig eller permanent til rette etter behov. Forskerne konkluderer med at de finner sterke indirekte vitenskapelige bevis på at arbeid er bra for fysisk og psykisk helse og velvære. De hevder videre at de finner en rekke direkte bevis som viser til at arbeidsdeltakelse er bedre for den enkeltes fysiske og psykiske helse og behag, enn fravær av arbeidsdeltakelse, og at tilbakeføring i arbeidslivet fremmer helsegevinst og tilfredshet.

Mens Waddell og Burton (2006) konkluderer med at arbeidsdeltakelse har flere fordeler enn ulemper, drøfter Ulla Forseth, Thomas Hugaas Molden og Bente Rasmussen (2003:90) hvordan det "nye", fleksible arbeidslivet preges av mye dobbelthet og tvetydighet. Arbeidslivet har endret seg fra stor grad av sysselsetting i jordbruk og industri, til tjenesteyting (Forseth og Rasmussen 2003:14). En stor andel av arbeidstakere er i hyppig kontakt med forbrukere av diverse slag, og det er hovedsakelig kvinner som befinner seg i frontlinjen når det kommer til behandling av kunder eller brukere (Forseth et al. 2003: 86). Forseth, Molden og Rasmussen (2003:87) finner i sin studie, gjennom LOs arbeidsmiljøundersøkelser og levekårsundersøkelser, at ansatte i

kundeorienterte yrker opplever interaksjonen med kundene som både belastende og berikende elementer i arbeidshverdagen. Et element som virker belastende på arbeidstakere i kundeorienterte yrker, er krav om å bidra til å skape gode møter med kundene, hvilket kan føre til emosjonell utmattelse og utbrenthet. I denne forbindelse retter forskerne oppmerksomheten mot en undersøkelse ved SINTEF, gjennomført av medforfatter Forseth (2001). Her trekkes det frem hvordan det var positiv sammenheng mellom emosjonell utmattelse, blant et utvalg på 954 frontlinjeansatte, og en rekke faktorer. Faktorene inkluderer blant annet; høy grad av direkte kontakt med kunder eller brukere gjennom arbeidsdagen, negative tilbakemeldinger fra kunder eller brukere, opplevelse av overbelastning på arbeidsplass, lav tilhørighet til virksomheten, tenkte på jobben etter endt arbeidstid, samt nærværspres; hvor de gikk på jobb til tross for at de følte seg uvel. Til tross for belastningene kunder eller brukere bidrar til for arbeidere i kundeorienterte yrker, viser Forseth, Molden og Rasmussen (2003:90) til at kontakten med kundene også bidrar til en berikelse for ansattes arbeidsglede og identitetsskaping. Det er her ambivalensen knyttet til arbeidsdeltakelse kommer inn; hvor de ansatte i kundeorienterte yrker refererer til opplevelser av både tilfredshet og fremmedgjøring, samarbeid og motstand, felles og motstridende interesser, og oppfatter sine interesser i både kollektive og individuelle termer (Forseth, Molden og Rasmussen 2003:91).

Typen arbeidsoppgaver en arbeidstaker har, styres av forventninger og krav knyttet til type yrke og posisjon. Befinner man seg i et arbeidsforhold hvor arbeidsoppgavene stiller krav til emosjonelt arbeid, er det tilsynelatende vanskelig å unngå å bli utsatt for belastningene dette kan medføre. Dermed blir belastningene mer enn et individuelt problem, hvilket Forseth (2004) poengterer i sluttrapporten til prosjektet "Fra heltent til utbrent"; "*Både kulturelle og organisatoriske forhold synes å bidra til å produsere belastninger og sykdom*" (Forseth 2004:1).

Ulønnet arbeid

Foruten lønnet arbeid, er det mange arbeidsoppgaver som må gjennomføres for å få hverdagen til å gå rundt. Barn skal ha oppfølging og omsorg, hus og klær krever renhold og orden, sosiale relasjoner skal pleies, og mat skal handles, lages og serveres - for å nevne noe. Tidligere kunnskapsminister Kristin Halvorsen skal ha uttalt, i forbindelse med et møte med Manifest i år 2009, at "*arbeid mot mobbing er som husmorarbeid, det syns først når ting ikke blir gjort*" (Kunnskapsdepartementet 2009). I denne forbindelse er det ikke mobbingen, men det såkalte "husmorarbeidet" jeg ønsker å trekke frem som sentralt. Alle som har bodd i egen bolig vet at

hverken leiligheten vasker seg selv, at maten koker seg selv, eller at klærne i skittentøyskurven plutselig ligger rene i skapet. Det er arbeid som må gjennomføres gang på gang, og det er slik som Halvorsen påpekte; det synes først når det ikke gjøres.

Til tross for nedgang fra 70-tallet til år 2010 i tid brukt på husholdsarbeid for kvinner, og økning hos menn, er det likevel kvinner som gjør mest av nesten alle typer husholdsarbeid (Vaage 2012:84). I Vaages (2012) publikasjon for Statistisk sentralbyrå inkluderer husholdsarbeid; husarbeid, vedlikeholdsarbeid, omsorgsarbeid, kjøp av varer og tjenester, reiser i forbindelse med husholdsarbeid, og annet husholdsarbeid. I tillegg er det er kvinner som oftest står for emosjonell og fysisk omsorg for foreldregenerasjonen (Berthinussen og Fredriksen 2014).

Smeby og Brandth (2013:346) viser til at det hovedsakelig er kvinner som også står for det usynlige tilretteleggingsarbeidet i familielivet. Delen av familielivet som omfatter tankevirksomheten rundt familiens gjøremål, og særlig knyttet til barnas hverdag, omtales som det "tredje skiftet". Betalt yrkesarbeid regnes som det første skifte, og det andre skiftet refererer til husholdsarbeid; hus- og omsorgsarbeid (Smeby og Brandth 2013:332). Forskerne fant i sin studie at foreldrepar som opplever at de lever i likestilte parforhold, hvor husholdnings- og omsorgsarbeidet utføres i tilnærmet lik grad av mor og far, at det er mor som hovedsakelig står for ansvaret rundt planleggingen og regiseringen av arbeidet i familielivet.

2.3 Nye spørsmål

I tillegg til å undersøke opplevelser knyttet til rehabilitering blant langtidssykemeldte med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte helseplager, ønsker jeg å undersøke hvordan arbeidslivet oppleves, og særlig hvordan det er å være fraværende, helt eller delvis, fra deltakelse i arbeidslivet. Videre vil jeg også undersøke hvordan langtidssykemeldte opplever å kombinere arbeidsliv, familieliv og svekket helse. Utvalget i denne studien er kvinner, og forskning viser at de er hovedsakelig kvinner som tar seg av omsorgsarbeid for både unge (Vaage 2012) og eldre (Berthinussen og Fredriksen 2014), samt det usynlige tilretteleggingsarbeidet (Smeby og Brandth 2013). Jeg er interessert i å finne ut hvordan de langtidssykemeldte opplever og utfører omsorgsarbeid og ansvar i sine nære relasjoner.

Oppgaven tar dermed sikte på å svare på følgende tre problemstillinger:

Hvordan oppleves 1) rehabilitering, 2) fravær av arbeidsdeltakelse og 3) strategier og praksiser for omsorg blant langtidssykemeldte med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte helseplager?

3. METODE

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg tatt en rekke metodiske valg. I denne delen vil jeg gjøre rede for disse valgene. Jeg vil starte med å gi en beskrivelse av caset, slik at leseren kan få en bedre forståelse av hva som skjer på Hysnes Helsefort. Deretter vil jeg begrunne hvorfor jeg har valgt intervju og observasjon som metodisk tilnærming og gjøre rede for hvordan man sikrer kvaliteten i kvalitative studier gjennom pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet), generaliserbarhet, transparens og refleksivitet. Videre vil jeg presentere utvalget, forklare hvordan datamaterialet er generert, presentere hvilke etiske hensyn jeg har tatt og hvordan det har vært å tre inn i en forskerrolle. Til slutt forklarer jeg hvordan jeg analytisk har gått frem med arbeidet fra rådata, til analyse, til diskusjon, via stegvis deduktiv-induktiv metode.

Før jeg går i gang med å beskrive caset vil jeg for ordens skyld nevne noen ting som kan være verd å merke seg. I denne studien har jeg brukt to metoder: deltakende observasjon og semistrukturerte dybdeintervju. Observasjonene er gjort i to omganger på fire dager hver. Observasjonene har jeg selv gjennomført på Hysnes. Av de totalt seks intervjuene som er inkludert i denne studien, har jeg gjennomført fire av disse. De fire personene jeg intervjuet er de samme som jeg observerte. De ytterlige to intervjuene som er inkludert i studien er gjennomført av forsker Marit By Rise. Hun er prosjektleder for Hysnesprosjektet (“Veien tilbake til arbeid” (2012/856)), hvilket er det overordnede forskningsprosjektet som denne studien er knyttet til. Det er gjennom dette prosjektet jeg har fått tilgang til feltet som studeres. Intervjuguiden var formulert på forhånd av forskerne ved prosjektet. Jeg brukte denne som utgangspunkt for intervjusamtalene. Hvordan jeg har forholdt meg til de nevnte faktorene vil bli diskutert underveis i dette kapitlet.

3.1 Beskrivelse av caset

Rehabiliteringsprogrammet som studeres foregår i regi av St. Olavs Hospital, på Hysnes Helsefort på Fosen. Hysnes Helsefort er en del av Hysnesprosjektet, og finansieres gjennom ordningen “Raskere tilbake”. Hysnesprosjektet er gitt til Helse Midt-Norge på bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hysnesprosjektet var i utgangspunktet et 5-årig prosjekt med varighet fra januar 2010 til desember 2014, men fikk ytterligere midler til drift til juni 2016. Prosjektet denne studien er en del av ble avsluttet mars 2015.

Opplegget retter seg mot personer mellom 18 og 60 år, som har mottatt avklaringspenger eller sykepenger i mer enn åtte uker, og opplever muskel - og skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser, eller allmenne og uspesifiserte lidelser. Det foreligger også en forutsetning om at deltakerne har selvdefinerte mål om å fortsette å stå i arbeid eller øke arbeidsinkludering, samt har et funksjonsnivå som muliggjør gjennomføring av hele dager med rehabilitering. Deltakerne i denne studien fikk tilsendt et invitasjonsbrev fra NAV, og meldte deretter sin interesse direkte til forskerne. Alle deltakerne ble undersøkt på en poliklinikk før de fikk tilbud om å reise til Hysnes.

Det overordnede forskningsprosjektet undersøker korte og lange rehabiliteringsopphold på Hysnes samt et poliklinisk tilbud ved St. Olavs Hospital. De korte oppholdene er på fire dager i to omganger. De lange oppholdene strekker seg over tre og en halv uke. Det polikliniske tilbudet ved St. Olavs Hospital er en gang i uken, i seks uker. Fullstendig oversikt over rehabiliteringsprogrammene finnes i Fimland et al. (2014). Informantene i dette utvalget er deltakere på kort rehabiliteringsopphold. I de totalt åtte dagene av rehabiliteringsoppholdet bor deltakerne på helsefortet. Det er to uker mellom oppholdene på Hysnes, hvor deltakerne er hjemme. I perioden mellom oppholdene på Hysnes har deltakerne mulighet til å ha oppfølgingsmøte med sin fagkoordinator og møte med arbeidsgiver.

Ved ankomst mottar deltakerne hver sin timeplan. De som er i samme gruppe har lik timeplan, med unntak av private samtaler med deres fagkoordinator og konsultasjon med lege. Under oppholdet deltar deltakerne på blant annet felles terapitimer, fysisk aktivitet, mindfulness, foredrag og måltider. Tabell 1 viser hvordan det organiserte rehabiliteringsopplegget ser ut en dag på Hysnes;

Tidspunkt:	Gjøremål:
07:45 - 08:30	Frokost
08:30 - 09:20	Mindfulness
09:20 - 09:30	Felles møte med fagkoordinator
09:30 - 11:30	ACTiv
11:30 - 12:30	Lunsj
12:30 - 13:30	Bevegelse
14:30 - 15:00	Miljømøte
15:30 - 16:30	Middag

Tabell 1. Tidsplan en dag på Hysnes

Det organiserte opplegget på Hysnes Helsefort starter etter frokost. Ingen av dagene er lagt opp helt likt, men de fleste dagene inneholder noe fysisk trening, mental trening og arbeidsrelatert problemløsning, hvilket er de overordnede områdene det arbeides med (Fimland et al. 2014). Den fysiske treningen foregår enkelte ganger under veiledning fra fysioterapeut, mens andre ganger er det lagt opp til individuell fysisk aktivitet. Man kan da benytte seg av rehabiliteringssenterets egne treningsfasiliteter, slik som styrkerommet, gymsalen, eller naturen utenfor senteret. Hensikten med den fysiske treningen er å øke fysisk styrke, utholdenhet, og kunnskap om fysisk aktivitet. Det har også som mål å arbeide mot frykt for bevegelse og smerter knyttet til spenninger i kroppen.

Den mentale treningen har som mål å øke deltakernes psykologiske fleksibilitet, motivasjon, tro på egen mestring og å redusere sykefravær. Tilnærmingen bygger på “Acceptance and Commitment Therapy” (ACT) (Hayes, Pistorello og Levin 2012). Dette beskrives som en nyere form for kognitiv atferdsterapi. ACT utgjør grunnsteinen i gruppearbeidet, men er også basis for de andre aspektene av rehabiliteringen. Den arbeidsrelaterte problemløsningen har som mål å identifisere hinder og muligheter, og gjøre deltakerne mer rustet for arbeidsdeltakelse, samt bidra med hvordan strategiene som læres kan benyttes i dagliglivet. I likhet med den mentale trening, finner den arbeidsrelatert problemløsning sted i både felles og individuelle terapitimer.

Gruppene på Hysnes består av inntil åtte deltakere. Gruppen jeg observerte bestod av fire kvinnelige deltakere fra tredve- til femtiårene.

3.2 Metodisk tilnærming

Metoden for studien er kvalitative semistrukturerte dybdeintervjuer og deltakende åpen observasjon. Styrken med observasjonsstudier er at man som forsker kan få tilgang til sosiale situasjoner, som de involverte ikke har tolket selv tidligere (Tjora 2012a:46), mens fordelen med intervjuer er at man kan gå i dybden og få informasjon om menneskers erfaringer og meninger om et spesifikt tema (Turner 2010). En kombinasjon av disse metodiske tilnærmingene ble derfor en måte å generere informasjon både fra og sammen med informantene, mens de tok del i feltet som studeres. Dette var hensiktsmessig for å skaffe kunnskap om hvordan langtidssykemeldte opplever arbeidsrettet rehabilitering, og samtidig forstå hvilke elementer i rehabiliteringsprosessen de refererer til. Studien tar utgangspunkt i ett case, men søker å kunne si noe mer generelt om opplevelse og dermed funksjon av arbeidsrettet rehabilitering.

3.3 Kvalitet i forskningen

Kvalitetsindikatorene gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet) er med på å sikre studiens kvalitet. Pålitelighet henger sammen med forskningsresultatenes troverdighet (Kvale og Brinkmann 2015:277), hvor man bør gjøre rede for hvordan forskerens posisjon, interesse og kunnskap for det som studeres, brukes til å analysere (Tjora 2012a:203). Gyldighet handler om vi faktisk får svar på det vi søker å finne ut av (Tjora 2012a:206; Hancké 2009:87). For å styrke påliteligheten er det viktig å være åpen om forhold internt i undersøkelsen, og en viktig kilde til høy gyldighet er at forskningen er innenfor rammene av faglighet, som er forankret i annen relevant forskning. To ytterligere kriterier som kan være med å sikre kvaliteten i kvalitativ forskning, er *transparens* og *refleksivitet* (Tjora 2012a:207-217). Gyldighet og pålitelighet gjenspeiler hvor godt valgene er tatt underveis, mens transparens handler om hvor godt ulike faser av forskningsprosessen blir formidlet i rapporteringen. Målet med dette er at leseren selv kan ta stilling til forskningens kvalitet, på bakgrunn av en god presentasjon av forskningen. Refleksivitet handler om refleksjon omkring hvordan tolkningen av data kommer frem, altså hva som ligger til grunn for at vi tolker dataene som vi gjør.

Med hensyn til generalisering, har fokuset i denne oppgaven vært på *konseptuell generalisering*, da dette er målet for stegvis deduktiv-induktiv metode (SDI). Denne metoden vil jeg forklare nærmere litt senere i kapitlet. I følge Tjora (2012a:215) er man i denne metodiske tilnærmingen ute etter å fremme funn i form av blant annet typologier, modeller og begreper som ikke er direkte knyttet til kun casen eller empirien som ligger til grunn for forskningen. Teori og tidligere forskning brukes som støtte for gyldigheten og generaliserbarheten.

3.4 Utvalg, rekruttering og anonymisering

Målgruppen for informanter til denne studien er deltakere på Hysnes Helsefort, kort opphold. Kriteriene for å delta i denne studien ble dermed avgrenset gjennom de satte kriteriene for å delta på rehabiliteringsopplegget (18 til 60 år, mottatt avklaringspenger eller sykepenger i mer enn åtte uker, muskel/skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser eller allmenne og uspesifiserte lidelser, selvdefinerte mål om fortsatt eller økt arbeidsinkludering, samt høyt nok funksjonsnivå til å gjennomføre rehabiliteringen). De potensielle informantene ble dermed de som skulle delta på rehabiliteringsopplegget på et gitt tidspunkt. Utvalget er derfor et *strategisk utvalg*, da de er valgt ut på grunnlag av å kunne si noe om det aktuelle temaet (Tjora 2012a:145) som er relevant for problemstillingen (Thagaard 2003:53).

Utover det at jeg fikk samtykke fra informantene om å være med som deltakende observatør på rehabiliteringsoppholdet og til å intervju dem, hadde jeg liten kontroll over rekrutteringen av informanter. Senere i prosessen fikk jeg muligheten til å inkludere ytterligere fire intervjuer som var gjort seks måneder etter endt rehabiliteringsopphold, av forskere i Hysnesprosjektet. Etter å ha hørt gjennom lydopptakene valgte jeg av hensyn til innhold og tidsbruk å inkludere to av fire intervjuer i studien. De to intervjuene jeg valgte å ekskludere var gjort en del år tidligere og tilsynelatende var en del ting ved rehabiliteringsoppholdet endret siden da. Jeg synes det var mer hensiktsmessig å bruke intervjuene som var av nyere dato og med flere referanser jeg hadde kjennskap til. Jeg endte derfor med et endelig utvalg av seks informanter.

Utover kriteriene som er satt for å delta i studien, har informantene til felles at de er kvinner mellom 30 og 60 år. Til tross for at jeg har kjennskap til en god del bakgrunnsinformasjon om de fire informantene som deltok i gruppen jeg observerte, ønsker jeg ikke å avsløre for mye om dem av hensyn til anonymisering. Personene bak de to intervjuene som ble inkludert senere i

prosessen, kjenner jeg ikke til utover det som er nevnt i intervjuene. Alle informantene har fått fiktive navn. I denne studien heter de Anne, Berit, Cecilie, Dina, Eli og Frøydis. Informantenes sitater blir presentert på bokmål, mens dialektord er beholdt, slik som Tjora (2012a:144) anbefaler. Bokmålsformen er av hensyn til anonymisering, mens dialektord er beholdt for å bevare sitatenes betydning. Slik jeg ser det er ingen av sitatene i oppgaven avslørende med hensyn til informantenes spesifikke opphavssted.

3.5 Datagenerering

Observasjon og intervju

Når man kombinerer metodene observasjon og intervju, må man ta hensyn til i hvilken rekkefølge datagenereringen skjer. I følge Widerberg (2001:133) er det fordeler og ulemper med å intervjuer både før og etter observasjon. Dersom observasjonen skjer først kjenner ikke forsker og informant hverandre, og forskeren har ingen referanseramme for å forstå atferden til personene som bli studert. Gjennomføres intervjuet før observasjon kan de involverte partene føle seg styrt og kontrollert i observasjonssituasjonen av det som er sagt i intervjuet, hvor forskeren kan se etter det som tidligere er sagt, mens informanten kan oppleve å måtte leve opp til det hun har sagt.

I mitt tilfelle gjennomførte jeg intervjuene etter at det første rehabiliteringsoppholdet var ferdig, slik at jeg hadde allerede observert i fire dager når første intervjuet fant sted. De to første intervjuene ble gjennomført i løpet av de to ukene mellom rehabiliteringsoppholdene ved Hysnes Helsefort. Det tredje intervjuet ble gjort andre dag under det andre rehabiliteringsoppholdet, mens det fjerde intervjuet ble gjennomført få dager etter retur fra Hysnes. Den opprinnelige planen var å intervjuer alle informantene i perioden mellom oppholdene, men dette lot seg ikke gjøre da de foreslåtte tidspunktene ikke passet for to av informantene. Intervjuet som ble holdt kort tid etter endt rehabilitering, ga rom for å diskutere alle elementene ved rehabiliteringsoppholdet, ikke bare så langt man var kommet i rehabiliteringsprosessen til intervjutidspunktet. Likevel var det lite vi ikke hadde vært borti i løpet av det første oppholdet, og derfor bar intervjuene lite preg av å være gjennomført på litt ulike tidspunkt. Det var ikke større variasjon mellom det siste intervjuet og de tre første, enn det var mellom de tre første seg imellom. Jeg anser derfor at litt ulike tidspunkt for intervjusamtalene er av liten betydning for studien som helhet.

Med hensyn til at observasjonene ble gjort før samtlige intervjuer, og videre etter at tre av fire intervjuer var gjennomført, opplevde jeg lite av det Widerberg (2001:133) advarer mot. Jeg antar at dette kan handle om konteksten rundt situasjonene som ble observert og spørsmålene som ble stilt under intervjuene. Rehabiliteringsopplegget på Hysnes var like ukjent for samtlige deltakere, meg selv inkludert. Observasjonene var dermed av situasjoner som var ukjente for alle involverte, med unntak av de ansatte, ikke sosiale situasjoner studiesubjektene vanligvis befant seg i. Allerede i starten av rehabiliteringsoppholdet gjorde deltakerne rede for hvorfor de hadde takket ja til å bli med på rehabiliteringsopplegget, hvilke utfordringer de hadde, hvilke forventninger de hadde til opplegget og egen innsats. Dermed fikk jeg tidlig en referanseramme for å forstå deltakernes atferd i observasjonssituasjonene. Mange av spørsmålene som ble stilt i intervjuene berørte temaer som allerede hadde vært oppe til diskusjon i terapitimene eller i de uformelle interaksjonene i pausene, under måltider eller på kveldstid. Dette kan ha vært med på å påvirke informantenes svar på spørsmål, ettersom de allerede hadde reflektert over noen av temaene tidligere. Gjennom deltakende observasjon fikk jeg kjennskap til de samme referansene som intervjusubjektene mine. I intervjuene opplevde jeg våre felles referanser som et godt grunnlag for kommunikasjonen, særlig på spørsmål som omhandlet opplegget på Hysnes. Dette var spesielt heldig, med tanke på hyppig bruk av metaforer. Jeg skjønnte derfor hva de mente når de eksempelvis snakket om “å sitte rundt eget bål”, “scanne hjernen” eller “styggen på ryggen”.

Etter jeg hadde generert data og startet med analysearbeidet basert på observasjoner og intervjuer av de første fire informantene, inkluderte jeg våren 2015 ytterligere to intervjuer. Disse var gjennomført av forsker Marit By Rise seks måneder etter endt rehabiliteringsopphold. Samtlige intervjuer ble gjennomført høsten 2014. Informantene i gruppen jeg fulgte, gjennomførte rehabiliteringsoppholdet på høsten 2014, mens informantene som er intervjuet av By Rise, deltok på opplegget våren 2014. Intervjuene hadde en varighet fra 25 minutter til 1 time og 42 minutter. Majoriteten av intervjuene varte rett over en time.

Intervjuene gjort med deltakerne på gruppen jeg deltok på, refererer jeg til som “intervjuer gjort underveis”, til tross for at det ene er gjort kort tid etter rehabiliteringsoppholdets slutt. Dette på grunn av kort tid mellom retur fra Hysnes og intervjusamtale. Informanten hadde rehabiliteringsopplegget svært friskt i minne, og lite forutsetninger for å reflektere omkring langtidseffektene av oppholdet i større grad enn de andre deltakerne på samme gruppe. Intervjuene som ble gjennomført seks måneder etter endt rehabiliteringsopphold ved Hysnes

Helsefort, var innholdsmessig mer preget av tiden som hadde gått, og refleksjonene var i høyere grad basert på hvordan de hadde hatt det de siste seks månedene, enn hvordan fremtiden kom til å bli videre. Disse intervjuene refererer jeg til som “intervjuer gjort etter endt opphold”.

Feltnotater

I forbindelse med observasjonene skrev jeg feltnotater så ofte jeg kunne. Til tross for at jeg ofte hadde med meg skrivesaker valgte jeg å skrive feltnotatene i etterkant av observasjonene, når jeg var alene. Jeg gjorde dette av flere grunner. I situasjonene hvor jeg observerte ville jeg blant annet ikke gå glipp av noe mens jeg var opptatt med å notere. Det var viktig for meg å kunne være like mye til stede som deltakerne når jeg først hadde fått muligheten til å være deltakende observatør. Jeg ønsket heller ikke å være et forstyrrende element i rehabiliteringsopplegget, særlig med tanke på at jeg deltok på en gruppe med kun fire andre deltakere. Jeg ønsket ikke at deltakerne skulle føle seg overvåket av at jeg noterte foran dem, hvilket kan skje dersom deltakere blir oppmerksomme på at forskeren driver med observasjon (Tjora 2012a:64). For undersøkelsens del er det en fordel dersom deltakerne i situasjonene som observeres, nærmest glemmer at de blir observert. Jeg fikk tilbakemelding fra mine informanter at de i begynnelsen var oppmerksomme på mitt nærvær, men at de etterhvert anså meg som en deltaker, på lik linje med dem. Det var en lettelse for meg å få denne bekreftelsen. Det gjorde meg tryggere på at jeg ikke sto i veien for rehabiliteringsprosessen deres. Fra starten av var jeg tydelig på at min interesse var å observere situasjoner og hendelser, fremfor enkeltpersoner. Selv syns jeg dette gjenspeiler seg i mine feltnotater. Her noterte jeg hendelser, stemninger og refleksjoner. Feltnotatene bærer mer preg av observasjoner rundt hva som ble sagt eller gjort, enn spesifikt hvem som gjorde eller sa hva. Jeg antar at dette er en konsekvens av at jeg tok notater i etterkant av observasjonene, da jeg ikke alltid husket nøyaktig hvem som sa eller gjorde hva, men også et resultat av hva jeg fokuserte på i observasjonene.

I og med at jeg var deltakende observatør i totalt åtte døgn, merket jeg at det var utfordrende å skrive notater fra alle de sosiale situasjonene som fant sted. Fra det organiserte opplegget har jeg fylldigere beskrivelser enn fra de uformelle interaksjonene på ettermiddag- og kveldstid. Fra de sistnevnte situasjonene har jeg notert eksempelvis tema for hva vi diskuterte rundt middagsbordet og hva vi fikk servert til middag, mens fra observasjonene under det organiserte opplegget noterte jeg mer detaljert hva vi gjorde i eksempelvis terapitimene; hvordan vi gjorde øvelser, reaksjoner på øvelsene, mine refleksjoner omkring øvelsene, hvordan stemningen og

interaksjonene var mellom deltakerne, mellom meg og deltakerne, og mellom deltakerne og de ansatte.

Intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg 4) tok utgangspunkt i en foreliggende intervjuguide utformet og benyttet av forskerne ved Hysnesprosjektet. Jeg valgte å omformulere noen av spørsmålene, slik at de var i tråd med hvordan jeg vanligvis ordlegger meg. I tillegg formulerte jeg spørsmålene slik at de startet åpne, for deretter å spørre om mer spesifikke tema, istedenfor å spørre spesifikt om tema med en gang. I tillegg til omformulering av spørsmål, la jeg til flere spørsmål i intervjuguiden min. Eksempelvis hvordan familien også kunne bidra til at man kommer tilbake i arbeid, i tillegg til aktører som NAV, fastlege og arbeidsgiver. For å få datamateriale til en sosiologisk studie ønsket jeg å få vite mer om informantene. Jeg synes det var interessant å få kjennskap til informantenes refleksjoner omkring blant annet betydningen av å være i jobb, samt hvordan nedsatt helse påvirker interaksjoner og samhandling, og nytteverdien av å fysisk reise bort under rehabiliteringsopplegget.

Bruk av datamateriale innhentet av andre

Som tidligere nevnt benyttet jeg meg av muligheten til å inkludere ytterligere to intervjuer i datamaterialet mitt, som var gjort av By Rise, forsker ved Institutt for samfunnsmedisin. Jeg fikk valget mellom om å få lydfilene av intervjusamtalen eller få intervjuene ferdig transkribert på et litt senere tidspunkt. Valget falt på å ta imot lydfilene og transkribere dem selv. Å ikke være med på hele prosessen fra intervju til transkribering kan lede til tap av visuelle ledetråder og stemninger under intervjuet (Tjora 2012a:145). Jeg opplevde at det var vanskeligere å både transkribere og tolke stemningen i intervjuene, da jeg selv ikke var en del av samtalene på lydopptaket, ikke kjente informantene, og heller ikke kunne visualisere informantens kroppsspråk under samtalene. Transkriberingene tok også lengre tid.

Til tross for at jeg ikke fikk samme nærhet til datamaterialet generert fra disse intervjuene, sammenlignet med de intervjuene jeg selv gjennomførte, var jeg fornøyd med avgjørelsen om å transkribere dem fra lyd til tekst. Gjennom å lytte til intervjusamtalene fikk jeg høre hvordan og hva som ble sagt, samt et inntrykk av stemningen gjennom toneleie og respons, eksempelvis latter. Likevel vil jeg tro at dette har påvirket analysen i den grad at utsagn fra de fire informantene jeg intervjuet har fått mer plass enn de siste to. I tillegg var det en annen person

som stilte spørsmålene, hvilket også er av betydningen for spørsmålsformuleringen og oppfølgingsspørsmål. Alt i alt er jeg fornøyd med å ha inkludert de to intervjuene. Det var interessant at mange temaer og utfordringer gikk igjen hos samtlige informanter, og jeg anser det som en styrke for forskningen at det er inkludert to informanter som er intervjuet seks måneder etter endt rehabiliteringsopphold. Jeg hadde dermed mer analysedata som grunnlag for å blant annet diskutere informantenes *biografiske opprykk* (Grønning 2014).

3.6 Etske hensyn og forskerrollen

I løp av arbeidet med prosjektet var det ulike etiske hensyn som måtte vurderes. I forkant av datainnsamling må offentlig godkjenning være på plass og samtykke fra informanter må innhentes. I tillegg til skriftlige godkjenninger er det viktig å være åpen om hensikten med studien og ikke presse noen til å delta (Creswell 2014:93). I arbeidet med å innhente datamaterialet hevder John W. Creswell (2014:97) at man skal respektere feltet som studeres og forstyrre så lite som mulig, unngå ulik behandling av informantene, unngå å lure eller utnytte informanter, ta hensyn til en potensiell ujevn maktbalanse mellom informant og forsker, og unngå å innhente unødvendig sensitiv informasjon. Thagaard (2003:191) påpeker at et generelt etisk prinsipp man må ta hensyn til som forsker, er at informantene ikke skal ta skade av å delta i et forskningsprosjekt.

Godkjenning, samtykke og åpenhet

I begynnelsen av prosjektet fikk jeg godkjenning fra REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) for prosjektet (vedlegg 5). I tillegg til godkjenning fra REK, var jeg avhengig av å få samtykke fra informantene til observasjon (vedlegg 2) og intervju (vedlegg 3). Det ble sendt ut informasjon (vedlegg 1) til samtlige deltakere på den aktuelle gruppen som skulle delta på rehabiliteringsopphold på Hysnes. Kort tid før start hadde jeg mottatt samtykke til observasjon via brev fra to av fire deltakere. En forutsetning for å delta som deltakende observatør på oppholdet, var at samtlige deltakere samtykket til min tilstedeværelse. Jeg fikk kontaktinformasjon til de to som ikke hadde svart, og ringte dem. Den første personen jeg snakket med sa at min deltakelse var uproblematisk, og hun hadde planlagt å ta med samtykkeskjemaet til Hysnes. Den andre personen var litt skeptisk. Vi pratet litt om prosjektet, hensikten med forskningen og min rolle. Hun sa det sikkert kom til å være i orden, men for å ikke presse frem noe svar avtalte vi at hun skulle tenke på saken frem til rehabiliteringens start.

Da jeg satt meg på båten til Rissa tidlig en tirsdagsmorgen visste jeg dermed ikke om jeg faktisk ville få samtykke av samtlige deltakere til å observere.

Ved ankomst til Hysnes møtte jeg ansatte, deltakere som skulle delta på opphold for første gang og deltakere som kom tilbake etter helgepause fra langt opphold. Til å begynne med kunne jeg ikke se forskjell på ansatte og deltakere, jeg visste heller ikke hvem som skulle være med på min gruppe. Til dem som spurte hva jeg skulle der ute svarte jeg hva min hensikt var; at jeg skulle være deltakende forsker på en gruppe i forbindelse med masterprosjektet mitt. I ettertid skjønnte jeg at dette var deltakere på en annen gruppe som egentlig lurte på om jeg skulle være med på kort eller langt opphold. Til tross for at jeg misforstod spørsmålet, var jeg fornøyd med å ha svart ærlig. Jeg hadde ingen intensjon om å skjule min rolle og jeg synes det var bedre å informere for mye enn for lite om min hensikt med å være der, uavhengig av om personene som mottok informasjonen hadde bruk for den eller ei. Etter å ha “sjekket inn” og blitt henvist til en sofagruppe med de andre deltakerne på den aktuelle gruppen, og før ei fra ledelsen ønsket oss velkommen, introduserte jeg meg selv kort. Jeg informerte om at jeg hadde med kopi av samtykkebrev dersom noen ville kikke mer på dem eller hadde noen spørsmål. Etter å ha lagt dem på bordet fikk jeg dem raskt i retur med signatur fra de to personene som ikke hadde sendt dem i posten. Jeg informerte om at samtykket ikke var bindende og dersom de ombestemte seg underveis, kunne de trekke seg. Jeg følte dermed at jeg hadde gjort det jeg kunne for å være åpen om hensikten med forskningen, hvordan forskningen skulle gjennomføres og muligheten for å trekke seg.

Forskerrollen

Under oppholdet på Hysnes forsøkte jeg å finne balansen mellom å være deltakende observatør og et lite forstyrrende moment i rehabiliteringen for deltakerne. Her prøvde jeg meg litt frem. I begynnelsen var jeg veldig bevisst på å prøve å være litt tilbakeholden, men samtidig deltakende nok til at jeg fikk en tilnærmet lik opplevelse som deltakerne, og i tillegg gi uttrykk for at jeg ikke kun var der for å observere deltakerne. Etter et par dager ble jeg mindre bevisst på dette. Dette hang nok sammen med at jeg følte meg mer tilpass og opplevde at jeg fant min plass. Jeg merket at jeg slappet mer av og klarte å ta innover meg inntrykkene uten å være bekymret for at jeg var i veien for noen. Deltakerne på gruppen sa direkte til meg at de ikke tenkte noe særlig over at jeg ikke var der av samme grunn som dem, og at de stolte på at jeg overholdt samme taushetsplikt som dem og de ansatte. I starten av rehabiliteringsoppholdet redegjorde en av

terapeutene for “kjørereglene” som de pleide å overholde på Hysnes. Man kunne gjerne fortelle andre hva man selv hadde opplevd og generelt om oppholdet, uten spesifikt å fortelle om andre som også hadde vært der, av respekt for hverandres privatliv. I samme forbindelse ble vi også fortalt at de ansatte pleide å forholde seg avventende dersom de traff tidligere deltakere tilfeldig. De informerte om at de gjerne kunne slå av en prat dersom de traff dem på gaten, men de ønsket at deltakerne initierte kontakten. Jeg syns dette var en ryddig måte å forholde seg til tilfeldig interaksjon, og informerte mine informanter om at jeg kom til å gjøre det samme. I ettertid har jeg kun sett en av mine informanter. Da hun tilsynelatende ikke så meg passere på gaten, gikk jeg forbi uten å søke kontakt.

Jeg opplever at jeg hverken har lurt eller utnyttet noen av informantene mine, slik Creswell (2014:98) advarer mot, da jeg har vært tydelig på hensikten med studien, informert om at deres deltakelse er frivillig og at de ikke kommer til å få noe tilbake, bortsett fra muligheten til å lese masteroppgaven. Jeg opplevde heller ikke at det var noen ujevn maktbalanse mellom informantene og meg selv, hverken i intervjusamtalen eller under observasjonene. Jeg er yngre enn samtlige informanter og jeg har samme kjønn. Jeg opplevde at dette var positivt med hensyn til min rolle som forsker. Når man som forsker er av samme kjønn som informanten kan det gi grunnlag for felles forståelse (Thagaard 2003:101). Til tross for at likt kjønn kan gi en felles forståelse for hva det refereres til, opplevde jeg at min posisjon og alder hadde en annen effekt. Jeg er student, har ikke en lang yrkesaktiv karriere bak meg, ingen egne barn og ikke gått gjennom lengre sykdomsperioder med sykemelding. Jeg opplevde dermed at jeg ikke hadde noen særlig høye forventninger å forholde meg til, med hensyn til min kompetanse på feltet og livserfaring. Jeg følte dermed at jeg kunne tillate meg å stille potensielt opplagte spørsmål.

På bakgrunn av tidligere hendelser og erfaringer i mitt eget liv, opplevde jeg at jeg kunne relatere meg blant annet til informantenes opplevelser av frustrasjon over å ikke strekke til, grubling, utfordringer med søvn og ensomhet. Med tanke på at jeg har jobbet meg gjennom dette, var jeg veldig usikker på om jeg ønsket å dele disse erfaringene når jeg var på Hysnes. Særlig med tanke på min rolle som forsker. Før jeg reiste ut bestemte jeg meg for å se an situasjonen. Da jeg var der merket jeg at jeg faktisk hadde lagt disse tingene bak meg. Derfor valgte jeg å heller å fokusere på utfordringer som jeg hadde der og da, og hvordan jeg kunne løse dem for å få en bedre hverdag. Jeg antar at mine erfaringer har vært med på å påvirke min rolle som forsker i så måte at jeg følte jeg kunne relatere meg til enkelte utfordringer og sinnsstemninger informantene

fortalte om, samt at jeg på forhånd var positiv til samtale som terapiform. Gjennom prosessen har jeg vært bevisst på at dette kan ha vært med på å farge min opplevelse, og syns derfor det er hensiktsmessig å nevne det i oppgaven av hensyn til *pålitelighet, transparens og refleksivitet* (Tjora 2012a:202).

3.7 Analytisk metode

Analysene i denne oppgaven baserer seg på en *stegvis deduktiv-induktiv metode (SDI)*. Kort fortalt omfatter dette at man arbeider i etapper fra rådata til teorier eller konsepter (induktiv), for deretter å sjekke tilbakekoblingene fra det mer teoretiske til det mer empiriske (deduktiv) (Tjora 2012a:174-175).

De første skrittene i en slik metodisk tilnærming er å generere empiriske data og deretter bearbeide dette materialet. Datamaterialet ble innhentet gjennom intervjuer som ble tatt opp på lydopptaker, for deretter å bli transkribert i sin helhet. Feltnotater ble renskrevet. Jeg hadde dermed en god mengde av det Tjora (2012a:179) kaller *analysedata*. For å arbeide videre med analysedata kodet jeg intervjumaterialet. Jeg brukte kodeverktøyet HyperResearch for å kode de transkriberte intervjuene. Her jobbet jeg meg nøye gjennom materialet og genererte tekstnære koder som kun tok utgangspunkt i det foreliggende datamaterialet, og ikke teori eller lignende.

Koding	Intervju
Vet at du får en dårlig dag etterpå, men du vet at det er verd det - for hvis ikke får du ikke gjort noen ting.	Ja, nei, jeg prøver jo alt jeg kan, men jeg har, det som har vært med meg i min, jeg har hatt i denne perioden har hatt, hatt gode og dårlige dager, sånn at når du har gode dager blir du jo frista til å gjøre ting som du ikke orker og makter å tenke på de dårlige dagene, også brenner du av, du vet du i hvert fall at du får en dårlig dag etterpå, men du vet at det er verdt det, for hvis ikke får du ikke gjort noen ting. Og da får du ikke noen glede ut av noen ting heller.

Tabell 2. Eksempel på kodet sitat fra intervju

Fra de fire intervjuene jeg gjennomførte, endte jeg opp med 145 koder. Enkelte koder er laget basert på svært korte sitater, mens andre er på lengre fortellinger. Etterhvert som jeg jobbet med materialet ble kodene som “knagger” for hva informantene hadde sagt, og jeg kunne huske mye av innholdet i sitatene ved å se på kodene. Tjora (2012a:184) hevder at gode koder innenfor SDI-

rammeverket, er koder som kun kan ha blitt generert av den foreliggende empirien, og ikke satt opp på forhånd.

Neste fase var å kategorisere kodene. Her samles kodene som er relevante for problemstillingen, i grupper. Dette arbeidet ble gjort manuelt ved å skrive ut alle kodene med tilhørende sitater, og deretter sortere dem etter hvilke sitater som tok opp lignende temaer eller beskrev lignende fenomener. De først kategoriene jeg laget var; Gi faen, Ordne og fikse, De uunnværlige, Fellesskap, Hva slags liv leves?, Hva skjer nå?, Jobb, Kroppen, Være borte, Si ja!, Stigma, og Mål. På tidspunktet hvor den første kategoriseringen ble gjort, arbeidet jeg med datamaterialet basert på de fire informantene som deltok i gruppen jeg observerte og intervjuet. Som nevnt var det ikke før senere jeg fikk tilgang på intervjuene som ble gjort med deltakere seks måneder etter endt rehabilitering. I likhet med de andre intervjuene transkriberte jeg disse, men av hensyn til tidsbruk brukte jeg ikke HyperResearch til å bearbeide dataene. Jeg hadde allerede da laget kategorier, og markerte dermed direkte i dokumentene hvilke sitater som passet inn i de foreliggende kategoriene. Kategoriene ble etterhvert sortert etter noen hovedtema som gjenspeilte seg i de foreliggende kategoriene. Ut fra dette laget jeg hovedkategoriene; Rehabiliteringsopplegget (Hysnes Helsefort), Å reise bort, Arbeidslivet, og Sosialt liv. Disse danner grunnlaget for analysedelen.

I følge Tjora (2012a:186) er det ved utvikling av konsepter at teorien får styre mer enn tidligere. Det er i denne delen man søker å finne ut hva oppgaven handler om, med utgangspunkt i hovedkategoriene, og med teori og perspektiver i bakhånd. Man ser på hvorvidt det finnes noen fenomener eller generelle trekk som trer frem, eller om det er noen teoretiske bidrag som kan være relevante. I denne oppgaven har jeg valgt å ha analyse og diskusjon i egne kapitler. Analysen kan sees som en empirisk diskusjon av analysedata, mens diskusjonsdelen kan sees som en teoretisk diskusjon av fenomener hentet fra analysen. Det er i oppgavens diskusjonsdel at jeg peker på gjennomgående fenomener og driver konseptutvikling.

4. ANALYSE

Analysen er delt inn i fire deler hvor informantene forteller om sine opplevelser fra hverdagslivet med jobb og familie, hvordan det er å være borte fra hverdagslivet mens de er på rehabilitering, og hvordan deltakerne opplever å være på rehabilitering på Hysnes Helsefort.

De to første delene av analysen tar for seg fortellinger fra informantenes liv. Både fra sosialt liv og fra arbeidslivet. Delene tar utgangspunkt i at informantene er borte fra både hverdag, hjemby, relasjoner og arbeidsplass mens de er på rehabiliteringsopphold på Hysnes Helsefort. Med hensyn til arbeidslivet undersøker jeg på hva deltakerne verdsetter, hva som er utfordrende og hvorfor. I denne delen vil jeg også trekke frem informantenes opplevelser av å være borte fra jobb i forbindelse med sykdom, og hvilke strategier de tar i bruk i beslutningsprosessen når de avgjør om de er friske nok til å dra på jobb. Her er informantenes fortellinger fra perioder som ikke dekkes av en delvis sykemelding, eller fra tiden før de ble sykemeldt. Delen som handler om sosialt liv, inkluderer informantenes fortellinger om hverdagsliv i kombinasjon med sykdom, strategier for skjerming, samt opplevelser knyttet til omsorg og ansvar. I forbindelse med omsorgsansvar og omsorgsarbeid trekker jeg inn Kristine Warhuus Smeby og Berit Brandths (2013) begrep “det tredje skiftet” og Ulla-Britt Lilleaas (2003:42) begrep om “kroppslig beredskap”.

Den tredje delen av analysen bygger videre på aspektet ved å reise bort fra hjemsted og forpliktelser, men i denne delen presenteres informantenes refleksjoner omkring det å være borte fra hverdagslivet i forbindelse med rehabiliteringsopphold. Denne delen er derfor i stor grad knyttet til Hysnes Helsefort. Den fjerde og største delen av analysen er rettet mot informantenes opplevelse av rehabiliteringsoppholdet. I denne delen analyserer jeg informantenes opplevelser av det organiserte opplegget, øvelser og strategier som de ble introdusert for, samt informantenes refleksjoner rundt hvordan lærdommen fra Hysnes kan benyttes i hverdagslivet.

4.1 Arbeidslivet

4.1.1 Betydningen av arbeidsdeltakelse

Informantene i denne analysen er underveis eller har fullført et kort rehabiliteringsopplegg på Hysnes Helsefort. De har alle til felles at de har vært helt eller delvis sykemeldt over en lengre periode før oppholdet på Hysnes Helsefort, med muskel- og skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser eller allmenne og uspesifiserte lidelser. Felles for lidelsene er at de er usynlige før de kommuniseres, hvilket bidrar til å gjøre informantene i caset til en sosiologisk interessant gruppe. Videre er informantene kvinner i ulik alder og livssituasjon, men med felles ønske om å stå i eller oppnå økt deltakelse i arbeidslivet. Når lidelsene er så fremtredende at de ikke klarer å fungere normalt i hverdagslivet, blir det blant annet arbeidsdeltakelsen som må vike.

“Så, det var først var å være sykemeldt for å få en liten, få det litt mer rolig. Men jeg kan jo ikke sykemelde meg fra hjemmet. Så det blir jo jobben som får unngjelde, selv om jeg likte ikke akkurat det, men jeg skjønnte jo at jeg ikke hadde noe valg. Også liker man ikke seg selv så veldig i den situasjonen” (Cecilie)

For Cecilie var sykemelding fra arbeidsplassen eneste alternativ for henne. Hun kunne ikke sykemelde seg fra hjem og familie til fordel for jobben. Man kan ikke slutte å være forelder og partner i en sykdomsperiode i like stor grad som man kan kutte ut eller trappe ned på arbeidstimer og fritidsaktiviteter (Gjernes 2012:394). Arbeidsdeltakelse er en viktig verdi i livene til informantene. Derfor er det utfordrende for dem å godta at de ikke har overskudd og energi til å takle arbeidsdeltakelse på samme måte som de har gjort tidligere. I gruppesamtalene på Hysnes Helsefort var dette et gjennomgående tema. Det er knyttet mye frustrasjon til å ikke klare jobbsituasjonen. For informantene er deltakelse i arbeidslivet mye mer enn lønnslippen de mottar for arbeidet de yter, det er selve deltakelsen. Informantene peker på noe ulike verdier knyttet til det å være i jobb, men felles er at de synes det er viktig. Informantene Berit og Dina beskriver betydningen av arbeidsdeltakelse slik;

“Det betyr veldig mye egentlig. Både for å kunne yt litt av seg selv og det være i et fellesskap da. Også ha noe å gå til. Ha noe fast å gå til.” (Berit)

“Det betyr veldig mye. Det betyr egentlig alt (...) Altså jeg har jo en jobb jeg liker veldig godt, og jeg føler meg nyttig. Føler at jeg bidrar med noe der som er viktig.”
(Dina)

Arbeidsdeltakelsen representerer fellesskap, trygghet, styrket selvbilde og følelse av å være til nytte for andre. Informantene har positive opplevelser knyttet til det å være aktive i arbeidslivet. De anser at det bringer mange fordeler for dem. Skulle man falle helt eller delvis bort fra arbeidslivet, faller også fordeler arbeidslivet bringer bort. Ei av informantene beskriver det som “et slag i trynet” å ikke klare å fungere en hel dag på jobb. I intervju samtalen fortalte hun at arbeidsdeltakelse er med på å definere henne som person. Ved å være deltakende i arbeidslivet får hun bekreftet for seg selv og andre hva hun kan utrette, og hun opplever økt selvtillit når hun presterer godt. Hun beskriver opplevelsen når hun *ikke* behersket arbeidet slik;

“Men sånn som jeg har, som har så mye som er viktig for meg, så det å ikke klare å gå på jobb, ikke klare å fungere en hel dag på jobb, det er som et slag i trynet. Føles ut som du taper ansikt og mister selvtilliten og du mister ting med deg selv som var en selvfølge for deg. Sånn at det er, det blir så mange, det handler om så mye til slutt.”
(Cecilie)

Desto flere fordeler man opplever ved å være i jobb, desto større blir fallhøyden når man opplever å ikke takle arbeidslivet i like stor grad som man skulle ønske. Når det er snakk om arbeidsdeltakelse har informantene på den ene siden positive opplevelser knyttet til det å være en aktiv deltaker i arbeidslivet, men på den andre siden stiller enkelte deltakere spørsmålstegn ved om deres arbeidsplass og arbeidsoppgaver har bidratt i negativ retning med hensyn til helsetilstanden.

4.1.2 utfordringer på arbeidsplassen

Fortellingene om utfordringene de møter på arbeidsplassen preges av høyt arbeidstempo, kronglete organisering av arbeidsplassen, lite eller ingen dialog med ledelse og konflikter. Anne forteller at hun flere ganger har signalisert til ledelsen, uten hell, at det er for få arbeidstakere i forhold til arbeidsmengden når det nærmer seg tidsfrister.

“Vi skulle absolutt hatt flere når vi begynner å nærme oss deadlines og sånne ting. Når alt er for seint og trykket bare vokser, og vokser, og vokser, og vokser. Spesielt mot

helg da. Så kjenner jeg jo nå at jeg blir rett og slett dårlig av å sitte i dette trøkket. Og da lurter jeg på om det er alt dette her som har gjort meg sånn syk?” (Anne)

Anne beskriver ubehag med å gjennomføre arbeidsoppgavene sine, særlig når det er på sitt mest hektiske mot slutten av arbeidsuka. Hun stiller spørsmål om det er arbeidsoppgavene som har gjort henne syk. Det er et gjennomgående tema for deltakerne ved Hysnes Helsefort at de undrer seg over hvorfor de har kommet der de er.

Spørsmål om hvorvidt arbeidslivet med dets krav og tempo er med på å svekke helsetilstanden, var noe de fleste informantene stilte seg selv på rehabiliteringsoppholdet på Hysnes. Noen av informantene opplevde sammenheng mellom deltakelse i arbeidslivet og deres svekkede helsetilstand, mens andre mente helsetilstanden var mindre avhengig av jobbsituasjonen. *“...grunnen til at jeg har vært sykemeldt handler jo ikke bare om jobb. Det handler jo om en total, og jeg som person er den som må rydde opp i meg selv”* (Cecilie). Informanten opplever at helsetilstanden ikke utelukkende er knyttet til arbeidssituasjonen, men summen av de ulike elementene i livet som bidrar til nedsatt helse og sykdom. Det er også verd å legge merke til hvordan hun hevder det er hun som må rydde opp i seg selv.

Informantene som opplevde at helseplagene ikke var tett knyttet til arbeidsoppgaver eller arbeidsplass, ga uttrykk for å ha god dialog med arbeidsplassen med tanke på deres behov. *“Jeg kan egentlig bare si hva jeg ønsker på jobb. Det er liksom ikke noe verre enn det”* (Cecilie). Dina forteller mer detaljert hvordan arbeidsplassen legger til rette for henne. Hun har en ordning med arbeidsplassen som innebærer at hun kan bestemme selv hvor mye hun orker å jobbe når hun opplever smerter;

“Jeg har jo hatt en sånn greie om at hvis det er for vondt en dag, så trenger jeg ikke å komme på jobb, eller jeg kan dra hjem tidligere, eller, og det er helt greit. Og ja, at hvis det skal være noen sånne perioder som foregår over litt lenger tid, så har jeg også andre som jeg kan gi litt arbeid til. Delegere litt.” (Dina)

Hun forteller videre at hun opplever å få støtte og forståelse fra dem hun omgås, med hensyn til at hun er i en periode med delvis sykemelding. Hun opplever at menneskene rundt henne er mer opptatt av at hun ikke skal jobbe for mye, enn at hun jobber for lite.

4.1.3 Utfordringer ved å ikke være på arbeidsplassen

Informantene i dette utvalget gir klart uttrykk for at det er en høy terskel for dem å ikke dra på jobb. De forteller at de liker å være i jobb og de beskriver seg selv som ansvarsfulle arbeidstakere. Ansvarsfølelse er noe som bidrar til å gjøre fravær fra arbeidsplassen problematisk.

“Jeg har litt det at jeg må, jeg er litt, litt ansvarsfull på en måte da. Går vel litt på det at jeg stoler mest på meg selv da, ikke sant. ja. Er ikke sånn som kan ringe og si at “Jeg er dårlig i dag, jeg kommer ikke”. Den sitter langt inne hos meg. Jeg vet at det ikke går rundt, på en måte.” (Eli)

Eli forteller at hun synes det er vanskelig å gi beskjed til arbeidsplassen at hun ikke kan komme. Det er tydelig at hun opplever stort ansvar for at arbeidsoppgavene hun har skal bli gjort, og hun synes det er problematisk å gi disse videre til noen andre. Dette ligger nok i, som hun uttrykker selv, at hun stoler mest på seg selv. Dette understrekes av at hun videre sier at dersom hun ikke kommer så går det ikke rundt. Jeg tolker i denne sammenhengen at informantene opplever at hun innehar en rolle som en sentral ressurs på arbeidsplassen.

Syk nok?

Informantene synes det er vanskelig å ta stilling til problemstillingen: *hvor går grensen som tilsier at jeg er for syk til å jobbe?* For enkelte deltakere er ansvarsfølelsen såpass stor at de opplever at de svikter arbeidsplassen dersom de ikke tilpasser seg arbeidsplassens behov. Det ser ut til at informantene må tolke seg selv som svært syke før de klarer å la hensynet til seg selv overgå hensynet til arbeidsplassen. Anne forteller om opplevelsen rundt en episode som handler om at hun avsto forespørsel fra arbeidsplassen om å bytte arbeidsdag. Hun har delvis sykemelding på tidspunktet, og jobber noen dager i uken;

“Nei, det er jo at jeg svikter dem nesten. Og at jeg skulle egentlig ha [byttet arbeidsdag på jobb] fordi det er jo der jeg faktisk skal være. Det er jo der jeg har betalt for å være. Jeg er jo ansatt for å gjøre den jobben. Så hvorfor i all verden skal jeg da si nei til å bare bytte en ukedag? Da er det jo akkurat som at jeg aldri er syk heller, eller har jo aldri vært syk. Fordi hvis jeg står opp om morgenen og kjenner at jeg er litt sliten eller har vondt eller er forkjøla eller noe sånn, så «prøv å gå da, så kan du heller gå hjem». Så blir jeg nå på jobb da. Sånn at jeg har jo, jeg er jo aldri syk nok til å være hjemme. Det må være hvert fall 40 i feber, hvis ikke trenger du ikke være hjemme.” (Anne)

I sitatet tar informanten opp tematikken rundt det å være syk. Mer konkret; det å være syk *nok*. Det kan virke som hennes tolkning er at å ha vondt, være forkjølet eller lignende, ikke er en legitim grunn til å være fraværende fra arbeidsplassen. “*Det må være hvertfall 40 i feber, hvis ikke trenger du ikke være hjemme*” sier hun. Utsagnet viser at informanten har en holdning om at det bør være snakk om kraftig nedsatt allmenntilstand før man er *for* syk til å jobbe. Ved å bruke antall grader feber tar hun dermed heller utgangspunkt i noe fysisk målbart, enn en helhetlig vurdering av allmenntilstanden, for å avgjøre hvorvidt hun er for syk til å dra på jobb. Informanten bruker dermed en strategi som gir henne noe konkret å forholde seg til. Med utgangspunkt i denne strategien inntar informanten en holdning til sykdom som sjelden tillater henne å være syk *nok*. Med dette til grunn kan det se ut til at informanten har satt en urealistisk høy standard for seg selv med hensyn til arbeidsdeltakelse, særlig i perioder med nedsatt helsetilstand, og samtidig som hun opplever en stor grad av *nærværspress* (Forseth, Molden og Rasmussen 2002:89).

Noe annet som er interessant med informantens utsagn er at hun *ikke* rettferdiggjør begrunnelsen for å avslå tilbudet om å bytte arbeidsdag. Nedsatt helsetilstand eller annen helserelatert forklaring kunne gitt legitimt forklaringsgrunnlag for avgjørelsen. I stedet opplever informanten seg selv som en vanskelig arbeidstaker som svikter når hun ikke er fleksibel med hensyn til arbeidsplassens behov. Ved å avslå tilbudet om å bytte arbeidsdag har hun i det nevnte tilfellet latt hensynet til seg selv veie tyngre enn hensynet til arbeidsplassen, men likevel er hun ikke tilfreds med avgjørelsen. Fenomenet med dårlig samvittighet er sentralt her.

4.1.4 Tre trekk om arbeidsdeltakelse

Det er tre trekk som kommer frem når det er snakk om deltakelse i arbeidslivet. Det første går på at deltakelse i arbeidslivet er viktig for informantene. Det er en grunnleggende holdning at yrkesdeltakelse er ønskelig for alle informantene. For det andre syns informantene det er vanskelig å *ikke* være deltakende i arbeidslivet i den grad de skulle ønske, de syns det er sårt når de ikke klarer å stå i arbeid. Cecilie, beskriver at det “*føles ut som du taper ansikt og mister selvtilliten og du mister ting med deg selv som var en selvfølge for deg*”. Ut fra hvordan hun ordlegger opplevelsen sin, kan man lese at det er både tungt og vondt for hennes selvtillit når hun ikke behersker ting som hun i utgangspunktet har tatt for gitt. Å “*tape ansikt*” henger ofte sammen med skamfølelse. Hun blir stilt i en uønsket sårbar situasjon. Det er en emosjonell belastning for informantene når de opplever at de ikke klarer å opprettholde rollen som

arbeidstaker. Det kan se ut til at informantene opplever en sterk sammenheng mellom yrke og identitet, og derfor tar det som et personlig nederlag når de ikke klarer å opprettholde ønsket deltakelse i arbeidslivet.

Det tredje aspektet knyttet til arbeidsdeltakelse, handler om det fysiske og sosiale på arbeidsplassen som negativ innflytelse på helsetilstand. For noen av deltakerne er det selve tempoet og mengden arbeidsoppgaver som har påvirket i negativ retning, mens for andre er det de formelle og uformelle mellommenneskelige relasjonene på arbeidsplassen. Eksempelvis forteller Anne at det høye arbeidstempoet og den store arbeidsmengden har gjort at hun føler fysisk ubehag. *“Det å jobbe en halv dag og gå hjem å sette seg i stolen og kjennes det ut som om du får influensa, det er ikke noe godt det heller”* (Anne). En annen informant forteller om et utrivelig sosialt miljø på arbeidsplassen med konflikter og intriger over mange år. Etter etterlengtede grep fra ledelsen og utbytting av sjef ser hun stor forbedring, men hun synes det har vært en kostbar affære for hennes del; *“jeg synes det har kosta meg himla mye krefter og overskudd og energi og helse og alt”* (Frøydis). Fortellingene viser til at både fysisk og sosiale miljø på arbeidsplasser påvirker helsetilstand, som igjen påvirker arbeidsevnen.

Motivasjon for arbeidsdeltakelse

Fra samtalene med informantene under oppholdet på Hysnes Helsefort og i intervjuene, rår det liten tvil om at deltakerne i dette utvalget er svært motiverte for å være deltakende i arbeidslivet. På den ene siden ytret informantene at deltakelse i arbeidslivet gir dem positive opplevelser, men på den andre siden opplevde flere informanter at det var vanskelig for dem å ta del i arbeidslivet. Det blir derfor en ambivalens knyttet til arbeidsdeltakelse. Informantene nevner at arbeidsdeltakelse gir dem opplevelse av trygghet, fellesskap, styrket selvbilde og følelse av å bidra og være nyttig for andre.

I det norske samfunnet er arbeid sentralt, og er ofte en kilde til diskusjon i samfunnsdebatten. Fra barnsben og gjennom hele utdanningsforløpet forberedes nye generasjoner på deltakelse i arbeidslivet. Normen er at man deltar i arbeidslivet, med unntak av barndom, alderdom og sykdom. Individuer som innehar disse egenskapene er i større grad mottakere enn bidragsyttere i samfunnet, særlig i et økonomisk perspektiv. Det er ikke forventet, og i enkelte tilfeller ulovlig¹,

¹Arbeidsmiljøloven (2005) § 11-1. Forbud mot barnarbeid

at dem som tilhører i de nevnte kategoriene skal være i lønnet arbeid, men dem som går under kategorien “syk” befinner seg i noen tilfeller heller i ett mellomsjikt, enn klart på den ene eller andre siden. Det blir en vurderingssak om *hvor* syk man er, i større grad enn *om* man er syk eller ei. En gradert sykemelding bidrar til redusert deltakelse i arbeidslivet, men likevel en deltakelse. Det kan oppleves problematisk når man ikke kan bidra på lik linje som før, men samtidig ikke anser seg selv som syk. Dette er nok særlig aktuelt for personer som opplever fysiske eller psykiske plager over lengre tid, uten en klar diagnose, da disse plagene har en svakere sosial forankring enn akutt somatisk sykdom (Marinker 1975). Når man ikke opplever seg selv som syk kan man oppleve at man bryter normer om aktiv arbeidsdeltakelse, noe som står sterkt i samfunnet. Normbrudd kan oppleves ubehagelig, om man vil forsøke å gjenopprette en form for normalisering. Ønske om deltakelse i arbeidslivet kan blant annet tolkes i retning av at man ikke ønsker å avvike fra internaliserte normer i samfunnet, men at det uttrykkes gjennom motivasjon og ønske om deltakelse i arbeidslivet. Når man likevel opplever at man avviker fra normer, ved at man å ikke klarer å oppfylle de forventningene man opplever at samfunnet stiller til den øvrige befolkningen, kan dette komme til uttrykk i form av følelse av dårlig samvittighet og selvfølelse.

4.2 Sosialt liv

I tillegg til rollen som arbeidstaker, som informantene er helt eller delvis sykemeldt fra, innehar deltakerne flere andre roller i livene sine. Informantene i dette utvalget besitter blant annet roller som mødre, partnere, døtre, bestemødre, søstre og venninner. Som nevnt innledningsvis er et aspekt av Hysnesoppholdet at deltakerne er borte fra forpliktelsene og rollene de innehar i hverdagslivet. Mens deltakerne er borte fra hjemstedet får de dermed anledning til å kjenne på hvordan fraværet av ansvar og arbeid oppleves. En forpliktelse som er fremtredende i datamaterialet, er ansvaret og arbeidet knyttet til omsorg. Det kan tenkes at forpliktelsene knyttet til blant annet omsorg kommer tydeligere frem for informantene når de reiser bort, enn når de er hjemme. Alle informantene opplever en eller annen form for omsorgsansvar for noen som står dem nær, enten det er egne barn og/eller andre nære relasjoner.

4.2.1 Omsorgsarbeid og ansvar

Da Dina fortalte om opplevelsen ved å være borte fra hjemstedet, trakk hun frem hvordan hun fikk anledning til å konsentrere seg om det som skjedde på Hysnes og ikke alt det andre som vanligvis skjer rundt henne i hverdagslivet.

“Ja, for da har man det å konsentrere seg om. Du trenger ikke å konsentrere deg om alt det andre som skjer rundt deg, og da får du mer tid til å på en måte, la ting synke inn, tenker jeg. Altså når du legger deg der på kvelden så kan du faktisk tenke på det som har skjedd i løpet av dagen, det vi skal gjøre i morgen, isteden for å tenke at i morgen skal han på trening og hun skal bursdag og ja. Du slipper unna sånne ting. Mens sånn der så tror jeg du klarer å ta inn mye mer på et vis.” (Dina)

Mens informanten er på Hysnes oppdager hun at hun har anledning til å reflektere over hva hun selv har vært gjennom tidligere på dagen og hva som kommer neste dag, fordi hun slipper unna tankevirksomheten som omhandler planlegging av familiens kommende gjøremål. Hun får anledning til å konsentrere seg om seg selv, i motsetning til hva som er mulig i en hverdagssituasjon hvor familie og jobb krever planlegging og oppmerksomhet. Det blir færre forskjellige elementer som krever oppmerksomhet og planlegging på Hysnes, enn når hun er hjemme. Uoppfordret eksemplifiserer hun dette ved å beskrive hvordan hun slipper å tenke på planleggingen rundt barnas aktiviteter den påfølgende dagen. Jeg tolker utsagnet hennes i så måte at når hun sier hun slipper å tenke på noe mens hun er på Hysnes, er det ting hun vanligvis tenker på når hun er hjemme. Sitatet illustrerer aspekter av omsorgsansvar. Det er ikke jobb, egne behov eller andre ting hun vanligvis tenker på når hun går til sengs, det er barnas behov. Det foreligger mange forventninger knyttet til rollen som omsorgsperson. Barna kan ikke komme uforberedt til verken bursdag eller trening. Planlegging og tilrettelegging av barnas aktiviteter er forventet å ligge innenfor omsorgspersonenes ansvarsområde.

Smeby og Brandth (2013) omtaler det usynlige tilretteleggingsarbeidet som “det tredje skiftet”. Det er den delen av familielivet som omfatter tankevirksomheten rundt familiens gjøremål, og særlig knyttet til barnas hverdag. Hvorvidt det er Dina som har hovedansvaret eller ei for det tredje skiftet i hennes familie, foreligger ikke direkte i dette datamaterialet, men med tanke på at hun planlegger barnas kommende aktiviteter når hun går til sengs, er det tydelig at hun i det minste har stort medvirkende ansvar. Hadde planleggingsansvaret rundt treninger og bursdager vært utenfor hennes ansvarsområdet, antar jeg at hun ikke hadde brukt nettopp dette i eksempelet.

Cecilie går også inn på familiens organisering, når jeg spør om det er noe familien hennes kan bidra med for at hun skal komme tilbake i jobb.

“Nei. Det er ikke det. Det går nok på meg selv. Så klart, vil det jo hjelpe hvis jeg er åpen om akkurat hvordan jeg har og føler det hele tiden, men altså det, livet går jo videre for alle fem i familien. Så det er jo mer ett samarbeid, så det handler jo mer om å kanskje bare gjøre ting mer organisert. Man kan jo planlegge seg ihjel men det vil uansett komme uforutsette ting. Måten det problemet med det er jo hvordan jeg ha møtt de uforutsette tingene som gjør at jeg skrur på adrenalinpumpa tvert.” (Cecilie)

Informanten beskriver familielivet som et samarbeid, men foreslår at ting kan gjøres mer organisert. Det hun opplever som problematisk, er hvordan hun har taklet uforutsette ting på. Hvordan hun reagerer kroppslig, kommer jeg nærmere inn på senere i analysen, i delen som omhandler kroppen. I denne sammenhengen vil jeg peke på hvordan hun beskriver at det er *hun* som har møtt de uforutsette tingene, ikke familien eller hun *og* ektefellen. Det kan tolkes i retning av at hun opplever det som hennes ansvarsområde å ordne de uforutsette tingene som oppstår. Å møte de uforutsette tingen anser jeg omfatter både det andre og tredje skiftet. Både ansvaret for planleggingen av arbeidet og utførelsen av arbeidet, som uforutsette ting medfører.

4.2.2 Skjerming

I det forrige sitatet forklarer informanten også at hun anser at det ikke er noe familien kan gjøre for at hun kommer tilbake i jobb. Hun reflekterer over at det kan hjelpe dersom hun hele tiden er åpen om hvordan hun har det og hvordan hun føler seg, men hun konkluderer med at livet går videre for alle i familien. Essensen i dette tolker jeg handler om at informanten ikke ønsker at familiens oppmerksomhet til stadighet skal rettes mot hennes helseplager, fordi hun opplever det som hennes ansvar og ikke vil belaste familien med hennes plager. Dette ser ut til å være tilfellet for samtlige informanter, og særlig for de informantene som er foreldre til hjemmeboende barn eller ungdommer.

For Dina sin del har helseplagene hemmet henne mye i perioder, men hun hevder det har påvirket familielivet minst, i sammenligning med andre deler av livet. *“Men, sånn, jeg har fokusert på det her. I huset her. Min mann og mine barn, når det har vært som verst da. Ja, så det har blitt mye mindre av alt annet.”* (Dina). Sitatet underbygger informantens ansvar knyttet til rollen som omsorgsperson. Når helseplagene er fremtredende er det den nærmeste familien

som prioriteres i størst grad og som en konsekvens blir det, som informanten sier, “mye mindre av alt annet”.

En annen informant, som har slitt med psykiske helseplager fra barneårene, opplevde etter bortgang av nære familiemedlemmer og tap av arbeidsplass, at livet ble vanskeligere. *“Nei, har vært sånn opp og ned sånn humør hele tiden, men da ble det helt svart.”* (Berit). På måten informanten beskriver opplevelsen, at det ble “helt svart”, tolker jeg at det var en svært tung opplevelse for henne. Tross disse vanskelige opplevelsene, har informanten valgt å dele helseplagene med færrest mulig, barna inkludert. *“I dagens samfunn har dem nok å tenke på likevel, så har ikke ville delt det med dem.”* (Berit). Som de andre informantene i studien, har Berit forsøkt på sitt vis å gjøre det hun anser er best for barna. I dette tilfellet er det å skjerme dem fra innsikt i hennes helseplager.

Informantenes fortellinger kan tolkes i retning av at de ikke ønsker at familiens oppmerksomhet rettes mot helseplagene de opplever. De ønsker ikke være medvirkende til en ekstra bekymring for de andre familiemedlemmene, særlig barna. For å unngå oppmerksomheten, er informantene selektive med informasjonen som deles, og hverdagsrutinene opprettholdes etter beste evne. Det er andre ting enn den nærmeste familien som nedprioriteres. Det kan se ut til at samtlige informanter forsøker å skjerme familien for mye av helseplagene de opplever.

4.2.3 Tilgjengelighet

Det er mye som tyder på at informantene med voksne barn ikke opplever et like stort ansvar for barnas hverdag, som de informantene med hjemmeboende barn. For Anne, som har voksne barn, kan det se ut til at omsorgsansvaret for barna har blitt redusert etter at barna ble voksne. Likevel finnes det sterke indikasjoner på at det totale omsorgsansvaret ikke har minket i særlig grad, men forflyttet seg til familiens eldre og syke. *“Så men helt siden pappa ble hjertesyk første gangen, så har det jo blitt sånn som med alt annet i livet, at det er jeg som har vært tilgjengelig.”* (Anne). Til tross for at informanten har flere brødre, ser det ut til at det er hun som har overtatt hovedansvaret for det tredje skiftet i familien hun vokste opp i.

Lilleaas (2003:5) begrep, *kroppslig beredskap for andre*, beskriver hvordan man både følelsesmessig og praktisk involverer seg og tar ansvar for andres velbefinnende. I tillegg til

holdning, henviser begrepet også til en kroppsliggjøring av strukturelle forhold (Lilleaas 2005). Lilleaas (2005) hevder orienteringen mot andre er mer innarbeidet i den kvinnelige habitusen, enn i den mannlige. Mye tyder på at informantene i denne studien praktiserer en høy grad av “kroppslig beredskap for andre”. Informantene, som alle er kvinner, opplever stort omsorgsansvar for dem rundt seg. Anne forteller hvordan det er hun stort sett alltid “har vært tilgjengelig”. Tilgjengeligheten hun refererer til kan tolkes som både praktisk og emosjonell tilgjengelighet. I intervjusamtalen trekker informanten også frem hvordan hun opplever at moren hennes forholder seg til hennes evner til å ordne opp: “*Så mamma sier det at “det er ikke så farlig med hun Anne, for hun ordner det likevel”. Så det er planta i alle*” (Anne). Sitatet forteller noe om hvordan informanten opplever at de rundt henne oppfatter henne som en tilgjengelig ressurs, og at dette er sterkt forankret i dem. Dette kan være knyttet til både egne og andres underliggende forventninger om kvinners evne til omsorg for andre.

4.3 Å dra bort

Mens deltakerne er på Hysnes er de borte fra familie, jobb, hjem og hverdagslivets plikter. Samtlige informanter uttrykte at de synes dette var en positiv del av rehabiliteringsopplegget. Anne opplevde det å reise bort fra byen og hverdagslivet, som en stor fordel ved rehabiliteringsoppholdet ved Hysnes;

“Det syns jeg var helt greit. Syns det var fint. Jeg syns det var, det er vel kanskje en av dem største positive tingene ved det, det å bare gå bort. Nei altså, du drar fra byen, du drar fra jobb, du drar fra familien, drar fra alt det som på en måte er hverdagen.” (Anne)

Berit reflekterer over effekten av å være på Hysnes og hvor annerledes rehabiliteringen kunne blitt dersom det hadde blitt lagt til et senter hvor man kun var på dagtid;

“Hvis du har vært på sånn dagsenter så tror jeg du hadde dratt på timen og dratt hjem, da tror jeg ikke du hadde klart å tenke over det du har vært igjennom, latt det synke inn. Når du er utpå der får du tid til å synke inn, tenke over det, delt tankene med andre som har det samme. Begynner å tenke mer. Blir litt mer bevisst.” (Berit)

Berit trekker frem at ved å være på Hysnes blir det mer tid og rom til å ta innover seg og reflektere over hva man har vært gjennom. Hun nevner også at det er anledning for å dele tanker med andre som er i lignende situasjon. Hun opplever at å dele, bearbeide og reflektere over hva man går igjennom, kan bidra til at man begynner å tenke mer og blir litt mer bevisst. Dette er

noe informanten reflekterer over at hun kunne gått glipp av dersom rehabiliteringsopplegget hadde funnet sted på dagsenter, hvor man drar hjem når man er ferdig for dagen.

I likhet med de andre informantene ser også Cecilie positivt på den fysiske avstanden mellom hjemsted og Hysnes;

“Fullt fokus, på en måte. Det er det det handler om. Fra du kommer til du drar. Fordi hjemme hadde jeg blitt dratt ut av den boblen med en gang jeg hadde satt foten innenfor døren hjemme. Sånn at det handler om at du får være i den boblen. Får lov til å kjenne på det, også at du får fred til å ta inn alle inntrykkene. Og den opplevelsen av at det faktisk er flere som har det sånn. Som også trenger å være her, ikke sant. At du ikke er for deg selv om å ha det sånn. For det, du kan bli ganske ensom i den dritten når det går over lang tid.” (Cecilie)

Cecilie trekker frem fordelene ved å kunne holde uavbrutt fokus på rehabiliteringsprosessen mens hun er på Hysnes. Det gir henne anledning til å være i “boblen”, hvor det er tid, sted og ro til refleksjon og bearbeiding av alle inntrykkene. Informanten ser også verdien av å være på samme sted med andre som sliter med lignende problemer. I samtalen på Hysnes Helsefort ytret flere deltakere lettelse over å få bekreftet at de ikke er alene om å ha utfordringer. Selv om de opplever støtte fra familie og venner, finner de en annen type støtte i hverandre. De har andre forutsetninger og referanser for å forstå hverandres problemer, nettopp fordi de har møtt og møter mange av de samme eller lignende utfordringene. Selv med tette bånd i familien og andre nære relasjoner kan det oppleves som en ensom prosess å gå gjennom en lang sykdomsperiode, noe Cecilie poengterer med påstanden om at *“du kan bli ganske ensom i den dritten når det går over lang tid”*.

4.3.1 “Hysnesboblen”

Fra informantenes fortellinger kan vi lese at de opplever den fysiske avstanden mellom hjemsted og rehabiliteringssted som utelukkende positiv. Den fysiske avstanden bidrar til å fremme en mental distanse fra relasjoner, ansvar og oppgaver i hverdagslivet. Den mentale distansen fra hverdagslivet bidrar til en mental tilstedeværelse på Hysnes. Deltakerne er dermed både fysisk og mentalt til stedet, noe som virker hensiktsmessig i rehabiliteringsprosessen. Informantene opplever en positiv effekt i henhold til at de får fysisk og mentalt rom og ro til å rette full oppmerksomhet mot seg selv og rehabiliteringsprosessen. Dette rommet, eller “boblen” som

Cecilie kaller den, skaper en arena for refleksjon og bearbeiding. Informantene opplever at de ikke får gjort noe med det som skjer hjemme mens de er på Hysnes, derfor klarer de å la det få mindre oppmerksomhet. *“Det er bare deg selv. Du får ikke gjort noe med det andre likevel”* (Berit).

Informantene viser til konkrete eksempler hvor de lot hverdagslivet vente mens de var på Hysnes. Dina forteller at hun utsatt å svare på e-post fra jobb, og Anne opplevde for første gang på mange år at hun kunne legge bort telefonen;

“Jeg merka jo til og med det at jeg kanskje kunne legge fra meg telefonen. Det har jeg jo ikke gjort på tredve år, tror ikke jeg. Så det å forlate alt ved vante, det vanlige, det som ikke du helt har kontroll på, det du ikke har helt kortstokken stokka riktig på, bare det å dra fra det. Det syns jeg var veldig greit“ (Anne)

Det er et klart skille for deltakerne mellom hverdagen på hjemstedet og oppholdet på Hysnes. På hjemstedet dras oppmerksomheten til deltakerne mellom familie, partner, jobb, venner, aktiviteter og andre forpliktelser. Når deltakerne pakker sekken og setter kursen mot Hysnes, setter de hverdagslivet på vent. De tar en pause fra hverdagslivet og det som de ikke har helt kontroll på; det som de ikke har “kortstokken stokka riktig på”. De dagene deltakerne er på Hysnes befinner de seg i en unntakstilstand. Oppmerksomheten rettes mot deltakerne selv. De omgås hovedsakelig kun andre deltakere og helsepersonell som bidrar i rehabiliteringsprosessen. Kommunikasjonen og aktivitetene som foregår er i stor grad rettet mot helsefremming. De fysiske feltene som benyttes er definert ut fra bruksområdet. Det finnes blant annet områder for fysisk trening, matservering, gruppesamtaler, enkeltsamtaler, foredrag, håndarbeid, samt deltakernes private rom og felles oppholdsrom. Det er dermed lagt opp til at deltakerne enkelt skal kunne ta i bruk de forskjellige rommene etter ønske og behov. Ved ankomst får hver deltaker utdelt en egen timeplan som de forholder seg til på dagtid. På kveldstid er det muligheter for å oppholde seg i fellesområdene eller på eget rom. Enkelte ettermiddager er det arrangementer man kan delta på i nærområdet. Da helsefortet ligger avsides har deltakerne få valgmuligheter å forholde seg til. Det de velger å delta på eller gjøre, gjør de av egen interesse. Det er tilsynelatende lite forstyrrelser og distraksjoner for deltakerne på Hysnes, i forhold til hva det ellers er i livene deres. Ved at de fysisk og mentalt trer inn i “Hysnesboblen” ved ankomst, får de avstanden til å se eget liv i perspektiv og mulighet til å stokke om på den usorterte “kortstokken” på en armlengdes avstand.

4.4 Hysnes Helsefort

Deltakerne på korte og lange opphold går parallelt, slik at de er på helsefortet samtidig og har enkelte sesjoner sammen, som foredrag og enkelte timer med avspenning. De har også muligheten til å benytte de samme fellesområdene og delta på de samme aktivitetene på kveldstid. Ved at deltakerne omgås får de innblikk i likheter og ulikheter i de to ulike rehabiliteringsoppleggene. Deltakerne på kort opphold har mer intensive dager på Hysnes, enn de på langt opphold. Informantene i utvalget var tilsynelatende svært fornøyd med lengden på oppholdet. *“...glad for at jeg ikke var der tre uker i strekk, det tror jeg hadde vært tøft for meg.”* (Frøydis). Forpliktelse til jobb og særlig familie gjorde det lettere for dem å takke ja til tilbudet om å delta på kort rehabiliteringsopphold. Enkelte deltakere hevdet at de mest sannsynlig hadde avslått dersom de hadde fått tilbud om langt opphold, derfor var det avgjørende for de å få mulighet til å delta på kort opphold.

4.4.1 Hva er problemet?

I introduksjonstimen til ACTiv forklarer psykologen at terapien deltakerne skal ta del i kan oppleves utfordrende. Han forbereder deltakerne på at når de skal granske seg selv og forsøke å finne frem til roten av problemer, kan de oppleve at ukjente følelser og tanker oppstår. Han forklarer dette også billedlig ved å beskrive en potteplante med vann og jord i. Når man stikker hånden ned i potten og roter rundt, kan man oppleve at jorden som ligger i bunnen kan grumse til vannet og komme til overflaten. Denne måten å bruke metaforer var gjennomgående i terapitimene. Det ble også tatt i bruk i fysiske og mentale øvelser. Hensikten med å bruke metaforer og øvelser blir å skape mentale konstruksjoner hvor man setter erfaringer i livet i nytt perspektiv. Det tas i bruk strategier for å hjelpe deltakerne til å leve mer i nuet, hvor man holder fokus på de viktige verdiene, og har mindre fokus på negative tanker, opplevelser og følelser.

Oppmerksomhet var sentralt i rehabiliteringsoppholdet. En av de første øvelsene som ble introdusert i gruppeterapien konsentrerte seg om problemer. Her var det om å gjøre å kjenne etter og legge merke til.

“Psykologen inviterer oss til en øvelse. Vi får utdelt et blankt A4-ark hver. Arket, som representerer problemer, holdes med begge hender opp foran ansiktet. Psykologen snakker med rolig stemme og geleider oss gjennom øvelsen. Han ber oss kjenne etter hvordan det føles å sitte slik. Det oppleves ubehagelig. Med et ark foran ansiktet ser jeg

ikke så mye annet enn selve arket, og jeg kjenner at jeg blir sliten i armene og anstrengt i øynene. Når arket legges ned i fanget blir det lettere å se hverandre og omgivelsene. Psykologen forklarer at arket fremdeles er til stedet mens det ligger i fanget, men det kan være lettere å forholde seg til det når det ligger der og ikke er foran ansiktet.” (Observasjon uke 1, dag 1, ACTiv)

Hensikten med øvelsen er ikke å ignorere ubehag, men å anerkjenne at det er til stede for deretter å forsøke å flytte oppmerksomheten fra det og til andre verdifulle ting i livet. For de fleste deltakerne var ACT-tilnærmingen en ukjent måte å tenke på, og noen trengte å bruke litt tid på å venne seg til tilnærmingen.

“Jo, jeg synes de første dagene var veldig sånn ullent, da visste jeg ikke helt hvor og hva vi skulle. Det var litt sånn svevende de første. Det var litt mer sånn at jeg kunne tenkt meg noen mer konkrete handlinger og svar tvert da. Det fikk vi jo ikke, så vi ble jo pressa litt da, siden han der. Situasjonen var sånn at vi måtte tenke litt, og ting tar tid, ja. Det er jo som jeg sa, en måte som er ukjent for meg, men jeg lærte veldig mye av det. Oppfattet det som positivt.” (Frøydís)

Ved at deltakerne ikke får konkrete tilbakemeldinger, og i mange tilfeller heller nye spørsmål i retur, blir deltakerne nødt til å tenke på nye og alternative måter enn hva de er vant til. Et poeng å trekke frem er at det ikke finnes ett fasitsvar på hvordan man skal tenke, men at det finnes strategier som kan bidra til å styre handlings- og tankemønstre i en mer hensiktsmessig retning. Deltakerne blir utfordret til å våge å tenke nytt og annerledes på hvordan de kan ta tak i problemene og utfordringene deres.

“Jeg synes jo at det er positivt til at bli tvunget til å scanne hjernen din, rett og slett. Blir tvunget til å begynne å rote der og finne ut hva er det egentlig som er problemet. For du kan jo ikke gjøre noe med det før du vet hva problemet egentlig er. Så, det er sikkert noen som synes at det er det kjipeste, men det er også det viktigste.” (Cecilie)

Deltakerne som er på Hysnes har ulike utfordringer de sliter med å løse. Noen har mer diffuse og sammensatte lidelser enn andre. Til felles har alle deltakerne at de behøver noen strategier som kan gjøre utfordringene deres lettere å leve med. Strategiene er unyttige med mindre man finner ut hvorfor og hvordan man skal ta de i bruk. Det er derfor sentralt i rehabiliteringsprosessen å finne hva utfordringene bunner i. Det blir, som Cecilie påpeker, ikke mulig å gjøre noe med problemet før man vet hva det egentlig er.

Frivillig tvang?

Jeg observerte i terapitimene, at når psykologen inviterer deltakerne til å bli med på øvelser, poengterer han at det er en “invitasjon”. Det er ingen tvang og ingen skal gjør noe de ikke vil, men han oppfordrer alle til å bli med. Det er derfor interessant at informantene bruker ord som “blir tvunget” og “presset”, når de beskriver opplevelsene. Min oppfatning av dette er at deltakerne i større grad føler seg presset og tvunget av seg selv, enn av psykologen direkte. Likevel kan aktiv deltakelse i rehabiliteringsprosessen oppleves som et indirekte krav, da hensikten med rehabiliteringsoppholdet er å hjelpe deltakerne tilbake til eller øke deltakelse i arbeidslivet. For å oppnå dette er det en forutsetning at deltakerne deltar aktivt. På det tidspunktet hvor deltakerne befinner seg på Hysnes, har de allerede slitt med utfordringene over lengre tid. Noen har strevd i måneder, andre i mange år. De er kommet til et punkt hvor de sterkt ønsker forandring og de er villig til å prøve alt som kan hjelpe. Jeg tolker det dithen at det er det sterke ønske om forandring som motiverer deltakerne til å gjennomføre rehabiliteringsopplegget med størst mulig innsats. Samtidig ytret informantene takknemlighet for muligheten de hadde fått til å delta på rehabiliteringsoppholdet på Hysnes. Dette er nok også med på å underbygge forventningene de stiller til seg selv med tanke på aktiv deltakelse. Det blir derfor mulig å hevde at deltakerne opplever en form for press og tvang til å “rote i potta” og delta aktivt i rehabiliteringsopplegget.

4.4.2 Tid

Informantene nevner at rehabiliteringsprosessen tar tid. I samtalen med Frøydis går hun inn på tematikken med tid og hun bruker beskrivelsen å “skyndte seg langsomt”. Hun forklarer at fremgangen i terapitimene gikk langsomt i forhold til hva hverdagen hennes hadde vært i forkant av oppholdet. Hun ville holde et hurtigere tempo, men trekker også frem viktigheten av å gå langsomt gjennom alle øvelsene: *“Jeg ser jo hensikten med det, og det er jo kjempe viktig å kanskje skyndte seg langsomt da”* (Frøydis).

De som deltar på rehabiliteringsopplegget på Hysnes har vært sykemeldt helt eller delvis i lengre tid før oppholdet. For mange deltakere blir tålmodigheten satt på prøve. De ønsker å komme tilbake til hverdagen tilnærmet lik den var før helsetilstanden ble nedsatt. Helst så fort som mulig. En deltaker som også trekker frem tid og har det travelt med å komme tilbake er Anne.

“Jeg må tilbake jeg vet du, i full fart. Det har tatt altfor lang tid. For det første har det tatt altfor lang tid at jeg ikke kommer meg på igjen. At jeg ikke får igjen energinivået og at jeg sliter litt med den panikkangsten min og det der, og at jeg ikke får det på stell. At det tar for lang tid. Det drøyer ut og det drøyer ut og jeg får ikke oppskriften noe sted. Jeg må, må på igjen. Sånn som det stresser meg selv lite granne, men så har jeg vært på Hysnes da, så nå har jeg lært meg å ta en ting av gangen, så nå holder jeg på å trene på det.” (Anne)

Når informanten snakker om å komme “tilbake” og komme “på igjen” tolker jeg det i så måte at hun referer til tiden før helsetilstanden ble nedsatt. Med dette til grunn kan vi lese fra sitatet at informanten antar at det har gått *for* lang tid til at hun klarer å komme tilbake til samme tilstand som før helsetilstanden ble nedsatt. Hun får ikke energinivået tilbake og stell på panikkangsten. Hun savner en oppskrift. Hun hevder at hun “må på igjen”. Ved å bruke ordet “må”, legger hun føringer for at det er eneste alternativ. Dette blir ambivalent med hensyn til at hun opplever at hun må, men ikke klarer å komme “på” igjen. I dette spenningsfeltet ligger det mye frustrasjon hos deltakeren.

Opplevelsen av å være nødt til noe, uten å klare det, er opplevelser som går igjen hos samtlige informanter. I dette feltet kommer Hysnes med strategier som kan bidra til at spenningsfeltet blir mindre konfliktylft. En av disse strategiene er å konsentrere seg om en ting om gangen, slik informanten refererer til i sitatet over. Ved å konsentrere oppmerksomheten mot en ting om gangen blir man først nødt til å sortere hvorfor og hva man anser som viktig og mindre viktig. Deretter forsøker man å finne en hensiktsmessig metode som gjør at man kan bevege seg mot de verdiene man synes er viktigst, og dermed bort fra ting som tar mer energi og glede enn det gir. Dette kan være alt fra relasjoner, aktiviteter, følelser, hendelser i fortiden, til tanker om fremtiden. Denne forhandlingsprosessen kan være vanskelig, fordi man må erkjenne og distansere seg fra elementer i livet som man i utgangspunktet har en opplevelse av at man er nødt til å forholde seg til. I tillegg til å være vanskelig kan denne prosessen være tidkrevende. Endringene skjer ikke hurtig, selv om det hadde vært ønskelig fra deltakernes side. De må øve på dette over lengre tid.

Finne tilbake til livet

I intervjusamtalen forklarer Anne videre hvordan hun har brukt mange år på å sette seg selv til side, og hun antar derfor at det vil ta lang tid før hun kommer seg ut av det gjentakende mønsteret.

Anne: Nå må jeg begynne å finne igjen mitt eget liv. Må legge alt det der bak meg. Men det er klart at, som jeg sier, det med å sove mindre og mindre og gjøre alt mulig for andre og sette meg selv til sides, og ta bare restene til meg selv. Det har jeg brukt mange år på. Å komme meg dit i den forkakla verden der. Så jeg vil jo sikkert bruke lang tid på å komme meg ut igjen da. Tilbake i en sånn normal måte.

Meg: Så det har ikke alltid vært sånn?

Anne: Jo, det har alltid vært sånn. Men det er klart at, det er tydelig at jeg kommer til et punkt nå hvor kroppen sier at «du må slutte. Nå må du finne på noe annet for du må ha noe tid du også, en eller annen gang du også i løp av livet». Det virker sånn da. Vet ikke. Sånn holder den nå på.

Informanten forklarer at hun må “finne igjen” sitt eget liv. På måten hun ordlegger seg kan det se ut til at hun opplever å ha mistet noe i livet. Noe hun savner og vil finne tilbake til. Hun forklarer at hun har over en årrekke kommet seg inn i en “forkakla verden”. En verden hvor andres behov har kommet først, hvor hun har satt seg selv til sides og bare hatt restene igjen til seg selv. På måten hun beskriver denne “forkakla” verden, er det et uønsket sted for henne å være. Hun innser at hun må endre handlingsmønsteret, komme seg ut av den verden, dersom hun også skal ha noe tid til seg selv. Hun antar at det kommer til å bli en tidkrevende prosess å komme seg ut av den “forkakla verden”, og tilbake til en “normal måte”. Jeg tolker at hun her mener prosessen å bevege seg bort fra en uønsket tilværelse, og til en ønsket tilværelse. En tilværelse hvor hun har tid og energi til å gjøre de tingene hun har behov og interesse av å gjøre.

Det kommer frem i samtalen, når informanten snakker om å komme “tilbake til en normal måte”, at dette er noe som nødvendigvis ikke har vært normalt for henne tidligere. Jeg tolker at hun refererer til det hun opplever som normalt for andre, en tilstand av normalitet. Hun bekrefter i samtalen at det alltid har vært sånn, at hun alltid har satt andre foran seg selv. For informanten kan den “forkakla” verden ha blitt mer tydelig, og dermed mer uønsket, etterhvert som helseplagene har blitt sterkere. I så måte at hun ikke har lagt merke til hvordan hennes eget

handlingsmønster har vært negativt, før kroppen etter lang tid signaliserte kraftig ubehag, noe hun tolket som behov for endring.

Tid er sentralt i informantens utsagn. Hun har brukt lang tid på å komme inn i et lite hensiktsmessig handlingsmønster, og hun antar derfor at hun behøver lang tid på å komme ut igjen. Hun behøver å endre handlingsmønsteret slik at hun først og fremst har nok tid til å ta vare på seg selv.

I perioder med sykdom kan tid oppleves annerledes enn ellers (Charmaz 1991:vii). Man har mindre energi og overskudd, og dermed mindre tid til overs. For informantene blir det en tilvenningssak å sette av nok tid til egne behov. Det må øves på. Som tidligere nevnt er en strategi for egenomsorg å ta en ting om gangen. Vesentlig her er at man beholder oppmerksomheten over tid. At man ikke forter seg fra en aktivitet til en annen, både i fysisk og mental forstand. Med høy hastighet og en rekke valgmuligheter, er det en utfordring å holde konsentrasjonen over tid. Det er sjelden man legger merke til alle tidstyvene og hvor ofte man skifter fokus, før man blir gjort oppmerksom på det.

Betenkningstid

En annen strategi deltakerne lærte på Hysnes, som omhandler disponering av tid, er betenkningstid. Tid til å la seg selv tenke gjennom valg og tilbud, før man godtar eller avslår. Ei av informantene, som tidligere hadde en tendens til å svare hurtig "ja" på forespørsler, opplevde etter endt rehabiliteringsopphold en positiv effekt ved å praktisere betenkningstid. *"Nei, oppnå nå i alle fall litt for min del, at jeg har litt mer handlefrihet da. Istedenfor å svare ja til alt og alle der og da, så kan jeg tenke meg om først og finne ut om jeg egentlig vil"* (Frøydis). Informanten beskriver at hun opplever økt handlingsfrihet når hun gir seg selv tid til å tenke gjennom tilbud, før hun avgir svar. Hun får anledning til å finne ut om forespørselen er noe hun er interessert i å sette av tid til og om det er noe hun egentlig vil. *"Ja, kjøper meg litt tid, og det synes jeg er veldig godt da"* (Frøydis). Jeg tolker at betenkningstid handler om å ta kontroll over egne avgjørelser og egen tid.

Hastverk

Informantene er generelt preget av hastverk. De har hastverk med å bli friske, med å komme gjennom rehabiliteringen og tilbake til en tilnærmet normal hverdag. På den ene siden tar

informantene tilsynelatende med seg forventningen om at alt skal gå i hurtig tempo, til Hysnes. De ønsker konkrete tilbakemeldinger og tiltak. Det er en omstilling for deltakerne å venne seg til tempoet og tilnærmingen som foregår på Hysnes. På den andre siden opplever deltakerne at tempoet og tilnærmingen på Hysnes gir positivt utbytte. Med hensyn til tid får de noen konkrete strategier som de kan benytte for å aktivt øke omsorg og tid til seg selv.

Det kan se ut til at et aspekt av hastverket informantene melder om, omhandler at tålmodigheten til informantene begynner å ta slutt, etter lang tid med helseplager. Deltakerne ytret frustrasjon over at effekten av helsefremmende tiltak tar lang tid. Realiteten svarer ikke til forventningene om hurtig bedring av helsetilstand. De ønsker å komme tilbake til en tilnærmet normal tilstand. Jeg anser også at en del av hastverket omhandler søken etter en snarlig permanent løsning. En antagelse om at desto lengre man er syk, desto lengre blir veien tilbake, fungerer som en stressende faktor. *“Hvis ikke det hjelper det jeg driver med nå, så kommer det bare til å skje enda en gang. Fordi jeg kjenner meg selv så godt.”* (Cecilie). Cecilie forklarer at det er ikke et alternativ for henne å ikke komme tilbake til full stilling i nær fremtid. Hun er ivrig etter å finne en løsning som fungerer permanent, fordi hun antar at konsekvensene av å ikke finne en løsning vil medføre de samme helseproblemene i fremtiden.

4.4.3 Kropp

Mental og fysisk trening er en stor del av rehabiliteringsopplegget på Hysnes. Når jeg i denne delen skriver om kroppen, refererer jeg til både det fysiske og mentale aspektet, med mindre annet blir presisert. Fysisk og psykisk ubehag kan komme til uttrykk i både fysiske og psykiske reaksjoner. Ofte overlapper dette hverandre. I denne følgende delen presenterer jeg informantenes opplevelser av hvordan ytre og indre stimuli påvirker kroppens reaksjoner, og eventuelle tanker om strategier til reduksjon av smerter eller ubehag.

Fysisk og mental trening

Det er lagt opp til at deltakerne skal være i fysisk aktivitet tilnærmet daglig mens de er på Hysnes. De får veiledning og treningsplan tilpasset den enkeltes behov. For noen deltakere var fysisk aktivitet allerede en del av hverdagsrutinen før Hysnes, mens andre trengte hjelp til å komme i gang. *“Fysiske var greit også. Få litt puff på det også”* (Berit). Informantene var

fornøyde med både veiledningen og starthjelpen. Ei av informantene trekker frem veiledningen hun fikk i forbindelse med treningen som en spesielt positiv del av Hysnesoppholdet.

“For min del var det spesielt positivt å få hjelp til treningen. Jeg har vært litt sånn skeptisk til om trening kan gjøre smertene verre. Kan det utløse noen ting? Kan det gjøre at periodene varer lengre? Altså sånn, og på en måte da ikke ha turt å gjøre det fordi jeg kan jo ikke få noen mer smerter nå, fordi den og den dagen skal jeg gjøre det, så det var veldig greit å på en måte få hjelp til å komme i gang. Finne rette øvelsene og sånne ting.” (Dina)

Dina, som sliter periodevis med mye fysiske smerter i kroppen, har opplevd tung fysisk aktivitet som utfordrende fordi hun ikke har visst hvordan trening og smertene henger sammen. Det ble derfor en trygghet for informanten å få veiledning og informasjon av kyndig helsepersonell. I denne og lignende sammenhenger oppfordret helsepersonellet deltakerne til å stille seg selv spørsmålet: *hva er det verste som kan skje?* Deltakerne reflekterte da over hva verste utfall av en handling kan bli, enten det er snakk om fysiske anstrengelser som trening eller aktiviteter i andre situasjoner. Det kan være mindre skremmende å forholde seg til noe konkret enn noe ukjent.

Frøydis beskriver hvordan hun opplevde at frykten for ukjente mennesker minsket med denne tilnærmingen:

“Altså jeg hadde jo veldig problemer med å tørre å gå på butikken. Hadde veldig frykt for å møte forskjellige folk og, vi hadde jo noen forskjellige øvelser på det der. Hvor vi fikk testa ut, og liksom. De hadde noen kjempe fine øvelser, så det er akkurat det. Det jeg fikk, det har bare hjulpet meg i forhold til å tørre å gjøre det likevel. Liksom, hva er farlig? Hva er det verste som kan skje? Jo, jeg kan kanskje besvime men jeg dør ikke. Så det er sånne ting.” (Frøydis)

Gjennom øvelser og endret tankemønster fikk informanten hjelp på Hysnes til å sette frykten i et nytt og mindre skremmende perspektiv. Et perspektiv hvor hun fikk kjenne på frykten gjennom øvelser i trygge omgivelser. Hun inntar en posisjon hvor hun søker å se det mest rasjonelle og virkelighetsnære utfallet av handlingene, fremfor det mest skremmende og ekstreme utfallet. Øvelsene og veiledningen bidrar til at informantene opplever økt trygghet omkring fysiske aktiviteter.

“Følelspoliti” og “energytv”

Cecilie forteller at uforutsette situasjoner som oppstår, trigger stress, som videre skaper reaksjoner i kroppen. Hun forklarer at det er ikke de uforutsette hendelsene som nødvendigvis er problemet, men måten hun har taklet hendelsene på. Hun bruker betegnelsen “energytv” når hun beskriver hvordan kroppen bruker unødvendig mye energi når hun blir stresset. Informanten forklarer at en del av problemet omhandler at hun tidligere ikke har merket hvordan kroppen har gått inn i stressmodus, hvor kroppen automatisk og ubemerket spenner seg, og “energyvene” blir trigget.

“Ja, det er masse energytver. Det er det. Altså, må bare bli klar over dem og legge merke til dem og kanskje av, finne en måte å på en måte avrunde det på, før, sånn at etterhvert vil ikke kroppen gå i den banen da. Det tenker jeg. Etter det vi lærer her, så tenker jeg at det er sånn det fungerer. At hvis jeg begynner å legge merke til hver gang jeg aktiviserer en sånn energytv. Hvorfor det er sånne triggere, som jeg ikke er klar over, (...) for eksempel en sånn sosiale settinger trigger meg, uten at jeg vet det. Så begynner kroppen å gå rett i sånn analysemodus. Analysere, vurderer alt som blir sagt og gjort, ikke sagt og gjort.” (Cecilie)

Informanten misliker situasjoner mellom mennesker hvor hun opplever at det er noe som skurrer under overflaten. Hvor noe forblir usagt. Hun forklarer at hun analyserer, passer på og tar ansvar for andre personer i samtaler. Dersom hun opplever at noen potensielt kan bli satt i en situasjon hvor de kan bli misforstått eller såret, forsøker hun å kontrollere situasjonen. *“Sånn er jeg. Hele tiden. Et følelspoliti kan du si.”* (Cecilie). Hun begrunner dette med at hun tolker at mange situasjoner kan bli unngått, dersom hun tar ansvar for hvordan situasjoner utspiller seg. Hun liker verken når hun selv eller andre kommer i ubehagelige situasjoner. På spørsmål om hvordan det føles å komme i ubehagelige situasjoner, forklarer hun;

“Nei, det stresser meg. Ja, så kroppen skikkelig i, hjertebank og svimmel og ør og bare litt sånn utenfor seg selv opplevelse, hvis det blir sånn ... Ja, nei, det misliker jeg. Mange situasjoner som jeg synes er ekle. Med sånn mellommenneskelige forhold.” (Cecilie)

For å unngå kroppslig ubehag, forsøker informanten å styre sosiale situasjoner. Hun har inntatt rollen som “følelspoliti”. Jeg tolker at behovet for å styre situasjoner handler om frykt for å miste kontroll. I søken etter en løsning på problemet, ønsker informanten å ta utgangspunkt i strategiene hun har lært på Hysnes Helsefort, ved å legge merke til når, hvordan og hvorfor

kroppen går i stressmodus og “energityvene” trigges, for deretter å forsøke å endre handlingsmønsteret.

Stressmestring

“Under foredraget om stressmestring gikk det et sukk av lettelse gjennom salen da foredragsholderen refererte til en ny studie om stress og kortisolrespons” (Observasjon, uke 1, dag 4). Studien² det refereres til er gjennomført på Hysnes, og peker i retning av at liten fleksibilitet i kortisolrespons ved stress kan være et fellestrekk hos personer som er sykemeldt over en lengre periode. Med andre ord at kortisolnivået i kroppen ikke responderer likt hos alle mennesker. Mennesker som opplever stress over lengre tid, kan ha et generelt høyere kortisolnivå enn andre, og nivået har mindre fleksibilitet. Foredragsholderen forklarte at stress over lengre tid kan gi utslag i en rekke fysiske og psykiske reaksjoner. Fysiske reaksjoner på stress kan komme til uttrykk gjennom svekket immunforsvar, smerter og betennelser, høyt blodtrykk, hjerte/kar lidelser, søvnforstyrrelser og utmattelse. Psykologiske reaksjoner kan komme til uttrykk gjennom blant annet svekket selvtillit og selvfølelse, redusert tilstedeværelse, redusert hukommelse og konsentrasjon, grubling, nedstemthet, engstelse, sorg og sinne. “Forsamlingen nikket samtykkende mens foredragsholderen forklarte at dette kan videre påvirke oss i sosiale situasjoner og i arbeidssammenheng.” (Observasjon, uke 1 dag 4). Sosiale reaksjoner på stress kan komme i form av at man isolerer seg eller gjør det motsatte; unngår å være alene. Man kan også oppleve at man blir mer sårbar i situasjoner, enn man har vært tidligere. At man tar seg mer nær av ting. I arbeidssammenheng kan man kjenne symptomene på stress ved at evnen, motivasjonen og kapasiteten reduseres.

“Tross alvorlige konsekvenser for lite hensiktsmessig stresshåndtering, opplever jeg at lettelsen bunnet i en ny forståelse av kroppens kjemiske reaksjoner på stress. I etterkant av foredraget ble konsekvensene av stress og viktigheten av å håndtere stressmestring diskutert. Jeg opplever at deltakerne ser årsakssammenhenger mellom stress, og psykiske og fysiske reaksjoner i et lys som gir mening og er logisk forankret.” (Observasjon uke 1, dag 4)

I intervju samtalen med Berit forklarte hun ivrig hvordan lærdommen om kropp, psyken og stress ga mening.

² Jacobsen et al. (2014)

“Å få høre at det er grunn til at du reagerer kanskje sånn når du er stressa. Folk tror at du er gal, for at du glemmer og du gjør ditt og datt. Lære å bli litt mer bevist på hva som skjer med kroppen. At det er liksom sånn kroppen din reagerer da. På en del stress og sånne ting. At ikke det går ut over psyken. At du ikke rekker det, at du er for dårlig og at du glemmer og sant. Det å lære litt om kroppen, om hvordan kroppen reagerer på stress.” (Berit)

Den nye lærdommen ga informantene kunnskap til å se egne reaksjoner i et nytt perspektiv. Det er ikke uten grunn at Berit er glemsom eller gjør ting hun vanligvis ikke gjør, men hun forstår det som lite hensiktsmessig stresshåndtering som kommer til uttrykk i kroppen. Hun formidler at dersom hun kan begynne å legge merke til hvordan hun reagerer på stress, kan hun forhindre at det går utover psyken. Slik jeg tolker det, inntar hun en tilnærmet lik posisjon som beskrevet av Bury (1982), hvor hun får en avstand mellom seg selv og kroppens reaksjoner, og dermed opplever hun en økt grad av fritak for ansvaret for egen helsetilstand og atferd.

Informantenes fortellinger knyttet til deres opplevelse av kropp, bærer preg av frykt for kroppens reaksjoner, både kjente og ukjente, fysiske og psykiske reaksjoner. En informant hindret seg selv i å drive med fysisk aktivitet, i frykt for at det kunne gjøre smertene enda verre. En annen informant opplevde problemer med å gå i butikken, i frykt for å møte forskjellige mennesker. En tredje informant oppga at hun analyserte og kontrollerte andre og seg selv i sosiale situasjoner, i frykt for hvordan kroppen kunne reagere dersom det oppsto ubehagelige situasjoner. Informantene har styrt handlingsmønsteret i den retning de anser kroppen vil oppleve minst ubehag på kort sikt. På lang sikt har dette hatt uintenderte negative konsekvenser, ved at informantene enten har unnlatt å gjøre ting eller brukt mye energi på å kontrollere situasjoner i frykt for kroppens reaksjoner. Samtlige informanter oppga at de hadde fått nyttig kunnskap på Hysnes, som hjalp dem å se utfordringene deres i nye perspektiv, samt mentale verktøy og strategier til å redusere belastningene.

4.4.4 “Hysnessekken”

“Vi avslutter den siste ACTiv timen med gjennomføre en oppgave koordinatorene har gitt oss. Vi skal skrive ned i fellesskap hvilke positive opplevelser og erfaringer vi tar med oss hjem fra Hysnes. Vi går straks i gang med oppgaven, og koordinatorene forlater rommet vi befinner oss i. Ei av deltakerne plukker lokket av en tykk tusj, og gjør seg klar til å skrive. “Tørre å ta valget om å dra hit!”, er det første som skrives med den tykke røde tusjen på det store arket som ligger på bordet mellom oss. “Hadde

vi i utgangspunktet ikke turt å reise hit hadde vi jo ikke fått denne erfaringen” sies det. Resten nikker. “Jeg likte størrelsen på gruppen. At vi ikke var så mange”. Det noteres på arket; “positivt med “liten gruppe”!!”. Deltakerne er enige i påstanden om at det er lettere å være åpne om følelser og tanker i mindre grupper, samt at alle blir sett og hørt. Det er mer tid til hver enkeltperson. “Ikke alene om å ha utfordringer - det finnes flere som “meg”!”. Jeg opplever at vissheten om at det flere som har det vanskelig, letter litt på belastningsbyrden til deltakerne. Dette har vi også snakket om tidligere i oppholdet.

Mens punktene føres opp på arket, lener vi oss over bordet og prater ivrig. Latteren sitter løst mens listen blir lengre. “Fullt fokus flere dager, legge igjen alt hjemme” og “vi “må” ingenting” noteres. Forelesningen om stress kommer som forslag om nyttig lærdom. Det er enighet om at den var bra og må med på listen. Deltakerne er ivrige og kommer med forslag. Alle forslag skrives opp. “Viktig å bære “byrden” på veien mot målet”, “Tørre å være mer tydelig, og ta mer plass” og “Ikke se på seg selv som en byrde”, skrives opp. Nå er arket fullt, men deltakerne har mer å si. Noen finner et nytt ark og seansen fortsetter. “Mindfulness” - oppmerksom på hva som skjer i kroppen”, kommer som første punkt på det neste arket. Det spøkes med at bagasjen vi tar med oss hjem er mye større enn den vi kom med. Enighet om at vi har lært mye. “Det med å fokusere på det positive” sier ei. “Også ikke la det negative ta for mye plass”, kommer det fra ei annen. Sagt som gjort, er begge punktene ført opp på arket. Listen avrundes med tre punkter “Jeg er bra nok”, “Det er nok å bare være meg” og “Det er greit å være glad i meg”. Deltakerne er stille mens de studerer arkene med den røde skriften.

Hun som har skrevet punktene på arket tegner en sekk. Vi vurderer tegningen. Det ser ut som en skikkelig tursekk. “Vi må ha noe oppi sekken”. Det skrives på tegningen av sekken. “Kakao”, “Kvikk-lunsj”, “Klementin”, “Sitteunderlag” og “Ved”. Noen foreslår at de tingene vi har skrevet opp, som vi vil ha med i sekken, kan være metaforer for hva vi faktisk tar med oss hjem fra Hysnes. Det vi tar med oss hjem i “Hysnessekken”. Det tegnes streker fra de ulike tingene vi har “puttet” i sekken, til hva de representerer. Kvikk-lunsj representerer egenomsorg, klementin er gleden, sitteunderlaget representerer livet, veden er fortellingen om bålplassen, og kakao er kakao. Det er enighet om at kakao representerer seg selv, fordi vi drakk kakao den andre kvelden på Hysnes. Mens vi lagde og drakk kakao i peisestua ble vi bedre kjent. Nå er de to store arkene fulle av positive opplevelser og ting vi har lært undervis på oppholdet på Hysnes. Vi sier oss fornøyde og gjør oss klar til lunsj. Jeg spør om lov til å ta bilde av arkene. Det får jeg.” (Observasjon, uke 2, dag 4)

Observasjonsutdraget er fra siste dag på Hysnes, kort tid før avreise. Utdraget forteller noe om hvilke positive opplevelser og erfaringer informantene sitter igjen med fra Hysnesoppholdet. De positive erfaringene og opplevelsene informantene tar med seg, kan overføres til mange deler av livet. De er ikke spesifikt rettet mot jobb, familie eller andre enkeltdeler, men livet som helhet. Dette kan ses i sammenheng med hvordan rehabiliteringen på Hysnes baserer seg på en holistisk tilnærming til menneske.

Flere av punktene som ble trukket frem under seansen, beskrevet i observasjonsutdraget, er strategier for hensiktsmessig håndtering av utfordringer. Punktene som refererer til strategier er; vi “må” ingenting, villig til å bære “byrden” på veien mot målet, tørre å være mer tydelig og ta mer plass - ikke se på seg selv som en byrde, oppmerksom på hva som skjer i kroppen, sette fokus på det positive, og til sist, ikke la det negative ta for mye plass. Enkelte strategier er mer konkrete, mens andre er i mer billedlig forstand. Felles for strategiene er at de handler om å se ting i nye perspektiver. De er retningslinjer som man kan strekke seg etter, for å endre tanke- og handlingsmønster, slik at man kan bevege seg mot verdier man setter høyt i eget liv. Bokstavelig er det vanskelig å forene hverdagslivet med en holdning om at man ikke “må” noen ting, men billedlig kan dette handler om å redusere antall ting man opplever sterkt ansvar for å gjennomføre. Jeg tolker at informantenes bruk av hermetegn er med på å understreke den metaforiske betydningen av strategien. Det samme gjelder å være “villig til å bære “byrden” på veien mot målet”. Man bærer ikke en byrde fysisk. Byrden, i denne sammenhengen, er metafor for utfordringene og helseplagene deltakerne opplever. Et annet punkt som ble skrevet på listen er; “tørre å være mer tydelig og ta mer plass - ikke se på seg selv som en byrde”. Den første delen av setningen er konkret. Det å gjennomførbart å være mer tydelig og ta mer plass, både fysisk og mentalt. “Å ikke se på seg selv som en byrde”, er i større grad en billedlig beskrivelse av et fenomen. Å ikke se på seg selv som en belastning for andre. De resterende strategiene anser jeg er i større grad bokstavelige. Det er interessant hvordan deltakerne tar i bruk uttrykk og begreper som de ansatte på Hysnes bruker. Etter to korte opphold snakker de i større grad det samme språket, enn de gjorde ved ankomst. Jeg tolker dette som en indikasjon på at bruken av metaforer og symboler har vært et fungerende bidrag i rehabiliteringsprosessen, for informantene i dette utvalget.

Utdraget viser at informantene sitter igjen med noen refleksjoner om eget selvbilde. “Jeg er bra nok”, “det er nok å være bare meg”, og “det er greit å være glad i meg”. Flere av informantene uttrykte i løpet av rehabiliteringen frustrasjon over å ha følelser om å ikke strekke til i hverdagslivet. Det kan se ut til at informantene i utvalget har endret forventningene til seg selv, ved å bevege seg fra tanken om at de bør være bra på det meste, til at det holder å være bra *nok*, og at de faktisk er bra nok og fortjener at noen er glad i dem. Det kan tolkes i denne forbindelsen at informantene har beveget seg i retning av det Bandura (1977) kaller et *virkelighetsnært selvbilde*, gjennom rehabiliteringen på Hysnes Helsefort. De har en mer realistisk tilnærming til egne evner og kvaliteter, og forventningene knyttet til dette.

Informantene trekker også frem flere positive aspekter av Hysnesoppholdet. De likte størrelsen på gruppen, kurset om stresshåndtering, muligheten til å holde fullt fokus over flere dager og legge hverdagslivets ansvar og oppgaver igjen hjemme, samt bekreftelsen på at det er flere som har utfordringer. Disse tingene er i større grad knyttet til organiseringen av rehabiliteringsopplegget på Hysnes. Det er organisert slik at man reiser bort fra hjemstedet til et sted med lite distraksjoner. Deltakerne er sammen med andre som også har utfordringer. Organiseringen legger føringer for at deltakerne får ta del i et fellesskap. Størrelsene på gruppene er heller ikke tilfeldige. De opererer med et antall på maksimalt åtte personer per gruppe. Informantene trekker også frem at det er viktig å tørre å ta valget om å dra til Hysnes. I denne sammenhengen er det viktig å påpeke at de faktisk har hatt et valg, at det finnes et tilbud til dem. I intervjusamtalen berører Cecilie dette temaet; *“... det viktigste er vel at det finnes noen som gidder å bruke tid på å hjelpe til. At det finnes et opplegg for det. For veldig mange blir jo uføretrygda.”* For at det i det hele tatt skal være en mulighet til å reise til et sted som Hysnes, må det finnes både rehabiliteringsprogram og at samfunnet velger å satse på slike opplegg.

4.5 Analysen avrundes

I dette kapitlet har jeg trukket frem og analysert informantenes synspunkter, tolkninger, refleksjoner, erfaringer og opplevelser knyttet til den arbeidsrettede rehabiliteringen de har tatt del i. Mange av utfordringene informantene opplever er knyttet til arbeidslivet og familieliv, og fortellingene deres gir innsikt i hvordan utfordringene og helseplagene er forankret i hverdagslige situasjoner.

Gjennom rehabiliteringen har deltakerne fått hjelp til å se problemene og utfordringene deres i nye perspektiver som kan hjelpe dem til å leve meningsfulle liv til tross for helseplager. Mange fortellinger handler om hvilke utfordringer informantene har, hvordan disse har blitt møtt tidligere, og hvordan de tror at kunnskapen og strategiene de har lært kan brukes til å takle utfordringene på bedre måter i tiden som kommer. Bevisstgjøring om hvordan tanke- og handlingsmønster fungerer, og potensiale for endring av disse, blir trukket frem som en særlig viktig kilde til håp og forventninger om en bedre fremtid. Forventningene er knyttet opp til ønsker om økt arbeidskapasitet, mer tid til egenomsorg, økt kontroll over eget liv og disponering av tid, evner til å fokusere på meningsfulle verdier, ta mindre hensyn til hva man tror andre forventer, og troen på egne evner og kvaliteter.

Oppholdet på Hysnes Helsefort har potensiale til å endre måten deltakerne lever livene sine på. For noen var oppholdet muligens livsviktig. Informant Frøydis reflekterer over viktigheten av oppholdet, seks måneder etter retur;

“For meg så var det det altså. Virkelig. Jeg tørr ikke helt tenke på hvor jeg hadde vært hvis jeg ikke hadde fått den hjelpen jeg fikk da altså, for det ja, det begynte å være tungt å være til, for å si det rett ut.” (Frøydis)

I neste kapittel diskuterer jeg funnene fra denne analysen med vekt på teoriutvikling. Her diskuterer jeg blant annet informantenes opplevelser av ansvar og kompetanse, behovet for skjerming i interaksjoner (“interaksjonsskjerming”), og funksjonen av rehabiliteringen.

5. DISKUSJON

I dette diskusjonskapitlet vil jeg trekke frem sentrale funn fra analysen for å utvikle en konseptuell forståelse av fenomenene. På denne måten vil jeg besvare problemstillingene: *Hvordan oppleves 1) rehabilitering, 2) fravær av arbeidsdeltakelse og 3) strategier og praksiser for omsorg blant langtidssykemeldte med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte helseplager?*

Jeg vil først trekke frem hvordan fravær av arbeidsdeltakelse oppleves, og meningen informantene tillegger deltakelsen, da tilbakevending til arbeidslivet er den uttalte hensikten med rehabiliteringen. Dette vil jeg gjøre ved å diskutere forholdet mellom nyttefunksjon, kompetanse og praksis for ansvar, og identitet. Videre vil jeg trekke frem hvordan informantene bruker strategier og praksiser for omsorg for seg selv og andre. Jeg vil se om det er mulig å finne noen likhetstrekk mellom kvinner og menn, og bruken av skjermingspraksiser. Jeg vil derfor sammenligne praksisene kvinnene i mitt utvalg bruker, med tidligere studier gjort på menn med kroniske sykdommer. I denne delen vil jeg også diskutere skjerming som et individuelt fenomen, uavhengig av kjønn, samt ulike former for *interaksjonsskjerming* og konsekvensene av dette. I den siste delen av diskusjonen vil jeg diskutere funksjonen av rehabiliteringen. I analysen presenterte jeg empirinært hvordan informantene opplevde at de ulike delene av rehabiliteringen kunne fremme helsegevinst og øke livskvalitet i deres liv, blant annet ved å bli introdusert for øvelser og strategier for å sette av mer tid til seg selv og sine behov, ta mer kontroll og plass i eget liv. I denne delen vil jeg se hvordan summen av de ulike elementene kan bidra til et *biografisk opprykk* (Grønning 2014) gjennom en forsoning mellom evner og forventninger til evner, hvilket minsker *tap av selvet* (Charmaz 1983) etter en *biografisk forstyrrelse* (Bury 1982). Diskusjonen er tredelt tematisk etter problemstillingene som er formulert, men må likevel ses i sammenheng, da temaene bygger på hverandre.

5.1 Fravær av arbeidsdeltakelse

Som presentert i analysen er det knyttet mye følelser til både deltakelsen og fraværet fra arbeidslivet. De fleste informantene var delvis aktive i arbeidslivet, med gradert sykemelding. Til tross for noe deltakelse, er det knyttet skuffelse til å ikke takle fulle arbeidsdager slik de hadde gjort tidligere. Verdiane informantene tillegger arbeidslivet handler om nytte- og bidragsfølelse,

være en del av et fellesskap, få bekreftet for seg selv hva de kan utrette og få anerkjennelse fra andre for dette. Deltakelsen i arbeidslivet fungerer som *identitetsbygging* (Forseth og Rasmussen 2003:11).

I forbindelse med svekket arbeidsevne og fravær fra arbeidsplass, beskriver informantene opplevelser av skam, svik, tap av selvtillit og tap av egenskaper ved dem selv som de tidligere tok for gitt. Dette er psykososiale elementer, som er knyttet til noe langt mer personlig enn tapt arbeidstid. I et sosial interaksjonistisk perspektiv kan dette tolkes som elementer som går på bekostning av hvordan de opplever seg selv og sin identitet. Med samme tilnærming beskriver Charmaz (1983) hvordan alvorlig kronisk sykdom kan bidra til et *tap av selvet*, ved at tidligere selvbilder svekkes, uten at nye formes. Elementene som bidrar til at selvbilder forsvinner og dermed tap av selvet er hovedsakelig; at man begrenser seg selv, at man blir sosialt isolert, at man opplever å bli diskreditert og være en byrde (Charmaz 1983:168). Til tross for noe ulikheter mellom informantgruppene, hvor Charmaz (1983) har studert alvorlig kronisk syke personer, og mine informanter med mer uspesifiserte og sammensatte lidelser, finner jeg lignende beskrivelser av sykdomsopplevelser som beskrevet av Charmaz (1983). Jeg finner det dermed mulig å argumentere for at det ikke er alvorlighetsgraden av sykdom i den medisinske diskursen som er relevant for opplevelsen, men hvordan nedsatt helsetilstand subjektivt oppleves som forstyrrende og styrende for hverdagslivet, og dermed som en kilde til tap av selvet.

Charmaz (1983:189) hevder at den muligens verste delen knyttet til å oppleve seg som en byrde, er følelsen av å være ubrukelig for seg selv og andre, og at tap av arbeidsdeltakelse kan være en tydelig markør for tidspunktet hvor personer som er syke definerer seg selv som byrder. Som nevnt, er følelser av å være til nytte og å kunne bidra, verdier informantene tillegger deltakelse i arbeidslivet. Når deltakelsen i arbeidslivet svekkes, er det dermed rimelig å anta at nytte- og bidragsfølelsen også svekkes. Hvorvidt personer *faktisk* er byrder eller er til nytte, er mindre viktig enn hvordan de *opplever* seg selv som nyttige eller byrder. Det er den subjektive opplevelsen av situasjoner som avgjør hva konsekvensene av situasjonene blir (Thomas og Thomas 1928:572). Med andre ord; opplever man seg selv som en byrde, blir også konsekvensene av opplevelsen deretter.

Hvordan vi opplever oss selv og vår identitet, er tett knyttet til hvordan vi tror andre opplever oss (Cooley 1902:152). Dersom vi ser oss selv gjennom andres øyne og forestiller oss at de vurderer

vår fremtoning og atferd i et positivt lys, kan dette fremme en stolthet i oss. På den måten blir opplevd anerkjennelse fra andre, en måte å få bekreftet eget selvbilde og identitet. For informantene i utvalget er arbeidsplassen en sentral kilde til anerkjennelse og bekreftelse. På samme måte som stolthet, fremmes skam og skuffelse når man tolker at andre ser en i et negativt lys (Cooley 1902:152). Dette kan sees i sammenheng med Annes opplevelse av å svikte arbeidsplassen, når hun ikke maktet å bytte arbeidsdag. Hvorvidt arbeidsgiver opplever dette som svik eller ei, er irrelevant for opplevelsen, så lenge situasjonen blir en kilde til skuffelse for informanten. Å ikke møte opplevde forventninger, kan føre til diskreditering, som igjen kan bidra til et tap av selvet (Charmaz 1983:181). I det nevnte tilfellet med Anne, undertrykker hun sin egen avgjørelse om å avslå forespørselen fra arbeidsplassen om å bytte arbeidsdag. Dette kan ses som et eksempel på hvordan Charmaz (1983:184) beskriver at man er mer tilbørlig til å tolke og ta innover seg diskrediterende definisjoner av seg selv når man enten føler seg sårbar, identifiserer seg med den som man opplever diskrediterer en, eller når diskrediteringen validerer en skjult frykt eller redefinerer den syke personens selvbilde i et nytt og lite attraktivt lys. Det er mulig å argumentere for at alle disse tingene trer i kraft når informanten opplever skuffelse over å ikke innrette seg etter det hun opplever er arbeidsplassens umiddelbare behov. Dette gjennom å oppleve sårbarhet knyttet til sin identitet som kompetent arbeidstaker, oppleve kjennskap og tilhørighet til den man opplever at man skuffer, samt at man ytterligere avslører sin svekkede arbeidsevne og bekrefter dette nok en gang for seg selv og andre.

5.1.1 Ansvar: kompetanse og praksis

Opplevelsen av å svikte arbeidsplassen ved fravær kan ses som en indikasjon på at man opplever seg selv som en ansvarlig og nyttig aktør i arbeidsfellesskapet. Setter man det litt mer på spissen og hevder det ikke “går rundt” når man er fraværende, slik som Eli fortalte, kan det tolkes at man oppfatter seg selv nærmest som *uunnværlig*. Tematikken om ansvarlighet og *uunnværlighet* er noe som viser seg i flere av informantenes beretninger om arbeid og sosialt liv. Det ser ut til at samtlige informanter tolker at de har noen oppgaver de ikke kan vike fra. Noen roller og oppgaver er tilsynelatende blitt tildelt informantene, mens andre har de påtatt seg selv. I enkelte roller hvor informantene framstår som *uunnværlig*, ser det ut til at de har ubemerket havnet i et gjentakende og lite hensiktsmessig handlingsmønster som ikke har blitt fremtredende før det har tæret på helse og energi. Flere informanter forstår seg selv som uerstattelige i sine roller som arbeidstakere og omsorgspersoner. Enten ved å alltid være tilgjengelige for andres behov;

emosjonelle så vel som praktiske, eller ved å opptre som “følelspoliti” for å forhindre ubehagelige situasjoner og skjerme andres følelser.

Begrepet *kompetanse* kan brukes til å beskrive aspekter av det å ha evner eller kvalifikasjoner til å gjøre noe, mens *praksis* kan forstås som handling som utføres på grunnlag av en kompetanse. Man har kompetanse til å gjøre noe, og utfører dette i praksis. *Ansvarskompetanse* (Andersen et al. 2014) blir forklart som kvalifiserte arbeidere, som innehar kompetanse i å ta ansvar utover det som er forventet i stillingsinstruksen. Tillegger man begrepet en bredere betydning kan ansvarskompetanse forstås som personer som innehar kompetanse i å ta ansvar utover det som er forventet av dem, på ulike områder i livet. Denne bredere forståelsen av ansvarskompetansebegrepet kan bidra til å gi en beskrivelse av hvordan informantene opplever at de har mye ansvar på ulike områder i livet, både i og utenfor arbeidslivet. Trekker man inn praksis, kan man bruke begrepet *ansvarspraksis* for å forstå hvordan informantene utfører handlinger i tråd med ansvarskompetansen de har. I mange tilfeller ser det ut til at informantene opplever å ha svært mye ansvar på ulike arenaer i livet, og at det er kort vei fra det opplevde ansvaret og kompetansen, til praksis. Dette er å kjenne igjen fra informantenes fortellinger om opplevelser av ansvar, gjennom blant annet erfaringer av å være tilgjengelige, ta ansvar på arbeidsplassen, utøve omsorg for familien, samt skjerme andres følelser.

Etterhvert som mennesker lærer å reagere slik andre forventer at man skal reagere, blir forventningene knyttet til den sosiale rollen, og forventninger har en tendens til å bli stabile over tid (Jensen, Petersen, Stokholm 2007:103). Å være en person som stort sett alltid ordner opp eller er tilgjengelig for andre, kan fremme selvtillit og forsterke selvbilde (Cooley 1902:152). Ansvarligheten kan etterhvert bli en del av den sosiale rollen, og dermed også identiteten. Når ansvaret svekkes eller personen ikke evner å leve opp til forventninger, kan personen oppleve at identiteten eller selvet også blir svekket og mer sårbart. Stor sprik mellom evner og forventninger til evner kan medføre skuffelser, og for lave forventninger vil føre til blant annet lite motivasjon og passivitet (Bandura 1977:140).

Forventninger til evner kan være bundet til kompetansen man opplever å ha, mens de faktiske evnene kan være knyttet til i hvor stor grad man evner å sette kompetansen ut i praksis. Når man tidligere har hatt energien og overskuddet til å utøve ansvarspraksis nært i tråd med ansvarskompetansen og har fått positive tilbakemeldinger på dette, er det rimelig å anta at dette

er noe man søker å etterleve videre. Cecilies beskrivelse av hvordan fullstendig tilbakevending til arbeidslivet er eneste akseptable alternativ for henne, gir et bilde på dette fenomenet. Det er ikke snakk om å være deltidsarbeidende på sikt. Hun har kompetansen og dermed klare forventninger om å bruke kompetansen i praksis. Opplevelser av å ha kompetanse på noe, men manglende evne til å sette kompetansen ut i praksis, kan oppleves vanskelig å forsones med, til tross for at svekkede evner er en konsekvens av svekket helsetilstand.

5.2 Skjermingsstrategier og praksiser for omsorg

Med bakgrunn i Bourdieus (1993) habitusbegrep har Lilleaas (2003:281) skrevet om hvordan menn og kvinner har ulike "beredskap". Hun hevder kvinner har "kroppslig beredskap for andre", hvor de er tilgjengelige og oppmerksomme for andres behov, mens menn har en "handlingsberedskap" som er rettet mot arbeidsplass. I denne delen vil jeg starte med å diskutere om det kan finnes noen sammenhenger mellom kjønn, beredskap og skjerming, med hensyn til omsorg, og deretter gå videre til å diskutere skjerming som et fenomen i sosiale interaksjoner.

I analysen presenterte jeg hvordan de langtidssykemeldte kvinnene bruker strategier for å skjerme familiemedlemmer, og særlig barn. Dette går blant annet på å opprettholde familiens hverdagsrutiner, samt at de i begrenset grad involverer og informerer familiemedlemmene om smertene og plagene. Jeg finner påfallende likheter av skjermingspraksis i Charmaz (1994) artikkel "Identity Dilemmas of Chronically Ill Men", men her med hensyn til menns relasjoner på arbeidsplassen. Mennene bruker strategier for å opprettholde et verdifullt selv bilde i rollen som arbeidstaker. Dette blant annet gjennom å opprettholde yrkesaktiviteten, kontrollere og begrense informasjon om deres helsetilstand til arbeidsgiver og kolleger (Charmaz 1994:55). Ser man Lilleaas (2003:281) betraktninger om kjønnsforskjeller med hensyn til beredskap, i sammenheng med hvordan de mannlige informantene i Charmaz (1994) studie og kvinnene i mitt utvalg benytter strategier for skjerming, er det nærliggende å trekke paralleller mellom beredskap, skjerming og kjønn, for deretter å utforske skjermingsstrategier som et individuelt fenomen.

Det kan se ut til at mennene Charmaz (1994) har studert tilsynelatende bruker skjermingsstrategier for å skjerme seg selv og sin identitet, mens kvinnene i mitt utvalg hovedsakelig skjerner andre. Handlingene blir nokså like gjennom å kontrollere og begrense

informasjon og innsikt i helseplagene, samt opprettholde tidligere rutiner, men motivasjonen er tilsynelatende ulik. Kvinnene ønsker ikke å belaste familien med sine helseplager mer enn nødvendig, mens ifølge Charmaz (1994:55) har ikke mennene samme strategi for å skjerme familien. Den “selvstendige, offentlige mannen” kan transformeres til en “avhengig pasient” i sitt private hjem. Charmaz (1994:54) hevder at gjennom å skjerme et potensielt stigma på arbeidsplassen eller i offentligheten, skjermer mennene samtidig sin egen maskulinitet. Lilleaas (2006) foreslår at menns handlingsberedskap mot arbeidslivet henger sammen med en mannlig “forsørger-logikk”, som sitter i kroppen som vane. I motsetning til Charmaz (1994) finner Lilleaas (2006) i sin forskning på syke menn, at mennene benytter strategier for å skjerme den nærmeste familien. Skjermingsstrategiene går også her ut på å begrense informasjon og innsikt. Lilleaas (2006) finner at tausheten muligens fungerer mot sin opprinnelige hensikt, da de syke mennenes kvinnelige partnere ofte går inn i en rolle hvor bekymring står sterkt, og de “tar over” mennenes emosjonsarbeid knyttet til sykdom. Lilleaas (2006) hevder at kvinner og menn uttrykker bekymring og følelser ulikt. Det er her hun foreslår at en “mannlig forsørger-logikk” kommer inn i bildet, hvor menn er mer bekymret for deres rolle som forsørger, enn deres helsetilstand. I likhet med Charmaz (1994), trekker også Lilleaas (2006) frem hvordan vern om sin mannlige identitet fungerer som en motivator for den skjermingen mennene praktiserer.

Kvinnene i mitt utvalg ytret ikke tilsvarende direkte bekymring for sin femininitet eller kvinnelighet, slik som mennene for sin maskulinitet (Charmaz 1994, Lilleaas 2006). Det som bekymret informantene mine var deres nyttefunksjon. De ønsket å være nyttige og bidra, og opplevde at deres identiteter var sårbare i forbindelse med uforutsigbare jobb- og framtidsutsikter. Som tidligere nevnt, knytter informantene deres nyttefunksjon sterkt opp mot arbeidsdeltakelse. De har tilsynelatende både en kroppslig beredskap for andre, samt en handlingsberedskap for jobben. Likevel opplever informantene at det er den nærmeste familien som må prioriteres når de sliter med helseplager og sykdom, i valget mellom arbeidsdeltakelse og omsorg for familie. Samtidig oppleves prioriteringen ikke som et valg, men mer som en nødvendighet og selvfølge. Dette kan forstås som noe som er innarbeidet i en kvinnelig habitus, gjennom kroppslige vaner (Lilleaas 2003:233; Lilleaas 2005), fremfor et bevisst ønske fra informantenes side om å verne om deres kvinnelige identiteter.

5.2.1 Fenomenet skjerming

Ser man skjermingen i en større sammenheng, uavhengig av kjønn, men som et eget fenomen, er det interessant å trekke frem hvordan mennesker som erfarer sykdom og lidelser, tilsynelatende opplever behov for å benytte skjermingsstrategier. Med “skjerming” mener jeg hvordan en aktør aktivt bruker ulike strategier for å beskytte og verne om eget selvbilde og andres oppfatning av det, men også for å beskrive hvordan aktører beskytter og verner andre. Skjermingsbegrepet brukes for å beskrive ulike sider av vern og beskyttelse.

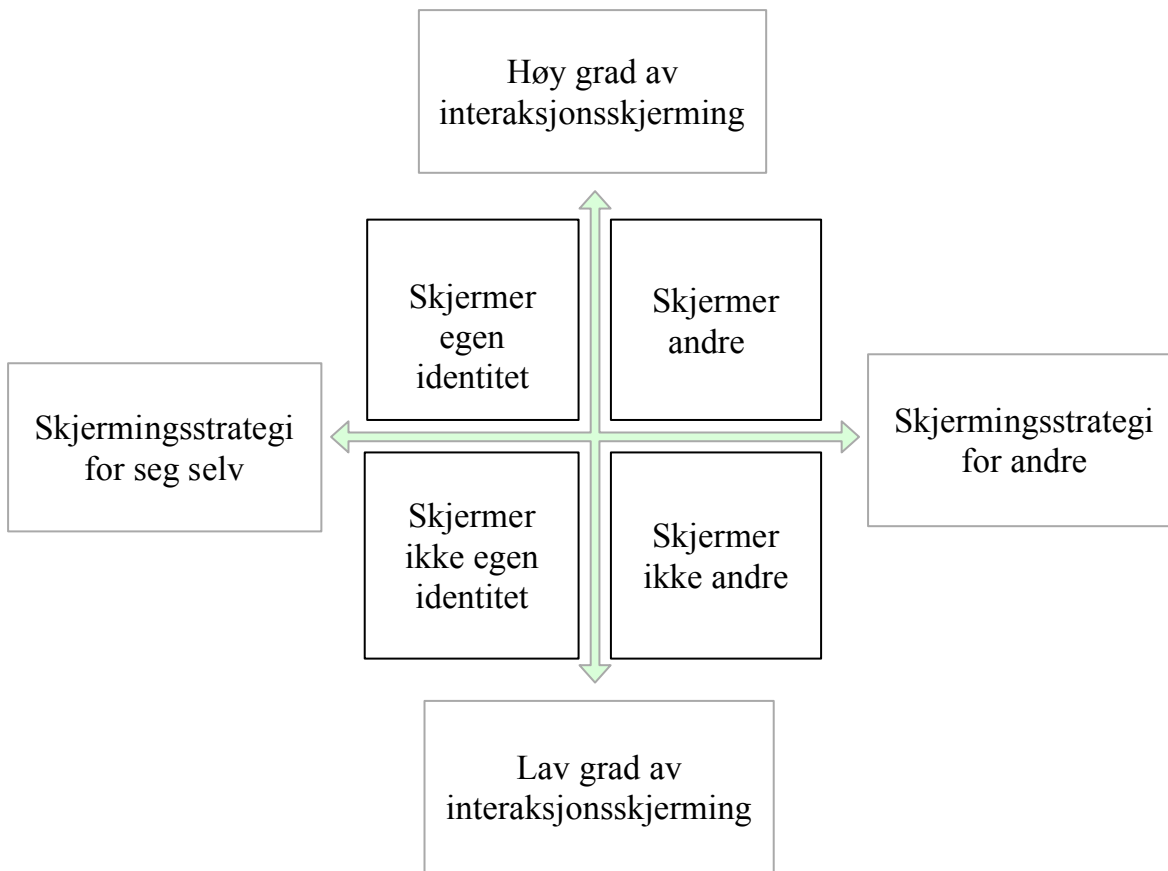
Skjermingen ser ut til å oppfylle noen viktige funksjoner for personer som har en hverdag preget av helseplager. Funksjonene går på å unngå å være en byrde i nære relasjoner, samt beskytte egen identitet. I dette inngår å opprettholde hverdagsrutiner, for å skape minst mulig uro i den vante organiseringen og strukturen i hverdagslivet, samt være selektiv med hvilken informasjon som deles med hvem. Å være selektiv med informasjonsdelingen ser ut til å fungere både som en omsorgsstrategi for å ta vare på andre, men også seg selv. I nære relasjoner, i den private sfæren, er informasjonsflyten tilsynelatende begrenset med den hensikt å ikke skape uro og bekymring for andre. I arbeidssammenheng, i den offentlige sfæren, har derimot den begrensede informasjonen som hensikt å unngå *stigma* (Goffman 1963) og *stempling* (Becker 1973). Det blir en måte å verne om sin egen identitet, hvor man ikke avslører svakheter eller sårbare sider, og dermed unngår *sosial devaluering* (Krogstrup 1999, i Jensen m.fl. 2012:107) og *diskreditering* (Charmaz 1983:181).

Skjermingsstrategiene kan dermed tolkes som et uttrykk for å utøve omsorg, både for andre og seg selv, hvilket også kan være et uttrykk for et behov om å bevare kontinuitet og stabilitet i en ustabil tilværelse.

5.2.2 “Interaksjonsskjerming”

Trekker man dette videre kan man snakke om en strategisk skjerming i interaksjoner, hvilket jeg betegner som *interaksjonsskjerming*. Meningen jeg tillegger dette begrepet er hvordan aktører selektivt deler og holder tilbake informasjon og innsyn, for å opprettholde kontroll, men også stabilitet i interaksjonene. Jeg foreslår at det hovedsakelig er fire potensielle utfall av kombinasjonene; høy og lav grad av interaksjonsskjerming, og skjermingsstrategier for egen og andres omsorg. Den vertikale aksen i modell 1, illustrerer høy og lav grad av handling;

interaksjonsskjerming, mens den horisontale aksen illustrerer hvem handlingen er motivert for; seg selv eller andre.



Modell 1: Typologi av skjerming³

I interaksjoner som bærer preg av “høy grad av interaksjonsskjerming” tar aktøren i bruk skjermingsstrategier for å skjermes både seg selv og andre. Motivasjonen for interaksjonsskjermingen blir i høy grad styrt av konteksten og nærheten av relasjonene den finner sted i.

Bruker aktøren “skjermingsstrategi for seg selv” i kombinasjon med “høy grad av interaksjonsskjerming”, utøver man det Goffman (1959:220) beskriver som “impression management” (inntrykksstyring), i så måte at aktøren handler i tråd med hvordan man ønsker at andre skal oppfatte en, altså at man *skjermer egen identitet*. For eksempel når man gir uttrykk for

³ Modellen er inspirert av Henriksen og Tjoras (2014) modell om “interaksjonspåskudd”.

å være frisk i det offentlige rom eller på en arbeidsplass, slik at andre ikke skal få inntrykk av at man er syk eller har svekkede evner.

Benyttes “skjermingsstrategi for andre” og “høy grad av interaksjonsskjerming”, *skjermes andre*. Skjermingen i interaksjonen styres av aktørens opplevde skjermingsbehov for de andre involverte partene, og motivasjonen for skjermingen er omsorg for den eller de andre aktørene i interaksjonen. Et eksempel på dette er når informantene i denne studien holder tilbake noe eller all informasjon om helsetilstanden deres i interaksjonen mellom dem og deres familie, for å unngå å skape uro og bekymring for dem.

I interaksjoner som bærer preg av “lav grad av interaksjonsskjerming”, forekommer det et fravær av skjerming i interaksjonene, og dermed tas skjermingsstrategier i bruk i liten grad. Ved liten bruk av interaksjonsskjerming i “skjermingsstrategier for seg selv”, hvor aktøren *ikke skjerner egen identitet*, foreligger det på den ene siden en risiko om at aktørens sårbare sider og identitet blir eksponert, og hun kan potensielt utsettes for *stigma* (Goffman 1963) og *stempling* (Becker 1973). Dette kan skje dersom en aktør blir stigmatisert og stemplet som avvikende, og behandlet deretter. Eksempelvis gjennom å miste sin plass i hierarkiet på arbeidsplassen gjennom tap av arbeidsgivers tillit, kollegenes støtte eller bli sagt opp, slik som mennene i Charmaz (1994) studie fryktet kunne skje dersom de avslørte hvor mye sykdommen egentlig svekket evnene deres. På den andre siden, foreligger det et potensiale for anerkjennelse, tilrettelegging og forståelse når interaksjonsskjermingen er lav og skjermingsstrategiene for seg selv brukes i liten grad. Det kan da bli rom for tilrettelegging, forståelse og anerkjennelse for utfordringene aktøren har, samt potensielt svekke opplevelser av ensomhet og individuelt ansvar for sykdom, nedsatt helsetilstand og evner.

På lignende måte foreligger det en risiko om å være en byrde for andre, når man *ikke skjerner andre*, gjennom liten bruk av “skjermingsstrategier for andre” i interaksjoner. Å ukritisk dele problemer og bekymringer, eller si fra seg mye ansvar kan oppleves belastende å legge på andre. Samtidig kan konsekvensen av å ikke skjermes andre, gi andre muligheten til å stille opp og bidra til å lette ansvarsbøren til den aktuelle aktøren. Her gis det også rom for at aktøren kan få avkrefte en potensiell opplevelse av å være en byrde eller belastning for dem rundt henne.

Frykten for å være en byrde, samt å utsettes for stigma og stempling, ser ut å ha fremmet høy grad av interaksjonsskjerming for samtlige informanter i denne studien, både i skjermingen av seg selv og andre. Jeg vil argumentere for at det er en større forutsigbarhet og stabilitet knyttet til høy bruk av interaksjonsskjerming, enn til lav bruk - i hvert fall på kort sikt. Konsekvensene av å ikke bruke skjerming i interaksjonene har på den ene siden potensiale for å fremme stigma og stempling, og opplevelsen av å være en byrde, mens på den andre siden har det også et potensiale for å fremme mestring, forståelse, tilrettelegging og hjelp, samt bekrefte eller avkrefte aktørens mulige bekymringer om å være belastende for andre. En informant som opplevde en positiv utvikling ved å gå fra å skjerme seg selv i stor grad, til å skjerme seg selv mindre etter endt rehabiliteringsopphold, var Frøydis. Hun fortalte at hun opplevde at den tidligere frykten for å møte ukjente mennesker var ubegrunnet, og at hun hadde innsett at det verste som kunne skje dersom hun ble redd, var ikke å dø men å besvime. Gjennom lavere bruk av interaksjonsskjerming og skjermingsstrategier for seg selv, beskrev hun at hun fikk mulighet til å mestre det hun tidligere ikke trodde var mulig. I likhet med Frøydis, tolket informantene som deltok i den avsluttende terapitimen, nevnt i observasjonsutdraget (uke 2, dag 4), at det å “sitte rundt eget bål” byr på flere muligheter enn tidligere antatt. Å kunne være den som forteller om sine utfordringer, smerter og lidelser kan være positivt for egen og andres del. Man får formidlet sine bekymringer knyttet til utfordringene man lever med, hvilket i seg selv har en terapeutisk effekt. Man tør å ta og gir andre muligheten til å gi den oppmerksomheten man har behov for. Informantene tolket at dette også kunne bidra til likeverdige relasjoner, hvor de kunne få og gi hjelp etter behov.

Å oppleve behov for å utøve høy grad av interaksjonsskjerming og skjermingsstrategier både for seg selv og andre, kan være et resultat av skam og skyldfølelse knyttet til nedsatt helsetilstand og sykdom. Man opplever helsetilstanden og den videre utviklingen som eget ansvar, og ønsker dermed ikke å involvere andre aktører mer enn nødvendig. Den sterke ansvarsfølelsen samtlige informanter beskrev at de opplevde i sammenheng med både omsorg, arbeidsdeltakelse og helsetilstand, ser ut til å bære preg av holdninger om individuelt ansvar for eget liv og fremtid, hvor identiteten er tett bundet til gjennomføringsevner.

Hysnes Helsefort som rehabiliteringsinstitusjon, ser ut til bidra med verktøy som hjelper aktørene med å sette spørsmålsteget ved konsekvensene av interaksjonsskjerming, samt hvem skjermingsstrategiene tas i bruk for. Gjennom å re-evaluere aktørenes strategier og praksiser for

omsorg, både for seg selv og andre, har strategiene og praksisene potensiale for å endres fra helsehemmende til helsefremmende.

5.3 Rehabilitering

Før jeg går videre med å diskutere den helsefremmende funksjonen av rehabiliteringen på Hysnes Helsefort, synes jeg det er hensiktsmessig å stille spørsmål vedrørende den arbeidsrettet delen av rehabiliteringen. Den uttalte hensikten er å opprettholde eller øke arbeidsevnen til mennesker som er ute eller er på vei ut av arbeidslivet. Til tross for at informantene ytrer ønske om å øke egen arbeidsevne, henviser de til konkrete strategier og hjelpeverktøy som de tolker kan hjelpe dem til en bedre hverdag. De fleste strategiene handler om elementer utenom arbeidslivet. På den ene siden handler strategiene mye om å ta et skritt tilbake og fokusere på egne behov foran andres, både på hjemmebane og i arbeidslivet. På den andre siden kan det tenkes at arbeidsevnen heller blir en indirekte konsekvens av at de langtidssykemeldte opplever økt kontroll over egen tid, kropp, helse og liv, som deretter kan føre til økt arbeidskapasitet.

5.3.1 Forsoning mellom evner og forventninger

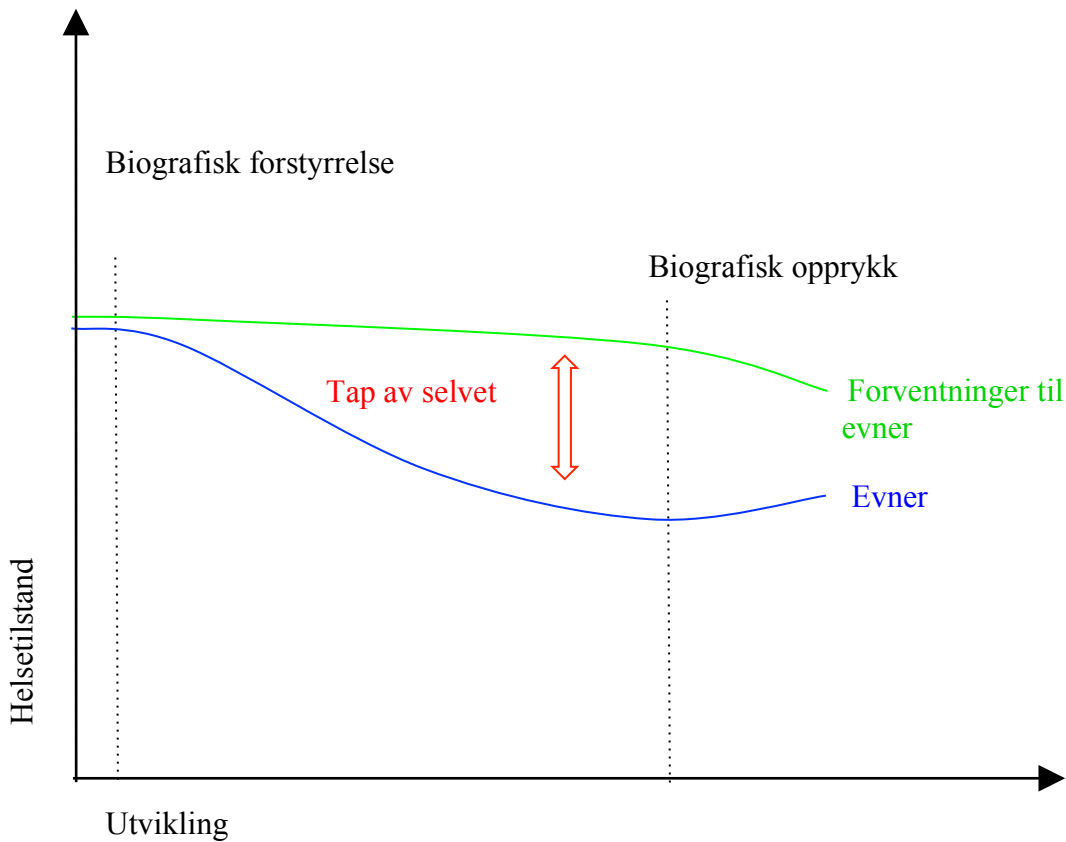
Charmaz (1983) har studert mennesker med kroniske sykdommer. I sin studie fant hun at pasienter som etter lengre sykdomsperioder, var på bedringens vei, brukte sykdomsperiodene som kilde til re-evaluering og endring av selvet. Pasientene hadde på bakgrunn av sykdomsperiodene og bedringen blitt mer bevisst på hvem de var og hvem de ønsket å bli. I følge Charmaz (1983:176) ble dermed sykdommen brukt som et verktøy for selvoppdagelse og som en grunnleggende kilde til fremtidig selvutvikling. På lignende måte beskriver Grønning (2014:244) hvordan informantene i hennes studie av overvektige opplevde nye gleder og muligheter som resultat av forbedret helse. Med utgangspunkt i Burys (1982) begrep om “biografisk forstyrrelse”, argumenterer Grønning (2014:244) for at begrepet kan snus og benyttes til å forklare personers gradvise bedring av helsetilstand. Hun bruker begrepet “biografisk opprykk” for å beskrive den positive helseutviklingen. Grønning (2014:246) presiserer at stor forbedring av fysisk helse ikke er en forutsetning for opplevelse av økt helsegevinst og livskvalitet.

Man kan dermed forstå biografisk opprykk (Grønning 2014) som et psykososialt brudd i en langvarig sykdomsprosess, hvor man går fra å oppleve nedbryting og oppløsning av hverdagslivet,

som følge av en biografisk forstyrrelse (Bury 1982), og tap av selvet (Charmaz 1983), til å oppleve økt kontroll og innflytelse over eget liv og fremtid.

I løpet av rehabiliteringen beskrev deltakerne på Hysnes Helsefort at de fikk hjelp og verktøy til å lokalisere og anerkjenne egne problemer og utfordringer, justere forventninger etter evner, redefinere ansvarsområder og dets omfang, samt reflektere over selvbilde og egen verdi. Til tross for at det skjedde liten endring i deltakernes fysiske helsetilstand i løpet av den korte perioden de var på Hysnes, observerte jeg at det likevel skjedde en betydelig endring hos informantene fra rehabiliteringens start til slutt. Dette i måten informantene snakket om seg selv, deres evner, tid, kropp, hverdagsliv, håp, ønsker og tanker om fremtiden. Det ser ut til at informantene opplever et lignende opprykk, som beskrevet av Grønning (2014). Min tolkning er derfor at rehabiliteringen er en sentral del i biografien til deltakerne.

I modellen under har jeg illustrert informantenes fortellinger om utviklingen i deres livsfortelling; fra tiden før helseplagene forstyrret livet, fra tiden med helseplager og gap mellom evner og forventninger, fra tiden informantene deltar på rehabilitering ved Hysnes Helsefort, og til håp, forventninger og ønsker for fremtiden. Utviklingen i livsfortellingen og helsetilstanden illustreres ved å forene teoretiske begreper fra Grønning (2014), Bury (1982), Charmaz (1983) og Bandura (1977), i en og samme modell.



Modell 2. Biografisk utvikling: forstyrrelse og opprykk

Modellen tar utgangspunkt i informantenes fortellinger om hvordan forholdet mellom evner og forventningene til evner, påvirker opplevelse av tap av selvet gjennom biografisk forstyrrelse og opprykk. Den biografiske forstyrrelsen (Bury 1982) kan komme snikende over lang tid, og biografien forstyrres ved at helseplagene legger føringer for endringer i organiseringen av hverdagslivet. Det er herfra smerter og lidelse, svekket evne, tap av kontroll og endrede rutiner, fungerer som en kilde til å oppleve å miste noe av seg selv og sin identitet (Charmaz 1983). Modellen illustrer også hvordan mangel på “virkelighetsnært selvbilde” (Bandura 1977), gjennom stort sprik mellom forventninger til egne evner og faktiske evner, som fører til gjentagende skuffelser, færre mestringsopplevelser og sårbart selv, underbygger tap av selvet.

Tilsynelatende går ikke de langtidssykemeldte bevisst inn for å opprettholde tidligere standarder om forventninger til seg selv, men likevel skjer dette. En forklaring på dette fenomenet som synes å gjelde dette utvalget, er knyttet til helseplagenes lite synlige fremtoninger og sterke

forankringer av sosiale identiteter. Egne og andres forventninger preges av usynligheten i så måte at det gir lite mening at en persons evner svekkes, uten at det er synlig eller at det foreligger en klar diagnose å henvise til. I terapitimen ble det diskutert hvordan en gips på en brukket fot vil være et tydelig og synlig symbol på en svekket helsetilstand. Gipsen vil også kommunisere en forbigående somatisk, svekket tilstand. Langvarig usynlig sykdom gir ikke et slikt tydelig signal til omverden. Helsetilstanden må kommuniseres verbalt dersom den skal formidles. En formidling av helseplagene vil potensielt kunne gi forståelse, men også mistillit, da plagene ikke er fysisk synlige. Sårbarheten og uforutsigbarheten knyttet til formidlingen av et potensielt stigma, ser ut til å ha fungert som motivasjon for informantene i å opprettholde tidligere standarder og ansvarsområder, samt skjerming i interaksjoner.

Videre illustrerer modellen hvordan tap av selvet (Charmaz 1983) oppleves mindre etter det biografiske opprykket (Grønning 2014), ved at forholdet mellom forventningene til evner og faktiske evner minsker i avstand. Grønning (2014) fant i sin studie at evner ikke trengte å øke i særlig stor grad for at opplevelsen av helsegevinst øker i positiv retning. Jeg fant lignende funn i min studie. De to informantene som ble intervjuet et halvt år etter endt rehabiliteringsopphold, viser klare indikasjoner på at det har skjedd biografiske opprykk. De henviser til opplevelser av økt kontroll over eget liv og fremtid. De fire informantene jeg intervjuet og observerte underveis kommer med klare antydninger til biografiske opprykk allerede i rehabiliteringsoppholdet. Jeg hevder dette på grunnlag av hvordan informantene endret uttrykk i syn på seg selv, sitt liv og sin fremtid, før rehabiliteringens slutt.

Gjennom biografiske opprykk oppstår det tilsynelatende en forsoning mellom evner og forventninger til evner. Dette i måten informantene bruker og anser at de kan bruke strategier og tilegnet kunnskap om seg selv, sin ansvarskompetanse, sine evner og sin ansvarspraksis til å leve verdifulle liv, til tross for helseplager og lidelser. Kunnskap og bevisstgjøring omkring interaksjonsskjerming og skjermingsstrategier ser ut til å fungere som en kilde til hensiktsmessig endring av tanke- og handlingsmønster, hvilket er med på å muliggjøre biografiske opprykk. Fra det foreliggende datamaterialet er det mye som tyder på at rehabiliteringen på Hysnes Helsefort er et svært sentralt bidrag i biografiske opprykk hos deltakerne, og derfor viktig for deres liv og fremtid.

6. AVSLUTNING

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan rehabilitering, fravær av arbeidsdeltakelse og strategier og praksiser for omsorg oppleves for en gruppe langtidssykemeldte kvinner med muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte helseplager. Alle deltakerne har tatt del i et rehabiliteringsopphold på fire døgn i to omganger på Hysnes Helsefort. Datamaterialet er innhentet gjennom intervjuer og observasjoner.

Jeg fant at det var en ambivalens knyttet til informantenes opplevelser av fravær og deltakelse i arbeidslivet. De langtidssykemeldte jeg studerte ønsket å være mest mulig deltakende i arbeidslivet, men synes det var vanskelig når de opplevde at de ikke hadde samme arbeidsevne som tidligere. Jeg argumenterer for at det handler om en problematisk relasjon mellom ansvarskompetansen informantene tolker at de besitter og evnen deres til å sette kompetansen ut i praksis. Det er problematisk fordi informantene hadde forventninger til egne evner som ikke samsvarte med evnene i praksis. Til tross for at de hadde en forståelse for at uoverensstemmelsen var knyttet til helseplagene deres, var mangelen på samsvar mellom evner og forventninger vanskelig for informantene å akseptere fullt ut. Når de ikke behersket oppgaver de tidligere tok for gitt, gikk det ut over selvbildet. Med utgangspunkt i Charmaz (1983) forstår jeg det endrede selvbilde som et *tap av selvet*, som et resultat av at de knytter mye av egen identitet til prestasjoner i arbeidslivet og gjennomføringsevner.

Videre argumenterer jeg for at informantenes strategier og praksiser for omsorg i stor grad handler om skjerming, i omsorg for både andre og seg selv. Det er i den sammenhengen at jeg introduserer begrepet “interaksjonsskjerming”. Begrepet henviser til hvordan skjermingsstrategier tas i bruk for å beskytte seg selv og andre, gjennom å bevare kontroll og stabilitet i interaksjoner. Skjermingen tar ofte form av selektiv informasjonsdeling og opprettholdelse av rutiner og roller. Jeg tolker at informantene mine har praktisert høy grad av interaksjonsskjerming for seg selv og andre, men at de underveis i rehabiliteringsoppholdet oppdaget at mindre grad av interaksjonsskjerming kan være helsefremmende.

Rehabiliteringen på Hysnes Helsefort fikk deltakerne til å tenke gjennom og revurdere egne tanke- og handlingsmønstre, slik at de kan leve meningsfulle liv, tross helseplagene. Under

rehabiliteringsoppholdet observerte jeg hvordan deltakerne gikk fra å snakke om et problematisk hverdagsliv, til å reflektere over hvordan de konkret kan ta i bruk strategier og kunnskap de tilegnet seg på Hysnes. Strategiene de hovedsakelig henviste til var å sette av mer tid og ta mer hensyn til egne behov og ønsker, sette grenser for hva som er deres ansvarsområder, ta mer kontroll over egen tid og egne valg, ta en ting om gangen og være åpne om sine utfordringer for å kunne gi andre muligheten til å hjelpe og gi støtte. Informantene antok at endringene kunne ta tid, men likevel var det en positivitet knyttet til håp og ønsker for fremtiden ved avslutning av rehabiliteringsoppholdet. Jeg tolker at deltakerne opplevde *biografiske forstyrrelser* (Bury 1982) på grunn av helseplager, og deretter *biografiske opprykk* (Grønning 2014) som følge av rehabiliteringen på Hysnes. Jeg argumenterer i oppgaven for at opprykket er et resultat av opplevelser av økt eller håp om økt helsegevinst og livskvalitet gjennom en forsoning mellom evner og forventninger til evner.

Modellen “Biografisk utvikling: forstyrrelse og opprykk” (modell 2) er utviklet i sammenheng med diskusjonen av rehabiliterings funksjon. Den er ment å illustrere hvordan livsfortellinger kan preges av biografiske forstyrrelser og opprykk. Modellen kan være av verdi i det helsesosiologiske feltet for å illustrere utvikling i et sykdomsforløp. Utviklingen av begrepet “interaksjonsskjerming” og den tilhørende modellen kan ha overføringsverdi til studier av sosiale interaksjoner, både blant grupper i sårbare situasjoner og i mer generell forstand. Det er flere elementer ved de langtidssykemeldtes opplevelser som kan være interessant å se nærmere på, både i tilknytning til rehabilitering og til mer generelle opplevelser av helsens innvirkning på menneskers hverdagsliv. Det vil være spennende å intervju gruppen jeg fulgte gjennom rehabiliteringsoppholdet, for å se hvordan de opplever tiden etter rehabiliteringen. Jeg ønsker å vite om strategiene de lærte seg har vært fruktbare for helsefremmende endring av handlings- og tankemønstre, og hvorvidt det har påvirket arbeidsevnen eller livskvaliteten deres. Jeg kunne også tenke meg å undersøke skjermingsfenomenet på tvers av ulike grupper.

Studien gir økt kunnskap om subjektive sykdomsopplevelser blant en gruppe langtidssykemeldte. Kunnskapen kan brukes til å bygge videre på forståelsen av hvordan hele menneskets liv påvirkes av helseplager. Helt konkret tilfører studien kunnskap om brukeropplevelser ved et kort rehabiliteringsopphold på Hysnes Helsefort. Gjennom to opphold på til sammen åtte døgn uttrykker deltakerne opplevelser av hvordan økt kunnskap om helsefremmende strategier kan hjelpe dem til en bedre hverdag, som på sikt kan fremme

arbeidskapasitet. På bakgrunn av mine funn i denne studien vil jeg argumentere for at helsefremmende tiltak som Hysnes Helsefort representerer, er viktige bidragsyttere i arbeidet med å forebygge og redusere langvarig sykefravær.

Litteraturliste

- Andersen, P. T. og Petersen, L. F. (2012) "Lokalsamfund og sociale netværk". I: Schørder, I. og Petersen, K. S. red. *Sociologi og rehabilitering*. København: Munksgaard, s. 93-105.
- Andersen, T. K., Ravn, J. E., Øyum, L. og Håpnes, T. (2014) *Robust organisering. Verktøybok for kunnskapsbedrifter*. Trondheim: SINTEF
- Antonovsky, A. & Sourani, T. (1988) Family Sense of Coherence and Family Adaptation. *Journal of Marriage and Family*, 50(1), s.79–92.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2015) *Den norske arbeidsmarknaden*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmarked-og-sysselsetting/innsikt/den-norske-arbeidsmarknaden/id86893/> (Hentet 4. april 2016)
- Arbeidsmiljøloven (2005) *Lov 17.juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/lov/2005-06-17-62/§11-1> (Hentet 3. februar 2016)
- Askeland, G., Ellingsen, J., og Ola Thune, O. (2015) "Personer som avsluttet arbeidsrettede tiltak i 2013. Hvor var de etter seks måneder?" *Arbeid og velferd*, 1.
- Askheim, O.P. (2007) "Empowerment - ulike tilnærminger". I: Askheim, O. P. og Starrin, B. red. *Empoverment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 21-33
- Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Becker, H.S. (1973) *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press
- Berthinussen, I.S., og Fredriksen, S.-T. D. (2014) "Det krevende spennet mellom arbeid, hjemmet og gamle hjelpetrengende foreldre En hermeneutisk studie om kvinners situasjon i skjæringspunktet mellom yrkesliv og dobbelt omsorgsansvar" *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(1), s. 56-69
- Blonk, R.W.B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S.E. og Houtman, I.L.D, (2006) "Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed." *Work & Stress*, 20(2), s. 129–144.
- Bourdieu, P. (1993) *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bury, M. (1982) "Chronic illness as biographical disruption." *Sociology of Health and Illness*, 4(2), s. 167-182.

- Charmaz, K. (1983) "Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill." *Sociology of Health and Illness*, 5(2), s. 168-195.
- Charmaz, K. (1991) *Good Days, Bad Days: the Self in Chronic Illness and Time*. New Jersey: Rutgers University Press
- Charmaz, K. (1994) "Identity Dilemmas of Chronically Ill Men." *The Sociological Quarterly*, 35(2), s.269–288.
- Cooley, C.H. (1902) *Human Nature and the Social Order*. New York: Charles Scribner's Sons
- Creswell, J. W. (2014) *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methodes Approaches*. 4. utg. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Ellingsen, J. (2015) *Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2013*. NAV Statistikknotat 10. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd/Diagnoser+uf%C3%B8retrygd/> (Hentet 4. april 2016)
- Fimland, M.S., Vasseljen, O., Gismervik, S., Rise, M.B., Halsteinli, V., Jacobsen, H.B., Borchgrevink, P.C., Tenggren, H. og Johnsen, R. (2014) "Occupational rehabilitation programs for musculoskeletal pain and common mental health disorders: study protocol of a randomized controlled trial". *BMC Public Health*, 14, s.368.
- Folkehelseinstituttet. (2014) *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. Rapport 2014:4 Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Forseth, U. (2001) *Boundless work: Emotional Labour and Emotional Exhaustion in Interactive Service Work* [doktoravhandling]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Forseth, U. og Rasmussen, B. (2003) "Arbeid for livet - en innledning". I: Forseth, U. og Rasmussen, B. red. *Arbeid for livet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.11-15
- Forseth, U., Molden, T. H. og Rasmussen, B. (2003) "Det nye arbeidslivet - et kundeliv". I: Forseth, U. og Rasmussen, B. red. *Arbeid for livet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.75-91.
- Forseth, U. (2004) *Fra heltent til utbrent : sluttrapport*. IFIM- notat 1/05. Trondheim: SINTEF, Teknologi og samfunn.
- Gjernes, T. (2012) "Sykerollen som ressurs i arbeidslivet" I: Tjora, A. red. *Helsesosiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 389-404.

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of Spoiled Identity*. London: Penguin
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday
- Green, G. (2009) *The end of stigma? Changes in the social experiences of long-term illness*. London: Routledge.
- Grønning, I. (2014) “Fedmefortellinger: Om vektnedgang og biografiske opprykk”. *Sosiologisk tidsskrift*, 22(3), s. 227-248.
- Hagen, E.M., Eriksen, H.R. og Ursin, H. (2000) “Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain?” *Spine*, 25(15), s. 1973–1976.
- Hagen, E.M., Svensen, E., Eriksen, H.R., Ihlebaek, C.M. og Ursin, H., (2006) “Comorbid subjective health complaints in low back pain.” *Spine*, 31(13), s.1491–1495.
- Hancké, B. (2009) *Intelligent Research Design. A guide for beginning researchers in the social science*. Oxford: University Press
- Hayes, S. C., Pistorello, J. og Levin, M. E. (2012) “Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change” *The Counseling Psychologist*, 40(7), s. 976-1002.
- Henriksen, I. M. og Tjora, A. (2014) “Interaction Pretext: Experiences of Community in the Urban Neighbourhood.” *Urban Studies*, 51(10), s. 2111-2124.
- Jacobsen, H. B., Bjørngaard, J. H., Hara, K. W., Borchgrevink, P. C., Woodhouse, A., Landrø, N. I., Harris, A. og Stiles, T. C. (2014). “The Role of Stress in Absenteeism: Cortisol Responsiveness among Patients on Long-Term Sick Leave.” *PLOS ONE*, 9(5), e96048.
- Jensen, C., Jensen, O.K., Christiansen, D.H. og Nielsen, C.V. (2011) “One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention”. *Spine* 36(15), s. 1180–1189.
- Jensen, L., Petersen, L. og Stokholm, G. (2007) “Funksjonshemming i et samfundsperspektiv”. I: Jensen, L., Petersen, L. og Stokholm, G. red. *Rehabilitering - Teori og praksis*. København: FADL’s Forlag, s. 93-111
- van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W., Schene, A.H. og van Dijk, F.J. (2003) “Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design.” *Occupational and Environmental Medicine*, 60(6), s. 429–437.

- Kunnskapsdepartementet, 2009. Intensiverer arbeidet mot mobbing. *Regjeringen.no*. 8. desember. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/intensiverer-arbeidet-mot-mobbing/>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. (Oversatt av Anderssen, T. M. og Rygge, J.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lambeek, L. C., van Mechelen, W., Knol, D. L., Loisel, P. og Anema, J. R. (2010) "Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life". *BMJ*, 340, s. c1035.
- Lilleaas, U. -B. (2003) *Fra en kropp i ustand til kroppen i det moderne* [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Lilleaas, U.- B. (2005) "Kroppslig beredskap som vane" *Sosiologisk Tidsskrift*. 13(2), s. 183-198.
- Lilleaas, U.- B. (2006) "Det sterke kjønns sårbarhet" *Sosiologisk Tidsskrift*, 14(4), s. 311-325.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J.M., Suissa, S., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J. og Lemaire, J. (1997) "A population-based, randomized clinical trial on back pain management". *Spine*, 22(24), s. 2911–2918.
- Maeland, S., Werner, E.L., Rosendal, M., Jonsdottir, I.H., Magnussen, L.H., Ursin, H. og Eriksen, H.R. (2012) "Diagnoses of patients with severe subjective health complaints in Scandinavia: a cross sectional study" *ISRN Public Health*, 9.
- Marinker, M. (1975) "Why make people patients?" *Journal of Medical Ethics*, 1(2), s. 81-84
- Natvig, B., Eriksen, W., og Bruusgaard, D. (2002) "Low back pain as a predictor of long-term work disability." *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(4), s. 288–292.
- NAV (2015) *Arbeidsrettet rehabilitering*. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/> (Hentet 4. april 2016)
- NAV (2016) *Kva er NAV?* Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Om+NAV/Hva+er+NAV> (Hentet 4.april 2016)
- Netterstrøm, B., og Bech, P. (2010) "Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic." *BMC Public Health*, 10, s.658.

- Nygaard, H. (2015) *Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2014*. NAV Statistikknotat 03.
Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar> (Hentet 3. april 2016)
- OECD (2013), “Reconsidering Norwegian sickness absence policies”, *Mental Health and Work: Norway*, s. 35-56. Paris: OECD Publishing.
- van Oostrom, S.H., van Mechelen, W., Terluin, B., de Vet H.C., Knol, D.L. og Anema, J.R. (2010) “A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial.” *Occupational and Environmental Medicine*, 67(9), s. 596–602.
- Parsons, T. (1951) “Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective.” I: Turner, B.S. red. *The Talcott Parsons reader*. Malden: Blackwell Publishers, s. 101-108.
- Petersen, K. (2007) “Brugerinddragelse”. I: Jensen, L., Petersen, L. og Stokholm, G. red. *Rehabilitering - Teori og praksis*. København: FADL’s Forlag, s. 177-194.
- Reme, S.E., Tangen, T., Moe, T. og Eriksen, H.R. (2011) “Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *European Journal of Pain (London, England)*, 15(10), s.1075–1080.
- Rise, M.B., Gismervik, S.Ø, Johnsen, R. og Fimland, M.S. (2015) “Sick-listed persons’ experiences with taking part in an in-patient occupational rehabilitation program based on Acceptance and Commitment Therapy: a qualitative focus group interview study.” *BMC Health Services Research*, 15:526
- Smeby, K. W. og Brandth, B., (2013) “Mellom hjem og barnehage: Likestilling i det tredje skiftet.” *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 37(03-04), s.329–347.
- Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Thomas, W. I. og Thomas, D. S. (1928) *The child in America. Behavior problems and programs*. New York: A. A. Knopf
- Tjora, A. (2012a) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2012b) “Helsesosiologi som forskningsfelt”. I: Tjora, A. red. *Helsesosiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-33

- Turner, B. S. (1992) *Kroppen i samfundet: Teorier om krop og kultur*. (Oversatt av Larsen, T.H., og Pietsch, C.) København: Hans Reitzels forlag.
- Turner, D. W. (2010) "Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators." *The Qualitative Report*, 15(3), s. 754-760
- Vaage, O.F. (2012) *Tidene skifter. Tidsbruk 1971 - 2010*. Statistiske analyser 125. Oslo: Statistisk Sentralbyrå
- Vermeulen, S.J., Anema, J.R., Schellart, A J., Knol, D.L, van Mechelen, W. og van der Beek, A.J. (2011) "A participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: results of a randomized controlled trial." *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), s. 313–324.
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D.L., Simon, G., Saunders, K., Stang, P., Brandenburg, N. og Kessler, R. (2005) "Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication." *Pain*, 113(3), s. 331–339.
- Waddell, G. og Burton, K. A. (2006) *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationery Office.
- Widerberg, K. (2001) *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Informasjonsbrev

Forsker Marit By Rise, PhD, Institutt for samfunnsmedisin,
MTSF, NTNU, 7489 Trondheim
E-post marit.b.rise@ntnu.no

Informasjon om observasjonsstudie ved Hysnes helsefort

Vi ønsker å få mer kunnskap om innholdet og selve gjennomføringen av det rehabiliteringstilbudet som gis på Hysnes helsefort. Noen av gruppene blir derfor bedt om å være med på en observasjonsstudie mens de er på Hysnes, og du hører til en av disse gruppene.

Dersom du samtykker betyr dette at en forsker, masterstudent Ingvild Firman Fjellså, vil være en del av gruppen under ditt opphold på Hysnes. Forskeren vil delta i alle deler av programmet på lik linje med de andre deltakerne. Forskeren vil presentere seg første dag i oppholdet slik at alle vet hvem hun er.

Observasjon er en forskningsmetode som gir oss mulighet til å se hvordan et program blir gjennomført i praksis. Forskeren skal se nærmere på hvordan de ulike delene av programmet er tilrettelagt og blir gjennomført, og hvordan ansatte og deltakere samhandler og samarbeider. Observasjonen vil dermed ikke være fokusert på hver enkelt deltaker, men på gruppa og de ansatte som en helhet.

Dersom du aksepterer å delta skriver du under på samtykkeskjemaet og sender det til oss i den vedlagte svarkonvolutten.

Dersom du har spørsmål om studien kan du kontakte masterstudent Ingvild Firman Fjellså på telefon 415 00 035 eller e-post ingvilfj@stud.ntnu.no eller prosjektleder Marit By Rise.

Vennlig hilsen

Marit By Rise
Forsker
Institutt for samfunnsmedisin, NTNU
Postboks 8905 MTF, 7491 Trondheim
E-post: marit.b.rise@ntnu.no

Vedlegg 2: Samtykke til deltakelse i observasjonsstudie

«Veien tilbake til arbeid»

Kontaktperson Marit By Rise, PhD, Institutt for samfunnsmedisin,
MTSF, NTNU, 7489 Trondheim
E-post: marit.b.rise@ntnu.no

Samtykke til deltakelse i observasjonsstudie ved Hysnes helsefort

Bakgrunn og hensikt

Hensikten med denne studien er å få mer kunnskap om innholdet i og gjennomføringen av det rehabiliteringstilbudet som gis på Hysnes.

Hva innebærer studien?

Denne studien innebærer at en forsker, masterstudent Ingvild Firman Fjellså, vil være en del av gruppa under oppholdet på Hysnes helsefort. Forskeren skal se nærmere på hvordan de ulike delene av programmet er tilrettelagt og blir gjennomført, og hvordan ansatte og deltakere samhandler. Observasjonen vil altså ikke være fokusert på hver enkelt deltaker, men på gruppa og de ansatte som helhet. Forskeren vil skrive notater i løpet av oppholdet. Lyd- og filmopptak vil ikke bli brukt. Forskeren vil delta i alle deler av programmet på lik linje med de andre deltakerne. Dette er en åpen observasjon – det betyr at det ikke er hemmelig hvilken av deltakerne som er forsker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Notatene forskeren lager vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. Når observasjonen er avsluttet vil alt skriftlig materiale bli anonymisert. All gjenkjennbar og personlig informasjon blir fjernet slik at ingen utenforstående skal kunne kjenne deg igjen i resultatene når de publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Det vil ikke få konsekvenser for ditt opphold på Hysnes helsefort dersom du ikke ønsker å delta. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte Ingvild Firman Fjellså på telefon 415 00 035 eller e-post ingvilfj@stud.ntnu.no.

Prosjektansvarlig er forsker Marit By Rise ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU (e-post: marit.b.rise@ntnu.no).

Jeg bekrefter å ha lest informasjonen og er villig til å delta i studien.

Dato og signatur: _____

NB! Dette arket signeres og sendes tilbake i den vedlagte svarkonvolutten. Konvolutten er allerede ferdig frankert.

Vedlegg 3: Samtykke til deltakelse i intervju

«Veien tilbake til arbeid»
Kontaktperson Marit By Rise, PhD, Institutt for samfunnsmedisin,
MTSF, NTNU, 7489 Trondheim
E-post: marit.b.rise@ntnu.no

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet *“Veien tilbake til arbeid”*

Bakgrunn og hensikt

Sykefravær handler om mange ulike faktorer, og det er foreløpig mye vi ikke vet om hvordan sykemeldte kan få best hjelp til å komme tilbake i arbeid. Det er også mye vi ikke vet om effekten av ulike programmer som skal hjelpe sykemeldte tilbake i jobb. Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke muligheter og barrierer sykemeldte opplever i prosessen med å komme tilbake til arbeid. Vi ønsker også å finne ut hvordan de som deltar i ulike rehabiliteringsprogram (opphold på Hysnes helsefort) opplever denne behandlingen og oppfølgingen.

Hva innebærer studien?

Alle som deltar blir bedt om å være med på tre intervju i løpet av en periode på to år. Intervjuene vil være en samtale mellom deg og en forsker. I intervjuene vil du bli spurt om dine synspunkter på og opplevelser av hva som gjør prosessen tilbake til arbeid lettere eller vanskeligere. Samtalene vil fokusere på forventningene du har til behandling og oppfølging, og hvilke opplevelser du har både underveis og etterpå. Intervjuene vil vare rundt en time og vil foregå der du ønsker det. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes i denne studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenkende opplysninger. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Lydbåndene vil bli slettet når prosjektet er ferdig, og utskriftene fra lydbåndene vil bli anonymisert. Det vil ikke være mulig for utenforstående å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt forhold til fastlege, NAV, arbeidsgiver eller rehabiliteringsprogrammene. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte masterstudent Ingvild Firman Fjellså på telefon 415 00 035 eller e-post: ingvilfj@stud.ntnu.no eller prosjektleder Marit By Rise på e-post: marit.b.rise@ntnu.no

Jeg bekrefter å ha lest informasjonen og er villig til å delta i studien.

Dato og signatur: _____

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide «Veien tilbake til arbeid»

Kan du fortelle litt om deg selv?

Oppfølging: Kan du fortelle litt om utdanningen din, familieforhold, omgangskrets, interesser?

Hvor har du jobbet tidligere og hvor jobber du nå?

Hvilke arbeidsoppgaver har du?

Hvor lenge du har vært sykemeldt?

Kan du fortelle om sykdomsforløpet ditt?

Kan du fortelle om hvordan forholdet er mellom din helse og sykdom, og livet ellers (familie, jobb, fritid)?

Hva betyr det for deg å være i jobb?

Hva tenker du nå om veien tilbake til arbeid for deg?

Oppfølging: Hvilke muligheter ser du for å komme tilbake i arbeid?

Hvilke barrierer ser du for å komme tilbake i arbeid?

Hvilke aktører kan bidra til at du kommer tilbake i arbeid?

Oppfølging: Nav, fastlege, arbeidsgiver og familie

Hvordan kan disse aktørene bidra?

Hvordan kan du selv bidra til at du kommer tilbake i arbeid?

Hvordan fikk du tilbud om å delta på rehabilitering på Hysnes?

Hva var det som gjorde at du valgte å delta på rehabiliteringsopplegget?

Oppfølging: Hensyn og respons fra familie, lege, arbeidsgiver, venner?

Nå har du vært på Hysnes på rehabiliteringsopphold:

Hva tenker du at et slikt rehabiliteringsprogram må inneholde for at du skal kunne komme tilbake i arbeid?

Oppfølging: Er det noe du selv opplevde at du manglet i oppholdet?

Er det noe konkret du vil trekke frem som spesielt positivt?

Hvordan var det for deg å dra til Hysnes som en del av rehabiliteringen din?

Oppfølging: Hva anser du er nytteverdien av å fysisk være et annet sted enn hjemme i perioder under rehabiliteringsopplegg?

Hva tenker du at et rehabiliteringsprogram generelt må inneholde for at så mange som mulig skal kunne komme tilbake i arbeid?

Hva tror du generelt er årsaken til at noen ikke kommer tilbake i arbeid etter å ha vært sykemeldt?

Noe du ønsker å tilføye?

Vedlegg 5: Godkjenning av REK



Region: REK midt	Saksbehandler: Karoline Bjørstad Berget	Telefon: 73597509	Vår dato: 07.10.2014	Vår referanse: 2012/856/REK midt
			Deres dato: 06.10.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Marit By Rise
NTNU

2012/856 Veien tilbake til arbeid

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: Marit By Rise

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 06.10.2014 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden om prosjektendring er behandlet på fullmakt av sekretariatet med hjemmel i helseforskningsloven § 11 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

Prosjektleder ønsker følgende endring:

- Aksel Tjora som ny prosjektmedarbeider

Vurdering

REK midt tar endringen til orientering uten merknader. Ny prosjektmedarbeider godkjennes.

Vedtak

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

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Tone Natland Fagerhaug
Sekretariatsleder, REK midt

Karoline Bjørstad Berget
Seniorkonsulent

Kopi til: rek-ism@medisin.ntnu.no