

# Arbeidsrettet rehabilitering og hverdagens motstand

## Work-Related Rehabilitation and the Resistance of Everyday Life

Ingvild Firman Fjellså

Doktorgradsstipendiat

Institutt for tverrfaglige kulturstudier, Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU)

[ingvild.f.fjellsa@ntnu.no](mailto:ingvild.f.fjellsa@ntnu.no)

Roar Stokken

Førsteamanuensis

Institutt for sosialfag, Høgskulen i Volda

[roar.stokken@hivolda.no](mailto:roar.stokken@hivolda.no)

Aksel Tjora

Professor

Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU)

[aksel.tjora@ntnu.no](mailto:aksel.tjora@ntnu.no)

### SAMMENDRAG

Artikkelen undersøker hvordan ideen bak et arbeidsrettet rehabiliteringstiltak samsvarer med rehabiliteringsdeltakernes utfordringer i hverdagslivet. Den tar utgangspunkt i et tiltak for personer som har vært langtidssykemeldte med helseplager knyttet til muskel- og skjelettlidelser, allmenne psykiske lidelser og/eller uspesifiserte lidelser. Vi undersøker hvordan deltakerne opplever helseplagenes innvirkning på forpliktelser og ansvar i arbeids- og familieliv, og diskuterer hvordan informantene tolker helseplagene som individuelt ansvar, og hvordan de bruker strategier for å skjerme omgivelsene fra plagene de opplever. Ved en sosiologisk tilnærming til helseplager og fravær som er knyttet til mer enn lønnsarbeid, konkluderer vi med at kronisk sykdom, fravær fra arbeid, forebygging og rehabilitering må knyttes til et større mangfold av sosiale forhold og forpliktelser.

### Nøkkelord:

helse, arbeidsrettet rehabilitering, sykefravær, skjerming, individualisering

## ABSTRACT

The article examines how the idea behind a rehabilitation program corresponds with the participants' challenges in their everyday life. It is based on a program for people who have been on long-term sick leave, due to musculoskeletal, common mental and/or unspecified health disorders. The analysis focuses on the participants' experience of how health issues influence commitments and responsibility in work and family life. We discuss how the participants interpret their health issues as an individual responsibility, and how they use strategies to shield their surroundings from the pain they experience. A sociological approach to health issues and the solutions to these, as relational and contextual, suggests an understanding of chronic illness, absence from work, prevention and rehabilitation as related to a wider set of social roles and responsibilities.

### Keywords:

health, work-related rehabilitation, shielding, sick leave, individualization.

## INTRODUKSJON

Norge ligger på topp i sysselsetting av befolkningen, men også i bruk av helserelaterte trygdeytelser (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017). Et høyt forbruk av helserelaterte trygdeytelser harmonerer dårlig med den såkalte arbeidslinjen i norsk arbeidslivspolitik, der deltakelse i arbeidslivet blir sett på som et gode både for samfunnet og den enkelte. Det å skape effektive tiltak som hjelper folk til å stå i jobb (og derigjennom redusere utbetalingen av trygdeytelser) er følgelig en sentral oppgave for både Nav og helseforetakene.

Arbeidsrettet rehabilitering er et av tiltakene som skal hjelpe folk tilbake i lønnet arbeid. Ifølge Nav (Arbeids- og velferdsetaten 2016) skal slike tiltak styrke arbeidsevnen gjennom hjelp til å mestre helserelaterte og sosiale problemer som hindrer deltakelse i arbeidslivet. Tiltakene vektlegger motivasjon, mestring og trening. Denne individrettede tilnærmingen sammenfaller med sykehusenes arbeid med læring og mestring (Olsson & Vågan, 2015). Som bakgrunn for denne artikkelen fikk vi anledning til å følge en gruppe kvinner som deltok på et slikt motivasjons-, mestrings- og treningsfokuseret rehabiliteringsopplegg borte fra eget hjem.

En stor andel av de som deltar på tiltakene fra Nav og helseforetakene har kroniske helseplager som ikke alltid er klart definert ut fra medisinske standarder. Konsekvensene av manglende diagnosesetting og usikre sykdomsopprinnelser gjør også fremtidsutsiktene usikre. Hedlund (2008) påpeker at kroniske lidelser representerer et av paradoksene i det moderne helsevesenet. Selv om kronikere har nytte av behandling, blir de ikke friske. De inntar ikke den klassiske sykerollen beskrevet av Parsons (1951), men en rolle der de lever *med* sykdommen (f.eks. Bury, 1982; Charmaz, 1994; Freidson, 1970). Store deler av litteraturen som adresserer dette, handler om hvordan den enkelte kan mestre denne nye rollen (f.eks. Coulter, 2002; Heggen & Ekeland, 2007; Lorig, Holman, Sobel, Laurent, Gonzales & Minor, 2000).

I et helsesosiologisk perspektiv kan oppmerksomhet på individ og diagnose forstås som «medikalisering», som generelt handler om at flere former for avvik fortolkes innenfor en medisinsk begrepsramme og at medisinenes samfunnsposisjon styrkes (Anderssen & Gjernes, 2012; Lian, 2012; Tjora 2012). For denne artikkelen er medikalisering først og fremst interessant som en individualisert forståelse av helse og sykdom. Kroniske helseplagers *medisinske ukklarhet* kan dermed forstås som resultatet av en over-individualisert tilnærming. Med dette som utgangspunkt er vår tilnærming at sosiologien, med sine perspektiver på kontekst og sammenhenger utover individet, kan tilføre en kompletterende forståelse for arbeidsrettet rehabilitering. Vår ambisjon er dermed ikke å avdekke den hele og fulle sannheten om arbeidsrettet rehabilitering, men å bidra til en utvidet forståelse av kvinnenens situasjon.

Med basis i arbeidslinjen og den individuelle tilnærmingen til rehabilitering undersøker vi med et sosiologisk perspektiv hvordan kvinnene som deltar på rehabiliteringsopplegget opplever situasjonen de er i. Med utgangspunkt i det relasjonelle utforsker vi de potensielle konsekvensene av den individuelle tilnærmingen. Vi ønsker på denne måten å bidra til en utvidet forståelse for de potensielle konsekvensene av den individualiserte tilnærmingen som i dag kan fremstå som fremtredende innenfor feltet.

Artikkelen henter sitt empiriske materiale fra deltakere på et arbeidsrettet attføringstiltak. Majoriteten av rehabiliteringsdeltakerne var kvinner, og samtlige informanter i denne studien likeså. Kvinner har generelt et høyere sykefravær enn menn (Mykletun, Eriksen, Røed, Schmidt, Fosse, Damberg, Christiansen & Guldvog, 2010), og arbeidsrettede rehabiliteringstiltak har følgelig flere kvinnelige deltakere. De foreslåtte tiltakene for å redusere kvinners sykefravær handler ofte om at kvinner på en eller annen måte «må ta seg sammen» (Lilleaas, 2015). Lilleaas (1991, 2015) påpeker at dette er en for enkel slutning, og at man ikke kan forstå kvinners arbeidsrelaterte problemer fra et arbeidsrelatert perspektiv alene. Vi følger denne anbefalingen, og vi retter derfor særlig oppmerksomhet mot hvordan det å prestere og ta ansvar både i og utenfor arbeidslivet står i motsats til det å ta hensyn til seg selv. Artikkelen er et faglig bidrag i overlappingen mellom helse- og arbeidssosiologi, hvor verken arbeid, helse eller hverdagslivet ellers kan frikobles som grunnleggende faktorer for langtidssykefravær.

## KVINNER, KRONISKE LIDELSER, JOBB OG FAMILIE

Langvarig sykefravær påvirker deltakelse i samfunn, arbeidsplass og familieliv (OECD, 2013). Det er sterke indikasjoner, men lite vitenskapelige beviser på en direkte kobling mellom fysisk og psykisk helsegevinst og arbeid (Waddell & Burton, 2006). Likevel er det 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 personer med sykdom eller funksjonshemninger, fordi det fremmer selvstendighet, trygghet, selvrealisering (Aske-land, Ellingsen & Thune, 2015), identitet og personlig vekst (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 217; Forseth & Rasmussen, 2002, s. 11). I kombinasjon med arbeidslinjen i norsk arbeidslivspolitikken fører dette til en klar forventning om å være i jobb.

Informantene våre har det man ofte betegner som «diffuse» helseplager. Dette er sykdommer og lidelser som gir betydelige plager, men der leger ikke kan konkludere med en

klar årsak. Plagene handler i stor grad om smerter i muskel og skjelett. Det rapporteres om hyppig overlapp mellom denne typen smerter, psykiske lidelser og andre lidelser (Von Korff, Crane, Lane, Miglioretti, Simon, Saunders, Stang, Brandenburg & Kessler, 2005; Natvig, Eriksen & Bruusgaard, 2002; Reme, Tangen, Moe & Eriksen, 2011; Hagen, Svensen, Eriksen, Ihlebaek & Ursin, 2006). I et sosiologisk perspektiv er denne sammenhengen interessant fordi den kan føre til at helsepersonell objektiverer (Skjervheim, 1957/1996) kvinnene slik Lilleaas (2015) beskriver, og dermed står i fare for å fortolke det som blir uforståelig i retning av psykiske lidelser. Uavhengig av bakenforliggende faktorer søker vi å forstå det sosiale grunnlaget for at de opplevde plagene får innvirkning på jobb og familieliv. Dette standpunktet medfører en tilnærming der diagnoser blir mindre viktige enn opplevelsen av problemer og utfordringer. Vi vurderer dette som spesielt vesentlig fordi de fleste arbeidsrettede rehabiliteringsprogram for sykemeldte både er individuelt rettet (Arbeids- og velferdsetaten, 2016; Olsson & Vågan, 2015) og rettet mot spesifikke diagnosegrupper (Rise, Gismervik, Johnsen & Fimland, 2015).

Lilleaas (1991, 2015) etterlyser økt oppmerksomhet på den emosjonelle belastningen som mange kvinner opplever. Arbeidslivet har i dag et stort innslag av tjenesteyting, og det er hovedsakelig kvinner som møter kunder eller brukere. Ifølge Forseth, Molden og Rasmussen (2002, s. 86) foreligger det en positiv sammenheng mellom nærværspres og høy grad av direkte kontakt med brukere eller kunder, og emosjonell utmattelse. Til tross for belastningene som medfølger emosjonell utmattelse, viser de til at kontakt med kunder også bidrar til ansattes arbeidsglede og identitetsskaping. Dette fører til en ambivalens; de ansatte i kundeorienterte yrker opplever både tilfredshet og fremmedgjøring, samarbeid og motstand, felles og motstridende interesser, og oppfatter sine interesser i både kollektive og individuelle termer (Forseth mfl., 2002, s. 90).

Foruten lønnet arbeid er det mange arbeidsoppgaver som må gjennomføres for å få hverdagen til å gå rundt. Til tross for nedgang fra 1970-tallet til år 2010 i tid brukt på husholdsarbeid for kvinner og en økning hos menn, er det fremdeles kvinner som gjør mest av nesten alle typer arbeid i husholdningen (Vaage, 2012, s. 84). I tillegg er det kvinner som oftest står for emosjonell og fysisk omsorg for foreldregenerasjonen (Berthinussen & Fredriksen, 2014). Smeby og Brandth (2013, s. 346) viser til at det hovedsakelig er kvinner som også står for planlegging av familiens gjøremål, noe de kaller «det tredje skiftet». Den emosjonelle påkjenningen og stresset som følger med de nevnte, og ofte usynlige, oppgavene er ifølge Lilleaas (2015) bakenforliggende årsaker til mange plager kvinner opplever. Utvalget i vår undersøkelse består av kvinner i yrker med hyppig bruker- eller kundekontakt. Videre opplever de stort omsorgsansvar for egne familiemedlemmer og har tatt eller blitt gitt hovedansvar for «det tredje skiftet» i egen familie. Det er dermed grunn til å ha et særlig fokus på koblingen mellom emosjonell belastning i sin fulle daglige bredde og helseplager når man prøver å forstå hvordan arbeidsrettet rehabilitering kan innvirke på dagliglivet til deltakerne.

## TEORETISK INNGANG

De kroniske lidelsene fører til at kvinnene ut fra gitte standarder har nedsatt funksjon på ett eller flere felt. Dette kan medføre en fare for at man ikke lever opp til forventninger, og dermed bryter regler for legitim atferd. Ifølge Becker (1973, s. 1) konstruerer alle sosiale grupper sine egne sett av regler som er med på å definere hva som er akseptabel og uakseptabel atferd. Dersom en regel blir brutt, blir den som har handlet i strid med reglene, ansett som en «outsider» – en avviker. Helseplagene som kvinnene i vår studie bærer på, tillater at de innimellom er fullverdige deltakere i gruppen (for eksempel arbeidsplassen), andre ganger ikke. Det gjør at de står i fare for å bli definert som avvikere. Det er nærliggende å tro at frykten for å bli en avviker kan gi to typer resultat. Det ene er at de søker seg bort fra grupper for å unngå å bli stemplet som avviker. Det andre alternativet er at det går ytterligere utover helsen fordi de bruker mye krefter på å unngå en stemping som avviker.

Et annet moment i tilknytning til å ikke kunne yte på lik linje som tidligere, er at mennesker med funksjonsnedsettelse i mange tilfeller blir ansett som å ikke fungere «normalt» (Jensen, Petersen & Stokholm 2007, s. 104). Dette kan forstås i lys av begrepet «stigma». Ifølge 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. Selv om Goffman er opptatt av sosialt samspill, kan konsekvensene av stigma ha psykologiske konsekvenser for den enkelte. Cooley ([1906] 1983) hevder at vi blir påvirket av hvordan vi tror andre forstår oss. Han bruker begrepet «looking-glass self», som tar utgangspunkt i en sammenligning mellom refleksjonen i et speilbilde og refleksjonen vi får av oss selv, gjennom andre. Det gjør at selv om stigma kommer utenfra, kan den som opplever å bli stigmatisert, ta til seg stigmaet. Identiteten og selvbildet blir dermed påvirket av opplevelsen av å bli stigmatisert (Jensen mfl., 2007, s. 103).

Stigma er koblet til andres kjennskap til avviket. Når avviket ikke blir kjent for de andre, bruker Goffman (1963, s. 93) begrepet «passing», det vil si at bæreren av avviket kan «passere» uten å bli avslørt. Skalldyrallergi vil for eksempel være helt skjult, inntil man kommer i en situasjon der det blir forventet at man skal spise skalldyr. Kvinnene i utvalget har alle sykdommer som kan skjules, noe som gjør at de kan passere. De kan dermed delta i sosiale grupper på likefot med andre, men ikke alltid. En sentral del av rehabiliteringen er at man skal våge å være åpen om sine plager (stigmaet), slik at man slipper å passere, det vil si gå inn i belastende situasjoner.

Et viktig aspekt ved å ikke klare å yte like mye som tidligere, er det Charmaz (1983) kaller «loss of self» – tap av selvet. Hun bruker begrepet for å beskrive hvordan en grunnleggende del av smerten knyttet til kronisk sykdom er opplevelsen av å tape noe av seg selv. Tidligere selvbilder svekkes, uten at nye formes. Et element som bidrar til at selvbilder svekkes er opplevelsen av å være til byrde; følelsen av å være ubrukelig for seg selv og andre (ibid., s. 189). Tap av arbeidsdeltakelse kan være en tydelig markør for tidspunktet hvor syke omdefinierer seg selv fra bidragsyter til byrde.

Konsekvensene av kronisk sykdom fører ifølge Bury (1982) til «biographical disruption» – biografisk forstyrrelse. Kronisk sykdom legger da så store begrensninger på hverdagslivet at den fungerer som en forstyrrelse som er både nedbrytende og oppløsende i den enkeltes livsløp eller livsfortelling. Livet og fremtiden blir annerledes enn man hadde sett for seg, og man må tilpasse rutiner til et endret liv med svekket helsetilstand.

Mens Bury (1982) studerer forverring i tilstand, har Grønning (2014) studert forbedring, og ser på denne som grunnlag for det hun kaller et «biografisk opprykk» hos overvektige som lykkes med livsstilsendringer og/eller vektnedgang. Opprykket gjenspeiler i hennes arbeid hvordan overvektige opplevde økt mestring, glede og helsegevinst, til tross for at vektnedgangen ikke nødvendigvis var så stor som ønsket. Vi forstår deltakelsen på det arbeidsrettede attføringstiltaket som et håp om biografisk opprykk som fører til en mindre biografisk forstyrrelse enn før behandlingen.

## ARBEIDSRETTET REHABILITERING

Deltakerne i vår studie har deltatt i rehabiliteringsprogram i regi av St. Olavs Hospital, på Hysnes Helsefort på Fosen. Rehabiliteringen retter seg mot personer mellom 18 og 60 år som har mottatt avklaringspenger eller sykepenger i mer enn åtte uker, og som 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 arbeidsdeltakelse, og et funksjonsnivå som muliggjør gjennomføring av hele dager med rehabilitering. Deltakerne i Hysnesprosjektet fikk tilsendt 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 på rehabiliteringsopphold.

I rehabiliteringen på helsefortet var det viktig at deltakerne var borte fra sine «hverdagsliv» i korte eller lange opphold (åtte døgn eller 3,5 uker). Vår studie har rekruttert deltakere som deltok på kort rehabiliteringsopphold; fire døgn i to omganger, med to ukers mellomrom. I perioden mellom oppholdene hadde deltakerne mulighet til å ha oppfølgingsmøte med sin fagkoordinator og møte med arbeidsgiver. Informantene har alle til felles at de har vært helt eller delvis sykemeldt over en lengre periode før oppholdet, med muskel- og skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser eller allmenne og uspesifiserte lidelser. Felles for lidelsene er at de er usynlige før de kommuniseres, de kan altså lett *passere*, hvilket bidrar til å gjøre deltakerne i studien til en sosiologisk interessant gruppe.

Målet med behandlingen var å øke deltakernes evne til å ta kontroll over eget liv. Dette velger vi å forstå som «empowerment». Det finnes ingen etablert og anerkjent definisjon av empowerment, men det foreligger en konsensus om at begrepet kan knyttes til mestring og defineres som å oppnå kontroll over eget liv (Petersen 2007). Deltakeren skal få en opplevelse av sammenheng, det Antonovsky og Sourani (1988) kaller «the sense of coherence». Ideelt sett skal man da oppfatte ens egen verden som forståelig, meningsfull og håndterbar. Ved å forstå situasjonen, samt utvikle troen på at man kan finne løsninger og mening i forsøket, skal man kunne få en opplevelse av å kunne påvirke sitt eget liv (Askheim 2007, s. 29). Det at datamaterialet vårt trolig er preget av rehabiliteringens mål om at kvinnene skal ta vare på seg selv, er dermed en viktig faktor for å forstå den innvirkningen rehabiliteringen har på livene deres.

Det å mestre en ny situasjon er sentralt i opplegget ved helsefortet. Bandura (1977) hevder at mestringen av en situasjon er avhengig av forventingene til egen mestring. Dette kaller han «self-efficacy» – mestringstro og er et resultat av «efficacy expectations» – mestringsforventninger og troen på at handlinger vil medføre resultatet man ønsker

– «outcome expectations». Hva man forventer av egen mestring er tett koblet til egne erfaringer. Har man erfaringer med mestring av vanskelige situasjoner, er det lettere å mestre nye. Har man tidligere opplevd å ikke mestre en situasjon tilsvarende den man møter, er det lettere å gi opp. Gjentatt suksess øker egen mestringstro. Når denne øker, fokuserer man mindre på det som ikke fungerer og mer på det som kan føre til en god løsning. Vurdering av hva man oppnår i lys av de krav man stiller til seg selv, kan enten føre til tilfredshet, selv-tillit og interesse, eller til ubehag. Bandura (ibid., s. 140) ser en kobling mellom forventninger til egen mestring og depressive reaksjoner. De som setter for høye krav til seg selv, og samtidig nedgraderer hva de faktisk oppnår, er ifølge Bandura (ibid., s. 141) de som er mest utsatt for depresjon.

Rehabiliterings individuelle fokus er rettet mot det å «bli sjef i eget liv» gjennom mestringsstrategier. En slik individuell tilnærming til empowerment er svært interessant i lys av Lilleaas' (2015) beskrivelse av kravet om at kvinner «må ta seg sammen». Lilleaas (1991, 2015) oppfordrer derfor til at man studerer sykefravær i et sosiologisk perspektiv der man gjennom kvalitativ tilnærming søker å forstå fraværendes totale situasjon og belastning.

## METODE

Det empiriske materialet er generert på rehabiliteringsopphold, og i forlengelsen av dette har vi hatt muligheten til å undersøke aspekter ved det å være sammenhengende borte fra både jobb og familie. Kvinnene er dermed i en situasjon hvor de er underlagt andre forventninger enn hjemme, og i stand til tydeligere å reflektere over aspekter ved dagliglivet enn om de befant seg i det tatt-for-gitte dagliglivet under vår undersøkelse. Deltakerne på rehabiliteringsopplegget utgjør slik et teoretisk utvalg i et *naturlig eksperiment* kjennetegnet ved at de reiser vekk fra sitt daglige virke. Denne posisjonen, der de kan forstå hva det er ved det daglige som synes å gi dem helseplager, er vårt metodiske utgangspunkt.

At et rehabiliteringsopphold fjernt fra alle de daglige relasjonene kan løfte fram disse relasjonenes betydning for (god og dårlig) helse antyder sosiologiens helserelevans. Vi antydte innledningsvis at vi med denne forskningen befinner oss i overlappingen mellom arbeids- og helsesosiologi, hvor den grunnleggende sosiologiske forståelsen handler om et blikk på *sammenhenger mellom* arbeid, helse og hverdagsliv.

Siden vi bare har hatt anledning til å analysere noen få kvinners erfaringer med rehabilitering, har vi ingen mulighet til en mer evaluativ konklusjon på hvordan selve rehabiliteringsopplegget virker.

### Hysnesprosjektet

Helsefortet er en del av Hysnesprosjektet, og finansieres gjennom Helse- og omsorgsdepartementets ordning «Raskere tilbake». I Hysnesprosjektet inngår også en omfattende forskningsagenda, med randomiserte kontrollerte studier av langtidssykemeldte, noe som ellers har manglet i rehabiliteringsfeltet (Fimland, Vasseljen, Gismervik, Rise, Halsteinli, Jacobsen, Borchgrevink, Tenggren & Johnsen, 2014). Studien er knyttet til et overordnet forskningsprosjekt om effekten av korte og lange rehabiliteringsopphold, samt et poliklinisk tilbud ved St. Olavs Hospital (ibid.).

## Datagenerering

For å generere datamateriale gjennomførte førsteforfatter deltakende observasjon i åtte døgn og gjorde dybdeintervjuer med fire rehabiliteringsdeltakere. I etterkant av feltarbeidet fikk vi tilgang til ytterligere to intervju med deltakere, gjennomført seks måneder etter endt opphold av andre forskere på Hysnesprosjektet. Intervjuene varte mellom 25 og 102 minutter, de fleste litt over en time. Vi brukte lydopptaker under intervjuene for å kunne transkribere fullstendig. Under observasjoner ble det tatt detaljerte feltnotater, som deretter ble renskrevet. Feltnotatene er brukt i minst like stor grad som intervjudata, til å danne grunnlag for de tolkninger og analyser som er gjort. Sitater som er benyttet i analysedelen er lettere omskrevet, slik at uttalelsene er lettere å lese. For eksempel er verbale «fyllord» fjernet og manglende subjekt og objekt er satt inn.

Prosjektet er godkjent av REK (Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning), og skriftlig samtykke for observasjon og intervju ble innhentet fra samtlige deltakere. Alle deltakerne ble opplyst om at de når som helst kunne trekke seg fra studien, uten å måtte oppgi grunn. Alle informantene er anonymisert og gitt pseudonymer.

## Koding og analyse

Analysen bygger på observasjoner under rehabiliteringsoppholdet og deltakernes fortellinger om opplevelser fra hverdagslivet med jobb og familie. Vi er særlig opptatt av hvordan kvinnene opplever det å være borte fra jobb på grunn av sykdom, og hvordan de opplever at hverdagslivet påvirkes av nedsatt helsetilstand. Følgelig er det deres subjektive opplevelse som står sentralt, og ikke i hvilken grad de ut fra gitte kriterier har et objektivt ansvar i en gitt situasjon.

Analysen baserer seg på en stegvis–deduktiv induktiv (SDI) metode (Tjora 2017), hvor man arbeider induktivt i etapper fra rådata (fra både intervjuer og observasjoner) til konsepter eller teorier, med deduktive tilbakekoblinger i hvert steg som kvalitetskontroller. Tilnærmingen er beslektet med Grounded Theory (GT) i den forstand at strategien starter med detaljert koding, men skiller seg fra GT blant annet ved bruk av én-stegs empirinær koding samt stegvise iterasjoner heller enn en «stor» iterasjon, såkalt «teoretisk sampling» i GT mellom datagenerering og konseptutvikling (ibid., s. 20). Vi har benyttet analyseprogrammet HyperResearch i kodingen, som ikke på noen måte automatiserer koding og den viktige navngivningen av kodene, men som ivaretar koblinger mellom koder og transkribert tekst.

Eksempelvis ble spørsmål om betydningen av arbeidsdeltakelse (Hva betyr det for deg å være i jobb?) besvart av en informant slik: «Det betyr veldig mye egentlig. Både for å kunne yte litt av seg selv og det være i et fellesskap da. Også ha noe å gå til. Ha noe fast å gå til.» Dette ble videre kodet til: «Kunne yte av seg selv og være i et fellesskap.»

I neste fase grupperte vi alle relevante koder ut fra tematisk slektskap og endte opp med 12 kodegrupper. Flere av disse var beslektet, og vi gjorde en høyere ordens sortering til fire hovedtema. Det er særlig i behandlingen av disse hovedtemaene at vi trekker inn teori i en mer abduktiv strategi, hvor vi tester hvordan ulike teoretiske innspill kan understøtte tilsynskomst av mulige konsepter (ibid., s. 222–224). I denne artikkelen blir i så måte hovedtemaet «skjerming» en form for *empirisk–analytisk referansepunkt* (EAR) (ibid., s. 204–207).



## ARBEIDSDELTAKELSENS VERDI

I gruppesamtalene på helsefortet kom det fram mye frustrasjon knyttet til å ikke klare jobb-situasjonen. Yrkesdeltakelse representerte fellesskap, trygghet, styrket selvbilde og følelse av å være til nytte for andre. Berit beskrev det som å «yte litt av seg selv og være en del av et fellesskap (...) ha noe fast å gå til». Dina hevdet at «det betyr egentlig alt» å bidra og føle seg nyttig. For Cecilie var det å ikke fungere en hel dag på jobb, som «et slag i trynet». Det var tydelig at de var vant til å ta arbeidsdeltakelse som en selvfølge. De fikk bekreftet seg selv, viste andre hva de kunne utrette og opplevde økt selvtillit, noe som bidro til å definere hvem de var. Til tross for at arbeidsdeltakelse er viktig, forteller de at når helseplagene blir store, så er det arbeidsdeltakelsen som må vike.

Jeg kan jo ikke sykemelde meg fra hjemmet. Så det blir jo jobben som får unngjelde, selv om jeg ikke likte akkurat det. Jeg skjønte jo at jeg ikke hadde noe valg. Man liker ikke seg selv så veldig godt i den situasjonen. (Cecilie)

Vi finner en type ambivalens som beskrevet av Forseth mfl. (2002), i kvinnes beretninger om deltakelse i arbeidslivet. På den ene siden ytret de at deltakelse i arbeidslivet ga dem positive opplevelser, men på den andre siden opplevde de utfordringer med å være på arbeidsplassen. Fortellingene peker på at både fysiske og sosiale miljøer på arbeidsplassene påvirker helsetilstand og arbeidsevne, samtidig som en manglende deltakelse også oppleves belastende. Noen opplever at arbeidsgiver ikke har lagt til rette for dem, mens andre forteller om god tilrettelegging. Anne forteller at det høye arbeidstempoet og den store arbeidsmengden har gjort at hun føler fysisk ubehag: «Det å jobbe en halv dag, gå hjem, sette seg i stolen og kjenne at det føles som om du får influensa, det er ikke noe godt». Frøydis forteller om et utrivelig sosialt miljø på arbeidsplassen, med konflikter og intriger over mange år. 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.» Cecilie beskriver en følelse av skam, hun «taper ansikt og mister selvtilliten» når hun ikke takler arbeidsoppgavene og fulle arbeidsdager. Anne forteller at hun flere ganger har påpekt for ledelsen, uten hell, at det er for få arbeidstakere i forhold til arbeidsmengden når det nærmer seg tidsfrister.

Når alt er for seint og trykket bare vokser [...], så kjenner jeg at jeg rett og slett blir dårlig av å sitte i dette trykket. Da lurar jeg på om det er dette her som har gjort meg syk. (Anne)

Dina kan derimot fortelle om omsorg og tilrettelegging. Hun har en ordening som innebærer at hun selv kan bestemme hvor mye hun orker å jobbe når hun opplever smerter. Til tross for dette opplever hun at det å jobbe fører til at helsetilstanden svekkes. At arbeidslivets tempo svekker helsetilstanden er noe alle informantene kom inn på under rehabiliteringsoppholdet. Samtidig var de bevisst på at også andre forhold spilte inn. For eksempel uttrykte Cecilie at «det handler jo om en total, og jeg er den som må rydde opp, i meg selv».

Deltakerne i studien har høy forventning til egen yteevne på jobb. De liker å være på jobb og anser seg selv som ansvarsfulle og nyttige arbeidstakere. Felles er at de må oppleve seg som svært syke før de lar hensynet til seg selv gå foran hensynet til arbeidsplassen. Anne forteller om en episode der hun avsto en forespørsel om å bytte arbeidsdag. Hun var delvis sykemeldt, og jobbet noen dager i uken:

Jeg svikter dem nesten. Jeg skulle egentlig ha byttet, fordi det er jo der jeg faktisk skal 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? (Anne)

Hun rettferdiggjør ikke begrunnelsen for å avslå forespørselen med nedsatt helsetilstand som en legitim forklaring. Når hun avslår forespørselen, har hun latt hensynet til seg selv veie tyngre enn hensynet til arbeidsplassen. Det gir henne dårlig samvittighet.

Historiene vitner om en opplevelse av å svikte arbeidsplassen ved sitt fravær, og dermed fremstå som en mindre ansvarlig og nyttig aktør i arbeidsfellesskapet. Flere av kvinnene forstår dessuten seg selv som uerstattelige i sine roller som arbeidstakere og har tatt i bruk mestringsstrategier for å opprettholde denne rollen, noe som senere viser seg å være lite hensiktsmessig siden strategien tærer på både fysisk og psykisk helse. Eli uttrykker samvittighetskvaler ved å være borte fra arbeidsplassen:

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. 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)

Behandlingsopplegget på Hysnes bygger på en idé om at helsefremmende strategier og alternative handlings- og tankemønstre skal kunne gjøre at deltakerne mestrer utfordringer og en hverdag med nedsatt helsetilstand bedre. Et viktig mål er at deltakerne tar mer hensyn til seg selv, og at de lar andre hjelpe dem i dette arbeidet. De skal gå fra å anse sykdommen sin som et privat ansvar, til å dele ansvaret for sykdommen sin med andre. I tillegg skal de fokusere mer på egne behov, og mindre på andres behov. Dette skal føre til mer mestring og dermed en bedre psykisk og fysisk helse, som igjen skal føre til økt livskvalitet og arbeidsevne.

Kvinnene uttrykker en ambivalens når det gjelder arbeidsdeltakelse. Jobb gir mye tilbake, men det koster også mye, spesielt siden disse kvinnene stiller høye krav til seg selv. Med bakgrunn i dette ser målet med behandlingen ut til å være fornuftig. Om kvinnene stiller lavere krav til seg selv, vil arbeidsdeltakelsen trolig koste mindre, og de kan dermed kanskje klare å delta i arbeidslivet. Problemet er at det ser ut til at de er klar over denne utfordringen, og det store spørsmålet er dermed hva som holder dem tilbake. Er det bare at «de må skjerpe seg» og ikke stille så høye krav til seg selv? Eller ligger det noe annet bak? Vi får et hint om at så er tilfelle gjennom utsagn som peker i retning av at familien prioriteres når kreftene er svekket.

## OMSORG OG ANSVAR

Alle informantene opplever en eller annen form for omsorgsansvar for noen som står dem nær. Helseplagene har i perioder hemmet Dina mye. Hun hevder likevel at det har påvirket familielivet minst: «Jeg har fokusert på [...] min mann og mine barn. Når det har vært som verst, da har det blitt mye mindre av alt annet.» Ut fra andre deler av intervjuet forstår vi at hun er sikker på at resten av familien ville tatt hensyn til henne, og hjulpet henne, om hun hadde latt dem gjøre det. Cecilie går inn på familiens organisering når vi spør om det er noe familien hennes kan bidra med for at hun skal komme tilbake i arbeidslivet. Hun svarer:

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 det og føler det hele tiden, men livet går jo videre for alle fem i familien. [...] Det vil uansett komme uforutsette ting. Problemet er hvordan jeg har møtt de uforutsette tingene. Jeg skrur på adrenalinpumpa tvert. (Cecilie)

Det hun opplever som problematisk er hvordan *hun* har taklet uforutsette ting, ikke familien eller hun selv og ektefellen. Vi forstår informantene slik at de ikke ønsker at familiens oppmerksomhet til stadighet skal rettes mot deres helseplager. De vil ikke være en belastning.

Naturlig nok føler kvinnene med voksne barn ikke et like stort ansvar. Likevel ser vi at nye ansvarsområder kan oppstå, hvilket gjør at opplevelsen av det totale ansvaret forblir stort. For Anne sin del har ansvaret forflyttet seg fra egne barn til familiens eldre og syke. Hun uttrykker det slik: «Helt siden pappa ble hjertesyk første gangen, så har det jo blitt som med alt annet i livet; det er jeg som har vært tilgjengelig.» Til tross for at hun har flere brødre, ser det ut til at det er hun som blir sittende med hovedansvaret for både det andre og tredje skiftet (Smeby & Brandth, 2013) i familien hun vokste opp med. Tilgjengeligheten Anne refererer til kan tolkes som både praktisk og emosjonell tilgjengelighet. I intervjuet trekker hun også fram hvordan hun opplever at moren hennes forholder seg til Annes 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)

På tross av at informantene har roller som aktive og sentrale problemløsere og omsorgspersoner hjemme, var det ingen som uttrykte bekymring for hva som skjedde «der hjemme» når de var på helsefortet. Det er altså ikke primært det at de opplever seg som uunnværlige som fører til at de tar både andre og tredje skift hjemme. Det er snarere at de mer implisitt har ansvaret for et mangfold av koordinering i hjemmet. Rollen gjør dem forpliktet, og de har tatt i bruk mestringsstrategier for å opprettholde denne.

Gjennom uttrykk som for eksempel «slag i trynet», «den sitter langt inne», «jeg svikter dem nesten», «tape ansikt» og lignende, beskriver informantene opplevelser av skam, svik, tap av selvtillit og tap av egenskaper ved seg selv, som de tidligere tok for gitt. 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. Vi forstår dette i lys av Cooleys (1902) teori om at vi styres av hvordan vi tror at andre oppfatter oss. Dette gjør ikke bare frykt for stigma og stemping relevant, men også en frykt for tap av selvet. Dette tapet av selvet henger sammen med de nettverkene kvinnene er en del av.

Hvordan vi opplever oss selv og vår identitet, er tett knyttet til hvordan vi tror andre opplever oss. På samme måte som stolthet, fremmes skam og skuffelse når man tolker at andre ser en i et slikt lys (Cooley, 1902, s. 152). Dette ser vi tydelig i de høye kravene disse kvinnene stiller til seg selv, for eksempel gjennom å opprettholde familieforpliktelser, og en høy terskel for ikke å gå på jobb. I et interaksjonistisk perspektiv er det mindre viktig hvorvidt personer *faktisk* er til bry eller til nytte, enn hvorvidt de *opplever* seg selv som nyttige eller byrder. Det er den subjektive opplevelsen av situasjoner som avgjør hva konsekvensene av situasjonene blir (Thomas & Thomas, 1928, s. 572). Man er videre mer tilbørlig til å tolke og ta innover seg diskrediterende definisjoner når man enten føler seg sårbar eller når diskrediteringen bekrefter en skjult frykt eller redefinerer den syke personens selvbilde i et nytt og lite attraktivt lys (Charmaz, 1983, s. 184).

Behandlingsopplegget på Hysnes bygger på at kvinnene skal ta mer hensyn til seg selv, og at de skal la andre hjelpe dem i dette arbeidet. De skal gå fra å anse sykdommen som sitt private ansvar, til å dele det med andre. I tillegg skal de fokusere mer på egne behov, og mindre på andres behov. Vår tolkning er at dette vil medføre en rolleendring som er større i familielivet enn den i arbeidslivet, fordi relasjonene er av en annen karakter. Kvinnene opplever ikke bare mening og glede ved å være nyttige og hjelpe andre, men også en vesentlig høyere etisk forpliktelse til å hjelpe dem de har en familierelasjon til. Det gjør at innholdet i behandlingen kanskje ikke er like relevant for familielivet som for arbeidslivet. Dette er et paradoks når vi tar utgangspunkt i det kvinnene sier om det å bli sykemeldt; at familien får prioritet. I familien har de en rolle, og denne er det ikke bare kvinnene selv som styrer. De kan påvirke den, men dette er kvinner som har stor glede av å gi av seg selv til andre. De bryr seg, og vil andre vel. Det er derfor de har prioritert sine nærmeste, på bekostning av positive opplevelser i arbeidsliv og fritidsaktiviteter. Vi forstår dette som et uttrykk for omsorg, der de har skjermet sine nærmeste for konsekvensene av helseplagene.

## SKJERMING

I ulike ordelag beskriver informantene måter de unnlater å inkludere omgangskretser i egne utfordringer, og særlig unge familiemedlemmer:

I dagens samfunn har [barna mine] nok å tenke på likevel, så har ikke ville delt [utfordringene mine] med dem. (Berit)

Kvinnene har valgt å holde tilbake informasjon om egen helsetilstand og forsøkt å opprettholde rutiner og roller etter beste evne. De yter litt ekstra, slik at de kan passere fremfor å levere det som passer funksjonsnivået og som de selv definerer som «for lite». Dette kommer for eksempel til uttrykk gjennom utsagnene om å «fokusere på min mann og mine barn» og at man «ikke kan sykemelde seg fra hjemmet». Konsekvensen av denne tilnærmingen er slitasje som fører til langtidsykemelding og deltakelse på arbeidsrettet rehabilitering.

De ser også ut til å vite at det å dele problemene kan være bra for både deres egen helse og for andre. De har selv opplevd verdien ved å yte ekstra for andre, og vet at andre vil få

noe igjen ved å hjelpe dem. Det er derfor grunn til å reflektere over hvorfor det likevel er vanskelig. Analysen gir klare indikasjoner på en bekymring for at endringen vil medføre et brudd i eget selv og egne roller, ikke minst fordi de opplever at andre vil lide under dette.

I arbeidssammenheng kan det se ut som begrenset informasjon til kollegaer om egen sykdom har som hensikt å unngå *stigma* (Goffman, 1963) og *stempling* (Becker, 1973). Cecilie beskriver for eksempel at det å ikke beherske arbeidsoppgavene «føles som du taper ansikt og mister selvtilliten. Du mister ting med deg selv som var en selvfølge for deg». Det å skjerme andre for konsekvensene av helseplagene blir dermed en måte å verne om sin egen identitet, hvor man ikke avslører svakheter eller sårbare sider, og dermed *tap av selvet* (Charmaz, 1983).

I nære relasjoner er informasjonsflyten tilsynelatende begrenset av en annen grunn. Hensikten er å ikke skape uro og bekymring hos andre. Berit uttrykker dette som at de andre i familien «har nok å tenke på allerede» mens Anne sier at hun har «sovet mindre og mindre og gjort alt mulig for andre og satt meg selv til sides. Bare hatt restene til meg selv». Med dette som bakgrunn kan deltakernes fortellinger tolkes i retning av at de ikke ønsker å være en bekymring for de andre familiemedlemmene, og da særlig barna. For å unngå oppmerksomheten er de selektive med informasjonen som deles, og hverdagsrutinene opprettholdes etter beste evne. De skjermer rett og slett sine nærmeste for konsekvensene av tilstanden.

Skjermingsbegrepet brukes for å beskrive ulike sider av vern og beskyttelse. Med «skjerming» mener vi dermed både hvordan en aktør aktivt bruker strategier for å beskytte og verne om både eget selvbilde og andres oppfatning av det, og hvordan en aktør beskytter og verner andre. Kvinnene i vår studie er hovedsakelig opptatt av å beskytte og skjerme andre, både hjemme og på jobb. Vi ser paralleller til de skjermingspraksisene som er beskrevet av Charmaz (1994), der menn bruker strategier for å opprettholde et verdifullt selvbilde i rollen som arbeidstaker. I motsetning til mennene, som er mest opptatt av å beskytte seg selv og sin identitet, ønsker ikke kvinnene å belaste sine familier med helseplagene de opplever. De forsøker å opprettholde rollen sin, på bekostning av sitt eget selvbilde. Dette ser vi for eksempel i forklaringen til Berit, hvor hun unngår å inkludere familien med bakgrunn i rasjonaliseringen om at det er utfordrende nok å være ung i dagens samfunn om barna ikke skal måtte involveres i hennes problemer. Til tross for at handlingsmønsteret på skjermingsstrategiene i Charmaz og vår egen studie er likt; at det holdes tilbake informasjon om helsetilstanden, er motivasjonen og konsekvensene tilsynelatende ulike.

I motsetning til Charmazs forskning i en amerikansk kontekst, finner Lilleaas (2006) at også menn i Norge 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. Dette finner vi også i vår studie, der kvinnene opplever at omgivelsene ønsker å tilpasse seg, men med ønske om å ikke belaste andre med egne problemer blir det «feil» at andre tar mye hensyn.

Å unngå å belemre andre med egne helseproblemer ser ut til å virke bra på kort sikt, mens konsekvensene over tid blir verre å håndtere. Videre synes det å være kvinnenes egen identitet og rolleforståelse som holder dem tilbake, snarere enn familiens, ledere og kollegers forventninger. Skjermingsstrategiene kan dermed tolkes som et uttrykk for å utøve omsorg, både for seg selv og andre. Gjennom skjerming utøves omsorg for andre ved ikke «å være til bry» for andre på grunn av helseplagene, og for seg selv ved å unngå konsekvensene i form av negativ oppmerksomhet og redusert følelse av nytteverdi.

Kvinnene har liv der de alltid har vært nyttige og bidratt, både på arbeid og i familielivet. Som problemløser og omsorgspersoner, både hjemme og på jobb, har de fått mange gode tilbakemeldinger. De har dermed utviklet en rolle og en identitet ut fra dette, og deltakelse i denne typen aktiviteter er viktig for selvbildene deres. De har over tid opplevd at rollene er vanskelige å håndtere. De opplever nå et behov for å gjøre endringer i eget liv, og de aller fleste uttrykker bevissthet om at de burde ta mer hensyn til seg selv og la andre ta større del i håndteringen av helseproblemene.

Frykten for konsekvensene av å innta nye roller fremmer «interaksjonsskjerming», altså skjerming som mestringsstrategi i interaksjoner med andre (Fjellså, 2016). Dermed foreligger både et selvbilde og sosiale føringer som holder en tilbake i relasjoner som krever at man tar mer ansvar enn det man egentlig har helse til. Motstanden mot en mer helsefremmende mestringsstrategi opprettholdes dermed i de sosiale nettverkene som deltakere er forankret i både gjennom arbeid, familie og frivillighet.

Kvinnenes deltakelse i arbeidsrettet rehabilitering kan dermed forstås som et forsøk på å gjenopprette en form for normalisering og dermed et *biografisk opprykk* (Grønning, 2014). Målet om deltakelse i arbeidslivet kan videre tolkes som et ønske om ikke å avvike fra internaliserte normer i samfunnet, og at dette kommer til uttrykk gjennom motivasjon for deltakelse i arbeidslivet.

## REHABILITERINGSOPPLEGGET I LYS AV SKJERMING

Analysen gir oss tydelige indikasjoner på at utfordringene er knyttet til roller, forpliktelser og identiteter som kvinnene har, både som arbeidstakere og omsorgsytere i familien.

Deltakerne i studien deltar på rehabiliteringsopplegget fordi de har et sterkt ønske om å innta den aktive og ytende rollen som de hadde før de ble syke. De har også en tilsvarende aktiv og ytende rolle i familielivet som problemløser og omsorgspersoner der de har hatt en koordinerende funksjon. For å opprettholde rollen har de tatt i bruk mestringsstrategier der de har skjermet både kollegaer og familiemedlemmer for konsekvensene av sin sykdom. Dette ser ut til å ha fungert bra på kort sikt, mens det ser ut til å være mer problematisk på lang sikt.

Med en selvforståelse knyttet mest til hensyntaken til andre, har de valgt en strategi hvor de gjør helseproblemene til privat ansvar, altså en individualisert sykdomsforståelse, i motsetning til at helseproblemene er samfunnets felles ansvar, en kollektiv sykdomsforståelse. Den individualiserte forståelsen kan knyttes til aksepten for det medisinske perspektivet, nevnt tidligere i tilknytning til medikalisering. Ved et individfokus skjermer kvinnene omgivelsene for egne følelser og utfordringer, og oppmerksomheten rettes mot andres

behov fremfor egne – ikke på grunn av uvitenhet, men av godhet og fordi egen identitet er knyttet til hvem man er for andre. På den ene siden er «andres ve og vel» viktigere for kvinnene enn deres eget. Hensyn til familie veier svært tungt. På den annen side bidrar et slikt familiehensyn også til ivaretagelse av egen identitet som mor og ektefelle. Å ikke ha «ting på stell», for eksempel for hus og barn, og muligens også være til bry, genererer et «tap av selvet» (Charmaz, 1983) hvor det å være syk trer inn og konkurrerer med andre, positive identiteter. Dette synliggjør behovet for en sosiologisk tilnærming til forståelsen av kroniske plager der kontekst og relasjoner er sentrale i forståelsen av hvordan plagene oppstår og vedvarer, slik at menneskers ressurser kan tas konstruktivt i bruk hjemme og på jobben.

Mens rehabiliteringen ved Hysnes i hovedsak fokuserer nettopp på deltakernes hensyntakten til seg selv, er det mange relasjonelle faktorer som begrenser muligheten for å realisere individuelle strategier når hverdagen starter opp igjen etter rehabilitering. Med størst vekt på individfaktorer i opplegg innenfor forebygging og rehabilitering kan det oppstå en fare for at deltakerne opplever enda større skyld og skam etter rehabiliteringen. Individuelle strategier lært på rehabiliteringsopphold kan vise seg vanskelige å realisere i møte med hverdagslivets sosiale motstand.<sup>1</sup>

## LITTERATUR

- Anderssen, J. & Gjernes, T. (2012). Det moderne behandlingssamfunnet. I A.H. Tjora (red.), *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Antonovsky, A. & Sourani, T. (1988) Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and Family*, 50(1), 79–92.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2017). *Den norske arbeidsmarknaden*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmarked-og-sysselsetting/innsikt/den-norske-arbeidsmarknaden/id86893>.
- Arbeid- og velferdsetaten (2016). *Arbeidsrettet rehabilitering*. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+innhold/arbeidsrettet-rehabilitering>.
- Askeland, G., Ellingsen, J. & Thune, O. (2015). Personer som avsluttet arbeidsrettede tiltak i 2013. Hvor var de etter seks måneder? *Arbeid og velferd*, 1, 77–85. [https://www.nav.no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/\\_attachment/406224?\\_download=true&\\_ts=14b9179e9c8](https://www.nav.no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/_attachment/406224?_download=true&_ts=14b9179e9c8).
- Askheim, O.P. (2007). «Empowerment – ulike tilnærminger». I O.P. Askheim og B. Starrin (red.), *Empoverment: i teori og praksis*, s. 21–33. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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. & 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), 56–69. DOI: <https://doi.org/10.7557/14.3010>.

1. Takk til Marit By Rise og de andre forskerne ved Hysnesprosjektet samt de ansatte ved Hysnes Helsefort for godt samarbeid. Takk også til informantene som velvillig delte sine erfaringer og opplevelser.

- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167–182. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5(2), 168–195. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>.
- Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *The Sociological Quarterly*, 35(2), 269–288. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1994.tb00410.x>.
- Cooley, C.H. ([1906] 1983). *Human nature and the social order*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Coulter, A. (2002). *The Autonomous patient: ending paternalism in medical care*. London: Stationary Office (for The Nuffield Trust).
- Fimland, M.S., Vasseljen, O., Gismervik, S., Rise, M.B., Halsteinli, V., Jacobsen, H.B., Borchgrevink, P.C., Tenggren, H. & 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, 368. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-368>.
- Fjellså, I.F. (2016). *De usynlig syke – En kvalitativ studie av interaksjonsskjerming, forventninger og biografiske opprykk bland langtidssykemeldte på rehabiliteringsopphold*. Masteroppgave, NTNU.
- Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. Rapport 2014:4 Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Forseth, U. & Rasmussen, B. (2002). Arbeid for livet – en innledning. I U. Forseth & B. Rasmussen (red.) *Arbeid for livet*, s. 11–15. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forseth, U., Molden, T.H. & Rasmussen, B. (2002). Det nye arbeidslivet – et kundeliv. I U. Forseth & B. Rasmussen (red.) *Arbeid for livet*, s. 75–91. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The social structure of medical care*. New York: Atherton Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin.
- Grønning, I. (2014). Fedmefortellinger: Om vektnedgang og biografiske opprykk. *Sosiologisk tidsskrift*, 22(3), 227–248.
- Hagen, E.M., Svensen, E., Eriksen, H.R., Ihlebaek, C.M. & Ursin, H. (2006). Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine*, 31(13), 1491–1495. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000219947.71168.08>.
- Hedlund, M. (2008). Den selvforvaltende pasienten. I A.H. Tjora (red.), *Den moderne pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggen, K. & Ekland, T.-J. (2007). *Meistring og myndiggjering: – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, L., Petersen, L. & Stokholm, G. (2007). Funksjonshemming i et samfundsperspektiv. I L. Jensen, L. Petersen & G. Stokholm (red.) *Rehabilitering – Teori og praksis*, s. 93–111. København: FADL's Forlag.
- Lian, O.S. (2012). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I A.H. Tjora (red.), *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lilleaas, U.-B. (1991). «Før var jeg et arbeidsjern...»: kvinner med muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Lilleaas, U.-B. (2006). Det sterke kjønns sårbarhet. *Sosiologisk Tidsskrift*, 14(4), 311–325.
- Lilleaas, U.-B. (2015). Kroppslig beredskap for andre: et sosiologisk blikk på kvinners helse og «mystiske» sykefravær. *Arr*, 27(2–3), 163–172.



- Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D.D., Gonzalez, V. & Minor, M.A. (2000). *Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema & others* (2. utg.). Palo Alto, Cal. [Emeryville, Calif.]: Bull Publishing Co.
- Mykletun, A., Eriksen, H.R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., Christiansen, E.C. & Guldvog, B. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform*. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- Natvig, B., Eriksen, W. & Bruusgaard, D. (2002). Low back pain as a predictor of long-term work disability. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(4), 288–292. DOI: <https://doi.org/10.1080/14034940210133951>.
- OECD (2013). Reconsidering Norwegian sickness absence policies. *Mental health and work: Norway*, 35–56. Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264178984-6-en>.
- Olsson, A.B.S. & Vågan, A. (2015). *Mestring*. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Petersen, K. (2007). Brukerinddragelse. I L. Jensen, L. Petersen & G. Stokholm (red.) *Rehabilitering – Teori og praksis*, s. 177–194. København: FADL's Forlag.
- Reme, S.E., Tangen, T., Moe, T. & Eriksen, H.R. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 15(10), 1075–1080. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.04.012>.
- Rise, M.B., Gismervik, S.Ø, Johnsen, R. & 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(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1190-8>.
- Smeby, K.W. & Brandth, B., (2013). Mellom hjem og barnehage: Likestilling i det tredje skiftet. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 37(03–04), 329–347.
- Skjervheim, H. (1957/1996). *Deltakar, tilskodar og andre essays*. [Ny utg.] (red.) Oslo: Aschehoug.
- Tjora, A.H. (2012). *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thomas, W.I. & Thomas, D.S. (1928) *The child in America. Behavior problems and programs*. New York: A.A. Knopf.
- Vaage, O.F. (2012). *Tidene skifter. Tidsbruk 1971–2010*. Statistiske analyser 125, Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D.L., Simon, G., Saunders, K., Stang, P., Brandenburg, N. & Kessler, R. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*, 113(3), 331–339. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.11.010>.
- Waddell, G. & Burton, K.A. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationery Office.