





UNIVERSITETET I  
NORDLAND

# MASTEROPPGAVE

## Kvinner og sykefravær

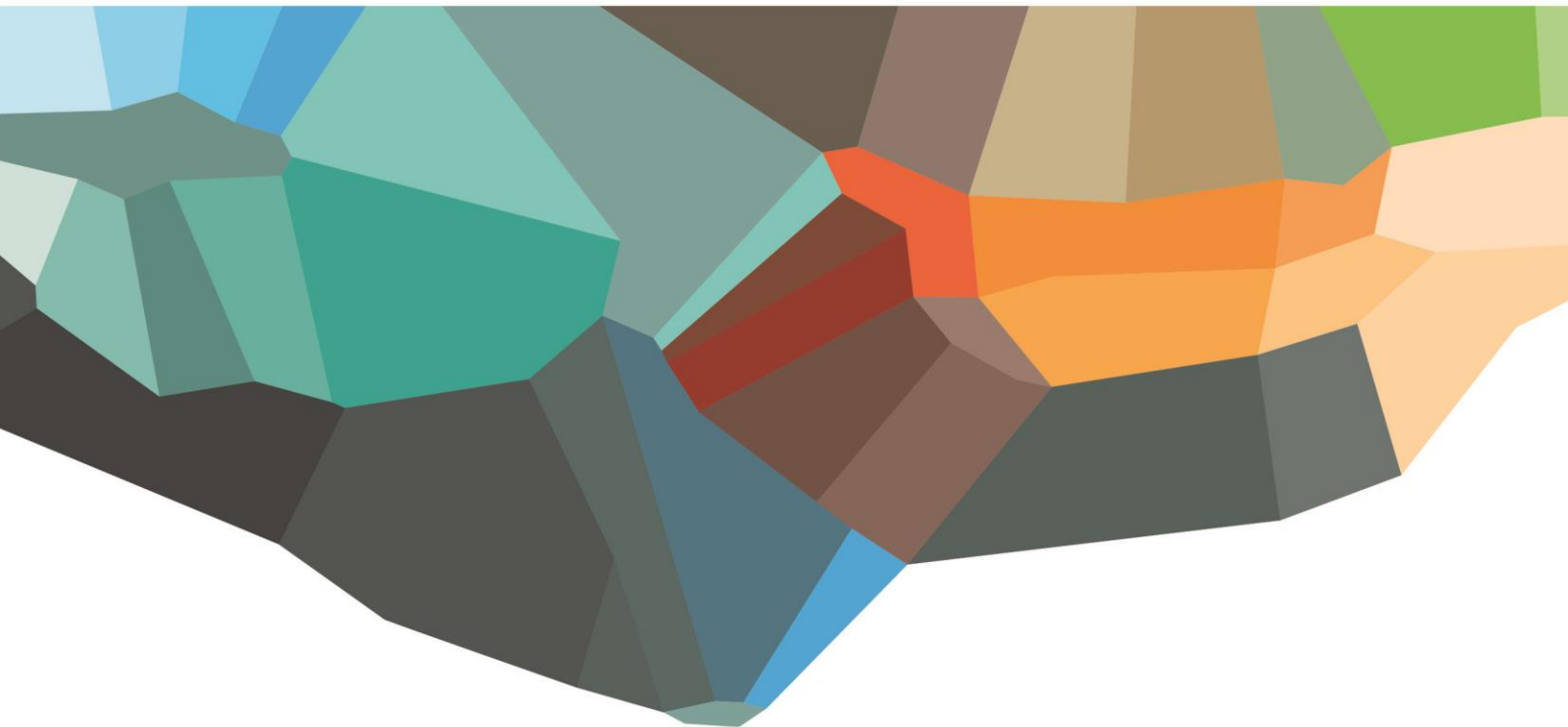
*«Jobben er jo noe jeg egentlig burde klare...»*

En studie av kvinners opplevelse av eget sykefravær

SA 349S Master i Sosial Arbeid

Wayni Maylin Bergan

Mai 2015



# **Kvinner og sykefravær**

*«Jobben er jo noe jeg egentlig burde klare...»*

**En studie av kvinners opplevelse av eget sykefravær.**

SA 349S Master i Sosial Arbeid

Universitetet i Nordland

Wayni Maylin Bergan

Mai 2015

## **FORORD:**

Å skrive masteroppgave har vært en lang, spennende og utfordrende prosess, og det er mange som skal takkes for at jeg har kommet i mål.

Først en stor takk til min veileder Trude Gjerde ved UiN, for å ha fulgt meg gjennom hele prosessen. Takk for støtte, gode innspill og hjelp til å komme videre når jeg kjørte meg fast. Du har vært motiverende og kunnskapsrik, og dine spørsmål og kommentarer har pushet meg og oppgaven videre.

Takk til gode venner og kolleger som har holdt ut med meg og mitt tilbakevendende tema om kvinner og sykefravær. Takk for støtte, oppmuntring og gode ord underveis.

Takk til Tone og Kenneth Dahlsveen for korrekturlesing og praktisk hjelp i forbindelse med oppgaven.

Takk til min kjære mann, barn og svigerbarn for stor tålmodighet når jeg svært ofte har måttet prioritere alenetid fremfor fellestid. Takk for oppmuntringer og trøst underveis. Tiden min skal være til deres disposisjon fremover!

Sist, men ikke minst, en stor TAKK til mine seks informanter! Uten deres velvilje og samtykke til å dele erfaringer, opplevelser og kunnskap, hadde jeg ikke hatt noe å skrive om.

Til minne om Anne Marit

## INNHALDSFORTEGNELSE

Del 1 – INNLEDNING, TEORI, METODE.....	1
1 Innledning.....	1
1.1 Tema.....	1
1.2 Teoretisk og metodisk tilnærming.....	3
1.3 Forskningsspørsmål.....	4
1.4 Kunnskapsstatus.....	5
1.5 Argumentasjon for forskning.....	5
1.6 Oppgavens struktur.....	6
2 Teorikapittel.....	7
2.1 Innledning.....	7
2.2 Tidligere forskning.....	7
2.2.1 Når arbeidet blir for belastende.....	7
2.2.2 Dobbeltbelastning.....	10
2.2.3 Sosial interaksjon.....	13
2.3 Teoretiske perspektiver.....	14
2.3.1 Fenomenologi.....	15
2.3.2 Hverdagsliv.....	16
2.3.3 Livshistorie.....	18
2.3.4 Arbeidslinja.....	20
2.3.5 Sykdom som ødeleggende og nedbrytende hendelse.....	22
2.3.6 Selvpresentasjon.....	23
2.4 Oppsummering.....	24
3 Metodekapittel.....	25
3.1 Innledning.....	25

3.2	Forskningsstrategi .....	25
3.3	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	26
3.4	Forskningsposisjon.....	27
3.5	Valg av metode og beskrivelse av fremgangsmåten.....	29
3.5.1	Kvalitativ metode.....	29
3.5.2	Noen definisjoner.....	30
3.5.3	Utvalg og rekruttering av informanter .....	31
3.5.4	Intervjuguiden.....	33
3.5.5	Innsamling av data .....	34
3.5.6	Analytisk tilnærming .....	35
3.6	Studiens troverdighet (validitet og reliabilitet) .....	36
3.7	Analysen og transkripsjonens pålitelighet.....	37
3.8	Forskningsetikk .....	37
3.9	Oppsummering.....	39
4	Presentasjon av informanter.....	40
4.1	Presentasjon av kvinnene i studien.....	40
4.2	presentasjon av lokalsamfunnet kvinnene bor og jobber i .....	41
	Del 2 - ANALYSEN.....	43
5	Brudd med egne forventninger om å være i jobb .....	43
5.1	Innledning.....	43
5.2	En ødeleggende hendelse .....	43
5.3	I skjæringspunktet mellom hjem og jobb.....	47
5.4	Oppvekst og foreldres påvirkning .....	52
5.5	Oppsummering.....	54
6	De andres blick .....	57
6.1	Innledning.....	57

6.2	Betydningen av kontakt med arbeidsplassen .....	57
6.3	Arbeidsgivers reaksjoner og tilrettelegging .....	60
6.4	Velmenende omsorg .....	65
6.5	Fysisk eller psykisk syk? .....	68
6.6	Oppsummering .....	71
7	Betydningen av medbestemmelse og kontinuitet .....	73
7.1	Innledning.....	73
7.2	Medbestemmelse .....	73
7.3	Kontinuitet - betydning av stillingsstørrelse .....	76
7.4	Oppsummering .....	78
Del 3 - AVSLUTNING .....		80
8	Oppsummering.....	80
9	Konklusjon og avslutning .....	84
Litteraturliste.....		1
Vedlegg: .....		6

## DEL 1 – INNLEDNING, TEORI, METODE

### 1 INNLEDNING

*«Hva jobber du med?» spurte mannen ved siden av. Spørsmålet kom brått på og jeg måtte tenke litt før jeg svarte. «Akkurat nå er jeg ikke i arbeid» svarte jeg, «men jeg er utdannet spesialpedagog og har jobbet mange år i skolen». Mannen så noen sekunder på meg før han nikket langsomt. Jeg kunne nesten se at han tenkte «hva i all verden skal jeg snakke med henne om da?», før han snudde seg og konsentrerte seg om maten på tallerkenen. Han snakket ikke til meg igjen. Mannen holdt samtalen i gang med de andre rundt bordet. Temaet var jobb, en samtale jeg ikke kunne delta i. Jeg hadde riktignok mange erfaringer fra mitt yrkesaktive liv, men opplevelsen jeg fikk i starten av samtalen hadde ført til at jeg følte meg både liten og dum som ikke var i jobb. Jeg satt der stum som en østers og var sint og lei meg, og tenkte at jeg er jo et interessant menneske selv om jeg for tiden ikke er i lønnet arbeid. Jeg bestemte meg for at neste gang noen spør meg om hva jeg jobber med, skal jeg sende spørsmålet tilbake og spørre dem om hva de driver med på fritiden, hva de er interessert i, hva de liker å gjøre og sånn... og ikke hva de jobber med! Jeg har jo mange interesser, som jeg godt kan tenke meg å snakke med andre om...»*

#### 1.1 TEMA

I møter mellom mennesker blir jobb og lønnet arbeid snart et tema. Spørsmål om hva vi driver med eller hvor vi jobber, kan ofte være inngangsspørsmålet til videre samtale. Manglende deltakelse i lønnet arbeid kan oppleves stigmatiserende og vanskelig, og kan gi en opplevelse av å ha lite å bidra med i samtalen. I noen sosiale settinger kan nok lønnet arbeid oppleves som en viktig faktor for å opprettholde egenverd og positiv selvfølelse.

Historien over viser at det å være sykemeldt er langt mer enn å være syk og borte fra jobben. Det påvirker livet på mange områder og blir ofte konkretisert i sosiale sammenhenger. Denne fortellingen hjelper til med å sette fokus på sykefravær generelt, men det som spesielt trigget meg var spørsmålet om hvordan det oppleves å være sykemeldt. Hvordan påvirker sykefravær den sykemeldtes sosiale liv, samt egne og andres forventninger til yrkesdeltakelse? Finnes det fellestrekk som kan beskrive hvordan det er å være borte fra jobb? Kvinnen som fortalte historien er ikke blant mine informanter.



Jeg velger likevel å ta med historien innledningsvis for å introdusere temaet for leseren, og fordi den viser noe av sykefraværets kompleksitet.

Lønnet arbeid er viktig for å opprettholde nødvendig inntekt, og blir sett på som nødvendig for å bidra til de fellesfinansierte velferdsgodene vi har (Arbeids- og sosialdepartementet, 2012-2013). Å være utenfor lønnet arbeid, kan føre til å bli sett på som en som ikke bidrar til fellesskapet. Det er klare føringer om at lønnet arbeid er helsefremmende og sosialiserende, og det skal lønne seg å være i arbeid. Manglende deltakelse i arbeidslivet vil kunne oppleves stigmatiserende og unormalt, enten det er for en kortere eller lengre sykefraværsperiode. Noen opplever å bli uføretrygdet i ung alder, andre etter å ha vært yrkesaktiv en periode. I denne studien tar jeg kun for meg yrkesaktive kvinner som er, eller nylig har vært, ute av arbeidslivet i en sykefraværsperiode.

Det forskes mye på sykefravær blant kvinner, der hensikten er å finne årsaker, forklaringer og forståelse av hvorfor og hvordan sykefraværet oppstår (Gjernes, 2013, Kostøl og Telle, 2011, Solheim, 2011, Solheim og Batt-Rawden, 2011, Ingstad og Kvande, 2011, Dale-Olsen mfl., 2011, Innstrand, 2010). Årsak til sykefraværet kan være fysisk eller psykisk, jobbrelatert eller familie-/hjem- relatert. Forskningen har så langt ikke funnet noen entydig årsaksforklaring, men påpeker behovet for en helhetlig tilnærming til sykefraværsfenomenet (Solheim og Batt-Rawden, 2011). Å bli sykemeldt er mangefasettert og innbefatter både sykdom og brudd i jobbrelasjonen. Sykdommen som oppstår kan være fysisk eller psykisk, individuell eller strukturell, det vil si knyttet til individet eller til systemene og/eller strukturene i omgivelsene. Uansett årsaksforklaring må den som er sykemeldt håndtere egen situasjon og hverdagslivet slik det fremstår. Men hvordan *oppleves* det egentlig å være sykemeldte? Bakgrunnen for valg av tema i min studie, var nettopp nysgjerrighet knyttet til hvordan kvinner opplever å være sykemeldt og ute av lønnet arbeid, og om det finnes noen fellestrekk.

I 1990 var 59 prosent av kvinnene i lønnet arbeid, og i 2012 var 68,5 prosent av kvinnene i lønnet arbeid. Dette viser en økning på nesten 10 prosent yrkesaktive kvinner. Den yrkesaktive kvinneandelen er høyest i alderen 30 år til 54 år, hvor deltakelsen ligger på over 80 prosent (Statistisk sentralbyrå, 2014<sup>1</sup>). Dette viser at de fleste yrkesaktive kvinner er i gruppen som i stor grad har omsorgsoppgaver knyttet til barn og familie i tillegg. I 2014 var det totale sykefraværet for kvinner 7,1 prosent, mens det til sammenligning var 4,0 prosent for menn (Statistisk sentralbyrå,

---

<sup>1</sup> Statistisk sentralbyrå. (2014) Tabell: 03781. Sysselsatte (AKU), etter alder, kjønn, tid og statistikkvariabel.

2014<sup>2</sup>). Hvilken betydning belastningen mellom jobb og familie kan ha på kvinners sykefravær er usikker, men muligheten for at belastningen mellom jobb og familie kan være avgjørende for kortere eller lengre sykefravær, er tilstede. Innstrand (2010, s. 32) sier at «Arbeid og familieliv utgjør to av de viktigste arenaene for de fleste voksne i det moderne samfunnet. Hvordan folk verner om disse rollene og takler samhandlingen mellom dem har stor innvirkning på deres liv og helse». Noe Solheim og Batt-Rawden (2011) også fant i sin studie.

Kvinnene i min studie jobber i typiske omsorgs- og kvinneyrker, som kjennetegnes av daglig kontakt med mennesker. Å intervjuer kvinner om sykefravær vil kunne gi innsikt i hvordan de opplever å være sykemeldte og ute av lønnet arbeid, og bidra til en mer helhetlig forståelse av sykefravær utfordringene. Fire av kvinnene jobber i yrker som er preget av å hjelpe mennesker i utsatte posisjoner, og som har behov for hjelp på et eller flere områder. De to siste kvinnene jobber i serviceyrker (kolonial og apotek). Arbeidet deres er ikke preget av å hjelpe mennesker, som har personlige utfordringer, men innebærer likevel mye kontakt med ulike mennesker. Felles for kvinnenes yrker er kontakt med mennesker. De må forholde seg til andre mennesker med respekt, tålmodighet, forståelse og omsorg, noe som kan være utfordrende og krevende over tid. Mange kvinner i omsorgsykker opplever det ganske belastende å yte omsorg både hjemme og på jobb. Alle de seks kvinnene i studien har familie og er omsorgsgivere også utenom arbeidstid.

Formålet med studien er ikke å finne årsaker til sykefravær, men å undersøke hvordan sykefraværet kan oppleves. Det er den subjektive opplevelsen til studiens seks kvinnelige informanter, som danner det empiriske grunnlaget i oppgaven.

## **1.2 TEORETISK OG METODISK TILNÆRMING**

Studien har en fenomenologisk tilnærming til temaet. May Brit Postholm (2010, s. 41) viser til Giorgi (1985) og Moustakas (1994) og sier at «fenomenologiske studier beskriver den meningen mennesker legger i en opplevelse knyttet til en bestemt erfaring av et fenomen». Et fenomen kan bli tolket, observert, forklart og forstått ulikt, utfra hvem som uttaler seg og beskriver fenomenet.

Å bli sykemeldt innebærer mye mer enn fravær av arbeid. For å få en helhetlig tilnærming til sykefravær utfordringen, vil det være behov for å se på det totale hverdagslivet og livshistorien til de

---

<sup>2</sup> Statistisk sentralbyrå. (2014) Tabell: 08320. Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter region, kjønn, alder, tid og statistikkvariabel.

som er tenkt undersøkt. Alle mennesker har et familieliv, et liv med venner, et jobb-liv, en historie, en kultur og oppvekst, noe som kan gi ulike belastninger. Sykefravær er ofte sammensatt, og årsaksforklaringene kan være både individuelle og / eller strukturelle.

I min studie velger jeg å se på hvordan kvinner opplever å være sykemeldt, for å få bedre kjennskap til, og kunnskap om, selve fenomenet sykefravær. Temaet blir forstått med bakgrunn i teori og forskning. Arbeidslinja, hverdagsliv og livshistorier som forståelsesrammer danner teoretisk bakgrunn i oppgaven. Kvinnene forteller om oppvekst, familieliv, fritid og jobb, og om hvordan opplevelsen av sykefravær er i relasjonen mellom dem selv og «de andre». Konteksten er kvinnenes subjektive opplevelser i hverdagslivet og relasjonen mellom deres egne og andres forventninger til jobbaktivitet.

Jeg har valgt å bruke kvalitativ metode. Den er velegnet for mitt formål fordi jeg skal undersøke forhold knyttet til ikke målbare størrelser som opplevelser, erfaringer og sosialt liv. Kvalitativ forskning er meningssøkende i sitt vesen, i den forstand at en søker å forstå deltakernes perspektiv (Postholm, 2005). Det er studiens deltakere som skaper virkeligheten og meningene. I min studie er det kvinnenes opplevelse og forståelse av eget sykefravær jeg er ute etter. Egenforståelsen er realiteten mennesker handler ut i fra, og slik de erfarer, opplever, tolker og forstår situasjoner er virkelig og «riktig» for dem (Solheim og Batt-Rawden, 2011). Til datainnsamlingen bruker jeg kvalitative intervju med semistrukturert intervjuguide. Jeg velger å analysere innsamlet data i lys av hverdagsliv- og livshistorieperspektiv.

### **1.3 FORSKNINGSSPØRSMÅL**

Mitt mål er å finne ut mer om sykefraværsopplevelsen og det å være utenfor lønnet arbeid for en periode. Å bli syk er en belastning i seg selv. Deretter følger et sykefravær, som også kan innebære en belastning. Men sykefravær kan samtidig være en avlastning og en kjærkommen pause (Solheim og Batt-Rawden, 2011, Gjernes, 2012). Jeg har ikke som mål å finne årsakene til mine informanternes sykefravær, men jeg vil gjerne vite mer om hvordan de opplever eget sykefravær.

Mitt forskningsspørsmål i masteroppgaven er derfor:

#### ***Hvordan opplever kvinner eget sykefravær?***

For å besvare forskningsspørsmålet vil jeg ha fokus på kvinnenes subjektive erfaringer og fortellinger i forhold til å bli sykemeldt, kontakten med jobben og kontakt med lokalsamfunnet. I

tillegg har jeg med faktorer kvinnene selv beskriver som viktige for positiv jobbrelasjon. I studien har jeg fokus på legemeldt sykefravær knyttet til fysisk sykdom. Ulike begreper brukt i oppgaven blir definert i kapittel 3, punkt 3.5.2.

#### **1.4 KUNNSKAPSSTATUS**

Det er mye forskning vedrørende kvinner og sykefravær. Flere av studiene fokuserer på årsaksforklaringer (Kostøl og Telle, 2011, Solheim, 2011, Solheim og Batt-Rawden, 2011). Andre studier har fokus på kvinnenes opplevelse av å være sykemeldt og hvordan sykefraværet håndteres (Gjernes, 2013, Solheim og Batt-Rawden, 2011). Atter andre prøver å forstå betydningen av god balanse mellom arbeid og familieliv (Innstrand, 2010), sykefravær og belastninger i kommunale tjenester og på sykehjem (Ingstad og Kvande, 2011), betydningen av helhetlig tilnærming (Solheim, 2011) og utstøtingsmekanismer (Olsen og Jentoft, 2010).

Jeg har valgt en fenomenologisk tilnærming til sykefravær. Sentrale perspektiv for analysen av datamaterialet er hverdagsliv, livshistorier og den norske arbeidslinja. Det er et poeng at undersøkelsene jeg sammenlikner min egen studie med har så lik bakgrunn som mulig. Derfor vil jeg ikke redegjøre for europeisk og internasjonal forskning om sykefravær i oppgaven.

#### **1.5 ARGUMENTASJON FOR FORSKNING**

Sykefravær blant kvinner er fremdeles høyt, særlig innenfor helse og omsorgstjenester (Statistisk sentralbyrå, 2014<sup>3</sup>). Sykefravær for kvinner har økt mer enn sykefravær hos menn (Kostøl og Telle, 2011). I følge Kostøl og Telle (2011, s. 12) er det lite tenkelig at kvinner i større grad enn menn, skulle påvirkes av konjunkturer, nedbemanning og omorganisering. Det er nødvendig med videre forskning for å finne eventuelle årsaksfaktorer. Forebygging av sykefravær kan kanskje i større grad oppnås dersom årsak og virkning er kjent.

Mitt bidrag er å sette fokus på kvinners opplevelse av sykefravær, og hvilke positive og negative faktorer som påvirker denne opplevelsen. Jeg tror kjennskap til, og kunnskap om, hvordan

---

<sup>3</sup> Statistisk sentralbyrå. (2014) Tabell: 08321, Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter region, kjønn, næring (SN20017), tid og statistikkvariabel.

sykefravær oppleves, vil kunne være en brikke i en helhetlig tilnærming til sykefraværsutfordringene. En slik kunnskap vil kunne gi innsikt i mulige reaksjoner og atferd hos de sykemeldte kvinnene.

## 1.6 OPPGAVENS STRUKTUR

Oppgavens struktur følger ordinær oppbygging, og er delt inn i tre hoveddeler:

**Del 1** er den innledende delen og består av kapittel en, to, tre og fire. Kapittel en inneholder bakgrunn og begrunnelse for tema, samt presentasjon og begrunnelse av forskningsspørsmålet, kunnskapsstatus og oppgavens struktur. Kapittel to er teorikapittelet. Her presenteres og drøftes aktuell og relevant teori og forskning, som er brukt til å besvare forskningsspørsmålet. Kapittel tre er metodekapittelet. Her redegjør jeg for valg av metode, vitenskapsteoretisk ståsted og egen forforståelse. Jeg beskriver fremgangsmåten, redegjør for analysen og drøfter oppgavens troverdighet. Kapittel fire inneholder en presentasjon av kvinnene i studien, samt en presentasjon av lokalsamfunnet kvinnene lever, bor og jobber i.

**Del 2** er analysedelen og består av kapittel fem, seks og sju. Her presenterer, analyserer og drøfter jeg empiri og data. Det er en oppsummering i slutten av hvert kapittel. Jeg velger å presentere, analysere og drøfte i samme kapittel for å unngå gjentakelser, og for å gjøre oppgaven mer leservennlig. I kapittel fem presenteres, analyseres og drøftes kvinnenens opplevelser av eget sykefravær. I kapittel seks presenteres, analyseres og drøftes hvordan kvinnene opplever reaksjoner og kommentarer fra arbeidsgiver og lokalsamfunn for øvrig. I kapittel sju presenteres, analyseres og drøftes medbestemmelse og kontinuitet, to faktorer kvinnene oppgir som viktige for positiv jobbrelasjon både før, under og etter sykefravær.

**Del 3** er avslutningsdelen og inneholder kapittel åtte og ni. Kapittel åtte inneholder en oppsummering av mine funn. Kapittel ni er avslutningskapittelet hvor jeg konkluderer og svarer på forskningsspørsmålet, som ble presentert i kapittel en.

Sitatene fra informantene er gjengitt i kursiv, og gjengis i sin helhet. Kun der det er nødvendig er sitatene endret for å gjøre dem mer lesbare. Ordlyd og mening har vært viktig å ivareta.

## **2 TEORIKAPITTEL**

### **2.1 INNLEDNING**

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for forskning, begreper og perspektiver, som jeg mener er relevante for å kunne besvare forskningsspørsmålet. Først presenteres aktuell forskning, før jeg presenterer de teoretiske perspektiver jeg bruker i analysen av mitt datamateriale.

### **2.2 TIDLIGERE FORSKNING**

#### **2.2.1 Når arbeidet blir for belastende**

Kroppen er menneskets viktigste arbeidsredskap (Gjernes, 2012). Dersom kroppens funksjoner reduseres og hindrer daglige gjøremål, kan hverdagens arbeidsoppgaver bli vanskelige å gjennomføre. Det være seg oppgaver i forbindelse med lønnet arbeid eller i tilknytning til hjem og familie. Når arbeidsbelastningen blir for stor kan det i noen tilfeller medføre sykefravær. Dersom kroppen ikke fungerer som den skal innenfor arbeidets rammer, vil det kunne føre til brudd i arbeidsforholdet. I noen yrker, som for eksempel innenfor helse og omsorg, er den kroppslige belastningen stor og fører ofte til slitasje og overbelastning. Sykefravær kan være en nødvendighet for å redusere helseplagene, og for å gi en «time out». Sykefravær kan i slike tilfeller være en ressurs for å få arbeidstakeren arbeidsfør igjen (Gjernes, 2012).

Gjernes (2012) snakker om to typer sykemeldinger; den ene typen sykemeldinger skal føre til full restitusjon og friskmelding for pasienten, mens den andre type sykemelding skal redusere kroppslige belastninger. Det viser seg imidlertid ofte at årsaken til sykefraværet er kompleks og ikke blir borte i løpet av en sykefraværsperiode. Arbeidstakeren må innstille seg på å leve med redusert arbeidskapasitet. For arbeidstakeren fører dette til nye tilpasninger og økt fokus på å berge restarbeidsevnen (Gjernes, 2012). Arbeidsbelastninger og skader kan oppstå. Dersom kroppen mister noe av arbeidskapasiteten mister den noe av sin verdi som arbeidskapital, og noe av fundamentet for lønnet arbeid forsvinner.

Gjernes (2012) beskriver kroppen som pleiepersonalets fremste arbeidsredskap eller produksjonsmiddel, og sier at den må være brukbar til å kunne utføre de arbeidsoppgaver som

forventes. Som alle andre arbeidsredskaper trenger også kroppen vedlikehold av ulik art og i noen tilfeller utskiftning av utslitte deler (Gjernes, 2012). Kroppen blir en del av verktøyet vi har til rådighet for å utføre arbeidsoppgavene, noe som gjør den til en viktig kapital i arbeidslivet (Gjernes, 2013). Særlig omsorgsyrker er fysisk krevende, og de ansatte er ofte deltidsarbeidende kvinner med lav utdanning. Det lar seg ikke gjøre å automatisere oppgavene som skal utføres, heller ikke effektivisere dem ved å sette inn tekniske hjelpemidler. Omsorgsoppgaver må utføres *av* mennesker *til* mennesker. For ansatte på sykehjem kan det i tillegg være psykisk og emosjonelt krevende å jobbe med mange ulike pasienter, som har forskjellige fysiske og psykiske behov (Gjernes, 2012). Økte krav til effektivitet fører til at mange ansatte i pleie og omsorg opplever en utilstrekkelighet overfor pasientenes psykiske og sosiale behov, fordi tiden ikke strekker til. Det blir umulig å imøtekomme behov for samvær med pasientene utover de rent fysiske og praktiske oppgavene. Over tid blir dette en ekstra belastning for de ansatte (Gjernes, 2012). Kvinnene kan sykemelde seg fra belastende arbeidssituasjon, men ikke fra hjem og familie (ibid). Dersom det oppleves godt og behagelig å være i en sykerolle, vil det kunne oppleves som en behagelig normalitet for omgivelsene. Sykefravær kan få en negativ samfunnsøkonomisk betydning (Gjernes, 2012). Utfordringen er kompleks og består ikke bare av en sykdom eller en tilstand som skal bedres eller forsvinne via en pause fra arbeidslivet, det innebærer også en tilpasning til sykerollen (ibid). «Sykerollen blir en rolle som åpner for nye tilpasninger til en varig eller langvarig slitasje, som gir redusert kroppslig arbeidskapasitet, men som kan berge en restarbeidsevne» (Gjernes, 2012, s. 395).

Gjernes (2013) skriver videre at arbeidstakerne hun intervjuet om sykefravær ofte skilte mellom kropp og tanker når de skulle reflektere over hvordan det var å være ekskludert fra arbeidslivet. De forklarte det med at kroppen satte en stopper for å kunne delta i arbeidslivet, mens viljen, lysten og tanken på å arbeide fremdeles var til stede (Gjernes, 2013). Arbeideren ser på seg selv som hardtarbeidende med en sterk etisk arbeidsmoral (ibid). Det er viktig for dem å vise at de fremdeles er i stand til å utføre oppgaver, og de nekter å godta den nye situasjonen og sosiale statusen, som kommer i etterkant av å være sykemeldt over tid (Gjernes, 2013). Gjernes (2013) fant at informantenes sykefraværsfortellinger beskrev både aktivitet og kreativitet for å opprettholde egen verdighet.

Det er forskjell på jobberelaterte sykdommer og genetiske/biologiske sykdommer. I noen yrker kan belastninger over tid føre til skader og / eller slitasje i kroppen. Tilrettelegging fra arbeidsgivers side kan noen ganger være nok til å redusere belastningene for arbeidstakeren, og i noen tilfeller nok til at sykefraværet og sykdomsopplevelsen vil bli redusert. Gjernes (2013) viser til et funn som sier at ved å redusere stressfaktoren hos arbeideren, forsvant helseproblemet. Informanten mente han hadde

prostataproblemer, mens legen mente problemene oppstod på grunn av stress knyttet til nattarbeid. Arbeidsgiver la til rette for dag og kveldsjobb, noe som førte til at helseproblemet forsvant (Gjernes, 2013).

Mange av de kvinnelige ansatte i helse- og sosialsektoren jobber deltid, og det spørres om heltid er for belastende. Ingstad og Kvande (2011) setter søkelys nettopp på om det er for belastende å arbeide heltid i sykehjem. Resultatene viser at heltid ikke nødvendigvis er mer belastende enn deltid. Funn viser at heltidsarbeidende opplever større kontinuitet og oversikt i arbeidet, de har lengre vakter, færre oppmøtedager og er på jobb også i rolige perioder på døgnet (Ingstad og Kvande, 2011). Deltidsarbeidende jobber kortere vakter, ofte i de mest hektiske periodene i døgnet, noe som fører til redusert oversikt og kontinuitet (ibid). Opplevelsen av manglende mestring følger stillingsstørrelsen. Det er vanskelig å holde seg oppdatert på hva som skjer med pasientene når det kan gå flere dager mellom hver vakt (Ingstad og Kvande, 2011).

På enhver arbeidsplass finnes det mest sannsynlig et sett med holdninger, atferd og sosiale normer for hvordan sykefravær håndteres. Hvordan prates det om sykefravær, om den som er sykemeldt og blir vi påvirket av hverandres sykefravær? Dale-Olsen, Misje Nilsen og Schøne (2011) gjorde en undersøkelse om hvorvidt sykefravær smitter. Det vil si om kolleger blir smittet av hverandres sykefravær, og hvordan sosiale normer påvirker sykefravær. Resultatet bekrefter sosiale normer i folks sykefraværstferd. Dersom en ansatt øker sykefravær med en dag, øker kollegers sykefravær med 0,3 dager, noe som indikerer at sosiale interaksjoner har betydning (ibid). Kollegers fraværsmønster smitter, og kan ikke forklares med fysisk smittsomme sykdommer alene (Dale-Olsen, Misje Nilsen og Schøne, 2011, s. 133). Smittsomme sykdommer vil fra tid til annen dukke opp og vil være årsak til sykefravær, men også holdninger, normer og sosiale forhold på arbeidsplassen er smittsomme i følge Dale-Olsen, Misje Nilsen og Schøne (2011). Definisjonen av sosiale normer er «når en persons atferd kan påvirke atferden til andre personer man har sosial interaksjon med, og vice versa» (ibid, 2011, s. 125). Arbeidsplassen er en viktig sosial arena, og holdninger og normer blant de ansatte viser seg å påvirke sykefraværet (Dale-Olsen, Misje Nilsen og Schøne, 2011, s. 126).

Med kunnskap om holdningers og normers betydning på arbeidsplassen, og mulig smitteeffekt, kan det være nødvendig å se på hvilke faktorer, som er viktige for en positiv og helsefremmende jobbrelasjon. I Norges offentlige utredning (NOU) nr. 13, beskrives ulike faktorer som kan påvirke sykefravær (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Organisatoriske forhold som for eksempel arbeidstidsordninger, andelen deltidsstillinger, kompetanse, helse-, miljø- og sikkerhetsforhold, organisering og omorganiseringer, og krav og forventninger fra brukersiden (Helse- og



omsorgsdepartementet, 2010, s. 27). Andre faktorer kan være fysiske arbeidsmiljøfaktorer, relasjonelle forhold, arbeidsprosesser og holdninger knyttet til helse, sykdom og fravær (ibid). Kontroll over egen arbeidssituasjon er i tillegg en viktig faktor for det psykososiale arbeidsmiljøet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Denne faktoren deles inn i to dimensjoner: 1) kontroll over egne arbeidsoppgaver (autonomi) og 2) medbestemmelse og deltakelse i beslutninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 96). Kontroll over arbeidsoppgaver vil si å ha mulighet for fleksitid, velge selv tidspunkt for pause, arbeidstempo, arbeidsprosesser, kontakt med brukere m.m. (ibid). Medbestemmelse og deltakelse innebærer å ha mulighet for å delta i beslutningsprosesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Norges offentlige utredning (NOU) nr. 13 viser til Karasek (1979), som fant at høye krav og lav selvbestemmelse i arbeidet førte til dårligere helse og sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Stort arbeidspress og økt belastning, sammen med lav innflytelse og liten grad av medbestemmelse, ser ut til å øke risikoen for sykefravær blant helse- og omsorgspersonell (ibid).

Mange ansatte i helsesektoren er kvinner med lav utdanning og deltidsjobb, noe som kan påvirke muligheten for medvirkning og deltakelse, og kan medføre liten kontroll i arbeidsoppgavene. Muligheten for å velge yrke og arbeid kan oppleves marginal. På grunn av lav utdanning har mange kvinner få valg i arbeidslivet, og havner ofte i jobber som er for slitsomme (Wergeland, 2012). For å klare jobben må man ha god helse og en sterk kropp. Likevel kan belastningene etter hvert bli for mange og til slutt gå på helsa løs (Wergeland, 2012).

### **2.2.2 Dobbelbelastning**

Hvilken betydning har mulig arbeidsbelastning og konflikt mellom jobb og familie (domestic strain) for sykefraværet hos kvinner? Innstrand (2010) har studert betydningen av god balanse mellom arbeid og familieliv. Hun finner i sin undersøkelse at kvinner, barnløse par og de med høy autonomi på jobb opplever mer positivt samspill mellom jobb og familie. Studien viser på den andre siden at de som opplever konflikt mellom jobb og familie kjennetegnes av at de er kvinner, har små barn, høyt arbeidspress, er emosjonelt utmattet, og har sin selvrespekt knyttet til jobbytelse. Studien viser også at kvinner i større grad enn menn, opplever mer konflikt og fasilitering mellom jobb og familie (Innstrand, 2010). Kvinners økende yrkesdeltakelse har betydd økt ansvar både på jobb og hjemme (Innstrand, 2010). Selv om mennene i større grad deltar i familien som omsorgspersoner, viser det

seg at husarbeid fremdeles i stor grad blir utført av kvinnene. Menns økende tilstedeværelse i familien er mer knyttet til omsorg og aktiviteter med barn, enn til husarbeid (Ericson, 1996).

Ericson (1996) viser til en studie utført av Brandth og Kvande (1993) som viser en deling og favorisering av arbeidet. Studien tar for seg fedres bruk av omsorgspermisjon og viser at mannen tar stor del i omsorgsarbeidet, mens husarbeidet forblir kvinnens (Brandth og Kvande referert i Ericson, 1996). Den viser også en gradering av arbeidet ved at omsorgsarbeid får høyere status enn husarbeid (ibid). Selv om menn i økende grad tar del i familieliv og omsorgsarbeid i forhold til barna, er det kvinnene som i stor grad utøver mesteparten av husarbeidet. Det vil si at kvinnenes oppgaver knyttes til lønnet arbeid utenfor hjemmet, og husarbeid og omsorgsarbeid i hjemmet.

Kvinner har de siste fire tiår hatt økende yrkesdeltakelse (Kostøl og Telle, 2011). Kostøl og Telle (2011) beskriver to mulige hovedforklaringer på at kvinners økte yrkesdeltakelse skulle kunne ha sammenheng med økende sykefravær. På -70 tallet hadde kvinner lavere sykefravær enn menn (ibid). Fra -70 tallet og til 2009 har kvinners sykefravær økt med 60 %, mens det for menn i samme periode ikke har vært signifikant økning i sykefravær (Kostøl og Telle, 2011). Den ene hovedforklaringen knyttes til kvinnenes arbeidsførhet, ved å anta at de mest arbeidsføre av kvinnene var i lønnet arbeid allerede på -70 tallet, og at de mindre arbeidsføre ikke var i lønnet arbeid (Kostøl og Telle, 2011, s. 6). Samfunnets forventninger om at kvinner på lik linje med menn skal være i lønnet arbeid, tar ikke hensyn til grad av arbeidsførhet, men har yrkesdeltakelse som mål. Den andre hovedforklaringen knytter Kostøl og Telle (2011) til kvinners yrkesdeltakelse i yrker og sektorer som har høyt sykefravær, som for eksempel helse- og omsorgstjenester. I følge Kostøl og Telle (2011) er det vanskelig å påvise tydelig sammenheng mellom kvinners sykefravær og doble arbeidsbyrde, men mener dette er en forklaring som er verd å forske videre på. Dette gjelder særlig dersom den doble byrden tolkes som konflikter knyttet til forventninger og roller som forelder og arbeidstaker (ibid). Kvinner kan bli sykemeldt fra arbeidet, men ikke fra hjemmet/familien eller livet (Solheim, 2011, Gjernes, 2012). Selv om belastningene og utfordringene er på hjemlig arena, er det jobben som blir skadelidende ved at arbeidstaker blir sykemeldt. Mange kan oppleve at jobben er en avlastning og rekreasjon (Solheim, 2011):

Some of the women expressed that they would have preferred to have been sick-listed from their burdens in the domestic sphere. For some of the women in this situation, going to their workplace were actually a time-out from their problems at home (Solheim, 2011, s. 10).

Lilleaas og Widerberg (2002) skriver om eget «Trøtthetsprosjekt». I dette prosjektet tar de spesielt for seg to typer arbeidsplasser; ingeniører og lærere i barne- og ungdomsskole (ibid). Informantene

blir spurt om dagliglivet og hverdagen, jobb og hjemme, hva som gir og hva som tapper energi, hva informantene gjør, hva som fører til trøtthet og hvordan trøttheten blir håndtert (Lilleaas og Widerberg, 2002). Alle informantene skiller imidlertid mellom psykisk og fysisk trøtthet. Den fysiske trøttheten, som er naturlig, kroppslig og uskyldig, oppleves mindre farlig enn den psykiske. Den psykiske trøttheten sitter i hodet, den tar energi, og er mye vanskeligere å bli kvitt (Lilleaas og Widerberg, s. 184). De viser til at menn bruker andre ord og begreper enn kvinner når de snakker om trøtthet, og menn årsaksforklarer trøttheten knyttet til forhold på jobb eller noe annet utenfor dem selv (Lilleaas og Widerberg, 2002). Kvinnene derimot forklarer egen trøtthet opp mot forhold både hjemme og på jobb (ibid). Noe Solheim og Batt-Rawden (2011) bekrefter i sin studie. For å forstå og muligens kunne forklare kvinners sykefravær, vil det være behov for å se på det totale hverdagslivet den enkelte lever. Livshistorien og påvirkning fra omsorgsgiverne og de sosiale og miljømessige oppvekstforhold vil kunne ha betydning for hvordan jobbdeltakelsen vil bli i voksen alder.

Solheim (2011) drøfter nødvendigheten av en helhetlig tilnærming for å forstå kvinners sykefravær, og hevder det må sees i lys av samspillet mellom jobb og hjem/familie. Informantene i studien til Solheim (2010) gir inntrykk av at det er kvinnene som har hovedansvaret for å holde familien sammen, noe som blir en ekstra belastning (ibid). Kvinnene begrunner og forklarer sitt sykefravær på ulike måter, og gir komplekse beskrivelser av årsaker som ligger i samspillet mellom jobb og hjem/familie (Solheim, 2011). Solheim sier at det er utilstrekkelig kun å studere arbeidsrelaterte eller hjem/familie- relaterte årsaker, fordi kvinners «forklaringer på eget sykefravær indikerer behov for å inkludere deres livshistorier» (Solheim, 2011, s. 11). Årsakene og forklaringene på sykefraværet inneholder belastninger i jobben, belastninger hjemme og samspillet mellom dem (domestic strain). Noen informanter tilskriver sine helseplager og sitt sykefravær knyttet til dårlige oppvekstvilkår, noe som gjør dem sårbare overfor belastninger i samspillet mellom jobb og hjem/familie (Solheim, 2011). «Their histories of ill health and sick leave often involve descriptions of the struggle to deal with both domestic strains and strains at work, and in some cases also the strain in their life histories» (Solheim, 2011, s. 8).

Erfaringer, hendelser, opplevelser, eller mangler på sådanne, kan føre til ekstra belastninger i voksenlivet, som igjen kan føre til sykefravær. En av informantene Solheim refererer til, forklarte sitt sykefravær med at det ble for mye omsorgsarbeid å ha to små barn og en jobb på sykehjem. Informanten oppgav i tillegg flere og mer komplekse årsaksfaktorer også: en forverret relasjon til ektemannen, hennes egne foreldres nylige skilsmisse og en mor som fulgte henne dårlig opp under barndom og ungdomstid (Solheim, 2011).

### 2.2.3 Sosial interaksjon

Hvilken påvirkning har foreldre og oppvekst når det gjelder jobbdeltakelse i voksen alder? Studien til Olsen og Jentoft (2010) viser til funn gjort i fire fylker i forhold til unge uføre. Utgangspunkt for studien var å finne årsaksforklaringer til det store antallet unge uføre i Agderfylkene (Olsen og Jentoft, 2010). Informantenes historier ble gruppert i tre kategorier. I den første kategorien var gruppen preget av historier knyttet til problemfylt oppvekst og dysfunksjonelle familier, den andre gruppen ble beskrevet som ressurssvake personer med diffuse lidelser, den tredje gruppen bestod av unge uføre som hadde medfødte misdannelser, kromosomfeil, hadde vært utsatt for ulykker eller andre alvorlige sykdommer (Olsen og Jentoft, 2010). Olsen og Jentoft (2010) hadde som utgangspunkt å studere utstøtingsmekanismer i arbeidslivet, men endte opp med historier om mangelfulle oppvekster i dysfunksjonelle familier:

Historiene vi hørte, minner lite om lat ungdom, men heller om bristende forutsetninger for å kunne leve gode liv, ta en utdanning og komme i arbeid. Mange av historiene er sterke og peker tilbake på dysfunksjonelle familier samt en voksenverden utenfor familien som ikke reagerer (Olsen og Jentoft, 2010, s. 208).

Foreldre og andre voksne er rollemodeller for barn og unge, som sammen med de sosiale forholdene barn og unge vokser opp i, har betydning for sykefraværet (Olsen og Jentoft, 2010). Dersom foreldre fokuserer mye på egen sykdom og smerte, vil det kunne smitte over på barnet, og krav om mestring og om å holde ut litt lenger kan bli borte (Olsen og Jentoft, 2010). Barn blir i denne forståelsen påvirket av foreldrenes holdninger, atferd og familiens sosiale normer og regler for øvrig, og vil kunne ha betydning for jobbatferden i voksen alder. Muligheten er også til stede for at samspill med omgivelsene utenfor familien vil kunne ha betydning for sykefravær blant kvinner. I følge Olsen og Jentoft (2010, s. 211) kan sosial arv romme mer enn «arv av verdier og holdninger i forhold til utdanning, yrkesaktivitet, trygdebruk eller mangelfull oppfølging. I tillegg kan det handle om at unge sosialiseres inn i sykerollen». Dersom en eller begge foreldre har mye fokus på egen sykdom eller smerte, vil det kunne føre til at også barna blir ekstra oppmerksom på egen smerte og relatere smerten til sykdom (ibid). Dersom foreldrene anerkjenner barnas smerte- og sykdomsfokusering, og ikke stiller krav til mestring, kan barna bli lite robuste til å håndtere motgang senere i livet (Olsen og Jentoft, 2010, s. 211).

Solheim og Batt-Rawden (2011) presenterer en rapport basert på et treårig svensk/norsk forskningsprosjekt. Forskningsprosjektet omfatter en studie som ser på hvilken betydning sosiale årsaker har i forhold til sykefravær og opplevelsen av å være sykemeldt (Solheim og Batt-Rawden,

2011). Rapporten viser kun til de norske funnene (ibid). Metoden var kvalitativ med dybdeintervju og spørsmålsguide. Utvalget bestod av kvinner og menn i alderen 20 – 60 år, som hadde vært sykemeldt i mer enn 30 dager og hadde en diagnose innen muskel/skjelett eller psykisk lidelse (Solheim og Batt-Rawden, 2011). Målet med forskningsprosjektet var å bidra til ny innsikt i hvordan samspillet med omgivelsene både kan fremme og hemme sykemeldinger (ibid, s. 7). Forskernes utgangspunkt var at utvikling av sykdom må sees i lys av det livet og de relasjonene mennesket står i på de ulike arenaene (Solheim og Batt-Rawden, 2011, s. 21). Hva finnes av erfaringer, psykisk-/fysisk- og sosial kompetanse hos den sykemeldte, og er noen av disse erfaringene såpass belastende at det er vanskelig å kombinere med et aktivt yrkesliv? Solheim og Batt-Rawden (2011) konkluderer med at sykefravær og sykdomsutvikling alltid må sees i sammenheng med folks liv, og «sosiale årsaker til sykdom handler svært ofte om komplekse og betydningsfulle relasjoner i vid forstand» (Solheim og Batt-Rawden, 2011, s. 59). Det ble konkludert med to hovedfunn, hvor det ene var relatert til relasjonelle forhold på jobb eller privat, mens det andre var knyttet til livsløpsperspektivet, det vil si at hendelser tidligere i livet kan ha stor betydning i voksen alder (Solheim og Batt-Rawden, 2011). Altså hvilke grunnleggende antakelser (holdninger, verdier) om sykefravær og egen sykdom finnes hos den sykemeldte.

I Norges offentlige utredning nr. 13, står det at grunnleggende antakelser (holdninger, verdier) dannes gjennom oppvekst, familie, venner, media og internett (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Dersom den sykemeldte er engstelig for å gå tilbake på jobb, av redsel for å forverre sykdomstilstanden, kan personen være preget av katastrofetenkning (ibid). Hvordan en person opplever og oppfatter sammenhengen mellom sykdom og arbeid, kan ha betydning for sykefraværet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Norges offentlig utredning nr. 13 oppsummerer med å si at det kan se ut som om sykefraværet i noen grad påvirkes av sosial interaksjon, men det er vanskelig å avgjøre hva som skyldes normer og hva som skyldes andre forhold (2010, s. 105).

### **2.3 TEORETISKE PERSPEKTIVER**

Her blir det først en kort redegjørelse av fenomenologi, som vitenskapsteoretisk tilnærming. Deretter en presentasjon av arbeidslinja, hverdagsliv og livshistorie. For å presentere hverdagslivsperspektivet bruker jeg i hovedsak Marianne Gullestad (1989): *Kultur og hverdagsliv*. Jeg refererer også til Marianne Gamkinn (2013): *Beklager, men jeg må være mamma*. Livshistorieperspektivet presenteres ved hjelp av Trine Fosslund og Kirsten Thorsen (2010): *Livshistorier i teori og praksis*. Jeg redegjør

for Michael Burys (1982, 2005) begreper: «biographical disruption» og «disruptive event», som forståelsesramme rundt sykdom som nedbrytende og ødeleggende hendelser. I studien knyttes begrepene til den ødeleggende og nedbrytende effekt sykdom har, og hvilken belastning det medfører.

### **2.3.1 Fenomenologi**

Jeg har i oppgaven en fenomenologisk tilnærming, hvor informantenes opplevelser, meninger og erfaringer står i sentrum. Fenomenologi er en filosofisk retning som studerer fenomener og deres fremtreden. Hegel (1770 – 1831) var den første som brukte begrepet. Fenomenologi ble senere til en egen filosofisk retning gjennom Husserl (1859 – 1938) (Botnen Eide m.fl., 2003). Fenomenologi som perspektiv hjelper forskeren til å se fenomenet i sin opprinnelse, sin kontekst. Vår livsverden består av fenomener som vi tar for gitt og som er en del av vår virkelighet uten at vi har reflektert over det. Ofte har vi heller ikke bevisst forhold til fenomenene, fordi de bare oppstår eller «alltid er der». Å stå opp om morgenen, spise frokost, pusse tennene, gå på arbeid, ta bussen, kjøre bil, er eksempler på ulike hverdagsfenomener. Mange hverdagsfenomener blir kroppsliggjort og automatisert i den forstand at de utføres uten at vi reflekterer, planlegger eller årsaksforklarer. Sykdom kan føre til periodiske eller kroniske endringer i kjente fenomener, noe som kan føre til forvirring og en opplevelse av at verden har endret seg i betydningen av at det ikke er som det bruker å være (Thøgersen, 2013).

Fænomenologien er i den forstand en filosofi, der hævder, at en forståelse af verden hviler på vores førrefleksive kropslige verdenserfaringer. Opgaven er dermed at indstille sig på den (op)levede verden igennem en refleksjon, der bevarer en kontakt med det førrefleksive (op)levede liv (Thøgersen, 2013, s. 130).

Ganske automatisk starter en endring for å finne ny forståelse; enten ved å lære det nye fenomenet å kjenne og slik oppnå ny fortrolighet, eller ved å søke tilbake til en opprettholdelse av fenomenet slik det var for å bevare fortroligheten til det kjente (Thøgersen, 2013). Endringens størrelse og betydning avhenger av det inntrufne fenomen.

Sykefravær som fenomen er mangefasettert og sammensatt. For å få en større forståelse er det nødvendig å se på flere forhold både i personen og utenfor personen. Geertz (1973) bruker begrepet «thick description» (tykke beskrivelser), som handler om å se fenomener i flere lag og på flere måter. Geertz bruker begrepet når han tar for seg fortolkende teori om kultur, og hvordan samme hendelsen,

for eksempel «å blunke med øye», kan fortolkes ulikt i ulike kulturer (1973, s. 12). Å tro at egen forståelse og tolkning av gitt atferd er den eneste riktige, vil være å bedra seg selv (Geertz, 1974). Thick description er basert på elementer som tydeliggjøring og fyldige beskrivelse (Geertz, 1973). Det er viktig å beskrive fenomenet i sin kontekst, slik at man kan tolke og formidle fenomenet så rikt og bredt som mulig (Geertz, 1973). Det er derfor viktig å se hele personen, dens oppvekst og miljø. Fenomenologien har et holistisk perspektiv, som hjelper forskeren til å se fenomenet i sin opprinnelse, sin kontekst (Hauge, 2007). For å forstå kvinnenens opplevelse av eget sykefravær, vil kjennskap til deres hverdagsliv og miljøet og kulturen de befinner seg i, være viktig. Hjemmet vårt og stedet vi bor er to fenomener som har sentral plass i vårt hverdagsliv, derfor retter fenomenologien mye oppmerksomhet mot disse to (Hauge, 2007).

### **2.3.2 Hverdagsliv**

Hverdagsliv- perspektivet er viktig for å kunne drøfte kvinnenens opplevelse og øke forståelsen for hvordan de opplever eget sykefravær. Hverdagslivet er et noe diffust og uklart begrep, som har mange dimensjoner. Marianne Gullestad (1989) har studert hverdagslivet slik det oppstår og fortøner seg, og skriver at i Norge har *hjemmet* som institusjon en sentral betydning. Studien av hverdagslivet blir derfor en studie både av kultur og sivilisasjon (ibid). Gullestad (1989) identifiserer to dimensjoner i hverdagslivbegrepet, som hun mener er like viktige. Den første er den «daglige organiseringen av oppgaver og virksomheter», den andre er «hverdagslivet som erfaring og livsverden» (ibid, s. 18). Videre skriver Gullestad (1989) at hverdagslivet også er et sett av aktivitetssystemer, som er knyttet til arbeid, økonomi (husholdning med knappe ressurser) og politikk (makt, styring, kontroll) (Gullestad, 1989, s. 22). Men hverdagslivet handler ikke bare om arbeid og økonomi i forhold til hushold, det handler også om det lønnede arbeidslivet i en total organisering av aktiviteter i tid og rom (ibid). «Mennesker deltar i arbeidslivet med mange andre formål, hensikter og lengsler enn de som preger de formelle organisasjoner. Når arbeidslivet analyseres ut fra disse formålene og lengslene, er arbeidslivet en del av hverdagslivet» (Gullestad, 1989, s. 23).

Hverdagslivet er det livet det enkelte mennesket lever, med de aktivitetssystemer og den organisering den enkelte har. Vi forholder oss til ulike roller og fora (Gullestad, 1989). Noen ganger er i vi i kjente og trygge sosiale sammenhenger, hvor vi kjenner kulturen, de sosiale kodene og har kunnskap og kjennskap til både menneskene og situasjonen. Vi er innenfor egen komfort- og trygghetssone, og er

kjent med handlingsmønstrene. Andre ganger må vi forholde oss til mer ukjente mennesker og situasjoner, som vi forholder oss abstrakt og distansert til (ibid). I følge Gullestad er nettopp dette en av hverdagslivets dimensjoner; «det kjente og individuelle, versus det ukjente og generelle» (Gullestad, 1989, s. 23). Altså forholdet mellom det nære og det fjerne. Ved å studere hverdagslivet må alle dimensjoner tas med. Hverdagslivbegrepet er ikke knyttet til spesielle institusjoner eller lokaliteter, som hjem, skole, arbeidsplass, men går på tvers av dem. Derfor skiller det seg fra begreper som hushold, lokalsamfunn og nærmiljø (Gullestad, 1989). I hverdagslivet finner mennesket det som gir mening, fellesskap og kjærlighet, og identitet bygges. Gullestad definerer identitet som «de deler av personers selvbilde som ønskes bekreftet av andre» (ibid, s. 104).

Karianne Gamkinn (2013) beskriver eget hverdagsliv før og etter hun ble mor, og hvordan fokuset ble flyttet. Hun forteller om eget møte med mammarollen, tidsklemma og konstant dårlig samvittighet. Fra å være karrierекvinne til å bli mor opplevde Gamkinn (2013) at fokus ble flyttet fra jobb og karrieremuligheter, til barnet hun nå hadde fått ansvaret for. Hun forstod ikke venninner som var mer opptatt av barnet enn av jobb og karriere. Gamkinn (2013) mente de sluttet å tenke på klær og eget utseende og var bare opptatt av barnet. Hjemmet endret seg og det var baby-ting overalt. Etter at hun trådet inn i mamma-rollen opplevde hun en fullstendig fokusdreining, og alt handlet om barnet hun hadde fått (Gamkinn, 2013). Nå forstod hun hvordan det var mulig at jobb og karriere kom i andre rekke. Hennes prioriteringer handlet om å få tid sammen med barnet, og jobben kom langt ute i prioriteringsrekkefølgen. Møtet med arbeidslivet etter en tid i permisjon, og en sjef som forventet samme aktivitet og lange arbeidsdager som før, kolliderte med hennes nye liv som mor. Det var ikke enkelt å jobbe lange dager på kontoret, samtidig som hun skulle hente i barnehagen før stengt tid. Selv med en oppofrende barnefar, som kunne avlaste med det praktiske, var tankene hennes hos barnet. Å konsentrere seg om arbeidsoppgavene når tankene og konsentrasjonen var på hjemlig arena, førte til redusert arbeidskapasitet (Gamkinn, 2013). Det ble komplisert å imøtekomme forventningene fra arbeidsgiver, samtidig som hun skulle ivareta egne forventninger til å være mor. Hun hadde konstant dårlig samvittighet. Belastningen mellom jobb og familieliv ble for stor, og hun måtte velge. Nå kan ikke alle som opplever stor belastning si opp jobben sin, men for Gamkinn ble det en løsning (Gamkinn, 2013).

Flere kvinner opplever nok mye av det samme, og har fokus på barn og familie mens de er på jobb. Når trykket blir stort, oppgavene mange og rollene krevende, vil det føre til behov for en pause. Sykemelding kan bli løsningen, og noen dager eller ukers sykemelding vil kunne gi den nødvendige og sårt tiltrengte pausen (Gjernes, 2012).



Vårt hverdagsliv utsettes for stress og press fra omgivelsene (familie, jobb, fritidsaktiviteter), om deltakelse i ulike aktiviteter og om produksjon, tålmodighet og effektivitet i jobben. Stress kan oppstå. Stresstilstander påvirkes av ulike forhold knyttet til omgivelsene og personens egen forhistorie, tankemønstre og kroppsvaner (Lilleaas og Widerberg, 2002). Det sett av sosiale og kognitive ferdigheter (råmaterialet) som finnes i personen selv og omgivelsene, er avgjørende for hvordan stresstilstanden oppleves og håndteres (ibid).

### 2.3.3 Livshistorie

En livshistorie er den enkeltes fortelling om livet og hvordan det har fortonet seg. Det gir en «unik mulighet til å få høre eller lese om menneskers beretninger og refleksjoner over eget liv» (Fossland og Thorsen, 2010, s. 14). I et livshistorieperspektiv fortelles det som har vært viktig og meningsfullt, både positive og negative hendelser og opplevelser, verdier og valg (ibid). Det karakteristiske ved livshistoriefortellinger er at de fortelles og beskrives sett fra dagens ståsted. Fortiden beskrives i lys av nåtidens erfaringer og nåtiden fortolkes utfra fortidens opplevelser og erfaringer (Fossland og Thorsen, 2010). I følge Fossland og Thorsen (2010) fører dette til en dobbel bevegelse, fordi livet blir sett bakover, men blir levd framover (ibid, s. 65).

En livshistorie forteller om livet til den enkelte, og det er den enkelte som beretter hvordan livet har utartet seg. Livshistorier kan ikke fortelles uten samtidig å si noe om kontekst og samfunnsutvikling. Livshistorier kan gi innblikk i personers liv på en unik måte, og gjør det lettere å forstå personenes handlemåte og atferd (Fossland og Thorsen, 2010). Livshistorier gir innsikt i hvordan samfunnsmessige omveltninger påvirker, og gir kunnskap om hvordan den enkelte foretar valg og lever sine liv innenfor disse vilkårene (Fossland og Thorsen, 2010, s. 15). Historien formidles i lys av samfunnsmessige utfordringer og historiske begivenheter og hendelser (ibid). Livshistorier blir personlige fortellinger knyttet til forhold både i samfunnet, i familien og i personen selv. Det medfører risiko for en selektiv fortelling ved at det kun er det som personen selv ønsker å formidle som kommer fram (Fossland og Thorsen, 2010). I følge Fossland og Thorsen er noe av kritikken mot bruk av livshistorier som metode at livshistorien er en konstruksjon, og at personens fortelling ikke er «korrekt» eller «nøyaktig» (ibid, s. 62). En livshistorie vil alltid være en konstruksjon og ikke en rekonstruksjon (Fossland og Thorsen, 2010). Å fortelle sin livshistorie innebærer en prosess hvor personens identitet, selvoppfattelse, selvrefleksjon, verdier og holdninger kommer fram (ibid). Det blir foretatt en «opprydding» og det sorteres og velges ut bestemte hendelser som formidles som

årsaksforklaringer i livshistorien. På samme måte velger personen bort andre hendelser eller fenomener i livshistoriefortellingen (ibid). Derfor vil en livshistorie ha som mål å forstå en persons handlinger og valg i lys av dennes fortelling, det er ikke en faktabasert historie som etterspørres, men en personlig, subjektiv fortelling (Fossland og Thorsen, 2010).

I et livshistorieperspektiv er man opptatt av hvordan sykdom og funksjonsnedsettelse griper inn i menneskets liv, og hvordan det påvirker både revurderinger og nye måter å mestre livet på (Fossland og Thorsen, 2010). I et diagnoseperspektiv derimot, avgrenses og holdes utenfor det som er uvesentlig for sykdomsårsaken og behandlingen, nemlig at sykdommen fører til endringer i livsopplevelsen (Fossland og Thorsen, 2010). Hendelser av dyptgripende emosjonell karakter, som har ført til endringer av betydning, vil ofte være fremtredende i en livshistoriefortelling.

Følelsesrelaterte situasjoner setter seg bedre i hukommelsen enn hendelser som ikke utløser sterke følelser. For mange kan det å bli syk iverksette tanker og følelser både relatert til sykdommen i seg selv, men også til hvordan sykdommen vil komme til å påvirke hverdagen og livshistorien.

Sykdommer og skader som fører til endringer i kroppens funksjoner, innebærer vanligvis også en revurdering av livshistorien (Fossland og Thorsen, 2010). Tidsperspektivet forandrer seg, og fortid, nåtid og framtid kan framtre i et radikalt nytt lys (Fossland og Thorsen, 2010, s. 117). Dersom kroppens funksjoner forsvinner, delvis, brått eller sakte, vil det berøre både kropp og sinn (Fossland og Thorsen, 2010). Menneskets iboende ressurser til å takle stress og kompliserte situasjoner vil bli avgjørende. Selvbildet og identiteten blir satt på prøve, og tryggheten på hvem man er i møte med andre mennesker kan få en knekk (Fossland og Thorsen, 2010).

Påvirkning gjennom barndom og oppvekst vil ha betydning for hvordan vi tenker og handler omkring livshendelser og hvordan vi møter dem. Holdninger, erfaringer, meninger og praksiser (vårt «råmateriale»), som er arvet fra oppvekstmiljøet, kan ha stor innvirkning på hvordan vi møter ulike hendelser i livet. Aakvåg (2008) bruker begrepet doxa fra Bourdieu for å forklare sosiale spilleregler innenfor et gitt, definert sosialt felt (sosial klasse). Med «doxa» mener Bourdieu en felles tro og forståelse for hvilke spilleregler som gjelder, og hva som gir prestisje og makt innenfor den aktuelle sosiale klasse (Bourdieu referert i Aakvåg, 2008). Holdninger til egen sykerolle og formidlingen av denne vil kunne smitte over på dem man omgir seg med, som egne barn og venner.

Hvordan den enkelte mestrer sykdommen og lar den bli en del av livshistorien, er avgjørende for hvilken mening den nye situasjonen gir (Fossland og Thorsen, 2010). Fossland og Thorsen (2010) refererer til en poliorammet kvinne, som forteller hvor stor barriere det er for poliorammede å begynne med hjelpemidler som krykker og rullestol. Kvinnen fortalte hvor dypt forankret behovet for å være selvhjulpen var, noe som gjorde det ekstra vanskelig når behovet for hjelpemidler meldte

seg (Fossland og Thorsen, 2010). Kvinnen formidlet hvordan barndomserfaringer satte livslange og biografiske spor, noe som gjorde seg gjeldende ved behovet for å mestre og ikke gi opp (ibid, s. 131).

### 2.3.4 Arbeidslinja

Helt fra fødsel av blir vi formet mot et arbeidsliv. Målet er å fungere i lønnet arbeid fra ungdomstiden (16 år) til pensjonsalder (67 år). Arbeidslivet starter med sommerjobb, som en inngangsport til arbeidslivet. Lønnet arbeid gir nødvendig inntekt, og det skaper mening og gir opplevelse av å være nyttig og produktiv. Velferdsstaten er bygget på den enkeltes deltakelse og produktivitet. Arbeid utgjør en stor sosialiseringfaktor og preger vår utvikling, og opptar omtrent en tredjedel av menneskets gjennomsnittlige levetid. Uten arbeidstilhørighet må denne tredjedelen fylles av noe annet meningsfullt og engasjerende, for å opprettholde opplevelsen av å være nyttig og samfunnsdeltakende.

Begrepet «Arbeid for velferd» ble på -70t en velferdsstrategi i USA (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Norges offentlige utredning (NOU) 1999 nr. 13 ser på historiske fakta når det gjelder hvordan «Arbeidslinja» som strategi, ble innført i Norge i forbindelse med Attføringsmeldingen<sup>4</sup> og videre utdypet i Velferdsmeldingen<sup>5</sup> (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, s. 296). Hensikten var at arbeid skulle lønne seg, og at arbeid både er en rett og en plikt. Det er ønskelig å komme bort fra passive ytelser i form av kontantutbetalinger, og over på aktive ytelser som krever arbeid eller annen form for samfunnsdeltakelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Det vil si at for å motta ytelser må den enkelte være i tiltak som tilnærmedesvis er lik lønnet arbeid.

Den norske velferdsstaten er bygd opp på velferdsgoder, stønader og rettigheter til borgerne. Arbeidslinja har siden tidlig -90t stått som en viktig markør for å få oss i arbeid og for å få oss til å bli i arbeid. Arbeidslinja har som målsetting å få mennesker fra passivitet til aktivitet, og den enkelte skal være selvforsørgende og ikke avhengig av stønader (Hernes, 2010). Lønnet arbeid gir nødvendig inntekt, men fyller flere behov enn bare de rent pengemessige (Hernes, 2010). Arbeidet bidrar til å strukturere tiden, det gir regelmessighet og rammer i hverdagslivet (ibid). I tillegg gir arbeid mulighet til sosial kontakt og felles opplevelser, noe som igjen vil kunne føre til felles laginnsats og mening (Hernes, 2010, s. 19).

---

<sup>4</sup> St.meld.nr. 39 (1991-1992)

<sup>5</sup> St.meld.nr. 35 (1994-1995)

Det er et mål at alle skal passe inn i en eller annen form for lønnet arbeid. Noe som i følge Hernes (2010) fått fram plikten; alle skal i arbeid, og svekket rettigheten; som sier at det er arbeid til alle. Den som ikke makter jobben, blir en utenforstående som ikke følger opp samfunnsplikten og «dugnadsånden» overfor velferdsstaten. Arbeids- og sosialdepartementet påpeker i stortingsmelding nr. 46:

Arbeidskraften er samfunnets viktigste ressurs. Grunnlaget for velferden legges gjennom befolkningens arbeid, og det må derfor legges til rette for høy yrkesdeltaking. Bærekraften i de fellesfinansierte velferdsordningene avhenger av at vi lykkes med arbeidslinja. Det vil bli enda tydeligere etter hvert som befolkningen eldes (Arbeids- og sosialdepartementet, 2012-2013, s. 6).

Kritikken til arbeidslinja er dens noe disiplinerende preg (Hernes, 2010). Hernes (2010) skriver at det har blitt lite fokus på et mulig ekskluderende arbeidsliv, mens det har vært forholdsvis mye fokus på personene som ikke klarer jobben. Dilemmaet blir dermed individualiseringen og personifiseringen av årsakene til lav jobbdeltakelse. Tiltak som reduserte stønader, strengere regler og mer kontroll blir satt inn overfor den enkelte (Hernes, 2012). I følge Hernes (2010) må mange som ikke klarer å være i lønnet arbeid gjennom ulike arbeidsutprøvende tiltak, noe som kan oppleves nedverdiggende. «Ved å kreve eller motivere til arbeidsdeltakelse spenner man en buestreng som kanskje ellers ville ha befunnet seg i en helsebringende nøytral ro» (Hernes, 2010, s. 48). Økt press på deltakelse i arbeidslivet og prosessen med å avklare restarbeidsevne, vil kunne føre til det som lege og professor Per Fugelli kaller uhelse (Fugelli, 2010). Uhelsen oppstår som følge av press fra NAV<sup>6</sup> om avklaring for å se om personen (tross sykdom eller skade) likevel kan fungere i gradert arbeid. Fugelli (2010) mener dette presset kan føre til at arbeidstakeren blir en deltaker i utenforskapet. Han sier: «Hvis du ikke har lønnet arbeid, er produktiv og effektiv, blir du forvist til Utenforskapet. Da er du en samfunnstaper» (Fugelli, 2010, s. 77). Samfunnets forventning og krav om jobbdeltakelse, og sosiale normer som forteller at det er sunt, helsefremmede og normalt å være yrkesaktiv, fører til en annerledeshetsfølelse hos dem som ikke klarer å være i lønnet arbeid. Stønader og hjelp bør tilpasses motivasjonsnivå og den enkeltes årsaksforståelse, og i visse tilfeller ha støttetiltak som kan gjøre vedkommende mer robust for fremtidige skuffelser (Hernes, 2010, s. 48).

I Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013) er regjeringens mål for folkehelsen blant annet:

---

<sup>6</sup> Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning (NAV). [www.nav.no](http://www.nav.no)

Å skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen» (ibid, s. 10). Videre står det: «god helse er en ressurs og forutsetning for andre mål, som for eksempel et produktivt arbeidsliv, effektiv læring og overskudd til å bidra i frivillig arbeid. Høy sykkelighet og lav funksjonsevne medfører påkjenninger og kostnader både for den enkelte og for samfunnet i form av helse- og omsorgstjenester, sykefravær og trygd (Helse- og omsorgsdepartementet, s. 13).

NAV vil ha alle i arbeid eller på arbeidstiltak. Nødvendigheten av å være i arbeid og utføre viktige oppgaver gir mestring. For den som er syk kan krav om arbeidsdeltakelse føre til mer uhelse fordi kravet fører til stress. For å forstå vil det være nødvendig å studere hvordan den enkelte reagerer og håndterer slike situasjoner (Gjernes, 2013). Gjernes (2013) argumenterer for at når hverdagslivets rutiner og aktiviteter brytes på grunn av kroppslige problemer, fører det ikke til passivitet, men til en kreativ reorganisering innenfor rammene av den nye situasjonen. Om en slik reorganisering får et positivt eller negativt resultat, er avhengig av personenes kognitive ressurser og muligheter.

### **2.3.5 Sykdom som ødeleggende og nedbrytende hendelse**

Sykdom kan fremstå ulikt. Det kan være kortvarig og forbigående, uten at det gir noen ettervirkninger, skader eller plager. Men sykdom kan også være kronisk, gi kroppslige forandringer og fysisk nedsettelse, og gi langvarige skader og / eller plager. Kroniske og funksjonsnedsettende sykdommer vil kunne oppleves ødeleggende og nedbrytende, og kan gi behov for varige endringer. Både i tilknytning til lønnet arbeid, men også i forhold til hjem, familie og fritid. Sykdommer med kronisk og / eller funksjonsnedsettende karakter vil kunne gi behov for store endringer i menneskets hverdagsliv.

Michael Bury (1982) bruker begrepet «disruptive event», når han forklarer hvordan kronisk sykdom kan oppleves som en ødeleggende og/ eller nedbrytende hendelse og erfaring. Han viser til kronisk sykdom, og sier at sykdommen kan gi en opplevelse av at hverdagslivets strukturer og den tidligere kjente hverdagskunnskapen knyttet til disse, forsvinner eller forvitrer (Bury, 1982). Videre beskriver han tre forhold som bidrar til denne nedbrytende og oppsplittende erfaringen: 1) det oppstår brudd i «tatt for gitt» -antakelser og atferd; fokus rettes mot kroppslige tilstander man som frisk ikke har vært bevisst på. Bury (1982) kaller fasen «what is going on here?» 2) brudd i forklaringsystemer som normalt brukes, noe som medfører en fundamental redefinering av personens biografi og selvoppfattelse. 3) bruddet involverer mobilisering av ressurser, kognitive så vel som materielle, for å møte en forandret situasjon (Bury, 1982, s. 169).

Bury (1982) bruker begrepet «biographical disruption» for å beskrive opplevelsen av langvarig eller kronisk sykdom. Sykdommen truer relasjonen og samhandlingen mellom kropp og hverdagsliv. Langvarig eller kronisk sykdom vil føre til at hverdagslivets strukturer, vaner og rutiner blir endret, og personen må opparbeide nye (Bury, 1982). Når dagliglivet og kroppen fungerer som forventet, ønsket og planlagt, oppleves høy grad av mestring og selvbestemmelse. Biografiske brudd fører til behov for reorganisering og mobilisering av egne ressurser for å finne nye måter å organisere og mestre hverdagslivet på. «*This disruption throws into relief the cognitive and material resources available to individuals*» (Bury, 1982, s. 178).

Atferd og handlinger som tidligere var kjent og (i noen tilfeller) automatisert, kan på grunn av sykdom bli til kompliserte handlinger som må planlegges og tilrettelegges. Det å gå på jobb og utføre kjente, innarbeidede arbeidsoppgaver, kan oppleves uoverkommelig og umulig. «Sykdom forstått som biografiske brudd eller som skaper av kritiske situasjoner, peker på at sykdommen har ført til vesentlige endringer i den sykes liv og identitet» (Gjernes, 2012, s. 392). Gjernes (2012) bruker Burys (1991) begrep «biological disruption» når hun studerer sykerollen som ressurs i arbeidslivet. Hun skriver:

Bury (1991) mener at vi kan snakke om to typer mening når det gjelder kronisk sykdom. Den ene meningen er knyttet til sykdommens konsekvenser for individet, for den sykes hverdagsliv på jobben og hjemme. Den andre er knyttet til hvilken betydning eller mening sykdommen har for det samfunnet vedkommende er en del av. Til ulike sykdomstilstander er det knyttet ulike meninger, konnotasjoner og forestillinger. Disse meningene og forestillingene kan i vesentlig grad påvirke hvordan de syke antar at andre ser dem, og hvordan den syke oppfatter seg selv (Bury, (1991) referert i Gjernes, 2012, s. 394).

### **2.3.6 Selvpresentasjon**

I alle situasjoner finnes det et idealisert og et reelt bilde av en selv. Det idealiserte bildet er bygget på egne forventninger knyttet til selvet eller identiteten, mens det reelle bildet er bygget på individets faktiske atferd (Scheff, 1990). Forlegenhet er i følge Scheff (1990) en følelse som oppstår i interaksjonen, og som fører til at det ikke blir for stor avstand mellom det idealiserte og det reelle bilde av selvet. Mennesket overvåker nesten konstant egen atferd. Dette kan i følge Scheff (1990) deles inn i tre faser: 1) vi forestiller oss hvordan andre ser oss. Det er ikke nok å se oss selv i speilet, så vi prøver å forestille oss hvordan andre ser på oss ved å sette oss i de andres sted og se

tilbake på oss selv, 2) deretter prøver vi å forestille oss hva de andre mener om hvordan vi ser ut; er vi kledd ordentlig? Oppfører vi oss riktig? Liker de andre det de ser? 3) vi får en følelsesmessig respons på det vi oppfatter hos den andre. Responsen utløser positive eller negative følelser. Tilskuereffekten, det vil si andres observasjon av oss, kan forsterke følelsene, alt etter hvilken situasjon og hva som inntreffer. (Scheff, 1990). Scheff (1990) argumenterer med at det foregår en nesten konstant evaluering av vårt sosiale selv, også når vi er alene. Denne formen for egen overvåkning av sosialt selv resulterer i enten stolthet eller skam. Vi blir sinte på oss selv fordi vi har kommet i en situasjon som har ført til skam. Vi kan bli sinte på andre, noe som igjen vil kunne føre til brutte sosiale relasjoner, som igjen vil kunne føre til ny opplevelse av skam. Dette blir en gjentakende prosess som veksler mellom skam og anger, en følelsesmessig loop (feeling trap) bundet sammen av skam (ibid).

## **2.4 OPPSUMMERING**

Jeg har i teori-kapittelet presentert forskning og teoretiske perspektiver, som jeg mener er relevant for å kunne besvare studiens forskningsspørsmål. Det finnes mange mulige årsaker til sykefravær, både individuelle og strukturelle. Forskingen så langt viser imidlertid ikke noen entydig årsak, men påpeker nødvendigheten av en helhetlig tilnærming. Selv om den eventuelle dobbeltbelastningen mellom jobb og familie ikke ser ut til å ha avgjørende effekt på sykefraværet blant kvinner, må det tas med når sykefravær drøftes. Sykdom og sykefravær kan sees på som en nedbrytende og ødeleggende hendelse, og den enkeltes hverdagsliv og livshistorie vil kunne ha betydning for hvordan sykefraværet håndteres og oppleves. Forskning viser også at sykefravær kan ha en viss smitteeffekt via holdninger og kulturer blant kolleger på arbeidsplassen. Selvpresentasjon og å fremstå som aktiv, flink, effektiv og mestrende er viktige faktorer for opplevelsen av å imøtekomme forventet atferd. Det er sterke samfunnsmessige forventninger til deltakelse i lønnet arbeid, og det er knyttet helsemessig gevinst til det å være i arbeid.

### **3 METODEKAPITTEL**

#### **3.1 INNLEDNING**

Metodekapittelet inneholder en redegjørelse av de metodiske valgene jeg har gjort og begrunnelser for dem, samt hvilke problemer og utfordringer jeg støtte på og hvordan jeg håndterte disse.

#### **3.2 FORSKNINGSSTRATEGI**

Jeg finner det interessant å undersøke hvordan kvinner opplever å være sykemeldte. Å få tak i selve opplevelsen av å være sykemeldt, og hvilke utfordringer det medfører. Jeg lurer på hvordan sykefraværet oppleves og erfares, og hvordan brudd i egne og andres forventninger om jobbdeltakelse påvirker kvinnenenes hverdagsliv. Jeg er interessert i å finne ut hvordan det oppleves ikke å mestre jobben som forventet, hva som skjer når sykdom og sykefravær blir en realitet, og kan sykefravær oppleves som en ressurs? Formålet med studien er med andre ord å forstå og forklare, det vil si prøve å finne kvinnenenes egne forklaringer, opplevelser og meninger knyttet til sykefravær (Blaikie, 2010).

Hovedformålet med samfunnsforskning er å oppnå ny viten og kunnskap om den sosiale verden. Hvordan den er og fungerer med sine sosiale fenomener og interaksjoner, slik at denne nyervervede kunnskapen vil gi muligheter til både problemløsning og endring (Blaikie, 2010). Blaikie (2010) skiller mellom to forskningsformål; grunnforskning og anvendt forskning. Ved grunnforskning er formålet i hovedsak å oppdage, beskrive og forstå fenomenet og i noen tilfeller å forklare og forutsi. Anvendt forskning brukes når det i forskningstemaet ligger et ønske om å forandre, evaluere og konsekvensutrede (Blaikie, 2010). I denne studien er forskningsformålet å beskrive og forstå opplevelsen av det å være sykemeldt, og vil i følge definisjonen til Blaikie (2010) komme inn i kategorien grunnforskning.

Blaikie skriver at forskningsstrategi, eller «undersøkelsens logikk» (the logic of enquiry), sørger for start- og slutt-punkt med ulike steg mellom de to punktene (Blaikie, 2010, s. 81). Blaikie (2010) tar for seg fire ulike forskningsstrategier, som hver for seg har sin unike undersøkelseslogikk og sin spesielle kombinasjon av ontologiske og epistemologiske forutsetninger. Disse fire er induktiv, deduktiv, retroduktiv og abduktiv forskningsstrategi (ibid, s. 84). Induktiv forskningsstrategi har som hensikt å etablere beskrivelser av mønster og karakteristikker, deduktiv forskningsstrategi søker å



teste teorier, for å eliminere falske og bekrefte / stadfeste de rette (Blaikie, 2010, s. 84). Retroduktiv strategi søker å oppdage underliggende mekanismer og å forklare observerte regelmessigheter, mens abduktiv strategi søker å beskrive og forstå sosiale aktørers meninger og motiver via aktørene selv (ibid). Abduktiv forskningsmetode tar opp både meninger og forklaringer, motiver og intensjoner, som folk bruker i dagliglivet og som påvirker deres atferd (Blaikie, 2010, s. 89). Forskerens oppgave er å avdekke og beskrive dette «innerside» -blikket, ikke å pålegge et «utenfra» -blikk på andres meninger og forklaringer.

I min studie vedrørende sykefravær er det hensiktsmessig å få tak i den enkelte kvinnes egen opplevelse, og få deres egne begreper, tolkninger, motiver og virkelighetskonstruksjoner. Til det mener jeg abduktiv forskningsstrategi vi kunne være et hensiktsmessig utgangspunkt. Denne strategien gir forskeren i oppgave å beskrive et «innsideblikk», og en mulighet til å få informantens egne meninger og forklaringer, motiver og intensjoner (Blaikie, 2010).

### **3.3 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED**

Vitenskapen snakker om ontologi, som er læren om hvordan ting er, om det værende (Eide, m.fl., 2003). Det vil si læren om hvordan alt skjer og oppstår, og om det finnes interaksjonistiske lovmessigheter. Det finnes ulike vitenskapsteoretiske retninger, der for eksempel positivismen bygger på at den eneste erkjente kunnskapen kommer fra empiri (erfaring) og logisk analyse (fakta), hvor ønsket om generalisering og samordning står sterkt (Eide, m.fl., 2003). I motsetning til positivismen er eksistensialismen, hvor den grunnleggende filosofien er individets frihet til egne valg og dets relasjonelle forhold til andre (ibid). I en slik ontologi kan enkelthendelser forklares, men erfaringer kan ikke uten videre generaliseres. Å forske på enkelttilfeller kan ekskludere muligheten for generalisering og overførbarhet, men det kan gi muligheter til å finne årsaker og grunner til at spesielle mønstre oppstår på spesifikke steder. Min intensjon med denne studien har vært å innhente informasjon fra informanternes livsverden, ikke å samle inn kvantitative data for å kunne generalisere.

Vitenskapsteori er fagområdet hvor drøftingene av hvordan man skal gå fram for å samle kunnskap oppstår, og vitenskapelig virksomhet bygger på ulike meninger om hva som er gyldig kunnskap (Aadland, 1997). I følge Aadland kan «kunnskap være faktakunnskap, ordløs ferdighetskunnskap, subjektiv erfaringskunnskap, etc.» (1997, s. 21). Jeg har i studien et hverdagslivsperspektiv med kunnskapssyn plassert i subjektiv erfaringskunnskap. Det vil si at kvinnenens subjektive fortelling (livshistorie) regnes som fakta, og som sant for den enkelte kvinne i hennes hverdagsliv. Tillit og

tiltro til fortelleren er nødvendig. Mistro kan true den type fortrolighet man er avhengig av i relasjonen hvor en livshistorie blir formidlet (Fossland og Thorsen, 2010, s. 63). Poenget med livshistoriefortellingen er en forståelse av personenes liv, og ikke en fortelling basert på fakta hvor det skal hentes inn bevis (ibid).

### **3.4 FORSKNINGSPOSIJON**

Med forskningsposisjon menes forskerens ståsted, både teoretisk, praktisk og sosialt. Det vil si hvilke erfaringer, holdninger og verdier jeg som forsker har med meg inn i studien (Blaikie, 2010).

I min studie bruker jeg halvstrukturerte intervju med intervjuguide til datainnsamlingen, noe som blir nærmere utdypet senere. En intervjusituasjon er konstruert og iscenesatt med et formål: å få informasjon om et tema fra en eller flere informanter. Uansett om informant og forsker kjenner hverandre eller ikke, er slike samtaler / intervjuer preget av spenninger og motsetninger knyttet til de ulike rollene deltakerne har (Andersen, 2013). I følge Andersen (2013) skal intervjuene ikke være for personlige, men likevel ha innslag av nærhet og sosial intimitet.

Fem av informantene er bosatt og jobber i samme kommune som meg. Den siste informanten er ukjent. Kjennskap kan påvirke intervjusituasjonen og muligens svarene på flere måter. Å kjenne til hverandre kan føre til større åpenhet og trygghet, fordi man ikke trenger å bruke tid på å bli kjent. Samtidig kan kjennskap og nærhet føre til at viktig informasjon blir holdt tilbake, fordi det kan være vanskelig å være ærlig overfor forskeren. Å være ærlig og fortelle åpent om livet kan være vanskelig, og særlig overfor kjente. Fordi forskerens bakgrunnskunnskap om informanten muligens kan føre til bruk av ledende spørsmål i intervjusituasjonen. Denne problemstillingen ble drøftet med de fem kvinnene jeg hadde kjennskap til før intervjuene startet, men ingen av dem mente det ville være til hinder for intervjusituasjonen og datainnsamlingen. Tvert imot gav kvinnene uttrykk for at kjennskap gav tillit og troverdighet til forskningsprosjektet. Problemstillingen ble ikke drøftet med kvinnen jeg ikke hadde kjennskap til fra før. Denne problemstillingen blir drøftet mer utdypende senere i kapittelet.

Åpenhet, ærlighet og respekt er verdier som forskeren bør holde høyt gjennom intervjuene, slik at informantene ikke får en opplevelse av skjult agenda og usikkerhet i forhold til hva det ønskes svar på eller hva svarene skal brukes til. Dette er likevel ikke til «hinder for en aktiv og bevisst holdning til hva man kan få ut av informanten, og hva man med rimelighet kan spørre om» (Andersen, 2013, s.

129). Profesjonalitet skal prege intervjusituasjonen, selv om den også skal være sosial og avslappende (Andersen, 2013).

Balanse og målrettethet i informasjonsinnhenting er nødvendig. Det er viktig å holde fokus på studiens formål og hensikt for ikke å komme inn på private temaer som er uvesentlige for forskningsspørsmålet, men som muligens kunne være relevante i videre forstand. I følge Larsen (2002) er det forskerens oppgave å holde seg til de temaene som er avtalt på forhånd. En god egenskap hos forskeren er å kunne fange opp dersom informanten sier noe det kan være nyttig å gå videre med, men som ikke var tenkt på forhånd, og å kunne lede samtalen tilbake til forskningsspørsmålet og intervjuets hensikt. I følge Andersen (2013, s. 121) skal «intervjuren være lyttende, men samtidig ta initiativ uten å overstyre eller lede svar i en bestemt retning».

Intervjuguiden hjelper i så måte å gi tema og ikke konkrete spørsmål, noe som gir kvinnene mulighet til å svare det de selv vil uten at det legges konkrete føringer for svarene. Når jeg innimellom måtte hjelpe dem litt videre, var jeg bevisst på ikke å legge svarene i munnen på dem. Berry (2002) skriver at samtale- og kommunikasjonsferdighet er en av de viktigste ferdighetene en intervjuer kan ha, slik at intervjuet ikke blir en samling spørsmål som krever svar, men mer som en samtale mellom venner.

Tydelighet og åpenhet er viktig i starten av intervjuet, slik at informanten er klar over hva som forventes. Maktforholdet mellom forsker og informant kan i noen tilfeller legge føringer for informantens svar eller handlingsatferd, ved at han svarer eller sier det som han tror forventes av ham. Forskers utdanning og stilling vil kunne stadfeste dette maktforholdet.

I planleggingsfasen er refleksjon over egen forforståelse nødvendig. Forforståelse er viktig for å kunne gå inn i feltarbeid og forskning, og det er nødvendig å klargjøre hva forkunnskapen består av (Fangen og Sellerberg, 2011). Forforståelsen er avgjørende for om vi finner mening i en tekst eller handling, og uten erfaring eller forforståelse er det vanskelig å forstå noe som helst (Aadland, 1997). Tidligere kunnskap, erfaringer, forutinntatte holdninger og meninger er avgjørende for tolkning og forståelse.

Min forforståelse og forkunnskap er knyttet både til egen og venners / kollegers erfaring med sykefravær. Ubevissthet og manglende refleksjon om egne erfaringer vil kunne føre til dårlig forskningsresultat, derfor er bevissthet til egne erfaringer, holdninger og meninger nødvendig. Egne fordommer og erfaringer må parkeres, og ny kunnskap må på plass før intervjuene starter.

## 3.5 VALG AV METODE OG BESKRIVELSE AV FREMGANGSMÅTEN

### 3.5.1 Kvalitativ metode

Valg av metode bestemmes utfra hva som ønskes undersøkt. Kvalitativ forskning og dens metoder brukes i hovedsak for å studere sosiale fenomener knyttet til sosiale relasjoner, opplevelser, mening og oppfatninger, og analyseres via tekst (Fangen, m.fl., 2011). Kvantitativ forskning og dens metoder fokuserer mer på målbare størrelser som i større grad kan måles, veies, telles, og analyseres ved hjelp av tall og grafer (ibid). Kvalitativ forskningsmetode er meningsøkende i sitt vesen, det vil si at metoden søker å finne mening og forklaring på det som skal undersøkes (Blaikie, 2010). Kvalitativ forskningstilnærming skal særlig gi økt kunnskap, forståelse og innsikt i forhold som berører mellommenneskelige relasjoner og deres interaksjon, og sosiale forhold knyttet til menneskers situasjon i deres sosiale virkelighet. Kvalitativ metode og ens forhold til kildene handler om nærhet og distanse (Larsen, 2007). Kvalitativ forskning kan (om noe enkelt) forklares ved at det er kvaliteten på de ulike sosiale forholdene som skal utforskes, forstås og finnes mening med.

Jeg er interessert i å undersøke kvinners opplevelser, erfaringer og tolkning av egen situasjon, altså en subjektiv forståelse og tolkning. Kvalitative data vil gjøre det mulig å oppnå innsikt i hvordan folk håndterer sykdom, og relasjonen mellom sykdom og sykefravær (Solheim, 2011). Opplevelser basert på subjektive fortellinger er vanskelig å tallfeste, dermed var kvantitativ metode utelukket. I større prosjekter kan det være aktuelt å bruke flere metoder samtidig (metodetriangulering) (Fangen, m.fl., 2011), noe som ikke var aktuelt i denne studien.

For å finne litteratur og forskningsrapporter, har jeg gjort litteratursøk i idunn.no, søkt i ulike databaser med arbeid, sykefravær, identitet, livshistorier og hverdagsliv som søkeord. Det er gjort søk i departementene og på regjeringens sider, i tillegg til SINTEF<sup>7</sup>, NOVA<sup>8</sup> og NAV<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> SINTEF: Skandinavias største uavhengige forskningsorganisasjon, [www.sintef.no](http://www.sintef.no)

<sup>8</sup> NOVA: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Fra 1. januar 2014 ble NOVA og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) en del av Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) [www.hioa.no](http://www.hioa.no)

<sup>9</sup> Ny Arbeids- og velferdsforvaltning [www.nav.no](http://www.nav.no)

### 3.5.2 Noen definisjoner

Det er viktig å definere viktige begreper. I forskningsspørsmålet brukes begrepet «opplevelse» knyttet til sykefravær. I analysen brukes begrepene «brudd, forventning, endring», og en definisjon er nødvendig.

*Opplive:* Å oppleve betyr å føle, møte, erfare, være med på, kjenne, tåle, nyte (Berulfsen og Gundersen, 2000). I oppgaven brukes begrepet i denne forståelsen, det vil si informantenes fortellinger knyttet til egne erfaringer.

*Brudd:* I oppgaven brukes begrepet brudd om en hendelse med nedbrytende og/eller ødeleggende karakter (Bury, 1982). «Hendelsen» det vises til i oppgaven er både sykdom og sykefravær. Brudd defineres derfor ved at det har oppstått en sykdom, som fører til brist i jobbrelasjonen for en periode. Det nedbrytende og ødeleggende inntreffer i etterkant av hendelsen, det vil si at det er tiden etter selve hendelsen (sykdom og sykefravær), som er utfordrende. I oppgaven konsentrer jeg meg om opplevelsen etter at sykefraværet har inntruffet, og ikke årsaken.

*Forventninger:* I oppgaven brukes begrepet forventninger i betydningen av å innfri målet om jobbdeltakelse. Arbeidskraften er samfunnets viktigste ressurs, og det uttrykkes ønske om å skape et samfunn som fremmer helse i befolkningen<sup>10</sup> (Helse- og omsorgsdepartementet 2012-2013, Arbeids- og sosialdepartementet 2012-2013). Å være i jobb er helsebringende, samfunnsnyttig og en viktig faktor for eget velbefinnende.

*Informanter / kvinner:* I metodekapittelet bruker jeg begrepene «informanter» og «kvinner». «Informanter» brukes når jeg snakker i generelle vendinger, mens «kvinner» brukes når jeg viser til mine seks kvinnelige informanter. I analysekapitlene bruker jeg begrepet «kvinner», og viser dermed kun til mine informanter. Det er viktig å påpeke at datagrunnlaget i oppgaven kun er bygget på disse seks kvinnenenes subjektive fortellinger.

Når jeg i oppgaven bruker ordet «endringer» knyttet til jobbsituasjon, så mener jeg endringer i forhold til arbeidsoppgaver eller endring av yrke.

---

<sup>10</sup> Helse- og omsorgsdepartementet: Meld.st. nr. 34 (2012-2013)  
Arbeids- og sosialdepartementet: Meld st. nr. 46 (2012-2013)

### 3.5.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Utvelgelsen av informanter skal gjøres med utgangspunkt i hvem man antar kan si noe om det som ønskes undersøkt (Aberbach, m.fl., 2002). Utvalget må være hensiktsmessig slik at det er mulig å besvare forskningsspørsmålet. Kvinner som er, eller nylig har vært sykemeldte ble ansett å være en aktuell gruppe for å kunne belyse denne studiens forskningsspørsmål. Kvinnenes opplevelser og erfaringer knyttet til sykefravær vil kunne gi hensiktsmessig informasjon. Selv om utvalget er hensiktsmessig for denne studien, er det ikke stort nok til å kunne være representativ og gjelde alle kvinner, og svarene vil ikke uten videre kunne generaliseres. Muligheten er likevel til stede for at svarene kan si noe om tilbøyeligheten til, og eventuelt sannsynligheten for, kvinners handlingsatferd i lignende situasjoner.

Utvelgelsen av informanter startet med kontakt med et lokalt NAV-kontor i en nabokommune. Jeg fikk etter hvert tillatelse til å sende ut brev via NAV lokalt i aktuell kommune. Utvalgskriteriene var kvinner i alderen 35 - 65 år, som hadde vært langtidssykemeldt (minst 30 dager). Jeg bestemte meg for kun å bruke etnisk norske informanter. For det første fordi etnisk norske i større grad har sammenlignbar oppvekst, både når det gjelder kultur, samfunnsmessige endringer og familiestruktur. For det andre kunne språket være en utfordring. Den generelle språkforståelsen kan være relativt marginal, og svarene vil kunne være preget av informantens forforståelse og tolkning med bakgrunn i egen kultur og oppvekst. Et intervju hvor informanten har problemer med å forstå spørsmålene, vil fordre bruk av tolk. Misforståelser vil lett kunne oppstå, fordi språk og kultur (oppvekst) har gitt ulike referanser og erfaringer, derfor kan tilskrivning av mening variere fra samfunn til samfunn (Dahl, 2001). Siden jeg ønsket mest mulig sammenlignbare informanter, og på grunn av de økonomiske og tidsmessige rammene jeg hadde til rådighet, valgte jeg å bruke etnisk norske informanter.

Jeg forfattet et informasjonsskriv til aktuelle informanter, som jeg oversendte NAV i aktuell kommune. NAV fant ti informanter innenfor mine utvalgskriterier. Informasjonsskrivet ble kopiert, postet og sendt ut i NAV- konvolutter. I brevet ble informantene bedt om å ta direkte kontakt med meg dersom de kunne tenke seg å delta i studien. På denne måten ville ikke NAV få tilgang til hvem som sa ja til å delta i studien. Jeg mottok ingen informasjon fra NAV om hvem som fikk brevet med informasjonsskrivet fra meg. Ganske snart etter at NAV hadde sendt ut forespørselen ble jeg kontaktet av en kvinne som var villig til å delta i studien. Jeg fikk ikke svar fra de ni andre. Etter noen uker tok jeg kontakt med NAV for å spørre om de enten kunne oppgi navnene slik at jeg kunne ta direkte kontakt med kvinnene, eller om NAV kunne gjøre det. NAV svarte at de ikke hadde notert

seg hvem de hadde sendt informasjonsskrivet til, noe som gjorde det vanskelig for meg å sende ny henvendelse til informantene. Det var ikke noen konkret tidsfrist i forespørselen.

Hvorfor ikke flere svarte på henvendelsen kan muligens ha med NAV å gjøre. Forespørselen ble sendt i NAV-konvolutt, og lederen forfattet et følgebrev med forklaring på forespørselen. Hvordan den enkeltes forhold til NAV er, var ukjent, men en mulig årsak til manglende tilbakemelding kan ha sammenheng med den enkeltes relasjon til NAV. Informasjonsskrivet inneholdt en del tekst, og for noen kan mye tekst være årsak til ikke å lese gjennom skrivet. Når skrivet i tillegg kom i NAV-konvolutt, med følgebrev fra NAV-leder, kan det hende at mottakeren tenkte det hadde med NAV å gjøre og av den grunn ikke tok seg tid til å se nærmere på det. At informasjonsskrivet ble sendt ut tre uker før jul, kan også være medvirkende til liten tilbakemelding. Informasjonsskrivet kan ha blitt liggende og deretter glemt. Det hadde nå gått verdifull tid og jeg måtte finne informanter andre steder.

Jeg tok kontakt med kommunale ledere i min bostedskommune. Etter å ha drøftet med veileder bestemte jeg meg for å finne resten av informantene i min kommune. Jeg tok kontakt med rektoren på den ene skolen i kommunen, men han hadde ingen sykemeldte på det tidspunktet som passet mitt utvalg. Deretter kontaktet jeg det lokale NAV-kontoret, som satte meg i kontakt med en informant. Til sist kontaktet jeg lederen for hjemmebaserte tjenester. Hun satte meg i kontakt med to av sine ansatte, som svarte til mitt utvalg. Disse ble kontaktet og begge gav positive svar. Det ble gjort avtale om tid og sted for intervju. Jeg hadde nå opprettet kontakt med fire informanter som kunne gi nødvendig og tilstrekkelig informasjon, men manglet fremdeles to informanter til.

Etter ny drøfting med veileder begynte jeg å spørre rundt i nettverk og lokalmiljø om det var noen som hadde bekjente som svarte til mitt utvalg. På denne måten fikk jeg kontakt med to informanter til. Begge svarte ja til å være med i prosjektet. Nå hadde jeg de informantene jeg trengte og var klar til å starte intervjuene.

Fem av informantene var hjemmehørende i min bostedskommune, mens den siste var hjemmehørende i en annen kommune. Siden studien ikke omfatter sammenlikninger av kommuner eller arbeidsplasser, mener jeg det ikke er av betydning at informantene er fra ulike kommuner og arbeidsplasser. Alle informantene har faste jobber. Alle har, eller har nylig hatt, et sykefravær og erfaringer og opplevelser knyttet til dette. Felles er også at informantene bor i små kommuner, slik at erfaringer knyttet til forventninger fra lokalsamfunnet vil kunne være sammenlignbare. Det er her kun snakk om informantenes egne opplevelser i møte med lokalsamfunnet og «de andres blikk», ikke hvordan lokalsamfunnet møter den enkelte. Jeg har ikke observert kvinnene eller fulgt dem i sosiale

sammenhenger, det er deres subjektive fortelling om opplevelser og erfaringer jeg bygger oppgaven på.

### **3.5.4 Intervjuguiden**

Intervjuguiden ble utarbeidet for å svare på problemstillingen. En intervjuguide har temaer som intervjuene følger, og ikke konkrete spørsmål. Fordelen med intervjuguide kontra intervju spørsmål, er at informanten kan svare fritt utfra gitt tema. Forskeren kan stille oppfølgingsspørsmål og få mer og dypere informasjon hvis ønskes. Ulempen kan være at ikke alle informantene får samme spørsmål, og datainnsamlingen kan få ulik vektning. Noen informanter kan enklere enn andre formidle levende og fargerikt, mens andre kan være mer stille. Svarene kan bli sprikende og varierende i sin fylde, noe som kan være utfordrende for analysearbeidet i etterkant. Siden studien søkte å finne subjektive beskrivelser av forståelse og tolkning knyttet til sykefravær, mener jeg intervjuguide var hensiktsmessig til datainnsamlingen.

I utarbeidelsen av intervjuguiden ble det tenkt gjennom hva som ønskes besvart og hvordan spørsmålene skulle lyde. Det er viktig å tenke godt igjennom hva en skal spørre om og hvordan spørsmålene skal formuleres (Larsen, 2007, s. 85). Tema ble valgt fremfor spørsmål i intervjuguiden. Det vil gi kvinnene mulighet til å fortelle det de ønsker knyttet til gitt tema. Jeg tenkte grundig gjennom hvor personlig og privat jeg ønsket informantene skulle være under intervjuet. For å få fram foreldrenes påvirkning som rollemodeller knyttet til yrkesaktivitet, ønsker jeg at kvinnene forteller litt fra egen oppvekst. Videre ønsker jeg informasjon om arbeid, familie og fritid, og hvordan samhandlingen mellom dem påvirker kvinnenes hverdagsliv og sykefravær. I følge Larsen (2007) er det viktig å tenke gjennom nødvendigheten av å få informasjon om svært private forhold.

For å sjekke ut intervjuguiden og meg selv som intervjuer, foretok jeg prøveintervju. Jeg fikk konstruktive tilbakemeldinger, både på intervjuguiden og på egen rolle i intervjuet. Det er viktig å være lyttende, samtidig som jeg beholder fokus for å sikre fremdrift. Larsen (2002) skriver at et prøveintervju vil hjelpe forskeren til å bli tryggere i rollen, ved at prøveinformant gir gode tilbakemeldinger både på opplevelsen av intervjuet og hva som kan gjøres annerledes.



### 3.5.5 Innsamling av data

Kvalitative intervju og intervjuguide som metode ble brukt til å samle inn data. Kvalitative intervju er den mest vanlige metoden i kvalitativ forskning (Fangen, 2011). Kvalitativt intervju som metode vil gi innsikt i kvinnenes hverdagsliv, hvordan de forstår, opplever, tolker og årsaksforklarer hendelser og erfaringer knyttet til sykefravær. Kvalitative intervju kan være strukturerte, hvor spørsmålene stilles i samme rekkefølge til alle informantene, eller de kan være ustrukturert, hvor forskeren gir tema informantene kan svare utfra. Jeg valgte ustrukturerte intervju med intervjuguide. Ved bruk av intervjuguide gis informantene anledning til å prate fritt utfra gitt tema, og intervjuer skal ikke styre intervjuet (Larsen, 2007). En intervjuguide er en liste med tema eller stikkord, som brukes som en veiledning under intervjuet (ibid, s. 83).

Intervjuguide er nyttig i den forstand at informantene i stor grad er frie til å fortelle det de ønsker omkring temaet. Ulempen er at informantenes uttalelser kan være mer sprikende enn om alle hadde svart på samme spørsmål i samme rekkefølge. Intervjuguide kan gi mer frihet til informantene og kan gi forskeren viktig tilleggsinformasjon, som ikke var tenkt på forhånd. Det viktig å sjekke intervjuguiden når det gjelder relevans og om den dekker forskningsspørsmålet.

I studien vil det være viktig å få frem den enkeltes subjektive opplevelse og tolkning av hvordan sykefravær påvirker hverdagslivet. Livshistorie og hverdagsliv som metodiske begrep vil gi innblikk i hvordan hendelser i livet påvirker kvinnene i arbeidsrelasjonen. Det vil være viktig å få kvinnenes subjektive opplevelser av sykefraværet, knyttet til egne forventninger om jobbdeltakelse og forventninger fra lokalmiljøet om å være i lønnet arbeid.

Hvor intervjuene skulle gjennomføres ble avtalt med den enkelte informant i god tid før selve intervjuet. Fire av intervjuene ble gjennomført på mitt jobbkontor, et av intervjuene ble gjennomført hjemme hos en av kvinnene og det siste intervjuet ble foretatt på et lånt NAV kontor. Kvinnene ble intervjuet individuelt og datamaterialet ble samlet inn ved hjelp av lydopptakerfunksjonen på min iphon. Dette ble deretter transkribert, analysert og kategorisert. Lydopptakene inneholdt ikke navn på informantene, men ble kodet med tall og slettet etter transkriberingen. De transkriberte intervjuene ble nummerert og fikk etter hvert «nye» navn, som brukes i oppgaven.

En intervjusituasjon er kunstig og iscenesatt av forskeren, og i tillegg ble fire av intervjuene gjennomført på forskerens «hjemmearena». Som nevnt tidligere, hadde jeg kjennskap til fem av kvinnene. Den siste var helt ukjent. Kjennskap til kvinnene i studien kan ikke betegnes som vennskap i forståelse privat, sosial omgang, men heller som bekjente ved at vi er på hilsen ved tilfeldige møter. Siden jeg hadde litt kjennskap til fem av kvinnene fra tidligere, brukte jeg de første

10 minuttene av intervjuene til litt uformell prat. Kvinnen jeg ikke hadde forhåndskjennskap til, brukte jeg litt mer tid på å bli litt kjent med før intervjuet startet. Uansett hvor intervjuene foregikk, tok jeg meg tid til å la kvinnene orientere seg i rommet. Første gang man kommer inn i et rom er det nødvendig å orientere seg og finne ut hvor ting er, slik at man ikke bruker tid på det underveis i samtalen. Intervjuet som foregikk i kvinnens hjem, ble gjennomført på samme måte, men der var det jeg som måtte orientere meg. Deretter presenterte jeg studien, samtaleformen, intervjuguiden og fikk underskrevet samtykke. Det samme gjorde vi i de to siste intervjuene, hvor det ene foregikk på det lokale NAV-kontoret og det andre hjemme hos kvinnen.

Kjennskap til hverandre i en intervjusituasjon kan være både begrensende og betryggende. Begrensende dersom kvinnene ikke tør å være åpne og ærlige, fordi de er redde for å vise sårbarhet og egendefinert mislykkethet. Betryggende dersom kjennskap gir kunnskap om troverdighet og tillit. I samfunnet finnes en hierarkisk inndeling, blant annet etter sosial status og yrke. Vi grupperer, kategoriserer og deler inn. Vi tilhører samme lokalsamfunn, noe som gir informasjon om hvem vi er uten at vi har full kjennskap til hverandre. Denne effekten kan være både positiv og negativ. Positiv i forståelse av at kjennskap gir tillit og trygghet, negativ i forståelsen av at kjennskap ikke gir det. På grunn av intervjusituasjonens karakter, kan maktforholdet mellom forsker og informant være ulikt. Det er derfor viktig å påpeke informantens betydning og nødvendighet, som informasjonsbæreren i studien. Som takk for hjelpen og positiv respons på forespørselen om å være informanter i studien, fikk kvinnene en liten oppmerksomhet etter intervjuet.

### **3.5.6 Analytisk tilnærming**

Å analysere betyr å undersøke det språklige materialet med hensyn til bestanddeler (Berulfsen og Gundersen, 2000). Altså hva teksten består av. For at et kvalitativt forskningsprosjekt skal kunne fungere for sammenlignbare analyseformål, er det viktig at koding og skrivearbeid foregår på en felles samlende måte (Fangen, 2011). Det er gjennom prosessen med å analysere at betydning og mening oppstår (Lindgren, 2011).

Tekstanalyse handler om å sammenføre tekst og kontekst. Den har til hensikt å vise hvordan språkbrukens sosiale, historiske, kulturelle og politiske sammenheng påvirker hvilke betydninger og hvilken mening som skapes (Lindgren, 2011, s. 268). Lindgren (2011) skiller mellom tekstens denotative mening, som er tekstens bokstavelige betydning, og tekstens konnotative mening, som er tekstens sekundære betydning. Det er et hovedpoeng at en tekst alltid betyr flere ting samtidig, noe

som gjør analysearbeidet komplisert og utfordrende (Fangen, 2011). Hensikten med analysen er gjengivelse og drøfting, for å finne mening og svar på forskningsspørsmålet eller forskningsspørsmålene.

En stor utfordring når det gjelder å analysere relasjoner, er at tilgjengelig data (meninger, tanker, holdninger) følger individene, og kan bare bli grepet i «distribusjonsformen» mellom individene og / eller konkrete institusjoner (Bourdieu, 1992, s. 230). I analysen er det nødvendig med en helhetlig tilnærming til kvinnene, for å få en større forståelse av problematikken knyttet til hvordan sykefravær oppleves. Jeg har derfor vært opptatt av å få kvinnenes historier så brede som mulig.

Lydopptak fra intervjuene ble transskribert 2-5 uker etter gjennomføringen. Hvert intervju ble sammenfattet og kategorisert. Dette var nødvendig for å kunne tolke informasjonen og lettere identifisere mønstre, finne likheter og sammenhenger (Larsen, 2007). Deretter merket jeg avsnitt og utsagn i intervjuene, samlet dem og kategoriserte dem under felles overskrifter. Denne prosessen gav åtte kategorier. Det som ikke var relevant for min studie, ble ikke tatt med. Jeg satt igjen med følgende fire overskrifter og hva de kort handler om:

- 1) Brudd med egne forventninger til jobbaktivitet – opplevelsen av å bli syk og ikke mestre jobben.
- 2) Brudd i forventninger fra arbeidsgiver – hvordan arbeidsgiver reagerte på sykefraværet, tilrettelegging og opplevelsen av krav til jobbdeltakelse.
- 3) Brudd med lokalsamfunnets forventninger – utfordringer og opplevelser knyttet til møtet med lokalsamfunnet og deltakelse i det sosiale rom.
- 4) Viktige faktorer som påvirker arbeidssituasjonen – betydningen av medbestemmelse og kontinuitet i jobbrelasjonen.

### **3.6 STUDIENS TROVERDIGHET (VALIDITET OG RELIABILITET)**

Validitet handler om gyldighet eller relevans, det vil si at innsamlet data er relevante og brukbare i forhold til studiens forskningsspørsmål (Larsen, 2007). Med gyldighet menes brukbarhet, altså hvor brukbare er innsamlet data til å besvare problemstillingen.

Seks kvinner ble plukket ut etter gitte kriterier og intervjuet. Kvinnenes svar danner studiens datagrunnlag, men hvor pålitelige er de egentlig? I studien vektlegges kvinnenes subjektive opplevelse og forståelse av egen situasjon. Svarene som er gitt er farget av den enkelte kvinnes erfaringsbakgrunn og forståelse. Jeg er opptatt av hvordan de seks kvinnene opplever eget sykefravær, og ikke faktabasert kunnskap. Jeg jakter på subjektive fortellinger fra kvinnenes

personlige og individuelle ståsted. Det er kvinnenenes egne opplevelser og erfaringer i en gitt ramme jeg vil ha fram. Å definere hva som er riktig og galt i subjektive historier, blir vanskelig. Hvem kan bestemme hva som er riktige eller feil opplevelse? Eller hvem kan si at det er en rett eller feil måte å oppleve en situasjon på? På bakgrunn av opplevelsens subjektive karakter, mener jeg det innsamlede datamaterialet har gyldighet og er brukbare til å besvare studiens forskningsspørsmål. Det er viktig å presisere at dette gjelder kun for min studie av seks kvinner, og kan ikke uten videre overføres som generaliserbare resultater. Det vil si at studien ikke er ment å være generaliserbar og overførbar til å gjelde alle sykemeldte kvinner. Likevel vil det være sannsynlighet for at det kan være sammenlignbare tendenser og tilbøyeligheter.

### **3.7 ANALYSEN OG TRANSKRIPSJONENS PÅLITELIGHET**

Det er kun én person som har foretatt transkripsjonen og analysen. Selv om intensjonen er å gjengi intervjuene så autentisk som mulig, vil muligheten for påvirkning og tolkning være tilstede. Ideelt sett ville det vært best om uavhengige personer hadde foretatt transkriberingen. De ikke ville hatt noen kjennskap eller erfaring fra intervjusituasjonen, og dermed kunne transskribert «rent» uten forkunnskap. Dette var det ikke tid og økonomi til. Under transkriberingen var jeg bevisst denne muligheten for påvirkning.

For å gjengi så korrekt som mulig og for å få fram samtaledynamikken, valgte jeg å ta med pauser, latter, «hm» og «eh» - ord. Jeg valgte ikke å skrive på dialekt fordi det var enklere for meg å skrive bokmål. Ord og begreper kvinnene brukte, ble gjengitt i sin helhet og sammenheng. Alle intervjuene ble transkribert i sin helhet. I et av intervjuene var det en lang og detaljert fortelling av ulykken som forårsaket sykefraværet, noe jeg vurderte som uaktuelt for min studie og forskningsspørsmål. Jeg utelot å transkribere denne delen av intervjuet i fulltekst, men laget et resymé av hendelsen. Resten av intervjuet er transskribert i sin helhet.

### **3.8 FORSKNINGSETIKK**

Studien er forhåndsgodkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og personopplysningene er håndtert forskriftsmessig. I all forskning er etiske retningslinjer og høy etisk standard viktig for å sikre at informasjon blir innhentet, analysert og gjengitt så nøyaktig og riktig

som mulig. Forskningsetiske spørsmål, både i forhold til gjennomføringen av selve forskningen og knyttet til mine egne holdninger og verdier, er viktig og har fulgt meg gjennom studien. Alle kvinnene i studien underskrev skriftlig samtykke. Prinsippet om informert samtykke er en hjørnestein i all forskning, og danner grunnlaget for viktige verdier som tillit, åpenhet, respekt og frivillig deltakelse i forskningsprosjektet (Ehn og Öberg, 2011).

I et intervju vil det alltid være mulighet for tolkning. Informantene har ulike historier og erfaringer med seg til intervjuet, noe som naturlig nok vil prege svarene. Bak all forskning finnes mennesker som har sine egne erfaringer, verdier og holdninger (Larsen, 2007, s. 16). Informantene gir mye av seg selv, og både informant og innsamlet materiale må behandles på en slik måte at det ikke skader informanten og kommer forskningen til gode. Forskningsetikk må alltid være i fokus, og det er min oppgave som forsker å tilegne meg nødvendig kunnskap om de forskningsetiske retningslinjene (Everett, m.fl., 2012).

Selve intervjusituasjonen er konstruert med den hensikt å få svar på spørsmål, og det er viktig med god relasjon i intervjusituasjonen (Ehn og Öberg, 2011). En lyttende holdning og genuin interesse for informantene er nødvendig for at de skal fortelle (ibid). Informantene skal ha en opplevelse av at de er viktige og interessante personer, med erfaring, tanker og refleksjoner knyttet til temaet det forskes på. Informantene er ikke bare et middel til å få den informasjonen jeg trenger, men de er selve studien. Uten dem ville jeg ikke ha noe å skrive om. Det er mitt ansvar som forsker å få informanten til å oppleve seg som en viktig bidragsyter til studien.

Jeg må være klar over egne holdninger og forutinntatte meninger, slik at jeg ikke påvirker svarene eller tolker dem inn i egen forståelse. Noen informanter vil kunne svare åpent og ærlig, mens andre muligens vil prøve å svare slik som de tror forskeren ønsker. Som forsker må jeg være oppmerksom på at noen informanter muligens kan svare «litt etter munnen», det er derfor nødvendig å gjøre intervjusituasjonen så behagelig, trygg og forutsigbar som mulig. Informantene forteller sine subjektive historier og tar med det de mener er relevante opplysninger og kan utelukke andre. De er ikke forpliktet til å komme med objektive faktaopplysninger (Berry, 2002). Informantene forteller historier fra eget liv, og kan komme med betroelser og vanskeligheter. For at jeg som forsker ikke skal havne i terapeutrollen, må jeg ha kunnskap om, og bevissthet i forhold til, den type utfordringer. Forskers utdanning kan påvirke maktforholdet, men kan være noe avhengig av hvem informantene er og hvilken utdanning de selv har.

I starten av hvert intervju ble følgende tre punkter gjennomgått: introduksjon av tema, samtaleform og intervjuguide, taushetsplikt og underskrift av samtykke. Introduksjonen innebar både en

redegjørelse av forskningen og studiens hensikt, og for og «å tune inn» informanten. Intervjuguide og samtaleform var ikke rigid, men tematisk med ustrukturerte spørsmål. Kvinnene kunne derfor prate fritt omkring gitt tema. De ble informert om at de når som helst kunne avbryte intervjuet, men ingen av intervjuene ble avbrutt. Kvinnene fikk informasjon om taushetsplikten jeg som forsker har, og om min søknad og godkjenning fra NSD. Informasjon om konfidensialitet og konsekvenser av deres deltakelse, ble gitt før de ble bedt om å underskrive samtykke. De ble informert om at de når som helst kunne trekke samtykke. Kvinnene ble informert om at eventuelle sitater muligens ville kunne være gjenkjennbare for dem, samtidig er muligheten til stede for at flere av kvinnene ha uttrykt det samme. Av etiske og personlige hensyn er ingen sitater, som kan være gjenkjennbare for øvrige lesere, tatt med i oppgaven.

### **3.9 OPPSUMMERING**

I dette kapittelet er kvalitativ metode med intervjuguide og ustrukturerte intervju presentert. Siden jeg søker å finne svar på hvordan og ikke hvorfor, mener jeg metoden er brukbar og hensiktsmessig for min studie. Kvalitative metoder og case-studier egner seg best til å besvare spørsmål om hvordan fenomener oppleves, ikke hvorfor det oppstår (Andersen, 2013). Metoden har gitt meg verdifull innsikt i hvordan seks kvinners opplever eget sykefravær. Kvinnenes fortellinger er ulike, og alle seks har ulike måter å uttrykke seg på. Målet med studien er ikke å kunne generalisere, men å fortelle seks kvinners historier om hvordan de opplever eget sykefravær. Kvalitative data er uegnet til generalisering, men når hensikten ikke er generalisering, men å søke forståelse knyttet til et gitt fenomen, er metoden brukbar (Larsen, 2002).

Etiske utfordringer, validitet og reliabilitet er viktige faktorer for innhenting og behandling av studiens data. I min studie setter jeg fokus på kvinnenes opplevelse av eget sykefravær, knyttet til brudd med egne forventninger og forventninger fra arbeidsgiver og lokalsamfunn.

## 4 PRESENTASJON AV INFORMANTER

I dette kapittelet vil jeg først presentere studiens seks kvinnelige informanter. Presentasjonen av kvinnene inneholder alder, sivilstatus, antall barn, barnas alder, stillingsprosent og ikke spesifisert sykefraværsårsak. Siden studiens fokus ikke er på sykefraværsårsak, men på *opplevelsen* av sykefravær, vil det ikke bli gitt noen detaljert og konkret sykefraværsårsak. I tillegg vil kjennskap til kvinnenes sykefraværsårsak gi mulighet for identifisering. Jeg mener det er fullt mulig å drøfte kvinnenes opplevelser knyttet til sykefravær, uten å ha detaljert kunnskap om sykefraværsårsak. For å forstå kvinnenes fortellinger om hvordan de opplever å være sykemeldt, er konteksten viktig. I tillegg gis derfor informasjon om kvinnenes oppvekst/bosted og foreldrenes relasjon til lønnet arbeid, siden foreldres jobbrelasjon viser seg å ha betydning for barnas jobbrelasjon. Navnene er fiktive for å anonymisere.

Deretter følger en kort presentasjon av kvinnenes lokalsamfunn.

### 4.1 PRESENTASJON AV KVINNENE I STUDIEN

#### **Lilly:**

Lilly er 52 år. Hun er gift og har tre voksne barn på 21, 25 og 27 år. Alle barna har flyttet ut. Lilly jobber åtti prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Sykefraværet skyldes en jobbrelatert fysisk plage hun har pådratt seg gjennom sitt mangeårige arbeid i helsesektoren. Hun hadde vært hundre prosent sykemeldt en periode, men var på intervjutidspunktet tilbake i seksti prosent. Lillys far døde da hun var liten. Moren hadde vært i fulltidsarbeid gjennom hele Lillys oppvekst.

#### **Pia:**

Pia er 35 år. Hun er samboer og har tre små barn i alderen 2, 9 og 12 år. Pia jobber hundre prosent i NAV-kommune. På intervjutidspunktet hadde hun vært sykemeldt i 30 prosent av stillingen i to måneder. Pia sier at sykefraværet skyldes slitenhet, og var relatert til hjem og familie. Legen diagnostiserte med depresjon. Pias foreldre ble skilt da hun var liten. Begge foreldrene var i full jobb gjennom hele Pias oppvekst.

#### **Silje:**

Silje er 42 år. Hun er gift og har to barn på 12 og 16 år. Begge barna bor hjemme. Hun jobber hundre prosent i et helseforetak. Silje hadde vært helt sykemeldt i 11 måneder på intervjutidspunktet.

Sykefraværet hennes skyldes en akutt fysisk sykdom, og var ikke jobbrelatert. Sykdommen krevde lang restitusjon. Under oppveksten var Siljes mor hjemmeværende, men begynte å jobbe deltid etter hvert. Far til Silje jobbet full tid.

**Mette:**

Mette er 54 år. Hun er gift og har fem voksne barn i alderen 20 til 31 år. Alle barna har flyttet ut. På intervjutidspunktet hadde Mette vært sykemeldt i tre uker. Hun jobber åtti prosent NAV- kommunal. Årsaken til sykefraværet skyldes en akutt fysisk skade, og var ikke jobbrelatert. Mettes mor var hjemmeværende da Mette vokste opp, men hun gikk ut i arbeidslivet etter hvert. Far til Mette jobbet fulltid.

**Trine:**

Trine er 37 år. Hun er alenemor med hovedansvar for to barn på 15 og 17 år. Barnet på 17 år har flyttet ut for å studere, mens barnet på 15 år bor hjemme. Trine jobber seksti prosent i en kolonialbutikk. Årsaken til Trines sykefravær skyldes slitasje. Hennes mor jobbet deltid under oppveksten, men ble uføretrygdet etter hvert. Faren jobbet fulltid.

**Siri:**

Siri er 47 år. Hun er gift og har to voksne barn på 24 og 26 år. Begge barna har flyttet ut. Siri jobber seksti prosent i helsesektoren. Årsaken til sykefraværet skyldes betennelse og væske i ledd. I utgangspunktet var det ikke jobbrelatert, men tunge belastende arbeidsoppgaver over tid førte til økt slitasje og mer smerter. Siris mor var hjemmeværende i oppveksten, men begynte i deltidsjobb etter hvert. Faren jobbet fulltid.

## **4.2 PRESENTASJON AV LOKALSAMFUNNET KVINNENE BOR OG JOBBER I**

Kvinnene som ble intervjuet bor i to kommuner i størrelsesorden 2000 til 7000 innbyggere. For at leseren skal få innblikk i kvinnenenes hverdagsliv, velger jeg å gi informasjon om de to aktuelle kommunenes jobbmuligheter og offentlige treffsteder. Kommunene har egne kommunesentre, hvor kommuneadministrasjon og institusjoner (skoler, barnehager og sykehjem) er plassert. Ingen av kommunene har videregående skoler. Begge kommunene har tradisjon innen skogsdrift og landbruksnæring, og har vært preget av lavtlønnsyrker. Arbeidsmarkedet er begrenset. De fleste arbeidsplassene er kommunale og knyttet til barnehage, skole og helse. For kvinner finnes de fleste yrkene innen helse og omsorg, skole og butikker (mest kolonialbutikker), og betegnes som



lavtlønnsyrker. I tillegg finnes enkelte andre yrker som er mer spesifikke i forhold til konkrete arbeidsoppgaver (NAV, barnevern, lege, helsestasjon, PPT). Valgmuligheten kvinnene har til å bytte arbeid / arbeidsoppgaver eller omskolering er liten innenfor kommunegrensene.

I tillegg til at de fleste institusjonene (skole, barnehage, sykehjem) er lokalisert rundt kommunesentrene er også butikkene det. Dersom det er behov for å være anonym i betydningen av ikke å treffe kjente, må kvinnene ut av egen kommune. På grunn av store landareal og spredt boligbygging, er det nødvendig for de fleste husholdninger å ha to biler for å være i jobbaktivitet. Det er dårlig utbygd kollektivtransport.

I begge kommunene er det blomsterbutikk, byggevareforretning, motorverksted og butikker som selger diverse gaveartikler og klær. Dersom kvinnene skulle ønske å bytte arbeidsplass eller tenke på omskolering, er tilbudet begrenset og de må belage seg på å pendle. Det er liten tilgang til yrker som krever høyere utdanning.

## DEL 2 - ANALYSEN

### 5 BRUDD MED EGNE FORVENTNINGER OM Å VÆRE I JOBB

#### 5.1 INNLEDNING

I kapitlet presenteres og drøftes kvinnenes opplevelser knyttet til det å bli syk og til sykefravær. Kvinnenes brudd med egne forventninger til jobbdeltakelse drøftes i forhold til skjæringspunktet mellom hjem og jobb, og til foreldrenes jobbrelasjon. Egne forventninger om å være i jobb knyttes til de holdninger, normer og regler, som kvinnene har fått gjennom oppvekst og påvirkning fra samfunnet for øvrig. Hvordan det er å bli satt utenfor arbeidslivet og hvordan dilemmaet mellom jobb og familie påvirker egne forventninger.

Ordet *forventninger* brukes som betegnelse på de holdninger, normer og regler, som danner bakgrunn for jobbdeltakelse. Med *brudd* menes at det ikke lenger er samsvar mellom gitt forventning og gitt handling, der *forventningen* er knyttet til jobbdeltakelse og *handlingen* til utførelsen av jobben og arbeidsoppgavene. Med *handlingsrom* menes handlinger og gjøremål i kvinnenes hverdagsliv, som kvinnene tok for gitt før sykdom og sykefraværet inntraff.

#### 5.2 EN ØDELEGGENDE HENDELSE

Kvinnene i studien har vært yrkesaktive i hele sine voksne liv. For tre av kvinnene har yrkesaktiviteten kun vært avbrutt av graviditeter. De tre andre har hatt noe sykefravær i tillegg til fravær under graviditet. Alle kvinnene i studien uttrykker sterke ønsker om å være i lønnet arbeid. Jobben gir dem først og fremst nødvendig inntekt, men også sosial tilhørighet, mestring, aktiv samfunnsdeltakelse og opplevelsen av å være nødvendig. Å bli sykemeldt betyr reduksjon av nevnte faktorer. Sykdom kan oppleves som et brudd eller en ødeleggende/nedbrytende hendelse (disruptive event), som kan føre til kortere eller lengre sykefravær (Bury, 1982). I tillegg kommer begrensning i eget handlingsrom. Når sykdom inntreffer og sykefravær blir et faktum, blir handlingsrommet innskrenket og forstyrret. En gjennomgang av hva dette betyr for den enkelte er nødvendig. Hvilke tidligere erfaringer og livshendelser finnes, og hvordan disse ble håndtert, er avgjørende for hvordan kvinnene i studien håndterer eget sykefravær. Hvordan hendelsen/bruddet håndteres, er avhengig av den sykemeldtes tilgjengelig kognitive bagasje og tidligere erfaringer (Bury, 1982, Solheim, 2011).

Ved langvarig eller kronisk sykdom kan det oppstå en «kritisk situasjon» eller en form for biografisk brudd (biographical disruption) (Bury, 1982). En revurdering av hverdagens selvfølgheter blir nødvendig. Dersom kroppens funksjoner og reaksjoner endres, innebærer det vanligvis en revurdering av livshistorien (Fossland og Thorsen, 2010). Det vil si at selvbilde og identitet blir utfordret, og tryggheten man tidligere hadde i møte med andre mennesker, kan bli redusert (ibid).

For Trine var jobben en viktig faktor både for selvbildet og egenverd. Hun hadde jobbet siden hun var 16 år, og var vant til å stå på. Jobben gav henne opplevelse av mestring og normalitet. Trine opplevde sykemeldingen som et tap av mestring. Hun var lenge i jobben selv om hun hadde smerter. Hun gikk ikke til legen før hun nærmest kollapset på jobb. Hun hadde et ønske om at smertene til slutt skulle forsvinne, slik at hun kunne fungere adekvat i jobben. Når det ikke skjedde ble hun tvunget til å ta det mer med ro, og fikk en lengre sykefraværsperiode. Det var ikke noe hun ønsket, men hun innså at om hun skulle bli bedre måtte hun ta det med ro. Trine gir tydelig uttrykk for at hun ønsker å være i jobb, og sier: *«Jeg har jo jobbet 150 prosent hele tiden og det synes jeg nesten er det verste med meg nå at jeg faktisk ikke kan jobbe...»* (Trine).

For Trine ble sykemeldingen et brudd med egne forventninger om å mestre jobben, noe som var vanskelig å takle. Hun har negative tanker om seg selv, og er redd for andres meninger. Trine har mange utfordringer knyttet til helseplagene, men beskriver likevel at «det verste med henne» er å være sykemeldt. Hun knytter sykefraværet nærmest til en egenskap ved seg selv. På grunn av sykdomsforløpet fikk hun nedsatt fysisk fungering for en periode, og hun måtte ha hjelp til ulike gjøremål, som å vaske huset, handle inn mat og liknende. Hverdagslivets strukturer og den tidligere kjennskapen til disse ble redusert (Bury, 1982). Trine forteller:

*«... og jeg kunne jo bruke en halv time på å komme opp trappa hjemme, for det var ikke noe kraft igjen... så det var både psykisk og fysisk tungt og jeg måtte ha ei venninne til å vaske huset, og man føler seg virkelig helt elendig egentlig...»* (Trine).

Når det gjelder det sosiale aspektet ved å bli sykemeldt sier Trine det slik:

*«Du mister mye sosialt ved ikke å være i jobb, og mister mye av det å være der for noen... utføre et viktig arbeid... og de sier det er en del av identiteten din. Om du vil eller ikke så blir det det, og det var vondt for meg»* (Trine).

Å bli syk og sykemeldt innebar en dobbelt belastning for Trine; hun fikk periodevis nedsatt fysisk fungering, og hennes sosiale tilhørighet og kollegiale støtte ble redusert. Trine ble borte fra jobben over en lang periode, noe som både medførte en bedring av helsesituasjonen, men også redusert sosial kontakt med kolleger og venner. For noen kan sykemelding kan fungere som en ressurs ved at

nødvendig hvile og fravær av belastende arbeidsoppgaver oppnås (Gjernes, 2012). Men sykefravær kan også ha en noe negativ karakter, nettopp fordi det oppstår en redusering av sosial tilhørighet.

Lilly, som jobber i helsesektoren, hadde ikke noe ønske om å bli sykemeldt. Hun uttrykker et sterkt ønske om å klare jobben, og sier at hun på det tidspunktet ikke hadde behov for pause eller opphold i jobbrelasjonen. Lilly vet at å jobbe i helsesektoren kan medføre stor kroppslig belastning og slitasje, men å bli sykemeldt var det siste hun ønsket selv om hun merket at plagene ble verre.

*«Men jeg gikk jo på jobb hele tiden, så jeg gikk jo egentlig med dette problemet i to år (...) Den dagen kom tårene for det var egentlig en merkelig opplevelse. For det er klart at da hadde jeg nok presset meg veldig lenge og jeg var sikkert litt sånn stressa og tenkte hvordan skal dette gå...» (Lilly).*

Lilly hadde vært yrkesaktiv hele livet og hadde alltid hatt høy terskel for å være borte fra jobb. Hun hadde høye forventninger til egen mestring av arbeid, både i tilknytning til arbeidsoppgaver hjemme og på jobb. Når helseproblemene ble så store at hun ikke klarte arbeidsoppgavene, ble det et nederlag. Etter en sykefraværperiode merket hun likevel at sykefraværet hadde vært nødvendig, og at helseutfordringene hadde bedret seg. For å få nødvendig hvile og restitusjon, kan et sykefravær være en ressurs for å få arbeidstakeren arbeidsfør igjen (Gjernes, 2012). For Lilly førte sykefraværet til en bedring av helsetilstanden, men hun fikk dårlig samvittighet fordi hun ikke klarte jobben sin, og særlig kjente hun på merbelastningen det førte til for kollegene. Lilly hadde liten erfaring med å være sykemeldt fra tidligere, med unntak av graviditetene, og hadde lite å relatere situasjonen til. Det var vanskelig for henne å håndtere sykdommen og godta bruddet med jobben, noe som førte til redusert mestringsfølelse.

*«Det var vel derfor det ble såpass tøft den dagen da jeg fikk sykemeldingen, det ble noe helt nytt for meg, en helt ny erfaring... følte at jeg ikke mestra, at jeg ikke takla jobben (...) litt sånn nederlag på en måte... kan kanskje si det, sånn at selv om det var en grunn til det så var det ikke akkurat en sånn god følelse der og da (...) Jeg har nok ganske høye forventninger til meg selv, jeg vil prestere og det skal være i orden og på stell... og får fort dårlig samvittighet på jobb...» (Lilly).*

For Lilly innebar helsesituasjonen tilrettelegging og omorganisering både hjemme og på jobb. Eget handlingsrom som hun tidligere hadde tatt for gitt med sine aktiviteter og gjøremål, måtte nå planlegges og forberedes. Hverdagens handlinger og selvfølgeligheter måtte revurderes og mye måtte endres (Bury, 1982). Hun måtte være forsiktig så ikke helsesituasjonen forverret seg. Det var nødvendig med et lengre sykefravær for å få redusert plagene. Langt sykefravær kan øke risikoen for

sementert sykerolle, mens for kort sykefravær kan føre til stress og opprettholdelse av helseplagene (Fugelli, 2010). Det er viktig å finne en balanse, som kan føre til reduksjon av helseplagene og samtidig unngå sementering eller stress i sykerollen (ibid).

Lilly uttrykker også egne forventninger til å mestre, og har et ønske om å fremstå som den flinke, plikttoppfyllende og dyktige arbeideren. Hun sier:

*«Selv om jeg har hatt noen småting, så har jeg alltid tenkt at jeg kan i alle fall klare å være på jobb. Så det gjorde noe med identiteten å bli sykemeldt... Jeg ville være den der «flinke», som ikke har noe og som ikke synes noe er noe problem...» (Lilly).*

Lilly ville gjerne fremstå som flink, effektiv og dyktig, noe som for henne er uforenelig med et sykefravær. Hennes behov for å opptre som forventet, i betydningen av å mestre jobben, ble brutt og førte til reorganisering av egne holdninger og handlingsmønstre. En gjennomgang av selvpresentasjonen og hvordan man fremstår for andre, er nødvendig for å opprettholde egenverd og positiv selvfølelse. Vi overvåker nesten konstant egen atferd, og hvordan andre ser på oss og hva de mener om oss (Scheff, 1990). Oppfører vi oss riktig? Liker de andre det de ser? Noe som fører til en følelsesmessig respons på det vi oppfatter hos den andre (ibid). Når denne overvåkningen fører til egen devaluering vil det være stor sannsynlighet for å tenke at andre også devaluerer oss.

Pia sier ikke så mye om hvordan hun ønsker å presentere seg selv, men sier hun fikk dårlig samvittighet og opplever det ubehagelig å være sykemeldt. Hun har erfaringer fra tidligere perioder med sykemeldinger, og vet hva som venter. Når hun på nytt kjenner hverdagens utfordringer, prøver hun først å ignorere symptomene fordi hun ikke ønsker å være sykemeldt. *«Jeg merka at jeg var på vei et eller annet sted som jeg ikke hadde lyst til å være... så jeg merka at jeg kjente det igjen...» (Pia).*

Hun sammenligner seg med kollegene sine og mener hun skal kunne klare jobben like godt som dem. For Pia vil en sykemelding være et tegn på at hun ikke mestrer jobben, noe hun beskriver som en bekreftelse på at hun ikke takler hverdagslivets utfordringer like godt som kollegene. Hun ønsker ikke at noen skal vite at hun er sykemeldt, og får derfor en gradvis sykemelding. *«Hun (legen) hadde egentlig tenkt at jeg skulle være sykemeldt fullt, med det hadde jeg ikke tid til (...) Jeg tror nok at det var litt ubehagelig å være syk» (Pia).*

Pia relaterer *ubehaget* til at de er få på jobb, og at hennes sykefravær derfor vil bli belastende på de andre. Arbeidsoppgavene må følges opp av kollegaer, som dermed får mer arbeid. I en allerede hektisk og krevende jobb-hverdag, er det en ekstra belastning å tenke på at hennes fravær fører til merarbeid for kollegene. Dårlig samvittighet og opplevelsen av ubehag kan muligens forstås i

betydningen av ikke å innfri egne forventninger til hvordan hun ønsker å fremstå og presentere seg selv overfor andre. Vi prøver å forestille oss hvordan andre ser på oss ved å prøve å sette oss i de andres sted (Scheff, 1990). Pia forventer at hun skal klare jobben på lik linje med kollegene, som hun sammenligner seg med. Når hun ikke klarer det oppstår en situasjon, som først og fremst fører til brudd i hennes egne forventninger om hvordan hun ønsker å fremstå, men også et fysisk brudd ved at hun ikke klarer å ivareta forventet jobbdeltakelse. En situasjon som vil kunne føre til overfølsomhet overfor andres meninger om hvordan de ser på henne.

Også Silje ønsker å fremstå som en som mestrer jobben. Hun hadde hanglet litt før hun plutselig ble akutt og alvorlig syk. Siden sykefraværet oppstod som følge av akutt fysisk sykdom, fikk hun ikke anledning til å reflektere over følgene av det å bli sykemeldt. Først når helsetilstanden bedret seg og det nærmet seg slutten på sykefraværsperioden, var hun bekymret for ikke å klare jobben. «... å måtte gå tilbake og sykemelde seg igjen ... det var jeg litt redd for» (Silje).

Silje gav uttrykk for at hun var redd for en ny fraværsperiode. Hun ville gjerne være frisk nok til å mestre jobben. Hun har ikke lyst til å være blant dem som ikke er i arbeid og ikke har noe fast å gå til hver dag. I dette ligger en forventning om ikke å bli en deltaker i «Utenforskapet» (Fugelli, 2010). Samfunnets krav til jobbdeltakelse, og fokus på arbeid som helsefremmende, vil kunne føre til en annerledeshetsfølelse hos dem som ikke innfrir kravet. I følge Hernes (2010, s. 19) gir jobben selvaktelse og en følelse av likeverd med andre, i tillegg til å definere og bekrefte viktige sider ved personlig status og identitet. Fravær og brudd i jobbrelasjonen vil kunne føre til en opplevelse av ikke å være like flinke og mestrende som forventet.

### **5.3 I SKJÆRINGSPUNKTET MELLOM HJEM OG JOBB**

Kvinnene i studien har mange roller å fylle, og flere av rollene er omsorgsroller. Fire av kvinnene har et typisk kvinne- og omsorgsyrke. Etter at kvinner har blitt mer delaktige i arbeidslivet, har de stadig fått flere roller som skal fylles (Gamkinn, 2013). Å yte omsorg «overalt» kan bli slitsomt og tappende. Rollekonflikt oppstår når to roller eller forventninger, som en person skal fylle, er i konflikt med hverandre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Noe som gir indre konflikt med mulighet for dårlig samvittighet og nedsatt tillit til egen rollehåndtering. Forskningen til Kostøl og Telle (2011) viser at den doble byrden kvinnene utsettes for ved å ha omsorg for familie og lønnet arbeid ikke ser ut til å ha avgjørende effekt på sykefraværet, men mener temaet krever mer forskning. Uansett mener kvinnene i studien det er viktig å fungere godt på hjemmebane for å klare jobben.

Begge deler er nødvendige, svikter det den ene plassen vil det ha innvirkning på den andre. Kvinners økende yrkesdeltakelse har betydd økt ansvar både hjemme og på jobb, og kvinner i større grad enn menn, opplever størst konflikt og fasilitering mellom jobb og familie (Innstrand, 2010).

Pia beskriver konflikt mellom rollene som mor og arbeidstaker, og mener hun ikke innfrir egne forventninger til rolleutøvelsen. Noe som gir henne en opplevelse av å være utilstrekkelig på jobb og en dårlig fungerende mor. Pia er den eneste i mitt materiale som har små barn. Hun er den yngste kvinnen og også den eneste kvinnen som oppgir hjemmet som mer belastende enn jobben. Hun mener det blir for mye å gå i full jobb samtidig som barn og familie skal følges opp. Hun klarer ikke å fylle rollene slik som hun ønsker. *«Jeg har nok veldig mye dårlig samvittighet over alt jeg ikke får gjort...»* (Pia).

Pia relaterer dårlig samvittighet både til hjem og jobb, hun strekker ikke til noe sted. Hjemme har hun redusert kravene til huslig aktivitet, men har dårlig samvittighet fordi hun ikke strekker til overfor barna. Kvinner som opplever konflikt mellom jobb og familie kjennetegnes blant annet av at de har små barn og høyt arbeidspress (Innstrand, 2010). På jobb var det vanskelig å følge opp arbeidsoppgavene. Belastningen mellom jobb, hjem/familie og de ulike rollene: mor, kone, venninne og yrkesaktiv kvinne, begynner å sette spor. Hun strever med å få oversikt og tid nok til alt som skal gjøres og følges opp.

*«Jeg opplever nok at når jeg ikke har det bra noen plass, så blir det totalen av alt som gjør at jeg kollapser... jeg tror nok at når jeg følte at jeg var veldig sliten og deprimert, så ble liksom ingenting bra... ville egentlig helst være for meg selv...»* (Pia).

Totalbelastningen er stor, kravene mange og dagene for korte til å få gjennomført alle oppgavene. Hun tar kontakt med legen som anbefaler full sykemelding, noe som er utenkelig for henne. Hun vet at arbeidsoppgavene vil bli liggende i sykefraværperioden og resultere i stort arbeidspress når perioden er over. Pia får diagnosen depresjon, og blir enig med legen om gradert sykemelding. Selv føler hun seg ikke deprimert, men sliten. Hun sier: *«Jeg tenker at når du er sliten så klarer du fortsatt å se andre enn deg selv, men når du er deprimert da har du nok mer en sånn innover skuende selvmedlidenhet enn når du er sliten...»* (Pia).

Pia skiller mellom det å være deprimert og det å være sliten. Hun beskriver seg selv som sliten og ikke deprimert, og mener hun fremdeles har blick for omgivelsene og ikke bare på seg selv. Det kan være vanskelig å avgjøre hvor skillet går. I studien til Lilleaas og Widerberg (2002) skilte informantene mellom fysisk og psykisk trøtthet, og mente det var enklere med fysisk trøtthet enn psykisk trøtthet. Fysisk trøtthet sitter i kroppen, mens psykisk trøtthet sitter i hodet (Lilleaas og

Widerberg, 2002). Pia kjenner på trøtthet både i hodet og i kroppen, og mener det har sammenheng med hennes totale hverdagsliv. Pia føler seg dratt mellom hjem / familie og jobb, og slitenheten kommer av opplevd stress og rollekonflikt. Når den fysiske belastningen blir for stor og det oppstår situasjoner hvor tid og kreftene ikke strekker til, blir trøtthet et faktum. Dersom situasjonen er belastende over tid, og trøttheten ikke blir møtt, vil stresset forflytte seg til hodet. Trøttheten i hodet tar energi og kan være vanskelig å bli kvitt (Lilleaas og Widerberg, 2002).

Pia står for det meste av husarbeid og oppfølging av barna, og det er liten arbeidsfordeling hjemme. Hun jobber hundre prosent, mens mannen er arbeidsledig. På spørsmål om de snakker om arbeidsfordelingen hjemme, svarer Pia nei. Hun har ikke vært tydelig overfor mannen om hvordan hun har det og hva hun mener han bør hjelpe til med. Pia sier de ikke bruker å snakke om sånne ting hjemme.

*«... og jeg tror nok at hvis han (mannen hennes) får seg en jobb snart så tror jeg nok at jeg vil tenke på å gå ned i 80 prosent stilling... for det er for mye når jeg skal ha ansvar for det meste av logistikk og oppgaver hjemme» (Pia).*

For Pia er det konfliktfylt å gå i full jobb, samtidig som hun har ansvar for det meste på hjemmebane. Dersom situasjonen vedrørende samboers arbeidsforhold endres, vil hun vurdere å redusere stillingsstørrelsen, i alle fall for en periode. Hun er for tiden familiens hovedforsørger, og kan derfor ikke redusere stillingen nå. *«... og så krever det veldig mye energi å fokusere på at man faktisk har barn og faktisk må håndtere livet og alt det der, samtidig som man føler at man ikke har det så bra...» (Pia).*

Studien til Solheim (2011) viser at det er kvinnene som står for det meste av husarbeidet og har hovedansvaret for å holde familien sammen. Pia kan bli sykemeldt fra jobben, men ikke fra familien. Familien og mammarollen kan kvinnene ikke sykemelde seg fra, men sykemelding kan gi fritak fra lønnsarbeid (Solheim, 2011, Gjernes, 2012). Pia sier at å gå på jobb gir henne opplevelse av mestring og å være nyttig. Det gir avlastning fra hjemmet og opprettholdelse av sosial tilhørighet. Hjemme føler hun seg mislykket og stadig i konflikt med egne forventninger. I tillegg får hun ikke nødvendig støtte og hjelp fra samboeren. Selv om utfordringene og belastningene er størst på hjemmebane, kan ikke Pia bli sykemeldt fra familien og hjemmet. Hun må redusere jobbfrekvensen og ta tak i det som er årsaken til sykefraværet.

For Silje er det viktig å klare hus og familie før hun kjenner seg klar til å jobbe etter sykefraværet. Selv om hun klarer å redusere kravene til husarbeid, har hun behov for å kunne opprettholde et visst nivå av orden, system og renhold. Hun ønsker å ha et hus som er presentabelt når det kommer besøk,



og vil gjerne være i stand til å klare det. «Jeg tenkte før jeg begynte å jobbe at jeg må kunne greie å fungere ganske greit hjemme før jeg begynner å gå på jobb...» (Silje).

Det handler om hvordan Silje ønsker å presentere seg selv, og hvordan hun ønsker å fremstå hjemme og på jobb. Vi overvåker egen atferd, og prøver å tilpasse den til andres forventninger (Scheff, 1990). Handlinger og atferd vi opplever som betydningsfulle og viktige, utfører vi for å tilfredsstille egne forventninger, og for å presentere oss for andre. Siljes prioriteringsrekkefølge er hjem før jobb, og hun formidler et behov for å klare arbeidsoppgavene knyttet til hjemmet før hun bruker krefter på jobb. Hun har nettopp vært gjennom en lengre fraværsperiode, og gleder seg over å være litt tilbake på jobb. Hun må ta det med ro for ikke å få tilbakefall. En stressopplevelse mellom hjem og jobb vil kunne medføre lengre rekonvalesenttid. Silje gir uttrykk for at ny sykemelding vil være vanskelig.

For Silje var tanken på å gå tilbake i full jobb både skremmende og gledelig; skremmende fordi hun er redd for å få kroniske plager og gledelig fordi hun er glad i jobben og kollegene. Det er viktig at den skremmende tanken ikke får overtaket og hindrer henne i å gå tilbake i jobb. Katastrofetanker knyttet til jobb, som forteller deg at du blir verre av å jobbe, hindrer og reduserer mulighetene for å komme tilbake til jobben (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Silje vil ta hensyn til legens anbefalinger, slik at sykdommen ikke skal gi ettervirkninger og i verste fall kroniske plager

Siri føler at hun ikke strekker til i hverdagen, og må redusere kravene til arbeidsoppgaver både hjemme og på jobb. Selv om hun ikke har små barn lengre, bruker hun begrepet *dårlig samvittighet* både i forhold til hjem og jobb.

*«Dårlig samvittighet har jeg for at jeg er vekk fra jobb, føler jo veldig på det (...) Dårlig samvittighet, det har jeg jo... det er bare fordi jeg ikke mestrer det, og det har jeg slitt med før også, særlig da ungene var små...» (Siri).*

Siri har lært å sette ned krava knyttet til arbeidsoppgaver hjemme. Mye faller på mannen, noe som gir henne dårlig samvittighet. På jobb er det arbeidsoppgavene hun ikke klarer på grunn av helsesituasjonen, som gir henne dårlig samvittighet overfor kollegene. Siri beskriver seg selv som en som står på og som gir hundre og ti prosent, noe hun merker hun ikke klarer nå. Hun er lei av ikke å kunne gjøre noe og forteller om mye frustrasjon over at hun ikke blir bedre av å ta det med ro. Dårlig samvittighet er en konstant følelse, som hun ikke klarer å gjøre noe med.

Huset og familien er i stor grad kvinnenens domene. For noen tiår siden ble kvinnenens egenskaper som hustru, mor og kvinne i stor grad bekreftet gjennom hennes måte å håndtere hus og familie på (Ericson, 1996). Kvinnene i studien gir også uttrykk for at hus og familie er viktig og noe de ønsker å mestre. De ønsker å være yrkesaktive, fremstå som attraktive og samfunnsbevisste, samtidig som de

ønsker å være flinke i den forstand at de har huset i orden og på stell. De skjøtter jobben og arbeidsgivers forventninger. Sykemeldingen i seg selv blir utfordrende fordi den rokker ved egne forventninger om hva de mener de skal klare. Pia sier: «... jobben er noe jeg burde ha greid(...) jeg tenker at jeg egentlig synes det er litt pinlig å være sykemeldt ...» (Pia).

I utsagnet ligger en forventning til egen jobbmestring, og det *pinlige* ligger i opplevelsen av at hun ikke mestrer jobben på lik linje med kollegene. Hun mestrer ikke egne forventninger til å håndtere arbeidsoppgavene slik som de andre. Pia ønsker å fremstå som dyktig og flink, og vil gjerne klare det samme arbeidspresset som kollegene hennes. Samtidig ønsker hun å ha hus og familie i fokus, og hjemmet skal være rent, pent og koselig. Det skal være middager og familiehygge, og barna skal følges opp i forhold til skole og ulike aktiviteter. Belastningen for Pia ligger i skjæringspunktet mellom hjem og jobb.

Lilly er blant kvinnene i studien, som har voksne barn og som opplever den største belastningen på jobb. Hun beskriver arbeidsperioder med mye fokus på omorganiseringer og effektivisering, noe som gir økt stressnivå. Organisatoriske forhold, som for eksempel omorganiseringer og krav og forventninger fra brukersiden, kan være faktorer som påvirker sykefraværet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Arbeidsoppgavene blir flere og noen ble endret, men skal likevel utføres innenfor samme tidsramme. Kravet til fleksibilitet og nytenkning øker. Økt fokus på tidsbruken og redusert fokus på utførelsen av arbeidsoppgavene blir en av effektene. Krav og forventninger til raskt utførte arbeidsoppgaver, samtidig som kvaliteten skal være på topp, kan føre til personlig rollekonflikt. En personlig rollekonflikt kan oppstå når to roller eller forventninger som en person skal fylle er i konflikt med hverandre, for eksempel krav til kvalitet versus tilgjengelig tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 96). Lilly mener det medfører dårligere tjenester for brukerne, og gir dårlig samvittighet og redusert opplevelse av oppgavemestring for henne. Belastningen ligger i skjæringspunktet mellom utførelsen av arbeidsoppgavene og tiden som var til rådighet, noe som over tid blir en ekstra belastning for de ansatte (Gjernes, 2012).

*«Og jeg har følt veldig på dette med stress og sånn, det er jo sånn som gjelder for mange og ikke bare for meg, men jeg vet godt hvordan det er å kjenne på det når jeg er på jobb og derfor så prøver jeg å være bevisst på det... jeg kan ikke være overmenneske heller...»*  
(Lilly).

Mette er også blant informantene som har voksne barn. Hun mener hun har gjort gode valg og tatt sine forhåndsregler for ikke å havne i konflikt mellom hjem, familie og jobb. Hun har redusert

stilling for å kunne opprettholde tid og overskudd til familie og fritid. Selv om ønsket om full stilling er til stede, vet hun at helsen ikke vil tåle belastningen.

#### 5.4 OPPVEKST OG FORELDRES PÅVIRKNING

Kvinnene i studien forteller om foreldre som hadde vært i arbeid. Fem av kvinnene forteller om mødre og fedre med god helse og lite sykefravær. Den siste kvinnen har foreldre som ble uføretrygdet før pensjonsalder (Siri). To av kvinnene (Lilly og Pia) har mødre i full jobb gjennom oppveksten. De andre fire kvinnene har mødre som var hjemmeværende under oppveksten, men som begynte i deltidsjobber etter hvert. Kvinnene oppgir at fedrene var i full jobb hele tiden. Lillys far var i jobb fram til han døde forholdsvis ung. Ingen av kvinnene i studien forteller om oppvekst i dysfunksjonelle familier. Jeg vil likevel se om det i studien kan finnes grunnlag for å undersøke om det er en sammenheng mellom kvinnenens jobbdeltakelse og deres oppvekst knyttet til foreldres jobbrelasjon.

Solheim og Batt-Rawden (2011) og Olsen og Jentoft (2010) finner i sine studier en sammenheng mellom sykefravær og hendelser knyttet til personens livsløpsperspektiv. For eksempel oppvekst i dysfunksjonelle familier (Olsen og Jentoft, 2010). De sosiale forholdene gjennom oppveksten, og rollemodellene de nære voksne er, blir avgjørende for den ballasten den enkelte får med seg og kan ha betydning for sykefraværet (Olsen og Jentoft, 2010).

Lilly er vokst opp med mor i full jobb (far døde tidlig), og lærte tidlig å jobbe og stå på. Hun har nesten ikke vært borte fra jobb. Hun er innprentet med at det å gå på jobb er viktig, normalt og nødvendig, og det skal mye til før hun er borte fra jobb.

*«Jeg har jo en mor som har vært yrkesaktiv i alle år, så jeg er jo vant med det... det har liksom alltid lagt der. Legger seg jo ikke hjemme for ingenting, og jeg mener selv jeg har en høy terskel for å være vekk...» (Lilly).*

Lilly medgir at hun har vært heldig og har hatt god helse, som har ført til at hun ikke har mye erfaring med sykefravær tidligere. I tillegg mener hun at morens «stå på»-mentalitet har hatt betydning for holdninger og verdier knyttet til å gå på jobb selv om hun i perioder har vært sliten.

Siri forteller at begge hennes foreldre ble uføretrygdet før pensjonsalder på grunn av kronisk sykdom. Hennes mor var først hjemmeværende, men begynte i lønnet arbeid etter hvert som barna

ble voksne. Moren ble tidlig ufør. Siri forteller at foreldrene hennes sliter med samme helseproblemene som hun selv er plaget av, og hun antar det er arvelig.

Siljes far hadde full jobb, og mor var hjemme mens Silje og søsknene var små. Siljes mor gikk tilbake til jobb da Silje var tenåring, og foreldre har alltid stått på og jobbet. Hun sier: *«Det var jo ikke så vanlig då at mødre var ute i jobb... har alltid stått på og det har de gjort begge to, så det ligger nok noe i det at jeg er vant til det med arbeid...»* (Silje). Silje jobbet full stilling fram til sykdommen inntraff. Hun gir tydelig uttrykk for at hun ønsker å jobbe hundre prosent igjen dersom helsen tillater det, og redusert stilling ønsker hun ikke å se på som et alternativ.

Mette forteller om foreldre som var i arbeid gjennom hennes oppvekst. *«... og min far jobbet jo hundre prosent pluss litt til så det er jo... jeg er vant til foreldre som jobber»* (Mette). Mor var i jobb fram til hun fikk barn, og var hjemmeværende mens Mette var liten. Mettes mor gikk tilbake til arbeidslivet da Mette begynte på ungdomsskolen. Det var ikke så vanlig i hennes oppvekst å ha mødre som var i arbeid.

Trine forteller at hennes mor etter hvert ble uføretrygdet. Før moren ble uføretrygdet jobbet hun deltid, og faren har alltid jobbet mye. Trine mener han var mer på jobb enn hjemme. Hennes far gir henne liten forståelse for at hun kun jobber 60 prosent stilling, og mener at nå når problemene hennes er borte så bør hun jobbe fullt.

Som barn blir vi påvirket av holdninger og atferd til våre omsorgsgivere gjennom barndom og oppvekst. Foreldre og andre omsorgsgivere er viktige rollemodeller, også når det gjelder deres tilknytning til arbeidslivet. Oppvekstmiljø og foreldres påvirkning viser seg å kunne ha betydning for jobbrelasjonen i voksen alder (Olsen og Jentoft, 2010). En av kvinnene (Siri) i studien forteller at hennes foreldre tidlig ble uføretrygdet, og oppgir at det er av samme årsak hun nå er sykemeldt. Muligheten for arv er til stede, selv om arvelighet ikke er påvist. Siri er den kvinnen i min studie som har minst stillingsbrøk, og som oppgir mest sykefravær.

Alle kvinnene i studien mener at foreldrenes jobbrelasjon og deres holdninger til jobbdeltakelse har hatt betydning for deres egen jobbrelasjon i voksen alder. Solheim og Batt-Rawden (2011) påpeker betydningen av at sykefravær og sykdomsutvikling alltid må sees i sammenheng med folks liv. Livshistorien og hendelser tidligere i livet vil kunne ha betydning i voksen alder (Olsen og Jentoft, 2010, Solheim og Batt-Rawden, 2011). For Siri kan årsaken til sykefraværet være arvelig sykdom, men hun kan også være påvirket av foreldre som tidlig gikk ut av lønnet arbeid. Foreldre er rollemodeller, og dersom foreldre fokuserer mye på egen sykdom og smerte vil det kunne smitte over på barna (Olsen og Jentoft, 2010).

Jeg har i min studie ikke tydelige funn på at kvinnene er påvirket av foreldrenes jobbdeltakelse, bortsett fra at alle kvinnene forteller om foreldre som har hatt jobbtilknytning i løpet av oppveksten. Alle kvinnene mener at foreldrenes rollemodellering som yrkesaktive, har hatt betydning for deres jobbdeltakelse som voksne. Jeg mener likevel at studien ikke gir noen klare indikasjoner på betydningen av foreldrenes påvirkning gjennom oppveksten, men heller noen antakelser om at muligheten for påvirkning er til stede.

## 5.5 OPPSUMMERING

Kvinnene forteller at sykefravær gir dårlig samvittighet, og beskriver det med ord som nederlag, pinlig og tap av mestring. De ønsker å fremstå som dyktige, flinke og mestrende. Deres selvpresentasjon er knyttet til både hjem og familie, og til jobben. Kvinnenes forventning til seg selv om å ivareta oppgavene både i forhold til hus og hjem og til jobb, er viktig for å kunne fremstå som den de ønsker å være og bli oppfattet som. De vil gjerne formidle et bilde av seg selv som en som får det til «overalt», og som oppfører seg lik alle andre (Scheff, 1990). De ønsker ikke å være blant dem som ikke får hverdagen til å gå opp, noe som gjør et sykefravær ubehagelig og belastende. De har behov for å fremstå som gode mødre, koner, arbeidstakere og aktive samfunnsdeltakere ved å være i jobb og fritidsaktiviteter. Hjem og familie er viktige faktorer for å vise mestring, og er sterkt knyttet til rollen som mor. I tillegg gjenspeiler hus og hjem litt hvem man er, og hvordan man ønsker å fremstå. Den daglige organisering av oppgaver og gjøremål er en viktig dimensjon i hverdagslivet (Gullestad, 1989).

Fem av kvinnene i studien relaterer sykefraværet til fysiske årsaker, den siste oppgir en psykisk årsak. Det er kun en av kvinnene som oppgir størst belastning på hjemmebane, og konflikt mellom hjem og jobb. Manglende arbeidsfordeling hjemme gjør ikke situasjonen bedre. I studien til Solheim og Batt-Rawden (2011) finner de at kvinner i stor grad årsaksforklarte sitt sykefravær relatert til barn og familie. God balanse mellom jobb og familie er viktig, og kvinner (i større grad enn menn) opplever ofte konflikt og fasilitering mellom jobb og familie (Innstrand, 2010). Selv om de andre kvinnene i min studie ikke oppgir dobbeltarbeid som en avgjørende faktor for sykefraværet, gir samtlige likevel uttrykk for at de ønsker å klare hjem og familie i tillegg til jobb.

Kostøl og Telle (2011) finner ikke noen klar sammenheng mellom kvinners sykefravær og den doble arbeidsbyrde. Arbeidsbyrden defineres her som konflikten mellom rollene som forelder og arbeidstaker, og forventningene til disse (ibid). Dersom kvinnene ikke klarer å ivareta hus og hjem

slik de ønsker og forventer, oppleves stress og tilkortkommenhet. Dersom hjemmet og familien er viktig for selvbilde og selvpresentasjon, vil det være nødvendig med andres bekreftelse på disse områdene. De deler av en persons selvbilde som ønskes bekreftet av andre, blir definert som identitet (Gullestad, 1989). Gjennom sykefraværsperioden beskriver kvinnene et indre stress ved at ønske om jobbdeltakelse hele tiden kolliderer med helseplagene, noe som fører til konstant dårlig samvittighet.

Kvinnene i min studie gir uttrykk for vilje og lyst til å jobbe, men kroppen og helsen setter en midlertidig stopper fra å kunne delta i arbeidslivet. Gjernes (2013) finner også dette blant sine informanter. Selv om kvinnene i min studie ikke har behov for en pause, oppgir likevel samtlige at sykefraværet gir dem nødvendig ro og hvile. Helsen situasjonen bedrer seg, og selve sykefraværet blir en ressurs for å kunne komme tilbake til jobben. Et sykefravær kan i noen tilfeller gi nødvendig pause til å kunne stå lenger i arbeidet (Gjernes, 2012). Å forstå kvinnenes opplevelser av sykefravær må sees i lys av flere faktorer; selve årsaken til sykefraværet, belastningen mellom hjem og arbeid, oppvekst, miljø og foreldres jobbrelasjon. For å forstå fenomenet sykefravær, er det viktig å beskrive det så rikt og bredt som mulig (Geertz, 1974, Hauge, 20017).

Det er uvisst i hvilken grad kvinnene har blitt påvirket gjennom oppvekst, miljø og foreldrenes rollemodellering. Foreldre er viktige premissleverandører av holdninger og verdier til barna på de fleste områder, noe som også gjelder holdninger til lønnet arbeid. Dersom foreldrene ikke har jobbtilknytning og / eller har fokus på egen sykkelighet, vil det kunne smitte over på barna og ha betydning for deres jobbdeltakelse i voksen alder (Olsen og Jentoft, 2010, Solheim og Batt-Rawden, 2011). Kvinnene har foreldre som var i arbeid, og som har gitt dem en forståelse av arbeid som viktig og nødvendig. Først og fremst fordi arbeid er inntektsbringende, men også fordi arbeid gir sosial tilhørighet, det gir mestringsopplevelser og kan sees på som en forpliktelse ved å være deltakere i et samfunn. En av kvinnene har foreldre som sluttet i lønnet arbeid før pensjonsalder. Hun er den med mest sykefravær og minst stilling i studien. Det er likevel ikke klare indikasjoner i mine data på en mulig sammenheng mellom påvirkning gjennom oppvekst og hennes sykefraværshistorie.

I studien forteller ingen av kvinnene om dysfunksjonelle familieforhold i egen oppvekst. Tvert i mot gav de inntrykk av å ha hatt gode oppvekstvilkår, som gav dem muligheter til å velge utdanning og arbeid. Det er ikke mulighetene til å jobbe, men *opplevelsen* av å bli sykemeldt som kvinnene har fortalt om. Muligheten er til stede for at holdninger og verdier kvinnene har fått med seg gjennom oppvekst, miljø og påvirkning, kan ha betydning når sykefravær oppstår. Det er de sett av holdninger og verdier vi har fått med oss gjennom livet, som er førende for hvordan selve opplevelsen blir og erfares.

Det å kunne sette «fotavtrykk» i arbeidslivet er viktig. Å kunne delta og bestemme i viktige saker knyttet til jobben, gir en opplevelse av mening, og identitet og selvbilde blir forankret i arbeidet. Den som blir satt utenfor arbeidslivet, mister ikke bare arbeidet eller det å gjøre noe meningsfylt og samfunnsnyttig, men mister noe av sin identitet og selvverd.

## 6 DE ANDRES BLIKK

### 6.1 INNLEDNING

I dette kapittelet vil det være en presentasjon, analyse og drøfting av empiri knyttet til hvordan kvinnene i studien opplever brudd i forventningene om jobbdeltakelse fra omgivelsene. Både i forhold til arbeidsgiver og i forhold til møtet med lokalsamfunnet. *Forventningene* skal her forstås i betydningen av at jobb er helsefremmende og normaliserende. Alle har rett og plikt til å jobbe, og jobb er en forventet atferd for å bidra til å finansiere fellesskapets velferdsordninger.

Velferdsordningene er et gode og en sikkerhet når helsen av ulike årsaker svikter, men det ligger en forventning til jobbdeltakelse for å kunne nyte godene.

Det handler videre om kontakten med arbeidsgiver og kolleger gjennom sykefraværet, om arbeidsgivers reaksjon på sykefraværet og om tilrettelegging. Hvordan kvinnene opplever møtet med de andre i ulike sosiale sammenhenger, og om hvordan kvinnene skiller på det å være fysisk eller psykisk syk. Ingen av kvinnene hadde jobbrelaterte årsaker til sitt sykefravær. Til slutt en oppsummering.

### 6.2 BETYDNINGEN AV KONTAKT MED ARBEIDSPLASSEN

Kvinnene i studien sier at kontakten med arbeidsgiver og kolleger i sykefraværsperioden er viktig. Både for å redusere fraværstiden og for å kunne få en rask tilrettelegging eller omorganisering av arbeidsoppgaver. Hvordan denne kontakten blir i sykefraværsperioden, avhenger av årsaken til fraværet. Alle de seks kvinnene gir inntrykk av å ha godt arbeidsmiljø, noe som gjør kontakt enklere. I studien til Solheim og Batt-Rawden (2011) finner de tendenser til at godt arbeidsmiljø før sykefraværet, fører til positive besøksopplevelser på arbeidsplassen ved sykefravær. Dersom sykefraværet skyldes konflikter og dårlig arbeidsmiljø, vil jobbkontakten bli vanskelig (ibid). God kontakt med arbeidsgiver og kolleger vil være positivt med tanke på å komme tilbake. Silje forteller at arbeidsgiveren hennes hadde vært tydelig på dette: «*Han sjefen var og besøkte meg og han sa at nå er det litt viktig at du kommer innom til oss med jevne mellomrom mens du går sykemeldt...*» (Silje).

Silje hadde hyppig kontakt med arbeidsgiver i begynnelsen av sykefraværsperioden. Han besøkte henne flere ganger, og oppmuntret henne til å ha jevnlig kontakt. For Silje ble arbeidsgivers



oppfordring en viktig årsak til hennes mange uformelle besøk på arbeidsplassen. Arbeidsgivers uttalelser inneholdt både en oppfordring og en forventning. Hun forteller at hun trives på jobb og savner kolleger og arbeidsoppgaver. Godt arbeidsmiljø er viktig for positiv jobbkontakt ved sykefravær (Solheim og Batt-Rawden, 2011). Stadige «drop-in» fører til at hun blir oppdatert og informert mens hun er borte. Siden sykefraværet ikke skyldtes forhold på jobb, er det hyggelig å ta en tur innom for å ta en kopp kaffe. Det gjør at hun gleder seg å begynne igjen. Kontakten er positiv gjennom hele sykefraværsperioden. Hun har hatt både formelle og uformelle samtaler med arbeidsgiver, som resulterte i at arbeidet i stor grad var godt tilrettelagt for henne ved tilbakekomst.

*«Og jeg var innom med jevne mellomrom og besøkte dem, bare for å hilse på og så være der og sånn, og det gjorde jeg og det hadde jeg igjen for... så når jeg begynte, nei det var bare kjempegøy... jeg grudde meg ikke for å gå på jobb...» (Silje).*

Jobbkontakten fører til at hun i stor grad klarer å følge med på endringer og opprettholde sosial kontakt med kollegene. Noe som gav redusert stress ved tilbakekomst. Hun har lyst til å gråte av glede den dagen hun kan begynne å jobbe igjen. Det blir en god følelse å ta på arbeidstøyet og begynne med arbeidsoppgavene. Selv om hun begynte redusert, vil det være godt å være tilbake i jobb.

Lilly var helt sykemeldt i to uker. Hun var ikke innom arbeidsplassen i løpet av disse ukene. Etter to uker begynner hun en opptrapping. Hun savner jobben, arbeidsoppgavene og kollegene mens hun er borte, og sier at å komme tilbake gir en følelse av normalitet. Sykefraværet har gitt henne nødvendig pause og mulighet for å redusere helseplagene, og hun har merket bedring. Dersom kroppen blir belastet over tid på grunn av forhold på jobb, kan det være viktig å gi den pause og vedlikehold slik at belastningene ikke blir kroniske (Gjernes, 2012). Lilly fikk beskjed av legen at det var nødvendig med en lengre sykefraværsperiode for å få kontroll over helseplagene. Hun misliker dette, men forstår at hun må godta det dersom hun ønsker å fungere i arbeidet på sikt.

Pia, den eneste i studien som har små barn, mener det er viktig for henne ikke å være helt sykemeldt når hun begynner å kjenne konflikten mellom hjem og arbeid. God jobbtilhørighet og gradert sykefravær gjør det enklere. *«Når du skal komme tilbake er det viktig ikke å ha vært helt vekke» (Pia).*

Pia begrunner det med at sykdom gjør henne mer følsom overfor hva andre tenker om henne. Et gradert sykefravær vil opprettholde tilhørighet og sosialt fellesskap med kolleger, og hun vil klare å gjennomføre noen av arbeidsoppgavene. Å ha en delvis jobbtilknytning i sykefraværsperioden, mener Pia er avgjørende for hennes psykiske helse.

*«Det er veldig viktig ikke å være helt sykemeldt når man opplever at man har det slik som jeg har hatt det (...) når det blir noe psykisk får man fort noe angst i forhold til hva andre tenker om deg. Når du skal komme tilbake er det viktig og ikke ha vært helt vekke...» (Pia).*

I tillegg vil sykefraværet heller ikke bli så synlig for lokalsamfunnet. Delvis sykefravær mener hun vil være en viktig faktor, som vil kunne redusere stress og hjelpe henne å opprettholde en viss normalitet i hverdagen. Opplevelsen av seg selv som sykemeldt knyttet opp mot andres forventninger og velmenende omsorg, er faktorer som Pia og de andre kvinnene i studien mener påvirker psyken. Dette kommer jeg tilbake til senere.

Trine forteller at hun stadig er innom jobben for å ta en kopp kaffe med kollegene og ha uformelle samtaler med arbeidsgiver. Noe hun bevisst gjør av flere årsaker. For det første er det viktig å beholde relasjonen til arbeidsplassen mens hun var sykemeldt, for det andre ønsker hun å vise at hun vil tilbake til jobben sin, og for det tredje savner hun fellesskapet med kollegene.

*«Jeg var stadig innom på jobb og tok en kaffe og det var jeg bevisst på for min egen del. Jeg synes det var litt viktig å holde tonen med kollegene og vise at jeg kommer tilbake igjen... det var viktig for meg fordi jeg savnet dem og savnet fellesskapet vi hadde» (Trine).*

Som sykemeldt er det viktig for Trine å vise at hun vil tilbake til jobb igjen, en faktor Mette også beskriver som viktig. Ved å besøke arbeidsplassen viser hun kolleger og arbeidsgiver at hun ønsker å komme tilbake i jobb.

På intervjutidspunktet har ikke Mette vært på besøk på arbeidsplassen, fordi hun er lite mobil og har problemer med å forflytte seg. Hun vil besøke arbeidsplassen når hun blir mer mobil. Hun vet, og har erfaring fra tidligere sykefravær, at kontakt med arbeidsplassen i sykefraværsperioden er viktig. På Mettes jobb blir de sykemeldte omtalt negativt dersom de ikke gir inntrykk av å ville tilbake i jobb. Mette var klar over at hun nå kunne bli omtalt negativt og havne i samme kategori, og mente at besøk på arbeidsplassen ville føre til åpenhet og økt forståelse. Gjennom dialog og kommunikasjon kan uklarheter i større grad avklares og håndteres på et tidlig tidspunkt.

Siri forteller at arbeidsgiver hadde vært veldig omsorgsfull mens hun var sykemeldt. Kontakten med arbeidsplassen var nødvendig for opprettholdelsen av tilhørighet til kollegene og til arbeidet.

*«Ja jeg var stadig innom og sa hei og hilste på... jeg føler jeg har veldig støtte i jobben og jeg savner jo kollegene... det der sosiale og vi har det veldig trivelig» (Siri).*

Siri gir uttrykk for at hun trives på jobb og har et godt sosialt arbeidsmiljø, noe som er viktig for positiv kontakt i en sykefraværsperiode (Solheim og Batt-Rawden, 2011). På intervjutidspunktet var

Siri tilbake i en liten prosent av sin opprinnelige stilling. Det å være tilbake i jobb er viktig for henne, og hun begrunner det med godt sosialt fellesskap på jobb, samt å ha noe å gå til. Det viktigste var å ha en jobbtilknytning, som kan gi en opplevelse av tilhørighet og å være regnet med.

Kvinnene i studien gir uttrykk for at kontakt med arbeidsplassen er viktig mens de er sykemeldte. Et positivt arbeidsmiljø før sykefravær er med og muliggjør god kontakt under sykefraværet. Jeg finner i min studie indikasjoner på at positiv jobbrelasjon under sykefravær både gir mulighet for deltakelse i kollegialt fellesskap, og mulighet til å følge med på endringer i arbeidsoppgaver. Faktorer som kan være stressreducerende ved tilbakekomst.

### 6.3 ARBEIDSGIVERS REAKSJONER OG TILRETTELEGGING

Kvinnene formidler ulike opplevelser når det gjelder arbeidsgivers reaksjon på sykefraværet. Fem av kvinnene opplever støtte og oppmuntring fra arbeidsgiver, mens en av dem opplever mangelfull forståelse fra arbeidsgiver. Hun savner en «klapp på skulderen» reaksjon. I løpet av arbeidsfôr alder er det ikke uvanlig å ha behov for en sykemelding med påfølgende sykefravær, noe som både er alminnelig og anerkjent. Sykefravær er i mange tilfeller en ressurs for å få arbeidstakeren arbeidsfôr igjen, eller en nødvendighet for å redusere helseplagene (Gjernes, 2012). Utfordringer kan oppstå dersom den sykemeldte av ulike grunner ikke klarer å komme tilbake i jobb. Kvinnene i studien mener at støtte og forståelse fra arbeidsgiver er viktig, noe som gir opplevelse av å bli trodd og tatt på alvor.

En skade førte til Mettes sykefravær. Når hun leverte sykemeldingen opplevde hun at det ble en belastning for arbeidsgiver:

*... og det er klart at når jeg da som den fjerde plutselig bikker ut, så var ikke det greit for jobben, og det merket jeg jo også på de kommentarene jeg fikk, at det var ikke spørsmål om hvordan går det og sånn, men det var liksom et sukk at nå har vi fire stykker... (Mette).*

Mette opplever mangelfull forståelse for hennes situasjon. Hun har fått en komplisert skade, som fører til store smerter. Kommentarene fra arbeidsgiver gir henne skyldfølelse fordi det blir mer å gjøre for de som er igjen på jobb. De første ukene av sykefraværet var hun ute av stand til å fungere adekvat både hjemme og på jobb. Arbeidsgiver ønsker å tilrettelegge slik at hun kan jobbe hjemmefra, noe Mette opplever som et press til å mestre arbeidet før sykdomstilstanden har bedret

seg betraktelig. Hun har store smerter og bruker mye tid på hverdagslige gjøremål. Hvordan hun skulle kunne klare å gjennomføre arbeidsoppgavene er uforståelig for henne på dette tidspunktet.

*En kan jo tenke at det er en tillitserklæring hvis en skal se det fra den siden, men samtidig så kjenner jeg at det er et veldig press... for det er igjen det at det egentlig ikke er akseptert at jeg er sykemeldt... (Mette).*

Mette sier at hun vanligvis har stor arbeidskapasitet. Hun har mye ansvar på jobb, er effektiv og strukturert. Hun sier hun står på i arbeidet og viser stor vilje til både ansvar og merarbeid i perioder. En tilrettelegging på denne måten opplever hun nærmest som uoverkommelig. Innerst inne ønsker hun at arbeidsgiver i større grad hadde anerkjent hennes sykefravær, ved å vise mer aksept og omtanke i begynnelsen av sykefraværet. Siden sykefraværet skyldes en akutt skade var fraværstiden tidsavgrenset og ukomplisert. Mette tror at hennes arbeidskapasitet ved tidligere skader og sykdom var medvirkende til arbeidsgivers ønske om å legge til rette for arbeid i sykefraværperioden.

*... for jeg har et ønske om å være på jobb og jeg ville heller vært på jobb enn å sitte her, men akkurat nå så går det ikke... og opplever det som litt vondt at jeg må forsvare å forklare hvorfor... (...) Innerst inne så hadde jeg vel ønsket at de hadde sagt at ta de ukene du trenger og så er snart tilbake igjen, siden det er et såpass begrenset sykdomstilfelle... (Mette).*

Arbeidsgivers ønske om tilrettelegging i sykefraværperioden, oppfatter Mette som manglende anerkjennelse og et krav til jobbdeltakelse. Siden hun har en kontorjobb er det mulig å tilrettelegge for arbeid hjemmefra. Hun er redd det vil bli en merbelastning slik situasjonen er og opplever det ikke som god tilrettelegging, men som et press til å gjennomføre noen av arbeidsoppgavene. Mette tenker at denne formen for tilretteleggingen kan ha to mulige effekter; positivt effekt ved at hun i stor grad ville kunne ha kontroll på mail -boksen, sakspapirer og liknende, og være oppdatert i forhold til arbeidsoppgavene sine, negativ effekt dersom hun ikke klarte å begrense egen arbeidsinnsats i fraværperioden.

*Det ligger en forventning om at jeg skal komme meg på jobb(...) Jeg vil føle det som et press fordi at det forventes at jeg gjør noe og fordi jeg er litt for pliktoppfyllende til å pakke sammen og tenke at nei jeg er jo sykemeldt... (Mette).*

Siden sykefraværet skyldes en fysisk, tidsbegrenset årsak, opplever Mette at arbeidsgiver har et sterkt ønske om en tilrettelegging hjemme i sykefraværperioden hennes. En slik tilrettelegging vil kunne føre til at Mette kan utføre noen av arbeidsoppgavene sine, samtidig vil det også kunne føre til stress og merbelastning. Hun opplever det som et krav om delvis jobbdeltakelse, og ikke som god

tilrettelegging for å imøtekomme hennes utfordringer. Hun trenger hvile for å få helsesituasjonen under kontroll (Gjernes, 2012).

Arbeidsgivers reaksjon kan muligens forstås i lys av at når den ene etter den andre blir sykemeldt, vil det ha betydning for dem som er igjen på jobb. Noe som innebærer en ekstra belastning ved at flere arbeidsoppgaver må fordeles, og en risiko for at arbeidsplassen utvikler negative holdninger til sykefravær. Negative holdninger i forståelsen av at flere kan bli borte fra jobb, og holdninger som «når han / hun er borte så kan også jeg ta noen dager fri». Dale-Olsen, Misje Nilsen og Schøne (2011) undersøkte hvorvidt sykefravær smitter, og finner at sosiale interaksjoner på jobb har betydning. Det vil si at arbeidsplassens kultur og holdninger kan være smittsomme. Dersom en ansatt øker sykefraværet med en dag, øker kollegers sykefravær med 0,3 dager, noe som indikerer at kollegers fraværsmønster smitter (ibid).

For Trine var det annerledes. Hun opplever støtte fra arbeidsgiver og kolleger på sykemeldingen. De har sett hvordan hun har slitt på jobb og hvor mye smerter hun har hatt. Trine gir uttrykk for at hun blir godt tatt vare på av arbeidsgiver. «*Hun (arbeidsgiver) har nok en veldig stor forståelse for det (...) de har tatt veldig hensyn etter at jeg kom tilbake igjen*» (Trine).

Lilly opplever forståelse hos arbeidsgiver og god dialog når det gjelder tilrettelegging for å avhjelpe helseplagene hennes. Hun blir omplassert og får andre arbeidsoppgaver, som gir mindre direkte kontakt med pleie.

*Men jeg har jo gjort en liten forandring når det gjelder jobb, jeg har vært i en bolig med mindre pleie og færre brukere.... Så det blir litt færre vakter med pleie... så jeg føler leder virkelig har prøvd å tilrettelegge for meg (Lilly).*

Tilretteleggingen gir Lilly den nødvendige avlastningen, slik at helseplagene blir redusert. God tilrettelegging fra arbeidsgivers side, kan i noen tilfeller være nok til at helsesituasjonen bedrer seg (Gjernes, 2013). Hun fungerer greit i arbeidet, men savner sine ordinære arbeidsoppgaver.

Arbeidsgivers anerkjennelse av Lillys helseplager, endringer i arbeidsoppgaver og arbeidssted, gir henne en opplevelse av å bli ivaretatt og respektert. God dialog med arbeidsgiver om tilrettelegging gjør det lettere å håndtere savnet av de tidligere arbeidsoppgavene. For Lilly innebærer helseplagene en ny arbeidshverdag med nye og til dels ukjente arbeidsoppgaver. Det må en reorganisering og mobilisering av egne ressurser for å finne nye måter å mestre oppgavene på (Bury, 1982). Lilly må lære å mestre nye arbeidsoppgaver, og hun er med å påvirke prosessen og endringene, noe som er viktige faktorer for hennes forståelse og erkjennelse av egen situasjon. Hun er i tenkeboksen når det gjelder omskolering eller bytte av jobb.

På et tidlig tidspunkt i sykefraværet, vil legen og arbeidsgiver snakke om omorganisering av arbeidssituasjonen, endring av arbeidsoppgaver eller omskolering. I følge Arbeidsmiljøloven § 4-6 (AML, 2005), plikter arbeidsgiver å legge til rette slik at arbeidstaker kan komme raskt tilbake. For kvinnene virker dette som et krav om å komme raskere tilbake i jobb, og kan få frem opplevelsen av at den som ikke makter jobben blir en utenforstående som ikke følger opp samfunnsplikten og dugnadsånden overfor velferdsstaten (Hernes, 2010). Også for legen vil det være naturlig å bringe omskolering eller tilrettelegging på agendaen. Lilly sier det slik:

*Helt i starten, ja jeg ble nesten litt paff, for første gangen jeg var hos han (legen) når jeg ble sykemeldt, så var han veldig fort til og... ja vil du begynne å jobbe i SFO sa han, og det ble liksom litt sånn fort for meg. Han tenkte en omskolering sånn veldig fort (Lilly).*

Å skulle tenke endring i forhold til yrke eller arbeidsoppgaver så tidlig i en uavklart sykdomssituasjon, er vanskelig. Lilly har mer enn nok med å håndtere eget sykefravær, og det er vanskelig å skulle tenke endring av arbeidssituasjon eller omskolering. Hverdagen krever mer planlegging og organisering enn tidligere. Hverdagslige gjøremål som hun tidligere har tatt for gitt, må endres, noe som krever kognitive ressurser og vilje (Bury, 1982). Etter hvert klarer hun å se at endret arbeidssituasjon eller omskolering likevel vil kunne være en fornuftig tilpasning til hennes helsesituasjon. Med tanke på en eventuell omskolering sier hun:

*Men det er ikke en avskrekkende tanke, men når det ble nevnt den første dagen, for meg ble det litt feil tidspunkt. Selv om det... jeg tror det var godt ment, så var ikke jeg helt der at jeg, det var ikke det jeg kunne tenke på da... at jeg skulle over i en annen jobb. Jeg tenkte mer på det å skulle bli frisk igjen (Lilly).*

Da legen nevnte omskolering første gang, var ikke Lilly forberedt. Hun hadde mer enn nok med å få helsesituasjonen under kontroll. Hun skulle reorganisere seg til sin «nye» hverdag og alt den innebar, og hadde ikke vært inne på tanken om mulighetene, eller nødvendigheten, av å endre jobb. Hun ble paff da legen foreslo omskolering og syntes temaet var utenkelig på det tidspunktet, det satte likevel i gang noen tanker. Etterhvert ble det ikke så vanskelig å tenke ny jobb eller omskolering, nettopp fordi legen allerede hadde satt temaet på agendaen. Dersom legen ikke hadde snakket om omskolering, ville hun ikke tenkt på muligheten. Tidspunktet da legen tok opp temaet kan muligens diskuteres og kanskje det var noe tidlig i sykdomsfasen. Uansett så vil temaet være viktig å drøfte slik at den enkelte får nødvendig «betenkningstid» til å kunne ta i bruk tilgjengelige ressurser for å kunne bedre sin nye hverdag og sin nye livssituasjon. Kognitive ressurser og kapasitet til å endre egen hverdag og finne nye handlingsalternativer, er avgjørende og krever tid (Bury, 1982).

Siri har slitt med helseplagene over lengre tid, men er vært i jobb til og fra etter som helsen tillater. Siri fikk ny stilling rett før hun ble sykemeldt, som skulle være mer tilrettelagt hennes helsesituasjon, ved at noen av arbeidsoppgavene og arbeidstiden ble endret. Arbeidsgiver mente årsaken til sykefraværet denne gangen var knyttet opp mot stillingsendringen av de nye arbeidsoppgavene. Dette er Siri ikke enig i, og sier:

*Det tok jo litt tid før arbeidsgiver forstod, og jeg gav meg ikke på at det ikke hadde med at jeg bytta stilling (...) jeg følte nok litt at ho ville ha meg tilbake til den gamle stillingen, men det ønsket jeg ikke (Siri).*

Siri mener den nye stillingen hun nå har passer henne bedre. Arbeidsoppgavene og arbeidstiden er mer tilpasset hennes helsesituasjon enn den tidligere stillingen hennes var. Hun fikk beholde stillingen, men ble likevel sykemeldt. Hun sier sykefraværet denne gangen ikke har ønsket effekt på helseplagene. Årsaken til sykefravær kan være komplekse og blir ikke nødvendigvis borte i løpet av en sykefraværsperiode (Gjernes, 2012). Etter en stund gikk hun tilbake i en liten del av stillingen, og fikk arbeidsoppgavene tilrettelagt og tilpasset helsesituasjonen. Hun mener det fungerer greit å være litt på jobb, og hun blir ikke dårligere av det. Det er totalen av hverdagslivet som blir belastende for henne.

I forhold til jobben og arbeidskollegaene uttrykker alle kvinnene bekymring for merbelastningen et sykefravær påfører kollegene. I tillegg til å håndtere egen sykdom, sykefravær og endring i hverdagslivet, bekymrer de seg for kollegene som får mer å gjøre. Lilly forteller om høyt sykefravær på arbeidsplassen, som gjør det ekstra vanskelig å bli borte fra jobb. Kvinnene vet at arbeidsplassen utsettes for merbelastning ved mye sykefravær, og de forteller at de som er sykemeldte kan bli omtalt negativt. Mette beskriver det slik:

*Det er klart at det kan nok oppleves som litt negativ omtale av de sykemeldte og det er litt forskjell på personen som er borte... om en føler at vedkommende prøver og ønsker å komme tilbake, eller om det er tilfeller der man kanskje ikke føler like sterkt behov for at de ønsker å komme i jobb igjen... (Mette).*

Kvinnene i studien gir uttrykk for at arbeidsgivers håndtering av sykefraværet har betydning for hvordan sykefraværet oppleves. Studien indikerer at det å være syk og sykemeldt fører til sensitivitet overfor arbeidsgivers hensikt med tilrettelegging og omorganisering av arbeidsoppgaver. God kommunikasjon og dialog med arbeidsgiver er viktig.

## 6.4 VELMENENDE OMSORG

Kvinnene i studien forteller om utfordringer i møtet med lokalsamfunnet, og spørsmål om egen sykdomstilstand. Omgivelsenes omsorg og velmenende spørsmål, ble oppfattet og tolket som en forventning om å bli frisk. Det ble etter hvert belastende å være ute i det offentlige rom. Folk spurte stadig hvordan det gikk. Det var godt ment, men ble slitsomt. Utover i fraværperioden ble det nærmest en belastning, og opplevdes som om de måtte forsvare å forklare eget sykefravær. Å forklare helsesituasjonen ble slitsomt, og kvinnene følte forventninger og uuttalte holdninger om at de snart måtte være friske. Å være i arbeid betegnes som helsefremmende og normaliserende, og er «bærekraften i de fellesfinansierte velferdsgodene» (Arbeids- og sosialdepartementet, 2012-2013, s. 6<sup>11</sup>). Det ligger forventninger om jobbdeltakelse, og brudd i forventningen kan medføre ekstra belastning.

Trine var mye hjemme en periode, og sykefraværet reduserte deltakelsen i det sosiale livet. Da hun begynte å bli bedre var det naturlig å være mer sosial. Spørsmål og kommentarer fra venner og bekjente ble utfordrende. Å ta en tur på butikken prøvde hun å unngå, fordi møte med andre førte til spørsmål om helsesituasjonen. Selv om Trine vet det er en måte å vise omsorg og interesse på, blir det belastende.

*Så mye spørsmål... hvor har du vært, hva er det som skjer og hva har skjedd med deg? Det er fryktelig tungt å stå der og fortelle mange hver dag hva du har gjort gang på gang... det er nesten verre enn det jeg har vært i gjennom... for det tapper deg helt (Trine).*

Lilly beskriver det slik: «Jeg kjente at jeg ble litt lei av det når folk spurte, det var jo godt ment, med det var litt vanskelig, så til slutt sa jeg at jo da, det går framover» (Lilly). Stadige spørsmål om helsesituasjonen tolker Lilly som et spørsmål om når hun er tilbake i jobb. Det å være sykemeldt gjør henne sensitiv for andres meninger og holdninger. Spørsmål knyttet til egen helsesituasjon tolker hun negativt, noe hun ikke gjør når hun er frisk. Hun har ikke reflektert over dette tidligere. Når hun er jobbdeltakende og ikke er sykemeldt, men møter kolleger eller andre som er sykemeldte, er det naturlig for henne å vise omsorg ved å spørre. Hun har ikke reflektert over at når hun er sykemeldt kan spørsmålet oppleves som krav. Hun vet rent kognitivt at det dreier seg om omsorg og godhet, men følelsene hennes sa noe helt annet. Hun forklarer det med opplevelsen av ikke å mestre, ikke orke og ikke møte forventningen til å være frisk og aktiv. Hun overvåker sin egen atferd i møte med andre, noe som gjør henne ekstra oppmerksom på hvordan andre ser på henne og hva de tenker om

---

<sup>11</sup> Meld.st. nr. 46, s. 6.



henne (Scheff, 1990). Brudd med egen selvfølelse og behovet for å være dyktig og flink, fører til at hun tolker velmenende spørsmålene som krav. Hvordan helsesituasjonen vil utvikle seg er uavklart og skaper usikkerhet i forhold til jobb. Å svare på noe hun selv er så usikker på, fører til en opplevelse av ikke å innfri og dermed skuffe den andre. Denne type spørsmål og velmenende omsorg kan til tider være slitsomt.

Også Silje fortalte om dette: «Folk i lokalmiljøet spurte veldig etter hvordan det gikk med meg, noe som førte til at det å gå på butikken ble slitsomt. Folk spurte jo av omsorg og omtanke men det ble veldig stridt» (Silje). På grunn av Siljes spesielle sykehistorie ønsket lokalavisen et intervju. I utgangspunktet var hun skeptisk, men etter råd fra legen sa hun ja. Et intervju i lokalavisen ville formidle informasjon til lokalmiljøet samtidig, noe legen mente ville være en fordel og dermed redusere folks behov for å spørre. Silje var usikker på om det ville ha en slik effekt, og hun var spent. I etterkant av avisintervjuet fikk hun mye støtte og oppmuntring fra lokalsamfunnet. Mye informasjon ble gitt via avisen, noe som viste seg å føre til mindre belastning ved færre konkrete spørsmål om helsesituasjonen i etterkant.

*For det at når jeg begynte å gå på butikken så kom de bare bort og sa å så godt å se deg... det sa de og så var det ikke noe mer... da slapp jeg og fortelle hele tiden, så det var veldig bra (Silje).*

Alle hadde lest det samme, og nødvendig informasjon var blitt hele lokalsamfunnet til del. Det viste seg at informasjon reduserte behovet for spørsmål knyttet til helsesituasjonen. Alle kan ikke skrive sin sykehistorie i avisen, men for akkurat denne kvinnen i min studie, ble det en positiv opplevelse knyttet til en vanskelig sykdomssituasjon. For noen kan muligens Face-book i enkelte tilfeller brukes med forsiktighet til å gi nødvendig informasjon. Det må imidlertid bli en individuell vurdering i forhold til hvor mye informasjon det er ønskelig å gi, og til hvem.

Mette har vært sykemeldt flere ganger tidligere, alle på grunn av fysiske skader. Ved tidligere sykefravær har hun vært raskt tilbake i jobb, selv om legemeldt sykeperiode ikke var avsluttet. Sykdomsforløpene har krevd fysisk trening, og var en viktig og nødvendig rehabiliterings-faktor. Hun har fått mange kommentarer på hvordan hun kunne trene når hun var sykemeldt:

*... og folk så meg jo i treningstøy hele tiden, og det er klart hvorfor kan hun ikke være på jobb? Jeg opplevde det presset veldig, både fra kollegaer og fra arbeidsgiver den gangen (som ikke er arbeidsgiveren min lenger), men jeg greide jo ikke å sitte ved en pc... og det er klart at det er en litt sånn vond følelse når du føler at du ikke blir forstått og du blir presset*

*tilbake på et for tidlig tidspunkt. Jeg skulle tilbake til jobb, var innstilt på det, men jeg måtte få på plass en del ting... (Mette).*

Mette bruker mye tid på gjenopptrening, fordi det er nødvendig for positiv restituering. Hun får kommentarer på at når hun kan trene så kan hun vel også gå på jobb. Å forklare sammenhengen mellom nødvendig gjenopptrening og arbeidsfungering, ble belastende og førte til en følelse av skyld. Skyldfølelsen kom fordi hun følte hun gjorde noe galt når hun trente samtidig som hun ikke var på jobb. I følge Scheff (1990) overvåker vi oss selv sammen med andre. Dersom atferden bryter med normen, vil det føre til en opplevelse av skyld og annerledeshet.

Siri, som også har vært sykemeldt tidligere og har sykefraværserfaring, gir uttrykk for at det kan være komplisert i starten av et sykefravær. Hun beskriver det ikke som belastende, men hun syntes det var utfordrende å være ute i det offentlige rom, og var redd for hva folk ville tenke om henne. *«Jeg gjorde ikke det (var ute) til å begynne med, jeg satt mye hjemme og jeg kjente at hvis folk ringte og spurte om jeg ville ut så vrei jeg meg unna og sa nei...» (Siri).*

Siri kjenner på utfordringen med å være sosial og synlig mens hun er sykemeldt. Hun ønsker å være sammen med andre, og sier at hun alltid har hatt et stort sosialt behov, som hun tidligere har fått dekket på jobb. Da hun ble sykemeldt mistet hun denne kontakten, og ble sittende mye hjemme. Etter hvert erfarte hun at hun vil stå i fare for å utvikle sosial angst dersom hun ikke deltar i sosialt liv selv om hun er sykemeldt. Sosial kontakt med venner er viktig for henne i sykefraværperioden. I begynnelsen takket hun nei når venninner inviterte henne ut. Hun er redd andre skal se henne ute når hun ikke klarer å være på jobb. Hun er redd for hvordan de andre vil oppfatte og evaluere henne (Scheff, 1990). Observasjon og overvåkning av egen atferd skjer nesten konstant, og når tidligere kjente strukturer, rammer og hverdagsliv endres, rettes oppmerksomheten mot kroppslige tilstander man som frisk ikke har vært bevisste på (Bury, 1982). Etter hvert forstår Siri at det er viktig for henne å være ute sammen med andre selv om hun er sykemeldt. Hun opplever det vanskelig å skulle ta det med ro hele tiden, og er både rastløs og irritert over ikke å kunne jobbe. Å være ute blant folk er nødvendig for hennes sosiale fungering, og det er viktig for henne å ta en tur på kafé med venninner. *«Altså for at jeg skal ha det godt, så må jeg nødt til å leve utenom (...) Jeg har et så stort sosialt behov at jeg er ute blant folk, jeg sitter på kafé, jeg går på byen...» (Siri).*

For Siri blir kafé-besøk med venninner en nødvendig og viktig aktivitet for å opprettholde sosial kontakt mens hun er sykemeldt. Å finne aktiviteter som gjør hverdagen som sykemeldt meningsfull, er avgjørende for hvordan opplevelsen av sykefraværperioden blir (Solheim, 2011). Siri forteller at hun har godt humør og ler mye. Hun tror godt humør og latter gjør det lettere for henne i sosiale

sammenhenger. Latter er smittsomt og frigjørende og en teknikk som motvirker og forhindrer skamfølelse (Scheff, 1990).

Trine forteller hvordan venninnene omtaler de som er sykemeldte, og hun regner med at de snakker om henne også. Trine føler seg uverdigg når hun ikke mestrer jobben, og sier: «*Du blir litt sett ned på når du ikke jobber...*» (Trine). I følge Trine blir den som er sykemeldt sett ned på og ikke respektert i samme grad som den arbeidsføre. Den som er sykemeldt blir nesten en utstøtt som trenger å registreres og kontrolleres (Gjernes, 2013). Enten er du i jobb eller så er du ikke. Det må leveres meldekort til NAV, og det er oppfølgingsmøter og samtaler. De som er utenfor arbeidslivet blir deltakere i det Fugelli (2010) kaller «Utenforskapet». Det kan oppleves vanskelig å være blant dem som ikke opptrer og fremstår slik det forventes, og det å stå utenfor arbeidet kan oppleves negativt. Lokalsamfunnet og omgivelsenes velmenende spørsmål og omsorg, ble for kvinnene i studien til et krav om jobbdeltakelse. Samfunnets forventninger og holdninger til arbeid som helsefremmende og normaliserende legger føringer for opplevelsen av annerledeshet. I følge Fugelli (2010, s.77) blir den som ikke er i lønnet arbeid, er produktiv og effektiv, forvist til «Utenforskapet». Det vil si blant dem som ikke deltar i samfunnets «dugnadsprosjekt» knyttet til de fellesfinansierte velferdsgodene. Det ligger forventninger om at man må «yte før man kan nyte».

## **6.5 FYSISK ELLER PSYKISK SYK?**

Samtlige kvinner i studien gir uttrykk for at det er bedre å være sykemeldt av en fysisk årsak, og ikke psykisk. Vi måler og evaluerer oss selv opp mot hverandre, og er opptatt av om vi oppfører oss riktig og at de andre liker oss (Scheff, 1990). Fem av mine seks informanter er sykemeldte av fysiske årsaker (Lilly, Silje, Mette, Trine, Siri). Silje, Mette og Trine poengterer det som vesentlig. Pia oppgir en psykisk årsak. Kvinnene mener en fysisk årsak er enklere å forstå for andre, og det vil i mange tilfeller kunne være synlig. Psykiske årsaker er ofte ikke synlige og kan dermed være vanskeligere å forstå, og opplevelsen av at «du må bare ta deg sammen» kan fort bli en del av tankesettet. Det er knyttet ulike forestillinger og meninger til ulike sykdomstilstander, noe som vil påvirke hvordan den sykemeldte antar at andre ser på dem og hvordan den syke oppfatter seg selv (Bury, (1991) i Gjernes, 2012). At sykefraværsårsaken ikke er synlig kan medføre sårende og ukloke kommentarer fra omgivelsene, noe som kan gjøre forklaringen komplisert. Resultatet kan bli å holde seg mest mulig borte fra sosiale sammenhenger, for å redusere risikoen for kommentarer.

Pia er sykemeldt på grunn av depresjon. Siden arbeidsgiver ikke har rett til å vite årsaken til fraværet, oppgir ikke Pia diagnosen, og begrunner med sykefraværets psykiske karakter. Hun vil føle hun ikke mestrer jobben slik hun burde dersom arbeidsgiver og kolleger får vite årsaken. «... jeg tror det hadde vært bedre om hun (legen) hadde skrevet at jeg hadde hatt vondt i ryggen...» (Pia). En psykisk relatert årsak mener hun vil vise svakhet og liten mestringsevne. Pia måler egen atferd opp mot kolleger og venninner, og konkluderer med at hun ikke klarer å opprettholde egen forventet og ønsket atferd. I følge Scheff (1990) overvåker vi egen atferd og prøver å forestille oss hvordan andre ser oss. Vi ønsker å fremstå som forventet i gitt situasjon. Pia føler på nedsatt mestring og en opplevelse av at hun ikke er like flink som de andre. Derfor vil hun ikke at kollegene skal vite sykefraværsårsaken. Det er komplisert nok å håndtere egne brutte forventninger i forhold til jobb og familie, om hun ikke skal kjenne på at andre også vurderer henne som svak med lav tålegrense.

Arbeidsgiver viser aksept og forståelse i forhold til Pias sykemelding. De får tilbakemelding på at de hadde sett hun var sliten. Pia mener det å bli sykemeldt øker egen oppmerksomhet og sensitivitet på hva andre sier om deg. Hun forteller at fokus på eget sykefravær gjør henne mer sensitiv overfor andres blikk og kommentarer. Å være sykemeldt på grunn av psykiske årsaker, blir ekstra belastende for henne. Hun tror de tenker at hun må ta seg sammen, og at hun ikke har mer grunn til å være sliten og deprimert enn andre. Hva andre sier og mener, tolker og forstår hun innenfor egen forståelsesramme av seg selv som syk, og hvilke tanker, holdninger og erfaringer hun har med seg.

Silje mente også det er enklere å være syk av en fysisk årsak, og sier: «Altså det er nok kanskje lettere i min situasjon for det er så konkret enn hvis du går på en smell psykisk tror jeg (...) Å få en fysisk sykdom gjør at folk forstår hvorfor du er sykemeldt» (Silje). Silje er glad hun er sykemeldt på grunn av en fysisk sykdom. Dette indikerer at uvitenhet og negative holdninger til psykisk sykdom muligens er til stede. Fysisk sykdom er lettere for folk å forstå og det er enklere å forklare. I følge Silje bekreftet legen hennes dette. Hun fortalte:

*Legen min sier at det er ikke mange fordeler med å få det du har fått... men skal du trekke fram noe så er det i alle fall at folk skjønner hvorfor du er sykemeldt, og det var jo litt sånn...*  
(Silje).

Uten at legen spesifikt uttaler at fysisk sykdom er mer forståelig enn psykisk sykdom, så ligger det implisitt en mulighet til å tolke utsagnet i den forståelsen. Muligheten for at legen sannsynligvis kjenner til noen av utfordringene ved at folk ikke forstår dersom de ikke kan se sykdommen eller skaden, er til stede.

For Trine fører sykefraværet til en opplevelse av å møte nedlatende blikk, og hun føler seg som en dårlig person fordi hun ikke klarer jobben. En av Trines venninner er uføretrygdet, og mange snakker negativt og dømmende om henne. Trine opplever at hun som sykemeldt kommer i samme kategori, og forventer dermed å bli utsatt for andres meninger knyttet til hennes helseproblemer og sykefravær.

*For jeg har en venninne som er uføretrygdet og liksom alle rundt kan si at hvorfor jobber ikke hun, hva er det som feiler henne? Så jeg skjønner egentlig det der med den psykiske biten også, for det kan du jo ikke se... (Trine).*

Når hun vet hvordan det blir snakket om venninnen, regner hun med at hun også blir samtaleemne nå som hun er sykemeldt. Hun er altså blitt en av dem som ikke er i jobb, men hun ønsker ikke å være i denne kategorien. Blant kolleger og hos arbeidsgiver opplever hun derimot anerkjennelse for sin problematikk, og de ser hvordan smertene hemmet henne i arbeidet. Familien mener hun er lat når hun ikke orker å gjøre husarbeid. Trine forteller at manglende synlig årsak til hennes problemer førte til at hun ikke ble trodd av legen og ikke ble tatt alvorlig i starten. Legen mente problemene var psykisk relatert, grunnet hennes totale belastning gjennom livet (hennes livshistorie). Legens begrunnelse og håndtering av helsesituasjonen var ubehagelig. Det var først etter at Trine var operert og smertefri at hun opplevde å bli trodd. «*For da jeg var på røntgen og da fant de det, og det er klart legen trodde mye av dette var psykisk... du får litt den der at dette går over, du har hatt så mye...*» (Trine). Hun opplever det vondt ikke å bli trodd på den fysiske smerten hun har. At smertene ble psykologisert og tilskrevet summen av hennes liv, synes hun var tøft og vanskelig.

Studien til Solheim og Batt-Rawden (2011) bekrefter dette ved at informantene medgir at «det er verre å gå sykemeldt dersom man ikke ser syk ut» (ibid, s. 40). Selv om psykisk sykdom er anerkjent og forståelig for allmennheten, og en gyldig årsak til sykefravær, oppleves det ugreit når det rammer en selv. Det er klare indikasjoner i min studie på at kvinnene opplever forskjell på det å være fysisk og psykisk syk, og mener at fysisk sykdom kan forklares og forstås og handler mer om kroppens funksjoner, mens psykisk sykdom er mer uforklarlig, kompleks og personlig.

## 6.6 OPPSUMMERING

God kontakt og dialog med arbeidsgiver og kolleger er viktig i sykefraværsperioden. Både for å beholde det sosiale og relasjonelle forholdet, sikre god tilrettelegging og for å redusere stress ved tilbakekomst. Negative og usunne forhold på arbeidsplassen kan naturlig nok hindre god kontakt og oppfølging. Kvinnene i studien mener god kontakt med arbeidsgiver og kolleger i sykefraværsperioden er viktig.

Arbeidsgivers reaksjon på sykefraværet og tilrettelegging, er viktig for videre kontakt med arbeidsgiver i sykefraværsperioden. Tidlig snakk om endring, enten i form av endrede arbeidsoppgaver eller omskolering, mener kvinnene i studien fører til mer stress. Hverdagens handlingsrom er endret, i den forstand at hverdagslige gjøremål og aktiviteter må revurderes og situasjonen som sykemeldt krever tilvenning. For kvinnene er den nevnte endringen i starten av sykefraværet mer enn stor nok. Endringer i kjente fenomener vil føre til forvirring og en opplevelse av at verden har endret seg i den betydning at ikke alt er som det bruker å være (Thøgersen, 2013). Når jobbrelasjonen brytes eller ødelegges, blir en av årsakene til å stå opp hver morgen borte. Det kreves en kognitiv reorganisering for å finne nye grunner til å opprettholde normal hverdagsaktivitet (Bury, 1982). Kvinnene gir uttrykk for at sykefravær kan være belastende og komplisert, fordi det aktiverer følelser og forventninger fra seg selv og andre. Følelser knyttet til nedsatt mestring og redusert eller bortfall av jobbdeltakelse, skal håndteres, krav og forventninger til jobbaktivitet, samt behov for omskolering eller bytte av jobb og arbeidsoppgaver skal tas stilling til. Følelsene og forventningene knyttes til selve fenomenet «fravær», i betydningen av å være borte fra jobb og å miste forventet, ønsket og tidligere kjent jobbrelasjon. Tanken på omskolering og jobb-endring i denne fasen blir vanskelig.

Når man rammes av sykdom fører det med seg mange tanker og følelser om hvordan livet og fremtiden vil bli, samt usikkerhet knyttet til selve sykdomsforløpet. Kvinnene ble mer fokuserte på seg selv enn tidligere. Hvordan vil sykdommen utarte seg? Vil den bli kronisk? Hva med jobb? Og hvordan skal de håndtere alt dette? Deretter kommer spørsmålet om hvordan «de andre» vil se på dem dersom de ikke kommer tilbake i jobb. Vi observerer og evaluerer oss selv i samspillet med de andre nærmest konstant, og hvordan de tolker oss og vår atferd, og vi prøver å forestille oss hvordan de andre oppfatter oss ved å sette oss i de andres sted og ser tilbake på oss selv (Scheff, 1990). Sykefraværet fører til at kvinnene i min studie beskriver seg selv som mer sensitive overfor andres meninger og holdninger til dem, de er mer opptatt av seg selv og kjenner på nedsatt mestring.

Kvinnene gir uttrykk for at det er enklere å være sykemeldt av fysisk enn psykisk årsak, fordi det både er enklere å forklare og enklere å forstå. Når sykdom inntreffer, oppstår en stressrelatert livssituasjon. Stressnivået kan være avhengig av type sykdom, og kan gi ulike stresstilstander. Stresstilstander kan videre påvirkes av ulike forhold knyttet til omgivelsene og personens egen forhistorie, tankemønstre og kroppsvaner (Lilleaas og Widerberg, 2002). Muligens er det negative og uklare holdninger både hos kvinnene og i samfunnet for øvrig, som er med å opprettholde tankemønstrene. Selv om det er åpenhet omkring psykisk helse og det sånn sett er normalt å slite litt, mener kvinnene det var bedre å være sykemeldt av en fysisk årsak. Hvis det ble kjent at sykefraværet hadde en psykisk årsak, ville det føles nedverdiggende og pinlig. Følelsen av ikke å mestre kan forstås med bakgrunn i det grunnleggende behovet for å følge gitte handlingsmønstre og forventet atferd. Brudd på slike forventninger vil kunne gi en mindreverdighetsfølelse. Tryggheten på hvem man er i møtet med de andre kan få en knekk, og selvbilde og identitet blir satt på prøve (Fossland og Thorsen, 2010, Gjernes, 2013).

Et lokalsamfunn kan være nådeløse i sin karakter der normer, regler og verdier er definert og innlært, og er en del av kulturen og forventet handlingsmønster. Er man en som ikke følger gitte regler og forventninger kan det bety at du blir satt utenfor, sett ned på eller opplever en generell misstemning fordi du ikke deltar i fellesskapet. Arbeidslinjas krav til jobbdeltakelse og aktivitet, og jobb som helsefremmende faktor, har gitt føringer til hva som er normalt, rett og bra for samfunnsdeltakerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Manglende deltakelse blir dermed en negativ situasjon og oppleves normbrytende.

Hverdagslivet som kvinnene er vant til har blitt endret, og usikkerheten omkring sykdomsforløpet og hvordan det vil bli i fremtiden henger som en mørk skygge over dem. Endring av vaner, strukturer og «tatt-for-gitt»-antakelser og atferd, krever personlige, kognitive ressurser (Bury, 1982). Uvissheten vedrørende fremtidig helsesituasjon påvirker tanker og følelser, noe som legger føringer for hvordan kvinnene reagerer og responderer på arbeidsgivers og kollegers tilbakemeldinger og reaksjoner knyttet til sykefraværet. I møte mellom arbeidsgiver og kolleger skaper sykdom og sykefravær ubalanse i forholdet. En ubalanse som i noen tilfeller kan føre til misforståelser og dårlig kommunikasjon. God kontakt og dialog vil redusere og forebygge, slik at den som er sykemeldt kan få riktig oppfølging og tilrettelegging.

## **7 BETYDNINGEN AV MEDBESTEMMELSE OG KONTINUITET**

### **7.1 INNLEDNING**

I dette kapitlet presenterer, analyserer og drøfter jeg empiri i forhold til medbestemmelse og kontinuitet. Kvinnene i studien mener disse to faktorene er viktige for positiv selvevaluering, mestring og god jobbrelasjon, noe som igjen kan ha betydning for sykefraværet. Jeg tar det med fordi medbestemmelse og kontinuitet kan føre til en opplevelse av mestring og å være betydningsfull og viktig på jobb, i betydningen av å ha kontroll over egne arbeidsoppgaver og egen arbeidshverdag. Med kontroll over arbeidsoppgaver menes mulighet for fleksitid, valg av tidspunkt for pauser, kontakt med brukere, arbeidsprosess og arbeidstempo (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Kontroll-faktoren kan deles inn i to dimensjoner: 1) kontroll over egne arbeidsoppgaver, 2) medbestemmelse og deltakelse i beslutninger (ibid). Medbestemmelse blir her definert som det å kunne påvirke egen arbeidssituasjon i form av medvirkning, innflytelse, drøfting og påvirkning. Medbestemmelse som begrep er kjent i norsk arbeidsliv, og er synonymt med medvirkning, selvbestemmelse, påvirkning, innflytelse, drøfting og forhandling (Arbeids- og sosialdepartementet, 2010). Medbestemmelse gir mening, mestring og positiv selvopplevelse. Kontinuitet skal her forstås som betydningen av stillingsstørrelse. Å jobbe heltid gir kontinuitet og oversikt, særlig innenfor helse og omsorgssektoren (Ingstad og Kvande, 2011). Ingstad og Kvande (2011) begrunner det med at lengre vakter innebærer å være på jobb også i rolige tider på døgnet.

### **7.2 MEDBESTEMMELSE**

Kvinnene i studien ble bedt om å beskrive arbeidsdagen og muligheten de hadde for kontroll og medbestemmelse innenfor rammen av tid og daglige arbeidsoppgaver. De ble ikke spurt om medbestemmelse i forhold til innflytelse på avgjørelsesprosesser på alle plan i virksomheten, kun medbestemmelse knyttet til påvirkning innenfor rammen av egen arbeidshverdag, arbeidsrutiner og arbeidsoppgaver. Det vil si hvilken kontroll de har over egne arbeidsoppgaver, i betydningen mulighet til å bestemme rekkefølgen på arbeidsoppgavene, fleksibilitet og mulighet for påvirkning til endringer av rutiner på arbeidsplassen.

Fem av kvinnene uttrykker stor grad av kontroll og medbestemmelse når det gjelder rekkefølgen på arbeidsoppgavene og fleksibilitet i arbeidstiden, mens en av kvinnene medgir at hun har liten



innflytelse både på arbeidsoppgavene og arbeidstiden. Hun opplever å ha liten innflytelse på rutiner og påvirkning, og forteller at hun ikke har særlig medbestemmelse og kontroll på arbeidsoppgavene eller rekkefølgen av dem: *«På jobb blir det mer de tinga du må gjøre, veldig rutinemessig sånn... noen dager er det veldig slitsomt (...) det blir veldig sånn tvungne arbeidsoppgaver...»* (Trine).

Det har vært en stor omorganisering på arbeidsplassen til Trine. Omorganiseringer, arbeidsprosesser og holdninger knyttet til helse kan være faktorer som påvirker sykefraværet, og kontroll over arbeidssituasjonen er viktig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Noen av hennes tidligere arbeidsoppgaver har blitt borte og er erstattet av nye og, for henne, ukjente arbeidsoppgaver. Tidligere rullerte arbeidsoppgavene mer på de ansatte, nå er det mindre variasjon og hun må stå med de samme arbeidsoppgavene lengre. Arbeidsoppgavene må stort sett gjøres i samme rekkefølge og innenfor samme tidsramme. Hun har liten kontroll over arbeidsoppgavene, og beskriver arbeidet som rutinemessig. Hun er usikker på om hun vil klare dette i lengden, dersom det ikke blir større variasjon i arbeidsoppgavene.

De fem andre kvinnene i studien: Pia, Lilly, Mette, Silje og Siri, opplever at de har en viss grad av kontroll i arbeidet. Dette gir en opplevelse av delaktighet, påvirkning og mestring. Kontroll over egen arbeidssituasjon er viktig for å ha en god relasjon til jobben og kollegene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Kontroll menes å kunne påvirke arbeidsoppgavenes rekkefølge og kunne ta egne beslutninger. Innenfor rammen av arbeidstiden og de definerte arbeidsoppgavene, har kvinnene en opplevelse av kontroll og medbestemmelse. Lilly forteller: *«... og da satte vi oss ned og det ble gjort noen endringer på noen rutiner i forhold til hvordan hver dag skulle begynne, og det ble gjort noen grep»* (Lilly). For Lilly er det viktig å kunne delta i drøftinger som omhandler arbeidshverdagens rutiner og arbeidsoppgaver. Hun har en viss mulighet til å kunne bestemme rekkefølgen på dagens arbeidsoppgaver og hun blir tatt med på drøftinger. Det gir henne opplevelse av mestring og en følelse av å være betydningsfull.

Også Siri opplever å bli tatt med på drøftinger når det gjelder daglige rutiner og arbeidsoppgaver på jobb. Hun er med og lager planer og rutiner på arbeidsplassen, noe som gir mening og oppleves betydningsfullt. Mening i den forstand at hun opplever seg selv som verdifull og nyttig ved at hun bidrar til å gjøre jobbsituasjonen og arbeidsoppgavene mer tilrettelagt og effektive. *«Jeg liker veldig godt at jeg selv kan ha litt å si og at en blir hørt»* (Siri).

Ansvar og oppgaver ser ut til å henge sammen med opplevelsen av mestring og selververd i jobbreelasjonen. Siri liker å være med å bestemme og ta avgjørelser, noe som gir økt mestring og positiv egenopplevelse. Medbestemmelse styrker selvfølelsen, det gir opplevelse av å bety en

forskjell og å være dyktig i den forstand at man blir regnet med og gitt ansvar. Selv om Siri er den i min studie som har minst stilling, er hun blant dem som gir uttrykk for å ha stor påvirkning på arbeidshverdagens oppgaver og rutiner. Arbeidsplassen hennes er i en forholdsvis liten enhet med egne rutiner og planer. Hun er også den eneste som oppgir å være delaktig i overordnede planer for arbeidsplassens rutiner og arbeidsoppgaver, noe som muligens kan ha sammenheng med arbeidsplassens organisering.

Selv om fem av kvinnene beskriver stor grad av kontroll over arbeidsoppgavene, blir selve arbeidsoppgavene beskrevet som regelmessige og gjentakende. Kontrollen ligger i rekkefølgen, og tidspunkt for gjennomføringen av dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Likevel mente Lilly, Pia, Silje, Siri og Mette at de har en viss kontroll og medbestemmelse. Innenfor tidsrammen kan de bestemme og påvirke den daglige arbeidsporteføljen. Denne muligheten gir en opplevelse av medbestemmelse og kontroll på egen arbeidsdag og arbeidsoppgaver, og blir beskrevet som betydningsfull. Det er bare Trine som oppgir liten/ingen påvirkning i forhold til egen arbeidsportefølge.

Endring og/eller økning av arbeidsoppgaver innenfor gitt tidsramme, kan føre til økt belastning og stress. Noe som forsterkes dersom muligheten til innflytelse og medbestemmelse i arbeidshverdagen reduseres. Dersom endringer blir avgjort og gjennomført uten reell deltakelse, vil det kunne føre til redusert mestring og kontroll, og arbeidshverdagen kan bli preget av stress og utilfredshet. Ulike forhold knyttet til omgivelsene og personens egen forhistorie, tankemønstre og kroppsvaner, vil kunne føre til stresstilstand (Lilleaas og Widerberg, 2002).

Lilly forteller at på grunn av arbeidsplassens omorganisering og effektivisering, skal flere arbeidsoppgaver utføres innenfor samme tidsrom, noe som fører til stress hos henne:

*Vi har innimellom en veldig hektisk jobb, det var det før også, men det har jo blitt mer og mer de siste åra. Og det er klart at jeg kan føle at jeg ikke strekker til selv om jeg har lang erfaring. Det er stadig nye ting og jeg må være på topp og ha oversikt... (Lilly).*

Det er utfordrende og komplisert, og jobbshverdagen blir preget av dårlig samvittighet og manglende mestring, med mulighet for reduserte og dårligere tjenester til brukerne. Tiden sammen med brukerne går med til å imøtekomme praktiske oppgaver i forhold til brukerens helsesituasjon, og det kan bli liten tid til å være «medmenneske» for brukerne. Det blir nærmest umulig å imøtekomme behovet for sosialt samvær med brukerne utover det rent praktiske (Gjernes, 2012).

For kvinnene i studien er det viktig med en opplevelse av medbestemmelse og kontroll over egne arbeidsoppgaver, i betydningen av å kunne bestemme rekkefølge, arbeidsprosess og arbeidstempo. Medbestemmelse og kontroll gir mestring og oppleves betydningsfullt.

### 7.3 KONTINUITET - BETYDNING AV STILLINGSSTØRRELSE

Fem av kvinnene i studien gir uttrykk for at redusert arbeidstid påvirker kontinuitet og oversikt i arbeidshverdagen. De mener at redusert arbeidstid gir mindre tilhørighet til arbeidsoppgavene. Ingstad og Kvande (2010) finner i sin studie at heltid, særlig innenfor helse og omsorgssektoren, gir kontinuitet og oversikt, ved at fulltidsarbeidende har lengre vakter og er på jobb også i perioder hvor det er rolig. Deltidsarbeidende har kortere og flere vakter, og er på jobb i den mest hektiske perioden (ibid).

Lilly, som jobber i helsesektoren, måtte redusere stillingen for en periode, noe hun beskriver slik: *«Det å redusere fra 80 prosent til 60 prosent stilling gjør at jeg opplever å ha noe mindre oversikt»* (Lilly). Lilly får en gradvis friskmelding. I denne perioden opplever hun det stressfullt å være lite på jobb, hun blir mer fremmed overfor arbeidet og bruker mye energi når hun er på jobb. Det kan være vanskelig å holde seg oppdatert på hva som skjer med pasientene dersom det går flere dager mellom hver vakt (Ingstad og Kvande, 2011). Det er vanskelig å komme ordentlig inn i arbeidet og hun mister kontinuiteten. Selv om hun har jobbet på samme arbeidsplass i mange år og opplever seg dyktig i faget, fører redusert arbeidstid til en opplevelse av stress. Hennes fysiske helseplager bedret seg gjennom sykefraværsperioden, men redusert arbeidstid økte det indre stressnivået.

Fire av mine seks informanter jobber utenfor helsesektoren, og opplever også at det er negativt å jobbe redusert arbeidstid. Begrunnelsen er mindre kontroll og oversikt over arbeidshverdagen og arbeidsoppgavene. Færre dager på jobb, fører til mindre kontakt både med arbeidsgiver, kolleger, arbeidsoppgaver og brukere/pasienter. Kvinnene i studien gir indikasjoner på at redusert stilling gir opplevelse av mindre kontinuitet og kontroll.

Mette, som ikke jobber i helsesektoren, mener at redusert stilling innebærer mindre kontinuitet: *«... å jobbe 50 prosent så får du ikke den samme kontinuiteten i jobben... og jeg føler at jeg må være minst fire dager på jobb for å kunne følge opp mine brukere og sånn...»* (Mette). Mette sier hun alltid har ønsket å jobbe hundre prosent, men kan ikke på grunn av helsen. Skader etter tidligere sykdom gjør det umulig for henne å gå i full jobb. Hun velger å jobbe redusert for å forebygge stress mellom jobb og familieliv. Ytterligere reduksjon av stillingen er ikke aktuelt, fordi det ville gi mindre kontinuitet i

arbeidet. Ved å ha fri en dag i uken klarer Mette å opprettholde kontakt med familie og venner, og være sosial utenom jobben. Hun vil klare å gå i full jobb, men da må hun gjøre andre valg i forhold til familien og fritiden. Full jobb vil ha stor innvirkning på helsesituasjonen, noe som vil bety mindre tid og overskudd til sosiale aktiviteter. Mette er godt fornøyd med stillingsstørrelsen hun har nå, samtidig sier hun at hun til tider jobber mer. I hektiske perioder kan hun jobbe både kvelder og lørdager, men da er det klarert i forhold til egen helsesituasjon, familie og fritid.

Silje ønsker ikke å jobbe deltid eller redusert på grunn av sykdommen. Hun er innforstått med at det kan ta lang tid å bli fullt restituert, men på intervjuetidspunktet ville hun ikke se på redusert arbeidstid som et alternativ. Hun vil gjerne ha samme stillingsstørrelse som før sykdommen inntraff. «*Jeg ønsker jo å gå tilbake i den stillingen jeg har, hvis jeg greier det...*» (Silje). Silje ønsker å følge legens råd videre og vil forebygge for å unngå langvarige eller kroniske skader. Dersom helsesituasjonen ikke blir som den var før sykdommen inntraff, kan det bli utfordrende å godta dette. Hvis sykdommen utvikler seg til å bli kronisk, vil det kunne oppleves som ødeleggende og nedbrytende (Bury, 1982). Kronisk sykdom kan oppleves som om hverdagslivets strukturer og den kjente hverdagskunnskap til disse, forsvinner eller forstyrres (Bury, 1982). Silje er innforstått med at hun må redusere stillingen dersom helsen ikke tillater samme stillingsstørrelse som før sykdommen inntraff.

For Trine fungerer aktuell stillingsbrøk. I kombinasjon med familien er det dette hun har krefter til nå. Hun ønsker å være i jobb, mestre arbeidsoppgavene og være en del av et kollegialt fellesskap. Hun vet og er klar over at hennes helsesituasjon ikke tillater hundre prosent jobb, og er fornøyd med det hun klarer. «*Akkurat nå vet jeg at jeg ikke klarer det, for da hadde jeg gått på en ny smell... jeg hadde rett og slett blitt så sliten at det ikke hadde gått...*» (Trine). En stillingsøkning vil gi utfordringer både helsemessig og familiært, og belastningen vil bli for stor, Trine beskriver en redsel for å gå på en ny smell, fordi det vil bety tap av mestring og negativ selvfølelse ved ikke å klare jobben som forventet.

Pia ønsker å være i full jobb, og har en forventning om å klare det. Hun sier: «*Jeg tenker at det er det jeg ønsker å ha av stilling, jeg tenker det er helt feil å jobbe redusert... mitt ideal er hundre prosent stilling...*» (Pia). For Pia er full jobb idealet, og hun ønsker inderlig å klare det. I perioder kan hun nok tenke seg muligheten til å jobbe redusert på grunn av små barn, men siden hun står for familiens hovedinntekt er det ikke et alternativ nå. Stillingsreduksjon er ikke noe hun ønsker, fordi full jobb gir mestring og kontinuitet og en opplevelse av å være til nytte. I sykefraværperioden har hun redusert stilling, noe hun mener er stressende fordi hun ikke klarer å følge arbeidsoppgaveporteføljen. Hun sier også at det kollegiale fellesskapet på jobb er en viktig del av hennes arbeidshverdag, og mindre

tid på jobb gir mindre oversikt over det sosiale fellesskapet med kolleger. Følelsen av å være litt på utsiden sosialt og kollegialt kan oppleves ubehagelig.

Siri er den i min studie som har den minste stillingsbrøken. Hun jobber i helsesektoren, men i en egen avdeling med få ansatte. De andre fem kvinnene jobber i større avdelinger / bedrifter, med flere ansatte. Siri er den som ikke har spesielle refleksjoner knyttet til hvordan stillingsstørrelsen kan påvirke arbeidsrelasjonen. Hun er den som oppgir å ha mest ansvar og påvirkning på arbeidsplassen når det gjelder rutiner og arbeidsoppgaver. Hun deltar i beslutningsprosesser knyttet til overordnede rutiner og arbeidsplaner. Hun opplever også å ha god kontroll over egne arbeidsoppgaver. Det er mulig dette har sammenheng med at hun jobber i en forholdsvis liten avdeling med få ansatte. Å få oversikt og kontroll er muligens enklere på arbeidsplasser med få ansatte. Muligheten for medbestemmelse og påvirkning økes kanskje ved at det er færre som skal mene noe, og færre som skal høres. Kanskje er det slik at stillingsstørrelsen muligens henger sammen med arbeidsplassens størrelse: flere ansatte betyr flere som skal høres, færre ansatte betyr færre som skal høres. Uansett mener jeg det er en interessant observasjon.

#### **7.4 OPPSUMMERING**

Jeg har i dette kapittelet presentert, analysert og drøftet medbestemmelse og kontinuitet, som viktige faktorer for en positiv jobbreasjon. Påvirkning og medbestemmelse i arbeidet og i arbeidsoppgavene, oppleves meningsfylt og viktig. Fem av kvinnene forteller at de har høy grad av fleksibilitet i egen arbeidssituasjon, og opplever at de i stor grad kan velge tidspunkt for pauser, arbeidstempo, arbeidsprosess og kontakt med brukerne. Mangel på medbestemmelse og påvirkning fører til at arbeidsoppgavene blir rutinepreget og belastende. Belastningen knyttes til fysisk belastning ved gjentakende kroppslige bevegelser, og det psykososiale miljøet ved mangel på kontroll og medbestemmelse omkring arbeidsoppgavene.

God kontroll og oversikt over arbeidssituasjonen er viktig for det psykososiale miljøet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Med god kontroll menes å ha fleksibilitet og medbestemmelse over egne arbeidsoppgaver innenfor rammen av arbeidshverdagen (ibid). Liten eller ingen mulighet for medvirkning i arbeidshverdagen eller kontroll i arbeidsoppgavene, fører til at arbeidet blir rutinepreget, gjentakende og belastende. Lav innflytelse og liten mulighet for påvirkning og medbestemmelse, sammen med stort arbeidspress og økt belastning, ser ut til å øke risikoen for sykefravær i helsesektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Gjentakende og tungt arbeid

over tid fører til statiske bevegelser og kroppslige belastninger, som øker risikoen for skader og sykefravær. For å klare jobben må kroppen fungere og helsen holde, men når de kroppslige belastningene blir for mange kan helseplager oppstå (Wergeland, 2012). Innflytelse over egen arbeidshverdag øker mestringsfølelsen, egenverdet og selvfølelsen, i den betydning at en gjør noe viktig. Samtidig kan arbeidstakeren i større grad variere den kroppslige belastningen ved selv å bestemme rekkefølge på arbeidsoppgavene.

Når det gjelder betydningen av stillingsstørrelsen, forteller kvinnene om mer stress knyttet til lav stillingsprosent enn til høy. Stresset knyttes til redusert oversikt og at det er vanskelig å holde seg oppdatert dersom det går flere dager mellom hver gang de er på jobb (Ingstad og Kvande, 2011). Redusert stilling gir mindre kontinuitet og oversikt, og opplevelsen av kontroll over egen arbeidssituasjon kan bli dårligere. Deltidsarbeidende jobber ofte kortere vakter og da i de mest hektiske periodene, noe som kan gi mindre kontinuitet (ibid). Det er vanskelig å følge opp arbeidsoppgaver og ha ansvar, fordi det kan gå flere dager mellom hver vakt (Ingstad og Kvande, 2011). I større stillinger ligger potensiale til mer ansvar, det vil si at arbeidstakere som er flere timer på jobb, vil kunne få mere og flere betydningsfulle arbeidsoppgaver. Noe som samsvarer med uttalelser fra fem av kvinnene i studien. Den sjettede kvinnen, som har minst stilling, og dermed færrest timer på jobb, gir imidlertid inntrykk av å ha stor kontroll og medvirkning på sin arbeidsplass. Om det skyldes at hun jobber i en liten avdeling med få ansatte hvor alle kan høres, er usikkert.

## DEL 3 - AVSLUTNING

### 8 OPPSUMMERING

Hvordan opplever kvinner eget sykefravær? Dette er forskningsspørsmålet, som jeg har prøvd å gi svar på i oppgaven. Jeg har knyttet kvinnenes opplevelser av sykefraværet til brudd med egne forventninger om jobbdeltakelse og hvordan de opplever møtet med de andres blikk, og jeg har tatt med hvilken betydning medbestemmelse og kontinuitet har for positiv jobbrelasjon.

Da sykdommen inntraff ble sykefravær en realitet, som kvinnene måtte forholde seg til. Situasjonen som sykemeldt, sammen med stadige spørsmål fra omgivelsene om helsesituasjonen, beskrev kvinnene som belastende på tre områder: 1) det var belastende å bli syk, 2) det var vanskelig å bli sykemeldt og oppleve brudd i arbeidsrelasjonen, 3) det var utfordrende å møte folk i lokalsamfunnet. Kvinnene mente medbestemmelse og kontinuitet var viktige faktorer for å få en opplevelse av å bli hørt, respektert og føle seg betydningsfulle på jobb. Disse faktorene, samt en positiv jobbrelasjon i sykefraværperioden, var viktige for ønsket om å komme tilbake i jobb.

Sykefraværet førte til brudd med egne forventninger om jobbdeltakelse, og de opplevde det utfordrende å være borte fra jobb. Kvinnene i studien gav uttrykk for at de ønsket å være i jobb og opplevde sykefraværet ødeleggende og destruktivt, mest fordi de ikke mestret forventet atferd i forhold til jobb, men også fordi hverdagens rytme, struktur og rutiner ble endret. Stress og redusert selvfølelse ble en tilleggsbelastning. Kvinnene ønsket å fremstå som flinke, dyktige, mestrende og sterke, og opplevde sykefraværet ubehagelig og pinlig. Selvpresentasjonen måtte formes på nytt og de måtte finne andre områder å være flinke og dyktige på, som kunne bekreftes av andre.

Samtlige seks kvinner i studien understrekte behov for orden og system knyttet til hjem og familie. La huset «seile sin egen sjø» var uaktuelt, og behovet for orden hjemme mente de var viktig for å kunne fungere i jobben. Kvinnene fortalte om mange ulike roller: mamma, kone, datter, venninne, arbeidstaker, kollega. Rollene innebar krav og forventninger, plikter og muligheter, noe som førte til rollekonflikt. En av kvinnene beskrev at i perioder var mammarollen og arbeidstakerrollen på kollisjonskurs ved at arbeidsoppgaver, oppfølging av barna og husholdning førte til en opplevelse av at hun ikke strakk til noe sted. Hun følte seg mislykket og opplevde tilkortkommenhet. Hun var den eneste kvinnen i min studie som hadde små barn. Oppfølging av barna i kombinasjon med full jobb ble vanskelig, og dårlig samvittighet kombinert med følelsen av å være utilstrekkelig både hjemme og på jobb, var gjennomgående. Opplevelsen av ikke å imøtekomme krav og forventninger fra familie, jobb og samfunn for øvrig førte til rollekonflikt. Følgene av å skulle mestre alle roller og

fremstå som vellykket, både som familie og karrierekvinne, ble for store og det måtte kuttes ned på aktivitetene. Opplevelsen av ikke å ha tid til barn, familie og venner, førte til dårlig samvittighet og redusert mestring.

Alle kvinnene i studien fortalte om foreldre som i kortere og lengre perioder var i jobb under egen oppvekst. Samtlige kvinner i studien mente at holdninger og verdier knyttet til jobbaktivitet, gitt av foreldrene, hadde hatt betydning for deres jobbdeltakelse i voksenalder. Jeg mener likevel at studien ikke gir noen klare indikasjoner på at foreldres jobbreasjon har betydning for kvinnenes jobbdeltakelse som voksne, men at *sannsynligheten* for påvirkning kan ha vært til stede.

Når det gjelder kvinnenes opplevelse av møtet med arbeidsgiver, legger samtlige kvinner stor vekt på viktigheten av positiv kontakt og dialog i sykefraværsperioden. Positiv dialog og relasjon til arbeidsgiver, gav opplevelse av tilhørighet og aksept for situasjonen. Liten aksept og forståelse fra arbeidsgiver opplevde en av kvinnene ekstra belastende i en allerede vanskelig situasjon. Kontakten med arbeidsgiver og kolleger førte til at kvinnene ble informert om endringer underveis, og de opprettholdt faglig kunnskap og sosial tilhørighet i sykefraværsperioden. Kvinnene mente manglende støtte og forståelse fra arbeidsgiver kan føre til redusert kontakt under sykefraværet, og kan gi mer stress når sykefraværsperioden er over og jobbhverdagen begynner igjen. God kontakt gjennom fraværsperioden sikrer i stor grad god tilrettelegging ved tilbakekomst.

Hvordan de sykemeldte snakkes om og blir sett på, både på jobb og i lokalsamfunnet har betydning for den enkeltes opplevelse av sykefraværet. Kvinnene fortalte at negative holdninger til sykemeldte på jobb, førte til ubehag ved «å bli en av dem» som ikke mestret jobben som forventet, og dermed risikere å bli utsatt for samme negative omtale. Det var ubehagelig å vite hvordan det snakkes på jobb om de som var sykemeldte når de ble sykemeldt selv. Dette viser at holdninger og jobbkultur knyttet til sykefraværsopplevelsen, påvirker både dem som er på jobb og den som er sykemeldt. Kvinnenes egen forståelse og erkjennelse av helseplagene, kombinert med forståelse fra arbeidsgiver og kolleger, førte til mindre stress og et behov for å komme tilbake i jobb. Opplevelsen av at sykefraværet ble forstått og akseptert, førte til anerkjennelse og respekt.

Kvinnene fortalte også om belastningen det var å møte velmenende omsorg og spørsmål om egen helsesituasjon. En sykemelding førte til økt sensitivitet i forhold til egne og andres meninger og tanker om deg, og som sykemeldt mente en av kvinnene hun ble mer sensitiv overfor andres meninger, og tolket i større grad andres utsagn og holdninger negativt. En av kvinnene sier at som frisk tenkte hun ikke slik, men som syk ble hun betydelig mer sensitiv overfor spørsmål og kommentarer om egen helse og jobbsituasjon. Opplevelsen av redusert jobbmestring og ikke å innfri



forventet jobbdeltakelse, påvirket selvbilde og selvpresentasjonen. Selv om spørsmål og kommentarer var oppriktige og kunne bære preg av omsorg, opplevde kvinnene det som krav til jobbdeltakelse. Enkle spørsmål om helsesituasjonen, opplevde kvinnene som et spørsmål om når de ville være tilbake i jobb. Økt sensitivitet hos den sykemeldte kan føre til feiltolkning av «de andres» kommentarer og spørsmål. Kvinnene bor, jobber og lever i forholdsvis små lokalmiljø, og påvirkes av lokalsamfunnets verdier, kultur og holdninger, noe de mente preget opplevelsen og beskrivelsen av sykefraværet. Velmenende spørsmål om helsesituasjonen opplevde kvinnene som belastende etterhvert.

Alle seks kvinnene mente det var bedre å være sykemeldt av fysiske, og ikke psykiske årsaker. De mente det var enklere å bli møtt med forståelse, samtidig var det lettere for den sykemeldte å forklare situasjonen for omgivelsene. Psykiske årsaker kan være vanskeligere å forklare, og kan bli forbundet med redusert handlings- og mestringskapasitet. Muligens er det slik at psykiske årsaker i større grad oppleves å være personlig relatert og handler om karakter, vilje og livshistorie, mens fysiske årsaker mer skyldes utenforstående årsaker, som ulykker og hendelser utenfor personens kontroll. I en slik forståelse danner kvinnenes utsagn mening, fordi en fysisk sykefraværsårsak i stor grad kan relateres til hendelser utenfor personen selv.

Betydningen av medbestemmelse og kontinuitet beskrev kvinnene som viktige for en positiv jobbrelasjon, og to vesentlige faktorer for opplevelsen av å bety en forskjell og å være til nytte på jobb. Dette økte også lysten til å komme tilbake i jobb. Kontroll i arbeidsoppgavene, det vil si å kunne bestemme rekkefølgen på arbeidsoppgavene, arbeidstempo og pauser, mente kvinnene hadde betydning for opplevelsen av medbestemmelse. Det var viktig å være med i prosesser og å kunne påvirke jobbhverdagen, både i forhold til egne arbeidsoppgaver, men også i forhold til utarbeidelse av mer overordnede rutiner og planer. Kontinuitet i arbeidet mente de fleste kvinnene var viktig for å ha mulighet til å bli gitt ansvarsfulle oppgaver. Kontinuiteten kom ved å være ofte på jobb, noe sykefraværet satte en stopper for. Viktige arbeidsoppgaver måtte overføres til kollegene, og opplevelsen av å være nyttig på jobb ble redusert. I tillegg kom uvissheten om de ville få ansvaret tilbake etter sykefraværet.

Flere av kvinnene fortalte at de jobbet redusert i sykefraværsperioden. En av kvinnene sa at legen ville gi henne full sykemelding, men selv ønsket hun gradert sykemelding. Hun hadde mye ansvar på jobb og stor grad av selvstendighet i arbeidsoppgavene. Hennes sykefravær betydde merbelastning på kollegene, og merarbeid for henne ved tilbakekomst. Gradert sykefravær ville gi henne mulighet til å utføre noen av de viktigste arbeidsoppgavene. På den måten ville hun klare å opprettholde noe

av oversikten og kontrollen i arbeidsoppgavene, og belastningen på kollegene ville bli mindre enn om hun hadde blitt helt borte fra jobben.

Kontinuitet i arbeidet i betydningen stor stillingsstørrelse (høy kontinuitet), var viktig for opplevelsen av oversikt og kontroll i arbeidsoppgaver og rutiner. Kvinnene i studien mente at redusert stilling ville bety mindre oversikt og kontroll, noe som kunne føre til stress og økt belastning. Stress og belastning knyttes til opplevelsen av oversikt og kontroll i arbeidsoppgavene, det vil si at redusert oversikt og kontroll øker stress og belastning. Liten stillingsstørrelse (lav kontinuitet) gav få dager på jobb og redusert oversikt over arbeidsoppgavene, mens stor stillingsstørrelse gav flere dager og mer kontinuitet i arbeidet. En av kvinnene mente at for å kunne følge opp arbeidsoppgavene var det nødvendig for henne å være på jobb de fleste dagene i uken. Få dager på jobb mente hun ville redusere muligheten for god nok oppfølging av arbeidsoppgavene.

Medbestemmelse og kontinuitet var to faktorer som var viktige for opplevelsen av å være betydningsfull og bli gitt ansvar på jobb. Kontinuitet i betydning stillingsstørrelse, kan gi mulighet for ansvarsfulle arbeidsoppgaver og en mulighet til å ivareta dem. Ansvarsfulle arbeidsoppgaver kan føre til en opplevelse av medbestemmelse, mestring og påvirkning, og vil kunne ha en sekundær effekt på sykefraværet. Ønsket om å opprettholde jobbrelasjonen i sykefraværsperioden, hang sammen med behovet for å ivareta ansvarsfulle arbeidsoppgaver og beholde oversikten i jobben. Kvinnenes ønske om redusert sykefravær kan muligens forstås i en slik sammenheng.

## 9 KONKLUSJON OG AVSLUTNING

Jeg startet denne oppgaven med en liten historie som en sykemeldt kvinne fortalte meg for en tid tilbake. Historien var med på å forsterke min nysgjerrighet knyttet til sykefravær som et mangefasettert fenomen. Et fenomen som griper inn i de sykemeldtes hverdagsliv og livshistorie på mange områder. Underveis i studien har jeg hørt mange slike historier, både fra mine kvinnelige informanter og fra andre jeg har drøftet temaet med. Ulike opplevelser og erfaringer knyttet til sykefravær og hvordan den enkelte opplevde dette, har blitt fortalt. Mange av kvinnene jeg snakket med underveis, men som ikke var blant mine informanter, uttrykte sammenfallende erfaringer til kvinnene i studien. Det er viktig å påpeke at det kun er informasjon fra denne studiens kvinnelige informanter, som danner datagrunnlaget i oppgaven. Formålet med studien har ikke vært å kunne generalisere, men å gi ord og fortellinger til hvordan sykefravær kan oppleves.

For å kunne forstå og forklare kvinners sykefravær, er det nødvendig med en helhetlig tilnærming (Solheim og Batt-Rawden, 2011). Det er viktig å se sykefravær i sammenheng med det totale livet kvinnene lever. Jeg har i oppgaven hatt som mål å fortelle den subjektive hverdagsopplevelsen til den enkelte kvinnen, og hvilken påvirkning og effekt et sykefravær kan ha på hverdagslivet.

Hverdagslivet den enkelte lever består av mange aktivitetssystemer, som er knyttet til arbeid, økonomi og politikk, men hverdagslivet handler ikke bare om arbeid og økonomi i betydningen nødvendig inntekt, det handler også om en total organisering av ulike aktiviteter (Gullestad, 1989). Et sykefravær griper inn i denne organiseringen, både i forhold til lønnet arbeid og i forhold til fritidsaktiviteter, familie og hushold. Dette kan skape usikkerhet og ubalanse i tidligere kjent og innlært atferd.

For å kunne tolke og formidle sykefravær så rikt og bredt som mulig, er det viktig å beskrive fenomenet i sin kontekst (Geertz, 1974). Hvordan kvinner opplever å være sykemeldt, må beskrives og formidles med bakgrunn og forståelse knyttet til kvinnenes hverdagsliv i lys av deres livshistorie. I hvilken grad foreldrenes rollemodellering i form av yrkesdeltakelse og jobbrelasjon, har vært en viktig faktor for yrkesdeltakelsen til kvinnene i denne studien, er usikkert. Selv om kvinnene mente at foreldrenes jobbdeltakelse var viktig, mener jeg at mine data ikke gir nok grunnlag for å kunne vise noen tydelig sammenheng. Det er likevel verd å merke seg at kvinnene i denne studien mente foreldrenes jobbatferd gav dem gode holdninger og verdier til lønnsarbeid, og det å være i jobbaktivitet. Norges offentlige utredning (NOU) nr. 13 viser til at holdninger og verdier dannes gjennom oppvekst, familie, venner, lokalsamfunn, media, internett, og er således viktig for holdningsdannelsen omkring ulike temaer og situasjoner, som for eksempel arbeid (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2010). Sannsynligheten for at påvirkning fra omsorgspersonene og omgivelsene kan ha betydning for voksenlivet og fremtidig jobbtilknytning, vil kunne være til stede. Identitet og selvopplevelse dannes gjennom interaksjon og relasjon mellom samfunnsaktørene, stedets kultur, gjeldende normer og holdninger. Kvinnene vurderer og sammenligner seg selv i relasjon til lokalsamfunnet og dens deltakere. Dette er automatiserte og selvfølgerlige vurderinger, som skjer uten refleksjon. Vi måler og vurderer egen atferd opp mot andres, og prøver å korrigere og tilpasse oss (Scheff, 1990). Dette legger sterke føringer knyttet til forventet atferd hos samfunnsdeltakerne. Sterke føringer til jobbdeltakelse, som en normal og forventet aktivitet, kan føre til at et sykefravær skaper brudd i forventningene og en opplevelse av anormalitet. Redusert eller bortfall av jobbrelasjon medfører nedsatt mulighet til å opprettholde det kvinnene vurderer som forventet atferd hos seg selv, og opplevelsen av å være en «utenforstående» kommer snikende. I tillegg uteblir og/eller reduseres muligheten til å være en ytende lønsmottaker, og man går over til å bli en «nyter» av samfunnets velferdsgoder.

Det å bli satt utenfor arbeidslivet fører til at kvinnene mister det sosiale fellesskapet med kolleger, og det blir utfordrende for dem å ta del i sosialt fellesskap i det offentlige rom. Deltakelse i lokalmiljøet, enten ved kafé-besøk, på butikken eller trening, kan for mange oppleves som en utfordring. Det er sterke føringer knyttet til arbeid som helsefremmende og normaliserende, og lønnsarbeid har stor betydning i vårt samfunn. Som samfunnsdeltakere har vi både en rett og en plikt til å delta i lønnet arbeid, noe som kan virke negativt ved at plikten til å arbeide kan oppleves ekstra belastende når sykdom og sykefravær oppstår (Hernes, 2010). Når viljen til å jobbe kommer på kollisjonskurs med helseutfordringene, kan det oppstå brudd i forventningene om å være deltaker i lønnsarbeid. Det er viktig å fremstå som aktiv, kompetent, arbeidsvillig og mestrende, med en stor porsjon positivitet og sterk vilje, slik at deltakelse i «Utenforskapet» unngås (Fugelli, 2010).

Opplevelsen av å være sykemeldt vil i stor grad være avhengig av omgivelsenes holdninger og reaksjoner (Solheim, 2011). Hvordan dette blir uttrykt kan variere. Omgivelsenes negative holdninger og forventninger kan bli direkte uttalt, eller de kan være mer skjult og ikke komme frem før sykefraværet blir et faktum. Det kan være utfordrende både for den sykemeldte og for dem som befinner seg på samme arena, fordi det å være sykemeldt betyr å være i en sårbar situasjon. En sykemelding kan føre til sårbarhet overfor andres meninger, holdninger og forventninger, og opplevelsen av å være sykemeldt kan bli påvirket av omgivelsenes holdninger formidlet både i det private og i det offentlige rom. Sterkt fokus på arbeid, som normalitetsskapende og helsefremmende kan føre til holdninger og forventninger knyttet til å være i lønnet arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Samfunnets krav og forventninger om yrkesdeltakelse og opplevelsen

av ikke å mestre jobben, kan gi arbeidstakeren signaler om mislykkethet. Fellesskapets forventninger og normalitet er sterkt knyttet til å delta i arbeidslivet, og det er viktig å fremstå som attraktiv, aktiv og arbeidsvillig, samtidig som det er viktig å være tilgjengelig og tilstede for familien.

Det ligger en forventning i den norske velferdsstaten om å delta i arbeidslivet, for på den måten å bidra til opprettholdelsen av de fellesfinansierte velferdsordningene (Arbeids- og sosialdepartementet, 2012-2013). Deltakelse i arbeidslivet krever ressurser og kapasitet, så vel fysiske som psykiske. Sykdom kan gi kroppslige plager og sette en stopper for jobbdeltakelse, mens viljen og lysten til å jobbe fremdeles kan være til stede. Når kroppen stopper, men viljen er til stede, blir det en indre konflikt som må håndteres (Gjernes, 2013). En indre rollekonflikt som oppstår, krever kognitive ressurser å håndtere. Tidligere erfaringer og påvirkning fra oppvekst og miljø kan ha betydning for hvordan situasjonen som sykemeldt håndteres (Olsen og Jentoft, 2010). Samtidig kommer det krav fra NAV og arbeidsgiver om å komme raskt tilbake. For noen kan dette oppleves som en ekstra belastning. Krav til jobbdeltakelse kan gi en opplevelse av at å være sykemeldt egentlig ikke er greit, og føre til mer stress og uheld (Fugelli, 2010). For kvinnene i studien ble dette komplisert. Håndtering av sykdom, sykefravær, krav og oppfølging fra NAV og arbeidsgiver, samtidig som de skulle slappe av og bruke tid til å få helsesituasjonen under kontroll, ble komplisert og utfordrende.

For enhver arbeidstaker vil det gjennom livet være perioder og faser som er strevsomme, og familiesituasjonen kan endre seg. I småbarnsfasen er utfordringene litt forskjellige fra tenåringsfamiliene, men fellesnevneren er at familien som helhet skal prøve å fungere til beste for alle medlemmene. Arbeidslinja setter krav og forventning til jobbdeltakelse. Den «doble byrden» kvinner utsettes for, ved å ha familie og lønnet arbeid og omtanken for husstanden ser ikke ut til å ha avgjørende effekt på sykefraværet blant kvinner (Kostøl og Telle, 2011). Likevel sier en av kvinnene i studien at det var summen av hjem, familie og jobb, som ble belastende. Opplevelsen av ikke å strekke til noe sted ble avgjørende for pausen et sykefravær kunne gi. Et sykefravær kan gi nødvendig avkopling og mulighet for restitusjon, noe som kan føre til jobbmeistring etter en periode med redusert arbeid (Gjernes, 2012). Kvinnene i studien mente at sykefraværet gav dem nødvendig ro slik at helsesituasjonen kom under kontroll, men samtidig opplevdes stress, forventningsbrudd og redusert tro på egen meistring. Kontroll og oversikt både hjemme og på jobb ble viktig for opplevelsen av å kunne håndtere eget hverdagsliv på de ulike arenaene.

Helhetsforståelsen av sykefraværet er sammensatt og består av mer enn å være syk og miste jobbrelasjonen. Den totale sykefraværsforståelsen innbefatter både «sykdom» og «fravær», noe som for enkelte vil kunne gi en dobbel belastning. Det er ikke tilstrekkelig å kjenne til årsakene til at

sykefravær oppstår, det må også være kunnskap om effekten av selve sykefraværet, hverdagslivets belastninger og om hvordan kvinnene opplever sykdom og fravær i lys av eget liv. For å kunne forebygge og bevisstgjøre hvilke prosesser som gjør seg gjeldende ved sykefravær, er det nødvendig å ha kjennskap til hvordan et sykefravær oppleves. Generell kunnskap om det totale sykefraværsbilde, mener jeg vil være til nytte i håndteringen av sykefraværsutfordringen.

Jeg har i studien hatt som mål å formidle kvinners opplevelse av eget sykefravær, ikke å kunne generalisere eller overføre data til å gjelde alle sykemeldte kvinner. Oppgaven har hatt fokus på den subjektive fortellingen for å øke kunnskap og forståelse omkring opplevelsen av sykefravær. Denne subjektive kunnskapen bærer i seg både en sosial og en historisk kontekst, som ikke uten videre er generaliserbar. Sannsynligheten vil likevel kunne være tilstede for at kvinner i liknende situasjoner, vil kunne oppleve tilnærmevis noe av det kvinnene i min studie har opplevd.

Sitatet på oppgavens forside er hentet fra en av kvinnene i studien, og bærer preg av brutte forventninger og redusert mestring i forhold til egen jobbdeltakelse. Jeg velger å la henne få avslutte også, fordi sitatet oppsummerer noen fellestrekk ved det å være sykemeldt, som kvinnene i studien formidlet:

*Det er veldig viktig ikke å være helt sykemeldt når man opplever at man har det slik som jeg har hatt det... jeg tenker at man veldig fort kan få noe angst i forhold til hva andre folk tenker om deg og sånne ting, og jeg synes det er litt pinlig å være sykemeldt... når du skal komme tilbake er det viktig og ikke ha vært helt vekke... (Pia).*

## LITTERATURLISTE

Aberbach, J.D & B.A Rockman. (2002) Conducting and Coding Elite Interviews. I: *Political Science and Politics*. Vol 35/Issue 04/December, pp 673-676.

Andersen, Øyvind. (2013) *Casestudier*. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring. Fagbokforlaget. Bergen.

Arbeidsmiljøloven. (2005) *Lov om arbeidsmiljø av 17. juni 2005 nr. 609*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL\\_4#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4) [Lest 09.05.2015].

Arbeids- og sosialdepartementet. (2010) *Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet*. NOU 2010:01. Oslo, Arbeids- og sosialdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/NOU-2010-01/id597723/?docId=NOU201020100001000DDDEPIS&ch=1&q=NOU%202010:01&redir=true&ref=search&term=NOU%202010:01> [Lest 04.02.2015].

Arbeids- og sosialdepartementet. (2012 – 2013) *Flere i arbeid*. Meld. st. 46 (2012-2013). Oslo, Arbeids- og sosialdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-46-20122013/id733259/?docId=STM201220130046000DDDEPIS&ch=1&q=Attf%C3%B8ringsmeldingen&redir=true&ref=search&term=Attf%C3%B8ringsmeldingen> [Lest 21.04.2015].

Batt-Rawden Bjerke, Kari og Liv Johanne Solheim. (2011) *Sosiale årsaker til sykefravær*. En kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser i Norge. Rapport Nr. 03/2011, Østlandsforskningen.

Berulfsen, Bjarne og Dag Gundersen. (2000) *Fremmedord og synonymer*. Blå ordbok. Kunnskapsforlaget. Oslo.

Blaikie, Norman. (2010) *Designing social research*. The Logic of Anticipation. Second edition. Polity Press. Cambridge UK.

Bourdieu, Pierre. (2005) *Distinksjonen*. Bokklubben, Oslo. Oversatt av Annick Prieur.

Botnene Eide, Solveig, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid, Dag G. Aasland. (2003) *Fordi vi er mennesker*. En bok om samarbeidets etikk. Fagbokforlaget. Bergen.

- Bury, Michael. (1982) Chronic illness as biographical disruption. I: *Sociology of Health and Illness*. [Internett]. Vol. 4 (No. 2), s. 167-182. DOI: 10.1111/1467-9566.ep11339939 [Lest 10.05.2015].
- Bury, Michael. (2005) *Health an Illness*. Short introductions. Polity Press. Cambridge. Kp 1-2.
- Dahl, Øyvind. (2001) *Møter mellom mennesker*. Interkulturell kommunikasjon. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.
- Dale-Olsen, Harald, Kjersti Misje Nilsen & Pål Schøne. (2011) Smitter sykefravær? I: *Søkelys på arbeidslivet*, Årgang 28 (Nr. 1-2), s. 125 - 133.
- Dale-Olsen, Harald og Simen Markussen. (2010) Økende sykefravær over tid? I: *Søkelys på arbeidslivet*, Årgang 26 (Nr. 1-2), s. 105 - 121.
- Ehn, Billy og Peter Öberg. (2011) Biografisk intervjumetode. I: Fangen, Katrin og Ann-Mari Sellerberg (red.): *Mange ulike metoder*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.
- Ellingsen, Dag og Ulla-Britt Lilleaas. (2014) *Noen vil ha det slik*. Tradisjonelle kjønnsroller og svake levekår på Sørlandet. Portal Forlag AS. Kristiansand.
- Ericson, Kjersti. (1996) *Barnevern som samfunnsspeil*. Pax forlag AS. Norway.
- Erikson, Erik H. (1959) *Identity and the life cycle*. Norton, New York.
- Erikson, Erik H. (1982) *The life cycle completed: A review*. Norton, New York.
- Everett, Euris L. og Inger Furseth. (2012) *Masteroppgaven*. Hvordan begynne – og fullføre. Universitetsforlaget AS. Oslo.
- Fangen, Katrine. (2011) Deltakende observasjon. I: Fangen, Katrine og Ann-Mari Sellerberg (red): *Mange ulike metoder*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.
- Fossland, Trine og Kirsten Thorsen. (2010) *Livshistorier i teori og praksis*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørk AS. Bergen.
- Fugelli, Per. (2010) *Nokpunktet*. Essays om helse og verdighet. Universitetsforlaget AS. Oslo
- Gamkinn, Karianne. (2013) *Beklager, men jeg må være mamma*. Cappelen Dam AS. Liviona Print Sia, Latvia.
- Geertz, Clifford. (1973) *The interpretation of Cultures*. New York, Basic Books, Inc., Publishers.



Gjernes, Trude. (2012) Sykerollen som ressurs i arbeidslivet. I: Aksel Tjora (red): *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Gjernes, Trude. (2013) *Work, Sickness, absence and Identity-Work*. Nordic journal of working life studies [Internett], Volum 3 ( Nr. 3), s. 175 – 193. Tilgjengelig fra: <http://ojs.ruc.dk/index.php/njwls/issue/view/698> [Lest 10.05.2015].

Gullestad, Marianne. (1989) *Kultur og hverdagsliv*. Universitetsforlaget AS. Oslo.

Hauge, Åshild Leppegard. (2007) *Identitet og sted: en sammenligning av tre identitetsteorier*. Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol 44, (Nr. 8), s. 980-987.

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999) *Kvinnens helse i Norge*. NOU 1999:13. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-1999-13/id141704/?docId=NOU199919990013000DDDEPIS&q=NOU%201999:13&navchap=1&ch=2> [Lest 07.10.2014].

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010) *Arbeid for helse*. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. NOU 2010:13. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2010-13/id628069/?docId=NOU201020100013000DDDEPIS&ch=1&q=> [Lest 04.11.2013].

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013) *Folkehelsemeldingen – god helse – felles ansvar*. Meld. st. 34 (2012 – 2013). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?docId=STM201220130034000DDDEPIS&ch=1&q=Folkehelsemeldingen&redirect=true&ref=search&term=Folkehelsemeldingen> [Lest 21.04.2015].

Hernes, Thorgeir. (2010) Kapittel 1: Et bakteppe, kapittel 2: Om arbeidslinja, s. 15 - 55. I: Thorgeir Hernes, Ingar Heum, Paal Haavorsen (red.). *Arbeidsinkludering*. Om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge. Gyldendal Akademiske.

Ingstad, Kari og Elin Kvande. (2011) Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid? I: *Søkelys på arbeidslivet*. Årgang 28, (Nr. 1-2), s. 43 - 55.

Innstrand, Siw Tone. (2010) Betydningen av god balanse mellom arbeid og familieliv. I: *Søkelys på arbeidslivet*. Årgang 26, (Nr. 1-2), s. 31-41.

Karasek R.A. jr. (1979) *Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign*. *Administrative Science Quarterly*, 24, s. 285 – 308.

Kostøl, Andreas R. og Kjetil Telle. (2011) Sykefraværet i Norge de siste tiårene. Det handler om kvinnene. I: *Samfunnsøkonomen*, Årgang 125 (65), (Nr. 1), s. 4 – 13.

Larsen, Ann Kristin. (2007) *En enklere metode*. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Larsen, Arne August og Atle Svendal. (2009) *Klasseromsledelse og kulturutvikling som bidrag til at lærere og barnehagemedarbeidere bedre kan mestre sitt arbeid*. Erfaringer fra prosjektet «Jeg blir» i Aust-Agder, 2009 [Internett]. Tilgjengelig fra:

<http://evalueringsportalen.no/evaluering/klassemledelse-og-kulturutvikling-som-bidrag-til-at-laerere-og-barnehagemedarbeidere-bedre-kan-mestre-sitt-arbeid-erfaringer-fra-prosjektet-%2522jeg-blir%2522-i-aust-agder/Jeg%20blir%20sluttrapport%202009.pdf/@@inline> [Lest 22.04.15].

Lilleaas, Ulla Britt og Karin Widerberg. (2002) *Trøtthetens tid*. Pax Forlag A/S. Oslo.

Olsen, Torunn Skåltveit og Nina Jentoft. (2010) Et liv jeg ikke valgte. I: *Søkelys på arbeidslivet*, Årgang 26, (Nr 3), s. 206 - 216.

Postholm, May Britt. (2010) *Kvalitativ metode*. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier. 2.utgave. Universitetsforlaget. Oslo

Sosial- og helsedepartementet. (1996) *Velferdsmeldinga*. St.meld. 35 (1994-1995). Oslo, Sosial- og helsedepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/velferdsmeldinga/id261783/> [Lest 25.04.2015].

Scheff, Thomas. (1990) *When shame gets out of hand*. [Internett]. Tilgjengelig fra:

[http://www.sagepub.com/upm-data/13294\\_Chapter\\_5\\_Web\\_Bye\\_Thomas\\_J\\_Scheff.pdf](http://www.sagepub.com/upm-data/13294_Chapter_5_Web_Bye_Thomas_J_Scheff.pdf) [Lest 29.04.2015].

Solheim, Liv Johanne. (2011) The understanding of Norwegian women's sickness absence: towards a holistic approach? [Internett], *Nordic journal of social research*, Vol 2, s. 1-16. Tilgjengelig fra: <https://boap.uib.no/index.php/njsr/article/view/131/0> [Lest 10.05.2015].

Statistisk sentralbyrå. (2014) *Sysselsatte (AKU) etter alder, kjønn, tid og statistikkvariable*, 2014.

Tabell: 03781, [Internett]. Tilgjengelig fra:

<http://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp> [Lest 22.04.2015].

Statistisk sentralbyrå. (2014) *Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter region, kjønn, alder, tid og statistikkvariabel*, 12. mars 2015. Tabell: 08320, [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/stat5stikker/sykefratot/kvartal/2015-03-12?fane=tabell&sort=nummer&tabell=221158> [Lest 22.04.2015].

Statistisk sentralbyrå. (2014) *Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter region, kjønn, næring (SN2007), tid og statistikkvariabel*, 22. april 2015. Tabell: 08321, [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabelHjem.asp?KortNavnWeb=sykefratot&CMSSubjectArea=arbeid-og-lonn&checked=true> [Lest 22.04.2015].

Thøgersen, Ulla. (2013) Om at indstille seg fænomenologisk – Merleau-Pontys refleksjonsbegreb. I: Bjørn Schiermer (red.): *Fænomenologi. Teorier og metoder*. Hans Reitzels Forlag HR. Danmark.

Wergeland, Ebba. (2012) Hvorfor har kvinner høyere sykefravær enn menn? [Internett]. I: *Arbeidervern*. Nr. 6. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/arbeidervernartikkel.html?tid=236277> [Lest 29.04.2015].

Aadland, Einar. (1997) *og eg ser på deg...* Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag. Universitetsforlaget. Tano Aschehoug. Otta AS

Aakvåg, Gunnar C. (2008) Pierre Bourdieu: en konfliktteoretisk syntese. I: *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag AS. Oslo.

## **VEDLEGG:**

- 1) Samtykke fra ND
- 2) Informasjonsbrev til informanter
- 3) Samtykkeskjema
- 4) Intervjuguide

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagre gate 2  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Trude Gjernes  
Fakultet for samfunnsvitenskap  
Universitetet i Nordland  
Mørkvedtråkket 30  
8049 BODØ

Vår dato: 17.09.2013

Vår ref:35324 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35324	<i>Trivsel på jobb - om kvinner og sykefravær sett i sammenheng med deltidsarbeid, arbeidsmiljø, utdanning og private forhold</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Trude Gjernes</i>
Student	<i>Wayni Maylin Bergan</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

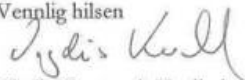
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Wayni Maylin Bergan, Fjordbygdveien, 4985 VEGÅRSHEI

Avdelingskontorer / District Offices

OSEO, NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uo.no](mailto:nsd@uo.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [lynn.suava@sv.uib.no](mailto:lynn.suava@sv.uib.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 35. [nsd@sv.uib.no](mailto:nsd@sv.uib.no)



Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Ombudet legger til grunn at arbeidsgiver ikke utleverer taushetsbelagte opplysninger om sine ansatte, samt at de som ønsker å delta, tar direkte kontakt med forsker.

Det tas høyde for at det i prosjektet blir registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.05.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *«Trivsel på jobb»*

*-om kvinner og sykefravær*

#### **Bakgrunn og formål**

Kvinner har høyere sykefravær enn menn, noe som har gitt meg økt nysgjerrighet for hvorfor det er slik og hva som kan være mulige årsaker og sammenhenger. Uansett alder og familiære forhold så viser det seg at kvinner oftere enn menn er borte fra arbeid. Hvorfor er det slik?

Tema for avhandlingen er «Trivsel på jobb», og handler om kvinner og sykefravær. Problemstillingen er hvordan kvinners sykefravær påvirkes av stillingsstørrelse, arbeidsmiljø, utdanning og private forhold.

Jeg holder på med en Masterstudie i Sosialt arbeid ved Universitetet i Nordland. Bakgrunn for tema og problemstilling er min nysgjerrighet knyttet til hva som kan være mulige årsaker til at kvinner har høyt sykefravær.

Du er blitt spurt om å delta i mitt prosjekt fordi du er kvinne og ansatt i kommunal sektor. Navnet ditt fikk jeg via listen over ansatte som din leder har sendt meg.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

I et slikt prosjekt er jeg avhengig av å intervju personer. Din deltakelse vil derfor være nyttig og lærerik. Som deltaker i prosjektet innebærer det muntlige svar på spørsmål og refleksjoner over gitte temaer knyttet til prosjektets problemstilling. Spørsmålene vil omhandle forhold knyttet til alder, utdanning, stillingsstørrelse, sykefravær, private forhold som sivil status, barn og barns alder. Refleksjonsspørsmål vil være knyttet til arbeidets organisering, arbeidsoppgaver, ansvar m.m.

Et intervju vil vare ca. en time, og det vil bli brukt lydopptak.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptak, utskrifter og notater vil bli oppbevart i låsbart skap mens prosjektet foregår. Lydopptak og notater vil bli slettet når prosjektet er ferdig.

I selve Masteravhandlingen vil det muligens bli brukt sitater fra intervjuene, men sitatene vil bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å gjenkjenne dem.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.mai 2014.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. ¶

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Wayni M. Bergan mob. 99 26 11 34.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

*Jeg samtykker til å delta i intervju*



## INTRODUKSJON

- Introduksjon av temaet i generelle vendinger
- Samtaleformen forklares (temaer, ikke forhåndsbestemte spørsmål, mulighet for oppfølgingsspørsmål)
- Informasjon om taushetsplikten og underskrift av samtykke til deltakelse

## INTERVJUGUIDE

Innledningsvis vil jeg si at intervjuet er inndelt i temaer.

- Bakgrunn
  - Alder
  - Sivil status, barn, alder på barna
  - Yrke, stillingsstørrelse
  - Hvor lenge har du vært sykemeldt
  - Hvilke forhold kan sykemeldingen relateres til, beskriv...
- Arbeid
  - Beskriv arbeidsdagen – viktige faktorer for positiv jobbrelasjon
  - Praktisk tilrettelegging av arbeidsdagen
  - Konflikter / vanskeligheter
  - Opplevelsen av ikke å mestre arbeidet
- Opplevelsen av å være sykemeldt
- Private forhold
  - Foreldres jobbdeltakelse
  - Arbeidsfordelingen hjemme
  - Oppfølging av evt barn, støtte fra partner
  - Krav / forventninger
  - På hvilken måte påvirkes du av hjemlige forhold når du er på arbeid
  - Opplevelsen av at hjem og arbeid «går hånd i hanske»
- Hvor er den største belastningen
  - På arbeid - beskriv
  - Hjemme - beskriv