

ERFARINGER MED ARBEID, UTBRENTHET OG REHABILITERING
Hvordan erfarer mennesker (som selv har erfart utbrenthet) det nye arbeidslivet og dets konsekvenser for helse?

ANN-CHARLOTT LAMARK

MASTER I REHABILITERING 2008

RH333S

AVDELING FOR SAMFUNNSFAG

HØGSKOLEN I BODØ

INNHALDSFORTEGNELSE:

1. <u>INNLEDNING</u>	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2. Valg av problemstilling.....	4
1.3. Valg av tittel.....	4
1.4. Oppgavens struktur	5
2. <u>PRESENTASJON AV INFORMANTENE</u>	7
2.1. Hjelpepleieren	7
2.2. Regnskapsføreren.....	8
2.3. Sykepleieren.....	10
2.4. Annonsekonsulenten.....	12
3. <u>METODISK GJENNOMFØRING</u>	15
3.1. Kvantitativt design.....	16
3.2. Ustrukturerte eller strukturerte intervju.....	17
3.3. Validitet.....	19
3.4. Reliabilitet.....	19
3.5. Generaliserbarhet.....	20
3.6. Valg av informanter og tilgang til feltet.....	21
3.7. Slik gikk jeg frem.....	22
3.8. Bearbeidelse av datamaterialet.....	23
3.9. Etske betraktninger.....	24
4. <u>ULIKE FORSTÅELSER AV ARBEIDSLIVET OG REHABILITERING</u> ..	25
4.1. Menneskerettigheter.....	25
4.2. Samfunnsskapte konstruksjoner	25
4.3. Medisinsk modell versus sosial modell.....	26
4.4. Systemperspektiv.....	27
4.5. Arbeidslivets historiske bakgrunn.....	28
4.6. Det nye arbeidslivet.....	28

4.7. Industritrøtthet og utbrenthet.....	29
4.8. Arbeid som kilde til helse.....	30
<u>5. NÅR ARBEIDSLIVET SETTER SEG I KROPPEN.....</u>	31
5.1. Fleksibilitet.....	31
5.2. Den diagnostiske kultur.....	33
5.3. Samfunnsskapte belastninger	38
<u>6. OPPLEVELSER AV DET NYE ARBEIDSLIVET.....</u>	41
6.1. Kolleger.....	43
6.2. Teknologi.....	44
6.3. Omstilling.....	48
<u>7. ERFARINGER MED REHABILITERINGSPROSESSER.....</u>	52
7.1. Brukerstyring.....	52
7.2. Standardiserte tilbud.....	55
7.3. Ulike syn på begrepet rehabilitering.....	58
7.4. Samarbeid.....	59
<u>8. OPPSUMMERING</u>	63
8.1. Sykdom.....	63
8.2. Fragmenter av kroppen.....	64
8.3. Utbrent.....	64
8.4. Samarbeid mellom flere aktører.....	65
8.5. Mellom to stoler.....	67
9. LITTERATURLISTE.....	70
10. VEDLEGG.....	74

FORORD

Masteravhandlingens emne er hvordan mennesker opplevde det nye arbeidslivet og rehabiliteringen som de var med på.

Målet mitt er at leserne av oppgaven skal kunne danne seg et bilde av hvordan informantenes liv var i møte med jobben og behandlerne.

I min fysioterapeutiske grunnutdanning lærte jeg at man ved bestemte undersøkelsesmetoder skal kunne stille diagnoser og ut ifra dette finne tilsvarende spesielle behandlingsmåter.

Jeg har gjennom arbeidet med denne oppgaven lært at ethvert "fag" som har med mennesker å gjøre, aldri må glemme personene bak lidelsene.

Jeg må understreke at denne oppgaven bygger på Hans, Gudrun, Mette og Anitas egne erfaringer med fenomenet utbrenthet, det vil si empirisk vitenskap.

Utbrenthet kan sammenlignes med en sang som spilles på klaver. Med vår bevissthet oppfatter vi først bare melodien som noe enkelt som er lett å huske. Skal vi derimot studere klaverstykket, må vi uten å tape helheten av syne, også kjenne detaljene, det vil si alle tonene som ligger bak det melodiskapende. Det blir en stadig veksling mellom sang som helhet og alle delene.

Takk til:

Takk til min tålmodige familie som har holdt ut med en mor, som stort sett har sittet med nesen i en bok det siste året.

Takk til min veileder Ingrid Fylling for at du hadde tro på meg og oppmuntret meg.

En stor takk til alle informantene som gav av sin tid og sine erfaringer gjennom en lang prosess.

Og sist, men ikke minst, takk til mine kolleger som gjorde dette prosjektet mulig, ved at de tipset meg angående klienter som passet til min problemstilling.

Hilsen Ann-Charlott Lamark

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Min interesse for temaet som jeg skal skrive om i denne oppgaven, ble vekket etter at jeg leste rapporten fra Fornyings- og administrasjonsdepartementet (2004) som viser at arbeidslivsfaktorer bidrar til helseproblemer.

Etter å ha lest rapporten fikk jeg lyst til å identifisere hva som kjennetegner det nye arbeidslivet, og om dagens rehabilitering gir muligheter til integrering når man ikke greier å jobbe 100 prosent. Rapporten tar for seg mange problemstillinger, men jeg har valgt å se på om arbeidslivet produserer sykdom, og hvordan rehabiliteringen praktiseres for disse helseplagene. Jeg har ”empowerment” i bakhodet når jeg i oppgaven skal se på om brukerne får mulighet til å samarbeide med de menneskebehandlerne når de ønsker å komme seg tilbake i arbeidslivet etter sykefravær. Når helsen svikter som en følge av arbeidslivsfaktorer, forutsetter en vellykket rehabilitering en myndiggjøring av bruker, derfor har begrepet en sammenheng med empowerment-tenkningen (Askheim 2003).

Det er liten tvil om at arbeidslivet kan føre til helseplager. De som bygde pyramidene i Egypt, må ha kjent det både her og der. Det finnes flere sitater i historiske dokumenter som antyder en sammenheng mellom arbeid og helseplager.

En papyrusforfatter skrev i 2500 f.Kr. om medisinsk behandling av ryggplager hos arbeidere som var involvert i å flytte og løfte steinblokker ved bygging av pyramidene (Brandt 1987). Denne papyrusforfatteren betraktet verden kun fra et medisinsk ståsted. Han skriver ikke noe om pyramidebyggernes øvrige livssituasjon. Alt som blir skrevet, vil bli preget av forfatteren og fra hvilken synsvinkel denne velger å se verden. Min synsvinkel i denne oppgaven vil bli preget av mine informanters opplevelse av arbeidslivets helsemessige konsekvenser og deres opplevelse av den rehabiliteringen som de har vært med på.

I rehabiliteringsmeldingen blir kommunene tillagt et hovedansvar for rehabiliteringsvirksomheten. I St.meld. nr. 21 (1998–1999) stiller en krav til de etablerte virksomhetene om å arbeide på en ny måte, der det fokuseres på brukerstyring, og der individet skal stå i sentrum.

Rehabiliteringspolitikken preges av verdier som samarbeid, brukerstyring, koordinering, individualisering og integrering. Rehabilitering blir betraktet som tverrfaglig og tverrsektoriell. Det er mange menneskebehandlerne profesjoner som jobber med dette feltet.

Å se på alle disse profesjonene blir for omfattende, derfor vil jeg legge spesielt vekt på fysioterapeutens rolle i rehabiliteringsfeltet.

Ifølge Bauman (2002) lever vi i et "etisk tomrom" der de økonomiske kreftene har fritt spillerom til å følge sine egne regler, eller hvis det passer dem, velge å ignorere dem. I praksis kan man tenke seg at økonomiske krefter i arbeidslivet kan ha betydning for arbeidstakernes helse. Rehabiliteringsfelte og de menneskebehandlingende profesjonene fungerer i krysningpunktet mellom arbeidslivet og sykdom.

Bedrifter kan velge å anlegge et individfokus eller velge å se på arbeidstaker som en "maskin" som skal produsere noe. Man kan tenke seg at det synet som arbeidslivet vektlegger, vil ha konsekvenser for arbeidstakernes rehabilitering.

Opgaven har fokus på om endringer i arbeidslivets organisering får konsekvenser for arbeidstakernes valgfrihet og helse. Mange mener at ordninger som fleksibel arbeidstid og ytelsesbasert lønn gir fordeler for den enkelte arbeidstaker. Andre mener at denne valgfriheten slår ut i økt utrygghet. Dette er blant de ting som vil bli tatt opp i oppgaven.

Hovedfokus i fysioterapiens perspektiv er å bringe menneskekroppen tilbake til en standard for god kroppsfunksjon. Dette er den delen av behandlingsapparatets kunnskapsverden som langt på vei passer inn i det naturvitenskapelige og medisinske paradigma. Helsetjenestene er gjennomsyret av et standardisert og diagnosebasert språk, som også kalles for den medisinske modellen.

Individperspektiv, årsaksforhold, tiltak og mål står sentralt i mine grunnkunnskaper om rehabilitering. Ut fra dette blir rehabiliteringsfeltet fragmentert og man kan tenke seg at konteksten arbeids- og livssituasjon kan komme i andre rekke.

Ifølge Wästerhall (2006) handler rehabilitering om å gi brukere muligheter for å ha kontroll over egen arbeids- og livssituasjon. Dette representerer et videre perspektiv enn den medisinske modellens naturvitenskapelige syn på verden. Rehabilitering setter folks helseplager i sammenheng med deres "levde liv", og dette er den sosiale modellens grunntanker. Denne modellen er sammenfallende med rehabiliteringspolitikkenes målsetting om brukerstyring, samarbeid og integrering. Systemer som medisinsk kontra sosial modell, arbeidslivets organisering og rehabiliteringspolitikken påvirker livet til mine informanter, og er derfor sentrale temaer i oppgaven.

Bliksvær og Seierstad (2001) fant at fravær fra arbeid på grunn av helseplager blant annet hadde en sterk sammenheng med arbeidets karakter.

Dette viser at det i tråd med den sosiale modellen er på tide å anlegge et bredere perspektiv enn bare å konsentrere seg om folks medisinske tilstander ved sykdom. På bakgrunn av Bliksvær og Seierstads (2001) artikkel kan man for eksempel tenke seg at negativt stress på jobb, som vedvarer over tid, kan være sykdomsfremkallende.

Sykdomsbegrepet utbrenthet er et nasjonalt akseptert begrep som benyttes for å forklare en type sykefravær som forventes å ha en eksplosiv økning (Rones2002). Nettopp derfor ønsket jeg å se på hvordan mine informanter tolket sitt arbeidsforhold etter at de ble syke.

Et sentralt spørsmål var hva de selv mente var årsakene til at de ble syke. Videre ble det viktig å se på om sykdommen, for informantene hadde sammenheng med det nye arbeidslivet.

Oppgaven bygger på kvalitative intervjuer med et utvalg av brukere som har følt arbeidslivet på kroppen og har blitt utbrent. Mine informanter var underlagt et moralsk krav om å arbeide. Arbeidstakere med en aktiv, handlekraftig holdning og som alltid sier ”ja”, blir oppskattet i arbeidslivet. Når omkostningene og minussidene ved å delta i arbeidslivet så blir for store og folk blir utbrente, blir de ofte sett på som arbeidssky.

Møtet med helsesystemet ble avgjørende for hvilket tilbud informantene fikk når de ble syke.

Et av velferdsstatens mål er å skape likeverdige livsvilkår innenfor rehabiliteringsarbeidet.

Behandling hos fysioterapeut må ifølge gjeldende lovverk skje etter henvisning av lege, siden 2000 også av kiropraktor. Grunnideen her er at det er henvisende instans som skal skille syk fra frisk, og at dette skillet i sin tur klargjør hvem som skal henvises og ikke. Dette viser at sorteringen av friske og syke ikke er brukerstyrt. Rehabiliteringspolitikkenes mål er at rehabiliteringen skal være brukerstyrt, men i primærhelsetjenesten er det bestemte profesjoner som bestemmer om bruker skal få et tilbud hos fysioterapeut eller ikke. Dette er helt i tråd med boka til Oddvar Eriksen (2001) *Demokratiets sorte hull*, der han mener at borgernes autonomi står på spill i møte med velferdsstaten.

Informantene har nesten alle vært brukere av fysioterapitjenesten. I forhold til denne yrkesgruppen ble det interessant å se på om fysioterapeutene viste respekt for informantenes autonomi ved at disse fikk være med og styre sitt eget rehabiliteringsopplegg, da brukerstyring nettopp er en av grunnpilarene i rehabiliteringsmeldingen.

1.2. Valg av problemstillinger

Ifølge Brox skal problemer kunne analyseres og undersøkes på en måte som gjør det mulig å avlede, formulere, sammenligne og evaluere løsninger (Brox 1995).

Kroppen er noe større enn mineralmangel på cellenivå, den er også en del av en menneskelig og kulturell kontekst, derfor har jeg valgt å se på mine informanternes erfaring med sykdom, rehabilitering og arbeid.

Oppgaven tar utgangspunkt i hvordan informantene beskriver seg selv og sine opplevelser av eget liv. Jeg må velge fokus og oversette problemet til en prosess som jeg kan undersøke empirisk. Min hovedproblemstilling er: Hvordan erfarer mennesker (som selv har erfart utbrenthet) det nye arbeidslivet? I tillegg til å kartlegge arbeidslivets helsemessige betydning har jeg til hensikt å finne ut hvordan mennesker som har vært utbrent, opplever den rehabiliteringen som de har vært en del av.

Underproblemstillingen i oppgaven fokuserer på informantenes opplevelse av den rehabiliteringen som de har vært en del av. Fremmer eller hemmer polariseringen mellom to verdener, nemlig behandlingssystemet og det nye arbeidslivet rehabiliteringspolitikken? Jeg har i denne sammenhengen intervjuet fire informanter fra tre forskjellige bransjer. De har alle erfart utbrenthet og fulgt et rehabiliteringsopplegg.

1.3. Valg av tittel

Tittelen på oppgaven er: Erfaringer med arbeid, utbrenthet og rehabilitering.

Fleksibilitet er ifølge Bauman evnen til å skifte retning med kort varsel og raskt tilpasse seg de nye arbeidsforholdene uten å ta med seg gamle vaner (Bauman 2002).

Når arbeidstakerne ikke greier å tilpasse seg endringene i arbeidslivet, så tilbyr helsetjenesten testing av funksjonsevne. Ut ifra disse testene blir diagnosen bestemt. Bistandsapparatet har tradisjonelt fokusert på å behandle diagnoser. Det er imidlertid noe helt annet å behandle syke mennesker enn å behandle diagnoser. Behandlingsapparatet bidrar til at det sosiale systemet som behandler sykdommene, fungerer på en velordnet måte. ICD-10, som er den internasjonale klassifikasjon av sykdommer, har til hensikt å klassifisere menneskers helse i diagnoser (Kith 2006). Behandlingsapparatet står sentralt i denne oppgaven. Dette apparatet bidrar til at det sosiale systemet som behandler sykdommer, fungerer på en velordnet måte og at sykdom blir sett på som en objektiv realitet. Profesjonene bestemmer brukernes diagnoser, for så å sette i verk den ”rette” behandlingen. Dette vil jeg karakterisere som behandlingssystemet. Så lenge helseprofesjonen ikke vet hvordan arbeidslivet til den som testes, ser ut, kan kanskje en standardisert løsning bli nytteløs.

Durkheim var den store inspiratoren for funksjonalismen, men også Karl Marx så samfunnet som en funksjonell helhet, hvor forskjellige ordninger bidro til stabil undertrykking av bestemte samfunnsgrupper (Martinussen 2001). Det nye arbeidslivet er i likhet med funksjonalismen ikke opptatt av individenes subjektive følelser i forhold til jobben. I denne sammenhengen er det objektet arbeidstaker som blir viktig, og hvordan dette objektet fungerer i samfunnsmessige prosesser. Funksjonalismen preger arbeidslivet, som kan fremstå som brutalt, usolidarisk, ulikhetsskapende og utrygt. Arbeiderne skal være kjappe i vendingen, åpne for endringer på kort varsel og villige til å ta sjanser.

Det er viktig at både arbeidsgiver og helsepersonell ser personen bak lidelsen. Motsetningene i samfunnet kan redusere bruker til et objekt, der vi på den ene siden har systemet som det nye arbeidslivet representerer, og på den andre siden behandlingsapparatet som "reduserer" brukerne til en diagnose som ikke sier noe om brukernes levde liv.

Sentrale begrep vil bli definert fortløpende i oppgaven.

I teksten veksler jeg mellom betegnelsene bruker og klient.

Innholdet i disse begrepene er noe forskjellig. Ifølge Sosialdepartementets sekretariat for modernisering og effektivisering i helsesektoren (SME 1992) er bruker en person som har opplevd behov for helsetjenester eller oppsøker helsetjenesten for å få råd, hjelp til å bli frisk, bli smertefri eller for å bedre funksjonsevnen.

Klient kan bety en person som er under en annens beskyttelse, eller en kunde (SME 1992).

Jeg vil anvende bruker- og klientbegrepene, fordi disse er mest vanlige i teorien som min oppgave bygger på.

1.4. Oppgavens struktur

Litteraturen jeg bruker i masteravhandlingen, mener jeg vil belyse min problemstilling. Det vil si at den handler en del om konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen, litt om stress og stressmekanismer, og til slutt litt om St.meld. nr. 21 der rehabiliteringspolitikken defineres som menneskets egen innsats for å gjenoppbygge et liv, med bistand fra samarbeidende aktører.

Fordi empirien styrer avhandlingen, anser jeg det som viktig at leseren stifter bekjentskap med informantene allerede i kapittel 2. I kapittel 3 vil jeg si litt om mitt metodevalg for oppgaven. Da oppgaven består av førstehåndsfortellinger, har jeg benyttet kvalitativ

forskningsmetode, der jeg har intervjuet fire informanter. Kapittel 4 handler om bakgrunnen for rehabiliteringspolitikken og det nye arbeidslivet. Kapittel 5 inneholder en analyse av informantenes erfaringer av utbrenthet, sykdom og diagnoser. Det var vanskelig å ikke berøres av beskrivelsene av kroniske smertetilstander som var veldig personlige for informantene. I kapittel 6 blir overgangen fra det gamle til det nye arbeidslivet analysert. Kapittel 7 belyser hvordan informantene opplevde gjennomføringen av deres rehabiliteringsprosess. Sist, men ikke minst har jeg i kapittel 8 prøvd å summere opp mine funn, der jeg tar et tilbakeblikk på problemstillingen, og vurderer hvordan systemet påvirket hverdagslivet til mine informanter.

2. PRESENTASJON AV INFORMANTENE

Mine informanter hadde varierende erfaringer med både arbeidslivet, sykdom og rehabiliteringen som de hadde vært en del av. Dette fordi de hadde ulik utdanningsbakgrunn, deres sykefraværperioder hadde forskjellig lengde og de var med på forskjellige rehabiliteringsopplegg. Men de hadde alle vært så lenge i arbeidslivet at de erfarte overgangen fra å være ”on time”, til dagens arbeidsliv der det handler om å være ”on line”.

Med ”on time” forstås her den gamle kapitalismens arbeidsliv der det ble stilt krav til arbeiderne om å være punktlig eller ”on time”. I dag handler det om å være på nett eller ”on line” (Sennet 2005).

2.1. Hjelpepleieren

Mette er 64 år og hadde jobbet i 31 år ved et sykehus i Sør-Norge. Arbeidet var viktig for henne da hun hadde voksne barn og var enslig. Hun sa at hun privat hadde et ”lett liv”, da hun bare hadde seg selv å tenke på. Men hun følte seg ”mettet” av alle omstillingene hun hadde vært igjennom. Mette hadde alltid vært vant med å ta ansvar, da hennes mor døde tidlig, og hun måtte ta omsorgen for sin tre småsøsken.

Hun var utdannet hjelpepleier og hadde en arbeidsdag som var preget av omsorgsoppgaver, rydding, forefallende arbeid og skifting på senger. Lederne delegerte arbeidsoppgavene til henne, og de hadde styringsrett over det hun skulle gjøre. I de senere år hadde kravene til økonomisk overskudd blitt større i helsesektoren. På grunn av dette ble Mette flyttet fra avdelingen der hun trivdes, til en avdeling med helt andre brukere enn det hun var vant til å forholde seg til. Hun hadde flotte kolleger på den gamle avdelingen, som støttet henne, helt til omstillingene begynte for tre år siden.

På den nye avdelingen var kapasiteten sprengt og det lå brukere over alt. Det var mange unge vikarer som jobbet der, og Mette følte seg ikke velkommen. På den gamle avdelingen var de opptatt av samhold. Ungdommen på den nye avdelingen var bare opptatt av seg selv, syntes Mette. De gikk rundt på avdelingen med mobiltelefon, og de ville heller sende sms enn å snakke med Mette.

Hun fikk ingen opplæring i de nye arbeidsoppgavene som hun ble konfrontert med på den nye avdelingen. Dette resulterte i at hun ikke fikk mulighet for å gi hver enkelt bruker den individuelle oppfølgingen som hun mente var forsvarlig.

Videre så ble de også færre på vakt, der de før hadde vært sju ble de nå fire som skulle gjøre samme jobben. Mette hadde ikke mer overskudd igjen når hun kom hjem etter en arbeidsdag. Ledelsen lovet henne opplæring da hun fikk mange nye oppgaver på den nye avdelingen; det fikk hun imidlertid ikke. Mette følte seg dum, da hun stadig måtte spørre kollegene på den nye avdelingen om hvordan hun skulle forholde seg til alle de nye arbeidsoppgavene. Kollegene var overarbeidet og ble irritert når hun spurte hvordan de forskjellige arbeidsoppgavene skulle løses. Hun hadde fortsatt kontakt med sine kolleger fra den avdelingen der hun jobbet før, det var viktig for henne.

Hun mente at det at hun og hennes kolleger hadde for mange arbeidsoppgaver uten muligheter til å holde seg faglig à jour, førte til at mange ble sykemeldt. Dette førte igjen til at de som var på jobb, fikk enda mer å gjøre. Mette ble helt tappet for energi, og hun ble sykemeldt.

Hun fortalte at alle omstillingene på sykehuset satte seg i kroppen hennes. Mette var tiltaksløs, deprimert, svimmel og hadde mye nakkesmerter.

Rehabiliteringsbegrepet mente hun måtte være det å komme seg tilbake til jobb.

Hun oppsøkte sin lege når hun ble syk, hun fikk sykemelding, antidepressive tabletter og sovetabletter. Tablettene spiste hun ikke da hun var redd sykdomsfokusering. Mette følte at hun trengte en rekvisisjon til fysioterapi, men det fikk hun ikke, da legen mente at hun ikke hadde behov for det. Hun ble skuffet over at hun ikke fikk hjelp av noen fagpersoner og følte at hun ikke kunne samarbeide med sin lege. Hun bestemte seg for at hun skulle greie å rehabilitere seg selv. Målet var å komme seg tilbake til brukerne, da de var viktige for henne. Mettes mestringsstrategi ble å fokusere på at dette skulle hun greie, og at hun var sterk. Det å snakke med de gamle kollegene om omstillingen hjalp henne, og i tillegg gikk hun tur hver dag. Hun følte at kreftene gradvis kom tilbake og hun er nettopp begynt i 50 prosent stilling, for å få en gradvis overgang til arbeidslivet. Mette ville ikke være i en passiv brukerrolle og greide å trene seg opp igjen fysisk ved å gå turer.

2.2. Regnskapsføreren

Anita hadde jobbet på et regnskapskontor i ca 15 år. Hun beskrev at da *”kroppen sa stopp”*, så ble hun oppsagt. Hun går i dag på rehabiliteringspenger og strever med å finne en jobb som hun kan mestre.

De første årene på jobben var variert, dette fordi hun oppsøkte bedriftene for å informere om hvordan regnskapet skulle føres. Hun fikk stadig muligheter for å oppdatere seg. Hun fortalte følgende om de første årene i bransjen: *”Vi hadde felles lunsj, snakket med*

hverandre, jeg trivdes og hadde mange gode kolleger.” Arbeidsdagen forandret seg da alt ble overført til IT-baserte arbeidsredskaper og hun fikk en deadline på hvert regnskap som hun måtte forholde seg til. Dette resulterte i at alle satt foran hver sin pc, det var ikke lengre behov for å oppsøke dem hun førte regnskapet for, da alt ble overført til e-post. Det ble en ensom jobb der hun strevde med å holde deadline. Fristene for når ting skulle være ferdig, ble bare kortere og kortere. Nå var det økonomien som bestemte om hun skulle dra på kurs og hvor mange kunder hun hadde. Deadline for avgiftsberegninger, skatteoppgjør og rapporter ble kortere. Dette førte til at Anita måtte jobbe helger og kvelder. I tillegg kom det stadig nye dataprogrammer og lovverk som hun måtte sette seg inn i. Når det var årsoppgjør i vinterhalvåret, satt hun ofte fra klokken 8 til klokken 20 på jobb. Anita opplevde at flere av hennes kolleger måtte gå. Kravene økte, da de ble færre på jobb. Anita ble overlatt til seg selv ved pc-en de siste årene hun jobbet, og hun følte at trusselen om oppsigelse hang over henne. Kollegene konkurrerte om å være flinkest for å få lov til å beholde jobbene sine og de satt ved pc-ene når de spiste matpakken sin. Anita gikk en del sykemeldt i løpet av 2003, og i 2004 fikk hun beskjed om at hun måtte gå. Hun ble overlatt til seg selv og følte at ingen hadde bruk for henne lenger. Anita sa følgende om sin situasjon: ”*Jeg hadde prøvd å holde deadline i mange år, stresset satte seg i kroppen min, og så måtte jeg gå.*” Hun var utbrent, deprimeret og usikker på seg selv. Anita ble langtidssykemeldt, på sykemeldingen skrev legen muskel/skjelettplager. Da firmaet som hun jobbet i, ble en IA-bedrift, orienterte NAV om at alt skulle legges til rette hvis noen ble syke. Anita syntes det hørtes bra ut, men erfarte i ettertid at det i virkeligheten bare var tull. Hun fortalte at det ikke var mulig for henne å bli omplassert, da det hun jobbet med, var veldig spesialisert. Etter at Anita mistet jobben, gav legen henne masse medisiner, og hun syntes at han hadde for lett for å gi henne medisiner. Hun var sykemeldt i et halvt år, så fikk hun en ny regnskapsjobb. Anita spurte legen om å få begynne med gradert sykemelding. Legen mente at hun var frisk nok til å begynne i 100 prosent med en gang. Hun trivdes godt i sin nye jobb, men etter et halvt år sa ”*kroppen stopp*”. Anita mente at legen burde ha skjønnet at når man jobber 100 prosent i regnskapsbransjen, så må man stå på minst 100 prosent. Det at hun ikke mestret denne jobben heller, gjorde noe med hennes selvtillit og hun stolte ikke lenger på kroppen sin. På spørsmål om hva Anita forbandt med ordet rehabilitering, svarte hun at første gangen hun hørte ordet, var i 2006 da hun fikk et tilbud om arbeidsrettet rehabilitering og skulle trene seg opp for å komme seg tilbake i arbeidslivet. Før oppholdet fikk hun ingen informasjon og hun hadde store forventninger om å bli helt frisk. Hun ble tilbudt egentrening og omlegging av kosten. Anita var sliten og syntes det var tøft å begynne med masse trening, men hun ble positivt

overrasket over at hun mestret det. Etter hvert følte hun at opplegget hjalp henne og at hun fikk mer overskudd. Men hun ble skuffet over fysioterapeutene som jobbet der, da de ikke kunne jobbe individuelt med henne. Alle skulle gjennom det samme opplegget og hun syntes at rehabiliteringsoppholdet var alt for lite individuelt. Legene mente at oppholdet skulle øke Anitas arbeidskapasitet. Men hun ble skuffet da hun kom tilbake til Bodø, hvor hun ikke fikk noen form for oppfølging. Oppholdet på rehabiliteringssenteret var på maks fire uker, selv om hun hadde vært syk i tre år. Anita hadde jevnlig kontakt med NAV, og de ville ha henne raskest mulig ut i jobb. Hun mente at NAV var en medvirkende årsak til at hun begynte for tidlig i jobb. Anita var sliten av alle møtene hos NAV, da hun fikk ny saksbehandler hver gang hun var der, noe som resulterte i at hun måtte fortelle hele sykehistorien sin på nytt til nye folk.

NAV har planlagt at i løpet av 2008 skal hun over på yrkesrettet rehabilitering. Anita gikk til behandling hos en fysioterapeut i Bodø. Hun mente at fysioterapeuten hadde hjulpet henne til å bli mer bevisst på hva hun mestret og at hun var blitt bedre etter at hun begynte hos ham. Behandlingen hadde dempet smertene hennes, hun sov nå om natten og greide å bevege nakke/skuldre uten smerte.

2.3. Sykepleieren

Gudrun var intensivsykepleier og jobbet på et sykehus i Sør-Norge, hun hadde jobbet der i 33 år. Hun likte å holde på med brukerne, men i de senere årene ble det mer papirarbeid og mindre tid til omsorg. Gudrun fortalte at på 80-tallet var det brukernes tilstand som bestemt hva hun skulle gjøre på jobben, da kunne hun sitte på sengekanten til brukerne og støtte dem når de hadde smerter. Det at brukerne hadde takket henne og var takknemlige for at hun brydde seg, var viktig for henne, den gangen. Jobben var i de senere år blitt en plikt der det var økonomien og teknologien som styrte hennes arbeidsdag. Hun mente at dette gikk ut over brukerne og hun hadde dårlig samvittighet for at hun ikke fikk tid nok til å prate med brukerne. På 80-tallet var hun stolt over avdelingen hun var på, og jobben hun gjorde. Etter hvert ble hun mer usikker, da hun følte at hun ikke hadde oversikten lenger og mente også at sykehuset var blitt skittent.

I løpet av 1990-årene skjedde det omfattende endringer på sykehuset, da alle papirjournaler ble IT-basert. Hun måtte lære seg de nye arbeidsmetodene på pc, noe som førte til at hun ble utrygg på om alle brukeropplysningene var blitt overført fra papirjournalene. Feil kunne få store konsekvenser for bruker. Når hun måtte lære seg nye programvarer, så ble hun hengende etter med de andre gjøremålene på avdelingen. Ett av gjøremålene som hun ikke fikk tid til

lenger, var å gi bruker nok omsorg. Hun fortalte at omstillingene skjedde fort på sykehuset, og de ansatte ble slitne og sykemeldt. Gudrun utdannet seg ikke til å sitte foran en datamaskin i utgangspunktet. Hun hadde vært med på flere omstillinger, og hun syntes at de var slitsomme. Videre så irriterte hun seg over at ledelsen og de nyutdannede sykepleierne var mer opptatt av teknologien enn av bruker. Hun fortalte at etter at IT-verktøyet kom, skulle alt rapporteres, dette førte til at det ble mer papirarbeid. Gudrun var i mange år på en flott avdeling hvor hun fikk muligheten å holde seg faglig oppdatert, de hadde felles lunsj hver dag og lederen kunne personalpolitikk. Hun hadde tid til å bli kjent med brukerne og hadde kolleger med masse erfaring som hun kunne stole på.

På 90-tallet ble flere avdelinger slått sammen, Gudrun måtte flytte til en fremmed plass der ingenting var i orden. De som jobbet på den nye avdelingen, fikk ikke beskjed om at Gudruns avdeling skulle komme dit. Hun mente at de var fiendtlig innstilt til henne, da de var redde for at de kunne miste sine jobber. Gudrun hadde sitt spesialfelt og hun måtte prøve å få med seg alt utstyret som hun trengte for å utføre jobben sin, over på den nye avdelingen. Gudrun sa det på følgende måte: *”Jobber du i en bank og holder på med penger, så er det skummelt å gjøre feil. Men holder du på med syke mennesker og skal gi medisiner, så kan en feil bli katastrofal.”* Mange av hennes gamle kolleger ble sagt opp og de på den nye avdelingen så på henne som en trussel. De var redde for at når Gudrun kom, så måtte kanskje noen av dem gå. På den nye avdelingen var de alt for lite folk, ingenting var lagt til rette og det var skittent. Ledelsen mente at da de ikke trengte å sitte og skrive rapporter for hånd lenger, kunne de greie seg med åtte på vakt der de før hadde vært ti. Gudrun lå våken om nettene og lurte på hvordan hun skulle mestre neste dag. Hun fortalte: *”Min gamle avdeling ble bare plutselig pakket sammen på en avdeling som var beregnet for halvparten av de brukerne som ble stuvet sammen.”* Da det var mye utskiftning på den nye avdelingen, måtte hun stadig forholde seg til nye kolleger. De hadde ikke lunsj, da pauserommet var gjort om til kontor. Det var mye stress og hun hadde ansvaret for fire veldig syke brukere. Når Gudrun stod opp om morgenen, ba hun brukerne, som hun følte hun hadde med seg i senga, om å flytte seg sånn at hun fikk muligheten til å stå opp og gå på jobb. Hun følte at hun hadde brukerne under huden hele døgnet. Ansvaret tynget og hun forstod ikke signalene. Når hun satt hjemme og hørte redningshelikopteret, da begynte hennes vakt. På fridagene ringte hun på jobben, for å høre hvordan det gikk med brukerne. Gudrun *”møtte veggen”*, men hennes medisinske diagnose var skulderplager. På sykehuset var det en egen bedriftshelsetjeneste, men hun mente at denne bare var forbeholdt dem som jobbet i administrasjonen. Sykehuset ble en IA-bedrift, men hun merket ikke noe til det. På spørsmål om hva hun la i begrepet rehabilitering, svarte Gudrun at

det er opptrening. Gudrun mente at fortjenesten for at hun kom seg tilbake i jobben, lå hos den fantastiske fysioterapeuten og støtten som hun fikk fra sine gamle kolleger. Fysioterapeuten startet veldig forsiktig med opptrening og behandling av skuldrene hennes. Han passet på at hun fikk en gradvis progresjon, der han hele tiden passet på at hun ikke gjorde for mye. Han gikk bak henne hele tiden når hun var i treningsrommet og støttet henne. Gudrun var veldig klar på at hun ikke ville være med å bestemme rehabiliteringsopplegget. Hun uttrykte dette på følgende måte: *”Jeg trengte en som kunne veilede meg sånn at jeg ble sterkere fysisk og da ble jeg også sterkere psykisk. Dette var viktig for at jeg skulle komme meg tilbake til livet og livet mitt var jobben min.”* Hun er den dag i dag takknemlig for at hun fikk oppleve fysioterapeutens oppmuntrende ord og hans måte å jobbe på. Hun som selv jobbet med mennesker, mente at det var en kunst å få til samspeillet mellom det psykiske og det fysiske hos bruker og hun mente at det greide denne fysioterapeuten. Hun fortalte at *”vi gikk steg for steg i lag”*.

På spørsmålet om i hvor stor grad hun fikk lov til å være med på å bestemme sitt rehabiliteringsopplegg, fikk jeg følgende svar: *”Jeg jobber i helsesektoren selv og må da nesten spørre hvem det er som er eksperten når man blir syk. Jeg trengte en ekspert og fikk det, dette fikk meg til å føle meg trygg på at jeg skulle greie å komme meg tilbake i jobb.”*

Hun sa videre: *”I mitt tilfelle var det godt å vite at en ekspert styrte skuta.”* Gudrun mente at det at hun lyttet til fysioterapeuten og fulgte hans råd gjorde henne frisk. Han gav henne et håp om at hun skulle greie å komme seg tilbake i jobb. En annen ting som var viktig for hennes gjeninntreden i arbeidslivet, var at noen av hennes gamle kolleger på avdelingen hjalp henne tilbake. Dette gjorde de ved at hun slapp de tunge arbeidsoppgavene den første tiden og ikke minst at de fortalte henne at dette kunne hun. Gudrun trengte å høre at hun mestret sine arbeidsoppgaver, da hun var veldig usikker den første tiden etter sykefraværet.

2.4. Annonsekonsulenten

Hans var 60 år, han hadde jobbet med å utforme og selge annonser i en avis i Trøndelag i 20 år. De første årene i avisen følte han at han fikk brukt sin kreativitet, da han både tegnet og skrev for hånd det som var i annonsene. Han hadde mange gamle gode kolleger på avishuset, de hadde felles lunsj, de reiste på kurs og hadde muligheter til å styre sin egen arbeidsdag. På 80-tallet drev han med oppsøkende virksomhet for å få solgt annonser, dette var variert og gav ham muligheter til å møte mange forskjellige folk. Hans fortalte: *”Jeg er en sosial fyr som likte å dra rundt til ulike bedrifter, noe som var mulig før.”* Etter omstillingen

ble alle annonseforslag sendt på e-post, og tegneprogrammene laget annonsene. På 80-tallet kom han på jobb kl. 8, gikk til fots rundt til de faste kundene i byen og solgte annonser, og var som regel ferdig på jobben kl. 16. På 90-tallet fikk avisen IT-verktøy, jobben ble mindre variert og det var ikke økonomi til å reise på kurs mer. Budsjettene til alle kundene lå ute på serveren og alle så hva Hans produserte. Hans fortalte at jobben var preget av å sitte ved et "samlebånd" der alt var "lignet" opp i de ferdige dataprogrammene. Arbeidsstokken ble skiftet ut og de nye fikk mer lønn enn dem som hadde jobbet i avisen i mange år. I tillegg fikk de "gamle" med dårligere lønn belastningen med å lære opp de nye. På 90-tallet ble arbeidsdagene lengre. Hans kalte det for en "brytningstid", fordi konkurransen økte da flere medier begynte å selge annonser. Mange av hans kolleger måtte slutte da avishuset ble rasjonalisert, dette førte til mer press på dem som var igjen. Hans sa følgende om tiden etter omstillingen: *"Ledelsen mente at på grunn av at jeg nå slapp å oppsøke kunder og hadde fått data, så kunne jeg selge mye mer. Stresset økte, følte aldri jeg fikk gjort alt ledelsen forventet av meg. Jeg ble plutselig målt i kroner og øre. Følte at hvis jeg ikke greide å selge nok, så hang oppsigelsesspøkelse over meg."* Han mener at han ble utbrent, han hadde ikke noe engasjement lenger, han hadde vondt i hele kroppen og fikk ikke sove om natta. Legen forstod ham ikke, han trodde at han var depressiv. I lange perioder var han én måned sykemeldt og én måned på jobb, for så å bli sykemeldt igjen. Det endte med at han ble langtidssykemeldt. Hver gang han kom tilbake etter sykemelding, begynte han rett i 120 prosent stilling, dette førte til at han ikke greide mer. På sykemeldingen sto det muskelplager. Hans sier om sin tilstand: *"Jeg var helt avbala, presset på jobb var så hardt at jeg ble utbrent og det ble helt stopp."* Gradert sykemelding ble ikke godtatt av ledelsen. Sjefen mente at Hans skulle jobbe 120 prosent uansett helsetilstand. Avishuset var en IA-bedrift, men sjefen mente at det ikke var mulig å omplassere ham i en lettere jobb. Dette fordi han hadde sin utdanning, det var det han kunne og det ledelsen hadde bruk for. De var et minimum av folk på jobb og ingen godtok at han skulle komme inn på en annen avdeling og ta jobben fra dem bare fordi helsa sviktet. Bedriftsfysioterapeuten rettet på bordet og stolen, men jobben var like stillesittende, så det hjalp ikke på Hans' problemer. På spørsmål om hva Hans legger i rehabiliteringsbegrepet, svarte han at det er trygdeytelser. Når NAV snakket om rehabilitering, så snakket de om sykemeldinger og sykepenges. Ellers så har Hans gått regelmessig til fysioterapi, noe som han er fornøyd med. Hans uttrykte sin tilfredshet med sin fysioterapeut på følgende måte: *"Jeg kom til en fantastisk fysioterapeut som fikk meg på føttene igjen og støttet meg på veien tilbake til arbeidslivet."* Etter at han hadde brukt opp sin sykepengeperiode, gikk Hans over på attføring i kombinasjon med fysioterapi. Hans fortalte at fysioterapi førte til at smertene

forsvant, han fikk trent seg opp og han følte at overskuddet gradvis kom tilbake.

Fysioterapeuten satte Hans på ideen om å prøve seg i en annen jobb. Det var to ting som var viktig for Hans, det var variasjon og muligheten til å bruke sin kreativitet. Fysioterapeuten fokuserte på hva han kunne greie og i samråd med fysioterapeuten kom han frem til at han kunne prøve å bli formingslærer.

Men veien dit var lang, da NAV ikke ville gi ham økonomisk bistand. Men til slutt fikk han omskolering, og utdanningstiden var en flott tid. Reaksjonene fra de gamle kollegene og familien var ikke positive. Han fikk høre at han var lat og at han utnyttet systemet for å få seg en gratis utdanning. Etter endt utdanning fikk han en jobb der han trivdes og fikk gode kolleger som forstod hans helsetilstand. Hans sliter fortsatt med at betennelser kommer og går i muskulaturen, men da hjelper fysioterapeuten ham over kneika. På spørsmål om i hvor stor grad han fikk lov til å bestemme rehabiliteringsopplegget sitt selv, svarte han at når han var virkelig syk, så var det godt og trygt å komme til en fagperson som kunne sine ting. Han lot da fysioterapeuten ta styringen og følte ikke behov for andre fagpersoner enn fysioterapeut. Men Hans mente at NAV kunne vært mer samarbeidsvillig når han bestemte seg for å bli formingslærer. Videre så fortalte han at på avishuset forsvant solidariteten når IT-løsningene kom, og han fremholdt at arbeidslivet må legge mer vekt på velferd enn på penger. Han var glad for at han hadde en avtale med sin fysioterapeut om at hver gang han følte at smertene kom, så fikk han et tilbud, sånn at musklene ”*slapp*” før det ”*toppet*” seg for ham igjen. Han trodde behandlingene hjalp på sirkulasjonen sånn at kroppen ikke stivnet og han slapp å bli sykemeldt igjen.

3. METODISK GJENNOMFØRING

Thagaard (2003) hevder at vitenskapelighet ikke er knyttet til noen bestemt forskningstradisjon, men avhenger av den vitenskapsteoretiske forståelsen som forskeren utvikler i løpet av forskningsprosessen. Min fremgangsmåte og mine funn skal gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon, og resultatet skal bidra til ny kunnskap. Jeg har som mål å finne ut hvordan informantene erfarte utbrenthet, arbeidslivet og sin rehabilitering. For å få frem folks egne erfaringer med sin sykdom, arbeidsforhold og den hjelpen de fikk, blir informantenes subjektive opplevelser viktig å få frem. Da jeg har klart for meg at det er dette jeg vil undersøke, så blir den kvalitative metoden den som kan få frem disse erfaringene.

Det finnes en rekke måter å samle inn, behandle og analysere data på i forbindelse med et forskningsprosjekt. Ifølge Brox må forskeren kunne skifte verktøy og ta i bruk de metodene som problemet krever (Brox 1995).

Samfunnsvitenskapelig sett oppfatter jeg i hovedsak min oppgave som et forsøk på å få frem de ulike erfaringene som informantene har fra sykehus, regnskapskontor og avisbransjen. Jeg er ute etter faktorer som har virket inn på helsa til dem som jobber innenfor disse bedriftene. Videre så er beskrivelsen av rehabiliteringen som de har vært med på etter at de ble syke, av interesse for meg.

Verktøyet mitt må gi meg muligheter til å beskrive sosial handling og ikke bare tallfeste hvor mange av de ansatte i sykehus, regnskap og avisbransjen som er blitt syke.

Jeg vil i dette kapitlet beskrive mitt valg av metode. Det skilles vanligvis mellom to typer data: primær- og sekundærdata (Lorensen 1998).

Sekundærdata er informasjon som allerede foreligger i en eller annen form. Dette kan være offentlige statistiske publikasjoner, databaser og eller annen tilgjengelig teori. Sekundærdata kan også være en fortolkning av primærkilden.

Primærdata er nye data som samles inn av forskeren til bruk for det spesifikke prosjektet.

Min oppgave består av førstehåndsfortellinger fra mine informanter. Det er derfor primærdata som blir lagt frem i denne masteravhandlingen.

I metodelære er det kritiske perspektivet verktøyet som hjelper oss til å forstå, men også til å kritisere de samfunnsmessige mekanismer (Fangen 2004).

3.1. Kvalitativt design

Et sentralt kriterium innen sosiologien er at valg av analytisk tilnærming i stor grad ”styres” av hvilke problemstillinger en søker å avdekke innen et område. Valg av metode avhenger av problemstilling, hva som er formålet med prosjektet, og hvilken teori som blir valgt (Silverman 2001). Formålet med oppgaven er ikke å se på individenes biologiske funksjoner uavhengig av tid, sted og kulturelle verdier. I masteravhandlingen er jeg ikke opptatt av objektive observerbare fenomener, men av subjektive opplevde fenomener. Min hensikt er at intervjuene skal gjøre meg i stand til å lære om arbeidslivets kroppslige følger og hvordan den påfølgende rehabiliteringen fungerer.

De fleste lar seg imponere av Erving Goffmans (1990) beskrivelser av vanlige menneskers rollespill til daglig eller hans mikrostudier av hva folk foretar seg i avgrensede sosiale situasjoner. Dette er det den kvalitative sosiologien handler om. Nettopp evnen til å tolke fornemmelser, evnen til å beskrive mekanismer bak det vi tar for gitt.

Samfunnsvitenskapelig sett oppfatter jeg i hovedsak min oppgave som et forsøk på å registrere dybdeinformasjon. Hvilken metode jeg velger for å utforske arbeidslivet, utbrenthet og rehabilitering, avhenger av hvilken problemstilling jeg skal belyse.

Thagaard (2003) beskriver tre typer problemstillinger i kvalitativ forskning; de kan ha beskrivende karakter, spørsmål om sammenhenger og spørsmål om prosesser.

Problemstillingene i denne oppgaven handler om sammenhengen mellom informantenes opplevelser av arbeidslivet, sykdom og rehabilitering. Denne problemstillingen krever et verktøy som kan gi meg innblikk i hver av mine informanternes opplevelser av sin verden.

Dette betyr at forskeren skal tolke utsagnene i intervjusituasjonen og ikke avsløre absolutte sannheter. I denne oppgaven blir det som mine informanter forteller om arbeidslivet og seg selv, beskrevet.

La enhver tale om det han kjenner, heter det i et spansk ordspråk. I forskningssammenheng blir denne ”talen” omformet til et forskningsredskap, den blir til en samtale med en bestemt hensikt. Dette blir kalt det kvalitative forskningsintervjuet og vil gi informantene muligheter til å fortelle om hvordan de opplever sine liv.

For å få frem virkeligheten slik den fortøner seg for mine informanter, vil det kvalitative forskningsintervjuet gi meg muligheten til å få besvart spørsmålene i problemstillingen.

Det kvalitative intervjuet er en metode som brukes for å få innblikk i klienters hverdag og sykdomsopplevelse. I motsetning til kvantitativ metode så er man ikke ute etter å generalisere ved bruk av tall og prosenter. Da man ønsker å få innsikt og forståelse av et problem, kaller man det gjerne forklarende eller beskrivende forskningsdesign.

Det er den som lytter, som skaper mening med det som intervjuer sier (Silverman 2001).

Eksempler på dette er fysioterapeutens kartleggingsamtale når en klient starter på en foreskrevet behandling, der fysioterapeuten prøver å danne seg et bilde av hvordan dagliglivet arter seg for en klient. Slike intervju kan også brukes som forskningsmetode, der man ser verden ut fra informantenes side, ved å avdekke klientenes opplevelser, erfaringer, forståelser og tanker knyttet til det eller de fenomener som intervjuer er opptatt av.

3.2. Ustrukturerte eller strukturerte intervju

Det kvalitative intervjuet kan utformes på forskjellige måter. Den ene ytterligheten preges av lite struktur, og den andre ytterligheten har et relativt strukturert opplegg (Thagaard 2003).

I et ustrukturert intervju, også kalt dybdeintervju, forholder man seg fritt og ubundet til et tema man ønsker å innhente informasjon om. Det kan være med på å skape en likeverdighet i intervjusituasjonen hvor begge parter, både forsker og informant, bidrar til å utforme og styre intervjuet.

Slik sett kan intervjusituasjonen fortone seg som en uformell samtale heller enn en utspørring og en ”informasjonstyning”.

På den andre siden kan et strukturert intervju, hvor spørsmålene som du ønsker å få svar på, er nedskrevet på forhånd, gjøre intervjusituasjonen ryddigere for forskeren, da svarene blir sammenlignbare (Thagaard 2003).

Ifølge Repstad (1998) må spørsmålene struktureres med henblikk på en tematisk dimensjon, en må ta hensyn til både fornuft og følelser. Har ikke intervjuer et bevisst forhold til språket, kan spørsmålene bli farget av hans/hennes syn på verden. Dette kan føre til at kunnskapsproduksjonen i intervjusituasjonen blir begrenset.

Da dette ikke er en teoretisk problemstilling, valgte jeg å bruke ustrukturerte intervju. Mitt ønske var å få en best mulig forståelse av forskjellige dimensjoner ved arbeidslivet og arbeidets konsekvenser. For å kunne analysere folks erfaringer med arbeidslivet ble det viktig for meg å se på hva som karakteriserte det gamle og det nye arbeidslivet.

Et historisk tilbakeblikk i form av livshistorier blir kalt for retrospektive fortellinger, som er subjektive og individualistiske. Jeg gjorde ustrukturerte, retrospektive livsløpsintervjuer med mine informanter, da dette var den metoden som passet best til min problemstilling.

Uavhengig av strukturen i intervjuet er det viktig at informanten føler seg trygg og ivaretatt (Silverman 2001). Intervjuer skal ikke stille ledende spørsmål eller legge svar i munnen på informanten. Det er viktig å lytte, vente og følge opp med nye spørsmål for å få utfyllende informasjon.

I form kan ustrukturerte intervju ligne på en terapeutisk samtale. I et forskningsintervju er det imidlertid forskeren som oppsøker informanten, og som bestemmer hvilken problemstilling eller spørsmål som skal utforskes, ikke omvendt. Det å forklare, utdype og reflektere rundt egne opplevelser og erfaringer kan likevel gi økt innsikt og fremskynde forandringer, og dermed ha en terapeutisk effekt. Men dette kan også røre ved vonde minner og følelser. Det bør være et mål at informanten opplever intervjuet som positivt og meningsfylt.

Den danske filosofen Knud E. Løgstrup skriver i "Den etiske fordring" (1999) at vi er hverandres liv og hverandres skjebne. Derfor har vi aldri med et annet menneske å gjøre uten at vi på et eller annet vis har noe av dets liv i vår hånd.

I intervjusituasjonen er det viktig å ta vare på tilliten sånn at ikke informantene blir krenket. Det vesentlige med intervjuene blir å gjøre forskeren i stand til, i ettertid, å presentere sine egne "konstruksjoner" av ulike sider ved informantenes virkelighet for allmennheten på en meningsfull måte.

Resultatene av analysen bør, som i all forskning, være reliable og valide, og det bør diskuteres i hvilken grad resultatene er generaliserbare ut over de personene eller situasjonene som beskrives i studien (Kvale 1997). Som forskningsmetode brukes det ustrukturerte kvalitative intervjuet i oppgaven for å beskrive menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. I slike studier stilles det krav til hvordan intervjuene planlegges og gjennomføres, hvordan de overføres til tekst, og hvordan de analyseres. Man bør på forhånd ha klarlagt hvilke problemstillinger man ønsker å belyse, og ha en formening om hvor stor grad av struktur man ønsker under intervjuet.

Jeg laget en halvstrukturert intervjuguide hvor spørsmålene var skrevet ned på forhånd, men guidene ble ikke fulgt slavisk. Dette gjorde jeg for at informantene skulle kunne prate uten avbrytelser og også prate utenom spørsmålene.

3.3. Validitet

Validitet i en kvalitativ studie handler om hvorvidt metoden eller intervjuet undersøker det den er ment å undersøke, om resultatene er troverdige og bekreftbare (Kvale 1997).

Heller enn å sammenligne resultatene med antatt objektiv realitet testes validitet gjennom å granske prosessen som har ført frem til resultatene. En studies validitet avgjøres dermed ikke av enkeltfaktorer, med heller av helheten og logikken i hvordan studien gjennomføres og begrunnes (Thaagard 2003). I denne forståelsen blir forskerens håndverksmessige dyktighet og troverdighet sentral. Hvorvidt en studie vurderes som valid, vil avhenge av om studien er godt teoretisk forankret, om forskningsspørsmål og metode logisk henger sammen med det teoretiske grunnlaget. Selve intervjuene er sentrale, jeg som intervjuer må sikre grundig og utfyllende informasjon. Videre må jeg kontinuerlig vurdere, kontrollere og følge opp informantenes utsagn for å sikre at jeg har forstått det informantene prøver å formidle. Etter at jeg nå har intervjuet fire personer som har følt arbeidslivet på kroppen, så har jeg en avtale om at jeg ved behov skal få lov å oppsøke informantene for å stille oppfølgingsspørsmål. Dette for å sikre validiteten hvis noe er uklart.

I overføring fra tale til tekst må all viktig informasjon komme med, i analysen må spørsmålene som stilles og tolkningen som fremkommer, være holdbare og logiske. Formidlingen av resultater må sikre at leseren kan følge, forstå og selv vurdere prosess og resultat. Gjennom det hele må forskeren ha en åpen holdning for å unngå at egne forutinntatte oppfatninger styrer prosess og resultat.

3.4. Reliabilitet

Reliabilitet innen naturvitenskapelig forskning handler i stor grad om reproduserbarhet, at resultatet skal bli det samme, uavhengig av hvem som forsker, og hvem som inngår i studien. I kvalitativ forskning er slik reproduserbarhet umulig, fordi intervju er en form for samhandling som påvirker både intervjuer og informant (Kvale 1997). Ulike intervjuere vil derfor kunne få frem forskjellig informasjon fra en og samme informant. Dette vil blant annet avhenge av intervjuers erfaring og kunnskaper om temaet, men også av informantenes dagsform og trygghet i forhold til situasjon og intervjuer. Et intervju vil dessuten ofte sette i gang en prosess hos informanten som kan endre hennes forståelse av fenomenet hun forteller om. Som et resultat kan svarene bli annerledes dersom hun igjen blir intervjuet om det samme. Thagaard påpeker at reliabilitet i kvalitative studier kjennetegnes av at forskeren systematisk har stilt seg spørsmål om mekanismer som kan introdusere tilfeldige feil og

mangler i kunnskapsutviklingen (Thagaard 2003). I en kvalitativ studie vil reliabilitet derfor i stor grad avhenge av forskers pålitelighet, spesielt i intervju- og analysefasen. At informantenes svar blir testet, tolket og verifisert i løpet av intervjuet, bidrar til å sikre høy pålitelighet.

3.5. Generaliserbarhet

Generaliserbarhet omhandler i hvilken grad resultater fra en studie kan sies å gjelde ut over den situasjonen og de personene som deltar i studien. Kvale beskriver tre former for generalisering: naturalistisk generalisering, statistisk generalisering og analytisk generalisering (Kvale 1997).

Naturalistisk generalisering baseres på personlige erfaringer. For å kunne beskrive hvordan helsen er blitt påvirket av forhold i arbeidslivet, blir fortolkningen styrt av personlige erfaringer. Ut fra tidligere hendelser danner informantene seg oppfatninger om hvordan arbeidslivet er, og bruker også til dels disse til å danne seg forventninger om hvordan dette vil bli i fremtiden.

Statistisk generalisering baseres på studier der personer som inngår, er tilfeldig valgt fra en befolkningsgruppe (Skog 2004). Det stilles formelle krav til utvelgelsesprosess, og til at utvalget skal være representativt for gruppen de er valgt ut fra. Ved statistiske beregninger kan sikkerhetsnivået ved en generalisering uttrykkes ved hjelp av sannsynlighetskoeffisienter. Denne typen generalisering ligger til grunn innen medisinsk forskning, som anvender kvantitativ metode.

Analytisk generalisering er en vurdering av om funnene i en studie kan brukes for å forstå og/eller forutsi lignende hendelser i en annen situasjon. Den er basert på en analyse av likheten og forskjellene i de to situasjonene. Analysen er en logisk argumentasjon der forskeren må ha inngående kjennskap til situasjonene, og samtidig gi leseren nok informasjon til at hun eller han kan følge forskerens resonnement. Et juridisk eksempel på slik generalisering er når en sak som er behandlet i retten, gis presedens for lignende saker. I kvalitative studier er det som regel denne typen generaliserbarhet man diskuterer.

Utvalget av informanter er gjort strategisk fordi de har erfart utbrenthet og har vært igjennom en rehabiliteringsprosess. Da jeg ønsket informasjon om hvordan rehabiliteringen fungerte, ønsket jeg informanter med erfaringer fra rehabiliteringsfeltet. Jeg lette også etter personer med erfaring fra arbeidslivet, da det kunne hjelpe meg å finne svar på min problemstilling. Vil man for eksempel belyse hva som fremmer mestring av daglige aktiviteter, kan man velge å

intervjue noen som på tross av store funksjonsbegrensninger synes å leve et aktivt og meningsfylt liv.

Det kvalitative intervjuet er en metode som er godt egnet til å få innblikk i klientenes erfaringer og forståelse av egen hverdag, og inngår derfor som et viktig ledd i de fleste former for behandling. Dette gjelder også innen fysioterapifaget, et fag som blant annet kjennetegnes ved at det henter kunnskap og teori fra ulike forståelsesrammer.

3.6. Valg av informanter og tilgang til feltet

Da jeg hadde klart for meg hva jeg ville undersøke og hvordan, ble neste skritt å finne ut hvem jeg ville intervjuet. I forhold til mine problemstillinger ønsket jeg meg klienter som hadde bred erfaring fra arbeidslivet og erfaring med rehabilitering.

Jeg kontaktet flere fysikalske institutt med forespørsel om denne typen informanter.

Etter noen uker fikk jeg tilbakemelding, og fysioterapeutene anbefalte fire informanter som passet til det jeg skulle skrive om. To av mine informanter kom fra samme sykehusmiljø, men ingen av de fire kjente hverandre.

En svakhet med prosjektet var at mine ”døråpnere” var fysioterapeuter fra det medisinske system, og jeg vet ikke hvorfor de valgte nettopp disse informantene. Det kan være at de som ble valgt ut, var de eneste som følte seg ”kallet” til å snakke om de nevnte temaene, eller at fysioterapeutene mente at disse informantene ”passet”, da alle var positive til den behandlingen de hadde fått på de fysikalske instituttene.

Det å få til intervju på informantenes fritid var ikke enkelt, da det å finne en tid som passet for alle, var vanskelig. Siden jeg ikke hadde annen belønning enn en twistpose, var motivasjonen for å bruke av dyrebar fritid ikke den største. Men jeg prøvde å være mest mulig fleksibel og oppsøkte dem i deres hjem. Dette resulterte i at de følte seg trygge fordi de var i sin hjemmesituasjon. Det som overasket meg, var min egen utrygghet. Jeg kjørte rundt i fremmede områder av byen og oppsøkte informanter som jeg ikke kjente, i fremmede hus. Jeg jobbet mye med meg selv for at informantene ikke skulle merke min usikkerhet, da dette kunne smitte over på dem og dermed hemme informasjonsstrømmen. På tross av intervjuers usikkerhet var alle informantene pratsomme og villige til å dele sine erfaringer fra arbeidslivet og sine ”sykehistorier” med meg. Etter at jeg hadde skrevet ned intervjuene, ble informantene kontaktet for gjennomlesning. Alle informantene gav meg tilbakemelding om at det var godt å snakke om både de positive og de mindre positive erfaringene, men at de ikke følte behov for å lese hva jeg hadde skrevet.

Mitt inntrykk er at de hadde behov for å snakke om sine erfaringer, og når de hadde fått satt ord på disse, så var de ferdige med disse temaene.

3.7. Slik gikk jeg frem

For å få maksimalt utbytte av samtalen er det viktig at intervjuer foretar grundige og gjennomtenkte forberedelser (Kvale 1997). Jeg hadde i startfasen av mitt prosjekt behov for ulike typer forkunnskaper. Dette fordi jeg har det medisinske perspektivet i ”ryggsekken” som innebærer at mennesket blir delt inn i ulike kroppsdelene og diagnose-”bokser”. For å unngå at jeg skulle møte mine informanter med denne typen forutinntatthet, måtte jeg bygge på ulike teorier.

For det første måtte jeg innhente faktakunnskap om utbredthet og om arbeidslivet. Dette kunne jeg lese meg til i fagbøker. For å bli kjent med noen av refleksjonene omkring klientens opplevelse brukte jeg mye tid på å lete og å lese biografisk litteratur. Det er viktig å velge ut teorier som gir flere synspunkter på begreper rundt arbeid og sykdom. Leser forskeren bare litteratur som er preget av én teoretisk retning, vil dette virke begrensende på det kvalitative intervjuet. Etter dette grundige forarbeidet fikk jeg ryddet opp med tanke på hva jeg hadde behov for å vite mer om i min undersøkelse.

Jeg ønsket å få til en mest mulig naturlig samtale, der jeg tilrettela temaene på en måte som kunne bidra til et avslappet intervjuinteraksjon.

Ifølge Max Weber er det fenomenets kvalitative kulør som er viktig for samfunnsvitenskapen (Fangen 2004). For å få frem disse fenomenene har jeg lest transkriberingene av intervjuene og sett etter ting jeg vil betegne som viktige, tolket informantenes utsagn og laget en presentasjon av hver informant.

I mitt tilfelle sørget jeg for å formulere spørsmålene sånn at de var relevante i forhold til forskningsprosjektet og til de begrepsgrunnlagene som jeg hadde valgt for prosjektet. Nettopp for å skape mening startet jeg med et tilbakeblikk på diagnosetidspunktet. Deretter ble arbeidslivets endringer og hele sykehistorien frem til intervjutidspunktet satt på dagsordenen. Til slutt ble det fokusert på rehabilitering og fremtidsutsikter. Informantene selv fikk lov til å fortelle om sine erfaringer. Jeg var ikke opptatt av å gjøre dem til objekter, men har prøvd å få frem deres ”levde liv” i oppgaven.

Det viktigste for meg var å få et bilde av om alle omorganiseringene som informantene hadde opplevd, hadde fått noen konsekvenser for dem. Dette kunne gi meg et bakgrunnsteppe som

bidro til å klargjøre hvorfor de hadde blitt syke. Disse spørsmålene ble stilt helt i begynnelsen og ga en myk start før den mer krevende delen av intervjuene, der informantene fortalte om sine kroppslige erfaringer startet.

Intervjuguidene må ta hensyn til både fornuft og følelser (Repstad 1998). Dette handler om å stille de riktige spørsmålene for å få informantene til å reflektere over sine erfaringer. Forståelsen for det som blir fortalt, og evnen til å la informantenes erfaringer komme frem på egne vilkår, er en forutsetning for å lykkes. Jeg måtte både vise tillit og bli vist tillit for å få svar på mine spørsmål. Jeg var bevisst på at jeg ikke skulle bruke intervjuguiden slavisk, men brukte den som en huskeliste. For å ivareta den dynamiske dimensjonen tilrettela jeg temaene i guiden på en måte som kunne bidra til et avslappet intervjuinteraksjon der informantene kunne få fortelle åpent om erfaringer og opplevelser.

Under intervjuene ble det benyttet båndopptaker. Jeg vurderte grundig for og imot dette på forhånd. For noen følte det hemmende at det de sa, ble tatt opp på bånd. Dette førte til at de ble reserverte i svarene sine, noe som kan svekke validiteten. På den annen side mener jeg at det skapte en mer naturlig samtale når jeg ikke var avhengig av å notere. Jeg fokuserte mer på hva informantene sa, og dermed var det lettere å komme med oppfølgingsspørsmål. Båndopptakeren gjorde det også lettere for meg å få en mest mulig nøyaktig gjengivelse av hva informantene sa. Dette førte til at reliabiliteten gikk opp. Både jeg og informantene opplevde at vi "glemte" at båndopptakeren var der. Flyten var bra, og jeg følte at jeg fikk en god tone i alle intervjuene. I etterkant fikk jeg god respons fra informantene som spurte helt spontant om det var jeg som hadde utarbeidet temaene. Da jeg svarte at det var det, sa de at de var imponert. Det vi hadde snakket om, var etter informantenes mening alt som var viktig, og de syntes oppfølgingsspørsmålene var spesielt viktige for at de skulle få mulighet til å reflektere rundt temaene.

3.8. Bearbeidelse av datamaterialet

Etter intervjuene satte jeg meg ned og transkriberte lydopptakene. Dette ble til sammen 20 tettskrevne sider. Dataen ble så systematisert, slik at jeg fikk samlet de forskjellige utsagnene som omhandlet de samme temaene. Dette la grunnlaget for analysematerialet, som jeg delte opp i temaene utbrenthet, arbeidsliv og rehabilitering. For å sikre anonymiteten har jeg valgt å bruke fiktive navn både på informanter og deres arbeidssted.

3.9. Etiske betraktninger

Når jeg intervjuet, ble utsagnene fra informantene meningsfulle fenomen. De uttrykte en mening. Målet mitt ble å tolke disse og komme frem til en forståelse (Thagaard 2003).

Forut for intervjusituasjonene satt jeg med en forforståelse av arbeidslivet, utbrenthet og rehabilitering. Den rommet tanker, følelser og kunnskaper om disse temaene, og lå i meg bevisst eller ubevisst.

Jeg var preget at den naturvitenskapelige synsvinkelen, bakgrunnen for dette ligger i min egen yrkesutøvelse, som er innenfor den praktiske utøvelsen av fysioterapi.

Jeg arbeider i det som kalles kommunal avtalepraksis, tidligere oppfattet som privat praksis. Slik praksis er nå delvis privat ved at kommunen yter driftstilskudd til virksomheten. Siden 1999 er kommunalt driftstilskudd en forutsetning for at Rikstrygdeverket dekker deler av brukers behandling hos fysioterapeut. Jeg er altså en del av kommunenes rehabiliteringstilbud, men uten å være ansatt i kommunen. Denne forforståelsen min hjalp meg i utformingen av intervjuguiden, og gav meg ideer om hva jeg skulle være på utkikk etter i intervjusituasjonen. Ifølge Silverman (2001) er det den som lytter, som skaper mening i det informanten sier. Jeg prøvde å være bevisst min fysioterapeutiske bakgrunn, dette fordi jeg i min praktiske hverdag gir bruker ”gode råd” ved å årsaksforklare fysiske plager. Jeg måtte være bevisst på å lytte og gi informantene tid til å snakke ferdig uten å komme med mine ”gode råd”.

Jeg valgte et sensitivt tema for min oppgave, et tema som førte til at en sårbar gruppe ble intervjuet, og skulle ”betraktes/forstås” av meg som forsker. Skulle sammenkomstene fungere optimalt med hensyn til forskerintensjonene, måtte jeg være bevisst min rolle og min forforståelse. Min rolle var at jeg skulle ta vare på det som ble fortalt, stille åpne spørsmål og ikke avbryte når informantene snakket. For å være sikker på at alle informantene ble sikret anonymitet, så har jeg endret litt på konteksten underveis i oppgaven.

Jeg opplevde som intervjuer sterke, meningsfulle møter med mine informanter. Når arbeidslivet satte seg i kroppen i form av utbrenthet, var det opplevelser som ikke kunne telles eller observeres. For å nå målet med denne undersøkelsen mener jeg at det kvalitative forskningsintervju ble den eneste riktige metoden. Gevinsten ved å bruke denne metoden var at jeg fikk frem dybdeinformasjon om sosiale sammenhenger.

4. ULIKE FORSTÅELSER AV REHABILITERING OG ARBEIDSLIVET

4.1. Menneskerettigheter

Kravet om respekt, likebehandling og hjelp ved sykdom er resultatet av en utvikling som kan spores tilbake til både FNs menneskerettighetsperspektiv og de funksjonshemmedes organisasjoners utrettelige arbeid (Kompendium Høgskolen i Bodø 2004). Grunnprinsippene for denne tankegangen finner vi uttrykt i De forente nasjoners verdenserklæring om menneskerettigheter, der det blir uttrykt at mennesket er unikt med en iboende verdighet, og at alle skal ha like rettigheter (Høstmælingen 2003).

Menneskerettighetserklæringen har hatt stor påvirkning på den nye rehabiliteringspolitikken, der målsettingen er samarbeid, likebehandling, brukerstyring og full deltakelse.

I St.meld. nr. 21 (1998–99), *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*, defineres rehabilitering som menneskers egen innsats ved gjenoppbygging av et liv på nye premisser, med bistand fra samarbeidende aktører fra forskjellige fagfelt.

Meldingen utvidet forståelsen av rehabilitering til å gjelde mer enn diagnose og behandling. Her blir kunnskaper om kroppen satt i sammenheng med samfunnet for øvrig, det er ikke bare fragmenter av kroppen som blir vektlagt.

4.2. Samfunnsskapte konstruksjoner

Mennesker med funksjonsnedsettelse kom med i debatten om livskvalitet og menneskeverd takket være brukerorganisasjonene som oppstod i USA i 1960-årene.

En av de mest markante grupper var The Union of Physically and Impaired Against Segregation (UPIAS), som fokuserte på temaet om at det var de samfunnsskapte konstruksjoner som ekskluderte dem med funksjonsnedsettelse fra arbeidsmarkedet og dermed skapte sosial nød (Oliver 1996).

Det ble i starten primært fokusert på de dårlige sosiale forholdene, men etter hvert oppsto en interesseforskyvning i retning av hvilke forhold som skapte sosial nød blant dem med nedsatt funksjonsevne.

Dette var starten på den sosiale modellen som vi kjenner i dag. Modellen har fått stor betydning for forskning på funksjonshemming og har hatt stor innflytelse på den nye rehabiliteringspolitikken om likebehandling, brukerstyring og full deltakelse.

Respekt for enkeltmenneskets autonomi står sentralt i rehabiliteringspolitikken. Denne respekten er fundamental og innebærer at man tar brukerne på alvor, uavhengig av deres diagnose og funksjonsnivå.

Rehabiliteringsmeldingen ”Ansvar og meistring” ble i 1999 lagt frem for Stortinget, og den representerte en sammensmelting av den tradisjonelle medisinske forståelsen og den sosiale forståelsen av rehabilitering (St.meld. nr. 1998–1999).

4.3. Medisinsk modell versus sosial modell

UPIAS satte fokus på at det var overveiende forskere som ikke selv hadde bakgrunn som funksjonshemmet, som forsket og talte de funksjonshemmedes sak.

Ifølge Oliver ble forskningen styrt av forskernes egne interesser, noe som ofte resulterte i at hovedvekten ble lagt på det biomedisinske synet (Oliver 1996).

I den biomedisinske verden er det funksjonsnedsettelsen som er av interesse, der rehabilitering blir likestilt med diagnose, behandling og omsorg. Dette blir også kalt den medisinske modell. Funksjonsnedsettelsen kommer da i fokus, og denne knytter seg til det objektivt konstaterbare hos personen selv, for eksempel fysiske, psykiske eller kognitive ”mangler”.

Ifølge den sosiale modellen er handikap det som ligger utenfor personen selv, for eksempel det nye arbeidslivet som forventer at de ansatte skal være fleksible, kunne gjøre jobbe sin hvor som helst og når som helst. I dette perspektivet dreier funksjonsnedsettelsen seg ikke bare om enkeltkvaliteter som muskulær styrke og antall grader av bevegelsesutslag i ledd, men om individets møte med omgivelsene.

Man kan tenke seg at det nye arbeidslivet skaper begrensninger i personers muligheter til full deltakelse, da ikke alle arbeidstakerer greier å tilpasse seg de stadig skiftende forholdene og blir utbrent. I det moderne samfunnet er utviklingen og hastigheten stor. Det virker som om man ut ifra dette får flere samfunnsskapt sykdommer som utbrenthet og andre stressrelaterte sykdommer.

Ifølge Eriksen har velferdsstaten som mål å skape likeverdige livsvilkår når borgerne blir rammet av sykdom (Eriksen 2001). Jeg er opptatt av om profesjonene samarbeider innenfor rehabiliteringsfeltet, sånn at dette kan stimulere informantene til å delta i sin egen rehabilitering. Skal mine informanter kunne delta i arbeidslivet etter at de ble utbrent, så må flere aktører samarbeide innenfor rehabiliteringsfeltet.

Den nye rehabiliteringsmeldingen handler i stigende grad om å forandre omgivelsene sånn at mennesker med funksjonsnedsettelse får muligheter for å delta i samfunnet. Mine informanter ønsket å delta i arbeidslivet, og dette forutsetter at bedriftene tar hensyn til både den nye

rehabiliteringspolitikken og FNs menneskerettighetserklæring. Målet er å skape et inkluderende og tilgjengelig samfunn hvor alle behandles som likeverdige borgere.

4.4. Systemperspektiv

Ifølge Thommesen mfl. (2003) handler rehabiliteringens historie om medisinsk behandling gjennom opptrening av kroppsfunksjoner, om omskolering og yrkesrettet attføring osv. Fra forståelsen av helse som utelukkende en oppgave for helseprofesjonene, ble fokus etter hvert lagt på alle deler av et menneskes liv, sosialt og i samfunnet. St.meld. nr. 21 (1998–1999) *Ansvar og meistring. Mot en heilskapleg rehabiliteringspolitikk* beskrev den nye rehabiliteringspolitikken som en helhetsforståelse av bruker der flere aktører skulle samarbeide om å gi bruker nødvendig bistand, og der bruker skulle ha innflytelse på sin egen rehabilitering. Den nye rehabiliteringspolitikken ble et vendepunkt i samfunnets syn på rehabilitering. Dette fordi rehabilitering og samfunnet for øvrig hadde vært atskilt frem til rehabiliteringsmeldingen kom i 1999.

Min tolkning av rehabiliteringsmeldingen er at rehabiliteringsbegrepet nå inneholder mye mer enn det jeg lærte i min grunnutdanning. Det handler om å reetablere et helt liv etter funksjonsnedsettelse, der bruker er eksperten og ikke blir styrt av profesjonene.

Dette betyr at profesjonene må samarbeide sånn at mine informanter kan delta sosialt og i samfunnet etter at de ble syke. Den nye rehabiliteringspolitikk handler i stigende grad om å forandre omgivelsene sånn at mennesker med funksjonsnedsettelse får muligheter for å delta i samfunnet. Spørsmålet blir da om systemene som arbeidslivet og behandlingsapparatet presenterer, tar hensyn til dagens rehabiliteringspolitikk.

”Velferdsbedriften” skal i tråd med rehabiliteringspolitikken legge til rette for at ansatte som får helseproblemer, kan fortsette å jobbe. Videre så må behandlingssystemet se personen bak diagnosen for å kunne ta hensyn til alle delene av brukers liv sosialt og i samfunnet. Det er disse prinsippene som den sosiale modellen bygger på, der fokus blir flyttet vekk fra diagnostisering og behandling, over til enkeltindividets muligheter for oppbygging av et liv på nye premisser.

4.5. Arbeidslivets historiske bakgrunn

I boka "Samfunnsliv" er arbeid betegnelsen på all virksomhet som foregår for at befolkningen skal kunne eksistere (Martinussen 2001). Ifølge Max Weber var det da arbeidslivet ble atskilt fra husholdet at den moderne kapitalismen ble konstituert (Bauman 2007). Da forlot menneskene subsistensjordbruket og begynte å selge sin arbeidskraft i bytte for lønn. Folk dro på arbeid, gjorde jobben sin og dro hjem når arbeidsdagen var over. Hardt arbeid og nøysomhet var idealet.

For at enkeltmennesket ikke skulle sulte i hjel ved sykdom eller bli syke av jobben, så fikk vi fattiglovene og arbeiderlovene på 1800-tallet (Midré 1995). Disse lovene skulle forvalte grensene mellom dem som kunne jobbe, og dem som skulle fritas fra arbeidsplikten.

Proessen ble forløperen til objektgjøringen av de arbeidsuføre, der det etter hvert ble utviklet standardiserte diagnosesystemer som skulle skille de friske fra de syke. Arbeidsvilkårene var dårlige, og arbeidsplikten dominerte. (Bauman 2002). Fordismen og samlebåndslogikken var det som dominerte det gamle arbeidslivet. Arbeidsoppgavene var standardisert, og arbeidsformannen gikk rundt og passet på at arbeiderne gjorde jobben sin.

Marx så på industrisamfunnet som en fristilling av arbeideren, et fremskritt i forhold til tidligere tiders føydalisme og slaveri (Marx "Kapitalen" oversatt 2008). Samfunnet endret seg raskt fra primærnæringene, der man kunne skape noe som kunne selges eller spises, til at man bare skulle selge sin arbeidskraft.

4.6. Det nye arbeidslivet

Systemet det nye arbeidslivet påvirket hverdagslivet til mine informanter, derfor ble det viktig å beskrive dette systemet.

Kanskje har vi noe å lære av dem som fremmet det aller første forslaget til arbeidervernlov i Norge. Hovedkravet var en lovfestet normalarbeidsdag og et absolutt forbud mot alt overtidsarbeid og helgearbeid.

Men i 1968 fikk fagforeningene fullmakt til å slutte tariffavtaler om andre arbeidstidordninger enn arbeidsmiljøloven tillot. Dagens arbeidsmiljølov åpner for at arbeidsgiver får styre arbeidstida gjennom lønssystemer (Wergeland 2006).

Der det blir inngått slike avtaler, går konkurransefortrinnet i første omgang til bedriften som får sine ansatte med på de mest ekstreme ordninger innenfor de nye rammene.

Bauman bemerker at begrepet surfing er populært og beskrivende for den mentalitet som nå dominerer (Bauman 2002). Surfing kan ses på som en mentalitet der livet blir dominert av det overfladiske. I arbeidslivet kan dette være at vi lar oss "underholde" av dataalderens

mangfoldige muligheter, istedenfor å sitte på pauserommet og snakke med våre kolleger i lunsjen. Det motsatte begrepet vil være dykking, der man er opptatt av å ha tid til å snakke med sine kolleger og samarbeidspartnere.

I presentasjonen av informantene kom det frem at Mette, Gudrun, Hans og Anita opplevde at belastningene i dagens arbeidsliv var knyttet til organisatoriske og sosiale forhold.

Arbeidslivet er i stadig endring, informantene opplevde forandringene i sin arbeidssituasjon som negative, og arbeidstiden fløt ut på grunn av pc og mobiltelefon. De store honnørordene i det nye arbeidslivet er fleksibilitet og risiko. Vi ser en dreining mot omorganisering, fleksibilitet og individualisering (Bauman 2002). I dag har vi ikke arbeidsformenn lenger, men konsulenter som omorganiserer og utarbeider forskjellige former for intern kontroll. Omorganiseringene kan gi en følelse av at man følger med i tiden. Men informantene fortalte at det skapte både utrygghet og overfladiske kontakter.

Industriproduksjonens organisering omkring kvantitet, solidaritet, standardisering og kollektive ordninger er avleggs. Dagens arbeidsliv er tvetydig; man nyter en stor grad av frihet og har muligheter til utfoldelse, men er overlatt til seg selv.

4.7. Industritrøtthet og utbrenthet

Ifølge Ebba Wergeland (2006) skrev arbeidsfysiologen Josephine Goldmark i 1912 boka "Fatigue and efficiency", der den mentale og fysiske overbelastningen i det (den gang) moderne arbeidslivet, med mange nye bransjer som tekstilindustrien, telefonsentralene og skofabrikkene ble drøftet. Arbeidstempo og arbeidstid var ikke bare et tema for fagbevegelsen, men også i folkehelsearbeidet. Mange mente at kortere arbeidsdag kunne være et botemiddel mot industritrøtthet, en kronisk overanstrengelse som var utbredt i industriarbeiderklassen.

Goldmark var spesielt opptatt av hvordan en kunne bli kvitt overtidsarbeidet, som hun regnet for spesielt skadelig fordi det kombinerte lange dager med uregelmessighet og uforutsigbarhet (Wergeland 2006). Industrien hadde utkonkurrert håndverkerne; de fleste hadde ikke noe valg og måtte over i dårlig betalte, fysisk tunge jobber, med lange arbeidsdager. Industritrøtthet var så utbredt på 1900-tallet at det skapte problemer for engelskmennene når de skulle rekruttere soldater til forsvaret. Som følge av det moderne arbeidslivets utvikling har vi i dag fått begrepet utbrenthet. Utbrenthet kan kanskje likestilles med industritrøttheten på 1900-tallet og kan være et resultat av at arbeidslivet utvikler seg i høy hastighet. Dagens utbrenthet blir beskrevet som en fysisk og mental utmattelse som følge av vedvarende emosjonelt press på

arbeidsplassen (Roness 2002). I presentasjonene av informantene kom nettopp dette frem, at alle oppgavene som intervjuobjektene brant sånn for før, ble vanskelig å utføre når de følte seg ”nedslitt” av alle forandringene i arbeidssituasjonene.

4.8. Arbeid som kilde til helse

Begrepet arbeidslinje ble brukt allerede på begynnelsen av 1900-tallet, i alle fall i Sverige, der innføring av nødsarbeid som betingelse for å få sosiale stønader ved arbeidsløshet ble en forutsetning. Arbeidslinjen innebar den gangen et krav til den arbeidsløse om å demonstrere arbeidsvillighet. Den som etter denne prøven ble sett på som arbeidsu villig, mistet retten til økonomisk hjelp (Midré 1995).

Moraldimensjonen står sterkt i Norge, der arbeidslinja har som prinsipp å få personer tilbake i arbeid fremfor å bare yte ”passiv” pengestøtte når personer får problemer med arbeidsevne (Hedlund 2005). Det antas å ha moralsk symboleffekt når personer ”oppdras” til å forstå at offentlige støtteordninger har arbeidsdeltakelse som hovedmål.

Med utgangspunkt i epidemiologisk forskning er det også stilt opp hypoteser om hva den enkelte kan gjøre selv for å komme seg raskest mulig tilbake i arbeid etter sykdom (Midré 1995). Folkevett lagrer sine erfaringer i form av ordtak. Arbeid adler mannen, heter ett ordtak. Lediggang er roten til alt ondt, sier et annet. Arbeid er den beste medisin, heter det også. Det å sørge for å komme seg tilbake i arbeid etter sykdom er med andre ord et spørsmål om moral. Myndighetene er moralens voktere ved at de sørger for at arbeid skal lønne seg. Dette gjør de ved å sørge for at støttenivåene til enhver tid er lavere enn lønningene.

5. NÅR ARBEIDSLIVET SETTER SEG I KROPPEN

Samfunnet forandrer seg raskt, og det virker som at man ut fra dette får flere livsstilssykdommer (Sandvin 2008). Dette kan henge sammen med utviklingen fra et kollektivistisk samfunn til et mer individualistisk samfunn. Det blir da interessant å se på hvordan mennesker i dagens individualistiske samfunn opplever arbeidslivet og rehabiliteringen som de har vært en del av.

I fortellingene kommer det frem at selv om alle informantene har vært utbrent og vært med på et rehabiliteringsopplegg, så er deres egen opplevelse av dette forskjellig.

Dette er fordi rehabilitering og utbrenthet ikke er objektive fenomener, men oppstår på bakgrunn av brukernes subjektive erfaringer. Jeg har lest intervjuene og sett etter ting som jeg vil betegne som viktige, og prøvd etter beste evne å tolke informantenes utsagn.

5.1. Fleksibilitet

I det moderne arbeidslivet legges det vekt på fleksible individer. Fleksibilitet er egentlig hentet fra beskrivelsen av et tre som står i vind, og som går tilbake til sin utgangsposisjon etter at vinden har spaknet (Sennett 2005). Det fleksible mennesket blir betegnet som en som har tøyelige grener, slik at personen kan tilpasse seg skiftende arbeidsforhold.

Hans, Anita, Gudrun og Mette opplevde å bli tøyd litt for langt, og de greide ikke å tilpasse seg de skiftende forholdene til enhver tid. Stresset satte seg i kroppene deres, deres grener gikk ikke tilbake til sin utgangsposisjon og de ble syke.

Ellen Langballes (2008) doktorgradsavhandling indikerer at utbrenthet ofte har somatiske aspekter, noe som gir seg utslag i jobbrelatert sykefravær.

Hans karakteriserte dette da han fortalte at *”smertene i rygg/nakke bygde seg mer og mer opp helt til jeg ikke greide mer”*. Videre beskrev han at han fikk vedvarende smerter i musklene i nakken og ryggen når han ble sittende over lang tid ved datamaskinen. Det kan diskuteres om dette er en klart avgrenset sykdom, men da oppgaven bygger på informantenes historier, så er det deres liv jeg skal få frem og ikke den kliniske diagnosen og dens diagnosekriterier.

I intervjuene kom det frem at informantene brukte mye av sin tid på arbeid, derfor var det naturlig å spørre om hvordan Hans, Anita, Mette og Gudrun opplevde forholdet mellom arbeidslivet og helseplager.

Mette fortalte at hennes helseproblemer begynte da omstillingene startet for tre år siden og de ble færre på jobben. Av legen fikk hun diagnosen nakkeplager, eller som det stod på sykemeldingen, ”myalgia nucha”. Hun sa at *”privat har jeg et lett liv, da mine barn er voksne og jeg bare har meg selv å tenke på, jeg er mett av alle omstillingene, de var årsaken til at jeg ble syk”*.

Anita mente at hennes helseplager startet da pc-en kom, de ble færre på jobben, og arbeidsstillingene ble mer ensidige. Legen gav henne diagnosen muskel-/skjelettplager. Hun sier selv: *”Jeg ble utelukkende syk av det tøffe og ensidige arbeidet mitt.”*

Gudrun fortalte at mye ny teknologi og færre på vakt førte til at hun ikke hadde kontroll lenger, oppgavene ble for store. Legen gav henne diagnosen skulderplager. Hun sa at *”oppgavene ble for krevende i forhold til det jeg maktet over en lang periode”*.

Hans mente at det at de var et minimum av folk på jobb, og innføringen av den nye teknologien førte til ensidige arbeidsstillinger. Han fikk ingen muligheter for å bruke sine kreative evner lenger og *”det gjorde at jeg ble syk”*. Av legen fikk han diagnosen muskel-/skjelettplager. Han sa om årsaken til plagene: *”Psykisk press, umenneskelige krav, korte tidsfrister og det at jeg ble målt på hvor mye jeg greide å tjene inn til bedriften hver dag, gjorde meg syk.”*

Tradisjonelt var arbeid sett på som en måte å gi arbeidstakerne de essensielle sosialmedisinske vitaminene som trygghet, rutine, stabilitet, trivsel, mening og fellesskap. Økt internasjonal konkurranse og utvikling av ny teknologi har gitt arbeidslivet nye rammebetingelser (Torp 2005).

Både Hans, Mette, Gudrun og Anita fikk føle de nye strukturelle vilkårene på arbeidsplassene på kroppen. Man kan likevel ikke knytte alle forklaringer direkte opp mot deres arbeidssituasjon, da man ikke må glemme kontekstene utenfor deres arbeidsplasser. Men jeg må velge fokus i denne oppgaven, som skal være på maksimum 70 sider, og da velger jeg å analysere informantenes arbeidsliv.

Ifølge Ellen Melby Langballes (2008) doktoravhandling er utbrenthet et psykologisk syndrom som handler om å oppleve stressende situasjoner på jobb over lengre tid. Hun mener at det er sammensatt og kan arte seg i form av ulike symptomer. Hovedfunnet i Langhelles undersøkelse er at utbrenthet i stor grad har sammenheng med muskel- og skjelettplager. Dette stemmer med mine funn, da alle informantene følte at etter et langt yrkesliv med mye stress så *”satte det seg i kroppen”*.

Utbrenthet er ifølge Langballe et psykologisk syndrom som hos mine informanter manifesterte seg i kroppslige symptomer etter lengre tid med stress.

Hos Hans, Anita, Gudrun og Mette var dette sammensatt og artet seg i form av ulike kroppslige kjennetegn.

5.2. Den diagnostiske kultur

Ifølge Yngvar Løchen (1965) blir brukernes opplevelser underordnet, da alle fenomener tolkes som uttrykk for diagnosen. Den diagnostiske kultur har som tradisjon å plassere de ulike kjennetegnene i hver sin diagnose-”boks”. Disse ”boksene” blir brukt for å skape orden i den medisinske verden. Mine informanter var alle opptatt av behandlingsapparatets diagnoser. Mette snakket mye om sin ”knekkebrød”-nakke. Hans om sin *vonde rygg*, Anita om *nakke å skuldre* og Gudrun om *smertefull skulder*. Ifølge Goffman (1990) inntar vi andres holdninger gjennom språket.

Man kan tenke seg at legene, som var informantenes nærmeste ”hjelpere”, påvirket deres holdninger om hvor skoen trykket. Når diagnosen var fastsatt, så fikk de alle en sykdomsstatus, som kan ha påvirket deres syn på hva som var årsaken til deres sykefravær. Jeg velger å bruke sekkebetegnelsen muskel-/skjelettlidelser, da det mine informanter beskrev, var smerter i ulike deler av deres muskulatur og skjelettapparat.

Sykepleieren, hjelpepleieren, regnskapsføreren og annonsekonsulenten sa alle at oppgavene ble for krevende, det ble vanskelig å mestre jobbene, og de fikk ”*muskel-/skjelettplager*”.

Mine informanter snakket om både diagnosene og sine krevende jobber; det tyder på at de forstod sammenhengen mellom disse systemene. Informantene gav uttrykk for at bistandsapparatet ikke så sammenhengen mellom konteksten som de stod i, og deres kroppslige problemer. Det å se denne sammenhengen er etter min mening viktig med tanke på hvilke hjelpetiltak informantene ble tilbudt.

Ifølge Midré (1995) er spørsmålet som må besvares for å få tilgang på bistand fra det offentlige, om folk er verdig trengende eller ikke.

Mine informanter var hos sine primærleger, som gav dem merkelapper som hadde sammenheng med muskel-/skjelettlidelser. Hans, Anita, Mette og Gudrun opplevde at de var ”trengende” nok til å få sykepengene da deres sykdomsbilder passet inn i ICD-10.

For å få behandling og bistand må personers sykdomsbilde passe til en av ICD-10s beskrivelser av sykdom (Kith 2006). ICD-10 er den internasjonale klassifikasjonen av

sykdommer som blir brukt i primærhelsetjenesten. Hovedretningen innenfor ICD-10-klassifiseringene er en medisinsk forståelse av klientenes helsetilstander.

Mine informanter var hos sine primærleger, som gav dem merkelapper som hadde sammenheng med muskel-/skjelettlidelser. Hans, Anita, Mette og Gudrun opplevde at de var "trengende" nok til å få sykepenger da deres sykdomsbilder passet inn i ICD-10s klassifikasjonssystem. Jeg fikk inntrykk av at informantene mente at det var "*kroppen som sviktet*", som var årsaken til at de ble sykemeldt, på tross av at alle hadde erfaringer med at arbeidslivet var veldig krevende.

Intervjupersonenes erfaringer fra arbeidslivet satte seg i deres kropp, og erfaringene har gjort dem til de personene som jeg møtte under intervjuene. Informantene hadde en mengde erfaringer om hva som skjedde med helsa etter omorganiseringene på jobben. Kroppene til informantene er merket av et langt yrkesaktivt liv, men behandlingssystemet fokuserte bare på deres diagnoser. Diskusjonen om den diagnostiske kultur har pågått gjennom flere årtier, og det hersker fremdeles uenighet om hvorvidt diagnoser er den rette tilnærmingen i forhold til sykdom eller ikke.

Ifølge boka "Utbrent" har aldri begrepet utbrent blitt koblet med en biomedisinsk diagnose (Roness 2002). Dette kan ha svekket begrepets medisinske troverdighet. Kanskje kan det forklare at det aldri har vært en anerkjent diagnose, og at Gudrun ikke ville at jeg skulle bruke ordet. Hun mente at hun hadde "*møtt veggen*".

Et annet perspektiv er spørsmålet om diagnoser er den rette tilnærmingen til mine informanters kroppslige plager. Diagnosebasert forståelse av utbrenthet reduserer tilstanden til en beskrivelse av sykdom der det primært er medisinsk innsats som skal aktiviseres for å bli kvitt denne. Mine informanters erfaringer fra arbeidslivet ble ikke etterspurt av legene, som reduserte tilstandene til en beskrivelse av kroppslige plager og diagnoser.

I Norge er muskel-/skjelettlidelser den største gruppen av symptomdiagnoser gitt for langvarige helseplager (NOU 1999). Disse diagnosene utløser rettigheter, som medisinsk behandling eller trygdeytelser, noe som utbrenthet ikke gjør (Roness 2002). Når mine informanter fikk diagnoser som var knyttet til muskel-/skjelettlidelser, så ble det legitimt for dem å være i syke-rollen, og de kunne skyld på diagnosen når de ble sykemeldt. Da ble det de fysiske lidelsene det ble fokusert på, og ikke hvordan informantene hadde det i sine liv. Samfunnets elite har tradisjonelt blitt rammet av "anerkjente" diagnoser som hjerteinfarkt og magesår, når de har blitt utsatt for mye stress. Dette kan være i ferd med å endre seg, da en ledende politiker som Kjell Magne Bondevik erkjente at han ble rammet av utbrenthet.

Bondevik gikk åpent ut og snakket om at han hadde "møtt veggen", da han hadde vært altfor lite flink til å sette grenser. Bondevik greide å ta seg inn og komme tilbake i jobb. Det greide ikke alle mine informanter.

Legene forklarte informantenes erfaringer med medisinske diagnoser som skulderproblemer, nakkeproblemer og ryggplager, som ikke hadde noe med deres levde liv å gjøre. Anita fortalte at *"jeg merket aldri noe til forebyggende helsearbeid"*. På den andre siden kan man ikke forvente at legene skal ha kunnskaper om alle konsekvenser av det nye arbeidslivet. Mette, Hans, Gudrun og Anita etterlyste alle forebyggende tiltak og tverrfaglig samarbeid. Bistandsapparatet valgte å fokusere på diagnosen i stedet for å bli kjent med hele mennesket. Det finnes ingen fordelingssystemer som er perfekte. Spørsmålet er hvordan man skal sortere. Det at legene så verden i et biomedisinsk perspektiv, førte til at Hans, Anita, Mette og Gudrun ble redusert til objektive kjennetegn.

Ifølge Oliver er funksjonshemming et resultat av diskriminering og har lite å gjøre med individuelle erfaringer (Oliver 1996). Hans, Gudrun, Anita og Mettes opplevelser av smerte var subjektive, og for å forstå utviklingen av kronisk smerte må man sette seg inn i hva det er i livet som styrer denne opplevelsen. Alle mine informanter erfarte at samfunnet fokuserte på det medisinske perspektivet, som ikke tok hensyn til alle omorganiseringene som de opplevde på arbeidsplassen.

Det å ikke legge vekt på informantenes egne opplevelser av verden er etter Olivers syn diskriminering og helt i tråd med mine informanters historier.

Informantenes erfaringer viser et språk mellom de politiske vyene i St.meld. nr. 21 (1998–1999) og legenes praksis; man kan kanskje si at rehabilitering fortsatt i 2008 handler om medisinsk behandling. Logikken innebærer at når informantene ikke mestrer arbeidslivet, så er det legene som sykemelder, og de er medisinerere. Dette er den sykemeldingspraksisen som blir brukt av systemet, og dette fører til at bistandssøkerne må tilpasse seg den diagnostiske kulturen.

Hadde legene etterspurt informantenes livsopplevelser, hadde de i tråd med rehabiliteringsmeldingen kunnet fått sine rettigheter, da det i meldingen beskrives at flere aktører samarbeider om å bistå bruker i hans egen innsats (St.meld. nr. 21 1998–99). Legene så ikke mennesket bak lidelsen, og dette sneversynet fikk konsekvenser for brukernes rehabilitering. Anita sa følgende: *"Hvorfor stresset satte seg i kroppen min, var et ikke-tema*

hos legen, jeg fungerte ikke 100 prosent og ble sagt opp.” Vi ser her at når de samfunnsmessige forholdene ble underslått, så ble ikke brukers egen innsats ivaretatt. Anita ble ikke sett på som en ”helhet”. Hun er ikke i jobb i dag, og hun begrunner dette med at hun er redd for ikke å mestre enda en gang. Sennett (2003) kaller dette for mindreverdighetskomplekset, som er et resultat av at man blir urimelig sammenlignet med et glansbilde av hvordan verden skal være, og at dette fører til at man føler seg utilstrekkelig.

Ifølge Gudrun og Mette gikk de inn i jobbene sine med liv og sjel, og de ble utbrent. Berit Waal (2003), som er psykolog og som selv har vært utbrent, skriver i boka *”Når livet vender vrangside ut”* at man er særlig utsatt for å bli utbrent når man jobber med mennesker. Gudrun og Mette stod på for sine brukere. Man kan kanskje si at det at de ble utbrent, var omsorgens pris. Mette fortalte: *”Det at pasientene ble skrevet ut mens de enda var veldig dårlige, tynget meg, og jeg fikk tilbud om tabletter.”* Gudrun fortalte at *”jeg hadde pasientene under huden og følte ikke at jeg fikk gjort nok for dem, men jeg kom til en fantastisk fysioterapeut”*.

Ut fra mitt fysioterapeutiske ståsted mener jeg at vanskeligheter kan oppstå når mine informanter skulle være profesjonelle og samtidig empatiske. Men omsorgsarbeidere som distanserer seg fra bruker, gjør neppe en god jobb; de skjerner seg gjerne slik at de ikke blir utbrent. Det som skapte stress, var gapet mellom det Mette og Gudrun opplevde som sine evner, og det som jobbene krevde av dem. Hadde arbeidslivet krevd nøyaktig det de følte de maktet, så hadde de kanskje ikke blitt syke. Samfunnets bistandsapparat forstod ikke dynamikken i informantenes arbeidsliv, og hjelpen de fikk, var preget av medisinsk dominans, da både Mette og Gudrun bare ble møtt med diverse behandlingstilbud.

Min bakgrunn som fysioterapeut reduserer muskel-/skjelettplagene som informantene snakket om, til diagnoser og patologi. Jeg har denne typen tenkning i ryggmargen, noe som springer ut ifra min grunnutdanning. Men etter å ha intervjuet Hans, Anita, Mette og Gudrun har jeg forstått at det gir lite mening å bare bruke de objektive kjennetegn som en diagnose gir. Mette var redd for ikke å mestre jobben etter omstillingen, hun ble syk, men fikk ingen henvisning til fysioterapi hos legen. Hun opplevde at hun fikk magetrøbbel, søvnvansker og nakketøbbel, og hun gruet seg til å gå på jobben. Hun ble tiltaksløs, deprimert og sa om sin situasjon: *”Nakken var som knekkebrød når jeg beveget meg, alt satt i min nakke; jeg var tappet for energi av alle omstillingene og hadde ikke noe å gi til pasientene mine.”*

Anita var redd for at kroppen skulle svikte henne som et resultat av at hun ble stresset av korte *deadlines* på jobben. Hun fortalte ”at stresset satte seg i kroppen” i form av smerter i kjeveleddene, nakke, skuldre og rygg. Hun følte at alt var et ork, var veldig trett, fikk konstant hodepine. Hun ble deprimert og usikker på seg selv og sa følgende om sin situasjon: ”Jeg bet tennene sammen på tross av plagene, til slutt kom det en smell, og jeg ble sykemeldt.”

Gudrun fortalte at hun fikk ”for mange plikter”, det ble for mye ansvar som resulterte i prestasjonsangst, skulderplager og søvnvansker. Hun stod i relasjon til veldig syke brukere og følte at hun ikke fikk gitt dem nok omsorg. Gudrun gikk med en sorg over de dårlige pasientene og hadde dårlig samvittighet for at hun ikke fikk gjort nok for dem. De var aldri borte fra hennes hode. Hun sa følgende om sin situasjon: ”Når jeg stod opp om morgenen, ba jeg pasientene om å flytte seg sånn at jeg fikk muligheten til å stå opp og gå på jobb. Følte at jeg hadde pasientene med meg i senga og pleiet dem om natta, jeg følte at jeg hadde pasientene under huden.” Når hun hørte redningshelikopteret, så begynte hennes vakt. Hadde hun fri, ringte hun på jobben for å høre hvordan pasientene hadde det. Gudrun klarte ikke ”å vri om bryteren” når hun hadde fri, hun hadde ikke et liv utenfor jobben. Hun ble langtidssykemeldt. Hun sa: ”Jeg klappet helt sammen.”

Hans fortalte: ”Jeg fikk smerter i kroppen og drømte om en annen jobb. Smertene satt i nakke, skuldre og utover i armene. Men da ingenting vistest utenpå meg, så var det ingen som forstod meg.” Han ble så dårlig på jobb at en gammel kollega tok ham med på legevakta. Da begynte ballen å rulle. Han sa: ”Jeg ble presset fra alle kanter, ble helt avbala, hadde ingen gnist lenger, presset på jobben ble så hardt at jeg begynte å ta pulsen og greide ikke mer, det ble stopp.” Mine informanter beskriver her sine subjektive opplevelser av sin helse på en måte som ikke kan misforstås. Behandlingssystemet fokuserte på de anatomiske konsekvensene av deres erfaringer og plasserte informantene i muskel-/skjelett -boksen”.

Ifølge Sandvin (2008) har bruker sine subjektive opplevelser av sin helse, og legene har sin medisinskfaglige oppfatning av sykdom. Alle informantene var enige i at arbeidsmiljøproblemene startet etter at omstillingene kom. Arbeidet forandret karakter, og informantene fortalte at det var da de fikk sine kroppslige plager. Det som går igjen i deres fortellinger, er at omstillingen gjorde at de ble tappet for energi, og at de ikke greide mer. Sykefraværet kan i denne sammenhengen ses på som et resultat av det nye arbeidslivet, og man kan da spørre seg om medisinerer blir det mest effektive tiltaket.

Legene satte informantenes opplevelser i sammenheng med symptomer og objektive funn, som smerter, redusert bevegelse og funksjon. Hans, Anita, Mette og Gudrun reduserte også

tilstandene sine til medisinske tilstander, da de snakket mye om sine symptomer. Dette kan ha sammenheng med at de er vokst opp i en verden der det patologiske perspektivet er dominant. Eller det kan være at de hadde behov for en diagnose som legitimerte sykefraværet, sånn at de fikk sykemelding som gav dem en pause fra arbeidslivets belastninger.

5.3. Samfunnsskapte belastninger

I intervjuene kom det frem at de samfunnsskapte belastningene ble for sterke for informantene. De fikk uheldige kroppslige reaksjoner, noe som førte til at prestasjonsevnen ble hemmet. Man kan si at deres kropp fungerte som en bil der føreren brukte både gassen og bremsen samtidig, og de ble utbrent.

Ifølge Railo (1985) så blir stress negativt når hendelser stadig overstiger vår evne til å tilpasse oss gjentatte stresshendelser. Gudrun fortalte: *"Jeg hadde mye stress og hadde en puls på 120 hele tiden når jeg var på jobb. Når jeg var hjemme, greide jeg ikke å koble av"*. For Gudrun representerte de uheldige belastningene at hun følte at hun ikke mestret alle kravene som ble stilt til henne, og hun ble nedslitt.

Den første reaksjonen på disse belastningene er stress. Fortsetter prosessen, blir vi utbrent. Ifølge Larsen (1996) er det når stressituasjonen blir langvarig at energiresursene blir oppbrukt. Følgene i denne fasen kan bli utbrenning og utmattelse. En opphopning av stressprodukter i kombinasjon med overbelastning av kroppen kan føre til alvorlige sykdommer.

Men det å være utbrent kan tolkes videre enn oppbrukte energiresurser. Hadde bistandsapparatet trukket inn begreper som trivsel og sosial tilpasning, så hadde kanskje ikke utbrenthet blitt den viktigste årsaken til at mine informanter ble syke.

Avmakt kan kanskje sies å være et nøkkelord for det som Hans, Mette, Gudrun og Anita følte i forbindelse med rasjonaliseringene på jobb.

Alle stod i stressituasjoner som vedvarte i flere år. Det de fikk fra bistandsyterne, var ulike medisinske diagnoser, og som følge av diagnostiseringen fikk de fleste en henvisning til fysikalsk behandling.

Informantene fortalte om sine felles erfaringer der legene stilte de ulike diagnosene utelukkende ut ifra symptomer og funksjonstester. Hans, Mette, Gudrun og Anita ønsket å bli sett på som kompetente handlende subjekter, personer med kapasitet til å utøve handlekraft i ulike situasjoner. Isteden klassifiserte systemet dem til at de hadde psykiske lidelser ved å tilby dem antidepressive tabletter.

Rehabiliteringspolitikken sier (St .meld. nr 21 1999): *”Flere aktører samarbeider om å bistå bruker i hans egen innsats.”* De ble alle avhengig av bistand, men det ble ikke lagt til rette for samarbeid i henhold til de forskrifter som profesjonene er pålagt. Legene valgte heller å medisinere mine informaners *”livsproblem”*. Dette indikerer at bistandsapparatet knyttet *”sykdommen”* hovedsakelig til det kroppslige og ikke til samfunnet omkring.

Sandvin (2008) skriver i boka *”Arbeid, sykdom og moral”* at det finnes mange oppfatninger av hva som skaper sykdom. Det inntrykket som jeg sitter igjen med etter å ha intervjuet disse fire informantene, er at å bare se på sykdom som et kroppslig problem, blir for snevert.

Psykologer har identifisert at personligheten er avgjørende om vi lar oss stresse eller ikke.

Er man ambisiøs, samvittighetsfull, hardt arbeidende og setter høye mål til seg selv, da er man mer utsatt for stressfremkallende reaksjoner (Kirsta 1987). Mette fortalte at *”jeg vil ha det ryddig, rent og ordentlig på avdelingen”*.

Ifølge mine informanter jobbet de hardt i mange år før de ble syke. Alle hadde dårlig samvittighet når de merket at kravene på jobben ble for tøffe for dem. De ville så gjerne, men *”kroppen sa stopp”*. Det at mine informanter ble utsatt for stressbelastningen over tid, førte til at stresset satte seg i deres kropp og førte til sykdom. Dette kan være et resultat av at omgivelsene oppskatter handlekraftige individer som står på og jobber hardt.

Intervjupersonene ble formet av omgivelsene, og samfunnet fokuserte kanskje ikke så mye på omkostningene ved å delta i det nye arbeidslivet, som på det at de skulle passe inn i ledelsens bilde av økonomisk lønnsomme bedrifter.

Hvis personligheten var en medvirkende årsak til at mine informanter ble utbrente, var kanskje ikke medisinsk behandling det rette for dem.

Begrepet utbrenthet illustrerer noe av det som skjer når et sårbart individ møter en belastende arbeidssituasjon. Ifølge Kirsta (1987) så har stress vært med oss siden tidenes begynnelse.

Responser på enhver utfordring skaper stress, som er en positiv kraft. Ved å forme vår livsstil og dermed tempo/livs rytme kan stress gi støtet til at en tanke blir omsatt til handling, enten det å undervise, delta i et løp eller å avslutte denne oppgaven.

Sennett (2005) beskriver nettopp hvordan høye krav, liten innflytelse og vedvarende omstillinger resulterer i en form for emosjonell utmattelse.

Jeg tør påstå at arbeidslivet bød på stadig nye utfordringer for mine informanter, i form av store omskiftninger. De ble alle utsatt for vedvarende krav om å tilpasse seg ny teknologi,

større tempo, rasjonaliseringer og økonomiske innsparinger. Minussiden ved alle de nye utfordringene var som Gudrun sa det: "*Jeg klappet helt sammen.*"

6. OPPLEVELSER AV DET NYE ARBEIDSLIVET

Mine informanter var alle enige i at arbeidslivet hadde forandret seg i form av økte jobbkraav. Derfor vil jeg fokusere på hvordan Hans, Anita, Mette og Gudrun opplevde det nye arbeidslivet. Ifølge Midré (1995) kan arbeid ses på som det gode arbeidet og som en straff. Å arbeide kan ses på som noe positivt, noe som mennesket har rett til. Det er et symbol på at man er nyttig, og anses også for å være forbundet med god helse.

Det negative synet på arbeid ble dominert av "det gamle testamente", der Adam fikk som straff av Gud at han skulle *"ete sitt brød i sitt ansikts sved"*. (Midré 1995)

I Edens have ble arbeid gitt som straff, og man kan kanskje si at synet på arbeid er moralsk konstruert, noe som påvirker vårt syn på verden også i dag. Har man ikke evne til å forsørge seg selv, står man i fare for å bli mistenkeliggjort som lat og arbeidssky (Sandvin 2008). Anita opplevde at NAV "maste" på henne at hun måtte komme seg raskest mulig ut i jobb, på tross av hennes plager, og hun følte seg mistenkeliggjort av dem. Hun sa: *"De forstod ikke at jeg var syk"*. Både Anita og Hans erfarte at når det ikke "vistes" utenpå dem at de var syke, så var det ingen som viste forståelse for at de ikke greide å jobbe. Anita fortalte at *"jeg blir sliten av at alle tror jeg er frisk, da det ikke vises på meg at jeg er syk"*.

Både Hans og Anita gav inntrykk av at disse opplevelsene gjorde noe med deres selvfølelse. Når Hans fikk omskolering, ble han mistenkeliggjort av kollegene, venner og familie, som mente at han utnyttet systemet for å få seg en gratis utdanning. Hans fortalte at *"omgivelsene var ikke hyggelige mot meg, jeg fikk stadig høre at jeg utnyttet systemet"*.

Hans og Anita var alene med sine symptomer og følte i tillegg at de ikke mestret jobben lenger. Men de fortsatte å arbeide på tross av sine symptomer, på den måten oppfylte de den moralske plikten om at hver og en skal forsørge seg selv (Midré 1995). Man kan spørre seg til hvilken pris?

Informantene fortalte at det var forventet at de skulle være i jobb, derfor fortsatte de å jobbe på tross av sine plager, for på den måten å oppfylle den moralske arbeidsplikten. Hadde informantene møtt forståelse for sine komplekse problemer som ikke bare knyttet seg til dem, men også til arbeidet, så hadde de kanskje greid å ta seg inn før de ble utbrente.

Informantene fortalte at de i årevis hadde vært en del av et trygt, solidarisk og stabilt arbeidsliv. De fortalte at *"omorganiseringer, økt konkurranse og innføring av ny teknologi"* i det nye arbeidslivet førte til at de fikk helseplager. Tidligere var arbeiderne "on time". Nå handler arbeidsdagen om å være "on line" (Sennett 2005). Sennett beskriver og tegner bilder av hvordan det er å arbeide i det moderne arbeidslivet. Modernisering og utvikling av

teknologi som pc og mobiltelefon gjorde noe med mine informanternes arbeidssituasjon. Dette kom tydelig frem i svarene på spørsmålet om hvordan informantene opplevde de omstillingene som de hadde vært med på.

Hans, Anita, Mette og Gudrun svarte at rutinene rundt arbeidet forandret seg når de fikk IT-baserte arbeidsredskaper, ledelsen forventet at de da kunne jobbe mer, da de trodde at pc-ene gjorde arbeidsmengden mindre, men mine informanter mente at det var det motsatte som skjedde. Det ble mer tid foran datamaskinen og mindre tid til å gjøre alle de andre oppgavene, og de ble i tillegg færre på jobb. Hans fortalte: *"Jeg satt i én stilling ved pc-en hele dagen og følte at sjefen pustet meg i nakken."* Informantene savnet ledelsens og legenes interesse for hvordan deres hverdag egentlig var etter omstillingene.

Gudrun kunne ikke se noe positivt ved det systemet som hun hadde vært en del av i mange år etter alle omstillingene, og sa at *"jeg er blitt glemt av systemet"*.

Systemet påvirket innformatenes hverdagsliv, og legene beskrev deres opplevelse av omstillingen ved å gi dem en diagnose. Den diagnostiske kultur (Løchen 1965) skapte forventninger hos mine informanter om at de skulle få "hjelp" fra samfunnet når helsen sviktet.

Det ser ut som om den medisinske diagnosen fikk betydning for det rehabiliteringstilbudet som mine informanter fikk, på bakgrunn av at har man muskel-/skjelettlidelser, så blir det forventet at fysikalsk behandling skal kunne "reparere" problemet.

I tolkningen av deres utsagn tegnet Hans, Anita, Mette og Gudrun et bilde av ting som de betegnet som avgjørende for at *"kroppen sviktet"*.

For Hans og Anita, som jobbet i avis- og regnskapsbransjen, blir *"klokken som tikker ned mot en stadig kortere deadline"*, beskrivende for deres arbeidssituasjon etter omorganiseringen.

For Gudrun og Mette, som jobbet ved samme sykehus, blir beskrivelsen av hvordan de følte seg *"dratt mellom behovet for å gi bruker omsorg og plikten til å sette seg inn i den nye teknologien"*, et godt bilde på hvordan det var å arbeide i det moderne arbeidslivet for dem.

Omorganiseringene skapte usikkerhet i mine informanternes hverdag da deres identitet stod på spill. Informantene hadde alle lange yrkeskarrierer bak seg, og det gikk tydelig frem under intervjuene at arbeid var viktig for dem alle. I møte med samfunnet gjennom hverdagen på regnskapskontoret, avishuset og sykehuset ble mine informanternes identitet utviklet. Dette fordi de ble påvirket av sitt yrke og sine kolleger gjennom mange år på samme arbeidsplass. Ifølge boka *"Følelser er fakta"* blir identitet beskrevet som et verktøy vi utvikler når vi omgås andre (Berg 2001).

Ifølge Anita var konteksten rundt henne et ”ikke-tema” for bistandsapparatet, de så bare muskel-/skjelettlidelsene som skapte forventninger om at fysioterapi var den ”rette” formen for rehabilitering.

6.1. Kolleger

Man kan kanskje si at både bistandsapparatet og arbeidslivet til brukerne bare så de fysiske lidelsene og ikke personene bak diagnosene.

Richard Sennett (2005) beskriver hvordan det er å arbeide i det moderne arbeidslivet i forhold til det tradisjonelle, eller den gamle kapitalismen. Han beskriver det gamle arbeidslivet der de kollektive interessene og solidariteten var dominerende. I motsetning til det nye arbeidslivet, der man i større grad vektlegger individualisering og fleksibilitet.

Ved at arbeidslivet endret seg, fikk mine informanter nye kolleger og nye arbeidsoppgaver, og på spørsmål om dere funksjonskrav hadde blitt større, fortalte både Gudrun og Mette at *”de tradisjonelle arbeidsoppgavene der vi hadde muligheter til å være solidariske sykepleiere som hele tiden talte brukers sak og prioriterte omsorgsoppgaver, blir ikke vektlagt lenger”*. Mette fortalt videre at *”ungdommen tenker bare på seg selv og er ikke opptatt av solidaritet og samhold på avdelingen”*.

Gudrun og Mette fikk nye arbeidsoppgaver der de blant annet måtte lære seg programvarer. Stadig måtte de forholde seg til nye kolleger, og de fikk daglig pålegg om innsparinger.

Utrygghet og flytting til nye avdelinger var også hverdagskost.

Det kommer frem i deres historier at de følte seg skviset mellom *”plikten”* til å bruke tid på alt det nye og *”kallet”* overfor bruker. Gudrun sa følgende: *”Jeg er usikker på om alle pasientopplysningene kommer med på pc-en; de unge sykepleierne er mer opptatt av IT-verktøyet enn av brukeren.”* Man kan kanskje si at de unge sykepleierne er farget av den tiden de lever i, der det å surfe på nettet er viktigere enn å ha gode samtaler med kolleger.

Innenfor avisbransjen opplevde også Hans at arbeidsstokken ble skiftet ut og det kom nye yngre *”spirevipper som trodde de kunne alt”*. Hans forteller at *”solidaritet fantes ikke lenger i min jobb, og det tok knekken på meg”*.

Mange av verdikonfliktene som arbeidstakerne i dag opplever, kan knyttes til endringer i arbeidslivet generelt (Sennet 2005).

Sykehusets oppgaver var uendret når det gjaldt behandling av brukerne. Men Gudrun og Mettes oppgaver endret seg. Sammenslåing av avdelinger der ingenting var lagt til rette, og der ting ble gjort på andre måter, førte til at jobbene ble tyngre. De fikk i tillegg mer ansvar

for økonomi, nye diagnoser på de nye avdelingene og ny programvare som skulle læres. Videre så fikk de stadig nye kolleger, færre på vakt og andre brukere enn på sin gamle avdeling. Dette stresset førte til at de så vidt fikk gjort sine plikter i løpet av arbeidsdagen, og hindret dem i å nå sine mål om å ivareta brukere på en god måte og å vise solidaritet overfor de nye kollegene.

De ble aldri kjent med kollegene på den nye avdelingen, da disse i utgangspunktet var negative til at Mette og Gudrun kom over på deres avdeling. De var redde for å miste sine jobber når det kom flere som skulle arbeide på avdelingen.

Mette sa at hun *”følte at direktøren så på meg som en lønnsutgift, de unge sykepleierne så på meg som en trussel og var mer opptatt av å snakke i mobilen enn å snakke med bruker”*.

Ifølge mine informanternes beskrivelser av hva endringene i det nye arbeidslivet gjorde med dem, er det ikke overraskende at de ble stresset. Årsakene til at Hans, Anita, Mette og Gudrun ble utbrent, er komplekse, og da nytter det ikke å lete bare i deres medisinske tilstander.

6.2. Teknologi

I boka *”Det belejrede samfund”* sier Bauman (2002) at materielle faktorer påvirker muligheten for at vi skal nå våre mål. Gudrun og Mettes mål var å være der for brukerne, bli kjent med dem og gi dem omsorg. Men økonomien og innsparingene satte en stopper for disse målene. For dem var mulighetene til å gi omsorg viktig; denne egenskapen ble ikke lenger verdsatt, og deres omsorgsidentitet forsvant når de ikke fikk muligheter til å bruke sine ”kall” lenger.

For Anita og Hans var det viktig å snakke med kundene, videre så var det å produsere henholdsvis et godt regnskap og tegne annonser et mål for dem. Etter omorganiseringen ble de begge *”lenket”* til skrivebordet, og alt gikk etter klokken for at bedriftene skulle tjene mest mulig. Hans sa det på følgende måte: *”Følte at greide jeg ikke å selge for mange nok hundretusener, så hang oppsigelsesspøkelset over meg.”* Anita uttalte: *”Fristene for deadlines på regnskapene ble bare kortere og kortere, den siste tiden på jobben satt alle foran datamaskinene og spiste matpakkene sine.”* I det gamle arbeidslivet hadde både Hans og Anita en variert hverdag der de oppsøkte kundene og fikk gode tilbakemeldinger fra disse. Hans sa: *”Jeg har drevet med tegning hele mitt liv, målet var å lage gode annonser og få positive tilbakemeldinger.”* Målet deres forsvant når de ikke lenger fikk lov til å bruke tid til tegning, regnskap og ikke fikk tilbakemelding fra kundene. Det teknologisk styrte arbeidet vanskeliggjorde muligheten for at Hans og Anita fikk styre sine egne behov. Ledelsen valgte å

se bort ifra den uformelle kunnskapen som mine informanter hadde ervervet seg i det gamle arbeidslivet. De fikk kroppslige plager som en følge av arbeidsmiljøet.

Man kan reflektere rundt hvordan livet til Hans og Anita hadde vært hvis det hadde blitt fokusert på hva som kunne endres i bedriftene for å lette deres arbeidssituasjon.

Ifølge informantene forsvant målet, og de følte at de mistet kontrollen på sine arbeidsoppgaver. Man kan reflektere over hva vitsen er med å prøve å tilpasse seg alle endringene hvis man ikke ser noen mening lenger med det man gjør.

Bauman snakker i boka si om at fleksibilitet er evnen til å skifte retning med kort varsel og raskt tilpasse seg de nye arbeidsforholdene (Bauman 2002).

I det postindustrielle arbeidsmarkedet kan de store kravene om fleksibilitet være vanskelige å leve opp til, med dets stadige forventninger om omstilling og forandring. Gudrun og Mette følte at de hadde hektiske arbeidsdager i pleie- og omsorgssektoren, med et stort arbeidspress, omstillinger og et ustabilt arbeidsmiljø. De følte maktesløshet i forhold til sin arbeidssituasjon, som tydeligvis ikke var helsefremmende og utviklende, en arbeidssituasjon hvor en stor del av arbeidsbetingelsene var utenfor deres kontroll.

Gudrun fortalte at *” vi er blitt glemt i systemet, før hadde vi nok folk til å greie oppgavene våre, nå skal vi klare mye mer, og vi er færre ansatte”*.

Det motsatte av fleksibilitet vil være kontroll, og uten kontroll greide ikke Gudrun og Mette å tilpasse seg endringene på sykehuset. De gikk hele tiden rundt og var redd for at noe galt skulle skje med brukerne, da de ikke følte at de hadde kontroll lenger. De hadde ingen påvirkning i arbeidssituasjonen, de ble *”tvangsflyttet”* og mistet kontrollen.

Dette er i tråd med boka til Sandvin (2008), der omstillinger hvor man mister kontrollen, gir opphav til psykososiale belastninger.

Det som skapte problemer for Anita, var at arbeidstempo og arbeidsomfang økte betraktelig, nettopp fordi bedriften skulle tjene mest mulig. Anita fortalte at *” fristene på når regnskapene skulle være ferdig, ble bare kortere og kortere, var hele tiden redd for å gjøre feil. Jeg satt alene ved pc-en og følte meg ensom”*. I dette regnskapsfirmaet ble krav til effektivitet satt foran alt annet; ledere og kolleger med omsorg for hverandre var fraværende, og Anita hadde ingen selvbestemmelse lenger. I dagens arbeidsliv burde det være en selvfølge at arbeidstaker fikk bestemme hvor mange arbeidsoppgaver hun eller han skal påta seg.

I boka "Det fleksible mennesket" er Sennett opptatt av at vi i det nye arbeidslivet er tilgjengelig hele tiden. Disse uklare grensene fører til at livskravene blir for høye og man kommer til kort (Sennett 2005). Deadline for når Anita skulle være ferdig med sine oppgaver, ble bare kortere og kortere, noe som førte til at hennes arbeidstid ble lengre og lengre. Anita fortalte: "*Jeg måtte ta helger og kvelder til hjelp for å bli ferdig innen fristene.*" Man kan kritisere kapitalismens arbeidsliv som ofte bestod av tunge jobber, men de gikk alltid fra jobb når arbeidstiden var over.

I det kapitalistiske arbeidslivet ble man fysisk utslitt, men i det nye arbeidslivet ble man emosjonelt utbrent, var noe av det Sennett konkluderte med i sin bok (Sennett 2005).

Dette beskriver Anita ved at hun på tross av sine helseplager "*bet tennene sammen*" og fortsatte arbeidstempoet ved datamaskinen helt til hun ble utbrent.

Bauman (2002) kaller dette for surfing, og det er det motsatte av dykking .

Alle på jobben satt foran datamaskinene, og både Hans og Anita ble overlatt til seg selv. Hans fortalte: "*Følte at ledelsen satt med stoppeklokka og passet på at jeg tjente mest mulig inn til firmaet. For å gjøre sjefen til lags kunne jeg sitte ved pc- en i 12 timer.*" Anita hadde lignende opplevelser: "*Når jeg skulle gjøre ferdig årsoppgjør, kunne jeg sitte fra klokka 8 til klokka 20 ved datamaskinen.*" Arbeidet som ble styrt av en *deadline*, vanskeliggjorde muligheten for at arbeiderne fikk kommunisert med hverandre. Dette er typisk for det nye arbeidslivet, der man i større grad vektlegger kvalitet mot kunder og vil ha fleksible individer som kan følge denne utviklingen som skjer i høy hastighet. Ifølge Bauman (2002) ser vi en dreining mot omorganiseringer og individualisering. Mange av Hans og Anitas kolleger ble rasjonalisert bort, de som var igjen, følte seg "*ensomme*" ved hver sin datamaskin. Omorganiseringene og effektiviseringen forandret også deres arbeidstid. I det gamle arbeidslivet fikk Hans og Anita muligheter til å bestemme arbeidsvilkårene selv bare de var punktlige. De kom klokka 8 og gikk klokka 16. Man kan si at Anita og Hans' arbeidsdag etter hvert ble dominert av å være "on. line", og dette med arbeidstid "on. time" ble mer utflytende (Sennett 2005).

Ifølge Bauman (2002) produserte håndverkerne i det gamle arbeidslivet ting som var beviset på at man gjorde en god jobb.

Man kan si at Hans og Anita var håndverkere som brukte sin kreativitet til å skape egne annonsetegninger og regnskap, noe som de fikk anerkjennelse for, og som de følte at de hadde kontroll over.

Da pc-en kom, ble det maskinen som styrte deres hverdag, og de følte at de satt ved et samlebånd. Hans fortalte: "*Jeg følte at jeg satt ved et samlebånd.*" Man kan si at deres

identitet som kreativ tegner og regnskapsfører forsvant når IT-verktøyet med den ferdige programvaren gjorde sitt inntog. Dette skjedde ved at hverdagen nå ble styrt av dataprogrammer, noe som førte til at Hans og Anita ble fremmedgjort for sitt arbeidsprodukt. Datamaskinen var kontekstuavhengig i bruk, det vil si at den var uavhengig av deres arbeidskapasitet og tok ikke hensyn til at de hadde behov for pauser når de hadde smerter i kroppen. Det ytre styrte arbeidet der Anita og Hans ble et redskap for teknologien, det slet på deres helse, og i det lange løp førte det til at de ble utbrent.

Ifølge Sennett (2005) er det som betyr noe i det nye arbeidslivet, hvordan maskinene fungerer. Ved innføring av elektroniske brukerjournaler var det overordnede målet å videreutvikle dokumentasjon for å bedre kvaliteten og å drive avdelingene på sykehuset mer økonomisk lønnsomt. Gudrun fortalte at kvaliteten ikke var blitt bedre, og hun mente det var så mange som var sykemeldte at det ikke kunne være lønnsomt. På spørsmål om hvordan omstillingen påvirket Gudruns arbeidsmengde, fikk jeg følgende svar: *"Etter at IT-verktøyet kom, så ble jeg hengende etter med mine andre gjøremål, var hele tiden redd for å gjøre feil, og mange kolleger ble sykemeldt."* Men man kan spørre seg om kvaliteten blir bedre når helsepersonell føler at plikten kaller og de må bruke det meste av sin tid foran datamaskinen. Gudrun setter dette på spissen når hun uttalte følgende: *"Jeg utdannet meg ikke til å sitte foran en datamaskin."*

Sykehusene ble jo opprinnelig opprettet for å ivareta bruker. Når innføring av IT-verktøy gikk på bekostning av tid til bruker, kan det virke som om både Gudrun og bruker ble taperne i systemet.

Det var denne typen teknologi Karl Marx (oversatt 2008) analyserte i *"Kapitalen"*. Maskinens rytme styrer mennesket når mennesket er deltakende i den maskinelle produksjonsprosessen. Hans og Anita mente at det som påvirket dere arbeidsmengde mest, var det at ledelsen både i avishuset og på regnskapskontoret kunne se på budsjettene til Hans og Anitas kunder. Regnskapene på hva de tjente inn til firmaet, lå ute på serveren, og den ferdige programvaren styrte både Anita og Hans' arbeidsdag. Hans ble stresset av *"at ledelsen pustet ham i nakken"*, og han sjekket pulsen sin. Anita følte også at stresset økte *"når ledelsen begynte å bestemme hvor mange kunder hun skal ha"*.

Verken ledelsen eller maskinene tok hensyn til at det oppstår behov for å ta pauser på grunn av smerter i kroppen, og all kommunikasjon foregikk via e-post. Effektivitetsforståelsen dominerte både i avishuset og på regnskapskontoret. Hadde ledelsen gitt mine informanter

muligheter til fleksibilitet, kunne dette påvirket deres helsetilstand. Man kan spørre seg om det bare er arbeidstaker som skal vise vilje til fleksibilitet i det nye arbeidslivet.

6.3. Omstilling

Ifølge Sennett har slike omorganiseringsprosesser som informantene var med på, sjelden medført økonomisk suksess (Sennett 2005). På spørsmål om Mette og Gudrun fikk bestemme over sine arbeidsoppgaver, fikk jeg følgende svar: *”Vi ble tvangsflyttet på en ny avdeling som var beregnet for halvparten av de brukerne som ble stuert sammen.”* Denne formen for effektivisering hadde Mette og Gudrun opplevd flere ganger, og i overgangsperiodene hadde både de og andre kolleger blitt sykemeldte. Dette fordi de måtte jobbe dobbelt så mye for å komme i orden etter flyttingene, og de fikk avdelingsvise budsjetter som de måtte sette seg inn i. Gudrun og Mette klaget på at alt skjedde så raskt. De sa begge at *”hadde sykehuset brukt mer tid på omstillingene, så hadde ikke personalet blitt så slitent, og så mange hadde ikke blitt sykemeldt. Dette blir i lengden dyrt for sykehuset”*. Som leverandører av myke verdier som pleie og omsorg kan en verden der alt blir regnet i økonomi, virke skremmende. Det handlet om å oppnå en driftsplan og en fornuftig ressursbruk; plutselig skulle den nye avdelingen der Gudrun jobbet, registrere den innsatsen de bidro med i tall. Målet for sykehusene er å senke kostnadene og øke inntjeningen. Men vi ser stadig i media at alle sykehusene i Norge går med underskudd. Det at Gudrun og mange av hennes kolleger ble sykemeldt, blir da ikke lenger et individspørsmål, men et samfunnsspørsmål.

Ifølge Gudrun og Mette var ikke direktøren opptatt av det unike som disse med sin lange erfaring kunne bidra med i bedriften. En enhet av mangfold og erfaring ville vært en styrke for sykehuset. Man skaper ikke en sterk bedriftskultur ved ensrettede holdninger bare med fokus på økonomi, dette har Sennett flere eksempler på i sin bok (Sennett 2005). Den sterkeste og mest utviklingsdyktige kultur er den som ivaretar og styrker den enkelte ansattes egenart. Man må forstå at alle mennesker ikke er like robuste, slik at de hele tiden greier å tilpasse seg nye omorganiseringer. Det er ikke alle trær som står i vinden, som går tilbake til sin eksakte utgangsposisjon etter at vinden har spaknet. Noen blir syke, eller for å forbli i vårt bilde: Grenene blir knekt av stadig skiftende forhold til enhver tid.

Sennett (2005) beskrev nettopp hvordan høye krav, liten innflytelse og vedvarende omstillinger resulterer i en form for emosjonell utmattelse.

Alle informantene mente at omstillingene skjedde for raskt og var dårlig planlagt, og at dette var en medvirkende årsak til at de ble syke. Mette fortalte at *"omstillingene har ført til at jeg gruet meg til å gå på jobben, da jeg ikke kunne oppfylle alle kravene som ble stilt til meg"*.

I arbeidslivet på 90-tallet ble mine informanter stadig eksponert for nye krav og utfordringer, de følte at presset og stresset økte betraktelig i denne perioden.

Hans beskrev 90-tallet som en *"brytningstid"*, dette fordi konkurransen økte da flere medier begynte å selge annonser, reklamen begynte å komme på døren, nærradioen kom, og alt ble pc-basert. Han fortalte at denne samfunnsutviklingen førte til at ledelsen *"satt med stoppeklukka"* for at han skulle produsere mer. Hans fikk heller ikke være med på å planlegge omstillingene i avishuset.

Gudrun og Mette følte at kravet om at de skulle drive økonomisk lønnsomt, slet på helsa; ledelsen gikk så langt at de truet med å legge ned hele avdelingen om de ikke greide å drive den økonomisk. Hans og Anita mente at etter omorganiseringene på deres gamle arbeidsplasser var kravene blitt *"umenneskelige"*. Friheten til å bestemme over sin egen arbeidssituasjon ble borte når økonomien ble det som bestemte alt. Dette var funksjonelt for ledelsen, men ikke for mine informanter. Prestasjonskrav og tidspress i arbeidslivet var medaljens bakside og hadde betydning for at alle mine informanter ble syke.

Karl Marx så samfunnet som en funksjonell enhet der kapitalismen bidro til undertrykking av arbeiderne (Martinussen 2001). Funksjonalismen er ikke opptatt av individets helse og følelser i forhold til jobben. Da er det objektet arbeider som blir viktig, og at dette objektet kan fungere i de samfunnsmessige prosesser. Hans hadde en jobb som gav ham muligheter til å være ute i felten, og han hadde muligheter til å bruke tid på å *"tenke selv"* hvordan han ville utforme annonsene. Prestasjonskravene økte, og for å gjøre sjefen til lags kunne han sitte 12 timer foran datamaskinen på jobben. Hans sa følgende: *"Vi hadde ofte diskusjoner om omstillingen gikk på helsa løs for oss alle på jobben, da det ikke var rom for å tenke selv lenger."* Ifølge Bliksvær (2001) så er ikke arbeidslivet det en gang var, det er vi alle enige om, og vi må ha respekt for at folk med svekket helse erfarer arbeidslivet hardere enn andre. For mine informanter hadde det nye arbeidslivet stor innflytelse på hvordan de så verden, og på deres helsetilstand. Helseprofesjonene så etter forklaring på deres medisinske tilstander i individene, og planla rehabiliteringen ut fra antagelser om at forklaringen lå bare i deres kropp. Man kan kanskje si at det var funksjonelt for behandlingsapparatet, for da trenger de ikke å gå ut av sine kontorer for å samarbeide med andre profesjoner.

Ifølge boka *”Det fleksibelt menneske”* (Sennett 2005) er det ingen tvil om at arbeidslivet er i dramatisk endring. Den gamle kapitalismens arbeidsliv var standardisert og rutinepreget, det var ikke mennesker som kom på jobb, men arbeidskraft. Sennett konkluderte med at rutinen fornedret arbeidstakerne. Men jeg mener at rutinene kunne beskyttet mine informanter. Da hadde de vært forskånet for stadig å bli utsatt for rasjonaliseringens overraskelser.

Når arbeidslivet stadig er i endring, blir det lite forutsigbart, og resultatet blir emosjonelt utbrente arbeidstakere og ikke fysisk utslitte arbeidere. Mette fortalte at *”jeg ble kastet fra min gamle avdeling ned på kirurgen”*.

Sennett hevder at den aller viktigste dimensjonen i dag er måten vi organiserer arbeidstiden på. Arbeidstakere har fått større ansvar, men samtidig mistet mange av sine rettigheter.

Både Hans og Anita satt ved datamaskinen og spiste lunsj. På Gudrun og Mettes arbeidsplass ble det også slutt på det å spise lunsj sammen, da pauserommet ble gjort om til kontor. Dette var utenkelig da mine informanter startet sin arbeidskarriere. Årsaken til at dette ble godtatt, var at *”oppsigelsesspøkelset”* hang over mine informanter. Solidariteten var borte, og den nye generasjonen arbeidstakere som i hovedsak var i midlertidige stillinger, etterlyste ikke lunsjen. Disse stillingene gir ikke rett til velferdsgodene i samme grad som de faste stillingene (Torp 2005).

For å henge med i konkurransen måtte bedriftene omstille seg, de tok i bruk ny teknologi og organiserte arbeidet på en mer *”effektiv”* måte. Ifølge mine informanter stilte det nye arbeidslivet nye krav til arbeidstakernes fleksibilitet. Målet var å senke kostnadene og øke inntjeningen. Ifølge Sennett (2005) medfører sjelden slike omorganiseringsprosesser økt økonomisk suksess; tvert imot henviser han til en rekke undersøkelser av foretak som hadde gjennomgått omfattende nedskjæringer i USA på 1990-tallet. Disse nedskjæringene bidro til redusert fortjeneste og svekket produktivitet. Dessuten kom det frem at færre enn halvparten av bedriftene hadde nådd sine mål om utgiftsreduksjoner. Årsaken var enkel ifølge forskerne: De ansattes moral og motivasjon hadde sunket markert i de forskjellige oppsigelsesrundene. Dette kom også frem i intervjuene der informantene var desillusjonerte da *”målet om å få positive tilbakemeldinger”* var blitt borte, og de følte at *”pengene styrte alt”*.

I Norge står arbeidslinja sterkt, og begrepet arbeid for alle er nærmest et evangelium og en forutsetning for selvrespekt og sosial anerkjennelse. Problemet for mine informanter var at bedriftskulturen på sykehuset, i avishuset og regnskapsfirmaet gjorde de ansatte til underordnede *”roboter”* med et begrenset fornyelsespotensial. De fleste aktiviteter ble styrt av

ny teknologi, økonomi og nye pålegg fra ledelsen. Dette vanskeliggjorde personlige mellommenneskelige relasjoner. Resultatet var at organisasjonsinteressene kom i konflikt med Anita, Hans, Mette og Gudruns muligheter for å yte det som ble forventet av dem. Konflikten mellom bedriftsøkonomiske hensyn og rammebetingelser førte til at de følte at *”kroppen sviktet”*.

Forventninger om og kravet til fleksibilitet, som jeg behandlet i forrige avsnitt, handler mye om å øke fortjeneste og profitt. Hans fortalte at *”det at økonomien plutselig skulle styrte alt, var en årsak til at jeg ble syk”*.

Profitt kommer av det latinske ordet *”proferre”*, som betyr *”å bære fremover”*. Nå er det flere måter å bære en bedrift fremover på og utvikle den. Ifølge Sennett (2005) er det nye arbeidslivet basert på kortsiktige gevinster.

I boka *Respekt i en verden av ulighet* skrev Sennett (2003) at *”medlidenhetstretthet”* er det at man etter hvert har behov for å bruke reservasjon som redskap til selvbeskyttelse hvis man skal kunne fortsette i jobben ved mye stress over tid. Da Hans, Anita, Gudrun og Mette kom til stadiet av *”medlidenhetstretthet”*, kunne man ikke forvente gjensidig lojalitet og forpliktelser overfor arbeidsgiver. Da ble sykemelding en måte å reservere seg fra enda flere krav.

Mellommenneskelige relasjoner ville vært mer økonomisk lønnsomme for både sykehuset, avishuset og regnskapskontoret. Dårlig arbeidsmiljø med hyppige omorganiseringer og rasjonaliseringer stjal energi fra informantene. Dette kom tydelig frem i intervjuene ved at informantene følte seg *”tappet for energi”*, noe som i neste omgang også vil tappe bedriftene for energi. Man kan ikke forvente at langsiktige mål kan nås når bedriftene bare tenker på økonomisk gevinst. I institusjoner som avishuset, sykehuset og regnskapskontor kan man ikke forvente gjensidig lojalitet fra Gudrun, Mette, Anita og Hans når bedriftene stadig reorganiseres uten at arbeidstakerne fikk muligheter til å være med i prosessen.

Selvbestemmelse gir arbeidstakerne muligheter til å ha kontroll over egen arbeidssituasjon. Et annet begrep som er likt selvbestemmelse, er empowerment eller myndiggjøring (Askheim 2003). Innenfor enhver organisasjon er muligheten til å følge opp egne interesser viktig. I fortellingene til mine informanter kommer opplevelsen av deres avmakt frem mellom linjene når de snakker, og dette kan være en av årsakene til at helsen deres sviktet.

7. ERFARINGER MED REHABILITERINGSPROSESSER

Et hovedmål for Hans, Anita, Mette og Gudrun har vært deres ønske om å komme seg i jobb. Mette fortalte at *”målet var å få lov å komme tilbake til pasientene, da de var en viktig del av mitt liv”*. Identitet er noe som blir dannet i dialog med omgivelsene (Repstad 1998).

Identiteten til mine informanter var å bli sett på som kompetente arbeidstakere med ”normal” arbeidskapasitet.

I henhold til St.meld. nr. 21 (1998–99) skal fagfolkene *”samarbeide om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats”*, for å hjelpe informantene til å nå sine mål. Jeg vil i denne oppgaven se på om det tilbudet som mine informanter fikk, ble preget av prinsippene i rehabiliteringspolitikken, som er basert på brukerstyring og samarbeid, eller om dette var mangelvare.

7.1. Brukerstyring

Informantene ble spurt om hvordan de opplevde sin rehabilitering. Dette er den andre av to problemstillinger i avhandlingen, og jeg vil presentere bruddstykker fra informantenes svar for å få frem deres opplevelser av sine møter med hjelpeapparatet.

Anita fortalte at *”hos min lege fikk jeg masse medisiner, han sa at han skulle hjelpe meg tilbake i jobb, men det hjalp ikke”*. Denne uttalelsen får frem hvordan diagnosen dominerte hennes liv. Dette perspektivet er dominert av ”passivitet”, med dette mener jeg at fokus er rettet mot at legen skulle medisinere hennes problemer, og hun ble dermed ikke stimulert til *”egen innsats”*. Anita hadde vært syk i mange år og hadde ikke greid å komme seg tilbake i yrkeslivet. Hun hadde i årevis blitt tilbudt medisiner, fysioterapi og ulike trygdeordninger fra NAV, og hennes erfaringer med systemet strakte seg over flere år. Behandlingssystemet hadde definert hennes problemer ved å sette i verk den ”rette” behandlingen, som de mente var medisiner, fysioterapi og ulike trygdeordninger fra NAV. I 2006 var hun i fire uker på et rehabiliteringssenter, der hun deltok på arbeidsrettet rehabilitering. *Det ble fokusert på det kroppslige problemet, og ”hjelperne” hennes kommuniserte ikke med hverandre*. Hun fortalte at arbeidsgiver ville bli kvitt henne når hun ble syk, legen satt på sitt kontor, fysioterapeuten jobbet på sitt institutt, og saksbehandlerne på NAV satt på sine kontorer.

Anita fortalte: *”Jeg ble kastet fra person til person og hadde ingen egen rådgiver som forstod min situasjon. Dette var ikke hensiktsmessig for meg.”* Sett i lys av rehabiliteringspolitikken der flere aktører skal samarbeide, så er samarbeidet fraværende og bruker får ikke ”styre” sitt tilbud. Dette hemmet Anita i å nå sine mål, som var ønsket om å bidra i arbeidslivet.

Ifølge Oliver (1996) er det å bli hindret i livsutfoldelse og samfunnsdeltagelse på grunn av funksjonsnedsettelse en krenkelse av menneskerettighetene.

Hans var syk i flere år før han fikk tilbud om fysioterapi. Fysioterapeuten gav ham fysikalsk behandling og snakket med ham om andre jobbmuligheter, noe som Hans var fornøyd med. *”Fysioterapeuten snakket med meg om hva jeg kunne greie, dette var et helt nytt fokus for meg, da jeg på møtene med NAV alltid hadde fått hørt hva jeg ikke greide etter at jeg ble syk.”* Dette vitner om at fysioterapeuten ikke bare så på ham som en diagnose, men også som en kompetent arbeidstaker, bare han fant den ”rette” jobben. Etter hvert bestemte han seg for å omskolere seg til formingslærer. Han måtte kjempe for å få økonomisk bistand fra NAV under utdanningen.

Han fortalte at *”så lenge jeg hadde min fysioterapeut, så var jeg fornøyd, jeg trengte ikke hjelp fra andre yrkesgrupper, men jeg måtte gå flere runder med NAV sånn at jeg fikk meg en ny utdanning”*. Jeg har inntrykk av at spesielt Hans og Anita måtte kjempe for å få den hjelpen som de hadde krav på.

Når Anita og Hans fortalte om sine erfaringer, så kom det frem at de fikk ny saksbehandler hver gang de var på møte med NAV, og at de måtte fortelle sine historier på nytt til fremmede saksbehandlere. Deres erfaringer handler om at de møter profesjoner som så på dem som fragmenter, deres rehabilitering ble oppstykket, og samarbeidet mellom de ulike profesjonene var fraværende.

Hans hadde greid å komme seg tilbake i jobb, for Anita er situasjonen fortsatt uavklart, men hun lever i håpet.

Den medisinske modellens diagnoser bidrar til å skape ”orden” i et mangfold av symptomer for ”hjelperne” til Anita og Hans. Men Hans ville ikke spille på lag med Navs biomedisinske syn og *”krangle”* seg til omskolering. Dette er i strid med stortingsmeldingen (1998–1999), der det fokuseres på at bruker skal få være med og styre sin rehabilitering. Det som mangler i Hans og Anitas fortellinger, er en modell som inkluderer flere dimensjoner, noe som den nye rehabiliteringspolitikken representerer.

Det motsatte av den medisinske modellen blir den sosiale modellen, der årsaksforholdene til funksjonsnedsettelsen finnes i samfunnsskapte forhold (Wekre 2004). Anita fortalte at *”når vi fikk innført dataprogram for regnskap, mente ledelsen at de trengte færre folk, økonomiske hensyn ble bare viktigere og viktigere”*. Vi kan si at den nye teknologien og de holdningene

som ledelsen demonstrerte, var medvirkende årsaker til at både Hans og Anita ble utbrent. Da blir årsaken flyttet bort fra den medisinske forklaringsmodell, og ansvaret for at Hans og Anita ble syke, plasseres heller i samfunnet. Både Anita og Hans uttrykte ønske om at de vil være selvstendige mennesker med egen jobb.

Men den rehabiliteringspraksisen som de møtte i samfunnet, var gjennomsyret av en medisinsk modell, der diagnosen og patologien bestemte hvilket tilbud de fikk. Anita fortalte: *”Legen min mente at et rehabiliteringsopphold på fire uker skulle øke min arbeid evne, men da jeg hadde vært syk i flere år, var det vel ikke mulig å bli frisk etter bare fire uker?”* Fagmiljøet hadde ikke fått med seg at rehabiliteringspolitikken i dag var endret, og at brukerstyring skulle stå i fokus.

Mens man tidligere tenkte at et fire ukers opphold på et rehabiliteringssenter betydde rehabilitering, så er rehabilitering i dag også kunnskaper om å gi bruker bistand til egen innsats. Da er rehabilitering vel så mye et spørsmål om å trene ”sinnet” som å trene kroppen, med dette mener jeg at bruker skal føle at prosessen er meningsfull. Anita står fortsatt utenfor arbeidslivet. Kanskje hadde hun vært i jobb, hvis hun hadde fått et mer sammensatt tilbud, med veiledning fra arbeidsgiver, sosionom og psykolog i tillegg til behandling. Ifølge Oliver gjør politikerne og makthaverne i den medisinske og den terapeutiske verden sitt ytterste for å rette på feilen hos mennesker med en funksjonsnedsettelse gjennom medisinsk og terapeutisk rehabilitering (Oliver1996).

Rehabiliteringen som ble gitt, var ikke i tråd med den offisielle rehabiliteringspolitikken. Der beskrives rehabilitering som en målrettet og tidsbestemt samarbeidsprosess mellom flere aktører for å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for at han skal oppnå et selvstendig og meningsfylt liv (St.meld. nr. 21, 1998–99). Alle mine informanter bortsett fra Mette gikk til fysioterapeuter som fokuserte på de *kroppslige problemer*, og i mindre grad på omgivelsene rundt informantene.

Men på tross av at prosessen ikke var målrettet, brukerstyrt og tverrfaglig, og hovedsakelig var basert på den medisinske modellen, så fungerer både Hans og Gudrun i jobber i dag som de synes er meningsfulle. Ved å snakke om jobbmuligheter og hva informantene kunne greie, så klarte fysioterapeutene å motivere informantene til å se på sine muligheter i hverdagen. Gudrun fortalte: *”Jeg opplevde at fysioterapi var det rette for at jeg skulle komme meg tilbake i jobb.”*

Bedriftsfysioterapeuten var en profesjon som hadde en sentral rolle på Hans' arbeidsplass. Arbeidsmiljøloven fra 1977 vektlegger forebygging av yrkesrelaterte belastningslidelser, og den pålegger bedrifter å innføre bedriftshelsetjeneste (Wergeland 2006).

I intervjuet kom det frem at tekniske ergonomiske løsninger ikke førte til reduksjon i Hans' smerter. Hans fortalte at *"fysioterapeuten kom og rettet på stol og bord en gang. Det skulle hjelpe meg, men jobben var like stillesittende, så det hjalp ikke"*. Dette fordi arbeidet fortsatt bestod av ensidige bevegelser og liten grad av egenkontroll. Videre så hadde NAV, legen og fysioterapeuten en sentral plass i Hans' historie. For bedriftsfysioterapeuten, legen og NAV ble Hans et objekt som ikke passet inn i deres kunnskaper og planer. Hadde alle disse fagfolkene vært mer opptatt av hvilke kontekstuelle påvirkninger som Hans ble utsatt for, og samarbeidet om å gi ham bistand i rehabiliteringen, ville hans situasjon kanskje blitt avklart raskere.

7.2. Standardiserte tilbud

Som jeg behandlet i forrige kapittel, så er troen på de naturvitenskapelige forklaringene på behandling av sykdom stor. Den nye rehabiliteringspolitikken i Norge har fokus på at vi må ha inn flere typer kunnskaper for at klienter skal få nødvendig bistand (St.meld. nr. 21, 1998–99). Dette er den offisielle politikken, men ifølge mine informanternes historier så ble den ikke tatt til etterretning i det praktiske liv.

I intervjuene kom det frem at både Hans og Gudrun så etter patologiske forklaringsmodeller på sin sykdom. Hans fortalte at *"fysioterapeuten fikk bort mine smerter"*. De tok kontakt med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten for å få *"reparert"* sine kropper, og man kan kanskje si at det tilbudet de fikk, ikke akkurat var preget av brukerstyring.

Oliver poengterer de begrensninger som ligger i denne medisinske rehabiliteringen. Han mener at det blir en for kraftig fokusering på individet, og at bruker blir underlagt makten til de profesjonelle (Oliver1996).

Gudrun fortalte at *"jeg og fysioterapeuten gikk steg for steg i lag. Helt til jeg var psykisk og fysisk sterk nok til å prøve meg i aktiv sykemelding"*.

Hans og Gudrun havnet på institutt der fysioterapeutene riktig nok fokuserte på tradisjonell fysikalsk behandling, men disse terapeutene fikk også i gang en dialog med klientene. Man kan spørre seg om man i enkelte situasjoner i livet kanskje trenger standardiserte behandlingstilbud. Ifølge Hans og Gudrun var ikke arbeidsgiverne lydhøre når de luftet sine problemer, men på instituttene opplevde de at fysioterapeutene var lydhøre. Refleksjon over

arbeidssituasjonen og den gode dialogen med fysioterapeutene var kanskje en medvirkende årsak til at Hans og Gudrun nå er tilbake i jobb.

Det positive ved en medisinsk fokusering kan være at den personen det gjelder, endelig får et svar på ubesvarte spørsmål rundt sine symptomer. Det kan være godt å få et svar på hvorfor kroppen ikke fungerer som "normalt", og at legen åpner tilgangen til hjelp ved for eksempel å skrive ut en rekvisisjon til fysikalsk behandling. Ifølge Gudrun var fysioterapi og kollegene viktigst i hennes rehabiliteringsprosess. Hun tok selv kontakt med fysioterapeuten, og hun følte ikke behov for flere hjelpere. Hun fortalte: *"Jeg var heldig med min fysioterapeut, som hjalp meg tilbake i jobb."*

Gudrun fikk dermed et medisinsk orientert tilbud og var fornøyd med det. Hun møtte en fysioterapeut som hadde forståelse for hva som var viktig for henne. Gudrun uttalte: *"Uten fysioterapi hadde jeg aldri greid å komme meg tilbake i jobben, jeg og fysioterapeuten samarbeidet godt, vi var et godt team"*. Gudrun skildret sitt møte og påfølgende oppfølging fra sin profesjonelle hjelper som om det var han som motiverte henne og styrket henne i troen på at hun skulle komme seg tilbake i jobb. Hun mente at han satte henne i stand til å leve et meningsfullt liv, med henblikk på at hun greide å komme seg tilbake til jobben, som hun beskrev som så viktig i sitt liv.

Ifølge St.meld. nr. 21(1998–99) skal rehabilitering ikke handle om bare behandling og gjenopptrening av fysiske, psykiske og sosiale funksjonsnedsettelse, men det skal være en prosess som omhandler borgerens livssituasjon, og fokus skal være på brukers styring. Dette krever en tverrfaglig innsats som skal koordineres. En koordinert prosess hvor samarbeid organiseres mellom ulike fagpersoner, impliserte parter og pårørende, er viktig. Men Gudrun hadde ikke forventninger om å involvere flere faggrupper i sin rehabilitering. Hun fortalte: *"Fysioterapeuten hadde et menneskelig engasjement som hjalp meg til å få kjennskap til både mitt potensial og mine begrensninger. Jeg er ham evig takknemlig og kan ikke se at jeg hadde behov for andre tjenester."* Rehabilitering må planlegges ut fra behovene som hvert enkelt menneske har. Dette vil være forskjellig fra person til person, derfor kan man ikke snakke om et standardisert tilbud. Med de økonomiske begrensninger vi har i Helse-Norge, har vi ikke nok kompetente ansatte eller penger nok til å tilby alle tjenester overalt. Ifølge Eriksen har alle rett til å bestemme over eget liv (Erik Oddvar Eriksen 2001); det betyr at vi ikke må gå så langt at for å få gjennomført rehabiliteringspolitikken står brukerne i fare for å miste tilbud som de mener fungerer for dem.

For meg var det overraskende at Gudrun ikke følte behov for deltakelse og planlegging av rehabiliteringsforløpet. Når rehabilitering handlet om Gudruns liv, var det en selvfølge at hun

skulle ha innflytelse på planleggingen av rehabiliteringen. Hun tok imot medisinsk behandling av sin fysioterapeut og var fornøyd med det. Jeg får kanskje si som i Rema 1000-reklamen – ”det enkleste er ofte det beste”.

Intervjupersonene har opplevd at behandlingsapparatet klassifiserte dem med patologiske forklaringsmodeller på deres sykdommer, med påfølgende individuell behandling. Gudrun, Hans og Anita tok kontakt med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten for å få ”reparert” sine kropper.

Loven sier at *”flere aktører samarbeider om å bistå bruker i hans/hennes egen innsats”* (St.meld. nr. 21, 1998–99). Den nye rehabiliteringspolitikken består av en ”pakke” av ulike tilbud og flere typer kunnskaper, der flere aktører skal samarbeide. Dette er den offisielle politikken, men ifølge mine informanternes historier så ble den ikke tatt til etterretning i det praktiske liv. Gudrun fortalte at *”fysioterapi var alfa og omega for mine skulderplager, og jeg kan ikke se at jeg hadde behov for andre tjenester”*.

Ifølge uttalelsene til informantene kan man spørre seg om det alltid må være flere aktører som samarbeider. Fysioterapeutene hadde fokus på de kroppslige symptomene, noe som både Anita, Hans og Gudrun var fornøyd med. Men spriket mellom rehabiliteringspolitikk og mine informanternes erfaringer er stort. Vi ser at fysioterapeutene drev sin virksomhet etter den medisinske modellens prinsipper. Skal dette hjelpe bruker, så forutsetter det at fysioterapeuten har forståelse for hva som er viktig for brukerne.

Et hovedmål for Hans, Anita og Gudrun var deres ønske om å komme seg tilbake i jobb. Gudrun fortalte at *”målet var å få lov å komme tilbake til jobben, da den var en viktig del av mitt liv”*. Så lenge behandlerne jobber bak *”stengte dører”* med klientene, får vi ingen videre utvikling av rehabiliteringspraksisen i samfunnet. Med dette mener jeg at når bistanden som gis, kun blir medisinsk behandling, så blir det for snevert. Hadde tilbudet bestått av en ”pakke” av ulike tilbud, ville brukerne blitt tilkjent troverdighet og blitt hørt av samfunnet. Dette forutsetter at de ulike profesjonene kommuniserer med bruker og med hverandre. Rehabiliteringspolitikken tar utgangspunkt i livsforhold til de kronisk syke og andre ”svake” grupper. Enkeltmennesket har krav på respekt og hjelp fra det offentlige når det byr på problemer å forsørge seg selv ved sykdom (Jensen 2007). Mine informanter ble straks de ble syke, konfrontert med rammebetingelsene i det norske helsevesenet. Der er diagnosen verktøyet som blir brukt for at mennesker skal få hjelp. Dette er forankret i en medisinsk forståelsesramme der det er underforstått at muskel-/skjelettlidelser får et tilbud i form av fysikalsk behandling.

Fysioterapi får ved undersøkelser, diagnostisering og behandling uforholdsmessig stor oppmerksomhet, også kalt medisinsk modell. Mine informanter kom med hele seg til hjelpeapparatet, men jeg oppfatter det tilbudet de fikk, som oppstykket og fragmentert. Sånn ser verden ut når den ses gjennom brillene til en 47 år gammel masterstudent i rehabilitering. Jeg har forventninger til kvalitet på dagens rehabiliteringspraksis, men mine informanter var fornøyde med den individuelle behandlingen i primærhelsetjenesten.

7.3. Ulike syn på begrepet rehabilitering

Intervjupersonene trengte å kjenne at de var til nytte i det nye arbeidslivet. Gudrun sa at for henne var det viktig å *"komme seg tilbake til livet"*. Sagt på en annen måte, ønsket hun å bli sett på som et subjekt som mestret å være i jobb. Fordi jeg ville vite noe om hva informantene forventet av bistand for å nå sine mål om å være til nytte i samfunnet, spurte jeg om hva de la i begrepet rehabilitering.

Anita fikk høre om begrepet første gangen da hun var på rehabiliteringssenteret i 2006. Hun var da med på arbeidsretta rehabilitering. Hun skulle være med og trene seg opp slik at hun skulle komme seg tilbake i arbeid. Hun fortalte: *"Jeg hadde store forventninger til mitt rehabiliteringsopphold, men da jeg kom dit, så var hele opplegget basert på egentrening og omlegging av kosten. Jeg ble skuffet da jeg ikke kunne få behandling for nakken min."*

Hans trodde rehabilitering var en måte å få trygd på. Han fortalte: *"Jeg har vært vant med at når ordet rehabilitering ble brukt, så var det når NAV snakket om sykemeldinger og sykepenger."*

Mette mente at det hadde å gjøre med hvordan hun greide å forholde seg til sin nye livssituasjon etter at hun ble syk: Hun sa at *"det må være en form for forandring"*.

Gudrun fortalte følgende om begrepet: *"Jeg mener det er en måte å komme seg i jobb igjen etter sykdom, opptrening er da viktig."*

Det kom tydelig frem at forventningen i forhold til hva behandlingssystemet kunne bidra med, var forskjellig, og at det eksisterte mye forvirring rundt begrepet rehabilitering.

Hvordan kan man forvente at brukerne skal kunne være med på å styre sin egen rehabilitering når de ikke vet hva rehabilitering er?

Mine fire informanter hadde alle ulike syn på begrepet rehabilitering. Men utsagnene har likevel noen fellestrekk, der vi nok en gang ser at den medisinske forståelsen dominerer, da dette med sykepenger, behandling og opptrening går igjen.

7. 4. Samarbeid

Hvordan samhandlingen mellom bruker og tjenesteyterne fungerer, står sentralt i dagens rehabiliteringspolitikk. Derfor spurte jeg alle informantene om de fikk være med på å bestemme rehabiliteringsopplegget etter at de ble syke. Mette fortalte at hun fikk beskjed av sin lege at hun ikke trengte rekvisisjon til fysioterapi. Hun fortalte: *”Jeg fikk ikke rekvisisjon til fysioterapi, da legen mente at jeg ikke hadde behov for det, vi samarbeidet ikke så godt.”* Mettes fortelling vitner om en spenning mellom fag og politikk. Dette fordi politikken skal være brukerstyrt, men i primærhelsetjenesten var det bestemte profesjoner som bestemte om Mette skulle få et tilbud hos fysioterapeut eller ikke. Ifølge Eriksen (2001) har velferdsstaten som mål å skape likeverdige livsvilkår innenfor rehabiliteringspolitikken. Men i møte med legen så stod Mettes autonomi på spill.

Behandling hos fysioterapeut må ifølge gjeldende lovverk skje etter henvisning av lege, siden 2000 også av kiropraktor. Grunnideen her er at det er en enkel sak å skille sykt fra friskt, og at dette skillet i sin tur klargjør hvem som skal henvises og ikke.

Dette førte til at Mette fant ut at skulle hun komme seg tilbake i jobb, så måtte hun trene seg opp selv. Hun gikk lange turer hver dag og kontaktet sine gamle kolleger, som hjalp henne å bearbeide opplevelsene fra omstillingen. Alle mennesker har et stort potensial når det gjelder gjenoppbygging etter sykdom. For noen kan funksjonsnedsettelsen bli et positivt vendepunkt, fordi de blir tvunget til å stanse opp og revurdere sine liv. Selv om Mettes rehabilitering ikke var i tråd med rehabiliteringspolitikken, greide hun å komme seg tilbake i jobb og er fornøyd med tilværelsen sin i dag.

I Mettes tilfelle forstod ikke legen at for henne var det å få hjelp til å trene seg opp viktig. Sandvin (2008) hevder i boka *Arbeid, sykdom og moral* at de profesjonelle ikke forstår verdien av å danne seg et helhetsbilde av hvordan bruker faktisk har det.

Legen demonstrerte her en paternalistisk omsorg som var preget av at ”han vet best ” hva Mette trengte. Hun ble ikke spurt hva hun trengte for å *”komme seg tilbake til pasientene”*, noe som var viktig i hennes liv. Legen mente at hun hovedsakelig skulle medisineres, noe som hun ikke var enig i. Hun fortalte: *”Jeg nektet å følge legens råd om å bruke antidepressive medisiner og sovetabletter.”* Ifølge Sandvin (2008) kan møtet med profesjonelle hjelpere bidra til at personer føler seg direkte motarbeidet, og som et offer for et stivbeint byråkrati. Her ser vi at legen utøver sin makt ved å nekte Mette behandling, noe som bidro til at hun følte at de samarbeidet dårlig.

Mette utviklet sin egen strategi for å komme seg tilbake i arbeid. Jeg mener at denne formen for strategi fikk henne til å fokusere på ”livet”, og hun fikk dermed flyttet fokus bort fra

”pasientrollen”. Mette fortalte: *”Jeg var livredd for sykdomsfokusering, og jeg følte et personlig ansvar for min rehabilitering.”* Det positive ved hennes ”rehabilitering” er at hun ikke ble plassert i en passiv hjelpetrengende rolle. Mette fikk ingen behandling og satte derfor inn sine egne ressurser for å bli kvitt ”problemet”. Man kan kanskje si at hennes egen strategi for å komme seg tilbake i jobb til syvende og sist var brukerstyrt.

Hans opplevde at behandlingsapparatet var lydhøre overfor hans behov, da han fikk rekvisisjon til fysioterapi når han bad om det.

Han fortalte: *”Etter at jeg ble bedre, bestemte jeg og min fysioterapeut at skulle jeg prøve meg i jobb, så var variasjon viktig for at jeg ikke skulle bli syk igjen.”* Her ser vi at Hans jobber ”sammen med” sin fysioterapeut, noe som hjalp ham på veien tilbake i jobb, mens Mette og hennes lege ”ikke samarbeidet”. Sett i lys av rehabiliteringspolitikken er samarbeid viktig når denne politikken skal gjennomføres (St.meld. nr. 21, 1998–99).

Mine informanter fortalte om sine erfaringer, og det var ikke bare det kroppslige som opptok dem, det relasjonelle var også viktig for dem.

Gudrun opplevde fysioterapi som den rette formen for rehabilitering for at hun skulle komme seg tilbake i jobb. Hun fortalte: *”Det var aldri i mine tanker at jeg skulle styre rehabiliteringen, jeg trengte en ekspert og fikk det. Jeg jobber i helsesektoren selv og må da nesten spørre hvem det er som er eksperten når man blir syk.”*

Dette viser at de fire informantene hadde forskjellige behov. Gudrun ønsket ikke å styre rehabiliteringen. Anita, derimot, angret på at hun fulgte ”ekspertens” råd.

Anita fortalte: *”Jeg angrer bittert på at jeg fulgte legens råd og begynte rett i 100 prosent stilling; kroppen sa stopp på nytt når jeg begynte å sitte hele dagen ved datamaskinen igjen, jeg fikk meg en trykk i selvtilliten når jeg ikke mestret denne jobben heller.”*

Eriksen sier om de med høyere utdanning at de er ektefødte barn av modernismen, og at de er spydspisser i omformingen av samfunnet (Eriksen 2001).

Anita angret på at hun fulgte legens råd og begynte i 100 prosent jobb, enda hun viste at hun ikke hadde krefter til det. Spydspissen her var legen, som hemmet Anitas rehabilitering. Han umyndiggjorde henne, med en holdning om at han visste best. Man kan spørre seg hvem det er som kjenner Anitas kropp best? Dette resulterte i at Anita fikk enda et nederlag å forholde seg til i sitt liv, og hun ble syk på nytt.

Rehabilitering i modernismen har vært dominert av tanken på å fjerne eller redusere funksjonstap (Wekre 2004). Anita fortalte følgende om sitt opphold på rehabiliteringssenteret: *”Jeg syntes at opplegget var for lite individuelt, vi fikk alle faste tider*

i bassenget og i treningsrommet der vi alle måtte gjennom samme treningsopplegg uansett hvilken diagnose vi hadde Det var ikke alle som greide dette, og jeg kunne tenkt meg behandling på nakken.” Dette viser en holdning der brukerne blir objekter som skal gjennom det samme medisinske tilbud, uten at fagansvarlige viser medmenneskelig engasjement. Anitas rehabiliteringsopphold ble dominert av den medisinske modellens tenkemåte, der årsaken til hennes problemer ble knyttet til henne og ikke til arbeidsplassen. Hovedfokus i Anitas tilbud på senteret lå på trening; det kontekstuelle som hun hadde vært utsatt for, ble ikke vektlagt.

På rehabiliteringssenteret måtte alle gjennom det samme opplegget som ekspertene hadde utarbeidet, uavhengig av om de følte de mestret det eller ikke. Det ble satt i gang en rehabilitering som skapte forventninger hos Anita, uten at dette ble fulgt opp når hun kom hjem. Med en sånn ensidig tankegang ble ikke det unike i Anitas liv ivaretatt, og hun fikk et dårlig tilbud. Ekspertene plasserer Anita i pasientrollen, og samarbeidet var fraværende. Dette er i strid med St.meld. nr. 21 (1998–1999), hvor fokus er lagt på samarbeid, brukerstyring og at individet skal stå i sentrum.

Ekspertene hadde planer om at oppholdet på rehabiliteringssenteret skulle øke Anitas arbeidskapasitet. Dette ble forventet, selv om hun ikke hadde innflytelse på tilbudet hun fikk. Hun ble et objekt uten egne tanker og følelser for profesjonenes kunnskap, planer og bestemmelser.

Rehabilitering handler om å skape seg et verdig liv etter at man er blitt syk, og krever tverrfaglig samarbeid. Ut ifra det mine informanter fortalte, ser det ut som om dette kan være vanskelig å realisere.

Både Mette og Anita følte seg motarbeidet av systemet; man kan kanskje si at de falt mellom to stoler, da verken systemet eller behandlingsapparatet var lydhøre overfor deres behov. Hans og Gudrun derimot var fornøyd med tradisjonell behandling og medisinsk forståelse av diagnosen muskel-/skjelettplager.

Hvis årsaken til at mine informanter ikke greide å tilpasse seg det nye arbeidslivet, skyldes andre forhold enn muskel-/skjelettplager, kunne man forvente seg at tilrettelegging på arbeidsplassen reduserte deres fravær.

Trygdeetaten innførte intensjonsavtalen for et mer et mer inkluderende arbeidsliv i 2001, der målet var å redusere sykefraværet og gi personer med redusert funksjonsevne muligheter til å arbeide (Torp 2005).

Både avishuset, sykehuset og regnskapskontoret var IA-bedrifter. Både Anita, Hans, Mette og Gudrun var frustrert over denne ordningen, som ikke fungerte.

Hans fortalte: *”Vi var en IA-bedrift – □ jeg mener at IA-avtalen bare er bløff. Mange fine ord på et ark som det aldri ble gjort noe med.”*

Både avishuset, sykehuset og regnskapskontoret påtok seg et sosialt ansvar ved at de opprettet IA-avtaler, noe som er helt i tråd med den sosiale modellens visjoner.

Et viktig mål med samarbeidsavtalen er at ansatte i større grad skulle kunne være i arbeid under sykdom.

Det virker som om bedriftene skrev under avtaler med NAV uten at virksomhetene bidro på en slik måte at det lot seg gjøre å jobbe uten å yte 100 prosent. Anita fortalte: *”NAV orienterte oss om at når vi var en IA-bedrift, skulle ting legges til rette når vi fikk helseplager. Dette er bare tull og fungerte ikke. Jeg prøvde å ta litt pauser fra datamaskinen når jeg fikk nakkeplager, for å få litt variasjon, men det var ikke populært.”*

I intervjuene fikk jeg et entydig inntrykk av at bedriftene ikke aktivt la til rette for at mine informanter skulle kunne jobbe etter at de fikk helseplager. Hadde IA-avtalen fungert ved at personer som var i faresonen for å bli syke, hadde fått et tilbud om både tilrettelegging og andre individuelle tiltak, så hadde kanskje også Anita vært i jobb i dag.

Men på den andre siden skal man ikke glemme at tilrettelegging for fysiske problemer er langt enklere enn tilrettelegging for psykiske eller psykososiale problemer.

8. OPPSUMMERING

8.1. Sykdom

Hovedformålet med min masteravhandling har som tidligere nevnt, vært å få kunnskaper om hvordan informantene erfarte det nye arbeidslivet, og om dette hadde helsemessige konsekvenser for dem. I oppgaven kommer det frem at informantenes livsbetingelser ble styrt av helseprofesjonene, arbeidsplikten og bedriftenes økonomi. Arbeidslivets omorganiseringer fikk konsekvenser for informantenes helse. Når de så ble rammet av sykdom, så fungerte ikke rehabiliteringspolitikken etter intensjonene om brukerstyring og samarbeid.

Hans fortalte at *”på 90-tallet var det ikke rom for å tenke selv lenger, jeg følte at jeg satt ved et samlebånd”*. Man kan si at dette var et resultat av ledelsens økonomiske visjoner, noe som fikk helsemessige konsekvenser for Hans.

I avhandlingen har jeg presentert bruddstykker fra fortellingene til Hans, Anita, Gudrun og Mette, der alle fortalte at arbeidslivet hadde gitt dem helseplager.

Anita og Hans erfarte disse sammenhengene sterkere enn Mette og Gudrun. Dette fordi Hans og Anita opplevde at det nye arbeidslivet slet sånn på helsa at de ikke maktet å fortsette i sine opprinnelige jobber.

Det andre formålet med denne oppgaven var å finne ut hvordan informantene beskrev den rehabiliteringen som de var en del av.

Informantenes rehabilitering handlet om medisinsk behandling, og denne var ikke brukerstyrt. Informantene var allikevel fornøyde med den rehabiliteringen de fikk. Man kan spørre seg om de virkelig er fornøyde, eller handlet det om at de trengte hjelp til å få brukt sine egne ressurser, på veien tilbake til arbeidslivet?

I informantenes fortellinger kom det frem at deres erfaringer med rehabiliteringen som de hadde vært en del av, var ulike, men erfaringene fra arbeidslivet var nokså like. Dette fordi elektronisk behandling av tekst og kommunikasjon via Internett forandret arbeidsdagen deres. Det ble ikke lenger noen dialog med de gamle gode kollegene, og hver enkelt følte seg ensom i det nye arbeidslivet. Arbeidslivet endret seg raskt, arbeidsgiverne tok beslutningene om gjentatte rasjonaliseringer uten at informantene fikk komme med sine synspunkter. De ble alle utbrent, men behandlingssystemet fokuserte ikke på at sykdommen hadde sammenheng med arbeidslivet.

8.2. Fragmenter av kroppen

Da arbeidsplikten er så sterk, skal man ikke si noe negativt om arbeidet (Mindrë 1995). Legene lette i informantenes medisinske tilstander etter årsaken til deres problemer. Det var enklere å plassere brukerne i sosialt aksepterte diagnose-”bokser”, som fantes i legenes ICD-10-systemer, enn å ta brukeren på alvor. Ved å løsrive seg fra diagnosestemplet og at man i tillegg hadde sett på brukernes liv, sosialt og i samfunnet, ville mine informanter fått en bedre oppfølging.

Intervjupersonene hadde lang erfaring fra arbeidslivet, og da det gamle arbeidslivet forsvant, så ble også en del av deres identitet borte. Alle informantene uttalte at ”*målet var å få positive tilbakemeldinger*”. Dette er det oppgaven handler om: Hva overgangen fra det gamle til det nye arbeidslivet gjorde med mine informanternes liv og helse. Informantenes identitet ble utviklet i møte med de institusjonelle sammenhengene som de inngikk i. Spesielt Hans så seg selv gjennom sine kollegers øyne, der var han anerkjent for sine kreative evner som annonsetegner, noe han var stolt av. Når IT-verktøyene og det nye arbeidslivet gjorde sitt inntog, forsvant denne identiteten.

Behandlingssystemet testet Hans’ vonde rygg, noe som resulterte i at han så på seg selv gjennom helseprofesjonenes øyne. Han fikk diagnosen muskel-/skjelettplager. Dagens rehabiliteringspolitikk tar hensyn til alle deler av et menneskes liv og ikke bare til ”*den vonde ryggen*”. Men oppgaven viser at informantenes kroppslige problemer ble knyttet til en medisinsk forståelse av problemet, der behandlingssystemet fokuserte på fragmenter av informantenes kropper.

8.3. Utbrent

I hverdagslivet må man regne med å plages litt og bli irritert når ting går en imot. Samtidig vil man oppleve oppturer og utvikling når man mestrer nye ting. Det vil si at man opplever både negativt og positivt stress. Men for mine informanter førte gjentatte omstillinger til negativt stress som dominerte over tid, og de ble utbrent.

Til forskjell fra diverse andre lidelser som for eksempel kreft og infeksjonssykdommer, så knytter begrepet utbrenthet seg til kroppslige reaksjoner på arbeidslivets belastninger. I rehabiliteringsarbeidet fungerte brukerstyringen og samarbeidet mellom de ulike profesjonene dårlig. Konsekvensen av dette ble at behandlingssystemet ikke så sammenhengen mellom informantenes utbrenthet og arbeidslivets belastninger. Dette viser et sprik mellom rehabiliteringspolitikkenes visjoner og dagens praktiske utøvelse av denne.

Eksempler på hvordan dette fungerte i praksis, kommer tydelig frem gjennom informantenes erfaringer. Mette hadde kontakt med en lite samarbeidsvillig lege som ikke ville gi henne henvisning slik at hun fikk trent seg opp med tanke på å bli fysisk sterk nok til å møte arbeidslivets belastninger etter sykefraværperioden. Anita opplevde at NAV representert ved ulike saksbehandlere og legen tok avgjørelsene *for* henne. Hun var *lydig* da hun prøvde seg direkte i 100 prosent stilling, noe som legen sa at hun skulle gjøre, med det resultat at hun opplevde nok et nederlag i møtet med arbeidslivet.

Hans var ikke like *lydig* og kranget seg til omskolering. Gudrun opprettet gode relasjoner til sin fysioterapeut og lot ham *styre* hennes rehabilitering.

Empirien i oppgaven viser at den komplekse arbeidssituasjonen var en vesentlig del av mine informanters liv, og dermed også en del av deres problemer. Disse problemene kan bare forstås med utgangspunkt i informantene selv. Men helsetjenesten lokaliserte de helsemessige konsekvensene til diagnosen og planla rehabiliteringen ut fra antagelser om at forklaringen lå bare der.

8.4. Samarbeid mellom flere aktører

I oppgaven har jeg vært opptatt av St.meld. nr. 21 (1998–1999), der brukerstyring og samarbeid mellom flere aktører er en del av definisjonen på dagens rehabiliteringspolitikk. Informantene som ble henvist til fysioterapi, understreket at samspillet med fysioterapeuten hadde hatt en spesiell betydning for dem; de mente at de hadde nytte av fysioterapi i forbindelse med sine lidelser. I fysioterapien ble de gjort oppmerksom på hva de mestret. Dette var en seier for dem og en medvirkende årsak til at flere av informantene kjempet seg tilbake til arbeidslivet.

I perioder av livet kan man ha behov for en ekspert som gir behandling, men informantene hadde blitt bedre ivaretatt hvis ekspertene som satt på sine ”isolerte rom” og jobbet hver for seg, hadde samarbeidet. Ifølge boka ”Rehabilitering, teori og praksis” så kan ingen faggruppe planlegge eller gjennomføre en rehabilitering alene (Jensen 2007).

Nesten alle informantene var brukere av fysioterapitjenesten, og det kommer frem at denne tjenesten var atskilt fra brukernes arbeidsliv. I prinsippet kan man tenke seg at det blir vanskelig å støtte brukere som ikke greier å jobbe 100 prosent, tilbake til arbeidslivet, når det er vanntette skott mellom fysioterapitjenesten og arbeidslivet.

Resultatet av at fysioterapeutene ikke søkte samarbeid med legen, arbeidsgiver og NAV, som alle var delaktige i informantenes rehabilitering, var at informantenes arbeidsmiljøproblemer ikke ble satt i sammenheng med deres fysiske plager.

Det som stadig går igjen i denne oppgaven, er at informantenes rehabilitering var preget av den biomedisinske modellen. Hans, Anita og Gudrun ble distribuert til fysikalsk behandling på bakgrunn av sine sosialt aksepterte diagnoser. En viktig kunnskap er forståelsen av informantenes hverdag. Kanskje behandlingssystemet mente at denne kunnskapen var for uspesifikk, og derfor ikke tok den med når rehabiliteringen ble satt ut i praksis.

Fysikalsk behandling ble gitt med utgangspunkt i organfunksjoner. Man kunne forventet en rehabilitering med fokus på informantenes livssituasjon, der flere aktører samarbeidet. Men oppgaven viser at den rehabiliteringspolitikk som ble satt ut i praksis, hovedsakelig var basert på medisinsk kunnskap.

Den biomedisinske fokuseringen kom tydelig frem i Anitas fortelling, der alle på rehabiliteringssenteret måtte igjennom *lite individuelle løsninger*. De psykososiale forholdene som mine informanter var en del av, ble ikke tatt i betraktning. Til tross for dette gav de imidlertid uttrykk for at de var fornøyde med sin rehabilitering.

Både Anita, Hans og Gudrun opplevde fysioterapeuter som hadde fokus på deres kroppslige symptomer. Det kommer tydelig frem et språk mellom de politiske målsettingene som i St.meld. nr. 21(1998–99) beskrives som en prosess der flere aktører samarbeider om å bistå brukere. Avhandlingen viser at fagfolkene praktiserte et ”on. man show” bak lukkede dører på sine kontorer og fysikalske institutter. Spesielt Anita erfarte at det å komme seg tilbake i jobb var vanskelig, og hennes situasjon er enda tre år etter at hun ble syk, uavklart.

I utførelsen av intervjuene har jeg møtt mennesker som fortalte om hvordan de strevde med å komme seg tilbake til arbeidslivet. Legene og fysioterapeutene drev sine virksomheter etter tradisjonelle medisinske perspektiver, noe som førte til at informantenes problemer ble forstått som hovedsakelig medisinske. For å forstå informantenes problemer er det viktig at de blir hørt. Avhandlingen viser at problemene er mer sammensatte og komplekse enn diagnosene gir uttrykk for. Tradisjonell fysikalsk behandling blir for snever fordi komplekse problemer krever sammensatte løsninger, og sammensatte løsninger krever samarbeid fra flere aktører.

Spesielt Mette opplevde at samarbeidet med legen ikke fungerte. Det som kom frem i hennes historie, var en paternalistisk holdning fra hjelpeapparatet der hun ikke ble hørt. Sandvin (2008) skriver at det er vanlig at omsorgsutøvelsen kan ha paternalistiske trekk.

Men hun utviklet likevel sin egen mestringsstrategi der kollegastøtten var den viktigste støttespilleren for at hun kom seg tilbake i arbeidslivet.

Jeg etterlyser det tverrfaglige samarbeidet i alle mine informaners historier, og har gjort meg tanker om at en av grunnene til dette kan være at rehabiliteringsfeltet fortsatt hviler på en medisinsk modell. For å kunne realisere intensjonene i rehabiliteringspolitikken må man se mennesket bak diagnosen og konteksten som hver enkelt er en del av.

I oppgaven kommer det tydelig frem at den diagnostiske kultur preger rehabiliteringsarbeidet. Dette fordi informantene ble plassert i båsen muskel-/skjelettlidelser, og da var fysioterapi og medisinerings fast regime. Denne monofaglige innsatsen kan være akseptabel i en periode, men for at mine informanter skulle komme seg tilbake i arbeidslivet, ville det vært mer effektivt med et samarbeid mellom flere aktører i rehabiliteringsarbeidet.

8.5. Mellom to stoler

Informantene var stabile arbeidstakere som alle hadde jobbet i de samme bedriftene i mer enn 15 år. Det som virket belastende på deres helse, var arbeidsmiljøet. Dette er helt i tråd med Sandvin (2008), der han hevder at omstillinger der arbeidstakere føler at de mister kontrollen, gir opphav til psykososiale belastninger.

Informantene gav uttrykk for motstand mot at innlærte mønstre i bedriftene skulle forandres. Slike reaksjoner er normale, og jeg tror ikke at mine informaners reaksjoner var uvanlige. Men da de hadde jobbet i så mange år, opplevde de det kanskje hardere enn yngre arbeidstakere.

Var ikke helsa på topp i utgangspunktet, kan disse omstillingene være det som gjorde at de gikk ut over sine grenser og fikk kroppslige plager. I intervjuene kom det frem at mine informanter på tross av sine erfaringer fra det nye arbeidslivet, utelukkende var i kontakt med behandlingssystemet etter at de ble syke. Det ser ut som om behandlingssystemet og samfunnet for øvrig var atskilt, noe som gjorde deres rehabilitering lite effektiv.

Hans, Grete, Mette og Anita opplevde at bistandsapparatet satte fokus på diagnoser og påfølgende medisinerings av disse, der målet var å helbrede kroppenes nedsatte funksjoner. Dette representerer den medisinske modellens forståelse av sykdom, hvor årsaken til at informantene ble utbrente, er patologiske faktorer. Det vitenskapelige grunnlaget er da biologi, matematikk og fysikk. Denne forståelsen av verden reduserte informantene til enkeltdeler som nakke, rygg og skuldre, og deres subjektive opplevelser av det nye arbeidslivet ble ikke vektlagt.

Den medisinske modellen beskrev utbrenthet og de følgende funksjonsnedsettelsene som et objektivt fenomen som var uavhengig av informantenes kontekst. Behandlingssystemet

behandlet ikke bruker, men behandlet utelukkende informantenes diagnoser. Dette preget informantenes rehabilitering.

Manglende samarbeid, brukerstyring og helhetssyn fra bistandsapparatet gjorde det vanskelig for informantene å fortsette i sine jobber, noe som var viktig for dem.

Å få den ”rette” hjelpen var en krevende prosess for de fleste av informantene. Ikke fordi legen, fysioterapeuten og NAV ikke ville hjelpe, men fordi de tok utgangspunkt i diagnosen og ikke i informantenes livssituasjon.

Fordi vi ønsker oss en verden av forklarlige fenomener, blir klassifikasjonssystemet ICD-10 brukt når et fritt flytende sykdomsbegrep som utbrenthet skal oversettes til en gyldig diagnose (Kith 2006). Da utbrenthet foreløpig ikke er noen ordinær diagnose som kan brukes i en sykemelding, måtte legene finne diagnoser i dette klassifikasjonssystemet som ”passet” til informantenes tilstand. Dette var nødvendig for at mine informanternes sykdom skulle kunne dekkes av Rikstrygdeverket, og det som ble brukt, var hovedsakelig muskel-/skjelettlidelser. I denne prosessen skiftet informantene status fra subjektiv tilstand til objektiv tilstand. Disse deskriptive diagnosene sier noe om symptomene, men lite om omstillingene i arbeidslivet som Anita, Hans, Mette og Gudrun hadde erfart.

Begrepet utbrenthet sier noe om flere forhold i mine informanternes liv, som engasjement, frustrasjon, emosjonell utmattelse, nedsatte arbeidsprestasjoner og deres opplevelser av arbeidsbelastningene. Hadde behandlerne fokusert mer på det å være utbrent, så hadde kanskje sammenhengen med arbeidslivets belastninger kommet mer frem i lyset.

Den sosiale modellen argumenterer for at det er de sosiale begrensningene i samfunnet som skaper barrierer for muligheten til å delta i hverdagslivet. Ved å se på hvordan det nye arbeidslivet påvirket informantenes liv, vil jeg påstå at det ikke bare var mangler i informantenes kropp som gjorde at de ble syke, men at ansvaret også må plasseres i deres hverdagsliv. Dette fordi de økonomiske kreftene dominerte både på sykehuset, i avishuset og på regnskapskontoret, og ledelsen fulgte sine egne regler, noe som gikk ut over informantenes helse.

Den sosiale modellen og rehabiliteringspolitikken bygger på de samme prinsippene der enkeltindividets muligheter for oppbygging av et liv og deltakelse i samfunnet etter at individet har fått helseplager, står sentralt. Prinsippene blir da å flytte fokus vekk fra diagnostisering og behandling og over til informantenes muligheter til å fungere i det nye arbeidslivet. Men polariseringen mellom behandlingssystemet og det nye arbeidslivet var av

en slik karakter at mine informanter falt mellom to stoler, og brukerinnflytelsen var fraværende.

Oppgaven viser at behandlingssystemet ikke hadde fokus på å behandle bruker, men det var behandlingen av diagnosene som det ble fokusert på. Det er noe helt annet å behandle syke mennesker enn å behandle sykdommer. Videre så må bistandsapparatet prøve å få øye på personen bak lidelsen for å kunne benytte dagens rehabiliteringspolitikk, der alle deler av et menneskes liv sosialt og i samfunnet er viktig.

Alle informantene hadde en helse som de måtte ”trille på”, for noen var helsen tung og veien tilbake til arbeidslivet bratt, for andre var veien tilbake til arbeidslivet flatere, noe som gjorde det lettere å ”trille tilbake”.

LITTERATURLISTE:

Askheim O. P. (2003): *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Gyldendal Akademiske.

Bauman Z. (2002): *Det belejrede samfund*. Hans Reitzels Forlag.

Bauman Z. (2007): *Savnet fellesskap*. Cappelen akademiske forlag.

Bergh S. og Frostad Fasting A. (2001): *Følelser er fakta*. Funksjonshemmedes stud. forbund.

Bliksvær T. og Seierstad S. (2001): *Om klasse og kjønnsforskjeller i helsebetinget yrkespassivisering*. Nordlandsforskning.

Brandt-Rauf P. W. (1987, 44:68–70): *History and occupational medicine: Relevance of Imhoptep and the Edwin Smith Papyrus*. British Journal of Medicin.

Brox O. (1995): *Praktisk samfunnsvitenskap*. Universitetsforlaget.

Eriksen O. E. (2001): *Demokratiets sorte hull*. Abstrakt forlag.

Fangen K. (2004): *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget.

Goffman E. (1990): *Stigma. Notes on Managment of Spoild Identity*. London Penguin Books.

Hedlund M. (2005): *Gått ut på dato?* NFT-rapport, Trøndelagsforskning.

Høgskolen i Bodø (2004): *Kompendium i Funksjonshemming og samfunn. Mastergrad i rehabilitering*.

Høstmælingen N. (2003): *Internasjonale menneskerettigheter*. Universitetsforlaget.

Jensen L., Petersen L. og Stockholm G. (2007): *Rehabilitering, teori og praksis*. Fadls Forlag.

- Kaesler, D. (2006): *Klassiker der Soziologi*. Verlag C. H. Beck.
- Karl Marx (oversatt 2008): *Kapitalen*. Oversatt av: Bokklubbens kulturbibliotek.
- Kirsa A. (1987): *Stress*. Teknologisk Forlag.
- Kith informasjonsteknologi for et bedre helsevesen (2006): *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Knardal (2004): *Rapport om arbeidsmiljø*. Fornyings- og administrasjonsdepartementet.
- Kvale S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Gyldendal.
- Langballe Melby E. (2008): *Burnout in modern work life, concept and consequences. Examined in different occupational groups in Norway*. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet Oslo.
- Larsen R. P. (1996): *Stress og mestring av stress*. Universitetsforlaget.
- Lorensen M. (1998): *Spørsmålet bestemmer metoden*. Universitetsforlaget.
- Løgstrup K. E. (1999): *Den etiske fordring*. Cappelen forlag.
- Løchen, Y. (1965): *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning*. Universitetsforlaget AS.
- Martinussen W. (2001): *Samfunnsliv. Innføring i sosiologiske tenkemåter*. Universitetsforlaget.
- Midré G. (1995): *Bot, bedring eller brød. Om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til velferdsstaten*. Universitetsforlaget.
- NOU (1999): *Kvinnens helse i Norge*. Oslo. Sosial- og helsedepartementet.

- Oliver M. (1996): *Understanding disability from theory to practice*. Palgrave.
- Railo W, (1985): *Best når det gjelder*. Norges idrettsforbund.
- Repstad P. (1998): *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlaget.
- Roness A., Matthisen S. B. (2002): *Utbrent, krevende jobber, gode liv?* Fagbokforlaget.
- Sandvin J. (2008): *Arbeid, sykdom og moral. Om legeattestert fravær og veien tilbake til jobb*. Fagbokforlaget.
- Sennett R. (2003): *Respekt i en verden af ulighet*. Forlaget Hovedland.
- Sennett R. (2005): *Det fleksible mennesket*. Fagbokforlaget.
- Seierstad S. (2001): *Metodiske problemer i multivariat analyse*. Høgskolen i Bodø.
- SME (1992): *Forsøk i et brukerperspektiv. Erfaringer, synspunkter og råd fra Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren*. Rapport fra Sosialdepartementets sekretariat.
- Silverman D. (2001): *Interpreting Qualitative Data*. Saga Publications London.
- Skog O. J. (2004): *Å forklare sosiale fenomener En regresjonsbasert tilnærming*. Gyldendal
- St.meld. nr. 21. (1998–1999): *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Det kongelige sosial- og helsedepartement.
- Thagaard T. (2003): *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget.
- Thommesen H., Normann T. og Sandvin J. (2003): *Individuell plan sesam, sesam?* Kommuneforlaget.

Torp H. (2005): *Nytt arbeidsliv. Medvirkning, inkludering og belønning*. Gyldendals Akademiske.

Wekre Lande L. og Vardeberg K. (2004): *Lærebok i rehabilitering*. Fagbokforlaget.

Westerhäll L.V., Bergroth A. og Ekholm J. (2006): *Rehabiliteringsvitenskap*. Studentlitteratur.

Wergeland E. (2006): *Arbeidsmiljøloven, sykefraværet og sekstimersdagen*. Transit AS.

Waal B. (2003): *Når livet vender vrangsida ut. Veier ut av krise og utbrenthet*. Aschehoug.



Harald Hårfagres gate 29
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

Ingrid Fylling
Seksjon for sosialfag
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Bodø
8049 BODØ

Vår dato: 28.01.2008

Vår ref:18065 / 2 / SM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.12.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

18065	<i>Dagens arbeidsliv og dagens rehabilitering</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Bodø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ingrid Fylling</i>
<i>Student</i>	<i>Ann-Charlott Lamark</i>


Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ann-Charlott Lamark, Hellmyrveien 7 A, 8011 BODØ



Prosjektvurdering - Kommentar

18065

Ombudet kan ikke se at det foretas behandling av personopplysninger med elektroniske hjelpemidler eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten.

Ombudet forstår det slik at opplysningene innsamles og registreres manuelt i anonymisert form. Verken navn på person, arbeidssted, fysisk institutt eller bosted vil fremgå, jf. meldeskjema.

INFORMERT SAMTYKKE:

I forbindelse med Mastergradstudiet i rehabilitering skal jeg skrive en master avhandling. Masteravhandlingen er en eksamen for meg.

Jeg er avhengig av informanter for å få gjennomført denne eksamen og takker deg for at du er villig til å la deg intervju av meg.

I intervjuet vil jeg at du skal fortelle om arbeidslivets helsemessige betydning ut fra følgende moment - liste:

- i hvilken grad er din helsemessige situasjon blitt påvirket av forhold i arbeidslivet?
- hvordan opplevde du det rehabiliteringsopplegget du fikk tilbud om når du ble syk?

Jeg vil legge spesielt vekt på følgende dimensjoner:

Hva er det som kjennetegner din jobb situasjon?

Opplevde du rehabiliteringen du fikk som hensiktsmessig?

Jeg ber om tillatelse til å:

Intervju deg, skrive ut intervjuet og lage et sammendrag.

Gjøre eventuelle notater underveis i intervjuet

Bruke intervjuet som grunnlag for masteroppgaven.

Oppgaven skal leveres Høgskolen i Bodø og blir lagt ut på biblioteket på skolen.

Du har rett til å:

Lese det jeg skriver til ethvert tidspunkt.

Være anonym i oppgaven.

Trekke deg fra intervjuet, når som helst i prosessen.

Jeg har lest og godtar nevnte punkter.

Dato:

Informant

Mastergradstudent