

Siri Nørve og Tone Alm Andreassen

Evaluering av muskelsmerteprosjektet i arbeidsmarkedsetaten

BYGGFORSK

Norges byggforskningsinstitutt

Siri Nørve og Tone Alm Andreassen

Evaluering av muskelsmerteprojektet i arbeidsmarkedsetaten

Prosjektrapport 233 – 1998

Prosjektrapport 233
Siri Nørve og Tone Alm Andreassen
**Evaluering av muskelsmerteprojektet i
arbeidsmarkedsetaten**

Emneord: evaluering, muskelsmerter, arbeid,
livskvalitet, brukermedvirkning

ISSN 0801-6461
ISBN 82-536-0608-7

100 eks. trykt av
S.E. Thoresen as
Innmat: 100 g Fortuna
Omslag: 200 g Cyclus

© Norges byggforskningsinstitutt 1998

Adr.: Forskningsveien 3 B
Postboks 123 Blindern
0314 OSLO
Tlf.: 22 96 55 00
Fax: 22 69 94 38 og 22 96 55 42

Forord

Evalueringen av Muskelsmerteprojektet i Arbeidsmarkedsetaten ble startet opp i august 1994 og avsluttet i juni 1996. Prosjektet er samfinansiert av Kommunaldepartementet og Sosialdepartementet. Prosjektets kostnadsramme var 900 000 kroner, noe som tilsvarer litt over ett årsverk ved Byggforsk.

Dette prosjektet er gjennomført i fellesskap av Tone Alm Andreassen og Siri Nørve. Rapporten er i hovedsak skrevet ut av Siri Nørve. Tone Alm Andreassen har skrevet kapitlet om brukermedvirkning, kapittel 6, deler av metodekapitlet, kapittel 3, samt bidratt med kommentarer og diskusjoner gjennom hele prosessen.

Som en del av prosjektet har vi gjennomført internseminarer med prosjektgruppen. Dette har vi gjort i fellesskap. Datainnsamlingen i prosjektet (observasjon og deltakelse på MIA) er gjort av Siri Nørve, og intervjuer med klientene er foretatt av begge.

Men prosjektet har hatt mange gode hjelpere, som må takkes. Sidsel Sutterud har stått for utskrivningen av deler av intervjuene. Intervjuene er tilrettelagt for bruk av Etnograph av stud. polit. (sosiologi) Christin Berg, som også har stått for den tekniske kodingen og tilrettelegging av materialet. Steinar Østerby har stått for det datatekniske, og utarbeidet underlagsmateriale for en del analyser. Lars-Marius Ulfrstad har vært NBIs kvalitetssikrer på rapporten. Og til slutt har Helene Hannestad bidratt til dens lesverdighet gjennom sin bearbeidning.

Men de viktigste bidragene til rapporten kommer naturlig nok fra de ansatte på MIA, og fra MIAs brukere. De ansatte i prosjektet har også vært viktige diskusjonspartnere og informanter. En stor takk til dem for åpenhet og engasjement. Men størst takk skylder vi alle dem som er blitt intervjuet, som har tatt i mot oss hjemme og delt sine erfaringer med oss og vår båndspiller. Vi håper vi har tatt vare på den tilliten de har vist oss.

Oslo, mars 1998

Thorbjørn Hansen
Forskningssjef

Siri Nørve
Prosjektleder

Innhold

Forord	3
Innhold	5
Sammendrag	9
Del 1	15
Om MIA-prosjektets bakgrunn, prosjektets mål og virksomhet, samt evalueringens tilnærming og metodikk	15
Kapittel 1. Bakgrunn for opprettelsen av MIA	17
1.1 Om muskel- og skjelettlidelser - det nye samfunnsproblemet	17
1.2 Sykefravær og uføretrygding	17
1.3 Kontroll og rehabilitering	17
1.4 Innskjerping av sykdomsbegrpet og innsnevring av trygderettigheter	18
1.5 Forebygging og arbeidsmiljøproblemer	18
1.6 Oppsummering av offentlig politikk på feltet	19
1.7 Om omorganisering av AMI	19
Kapittel 2. MIA-metoden. En beskrivelse av tiltaket, tiltakets tenking og utvikling	21
2.1 Bakgrunn	21
2.2 Metodiske prinsipper	22
2.2.1 Medvirkning	22
2.2.2 Livskvalitet	23
2.2.3 Helhetstilnærming	23
2.2.4 Gruppebasert tilnærming	24
2.3 MIAs program	24
2.3.1 Yrkesprogrammet	24
2.3.2 Idéverkstedet	25
2.3.3 Smerteskolen	26
2.3.4 Trening og avspenning	26
2.3.5 Som program	27
2.4 Tenkningen bak MIA-modellen	28
2.4.1 Fagrollen i MIA-tiltaket	29
2.4.2 Strukturelle betingelser for en slik fagpersonrolle	31
2.4.3 Oppsummering av MIA-modellen	32
Kapittel 3. Opplegget for evalueringen, problemstillinger og noen metodiske spørsmål	35
3.1 Evalueringsoppdraget	35
3.1.1 Evalueringsoppgaven. Prosjektets mål og metodens mål	36
3.1.2 Hovedgrepet i den eksterne evalueringen	37
3.1.3 Effektmålene for MIA	38
3.1.4 Målsettinger knyttet til metodens innretning og kvaliteter	41
3.1.5 Prosessevalueringen	41
3.1.6 Datakildene	42
3.2 Evaluatørrollen	42
3.3 Intervjuet som kunnskapskilde	45
3.3.1 Brukerens medvirkning til evaluering?	45
3.3.2 Intervjuet som datakilde	47
3.3.3 Livskvalitet, intervju og tykke beskrivelser	47

Del 2	49
EVALUERING	49
Kapittel 4. Hvem er brukerne av MIA?	55
4.1 Innledning	55
4.2 Hva er en relevant beskrivelse av deltakerne?	55
4.3 Bevegelighet og smerte	56
4.4 Lønnsarbeid	58
4.5 Utdanning	61
4.6 Familie og husarbeid	61
4.7 Hva karakteriserer klientens arbeidssituasjon, ute og hjemme?	63
4.8 Hvordan vurderer klientene sin arbeids- og familiesituasjon?	64
Kapittel 5. Metodeutvikling i MIA	67
5.1 Ressurser og oppgaver	68
5.2 Integrasjon og utvikling	72
Kapittel 6. Brukermedvirkningen i MIA	75
6.1 Medvirkning på ulike nivåer med ulike begrunnelser	75
6.2 Medvirkningen i MIA-prosjektet	76
6.3 Brukermedvirkningen i LINA-prosjektet	79
6.4 Sammenlikning av MIA og LINA	80
6.5 Medvirkning fra menneskerett til terapeutisk mål	82
6.6 MIA - medvirkning, prinsipper og iverksetting	84
Kapittel 7. Evalueringen av MIA som program	85
7.1 Innledning: Tiltaksvurdering og prosessresultater	85
7.2 Hvordan oppleves programmet av deltakerne?	86
7.2.1 Trening og avspenning	86
7.2.2 Idéverkstedet	89
7.2.3 Smerteskolen	90
7.2.4 Yrkesprogrammet	91
7.2.5 Var programmet vellykket?	92
7.3 Livskvalitet som autonomi. Brukernes opplevelse etter MIA - å stå styrket i møtet med hjelpeapparatet, arbeidsgiver og familien?	95
7.4 To konklusjoner	100
Kapittel 8. Hvilken effekt har MIAs program hatt - tilbake til arbeid?	103
Innledning	103
8.1 Mål - resultatevaluering av MIA	104
8.1.1 Reduksjon i sykefraværet - ett år etter	104
8.1.2 Hvilke endringer finne vi i arbeidsstatusen - ett år etter	105
8.1.3 Klienter i bevegelse - gode eller dårlige prosesser?	107
8.1.4 Ulike sjanser og effekten av den samlede innsatsen fra hjelpeapparatet	110
8.2 Hva er et godt resultat? - Noen metodologiske avveininger	112
8.2.1 Ulikheter i målgruppen - ulikheter i sjanser for å komme tilbake i arbeid?	112
8.3 Livskvalitet og arbeid	116
Kapittel 9. Avsluttende kommentarer - metode og implementering	119
9.1 Innledning	119
9.2 utfordringer for yrkesmessig attføring - om målgruppen	120
9.3 Hvem tar ansvaret? Prosessen og ansvarsfordelingen	120
9.4 Alternative modeller	122
9.5 anbefaling	124

Kapittel 10. Livskvalitet og arbeid.....	125
10.1 Livskvalitet og MIA.....	125
10.2 Livskvalitet og det gode i offentlig politikk.....	126
10.2.1 Godt i seg selv - aktivitet, samhörighet, selvfølelse og en grunnstemning av glede.....	127
10.2.2 Livskvalitet og valg.....	127
10.2.3 Arbeidet som et Colombi egg i offentlig politikk.....	128
10.3 Arbeidet - idéhistorisk.....	129
10.3.1 Oppsummering - Hvilke problemstillinger reises med hensyn til forståelsen av arbeidet?.....	131
10.4 Arbeidet i hjemmet.....	132
10.4.1 Husarbeidet - fra økonomisk aktivitet til ikke-arbeid.....	132
10.4.2 Reguleringen av husarbeidet.....	133
10.4.3 Oppsummering.....	134
Kapittel 11. Livskvalitet og arbeid - sentrale dimensjoner i materialet.....	137
11.1 Hvorfor jobbe?.....	138
11.2 Livskvalitet og arbeid i intervjumaterialet.....	139
11.2.1 Pengene.....	139
11.2.2 Ut av hjemmet - gjøre noe nyttig.....	140
11.2.3 Unger er så enestående - om å uttrykke seg selv.....	141
11.2.4 Ære og forpliktelse - relasjonen til samfunnet gjennom arbeidet.....	141
11.2.5 Jobben er en del av meg.....	143
11.2.6 Oppsummering.....	143
11.3 Andre verdier - avveiningen mot lønnet arbeid.....	144
11.3.1 Familieorientering - ungene og omsorgen.....	144
11.4 Husarbeidet og familiesystemet, arbeid og identiteter.....	145
11.4.1 Husarbeidet.....	145
11.4.2 Oppsummering.....	147
11.5 Å være datter.....	148
11.5.1 Kvinner, familie, arbeid og identiteter.....	149
11.6 Kvinneliv og livskvalitet.....	150
Kapittel 12. Kvinner, arbeid og offentlig politikk.....	153
12.1 Tilbake til lønnet arbeid.....	153
12.2 Hvem har krav på restarbeidsevnen?.....	155
12.3 Er politikken sosial blind?.....	160
12.4 Oppsummering.....	161
Kapittel 13. Hjelpeapparatet og klientenes tidligere erfaringer.....	163
13.1 Kontakten med hjelpeapparatet.....	163
13.2 Tidlig intervensjon?.....	165
13.3 Verdighet.....	166
13.4 Kontakten med hjelpeapparatet.....	167
13.4.1 Legen - avklare, helbrede, lindre og trøste?.....	167
13.4.2 Forhandlingen om diagnosen.....	168
13.4.3 Legen som den betydningsfulle andre. Om legens rolle i pasienters identitetsbekreftelse.....	169
13.4.4 Situasjon, person og avviksforståelse.....	170
13.5 Forståelsesformer og posisjoner i feltet av behandlere.....	171
13.5.1 Oppsummering - en individ-, årsaks- og fortidsorientert forklaringsmodell.....	173

13.6 Kvinnene - hvordan forstår de egen sykdom?.....	174
13.6.1 Kvinnenes forståelsesformer - en oppsummering	177
Kapittel 14. Møtet med legen	178
14.1 Å ønske hjelp.....	178
14.1.1 Selvhjulpne kvinner - men med ønske om en annen hjelp enn de fikk	181
14.2 Om troverdighet	182
14.2.1 Fra mistro til nedverdiggelse	184
14.3 Hvilke skjemaer gjør legen relevant i møtet?.....	184
14.3.1 Person og situasjon.....	185
14.3.2 Sosial kategori - skjema	187
14.4 Ære og moral	188
14.5 Oppsummering og konkludering av kapitlet	190
Litteratur.....	192
Offentlige utredninger, innstillinger og statistikk	195
Vedlegg 1	196
Vedlegg 2	197

Sammendrag

Om prosjektet

Muskelsmerteprojektet i Arbeidsmarkedsetaten (MIA) er en sammensatt intervensjon rettet mot personer med muskelsmerter. Formålet med prosjektet er å utvikle og utprøve gruppebaserte metoder, som setter personer med muskelsmerter bedre i stand til å klare seg selv, i arbeid og hverdagsliv. Intervensjonen er flerfaglig sammensatt, men rettet mot yrkesavklaring. Intervensjonen består i et fire ukers program, med oppfølging etter tre måneder. De ulike tiltakene tar for seg yrkesavklaring, smerteopplevelse og smertemestring (Smerteskolet), samtalegruppe (Idéverksted) og fysisk trening og avspenning. Metoden bygger på tanken om at tidlig inngripen er viktig for å hindre utviklingen av lange syke- og trygdekarrierer. Med tidlig intervensjon var intensjonen å nå den sykemeldte i perioden mellom åtte uker og seks måneder. Målgruppen skulle være personer mellom 20 og 59 år. Normalt er 80 % av de sykemeldte med muskelsmerte, kvinner.

Denne rapporten gir en evaluering av metodens relevans for målgruppen og metodens resultater.

Prosjektet MIA er en oppfølger og videreutvikling av metoder rettet mot personer med muskelsmerter, som grupper av ansatte ved Arbeidsmarkedsinstituttet i Oslo (AMI) hadde arbeidet seg fram mot. Prosjektet MIA ble organisert som et frittstående prosjekt direkte underlagt Arbeidsdirektoratet og styrt gjennom egen styringsgruppe. Lege Marija Rokic ble ansatt som prosjektleder. Prosjektet var treårig og startet våren 1993 og ble avsluttet høsten 1995. 94 personer har deltatt som brukere i utprøvingen av metoden.

Utviklingsarbeid overfor denne brukergruppen av tjenester, var høgt politisk prioritert. Det heter: «Fra arbeidsmarkedsetatens side er det særlig behov for å utvikle modeller og metoder som kan nyttes i et desentralisert samarbeid mellom helsevesenet og arbeidsmarkedsetaten. Inntil spørsmålet om koordinert innsats er avklart legger departementet til grunn at dette arbeidet kan føres videre ved enheten i Oslo.» (St.prp. nr. 1 - Tillegg nr. 1, 1991-92, s. 2).

Det foregikk samtidig et utviklingsarbeid rettet mot samme brukergruppe under ledelse av Sekretariat for modernisering og effektivisering av helsesektoren (SME) i Sosial- og helsedepartementet. Utviklingsarbeidet var organisert gjennom programmet «Trygd og rehabilitering». For evaluering av dette programmet var det opprettet et metodepanel, og dette panelet la opp en overordnet evaluering av hele programmet, her kalt Fellesevalueringen. Ved utviklingen av planer for et frittstående prosjekt under Arbeidsdirektoratet, ble disse oversendt Trygd og rehabilitering for faglig vurdering. Arbeidsdirektoratet ønsket også å knytte evalueringen av eget prosjekt til den samlede evalueringen av programmet «Trygd og rehabilitering». Fagplanene for MIA ble våren 1992 godkjent i SME, og evalueringen av prosjektet knyttet opp til programevalueringen. SME dekket også deler av evalueringens kostnad.

Evaluering

Programevalueringen av «Trygd og rehabilitering» har tre elementer. Prosjektene selv skulle gjøre en egevaluering, det skulle gjøres en eksternt evaluering av hvert prosjekt og det skulle gjøres en fellesevaluering av alle prosjektene ut fra et felles datasett. Denne rapporten er den

eksterne evalueringen av prosjektet MIA. Egevalueringsrapporten foreligger. (Se Marija Rokic og Anette Glenne (1996) «MIA. Muskelsmerteprojektet i arbeidsmarkedsetaten». Sluttrapport, mai 1996. Arbeidsdirektoratet. 76 sider.)

Prosjektet MIA tok kontakt med NBI for å engasjere ekstern evaluator i desember 1992. Det ble i samarbeid med prosjektet utarbeidet flere skisser, og foreliggende evaluering bygger på skisse av februar 1994. Den eksterne evalueringen ble lagt opp med utgangspunkt i prosjektets mål og målforståelse og i prosjektets metodikk. De sentrale mål for metoden og som evalueringen vurderer, er:

- Å føre personer tilbake til lønnsarbeid
- Å bedre personenes livskvalitet
- Å bygge metodikken på brukermedvirkning

Metoden legger vekt på at individet må få kontroll over eget liv og gjøre egne valg. Den profesjonelle er rådgiver, kunnskapsformidler og prosesshjelper. Medvirkning fra brukeren er både et etisk og metodisk prinsipp bak utviklingen og gjennomføringen av metoden/intervensjonen. Vi ser det slik at selve tenkningen om selvstendigjøring og respekt for individets valg og verdier og hvordan dette gjennomføres i praksis, er en like viktig del av metoden som selve fagsammensetningen. Evalueringen legger derfor stor vekt på deltakerens erfaringer av å (ev. ikke) bli respektert og (ev. ikke) hørt i egen sak.

Evalueringen skiller mellom:

- effektmål - hva en ønsker å oppnå gjennom metoden og
- mål og vurderinger knyttet til metodens innretning og kvaliteter

Fellesevalueringen la imidlertid føringer både på prosjektutformingen og på den eksterne evalueringen. Fellesevalueringens metodiske design bygget i hovedsak på en eksperimentell tilnærming. Utprøvingen av metoder skulle skje under kontrollerte betingelser gjennom eksperiment- og kontrollgruppe og pre- og posttest av variabler knyttet til de sentrale effektmål. Pre- og posttestskjemaene var utarbeidet av det sentrale metodepanelet. Det sentrale effektmålet var sykefraværet.

For den eksterne evalueringen av MIA, ble det søkt fritak fra det eksperimentelle designet. Prosjektet hadde kapasitet til å ta inn alle som søkte, og en så det da som uetisk å kjøre forsøket med færre personer for å kunne danne kontrollgrupper. Fellesevalueringen skulle likevel følge opplegget for pre- og posttest, og prosjektene selv ble gjort ansvarlige for å gjennomføre testene. Den eksterne evalueringen måtte derfor forholde seg til dette datasettet. Finansieringen var imidlertid ikke avklart og ekstern evaluering kunne først starte opp i august 1994, halvvegs ut i prosjektets forsøksperiode.

Den eksterne evalueringen hviler i hovedsak på tre datakilder:

- Pre- og posttestskjemaene innsamlet for Fellesevalueringen. N=72 personer
- Intervju med deltakere i MIA, før og tre mnd. etter deltakelse i programmet. N=25 personer
- Samtaler med de ansatte og observasjon i prosjektet, i de enkelte tiltak og ved tre og 12 mnd. samlinger av deltakerne.

Datamaterialet er senere supplert med anonymiserte data, som prosjektet selv har utarbeidet. Det dreier seg om systematisering av gruppearbeider og arbeidsoppgaver som er utført av deltakerne, og om data samlet for prosjektets egnevaluering.

Evalueringens resultater

På grunn av liten tilgang av brukere i den perioden metodeutprøvingen foregikk, ble inklusjonskriteriene fraveket noe. Det innebærer at av de 72 som omfattes av pre- og posttest (ved 1 årstidspunktet) var 47 sykemeldte ved prosjektinntaket, 17 gikk på attføring (ev. i kombinasjon med arbeid) og åtte var i andre situasjoner.

- Av de 47 som ved inntaket var sykemeldte, har 28 personer ett år etter beholdt sin tilknytning til lønnet arbeid. 19 personer var i alminnelig arbeid og 9 hadde arbeid supplert med noe stønad. Dette er resultatet for prosjektets opprinnelige målgruppe.
- Ser vi på de 17 som ved inntaket gikk på attføring, var sju personer ett år etter i en arbeidstilknytning.
- Av de åtte som var i «Annen situasjon», var ingen ett år etter i arbeid. Men tendensen for denne gruppen kan være positiv - vi ser en svak tendens til overgang fra dagpenger til attføring.

En idé bak MIA er at tidlig intervensjon er viktig. Vi finner også at andelen som er tilbake til arbeid etter ett år, er størst i den gruppen der det har skjedd en tidlig intervensjon. Men også for dem som har gått en stund på attføring, har vi en betydelig andel som ett år etter er vendt tilbake til en jobbtilknytning. Hovedtendensen er en opphoping av personer under attføring, personer som ved førtidspunktet enten var sykemeldt eller gikk på attføring eller dagpenger. Dette er en naturlig utvikling når sykepengerrettighetene er oppbrukt. Blant personer som tidligere gikk på passive ytelser (sykepenger, ledighetstrygd o.l.), er det en stor overgang til aktive ytelser, til attføring. Dette gjelder uansett intervensjonstidspunktet. Dette kan være en effekt av MIA, at MIA setter sine brukere i stand til å drive prosessen videre. Resultatet ett år etter intervensjon må ses som et trinn i en prosess. Slik sett viser MIA et positivt resultat ved at brukerne delvis kommer i jobb, delvis over i aktive tiltak.

Ettertidspunktet for effektevalueringen ligger innen et prosessforløp som vi ikke kjenner utgangen av. Det kunne derfor vært ønskelig å etablere et senere posttest-tidspunkt for å danne et bedre effektmål. Men dersom vi ser på effekt på et senere tidspunkt, vil vi ikke bare måle effekten av MIA, men den samlede effekten av alle de tiltakene som settes inn. Resultatet m.h.t. videre tilbakevending til arbeid, vil derfor være en effekt av kvaliteten på den attføringsinnsatsen som settes inn.

Metoden skulle også *bedre den enkelte kvinnes livskvalitet*. I prosjektet vurderte evalueringen ikke bedring i livskvalitet generelt, men endringer i livskvalitet som effekter av sykdom. Den viktigste endringen som følge av sykdom, er endringen i arbeidsevne. Tap av arbeidsevne vil gi konsekvenser på de arenaer der individene har arbeidsforpliktelser. Vi fant at lønnsarbeidet hadde betydning for de fleste, om enn på noe ulik måte. Bortfall av lønnsarbeid har derfor noe ulik betydning og betoning for de enkelte individer. Evalueringen peker på at erstatningen av lønnsarbeid er vanskelig, det er ikke bare inntekten som skal erstattes, men identitet knyttet til yrket, arbeidet som sosial tilknytning og gleden og opplevelsen av å være på jobben, av innholdet i arbeidet, og av nytten. Så lenge vi ikke vet effekten på kvinnenes framtidige tilknytning til arbeidsmarkedet, er derfor effekten med hensyn til livskvalitet åpen.

Evalueringens premisser

Evalueringen undersøker også om de premisser som MIA-metoden legger til grunn for sin intervensjon, er godt begrunnet. MIA som metode er sammensatt og har tiltak som retter seg både mot smerte/helse, arbeid og erfaringer sosialt, spesielt knyttet til det private livet (idéverkstedet). Er dette relevant? Evalueringen undersøker forutsetningene gjennom å gå inn på klientenes arbeidsliv og det private livet og kartlegge deres erfaringer. Det disse intervjuene viste, var at det var *tre områder av erfaring* som var viktige for klientene, *arbeidet, familie og hjem*, men også *det offentlige tjenesteapparatet*, her i hovedsak representert ved legene. Innen disse tre områdene ble det dannet sentrale erfaringer som har stor betydning for hvordan klienten ser seg selv og sine muligheter.

Evalueringen peker på at lønnsarbeidet ikke er den eneste arenaen med forpliktet tid og oppgaver for kvinner. Evalueringen viser at familien og hjemmet er et sentralt område for kvinner, både ut fra kvinners virksomhet og ut fra deres verdiprioritering. Evalueringen peker videre på at kvinnene er hemmet i sitt arbeid hjemme ut fra de samme grunner og plager som hindrer dem i det lønnede arbeidet. De har derfor problemer med sin arbeidsinnsats på to områder. Virksomhet på begge områder har stor betydning for opplevelse av livskvalitet. Noen kvinner føler seg urimelig vurdert, når vurderingen av restarbeidsevne bare tar hensyn til lønnsarbeidets krav og ikke ser på den samlede belastningen. Tap av livskvalitet kan derfor bestemmes som de tap arbeidsevnen totalt sett fører med seg. Derfor er det relevant for en avklaringsmetodikk å ta med seg bredden i individets virksomhet, fordi arbeidsevnen normalt ikke kan kanaliseres til arbeidslivet alene og fordi livskvalitet er forankret i ett sett av verdier, både knyttet til arbeid og det private livet. Noen gjorde en avvegning mellom verdier knyttet til arbeidet og til familien og reduserte sin arbeidstid for å få mer tid til barna. Slik sett har de klart å tilrettelegge et mer tilfredsstillende arbeidsliv (sett ut fra helheten av verdier i deres liv), og slik sett styrket livskvaliteten. Evalueringen vil derfor mene at den flerfaglige tilnærmingen er godt begrunnet.

Evalueringen viste også at den behandling kvinner får i hjelpeapparatet (her helsevesenet), må ses som en selvstendig virkende kraft i forhold til rehabilitering og attføring. Kvinnene står i den situasjonen at de ønsker hjelp, samtidig som den hjelpen de ønsker (til å bli frisk), ikke er tilgjengelig. Dette fører dem inn i egne forsøk på rehabilitering og avklaring gjennom selv å undersøke og oppsøke ulike tilbud, både innen helsevesenet og innen alternativ medisin. Det er kvinnene som i stor grad styrer sin egen prosess, med sertifisering av legen. Alle møter i denne prosessen er ikke like heldige. Evalueringen fant at mange kvinner hadde erfaringer med nedverdiggende behandling fra leger, der de ble mistrodd, og deres situasjon ble forsøkt forklart ut fra legers moralske normer eller sosiale bilder av hva som var passende/normalt for kvinner. Derfor var det viktig at kvinnene i MIA ble trodd, gitt åpenhet og hjelp til å definere sin egen situasjon, samt bearbeide sine relasjoner både til arbeidsplassen og familien. Dette muliggjorde en refortolkning av situasjonen og ga dem åpninger for ikke bare å se andre løsninger, men også til å ønske/ville andre ting. Det grunnleggende besto i at hjelpeapparatet møtte dem som kompetente og verdige, noe som igjen øker selvtillit og handlingsevne hos brukeren.

Det var også viktig at metoden tilførte deltakerne ferdigheter som hjelper dem til å håndtere arbeidslivet og hjelpeapparatet på en bedre måte. De ble tilført kunnskaper om prosesser og rettigheter i attføring og sine rettigheter i arbeidslivet. Gjennom gruppearbeid skaffet de seg

1

språk og begreper som lettet kommunikasjonen med hjelpeapparatet og arbeidsgiver. Evalueringen fant også at mange gjennom MIAs program tok opp hva ved arbeidsplassen de trengte å endre og var blitt mer handlingsdyktige overfor sine arbeidsgivere.

Evalueringer konkluderer med at MIAs metodikk reelt er etablert ut fra klientens situasjon. Forsøket peker derfor ikke bare mot en ny metodikk, men også mot en ny profesjonsrolle, som prosesshjelper og rådgiver. Erfaringen fra MIAs metodikk har derfor betydning for den videre utformingen av yrkesroller i hjelpeapparatet.

Metodikk for attføringsapparatet

Metodikken som ble utviklet skulle være til nytte for arbeidsmarkedsetaten og deres samarbeidsparter. En metodikk må imidlertid forankres institusjonelt for å iverksettes. Vi ser MIAs tilnærming som et tilskudd til arbeidsmarkedsetatens attføringsmetodikk. Evalueringen peker på at hjelpeapparatet i attføringssituasjoner står overfor en kompleks virkelighet, der brukers situasjon i ulike livsområder viser seg å være relevant for å komme fram til et mulig og ønskelig resultat for brukeren. Metodeutviklingen i MIA viste også at selv om individenes utgangspunkt var at de var syke, gikk deres veg videre gjennom ønsker om å avklare sin arbeids- og inntektssituasjon. Vegen videre synes i stor grad å gå gjennom attføringsapparatet, ikke gjennom helsevesenet. Dette er også logisk fordi brukeren har en lidelse som det ikke finnes virksom behandling for. Om brukeren er syk, er det likevel arbeidstilpasningen og ikke helsen en kan gjøre noe med. Evalueringen ser derfor den metodikken som MIA har utprøvd som en god tilvekst innen yrkesrettet attføring.

Vegledning for leseren

Rapporten er tredelt.

Del 1 tar for seg tiltaket MIA, definisjon av oppdraget, design og metode. Del 2 tar for seg effekt- og prosessevaluering, vurdering av de brukermedvirkningsprinsippene som er nyttet i MIA, samt metodens mulige implementering i det offentlige hjelpeapparatet. Del 3 tar for seg metodens relevans ut fra de utgangserfaringer som klientene var bærer av. Dette dreier seg om deres helse og arbeidserfaring, lønnsarbeidets plass i livskvaliteten, verdier i livet knyttet til andre arenaer, samt erfaringer med hjelpeapparatet. Premisser for og konklusjoner i del 2 bygger til dels på empiri og drøftinger i del 3.

Denne delingen er gjort for å lette lesbarheten.

Del 1 omhandler det sentrale ved prosjektet - og metoden MIA, samt evalueringen som prosjekt.

Del 2 handler om evaluering av ulike aspekter ved prosjektet og metoden, og denne delen kan leses i seg selv.

Del 3 inneholder omfattende empirier og drøftinger av arbeid og livskvalitet, samt erfaringer med hjelpeapparatet. Denne delen kan leses uavhengig av del 1 og 2 for den som er interessert i målgruppen spesielt.

Del 1

***Om MIA-prosjektets bakgrunn, prosjektets mål og virksomhet, samt
evalueringens tilnærming og metodikk***

Kapittel 1. Bakgrunn for opprettelsen av MIA

1.1 Om muskel- og skjelettlidelser - det nye samfunnsproblemet

Levekårsundersøkelsen 1980 viste at muskel- og skjelettlidelser er et økende problem i befolkningen. I 1980 rapporterte 19 % av befolkningen slike problemer, og i 1991 var det 23 % som rapporterte sykdommer i muskel- og skjelettsystemet. Kvinner rapporterte dette hyppigere enn menn, og sosialhjelpsmottakere hyppigere enn andre (St.meld. nr. 37 1992-93).

1.2 Sykefravær og uføretrygding

Rikstrygdeverkets statistikk fra 1991 viser at muskel- og skjelettlidelser representerer 46 % av langtidsfraværet i arbeidslivet, og høyest er innslaget i gruppen 40 - 50 år. Det er beregnet at 20 % av alt korttidsfravær skyldes denne gruppen av lidelser. De var også i 1991 den hyppigste årsaken til uføretrygding. Av nye uføretrygdede lå 47 % av kvinnene og 34 % av mennene i denne gruppen (ibid s. 30). Praksisundersøkelser blant leger viser at muskel- og skjelettlidelser representerer 15 % av alle legebesøk.

En rekke undersøkelser fra arbeidslivet har vist at ufaglærte og funksjonærer på lavere nivå har høyere forekomst av muskel- og skjelettsykdommer enn grupper med stor frihet i arbeidet (St.meld. 37 1992-93). Levekårsundersøkelsen 1991 viste at av andelen med langvarig sykdom utgjorde denne gruppen den største undergruppen, og prosentandelen som var sykemeldt ut fra slike diagnoser, var høyest for lavere funksjonærer, gårdbrukere, selvstendige - og spesielt høy for husmødre. Lavtlønnede som gruppe syntes ikke å ha noen overhyppighet av slike diagnoser (NOS C43, tabell 39 og 40).

1.3 Kontroll og rehabilitering

Statsbudsjettet for 1991 (St.prp. nr. 1 1990-91) tar opp denne problematikken, og en ønsker å demme opp tilgangen på nye uførepensjonister. Det foreslås en rekke ulike tiltak i statsbudsjettet. Disse tiltakene kan deles i to typer:

- Kontrolltiltak, bl.a kontroll av legers sykemeldingspraksis gjennom styring av den medisinske kompetansen i Rikstrygdeverket
- Styring av attføringen, gjennom bedre oppfølgings- og attføringstilbud

Temaet følges opp i Statsbudsjettet for 1992 (St.prp. nr. 1 1991-92). En tar her utgangspunkt i at utgiftene til uførhet og attføring har hatt den største relative veksten innen folketrygdens utgifter i perioden 1982 til 1990. Veksten i denne delen av budsjettet har vært på 65 % i faste kroner. Veksten i antallet uførepensjonister har vært den viktigste forklaringsfaktoren. Det vises videre til muskel- og skjelettlidelsenes betydning for tilgangen til uførepensjonen og for økningen i sykefraværet.

Det foreslås i Statsbudsjettet 1992 ulike tiltak for å møte denne utviklingen. En foreslår her et forsøksprogram for å *utvikle modeller for behandling og rehabilitering* av personer med diffuse, smertefulle lidelser i bevegelsesapparatet. Dette forsøksprogrammet ble iverksatt gjennom Sosial- og helsedepartementet, og programmet fikk betegnelsen «Trygd og rehabilitering».

1.4 Innskjerping av sykdomsbegrepet og innsnevring av trygderettigheter

Samtidig tar budsjettproposisjonene opp et poeng fra NOU 1990:23 Sykelønnsordningen. Her hevdes det at det lett oppstår press i retning av å behandle sosiale og økonomiske problemer som sykdom i trygdemessig sammenheng. Sykelønnsutvalget konkluderte med at det er grunn til å gå kritisk gjennom sykdomsbegrepet med sikte på å trekke opp klare grenselinjer. Den samme holdningen finner vi i andre offentlig-politiske dokumenter, som i Forebyggingsmeldingen (St.meld. nr. 37 1992-93). Her hevdes det at det kan være grunn til å betrakte muskel- og skjelettlidelser mer som et samfunnsproblem enn som et medisinsk problem og at en slik erkjennelse vil være viktig i forhold til det helsefremmende og forebyggende arbeidet (St.meld. nr. 37, s. 31).

Det ble ved lov av 14. juni 1991 innført en innstramning i de medisinske vilkårene for uførepensjon. Lovendringen legger vekt på at sykdom, skade eller lyte skal være en vesentlig grunn til nedsatt arbeidsevne. Sykdom, skade og lyte skal videre knyttes til et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. I tillegg til denne presiseringen av kravet for å få innvilget uførepensjon, foreslår proposisjonen ytterligere tiltak for å dempe utgiftsveksten i uføretrygden og i sykelønnsordningen.

1.5 Forebygging og arbeidsmiljøproblemer

Forebyggingsmeldingen vurderte muskel- og skjelettlidelser som et samfunnsproblem, og denne vinklingen pekte så mot det forebyggende arbeidet (St.meld. nr. 37, s. 31).

Meldingen pekte på tre sentrale arenaer for forebyggende arbeid, for å skape positiv helse- og livskvalitet. Meldingen peker spesielt på arbeidsmiljøets rolle i relasjon til skjelett- og muskelsykdommer. «Den kraftige økningen av slike problemer, som er spesielt markant hos kvinner, blir ofte knyttet til negative forhold på arbeidsplassen, selv om årsakene også kan ligge i andre miljøfaktorer, eller være summen av flere årsaksforhold.» s. 91. En peker her på at når arbeidsvilkårene mangler eller er dårlige, vil ofte den fysiske og psykiske påkjenningen ved arbeidet bli så stor at det etter hvert oppstår symptomer i form av smerter. «De fleste går på jobben til tross for smerter, og kommer på den måten lett inn i en ond sirkel med kroniske smerter.» s. 91. Årsaken behøver ikke å ligge i arbeidsstilling o.l., og slike endringer har derfor en betinget effektivitet som forebygging.

Forebyggingsmeldingen hevder at opplevelsen av smerte kommer av en mer grunnleggende konflikt mellom individ og omgivelser, på grunn av press, trivselsproblemer, mobbing eller krav, der en kommer for kort.

1.6 Oppsummering av offentlig politikk på feltet

Muskelsmerteproblemer i befolkningen får betydning for offentlig politikk, fordi det er blitt en kostbar lidelse. Lidelsen er kostbar fordi den belaster helsevesenet, fordi den fører til sykepengeutbetalinger og fordi den fører over i uførepensjon. Ulike deler av offentlig politikk har også ulike budskap.

1. Vi har sett en sterk tendens til å se muskelsmerteproblemer som ikke «virkelig» sykdom, men som livsproblemer som vender seg til helsevesenet for hjelp og til trygden for erstatning av arbeidsinntekt. Ett svar blir derfor å innskjerpe sykdomsdefinisjonen slik at deler av denne pasientgruppen ikke er berettiget til trygdeytelser.
2. En annen problemstilling er at en ikke har funnet gode metoder, og at problemet må møtes flerfaglig og i flere etater. Her er det økt innsats på rehabilitering og attføring og på jakt etter nye metoder og modeller som blir svaret
3. Den siste problemstillingen tar utgangspunkt i forhold som er problemskapende. Ser en problemene som arbeidsmiljørelatert, blir løsningen forebygging. Denne vinklingen kaster ballen/ansvaret tilbake til arbeidslivet.

1.7 Om omorganisering av AMI

Prosjektet MIA er en oppfølger og videreutvikling av metoder rettet mot personer med muskelsmerter, som tidligere ble utviklet og drevet ved Arbeidsmarkedsinstituttet i Oslo (AMI). MIA inngår slik i offentlig politikks satsing på gode metoder og modeller for rehabilitering.

Men MIA må også ses i lys av omorganiseringen av Arbeidsinstituttene i 1992. Instituttene ga tidligere tilbud på ulike medisinske tjenester. Departementet fant det ikke naturlig at arbeidsmarkedsetaten skulle ha eget medisinsk personell. Omorganiseringen tok bl.a. sikte på å fortsette tverrfaglig samarbeid mellom de yrkesrettede og medisinske delene av attføringsapparatet. Det skulle i fortsettelsen skje gjennom lokalt samarbeid med helsevesenet og arbeidsmarkedsetaten og ved kjøp av medisinske tjenester. Omorganiseringen skulle rette tjenesteinnsatsen mot nye behov, som å utvikle og utprøve metoder for bistand til attføringssøkere med smerteplager/fibromyalgi. St.prp. nr.1 (1991-92) - Tillegg nr.1 viser her til det utviklingsarbeid som Sosialdepartementet vil sette i gang på dette området. Det heter videre at for arbeidsmarkedsetatens side er det særlig behov for å utvikle modeller og metoder som kan nyttes *i et desentralisert samarbeid mellom helsevesenet og arbeidsmarkedsetaten* (s. 2, min utheving). Det heter videre at Arbeidsmarkedsinstituttet i Oslo har igangsatt utviklingsarbeid på dette feltet, og departementet legger til grunn at dette arbeidet kan videreføres ved enheten i Oslo.

Prosjektet MIA oppsto altså som en del av omleggingen og desentraliseringen av arbeidsmarkedsetatens andrelinjetjeneste. Arbeidsmarkedsinstituttene ble i 1992 avviklet, og deler av personalet ved AMI gikk over i utviklingsarbeid gjennom MIA-prosjektet, lokalisert ved Senter for Yrkesmessig Attføring (SYA).

Prosjektet MIA ble organisert som et frittstående prosjekt, direkte underlagt Arbeidsdirektoratet og styrt gjennom egen styringsgruppe. Lege Marija Rokic ble ansatt som prosjektleder. Prosjektet var treårig og startet våren 1993 og ble avsluttet høsten 1995. Prosjektet ble da nedlagt og arbeidskraften omplassert.

Kapittel 2. MIA-metoden. En beskrivelse av tiltaket, tiltakets tenking og utvikling

2.1 Bakgrunn

MIA som metode kan beskrives ut fra hva teamet gjør og hva teamet *ikke* gjør. Utgangspunktet for tiltaket ligger i en profesjonskritikk og kritikk av tidligere praksis ved Arbeidsmarkedsinstituttet. Flere av de som arbeidet i prosjektet hadde mangeårig praksis derfra. Instituttet ytet tjenester/utredninger av flere ulike klientgrupper. En av disse gruppene er personer med muskelsmertetilstander. Det er tidligere gjort undersøkelser av klienter innen denne gruppen ved instituttet (den gang Statens Attføringsinstitutt, se Lilleaas 1991). Denne klientgruppen, som er blitt henvist til instituttet, er tradisjonelt preget av stor andel kvinner, lav utdanning, og for deler av gruppen (gifte og samboende kvinner) har tilknytning til lønnsarbeid, vært svak (ibid). Den omtalte undersøkelsens data tar utgangspunkt i en gruppe som var ved institusjonen i 1981, og målgruppen kan derfor ha en annen sammensetning på 90-tallet.

Målgruppen for MIA var en klientgruppe som instituttet hadde mye erfaring med, og denne målgruppens problemer ble satt på den politiske dagsorden fra slutten av 80-tallet, se kap. 1. Forsøket MIA definerte sin målgruppe som personer som var sykemeldet for muskelsmertetilstander uten kjent årsak, utbredt til minst to kvadranter av kroppen, og med varighet på minst tre måneder. Personene skulle ikke ha andre sykdommer som hadde vesentlig betydning for arbeidsevnen, og være mellom 20 og 49 år. Den konkrete forsøksgruppen vil bli nærmere beskrevet i kapittel 4.

Arbeidsmarkedsinstituttet hadde gjennomgått ulike faser i metodiske tilnærminger. Vi tar her utgangspunkt i metodikken i årene før nedleggingen. Instituttet skulle utrede klientene medisinsk, psykologisk, sosialt og yrkesmessig (evnenivå og funksjonsevne o.l.) for tilbakeføring i arbeid. Dette ble gjort i tverrfaglige team. Saken ble fordelt etter teamproblematikk, hørsel, syn, muskel, og ansvars plassert etter kapasitet hos de enkelte teammedlemmene. Tradisjonell praksis for utredning av klienten hadde vært at hver profesjon utredet klienten ut fra sitt ståsted og sine profesjonelle normer. Noen klienter kunne bli utredet av flere profesjoner, andre kanskje bare av en, avhengig av hva som ble definert som problemet. Teamet hadde møter med klienten, klienten fikk komme til orde, men det var den profesjonelle som definerte problemet og som til slutt foreslo eller godkjente den løsningen som kom opp. Vi kan si at klientene i denne perioden ble hørt, men profesjonene bestemte. Det ble skrevet epikriser og epikrisene ble sendt til oppdragsgiverne, arbeidskontorene, med kopi til trygdekontorene. Klientene sjøl fikk ikke kopi av disse. De enkelte profesjoners tilnærming kunne variere, men en fant innslag av tradisjonell tenking der de profesjonelle var opptatt av å kategorisere klientene.

Klientene oppholdt seg på internat med arbeids- og skoletrening. Teamene dro til en viss grad rundt til arbeidskontorene.

MIA-prosjektets innhold og premisser ble formulert av personer som hadde arbeidet i Arbeidsmarkedsinstituttet. De fleste som ble med i prosjektet hadde arbeidet der i mange år, og hadde omfattende erfaring med den beskrevne praksisen. Mange hadde også erfaring med «gamle»-praksisen, da fysisk rehabilitering var sentralt. To personer ble etter hvert nyrekruttert til prosjektet, men disse var ikke med i planleggings- eller oppstartfasen av prosjektet. Prosjektet ble i stor grad definert i opposisjon til «gammel» praksis. Den nye tilnærmingen skulle gi rom for en ny praksis, både faglig og organisatorisk.

Det prosjektet som ble realisert, var ikke det eneste prosjektet som ble formulert med utspring i det gamle miljøet. Det ble også utarbeidet planer for et prosjekt som i sin faglige metodikk i stor grad bygget på fysisk trening. Dette prosjektet ble av ulike grunner ikke realisert. Det eksisterte følgelig konkurrerende oppfatninger ved Arbeidsmarkedsinstituttet om hva som skulle være hovedlinjen i videre metodeutvikling.

2.2 Metodiske prinsipper

Vi kan peke på fire føringer eller metodisk/etiske-prinsipper for utformingen av MIA som metode. Disse er:

1. At metoden skulle være gruppebasert
2. At metoden skulle ha et helhetsperspektiv, i betydningen å se helheten ut fra individets ståsted
3. At bedret eller behold av livskvalitet for den enkelte var viktig, selv når/om denne verdien strek mot målet om tilbakeføring til arbeid
4. At tilnærmingen skulle bygge på brukervedvirkning

2.2.1 Medvirkning

Medvirkning nyttes i dag om en rekke ulike tilnærminger i relasjonen mellom klient og profesjonell (Alm Andreassen 1994, Alm Andreassen og Grut 1994). Brukervedvirkning innebærer nye relasjoner mellom profesjonell og klient, både i en drøftings- og avklarings-situasjon og i en beslutningssituasjon. I MIA er det to hensyn som fordrer nye samhandlings- og beslutningsprosedyrer i rådgiving og behandling.

Det første hensynet dreier seg om å ta individets selvbestemmelse som utgangspunkt. En bestemmelse dreier seg ikke alene om hva som er et riktig valg, men om hva som er viktige verdier og preferanser, og dermed hva som er et gode for den enkelte. Et riktig valg må ses i forhold til hva som er viktige goder og preferanser hos den enkelte. Det riktige valg kan ikke følge den mål-middelrasjonalitet som ligger i enkeltfagene, de mål som kan nås med de midler som profesjonene besitter eller forvalter i det offentlige virkemiddelapparatet.

Det andre hensynet bak endrede drøftings- og beslutningsprosedyrer dreier seg om å etablere likeverd mellom profesjonskunnskapen og den kunnskap som individet besitter om seg og sin situasjon. Tanken er at ulike parter besitter ulike kilder til innsikt om det samme fenomenet, og at ingen av partene har en kunnskap som er sannere enn andres kunnskap (Eikeland 1994). Det dreier seg om ulike kilder til innsikt som må supplere hverandre og avveies gjennom diskurser.

Disse to hensynene, individets rett til å definere egne goder og revurderingen av klientens kunnskap, er hensyn som ikke lå i den tidlige klienttilnærmingen.

2.2.2 Livskvalitet

Livskvalitetsbegrepet brukes i dette prosjektet både om mål og middel. I prosjektskissen heter det at forsøksvirksomheten retter seg mot å utvikle tiltak som kan hindre varig arbeidsuførhet, for å bevare/bedre folks livskvalitet. Her knyttes livskvalitet til den verdi det er å være i lønnet arbeid. Slik sett er behold av livskvalitet et mål, og et mål som faller sammen med å forbli i arbeidsstyrken (Prosjektskisse januar 1993). *Økt livskvalitet skal være et resultat for den enkelte* som følge av intervensjonen.

Samtidig brukes *livskvalitet som en målsetting for metodetilnærmingen*. Livskvalitet i denne sammenheng er at individet selv skal gjøre valg i eget liv ut fra egne verdier. Det dreier seg ikke bare om valg mellom ulike arbeidsalternativer, men mer generelt om å velge hva som er goder i eget liv. Livskvalitet som metodisk prinsipp ligger slik nær opp til medvirkning, i betydningen å ta utgangspunkt i individets selvbestemmelse.

Det er altså et etisk og metodisk prinsipp i MIA at en skal bygge på individets selvbestemmelse og individets rett til selv å definere goder i eget liv. Praktisk innebærer dette at individene må avklare hva som for dem er goder (og vonder) ved lønnsarbeidet, og ved den jobben de har. Dette er en avklaring som må ligge til grunn for valg av mål for videre utføring.

2.2.3 Helhetstilnærming

Helhetstilnærmingen bygger på en forståelse av at det er sammenheng mellom helse, arbeid, privatliv og fritid. Det er individets totale livssituasjon som må legges til grunn når en vurderer muligheter og veger for å komme tilbake til jobb. Denne helheten er det individet selv som skaper.

Den metodiske konsekvensen av medvirkning og helhetstilnærming blir at profesjonene kan gi kunnskap og hjelp ut fra problemer og spørsmål som den enkelte ut fra sin situasjon stiller. Helhetsperspektivet og medvirkning, slik det er formulert i MIA, går slik ut over det perspektiv som fagenes delperspektiver utgjør, og endrer profesjonskunnskapens status som kunnskap og den profesjonelle hjelpers rolle.

Metodisk fordrer helhetsperspektivet at MIAs opplegg *tematiserer spørsmål knyttet til ulike livsområder*, de områder som profesjonsrepresentasjonene tillot. Dette ble gjort gjennom et firedelt opplegg. Prosjektleder presenterer tiltakene i prosjektets egevalueringsrapport på følgende måte (Rokic og Glenne 1995):

- Fysisk trening med mål om å øke den fysiske fungeringsevnen og stimulere til opplevelse og glede ved å bruke kroppen
- Smerteskole med mål om å øke bevisstheten om forholdet mellom helse og sykdom og bidra til å finne lindrende ev. helende tiltak

- Idéverksted med mål om å ta opp forhold i den enkeltes sosiale situasjon med hovedvekt på familien og nettverkets krav
- Yrkesavklaring med mål om å avklare den enkeltes forhold til arbeid, nåværende jobb og muligheter for videre yrkesdeltaking.

2.2.4 Gruppebasert tilnærming

Metodisk tar en utgangspunkt i gruppen for å få til endring. Tanken er at deltakerne bruker hverandre som ressurs i motiveringen og forståelsen av egen situasjon. Og en gruppebasert metode gir deltakerne god kontakt med andre i samme situasjon. Gjennom å gjenkjenne seg i den andre, vil gruppemedlemmene kunne ha en støttende funksjon for hverandre. Det heter også i prosjektskissen at gruppevirksomheten gir mulighet til å hjelpe flere deltakere på kortere tid enn hva som var mulig med individuell bistand, at det i en gruppebasert metodikk slik ligger et «rasjonaliseringspotensiale». Slik forsøket utviklet seg, ble denne rasjonaliseringstanken helt uaktuell fordi tilstrømmingen av klienter ikke ble som forutsatt.

2.3 MIAs program

Vi skal i det følgende beskrive de ulike delene av intervensjonen.¹ Disse delene står i forhold til et felles mål, men har sine spesifikke oppgaver og metodikker. Tanken er at disse delene skal bygge opp omkring hverandre.

2.3.1 Yrkesprogrammet

Yrkesprogrammet var den mest omfattende av delaktivitetene og tok ca. 1/3 av tiden. Det viktige var å få til en prosess som satte i gang en utvikling hos den enkelte, og å holde prosessen i bevegelse gjennom programmet. For å komme til en avslutning der klienten la en plan, var det viktig først å danne et riktig utgangspunkt for denne planen. Dette ble gjort gjennom å følge individenes historier. I yrkesprogrammet ble arbeidshistorien kartlagt, samt sykehistorie, utdanning, personlige forutsetninger, samt arbeidsplassen, hindringer og muligheter. Det som var viktig i programmet, var å få individet til å se nye muligheter. Det var derfor viktig ikke å fastsette mål for tidlig.

Avklaringen ble gjort i grupper, der gruppen har en støttende funksjon ved at gruppe-medlemmer gir honnør og verdighet til hverandre. Gjennom denne prosessen styrkes individets selvtillit, både ved at fastlåste situasjoner åpnes ved å se nye muligheter, og ved at erfaringer som tidligere ikke har vært gode/utdanninger som ikke er blitt regnet med, omdefineres. Selvtillit ses ikke som en psykologisk egenskap ved den enkelte, men knyttes til situasjoner. Ved å fokusere situasjonene klientene er kommet i, kan en også bearbeide selvtillit og selvaktelse.

Endret situasjonsforståelse og det å se nye muligheter sprang også ut av den informasjon om lover, rettigheter og arbeidsmåter i offentlig forvaltning som klientene ble tilført. Det lå i

¹ Beskrivelsen bygger på flere datakilder. Vi har intervjuet spesielt den som la opp grunnlaget for Yrkesprogrammet og for Idéverkstedet. Vi har intervju med klientene som forteller hva de gjorde, og vi har MIAs metodebok og sluttrapport som grunnlag.

programmet informasjon både om Trygden og Arbeidsmarkedsetaten. Kursleders informasjoner ble utfylt av deltakernes erfaringer, og til sammen skulle dette nye bildet også gi nytt handlingsrom for klientene.

Gruppene er heterogene, og for å få til denne prosessen arbeider gruppeleder med å omdanne erfaringer fra den enkelte til en felles referanseramme. Denne referanserammen handler om felles problemformuleringer. Dette ble oppfattet som det vanskeligste å få til i praksis, spesielt der gruppemedlemmene var svært forskjellige eller der det var individer som ikke kunne identifisere seg med andre.

I programmet skilte en mellom handlingsplanen og en mer langsiktig plan. Den langsiktige planen kunne være mer åpen. Det en ønsket å oppnå, var å få til et dynamisk samspill mellom muligheter her og nå, og utviklingen av fremtidige ønsker og planer. Faste planer vil bli for lite fleksibelt.

I Yrkesprogrammet er det også lagt inn praksisdag. Denne kommer mot slutten av programmet, etter at den enkelte har kartlagt hvilke problemstillinger han eller hun skal arbeide videre med. I denne praksisdagen sendes de ut i marken for å ta den kontakten som er det neste skrittet i den enkeltes sak. Etter denne kontakten ute, kan en bearbeide erfaringene i gruppe.

2.3.2 Idéverkstedet

Idéverkstedet skulle i følge prosjektskissen, foreta en psykososial kartlegging. En tenkte seg at fysiske, psykiske og sosiale belastninger kunne være medvirkende i utviklingen av muskelsmertetilstander. Idéverkstedet skulle ta for seg verdier, erfaringer og problemer på arenaer utenfor arbeidslivet. Metodisk arbeidet en ut fra en tanke om bevisstgjøring. Uten å bli seg bevisst sine verdier, følelser og handlingsmønstre, vil en heller ikke få til endring. Poenget i metodikken var å arbeide integrert med disse ulike aspektene. Målsettingen med bevisstgjøring var å få til en ansvarliggjøring av personene. For å kunne være ansvarlig, i betydningen å treffe mer hensiktsmessige avgjørelser i eget liv, måtte en gjøre seg bevisst det grunnlaget en tok beslutninger ut fra. Et viktig poeng i denne prosessen, var å sette fokus på relasjonen mellom seg selv og den annen. Hva er egne behov og hva er andre behov? Hvilke behov ligger egentlig til grunn for de valg jeg har foretatt? En grunnleggende antakelse bak metoden var at mange klienter ikke kunne skille mellom seg selv og den annen, og en sentral idé her var å få klientene til å sette grenser for andre. Arbeidet var knyttet til et program og en rekke oppgaver, men gjennomføringen var styrt av de problemstillinger som klientene selv presenterte. Opplegget hadde et program i den forstand at hver «time» hadde sitt tema, og hvert tema hadde sine oppgaver/redskaper.

Idéverkstedet hadde i store deler av tiden, to gruppeledere. Gruppelederne la opp til noe rollespill seg i mellom og valgte en meget aktiv utforming av rollen, der en i gruppediskusjoner «presset» deltakeren på deres verdier. Tilnærmingen var til dels styrt av en terapeutisk tenkning og gruppelederne var sosionom og psykolog.

2.3.3 Smerteskolen

Smerteskolen hadde få timer og var i programmet et lite «fag». I prosjektbeskrivelsen er smerteskolen beskrevet som «orientering om smertefysiologi», som er en tradisjonell tilnærming for smerteskoler generelt. Den mer orienterende tilnærmingen ble snart forlatt til fordel for en metodikk, der deltakernes egen erfaring med smerteopplevelse og med lindring ble den sentrale kunnskapskilden. Arbeidet var lagt opp omkring delvis faste temaer og i faser. Målet var å komme fram til en best mulig tilværelse til tross for smerter. Og gruppenes aktiviteter tok sikte på å belyse gjensidig hvordan det var mulig å påvirke smerteopplevelsen. Det var også i smerteskolen utarbeidet materiale som spill o.l. å arbeide ut fra.

Smerteskolen ble ledet av lege, og i en periode har den hatt to gruppeledere, der også sykepleier har deltatt. Gruppeleder tok en mer veiledende rolle i noen spørsmål (f.eks. hvordan beskrive smerte) og var i andre sammenhenger deltaker.

2.3.4 Trening og avspenning

Hjerteballetten

Treningsdelen var nært knyttet til den aktiviteten som tidligere foregikk ved AMI. Fra 1972 har det ved instituttet eksistert et treningsprosjekt for hjertesyke, med kontroller og testing. Dette hjerterehabiliteringsprosjektet ble videreført som en del av MIA som prosjekt.

Det eksisterte i rehabiliteringsmiljøet, også ved AMI, en idé om at trening er bra for personer med muskelsmerter, og at samtrening for personer med muskelsmerter og hjertesyke er gunstig fordi de hjertesyke (mennene) kunne ha en gunstig innvirkning på de muskelsyke (kvinnene, mennene hadde så godt humør). Når så MIA skulle ha et treningsprogram, var det derfor gode grunner for å bruke det programmet (Hjerteballetten) som over år var blitt utprøvd overfor menn med hjerteproblemer. Den fysiske treningen for smertepasientene ble basert på det programmet som var blitt utviklet for hjerteklientene ved instituttet.² Dette programmet ble gjennomført nesten hver dag, en time hver gang. Programmet inneholdt elementer av muskelstyrkende øvelser og kondisjonsstyrkende øvelser. Det kan karakteriseres som tradisjonell, lett gymnastikk fra turnforeningenes glanstid. Programmet hadde ikke gjennomgått vesentlige endringer i den perioden hjertetreningsprosjektet hadde eksistert.

Brukerens evaluering av dette programmet var blandet. Vurderingen fra andre medarbeidere med faglige kvalifikasjoner var også kritisk. På dette grunnlag prøvde prosjektet å endre programmet, blant annet ved å knytte en treningskonsulent til utviklingen (se Rokic og Glenne, 1996, s. 20). Alle forsøk på endring strandet fordi Hjerteballetten ble sett som vellykket for hjertepasientene av instruktøren (fysioterapeut) og av leder (lege) av hjerteprogrammet. Det var derfor ingen interesse for å tilpasse programmet til smertepasientene.

² Prosjektskissen, s. 9

Trimmen

Ut fra denne situasjonen fikk en annen fysioterapeut som oppgave å lage et mer tilpasset program, bl.a. ut fra de innspill som var kommet gjennom klientens evaluering, og ut fra fysioterapeutens eget arbeid med smertepasienter. I en overgangsperiode ble dette programmet kombinert med Hjerteballetten. Etter hvert ble hjerteballetten forlatt og muskelsmertedeltakerne brukte bare det nye gym-programmet, heretter kalt Trimmen. Denne gymnastikken atskilte seg fra Hjerteballetten ved at øvelsene hadde lavere tempo, ikke brå skiftninger, færre repetisjoner, samt flere av øvelsene på matte.

Avspenning

Treningen ble etterfulgt av uttøyninger, ledes vanligvis av lege eller fysioterapeut. Etter uttøyningene fulgte et avspenningsprogram. Dette ble utviklet i løpet av prosjektet. I starten av prosjektet arbeidet en ut fra knip-slipp-tilnærming, utført i sittende stilling, senere liggende på matter. Det ble også utført massasjer med myk ball. Etter at prosjektet ansatte psykolog, ble avspenningprogrammet utvidet med nye teknikker, med autogen trening og visualiseringsprinsipper. Alle grupper i 1994-95 brukte alle tre teknikkene. Avspenningen ble avsluttet med en samtale om hvordan gruppen hadde opplevd avspenningen.

Varmtvannstrening

Varmtvannstreningen foregikk en gang pr. uke. De fleste gruppene trente i bassenget ved Radiumhospitalet under ledelse av lederen ved Trivselsanlegget der. Men en av de prosjektansatte var også med, og hun hadde treningen når en måtte bruke andre anlegg (Trivselsanlegget var stengt i deler av MIAs prosjektperiode). Disse treningene ble også forsøkt fulgt opp med en gruppesamtale.

Kinesisk pausetrim

Ved utprøvingen av programmet fant prosjektet ut at deltakerne trengte et avbrekk i programmet av og til. Det ble mye stillesitting. Det ble for dette formålet laget et kortprogram, 5 minutters program. Dette programmet er satt sammen på bakgrunn av kjennskap til Tai-Chi og karate, som fysioterapeuten hadde. Programmet består av store bevegelser i rolig temp, noe som fremmer dypere og jevner pust. Dette er et program som gjøres til spesiell musikk. Disse musikkassetene kunne deltakerne få lov å kopiere.

Ergometrisk trening

Slik trening finnes gjerne i tilsvarende programmer og var en del av det opprinnelige programmet i MIA. Det ble prøvd, men forlatt etter få ganger. Klientene vurderte det som fullstendig unyttig - det var for dem ikke et spørsmål om hvordan en skulle løfte o.l. når en ikke *kunne* løfte på grunn av smerte.

2.3.5 Som program

Tanken bak MIA var at de enkelte deler eller tiltak skulle bygge opp omkring hverandre, og dette skulle gi en synergieffekt. Programmet var slik komponert at innholdet i de enkelte delprogrammene ikke skulle komme i veien for andre deler, med andre oppgaver. Yrkesprogrammet gikk f.eks. ikke inn i sykdomsforståelse og smerteproblematikk. Men å få

snakket om vondter eller andre vanskelige situasjoner, var nødvendig og oppgaver/tilnærminger som åpnet for disse temaene var derfor plassert under Smerteskolen og Idéverkstedet. De innsikter deltakerne fikk fra Smerteskolen og Idéverkstedet kunne de dra med seg over i Yrkesprogrammet.

I programmet var også tatt hensyn til at deltakeren hadde vondt og ikke kunne make en full arbeidsdag. Kurset hadde en daglig tid på 6 timer, fra kl. 9 til kl. 15. Det var også lagt opp til lang lunsj for at deltakerne skulle få tid for seg selv som gruppe. Lunsjen var slik et virkemiddel for å få til gruppedanning. Det aller meste var gruppebasert, men det ble etter hvert åpnet opp for noe individuell rådgiving. Dette var noe etterspurt mot slutten av programmet, men bare i begrenset grad tilbudt deltakerne.

Programmet gikk over fire uker, samt en oppsummeringsdag etter tre måneder.

2.4 Tenkningen bak MIA-modellen

MIA-modellen kan betegnes som en flerfaglig og flersidig intervensjon basert på gruppetilnærming og brukermedvirkning. Metoden er utviklet og gjennomføres av profesjonelle og er profesjonsstyrt. I mangel av bedre betegnelser vil vi kalle den samlede innsatsen (kurset, tiltaket) for en intervensjon.

MIA har valgt livskvalitet og brukermedvirkning både som mål og metode. Livskvalitet er definert som muligheten for å ha/få flere handlingsalternativer, dvs. større autonomi i egen livssituasjon, ... egenmedvirkning og kontroll over egne livsbetingelser og ressurser (:5). Utgangspunktet for MIA er en tenkning om at deltakerne er mennesker som står i en situasjon der de trenger innsikt og utvidet informasjon, samt et utvidet bilde av seg selv og sine ressurser for å komme i en posisjon med utvidete valgmuligheter og handlingsrom. Dette er en tenkning om kunnskap og innsikt som forutsetning for kvalifisert handling. Deltakerne skal gjennom MIA-prosessen utvikle mer innsikt i seg selv og sin personlige situasjon. De skal også få større innsikt i forhold ved omgivelsene, som legger premisser for deres mulighet til å realisere tiltak/endinger som kunne bedre deres situasjon, dvs. få innsikt i de betingelsene som gjelder (:51).

MIA-tiltaket er derfor lagt opp med sikte på å gi deltakerne kunnskap som skal gjøre det mulig for dem å håndtere sin livssituasjon mer kvalifisert, dvs. at de får bedre kjennskap til de forholdene som påvirker deres liv, det være seg regler i arbeidslivet, trygderettigheter, saksbehandlingsveiene i det offentlige hjelpeapparatet, egne evner og interesser i forhold til mulige yrker, egne mønstre og vaner i dagliglivet, samspillet med nærstående og forhold som forsterker eller lindrer smerter. Tanken bak er å øke deltakernes kunnskap om forhold som påvirker dem, er at «innsikt i og reelle muligheter til å forholde seg til lover, regler og ulike betingelser, framlagt på en slik måte at det fremmer deltakernes egne påvirkningsmuligheter, antas å øke eller danne grunnlag for livskvalitet i seg selv» (:5). Dette er koblingen mellom medvirkning og livskvalitet.

MIA's bidrag til brukernes livskvalitet skulle altså bestå i å tilføre dem kunnskap, som kunne gjøre det lettere for dem å handle. Her oppsummerer prosjektrapporten at ettersom profesjons-

kunnskapen ikke syntes å ha vært til hjelp for målgruppen, måtte det søkes etter annen type kunnskap. Den kunnskapen prosjektet da tøk i bruk var målgruppens erfaringskunnskap (om hva som hjelper og hva som bør unngås), samt fagpersonenes systemkunnskap om regler, hjelpe- og stønadsapparat (Rokic og Glenne 1996:17). Prosjektet vektlegger at brukernes kunnskap må gyldiggjøres. Brukeren må «møtes i sin egen opplevelse av sykdom, helse og livssituasjon» (op.cit) og få bekreftelse på sin egen forståelse, nettopp fordi mange av dem har hatt erfaring med ikke å bli trodd. Det dreier seg om å få tilbake tilliten til egen opplevelse og vurderingsevne for å bli i stand til å ta beslutninger i eget liv (Rokic og Glenne 1996:15). Denne bekreftelsen henter deltakerne dels fra hverandre. Dette skjer ved at tiltaket er lagt opp slik at deltakerne selv må utvikle sin problemforståelse i gruppe og bekrefte hverandres virkelighetsforståelse. Ut fra disse diskusjonene kan de hjelpe hverandre til å finne fram til mål og planer, ut fra hva som er livskvalitet i det enkelte tilfelle.

Argumentene for gruppetilnærmingen er at deltakerne derigjennom kan bruke hverandre som ressurs til å utvikle motivering og forståelse av egen situasjon, at gruppevirksomhet aktiviserer deltakerne og gir bedre læringseffekt, og at gruppevirksomhet gir mulighet til en bedre utnytting av de faglige ressursene, altså bedre ressursøkonomi. Det er de to første argumentene som er relevante i denne sammenhengen, hvor vi her skal drøfte MIA-modellens betydning for deltakerne.

Tanken bak gruppetilnærmingen er at den enkelte kan finne gjenkjennelse i de andres historier og slik bekreftelse for sine erfaringer, tanker og oppfatninger. Deltakerne bekrefter hverandre og får bekreftelse av gruppeleder. Slik får «den egne opplevelsen gyldighet» (Rokic og Glenne 1996:14-15). Gruppeoppgavene er derfor lagt bevisst opp slik at de fokuserer på felles erfaringer, og gruppeleder legger vekt på å formulere erfaringer og ønsker som deltakernes felles referanseramme, og kaller det for «gruppehåpet» eller «noe dere sliter med alle sammen». En av fagpersonene beskriver dette som en prosess for hvordan man kan overkomme skiller i utdanning og sosial bakgrunn:

«Når de da forteller om sine behov eller ønsker, så redefinerer jeg det. Jeg går et skritt tilbake og sier: Hva sier dette egentlig? Egentlig sier det at man er bekymret for framtida. Egentlig så sier dette at man har et ønske om å ha tilhørighet til arbeidslivet, men er usikker. Egentlig så sier dette at man er innmari utsatt for hva leger og andre mener og tenker. Da blir det felles problemer.»

Eksemplifisert ved tiltakets smerteskole, innebærer denne tenkningen at prosjektet etter først å ha prøvd ut og forkastet et opplegg basert på informasjon om smertefysiologi, i stedet valgte å bevisst utnytte deltakernes egen erfaring med forhold som skaper eller forsterker, lindrer eller reduserer smerter. Profesjonskunnskapen har vært benyttet på to måter: som utgangspunkt, ved at viten om kroniske sykdommer og deres følger har vært grunnlaget for utvalg og rekkefølge av temaer i smerteskolen, og som redskap for å systematisere deltakernes egenerfaringer (:51).

2.4.1 Fagrollen i MIA-tiltaket

Fagrollen i MIA-tiltaket er preget av at det ikke er fagpersonene som definerer klientenes problem og tilbyr løsninger. I stedet frambyr fagpersonene kunnskap og legger til rette for at deltakerne selv skal identifisere sine problemer og at deltakeren ved hjelp av den kunnskapen

som kommer fram både fra fagpersoner og meddeltakere, finne fram til sine løsninger. En del av denne tilretteleggingen består i å bygge opp deltakernes selvtillit for å veie opp for tidligere negative erfaringer som følger en kronisk lidelse. En av fagpersonene beskriver det slik:

«Det er noe med å være i nedtur. Man har hatt en kronisk lidelse lenge. Har kuttet ut flere og flere aktiviteter. Så får man ikke lenger bekreftet seg selv heller. Man sliter ut omgivelsene, snakker sykdom og om alt det som gjør at man føler seg «skitt». Når man har vært i en sånn situasjon lenge, så blir man inneklemt, både med hensyn til tid og , perspektiv. En ser ikke framover og en ser ikke bredde, så det må vi åpne. Vi må åpne bredden og synet på dem selv som personer, og vi må få framtida utvidet slik at folk får valgalternativer. Det å få opp selvbildet og få utviklet valgalternativer, det løsner på depresjon.»

I YRK - yrkesavklaringen - foregår en slik selvtillitsoppbygging ved å fokusere på den enkeltes positive evner og egenskaper, som deltakerne kan bruke i arbeidslivet. Her bidrar både den enkelte selv, gruppeleder, og ikke minst de andre deltakerne.

I MIAs egnevalueringssrapport beskrives fagpersonrollen som det å styre et program, dvs. styre en prosess, men ikke styre meningsdannelsen (:14). Fagpersonen skal vise «respekt for deltakerens egen problemforståelse og problemløsningsevne, samt (vise) åpenhet og vilje til å gi av sin kunnskap» (:6). Brukeren må ha «rett til å velge noe annet enn det som profesjonsutøveren regner for rett og riktig» (Rokic og Glenne 1996:14). Dette krever en refleksjon over egen rolleutøvelse. Når deltakerne skal tenke igjennom hva som er verdier for dem og legge planer for hvordan disse skal realiseres, kommer ikke fagpersonen utenom at dette også utfordrer deres egne verdier og normer. En av fagpersonene beskriver det slik i intervju:

«Poenget mitt er at også vi berøres: Hva er vårt mål med det arbeidet vi gjør? Er det å tvinge dem tilbake til arbeid som en verdi i seg sjøl, altså: Er det min verdi av arbeid som er det eneste saliggjørende, skal jeg tvinge den nedover dem? Eller er det prosjektets målsetting som på død og liv skal oppfylles - det å få folk tilbake i arbeid? Hvem skal bestemme premissene og verdiene? Hvis du virkelig tar konsekvensene av at det er de som skal leve sitt liv, så må de også få bestemme verdiene?»

MIA-fagfolkene har gått langt i å avvikle den tradisjonelle fagrollen, der fagpersonen definerer problem og foreskriver løsning, disse oppgavene som er de egentlige profesjonsoppgavene i følge Abbott (1988). Fagfolkenes oppgave er å 1) definere et problem, 2) diagnostisere eller vurdere problemet, og 3) behandle. Det er i *vurderingen* det profesjonelles kontroll og kunnskap befestes, dette er den rene profesjonelle handlingen. I MIA-tiltaket har fagpersonoppgaven vært å *legge til rette* for at deltakerne selv skal kunne vurdere og behandle, dvs. håndtere sin egen situasjon. Deltakernes egen problemdefinering og handlingsplaner er det som står igjen etter MIA-deltakelsen. Det ble f.eks. ikke skrevet epikriser eller uttalelser om deltakerne beregnet på det øvrige hjelpeapparatet. Resultatet av MIA blir for den enkelte de kunnskaper og den innsikten de har ervervet gjennom kurset og de planer de har lagt. Dette blir nedfelt i en veileder kalt «Hvem gjør hva i en attføringssak» og i en Egenjournal, som også inneholder resultatene fra den legeundersøkelsen de var igjennom på MIA. Det er deltakerne selv som har den fulle kontrollen over egenjournalen. De velger hvem de vil vise den til.

I opplegg likner MIA på en fagstyrt selvhjelpsgruppe, og deres fagpersonrolle likner på den rollen fagpersonene får i selvorganiserte selvhjelpstiltak. Denne rollen er beskrevet i Høgsbro (1992) som en tilretteleggerrolle, der den profesjonelle er den som skaper de organisatoriske rammer for de prosessene som foregår deltakerne imellom. De profesjonelle har også en tilretteleggerrolle i det å håndtere politiske kontakter og kommunikasjonen med det offentlige. Derimot er den profesjonelles innflytelse på problemets definisjon og dets løsning fjernet. I stedet er det menneskene som selv har hatt problemene, som tildeles rollen som «de vitende».. De profesjonelles styrke ligger i det organisatoriske, i innsikten i det offentlige systems virkemåte og i forskjellige former for generalisert viten (om psykiske og sosiale problemer). Profesjonelles formidling kan også substituere manglende selvorganisering av gruppen når denne er liten og geografisk spredt (slik som de sjeldne diagnosegruppene). Profesjonelle samler og videreformidler brukererfaringer.

I MIA-prosjektet har fagpersonene tilbudt innsikt i det offentliges systems virkemåte, tilrettelagt tiltaket, styrt gruppeprosessene og ledet deltakerne gjennom sine individuelle utviklingsprosesser. Men det er deltakerne selv som har definert hva som er deres problemer, og som har formulert sine mål. Deltakerne har vært «de vitende», gruppeprosessene har aktivt brukt deltakernes egne erfaringer. Men også fagpersonene har hatt erfaringer med målgruppen fra tidligere og hatt bilder av hva deres problemer består i og hvordan de kan møtes. Det er disse bildene de har brukt til å utarbeide innholdet i sine intervensjoner, som så er blitt justert gjennom deltakernes tilbakemeldinger. Underveis har også den profesjonelle vært den som har samlet deltakernes erfaringer og videreført disse fra gruppe til gruppe. Det dreier seg om å få fram det generelle i kunnskapen og bevege seg fra det private til det mer allmenngyldige. Slik blir den (bruker) erfaringsbaserte kunnskapen som bringes videre også via profesjonelle, rikere enn den erfaringen som den enkelte gruppen inneholder. Brukererfaringen er blitt systematisert og filtrert gjennom faglige «briller», og blir slik noe annet enn både tradisjonell profesjonskunnskap og «rene» brukererfaringer.

2.4.2 Strukturelle betingelser for en slik fagpersonrolle

Hvorfor har MIA-prosjektet valgt, og kunnet velge, en alternativ profesjonsrolle? Når MIA-prosjektet skal forklare sine valg, viser de til to forhold:

- Det som har med deltakernes problem å gjøre
- Den posisjonen de som hjelpere står i, plassert i annenlinjetjeneste

Deltakernes problemer

Ser vi på deltakernes problemsituasjon, handler det om muskelsmerter som en subjektiv opplevd tilstand. De prosjektansatte var i utgangspunktet usikre på hva det innebar og ønsket ikke på forhånd å ha dannet seg en bestemt oppfatning om hva slags problemer deltakerne kom til å presentere. Profesjonskunnskap hadde ikke vist seg nyttig for gruppen tidligere, og deres egen profesjonskunnskap var dermed av begrenset verdi. Fordi metoden var lagt opp med brukermedvirkning som klientstyrking og økt livskvalitet gjennom økt handlingsrom, var det brukerne selv som måtte stå i posisjon til å definere for seg selv hva dette konkret måtte innebære for dem. Prosjektrapporten beskriver at de anså ingen andre til å være mer autorisert enn deltakerne selv, når det gjaldt å utforme egne betingelser for både endring og utvikling (Rokic og Glenne 1996:16).

Uten forvalteransvar

Ser vi på fagpersonrollen, ligger det et rolleutformingsproblem i førstelinjetjenesten, der en må ta ansvar for å måtte avveie brukerhensyn mot forvaltningshensyn. Lipsky (1980:72-74) beskriver dette som bakkebyråkratens dilemma, ved å både være portvokter og klientadvokat, og beskriver hvordan de to oppgavene er uforenlige: Som advokat vil man opptre på vegne av en enkelt klient (sin egen), mens som portvokter skal man forholde seg til hele klientpopulasjonen. Som advokat vil man fremme egen klients interesser ved å ta i bruk alle muligheter, av portvoktere for en organisasjon forventes det likebehandling og ressursøkonomisering, og portvokteren må bedømme klientens troverdighet og berettigelse i forhold til den hjelp det søkes om. Advokatrollen kan ikke kombineres med slik kontroll av klientene.

Dette dilemmaet har MIA-prosjektet kunnet komme utenom, fordi tiltaket er gjennomført av en annenlinjetjeneste uten forvalteransvar. Fagpersonene på MIA har verken vært portvoktere eller klientadvokater. De har ikke attestert en eneste søknad eller henvisning. De har heller ikke agert på vegne av sine klienter, utelukkende styrket deltakerne i deres møter med dem som har slike forvalteroppgaver. MIA-prosjektet ser denne posisjonen uten forvalteransvar som et pre for å drive en slik metodikk. Brukermedvirkning krever også ytterligere utvikling og nytenkning, dersom det skal kombineres med førstelinjetjenestens roller som kontrollør og hjelper. Metoden bør etter prosjektets oppfatning legges til annenlinjetjenesten, som har en rådgivende rolle framfor en forvalterrolle (se egevalueringssrapporten, Rokci og Glenne 1995).

Men heller ikke for en annenlinje vil denne klientstyrkende rollen være den eneste mulige. Også i en annenlinjetjeneste kan fagfolkene operere ut fra en forvalterrolle. Det å utvikle en ny fagpersonrolle var noe av oppgaven i MIA-prosjektet, og gjenstand for refleksjon fra fagpersonenes side. En av dem beskriver denne prosessen slik:

«Alt fløt til å begynne med. Den måten vi startet det på, var nok mer som forvaltere. Vi startet ut fra den rollen vi var vant til. Så ville vi vekk fra forvalterrollen. Da kom en fase der vi forsøkte å være så objektive som mulig, mest mulig profesjonelle og objektive. Nå tror jeg det er gått mer over mot å ta stilling *for* dem (deltakerne), ikke advokatrollen, men rett og slett bli samfunnsborger sammen med dem.»

Vi har her pekt på de organisatoriske forutsetningene for utvikling av MIA-metodikken. Vi har videre pekt på at en sentral problemstilling ved implementering av den metoden MIA har utviklet, også vil handle om organisatorisk plassering av metoden.

2.4.3 Oppsummering av MIA-modellen

Oppsummert kan vi si at tenkningen i MIA-prosjektet synes å være slik: Diffuse muskelsmerter har et sammensatt årsaksbilde, og det MIA-prosjektet kan hjelpe dem med er *ikke å bli kvitt smertene*, men å finne fram til mulige veier å gå i den situasjonen som har oppstått. Brukerne må finne fram til måter å leve med smertene og å unngå belastninger som forsterker eller forverrer dem. Brukerne må finne ut av hvilke valgmuligheter de har, i arbeidslivet og på andre livsarenaer. De må derfor tilføres kunnskaper om offentlige virkemidler og annet som skal til for at de skal kunne være aktører, finne ut hva de vil og utvikle handlingskompetanse.

Ettersom belastningene og ressursene varierer mellom individene, må også mestringsstrategiene og løsningene variere og være individuelle. Av den grunn og ettersom det er den enkelte som skal leve sitt liv, må også løsningsforslagene utvikles av den enkelte, den enkelte må finne fram til det som er mestringsstrategier for seg. For å utvikle løsninger og få realisert sine løsninger, trenger deltakerne også å få styrket sitt selvbilde og sin selvtillit, og å tilføres faktisk kunnskap om de strukturelle forholdene som påvirker deres situasjon. Det er prosessen som leder fram til deltakerstyrking, kyndiggjøring og løsningsutvikling som MIAs fagfolk kan bidra til.

Ser vi MIAs mål og grunnlag i relasjon til evalueringsmål, er poenget ikke å evaluere om deltakerne er blitt friskere eller har mindre smerter. Dette er ikke hva intervensjonen handler om. Om intervensjonen har helsefaglig personell og et innslag av trening, har den ikke helsefaglige mål.

Kapittel 3. Opplegget for evalueringen, problemstillinger og noen metodiske spørsmål

3.1 Evalueringsoppdraget

Denne evalueringen er den eksterne evalueringen av «Muskelsmerteprojektet i Arbeidsmarkedsstaten» (MIA). MIA-prosjektet ble opprettet av Arbeids- og administrasjonsdepartementet gjennom Stortingsproposisjon nr.1, 91-92 (tillegg nr.1) Om omorganisering av Arbeidsmarkedsstatens annenlinjetjeneste. Etter avtale mellom Arbeidsdirektoratet og Sosial- og helsedepartementet v/SME er MIA inkludert i prosjektporteføljen i SMEs program om rehabilitering av personer med muskel- og skjelettlidelser, programmet «Trygd og rehabilitering». Dette medfører at MIA som prosjekt skal evalueres i tråd med SMEs modell. Dette innebærer en evaluering på tre nivåer, en intern evaluering, en ekstern evaluering og SMEs fellesevaluering. Norges byggforskningsinstitutt ble i 1992 bedt av MIA om å bistå ved utarbeidelsen av en skisse av et evalueringsprosjekt, som skulle dekke den eksterne evalueringen og bidra til at fellesevalueringens databehov blir tilfredsstillt.

Første skisse for evaluering forelå i desember 1992 og er seinere utviklet i samarbeid med prosjektleder og prosjektmedarbeidere i MIA. Denne prosessen gikk fram til september 1993, og resulterte i en projektskisse datert september 1993. For at den eksterne evalueringen skulle tilfredsstillte SMEs faglige krav, ble skissen behandlet av SMEs rådgivende metodepanel for faglig godkjenning. Deretter søkte MIA finansiering av evalueringen gjennom Arbeidsdirektoratet. Som et ledd i denne prosessen hadde NBI og MIAs leder en konferanse med Arbeidsdirektoratet sentralt. Den opprinnelige skissen ble revidert etter dette møtet med direktoratet. Den endelige projektskissen er datert 15. februar 1994. Denne ble i følge planen videreført i notat av 8. august 1994, som det første skrittet i evalueringen. Det er disse skissene og notatet som ligger til grunn for evalueringsopplegget. Det faglige opplegget var først tenkt ut fra evalueringsoppstart ved årsskiftet 1993/94. Ettersom det skjedde en tidsforskyvning av oppstart for evalueringen, måtte det gjøres noe endring av evalueringsopplegget for å dekke det totale evalueringsbehovet best mulig. På møtet i styringsgruppen for MIA-prosjektet 7. februar 1995, kom det fram et ønske om at både prosjektet selv og de eksterne evaluatorene la fram en foreløpig rapport pr. 15. august 1995. Selv om en slik rapportering ikke lå inne i evalueringsplanen, var vi likevel positive, og det ble levert en foreløpig rapport, NBI-notat av 17. august 1995.

Evalueringen er finansiert delvis av Sosial- og helsedepartementet med kr 400 000 og delvis av Arbeidsdirektoratet (via MIA-prosjektet) med kr 550 000. Totalt utgjør dette et evalueringsoppdrag med en tidsressurs på 12 månedersverk.

Evalueringen av MIA-prosjektet er faglig knyttet opp til evalueringsopplegget for prosjektene i programmet Trygd og rehabilitering. Dette evalueringsopplegget har som nevnt tre elementer, som alle prosjektene er pålagt, fellesevaluering, ekstern evaluering og egnevaluering:

1. En fellesevaluering med hovedvekt på effektevaluering, heretter kalt *Fellesevalueringen*. Ansvarlig for denne er SMEs rådgivende metodepanel, som har utarbeidet "Opplegg for den overordnede evalueringen av trygd-rehabiliteringsprogrammet" datert 24.09.93. Dette opplegget kommer vi tilbake til i 3.1.2.
2. En ekstern evaluering spesifikk for det enkelte prosjektet, med vekt både på effekt- og prosessevaluering, og med formative elementer, heretter kalt *Ekstern evaluering*. Denne evalueringen rapporteres her.
3. En intern evaluering eller egevaluering gjort av prosjektet selv, *Egevalueringen*. Intensjonen var at egevalueringen skulle være en prosessevaluering. I tillegg evaluering av MIA, dekker egevalueringen både effekt og prosess. Vi viser her til prosjektets rapport av Marija Rokic og Anette Glenne: «MIA - Muskelsmerteprojektet i arbeidsmarkedsetaten. Gruppebasert yrkesrettet attføringsmetode for personer med muskelproblemer. Et brukermedvirknings- og utviklingsprosjekt». Sluttrapport, mai 1996.

Fellesevalueringens opplegg har betydning for utformingen av ekstern evaluering og for arbeidet i prosjektene selv. Prosjektene ble pålagt å samle inn data for fellesevalueringen. Ved opplegget for ekstern evaluering burde en videre ta hensyn til hvilke data som ble innhentet for fellesevalueringen, for at mengden skjema til utfylling ikke skulle bli for stor for den enkelte respondent (og for at det ikke skulle gjøres dobbelt arbeid). Det innebar for vår evaluering at vi valgte å bruke Fellesevalueringens skjema, med de begrensinger som ligger i operasjonalisering av variabler og av variabelverdiene foretatt av metodepanelet.

3.1.1 Evalueringsoppgaven. Prosjektets mål og metodens mål

Ekstern evaluering tar utgangspunkt i MIAs mål. MIA-prosjektets hovedmål er tosidig:

1. Prosjektet skal utvikle *en metode* rettet mot personer som er sykemeldt for diffuse muskelsmertetilstander, en metode som skal ha effekt på deltakernes arbeidslivsdeltakelse og livskvalitet.
2. Prosjektet skal også bygge opp kompetanse for tverrfaglig samarbeid, og metoden de utvikler skal være anvendbar for Arbeidsmarkedsetaten og dens naturlige samarbeidspartnere i yrkesmessig attføring. Metoden skal også være anvendbar for det lokale attføringsapparat.

Vårt tilbud om ekstern evaluering var i utgangspunktet rettet mot begge prosjektets mål (se prosjektskisse av februar 1994). Arbeidsdirektoratet ønsket imidlertid ikke at evalueringen skulle omfatte punkt 2, vurderingen av metodens anvendbarhet ble lagt til MIA-prosjektets styringsgruppe. Vårt forslag til assistanse med denne delen av evalueringen, ble derfor tatt ut i det endelige tilbudet. Dette innebærer at vår evaluering er rettet mot metodeutviklingen og metodeutprøvingen, noe som igjen innebærer at vår evaluering forholder seg til mål som kan settes for metoden.

Hva er metodens mål?

Når det gjelder spørsmålet om hva som er viktige *mål for metoden*, vil vi skille mellom:

1. *Effekt målsettinger* - hva en ønsker å oppnå for deltakerne (personene med muskelsmerter) ved hjelp av metoden. Av effekt målsettinger har MIA-prosjektet vektlagt følgende:

- Det er viktig at metoden bidrar til å føre personer tilbake i arbeid. Med tilbake i arbeid vil en her mene å gå tilbake i gammelt eller nytt arbeid, og tilbakeføring der lønnsarbeid utgjør deler av forsørgelsen og en sosial tilknytning. (MIA prosjektskisse s. 4)
- Det kan også være et mål at metoden påvirker varighet og/eller frekvensen av sykemeldinger. Reduksjonene i sykemelding er slik sett et eget mål for prosjektet.
- Det er også et mål for metoden at livskvaliteten kan bedres.

2. *Målsettinger knyttet til metodens innretning og kvaliteter*, metoden som prosess. Av målsettinger for metodens innretning har MIA-prosjektet vektlagt å utvikle en metode som er forskjellig fra det en oppfatter som etablerte metoder innen yrkesmessig attføring. Den metodiske tilnærmingen bygger på to prinsipper:

- medvirkning
- gruppeprosesstenkning

Metoden er også flerfaglig, men dette er ikke et nytt element. Poenget er hvordan flerfagligheten iverksettes.

3.1.2 Hovedgrepet i den eksterne evalueringen

Den eksterne evalueringen inneholder både en resultatevaluering og en prosessevaluering, og står i et bestemt forhold til fellesevalueringen:

Fellesevalueringen er i seg selv en *resultat-evaluering*, der en innhenter data fra prosjektene i tre ulike faser i relasjon til prosjektets intervensjon. Men det ligger også i fellesevalueringens opplegg at det skal skje en prosessevaluering, men at denne må skje i den lokale evalueringen. Fellesevalueringen er bygget over et opplegg med pre- og posttester. Gjennom disse testene søker en å måle effektene av intervensjonen (metoden). Skjemaene fylles ut på starttidspunktet av deltakerne selv og av prosjektleder, ved avsluttet tiltak av deltakeren selv (om erfaringer med intervensjonen), og 12 måneder etter tiltaket av deltakeren selv og av trygdekontoret. MIA-prosjektet står selv ansvarlig for innsamlingen av disse dataene. De eksterne evaluatorene har i dette tilfellet lagt inn dataene og overfører dem til sekretariatet for programmet «Trygd og rehabilitering». Dataene i anonymisert form er tilgjengelige både for prosjektet selv og for de eksterne evaluatorene, og er bygd inn i prosjektets egnevaluering og eksterneevaluators evalueringer som sentrale datakilder.

Datatilsynets konsesjon setter imidlertid som betingelse at fellesevalueringens data ikke skal kunne kobles med intervjudata på individnivå. Dette innebærer at dersom det er avvik i sammenliknbare datasett, innsamlet av prosjektet selv eller evaluator, kan vi ikke gå inn på individnivå og oppklare hva forskjellene bunner i.

Den eksterne evalueringen, slik vårt opplegg er utformet, legger opp til tre hovedstrategier:

1. Den eksterne evalueringen gir en effektevaluering, også en utvidet *effekt-evaluering* av et begrenset antall av de grupper som deltar i prosjektets tiltak, se p. 3.1.3.
2. Den eksterne evalueringen ønsker å belyse metodens innretning og kvaliteter, og dens relevans i relasjon til målgruppens problemforståelse og sosiale erfaringer, se p. 3.1.4.

3. Den eksterne evalueringen vil utfylle fellesevalueringen ved å gjøre en *prosessevaluering*. I dette tilfellet vil en også søke å gjøre dette formativt, noe som innebærer at en gir prosjektet noe tilbakeføring underveis - dvs. hjelp til å lære av egne erfaringer. Opplegget for prosess-evalueringen og tilbakeføringen til prosjektet, vil seinere bli beskrevet, se p. 3.1.5.

3.1.3 Effektmålene for MIA

Hvordan har vi valgt å forholde oss til MIAs mål? Her må vi først definere MIA som prosjekttype. MIA-prosjektet er et *forsøksprosjekt*, der tiltaket eller intervensjonen endres med erfaring. Det er derfor ikke den samme intervensjonen som settes i verk overfor de ulike grupper som har prøvd ut tiltaket. Det eksisterer ikke kontrollgrupper.

Nå en her skal tenke årsak-virkning, må en ta utgangspunkt i *hvem* forsøket skal virke for. Et program som MIAs, er en «pakke» (metode og substans), som mottas av individer som er forskjellige. Det de har til felles, er at de ikke kan klare jobben sin på grunn av smerter og andre plager. Det de ikke klarer, er jobber som er ulike. De kommer for å få hjelp. Men hvordan de ønsker å motta hjelpen, vet vi lite om. Det er derfor ikke grunn til å tro *at et enhetlig tiltak skal ha samme effekt på alle individer* som mottar det, når både personene og plagene er forskjellige. For noen kan intervensjonen føre dem tilbake til jobb, for noen kan livskvaliteten øke/beholdes. For noen var denne måten å innrette et tilbud på noe som de ønsket og kunne nytte seg av, for andre ikke. Vi må derfor tenke at metoden kan virke forskjellig, for ulike personer.

Effekten av intervensjonen må vurderes i relasjon til data om hvert individ før og etter intervensjon. I tilknytning til de tre effektmålene for MIA (komme tilbake i arbeid, redusere sykefraværet og bedre livskvalitet), vil vi her ta opp mulighetene for å vurdere effekt, i relasjon til hvilke data som foreligger og hvilke problemstillinger som er relevante å reise i relasjon til disse målene.

Å komme tilbake i arbeid - har alle samme sjanse?

Å komme tilbake til arbeid, er i dette tilfellet ikke primært et spørsmål om å bli frisk eller å bedre sin helse. De som har deltatt i metodeutprøvingen har redusert helse og deres helseprognose er usikker. Metoden retter seg ikke mot å bli frisk, men mot å finne fram til en yrkestilpasning som kan fungere med den arbeidsevne de har. Vi må derfor spørre oss om alle har samme sjanse til å komme tilbake til arbeid. Vi kan tenke oss at sjansene vil variere med hvor stor *arbeidsevne* den enkelte har og med *muligheten for tilpasning av arbeidet* for den enkelte. På lengre sikt vil tilpasningen også bestemmes av muligheten for å få andre jobber, jobber som stiller andre krav til utøveren. Sjansen for å komme tilbake til arbeid, er altså ikke bare avhengig av helsen, men også av egenskaper ved jobben og arbeidsgivers villighet til å finne tilpasset arbeid for personer med redusert arbeidsevne. Ikke alle har samme sjanse til å finne en annen, og mer tilpasset jobb, avhengig av de kvalifikasjoner som arbeidstakeren har.

Dersom en setter inn *det samme tiltaket, MIA-metoden*, overfor personer med ulike sannsynligheter for å komme tilbake til jobb, må en også forvente ulikt resultat for de enkelte gruppene. Vi må da forvente at de med de beste muligheter for å få tilrettelagt jobb, har størst sannsynlighet for å vende tilbake.

For å si noe om MIA har styrket den enkeltes mulighet til å komme tilbake i arbeid, kunne vi ha gjort visse antakelser om hvem som hadde hatt stor sjanse uansett til å komme tilbake i arbeid. Disse forutsetningene kan *sannsynliggjøres* gjennom bruk av trygdeforskning. Vi har i dette prosjektet ikke hatt egnede data til å gjennomføre en slik analyse. Vi har imidlertid gjennomført en diskusjon om metrisk problemer knyttet til evaluering av forsøksvirksomhet med utgangspunkt i Kjelstads arbeid (Kjelstad 1990). Kjelstad setter fokus på posisjoner i arbeidsmarkedet og den yrkesspesifikke sannsynligheten for uførepensjonering. Slike yrkesspesifikke data kunne vært interessante å etablere for MIA-materialet..

Et eksperimentelt design av evalueringen ville i seg selv ikke ha løst effektmålingsproblemet. Også et eksperimentelt design må vurdere de enkeltes sjanser for å komme tilbake i jobb og ev. bygge opp utvalg og kontrollgruppe slik at designet ivaretar også dette hensynet. Poenget med eksperiment- og kontrollgruppedesign er at gruppene skal være *like på relevante måter*. I små forsøk kan ikke dette spørsmålet ivaretas gjennom tilfeldig fordeling av forsøkspersoner. Det er også problematisk innen den gruppen vi her arbeider med å si hva som *er* relevante forskjeller, fordi vi ikke vet hva som skaper tilstanden. Vi kan derfor ikke sette sammen grupper ut fra antakelser om årsaksforhold. Vi vil anta at de mest relevante forskjeller her dreier seg om de forhold i arbeidslivet, om *relevante forskjeller i arbeidsforhold* for personer med redusert helse.

Reduseres sykemeldingene i perioden?

Spørsmålet forutsetter at personene kommer tilbake til jobb ganske kort tid etter intervensjonen slik at vi har en periode å måle «nytt sykefraværsmønster». Det forutsetter også at vi kan etablere et sammenlikningsgrunnlag, sykefraværsmønsteret i perioden før intervensjon mot sykefraværsmønsteret etter intervensjon.

Vi har her i dette spørsmålet fulgt opplegget for fellesevalueringen. Den foretar ikke noen kartlegging av sykefraværsmønsteret for den enkelte før intervensjon. Vi har valgt ikke å utvide datainnsamlingen med en kartlegging av sykefraværsmønsteret. Dette ville være omfattende. Vi kjenner derfor ikke sykefraværsmønsteret før de kom til MIA, med unntak av data fra intervjuer av vårt utvalg. Sykefraværsmønsteret i perioden etter intervensjonen skulle i fellesevalueringen fremkomme gjennom spørreskjema til trygdekontorene (E5). Disse dataene ble samlet inn, men er lagt til side på grunn av dårlig datakvalitet. Vi ser i denne evalueringen bort fra effekt på den enkeltes sykefraværsmønster. Vi mener også at det er urimelig å søke å måle en umiddelbar effekt på sykefraværsmønsteret. Mange har flere sykefravær bak seg, og gripes ikke tidlig i sin sykekarriere, noe som var en tanke bak programmet. Dette kommer vi tilbake til senere.

Bedres livskvaliteten?

Både Trygd og rehabilitering som program og MIA som prosjekt, har som mål at livskvaliteten skal beholdes eller bedres. Skal en vurdere om livskvaliteten bedres, må en definere hva livskvalitet er. Fellesevalueringen definerer livskvalitet som en variabel med seks

dimensjoner og sammenlikner verdiene på disse dimensjonene før og etter intervusjon. I fellesevalueringen er det gitt hvilke goder som inngår i den enkeltes livskvalitet.³

Den eksterne evalueringens hovedidé er at *livskvalitet er goder som den enkelte definerer i eget liv, at verdiene er subjektivt bestemt*. Vi opererer derfor ikke med et standardisert mål på livskvalitet. Vi spør videre: Er det livskvalitet generelt som er interessant å dokumentere? Tar vi utgangspunkt i hovedmålet, å vende tilbake til lønnet arbeid, vil vi mene at det er viktig å kartlegge og sannsynliggjøre *arbeidets plass i og betydning for livskvaliteten*. Vi kan da sin noe om det godet som ligger i lønnet arbeid for den enkelte, og derfor også litt om hva personene vil miste ved tapet av tilknytningen til lønnsarbeid. Hva dette innebærer, avhenger følgelig av hva slags gode lønnsarbeidet er for den enkelte.

Det vi i denne analysen gjør, er gjennom kvalitative analyser å sannsynliggjøre lønnsarbeidets (deres spesifikke jobb) betydning for deres liv, ut over den rent økonomiske. Livskvalitetsanalysen bygger videre på en arena- og virksomhetstankegang: Gjennom det vi gjør, blir vi den vi er. Vi handler ut fra posisjoner og roller knyttet til disse, og dersom vi faller ut av posisjonene (jobben) eller ikke lenger makter å fylle posisjonen ut fra andres og/eller egne forventninger, oppstår det ulike typer av tap, som får betydning for opprettholdelse av sosiale identiteter. Denne arenatankegangen peker videre mot at vi har virksomhet og forpliktelser i andre livsområder enn det som reguleres i arbeidslivet. Også hjemmelivet er en arena for arbeid. Derfor vil arbeidets plass i livskvaliteten dreie seg om mer enn lønnsarbeidets betydning.

Analysen av den enkeltes virksomhet og betoning av aktiviteter og verdier, tjener som grunnlag for å sannsynliggjøre hva slags tap i livskvalitet som oppstår, dersom en må:

- gå over i annen jobb i samme firma (BIA)
- annet yrke (annen yrkesmessig atfføring)
- redusert yrkesdeltakelse (private løsninger, ev. delvis trygd)
- gå ut av jobb (som privat løsning eller som trygd)
- miste roller hjemme

³Livskvalitet eller livstilfredsstillelse er svært generelt og bredt definert i Fellesevalueringens opplegg. Respondentene blir bedt om å ta stilling til seks utsagn og vurdere dem på en skala fra en til fem. De seks områdene dreier seg om egen helse, egen evne til å klare seg selv, yrkesituasjonen, den sosiale situasjonen, tilværelsen i sin alminnelighet og egen økonomi. Se Fellesevaluering 2. Registrerings skjema. SME Oslo, september 1993.

3.1.4 Målsettinger knyttet til metodens innretning og kvaliteter

Metoden bygger på medvirkning. Det innebærer at arbeidsformen i prosjektet ikke arbeider ut fra en ekspertmodell. En tar utgangspunkt i individets selvbestemmelse, og hva som er riktig å ville eller gjøre må ta utgangspunkt i individets verdier og preferanser. Dette utgangspunktet fordrer en annen relasjon mellom leg og lærd, med et større likeverd mellom profesjonskunnskapen og den kunnskapen den enkelte besitter om sin situasjon. Metoden bygger også på gruppeprosesser. Det innebærer at det ikke bare er den profesjonelle som gir råd, men åpner opp for deling av erfaringer mellom deltakerne. Er det noe som skulle tilsi at disse prinsippene var spesielt relevante for den gruppen vi her arbeider med? Er det slik at disse metodiske prinsippene gir bedre effekter enn andre tilnærminger i relasjon til metodens mål (tilbake til jobb, mindre sykemelding)? Er det andre verdier knyttet til denne tilnærmingen for denne målgruppen? Er det noe ved deres bakgrunn og erfaring som tilsier at det er ekstra viktig å bli hørt av den profesjonelle?

For å vurdere metodens innretning og relevans, ønsker vi naturligvis å høre oppfatningen til deltakerne. Men like viktig er det å kartlegge deres erfaringer med hjelpeapparatet for å vite noe om deres erfaringsbakgrunn som brukere og mottakere av (helse)tjenester. Dette gjør vi gjennom intervju med et utvalg av MIAs deltakere.

3.1.5 Prosessevalueringen

Det sentrale i en prosessevaluering er å kunne gi en framstilling av det som faktisk har skjedd, og deretter godtgjøre om de handlinger som ble iverksatt sannsynligvis fører til de resultater en kan registrere.

Prosessevalueringen startet opp med å rekonstruere MIA-prosjektets første fase (det som hadde skjedd før evalueringen kom i gang). Dette gjorde vi gjennom et seminar, der de prosjektansatte dels la fram prosjektets historikk og dels gjorde rede for de ulike tiltakene innenfor prosjektets metode (intervensjon): Hvorfor akkurat dette tiltaket? Hvorfor og hvordan tror en at dette vil virke i forhold til deltakernes problemsituasjon? Seminaret siktet også mot at de prosjektansatte skulle tydeliggjøre for seg selv og for de andre hva tenkningen i de ulike deltiltakene gikk ut på, og hadde slik sett også et formativt element.

Øvrige bidrag til prosjektets utvikling har bestått i seminarer om prosjektets medvirkningstenkning, og om vurderinger av metodens anvendbarhet for A-etaten og dens naturlige samarbeidspartnere, om MIA som intervensjons- og endringsmodell, samt hva som har vært typiske trekk ved de ulike gruppene, en erfaringsoppsummering.

Rekonstruksjonen av prosessen har også skjedd gjennom at evaluatorene har fått tilgang til skriftlige nedtegnelser prosjektansatte har gjort, og til arbeidsbøker som redegjør for tiltaket.

Prosesen er videre dekket opp gjennom observasjon, dels ved deltakelse i treningsdelen og i Idéverkstedet, dels ved tilstedeværelse på tremånederssamlingene for de deltakergruppene som er utvalgt til intervju. Det har vært lagt vekt på å legge opp observasjonen slik at evaluator i minst mulig grad har forstyrret de mest «følsomme» delene av intervensjonen. Oppfatningene til de prosjektansatte er innhentet gjennom intervju og uformelle samtaler i forbindelse med observasjon og seminarer.

3.1.6 Datakildene

Vår evaluering av MIA-prosjektet bygger på fire datasett:

1. Observasjonsdata fra prosjektet: Disse tjener flere formål. De danner bakgrunn for utforming av intervjuene vi gjør. De gir et datagrunnlag for å belyse MIA-intervensjonen som metode, hvordan den er tenkt fra de prosjektansattes side. Og de belyser utviklingsprosessen i MIA-prosjektet og metodeutviklingsprosessen.
2. Intervjudata. Vi intervjuer deltakere i tre grupper, samt noen personer spredd over flere grupper, til samme 26 personer. En person falt senere fra på grunn av lang reise. Intervjuutvalget utgjøres av 25 personer. Vi intervjuer både ved oppstart og tre måneder etter tiltaket. Det første intervjuet er ment å belyse helheten i den situasjonen deltakerne befinner seg i da de startet på MIA, og det legges vekt på å få fram forholdet mellom arbeid og deltakerens forståelse av livskvalitet, forstått som det som er av stor verdi i deres liv. Det andre intervjuet belyser deltakelsen på MIA og deres oppfatninger av hva som fungerte bra for dem, samt hvordan de nå oppsummerer sin situasjon og perspektivene framover. For å dekke grupper som deltok før evalueringen kom igang, er to grupper intervjuet retrospektivt, og her er intervjutemaene fra begge tidspunktene dekket i ett og samme intervju.
3. Spørreskjemadata fra fellesevalueringen. Den viktigste datakilden for oss er pre- og posttestskjemaene utfyllt av deltakerne selv, ved inntak og 12 måneder etter tiltaket. Skjemaene inneholder opplysninger om deltakernes plager, og om deres arbeids-, inntekts- og forsørgelsessituasjon.
4. MIA-prosjektets egne data innsamlet via spørreskjema til deltakerne og gjennom gruppesamtaler. Disse kan ikke kobles med de øvrige datakildene.

3.2 Evaluatrollen

Vi vil her gjøre noen refleksjoner om evaluatrollen. I dette prosjektet gir oppdraget evaluator oppgaven å gjøre både resultatevaluering og en evaluering av prosessen. Det skal også skje en formativ evaluering. Det siste er her å forstå som en tilbakeføring til prosjektet undervegs: Det du som formativ evaluator ser, bør du bringe tilbake til prosjektet, og målet med tilbakeføringen er å endre prosjektets praksis. Det klassiske forskerspørsmålet er da: Kan den samme personen evaluere resultatet når en som evaluator og i handling i stor grad har påvirket utfallet? Er ikke den formative rollen en slags (prosess)konsulent og bør skilles fra rollen som evaluator av resultatet? Hvordan avveier evaluator sin rolle i et felt med flere interesser og aktører? Og flere roller?

Vi vil her ikke gi et generelt svar på disse spørsmålene. Et poeng her er å tydeliggjøre hva evaluators rolle har vært: Hva evaluator kan påvirke, må også avhenge av *hva evaluator faktisk gjør* i sitt tilbakeføringsarbeid. Et annet poeng ligger i *hvem* som definerer evaluators rolle. Vi vil her peke på at evalueringsdesignet fra metodepanelet i kombinasjon med sentrale mål og verdier (brukermedvirkning) i det prosjektet som blir evaluert, la spesielle føringer for evaluator og evalueringens orientering, både metodisk og verdimessig.

Fra felteksperimentet til forsøksvirksomhet

Ser vi i klassiske metodebøker, er det ofte en gitt intervensjon som skal prøves og evalueres, og der en opererer med eksperiment- og kontrollgruppe (Kidder 198?). Det naturvitenskapelige eksperimentet er modellen, noe som også er den vanlige bakgrunnen i fag som sosialpsykologi. Ser vi på de klassiske tekstene om virkning av tiltak på arbeidsplassen, som Hawthorneforsøkene (Schein 1980:73-78), folks villighet til å utføre ordre (Millgrameksperimentet), gruppepressets innflytelse på persepsjon og vurdering i Ashs eksperiment (Brown 1965:670-672, Asplund 1987), er dette vanlige sosialpsykologiske eksperimenter. Denne faglige tradisjonen er fortsatt virksom, f.eks. omkring forståelse av gruppeprosesser. Imidlertid er det blitt et problem for denne tradisjonen at mange av de spørsmål som samfunnet stiller oss overfor, ikke er tilpasset eksperiment- og laboratoriemetoder. En må bevege seg ut i feltet. I klassiske tekster finner vi her felteksperimentet som Sherifs undersøkelser av lederskapets innvirkning på gruppene (Sheriff og Sheriff 1969). Vi er nå utenfor laboratorienes kontroll av betingelser, og der mange andre krefter vil virke inn og forme forløpet av prosessen og resultatet.

Går vi ut i evalueringshverdagen, vil vi nok finne at de ulike oppdragene kan møtes på ulike måter, der en i noen tilfeller kan nytte en eksperimentell tilnærming eller et ex post faktoreksperiment, noe Almås argumenterer for (Almås 1990). Han kan ha rett i at vi som forskere ikke alltid er så oppfinnsomme og prøver ut alle de muligheter som metodekassa tilbyr. Men det er også slik at deler av den prosjektvirksomheten som myndighetene ønsker å få evaluert, ikke er faste intervensjoner, men **forsøksvirksomhet**. Det ligger i forsøksbegrepet at dette dreier seg om tiltak eller problemløsning som kan endres underveis, etterhvert som en lærer. Forsøkets formål er å bidra til en lærings- og endringsprosess. Samtidig må forsøket kunne dokumentere seg overfor den eksterne, og kunne peke på relasjonene mellom hva en gjør og det en oppnår. Forsøksvirksomheten i denne utformingen blir derfor noe annet enn feltforsøk. Og kravet til evaluator om å gi tilbakespill til prosjektet, gir evaluator en annen rolle enn i et klassisk felteksperiment.

Hvem setter evalueringspremisser?

En problemstilling i evalueringsdebatten, har vært hvordan evaluator velger å posisjonere seg i et felt av interesser. Det er forskeren som må finne sitt ståsted i relasjon til de ulike interessene (Baklien 1985). Hvilke interesser og posisjoner styrer inn evalueringen i dette tilfellet?

Til evalueringens faglige innhold er det stilt betingelser, dels fra programmet «Trygd og rehabilitering», som prosjektet inngår i (Sosial- og helsedepartementet) og dels fra den arbeidsorganisasjonen som prosjektet MIA er lokalisert i, Arbeidsdirektoratet (Kommunaldepartementet). I dette tilfelle dreier det seg om to ulike departementsområder, og evalueringen er delfinansiert av partene. Men selv om evalueringsoppdraget og skissen for arbeidet er godkjent og finansiert av departementene, er det ikke departementene som er bestilleren. Bestilleren er i vårt tilfelle prosjektet selv, ved prosjektleder for MIA. Evalueringsbestillingen er et mandat som prosjektlederen i MIA har hatt. MIAs styringsgruppe har bare tatt evalueringbestillingen til orientering.

Evaluators ståsted i feltet blir gjennom dette, nært knyttet til prosjektet, noe som innebærer en lojalitet til dette. Vi er satt til å evaluere, på bakgrunn av det evalueringsopplegget som foreligger for Trygd og rehabiliteringsprogrammet. Innen disse rammer har evaluator, sammen med prosjektet MIA, utformet evalueringens innhold. Slik sett er ikke evaluatorenes lojalitet primært knyttet til det overordnede evalueringsprogrammet, ei heller til styringsinteressen i den etaten programmet er organisert i, men *til prosjektet*. Dette er et gjennomgående trekk ved organiseringen av den ekstern evaluering i «Trygd og rehabilitering» og er etter koordinators uttalelse, gjort med hensikt.⁴ Det er villet at evaluatorene knyttes til sine prosjekter. Rollen som evaluator er slik plassert i et felt av interesser og organisasjoner av det overordnede design av Trygd og rehabiliteringsevaluering. Det er derfor i dette tilfellet ikke forskeren som skal velge sitt ståsted (jf. Baklien 1985), selve designet har plassert forskeren i en posisjon. Naturligvis kan posisjoner fylles på ulike måter, men denne diskusjonen går det for langt å ta her.

Brukermedvirkningsperspektivet

Hva innebærer en slik plassering og forpliktelse? Her må vi se på hva nærhet til prosjektet innebærer. Prosjektet MIA er sitt program, prosjektet MIA er personer som arbeider med å virkeliggjøre programmets intensjoner. I MIAs prosjektskisse, der det heter at medvirkning er en viktig tilnærming i programmet, både mht. til utvikling og evaluering.

Det innebærer at vår tilbakemelding til prosjektet, vårt formative arbeid, skal hjelpe dem til å virkeliggjøre sine intensjoner om bl.a. brukermidvirkning. I dette prosjektet har den formative evalueringen, ut fra prosjektets egne metodiske premisser (medvirkning), fått hjelp til *avklaring av sin egen tenkning og praksis*. Dette har skjedd gjennom et seminaropplegget med valg av temaer som skulle tjene som innspill til deres egen prosess. Forskeren i feltet har ikke bidratt med råd om utvikling av programmet selv eller andre spørsmål knyttet til handling, men med kunnskaper om medvirkning, livskvalitet, intervensjonsmodeller og iverksetting. Det at vi er plassert *nær prosjektet*, ser vi også som en forpliktelse i relasjon til *det normative utgangspunktet* i prosjektet i MIA. Brukermedvirkning er i prosjektet både et normativt mål og metodisk prinsipp, se egnevalueringssrapporten s. 14.

Hva innebærer brukermidvirkning som sentralt verdipremiss for evalueringen? Medvirkning innebærer ikke bare at brukerne skal høres, som en av mange datakilder. At brukere av tiltak er en datakilde, er en selvfølgelighet uten at brukermidvirkning legges til grunn. Det innebærer at vi i evalueringen må gå inn i brukerperspektivet og se hvilke evalueringspremisses dette gir.

I tenkningen om brukermidvirkning i MIA, legger prosjektet selv vekt på en frihets- og en likhetsdimensjon (ibid). Frihet handler om individenes rett til å treffe egne valg. Likhet handler om kunnskapsmessig status, om likeverdighet og likestilling av profesjonskunnskap og brukerkunnskap. Det skal i en brukermidvirkningsprosess foregå en kunnskapsutvikling mellom deltakere og profesjonelle. Overført til evalueringssituasjonene, har dette konsekvenser for den status som tildeles deltakernes kunnskap - brukernes syn på sin tilstand må få gyldighet og likeverdighet som viktig kunnskap også for evaluator. Dette peker mot kunnskapen om egen situasjon som ligger i målgruppen. Å trekke fram deres erfaring med

⁴Dette ble sagt av Robert Rustad under høstseminaret for Trygd og rehabilitering 1. - 2. oktober 1994.

tiltaket MIA, er ett nivå. Men like viktig er det å trekke fram deres erfaringer med arbeidsliv og hjelpeapparat, for å tydeliggjøre deres problemsituasjon og problemforståelse. Det er i relasjon til denne situasjonen de søker hjelp i det offentlige hjelpeapparatet, og det er i relasjon til denne bakenforliggende situasjonen at MIA skal være relevant som hjelpetiltak og metode.

Evalueringsens design, med nær normativ forpliktelse overfor MIAs (normative) mål, har slik sett hatt stor betydning for evalueringens innretning.

Oppsummering

Går vi tilbake til utgangspunktet for dette avsnittet, stilte vi spørsmål om hvordan evaluators rolle, også som en prosesskonsulent, kunne påvirke prosjektet og dermed det som ble evaluert. Og om det derfor er rimelig å legge ulike roller til en instans. Vårt svar er at i hvilken grad vi som formative evaluators påvirker prosessen, avhenger av hva vi faktisk gjør. Derfor bør en som formativ evaluator være nøye med å beskrive sine handlinger i relasjon til prosjektet. Men det vi her observerer, er at det ikke primært er den formative evalueringen som har ført oss «nær» prosjektet, men det at prosjektet selv har bestilt evalueringen, og i bestillingen har lagt inn en faglig forpliktelse til de samme verdier som prosjektet MIA selv er tuftet på. Dette er som vi har påpekt, en villet konstruksjon fra SMEs side.

3.3 Intervjuet som kunnskapskilde

3.3.1 Brukerens medvirkning til evaluering?

MIAs program eller tiltak retter seg mot en gitt klientgruppe. Det er mange og gode grunner til å forholde seg til denne gruppens oppfatninger. Det er ofte slik at de forståelsesformer som programmer og tiltak bygger på, har liten relasjon til målgruppens mening, fortolkningsformer og erfaringer (Denzin 1990). Konsekvensen er at tiltaket ikke virker, fordi det er bygget på gale forutsetninger. I en evaluering er det derfor viktig å klargjøre hvordan prosjektets fortolkninger og forståelser er formulert, implementert og står i relasjon til den forståelse som legges i det livet som klientene lever. «The perspectives and experiences of those persons who are served by applied programs must be grasped, interpreted, and understood if solid, effective programs are to be created.» (Denzin *ibid.* s. 12). Også Aubert pekte på at de underprivilegerte og avvikende grupper lider under samfunnets mangelfulle forståelse av hvorfor de lever og handler som de gjør (Aubert 1985). Ved evaluering av tiltak rettet mot en klientgruppe, er det derfor både etiske og kunnskapsteoretiske grunner til å høre dem som opplever fenomenet/er i avvikssituasjonen.

Medvirkningsperspektivet og fortolkningens premisser

De etiske og kunnskapsteoretiske grunner for å høre brukeren, understrekes ytterligere av den foreskrevne praksis som ligger i det evaluerte prosjektet selv: Prosjektet har medvirkning både som et normativt utgangspunkt og som et metodisk prinsipp (se metodeboka). Det heter i prosjektskissen at «Brukermedvirkning vil bli lagt inn som et gjennomgående prinsipp, både vedrørende metodetilnærming og i utformingen av evalueringsmodeller.» (s. 3).

Med evalueringsmodeller sikter MIAs prosjektbeskrivelse både til prosjektets *egen modell for egnevaluering*, en fortløpende prosess som skal være del av prosjektets utviklingsarbeid og *en norm for den eksterne evalueringen*. Brukerne skal medvirke til å evaluere prosjektet og prosjektutviklingen. Skal vi ta brukeren på alvor, innebærer det ikke bare uforpliktende å innhente deres synspunkter, men også aktivt å forholde oss til deres problemer, normer og verdier, deres preferanser og ønsker. *De må gjennom sine ytringer også være med å legge premissene for den evaluering som gjøres.*

Å medvirke til en evaluering kan i dette perspektivet ikke bare være å gi forskeren data, som fortolkes ut fra forskerens og forskersamfunnets verdipremisser. Det er ikke bare forskeren som kan stille opp premisser. Ofte stiller oppdragsgiver premisser, noe som er vanlig i anvendt forskning. Dette er et trekk ved anvendt forskning og samfunnsvitenskapelig forskning generelt. De problemene vi stiller oss, allmennt og i relasjon til en evaluering, kommer i stor utstrekning utenfra, fra andre kilder enn forskersamfunnet selv. Dette gjorde Aubert til et normativt utgangspunkt for deler av samfunnsvitenskapen, for det han kalte problemorientert empirisme (Aubert 1985). I vår sammenheng kan det bety at også klientene, som programmene er rettet mot, må være medskapere av *fortolkningens premisser*.

Men vi kan ikke avlede entydige verdipremisser fra en gruppe av klienter. Også klienter har ulike verdier og interesser. De vil slik ikke foreligge *ett* brukerperspektiv. Å hevde et brukerperspektiv eller medvirkningsperspektiv, er slik sett ikke å hevde noe substansielt, det uttrykker i første hånd et normativt ståsted. Dette normative utgangspunktet må videreutvikles faglig for å bli gitt et faktisk innhold.

Kontekstualisering av hverdagsverden

Å ta utgangspunkt i at brukerne/klientene er viktige som premissleverandører, er ikke å hevde at brukeren er de *eneste* premissleverandørene. Det kan naturligvis også finnes andre relevante perspektiver. Selv om en tar utgangspunkt i kvinners hverdagsvirkelighet, er dette i følge Smith ikke nok. Hverdagsverden er organisert av sosiale relasjoner, som ikke er direkte observerbare i denne hverdagsverden. Slik blir aktørens ståsted et startpunkt, men ikke helheten (Smith 1988).

Dette har også konsekvenser for tolkningene av hva kvinnene forteller. Syltevik (1993) peker på at det finnes situasjoner der den utforskedes perspektiv er begrenset og representerer en vridt forståelse. Det kan være ting aktøren ikke vet. Skal vi da velge å se aktørens fortolkning som usann? Vil enhver fortolkning være å se deres selvfortolkning som symbol på noe annet? Det vil i så fall innebære at fortolkeren (forskeren) egentlig hevder å ha rett, hevder å ha den «virkelige» forståelsen. En bryter i tilfelle premisset om å likestille bruker-fortolkeren og forsker-fortolkeren. Vi står derfor overfor et problem mht. til klientens posisjon som premissleverandør og som kunnskapskilde.

Ingen har direkte adgang til den sosiale virkeligheten, verken brukeren eller forskeren. Vi har ulike posisjoner i et kunnskapsfelt, og ut fra disse posisjonene snakker vi med hverandre, både i situasjonen og i teksten. Aktørens utsagn er dermed ikke usanne eller uekte, de kan være sanne og ekte som utsagn om en opplevd verden.

Oppsummering

Vi vil her hevde at for å finne fram til tiltak som virker, må vi ha kunnskaper om målgruppens verdier og erfaringer. Og når vi skal utvikle offentlig politikk gjennom evaluering av tiltak, innebærer dette at målgruppens erfaringer og verdier også må tas inn i evalueringens premisser. Hva dette innebærer, er ikke åpenbart, bl.a. fordi brukerne ikke er noen homogen gruppe, og vi vil derfor finne ulike verdier og erfaringer i tiltakets målgruppe. Vi kan heller ikke gå ut fra at brukeren har full oversikt over alle relasjoner de har meninger og oppfatninger av - premisser kan være skjult for dem som aktører. Vi ønsker derfor både å få fram de ulike stemmer og vurderinger vi finner i materialet, men må også se på hvordan de relasjoner som erfaringer springer ut av, er konstituert. Dette er i vårt materiale spesielt gjort i relasjon til deres erfaringer med hjelpeapparatet.

3.3.2 Intervjuet som datakilde

I dette evalueringsprosjektet har intervjuet en sentral plass som metode, både for:

1. Å kartlegge verdier og ønsker hos individet i relasjon til livskvalitet og arbeid (forhold knyttet til subjektet).
2. For å få vurderinger av metoden brukerne har deltatt i (på bakgrunn av hvilke verdier og ønsker en har, både til å bli behandlet i hjelpeapparatet og i relasjon til hvilke sluttutfall en vil si seg fornøyd med). Brukermedvirkning innebærer at brukerne skal høres.
3. Vi bruker klienten også som informanter om hva de ulike delene av MIA faktisk inneholder. Da vi startet evalueringsarbeidet, var innholdet dårlig beskrevet på handlingsplanet. Vi ville derfor skaffe oss ytterligere kunnskap om det innholdsmessige gjennom observasjon, gjennom intervju med sentrale prosjektaktører, og gjennom informantens/klientens fortellinger. Klientenes fortellinger er på dette punktet én av flere datakilder.

3.3.3 Livskvalitet, intervju og tykke beskrivelser

Bruk av intervju for å kartlegge p. 2 og 3 er vanlig og krever normalt ingen problematisering. Bruken av intervju i relasjon til livskvalitetskartlegging, ønsker vi derimot å si litt om. I dette prosjektet er vi forpliktet til å evaluere prosjektet, ikke bare ut fra hvilke effekter MIA får for klientens tilbakevending til lønnet arbeid. Vi skal også si noe om betydningen for deres *livskvalitet*. MIA skulle bidra til at klientens livskvalitet skulle bedres, uansett om de kom tilbake til lønnet arbeid eller ikke. Bedret livskvalitet er det ene av evalueringens to effektmål. (Det andre er å komme tilbake til arbeid.) Et hovedspørsmål er derfor hva som er av betydning for kvinners livskvalitet, og hvilken plass jobben deres har i dette livsprosjektet.

I flere foreliggende undersøkelser er livskvalitet undersøkt, gjennom at livskvalitetsbegrepet operasjonaliseres av forskeren, det utarbeides indikatorer for dimensjonene, og forekomsten av de definerte indikatorene måles hos respondentene (S. Næss 1986, A.T. Mastekaasa, T. Moum, S. Næss og T. Sørensen 1988). Forskerne går vegen om en teoretisk utledning av hva som er goder for individet og måler deretter respondentens tilslutning til de forskerdefinerte indikatorene. Dette er også fellesevalueringens opplegg. Livskvalitet har i fellesevalueringen seks dimensjoner, og der hver dimensjon har en indikator med fem verdier. Det er vanskelig å se fellesevalueringen som et seriøst forsøk på å definere eller måle livskvalitet. Dimensjonene er allmenne og må antas å avspeile grunnleggende og relativt stabile dimensjoner hos

individet. Det virker derfor også lite meningsfullt å sammenlikne livskvalitet før og etter intervensjon. Det virker ikke rimelig at et enkeltstående tiltak skal ha stor påvirkning på grunnleggende dimensjoner.

Vi har i denne evalueringen valgt ikke å gå vegen om forskerdefinerte dimensjoner og indikatorer, men valgt en annen veg, vegen om de «tykke beskrivelser» (Geertz 1973, her etter Denzin 1990). Vi er i dette prosjektet ute etter å kartlegge den sosiale realiteten som kvinner opplever at de står innenfor, og hvilke verdier de tilslutter seg. Disse verdiene har betydning for deres ønsker og planer. Vi er interessert i de erfaringer som deltakerne gjør, i relasjon til arbeid og dets betydning for livskvalitet, i relasjon til MIA program. Livskvalitet handler i stor grad om det som har verdi i det enkelte liv, og slik sett en dimensjon som ikke kan kartlegges uten subjektets medvirkning. For å få tak i disse brede sammenhenger, har vi gått vegen om «tykke beskrivelser» (ibid). For å vite noe om livet selv, har vi intervjuet kvinner om innholdet og betydningen av ulike livsområder og arenaer. Våre beskrivelser består av større, åpne intervjuer med den enkelte klient, organisert rundt noen temaer. (Og av intervju med ansatte på MIA, samt feltnotater fra egen tilstedeværelse i prosjektet.) Dette kan være en nødvendig framgangsmåte for å få tak i deltakernes erfaring. Vi forstår her ikke erfaring som å høste et slags «bevissthetsinnhold» hos individet. Erfaringen er integrert i individet, forstått som en del av individets liv, og er slik en del av individet selv. Å erfare er en del av vår prosess med å skape oss selv som person. Erfaringen er slik sett ikke noe ytre i relasjon til personen selv (Scott 1992). Det vi søker å få fram er grunnleggende verdier, verdier som har betydning for de valg og avveininger som individet vil gjøre i den arbeids- og helsesituasjon hun står.

Evalueringens bedømming av om manglende tilbakekomst til lønnsarbeidet svekker livskvaliteten, godtgjøres gjennom å se på hvordan kvinnene faktisk lever og planlegger å ivareta det som er viktig for dem, ev. innen andre arenaer enn lønnsarbeidet og arbeidsplassen. Dette er en tolkning som i dette tilfellet forskeren gjør.

Del 2

EVALUERING

Evalueringsperspektiv og disponeringen av stoffet

Ut fra mandatet vi som evaluator har, må vi forholde oss til to evalueringsperspektiver som er redegjort for i forrige kapittel:

- Et perspektiv hentes fra MIAs mål og mandat
- Et annet perspektiv hentes fra klientenes rolle og status i prosjektet

1. Brukernes medvirkning til evaluering - brukerperspektivet

Brukernes evaluering av MIA skulle i dette prosjektet tjene til forandringer undervegs, være innspill til prosjektets egenevaluering, samt tjene som deler av datagrunnlaget for ekstern evaluators evaluering av prosjektet og prosjektutviklingen. Derfor må også brukerens perspektiver eller evalueringskriterier være en del av evalueringens grunnlag av metoden.

Vi må derfor presisere hva som kan sies å være *brukerens perspektiv*. Vi har brukt to kapitler (se Del 3, kapittel 11 og 12) for å undersøke brukerne og deres bakgrunn, i hjem, arbeid og i relasjon til hjelpeapparatet. Hva er det de ønsker seg, i sine private liv og hva er det de skal hjelpes til i den situasjonen de befinner seg i? Hva er deres krav til et godt hjelpeapparat? Her vil vi syntetisere funnene i kapitlene 11 og 12 til *to brukerinteresser*:

- *Hjelpeinteressen*. Mange kvinner opplevde at hjelpeapparatet ikke var noen aktiv hjelper. De kunne føle seg oversett eller at deres situasjon ble bagatellisert. De syntes ikke legen var aktiv nok eller prøvde ut mulighetene på en aktiv måte. De følte seg satt på venting, med litt tålmodighet vil nok en diagnose dukke opp. Men bare å bli trodd og forstått, var heller ikke bare noe gode - ikke noe skjedd, de ble ikke bedre av omsorg og velvilje når sykepengere rettighetene rant ut i sanden. Og de visste ikke nok om muligheter. Andre beskrev seg selv som den aktive, den som foreslo overfor legen og den som organiserte opp de muligheter som fantes. Noen har gått i utallige behandlingstiltak, dels i samråd med behandlende lege, men uten å bli bra. For mange har det vært en stor økonomisk belastning. (For en utdyping av hvem som tar ansvar for prosessen, legen eller klienten, se også Alm Andreassen 1998b.)

Kvinnene ønsket at noe skulle skje, de ønsket handling. Dette kaller vi *hjelpeinteressen*. De ville primært bli friske/bedre, de ville ha en effekt. Men de ønsket også hjelp til avklaring av sin situasjon, til å finne fram i hjelpeapparatet, få foretatt nødvendige undersøkelser og annet som kan avklare situasjonen.

Dette peker mot *kvaliteter ved sluttresultatet*, resultatet av en prosess og effekten av tiltak.

- *Verdighetsinteresse*. Vi fant i kvinnenens fortellinger at de hadde opplevd seg krenket, både ved ikke å bli trodd («det sto psykiater på døra») og ved at legen la an perspektiver som ikke skulle høre til den medisinske diskurs («det du trenger er et mannfolk»). Eller at de som pasienter ikke ble sett som interessante eller verdige til å bli hørt av legen. Deres historier og innsikter hadde liten verdi. De ønsket en verdig behandling, noe vi også har påpekt er nødvendig for å styrke/gjenreise selvtillit og handlekraft hos individet. Dette kaller vi *verdighetsinteressen*.

Verdighetsinteressen peker mot *kvaliteter ved prosessen og kommunikasjonen*. Dette handler ikke bare om hva du gjør, hvilken hjelp du gir, men også om hvordan denne hjelpen blir gitt.

For evalueringen innebærer det at brukerperspektivet både stiller krav *til prosessuelle kvaliteter og til effekten av tiltaket/metoden*. Vi kan si at gode situasjoner i seg selv ikke er nok, dersom de ikke også gir resultater. Det er ikke nok at legen er hyggelig, omtenkksom og trøstende, dersom aktive tiltak for rehabilitering eller avklaring uteblir.

2. MIAs mål og mandat - målevalueringsperspektivet

MIA som prosjekt har som oppgave å utvikle en metode. Metoden skal ha *som effekt* at deltakernes sykefravær reduseres, deltakerne beholder eller får lønnsarbeid, hindres i å utvikle varig uførhet og øker sin livskvalitet. Livskvalitet er igjen noe som kan beholdes ved å være i arbeid (prosjektskissen s. 2) eller ved at metoden setter individet i stand til å treffe andre valg ut fra egne verdier. Dette oppnår en metodisk ved å legge til rette for situasjoner som åpner for flere valgmuligheter (Rokic og Glenne 1996, s. 16).

At metoden setter individene i stand til å velge, vil vi her definere som *et resultat av metoden som prosess*. Slik sett er det å beholde eller øke sin livskvalitet et prosessresultat, samtidig som livskvalitet er definert som en ønsket effekt på linje med redusert sykefravær osv.

3. Evalueringens problemstillinger

Samler vi våre to tilnærminger til evaluering, hentet henholdsvis fra brukerperspektivet og fra MIAs mål og mandat, kan vi sammenfatte tilnærmingene i følgende problemstillinger:

Kan vi vise noen effekt av MIA som metode?

- Får kvinnene redusert sitt sykefravær?
- Kommer kvinnene tilbake til lønnsarbeid?
- Har metoden effekt på kvinners livskvalitet, i den betydningen at de kommer tilbake til lønnet arbeid?

Har MIAs metode et prosessuelt forløp og opplegg som moter brukergruppens krav og prosjektets egne metodiske mål og prinsipper?

- Gjenspeiles tiltakets tenkning i iverksettingen av programmet?
- Gjenspeiles tiltakets tenkning i brukerens erfaring?
- Er metodikken et svar i relasjon til viktige problemer som klientene har møtt i hjelpeapparatet? Blir de trodd, opplever de seg verdig behandlet?
- Får klientene hjelp til å definere sine egne verdier/mål?
- Settes de i stand til å gjøre valg ut fra egne verdier og velge goder i eget liv?
- Får prosjektet til å bruke og verdsette klientens kunnskaper og sidestille denne kunnskapen med profesjonskunnskapen?
- Svarer tiltakene på klientens forventninger eller etterspørsel? Opplevs MIA som relevant i deres situasjon?
- Skaper organiseringen av MIAs deltak (summen av tiltak) en synergieffekt?

Vi har delt evalueringen i 7 kapitler, kapittel 4 - 10:

I kapittel 4 ser vi på klientgruppens sammensetning, hvem brukeren av nye tjenester er. Det er viktig å se på målgruppens sammensetning, fordi virkninger av tiltak må ses i relasjon til ressurser og krav i målgruppen.

I kapittel 5 gjennomgås *MIA som prosjekt*, vi ser på ressurser og tidsbruk fordelt på oppgaver, samt problemstillinger knyttet til prosjektets utvikling. Det er viktig å se på hvilke ressurser og kompetanse som ble brukt i prosjektutviklingen, dersom en tar sikte på videreføring av metoden.

I kapittel 6 gjennomgår vi medvirkningen slik den ble forstått og praktisert i MIA, og gjør en sammenlikning med medvirkningsprinsipper og gjennomføring i prosjektet LINA, et prosjekt i samme programportefølje. Vi vier her medvirkning spesiell oppmerksomhet, fordi medvirkning som etisk og metodisk prinsipp sto sentralt i prosjektet MIA.

I kapittel 7 gjennomgår vi brukerens oppfatning av MIA samlet og utførelsen og relevansen av de enkelte tiltak. Her blir brukeren hørt mht. relevans av de ulike tiltak og metoder som ble tatt i bruk, samt fagpersonene i MIAs holdninger til dem som gruppe.

I kapittel 8 og 9 ser vi på *MIA-metodens effekt*, knyttet til to hovedmål, å få personene tilbake til lønnet arbeid, samt tiltakets betydning for utvikling av livskvalitet. Et hovedspørsmål er om brukeren ett år etter er tilbake i jobb eller ser ut til å vende tilbake til arbeidslivet. Et annet spørsmål er om deltakelse i MIA har styrket deres evne til å formulere egne verdier og handle i relasjon til dem?

Vi avslutter evalueringen i kapittel 10. Vi knytter tråden fra MIA som metode til en av MIA-prosjektets hovedmål, å bidra til en modell og metode til nytte for arbeidsmarkedsetaten og samarbeidspartnere på lokalt nivå. Vi ser her på hva «MIA er» og hvordan arbeidsdelingen og prosessen etter overføringen av yrkesmessig attføring til arbeidsmarkedsetaten ser ut. Dersom metoden er nyttig, hvor hører den hjemme?

Kapittel 4. Hvem er brukerne av MIA?

4.1 Innledning

Når vi skal vurdere hvilke *virksomheter* vi oppnår gjennom et tiltak eller en intervensjonspakke som MIA, må vi i utgangspunktet gi en beskrivelse av gruppen som er omfattet av tiltaket. Hvordan tenker vi oss at en intervensjon virker? Dersom vi har en sammensatt intervensjon og en forskjelligartet gruppe, vil vi ikke kunne vente den samme effekten av tiltaket hos de ulike deltakerne: Et tiltak vil gi ulike effekter for ulike deler av målgruppen. Vi må derfor ha en oppfatning om hvordan målgruppen er sammensatt og om likheter og forskjeller i målgruppen.

Når vi skal se på graden av homo/heterogenitet i målgruppen, hvilke likheter og forskjeller er relevante med tanke på metodens virkning? Hva er en *relevant* beskrivelse av deltakerne? Hva er relevante kjennetegn ved personen eller ved personens liv i relasjon til virkninger av MIAs intervensjon?

4.2 Hva er en relevant beskrivelse av deltakerne?

I populasjonen er 90 % kvinner, i utvalget vårt er alle kvinner. Dette er situasjonen fordi de få menn vi hadde i materialet falt ut av vårt utvalg (se metodekapitlet). Vi mangler derfor menns erfaringer i empirien. Vi må derfor velge å konsentrere oss om *kvinner og kvinners erfaringer*.

Et sentralt faktum bak prosjektet er at alle deltakerne er sykemeldte og vurdert som ikke arbeidsdyktige. De er alle bærere av liknende smertesyndromer. Imidlertid vet vi lite om årsaker, og kan ikke utelukke at årsakene bak sykdomstilstanden kan være forskjellig for deltakerne. Vi kan derfor ikke si at de har «samme» sykdom. Det vi kan si er at de alle er sykemeldte, dvs. at de ikke kan utføre den jobben de for tiden har. *Sykdom, som redusert helse, må derfor ses i relasjon til den type jobb den enkelte har*. Det er jobben de ikke klarer. Det er derfor interessant å kartlegge i hvilke jobber vi finner våre deltakere, finner vi et visst yrkesmønster? Yrkesmønsteret sier ikke nødvendigvis noe om yrker som årsak til sykdom. Yrkesmønsteret blant de sykemeldte sier derimot noe om hva kvinner med muskelsmerter ikke klarer av.

Det er derfor interessant å se på hvilke bevegelser/funksjoner som deltakerne ikke kan utføre uten betydelig grad av smerte, og sammenholde disse bevegelsene med de krav som jobbene stiller. Er det en enkel sammenheng mellom yrker og smertevoldene bevegelser?

Attføring?

Jobbtilknytningen reiser også et spørsmål om jobbens betydning for utløsning av den sykdommen de er bærere av. Dette forsøksprogrammet er imidlertid ikke opptatt av årsaks-virkningsforhold av sykdom, men av virkninger av tiltak for den syke. Vi må hele tiden ha klart for oss at intervensjonsprogrammet ikke har som siktemål å bedre deltakernes helse, og

gjennom bedret helse («bli frisk») å kunne vende tilbake til arbeidslivet. Siktemålet er å avklare forholdet mellom helse, redusert arbeidsevne og framtidig tilpasning til arbeidet. Også personer med redusert arbeidsevne skal kunne ha en plass i arbeidslivet. Dette er noe av intensjonen bak «Arbeidslinja».

Dersom prosjektet MIA skal nå sitt mål, å få personene tilbake i lønnsarbeid, må enten personen takle jobben på en ny måte, jobben tilpasses personen eller virksomheten må finne fram til annet høvelig arbeid. Alternativet er å få hjelp til å finne nytt arbeid, nytt yrke. Hvilke jobber MIA-klientene har, har derfor betydning for muligheten til å vende tilbake til den jobben de er sykemeldt fra, med de plager de har.

Dersom vi tenker i omstilling, er det ikke uten betydning hvilken utdanning personene har. Dette har betydning for hvilke segmenter og arbeidsområder som kan være aktuelle. Eventuelt kan utdanningsnivået si noe om hvilke rekvalifiseringsoppgaver som ligger foran deltakerne på MIA.

Hva er gifte kvinners arbeid?

Perspektivet i «Arbeidslinja» forholder seg til individenes relasjon til lønnet arbeid og egen forsørging. Men vi vil her også peke på hus- og omsorgsarbeidet for andre som en sentral virksomhet. Denne virksomheten faller normalt utenfor det arbeidsbegrepet som offentlig politikk opererer med. Vi mener at det er viktig også å forstå kvinners tilknytning til husarbeidet og hjemmet. Også i hjemmet er det oppgaver som skal løses, oppgaver som krever arbeidskraft og førlighet og som tradisjonelt er blitt tilskrevet kvinner. For å forstå kvinners situasjon, vil vi derfor også gi en oversikt over forhold ved husholdet som gir indikasjoner på det ulønnede arbeidets type og omfang.

Møter med hjelpeapparatet

Men individene har også gjort noen sentrale erfaringer i møtet med hjelpeapparatet som kan være relevante ved vurderingen av MIAs metode. Programmet er lagt opp for å kunne møte klienter på en annen måte enn hva hjelpeapparatet tradisjonelt har gjort. Derfor er det ikke uten betydning å belyse noen av klientens sosiale erfaringer i møtet med hjelpeapparatet. Dette ble også viktig for oss, fordi disse erfaringene også fremsto som sentrale for mange av dem vi intervjuet. Vi vil derfor se på hvorfor dette er så viktig for dem, og om det her ligger poenger/kritikk som MIAs metodologi er i stand til å møte. Dette vil vi gjøre i et eget kapittel, på grunn av stoffets omfang (kap. 13 og 14 i rapportens del 3).

Her vil vi først se på forholdet mellom bevegelse/aktiviteter og smerte, deretter på lønnsarbeid, plagenes relasjon til jobben og utdanningsnivå og til slutt på familiesituasjon og familiearbeid.

4.3 Bevegelighet og smerte

Dersom vi starter med helsen, er det ikke så mye vi isolert kan si om den. Alle som var med på tiltaket var sykemeldt på grunn av muskel- og skjelettplager. De fleste deltakerne, 59 av 72, har ved legeundersøkelsen før start fått diagnosen Fibromyalgi på grunnlag av oppfylte ACR 1990-kriterier (Rokic og Glenne 1996, s. 30). Diagnosen sier ikke noe om årsak og viser

derfor heller ikke til årsak-virkningsforhold innenfor det medisinske kunnskapsunivers, og peker derfor ikke mot spesifikke medisinske rehabiliteringstiltak for å restituere personen. Dette er også grunnen til at en lager forsøk, som MIA, med intervensjoner basert på tiltak som også utgår fra sosialvitenskapelig tenkning. Sykdommens betydning i denne sammenheng er at den *reduserer personenes arbeidsevne og sosiale fungering*.

Vi har her data om hvilke bevegelser de kan gjøre eller ikke gjøre uten at det gjør vondt.

Tabell 1: *Opplevelsen av smerte i relasjon til bevegelser og aktiviteter. Absolutte tall⁵ N=72*

Aktiviteter	Noe eller lite smerter	Sterke smerter
Kjøre bil	45	9
Kle på seg	58	10
Gå	51	17
Stå	47	20
Bøye seg	44	24
Sove	43	25
Sitte	38	29
Gå i trapp	38	30
Husarbeid	34	36
Skyve og dra	27	40
Løfte	22	46
Løpe og jogge	19	47
Bære	16	51

Vi har her rangert aktivitetene etter stigende antall som rapporterer smerter. Vi ser her at de hverdagslige tingene som å kle på seg, kjøre bil, gå og stå ikke er spesielt smertevoldende for de fleste. Ser vi derimot på bunnen av tabellen, ser vi at husarbeid, skyve og dra, løfte, jogge og bære gir store smerter for halvdelen av utvalget eller flere. Husarbeid er også en samlekategori, ettersom husarbeidet inneholder både bæring og løfting, skyve og dra, gå i trapper og bøye seg.

Slike data sier imidlertid ikke noe i seg selv. Hva de ev. ikke kan gjøre, har betydning i relasjon til hva som er deres daglige oppgaver. De daglige oppgavene har våre klienter innenfor to sfærer, *innenfor lønnsarbeidet* (som de er sykemeldt/fritatt fra) og *innen den personlige sfæren*. Innen den personlige sfæren er ikke forpliktelser kontraktmessig organisert, og fritak skjer derfor heller ikke ut fra legers sertifisering. Det er heller ikke arbeidsevnen i relasjon til familiesfærens arbeidskrav som legen vurderer i våre tilfeller, og sykepengene er ingen kompensasjon på det eventuelle velferdstapet som et hushold påføres dersom et medlem ikke lenger er arbeidsdyktig eller har redusert arbeidsevne. Vi ser av tabellen at mange vil ha vondt for å gjøre husarbeid. Dersom deler av kvinnenens virksomhet er utføring av husarbeid, må vi også undersøke denne delen av deres arbeidshverdag. Dersom vi holder oss bare til lønnsarbeidet, det arbeidet kvinnene er sykemeldt fra, vil vi miste helheten i

⁵Utgangspunkt for tabellen er Fellesevalueringen, skjema E2. Jeg har her forenklet noe ved å dikotomisere variablene for å få fram hovedtendenser. Det innebærer at ingen/lite/noe er slått sammen og mye/sterke/uutholdelig er slått sammen. Uoppgitt er ikke tatt med i tabellen.

kvinnens virksomhet. Vi vil da heller ikke fange inn muskelsmertetilstandens reduksjon av den samlede arbeidsevnen. Husarbeidet og dets betydning vil vi komme tilbake til i kap 10 og 11.

4.4 Lønnsarbeid

Data om smerte og bevegelser vil vi først knytte til utføring av arbeidsaktiviteter. Redusert bevegelse og smerter har ikke den samme arbeidsnedsettende karakter i alle yrker. Forskere kan gå på jobben med brukket ben, men ikke rengjøringspersonalet. Samme syndrom fører derfor ikke til den samme grad av reduksjon i arbeidsevne i alle posisjoner i arbeidsmarkedet. Vi skal derfor kort se på hvilke yrkesgrupper som er representert i dette materialet og utdanningsnivået i gruppen.

Tabell 2: Deltakernes fordeling på ulike yrkesområder. N=72

Yrkesområder	Omsorg og pedagogikk	Service- og tjenesteyting	Kontor og administrasjon	Fag- og produksjonsarbeid	Sum
Antall deltakere	26	24	15	7	72

Kilde: Rokic og Glenne 1996 s. 35

- Vi finner deltakerne innen fire områder i arbeidslivet, omsorg, service-, kontor- og fagarbeid. Innen omsorg og det pedagogiske området finner vi 26 personer, som fordeler seg med to på sosialt arbeid, ni innen helsevesenet, 15 innen pedagogisk arbeid (skole, førskole, barnehage)
- Innen servicesektoren finner vi 26 personer fordelt på ni renholdere, fire kantinearbeidere, to selgere, sju butikkansatte og to innen transport
- Innen kontor- og administrasjon finner vi 15 personer
- Innen fag- og produksjonsarbeid finner vi sju personer

Mange av de yrker vi finner våre klienter i, har store innslag av løfte, bære, slepe og dra. Renhold innebærer mange av disse bevegelsene. Likeså arbeid med små barn, her kategorisert under pedagogisk arbeid. Barn skal kles på, løftes opp, stelles og trøstes. Å være butikkansatt innebærer også mange løft, ved at de må bære fram varene, merke og sette i hyller. Mye produksjonsarbeid har de samme belastningene.

56 % av deltakerne på MIA opplevde også arbeidet som fysisk belastende, og ytterligere 27 % opplevde arbeidet som noe belastende. Ser en på hvilke belastninger det dreier seg om, oppga 43 % av respondentene at de i halvparten av tiden eller mer arbeidet med gjentatte bevegelser og i ryggbelastende stillinger. Her finner vi personer med yrker i helse og sosial, rengjøring, butikkarbeid og produksjonsarbeid.

44 % av kvinnene arbeidet halvparten av tiden eller hyppigere med gjentatte bevegelser. I denne gruppen finner vi butikkarbeid, kontor/administrasjon og produksjon. Det var færre som arbeidet med hendene løftet over hodet. Alle oppga at arbeidet var mer eller mindre/noe psykisk belastende. Hva belastningene består i, vil vi komme nærmere inn på.

Arbeidstempo og arbeidsmengde

Hva en kan gjøre uten smerter, betyr mye for om en kan være på jobben eller ikke. Dette er også slik en tenker bak opplegget for Fellesevalueringen. Men spør vi de berørte selv, er det ikke det rent fysiske ved jobben som de trekker fram når vi spør hva de ikke klarer. Ser vi på data fra YRK⁶, finner vi at spesielt fire faktorer skiller seg ut som hyppig nevnte belastninger. Dette er at arbeidet er stressende, at tempoet er høgt, at arbeidsmengden er for stor og at en måtte gjøre for mange ting samtidig. Dette peker på trekk ved jobbene, at presset er for stort, i alle fall større enn de kan klare over tid. Dette peker ut over bevegelsene i seg selv. Arbeidet foregår under press og det er for mye å gjøre. Men det sier også noe annet om situasjonen. Dersom vi ser sykefravær som situasjonsbetinget, får vi her beskrivelser av arbeidssituasjoner der det er liten mulighet til individuell tilpasning av arbeidets utføring og tempo. Sykefraværet vil da være en individuell mestringsstrategi. En blir borte for å komme seg igjen, men uten at sykefraværet løser problemet (Brandt 1984).

I det utvalget vi intervjuet kom belastningen dokumentert gjennom Yrkesprogrammet fram, særlig i samtaler med personer i butikk og kantine. For butikkansatte dreide det seg om rasjonalisering, der de var få ansatte og vaktssystemer som fikk som konsekvens at bare noen jobber på et gitt tidspunkt, noe som også gjør det vanskelig å be om hjelp eller avlastning ved tunge løft i denne perioden. Tunge løft innebærer ikke at hver kasse er så tung, men at det til sammen blir for mange kasser å løfte. For kantineansatte var situasjonen ofte at omfanget av virksomheten økte over år, uten at bemanningen ble økt. Dette gjaldt spesielt små bedrifter, der en dames arbeidskraft hele tiden ble tøyd. Men vi fikk også pressproblemer belyst fra personer som driver telefonsalg og service i offentlig virksomhet. Arbeid som til dels utføres under press (kunder står i kø, en har flere telefoner på venting) og den som sitter nærmest kunden får misnøyen fra kundene når kapasiteten er for liten eller når andre i systemet har gjort en feil.

Endrede krav og konflikter

Fra intervju med vårt utvalg fikk vi rapportert sider ved yrkesutøvelse som opplevdes som belastende, f.eks. avveininger og prioriteringer innenfor et jobbmråde som var i endring. Dette kunne være vanskelig, spesielt når den overordnede instans ikke var villig til å forholde seg til problemene. Dette var en generell tendens.

Vi hadde også flere i profesjonelle yrker i det offentlige, helse- og omsorgstjenester, til dels ledere ved tjenestesteder som rapporterte dette. De vurderte også ofte jobben som stressende, at arbeidsmengden var for stor og at de måtte gjøre mange ting samtidig. De følte ofte at de skulle imøtekomme uendelige krav, fra de ansatte som arbeidsleder og veileder, fra foreldre og fra den kommunale ledelsen. Presset kunne komme av at tjenesteledere var tillagt (stadig) flere funksjoner, og det førte til umulige valg og prioriteringer mellom mange faglige og administrative viktige oppgaver, oppgaver som også den overordnede instans forventet ble ivaretatt.

Et moment som kom opp i intervjuer i Oslo, var den merbelastning på tjenestesteder som delegasjonsreformer i bydelene hadde skapt. Budsjett- og personalansvar var i stor grad

⁶ Data som er nedfelt ut fra gruppearbeid i den yrkesavklarende biten av prosjektets opplegg

overlatt det enkelte tjenestested, noe som økte de administrative oppgavene uten at tjenestesteder ble tilført verken ressurser eller kompetanse. Samtidig hadde de ulike tjenester ikke lenger en byomfattende sentral enhet med ekspertise etter at tjenesteansvaret ble overført til bydel i 1987/88. Den administrative oppbyggingen i hver bydel dekket ikke etterspørselen (for en utdyping, se Nørve og Sæter 1996).

I hele materialet sier 27 % at de opplevde jobben som psykisk belastende og ytterligere 39 % som noe belastende. Av de belastninger som vi har data om, er konflikter mellom ansatte og ledere de mest hyppig nevnte. 12 % opplever ofte konflikter og 31 % av og til. Konflikter mellom ansatte eller mellom ansatte og utenforstående er sjeldnere nevnt. Fra intervjuene kan vi også bekrefte problemer med interne konflikter, spesielt i skole- og barnehagesektoren.

Ønsker til en framtidig jobb

Hva ønsket de seg så i en framtidig jobb⁷? Naturlig nok ønsker de seg forhold som svarer på de problemer som de opplever. Men ønskene forteller også om andre sider ved den arbeidssituasjonen mange opplevde. Ønskene til en framtidig jobb er ofte en negasjon av det de opplever i den jobben de er sykemeldt fra. Det kvinnene ønsker av en framtidig jobb, kunne karakteriseres av seks faktorer. De ønsker å arbeide i fred og ro, ha fleksibel arbeidstid, ha variert arbeidsstilling og kunne planlegge dagen selv. Og våre respondenter ønsker også å ha varierte arbeidsoppgaver og møte utfordringer i arbeidet. *De ønsker kontroll og rimelig belastning, men ønsker også utfordring.*

Det er ett poeng i seg selv at mange ikke har fleksitid. Oppmyking av arbeidstidsordninger har ikke kommet alle kvinneyrker til gode.

Er plagene arbeidsrelaterte?

Vi må her skille mellom arbeidet som årsak eller utløser av sykdom og fravær fra arbeid som følge av sykdom. Det er tidligere vist at over halvdel av pasienter med plager i muskel- og skjelettsystemet selv mener at fysisk belastning på jobben var medvirkende årsak til plagene (Tellnes, Håland og Brødholt 1992:1987). Vi har hittil sett på hva ved arbeidet som er smertevoldende og hva de for øvrig ikke tåler eller ønsker i jobbsituasjonen. I hvilken grad ser brukerne sine problemer som arbeidsrelaterte? 44 % fant et slikt spørsmål irrelevant. 25 % mente at plagene skyldes jobben. Går vi så inn og ser hvilke yrker dette dreier seg om, finner vi flest i renhold og kontorarbeid. Bare to av 14 innen skole og barnehage kunne tilbakeføre plagene til jobbrelaterte årsaker. Det kan se ut som om vårt utvalg er avvikende. Men dette er usikkert fordi Tellens, Håland og Brødholt's arbeid ikke skiller på kjønn.

Sammenlikner vi dem som anser forhold ved jobben som årsak til plagene, med de som ikke gjøre det, finner vi at de med jobbrelaterte plager langt sjeldnere sier seg tilfreds med egen arbeidssituasjon enn de andre. Totalt er det ca. 20 % som sier seg tilfreds eller svært tilfreds med egen yrkessituasjon. Blant dem som holder forhold på jobben som årsak til plagene, er tallet nede i ca. 7 % (en av 14).

55 % oppga at de oppfattet jobben som fysisk belastende. Vi ser altså at det er mange som ser jobben som fysisk belastende, uten at de ser denne belastningen som årsak til plagene.

⁷ Vi har her valgt å bruke data som har framkommet gjennom registreringer i gruppearbeid i løpet av prosjektet

4.5 Utdanning

Personene spenner i alder fra midt i 20-årene til ca. 60. Ut fra at så mange kohort er representert og hver med få personer, er det vanskelig å si noe om utdanningsnivået for den gruppen som har gått på MIA i relasjon til populasjonene for øvrig.

Tabell 3: Deltakernes fordeling på utdanningsnivå etter høyeste utdanning⁸

Utdanningsnivå	Grunnskole	Videregående	Høyskole/universitet	Sum
Antall	26	48	15	89

Kilde: Rocik og Glenne 1996 s. 33

Innen gruppen videregående utdanning, finner vi en del med yrkesutdanning.⁹ I tillegg kommer en rekke yrkesrettede kurs. Halvparten av det utvalget vi intervjuet hadde yrkesrettet utdanning, og like stor andel hadde ett eller flere yrkesrettede kurs. Politikken innen yrkesrettet attføring har også vært å prioritere korte og yrkesrettede kurs. Derfor vil vi her se litt på hva en slik utdanningsprofil innebærer, med relativt kort allmennutdanning og yrkesutdanning. Det vil ofte innebære at en som arbeidstaker forblir i det samme arbeidssegmentet. Vi fant eksempler på yngre kvinner med handel- og kontorlag, med arbeid innen regnskap og som fikk tilbud om Edb-kurs. De oppfattet sine plager som jobbrelatert, og mente at de ikke tålte gjentatte bevegelser. Det var lite som tilsa at Edb-kurs kunne føre til endringer i arbeidssituasjonen. Edb-bruk innebar «mer av det samme».

Generelt vil vi peke på at selv om hovedtyngden av kvinner i undersøkelsen ikke har spesielt lav utdanning (de har noe), så er det likevel ikke slik at det er lett å skifte jobbsegment. For dem uten utdanning har situasjonen i forsøksperioden vært at det har vært mangel på jobber. For kvinner i 50-årene, som aldri har hatt andre jobber enn den de nå er sykemeldt fra, er det vanskelig å få noe annet og bedre tilpasset de helseplager de har. Forlater de den jobben og det yrket de er sykemeldt fra, vil arbeidsledighet ofte være alternativet. Slike erfaringer finner vi også i vårt intervju materiale.

4.6 Familie og husarbeid

Familien og hjemmet er den primære kilden til tilhørighet og integrasjon (Berger 1979, Berger og Kellner 1979). Hjemmet har derfor tradisjonelt stor betydning for mennesker. Men hjemmet er også en arena for virksomhet, det representerer spesielt for kvinner en

⁸ Vi har her valgt å bruke data som har framkommet gjennom registreringer i gruppearbeid i løpet av prosjektet. Ut fra selve arbeidsmåten i prosjektet vil vi regne disse dataene som svært valid. Som Rocik og Glenne viser i sin rapport, er det stort avvik mellom deres data og data innsamlet gjennom fellesevalueringens skjema E2. I E2 skjemaet er det sannsynlig at utdanning blir underrapportert fordi spørsmålsformuleringen kan føre til underrapportering av videregående utdanning som ikke er allmennfaglig.

⁹ Korte yrkesorienterte kurs er her ikke tatt med. Som videregående utdanning er regnet utdanning ut over grunnskole med framholdsskole/realskole/yrkesutdanning med fagbrev etter læretid og alle kurs i videregående skole, som grunnkurs og kombinerte grunnkurs, VK 1 og 2 (Rocik og Glenne 1996).

arbeidsarena. Det er i hjemmet den daglige reproduksjonen finner sted. Tilhørighet og arbeidsinnsats er slik koblet gjennom hjemmelivet. Hva hjemmet består av, antallet medlemmer, boligtype osv. har derfor betydning for arten og størrelsen på kvinners ulønnede arbeid. Vi skal derfor se på familieforhold, om våre klienter bor sammen med noen og hvordan de bor. Både hvem de bor sammen med og om hjemmet som bolig har betydning for husarbeid og for sosiale og økonomiske forpliktelser.

I populasjonen, alle som har deltatt i MIA, oppgir 10 % at de er enslige og bor alene, 67 % er samboende eller gifte og 22 % er skilt/separert. Å være skilt/separert innebærer som oftest at de bor sammen med barn. Det innebærer at det er de færreste av tiltakets brukere som bor alene. 39 av personene i populasjonen har ansvaret for 1 - 2 barn og 20 har et større omsorgsansvar, for 3 - 5 barn (Rokic og Glenne 1996, s. 30). Dette er hjemmeboende barn. I tillegg kan personene ha barn som nå bor i eget hushold. Boligopplysninger foreligger ikke for hele populasjonen.

I vårt intervjuutvalg er to ugifte og aleneboende, fire skilte/separerte, fem enker/enkemenn og 15 gifte eller samboere. Av disse husholdene bor halvdelen i rekkehus og eneboliger og halvdelen i leilighet. Denne ulikheten i boligform sier mest om bostedskommune - det er i Akershuskommunene vi finner dem som bor i hus eller rekkehus. Dette er to forhold som sier noe om arbeidsbelastning, boforholdene og barns antall og alder.

Vi har ikke bedt om opplysninger om hjemmearbeidets omfang. Men vi kan få en pekepinn om arbeidets omfang gjennom data fra tidsnyttingsundersøkelsen. Vi vet fra tidsnyttingsundersøkelsen at yrkesaktive kvinner brukes 4 timer og 11 minutter pr. dag til husarbeid (i 1990) og derav 50 minutter til omsorg for barn. For menn er det tilsvarende tallet 2.26 og 0.23 (Kitterød 1995:40-41). I disse tallene ligger også hjelp til andre hushold. Av kvinner i 1995 ga 16-22 % (25-44 år og 45-66 år) regelmessig ulønnet hjelp til personer utenfor egen husholdningen. I gjennomsnitt bruker hver av dem som gir slik hjelp 4,1 timer i uken. Av dette går 1,5 timer til egne foreldre (Kitterød 1996).

Vi vet litt fra våre intervjuer om arbeidsfordelingen i familier og parforhold. Tradisjonelt har arbeidet med og ansvaret for familiens velferd i stor grad vært tilskrevet kvinnene. Husarbeidet synes å være kvinners lodd. Slik er det også i vårt utvalg. I alle hushold vi har med i utvalget, hadde kvinnen hovedansvaret for arbeidet i huset, og det var forskjellig hvor mye mannen hjalp til. Noen menn hjalp til med rengjøring og noen ble med på handleturer. Barn syntes heller ikke å gjøre så mye arbeid hjemme.

En av våre informanter forteller at det er ikke sånn at hun og mannen deler på husarbeidet. Hun stryker skjorter og han fyller ut selvangivelsen. Hun har ansvaret for huset og han for bilen. Men hun synes det fungerer bra. Han gjør det hun ber ham om, hvis hun ber ham om noe. Det er ikke sånn at han sier det er kvinnfolkarbeid. Dessuten ønsker hun ikke en mann som roter på kjøkkenet. Dette er en typisk historie i vårt materiale for kvinner fra 40 år og oppover. Flere understreker at de nok kan være litt pirkete med husarbeidet.

De fleste i vårt materiale lever i forhold med tradisjonell rolledeling og med flere personer i husholdet. Tidsnyttingsundersøkelsens gjennomsnittsdata kan derfor gi oss en pekepinn om arbeidsbelastningen i hjemmet. Dette innebærer at kvinnene i utvalget utfører et daglig merarbeid ut over lønnsarbeidet som er av betydelig omfang. Dette arbeidet er også av stor

økonomisk og velferdsmessig betydning for de andre medlemmene av husholdet. I den situasjonen kvinnene i populasjonen befinner seg, fører sykdommen til at visse aktiviteter er smertefulle, blant dem husarbeid. 36 kvinner i populasjonene (ca. 50 %) oppga at husarbeidet voldte smerte.

Kvinnearbeidet i hjemmet kan ikke bare «forsvinne» når kvinners arbeidsevne reduseres. Dersom en tenker instrumentelt, lar problemet seg enkelt ordne ved at mann og eller barn overtar husarbeidet. For de enslige finnes det ingen enkle løsninger, men i slike tilfeller er også husarbeidet normalt mindre. Det har imidlertid ikke vist seg lett å få til endringer i arbeidsdeling og rolleendring innad i husholdet (Morris 1990). I våre tilfeller har mannen en jobb allerede. Men også i tilfeller der menn er blitt arbeidsledige, har de vegret å overta oppgaver i huset som ble utført av deres yrkesarbeidende koner (Morris 1990, Sande 1992). Den «moralske økonomi» tvang til slutt mennene til frivillig innsats i hjemmelivet når de ble «fri for arbeid» (Sande 1992). Noe av problemet ligger i koblingen av kvinners tilhørighet og kvinners arbeidsplikter som er knyttet sammen gjennom hennes roller som mor og hustru. Dette er roller som gir «mening», men som også innebærer arbeid for andre. Problemstillinger knyttet til arbeidsdeling i husholdet og hus- og familiearbeidets betydning for kvinner, vil vi komme tilbake til i kap. 11 om arbeid og livskvalitet. Poenget er imidlertid at kvinners livskvalitet ikke bare kan kobles til hennes forhold til lønnet arbeid, men også må kobles mot hennes familieroller og gjennom dem, ulønnet arbeid for andre.

I et arbeidsperspektiv strekker familiesystemene seg ut over kjernefamilien, vi er ikke alle mødre eller fedre, men vi *har* alle mødre og fedre. Vi ser av tidsnyttingsundersøkelsen at en andel av alle voksne yter arbeid for andre hushold. Det finner vi også her. Det er spesielt forpliktelser overfor mødre som kommer fram i våre intervjuer. Vi finner omfattende levering av arbeid, forhold som er avsluttet og forhold som pågår. Vi skal ikke gå nærmere inn på disse forholdene her, bl.a. fordi det vi finner, ikke bare er store arbeidsbelastninger knyttet til mødre, men i flere tilfeller store sosiale belastninger for døtrene. Vi kommer derfor tilbake til temaet under punktet om belastninger i livet, se kap. 11.

4.7 Hva karakteriserer klientens arbeidssituasjon, ute og hjemme?

Hvilke felles trekk finner vi ved deltakerne på MIA? Et hovedkjennetegn er at 90 % er kvinner. Dette er i seg selv viktig fordi kvinners og menns sosiale verdener og arbeidsliv er ulikt konstituert. Kvinner har tradisjonelt flere arbeidsforpliktelser i husholdet enn menn, og kvinner samles i et fåtall yrker. Gruppen «kvinner» er imidlertid ikke noen homogen gruppe, heller ikke i vårt utvalg. Vi finner en yrkesmessig opphopning omkring tjenesteytende yrker med sterkt innslag av fysisk arbeid. Og av kvinner med relativ lav utdanning. Men det synes ikke å være en god beskrivelse av gruppens fellestrekk. Mange av personene, med fysisk slitsomme yrker eller lettere yrker, er enige om at det ikke er bevegelsene i jobben som skaper problemsituasjonen for dem. *Det kvinnegruppen synes å ha felles er trekk ved arbeidssituasjonen, at det samlede presset på jobben er for stort.* På hvilken måte dette presset arter seg, vil imidlertid variere mellom yrker. Presset arter seg forskjellig for en førskolelærer, en butikkmedarbeider og en kantineansatt.

Når vi ser på utvikling og endringer på arbeidsplassen eller i profesjonene for de personer vi har intervjuet, kan vi se *ulike rasjonaliseringsstrategier i arbeidslivet* som feller seg ut som

økt press og økte oppgaver for den enkelte. Arbeidsmengden øker for rengjørere ved outsourcing av rengjøringsarbeidet, arbeidsoppgaver i bedrifter øker i omfang internt, uten at det skjer en oppbemanning, offentlige tjenester er blitt mer tilgjengelige, og det siste leddet blir satt under press, samt at moderniseringsprosesser i offentlig tjenesteyting endrer tjenestestedenes oppgaver og ansvaret for tjenestelederne. Vi ser også at for mange er arbeidet styrt og styrt på tid, de har fast arbeidstid, liten innvirkning på hvordan de skal utføre arbeidet, de skal tilfredsstillende kunder/elever/klienter som står foran dem. For mange av dem er arbeidet direkte fysisk belastende, for andre er det de psykiske belastningene som er størst. 47 % oppga at yrkessituasjonen deres var utilfredsstillende.

Klientens muligheter for å skifte jobb kan synes å være begrenset, både fordi det har vært knapphet på arbeid og fordi mange har kvalifikasjoner som ikke uten videre kan overføres til andre jobbmråder. Mange opplevde at de var i en fastlåst situasjon.

I tillegg til arbeidsbelastninger og smertefulle bevegelser i arbeidet, påpekte vi også at hjemmearbeidet både krever arbeidskraft og arbeidsevne. Hoveddelen av de sykemeldte kvinnene bodde sammen med andre og utførte arbeid for andre som en del av sin sosiale rolle i husholdet. Husarbeidet var en aktivitet som for halvparten av utvalget var smertevoldende.

4.8 Hvordan vurderer klientene sin arbeids- og familiesituasjon?

For evalueringen av denne metodeutviklingen tok vi utgangspunkt i Denzins påpeking av at programmer ofte ikke tar utgangspunkt i den sosiale realiteten som klientene lever i, og at programmene slik skyter ved siden av mål (Denzin 1990). Derfor er det en viktig del av evalueringen også å kartlegge den sosiale realiteten som våre respondenter lever innenfor. Som en vesentlig bakgrunn for evalueringen ligger et stort materiale, der vi belyser kvinners virksomhet i hjem og arbeidsliv samlet, og deres verdier og holdninger til lønnsarbeidet. Denne kartleggingen er omfattende og er derfor plassert etter evalueringen i egen del, del 3. Men vi må foregripe hovedkonklusjoner fra del 3, ettersom de ligger forut for de evalueringer og diskusjoner vi gjør i de følgende kapitler.

La oss først oppsummere hovedtrenden fra kapittel 11 og 12 i del 3.

Utgangspunktet for evalueringen var at vi må se evalueringen av tiltaket MIA i relasjon til hvem tiltaket er laget for og hensikten med opplegget. Vi spurte oss derfor hva som var en relevant beskrivelse av populasjonen. Hva var relevante kjennetegn ved personene eller ved personenes livssituasjon i relasjon til virkningene av MIAs intervensjon? Vi har her trukket fram forhold knyttet til helse, forhold knyttet til arbeidet og forhold knyttet til det private livet.

Lønnsarbeidets betydning

Vi har kartlagt og fått vurdert bindinger til familien og til arbeidslivet. Ser vi så på kvinners forhold til lønnsarbeid og arbeidets betydning for livskvaliteten, fant vi at de aller fleste i vårt utvalg har vesentlige verdier i sine liv knyttet til lønnsarbeidet. For noen var deltakelsen sett som en samfunnsmessig forpliktelse, for andre innebar arbeidet opplevelser og utfordringer. Det som flest var opptatt av, var lønnsarbeidets innhold. Den glede og utvikling som lå i kontakten med barn i skole og barnehage, den kreativitet som lå i å lage pene smørbrød og

holde en innbydende lunsjdisk. Andre var opptatt av det sosiale på arbeidsplassen, enten det gjaldt «å ordne opp» eller det var det sosiale som sto i forgrunnen.

Ved utgang av arbeidslivet var det ikke bare pengene og forsørgerevnen som sto på spill. Det var også verdighet knyttet til de aktiviteter som falt bort, respektverdigheten som deltakelsen i lønnet arbeid gir i vårt samfunn.

Familiearbeidets betydning og kvinners dilemma

Vi har pekt på at våre kvinner står i en situasjon med mange belastninger på flere fronter. Mange av kvinnene har større belastninger i sitt lønnsarbeid enn de klarer av, og det hviler også plikter over de roller som knytter dem til familien. Dette stiller dem overfor dilemmaer. Dersom de ikke blir friske, i betydningen får full arbeidskraft tilbake, hvilke krav kan og/eller vil de prioritere? Offentlig politikks forståelse av arbeid er forenklet og vurderer helse-svekkelse bare mot endringer i ytelse innenfor lønnet arbeid. Skal en klare jobben fullt ut med mindre krefter, må innsatsen i den private sfæren minskes. Vi har i vårt materiale påpekt at minsking av innsats i familien reiser problemer for kvinnene. Problemene springer ut av to forhold. Det er i mange hushold mye arbeid å gjøre/levere til andre hushold. Men det er også slik at deler av det ulønnede arbeidet er deler av meningsbærende identiteter, som datter, hustru og mor. Innskrenking av ulønnet arbeid eller omfordeling innen husholdet dreier seg derfor ikke om rene funksjonelle endringer, men berører sosiale og personlige identiteter. Det ble derfor opplevd som et urimelig krav fra det offentlige at en vurdering av (reduksjon i) arbeidsevne bare ble sett i relasjon til lønnsarbeidsdelen av den kvinnelige virksomheten. «Skal jeg bare gå på jobben, uten mulighet til å være noe for min familie resten av dagen», spør en av de intervjuede kvinnene. «Er det rettferdig?»

Men samtidig vil de fleste av de intervjuede gjerne fortsette i jobben/tilpassede jobber, fordi deres identitet også var knyttet til (lønns)arbeidet selv, til jobbens innhold eller andre relasjoner til arbeidsplassen eller lønnsarbeid generelt.

Kapittel 5. Metodeutvikling i MIA

I følge sitt mandat skulle prosjektet MIA drive både *metodeutvikling* og *metodeutpøving*. Forhold omkring oppstarten av MIA førte imidlertid til at prosjektet som utviklingsarena ikke hadde de beste betingelser.

Vi viste i kapittel 1 at prosjektet hadde en dobbel bakgrunn. Prosjektet var del av den offentlige innsatsen for å utvikle metoder innen rehabilitering og attføring for personer med muskelsmertetilstander og en del av en omstillingsprosess i arbeidsmarkedsetaten, med omlegging av arbeidsmarkedsinstituttene. Denne omleggingen førte bl.a. til overtallig personale. Prosjektet må på denne bakgrunn ses både som et reskoleringstiltak og et sted for omplassert arbeidskraft. Dette kan forklare at prosjektet ble bemannet kompetansemessig på en måte som ikke matchet det program de skulle gjennomføre.

Det ble også mindre å gjøre i prosjektet, færre klienter enn en hadde regnet med, og dette førte til en viss undersysselsetting. Dette førte til at noen heget om sin part og en slik situasjon førte til vanskeligheter for integrasjonene mellom de enkelte tiltak. På den andre siden var det i perioder knapphet på arbeidskraft, ut fra hva personene var villige til å ta på seg, og tidsmessige tilpasninger og studiepermisjoner som var gitt for videre kvalifisering.

Det ble i en slik situasjon vanskeligere å få til endringer, utprøving og utvikling av nye tiltak enn om prosjektet hadde hatt et mer ideelt utgangspunkt. De endringene vi finner i programmet i perioden, er endringer som ble foretatt innen delprogrammer, foretatt av den som drev delprogrammet eller i fordeling av timer mellom delprogrammer.

Vi har imidlertid ikke grunn til å tro at disse problemene og konfliktene virket inn på utprøvingprosessen og slik sett ikke på effekten av MIA. Men konfliktene førte til at utprøvingen av alternative opplegg for de ulike fag eller deler i MIA ble begrenset.

Vi vil i dette avsnittet ta opp tre problemstillinger:

- Den ene dreier seg om resultater i relasjon til kostnader: Kan resultatet av MIA forsvare den kostanden som er lagt inn i prosjektet?
- Den andre handler om de betingelsene for metodeutvikling som prosjektet sto overfor ved å bli til, som del av en omdanningsprosess i arbeidsmarkedsetatens annenlinjetjenste. Vi har hørt prosjektet omtalt som «overtallighetsprosjektet». Hvordan passet arbeidskraftens kvalifikasjoner til de oppgaver som skulle utføres?
- Førte denne utgangsposisjonen til vansker for metodeutviklingsprosessen?

5.1 Ressurser og oppgaver

En del av prosjektets bakgrunn var en omlegging av arbeidsmarkedsetaten, og der institutter av AMIs type ikke har noen plass. MIA ble utviklet av personalet ved AMI. Prosjektlederstillingen ble utlyst og besatt ved en av dem som hadde utarbeidet prosjektets program. Det lå i opprettelsen av prosjektet at prosjektet MIA skulle videreføre hjertetreningen, men som del av en fellestrening med smertepasienter. Personalet knyttet til «hjerteballetten» ble derfor overført til MIA. Samlet fikk prosjektet en ressursramme på 11 stillinger. De stillingene som ikke ble overført/utlyst, ble så utlyst internt og kunne søkes bl.a. av dem som tidligere hadde arbeidet ved den avviklede avdelingen ved AMI og nå var overtallige. Med unntak av en psykologstilling, ble de øvrige stillingene ved MIA besatt av tidligere personale ved AMI. Det dreier seg om to yrkesveiledere, to sykepleiere, en sosionom, tre leger og to fysioterapeuter og en halv kontormedarbeider. Prosjektet ble tilført en stillingshjemmel for psykolog. Alle personene arbeidet ikke i full stilling, derav 11 stillinger og 12 personer. Alle dem som fikk jobber i MIA, hadde ikke MIA som sitt første valg.

For prosjektet foreligger det her to potensielle problemer. Det første består i at prosjektet overtar arbeidskraft som er blitt overtallig og som til dels ikke hadde søkt seg til MIA. Dette kan innebære et motivasjonsproblem. Men det behøver ikke å være tilfelle. En bør derfor kjenne grunnene til at noen ikke hadde søkt seg til MIA primært.

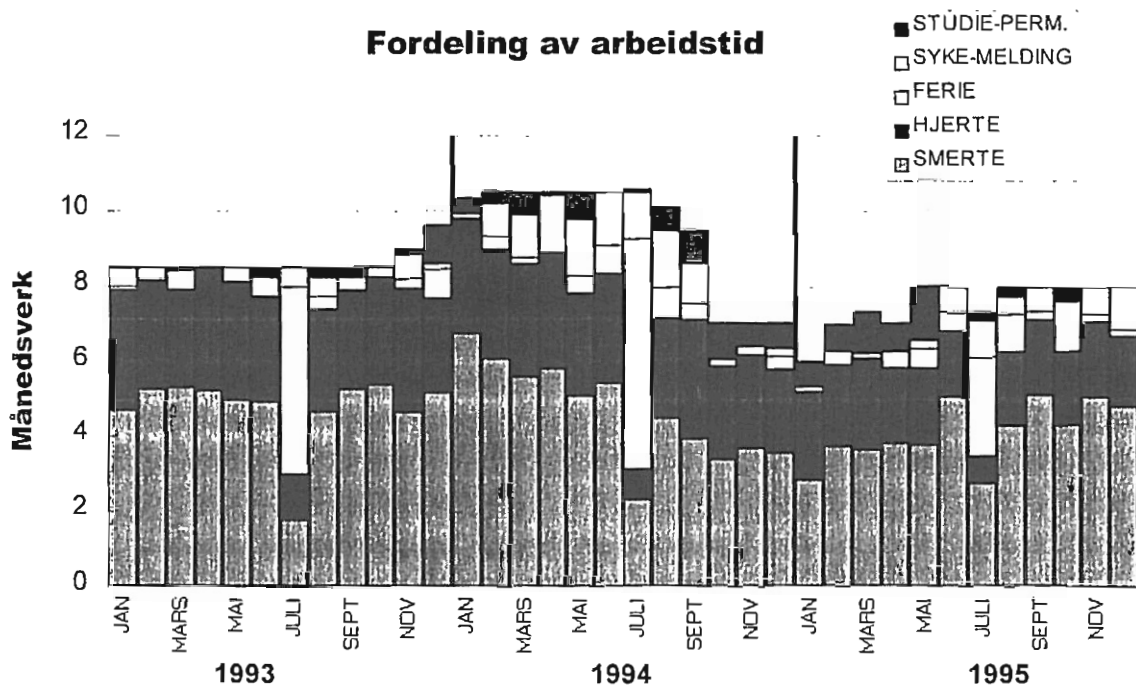
Det andre potensielle problemet består i samsvaret mellom arbeidskraftens utdanning og erfaring og kompetansebehovet i prosjektet. MIA som prosjekt har to aktiviteter, hjertetreningen og utvikling av et tilbud til muskelsmertepasienter.

Vi skal først se på hvor store ressurser prosjektet hadde, og deretter se hvordan denne arbeidskraften var fordelt mellom hjerte- og smertedelen av prosjektet. *Poenget her er å tydeliggjøre den ressursituasjon som forelå for utvikling av metoder rettet mot smerteklientellet.*

For å kartlegge tidsbruk i prosjektet, utarbeidet vi et timeregistrerings skjema, som ble utfyllt selv av de som arbeidet i prosjektet. Vi ønsket her å kartlegge to forhold:

- hvor stor del av ressursene ble brukt til prosjektarbeid, her kalt nettotiden?
- av denne nettotiden, hvor stor del gikk med til de to delaktivitetene, smerteutviklingsprosjektet og hjerterehabiliteringsdelen av prosjektet?

Vi har her valgt å vise ressursutviklingen måned for måned, bl.a. fordi ikke alle stillinger til en hver tid var bemannet og fordi arbeidskraftbehovet i et prosjekt også vil være forskjellig over året - brukere har ferie. Også personalet har ferie, derfor er denne tidsbruken også vist. Studiepermisjoner er spesielt registrert. Dette er viktig fordi det viser tid til kvalifisering av personalet i aktiviteter utenfor prosjektarbeidet selv.



Figur 1. Fordeling av anvendt tid for alle ansatte på ulike formål. MIA 1993 -1995

Ut fra de ressurser som prosjektet hadde fått tildelt, skulle det ved full bemanning hele tiden være 11 månedsværk. Vi ser av grafen at dette ikke er tilfelle. Vi ser at ressursene er noe mindre enn tildelt og varierer i perioder. Alle personer som ble overført fra AMI var ikke i full stilling. I perioder sto stillinger ubemannet. Ved oppstarten var bl.a. stillingen som psykolog ubemannet. Hun kom til etter at prosjektet hadde startet. Senere i programmet sto også en av arbeidskonsulentstillingene åpen i en periode. Ressursene i MIA-prosjektet er derfor mindre enn de forutsetninger som lå i prosjektskissen. Likevel må en kunne peke på at ressursmessig er MIA et stort prosjekt, med ca. åtte månedsværk i gjennomsnitt.

Tidsbruk i prosjektet - hvor stor er nettotiden?

Ser vi på tid brukt til andre formål enn arbeid med hjerte- og smerteklientellet, er det to formål som er sentrale. Den uskraverte delen av søylen viser sykefraværet. I perioder utgjør sykefraværet over ett månedsværk, noe som skyldes langtidssykemeldte arbeidstakere. Den svarte skravuren viser andel av tiden nyttet til studiepermisjon. Den er i seg selv ikke spesielt omfattende. Men deler av studiepermisjonene kommer i en periode som kan se problematisk ut: Høsten 94 og våren 95 har få månedsværk, men samtidig full drift i prosjektet. Studiepermisjonen kommer i prosjektets «høgsesong», noe som ikke er til å unngå, når to medarbeidere har permisjon for å ta videreutdanning i høgskolesystemet. Nettotiden reduseres altså av sykdom og studiepermisjoner og slik denne tiden fordeler seg, må vi anta at lite nettotid i perioder har skapt flaskehalser for driften av prosjektet og dårlige vilkår for utviklingsarbeid.

Hvordan er nettotiden disponert?

Ser vi da på nettotiden, tid brukt til arbeid med smerte- (lys grå skravur) og hjerteklientell (mørk grå skravur), ser vi at ressursene til arbeidet med smertemetodeutvikling jevnt over er større enn ressursene brukt til trening av hjerteklientellet. Over tid finner vi at smertedelen har ressurser tilsvarende ca. fire stillinger og hjertedelen tar av ressurser ca. tre stillinger. Det var liten felles bruk av arbeidskraft mellom hjerte- og smertedelen. Fellesbruken lå i smerteutviklingsdelens bruk av et treningsprogram for hjertepasienter, et program metodeutviklingen rettet mot smerteklienter etter hvert gikk bort fra, samt felles bruk av sekretær.

Smerteutviklingsdelen av MIA som prosjekt er derfor vesentlig mindre enn hva stillingsoversikten, 11 stillinger, kan tyde på, dersom en ser på prosjektets tittel «Muskelsmerteprojektet i Arbeidsmarkedsetaten». Tittelen underkommuniserer at prosjektet også hadde en vesentlig hjertetreningssdel. Prosjektet hadde lenge som arbeidstitel «Hjertesmerteprojektet». Men evalueringens metoder rettet mot smerteklienter, er det nettotiden brukt til *arbeid med smertedelen* vi må legge vekt på.

Skal vi oppsummere ressursituasjonen for det metodeutviklingsprosjektet vi her evaluerer, er situasjonen at ressursene er vesentlig mindre enn en kunne anta ut fra den tildelte stillingsrammen. Dette skyldes ubesatte stillinger, sykdom og studiepermisjoner. Men like viktig er det at hjertetreningssprosjektet la beslag på en vesentlig del av ressursene. Vi ser også at ressursene til metodeutviklingsprosjektet er ujevn over tid.

Program og kvalifikasjoner

Det potensielle problemet vi reiste, handler om samsvaret mellom arbeidskraftens utdanning og erfaring og kompetansebehovet i prosjektet. Deler av den overførte arbeidskraften hadde helsefaglige kvalifikasjoner. Vi ser at hjertedelen av prosjektet trakk til sammen ca. tre stillinger. De fleste av de helseutdannede gikk derfor ikke over i noe nytt, men videre til det de hadde arbeidet med tidligere. Men for den/de som ikke fikk plass på hjertedelen, var kvalifikasjonene ikke tilpasset arbeidskraftbehovet, slik MIA som forsøksprogram ble etter godkjenning i SME. Det eksisterte et tidligere prosjekt av mer ren helsefaglig karakter, men dette prosjektet ble ikke godkjent som del av SME. Derfor ble forsøket endret. Kvalifikasjonsstrukturen i den arbeidskraften som ble overført MIA passet i større grad til kvalifikasjonsbehovet ved gjennomføringen av det mer helsefaglige programmet. Det er derfor ikke så merkelig at noen av de helsefaglige utdannede primært hadde søkt andre steder. Det behøver ikke å si noe om deres motivasjon, men om hvordan de så sine muligheter i relasjon til å få oppgaver i denne metodeutviklingen. Før vi ser på hvordan dette dilemmaet ble løst i prosjektet og hvilke problemer det medførte, må vi imidlertid tilføye nok et premiss.

Forsøkets omfang - deltakere i prosjektets aktiviteter

Ut fra situasjonen da programmet ble opprettet, mente en å stå overfor en stor og økende gruppe klienter med ulike typer av muskelsmertetilstander. Metodisk ville en derfor gjøre et utvalg av denne gruppen og prøve å få fatt i dem som ikke hadde gått lenge på sykemelding. Siste sykemeldingsperioden skulle ha vart fra åtte uker til seks måneder. Dette fordi en mente at rask intervensjon ville gjøre størst nytte. Med så mange klienter, la en opp til å ta inn 90 smerteklienter i året, i grupper, hver med 5 - 7 medlemmer. I løpet av året ville det innebære 13 - 18 grupper, og i løpet av perioden (2,5 års drift) 32 - 45 grupper.

Men samtidig skjedde det en del tilstramminger i offentlige ytelser overfor denne diagnosegruppen (se kap. 1), og antallet klienter i diagnosegruppen ble redusert. Dette førte til manglende klienttilgang til prosjektet, noe som rammet alle prosjektene i forsøksprogrammet Trygd og Rehabilitering. Prosjektet måtte aktivt ut å verve klienter, i stadig større sirkler. I utgangspunktet planla prosjektet å få sine klienter fra to trygdekontorer, men prosjektet måtte etter hvert kontakte flere trygdekontorer, samt gå ut mot andre instanser. Det ble derfor satt i gang atskillig færre grupper enn hva prosjektet hadde planlagt for, noe som også medfører mindre behov for arbeidskraft.

Tabell 4: Klienter i MIA, fordelt på aktiviteter og år

Aktiviteter	1993	1994	1995	Sum
Hjertetrening	97	145	109	351
Metodeutvikling, smerte	22	41	31	94 ¹⁰
Sum	138	186	140	445

Tabellen viser at det i 1993 var inne 22 klienter i smertedelen, fordelt på fire grupper¹¹, i 1994 41 klienter¹² fordelt på sju grupper¹³ og i 1995 31 klienter fordelt på fem grupper. Til sammen 94 klienter.¹⁴

Samtidig skulle prosjektet også drive hjertetrening. Tabellen viser videre at det i 1993 var 97 klienter på hjertetreningen, i 1994 145 klienter og i 1995 109 klienter.

Vi ser at på tre år er det personer på hjertetreningen som er den store klientgruppen, kanskje noe motsatt av hva en skulle tenke seg når det overordnede formålet med prosjektet MIA var å drive metodeutvikling for personer med smerteproblemer.

Oppsummering

Dette innebærer at forsøket med utvikling av metoder rettet mot personer med muskelsmerter, ble drevet på en vesentlig mindre gruppe enn hva prosjektgruppen hadde planlagt for og som prosjektet MIA hadde fått ressurser til. Men fordi ressursene også ble vesentlig mindre enn antatt, av grunner det er redegjort for, ble mismatchen mellom ressurser og personer i tiltaket ikke så stort. Ut fra vårt kjennskap til prosjektet gjennom observasjon og samtaler kunne problemstillingene skifte: I en periode var det personer som kunne hatt mer å gjøre og i andre perioder var det vanskeligere å drive med den arbeidskraften en til enhver tid hadde. Hjertedelen derimot hadde en stabil virksomhet og en stabil ressursbruk, og tok en stor andel av tilgjengelige ressurser til enhver tid.

¹⁰ Dette var det antallet som deltok i MIA. Men fordi datakonsesjonene ikke var på plass fra starten av, ble bare 72 av dem med i forsøksdelen

¹¹ Årsrapport 1993, s. 3

¹² Her startet 43 klienter og to falt fra

¹³ Årsrapport 1994, s. 2

¹⁴ Fellesevalueringen bygger på 72 klienter, som er de som ble tatt inn fra høsten 1993 etter at datakonsesjon forelå til forsøksperiodens utløp, juni 1995. Men prosjektet hadde inne smerteklienter både tidligere i 1993 (pilotgrupper) og etter at forsøksperioden var utgått.

5.2 Integrasjon og utvikling

Prosjektet sto derfor i den situasjonen at det hadde en annen kvalifikasjonsstruktur i personalet enn hva som ut fra programmet syntes å være det faglige tyngdepunktet i metodeutviklingen. I tillegg oppsto det andre problemer i prosjektet, gjennom sykdom hos flere medarbeider.

Ressurssituasjonen pr. 1.1.95 var altså at 1/3 av arbeidet lå på yrkesavklaring/planlegging, noe som skulle dekkes av to personer, derav en som også hadde delvis studiepermisjon. I andre deler av prosjektet var det derimot overkapasitet: To fysioterapeuter skulle drive trening 3 - 4 timer i uka, samt uttøying og avspenning. Den ene fysioterapeuten hadde i tillegg flere treningstimer daglig med hjertepasientene.

Treningen for smerteklientene var i stor del av forsøksperioden knyttet opp til Hjerdeballetten, og derigjennom til den ene av fysioterapeutene og hennes faglige opplegg for hjerteklientene. Legen/den andre fysioterapeuten i teamet tok uttøyingen for smerteklientene. Avspenningen var den andre fysioterapeutens ansvar, noe som innebar ca. fire timer i uka, samt en samtaledel «Hvorfor trene?»

Legene tar det medisinske, som det er lite av. Fysioterapeutene tar det trenings- og avspenningsmessige, som det også er lite av. Eiendomsretten til hjerdeballetten ligger hos den som har hatt dette tiltaket i over 20 år. Den gjenværende fysioterapeuten blir da satt til å ta seg av avspenning, men ikke uttøying. Yrkeskonsulenter tar seg av det yrkesfaglige og som det er mye av. Og det sosiale, familiemessige, blir tatt hånd om av sosionomen og senere også av psykologen. For sykepleierne er det lite å gjøre ut over hjertetreningen. Det skjer heller ikke noen aktiv omskolering av denne arbeidskraften.¹⁵ En del arbeidskraft måtte brukes til evalueringsaktiviteter, innsamling og bearbeiding av skjemaer, noe et fåtall av personalet hadde kompetanse til å gjøre.

Konflikter og intern konkurranse

Hva skjer så i slike situasjoner med skjevbelastning av personalet? Hvordan fordelte de oppgaver og brukte de kvalifikasjoner de hadde?

På det tidspunktet evaluatorene kom inn i bildet (august 1994) syntes prosjektstaben å være delt i ulike posisjoner, de som var «inne» og de som var «ute» i relasjon til prosjektet. Som en følge av mindre tilgang på klienter enn forutsatt, ble det også mindre arbeid. I forhold til ressurssituasjonen i prosjektet var dette gunstig. Men om det arbeidet som forelå, eksisterte det en viss konkurranse. Som en følge av prosjektutviklingen ekspanderte noen sitt felt, samtidig som noen hadde lite. Det eksisterte en skjevbelastning, noe som førte til en relativ undersysselsetting for noen av prosjektmedarbeiderne. Prosessen ble av en av de involverte beskrevet som «å kappe land». Hvor interessert den enkelte underbeskjeftigede var i å løse oppgaver i andre deler av prosjektet enn i «sin egen selvdefinerte», er usikkert. Den/de som hadde for mye, ble derimot ikke avlastet. Dette gjaldt i første rekke prosjektleder og arbeidsrådgivningssiden.

¹⁵ Den yngste av sykepleierne var ca. 60 år

Et flerfaglig prospektet som består av ulike deler, vil alltid ha et integrasjonsproblem. Hvordan få alle deler/personer til å arbeide mot samme mål og hindre at hver del utvikler "lokale mål"? Dersom det utvikles mange "lokale mål" vil en få en forskyvning av prosjektets hovedmål. Her ligger det et integrasjonsproblem i prosjektutvikling som i dette tilfellet ble forsterket av ved skjevbelastning og intern konkurranse.

Hjertepasientene legitimerer treningsdelens vellykkethet

Prosjektet sto i den merkelige situasjonen at fellestreningen for hjerte- og smertepasienter ikke kunne endres og tilpasses smertepasientene, fordi de ansvarlige så trening som egnet for hjertepasientene. «Eierne» av hjertetreningen var også i liten grad til stede på fagmøtene. Innholdet i Hjerteballetten var i realiteten lagt utenfor MIA som metode, men innenfor MIA som prosjekt. Fordi treningsdelen «tilhørte» hjertepasientene, blir det «hjertene» som legitimerer treningens vellykkethet og ikke «smertene». Problemet ble omsider løst ved at det ble utviklet et eget program for smertepasientene.

Vi forstår det slik at et tradisjonelt tiltak (treningsprogram) med medisinsk legitimering, blir lagt inn i et nytt tiltak for en utvidet klientgruppe. Men det nye tiltaket har klienter (smertepasienter) som ikke har den samme medisinske status som kjernegruppen, de hjertesyke. Og gruppene oppfører seg på ulike måter, noe som kan gjøre det mer «takknemlig» å trene hjertepasienter. Begge grupper har en usikker prognose, men på ulike måter. Hjertepasientene har en usikker overlevelse sett over tid, men blir på kort sikt «friske» - det nytter å trene. Smerteklientene har en uviss prognose og viser ingen/liten bedring av å trene. Rent arbeidsmessig er derfor hjertepasientene en mer takknemlig gruppe å arbeide med. Her ligger noe av det samme problemet som en har pekt på i «den resultatløse omsorgen» (Wærness 1982). Det er mer motiverende og ofte meningsfylt å drive med omsorg/trening av noen som tydelig kan nyttegjøre seg trening og som blir bedre. Det er mindre belønnende for treneren å arbeide med klienter som er i variabel form og som pga. smerter, ikke alltid deltar eller gjør treningsarbeidet med glede. Det kan for en trener lett snike seg inn en tvil om problemet er at de ikke *vil*, eller om det dreier seg om ikke å *kunne* trene. Dersom en attribuerer innsatsen i treningsarbeidet til manglende vilje, vil følgelig motivasjonen for å drive med denne gruppen, å utvikle tiltak for dem, bli lav.

Hjertepasientene ble slik den viktigste pasientgruppen, både ut fra at de var den opprinnelige gruppen (førstefødselsretten), og fordi denne pasientgruppen har en høyere medisinsk status. Denne fokus på «hjertene» forsterkes av at prosjektleder har et administrativt ansvar overfor hjerterehabiliteringsprogrammet, men ikke det medisinske ansvaret, og er derfor forsiktig med å legge om treningsprogrammet for hjertepasientene. Prosjektleder for MIA hadde administrativt ansvar for prosjektet og dette hadde en hjerte- og en smertedel. Utviklingsarbeidet lå i smertedelen. Hun hadde det faglige ansvaret for smertedelen, men kunne ikke sies å være medisinsk ansvarlig for hjertedelen. Dermed var det vanskelig å forandre treningsdelen som var felles, men utprøvd av hjertedelen, når den som hadde medisinsk ansvar for hjertene ikke gikk inn på endring av treningen. Det må fortolkes som at den medisinsk ansvarlige for hjertene så treningen som en «hjertetrening» og som sådan tilfredsstillende.

Ut fra dette vil vi trekke to konklusjoner:

- Det viser seg å være viktig at alle i et prosjekt arbeider mot et felles mål, her definert som utvikling av avklaringsmetodikk rettet mot brukere med smerteplager. Hvis ikke utvikler det seg lokale mål for «min» del av prosjektet. Hjertedelen av prosjektet syntes ikke å være innforstått med den felles målsetningen.
- Myndighet og autoritet i et prosjekt, samt tilbakeføringsprosesser, bør være tydelige slik at det etableres et grunnlag for endring av enkelttiltak som er legitime overfor alle de som arbeider i prosjektet.

Kapittel 6. Brukermedvirkningen i MIA

Medvirkning var i dette prosjektet et sentralt prinsipp. Vi har derfor gått inn på prosjektets tenkning. Vi vil her klargjøre hvilke betydninger prosjektet la i medvirkning og hvordan disse verdier og prinsipper ble gjennomført. Gjenspeiles tiltakets tenkning i dets iverksetting? Vi skal i neste kapittel se på om MIA lyktes i denne tilnærmingen til brukerne. Gjenspeiles tiltakets tenkning i brukernes erfaringer? Prosjektet har utviklet en egen Metodebok (Glenne og Rokic 1995). Sitatene og beskrivelsen av MIA-prosjektets tenkning om brukermedvirkning er hentet herfra når intet annet er markert.

Her vil vi sammenlikne MIAs tenkning om brukernes medvirkning i prosjektet med medvirkningstenkningen i et annet prosjekt tilknyttet samme utviklingsprogram, «trygd og rehabilitering». Det dreier seg om prosjektet Livskvalitet og Natur i Vestfold (LINA). Medvirkningen i dette prosjektet er beskrevet av Ørstavik i hennes hovedoppgave i sosiologi (Ørstavik 1995).

6.1 Medvirkning på ulike nivåer med ulike begrunnelser

Medvirkning gis vanligvis to typer begrunnelser. Disse går igjen enten det dreier seg om arbeidstakeres medvirkning i arbeidsplassens virksomhet, befolkningens medvirkning i politikkutforming, eller klienter, pasienter eller brukeres medvirkning i forhold til offentlig tjenesteyting eller velferdsordninger. Medvirkningen begrunnes ut fra sitt resultat eller de resultater en ønsker å oppnå ved å legge til rette for medvirkning, og den kan begrunnes som et gode i seg selv, en rett til selvbestemmelse eller medbestemmelse som ethvert menneske har i kraft av sitt menneskeverd eller borgerstatus. Udemokratiske autoritetssystemer vil dermed true den enkeltes selvrespekt og ære (Kalleberg 1984).

Når medvirkningen begrunnes ut fra sitt resultat, kan den betraktes som et middel. Medvirkningen er da et middel til å utvikle kvalitet på det som er området for medvirkningen, i offentlig sektor å utvikle en offentlig hjelpeordning i tråd med brukernes ønsker og behov, eller til å sikre at politiske beslutninger har fått avveid alle relevante hensyn, i markedet å sikre at ledelsesbeslutninger i en bedrift får styrket sin holdbarhet og relevans ved at arbeidstakernes skjønn integreres (Kalleberg 1984). Utfra en slik tankegang forventes brukermedvirkning å gi (Larsen 1991):

- en annerledes offentlig service som følge av at brukerne har andre krav og prioriteringer,
 - høyere brukertilfredshet ved at serviceproduksjonen tilpasses brukernes ønsker,
 - bedre ressursutnyttelse ved at en unngår tiltak ingen ønsker, og fremmer økonomisk ansvarlighet ved at brukerne ser hva ting koster og selv må bidra i prioriteringen.
- (op.cit.s.260)

Medvirkning kan også betraktes som et middel til å lette gjennomføringen og iverksettingen av beslutninger ved at opposisjon blir kanalisert inn i beslutningsprosessen i stedet for å

opptre som hindringer for denne (Miller 1980). Oraug (1982) beskriver f.eks. at medvirkning i kommuneplanleggingen gir myndighetene et bedre grunnlag for å styre unna de alvorligste konfliktpunktene i planområdet.

I forhold til et utføringstiltak som MIA-prosjektet dreier seg om, kan altså medvirkning betraktes som brukernes rett i kraft av å være selvstendige personer, eller som et middel til å utvikle et kvalitativt godt tiltak (som er MIA-prosjektets mål). Medvirkningen kan dermed legges på ulike nivåer, knyttet enten til tiltaket eller til prosjektet. Knyttet til prosjektet kan den dreie seg om prosjektets (formelle) styring, eller om innholdet (oppgaven) i prosjektet - metodeutviklingen. Knyttet til tiltaket (intervensjonen) kan medvirkningen dreie seg om det faglige innholdet - om å benytte brukernes erfaringer og kunnskap, eller om å la den enkelte bruker stå for problemløsing og løsningsutvikling. Nedenfor skal jeg presentere MIAs innfallsvinkler til medvirkningen.

6.2 Medvirkningen i MIA-prosjektet

Medvirkning på det formelle nivået - i prosjektetablering og prosjektstyring

MIA-prosjektet ble utviklet gjennom enkeltstående fagpersoners bidrag, og som et faglig team, gjennom diskusjoner i en tverrfaglig prosjektgruppe. Tiltakets innhold var utviklet før den første gang ble utprøvd på sin målgruppe (personer med muskelsmerter). Disse ble da invitert til å delta i MIA-tiltaket, dvs. gjennomgå en fireukers intervensjon rettet mot å bidra i forhold til deres personlige problemsituasjon - hvis fellesnevner var at de hadde sykefravær pga. muskelsmerter. Innholdet i tiltaket er altså utformet av fagpersonene. Tiltakets potensielle deltakere ble verken invitert til å presentere sine behov eller til å delta i utformingen av intervensjonen.

Medvirkning på det formelle nivået, knyttet til ledelse, styring og framdrift, f.eks. medvirkning i styringsgruppe eller andre organer som diskuterte prosjektet med brukerne, har det ikke vært lagt opp til i MIA.

Medvirkning i forhold til prosjekts metodeutvikling

MIA har gjennomført medvirkning på det innholdsmessige nivået i forhold til prosjektets mål (å utvikle en metode), altså medvirkning som bidrag til utvikling av prosjektets metode. En viktig del av MIA-deltakernes medvirkning har vært deres systematiske evaluering og tilbakemelding på metoden, slik den har vært prøvd ut. Brukermedvirkningen har i MIA dels vært oppfattet som prosjektets systematiske arbeid med å få tak i brukernes erfaringer med metoden, og MIA beskriver at det har hatt betydning for metodens innholdsmessige utvikling og utforming.

Fra MIAs side har det vært satsset systematisk på å innhente deltakernes erfaringer og på å måle resultater av deres arbeid. Deltakernes evaluering ble innhentet ved avslutningen av tiltaket og ett år etter. Evalueringen dreide seg om å vurdere nytte eller hensiktsmessighet av de ulike delene av tiltaket, hva deltakerne opplevde som positivt eller negativt ved de enkelte delene, samt å vurdere tiltakets lengde og varigheten av den daglige tiden med program. Endringer i tiltaket har vært gjort dels på bakgrunn av disse evalueringene, men også på

bakgrunn av fagpersonenes egne erfaringer, deres observasjon og fortolkning av deltakernes reaksjoner. I prosjektrapporten beskrives imidlertid at deltakerevalueringen har fått veie tyngst (Rokic og Glenne 1996:11). Endringene har dreid seg om tidsfordelingen mellom delene av tiltaket, treningsformene, samt at den enkelte tiltaksansvarlige har endret opplegget etter tilbakemeldning fra brukerne. Disse endringene er beskrevet i prosjektrapporten (Rokic og Glenne 1996).

I valg av evalueringsmetoder har MIA brukt spørreskjema som den viktigste data-innsamlingsmetoden. Det gjelder både evalueringen av tiltaket, og den resultatevalueringen prosjektet har lagt opp til. Deltakerne har fått posisjonen som respondenter. De svarer på spørsmål om sin situasjon, sine følelser og sine erfaringer, og tilbakemeldingene bearbeides av de prosjektansatte. Deler av denne tilbakemeldingen fra deltakerne ble lagt opp som psykologiske tester av sinnsstemning under ulike faser av intervensjonen. Det dreier seg om målemetoder for et tiltaks effekt, der deltakernes utsagn brukes som indikatorer på deres situasjon, gjøres til gjenstand for en faglig fortolkning og klassifisering. I en slik prosess blir personen objektgjort, og ikke behandlet som et subjekt, som selv formulerer og uttrykker sine egne erfaringer. Det er ikke deres uttrykte erfaringer som er av interesse, men hva som kan leses ut av deres svar på andre spørsmål. Deres utsagn fortolkes «symptomatisk», ikke som uttrykk for deres erfaring («experientally») (Kvale 1989). I våre brukerintervjuer uttrykker flere negative reaksjoner på disse testene og på spørsmålsformuleringer i dem. En sa:

«Det gikk veldig mye på psykisk tilstand og selvmordstanker, det var helt fjernt for meg, så jeg fikk helt bakoversveis. ... Jeg snakka med de andre deltakerne og vi var enige om at det ble for mye sånne spørsmål - det ble sånn at du ikke hadde lyst til å gå dit». Deltakerne tok imidlertid saken opp med prosjektledelsen, og i vårt intervju beskriver deltakeren at da tiltaket først kom gang og de hadde fått snakket ut om sine reaksjoner på spørreskjemaene, så var tiltaket «helt all right».

I prosjektrapporten beskrives det at en har funnet dem uegnet til å belyse formål i prosjektet.

Medvirkning på individnivået

Hovedvekten av brukermedvirkningen i MIA har vært lagt på det personlige (individuelle) nivået, i forhold til tiltakets utforming for den enkelte klient eller deltaker. Prosjektrapporten beskriver at brukermedvirkning har vært en metodisk premiss i møtet med deltakeren (:1). MIAs metode er lagt opp slik at det i stor grad er den enkelte deltaker som definerer sin egen situasjon, sine hjelpebehov og utformingen av sin framtid (:5). Ansvaret for både problem- og løsningsidentifisering er altså i stor grad lagt til den enkelte klient selv, ikke til de faglige behandlerne. For fagfolkene i MIA-prosjektet er brukermedvirkningstanken i stor grad operasjonalisert til at deltakerne «må være med på å bestemme livet sitt selv og at de har rett til det», og operasjonalisert som en alternativ tilnærming til den tverr- eller flerfaglige tilnærmingen som fagpersonene tidligere hadde erfaring med. De ulike fagpersoner hver for seg analyserte klientenes problemer og muligheter, og så sammen, men uten klienten, bestemte seg for en atferdsplan. I MIA-tiltaket er det klientene selv som velger sine livsmål, lager handlingsplaner og finner fram til aktuelle tiltak. Fagpersonene går inn i rollen som prosessleder, tilrettelegger og kunnskapsformidler.

Som intervensjoner i en atferdsplan har fagpersonene på MIA, sammenliknet med atferdsplanrådgiverne på Arbeidskontoret, hatt tid til å gå inn i de enkelte sakene. Dels har

gruppeutformingen av tiltaket skapt en økt tidsressurs, og dels har det ikke vært et press på MIA-tiltaket i form av en kø av klienter med krav på behandling. Fagpersonene har dermed både hatt tid til å etablere en bredere forståelse av den enkelte deltakers livssituasjon, og hatt tid til å ikke bare raskt finne en løsning for klienten, men tid til å la deltakerne gå igjennom en prosess, der de selv finner fram til løsningene, og tid til å lære opp deltakerne slik at de kan håndtere løsningsivksettingen. MIA-tiltaket har kunnet hjelpe deltakerne med å sortere i mangfoldet av både problemer og mulige handlingsveier. Som fagpersoner i et hjelpeapparat har de også valgt en rolle, der de ikke agerer i den enkelte klientsak, de verken fremmer saker eller vurderer og overprøver saker. MIA-fagpersonene har ingen kontrollfunksjoner. De trenger ikke å mistro klientene, og som en av dem sa: «Vi trenger ikke å tro på dem heller». Ved å overlate løsningsutviklingen til klientene selv, behøver fagpersonene heller ikke å stå ansvarlige for eller stå inne for de løsningene som blir valgt. Dermed kan fagpersonene tolerere også løsninger som ikke er i overensstemmelse med deres egen fagforståelse. Dette kan oppleves som en lettelse. «Vi er så heldige at vi slipper å velge for dem», sa en av fagpersonene.

I målet om å øke deltakernes kunnskap om forhold som påvirker dem, ligger også en verdi om autonomi, om at økt innsikt øker den enkeltes påvirkningsmuligheter og muligheter til å ta eller ha styringen i eget liv, over egen framtid, og konkret over egen atferdingssak. Bak ligger en tenkning om at økt egenstyring er et «grunnlag for livskvalitet i seg selv» (:5). Dette er koblingen mellom medvirkning og livskvalitet. I denne forstand er medvirkning et mål, og kan betraktes som en grunnleggende (menneske)rett.

Individuell innflytelse på den konkrete tiltaksutformingen, på hva som konkret blir intervensjonen hos/overfor den enkelte, varierer noe mellom de ulike delene av MIAs intervensjon. For alle delene av tiltaket er det, som nevnt, slik at struktureringen av tiltaket er profesjonelt styrt. Programmet eller opplegget for intervensjonen er for en stor del forhåndsplanlagt av MIA-prosjektets fagpersoner. Det er fagansvarlige for idéverkstedet som i størst grad understreker at programmet tilpasses de behov som meldes inn av de ulike gruppene, og ut fra de underveisvurderinger fagpersonene gjør av hvor i de individuelle prosessene deltakerne befinner seg til en hver tid. Prosessene i gruppene og de individuelle prosessene deltakerne ledes gjennom, er styrt av de fagansvarlige. Deltakernes individuelle påvirkningsmulighet er knyttet til i hvor stor grad de velger å følge instruksjonene gruppelederne gir. For trening og avspenningsøvelsene spesielt blir det et spørsmål om i hvor stor grad de skal overgi seg i tillit til ledernes fagkunnskap, kanskje på tross av egen umiddelbar motstand, eller i hvor stor grad de skal stole på egne motstandsreaksjoner, f.eks. smertesignaler ved fysiske øvelser. I den fysiske treningen var det også fra gruppeledernes side understreket at den enkelte kunne la være å gjøre øvelser som ikke kjentes godt for dem. I intervjuene formidler noen deltakere at de har latt være, andre at de har presset seg, og noen om usikkerhet på om smertereaksjoner de kjente var sunne reaksjoner eller faresignaler. I de mindre instruksjonpregede intervensjonene har deltakerne også styrt eller påvirket innholdet i intervensjonen ved selv å legge inn sin erfaringsbaserte kunnskap. Mer om dette nedenfor.

Medvirkning ved bruk av brukernes kunnskap

MIA-prosjektet har bevisst benyttet brukernes egen kunnskap om sitt problem som en type kunnskap likestilt med de prosjektansattes egen faglige kunnskap. Gjennom gruppetilnærmingen har prosjektet lagt opp til gruppeprosesser, der de andre deltakerne like mye eller mer enn «kurslederne» skulle gi deltakerne av sin erfaring og bidra til å øke deres

forståelse og mestring. «Brukerne medvirker i gruppeprosessen og blir dermed «medutøvere» i intervensjonsmetoden» (Rokic og Glenne 1996:15). Tenkningen fra prosjektets side er at brukermedvirkning må innebære at brukernes erfaringskunnskap om kroniske smerter og brukernes syn på tilstanden, må få gyldighet og likeverdighet som viktig kunnskap hos de profesjonelle» (Rokic og Glenne 1996:14-15). Hva gruppedeltakerne formidler av synspunkter og erfaringer overfor andre gruppedeltakere og i de andres konkrete saker, er således lagt like mye, eller mer vekt på enn at gruppelederne skulle vurdere og gi råd i de enkeltes saker.

6.3 Brukermedvirkningen i LINA-prosjektet¹⁶

LINA-prosjektet (Livskvalitet og Natur for unge uføre i Vestfold) besto i fysiske og pedagogisk psykologiske tiltak med fokus på livskvalitet, og med brukermedvirkning som styrende prinsipp. Deltakelse i LINA var frivillig, 98 uføretrygdde personer ble tilbudt deltakelse. Prosjektet endte med 14 deltakere, hvorav to menn, hovedtyngden mellom 35 og 40 år med «diffuse» muskel- og sjelettlidelser. For deltakerne innebar tiltaket at de møttes tre dager i uka over ett år. Fagfolkene i prosjektet var bl.a. lege, fysioterapeut, miljøterapeuter, «spesialister i friluftsliv» og samfunnsvitere.

Brukermedvirkningen i LINA innebar at pasientene og prosjektansatte sammen skulle diskutere seg fram til hva som skulle være intervensjonen i prosjektet, dvs. hva slags type aktiviteter som skulle inngå i tiltaket. Ørstavik beskriver at denne demokratiseringen i form av grupper som skulle bestemme over tiltakets innhold og aktiviteter, førte til at forholdene ble kaotiske (og opplevd som det av både brukere og ansatte). Medvirkningen førte til mye prat og aktiviteter som sprikte i alle retninger uten sammenheng eller fordypelse, ettersom medvirkningsformen innebar at man fulgte et slags tilfeldig lystprinsipp. Etter å ha prøvd ut denne demokratiske formen en stund, endte prosjektet opp med en mer tradisjonell rollefordeling mellom bruker og behandler, der lederne ledet og brukerne deltok. Ørstavik oppsummerer: «Fri oss fra paternalisme, men frels oss fra ansvar», fanger opp pasientenes tvetydige forhold til brukermedvirkning. Hun beskriver at flere av brukerne var passive, de deltok ikke i diskusjonen om aktivitetene. Noen brukere uttalte klart at de ikke ønsket det ansvar medvirkningen ga dem, de ønsket ikke å være aktive og ha ansvar, og begrunnet dette med at de hadde mye ansvar ellers. De ønsket å være mottakere framfor brukere, de ønsket å få noe, og ble skuffet hvis det ikke var tilfellet.

I LINA var brukermedvirkning det ene av to likestilte mål, der det andre var å bidra til å redusere utgiftene til trygden - få klientene ut av stønadsrollen. Fagfolkene i prosjektet mente at deltakelsens mening var at deltakerne skulle bli bedre, og ble frustrert fordi de opplevde det som at de uføretrygdde selv ikke hadde noe mål med deltakelsen. For prosjektledelsen var deltakelsen og ansvaret denne førte med seg et pedagogisk poeng, som en av fagfolkene uttrykte det. Det var meningen at pasientene skulle lære å ta ansvar for eget liv og egen helse, beskriver Ørstavik. (s.112). Utgangspunktet for prosjektledelsen var at «deltakelse skulle føre til at pasientene tok ansvar for seg selv, for egen helse og for behandlingens gang. Dette skulle være med på å skape lykkeligere og mer selvstendige pasienter» (Ørstavik 1995:107).

¹⁶Beskrivelsen er basert på Ørstavik 1995.

6.4 Sammenlikning av MIA og LINA

Felles for MIA og LINA prosjektene er at selv om brukermedvirkning er et uttalt mål for dem begge, så er ikke prosjektene initiert av brukerne selv. De er begge utviklet av fagfolk, som har hatt som mål å gjøre noe for denne brukergruppen. Brukerne har ikke selv utviklet en forståelse av at det var denne typen tiltak de trengte i sitt liv, og brukerne har ikke hatt innflytelse på det grunnleggende opplegget for prosjektene. Heller ikke underveis har brukerne deltatt i styringen eller utviklingen av prosjektet i den forstand at de har vært «medeiere» eller deltakere i prosjektet (dvs. det å utvikle eller utprøve intervensjonsmetoder overfor mennesker med diffuse muskellidelser). Premissene i LINA om at metoden skulle bestå i aktiviteter i naturen, og i MIA om at intervensjonen skulle ha de før nevnte elementene av yrkesavklaring, smerteskole, trening osv., var fastlagt før og uavhengig av brukernes ønsker.

Når det gjelder medvirkning i tiltaksutformingen, så var hovedvekten av medvirkningen i LINA-prosjektet lagt her. Brukerne skulle aktivt ta del i valg av aktiviteter. I MIA var aktivitetene fastlagt, og det var kun utformingen av dem som ble endret etter brukernes tilbakemeldinger. Her har også prosjektene lagt opp til ulik grad av deltakelse. Mens LINA-deltakerne aktivt ble trukket med i beslutninger om innholdet i tiltakets intervensjon, ble MIA-deltakerne kun invitert til å gi tilbakemelding om egen respons på tiltaket. Deler av denne tilbakemeldingen var i tillegg lagt opp på en objektiviserende og diagnostiserende måte, som imidlertid ble kuttet ut underveis etter negativ tilbakemelding fra deltakerne.

Den viktigste brukermedvirkningen var i MIA lagt på individnivå, i det å gi den enkelte bruker handlekraft ved å vise henne handlingsrommet slik at hun selv i størst mulig grad kunne styre valgene om sin framtid. I LINA var deltakelsen i mindre grad knyttet opp til utviklingen i deres personlige livsløp, og deres personlige interesser knyttet til valg av aktiviteter i tiltak ble lagt inn i en kollektiv prosess. Gruppene skulle beslutte om aktivitetene tiltaket skulle bestå i.

I LINA-prosjektet var det nok slik at prosjektet hadde mål på individnivået for hva medvirkningen og deltakelsen skulle føre til for klientene, men deltakerne hadde i langt mindre grad slike mål. For LINA-prosjektet synes dette å ha vært et grunnlag for en viss frustrasjon fra de prosjektansattes side, over at brukerne ikke hadde noe mål med sin deltakelse. Her kan det imidlertid tenkes at ettersom deltakerne var uføretrygdete, kan LINAs mål om tilbakeføring til arbeidslivet ikke være det målet deltakerne selv hadde med sin deltakelse. For dem kan det å komme seg ut og delta i en aktivitet være målet i seg selv, ikke et middel til en annen form for deltakelse og ansvar (arbeidslivsdeltakelse). For de sykemeldte MIA-deltakerne var deltakelsen tydeligere et ledd i en prosess tilbake til eller eventuelt ut av arbeidslivet, selv om få av dem hadde tydelige forventninger om hva deltakelsen skulle føre til.

Kun MIA har bevisst tatt brukernes egen kunnskap i bruk som en del av intervensjonen.

Oppsummert kan ulikheten mellom prosjektene i valg av nivå for brukermedvirkningen illustreres slik:

Tabell 5: Nivåer der medvirkning har vært gjennomført i MIA og LINA prosjektene

	MIA	LINA
Prosjektetablering og styring	-	-
Tiltaksutformingen	+ (men i begrenset grad)	+ (hovedvekten her)
Individnivå	+ (hovedvekten her ved at deltakerne selv definerer problem og velger livsmål)	- (lagt til tiltaksnivå som kollektiv beslutning, samt at fagfolkene har definert et felles mål: aktivisering)
Bruk av brukerkunnskap	+	-

Selv om begge prosjektene har hatt medvirkning i tiltaksutformingen, så synes begrunnelsen for dette ulik. I MIA er medvirkningen begrunnet i et ønske om å endre tiltaket på grunnlag av brukernes erfaringer. I LINA synes medvirkningen i tiltaksutformingen å være terapeutisk begrunnet. Tiltaket synes å ha et underkommunisert behandlingsformål, med sikte på, om mulig, å få deltakerne ut av uførerrollen og over i arbeidslivet. Medvirkning og deltakelse synes, i tråd med arbeidslinja, å være et terapeutisk mål i forhold klientene, ikke bare et virkemiddel for å tilrettelegge tiltaket i forhold til klientenes ønsker og for å sikre tiltakets kvalitet. Ørstavik beskriver at medvirkningen ble brukt til en ansvarsfraskrivelse fra fagfolkene side. Brukeransvar ble pådyttet pasientene som ikke ønsket det, og slik ble medvirkning en skjult paternalisme: Det er til beste for pasientene at de tar ansvar og medvirker. Ørstavik peker derfor på at idealet (kravet) om medvirkning kan bli en ny form for fagfolkene kontroll overfor brukere som ikke kan eller vil delta.

Brukermedvirkningen i LINA innebar ikke bare en ansvarsoverføring fra ansatte til brukere, men ikke minst en oppgaveoverføring. En deltaker beskrev det som et rollebytte - ansatte og brukerne byttet roller (Ørstavik 1995:77), og av brukerne ble dette opplevd som slitsomt mer enn fruktbart. Gjennom medvirkningen ble arbeidet med planlegging og administrasjon av tiltaket overført fra de ansatte til brukerne. Dersom medvirkningen har et terapeutisk formål, kan dette begrunnes - deltakelse er en terapeutisk aktivitet. Men for de fleste deltakerne som så aktivitetene som det terapeutiske, var dette et arbeid de ikke ønsket. Fra brukersiden ble det argumentert med at de ansatte skulle gjøre slike oppgaver, ettersom det var de som var betalt for å gjøre dem (Ørstavik 1995:96). Her skiller LINA-prosjektet seg klart fra MIA-prosjektet, der deltakerne ikke var involvert i utformingen av tiltaket. De ansatte i MIA-prosjektet tok tilretteleggeroppgaven.

Problemkomplekset «diffuse muskelsmerter» synes knyttet til opplevelse av mye ansvar, oppgaver og arbeid, altså til overbelastning - en belastning som er høyere enn pasienten mestrer, at det hele tiden dreier seg om å presse seg, noe kroppen til slutt svarer på med smerter. Når da medvirkning innebærer et krav om arbeid, ansvar og oppgaver, vil denne pasientgruppen (trolig mer enn andre) vegre seg mot dette, nettopp fordi det er dette de (er blitt eller) blir syke av (får smerter av). I en slik situasjon vil trolig medvirkning i prosjektets styring ikke framstå som ønskelig fra brukernes side. På denne bakgrunn kan MIAs valg om ikke å involvere brukerne i beslutningsprosesser rundt tiltakets utvikling - det å selv ta tilretteleggerrollen - være et valg i tråd med brukernes interesser.

Begge prosjektene knytter medvirkningen til livkvalitetsmålet, men det gjøres på ulik måte. I MIA knyttes det til deltakernes selvforståelse av sin situasjon og sin tilstand, ved at deltakerne selv skal medvirke ved å velge egne livsmål og planer for framtidig livsforløp. Dette er ikke noe fagfolkene gir dem, og det er ikke noe fagfolkene overprøver. Deltakerne kan om de vil, holde sine mål hemmelige for fagfolkene og de andre deltakerne. I LINA er problemforståelsen i større grad de prosjektansattes. Det er godt for deltakerne å være i aktivitet og ta ansvar.

6.5 Medvirkning fra menneskerett til terapeutisk mål

Prosjektene MIA og LINA er en del av en programsatsing - «Trygd og rehabilitering» - et ledd i Arbeidslinja - en politikk med siktemål at flere norske innbyggere skal over fra å være passive stønadsmottakere til aktive arbeidslivsdeltakere. Som sådan kan de tiltakene prosjektene utvikler beskrives som en del av en offentlig politikktutforming. Det er gjennom møtet med prosjektets ansatte at personene med muskelsmerter erfarer den offentlige politikken. De ansattes handlinger er i en viss forstand politikken. Det er de arbeidsmåter de ansatte utvikler som blir den faktiske politikken på området (Lipsky 1980). I dette perspektivet kan utformingen av de tiltakene prosjektene utvikler betraktes innenfor en politikktforståelse, og dermed blir spørsmålet om hva som er politikkens gjenstandsområder og grenser aktualisert.

Den politiske tenkning har to ulike tradisjoner: Den kommunitaristiske (eller republikanske) tradisjonen fra Aristoteles, som sier at politikken handler om fellesskapets utvikling av det gode liv, og den liberale tradisjonen fra Kant, som foreskriver at politikken eller staten skal sikre rettferdighet, og derfor ikke kan ha en mening om hva som er det gode liv, men kun legge til rette for at borgerne skal kunne realisere det som er et gode for dem. I den norske (og i de øvrige europeiske) velferdsstaten er den rene liberale posisjonen ikke noe politisk alternativ, slik at den politiske debatten dreier seg om i hvor stor grad staten og den offentlige politikken skal utformes, slik at den styrer i retning av bestemte verdier eller forståelser av hva som er det gode liv, og i hvor stor grad staten skal sikre den enkelte borger frihet til å realisere sine autonomt valgte livsprosjekter. Staten skal balansere mellom to grunnprinsipper, som i bunn og grunn er uforenelige - mellom autonomiprinsippet (eller prinsippet om statens nøytralitet) og det kommunitære prinsippet, om at staten skal representere visse moralske verdier og ta stilling til hva som er ønskelig (Rothstein 1994). Arbeidslinja, som både gis en samfunnsmessig og samfunnsøkonomisk begrunnelse, og en individuell begrunnelse, er i seg selv en politikk utformet ut fra en bestemt forståelse av (lønnet) arbeidet som verdi og

yrkesaktivitet som kilde til realisering av et godt liv. Slik sett arbeider både MIA og LINA innenfor en kommunitær tradisjon. Derimot skiller de seg ad i sin ulike vektlegging av autonomiprinsippet.

MIA la vekt på deltakernes autonomi i valg av sine handlingsmål, en autonomi som MIA strakk så langt at deltakerne kunne velge individuelle mål i motstrid til prosjektets ene hovedmål - tilbakeføring til arbeid. Med henvisning til at livskvalitet var en likestilt målsetting med yrkesaktivitet, åpnet MIA for at deltakerne kunne velge uføretrygd som mål, dersom de vurderte at dette ville innebære livskvalitet for dem. Med denne vektleggingen av deltakernes autonomi, plasserer MIA seg nærmere en liberal politikkforståelse.

Med sin vekt på medvirkning som middel til ansvarliggjøring og (yrkes)aktivitet, plasserer LINA seg innenfor en kommunitær tradisjon, der innholdet i det gode liv er definert av politikken. Når da politikken intervensjonerer overfor det enkelte individet i form av et «behandlingstiltak», blir behandlingen middelet til å realisere det gode livet (slik dette er definert av politikken - som yrkesaktivitet. Samtidig blir målet for behandlingen å sette individene i stand til å oppfylle det politisk definerte målet.

Selv om MIA-tiltaket legger vekt på utstrakt egenmedvirkning fra deltakerne gjennom at de selv legger innhold i problemdefinering og målformulering, er hele tiltaket bygget på en bestemt kulturell verdi og norm om autonomi og egenstyring. Som fagperson i et tiltak kan en aldri unngå å påvirke meningsdannelsen overhodet, fordi det ligger normer og verdier innebygget i tiltakets målsetting, forståelse av livskvalitet, en mening om hva som skal bli resultatet av prosessen. I dette tilfellet, et mål om økt autonomi gjennom økt handlingskompetanse.

Spesielt når fokuset har vært rettet mot de personlige relasjonene, har denne målsettingen kommet til uttrykk som en vektlegging av å ta hensyn til seg selv. En av fagpersonene beskriver hvordan hun ut fra tidligere erfaringer med målgruppen, har erfart at det er nødvendig at deltakerne blir bevisst hva som er deres egne behov, og hva som er andres behov som de legger til grunn for sine valg:

«Det dreier seg om en selvbevisstgjøring, at jeg (personene med muskelsmerter) blir klar over hva slags innflytelse andre har hatt på meg i livet mitt. Disse modale hjelpeverbene - må, skal og bør - som sliter disse damene. Dette vet jeg med lang erfaring at dette strir de med. Dette lydbåndet som er lest inn av andre som hele tiden går inne i hodet.»

I idéverkstedet har fagpersonene derfor arbeidet ut fra en målsetting om ansvarliggjøring: Bevisstgjøring for å ta hensiktsmessige avgjørelser eller valg. Målet er ikke nødvendigvis at deltakerne skal gjøre endringer i sin livssituasjon, men at de skal være bevisste på de valg de gjør. En av fagpersonene sier det slik:

«Det kan også være at noen bestemmer seg for ikke å gjøre endring, det kan også være et hensiktsmessig valg, eller et bevisst valg - for bevisstgjøring står først i målsettingen. Hvis man bestemmer seg for ikke å gjøre noen endring, så lenge det er bevisst, så er jeg fornøyd.»

Medvirkningstenkningen knyttet til egendefinering av mål kan skygge over denne verdimessige påvirkningen, der verdiene er lagt inn i selve grunnlaget for tiltaket slik at kulturelle normer eller forståelser av livet, som f.eks. skjebne, plikt og oppofrelse som en skal lutres av eller lære av, er normer som bryter med tiltakets fundament. Og i deltakerintervjuene formidles en konflikt i verdigrunnlag. På MIA skulle deltakerne være noe for seg selv, som en av dem uttrykte det. Og hva innebar det? Det kunne være at en satte grenser for seg selv, en hadde tatt på seg for mye, men også at en måtte sette grenser for andres forventninger, krav eller bønn om hjelp. Det å sette grenser for andre var ikke enkelt for mange, de uttrykte tilslutning til tilhørighetsorienterte og altruistiske verdier. De ønsket ikke å bli egoister heller, som en uttrykte det.

Etter autonomiprinsippet er medvirkning en rettighet individene har, ikke fordi de har ervervet den eller gjort seg fortjent til den, det er en rett de har i kraft av å være menneskelige vesener med evne til å tenke og handle moralsk. I en behandlingskontekst kan rettighetsbegrunnelsen for medvirkning omformes slik at medvirkning blir et terapeutisk mål om egenansvar - et mål om å ansvarliggjøre klienter, som oppfattes som passive i forhold til styring i eget liv. Medvirkning kan være et terapeutisk mål for klientene - å bli autonome eller selvstyrte og ta ansvar for eget liv. Fra å være et prinsipp knyttet til klientens eksistens eller status som menneske og borger - en selv/medbestemmelsesrett, autonomi og ansvar, blir det omdefinert til en moralsk kvalitet eller evne som klienter og pasienter kan ha utviklet i større eller mindre grad, og som det er en terapeutisk oppgave å utvikle, dersom klienten ikke har det i tilstrekkelig grad.

6.6 MIA - medvirkning, prinsipper og iverksetting

Vi har i dette kapitlet gjennomgått MIAs ideer og ideenes konkretisering gjennom iverksettingen. Det er gjennom iverksettingen vi finner konkretiseringen av medvirkning, og dermed også hvilke deler i idégrunnlaget som fikk gjennomslagskraft.

Hovedvekten av brukermedvirkningen i MIA har vært lagt på det personlige (individuelle) nivået, i forhold til tiltakets utforming for den enkelte klienten eller deltakeren. For fagfolkene i MIA-prosjektet er brukermedvirkningstanken i stor grad operasjonalisert til at deltakerne «må være med på å bestemme livet sitt selv og at de har rett til det». I MIA-tiltaket er det klientene selv som velger sine livsmål, lager handlingsplaner og finner fram til aktuelle tiltak. Prosjektet ønsket å gi den enkelte bruker handlekraft ved å vise henne handlingsrommet, slik at hun selv i størst mulig grad kunne styre valgene om sin framtid.

I denne tilnærmingen legger prosjektet vekt på autonomi som verdi. MIA la vekt på deltakernes autonomi i valg av sine handlingsmål, en autonomi som MIA strakk så langt at deltakerne kunne velge individuelle mål i motstrid til prosjektets ene hovedmål - tilbakeføring til arbeid. I denne forstand er medvirkning et mål i MIA, og medvirkning kan betraktes som en grunnleggende (menneske)rett. Med denne vektleggingen av deltakernes autonomi, plasserer MIA seg nærmere en liberal politikkforståelse.

Kapittel 7. Evalueringen av MIA som program

7.1 Innledning: Tiltaksvurdering og prosessresultater

Vi har i kap 13 og 14 sett på kvinnenes møte med hjelpeapparatet. Empirien viste til dels dårlig matching mellom hva kvinnene ønsket og hva de fikk. Samt at møtet med hjelpeapparatet ikke var enkelt for noen av partene. Vi pekte på at det er ikke bare *hva* legen gjør som betyr noe, men også *hvordan* legen gjør det. Det å bli overhørt, mistrodd og kategorisert i moralske kategorier, ble opplevd som både uverdigg og opprørende. Vi har også pekt på at det å miste verdighet innebærer tap av selvtillit og igjen tap av autonomi og handlingsevne. Nedverdiggende behandling er slik dysfunksjonell i en atføringsprosess. Ut fra disse erfaringene avledet vi et metodisk krav til et atføringstiltak: En avklarings- og atførings-prosess må være slik utformet at selvtillit og respekt ikke svekkes. Et viktig poeng må være å bygge opp under handlingsevnen hos klienten selv.

Disse kravene til en atføringsprosess samsvarer med de verdier og strategier som MIA selv formulerte i sitt program. MIA skulle ikke gi klientene hjelp gjennom å følge dem på ferden, eller gi hjelp gjennom individuelle veiledning, men MIA skulle sette klientene i stand til å handle selv i egen sak. En hovedkonklusjon fra forrige kapittel, er at MIAs forståelse av medvirkning legger hovedvekten på det individuelle nivået og ønsker å gi den enkelte bruker handlekraft ved å vise henne det handlingsrom som finnes.

Dette kapitlet vil beskrive klientens tilbakemelding på tiltaket, på helheten og på hver enkelt del, samt se på relasjonen mellom intensjonene i MIA og resultatet av gjennomføringen.

Vi vil i dette kapitlet reise to sett av problemstillinger:

1. Hva er klientens opplevelse av og erfaringer med programmet?

- Hvordan vurderte klientene selv MIA som program?
- Var det i tråd med deres forventninger?
- Var MIA den hjelpen de hadde etterspurt?
- Fant de MIA som nyttig og relevant i egen situasjon?
- Var «fagene» valgt og utformet slik at klientene kunne bruke tilbudet?
- Ble klientene trodd, opplevde de seg verdigg behandlet?
- Hva hadde MIAs metodikk med vekt på gruppeprosesser, medvirkning og livskvalitet som verdi å tilby sine klienter? Møtte metodikken noen viktige problemer som klientene har møtt?

2. Ut fra klientenes beskrivelser, kan vi si at tiltakets tenkning gjenspeiles i brukernes erfaringer? Har de klart å gjennomføre sine intensjoner til et praktisk program, en metode?

- Fungerte tiltaket for klientene?
- Fikk klientene hjelp til å definere sine egne verdier og mål?
- Fikk klientene styrket sin handlingsevne og derigjennom sin autonomi?
- Var styrket handlingsevne tilstrekkelig til å løse deres problemer?

Det første settet av problemstillinger fokuserer på innholdet i tiltaket, på deltakernes opplevelser og erfaringer med de ulike delene av intervensjonen og sammensetningen av disse. Herigjennom vil vi belyse eventuelle behov for endringer i tiltakets utforming.

Det andre settet av problemstillinger fokuserer på det vi kan kalle prosessresultater av tiltaket - fungerte tiltaket slik det var ment - som intervensjon i deltakernes problemsituasjon. Siden MIA var et avklarings tiltak og slik sett må følges opp av aktører utenfor tiltaket selv, vil effektene i form av løste fraværs- og frakoblings saker være avhengig av også de andre aktørenes innsats i utføringsprosessen. Slik sett vil prosessresultatene være de viktigste resultatene av MIA-tiltaket.

7.2 Hvordan oppleves programmet av deltakerne?

La oss starte med to korte utsagn:

«Jeg trodde det (MIA) gikk ut på at dem skulle få oss bedre i form. Bedre både smertemessig og ellers, men det gjorde det ikke, ikke i det hele tatt.»
«Vi var jo der i fem uker. De beste ukene i mitt liv.»

Disse to utsagnene dekker spennet vi finner i materialet: De ble ikke bra (ikke den effekten noen hadde regnet med), men MIA var fint, til og med toppen! Innen dette spennet finner vi alle slags variasjoner, men tilbakemeldingene er nesten udelt positive. Vi skal komme tilbake til at den positive tilbakemeldingen også har med tidsperspektivet å gjøre: Vi intervjuet dem tre måneder etter at de hadde gått på MIA, erfaringen var fersk og handlingsmulighetene ikke oppbrukt. Dette må naturligvis også påvirke deres vurderinger på dette tidspunktet.

Vi skal her gjennomgå de ulike deler som prosjektet MIA besto av.

- På bakgrunn av at klientene har noen fellestrekk, men også store forskjeller, er det rimelig å vurdere om deler av tiltakene treffer målgruppen bedre/dårligere enn andre. Var de ulike tiltak og teknikker godt tilpasset målgruppen?
- Noen av tiltakene gir også opplæring og inspirasjon til å drive videre med aktiviteter etter oppholdet. Lykkes MIA med dette?
- Det var også en intensjon bak opplegget, at delene skulle bygge opp omkring hverandre og sammen skape en effekt. Hva mener klientene selv om struktureringen av programmet?

7.2.1 Trening og avspenning

Som vi så av utsagnene, er erfaringen relatert til forventningen. La oss først begynne med forventningene, noe som kan henge sammen med hvem de har fått informasjonen av, og med egne teorier om hva som skal hjelpe mot smertetilstander.

«Syntes det var fint, men var ikke forberedt på at det var så mye om følelser, tanker. Man gjør seg tanker om hvorfor dette skjer meg, hvorfor blir jeg syk. Det var noe med tankevirksomheten der jeg ikke var forberedt på. Her var det ikke så mye trening som jeg hadde trodd, men mer helhetsbilde. Prosjektet var fint, det.»

«Jeg hadde vel ikke noen særlig forventninger jeg, for jeg hadde hørt så innmari lite om det. Det var egentlig bare en tilfeldighet at jeg hørte om det. Det var bedriftslegen som bare slang noen brosjyrer til meg og - kanskje det kan være noe for deg. Jeg hadde egentlig ikke noen forventninger, for jeg ante ikke hva det gikk ut på i det hele tatt. men jeg ble veldig positivt overrasket.»

Forventningene til MIA var ikke presise, de visste ikke hva de gikk til. Men mange hadde sin bakhodeteori om hva som skulle hjelpe dem i situasjonen - det gjelder å trene. Dette er en kur som også har god støtte i behandlingsapparatet.

Hjerteballetten og Trimmen

Hvordan var de så fornøyd med treningsdelen? Under trening og avspenning finner vi en rekke tiltak. Det viktigste er treningsdelen i gymsal. Treningsdelen hadde vært gjennom endringer i perioden. Den startet med Hjerteballetten. Deretter ble det laget et nytt program, her kalt Trimmen. I tilknytning til treningen, hadde klientene uttøying og avspenning. En gang i uken hadde de varmtvannstrening. Det var også utarbeidet et kort program basert på Tai-Chi, også kalt Kinesisk pausetrim. Dette programmet ble brukt som en «pausegymnastikk» i perioden etter lunsj for at øktene ikke skulle bli for lange. En del av informantene var gjennom to treningsopplegg, Hjerteballetten og Trimmen, andre var bare med på ett av oppleggene. Informantene uttrykker delte meninger overfor de to treningsoppleggene.

Hjerteballetten

En rekke av informantene var positive til fysisk trening slik Hjerteballetten var utformet. Enkelte fremhever at dette var en fin måte å starte dagen på. Flere av informantene forteller at de ikke kunne gjøre riktig alle øvelsene, på grunn av stivhet og smerter. På ulike måter framhever flere av informantene at det derfor var positivt at de ble oppfordret til å gjøre øvelsene så godt de kunne, ikke overdrive, men stoppe når det gjorde vondt. Men vondt gjorde det for mange: «Jeg blir helt skjelve av å gjøre øvelsene på MIA, og tenker at dette orker jeg ikke.» Hun gjør øvelsene, men lurer på hvor langt det er lurt å drive det. «Det setter seg i rumpa, låra og legga, og jeg har problemer med å sitte i samtalegruppene etterpå, og er dårlig hele kvelden med banking og verking.» Hun syntes at til å begynne med var treningen anstrengende, men det var godt lagt til rette. Hun kunne godt tenke seg å begynne med noe i samme duren.

Hjertetrimmen hadde fart over seg, noe som gjør treningen morsom, og den foregikk sammen med «hjertegutta». Dette satte mange pris på. Hovedinnvendingen blant mange av informantene til hjertetrimmen var imidlertid at øvelsene var for hurtige, med brå bevegelser, og at det derfor ble vanskelig å gjennomføre øvelsene. «Det eneste jeg følte at jeg ikke har fått noe nytte av, er hjertetrimmen (...) for det første var det alt for tungt, alt for hardt, det var tempo - det var mange av de øvelsene jeg ikke hadde nubbsjans til å prøve. Dessuten blir en dårlig etterpå.» Treningsmiljøet derimot, «det var artig det, det var ikke noe i veien med det. Vi holdt på å le oss i hjel vi». Samtreningskonseptet som lå i det opprinnelige Hjerte-Smertekonseptet kan synes å ha vært vellykket, men selve treningsprogrammet var ikke tilpasset smerteklientens forutsetninger. Treningsprogrammet ble derfor endret, vi fikk «Trimmen».

Trimmen

Trimmens treningsopplegg virket tilrettelagt for personer med stivhet og smerter. Det var i følge en informant, lagt opp tilpasset de dårligste, og mange var «himla dårlige», så hun trodde at treningen var passe for de fleste. Men flere av informantene uttrykte at de anså treningen for å være for lett og litt kjedelig. Treningen var «litt daff». Noen av disse informantene har vært vandt til å trene. De viste likevel stor forståelse for at treningen var tilpasset personer i ulike situasjoner. Det virket som om det å gjennomføre øvelsene var et mål i seg selv for klientene, et tegn på mestring. Treningen på Trimmen ga flere muligheten for å lykkes med øvelsene enn Hjerteballetten, og ga et tilbud til de svakeste. Slik var opplegget vellykket.

Vanngyms

Flertallet av informantene hadde positive opplevelser med vanngymsen. Informantene uttrykker blant annet at det å bade i varmt basseng er behagelig, godt, fin avveksling, øvelsene gikk mindre ut over knær og ledd, og at vannet hadde en masserende virkning.

Enkelte av informantene mener de tok for hardt i, og fikk derfor lite utbytte av treningen i begynnelsen. Andre forteller at programmet ble for hardt, at de fikk vondt i skuldre, nakke, eller ble dårlige. Dette gjorde at de fikk lite utbytte av treningen. Flere forteller at de gjerne kunne tenke seg å fortsette med slik trening, noe et par av kvinnene også har gjort. Lang avstand til et oppvarmet basseng gjør det problematisk å fortsette for enkelte av kvinnene.

Avspenning

Flertallet av informantene syntes at denne delen av MIA-opplegget var annerledes, spennende og lærerikt. Kvinnene betegner øvelsene blant annet som deilig, behagelig, toppen, rart, men fint. Fire ulike teknikker blir nevnt av informantene, henholdsvis ballmassasje, en stram/slipp teknikk, bruk av musikk og lyder, og en teknikk der de slapper av og følger instruksjonen til instruktøren.

Flere av informantene hadde liten erfaring med avspenningsteknikker. En forteller at det meste var nytt for henne, men syntes det gjorde godt. Hun forsøkte å gjøre slik hun ble fortalt, og følte at hun etter hvert fikk det til. Hun «ble helt borte, sovna». Hun forteller at en av gangene kom hun bare til avslapping av to deler, så hørte hun ikke mer. Hun våknet senere og lurte på om hun ikke skulle slappe av de to andre lemmene! En rekke av de andre informantene forteller også om hvor godt de fikk til å slappe av. Suksesskriteriet ble ofte knyttet til hvorvidt de sovnet under øvelsene eller ikke!

Flertallet av informantene antyder en relativt positiv opplevelse med avspenningsteknikkene. Sett bort fra at noen hadde negative opplevelser med den visualiserende teknikken, kan det virke som om alle avspenningsteknikkene har hatt en form for virkning. Flere informanter uttrykker eksplisitt hvor godt øvelsene gjorde dem. Noen foretrekker en teknikk, andre foretrekker andre teknikker. Relativt få av informantene uttrykker at de ikke fikk noe ut av avspenningsøvelsene eller var svært negative til enkeltteknikker.

Flere av kvinnene har fortsatt eller forsøkt å fortsette med noen av disse teknikkene selv. En forteller at hun har brukt avspenningen etter MIA på egenhånd, men synes at «det kan være

vanskelig når en skal være aleine om det. Nå er hun ikke så ivrig». Noe av det samme uttrykker en annen. Avspenningen var bra, hun har prøvd med det samme hjemme, men har glemt det etter hvert. I tillegg er det ikke så lett å gjøre øvelsene hjemme, fordi det er så mange ting som forstyrrer, hun får ikke ro på seg til å gjøre det. Et annet problem var at en ikke fikk «automatisert» øvelsene og teknikkene godt nok mens en var på MIA, og det var derfor vanskelig å bruke teknikkene for seg selv. Det siste var en generell erfaring.

Pausetrim

Det kan virke som om flertallet av kvinnene hadde en positiv opplevelse med den Kinesiske pausetrimmen. En forteller at det var veldig deilig. I følge en annen hadde hun god nytte av pausetrimmen, da hun ble sliten «den pausen trengte hun». «Det var artig, de hadde det kjempegøy.» Noen har skaffet seg musikken eller instruksjonsvideoen til denne trimmen. «Jeg synes at den pausetrimmen hennes, den var helt super, (...) den musikken vi brukte på den pausetrimmen, den fikk jeg tak i, så jeg bruker den nå også jeg. Den er super». En av dem forteller også: «Jeg fikk jo tak i den kassetten da, og det driver jeg med veldig ofte. Akkurat med det samme jeg føler meg sigen og har lyst til å gå å legge meg på sofaen, så gjør jeg heller det».

En forteller at hun er også svært entusiastisk til denne treningen, og ønsker å lære mer for å kunne praktisere det selv. Problemet nå er at hun ikke husker bevegelsene godt nok til å gjenta dem alene. Dette er noe flere av informantene never, enten som negativt eller som grunn for at de ikke har praktisert pausetrim i ettertid, til tross for at de var begeistret for øvelsene. De vurderer tiltaket som nyttig, men opplæringen som utilstrekkelig.

Oppsummering - trening og avspenning

Erfaringene fra MIA er at klientene er forskjellige, både mht. tidligere treningsbakgrunn og bevegelighet. Det er derfor vanskelig å finne fram til ett program som passer for alle. De som sterkest trenger et tilpasset program, har vansker med å videreføre treningen etter MIA, fordi det finnes få tilpassede treningstilbud i nærheten av bostedet. Det samme problemet gjelder bassengtrening, en treningsform som mange fant egnet.

Det var blant klientene også positiv tilslutning til bruk av avspenningsøvelser og teknikker. Mange fant at avspenning var nyttig for dem. Å bruke avspenning i hverdagslivet senere, var imidlertid problematisk. Opplæringen på MIA var ikke tilstrekkelig, samt at det var vanskelig å finne rom i familielivet.

Et generelt problem var at når en kom hjem og startet i jobb, ble det tungt å komme seg på trening. Det var tungt å stå i jobben, hjemmelivet krevde sitt og i tillegg skulle en ha «ork» til å reise for å trene når en følte behov for hvile. Det er slik stor overgang mellom å være på tiltak og skulle overføre erfaringene fra tiltaket til dagliglivet.

7.2.2 Idéverkstedet

I idéverkstedet tok en for seg arenaer utenfor arbeidslivet. Målsettingen var å bevisstgjøre deltakernes verdier og valg for å få til endring i livssituasjonen. Vurderingen av idéverkstedet er noe blandet, men bare tre er klart negative. Den blandede vurderingen av idéverkstedet skyldes flere forhold. Noen kunne synes at dette var bra, her fikk de snakket ut. Andre kunne

1

mene at her ble det mye prat, men det var nå artig å høre på. Og noen ville hevde at det var OK, men det var ikke noe for dem, eller som de selv hadde behov for.

Alle er ikke like vant til å sette ord på sine opplevelser eller å dele erfaringer og følelser med andre. «Det var mye snakk om å føle på ting og kjenne godt etter hvordan en hadde det. Men for meg er dette bare ord» og «det var jo mye snakk om abstrakte ting, da.... Jeg kan ikke huske noe spesielt, men jeg synes vi hadde det så helt topp når vi satt der og pratet, og jeg synes det var så fine tanker».

Finnes det grenser for altruisme?

Men hva var det de snakket om? Deltakerne lærte at det var viktig å sette grenser, bevisstgjøre egen verd og å være mer selvhevdende. Flere kommenterer at grensesetting hadde de ikke vært flinke til, og at idéverkstedet har vært en nyttig gjennomtenkning. Men samtidig uttrykte noen også en protest mot de normene som ble holdt opp for dem:

«Vi sa til (kurslederne) at nå bli vi jo egoistiske, nå blir vi jo uspiselige. Det var sånn at du skulle tenke på deg selv, slik at hvis du hadde lyst til å ta deg et bad, så gjorde du det. Blås i alle andre og gjør det du vil. I begynnelsen tenkte vi at det går ikke an å gjøre sånn, vi blir jo uspiselige og egoistiske mennesker. Det gikk liksom veldig mye på at en skulle tenke på seg sjøl, en skulle ikke ta hensyn til andre hele tiden. Spesielt med mann og barn og husarbeid og sånn. Man skulle prøve å tenke litt på seg sjøl og ikke tenke på hva alle andre synes.»

Virksomheten i idéverkstedet tok opp ulike verdimeslige spørsmål og satte spørsmålstegn ved livsformer og verdier, som mange av kvinnene delte. Gruppelederene skulle prøve å få kvinnene til å se seg selv som person og å sette grenser for andre. Dette kunne vekke protester, fordi det ble forstått som et angrep på altruistiske og familieorienterte verdier. Som en av dem presiserer i et intervju på spørsmålet om hva hun sjøl vil gjøre: «Det behøver ikke å være å dyrke meg sjøl, men oss sjølve».

Det normative idealet de opplevde at idéverkstedet sto for, var verdier som var fremmede for mange av kvinnene, som var vant til å sette andres behov foran egne. Noen reagerte umiddelbart negativt, men ga likevel uttrykk for at de så noe nyttig i tiltaket, og som vi skal se, var det mange som tok til seg tanken om at de måtte ta mer hensyn til seg selv.

7.2.3 Smerteskolen

Smerteskolen hadde få timer. Den var ikke primært lagt opp som undervisning, men som erfaringsutveksling. Umiddelbart hadde mange problemer etter tre måneder å huske hva smerteskolen var. Men når de kom i gang og ble minnet om hvem som hadde den, var det to trekk ved opplegget som ble nevnt av de fleste. Det ene var å *snakke om smerte*, lære å sette ord på det en følte og at dette var nyttig. Det andre var å *utveksle erfaringer om hva som hjalp* og hva en ble dårligere av, og det å kjenne seg igjen i andres fortellinger. En historie rommer mye av det som ble fortalt:

«Da prata vi veldig mye smerter. Det også var egentlig veldig all right, vi lurte fælt på alle sammen, hva dette her var for noe da. Smerteskoole, det hørtes jo veldig rart ut, men det var faktisk all right. Du fikk satt ord på ting og du følte at ... Vi var veldig

enige alle sammen om at vi kunne ikke snakke sykdom hele tida, det fikk være grenser. Mens der følte vi at der kan vi blåse ut litt. Så fikk du litt erfaring, alle hadde prøvd forskjellige ting og når man da fikk lagt sammen dette her, så hadde man mange forslag til ting man kunne prøve for å få det bedre. Det var litt morsomt å se at du kjente deg igjen på så mye. «Det blir jeg verre av» og «ja, det er jo helt grusomt». Og det var litt godt å ha et sted man kunne prate om det. Ha ett sted hvor du kunne få lov å syte og klage litt.»

Det å kunne sette ord på smertene var viktig, både fordi en ikke fikk snakket hjemme om det og fordi en da bedre kunne snakke med legen sin. Mange hadde følt seg mistrodd, i alle fall ikke forstått, både av lege, familie og arbeidsgiver. Her fikk de hjelp av lederen til å uttrykke smerte. Lederen ga indirekte råd om hvordan smerte skulle beskrives.

«Hun sa f.eks. at dersom en sa at skuldra var hoven, det syntes hun ikke hørtes noe vondt ut. Sa en derimot at det kjentes ut som om beinet brekker, så høres det vondt ut.»

Men ble en bra av smerteskolen? Det ble de ikke, og dette var skuffende for noen. Andre derimot mottok smerteskolens budskap. En forteller at:

«lederen på en all right måte klarte å formidle til oss at det er ikke noen sprøyte vi kan ta, det er ikke funnet noe botemiddel for dette. For det er vel sånt alle håper på, at det finnes en sprøyte eller en kur, men hun fikk formidla på en veldig all right måte at det er det faktisk ikke, men at det er mye de ikke vet, at det ikke er forska så voldsomt på det, at man prøver å finne en årsak. Men inntil da så må man forholde seg til at mye er psykisk betinga og stressbetinga, at man kan bruke kreftene på det, og ikke lete i all verdens legemidler etter botemiddel.»

Hun forteller også at letingen etter botemiddelet, nå er det avsluttet for henne, det å prøve alternative ting og fly til leger, så slipper hun å bruke krefter på det i hvert fall. Den situasjonen som det her fortelles om, med en rundgang til leger og alternative behandlingsformer, var svært utbredt i materialet.

Smerteskolens opplegg så ut til å kunne medvirke til å bryte denne rundgangen, til å hjelpe kvinnene til å sette ord på sin smerte, samt bidra til erfaringsutveksling om botemidler. Smerteskolen ble slik evaluert som god og relevant av målgruppen.

7.2.4 Yrkesprogrammet

Yrkesprogrammet var den delen av MIAs program som hadde flest timer, og var det for mange av deltakerne på MIA. Noen sto i den jobben de skulle fortsette med. Andre var på veg ut av arbeidslivet, noe som var situasjonen for de færreste. For dem som var på veg ut av arbeidslivet, var Yrkesprogrammet interessant, men ikke like relevant. De som hadde hatt utbytte av Yrkesprogrammet, la vekt på tre hovedsaker:

1. Den første dreier seg om å stoppe opp å tenke, en kan ikke bare fortsette som før.
2. Den andre handler om å reorientere seg. Å reorientere seg handler om å få rådgiving om sine muligheter ut fra evner og ressurser, og ut fra dette se nye muligheter.

3. Den tredje handler om hvordan en gjør det, om å legge en plan, hvordan en skal gå fram og hva en kan forvente av respons på arbeids- og trygdekontor.

En av dem forteller om Yrkesprogrammet:

«... vi fikk sånn grundig gjennomgåelse av arbeidskontor, trygdekontor, liksom, hva vi hadde rett på og hvordan vi kunne gå fram og sånn da. At vi fikk laget den egenjournalen også, slik at vi hadde noen faste holdepunkter etter at vi var ferdige. Så det var veldig fint, hun var jo veldig flink hun som hadde det da. Hun innga sånn veldig tillit, det gikk jo på hver enkelt, hva vi passa til og sånn - i yrkessammenheng... Jeg kom jo i gang slik at jeg skjønnte at jeg kunne ikke fortsette der jeg var, slik at jeg måtte komme i gang med noe nytt altså og finne nye ting jeg kunne tenke meg å holde på med, hva jeg kunne tenke meg å jobbe videre med. Det var jo veldig viktig.»

Gjennom informasjon, refleksjon og erfaringsutveksling fikk lederen til at kvinnene stoppet opp, reorientere seg, satte seg nye mål og laget planer for å nå dit. Men dette var ikke alltid like lett å gjennomføre senere, noe deres historier og erfaringer også fortalte.

Tiltaket ble vurdert som både relevant og godt gjennomført av deltakerne. Programmet tilførte både kunnskaper og skapte refleksjon om egne verdier, muligheter og valg.

7.2.5 Var programmet vellykket?

Delene

Dersom vi skal oppsummere de ulike delene av programmet, ligger det litt ulike poenger i det vi har gått gjennom.

Ser vi først på gymmen, ser vi at det er vanskelig å finne et tilpasset program som passer for alle. Alle er ikke like dårlige. Og alle er ikke vant til å trene. *Hjerteballetten* fikk ingen udelt negativ evaluering, og ut fra det som fortelles er samtrening for «Smerte og Hjerte» ingen dum idé. Dersom det eksisterer slike hjertetreningssgrupper på et sted, kan en godt la smertepasienter samtrene med dem, så sant øvelsene er tilpasset.

Flere hadde forventning om at de skulle trene, og var glade for å komme i gang igjen. Men å komme inn i bedre treningsvaner, var ikke alltid helt vellykket. Noen fant ikke tilpassede tilbud nær bostedet. Det ble for langt å reise til det nyopprettede tilbudet for mange som bor i Akershuskommuner. Noen følte seg også for spreke for slike tilpassede tilbud. Resultatet var at noen fortsatte å trene, men det mest populære og utbredte var å gå tur. Å gå seg en tur, var noe mange av de intervjuede gjorde nesten daglig. *Pausetrimmen* var populær, men den innføringen de fikk på MIA var ikke tilstrekkelig til at de var selvdrevne. Avspenningen syntes ikke helt å være forstått, ettersom det var et suksesskriterium å sovne. På den annen side er det forståelig at det å sovne er et godt kriterium for mennesker som nettopp har hatt søvnmangler pga. smerter. Det virket her som om mange ikke hadde gått inn for å lære seg avspenningsteknikker. Noen hadde prøvd, men det var så som så med praksisen når de kom hjem. Her spilte nok hjemmeforholdene inn. Men noen mente at de kunne bruke avspenningsteknikker nå og da, når «de trengte det».

Idéverkstedet var en aktivitet som ikke alle følte seg like hjemme i. Det er ikke alle som er like vant til å snakke. Alle er antagelig ikke vant til å snakke om personlige forhold, noen har profesjonell trening, og alle har ikke de samme grenser for hva som er personlig og privat og hva som kan deles med andre. Prosjektet la opp til at alle skal ta valg ut fra egne verdier. Men de verdiene mange klienter var bærere av, synes å stå i motstrid til de verdiene som gruppelederne fokuserer på. Noen oppfattet derfor situasjonen som vanskelig. Andre tok de nye verdiene og forsøkte å gjøre dem til sine egne. Imidlertid er noe av det viktigste med en slik metode at individene gjør seg bevisst hvilke verdier de faktisk vil legge til grunn for valg, og her synes idéverkstedet å ha lykket.

Smerteskolen tilførte klientene ferdigheter, som å kunne verbalisere smerteopplevelsene sine bedre, og dette vil være funksjonelt i det videre møtet med helsevesenet. Men det som var den viktigste erfaringen i smerteskolen, var å bli trodd. De ble tatt alvorlig på det de presenterte, ikke bare holdningen «jeg hører hva du sier, jenta mi». Dette å bli trodd var noe de hadde slitt med mange av dem, som vi så i relasjon til helsevesenet, men også i slekt og familie. Deres erfaringer ble gyldiggjort gjennom de andres bekreftelse. Deres smerteopplevelser ble sanne for dem selv gjennom den annens gjenkjenning. Denne gyldiggjøringen er grunnlaget for å kunne komme videre (Leira 1990).

Yrkesprogrammet var «hovedfaget» i MIAs program. Programmet var omfattende, og det ble stundom trangt om tid. Yrkesprogrammet skulle gå gjennom både den enkeltes arbeids- og utdanningshistorie og sykehistorie. Samtidig tilførte spesielt denne delen av programmet deltakerne nye kunnskaper, både om arbeidslivets regler og om fungeringsmåten av offentlige ordninger. Dette synes å gi et godt bidrag til den selvtilit som ble utviklet gjennom deltakelse i MIA. Disse kunnskapene satte dem i stand til å agere og agere på andre måter enn tidligere, fordi de nå kunne snakke «forvaltningens språk». Dette handler om det samme som i smerteskolen, de kunne komme mer på talefot med sine samhandlingsparter i en attføringsprosess.

Strukturering av programmet

Hvordan var så avpasningen mellom de ulike delene i programmet? De aller fleste var fornøyd, det var bra som det var. Men skulle det gjøres endringer, var det to punkter noen av deltakerne satte fingeren på, Yrkesprogrammet og lunsjpausen. Noen kunne tenkt seg mer av Yrkesprogrammet, samtidig som andre syntes dette ikke var nødvendig, fordi Yrkesprogrammet ikke var direkte aktuelt i deres situasjon. Noen fant ut at det var greit som det var:

«Jeg tror det var ganske passe, det virka som om det kom til å bli veldig mye, så: Guri meg, hva skal vi bruke all den tida på. Men vi fikk da brukt den, vi hadde jo nesten dårlig tid på slutten, så det var vel egentlig ikke for mye altså. Selv om det virka veldig mye når vi starta, så viste det seg at det var jo ikke det. Det var vel egentlig akkurat passe. Skulle det være en forandring, så måtte det være litt mer, men ikke mye. Fordi at vi skulle jo skrive den egenjournalen, det fikk vi litt liten tid til. Hvis det skulle bli noe forandring på at den skulle bli kortere eller lenger, så måtte det bli litt lenger slik at vi fikk bedre tid på den egenjournalen.»

Det var en tendens til tidsnød i Yrkesprogrammet, spesielt i starten. Programmet ble også utvidet med noen timer, men det ble fra flere fortalt at det ble litt «pes», både mot slutten og i noen av timene for å rekke at alle skulle få sitt. I en videreføring burde en kanskje se litt på

denne biten. Vi skal ha i mente at det også var denne delen som de fleste spontant fortalte hadde vært nyttig for dem. Yrkesprogrammet er også kursets «hovedfag».

De fleste syntes at lunsjpausen var fin, det var da de fikk snakket uten profesjonell innblanding, og i denne gruppesituasjonen kom det opp private temaer, som kanskje ble oppfattet som for private eller vanskelige for å bli tatt opp i gruppesituasjoner (f.eks. på Idéverkstedet). I alle fall visste gruppe medlemmene ting om hverandre som ikke kom fram eller var kjent for gruppelederne, og som heller ikke ble fortalt oss som intervjuere. Men noen så ikke hensikten med så lang pause - noe som særlig ble uttrykt fra ikke-røkere.

Det synes som om programmets tid var godt fordelt på de ulike deler og aktiviteter. Det kunne bli noe hektisk på Yrkesprogrammet. Yrkesprogrammet tok mange timer, og mange av de øvrige tiltakene var «små». Det er derfor ikke godt å se hvor mer tid til Yrkesprogrammet skulle vært tatt fra. For gjennomføringen av programmet er det den ordinære fysiske treningen som er mest løsrevet fra programmets gjennomføring, og som i beste fall fungerer som en smaksprøve på ulike treningstyper deltakerne kan følge opp senere. Vi vil imidlertid argumentere for at noe kroppslig bevegelse og avspenning bør være koblet opp mot samtalegruppene, både for å sikre avveksling og for å gjøre deltakerne i stand til å gjennomføre et stillesittende program.

Dagens struktur

Dagsprogrammet startet med trening, uttøyning og avspenning. Etter en lang lunsj kom så økta med de «teoretiske fagene», Smerteskole, Idéverksted og Yrkesprogrammet. Mange syntes det var deilig å trene om morgenen. «Det også komme til henne om morgenen og trene der, det var liksom en glede det, for hun var en veldig behagelig person. Veldig ungdommelig og sånn, som fikk med seg folk da.» Men det passet ikke like godt for alle. Noen hadde problemer med å komme fysisk i gang om morgenen. Men om ikke alle var like begeistret for morgengym, var dette ikke noe problem.

«Men akkurat alle de timene etterpå, det var det som tok knekken, vet du. Det var alt for langt. Den treninga skulle de hatt. Vi kunne begynt om morgenen med en time sånn teori, og så skulle vi hatt to timer med avspenning. Det skulle vi hatt etteråt da, og så kunne vi tatt de to siste timene med teori. For da hadde du kanskje fått kroppen til å slappe av litt. Men det begynte med treninga, og så hadde du alle de timene etterpå med sånn.»

For noen ble timene etter lunsj harde, og de kunne tenke seg en sterkere oppbryting av programmet. Pausetrimmen ble også etter hvert utformet og ga i alle fall et avbrekk.

Ut fra klientenes erfaringer kunne det vært interessant å prøve ut en annen strukturering av dagen.

Slit eller ferie?

Selv om klientene er fornøyd, og i den grad de hadde forventninger og ikke ble skuffet, pekte de likevel på «ømme» punkter i programmet. For noen ble det slitsomt:

«Det var bare det at jeg ble så kjempesliten, kroppen min greide ikke å ta til seg så mye. Jeg får så smerter og blir slått ut og trøtt. Jeg bare satt og jespa, jeg måtte reise meg mange ganger fra stolen. Og det så du når jeg var der nede nå, jeg må reise meg hele tiden, for du klarer ikke.»

Ikke alle syntes at det hadde vært så hardt, noen betegnet programmet som en slags luksus, som en ferie. Men det er stor variasjon i den formen klientene er i. Men selv de som syntes det var slitsomt, syntes at det likevel gikk forbausende greit. En av grunnene til at det gikk greit var tidshorizonten. Det varte bare fire uker. Den påkjenningen som MIA som kurs var, ble sammenliknet med andre kurs (kvalifiserende kurs), og i en slik sammenlikning kom MIA fordelaktig ut. Men det ble sagt at dersom de skulle ha gått på MIA i mange uker, så hadde det kanskje ikke gått.

«Har man en dårlig dag, å sitte med disse skjemaene, det var virkelig slitsomt altså. Det ble så mye på en gang, synes jeg.»

Det var slitsomt å fylle ut skjemaer, spesielt for dem som ikke er vant til papirarbeid. Og skjemaer var det mange av i prosjektet. «Skjemaer» viser her både til alle evaluerings-skjemaene og til skjemaer som ble brukt som verktøy i de ulike delene av programmet. Fellesevalueringen skulle ha sine skjemaer, prosjektets egnevaluering skulle ha sine, ved oppstart, midt i perioden og som avslutning. Og både yrkesdelen og idéverkstedet brukte hjelpemidler som var formularer som skulle fylles ut. Selve evalueringen førte til et slitsomt merarbeid for klientene. Prosjektets egnevaluering kunne med fordel ha nyttiget andre metoder.

En hovedkonklusjon må imidlertid være at omfanget av kurset lot seg gjennomføre, også av de dårligste, men da med redusert utbytte. Tid pr. dag og tidsperiodens lengde viste seg godt tilpasset målgruppens behov og ressurser.

7.3 Livskvalitet som autonomi. Brukernes opplevelse etter MIA - å stå styrket i møtet med hjelpeapparatet, arbeidsgiver og familien?

Vi har tidligere pekt på at livskvalitet og medvirkning er begreper som grenser opp mot hverandre, slik de brukes i MIA som prosjekt. Medvirkning som etisk prinsipp og som metode, skal bidra til at prosjektet setter individene i stand til å gjøre valg i egen sak, *livskvalitet som autonomi*, se kap. 6 «Brukermedvirkning i MIA».

Men klarte MIA å iverksette sine ideer om medvirkning, som styrking av deltakernes autonomi?

En typisk bruker

Vi vil starte med å presentere deler av et intervju som rommet mye av det som gikk igjen hos mange, her formulert ut fra denne kvinnens posisjon:

«Da jeg begynte på MIA..... visste jo veldig lite om hva det prosjektet gikk ut på. Jeg trodde det gikk ut på at dem skulle få oss bedre i form. Bedre både smertemessig og

ellers, men det gjorde de ikke, ikke i det hele tatt. Det jeg oppnådde med det når jeg kom hjem, var at jeg ble helt skutt. Det tok så på meg, men det var veldig interessant, det må jeg innrømme. Der satt vi syv jenter, og vi hadde våre problemer alle sammen. Det var litt artig - det er ikke bare meg, det er flere enn meg, som har problemer med smerter.... Det var veldig fint, for vi fikk litt sånn - hva skal jeg si, alt dette var kjempefint, for du fikk mye informasjon om hvordan du kan gå fram på arbeidskontoret, hvordan du kan bli møtt på enkelte steder. De jentene visste jo hva de snakka om og kunne gi deg informasjon om forskjellige ting og gi deg råd, så det var jo kjempefint.... Altså, det var ingen ting som ergra meg ved MIA, fordi alle var jo hyggelige og det var et interessant prosjekt, det må jeg si. Du fikk vite rettighetene dine i trygdevesenet og hvordan du skal gå fram. Du fikk vite veldig mye som du ikke visste på forhånd, som du har lov og rett til. Fordi du er det mennesket du er, så har du rett til det. Du lærte veldig mye det at du har lov til å si nei, det er fullt lovlig.»

Det fremgår av intervjuet at hun visste lite. Hun hadde imidlertid hatt sine mål eller ønsker - å bli frisk eller få mindre smerter, med den effekten hadde ikke prosjektet. Likevel, prosjektet hadde vært flott, både å erfare at andre hadde det som henne og å få nyttige opplysninger om hvordan det offentlige hjelpeapparatet virket, og bli kjent med regler og rettigheter. Hun hadde erfart og lært noe nytt. Og hun har sett at hun har rettigheter fordi hun er et menneske, og krav på verdig behandling! Som vi i forrige kapittel pekte på, la MIA til grunn en forståelse av medvirkning, der medvirkning ikke bare er et middel, men et gode i seg selv, og begrunnet i vårt menneskeverd og i våre borgerrettigheter. Dette er verdier og forståelsesformer som er blitt overført til denne klienten. Klienten bekrefter også at det å gi økt innsikt, har økt hennes påvirkningsmulighet, og dermed styrket hennes autonomi. Så langt taler mye for at tiltakets tenkning gjenspeiles i brukernes erfaring, og at brukeren fant nytte i tiltaket.

Vi skal nå se nærmere på de aspektene denne deltakeren peker på. Deles hennes erfaring av flere?

Å sette ord på ting

Gjennom gruppesamtalene opplevde de at de skaffet seg et språk og et begrepsapparat slik at de kan presentere sin egen situasjon overfor dem de samhandler med, på arbeidsplassen, overfor hjelpeapparatet, i familien eller omgangskretsen. En av deltakerne, en 40 år gammel kvinne med handelsskole som eneste utdanning, kan illustrere dette. Hun forteller at det MIA har hjulpet henne mest med er å sette ord på ting. Hun sier at det tidligere har vært vanskelig å snakke med andre om sine problemer, men at det er lettere nå, både fordi hun har fått mer kunnskap, fordi hun har fått prøvd ut å snakke åpent om det, og fordi hun har erfart at hun «ikke er alene i verden», men at det er flere som har liknende ting. Når de har fortalt om sin situasjon, så har det hjulpet henne til å forstå sin egen: «Aha, er det sånn det er». Hun har kjent seg igjen i de andres fortellinger. En annen deltaker, med utdanning fra handel og kontor i videregående skole, forteller at smerteskolen har hjulpet henne til å sette ord på opplevelsene slik at hun lettere får forklart det for legen.

Å sette ord på ting, var også nyttig i relasjon til kommunikasjon med hjelpeapparatet. Vi har pekt på deres erfaringer i smerteskolen, der de ble veiledet til å sette «gode» ord på smerter, ord som legene ville forstå som «vonde». Vi har tidligere pekt på pasientens problemer med å uttrykke seg i relasjon til legen. Dette henger sammen med de språklige forskjeller mellom profesjonenes og pasientenes hverdagspråk (Malterud 1993a) og med at symptom-

beskrivelsene stemmer dårlig med medisinsk språkbruk (Walmann 1989). Det styrker klienten å kunne snakke slik at hun blir forstått, og det får de hjelp til, bl.a. gjennom smerteskolen. Noe av det samme bidraget har vi pekt på at Yrkesprogrammet gir.

Til denne opplevelsen av å kunne snakke om sitt problem, hører for noen også med en omdefinering av sitt problem, fra noe akutt og forbigående til en kronisk lidelse, fra noe som de «stresser» med å bli friske av, til noe de må innse at «tar tid», og som de kanskje aldri vil bli helt kvitt. De beskriver det som at de «har akseptert» at rehabiliteringsprosessen - det å komme fram til en arbeids- og livssituasjon de kan leve med, kan ta måneder, kanskje år.

Å bli kjent med seg selv

En tredje type lærdom er knyttet til å bli bedre kjent med seg selv, egne evner og ønsker, og å se nye muligheter i det som ble opplevd som fastlåst: «Når du går litt rundt i svime og liksom føler at du vet ikke helt hvor du står og hva du skal gjøre for å komme videre, så var det nyttige opplysninger», sier en deltaker. MIA har gitt dem selvtillit og planer for framtiden. Gjennom å se nye muligheter har deltakerne fått tro på seg selv. En annen beskriver det som at hun ble stabla på beina igjen og så nye åpninger. Det er i prosessen med å finne ut av egen situasjon at MIA-tiltaket har bidratt. En tredje deltaker som forteller at hun også hadde tenkt mye på sin situasjon *før* hun kom med på MIA-tiltaket, beskriver at deltakelsen var et press på henne til å få satt tankene ordentlig ned og konkludert. Også hjelpen til å trekke i trådene var verdifull, det at noen hjalp til med å tydeliggjøre tankene og stilte spørsmål ved ting en ikke selv var villig til å se. Dette gjorde gruppelederne uten at de var påtrengende, sier hun, og viser til at også de andre deltakerne bidro på denne måten.

Kunnskap er makt

En annen type handlingskompetanse har de fått gjennom MIA ved at kurset har gitt dem nyttig informasjon, som hjelper dem til å handle fornuftig i forhold til sin egen situasjon. Denne kunnskapen har gitt dem en trygghet til å handle. Gjennom å få tilført kunnskaper om prosesser og rettigheter i attføringen, er noen av dem i stand til å håndtere møtene med hjelpeapparatet bedre. «Du visste hva du hadde krav på og hva du kunne få gjort» og «Du følte deg mye tryggere» er utsagn som er typiske for flere. Kunnskapen har styrket deres posisjon i møtene med dem de er avhengige av for å finne fram til en levelig arbeids- og livssituasjon. «Det er godt å ha tenkt igjennom situasjonen grundig når du skal henvende deg til andre instanser, slik at en sjøl har svar for hånden når en får spørsmålene», sier en og beskriver det som at brikkene falt på plass den siste dagen. Inntil da var hun ikke sikker på hvor hun ville ende opp, men siste dagen var det som om puslespillet var lagt. En annen sier at hun hadde gått sykemeldt ett år og var veldig usikker på hva som ville skje etter det året, men etter å ha vært på MIA, visste hun hva hun gikk til, og var ikke lenger engstelig. Hun følte seg tryggere i møtet med hjelpeapparatet, for hun visste at hun hadde noe å fare med.

For mange var attføringsapparatet ukjent. De formidler i intervju at de manglet systemkunnskap - de visste ikke hva de skulle gjøre med egen sak. En tredje sier:

«Jeg visste egentlig ikke hva jeg skulle gjøre, det fikk jeg fra MIA - at du må snakke med den og den personen i kommunen, og du må gjøre sånn og sånn. Det visste ikke jeg. Jeg har aldri gått sykemeldt så lenge at jeg har hatt behov for noe sånt. Alt det fikk jeg fra MIA, alt hva jeg burde gjøre framover. Så jeg lærte ganske mye der, fikk veldig

mye god informasjon.»

Den systemkunnskapen de har ervervet seg er av to typer. Den ene er offisiell rettighetsinformasjon og beskrivelser av hjelpeapparatet, hva lov- og regelverk hjemler av rettigheter og støttemuligheter, og hvilke deler av hjelpeapparatet som gir hjelp med hva. Den andre er uoffisiell systemkunnskap, kunnskapen om hva som pleier å skje og hva som er lurt å gjøre. En deltaker forteller: En ting jeg lærte på MIA, var å ikke si opp den jobben en satt i. Derfor nektet hun da arbeidsgiver foreslo dette. Etter MIA vet hun om sine muligheter, og hun som enda selv ikke har erfaringer med systemet har lært (hørt) av de andre MIA-deltakerne hvor vanskelig og tungrodd systemet kan være. Hun var blitt fortalt om hyppige skifter av saksbehandlere og opplevelse av å stange hodet i veggen. Hun lærte om systemet hvordan en skulle trekke i trådene, og hvilke instanser som skulle oppsøkes om hva, men hun lærte også av de andre deltakernes erfaringer at så enkelt var det ikke. Hun så imidlertid at det var muligheter som var åpne for henne, men at hun måtte stå på selv. Hun vet hvor hun kan henvende seg om hun kommer i en vanskelig situasjon. En annen deltaker formidler den samme lærdommen - at en ikke må overgi seg til hjelpeapparatet, men ta styringen selv: «Jeg lærte at jeg selv må styre (attførings)prosessen og legge en god plan, og lærte om rettigheter slik at jeg har noe å fare med i møtene med arbeidsgiver.»

Utproving og planlegging

Delvis har de også fått prøvd seg ut i møtet med systemet gjennom en aktivitetsdag midt i programmet, der deltakerne skulle starte opp arbeidet med å ta tak i egen sak. Ut fra de problemer de hadde identifisert og de tiltakene som måtte iverksettes for å endre situasjonen, skulle de oppsøke de instansene som kunne bidra i løsningen - arbeidskontoret, trygdekontoret, legen eller arbeidsgiveren. For noen har denne dagen vært en viktig spore til å komme igang. En beskriver:

«Da vi hadde de dagene da vi skulle ut å ordne - arbeidsdager kalte de det - det var da jeg fikk satt igang liksom. Da følte jeg at nå er jeg nødt til å gjøre noe, for dette er hjemmeleksa vår liksom. ... Jeg kontaktet attføringskonsulent og kom liksom i gang der.»

En annen sier:

«Det å bli backa opp mens vi gikk der, å vite at du hadde noen i bakhånd som du kunne rådføre deg med eller få trøst av, eller bekreftelse fra. Det var veldig bra å bli sparka ut i det ... å komme i gang, tørre å gå inn i det. Å sette seg ned og lage en plan sammen med de som har ansvaret for deg, det var en veldig positiv opplevelse.»

Nye kunnskaper fører til nye handlinger

Gjennom nye kunnskaper kunne de både tenke alternativt og handle alternativt. En av klientene fortalte om det sesam-sesam som hennes nyervervede kunnskaper om rettigheter skapte. På trygdekontoret hadde hun i sin sak henvist til en gitt paragraf (som hun hadde hørt om,) og plutselig endret holdningen og tempoet seg hos trygdefunksjonæren. Sakens papirer kom på bordet øyeblikkelig! Slike erfaringer gir tillit til at de nye kunnskapene også kan føre til noe. Slike erfaringer ble delt i gruppen og bidro til selvtillit til flere enn den som hadde gjort den konkrete erfaringen.

Her vil vi peke på aktivitetsdagens betydning i opplegget. Gjennom denne dagen kunne de gå ut og prøve ut noe, i forvisning om at de kunne komme tilbake å bli plukket opp, dersom noe gikk galt og få ros når det gikk bra. Det viste seg at det kom flest gode erfaringer fra disse aktivitetsdagene. Mange fortalte om hva som hadde skjedd den dagen. De hadde enten vært hos arbeidsgiveren sin, arbeidskontoret eller den instansen som var det utløsende for sakens fortsettelse.

Å sette grenser

MIA har vært en anledning for deltakerne til å tenke igjennom sin egen livssituasjon, og det har gitt dem legitimitet til å «lytte til signalene fra kroppen» og ta hensyn til seg selv. En av deltakerne forteller at de snakket mye om det med å ha dårlig samvittighet, om krav fra familien, og om det å tørre å være litt slem: «Det syns jeg var felles for alle, at vi hadde behov for å være litt slem. Vi tok mye hensyn.» En annen beskriver det som at de «lærte å si nei». Vi lærte å være ærligere, og tenke at folk skal ta en som en er, og ikke bli altfor mye et ja-menneske, sier hun, og forteller at hun selv har veldig problemer med å sette grenser. Hun mener det er lettere å behage andre, enn å si nei, for da må du forklare. Hun har bestemt seg for at dette året skal være nei-året, da hun skal tenke mer hva hun selv vil, og ikke si ja til alt før hun selv vet at hun ønsker det. En tredje beskriver at hun lærte å ikke få dårlig samvittighet for at hun ikke strekker til og ikke oppfyller alles forventninger. En fjerde forteller at hennes viktigste utbytte av MIA, var å forstå at hun måtte trappe ned på ting. Hun har sagt fra seg frivillige tillitsverv og frivillig arbeid, og er blitt flinkere til å si nei til alle som spør om tjenester. MIA lærte henne at hun må se at ikke alt er hennes problem: «De skal ikke lenger få drive meg til ting jeg ikke vil», sier hun nå. Deltakelsen på MIA representerte selv dette å gjøre noe bare for seg selv, en periode da det bare dreier seg om «meg». En skulle bare komme som seg selv, få noe ut av det selv, og ikke bringe noe tilbake til andre. *MIA ble en anledning til å sette seg selv i sentrum.*

Erfaringskunnskap og profesjonskunnskap - gruppens betydning

Gruppedeltakelsen har gitt en opplevelse av felles erfaringer med det å ha en skjult lidelse. De opplever dette som spesielt viktig, ettersom diffuse muskelsmerter er en stigmatisert lidelse som det ellers er vanskelig å snakke om. Deltakerne har opplevelser av at de ikke helt blir trodd. En beskriver opplevelsen av fellesskapet slik:

«Du snakker egentlig veldig lite om det til andre, du holder det liksom mest for deg selv. Der (på MIA) følte du at de var på lik linje med deg, fikk høre erfaringer, hva de andre gjorde, hva som hjalp for dem, og du følte at du hadde litt samhørighet i sykdommen.»

En annen beskriver det som at det var mange som fikk «aha-opplevelser» og bekreftelse på at det ikke bare var dem selv som hadde slike smerteopplevelser. En tredje sier at det handler om opplevelsen av at hun ikke er alene i verden, og at det andre forteller bidrar til at en skjønner sin egen opplevelse bedre: «Det er flere som har sagt ting som jeg ikke før har skjont at - Ja, sånn er det! De sa det som hjalp meg, uten at jeg hadde sagt noe.» Mye av problematikken var felles, selv om deltakerne var ulike.

Gruppedeltakerne har også aktivt gitt hverandre støtte og tatt imot støtte fra de andre deltakerne, og sånn sett representert et bredere spekter av erfaringer og kommentarer enn det en enkelt fagperson kunne bidratt med. En beskriver det slik:

«Vi var en veldig sammensveisa gjeng. Vi backa hverandre opp og kom med forslag. Du satt ikke bare der og ventet på at det skulle bli din tur. Du var med på alles liksom. Jeg syns det var veldig positivt. Du følte også at de andre gjorde det samme mot deg når det kom til din tur. Jeg syns det var kjempeallright.»

En annen forteller at det å legge individuelle planer i grupper fungerte veldig bra, fordi de spontane tilbakemeldingene fra gruppedeltakerne gjorde at hun ble tvunget til å se seg selv litt utenfra.

MIA fungerte for mange som en bevisstgjøring, analogt til den nye kvinnebevegelsens bevisstgjøringsgrupper (Nørve 1978). De lærte å sette ord på ting. De kunne i programmet i grupper snakke om temaer, og også uttrykke følelser og meninger som i deres sivile liv ikke var «lov». Tema og erfaringer kunne bringes opp og deles, de gjenkjente seg selv i de andre.

Denne prosessen ble drevet fram i gruppen, der deltakerne satte press på hverandre til å få konkretisert egen tenkning. Det var ikke bare lederne som kom med forslag. Det som var det gode med gruppen, var at de var amatører og kunne komme med mer frimodige innspill enn de profesjonelle. Frimodige innspill kunne de også komme med, fordi de visste mer om hverandre enn lederen visste om dem. Men gruppen tok også ansvar for helheten, ved å lage grupperegler. Den var slik delvis selvregulerende. Og så kunne en få hjelp (av den profesjonelle) til å trekke trådene og konkludere.

Det manglet ikke på ros av prosjektlederne. Men en poengterte også hvilken rolle de hadde inntatt, «ikke noe læreraktig over dem». De hadde vært like nysgjerrige som gruppedeltakerne.

Dette peker mot en gruppeleder som med-utforsker, men samtidig veileder, ved å legge inn kunnskap, hjelpe gruppen i prosessen framover, og den enkelte til å konkretisere sine meninger og planer. Og mot at metodikken evnet å organisere erfaringskunnskap.

7.4 To konklusjoner

For brukere i prosess - styrking av autonomi

MIA-deltakelsen har altså lært kvinnene at det bare er de selv som vil komme til å ta ansvaret for deres situasjon, og gitt dem støtte til å tro på sin egen plan og til å gjøre det som føles riktig for dem: «Å vite om det du kan kreve, at det er du som skal lage planen, at du ikke behøver å gå inn på mer enn du synes er riktig, og ... at det ble stilt krav til deg også - at du ikke bare skulle gå der, selv om det er viktig for personlig vekst - men at du også skulle gå ut og gjøre noe med den virkelighet du faktisk sitter i». Slik oppsummerer en av deltakerne hovedbudskapet i det deltakerne har lært.

MIA ga klientene en hjelp de ikke på forhånd hadde tanker om å etterspørre. Deres forventninger til tiltaket hadde gått i andre retninger. Men klientene fant MIA nyttig og relevant i egen situasjon. Ser vi idéverkstedets, smerteskolens og yrkesprogrammets bidrag samlet, må en kunne si at de i stor grad lykkes i å få klientene til å stoppe opp, til å revurdere sin tro på enkle løsninger, til å bidra til felles erfaringslæring og tilføre kunnskap om offentlig politikk, om rettigheter, virkemidler og oppgavefordeling mellom aktører. For mange av deltakerne fungerer altså MIAs tenkning. De har fått kunnskap som har satt dem i stand til å håndtere sin situasjon bedre, og de vet noe om hvor de kan henvende seg for å få hjelp og støtte. De har ervervet systemkunnskap, skaffet seg et språk for å presentere sine smerteerfaringer, fått et nytt blikk for egne ressurser, selvtillit, en plan, mål og retning for framtiden. De har fått hjelp til å sortere i sin forvirrede og fortvilede situasjon, og kommet styrket ut til å ta fatt på iverksettingen. Noen formidler også eksplisitt i intervju tre måneder etter avsluttet tiltak, at nå trenger de ikke oppbackingen fra MIA-tiltaket mer.

Samlet gir dette en indikasjon for at MIA som prosjektet setter mange av klientene i stand til å sette nye mål, få et klarere bilde av seg selv som villende og handlende, ta på seg ansvar. Mange struttet av selvtillit tre måneder etter MIA. Slik sett må vi si at MIA lykkes, for mange. Vi hadde fornøyde klienter, selv om noen kunne tenke seg litt forandring her, og andre en forandring der.

Vi vil derfor konkludere med at MIA i stor grad klarte å iverksette sine egen ideer om medvirkning som styrking av deltakernes autonomi, og vi kan si at tiltakets tenkning ble gjenspeilet i brukernes erfaringer.

Noen trenger hjelp videre

Men vi må også se deres reaksjoner i relasjon til det stadium de nå var i. Gjennom MIA hadde mange laget en konkret plan, og tre måneder etter var som oftest ikke denne planen gjennomført. De hadde noe å gå på, de visste hva de skulle gjøre. Det som voldte mest bry og bekymring, var de økonomiske rammene for den videre prosessen. Flere ventet på vedtak knyttet til pengerettigheter. Sykepengene gikk snart ut og andre søknader lå inne. Delvis var det mangel på informasjon om den videre saksbehandlingen fra arbeidskontoret som skapte bekymring. Men disse problemene virket ikke spesielt inn på deres vurdering av MIA.

MIA må innplasseres i et hjelpeapparat som kan følge opp klienter som trenger det

På sitt beste gir altså MIA-tiltaket deltakerne «en sprøyte av selvtillit», de kommer «ut som en propell» med handlingsmål og handlekraft kombinert med en innsikt av at ting tar tid. Men metoden er ikke den «riktige» for alle og for et hvert problem. For noen har MIA-tiltaket ikke vært tilstrekkelig. Dette gjelder personer som har følt seg fremmede overfor samtalegruppeformen og som ikke har fått utbytte av den, som har opplevd at de har kommet til kort eller ikke kommet til orde, fordi andre deltakere har fått dominere. MIA-tiltaket har vært utilstrekkelig for personer som er verbalt svake (og ikke kan nyttiggjøre seg samtaleformen i MIA-tiltaket, og som ikke kan forventes å klare og legge fram sin sak for hjelpeapparatet). Og det er rimelig å anta at MIA-tiltaket ikke vil være tilstrekkelig i situasjoner, der forholdet mellom den sykemeldte smertepasienten og arbeidsgiveren/arbeidsplassen eller hjelpeapparatet har kjørt seg fast.

Evalueringen kom i stand etter at MIA hadde hatt en del grupper inne på tiltak. Derfor fikk vi anledning til å intervjuere personer som hadde gått på MIA for over ett år siden. En slik ett-

årshistorie kan belyse noe av problemet med å evaluere MIA, som noe enkeltstående og som en selvstendig løsning. Intervjupersonen syntes at MIA hadde vært fint. Men problemet var at det ikke hendte så mye siden hun gikk på MIA. Den planen hun hadde lagt, det hun skulle prøve ut, var gjort. Hun var dårlig og klarte ikke den arbeidstilpasningen som ble prøvd ut. Nå var det legen og attføringskonsulenten på arbeidskontoret som var hennes kontaktpersoner. Hun hadde senere gått på et liknende kurs i Arbeidsmarkedsetatens regi. Nå har hun ingen ting å gjøre, og det finnes ikke konkrete planer. Hun forteller at det hele er usikkert - hun vet ikke hvor lenge hun kan gå på attføring, men hun har truffet mange som har gått lenge. Men attføringsstøtten er verken til å leve eller dø av. På den andre siden orker hun ikke å gå hjemme: «Selv om en har mye vondt, er det godt å være aktiv. Det er godt å ha noe å gå til». Hun var både syk, fattig og isolert.

MIA var greit nok, men hun ble ikke *hjulpet*. Dette peker på at klienten også vil ha et resultat, og at egen innsats ikke alltid er tilstrekkelig for å få til avklaring og videre planlegging. Når saken bare går videre, uten noen avklaring, kommer usikkerheten, og med den mismotet og handlingslammelsen tilbake igjen. MIA-deltakelsen varer i en periode på fire uker, samt en oppfølgingsdag etter tre måneder. MIAs støtte er slik sett begrenset og forutsetter at en annen aktør tar over når de mulighetene og den planen som ble startet opp, er utløpt eller har uttømt sine muligheter. Derfor er den gode evalueringen av MIA delvis betinget av at klientene ved evalueringstidspunktet har en viss sikkerhet, vet hva de kan gjøre og har (mange av dem) handlingskraft.

Dette peker også videre mot MIA som modell og at den må innpasses i et tjenesteapparat slik at de sakene som ikke løser seg selv/klienten løser dem selv, ikke slippes av hjelpeapparatet.

Kapittel 8. Hvilken effekt har MIAs program hatt - tilbake til arbeid?

Innledning

Effektmålinger for MIA var opprinnelig bundet til Fellesevalueringens design og felles bruk av data. Evalueringen av MIA var ikke bundet til å nytte kontrollgruppe. Effektevalueringens data var derfor før- og ettermålinger for de sentrale variablene, *livskvalitet og sykefravær*.

Livskvalitet

Vi har tidligere argumentert for at livskvalitetsmålet i Fellesevalueringen er for allmennt og derfor ikke brukbart, samt at den metodiske tilnærmingen som brukes, med forskerdefinerte dimensjoner (goder) også kan sies å stå i motstrid til den forståelse av livskvalitet som vi har redegjort for i kap 11, som subjektivt valgte goder. Vi har derfor valgt å undersøke spørsmålet om tap av livskvalitet på annen måte, gjennom å undersøke relasjonene mellom livskvalitet og lønnsarbeid hos klientene, se kap. 12. Tap av livskvalitet er for ulike personer i forskjellig grad og på ulik måte bundet til tapet av lønnet arbeid og tapet av familieroller. Tap av livskvalitet knyttet til tap av arbeid, vil vi her oppsummeres i avsnitt 8.3 «Livskvalitet og arbeid».

Arbeid

Dette kapitlet tar for seg den effekt MIA kan ha mht. å få klientene tilbake til lønnet arbeid. Å framstille dataene er enkelt nok. Poenget er hvordan disse dataene skal tolkes. Et av problemene er at måletidspunktet, ett år etter intervensjon, er et sted i klientens karriereforløp, og vi vet ikke hvor i forløpet dette er. Noen kom til MIA relativt tidlig i et sykekarriereforløp, andre hadde vært i «systemet» i åtte år, idet de kom til MIA. Det vil heller ikke være uventet om mange av dem som på før-tidspunktet var sykemeldte, ett år senere går på attføring. Det ligger i utformingen av ordningene selv. Motsatt kan vi heller ikke vite hvor lenge det holder for dem som er i arbeid ved etter-tidspunktet, ved 12 måneder. Det kan være at de er sykemeldte igjen etter et halvt år. Derfor bør en følge opp senere for å lete etter varig effekt. På den annen side, følger vi prosessen for klientene videre, vil et vellykket utfall være avhengig av kvaliteten og oppfølgingen i attføringsapparatet. Sluttutfallet er dermed ikke bare en effekt av MIAs intervensjon. Dersom vi utvider evalueringens tidsperspektiv, er det også vanskeligere å rendyrke «MIA-effekten».

Utvikling?

Det er vanskelig å trekke konklusjoner om effekt ved å sammenlikne tidssnittsdata. Vi vet ikke noe om prosessen mellom punktene, en utvikling som kunne gi oss retning for tolkning av 12 månedersdataene. Vi har i dette kapitlet imidlertid prøvd å utnytte de datakilder vi har, også kvalitative data fra et utvalg av klienter. De kvalitative dataene kan gi oss indikasjoner på tendenser i materialet. Vi vil slik prøve om sammenhenger i det kvalitative datasettet kan gi retning for tolkningen av Fellesevalueringens data (metodisk triangulering).

Arbeidsstatusen og utviklingen i perioden for MIAs klienter vil bli gjennomgått i avsnittet 8.1 «Mål - resultatevaluering av MIA».

Har alle samme sannsynlighet for å vende tilbake?

Vi har i dette kapitlet tatt med en liten metodediskusjon som er interessant for senere evaluering av forsøk. Vi har her ikke empiri til å prøve ut denne tilnærmingen. Dette kapitlet blir dermed ikke bare en framstilling av effektdata, men i like stor grad en diskusjon av metriske problemer i utføringsforskningen og i forskning/evaluering av forsøksvirksomhet. Dette tar vi opp i del 8.2 «Hva er et godt resultat? - Noen metodologiske avveininger».

Vi vil i dette kapitlet:

- framstille dataene fra Fellesevalueringen og kvalitative data om prosessforløp for et utvalg av klienter
- diskutere funnene
- diskutere hvordan vi kan måle effekten av et tiltak som MIA
- oppsummere deltakernes endringer i livskvalitet som følge av endret tilpassing til lønnsarbeidet.

8.1 Mål - resultatevaluering av MIA

Når vi skal vurdere effekten av MIA som metode, hvilke mål skal vi da forholde oss til?

Dette har vi redegjort for i kap. 3 «Opplegget for evaluering, problemstillinger og noen metodiske spørsmål», se s. 24 - 37, gjentatt i innledningen til «Del 2 Evaluering», se s. 38.

- Får kvinnene redusert sitt sykefravær? Et resultatmål kan være i hvilken grad metoden påvirker varigheten og/eller frekvensen av sykemeldinger.
- Kommer kvinnene tilbake til lønnsarbeid? Det har vært et mål for MIA å bidra til å føre personer tilbake i arbeid. Med «tilbake i arbeid» vil en her mene å gå tilbake i gammelt eller over i nytt arbeid, også når lønnsarbeidet bare utgjør deler av forsørgelsen. Et viktig aspekt ved arbeidet er den sosiale tilknytningen, noe som ikke forutsetter fulltids lønnsarbeid (MIA prosjektskisse s. 4).
- Har metoden effekt på kvinners livskvalitet, i den betydningen at de får en arbeidssituasjon som i større grad ivaretar de kvaliteter de selv vektlegger?

8.1.1 Reduksjon i sykefraværet - ett år etter

Reduksjon av sykemeldinger kunne være en målbar effekt av MIA. Men designet i Fellesevalueringen er ikke egnet til å belyse dette. Problemet er at vi ikke kjenner klientenes mønster for sykefravær før de kom til MIA. Det er tidligere vist at tidspunktet for intervensjon/opphold på MIA, ikke er startpunktet i en sykekarriere. Intervensjonen ligger i tid helt ulikt i de enkelte kvinners sykekarriere (Rokic og Glenne 1996:37). Det vi vet om sykefravær i tidligere perioder, gjennom intervjuer vi har foretatt, er ikke samlet for formålet. Data fra et utvalg kan gi en indikator: Bare tre av de 25 casene vi har intervjuet hadde ved inntaket til MIA hatt en sykeperiode (selvrapportert) under to år, men dette betyr ikke det samme som at de har hatt sammenhengende fravær fra arbeidslivet.

Etter intervensjonen kjenner vi deres historie gjennom E5 fra trygdekontoret.¹⁷ Det viste seg at kvaliteten av disse dataene var dårlig. Vi finner det derfor ikke meningsfullt å nytte disse dataene. Vi har derfor valgt å ikke se på utviklingen av den enkeltes sykefravær etter avslutningen av tiltaket, men konsentrere oss om endring i arbeidsstatus.

8.1.2 Hvilke endringer finne vi i arbeidsstatusen - ett år etter

Hva er så bildet ett år etter avsluttet tiltak? Vi har som vedlegg en matrise, som viser bevegelser mellom før- og ettersituasjonen for MIAs klienter. Vi har tatt utgangspunkt i forsørgingskilder, og ser om forsørgingskildene er forandret i løpet av året. Ved startpunktet var tre hovedtyper av forsørgingskilder: Lønnsarbeid, offentlige overføringer og privat forsørging. Under offentlige overføringer ligger ulike trygdeytelser, sykepenger, rehabiliteringspenger, attføringsstønad, uføretrygd og arbeidsledighetstrygd, som de viktigste her. Med utgangspunkt i tre kilder til forsørging, vil det finnes mellomformer, f.eks. halvt lønnsarbeid og halv trygdeytelse.

Utgangspunktet for inntak på MIA var at personene var sykemeldt. Slik ble det ikke. Vi har *tre hovedsituasjoner/hovedgrupper* for de 72 personene som MIA har data på:

Gruppe 1. De sykemeldte, 46 personer. Denne gruppen består av to kategorier. Den største gruppen var sykemeldt på hel eller halv tid (39 personer). Noen hadde vært mye syke, men var i arbeid ved kursstart og ble da sykemeldt. Disse er registrert som i 100 % arbeid (8 personer). *Samlet er dette MIAs målgruppe.*

Selv om MIA startet med et inklusjonskriterium at klienten skulle være sykemeldt (åtte uker til seks måneder, tidlig intervensjon) ved inntak til MIA, viste det seg at personene var i ulike deler av en sykekarriere når de kom til MIA. Vi kaller likevel gruppe 1, de sykemeldte, for en tidlig intervensjonsgruppe. Den atskiller seg klart fra de to øvrige gruppene mht. hvilke pengerettigheter de har og tiltak de har prøvd.

Gruppe 2. Personer på aktive tiltak, 17 personer. Dette er personer som er kommet lenger i sine sykekarrierer. Dette er dem som går på attføring og rehabiliteringspenger. I denne gruppen tar vi med dem som har 50 % arbeid og 50 % attføring (fem personer). Disse har riktig nok en tilknytning til arbeid, men siden de blir deltakere på tiltaket, kan vi regne med at de fortsatt har problemer med arbeidstilknytningen. Siden attføring eller uføretrygd er klarlagt, er de å beskrive som langtkomne i sin sykekarriere.

Gruppe 3. Andre situasjoner, 9 personer. Her finner vi dagpenger, overgangsstønad, halv uføretrygd og privat forsørging

Tidlig inngripende?

Arbeidslinjas nye tiltak overfor sykemeldte er basert på en oppfatning om at det gripes for sent inn i sykemeldings- og frakoblingsforløpet, og at det derfor er vanskelig å stoppe frakoblingsprosessen fra arbeidslivet. Det heter i Attføringsmeldinga (St.meld. nr. 39 1991-92): «Erfaringene tilsier at jo tidligere man griper inn i en utstøtingsprosess, jo lettere vil det

¹⁷ E5 skjemaet er utarbeidet av Fellesevalueringen, som ble utfylt av trygdekontoret. Utfyllingen fra trygdekontoret fulgte svært ulik praksis og datakvaliteten synes å være dårlig.

være å snu denne og ende opp med en arbeidsaktiv person» (s. 70). Tanken bak MIA var også at tidlig intervensjon var ønskelig for at personene ikke skulle gli ut av arbeidslivet og bli fjerne i relasjon til den arbeidsplassen de har. MIA startet med et inklusjonskriterium, at klienten skulle være sykemeldt ved inntak til MIA og være i en tidlig periode (åtte uker til seks måneder). Slik ble det imidlertid ikke. Personene var i ulike deler av en sykekarriere da de kom til MIA. Noen kom med helt fersk sykemelding, andre gikk på attføring. Derfor kan vi si at gruppene vi finner i MIA, også representerer *ulike tidspunkter for inngripende*. Dette synspunktet skal vi imidlertid ikke trekke for langt, fordi noen av MIAs klienter var i arbeid ved oppstart av MIA, men kunne ha flere og lange sykeperioder bak seg.

Ettersituasjonen

Hvilke bevegelser kan vi forvente? Hvor befinner de seg ett år etter? Det kan være av en viss relevans å undersøke om de som kom inn i tiltaket i en tidlig fase, i større grad enn andre, kom tilbake i arbeid 12 måneder etter. Var det lettere å få klienter tilbake etter kort tids sykemelding?

For å karakterisere sluttidspunktet, ett år etter, har vi her valgt å ta utgangspunkt i to dimensjoner ved forsørgingskilden:

- Den ene dimensjonen, som vi kategoriserer etter, er om de *har lønnet arbeid*. Vi ser her både på de som er fullt tilbake i jobb og de som er delvis tilbake i jobb.
- Den andre dimensjonen er en *kategorisering av stønadsformene*, om de innebærer tiltak som setter individet i stand til å gå tilbake til arbeid, eller om stønadsformen ikke innebærer hjelp i deres situasjon med svekket arbeidsevne. Vi regner her sykepenger, rehabiliteringspenger og attføring som «aktive» stønadsformer, i motsetning til arbeidsledighetstrygd, uføretrygd og privat forsørging.

Ved kombinasjon av to former, velger vi å ta hensyn til den forsørgingsformen som ligger nærmest arbeid eller aktive tiltak. Vi kan da framstille et hierarki av tilpasningsformer, med de arbeidstilpassede forsørgingsformene øverst, og de passive formene nederst:

1. De som er i *arbeid uten noen stønad* ett år etter
2. De som er i *arbeid og har noe stønad*, sykepenger, attføringspenger eller uføretrygd
3. De som er på *aktive ytelser og uten jobb*
4. De som er på *passive ytelser*
5. De vi ikke vet noe mer om, som er gått ut av arbeidslivet uten inntektskompensasjon.

Vi ønsker her å framstille utviklingen over ett år. Vi velger derfor å ta utgangspunkt i før-situasjonen, de som var sykemeldte, de som var på aktive tiltak og andre. Vi vil se på hver av disse gruppene og undersøke hvilke tilpasningsformer individene i gruppen hadde ett år etter tiltak. Med de forbehold vi har gjort over, kan vi si at disse tre gruppene også representerer ulike tidspunkter for intervensjon.

Tabell 6: Fordelingen av ulike økonomiske tilpasningsformer ett år etter, i relasjon til arbeidstilknytningen ved starttidspunktet

Grupper ved før-tidspunktet	Sum	Økonomiske tilpasningsformer 1 år etter				
		Arbeid uten stønad	Arbeid med stønad	Aktive tiltak	Passive ytelser	Ikke funnet støtteverdig
1. De sykemeldte /tidlig intervensjon	47	19	9	17	1	1
2. De på aktive tiltak/sen intervensjon	17	3	4	9	1	0
3. Andre situasjoner	8	0	1	3	2	2
Sum	72	22	14	39	4	3

Ser vi på gruppe 1, de sykemeldte ved inntaket på MIA, ser vi at 28 av 47 er kommet i arbeid, og ytterligere 17 går på aktive tiltak. Tiltak for denne gruppen er i hovedsak atfering. Ser vi på gruppe 2, de som gikk på aktive tiltak idet de startet på MIA, er tre tilbake i jobb etter ett år. Ni av 17 er i samme situasjon som de var for ett år siden. For dem som var arbeidsledige eller ikke hadde noen stønad, er det en overgang til aktive tiltak. Samlet sett finner vi at 36 av 72 har arbeid eller en arbeidstilknytning, og videre er 39 under aktive tiltak. Få personer er ved ettårstidspunktet innvilget uførepensjon eller har trukket seg ut fra arbeidslivet.

En foreløpig konklusjon er at de som var i en sykemeldingsfase ved start-tidspunktet (tidlig intervensjon), i større grad kommer tilbake til arbeidet ved 12 måneders tidspunktet, sammenliknet med andre grupper. Vi vil imidlertid forfølge resonnetet videre.

8.1.3 Klienter i bevegelse - gode eller dårlige prosesser?

Går vi tilbake til tabellen som viser klienters bevegelser mellom posisjoner over en ett-årsperiode, viser tabellen et øyeblikksbilde i en prosess. Vi bør derfor vurdere bildet prosessuelt. Vi vil videre gi noen vurderinger av MIAs resultater i relasjon til det prosessuelle forløpet i en sykemeldings- og atferingssak.

Ser vi på de posisjonene der vi finner flest klienter, finner vi at de fleste av dem som for ett år siden var sykemeldte, nå går på atfering. Vi vet ikke hvordan det vil gå med dem. Men vi vil vurdere overgangen fra sykemelding til atfering og aktive tiltak som et skritt nærmere arbeidsmarkedet. MIAs intervensjon brakte dem videre inn i aktive tiltak, og det må også betraktes som et positivt prosessresultat, tatt i betraktning de omfattende plager og arbeidsmessige problemer som disse personene hadde. Det forhold at mange i tiltakets målgruppe befant seg i et segment av arbeidsmarkedet preget av bestemte belastninger, tilsier

at mer langsiktige atferingsopplegg, som gjør det mulig å forlate dette segmentet, synes fornuftig. Slik sett er evalueringskriteriet «tilbake til arbeid etter 12 måneder» et for snevert kriterium.

Gjennomgangen av prosessen - indikasjoner på sluttutfall?

Et problem med Fellesevalueringens data, er at den sammenlikner to tidssnitt, og det prosessuelle forløpet blir ikke synlig. Vi vet ikke om personer som er i arbeid etter 12 måneder, har hatt sykemeldingsperioder underveis, fordi det datasettet som skulle gi oss denne informasjonen, ikke ble brukbar.

Men vi har et annet datasett som tillater oss å gjøre noen vurderinger av prosessen og av sannsynlige sluttutfall. Dette er intervjudata for 25 personer om situasjonen før og tre måneder etter MIA. Vi kjenner videre ett-årsstatusen for de samme personene. Denne ett-årsstatusen er ikke identisk med 12 månedersdata fra Fellesevalueringen, fordi tidspunktet ligger til dels senere for våre data, samt at vi kjenner deres planer (søknader) videre. Ut fra kunnskap om deres totale historie og situasjon, gjør vi en tolkning om sannsynlige utfall.

Vi har her inndelt casene etter noen hovedsituasjoner og sammenfattet hovedtrekkene i en matrise.

Tabell 7: Matrise over jobbsituasjonen for et utvalg 12 måneder etter MIA. N=25

Antall	Situasjon	Kommentarer
6	Tilbake i jobb	Disse er kommet tilbake, men i tilpasset arbeid eller i annen jobb
4	Tilbake i jobb på deltid. Søker halv uføretrygd	Ønsker å kombinere trygd-arbeid
5	Tilbake til jobb. Presset	De har alle gått tilbake i en jobb de ikke klarer og som ikke er tilpasset
3	Under utdanning	Disse kvinnene går på atferingspenger og videreutdanner seg til andre yrker
1	Rehabilitering	Her er det primært behandlingsapparatet som er inne
3	Arbeidstrening	Prøver seg ut, i samme eller liknende jobb
3	Søker hel uføretrygd	Ser ikke muligheten til å komme i jobb

Vi vil i det følgende gå gjennom noen trekk ved ulike sluttsituasjoner.

Tilbake i jobb - tilpasning

Alle disse seks kom fra situasjon 1, de hadde vært i fulltids jobb og var sykemeldt ved det tidspunktet de startet på MIA. I denne gruppen finner vi i hovedsak kvinner med utdanning (fire av seks). Disse kvinnene er ett år etter kommet tilbake i jobb, men i tilpasset arbeid. For flere av dem innebar dette redusert daglig arbeidstid. For noen satte arbeidsgiver inn flere stillingsressurser i tillegg til den som kom tilbake. Vi kan kalle det periodisk avlastning. En kom tilbake til annen stilling. De som er kommet tilbake i jobb, behøvde ingen rekvalifisering, men de trengte tilrettelagt arbeid. Deres yrke og situasjon for øvrig, tyder på at disse blir værende i arbeidslivet, men at arbeidstiden vil periodisk bli noe lavere enn tidligere. Så langt har disse kvinnene funnet fram til løsninger som fungerer. Ettersom dette for flere av

dem innebærer redusert stilling uten inntektskompensasjon, kan dette på sikt - dersom helsesituasjonen forverrer seg og spørsmål-om uføretrygd blir aktuelt - innebære at deres arbeidsuførhet ikke fullt ut blir inntektskompensert av offentlig støtteordning. De vil være avhengig av å leve i flerinntektshushold, og vil således være utsatt, dersom de senere skulle bli enslige.

Arbeid med stønad?

Fire personer har søkt halv uføretrygd. Den ene er yngre og hadde først fått tilpasset arbeid, men det var ikke tilstrekkelig slik smerteplagene artet seg. De øvrige tre er i slutten av sin yrkesaktive karriere og ønsker enn tilpasning mellom arbeid og trygd. Vi vet at en av dem hadde fått avslag på halv uføretrygd, og hun har ingen jobb hun kan klare og går nå på attføringspenger. Deres kvalifikasjoner gjør det ikke lett å finne bedre egnet arbeid. I disse sakene kan vi vente anker og nye søknader. Denne kombinasjonen av trygd og arbeid er en løsning som arbeidslinja skulle åpne for, men det er usikkert hvordan praksis blir.

Tilbake til jobb - presset

De neste fem har vi plassert i kategorien «Tilbake til jobb - presset». To har fått avslått attføring, mangler forsørgingsmuligheter og blir fattige. En gikk etter hvert tilbake til en jobb som legen hadde sagt at hun ikke kunne mestre. Hun har heller ikke klart å skaffe seg annet arbeid. Alt tyder her på at det bare er et spørsmål om *når* neste sykemelding kommer, og søknad om uførepensjon på sikt. Tre av dem føler seg presset tilbake og lar det stå til. Det er uklart hvor lenge det holder. To har butikkarbeid og har ikke lett for å finne alternativt arbeid på de stedene de bor. En annen vurderer utdanning, men jobber til hun har funnet det hun vil. Av disse fem vurderer vi situasjonen som vanskelig for tre av dem, og sannsynligheten for en vellykket tilbakeføring syntes ikke god. De to øvrige er i en «vente»-situasjon, og vil forhåpentligvis finne andre muligheter/utdanning innen en viss tid. Den ene av dem er ung og virker å være på vei mot videre utdanning. Den andre er godt voksen og situasjonen hennes er noe mer usikker.

På aktive tiltak

Vi ser her tre typer aktive tiltak, utdanning (attføringsstønad), arbeidstreningstiltak og videre rehabilitering. Dette er situasjonen ett år etter for sju i vårt utvalg.

Personene under *videre utdanning*, er inne i et lenger kvalifiseringsforløp. Disse tre kommer alle fra kontoryrker. To av dem var uten arbeid ved oppstart på MIA. En av dem er under utdanning til et yrke vedkommende har sterkere interesse for og trolig vil mestre. Det er ikke noe ved hennes historie som tyder på at dette ikke vil innebære en vellykket tilbakevending til arbeidslivet. For de to andre er situasjonen mer åpen ved ett-årstidspunktet. Alle tre kom fra en vanskelig situasjon, kom over i aktive tiltak, med gode muligheter for å lykkes.

I løpet av det første året har mange personer vært i *arbeidstrening*, både i egen jobb og i andre jobber. For noen av dem som tidlig var på arbeidstrening, er denne avsluttet og saken konkludert med søknad om hel- eller halv uførepensjon. Men tre personer er fortsatt på utprøving, dels kombinert med videre medisinsk behandling. Ingen av dem har videregående utdanning. I ett av tilfellene er omskolering foreslått. Ut fra deres arbeids- og sykehistorier kan det se ut som om det fortsatt trengs rehabiliteringstiltak før den videre arbeidskarrièren vil avklare seg. Arbeidstrening i samme eller liknende yrke synes ikke å være en tilstrekkelig

løsning. En person går på 100 % rehabilitering etter ett år. Heller ikke hun har utdanning. Hun har et lengre sykeforløp bak seg, og atferd har vært prøvd. Det synes ikke å være noen snarlig løsning på disse sakene. Prognosen er usikker.

Til passive ytelser

Tre personer har søkt hel uføretrygd, og det virker ut fra omstendighetene og det vi vet om saksbehandlingen, at de kommer til å få trygden innvilget. For disse personene synes det ikke å være noen veg tilbake til lønnet arbeid. Kvalifikasjonsmessig har heller ikke disse kvinnene mange valg i arbeidsmarkedet.

8.1.4 Ulike sjanser og effekten av den samlede innsatsen fra hjelpeapparatet

Tilbake til arbeidet, under hvilke vilkår?

Vi vil her få trekke fram to ulike poenger. Av tabell 6 så vi at 35 av 72 (halvparten) ett år etter tiltak var tilbake i arbeid eller i en arbeidstilknytning. I utvalget finner vi at 11 av 25 var tilbake i jobb ett år etter. Dette er en noe mindre andel enn i hele populasjonen. Det er imidlertid her ikke det viktigste, ettersom tallene er små. I vårt utvalg visste vi mer om den gruppen som var tilbake i arbeid. Det vi der så, var at seks kom frivillig tilbake til tilpasset arbeid, de øvrige fem kom tilbake fordi de ikke hadde noe alternativ. I den første gruppen fant en de med utdanning, og i den siste gruppen ingen med utdanning. Dette peker mot de muligheter som ulike typer av arbeidskraft har, eller mot arbeidsgiveres ulike goodwill overfor arbeidskraft som de er mer eller mindre avhengige av.

Går vi tilbake til Fellesevalueringens data, kan vi i dette datasettet også knytte utdanning til situasjonene 12 måneder etter tiltak. Vi har både inntekts og utdanningsinformasjon for 63 personer.

Tabell 8: Forsørgingssituasjonen 12 måneder etter tiltak, fordelt etter høyeste utdanning. Absolutte tall. N=63¹⁸

Høyeste utdanning	Sum	Økonomiske tilpasningsformer 1 år etter			
		Arbeid uten stønad	Arbeid med stønad	Ulike trygdeordninger	Ingen ytelser eller inntekt
Grunnskole	37	13	8	14	2
Videregående	20	2	5	13	0
Univ. og høgsk.	6	2	4	0	0
Sum	63	17	17	27	2

Tabell 8 viser at personer som gikk på MIA, var i hovedsak personer med grunnskole eller videregående skole. Ser vi på dem som har grunnskole, kommer 21 av 37 tilbake i jobb, med eller uten støtte. 16 av 37 er ikke tilbake ett år etter. 14 av de 16 som ikke er tilbake ett år

¹⁸ Av 72 respondenter, manglet det alle relevante opplysninger for 9 personer, derav N=63. Denne tabellen bygger ikke på det samme datasettet som tabell 6 og 7. Det kan derfor være noe forskjell både i kategorisering av økonomiske tilpasninger og i utdanning.

etter, har trygdeytelser av en eller annen art (attføring, uføretrygd, overgangsstønad, arbeidsledighetstrygd) og to står uten kjent inntekt. Av de 20 med videregående skole ett år etter, er 7 av den tilbake i jobb, med eller uten støtte og ingen er registrert uten inntekt.

Tendensen i disse to utdanningsgruppene er forskjellig. Tendensen til at de med lite utdanning er tilbake ett år etter, er større enn for dem som har noe mer utdanning. Av dem som er tilbake ett år etter og har lite utdanning, kommer den største gruppen tilbake til jobb uten noen stønad. Om de går tilbake til tilrettelagt arbeid, vet vi ikke noe om. Vi må på grunn av gruppens størrelse og dataenes kvalitet være forsiktig med å trekke konklusjoner. Dataene kan imidlertid gi grunnlag for å stille spørsmål ved om det er lettere å få innvilget attføring dersom en har noe utdanning fra før. Vi ser at av dem med videregående skole var det en mye større andel som ett år etter gikk på ulike trygdeytelser, noe som normalt innebærer attføring for denne gruppen. Og flere av dem med lite utdanning, var tilbake i jobb ett år etter. De kvalitative dataene viste at for personer uten utdanning dreide det seg ikke bare om vellykket gjenforening med jobben, men like mye om å presse seg tilbake eller bli presset tilbake på grunn av manglende forsørgingsmuligheter. Dersom liknende forhold ligger bak for den gruppen som vender tilbake til jobben og har kort utdanning, vet vi ikke hvor lenge de blir i arbeidslivet. Det er sannsynlig at det er i denne gruppen vi finner gjengangerne på sykepenger.

Effekten av det samlede hjelpeapparatet

Ser vi samlet på disse ulike sluttutfallene, peker resultatene også på effekten av andres innsats enn av MIAs metode. MIA er for noen et startpunkt på en avklarings- og attføringskarriere. For andre er MIA en del langt inne i en prosess. Men om de lykkes, er dette ikke bare en effekt av MIA, men også av den innsats som et samlet hjelpeapparat har satt inn.

Vi bør derfor også vurdere om MIAs intervensjon skaper *gode prosesser*, der individene går inn i *aktive tiltak*. Tenker en tilsvarende prosessuelt om målet å vende tilbake til arbeid, vet vi heller ikke om de som er i arbeid ett år etter intervensjonene, fortsatt er i arbeid et halvt år etter. Deltakerne er ikke blitt friske av å gå på MIA, selv om de har lært å mestre sine smerter bedre. Vi kjenner ikke de eventuelle tilpasninger som blir gjort på arbeidsplassen, selv om vi kan anta at det har skjedd slik også for andre enn dem vi har intervjuet. Av disse grunnene ligger det også en usikkerhet i prognosen for dem som har kommet tilbake i jobb.

Konklusjoner kap 8.1

- 1. Andelen som er tilbake til arbeid etter ett år, er som forventet størst i den gruppen der det har skjedd en tidlig intervensjon.*
- 2. Også for dem som har gått en stund på attføring, har vi en betydelig andel som ett år etter er vendt tilbake til en jobbtilknytning*
- 3. Blant personer som tidligere gikk på passive ytelser (sykepenger, ledighetstrygd o.l.) er det en stor overgang til aktive ytelser, til attføring. Dette gjelder både i gruppen med tidlig intervensjon og i gruppen av «andre». Dette vurderer vi som en positiv utvikling og som en ønsket effekt. Dette kan være en effekt av MIA, at MIA setter sine brukere i stand til å drive prosessen videre.*
- 4. Å komme tilbake til jobb er ikke et tilstrekkelig suksesskriterium. Vi visste at ulike grupper av personer kommer tilbake til jobb på ulike vilkår. De som kommer tilbake til samme jobb, uten tilrettelegging har sannsynligvis ikke de beste sjanser til å klare seg på sikt i de yrker vi her snakker om, butikkarbeid, kontorarbeid, rengjøring og kjøkken og servering.*

5. *Effekten av andre aktørers attføringsinnsats er en selvstendig faktor. Videre er et godt resultat også avhengig av arbeidsgivers tiltak. Deres innsats kan bidra positivt i samme retning som MIA-prosessen, eller de kan bryte en positiv prosess og umuliggjøre iverksettingen av de planene deltakerne la på MIA. Dette gjør det vanskelig å skille ut en ren «MIA-effekt».*

8.2 Hva er et godt resultat? - Noen metodologiske avveininger

Attføringsforskningen er blitt kritisert for å være av dårlig kvalitet. Dersom en skulle tro på alle lokale rapporter som evaluerer enkelttiltak, er attføringens resultater glimrende. Ser en derimot på makrotall, er ikke bildet like oppløftende (Torgeir Hernes, Symposiet for Sosial Trygd, Oslo mai 1996). Vi skal ikke ta stilling til denne påstanden. Men uttalelsen peker på to viktige poenger. For det første at totalresultatet i en attføringsprosess avhenger av en kjede av aktører og tiltak, der ett tiltak godt kan være suksessrikt, uten at dette blir fulgt opp av de øvrige aktørene som vil måtte inn i saken. Dette har vi pekt på gjelder for MIA-tiltaket. For det andre peker uttalelsen på nødvendigheten av å problematisere de design, metoder og standarder for evalueringen som prosjektene bruker.

Det er også klart problematisk å velge tidsrom for måling av effekter. Ved for korte perioder kan vi f.eks. finne at klientene blir bedre etter tiltak, mens de senere faller tilbake til gammelt nivå.

Men like viktig er det å være klar over hvilke innsatser vi egentlig evaluerer. Som vi har pekt på, er et tiltak rettet mot en klient eller klientgruppe, ett av mange tiltak som settes inn. Vi har legens innsats, det medisinske utrednings- og behandlingsapparatet, trygdens oppfølging og attføringsapparatets innsats. Noen innsatser kan trekke en veg, andre innsatser kan trekke i en annen retning. Dette vet vi lite om for de individuelle casene eller for gruppen som er omfattet av et tiltak. Poenget er at det er de samlede innsatser som gir resultater, ikke bare de enkeltstående tiltakene. Derfor kan evaluering av enkeltstående tiltak, uten mulighet for å kontrollere for andre faktorer (jamfør felteksperimentet som metode), gi positive resultater uten at totalresultatet blir bra.

Vi har i kapitlets første del gitt en beskrivelse og prosessuell vurdering av effekter ved ett-årstidspunktet. Vi stiller da spørsmålet om de effekter vi fant, er tilfredsstillende. Hvordan vurdere hva som er hva, er mye eller lite, suksess eller fiasko? Selv om vi er oss bevisste at det er hele prosessen som har betydning for et utfall, kan vi tenke oss andre tilnærminger til evaluering av tiltak som sannsynliggjøre *et tiltaks bidrag til en positiv effekt*? Her tenker vi ikke kvantitativt, at en skal søke å måle styrken av en faktor/et tiltak. Vi ønsker her å gå gjennom en type resonnement, uten at vi her har data som kan belegge problemstillingen.

8.2.1 Ulikheter i målgruppen - ulikheter i sjanser for å komme tilbake i arbeid?

En problemstilling i attføring, er hvem en skal prioritere å sette inn tiltak overfor. Skal vi satse på de som vi med stor sannsynlighet kan klare å få tilbake til arbeidslivet, de som har mest ressurser og er friskest? Denne gruppen er også den gruppen som med størst sannsynlighet vil kunne komme seg tilbake i jobb uten tiltak. *Alternativet er å sette inn tiltak overfor de som*

har minst sannsynlighet for å kunne komme tilbake, de som er svakest, de som trenger det mest. Ut fra en slik betraktning, kan vi også utlede kvalitetskriterier. Vi vil da kunne si at en metode eller tiltak, som gir de som har minst mulighet til å komme seg tilbake i jobb, en større sjanse for å komme seg tilbake, er vellykket.

Som vi tidligere har pekt på, kommer ikke alle tilbake på samme premisser. Noen får tilrettelagt arbeid, andre får det ikke. Dette peker ikke bare mot hjelpeapparatets samlede innsats, men like mye mot arbeidsgiversidens innsats. Og hjelpeapparatet har liten innvirkning på arbeidsgivers handlinger. Å komme seg tilbake til jobb, viser da ikke bare til egenskaper ved et attføringstiltak, men også mot egenskaper ved arbeidskraften og ved arbeidsmarkedet.

Beskrivelse av gruppen

I kapittel 4 gikk vi gjennom hvem som var MIAs brukere, og stilte oss spørsmålet om hva som i vår sammenheng er en relevant beskrivelse av deltakerne. Vi konkluderte med at i relasjon til å vende tilbake/ev. attføring, er det relevant å se hvilke jobbtyper de kommer fra og hvilke kvalifikasjoner de der har. Er jobbene slik utformet at de kan tilpasse seg i jobben? Er jobben villig til å tilpasse seg dem? Har de ut fra sine kvalifikasjoner gode muligheter til å skifte jobb? Vi fant at en stor del av gruppen hadde faste arbeidstider, stort press, begrensede muligheter for selv å tilrettelegge arbeidet, og mange hadde lav utdanning.

Når vi ser denne gruppens problemer og muligheter, er det slik at alle individer har den samme sjansen for å vende tilbake til jobb, dersom det ikke blir satt inn tiltak? Er det slik at i vår målgruppe er det i utgangspunktet ulike sjanser for at individet skal vende tilbake til jobb?

Finnes det gode prognoser?

Har vi så noen prognose for om en gitt person ville ha kommet tilbake i arbeid? Skal vi gjennomføre resonnementet om ulike sannsynligheter for å vende tilbake til jobb, og suksess koblet til å styrkede de svakestes sannsynlighet for å vende tilbake, må vi ha et sammenlikningsgrunnlag. Hvordan skal vi etablere et sammenlikningsgrunnlag? Hvilke trekk ved individene og deres omgivelser er det relevant å ta utgangspunkt i? Dette avhenger av *hvilke forklaringstyper* en anser som relevante for det fenomenet som skal forklares. Det har vært hevdet at trekk ved personene kan forklare hvorfor de går ut av arbeid. Disse trekkene kan være av helsemessig eller av moralsk art. Andre forklaringstyper vil fokusere på lønnsarbeidets innhold, og legge vekt på kjennetegn ved arbeidsforholdene i ulike deler av arbeidsmarkedet. Atter andre tilnærminger legger et bredere arbeidsbegrep til grunn, og også trekke det ulønnede arbeidet inn i diskusjonen. Denne siste tilnærmingen rommer forklaringer som peker mot dobbeltarbeidets betydning for kvinners utgang av arbeidslivet.

Medisinske prognoser

En mulig «prognose» er legens bedømming av om personen vil komme tilbake i arbeid. Dette kriteriet er lagt inn i fellesevalueringen. Fellesevalueringen ber legen før programmet/intervensjonen starter om å vurdere utsikten for pasienten ut fra de plagene som er presentert, helsetilstanden for øvrig, psykiske ressurser, sosiale ressurser og pasientens erfarings- og utdanningsmessige forutsetninger for å fortsette i arbeidet (E1). I tillegg til disse fem dimensjonene, ber en legen om å plassere pasienten på en skala fra 1 - 10, ut fra en totalvurdering. Det er imidlertid uklart om denne vurderingen hefter ved personen, uansett om intervensjon settes inn eller ikke. Det synes rimelig å anta at denne forutsigelsen om hvordan

det vil gå, er basert på *at* tiltak settes inn. Slik sett er legens vurdering en bedømmelse av personens forutsetninger, blandet med legens forventninger om hvilken nytte den enkelte vil ha av det aktuelle tiltaket/intervensjonen. Derfor kan legens vurdering ikke brukes som en prognose for hvordan det ville ha gått uten tiltak, og dermed sannsynliggjøre effekten av intervensjonen. Vi har heller ikke noen annen individuell prognose å sammenlikne med.

Prognoser basert på strukturelle trekk ved gruppen

En tilnærming er å ta utgangspunkt i kjennetegn ved arbeidsforholdene i ulike deler av arbeidsmarkedet. Er det like lett å vende tilbake til alle posisjoner? Eller har deltakerne i noen posisjoner mindre muligheter generelt, dersom de ikke kan vende tilbake til eget arbeid?

Vi vil ta utgangspunkt i sammenhengen strukturelle trekk ved arbeidskraften og sjansen for uføretrygding (Kjeldstad 1990). Undersøkelsen viser hvilke grupper som statistisk sett har større eller mindre sjanser til å falle ut av arbeidsmarkedet¹⁹ gjennom uføretrygding.

Vi kunne derfor ideelt i vårt materiale velge å ta utgangspunkt i strukturelle variabler for å peke på grupper av kvinners sjanser for å falle ut av lønnsarbeidet. *Jo flere som går tilbake i arbeid av dem som har deltatt på MIA og som kan sies å være i en høgrisikogruppe, jo mer vellykket kan en si at tiltaket har vært.* Lavrisikogrupperne har bedre mulighet til å bli værende i arbeidsmarkedet, uansett tiltak. Det er derfor vanskeligere å slutte fra lavrisikogrupperes suksess til effekten av MIA.²⁰

Trekk ved arbeidssituasjonen og uførepensjonering

Vi vil i det følgende se på sammenhengene mellom trekk ved arbeidsmønsteret for kvinner og sannsynligheten for å bli uførepensjonert, og ut fra denne gjennomgangen velge kriterier for høg- og lavrisikogrupper. Vi tar utgangspunkt i Kjeldstads omtalte arbeid (Kjeldstad 1990). Hennes analyse tar for seg kvinners yrkesdeltakelse og uførepensjonering, og hvilke sammenhenger en kan observere mellom uføretrygding og strukturelle trekk ved arbeidsmønsteret. Kvinners yrkesdeltakelse er generelt mest relevant, ettersom fibromyalgipasienter i hovedsak er kvinner (80 %), og for MIA spesielt, der 90 % av deltakerne er kvinner.

Kjeldstad ser på tre faktorer: Kvinners tilknytning til arbeidsmarkedet, kvinners lønnsnivå og kombinasjoner av lønnet og ulønnet arbeid; dobbelarbeidet. Angående tilknytning til arbeidsmarkedet skiller hun mellom de som har et *marginalt mønster* med lite eller ingen inntekt, de som har et *sporadisk mønster* med vekslende inntekt og de som har et *stabilt og varig mønster*. Innen disse tilknytningsmønstrene kan en skille grupper ut fra inntekt.²¹ Ut fra en kombinasjon av inntekt og tilknytningsmønster, danner hun seks kategorier.

¹⁹ Kjeldstads materiale skiller ikke mellom grupper, der det blir satt inn tiltak, og grupper der det ikke settes inn tiltak. Men i hovedsak er det slik at den største delen av de uføretrygdede har aldri fått noen yrkesmessig attføring.

²⁰ Derfor mener vi at et kontrollgruppedesign uten matching av personer, basert på sannsynligheter metodisk, har lite for seg når vi arbeidet med små grupper og små utvalg. Dersom en f.eks. fikk mange høgrisikopersoner i kontrollgruppen og en overvekt av lavrisikopersoner i eksperimentgruppen, ville vi uavhengig av intervensjonens kvalitet få en solid effekt mht. å beholde tilknytningen til arbeid.

²¹ Kjeldstad setter et hovedskille ved 4G, som for 1996 tilsvarende 157 000 i året.

Hun finner at det ikke er kvinner med et marginalt eller sporadisk arbeidsmønster som har størst sannsynlighet for å gå over på uføretrygd, men *kvinner med et stabilt og varig forhold til lønnsarbeidet*. Uføresannsynligheten er ikke like stor for hele denne gruppen. Det er særlig gruppen med lav inntekt og stabilt yrkesmønster som viser en høy overgang til uføretrygd. Av dette slutter hun at *ulike arbeidsvilkår i høg- og lavtlønnsyrkene har avgjørende betydning for uførehyppigheten*, og at uførhet sannsynligvis er et resultat av slitasje, eller det å være utsatt for uførhetskapende prosesser over tid (Kjelstad 1990:159, 164)²². Kjelstad finner ikke direkte støtte for at dobbeltarbeid i seg selv fører til økt sannsynlighet for uføretrygding, men at det er rimelig å anta at tidlig uførepensjonering blant yrkesarbeidende kvinner har sammenheng med deres totale livssituasjon, hvor omsorgsarbeidet i hjemmet kombinert med dårlige arbeidsvilkår i arbeidslivet, bidrar til rask slitasje på helse og arbeidsevne (ibid.:166).

Komparasjon i eget materiale med datagrunnlag i et utvalg av deltakere

Vi kunne her velge å definere som *suksesskriterium for MIA* at jo større andelen av dem som har stabilt yrkesmønster i lavtlønnsyrker som kommer tilbake til arbeid, jo større er suksessen. Vi må her reservere oss noe. En prognose om sjanser for å komme tilbake til arbeidslivet for en gruppe, kan ikke uten videre overføres som den samme sjansen for et individ med de samme egenskaper. Selv i en gruppe med dårlig prognose, vil enkelte av individene klare å komme tilbake. Og i grupper med god prognose, vil vi finne individer som ikke klarer å komme tilbake til arbeidslivet. Med de reservasjoner vi her har nevnt, kunne vi prøve ut denne tilnærmingen.

For å gjennomføre en slik metodikk, kreves det at vi kan etablere en referanse mht. gruppers sannsynlighet. Dette er vanskelig å etablere ut fra foreliggende materiale. Det som ville være mulig var å sammenholde graden av tilbakekomst til arbeid for ulike grupper innen eget materiale. *Suksess for MIAs metode vil være at andelen av gruppen med stabilt yrkesmønster/lav inntekt, som kommer tilbake til arbeid, er tilnærmet like stor som tilbakekomsten til arbeid i andre grupper.*

Sett i relasjon til Kjelstads empiri, vil likhet kunne tolkes som en suksess for MIA-metoden, den virker like godt for dem med høy sannsynlighet for å gå ut av arbeidslivet, som for dem med lavere sannsynlighet for det samme.

Hvordan kan vi gjennomføre en slik analyse?

Dersom vi tar utgangspunkt i Kjelstads tilnærming, lar den seg ikke bruke på hele populasjonen i MIA, fordi vi ikke har gode nok inntektsdata for alle. Vi vet heller ikke nok om deres karriere eller karrièremønster i arbeidslivet. Vi kan derfor ikke på hele materialet skille ut hva som er «høg»- eller «lav»-risikogrupper ut fra Kjelstads inndeling. Med bedre inntektsopplysninger i det utvalget vi intervjuet, kunne vi ha gjennomført analysen på dette utvalget. I utvalget finner vi at 22 av 25 har et langvarig og stabilt forhold til arbeidsmarkedet,

²² Kjelstad ser her på overgangen til uføretrygd og ikke på avgangen fra lønnsarbeidet. Når hun finner at overgangen til uføretrygd er størst for kvinner med stabilt arbeidsmønster, er dette også en effekt av kriteriene for å få tildelt trygdeytelser. Kvinner uten stabilt yrkesmønster vil i begrenset grad bli vurdert som yrkesarbeidende ved sin søknad om uføretrygd. Vurdert som hjemmearbeidende er det vanskeligere å oppnå uføretrygd. Når vi her likevel bruker Kjelstads klassifisering, er det fordi dette ikke skaper noen problemer i vår empiri, de aller fleste har et stabilt yrkesmønster.

men vi kan ikke si noe om høg- og lavrisiko ut fra et inntektsskille. Derfor forlater vi resonnementet her.

Poenget med denne metodologiske diskusjonen, er å vise mulige tilnærminger for å styrke evalueringen av forsøk. Det kreves da at forsøksdesignet er gjennomtenkt med tanke på evaluering på forhånd. I det programmet som vårt forsøk er innordnet metodisk, la det et annet evalueringdesign til grunn, og de foreliggende data kunne ikke nyttes til andre analyser. Vi hadde heller ikke lagt hovedvekten av vårt design på effektevaluering, ut fra tanken om flere samtidig virkende faktorer som vi ikke har kontroll over.

8.3 Livskvalitet og arbeid

Livskvalitet er ikke entydig slik begrepet er brukt i prosjektet og i evalueringen (se kap. 2). Metoden skal også ha som resultat at den setter klienten i stand til å gjøre valg ut fra egne verdier og velge goder i eget liv. Livskvalitet innebærer metodisk å gjør klientene mer autonome og handlingsdyktige.

Metoden skulle også *bedre den enkelte kvinnes livskvalitet*. Som vi har vist i kapittel 10, har livskvalitet et innhold som må fastlegges av den enkelte, ut fra den enkeltes preferanser og verdier. I dette prosjektet er vi ikke ute etter livskvalitet generelt, men etter endringer i livskvalitet, som er effekter av sykdom. Den viktigste endringen som følge av sykdom, er endringen i arbeidsevne. Tap av arbeidsevne vil gi konsekvenser på de arenaer, der individene har arbeidsforpliktelser. For kvinner har vi pekt på at lønnsarbeidet ikke er den eneste arenaen med forpliktet tid og oppgaver. *Tap av livskvalitet som følge av muskelsmerter, kan derfor bestemmes som de tap redusert arbeidsevne fører med seg.*

Skal ikke livskvaliteten tapes som en effekt av sykdom og redusert arbeidsevne, må kvaliteten kunne kompenseres gjennom realisering av andre verdier, til dels på andre arenaer. For å belyse livskvalitetsspørsmålet, undersøkte vi i kapittel 11 *lønnsarbeidets plass i klientens livskvalitet*. Vi fant at lønnsarbeidet hadde betydning for de fleste, om enn på noe ulik måte. Vi skilte her mellom en økonomisk komponent, en selvrealiseringskomponent (arbeidet i seg selv), en sosial komponent (tilknytning til kolleger og jobbmiljøet) og en etisk/normativ komponent (å gjøre sin plikt for samfunnet). Bortfall av lønnsarbeidet har derfor noe ulik betydning og betoning for de enkelte individer. Vi pekte på at erstatningen av lønnsarbeidets betydning for livskvaliteten er problematisk. På den ene siden skal inntekten erstattes. Inntekt er en selvstendig faktor som gir klientene handlingsrom, men som også bidrar til kvinners identitet som forsørgere og til husholdets levestandard. Vi så at inntektskompensasjon har vært problematisk, både for dem som gikk tilbake til jobb, og for dem som ikke klarte dette. Attførings- og uføretrygdsøknader var uavklart eller avslått. Og flere av dem som gikk tilbake i jobb klarte dette, fordi de reduserte sin stillingsandel, men dette var da uten at denne ble inntektskompensert.

Det er på den annen side ikke bare inntekten som skal erstattes, men identitet knyttet til yrket. Den er igjen flerfasettert, avhengig av individenes relasjon til jobben. Vi fant at arbeidet både ga sosial tilknytning, glede og opplevelse av å være på jobb, at selve jobbinnholdet hadde betydning. Andre opplevde jobben som en samfunnsplikt, deres bidrag til samfunnsmessig

nytte og var stolt av dette. Her så vi at en del av kvinnene som gikk tilbake til jobb, fikk tilpassede arbeidssituasjoner, og dermed bødre lagt til rette for at disse verdiene skulle bli realisert. For andre var tilbakevenden til arbeidslivet en tvangssituasjon, der store smerter kombinert med avslag på alternative forsørgelsesmuligheter nok overskygget de positive sidene de ellers tilla arbeidet.

Vår datainnsamling stoppet imidlertid 12 måneder etter tiltak. På dette tidspunktet var det uklart hvor mange som ville komme tilbake til jobben de nå er i. Så lenge vi ikke vet effekten av MIA på kvinnenes framtidige tilknytning til arbeidsmarkedet, er derfor effekten med hensyn til arbeid og livskvalitet åpen. Men vi fant også at mange gjennom MIAs program tok opp hva ved arbeidsplassen de trengte å endre, og var blitt mer handlingsdyktige overfor sine arbeidsgivere. Noen gjorde en avveining mellom verdier knyttet til arbeidet og til familien, og reduserte sin arbeidstid for å få mer tid til barna. Slik sett har de klart å tilrettelegge et mer tilfredsstillende arbeidsliv (sett ut fra helheten av verdier i deres liv) og slik sett styrket sin livskvalitet.

Kapittel 9. Avsluttende kommentarer - metode og implementering

9.1 Innledning

Vi skal her ikke forsøke å gi noe resymé av rapportens funn. Vi vil her gå tilbake til MIAs hovedmål og knytte noen kommentarer til dem. MIA-prosjektets hovedmål var tosidig:

1. Prosjektet skulle utvikle en metode rettet mot personer som var sykemeldte for diffuse muskelsmertetilstander, en metode som skulle ha effekt på deltakernes arbeidslivs-deltakelse og livskvalitet.
2. Prosjektet skulle også bygge opp kompetanse for tverrfaglig samarbeid, og metoden de utviklet skulle være anvendbar for arbeidsmarkedsetaten og dens naturlige samarbeidspartnere i yrkesmessig attføring. Metoden skulle også være anvendbar for det lokale attføringsapparatet.

Ser vi på det første hovedmålet, skal metoden ha effekt på deltakernes arbeidslivsdeltakelse og livskvalitet. Effekten framkommer ikke gjennom helsemessig bedring, det er ikke prosjektets grunntanke. Poenget er at vi står overfor en gruppe mennesker som er syke, og vi kjenner ikke noen medisinsk behandling for lidelsene. De har redusert arbeidsevne. I dette er poenget at hjelpeapparatet erkjente at klienten er syk og har smerter. Fra dette utgangspunktet spør en: Og hva så? Hvilke muligheter har du? Hva vil du? Metoden åpner for en bred kartlegging, der alle de forhold som personene mener må trekkes inn i vurderingen, også er av relevans for yrkesavklaringen. Det er klientene som tegner kartet, ikke yrkeskonsulenten.

Evalueringen har i sin tilnærming fulgt opp det spesifikke ved metoden gjennom en bred kartlegging av kvinners liv. Det er i relasjon til denne virkeligheten vi har vurdert om intervensjonene og metodikken er relevant. Vår presentasjon av kvinnenens liv, se del 3, viser at kvinnenens virkelighet er kompleks og problemene mangesidige. Evalueringen MIA som program, se kapittel 7, konkluderte med at metoden ble evaluert som nyttig og relevant for kvinnene og som en virkeliggjøring av de prinsipper som MIAs program la til grunn for metodeutviklingen. Evalueringen pekte også på at en metode ikke er nok, den må forankres i et hjelpeapparat. Metoden kan ikke hjelpe alle med alt, og klientens sykehistorie eller attføringshistorie kan ta nye veger som krever ny hjelp fra hjelpeapparatet. De planer og de kunnskaper som klientene fikk tilført på MIA strekker ikke lenger til, handlingsmulighetene kan være uttømt. Alle er heller ikke i stand til å hjelpe seg selv. Poenget er så hvor en slik avklaringsmetodikk som MIA bør forankres. Et annet poeng er hvor i hjelpeapparatet en har mulighet til å fange inn klienten i neste runde.

Vi skal her se på metodikk og forankring i tjenesteapparatet. Det lå i MIAs mandat å bygge opp kompetanse for tverrfaglig samarbeid og metode, anvendbar for *arbeidsmarkedsetaten og dens naturlige samarbeidspartnere* i yrkesmessig attføring. Metoden skal også være anvendbar for *det lokale attføringsapparatet*. Dette er et spørsmål som ligger utenfor det mandatet vi ble pålagt i evalueringen. Det er likevel et spørsmål som vi i prosjektarbeidet ikke har kunnet overse, fordi vårt opplegg for MIA-prospektet også besto av formativ virksomhet, utformet som tematiske «seminarer» eller tilbakeføringer knyttet til spørsmål som var viktige for dem. Videreføring av metoden og forankring var ett av disse spørsmålene.

9.2 Utfordringer for yrkesmessig attføring - om målgruppen

Mange av kvinnene jobber i ufaglærte yrker. Kvinnene regulerer i liten grad arbeidet selv. De fire hyppigst nevnte belastningene var at arbeidet var stressende, tempoet høgt, arbeidsmengden for stor og at flere oppgaver måtte løses samtidig. Mange av yrkene var serviceyrker, der en hele tiden står overfor kundenes krav, enten en serverer, selger, vasker, er helsesøster eller likningsfunksjonær. Disse yrkene er blitt kalt «det moderne tjenerskapet» (Grimsmo, Sørensen og Løkke 1992). Det som karakteriserer disse yrkesposisjonene er at de ofte er lavt plassert i virksomhetens organisasjon, og de skal tjene andre. Vi står her overfor personer som arbeider under rammebetingelser som er vanskelige å mestre. Det er ikke bare en enkelt ting som kan endres, f.eks. unngå å løfte eller løfte kasser og bøtter «riktigere». Det er derfor også vanskelig for den enkelte å peke på endringer overfor arbeidsgiver. Det er også vanskelig for mange i de aktuelle yrkessegmenter å kreve endringer, fordi alene står de i en ugunstig posisjon strategisk. De er ufaglærte og kan lett erstattes. Det ligger lite incitament i bedriften for å beholde den enkelte gjennom å tilrettelegge arbeidet. Attføringspolitikken i perioden har for denne gruppen prioritert korte, yrkesrettede kurs. Flere av dem vi intervjuet hadde gjennomgått slike opplegg. Poenget er da at de tilbys mer av det samme, og kursene kvalifiserer ikke for yrker i andre segmenter og med andre betingelser omkring yrkesutøvelsen.

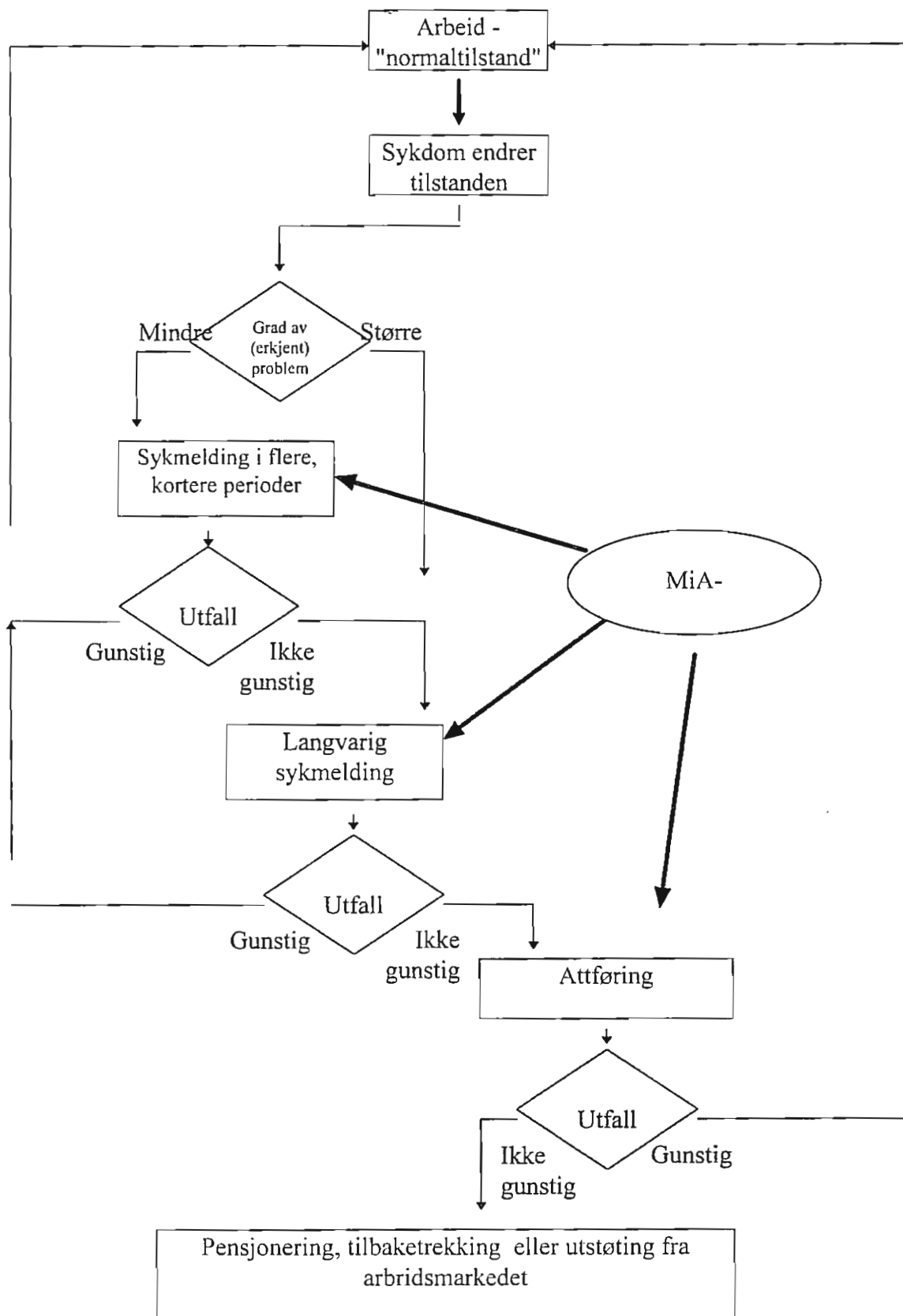
De fleste kvinner har også familieforpliktelser, ulike i de ulike livsperioder. Her ligger ikke bare plikter og arbeidsytelser, men også sentrale verdier i kvinners liv. Evalueringen viser at sykdomstilstanden også reduserer deres arbeidsevne hjemme. Det er derfor ikke bare arbeidstilpasningen som må reorganiseres, men også den totale tilpasningen med arbeidsinnsats i ulike sfærer. Kompleksiteten i deres situasjon består ikke bare i en vanskelig yrkessituasjon og en yrkesmessig attføring, som har vært utilstrekkelig, men også i at kvinner avveier ulike plikter på ulike arenaer. Derfor synes det som en vellykket avklaring å åpne opp for den kompleksitet som ligger i den totale tilværelsen, selv om avklaringen ikke primært skal løse problemer på alle livsområder. Hovedfokus vil ligge på arbeidstilpasningen.

9.3 Hvem tar ansvaret? Prosessen og ansvarsfordelingen

Poenget for den yrkesmessige attføringen er nettopp å kunne utnytte restarbeidsevnen. Det som er disse klientenes mulighet, er å finne en arbeidsmessig tilpasning. Hjelpemiddelet må gripe personen der han eller hun står og gi hjelp. Dersom hjelpen settes inn tidlig, er tanken at en kan avbryte en sykekarriere, enten den er kommet langt eller kort. Personen er sykemeldt og slik sett trykkesystemets ansvar. MIA-metodikken skulle slik sett tilhøre trykkesystemet.

Men dersom vi ser på innholdet i metodikken, møtes pasienten i sin sykdom, men *hjelpen* dreier seg om arbeid og arbeidstilpasning, yrkesrådgiving, bedriftsintern eller yrkesmessig attføring. Her ligger kompetansen og ansvaret i Arbeidsmarkedsetaten. Dette hensynet tilsier en forankring i Arbeidsmarkedsetaten.

Vi har på følgende side gitt en framstilling av prosessen i hjelpeapparatet ved sykdom og av arbeids- og ansvarsfordelinger i saker.



Helse- og trygdesystemet

Arbeidslivet / Arbeidsmarkedssystemet

Vi ser her at metodikkens nytte ligger i ulike faser i et frakoblingsforløp, både innenfor Trygde- og Arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde. Noe av den kompetansen MIA nytter, ligger hos helseprofesjonene. Vi minner om at et utgangspunkt for MIA var omorganiseringen i Arbeidsmarkedsetaten. Etaten skulle ikke lenger ha eget medisinsk personell. Omorganiseringen tok bl.a. sikte på å fortsette tverrfaglig samarbeid mellom de yrkesrettede og medisinske delene av attføringsapparatet. Det skulle i fortsettelsen skje gjennom lokalt samarbeid med helsevesenet og arbeidsmarkedsetaten, og ved kjøp av medisinske tjenester. Hvordan skal da profesjonene samarbeide? I hvilken regi? Hvem skal være oppdragsgiver eller organisator for en slik avklaringsmetodikk? Hvem har ansvaret i følge offentlig politikk?

9.4 Alternative modeller

Vi kan her tenke oss tre modeller, Prosjektmodellen, Trygdemodellen og Attføringsmodellen.

Prosjektmodellen

En modell, Prosjektmodellen, kan bestå i at det opprettes samarbeidsteam lokalt, og som organiserer seg som prosjekt. De samarbeidende parter kan være primærhelsetjenesten, Trygdekontoret og Arbeidsmarkedsetaten. Trygdeetaten kan ut fra diagnose plukke ut aktuelle personer, og selve metoden gjennomføres av et team med medisinsk og yrkesfaglig kompetanse. Teamet kan forankres institusjonelt på ulike hold, avhengig av lokale forhold. Vi tror imidlertid at dette vil være en skjør modell, der det vil være vanskelig å etablere eierskap i flere etater samtidig, etater som har ulike mål og målstrukturer og som gjennom administrativ styring ikke til enhver tid gjør de samme prioriteringer. Modellen er ressurskrevende og krever at alle parter prioriterer ressurser. Erfaringen er at samarbeidsinteressen på lokalt nivå ikke behøver å være til stede og uten noe mandat eller overordnet føring, er det vanskelig å få til lokal samordning mellom etater (Pedersen 1996).

Trygdemodellen

Den andre modellen kan vi kalle Trygdemodellen. Her forankres tiltaket eller metodikken i Trygdeetaten og ses i sammenheng med det sykemeldingsoppfølgingsarbeidet som etaten er pålagt. I dette arbeidet ligger det både individrettet og systemrettet arbeid. Den enkelte sykemeldte skal følges opp, samtidig som Trygdeetaten har en veilederrolle overfor arbeidsgiver. Veilederrollen består i å gi informasjon om seg selv og sine virkemidler, samt informere om muligheter for at andre tjenester kan komme inn og bistå med oppbygging av systemer for sykemeldingsoppfølging og forebygging.

Det er imidlertid et åpent spørsmål hvor langt trygdekontoret kan gå i oppfølging av den enkelte med tiltak. Attføringsmeldingen varslet en organisatorisk endring i attføringsapparatet med vekt på en klarere funksjons- og arbeidsfordeling mellom trygde- og arbeidsmarkeds-etaten. En valgte å overføre hovedansvaret for yrkesrettet attføring til arbeidsmarkedsetaten, og overføre de økonomiske virkemidlene innen yrkesrettet attføring til arbeidsmarkedsetaten. Begrunnelsen var at arbeidsmarkedsetaten hadde større tradisjon og kompetanse i å arbeide tiltaksrettet. Selve tiltakene og økonomien knyttet til attføringstiltak, skulle ligge i arbeidsmarkedsetaten. Trygden fikk ansvaret for *attføring i syke- og rehabiliteringsfasen*. Og trygden fikk *inngangskontroll i relasjon til yrkesrettet attføring*, som innebærer å vurdere om

de generelle vilkårene er oppfylt, om de medisinske vilkårene er til stede, samt tilstedeværelse av sykdom, skade eller lyte, som fører til varig nedsettelse av evnen til å utføre inntekts-givende arbeid eller innskrenker muligheter for valg av yrke eller arbeidsplass (Lov om folketrygd kap. 5B-5).

Innen forsøksprogrammet «Forsøksvirksomhet i Trygdesektoren» prøves det ut ulike oppfølgingsmodeller med bakgrunn i trygdens oppgaver i relasjon til oppfølging av Arbeidslinja. Sentrale oppgaver i trygdens oppfølging av sykemeldte, ligger på systemnivå. Ved å følge opp tidlig, kan saker med en arbeidsplassrelatert lidelse sendes tilbake der ansvaret ligger, til bedriften. Trygdens systemtilnærming skal så bidra til å sette arbeidsgiver i stand til å ivareta sitt ansvar i sykemeldingsoppfølgingen. Trygden skal primært informere om virkemidler og aktører i feltet. På dette systemnivået er det også opprettet en egen tjeneste innen Arbeidsmarkedsetaten, Arbeidslivstjenesten, for å bistå bedriftene i arbeidet med utvikling av system for oppfølging. Det virker ikke å være intensjonen i arbeidsdelingen innen attføring og omstillingen i trygdens arbeidsmåte at trygdekontoret skal gå inn med aktive tiltak av typen MIA. Klientkontakten og oppfølgingen av klienter knyttet til 12 ukersvedtaket, har et mer begrenset siktemål. Selv om det er trygden som gjennom sykepengerutinene har et oppfølgingsansvar, og gjennom dette har kontakt med den sykemeldte på et gunstig tidspunkt i sykekarriereutviklingen, virker det likevel ikke rimelig å forankre aktive tiltak av typen MIA i etaten. Det som virker egnet, er å koble en MIA-metodikk til sykepengerutinen gjennom et samarbeid med trygdekontoret.

Attføringsmodellen

Den tredje modellen vil vi kalle Attføringsmodellen med forankring i Arbeidsmarkedsetaten. Vi kan kalle dette en ekspansiv attføringsmodell. Poenget er at en i attføring av den gruppen vi her diskuterer, ikke kan vente at de skal bli «friske», og slik sett overført til Yrkesmessig attføring. De er syke, og ut fra tanken om tidlig intervensjon er det ikke bare behandling som skal iverksettes, men en reorientering av hele saken - en må søke etter yrkesmessige løsninger tidlig. Behandling og yrkesmessig avklaring kan derfor være *samtidige prosesser*.

Klienten er trygdeetatens ansvar så lenge de går på sykemelding. Men arbeidsmarkedsetaten skal ikke vente med å sette inn andre tiltak til medisinsk rehabilitering er avsluttet, og saker en forventer blir langvarige skal overføres relativt raskt til arbeidsmarkedsetaten. Sjansene for en vellykket attføring vil være større, dersom en kommer inn tidligere. Vi må derfor tenke oss at attføringen griper over i trygdeetatens ansvarsområde, som arbeidsmarkedsetatens hjelpende hånd rettet mot spesielle klientgrupper. MIA-metodikken blir slik en tilnærming, som arbeidsmarkedsetaten anvender overfor klienter som de til dels ikke har overtatt ansvaret for. Dette vil for arbeidsmarkedsetaten være en måte å hjelpe seg selv, ved å komme inn i på et tidligere tidspunkt for å søke å etablere et bedre prosessforløp for de av tilfellene som blir attføringssaker. I dagens situasjon ser vi denne modellen som den mest gjennomførbare.

Arbeidsmarkedsetaten sitter på hoveddelen av den kompetansen som MIA-metodikken krever, og en stor del av klientene i den aktuelle gruppen vil før eller senere likevel komme under attføring.

9.5 Anbefaling

Derfor ville vi i dagens situasjon anbefale at MIA-metodikken forankres i arbeidsmarkeds-etaten, som en utviding av veiledningsmetodikken overfor grupper med sammensatte problemer. Vi vil videre anbefale at arbeidskontoret for oppfølging av spesielle grupper samarbeider med trygdeetaten. Trygden skal ta kontakt, ev. innkalle klienter som del av det oppfølgingsarbeidet de er pålagt. Gjennom et slikt samarbeid kan også arbeidsmarkeds-etaten med sin avklaringsmetodikk knytte seg til sykepengerutinen. En slik prosedyre kan synes funksjonell for å fange inn klienter som kan ha behov for avklaring.

Vi reiste imidlertid innledningsvis et annet problem: Hvordan fange inn igjen klienter som har uttømt sine handlingsmuligheter? Slik vårt forhold til hjelpesystemet gjennom tradisjon er blitt utformet, synes det som legen er den hjelper en faller tilbake på i vanskelige situasjoner. I dag er legene relativt passive og frittstående i relasjon til det øvrige hjelpeapparatet. Her ligger det problemstillinger for videre utredning.

Kapittel 10. Livskvalitet og arbeid

10.1 Livskvalitet og MIA

Livskvalitet som begrep står sentralt i MIA og derfor også i evalueringen. MIA er knyttet opp til programmet og evalueringen av «Trygd og rehabilitering», der også livskvalitet er et viktig mål. Å øke eller beholde livskvalitet er en del, både av prosjektets og programmets mål. Oppnåelse av livskvalitet er et kriterium på prosjektets vellykkethet, sammen med andre kriterier.

Men livskvalitetsbegrepet i MIA brukes på to måter. På den ene siden knyttes livskvalitet til det å *være i lønnet arbeid*, livskvalitet er goder knyttet til lønnsarbeidet. Derfor er det et mål å hindre varig arbeidsuførhet ved å gripe tak i dem som står i fare for å miste tilknytningen til lønnet arbeid (Prosjektskisse januar 1993). Økt livskvalitet skal være et resultat for den enkelte som følge av intervensjonen.

Men livskvalitet brukes også om det prinsippet at individet selv skal *gjøre valg i egne* liv ut fra egne verdier. Det dreier seg ikke bare om valg mellom ulike arbeidsalternativer, men mer generelt om å velge hva som er goder i eget liv. Programmet skal sette individene i stand til å velge ut fra egne verdier.

Evalueringen dreier seg derfor både om metoden setter individene i stand til å *velge*, og om metoden setter dem i stand til å *beholde tilknytningen til lønnet arbeid*. Det ligger her opp til en potensiell målkonflikt - hva om individet ikke deler verdien og forståelsen av lønnsarbeidet som et gode og velger andre goder? Et sentralt spørsmål for denne evalueringen vil derfor være hvilken plass arbeidet som gode har i individenes prioritering av verdier.

I tilfelle arbeidet forstås som et gode, hva ved lønnsarbeidet oppfattes som goder, hva er det som knytter dem til lønnsarbeidet eller den jobben som de har, og som motivere dem for å komme tilbake?

Arbeidet som et gode er i politikken nedfelt i «arbeidslinja». Men arbeidet er ikke alltid blitt forstått som et gode. Vi vil derfor først trekke opp et idéhistorisk riss over forståelsen av arbeidet i relasjon til det gode liv, kapittel 10. Videre vil vi gå inn på virksomhetsområder som ikke har vært forstått og behandlet som arbeid, husarbeidet eller det ulønnede arbeidet. Ligger det goder også i det ulønnede arbeidet?

I kapittel 11 vil vi beskrive hvordan lønnsarbeidet oppleves av de som er klienter i MIA. Hvor plasserer de sin forståelse av arbeidets betydning i relasjon til historiske ideer? Hva er viktig for dem? Ønsker de å beholde jobben sin, og ev. hvorfor?

Arbeidslinja forholder seg til lønnsarbeidet. Vi evaluerer her et tiltak, der brukeren er kvinner. Kvinner utfører også annet arbeid enn det lønnede. Ut fra sin sosiale rolle og identitet utfører kvinner arbeid både i eget hushold og for andre hushold. Det ligger arbeid i å være mor, hustru og datter. Tradisjonelt har en satt opp ulike virksomhetsområder mot hverandre

gjennom begreper som yrkeskvinne og husmor. En tenker seg at kvinner har sin arbeidsidentitet bundet til en sfære. Hvordan synes dette å være i dag? Hva forteller våre klienter om ulike arbeidssfærers betydning for dem?

Når arbeidsevnen reduseres, går dette ikke bare ut over tilknytningen og utføringen av lønnet arbeid. Også det ulønnede arbeidet blir berørt. Vi må derfor i spørsmålet om livskvalitet også se på betydningen av (bortfall, reduksjon av) det ulønnede arbeidet.

Med redusert arbeidsevne, hvordan skal den gjenværende evnen fordeles mellom lønnet og ulønnet arbeid? Hvordan forholder offentlig politikk og iverksettelsen seg til det faktum at kvinner har virksomhet i to arbeidssektorer, som begge blir berørt ved bortfall av arbeidskraft? Og hvordan oppfatter kvinnene de krav de blir møtt med? Stiller offentlig politikk familiekvinner med yrkesarbeid i en knipe når de får redusert arbeidsevne, fordi politikken begrep om arbeid er for snevert definert og ikke tilsvarer til kvinners selvforståelse og deres forståelse av sosiale forpliktelser? Dette tar vi opp i kapittel 12, som avslutning av diskusjonen om kvinner, arbeid og livskvalitet.

Vi vil starte med å trekke opp politikken formulerings av arbeidet som gode og livskvalitet. Deretter vil vi ta for oss empirien.

10.2 Livskvalitet og det gode i offentlig politikk

I politiske og faglige diskurser ser vi stundom begrepsmessige skifter. Et slikt skifte er dagens betoning av livskvalitet i stedet for den tidligere betoningen av levekår i diskusjonene av utvikling og velferd. Hva er det som begrunner dette skiftet?

Paternalisme og ressursfordeling

Det har vært reist innvendinger mot den ressursorienterte definisjonen av velferd og levekår som nyttes i levekårstilnærmingen, og den paternalisering som ligger i velferdsstatens definisjon og fordeling av goder. Innvendingene springer ut fra en liberal kritikk: Den liberale staten skal tilrettelegge for like muligheter for borgerne, og borgerne skal selv velge hvilke goder de ønsker å realisere.

Den institusjonelle velferdspolitikken i de nordiske landene har arbeid ut fra en tanke om minimumsstandarder, og det å gi standardene for våre liv har i stor grad bestått i å fordele materielle goder. I en sosialliberal forståelse ses dette som en utvidelse og en virkeliggjøring av å gi folk like muligheter. Ressursene må utjevnes for at samfunnsmedlemmene skal ha muligheter til å gjøre valg på tilnærmet like vilkår. Fordelingsmessig betyr dette at politikken konsentrerer seg om å fordele materielle goder, goder der fordelingen lar seg påvirke av offentlig politikk. Denne tenkningen om materielle goder, er hva livskvalitetskritikken retter seg mot.

10.2.1 Godt i seg selv - aktivitet, samhørighet, selvfølelse og en grunnstemning av glede

Livskvalitetstilnærmingen er en kritikk av den materielle levekårstenkingen.²³ Denne måten å tenke om livskvalitet hevder at dersom vi politisk skal styre mot framtidige verdivalg, burde vi ikke være så opptatt av ressursiden, av bolig, inntekt o.l. Bolig, inntekt osv. er ikke mål i seg selv, men bare midler for å oppnå goder. Vi ønsker slike ressurser i den utstrekning de er effektive til å gi oss de goder som vi først og fremst vil gå inn for. Det vi bør gå inn for, er noe som er *godt i seg selv*. At noe er godt i seg selv, er noe som vi ønsker for vår egen del, uavhengig av konsekvensene.

Definisjonen av begrepet livskvalitet som «det gode», møter de samme problemer som definisjoner av helse- eller frihetsbegrepet. Skal en avgrense begrepet negativt, som fravær av sykdom, fravær av en spesifikk tvang eller skal en gi det en positiv definisjon, som sier noe om *hvilke* kvaliteter eller goder begrepet omfatter? Næss velger å gi begrepet en positiv definisjon eller opererer med et utvidet livskvalitetsbegrep (Næss 1986). Livskvalitet er ikke bare at lyst skal ha sterkere vekt enn smerte. Livskvalitet skal dekke flere *positive følelser*. Hun legger vesentlig et affektivt begrep til grunn.

Å ha høy livskvalitet innebærer i følge Næss, å ha det godt. For å ha det godt, velger Næss fire dimensjoner som representerer «goder», Næss følger her Aristoteles. De dimensjonene hun definerer, er aktivitet, samhørighet, selvfølelse og en grunnstemning av glede.

Som en følge av denne tanken, må en også ta stilling til hva som er det høyeste godet, og slik sett hva som blir mål og midler. Vi kan da komme i den situasjonen at vi formulerer en rekke goder, men ut fra mål-middeltenking må vi ta stilling til hvilket gode som er det mest overordnede. I tradisjonell levekårs- og helseforskning er god helse en verdi eller et gode i seg selv. Men er det riktig, spør Næss. Hva er det viktigste? I en gren av sosialmedisinsk forskning (Dalgård-tradisjonen) har en vært opptatt av at mangel på sosial kontakt resulterer i dårlig helse. Dette kan forstås som at (mental) helse betraktes som et høyere gode enn samhørighet, at helse legitimerer samhørighet: Vi skal være mer sammen og utvikle sosiale nettverk, fordi det er et middel mot sykdom og andre avvik. Næss snur resonnementet og sier at samhørighet er den høyeste verdien. Samhørighet er et gode i seg selv, uansett om det skaper god helse eller ikke.

Vi ser her at vekten på livskvalitet i stedet for på levekår eller levekårsdimensjoner, snur opp ned på forestillingen om mål og midler. I dette perspektivet blir verken (høy) inntekt eller helse et gode i seg selv. Målene for livskvalitet ligger i stedet på kontroll og valg av egne handlinger, selvfølelse og gode interpersonlige forhold, samt opplevelse av skjønnhet. Næss former slik et *livskvalitetsbegrep*, som i motsetning til levekårsbegrepet, diskuterer hva som er et gode, og dette godet gis en positiv definisjon. Hun lar begrepet være åpent både for materielle og immaterielle goder.

10.2.2 Livskvalitet og valg

I Langtidsprogrammet 1994 - 1997 (St.meld. nr. 4 1992 - 1993) introduseres begrepet livskvalitet. Langtidsprogrammet legger vekt på lønnsarbeidet som et gode. Det er vår rett og vår

²³ Den videre framstillingen i dette avsnittet bygger på Næss, 1986

plikt til å arbeide. Alles innsats i lønnsarbeidet gjør det mulig å bygge opp et velferdssystem med fordeling av materielle goder (ibid s. 25).

Men velferd er ikke bare tjenester og materielle goder. Mange har fått større muligheter til å gjøre avveininger mellom ulike velferdsgoder, og meldingen uttrykker at valgfrihet er viktig. Men den advarer samtidig mot at ikke alle forskjeller må forstås som resultat av frie valg. Frie valg genererer ulikheter, og ulikheter kan være uttrykk for valg som ikke er frie.

Livskvalitet knyttes så til verdier som deltakelse og tilhørighet, noe som må supplere det offentlige velferdstilbudet. Det er også viktig med livskraftige demokratiske styringsorganer, gode sosiale nettverk, levende nærmiljøer, et aktivt kulturliv og innflytelse på egen situasjon (s. 25). Vi ser at dette er den samme tilnærmingen til livskvalitet i offentlig politikk som vi finner hos Næss, men uten at den tradisjonelle levekårs- og fordelingspolitikken forlates. Politikken er både opptatt av å fordele materielle ressurser som goder, og goder av typen tilhørighet og samhørighet. Offentlig politikk sier med Ole Brum: ja takk, begge deler.

10.2.3 Arbeidet som et Colombi egg i offentlig politikk

Går en gjennom offentlige dokumenter, finner vi at arbeidet har en framtrødende plass, som et mål i seg og som et middel til å skape og fordele velferd. Det heter f.eks. i St.meld. nr. 4 (1988 - 89): «Arbeidet er for mange den viktigste kilden til inntekt og personlig livsutfoldelse. Full sysselsetting er den viktigste nøkkelen til å sikre en tilfredsstillende fordeling av inntektene og livsvilkårene i samfunnet. Det er et overordnet velferdsmål som krever et omfattende samarbeid med alle partene i arbeids- og næringslivet.» s. 36. Derfor har arbeidsmarkedspolitikken høg prioritet ut fra velferdspolitiske mål. I politikken er det et mål både å *skaffe arbeid* til alle, og gjennom arbeidsmarkedspolitikken *hindre utstøtning* fra arbeidsmarkedet.

Men markedet ikke bare skaper verdier, arbeidsmarkedet er også *en fordeler av materielle verdier*. Vekten på arbeidsmarkedet som fordeler av materielle verdier, finner vi uttrykt bl.a. i likestillingspolitikken, der likhet i levekår mellom kvinner og menn som grupper, skal nås bl.a. gjennom at kjønnene i samme grad har sine inntekter fra og opptjener rettigheter i arbeidslivet (St.meld. nr. 70 1991 - 92). Likebehandling i markedet og likelønn for kvinner og menn er derfor et prioritert tema i likestillingspolitikken.

Livskvaliteten i arbeidet finner vi bl.a. i tilknytning til diskusjonen om et utvidet helsebegrep (NOU 1991:10, St.meld. nr. 37 1992 - 93). Meldingen peker på ett aspekt ved arbeidet som bidrar til positiv helse- og livskvalitet: Dette er *arbeidets integrasjonsmuligheter*. Det heter at det organiserte arbeidslivet gir folk mulighet til regelmessig kontakt med andre, og at de aller fleste får gjennom jobben et sosialt nettverk som innebærer økt livskvalitet. Og gjennom kontakt med andre blir vi integrert.

Arbeidet som virksomhet er sentralt for det enkelte mennesket, og de goder som deltakelse i en arbeidsorganisasjon gir, er en sentral kilde for personlig bekreftelse. Vi skal delta i lønnsarbeidet, både for samfunnets skyld og for vår egen del. Arbeidet er sentralt for å skape gode levekår, for å fordele fruktene, og som livskvalitet for den enkelte gjennom tilhørighet i arbeidsorganisasjonene og utfoldelse gjennom arbeidet. Arbeidet er et gode i seg selv, og det skaper andre goder. Arbeidet er både mål og middel/forutsetning. I offentlig politikk gir tenkningen om arbeidet som gode en sammenkobling av to typer resonnement: Arbeidet

skaper verdier til fordeling (materielle goder), og arbeidet gir i seg selv tilhørighet (ikke materielle goder). *To ulike goder knyttes sammen gjennom deltakelsen i lønnet arbeid.*

Politikken er normativ. For å forstå hvilke valg den enkelte gjør, må vi se på arbeidets plass som gode hos den enkelte. Er lønnsarbeidet viktig for den enkelte? I tilfelle, på hvilken måte inngår lønnsarbeidet i den enkeltes levekår og livskvalitet, som forsørgelse, som kilde til tilhørighet og sosial integrasjon og som arena for selvrealisering ?

Den plassering den enkelte gjør av arbeidet, vil ha betydning for i hvilken grad den enkelte velger arbeidet, i den grad det foreligger valg. Hvilke muligheter foreligger for at kvinner kan realisere mål for livskvalitet og tilhørighet til mål utenfor lønnsarbeidet og samtidig oppebære forsørgelse?²⁴

Men arbeidet har ikke alltid hatt den samme posisjonen i tenkingen om det gode liv.

10.3 Arbeidet - idéhistorisk

Arbeidsfrihet som det høyeste godet

Går vi tilbake til antikken, finner vi at filosofene så på arbeidet som et nødvendig onde. Arbeidet nedbryter sjelen og binder dem i det materielle. De som står i produktivt arbeid, slaver, bønder, kjøpmenn og håndverkere, er derfor simple og udannede folk. De kan ikke realisere det fullverdige og dydige liv, både fordi arbeidet i seg selv er nedbrytende, og fordi de også fikk for lite fritid til å realisere det som virkelig gir livet verdi. Menneskets åndelige dannelse og personlighetsutvikling realiseres gjennom frigjøring fra materiens fengsel. Den mest fullkomne lykke vinnes bare gjennom intellektuell virksomhet. Dette er også gudenes beskjeftigelse. Kroppsarbeidet derimot binder oss til den sanselige verden, motsatsen til det som skaper lykken, det høyeste godet. Dette synet på arbeidets verdighet førte til en dobbel etikk og en atskillelse mellom fullkomne og mindre fullkomne mennesker. Den som skal realisere lykken gjennom det åndelige, er jo avhengig av at noen skaffet brødet og tar seg av nødvendigheter, som produktivt arbeid, men også som reproduktivt arbeid. Antikkens ideal var det arbeidsfrie livet. Hensikten med et arbeidsfritt liv, er ikke dovenskap eller en hvilken som helst nytelse. Frigjøring fra arbeidets tvang var en *frigjøring til intellektuell aktivitet*. Idéen om nytelsen og det arbeidsfrie livet har eksistert i andre sammenhenger, i mer moderne overklasse, der *det vakre livet* kan realiseres av dem som slipper å arbeide (Aukrust 1966).

Arbeidet som naturlig - og som plikt

Kristendommen har hatt stor innvirkning på vår kultur. Kristendommen oppfatter arbeidet som menneskeverdig i seg selv, arbeidet er en skapelsesordning. Her bryter en med antikkens forakt for arbeidet og for den som arbeider. Arbeidet er ut fra skaperordningen en plikt som påhviler alle. Kallsarbeidet skal utføres som en tjeneste for nesten og til Guds ære. Kristendommen opererer heller ikke med en dualisme mellom ånd og materie, sjel og legeme.

²⁴ Et mulig svar her er at valgfrihet dreier seg om valg av alle *andre* goder enn arbeidet. Arbeidet er en spesiell virksomhet og et særegent gode, som gjør at det i dette feltet eksisterer en mer absolutt normativ forpliktelse for deltakelse, både ut fra samfunnsmessig nødvendighet for å frambringe velferdens materielle grunnlag, og ut fra arbeidets sosial-integrative funksjon.

Det er derfor ikke avgjørende for den menneskelige verdigheten om en driver med intellektuelt arbeid eller kroppsarbeid (Aukrust 1966). Tendens har kanskje vært motsatt antikkens rangering av ulike virksomheter, gjennom Kalvinismens sterke fokusering på den økonomiske sfære. Det økonomiske fokus satte kroppsarbeidet i sentrum. Det produktive arbeidet ble viktigere enn kunsten og åndsarbeidet. Det kristne livet skulle følge budet: Be og arbeid! Den protestantiske kallsetikken har slik bidratt til å styrke arbeidets verdighet. Arbeidsledigheten ble også sett på med skepsis, og som det heter på mer moderne norsk: Lediggang er roten til alt ondt! Dette ordtaket er en protestantisk arv.

Kristendommens fokusering på arbeidsplikten gjennom kallsetikken, ble forsterket gjennom Kants pliktmoral: Også pliktens bud er kategorisk: Du skal arbeide! Noe som innebar plikten til å arbeide flittig og ærlig i sitt borgerlige yrke.

Arbeidet som selvrealisering - og som fremmedgjøring

Hos Marx står vi overfor en arbeidsfilosofi som er uten religiøse aspekter. Mennesket skaper seg selv. Mennesket, i motsetning til dyrene, realiserer seg ikke gjennom instinktive handlinger, men bare gjennom eksistensielle handlinger. Disse skapende, selvrealiserende handlingene er hos Marx knyttet til arbeidet. Arbeidet skaper mennesket og skapte det i sitt bilde. Samfunnets art og arbeidets stilling i samfunnet, skaper også mennesket. Mennesket skapes gjennom sitt samfunnsmessige arbeid. Dialektikken mellom mennesket og samfunn går gjennom arbeidet. Arbeidet er derfor noe grunnleggende, genuint menneskelig.

Arbeidet er imidlertid fremmedgjort i det moderne samfunnet, i følge Marx. Fremmedgjøringen skapes gjennom eiendomsforholdene som omslutter og styrer arbeidets organisasjon. Ved oppkomsten av privateiendommen og den private tilegnelsen av arbeidsproduktet blir arbeideren skilt fra sitt arbeidsprodukt. Arbeidsproduktet blir gjort utvendig, skilt fra arbeideren. Det han skapte, er ikke lenger en del av han, det er noe ytre som kan virke tilbake på han som ytre vilkår. Privateiendommen korrupperer slik det menneskelige arbeidet. Den menneskelige frigjøringen går derfor gjennom frigjøring av arbeidet. En frigjøring av arbeidet innebærer å skape en samfunnsordning, hvor arbeidet igjen blir en skapelsesprosess hvori mennesket kan realiserer seg selv.

Fremmedgjøringen innebærer at mennesket har problemer med å oppleve arbeidet som en menneskeverdige eksistensform. Arbeidet som aktivitet imøtekommer ikke behovet for å realisere seg som menneske. Arbeidet blir ikke liv i kvalitativ forstand. Dersom denne fremmedgjøringen representerer en realitet, innebærer dette en dyp konflikt mellom arbeidet og livet i moderne samfunn. Dette er dypest sett et personlig problem, og kan ikke bare løses gjennom bedre typer av arbeidsorganisasjon o.l. (Aukrust 1966). Fremmedgjøringen kan heller ikke kompenseres i andre livssfærer. Livet henger sammen, det er en helhet. Om en får bedre levestandard med flere materielle goder, endrer dette ikke på den grunnleggende opplevelsen av arbeidet. Men en regner med at andre typer av tiltak kan kompensere og slik være med å bidra til et bedre arbeidsmiljø og bedre trivsel for den enkelte.

Simone de Beauvoir og kvinners frigjøring gjennom lønnsarbeidet

Selvrealisering gjennom arbeidet, gjennom samfunnsmessig virksomhet, er også et sentralt poeng hos Simone de Beauvoirs forståelse av kvinners situasjon. Det eksistensielle knyttes her til det overskridende: Det å realisere seg selv ved å gå ut i verden. Gjennom å gå ut i

verden overskrider mennesket hva det er, den realitet det til enhver tid lever i (det immanente). Å føde og arbeide med barn, ble sett som noe immanent. Kvinner var blitt tradisjonelt tilskrevet dette arbeidet, og var slik ikke gitt de samme muligheter til transedens i den gamle samfunnsordningen. Kvinner var slik sett blitt holdt ufrie.

Selvrealisering går hos Simone de Beauvoir gjennom arbeidet, bestemt som lønnsarbeid. Det er lønnsarbeidet som skal frigjøres fra sin fremmedgjøring, og kvinner må bryte opp fra sin tradisjonelt tilskrevne tilværelse for å realisere menneskets iboende potensiale gjennom dette arbeidet. Den mannlige verden, det mannlige arbeidet holdes slik opp som norm også for kvinner. Beauvoir er senere kritisert for sin noe enkle og negative fremstilling av moderskapet (ref. i Schaanning 1992:84).

Lønnsarbeidet som middel

Innen moderne feministisk teori er det en tendens å se på lønnsarbeidet som en kilde til relativ autonomi. Gjennom husholdet er kvinner blitt privat forsørget, noe som innebærer en personlig, økonomisk avhengighet av den enkelte mann. Gjennom eget lønnsarbeid vil denne avhengigheten, som økonomisk avhengighet, reduseres. Kvinner blir i større grad gjort i stand til å gjøre egne valg, innen felt som en kan definere som mer eller mindre viktige. Lønnen gir forutsetninger for større autonomi. Det er altså her ikke arbeidet som adler kvinnen, men lønnen som reduserer avhengigheten mht. forsørgelsen. Lønnsarbeidet blir her et virkemiddel og ikke et mål i seg selv.

10.3.1 Oppsummering - Hvilke problemstillinger reises med hensyn til forståelsen av arbeidet?

Det var ikke det samme arbeidsliv eller samfunnsliv som bekymret Platon, Marx og de Beauvoir. Arbeidet, som virksomhet, har ikke vært det samme, og de tilskrevne arbeidsforpliktelser har ikke vært de samme i ulike samfunn for menn og for kvinner. Det som opptok filosofer fra Platon til Marx, var kroppsarbeidet - i slavesamfunnet og senere iscenesatt som industrielt arbeid. Og i den industrielle epoken, var det i hovedsak menn som konstituerte det nye proletariatet. Det var arbeidet ved mennene i fabrikkene, i produksjonen.

Ser vi samlet på forståelsen av arbeidet som et gode og som middel for selvrealisering, ser vi at det tradisjonelle kvinnelige arbeidet, husholdsarbeidet er uproblematisert. Når en diskuterer hva som konstituerer det menneskeverdige og det meningsskapende i arbeidet, er det i hovedsak lønnsarbeidet som er gjenstand for analyse. Diskusjonen om livskvalitet og arbeid handler derfor tradisjonelt om lønnsarbeidet.

Kvinner har deltatt i lønnsarbeidet, men de er samtidig blitt tilskrevet ansvaret for reproduksjonen. Hus- og omsorgsarbeidet er blitt forstått som ikke-arbeid og i liten grad tematisert. Unntaket er Simone de Beauvoir, der arbeidet i hjemmet blir negativt bestemt ut av en oppfatning om hva som utgjør det menneskelige, iboende realiseringspotensialet.

10.4 Arbeidet i hjemmet

Som det er påpekt, har kvinner oppgaver og virksomhet i to sektorer. Kvinner som arbeidstakere er knyttet til lønnsarbeidet gjennom kontraktmessige reguleringer og gjennom normative forpliktelser til samfunnet. Og kvinner er knyttet til det ulønnede arbeidet i familien gjennom andre normative forpliktelser. Kvinner står med en fot i hver arbeidssfære, og arbeidsforpliktelsene i disse to systemene for arbeid er regulert av ulike logikker.

Når vi skal undersøke relasjonene mellom kvinner, lønnsarbeid og verdier (eller hvilke verdier og motiver kvinner har for å ta lønnet arbeid), kan vi ikke se på lønnsarbeidsrelasjonen isolert. *Verdien av det lønnede arbeidet må ses i et helhetsbilde, innen helheten av kvinners virksomhet.* En annen hoveddel av virksomheten, foregår innen husholdet og i tilknytning til familien. Verdier knyttet til denne virksomheten kan utgjøre sentrale premisser for hvilke valg kvinner gjør i relasjon til lønnsarbeidet. Og motsatt, verdier knyttet til lønnsarbeidet kan gi premisser for valg knyttet til hennes virksomhet i husholdet.

Vi vil i dette hovedavsnittet gi en framstilling av denne husholdsvirksomheten, hvordan den er blitt forstått som ikke-arbeid, og hvordan vi kan forstå regulering av kvinners arbeidsplikter i familien. Vi vil videre peke på dette arbeidet og arbeidets betydning som en virksomhet nært knyttet til den kvinnelige identitet. I dette ligger at tradisjonell femininitet ikke kan oppgi tradisjonelle virksomheter, uten at kvinnen også oppgir sider ved seg selv. Husarbeidet er slik ikke noe avspaltet, noe ytre i relasjon til personen. Redusert arbeidsevne kan derfor også få følger på hjemmebane. For en nærmere presentasjon av dette perspektivet, se Nørve 1996.

10.4.1 Husarbeidet - fra økonomisk aktivitet til ikke-arbeid

Tar vi utgangspunkt i det «før-moderne» var husholdet den sentrale økonomisk enheten, og husholdsarbeidet utført av alle husholdets medlemmer. Det som foregikk i husholdet var arbeid. Denne husholdsvirksomheten er utgangspunktet for modernitetens differensieringsprosesser: Deler av virksomheten ble skilt ut fra husholdet. Den utskilte virksomheten ble organisert gjennom salg av arbeidskraft. Etter hvert fikk den økonomiske aktiviteten i husholdet redusert *økonomisk betydning*, fordi prisene på arbeidskraft steg.

Den kjønnsbestemte arbeidsdelingen førte også til et dominansforhold eller hierarki innad i familien, fordi lønnsarbeiderens arbeid innebar et større økonomisk bidrag til familien enn virksomheten i hjemmet. Dette forskjøv likevekten mellom bidragene til familieøkonomien, fra vekt på arbeid i hjemmet til arbeid i markedet. Lønnsarbeideren ble forsørgeren og hjemmearbeideren den «forsørgede». Hun ble økonomisk avhengig av mannens kontantbidrag til husholdet. Dette medvirket til at husarbeidet eller husholdets virksomhet ofte forstås som en ikke-økonomisk aktivitet, og lønnsarbeidet som den økonomiske aktiviteten.

Tradisjonell samfunnsvitenskapelig begrepsdannelse knytter husarbeidet bare indirekte til samfunnets økonomiske virksomhet, gjennom reproduksjonsbegrepet. Reproduksjonsbegrepet betegner den virksomheten som er *sosialt nødvendig*, men ikke er økonomisk virksomhet per se. Personer som således hadde sin virksomhet i husholdet, ble forstått som ikke-arbeidende. Husarbeid ble et ikke-arbeid, men like fullt en tid- og arbeidskrevende virksomhet.

Denne utviklingen av arbeidets organisering fikk konsekvenser for forståelsen av kvinners arbeid.

Differensieringsprosessen og dobbeltarbeidet

Den økonomiske virksomheten i husholdet er gjenstand for en fortløpende differensieringsprosess, der oppgaver over tid skilles ut av husholdet og organiseres som produksjon i et marked eller etter hvert, i det offentlige. Men det er hele tiden også mange oppgaver som løses i husholdet. 70-tallslitteraturens annonsering av «familiens funksjonstømming», var sterkt overdrevet som diagnose av familien. Familien er ikke alene konstituert omkring emosjonelle forhold, men i stor grad også om materiell produksjon og produksjon av tjenester.

Utviklingen og organiseringen av arbeidsprosesser har imidlertid fulgt to spor, der omsorgsarbeidet er den virksomhet som nå gjennomgår den største strukturforandringen ved utspalting til markedsorganisert arbeid. Men vi finner også den motsatt bevegelsen, der husholdet overtar oppgaver som i en periode har vært overtatt av markedet. Teknikkutvikling og rasjonalisering av vareproduksjonen fører til at maskiner og varer blir billigere i relasjon til kjøp av arbeidskraft. Dette fører til at det blir lønnsomt for husholdet selv å kjøpe ulik teknisk utrustning og å utføre tjenestene selv (Ingelstam 1987). Samtidig fører rasjonalisering av varehandelen til at noe av arbeidet blir flyttet over til brukeren. Vi henter våre varer i hyllene og transporterer dem hjem selv. Som konsekvens innebærer dette at husholdets oppgaver endrer seg, noe overføres til markedet eller det offentlige, andre kommer tilbake til husholdet som følge av teknisk rasjonalisering. Husholdet blir slik ikke tømt for arbeid, det finnes mange virksomheter som må utføres, men de forstås som ikke-arbeid.²⁵ En overser også at hjemmet ikke skaper seg selv. Hjemmet skapes ikke bare sosialt, men også materielt gjennom vår virksomhet. Slik sett er hjemmelivet fullt av virksomhet, av arbeid. Dette arbeidet har tradisjonelt vært tilskrevet kvinner.

Så lenge vi hadde heltidsarbeidende kvinner i hjemmet, hadde vi likevel et begrep om husarbeid og husmødre. Vi hadde husmødre og vi hadde yrkeskvinner. Begrepsskillet viser hvordan vi har satt ulike virksomhetsområder mot hverandre. Man gjorde (og var) det ene eller det andre. En tenker seg at kvinner har sin arbeidsidentitet bundet til *en* av to sfærer. Når også kvinner flytter sin hovedaktivitet til sfæren for lønnet arbeid, blir kvinner tilsynelatende «arbeidende» på linje med menn. Dette synes å forsterke det bestående husarbeidets karakter som «ikke-arbeid». Kvinner med lønnet arbeid utfører riktignok mindre husarbeid enn hjemmевærende kvinner, men det er likevel nok å gjøre. Gifte kvinner blir slik sett ikke «fri» ved å ta lønnet arbeid (jmf. Simone de Beauvoir) - de blir dobbeltarbeidende.

10.4.2 Reguleringen av husarbeidet

Ekteskapskontrakten danner rammen for forståelsen av partenes bidrag til forsørgelsen: Også hjemmearbeidet er et eget bidrag til familiens forsørgelse. Som vi har pekt på, har egenbidraget, husholdsarbeidet, fått en redusert *økonomisk betydning*, etter som prisene på arbeidskraft steg. Dette forskjøvet likevekten mellom de bidragene en kunne legge inn i

²⁵Det skyldes nok også en underliggende arbeidsforståelse, der arbeidet både er knyttet til slit og til produkt. Golvvasken er slitsom nok, men den produserer ikke noe «arbeidsresultat», det er fraværet av arbeid som synes. Støvtørring har på samme måte verken noe resultat eller fordrer slit.

familieøkonomien, henholdsvis gjennom arbeidet i hjemmet og arbeidet i markedet. Partene framsto slik ikke som like.

Men ekteskapet er samtidig symbolsk konstituert som en likeverdig relasjon mellom to parter, som *en kjærlighetsrelasjon*, og utvekslingen innen husholdet som moralsk og symbolsk likeverdig. Husarbeidet er derfor hjemlet i en annen type kontrakt og et annet bytte enn arbeid i markedet. Grunnlaget for kontrakten mellom partene er ikke like *økonomiske* bytter. Hun yter ikke *husarbeid i bytte* for kontantbidrag fra mannen. Hun arbeider *av kjærlighet* og motytelsen er forsørgelse. Pengeinntekten og husholdsarbeidet kan ikke sammenliknes, fordi de måles med størrelser som ikke er konvertible, penger og kjærlighet. Å bytte penger mot kjærlighet er ikke legitimt i kulturen. Husarbeidet utført av hjemneværende kvinner på basis av ekteskapskontrakten er gratis, fordi det ikke er logisk mulig innenfor vår kultur å kalkulere følelser (Melhuus og Borchgrevink 1981).

Husarbeidets resultat er i de fleste tilfeller heller ikke et arbeidsprodukt, men husholdsmedlemmenes tilfredshet, lykke og suksess (ibid). Det er derfor vanskelig å få verdsatt husarbeidet. Hun må unnlate å bringe temaet på bane. Hun kan ikke påberope seg rettigheter og plikter. Gjør hun det, vil dette reise andre spørsmål. Fordi arbeidet bygges på fellesskap, frivillighet og spontanitet, vil en ved å stille krav, stille spørsmål nettopp ved det frivillige og dermed ved grunnlaget for relasjonen selv. Husholdsmedlemmenes ytelser overfor hverandre får derfor preg av å være gaver, ikke arbeid. Slik blir gaven også et dominerende aspekt ved husarbeidet (ibid). Implisitt i gaven ligger en forventning om gjenytelse i form av takknemlighet. Dette aspektet kan ikke gjøres eksplisitt, fordi det da vil undergrave gaven som det spontane og frivillige. Derfor gir husarbeidet ikke husmoren rett til å kreve gjenytelse, knapt nok i form av takknemlighet.

Husarbeidet er slik sett et arbeid som er nødvendig å utføre ut fra sin *symbolske mening* for å bekrefte sin relasjon og relasjonenes grunnlag. Husarbeidets resultat er mann og barns tilfredshet. Å være glad i sine barn, er også å gjøre dem tilfreds, å være noe for dem gjennom sitt arbeid. I moderne versjon er ikke dette bare klesvask og mat, men foreldremøter og deltakelse i barnas (foreldredrevne) fritidsliv.

Dette resonnementet om husarbeidet og dets symbolske mening, kan virke noe ytterliggående i en tid med familieforhandlinger om delingen av husarbeidet. Men ser vi på tidsnyttingsstatistikken, er det slik at kvinner har hovedtyngden av dette arbeidet fortsatt. Ansvaret og organiseringen ligger hos kvinner. Vi har tidligere i rapporten vært inne på kvinners forståelse av seg og sitt ansvar. Deler av MIAs program forsøkte å få kvinner til å sette seg selv i sentrum og sette grenser for andre. Kvinnenes reaksjoner viste klart deres altruistiske verdier, «det heter ikke jeg, men oss». Deres villighet til å være noe for andre gjennom sin innsats og tilrettelegging, kunne synes å være stor.

10.4.3 Oppsummering

Vi er alle noe gjennom hva vi gjør. Kvinner har virksomhet i flere sektorer, roller, ansvar og oppgaver i ulike sektorer for arbeid og i ulike kontakter. Vi har i dette kapitlet tatt for oss to sektorer for arbeid, det lønnede og det ulønnede arbeidet. Vi har pekt på forståelsesformer som knytter verdier til arbeid på ulike måter. Vi har pekt på forståelsesformer av lønnet arbeid, der arbeidet både er et onde og et gode. Forståelsen av hva som er det gode ved å arbeide, varierer igjen. Her har en i offentlig politikk klare meninger om hvordan denne

relasjonen skal forstås. Vi har også pekt på forståelsesformer for det ulønnede arbeidet, der arbeidet er viktig identitetsmessig, fordi arbeidet binder oss til roller og relasjoner til andre.

Vi har også hevdet at arbeidsmotivasjonen eller interessen for å vende tilbake til jobb, er avhengig av hvilke typer verdier kvinner prioriterer, og om dette er verdier som ligger i deres arbeidsengasjement. Men vi har samtidig sagt at vi i spørsmålet om prioritering av verdier, ikke kan se kvinners virksomhet i en sektor isolert. Vi må se verdier og prioriteringer i lys av helheten i kvinners liv og arbeid.

Situasjonen er at kvinners arbeidsevne er blitt redusert som følge av muskelsmerter. Arbeidsevnen skulle i utgangspunktet dekke flere områder for arbeid. Hvordan forstår de selv situasjonen når de må redusere på arbeidsinnsatsen, permanent eller midlertidig? Hva er viktig for dem ved jobben? Hva gjør de på hjemmebane?

Kapittel 11. Livskvalitet og arbeid - sentrale dimensjoner i materialet

Vi har i forrige kapittel gjennomgått ulike tilnærminger til livskvalitet og arbeid, grunner for å ta lønnet arbeid og grunner for å utføre arbeid for andre, for ulønnet arbeid. Hvilke av disse begrunnelsene deles av de kvinnene som deltok i MIA? Hva er viktige grunner for kvinner for å jobbe? Hvor, i relasjon til arbeidet, finner vi verdier og virksomheter som er viktige for deres livskvalitet? Og fordi dette er viktige verdier og virksomheter, vil bli prioritert?

Vi vil i dette kapitlet beskrive kvinners egne grunner for å jobbe. Hvilke verdier legger de i eget lønnsarbeid? Er arbeidet for dem en samfunnsmessig plikt? Er lønnsarbeidet bare nødvendig for å forsørge seg? Vi vil her bruke ulike empirier for å belyse livskvaliteten i arbeidet.

I avsnitt 11.1 «Hvorfor jobbe?» går vi gjennom de viktigste begrunnelser og verdier knyttet til arbeidet, som vi finner i materialet.

I avsnitt 11.2 presenterer vi et utvalg av kvinners historier om hva som er viktig for dem ved å ha lønnet arbeid. Vi identifiserer her noen hovedtyper av historier og oppsummerer dem rundt tre dimensjoner eller motiver, knyttet til deltakelse i lønnet arbeid.

I neste avsnitt, 11.3 tar vi opp andre verdier som er viktige for kvinners livskvalitet. Her er det forholdet til barna som kommer, omsorgen og morsrollen. Det dreier seg også om avveininger, en kan ikke være på jobb og hjemme samtidig, og i et livsløp vil ulike verdier ha ulik plass og verdi i kvinners livskvalitet.

I avsnitt 11.4 tar vi opp husarbeidet, ekteskapet og mannen. Er det lett å omfordele husarbeidet? Er det rettferdig at han skal gjøre mer? Mestrer han «hennes» oppgaver, og vil hun gi dem fra seg? Gir hun inntrykk av at hennes identitetsprosjekter blir berørt?

I avsnitt 11.5 ser vi på andre familierelasjoner, hva de innebærer for kvinner og hva de innebærer av tid, arbeidskraft og binding. Her er det mødre som kommer i fokus.

Vi avslutter kapitlet med å sette sammen kvinners mange bindinger og identiteter knyttet til arbeid, og danner noen hovedmodeller. Vi har her dannet modeller for å tydeliggjøre at kvinners livskvalitet er sammensatt, den består både av arbeid og av verdier i andre deler av livet. Dette gjør vi i hovedavsnittet 11.6. Det innebærer en overforenkling å plassere kvinner som yrkeskvinner/yrkesmotiverte eller husmødre/familiemotiverte.

11.1 Hvorfor jobbe?

I MIAs Yrkesavklaringsprogram inngikk det som oppgave å prioritere mellom de viktigste grunnene for å jobbe. Ut fra disse dataene kan vi danne oss en oversikt over størrelsesorden av de ulike dimensjoner ved arbeidet. Alle kunne krysse av i alt seks grunner. Vi fant at de grunnene som *oftest* var krysset av (i halvdelene av tilfellene eller mer), var:

«Ønsket om å være økonomisk uavhengig»	73 %
«Bruke evner, egenskaper og ferdigheter»	60 %
«Personlige utviklingsmuligheter»	55 %
«Familien avhengig av inntekten»	51 %

De grunnene som oftest fikk *førsteprioritet*, var:

«Ønsket om å være økonomisk uavhengig»	34 %
«Familien avhengig av inntekten»	21 %
«Bruke evner, egenskaper og ferdigheter»	20 %

Økonomi som selvstendig dimensjon

Vi ser her at de økonomiske motivene er sterke. Men det er også stor tilslutning til arbeidet som selvrealisering, der 55 % og 60 % av deltakerne krysset av for at arbeidet var en personlig utviklingsmulighet og en mulighet til å bruke evner, egenskaper og ferdigheter. At det økonomiske motivet uttrykkes så sterkt, må ses på bakgrunn av gruppens sammensetning. Noen bor alene, noen er samboere uten felles økonomi og atter andre hadde vært skilt og i perioder vært alene med forsørgelsen. Dette gjelder 10 av dem vi har intervjuet. Et annet poeng er at familieinntekten i mange av husholdene ikke er høy.

Ut fra dagens situasjon, er vi alle forpliktet til å forsørge oss selv. Selvforsørgelse er slik sett ikke bare et eget motiv eller grunn, det er en plikt. Men er det derfor riktig å si at kvinners engasjement i arbeidslivet i hovedsak er økonomisk betinget, at de bare arbeider fordi de må? Økonomiske motiver er en dimensjon ved vårt forhold til arbeidet, men ikke den eneste grunnen eller det som *motiverer oss i det daglige*. Vi mener her at det er rimelig å skille ut ulike dimensjoner ved arbeidsmotivasjonen, og vil skille ut behovet for inntekt eller den økonomiske dimensjonen som en selvstendig dimensjon. Det er grunnleggende for voksne mennesker i dagens samfunn å ha en inntekt.

Ikke-økonomiske verdier knyttet til arbeid

Vi står da bare igjen med grunner som er gode ved å arbeide, hva jobben betyr for livskvaliteten. Hvilke grunner finner vi da? Hvilke grunner veier tyngst i materialet og hvordan er spredningen?

For å belyse dette spørsmålet, har vi for hver av disse ikke-økonomiske grunnene laget en skore, der hver grunn som oppgis, er vektet ut fra hvilken posisjon den har fått i prioriteringen hos den enkelte. Vi har så laget en gjennomsnittskore, som viser de faktorer som er viktigst,

høgst prioritert, i det totale materialet²⁶. Vi har ut fra dette laget en matrise, der vi setter opp faktorene i rekkefølge, med høgst gjennomsnittskore øverst. Vi har videre lagt inn gjennomsnittskore fordelt på aldersgrupper, sivilstandgrupper og utdanningsnivå. Denne matrisen er lagt ved som vedlegg 1.

Matrisen viser at vi finner tre grunner ved arbeidet som får høy gjennomsnittskore:

«Bruke evner, egenskaper og ferdigheter»	3.81
«Personlige utviklingsmuligheter»	3.17
«Knyttet til min selvrespekt»	3.06

Dette er grunner som ikke sier noe om arbeidet i seg selv, men om personenes relasjon til arbeidet. De uttrykker seg gjennom arbeidet og forstår seg selv som verdige gjennom sin tilknytning til arbeidet. Disse tre faktorene rangerer høgt uansett hvilken underoppdeling vi foretar. Dette er derfor et stabilt og gjennomgående trekk ved materialet.²⁷

Vi vil ut fra denne grovskissen av dimensjonene i hele materialet, gå nærmere inn på betydninger av arbeidet i vårt intervjuutvalg. Ut fra denne empirien vil vi se om vi finner noen typologier. Disse kan vi sammenholde med rangeringen av skorer i hele materialet, for å si noe om sannsynligheten av utbredelsen av en gitt typologi, og vi kan se på kvinners arbeidsmotivasjon i relasjon til de motiver for arbeid vi fant i vår gjennomgang av arbeidsetikken.

11.2 Livskvalitet og arbeid i intervjumaterialet

De verdier som skårer høgt hos alle dem som har gått på MIA, er verdier *som utvikling og selvrespekt*. Hvordan ser kvinnene i utvalget disse verdiene koblet til det arbeidet de utfører? Hva er det som gir utvikling? Hva er det som gir selvrespekt?

Vi vil i det følgende presentere de temaer vi finner i kvinnenenes historier og knytte diskusjoner av arbeid og livskvalitet til det som ligger i dem. Senere skal vi gruppere våre informanter ut fra hvilke historier og verdier de valgte å legge vekt på, og gjennom dette finner vi en typologi mht. lønnsarbeidets plass i livskvaliteten for grupper av kvinner.

11.2.1 Pengene

Vi har pekt på pengenes betydning når kvinnene skulle rangere hva som var viktig for dem ved jobben. De ønsket å være økonomisk selvstendige. En kvinne forteller at hun har hatt ulikt forhold gjennom livet til å tjene penger - Da hun var gift, var det ikke så viktig. Da hun ble skilt, ble det veldig viktig. Nå har hun samboer og de deler utgiftene. «Vi hadde klart oss på den lønna hans, det hadde vi sikkert gjort, men jeg føler at det syns ikke jeg er riktig.... Jeg veit ikke, men jeg ønsker å ha mine penger, det er bare sånn nå. Jeg føler at jeg må ha, for det om ikke vi har dårlig økonomi så syns jeg. Jeg kunne ikke tenke meg å spørre han om å få hundre kroner til en pakke røyk». Denne selvstendigheten forteller flere om: «Å ja, det er

²⁶ Vi har trukket ut mennene fra materialet for å reddykke diskusjonen om kvinner og livskvalitet bundet til arbeid..

²⁷ Forskjeller i fordelinger for hver variabel mellom de ulike alders-, samlivs- eller utdanningsgruppene, går vi ikke videre inn på. For en slik analyse er undergruppene for små.

deilig å få sin egen lønning. Slippe å gå og mase om å få penger. Jeg får det jo, da jeg gikk hjemme, jeg fikk jo låne bankkortet og det var jo bare å gå og ta ut penger, det var jo ikke det. Men det der å gå og spørre om å få penger, det liker jeg ikke. Jeg syns det er veldig deilig å få min egen lønn inn på min konto, og slippe å gå og spørre..... Jeg har alltid tjent mine egne penger liksom, så det å ikke gjøre det, var ikke en situasjon jeg trivdes i». De mistror ikke sine menns generøsitet eller vilje til å gi dem penger, men det føles ubehagelig og det føles ikke riktig.

Men samtidig sier den siste: «Det (å jobbe) var ikke noe jeg egentlig valgte, det var noe jeg måtte, for å tjene litt penger. For da bodde vi et annet sted, som vi hadde veldig mye lån og veldig dyre lån, da hadde jeg egentlig ikke noe valg». Mange forteller at de må være med og dele forsørgelsen, det står ikke på mannens vilje, men det kan skorte på evnen. Det er likevel ikke bare den økonomiske tvangen som driver. Flere i denne situasjonen forteller også at det er kjedelig å sitte hjemme. En forteller at hun begynte i jobb, for å komme seg litt ut og for å sikre familieinntekten. Men selv om hun startet med jobben for å «være behjelpelig med økonomien», så har hun jo nå fått egne vaner av det å ha penger, men om hun bare kunne jobbe to eller tre dager, så hadde de nok greid seg på det. Det var også viktig med jobben å komme ut blant folk. Før var det bare gjennom hundeluftingen at hun traff noen. Hun forteller at hun er glad i jobben sin. For henne har det vært viktig å ha noe å gå til. Og hun er glad i kollegaene sine. Men hun fikk den vanen å ha egne penger.

Vi ser her at å jobbe har en dobbelhet, det er noe som en av økonomiske grunner må og som en av personlige grunner ønsker. Å tjene egne penger gir uavhengighet, og jobben gir kontakter. Hoveddelen av utvalget har også alltid tjent sine egne penger, spesielt de yngre hadde aldri tenkt at de ikke skulle jobbe. De har vært forberedt på å stå på og jobbe, men har ikke på samme måten forberedt sitt yrkesliv gjennom utdanning.

11.2.2 Ut av hjemmet - gjøre noe nyttig

En kvinne som har gått sykemeldt lenge, forteller at det ville være stusselig å miste jobben og å gå over på attføring. De kan klare seg på hans lønn. Han tjener bra. Men hun synes ikke hun har noe å gå hjemme for, det er blitt kjedelig.. Hun går på veggen hjemme. Hun gjør det hun må gjøre, og så går hun tur med hunden.

Det samme motivet finner vi hos denne kvinnen: «Det jeg gjerne vil, det er å komme meg ut i jobb igjen, fordi det jeg tenker på - hvis jeg ikke kan komme ut i jobb igjen - så må jeg finne på et eller annet som kan aktivisere meg. Bare gå her hjemme, det er ikke meg, for jeg har jobba bestandig, vært ute bestandig. Det trives ikke jeg med, men mitt største ønske er jo at jeg kan komme ut i jobb igjen. Det er mitt største ønske, at jeg kan bli såpass bra at jeg kan fungere ute. For jeg liker å være ute blant andre mennesker og føle at jeg gjør noe.... hjelpe andre mennesker, komme i kontakt med andre mennesker, være behjelpelig med et eller annet. Jeg kunne godt tenke meg å jobbe på et sted (sykehjem) - sånn som jeg er veldig glad i gamle mennesker da..... jeg må ha en jobb som jeg føler jeg - at jeg gjør noen for noen da». Det er økonomien og det er trivsel som er viktig, forteller vår neste forteller. Selv om de kan klare seg på en inntekt: «Og det er at en kan gjøre noe som andre folk har nytte av. Jeg tror ikke jeg ville trives med å være husmor. Å gå heime slik heile dagen trur jeg ville gjøre meg urolig». *Hva er så det viktigste?* «Det er utfordringer, mye som jeg ikke kan og som jeg kan lære og lære bort til andre. Variasjon».

Det er flere som forteller at de ser mørkt på å være hjemme, hva skal de gjøre der? De kan lite gjøre i hus eller hage. Det føles ofte ikke så nyttig å være hjemme når barna blir større, både for dem som har vært utarbeidende og for dem som har prioritert å være hjemme når barna var små. Hjemmearbeidet byr på for lite variasjon, for lite kontakt og for lite nytte når det er få å stille for. Alle har heller ikke barn og huset/leiligheten er kanskje ikke så stor.

11.2.3 Unger er så enestående - om å uttrykke seg selv

Dette er en samling historier som er typiske for en yrkesgruppe. De forteller at de ikke vil omskoleres. En kvinne forteller at hun trives kjempebra på den jobben hun er. Det betyr veldig mye for henne. «Det er veldig deilig å være blant andre og ha den sosiale omgangen. Det er også godt å kunne utrette noe. Og hun synes at det er veldig givende å arbeide med unger. Unger er så enestående. Miljøet er kjempebra».

En annen i samme bransje forteller: «I begynnelsen når jeg gikk sykemeldt var jeg helt ødelagt fordi jeg ikke kunne jobbe. Det som sto i hodet på meg var at nå vil jeg tilbake på jobb, nå vil jeg tilbake på jobb. Det gir meg veldig mye, det gjør det altså, jeg trives veldig godt med å jobbe med unger. Du gir mye av deg sjøl og du får veldig mye tilbake. Unger er, det er ingen dager som er like, det skjer mye, du er mye ute, så jeg trives veldig godt med å jobbe med unger. Det er også mye av grunnen til at jeg vil prøve å komme tilbake i min jobb. Det er det at jeg trives så godt med å jobbe med unger».

"Det ble sagt at hun hadde barnetekke. Derfor var det spennende med unger..... Barnas umiddelbarhet. Det spontane. Det er mye jobb, men en får så mye igjen for det. Det kollegiale. Det er veldig ok å være ute med andre voksne og vi hadde det veldig fint slik også. Det hadde nettopp vært mye utskifting og trivdes godt. Det er slik i en barnehage, det blir tett når 10 kvinner jobber sammen i en barnehage. Veldig bra.....Og det skulle hun ha fortsatt med.....». Men så ble hun syk og vikariatet gikk ut.

Vi ser her at det er innholdet i jobben, nærheten til barn, det opplevelsesmessige, som er viktig. Det innbefatter også et kvinnedominert arbeidsmiljø. Jobben gir både personlige kvaliteter og tilhørighet.

11.2.4 Ære og forpliktelse - relasjonen til samfunnet gjennom arbeidet

En av kvinnene forteller: «Jeg må jo si det at jeg begynte å jobbe for å tjene penger. Hvis jeg skal være helt ærlig, så er det jo det, fordi at jobben min er ikke så interessant at det er noe jeg ville gjøre bare for å være der og drive med det. Da måtte jeg nok hatt en utdanning i en helt annen retning og liksom valgt mere en bestemt retning. Det var veldig tilfeldig at du faller inn i en sånn jobb. Men det var ikke så uvanlig å være ferdig (med skole) når du var 18 år (i 50-åra). «Trygg stilling, kom deg inn i stat og kommune, for det er så trygt», det var nok slik at de ledet meg dit tror jeg». Denne kvinnen har ikke noe spesielt forhold til den jobben hun driver med eller til kollegaer. I dette tilfellet ligger det likevel en annen motivasjon til grunn. Hun forteller videre: «Jeg syns det er forferdelig (å være syk), fordi jeg føler sånn skyldfølelse overfor jobben, og jeg syns det er litt flaut å være syk da..... Ja, jeg vil vel egentlig være, det som de sier «flink» da. Det er det som ligger bak, og det er det du er oppdratt til, du skal være flink. Jeg liker ikke, det er mange som kan kritisere meg på hvordan jeg er, men hvis de kritiserer arbeidet mitt, det er akkurat som om det er, det liker jeg ikke altså. Jeg er veldig nøye, ja det går på æren løs». Og hun har som mål å stå i jobb til fulle pensjonsrettigheter er opptjent. Hun gir uttrykk for at det ville være ergelig å måtte gi seg før.

Trude sier at hun ikke liker å feile noe. Hun har ikke vært mye borte fra jobben, verken for egen sykdom eller barns, og har gått på vaskejobben med feber, har aldri skrevet en egenmelding. Hun sier at hun nok har en veldig pliktfølelse. Hun liker å arbeide. Hun blir i godt humør når hun jobber. Men vaskejobben er ensom, tung og skadelig, hun må ha en annen jobb, og syns det er dumt hvis hun ikke kan få det. Hun føler at hun fortsatt har mye å gi, at samfunnet må ha bruk for henne. Det viktigste ved jobben er at hun kommer seg ut, at hun tjener egne penger og er økonomisk uavhengig, at hun får litt sosial kontakt. Og så syns hun det er greit å betale skatt, å være til nytte. Så sant man kan, bør man gjøre noe.

Den neste fortelleren er utdannet i et yrke og angrer ikke på yrkesvalget. Hun gikk lenge på jobb og klarte seg på smertestillende. Nå har hun gått sykemeldt snart ett år. Men hun skal tilbake. Hun skal stå på. Det er hun flaska opp med. Begge foreldrene hadde vondt, men de hadde stått på. Slik skulle det være. «Du skal greie det og du skal ikke klage. Da får en det i blodet». Hun liker å gjøre ting selv og ikke be om hjelp. Hun har også stått på og deltatt i bygging og annet tungt arbeid, og har drevet med en ganske tøff sport. Hun er oppvokst som en av gutta og liker tøffe aktiviteter. Men hun innser at hun ikke klarer å gå i full jobb lenger. Hun synes det er en tøff prosess «å innse at nå er en blitt så gammel og skrøpelig at en ikke orker jobben sin lenger».

Silje er en av dem som setter sin ære i å gjøre jobben, få jobben gjort. Arbeidet betyr mye for henne, både fordi hun liker å jobbe og å være med folk, og fordi hun setter sin ære i jobben, i å greie den. Hun har løftet tunge kasser uten å be om hjelp, tatt hand om en stadig voksende jobb (på de jobbene hun har vært før denne), og i den nåværende jobben oppfyller hun en stadig økende funksjon. Hun har på grunn av egen ærefølelse og litt tradisjonalt, ikke satt grenser i forhold til arbeidsgiveren.

Vi ser her fire historier som kretser omkring det samme temaet, *arbeidet som plikt og ære*. Dette er alle damer som var barn og ungdommer i 50-årene, og vi har derfor kalt dette syndromet for «Gerhardsenmodellen». I lønnsarbeidet føler de seg nyttige, selv om de ikke ser jobben selv som utviklende. Det er en plikt å stå på, de liker å arbeide og det «går en i blodet». De er (har vært) også sterke, de kan ta i et tak. Tre av dem har stått i hardt fysisk arbeid, og de ber ikke om hjelp. Det er et personlig tap å ikke kunne oppfylle denne rollen lenger. Vi kan i denne arbeidsmotivasjonen se en utforming av pliktmotivet.

Men plikten går ikke bare mot samfunnet, men mot arbeidsplassen og kollegaene. Annekarin arbeidet med telefonsalg. «Men jeg er veldig glad i jobben min for jeg liker å jobbe blant mennesker, ha med mennesker å gjøre, det er liksom meg, og jeg passer jo til det også». Hun fikk dårlig samvittighet av å være hjemme, det var jo på jobben en skulle være. Hun syntes at det var fælt at en arbeidsgiver skulle bli utsatt for noe slikt som henne, for henne var det viktig at en på en jobb er pliktoppfyllende. «Det viktigste ved jobben var vel de menneskene jeg jobbet sammen med. Det var veldig koselig, det er bare jenter, vet du. Det er et sånt kvinnesamfunn». Det viktigste ved å jobbe, forteller en annen, er at det er godt å være en del av samfunnet. Være en som får systemet til å gå rundt, det å føle at en er til nytte, tilfredsheten ved å gjøre et godt arbeidsslag. Det gir en følelse av samhørighet, det å være en gjeng, et team som jobber godt sammen, og som har humør og trives sammen.

Her er det imidlertid ikke utelukkende plikten mot samfunnet som betones, med ansvaret overfor gjengen på jobben. De har en pliktfølelse overfor dem som er på jobben når de er borte.

11.2.5 Jobben er en del av meg

Ruth forteller at hun og mannen vurderer å selge huset, flytte til et annet sted, bli gjeldfrie og hun kunne starte på nytt. Den jobben som hun i dag har, en selvstendig jobb i en posisjon som synes, gjør henne veldig synlig i nærmiljøet. Hun blir sett, og hun er definert ut fra sin posisjon. Og det er denne personen hun også er for seg selv. «Du vil jo gjerne fortsette å være den du var, men det er ikke sikkert jeg kan være det». Sykdommen ødelegger den identiteten hun hadde i kraft av jobben, en identitet hun ønsker, men kanskje ikke lenger kan opprettholde. Flytting kan da stå for henne som en løsning. Da løser de også den økonomiske siden ved problemet, de må i dag ha to inntekter. Og hun kan starte på nytt. Vi finner i materialet også en annen variasjon over dette temaet.

11.2.6 Oppsummering

Vi fant i hovedmaterialet en sterk tilslutning til ønsket om å arbeide for å være økonomisk uavhengig. Vi fant i empirien at det å tjene egne penger var viktig, selv om dette kanskje ikke hadde vært grunnen til at en begynte i jobb. Å ha penger i lomma, slippe å spørre noen, er viktig, selv om det finnes penger i husholdet. Men mange hadde også hatt opplevelsen av pengenes betydning ved at de i perioder hadde måttet klare seg selv.

Når de var ute i arbeidslivet, var det fire typer av fortellinger vi fikk:

- Den ene gikk på den *sosiale betydningen av arbeidsplassen*, av tilhørigheten, av det viktige å ha et sted å gå til - en fortelling som sto i opposisjon til fortellingen om hjemmet som et ensomt sted uten mange utfordringer, og der en ikke kunne være til nytte. Denne motivtypen kan vi knytte til tilhørighetstenkning, tilhørighet som et gode i seg selv. Tilhørigheten måtte forankres i noe mer enn familien og hjemmet.
- Den andre typen var opptatt av *innholdet i arbeidet*, av opplevelsene, og kan knyttes til selvutviklings- og selvrealiseringstanken. De fikk brukt sine evner.
- Den tredje typen har knyttet sin *identitet* til sitt yrke og sin *posisjon*, og er en annen variasjon av selvrealiseringstanken. Type 2 og 3 har derfor noe felles.
- Den fjerde typen handler om *plikten* og nytten. Vi ser at arbeidslinjas understreking av arbeidsplikten vinner gjenklang hos en stor gruppe av dem vi har intervjuet.

Ut fra empirien finner vi et sterkt ønske om å være økonomisk uavhengig. Vi finner også en rekke ikke-økonomiske begrunnelser eller motiver for å arbeide. To av dem, type 2 og 3, er to variasjoner over selvrealiseringstanken. Ut fra denne kategoriseringen basert på vår empiri, kan vi så formulere tre hoveddimensjoner ved ikke-økonomiske verdier knyttet til lønnet arbeid:

1. Plikt og nytte
2. Sosial tilhørighet, arbeidet som sosial arena
3. Selvrealisering som identifikasjon med, og opplevelser i arbeidet.

Disse dimensjonene vil vi ta opp igjen senere som bakgrunn for å danne typologier over ulike arenaers betydning for kvinners livskvalitet.

11.3 Andre verdier - avveiningen mot lønnet arbeid

11.3.1 Familieorientering - ungene og omsorgen

For å begynne med det viktigste: «Det å få sønnen min var jo veldig stort da». Mange av fortellerne setter *barna* som den sentrale verdien i livet. Mange av kvinnene har familie, selv om noen av dem nå bor alene. Og de mener at i perioder har ikke lønnsarbeidet vært det viktigste eller riktigste. En middelaldrende kvinne, som har arbeid i butikk, forteller: «...da ungene var små, så syns jeg det var riktig å være hjemme, det syns jeg. Men da de ble større, så trives jeg egentlig ikke. Jeg vet ikke, jeg syns det var koselig å komme ut litt. Jeg fikk ikke nok å fylle dagene med, så da syns jeg det var koselig å komme ut.... Jeg syns det er trivelig å jobbe med mennesker».

Men når jobben hjemme er gjort, er situasjonen annerledes: «Det var, for det første, hvordan det var, jeg begynte rett og slett å bli rastløs, jeg hadde lyst til å komme meg ut igjen i arbeidslivet. Jeg begynte å tenke at det gikk så greit med dem, og tenkte at nå var de så store at om jeg gikk ut i jobb, så skulle det gå greit her hjemme, da. Jeg vil gjerne følge dem mest mulig opp». En kvinne forteller at hun valgte å få barn, det var et valg hun gjorde og som hun har tatt konsekvensene av. Det viktigste i livet er familien, mannen og ungene og å følge opp dem. Om ungene sier hun at hun tror en høster som en sår, at en må ta vare på ungene og være til stede for dem. Det nytter ikke å tro at det går av seg selv. Men hun kunne ikke velge utdanning, det var ikke noe alternativ med en far som var småbruker, og der avbetaling var et skjellsord. Så hun vil gjerne få ta igjen utdanningen nå.

En annen kvinne forteller: «Jeg har vel, du kan si at når jeg stiftet familie, så er det vel mye av de aktivitetene som styrer min fritid. For det har vært naturlig for meg..... Og det er mitt eget valg kan du si, for det har vært helt naturlig for meg, og mannen min og jeg vi var enige om at hvis vi fikk barn, så skulle jeg ta meg av dem. Det har vært helt naturlig, og du kan si akkurat sånn, for det er jo mange som sier: Å, at du orker bare å være hjemme. Men det er ikke bare å være hjemme, det er mye som skal gjøres hjemme og. Hvis jeg skulle begynne å jobbe med en gang, det hadde ikke jeg klart. Jeg ville heller prioritere ungene, så vi delte det på en måte sånn da..... Så da jeg begynte å jobbe, så tenkte jeg at nå er tiden inne for meg».

Vi ser her en tilslutning til familieorienterte verdier og en tradisjonell kvinneverdi. De betoner barna og omsorgen som verdi. Å ta seg av barn og familie er det riktige. Men når det er gjort, er de fri til å gjøre nye valg. Det er også en tilslutning til altruistiske verdier - først må jeg gjøre det som er bra for de andre (barna), og først deretter er jeg fri til å forfølge egen mål. Og egne mål var utdanning og arbeid, mål som de heller ikke i ungdommen hadde mulighet til å realisere. Familieorientering står ikke i motsetning til arbeidsorientering, selv om ulike verdier ikke lar seg realisere samtidig for denne gruppen kvinner.

Ikke alle har vært opptatt av de familiære verdier. Noen får en ny opplevelse av livskvalitet i den perioden de er sykemeldt: «Aldri så gærmt at det ikke er godt for noe. Jeg har jo lært meg til å trives hjemme. Det har jeg ikke gjort tidligere. Jeg kan jo ikke akkurat si at jeg trives med å gå hjemme og være sjuk og ha det dårlig, men det har noe med å være hjemme og ta imot ungene mine og være tilgjengelig. Tidligere har jeg ikke hatt ro på meg til å nyte sånne små ting, som egentlig er store. I den hektiske hverdagen som vi har hatt, så har ting vært veldig strukturerte og styrt av hva vi skal etterpå. Nå har jeg jo ikke noen jobb, nå har jeg ikke noen å ha ansvaret for annet enn meg sjøl og de hjemme».

Flere er opptatt av problemet med å avbalansere verdier knyttet til hjemmelivet og jobblivet. En kvinne fortelle at hun har valgt å jobbe redusert for ungenes skyld, og for at hun skal orke litt mer og ha litt overskudd, og at den yngste skal slippe en dag på fritids. Men hun har hele tiden ventet på at hun skal kunne begynne å jobbe mer slik at de får det lettere økonomisk. Det går økonomisk, sier hun, vi har aldri hatt problemer med å betale en regning, men vi har hele tiden måttet prioritere. For en annen er det viktig å holde seg oppegående, ha en viss sosial omgang, klare å følge opp hjemme og ikke være helt utslitt. Slik at hun har mulighet til å følge opp barnet. Hun vil ikke være så sliten at oppfølging av barnet bare blir kjefting. Det å ha overskudd og ikke kjeft, høres så prosaisk ut. Men dette er noe konkret i forhold til å yte god omsorg, der omsorgen ligger i relasjonen og i øyeblikket. En kan ikke være utslitt i lønnsarbeidet og yte god omsorg samtidig. God omsorg er slik noe annet enn tilstedeværelse og husarbeid.

Venner, sport og hobby

Men det er ikke bare barna som gir hjemmesfæren verdi. Noen trekker fram huset og haven, nabolaget og vennene. Det er koselig å jobbe litt i hagen eller å være i huset i fred og ro, pusse opp litt, som hobby. Denne fortelleren legger stor vekt på naboskapet: «..leiligheten er for stor for meg på grunn av at jeg orker ikke å gjøre så mye, jeg har tre etasjer (diskusjon om å flytte), ... men da må jeg ta med meg vennene mine. Skal jeg flytte, så må dem flytte med så vi kan være i nærheten av hverandre. Jeg føler at jeg vil ha dem sånn at de ikke er for langt unna. For du vet ikke hvor du flytter, hva slags naboer du får. Naboene her, det er veldig godt naboforhold. Det er ikke sånn at vi vanker inne hos hverandre, for det gjør vi ikke. Det er sånn at vi snakker med hverandre ute, om sommeren er det veldig mye prat ute med hverandre. Og da er vi jo ute på terrassen og, så sånne ting er veldig bra her, så jeg har det jo veldig bra her da. Bra bomiljø, så jeg har ikke lyst til å rive meg bort fra det. Men jeg vet at hvis ikke dette gir seg, så vet jeg at jeg orker ikke disse tre etasjene».

En av dem vi intervjuet har vært aktiv i idrett, spilt håndball og fotball. «Jeg er veldig glad for at jeg ble med på det (damefotball), for det har vært kjempegøy med fotball. Det er jo noe som vi har felles. Jeg har jo en sønn som spiller fotball, og han er helt fotballfrelst, og det må jeg jo nesten si at mannen min er også, som er Fotball er noe som er veldig populært her i huset..... Sønnen min er på fotballtrening en gang i uka, men det er det bare morsomt å være med på, det er bare sånt jeg ser fram til, liksom».

Andre forteller om hobbyer.

11.4 Husarbeidet og familiesystemet, arbeid og identiteter

11.4.1 Husarbeidet

Vi har tidligere tatt opp et teoretisk rammeverk for å forstå både hva som ligger i kvinners tilpasning til hjemmearbeidet nå som de er syke og deres avveininger mellom ulike muligheter for framtiden. Vi vil her se litt på husarbeidspraksisen. Dette er data vi har fra intervju med vårt utvalg. Vi har spurt vårt utvalg nærmere om hva de gjør i huset og hvordan husarbeidet blir utført. Hva er forskjellen på før- og nå-situasjonene? Hvilke verdier synes å være knyttet til ansvaret for og utføringen av oppgavene i hjemmesfæren?

Før-situasjonen var ganske klar, husarbeidet var i hovedsak hennes arbeid, han kunne hjelpe til. Nå-situasjonen var mer problematisk. Ser vi først på hva kvinnene ikke lenger kan gjøre, finner vi et samlet bilde. Rengjøring var det vanskeligste. Det dreide seg både om vasking og støvsuging. Her måtte mann og barn trå til. For de fraskilte kom voksne barn hjem og hjalp mor en gang i uka når smerter var på det verste. Å handle og bære var vanskelig, og det måtte mannen gjøre, dersom de samboende ikke gjorde det sammen med bil. Vasken var vanskelig. Å henge opp, var nesten umulig. Men her måtte hun sortere og legge i, ellers var det lett å en fikk noen blå sokker i hvitvasken. Mannen kunne så henge opp. Stryking var umulig å gjøre for mange.

Matlaging og støvtørking var da gjenstående oppgaver som hun kunne gjøre, i alle fall en del. Men samtidig var det også i matlaging at menns kompetanse oftest ble nevnt. I rengjøring ble han ikke sett som fullt så kompetent, han var kanskje ikke nøye nok eller gjorde det på riktig måte. Og hans tekstilkunnskap ble ofte underkjent. Familiearbeidet som følger med barnet, å møte på klassemøter eller dugnader for korpsen, det tok far over, og det syntes å være uproblematisk for kvinnene. Men flere av de intervjuede oppfattet det som et savn at de ikke fikk følge så godt med i det barna gjorde eller delta i det sosiale samværet omkring slike aktiviteter (være med på påskeverksted, stå på sidelinja på fotballbanen sammen med andre mødre o.l.).

Ser vi på det funksjonelle, ser dette greit ut. Menn kan gjøre rent, riktignok når de får tid (det må stå til helga), og til den standard som menn mener er rimelig. Det er i noen tilfeller ikke enighet om standarden for renhold. Men ser vi på det kvinnene forteller, var det ikke så greit for dem. De var jo likevel hjemme hele dagen. La oss se litt på hva deres fortellinger handler om.

En kvinne forteller at hun liker å ha det ryddig og rent. Men nå klarer hun ikke lenger å vaske golv og tak. Og hun må ta smertestillende når hun skal støvsuge eller vaske golv. Hun forteller at hun tar seg en paralgin og gjennomfører det hun synes er nødvendig. For huset var hennes jobb, også etter at hun hadde begynt å arbeide. Mannen og de store sønnene gjorde ikke noe annet enn å ta rene klær ut av skapet. Etter hvert kan hun be dem om å hjelpe til, men det har de ikke gjort, så hun mente dette var hennes egen feil.

En annen forteller om da hun ble syk. Da kunne hun ikke gjøre noe husarbeid, handle eller noen ting. Mannen måtte stille opp på alt, og han var fabelaktig. Nå er hun ikke like dårlig som hun har vært, det varierer mellom dager. Men hun har smerter hele tiden. «Sånt som støvsuge, kan jeg ikke. Jeg har vasket golv, da ligger jeg på alle fire. Hvis jeg har vasket kjøkkengolv og ut til gangen, da har jeg fått angre. Da kommer jeg meg nesten ikke opp igjen».

En tredje variant finner vi hos denne kvinnen, med mann og småskolebarn. Hva kan hun gjøre hjemme? «Egentlig burde jeg gjort mye mer enn jeg gjør, men nå stopper det liksom av seg sjøl.. Jeg gjør det, men jeg får jo igjen for det etterpå. Det er støvsuging og vasking av golv og vinduspuss - for ikke å snakke om, det burde jeg gjort for lenge siden. Men det er ikke godt for skuldera. Jo mer vondt jeg får i den, jo mer vondt får jeg ellers også. Det forplanter seg, men jeg gjør det jo. Jeg får hjelp av mannen min, men nå holder han på å bygge gjerde og pusse opp et rom. Det er jo begrensa hva han får tid til å gjørra. Han kommer ofte ikke hjem fra

jobben før kl. 7. Når jeg har gått 100 % sykemeldt, så har jeg ikke hatt samvittighet til å la det stå til helga kommer. Å si at han nå må støvsuge og vaske gølv her, det har jeg ikke samvittighet til. Det synes jeg er å gå for langt, selv om det mange ganger hadde vært deilig om han hadde gjort det... I begynnelsen var han veldig flink, da gjorde han alt husarbeidet her. Men etter hvert som månedene gikk, ble det litt for mye, tror jeg».

En fjerde kvinne forteller om hvor vanskelig det er å få trent, og om hvor mye tid det tok, dersom en skulle reise ut igjen om ettermiddagen eller kvelden. «Hvis jeg begynner å føle at det blir en belastning for meg å dra ut, så gjør det ikke noe godt med meg. Om jeg trener en time, blir det belastende dersom jeg må dra ut om ettermiddagen uten å få tingene unna her hjemme. Jeg har en venninne som vil gå tur like etter middag, men jeg liker å få unna alt, få ryddet kjøkkenet slik at det er ordentlig her og komme hjem til det ordentlig i stedet for å vite at du har alt igjen».

- «Er det noen som kan overta?»
- «Det tror jeg ikke.»
- «Har du prøvd?»
- «Jeg har prøvd, men akkurat på det kjøkkenet, der gjør jeg jobben bedre selv. Jeg har opplevd at når andre gjør det, så er det ikke ordentlig gjort. Så må jeg ta det igjen. Da er det bedre å gjøre det selv.»

Dette er forskjellige, men typiske historier fra vårt materiale. Mannen overtar en del, men ikke konsekvent. Av og til gjør hun husarbeid selv, fordi det er vanskelig å be han om det. Men de fleste menn er etter sine koners utsagn forståelsesfulle og viser det i praksis, i alle fall den første tiden. Et fellestrekk ved historiene er at hjemmet er kvinnenes ansvar, et ansvar som de ikke tidligere har delegert. Derfor er den situasjonen de nå står i, ikke bare vond, men selvforskyldt. Selv om menn er velvillige og overtar, har de stor forståelse for at han ikke er like ivrig over tid, han har en jobb, samt annet arbeid i hjemmet (gjerde og oppussing). Når kvinnene likevel er hjemme, er det for dem rimelig at de strekker seg. Det innebærer i situasjonen at de tar smertestillende og gjør husarbeid i mindre porsjoner. Og lider litt. Det er bedre enn å be mennene om å gjøre husarbeid. Smerter er den ene siden av det bildet de presenterer, det andre bildet er kraftløsheten, tomheten og utmattelsen. Likevel er det bedre å bli utmattet enn å be. I alle fall noen dager. Men vi har også innslag av en annen løsning på husarbeidsproblemet - ikke be mannen om hjelp, men å kjøpe tjenester.

Å få tiden til å gå

Det andre problemet de presenterer er problemet med å få dagene til å gå. Hva skal de gjøre når de sitter der hele dagen? Å være hjemme blir meningsløst når en ikke kan gjøre noe. Hjemmet er ikke bare et sted for å hvile ut, det er et sted der en gjennom husarbeidet og arbeidet med tingene, skaper sitt hjem og derigjennom seg selv (Kjølørød 1981, Nørve 1984). Verdien av hjemmet som arena for virksomhet, blir devaluert i smerteperioder. Flere forteller at det for dem har vært en lykke at de har vært glad i å lese - slik har de fått dårlige perioder til å gå. Håndarbeidet er ikke lenger noen tidtrøtte, de fleste kan ikke lenger strikke.

11.4.2 Oppsummering

Ser vi den situasjonen de intervjuede kvinnene forteller om, og ser deres erfaringer og vurderinger i lys av diskusjonen om husarbeidet som kvinnens gave, ser vi at kvinner med muskelsmerter kommer i en vanskelig situasjon. De har ikke noe å gi, de har liten

arbeidsevne. Men i tillegg må de be om at noen fyller deres part, de må be mannen om hjelp. Naturligvis er det vanskelig, fordi mannen allerede har andre oppgaver. Mange av våre kvinner er mødre og relasjonene til barna formidles også gjennom arbeid, gjennom å ordne klærne, ved å by på mat og ved å kunne gi barna goder som andre barn får. Vi har imidlertid ikke gått like mye inn i denne relasjonen. Det er ikke fordi kvinners relasjoner til sine barn ikke er viktige opplevelsese- og identitetsmessig.

Vi ser at kvinner kan få problemer i relasjon til familien, gavelogikken faller i grus. Det hun skulle *gjøre for å være noe for andre* og dermed for seg selv, må nå mannen og familien gjøre. Hva er hun da for dem? Husarbeidet blir ikke lenger det samme middel for symbolsk formidling av hva kvinner er og vil være for de andre. At kvinner velger å arbeide på Paragin forte, kan forstås i lys av det potensielle sammenfall i gavelogikken (hun har lite, ev. mindre å gi), og identiteten forankret i familiesfæren kan bli sårbar.

11.5 Å være datter

Pliktene stopper ikke ved husholdets grenser. Imidlertid ser vi i vårt utvalg at mødre og fedre kan gi sosiale og arbeidsmessige forpliktelser. Foreldre kan også være en byrde.

Vi kan her skille mellom to situasjoner. Den ene situasjonen dreier seg om å yte hjelp til et annet hushold, noe som tar tid og for mange innebærer reiser. Denne arbeidsbelastningen kan være en byrde, men behøver ikke være det. Den andre situasjonen dreier seg om mødre som stiller store krav til («tyranniserer») sine døtre, der mødre krever at deres ve og vel skal stå i fokus for døtrenes oppmerksomhet. Vi vil her trekke fram noen ulike case.

Vår første forteller har en funksjonshemmet mor som har trengt hjelp de siste fem årene. Faren døde for seks år siden. Moren er avhengig av rullestol ute og rullator inne. Hun har stelt for henne tidligere, men ikke nå. Nå bor mor for seg selv, har hjemmehjelp og hjemmesykepleie to ganger om dagen. Det hun gjør, er å ta morens klesvask og betaler regninger for henne. De ringes hver dag og er innom henne en gang pr. uke. Moren er hos henne ca. en gang pr. måned. Men nå nylig, da mannen var i utlandet, bodde moren en uke hos henne, og det hadde gått så fint. Moren klarer seg bedre i hennes leilighet. Hos henne selv må hun bæres opp og ned i en gård uten heis. Her kan hun gå ut, handle og til og med være barnevakt. Moren bor også en uke sammen med dem på landstedet om sommeren. Alt dette er i samråd og aktivt bidrag fra mannen. Hun sier at situasjonen nå er grei. Hun har en søster som er bosatt utenbys, og som har en senil svigermor hos seg. Hun stiller opp på andre ting for sin mor, som pynting til jul og påske og slike hyggeting, som hun selv ikke synes noe om å gjøre - rydde i skap o.l. Hun mener at arbeidet søstrene i mellom er jevnt og godt fordelt.

Vår neste forteller at to ganger i uken er hun og lager middag til svigerforeldrene, fordi svigermoren er helt senil og gjør ikke noe. Men, sier hun, «egentlig er det bare koselig». Det som er problemet er at den offentlige hjelpen, som svigermoren skal få, ikke kommer som avtalt. Hjemmesykepleien skal bade henne en gang i uken, men det skjer ikke. Det som skjer er at de spør svigermoren om hun ønsker å bade, noe hun sier nei til, og da bruker de det som unnskyldning for å la være. Hun er helt oppgitt, for svigermoren er jo senil, og vil aldri svare ja til at hun har lyst til å bade, men bade trenger hun jo. Og hun vil ikke ha ansvaret med å

mase på henne. Hun har prøvd å ta det opp med hjemmesykepleien, men ikke nådd fram. Og der er det sånn at du må ringe mellom 12.30 og 14.30. «Det er sånt som gjør at du blir sliten», sier hun, og konkluderer med at hun nok må ringe hjemmesykepleien igjen.

En annen forteller fra gruppesamtalene på tiltaket: «Har du en mor som maser fælt, har du en far som plager deg veldig? Det var jo flere der som hadde litt sånt. Liksom jeg har en mor som ringer tre over fem hver dag, ikke sant? Da er det billigere etter klokken fem. Så liksom, der burde jeg si fra at hun kunne ringe litt seinere. Så hender det at ikke det passer når hun ringer, og så blir hun fornærma hvis ikke jeg vil snakke med a. Kanskje jeg spiser for eksempel. Men det må jeg bare late som jeg ikke tar det til meg, det fikk jeg beskjed om de - ikke ta det til deg, du behøver ikke ha dårlig samvittighet for det.» Tidligere, da hun var i jobb, var det første hun måtte gjøre når hun kom hjem, var å forholde seg til morens utspill. Dette har ikke noe med hjelpebehov å gjøre, og heller ikke med vanlig sosial kontakt.

Dette med en terroriserende mor kom ikke alltid fram i gruppesamtalene, fortalte en annen. Hun fortalte at hun alltid måtte reise fra MIA helt presis for å hente moren på senteret og ta henne med hjem. En tredje kvinne forteller at belastningene i livet hennes, foruten en stressende jobb, har vært en alkoholisert mor som stadig sårer datteren, som ringer og sier ting som stikker, og som slår henne ut. «Det er et helvete fortsatt». Påsken var slitsom. Moren ringte 17 ganger i løpet av en lørdag. Hun forteller at venninnene spør hvordan hun orker at moren snakker så stygt til henne. Hun sier hun må prøve å la det ikke gå inn på henne, men merker at hun får tarmkatarr i flere dager etterpå.

Begge situasjonstypene fant vi flere av.

11.5.1 Kvinner, familie, arbeid og identiteter

Vi har i de to foregående avsnittene sett på kvinners bindinger til familiesystemet. I noen tilfeller dreide det seg om svigerforeldre. Bindingene er regulert sosialt og moralsk. Kvinner knytter sin verdighet delvis til det å være elsk-verdig som kvinne, og dette vises mannen gjennom husarbeidet som gave. Dette innebærer at deler av identiteten er investert i familien og knyttet til husarbeidet som virksomhet. Denne bindingen fører i sin tur til at det å ikke kunne gjøre husarbeid blir et kinkig problem for gifte kvinner. På denne bakgrunn kan vi forstå at kvinner strekker seg langt for å få gjort noe i huset, selv om de er dårlige. Når hun er sykemeldt, er hun jo til stede i hjemmet hele dagen, noe som forsterker hennes forpliktelse overfor husarbeidet.

Men husarbeidet må også ses som bruk av arbeidskraft og forpliktet tid. Vi har pekt på at for mange ligger deler av belastningen delvis utenfor eget hushold, som ytelser til foreldre/svigerforeldre. Dette er både rene arbeidsytelser og det er sosiale forpliktelser, ev. andres beslaglegging av deres tid. Disse ytelsene forstås av noen som en belastning, av andre ikke. Men selv om hjelp til foreldre ikke forstås som en belastning, innebærer denne hjelpen bruk av tid og utføring av konkret arbeid, et arbeid som kommer i tillegg til arbeid i egen familie. Å gi slik hjelp til andre hushold, er relativt utbredt (Kitterød 1996). Mange har arbeidet med fibromyalgi ut fra en belastningshypotese, der nettopp det familiære ansvaret er blitt trukket fram (se Dæhli 1993).

I de andre fortellingene er det forholdet til moren som er det sentrale. Disse fortellingene er fra relasjoner der moren fortsatt lever. Men vi har også fortellinger der en belastende mor

inngikk, men moren er nå død. Dette var ikke alltid belastninger i våre kvinners voksne liv. I noen tilfeller var det belastninger i tidlig ungdom, der moren hadde lagt seg ned, gitt opp og overlatt arbeid og ansvar til døtre på 12 - 15 år. En måtte slutte på skolen for å være hjemme og stelle for sine besteforeldre. I noen av disse historiene finner vi fedre med problemer, og familier som ble sosialt stigmatisert og isolert på stedet der de bodde.

Det som var påfallende, var at vi fikk få rapporterte ekteskapsproblemer og utro menn. Nå var riktignok noen av dem vi intervjuet, skilt fra mann eller samboer. Vi har heller ikke i intervjuet gått direkte på slike forhold av etiske grunner. Vi har imidlertid indirekte fått vite at slike problemer eksisterer og ble diskutert i gruppen når ledere ikke var til stede.

De fortellinger vi har fått, vil av mange kunne tas til inntekt for belastningshypotesen. Vi mener imidlertid at en her må være forsiktig. Vi vet ikke noe om normalfordelingen av familiebelastninger, av syke foreldre, tyranniske mødre og utro menn. Ut fra våre intervjuer kan vi se at den hjelpen som noen av kvinnene har ytt foreldre/svigerforeldre, i mange tilfeller overstiger de gjennomsnittstall som Kitterød finner. Men et gjennomsnitt avspeiler ikke hva hver og en av oss gjør, men tverrsnittet. Det er ikke slik belastninger faller i individuelle liv, belastningene vil komme i perioder. Vi kan derfor ikke si at vi i vårt materiale har funnet spesielt store eller mange belastninger. Det andre poenget er at det er vanskelig å bruke så uspesifikke belastninger som årsak. Det er åpenbart mange med slike belastninger som ikke utvikler sykdom.

Det vi her vil fremholde som et poeng, er hvordan voksne kvinners liv er konstituert med bindinger av kontraktmessig art og av sosial og normativ art, til arbeidslivet og til familiesystemet. Både arbeidslivet og familiesystemet har sine belastninger og potensielt sykdomsskapende trekk. Begge systemer er viktige, kvinner forutsettes å være selvforsørgende i arbeidsmarkedet, og kvinner henter sin tilhørighet i familiesfæren. Begge sfærer bidrar til selvaktelsen, til å være et verdig menneske. Men som vi har pekt på, kan familierelasjoner også bidra til at en ikke får utdanning, familierelasjoner kan være sårende og nedbrytende, og forpliktelser i familierelasjoner kan føre til at ens tid og handlefrihet blir båndlagt, også i voksne år.

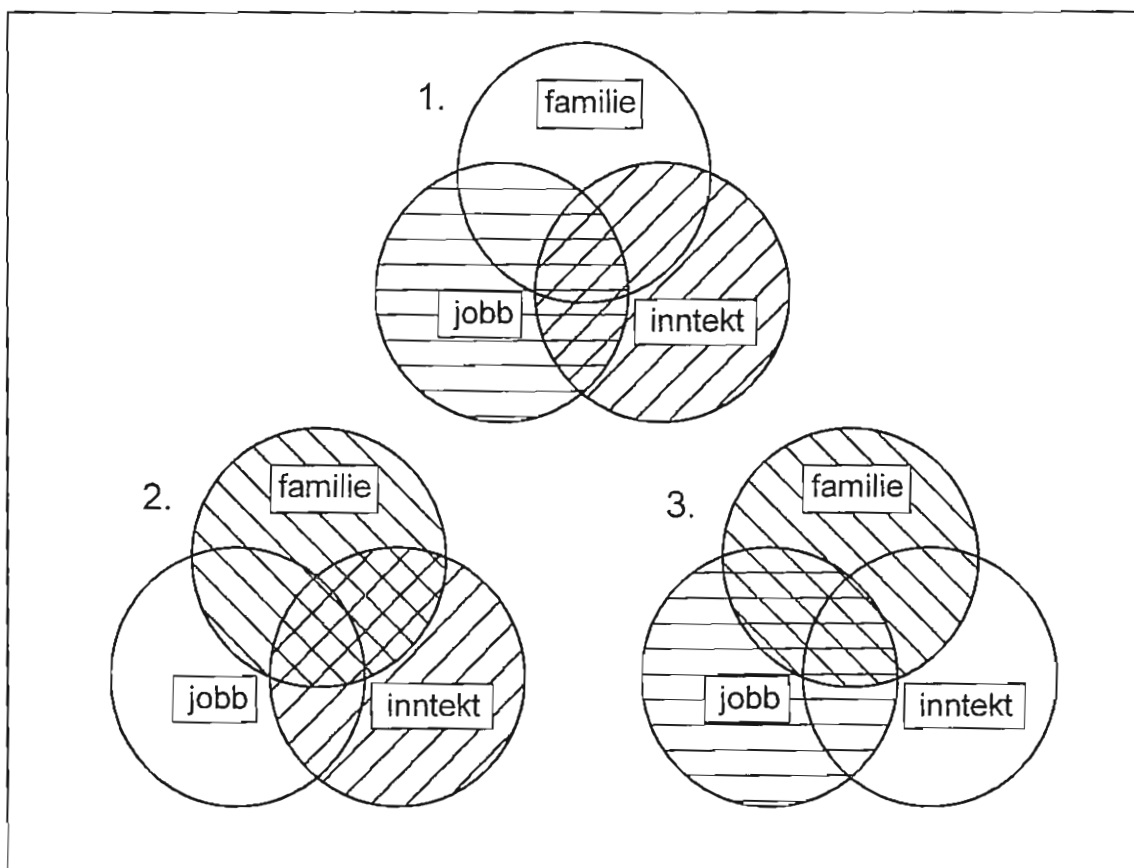
11.6 Kvinneliv og livskvalitet

Vi har gjennomgått vår empiri og vist at arbeidet har stor betydning for mange kvinners livskvalitet, og at den verdien arbeidet har i det enkelte kvinneliv kan være forskjellig. Vi la vekt på både plikt og nyttemotiver, selvrealisering og jobben som sosial arena. Vi så i forrige avsnitt på andre verdier kvinner ga sin tilslutning til, der hensynet til barna var det viktige. Alle viktige verdier var ikke knyttet til arbeidslivet, men også til hjemmesfæren, der omsorgen var den viktigste. Det var viktig for kvinner å yte god omsorg.

Hvilke verdier som vil dominere, vil variere over tid. Vi så at for noen av de over 40 år, hadde det vært riktig å selvstendiggjøre barna før de tok utdanning og jobb. Nå var det deres tur til å gjøre noe for seg selv. Det er derfor ikke riktig å si at kvinner er arbeids- eller familie-motiverte. Dette dreier seg heller om to verdsett som er til stede samtidig. I diskusjonen av pengenes betydning for arbeidsmotivasjonen, skilte vi ut inntektsbehovet som en egen dimensjon.

Når kvinnene skal gjøre valg, står de overfor tre forhold som skal avveies, behovet for inntekt og realisering av verdier knyttet til hjemmesfærens verdsett og til arbeidssfærens verdsett. Dette er utgangspunktet for den modellen vi har utviklet. Vi har lagt disse tre områdene opp som tre sirkler, som griper inn i hverandre på ulike måter. I midtområdet overlapper alle hverandre, noe som avspeiler at ingen er fri fra å måtte ivareta alle hensyn. Vi kan imidlertid skille ut tre hovedsituasjoner, der i hver av dem er to hensyn viktigere enn det tredje. I hver modell har vi lagt skravur på de to viktige sirklene, og fellesområdet mellom de to viktige sirklene, er den kombinasjon av verdier som danner *en type*. Vi finner her tre hovedtyper:

Modell 3 - Betydningen av ulike sfærer. En tredelt typologi



Type 1 viser en tilpasning, der jobben eller utviklingen i arbeidslivet er viktig, der en realiserer seg gjennom jobben. Her blir betydningen av tilhørighet i private relasjoner nedtonet. Vi kan kalle denne typen den *karrièremotiverte*.

Type 2 legger hovedvekten på familie- og inntjenings siden. Vi vil tolke dette som et instrumentelt forhold til lønnsarbeidet, der deltakelsen i lønnsarbeidet er nødvendig for å realisere goder i en annen sfære, i familiesfæren. Men vi kan her også se den rene tvangen, at vi må arbeide for å få penger til forsørging. Vi kan kalle denne typen den *familieaktiverte*.

Type 3 viser en tilpasning, der både familie- og arbeidsrelaterte verdier er viktige, og der penger ikke er det primære. Men her vil det arbeidsrelaterte ikke primært være karrièrer eller de belønninger som en arbeidsorganisasjon gir i form av posisjon, penger og ære, men

innholdet i jobben og jobben som sosial arena. Her er det flere typer av verdier det dreier seg om.

Vi kan skille mellom tre dimensjoner, der ikke alle dimensjoner behøver å være til stede.

- Vi har jobben som sosial arena, noe som gir tilhørighet til arbeidsstedet og kolleger. «Det er så hyggelig der», de trives så godt. Det er der de har kontakt, de har noe å gå til.
- Vi har dem som uttrykker seg eller opplever noe gjennom arbeidet. Her er det selvrealiseringsmålet som blir viktig. Selvrealiseringen ligger i aktiviteter og opplevelser/tilhørighet. Vi kan kalle dem de *selvrealiserende*.
- Og vi har dem som setter sin ære i å gjøre en god jobb. De setter sin ære i å gjøre sin plikt. Dette er en type mer samfunnsmotivert moral.

Disse kategoriene sier noe om verdier og tilpasning, men også noe om hvilke motiver en gitt person har for å komme tilbake til arbeidslivet.

- For de *karrièremotiverte*, type 1, er det en katastrofe å falle ut av arbeidslivet. Realiseringen går gjennom arbeidet og arbeidsorganisasjonen, med de belønninger som ligger i den (lønn, avansement osv.).
- Ser vi på de *familiemotiverte*, type 2, har de bruk for pengene, men ønsker å realisere verdier primært i familiesfæren. I en slik tilpasning er alle inntekter av samme verdi, en behøver ikke lønnsinntekt.
- For de *arbeidsmotiverte*, type 3, er det ikke nok bare med tilhørighet i familiesfæren. De må gjøre noe mer, for seg selv, og tap av lønnet arbeid innebærer derfor et vesentlig tap for selvtillit og vekst, for personlig anseelse og for den daglige trivselen.

Når vi ser på de kvinner vi har intervjuet, fordeler de seg mellom type 2 og type 3. I to intervjuer er det ikke mulig å skille ut noe om jobbets betydning. I de øvrige 23 intervjuene, er det bare to som vi ville plassere i modell 2, de øvrige 21 i modell 3. Innenfor modell 3 vil de ulike personene ha mer eller mindre av de tre hovedgruppene av verdier vi har skilt ut og i ulike kombinasjoner.

Den største gruppen av dem vi intervjuet, 21 stykker, faller inn under modell 3. Det innebærer at de er både arbeids- og familiemotiverte, men der vekten av disse motivtypene er forskjellig for den enkelte. Vekten for den enkelte forskyves også i løpet av livsløpet. Vi må også legge et utviklingsperspektiv til grunn. Vi har sett at forskyvningene kan gå to veier, de fleste i vårt materiale har gått fra at de familieorienterte verdiene hadde stor plass tidlig i livet, og har etter hvert mindre plass. Andre har ikke vært spesielt familieorienterte, men oppdager og setter pris på disse verdiene når de blir syke og må være mye hjemme. Motivstrukturen er derfor gjennom livet i omdanning, selv om grunnleggende verdimønstre kan være konstante for den enkelte person.

Dersom disse kvinnene blir syke og må gi opp sin tilknytning til arbeidslivet, står de overfor ulike tap. De taper tilknytning og tilhørighet, som vi tidligere har bestemt som et gode i seg selv. Og de taper muligheter for utfoldelse, utfoldelse de ikke hadde muligheter til i hjemmet. For noen er det yrkesidentiteten som er det viktige. Atter andre kan ikke få oppfylt plikten mot samfunnet, det å gjøre det en bør og det å gjøre det nyttige. Og så blir mange av dem fattige, dersom de ikke får trygd.

Kapittel 12. Kvinner, arbeid og offentlig politikk

Hva skjer så i de situasjoner når kvinners arbeidskraft minsker, som følge av sykdom, slitasje, aldring? Vi har i kapittel 8 gjennomgått noen tilpasninger. Mange kommer seg tilbake til jobb. I noen tilfeller er jobben tilpasset, i andre tilfeller går en ikke tilbake til samme jobb. Gjennom atferingstiltak kvalifiserer den syke seg til annen type arbeid. Noen kommer tilbake i egen jobb, men i 50 % - 80 % tid. Noen får inntektstapet kompensert varig eller midlertidig gjennom trygdeytelser. Men alle får ikke noen kompensasjon. Noen får ikke trygd som erstatning for den arbeidsevnen som de mener er falt bort. Alle kan ikke få det de ønsker. Dette kapitlets poeng ligger ikke her. Spørsmålet er hvor mye arbeidsevnen er redusert og hvordan denne reduksjonen fastslås. Det vi her tenker på, er hvilke vurderinger som gjøres omkring reduksjon av arbeidsevnen, hva politikken legger opp til.

12.1 Tilbake til lønnet arbeid

Når en arbeidstaker mister noe av sin arbeidskraft som følge av sykdom, legger offentlig politikk opp til at den syke tilbakeføres til et arbeid som hun kan mestre, ev. ved at forholdene legges til rette internt i bedriften. Det er arbeidsoppgavene i jobben som arbeidsevnene måles mot.

Det offentlige regnestykket ser slik ut: *Arbeidsevne - reduksjon = restarbeidsevne som skal omsettes i tilpasset arbeid.*

Men er dette en rimelig vurdering overfor oss som borgere? Er lønnsarbeidet det eneste en bør ta hensyn til?

Vi er på den ene siden allmenne borgere med beskyttelse av grunnleggende rettigheter som vi besitter som mennesker (uavhengig av f.eks. kjønn og etnisitet), f.eks. inntektssikring. Men på den annen er hvert individ unikt, borgerne er også bærere av sosiale aktiviteter, praksiser og verdioppfatninger som er høgt verdsatt i gruppen. Også disse verdiene søker vi respekt for i det offentlige (Gutman 1995). Klientene er borgere og de er sosiale kvinner. Dette innebærer i følge Gutman at en offentlig politikk, som skal respektere våre verdier, også må ta utgangspunkt i våre sosiale identiteter, i våre virksomheter og verdier. Det kan innebære at offentlig politikk ikke bare kan forholde seg isolert til lønnsarbeidet og inntektssikringen for abstrakte borgere. Politikken må også forholde seg til det som er viktig for sosiale identiteter, for kvinners familieroller. Til disse rollene er det ulønnet arbeid koblet. Å ta hensyn til sosiale identiteter skulle slik innebære å ta utgangspunkt *også* i det ulønnet arbeid når arbeidsevnen vurderes.

Politikkens forhold til kvinner som sosiale identiteter, ble reist av en av dem vi intervjuet. En kvinne syntes politikken var urettferdig og at hjelpeapparatets krav til henne ble urimelige. La oss høre litt på hennes fortelling, bl.a. fordi fortellingen reiser et tema som vi gjenfinner hos mange av dem vi intervjuet.

Å være for andre

Vi vil her ta utgangspunkt i historien til en kvinne på omlag 40 år. I fjor vår begynte hun på et kurs som arbeidskontoret anbefalte, og som hun villig gikk på - fra høst til vår - hver dag, på et sted langt fra hjemstedet. Hun kjørte dit, fordi det var vanskelig kollektivt, slitsomt. Dette var et AMO-kurs, og hun gikk på atføring. Hun forteller at hun holdt ut med kurset til februar. Da var hun så sliten og hadde så vondt at hun nesten ikke viste hvor hun var. Tok tabletter og kjørte bil. Fikk nesten ikke med seg noen ting av kurset. Ut på våren ble hun og legen enige om at hun måtte å ta det med ro hjemme og komme tilbake når hun ble bedre. Men hun brukte hele våren til komme seg på. Hun var mye sengeliggende hele våren.

Hun er bekymret for å bruke så mye smertestillende, men hun synes hun må av og til. Hun synes at hun har det ganske bra når hun får stelle litt hjemme med familien, ha litt kontakt med venner og er i slik form at hun i løpet av helgen kan ha overskudd til å treffe venner, gå på kino med barna, gjøre noe sosialt. Det hadde hun lyst til å prioritere.

Hun følte at når hun skulle gjøre noe utenfor hjemmet om dagen (hun refererer her til AMO-kurset på heltid), ble hun så tappet for krefter at hun bare lå når hun kom hjem. Hun synes det er litt urettferdig, som da hun gikk på det kurset, og «duget jeg på den dagen, så krever de at jeg ikke gjør noen ting på de timene jeg ikke er på jobben. Jeg er ikke i stand til å være noe for familien min og det synes jeg er urettferdig, og ikke blir jeg noe hyggelig å være sammen med heller». «Er det dette som er livet», spør hun. «Skal jeg bare leve for de åtte timene som jeg skal være på jobben, for å tjene penger og ikke være i stand til å gjøre noe mer? Og dersom jeg ikke er i stand til å fullføre en slik dag, må jeg trekke meg ut fra arbeidslivet? Nei, jeg vet ikke. Jeg har ikke lyst til at det skal hete uføretrygd, men jeg ser ikke at jeg kan gå i en jobb og leve av det». Hun kan ikke klare en A4-jobb og samtidig ha familie og være noe for dem. Hun har ikke blitt tilbudt tilrettelagt kurs, og vi vet ikke om hun har prøvd tilpasset arbeid over lengre tid. Hun ville ha tid og overskudd til å treffe venner og kjente. Her ligger det en prioritering for alle og som er en privat prioritering. Vi kunne ha stoppet der.

Men vi finner også andre ting ved historien som er verd å tenke gjennom. Hun synes ikke det er rimelig at samfunnet forlanger av henne at hun skal leve for å forsørge seg, ikke forsørge seg for å leve (for familien). Hun syntes det var urimelig at hun skulle måtte jobbe så mye at det ikke ble noen restarbeidsevne som strakk til resten av livet, til arbeidet og omsorgen der hjemme. Er hun kanskje ikke jobbmotivert? Er ikke dette en fortolkning som vil ligge den offentlige tjenesteutøver nær?

Familieroller i endring - ny symmetri i ekteskapet?

Det å være noe for sin familie var grunnleggende, og hun syntes at å bli stilt overfor valget *hjem eller familie* var urimelig. Men det innebærer ikke at hun vil være hjemme. Det å være noe for sin familie, er ikke bare å by på seg selv og sitt arbeid hjemme: «Jeg har vært alene en gang før og vet hva det betyr, det er at jeg ikke vil at han skal gå og fø på meg, og jeg ikke skal kunne bidra. Nå når ungene er blitt store, burde jeg også trå til litt. Noen ganger føler jeg det slik. ... Jeg innbiller meg at det har å gjøre med at jeg har vært skilt.... Jeg er hele tiden den som har hatt lite inntekt og den som har hatt lite å bidra med. Det blir en belastning. Når jeg først skal være hjemme, hvorfor kan jeg ikke gjøre reint eller ta husarbeidet, men det kan jeg jo ikke. Skulle jeg stryke, blir det ett i dag og ett i morgen».

Å være hjemme når en er for dårlig til husarbeid, gir ikke det bidrag til husholdet som hun mener er rett og rimelig å yte. Hun føler på at belastningen i ekteskapet blir usymmetrisk. Når hun ikke kan gjøre så mye hjemme, må hun kunne bidra med en kontantinntekt. Tapet av arbeid blir et tap av inntekt for familien, men også et verdighetstap for henne selv, fordi hun synes ikke hun klarer å bidra nok. Hun søker i sin situasjon uføretrygd, og trygden som inntekt vil gi et økonomi bidrag til husholdet. Men trygden/pengene er også et bidrag til hennes sosiale rolle og posisjon i familien, som forsørger. Overføringer fra trygden er slik sett ikke bare penger som sikrer forsørgelsen, men også penger som har betydning for hennes utforming av rollen som hustru og mor. Også hennes familieroller devalueres uten det penge-messige bidraget. Denne problemstillingen kom fram i flere intervjuer, mødre som savnet en (høgere) inntekt, som kunne sette dem i stand til å dekke rimelige behov hos barna. Det var vanskelig for en fattig kvinne (f.eks. med attføringsstødnad) å oppleve seg som en god mor.

Men for denne historiens forteller, er det usikkert om hun får innvilget uføretrygd. Å få trygd er ikke «løsningen» for henne. Også andre verdier knyttet til jobben, som kilde til personlig utvikling, blir bort, og dette var verdier som var viktige for henne. Jobben var også en sosial arena, der hun dekket behovet for voksenkontakt. Trygd erstatter ikke tapet av lønnet arbeid, men trygden kan støtte opp om hennes rolle og verdighet som forsørger og hindre at hun blir fattig, noe som forsterker andre tap i situasjonen.

Vi ser her at tap av helse og arbeidsevne slår ut på flere områder, både i jobben og i hjemmet. Dette fører til flere tap:

- Tap av lønnsarbeidet som arena for virksomhet og tilknytning
- Tap av eget bidrag til hjemmet, ettersom hun verken kan bidra med arbeid eller penger. Slik sett er penger viktig for mer enn forsørgelsen, også kvinner føler på det bidraget de skal yte til husholdet. Det å beholde verdighet handler om å kunne bidra, om ikke med eget arbeid, så i alle fall med penger.

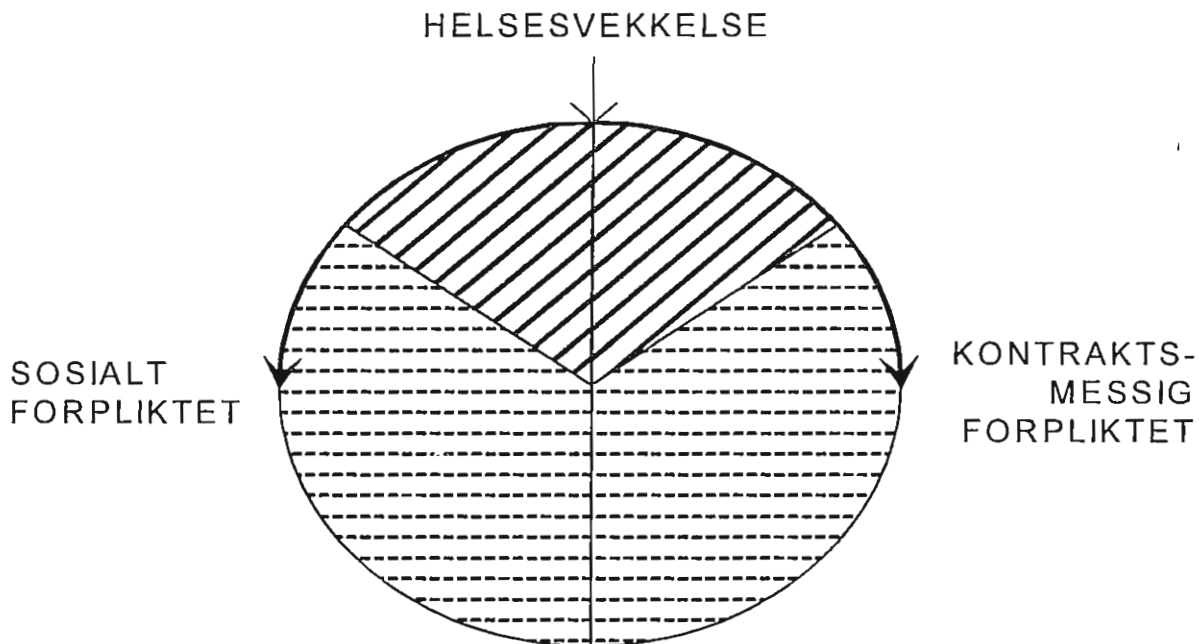
12.2 Hvem har krav på restarbeidsevnen?

La oss gå tilbake til det som oppleves som urettferdig: «Er det dette som er livet», spør hun. «Skal jeg bare leve for de åtte timene som jeg skal være på jobben, for å tjene penger og ikke være i stand til å gjøre noe mer? Og dersom jeg ikke er i stand til å fullføre en slik dag, må jeg trekke meg ut fra arbeidslivet?»

Hvordan tilrettlegger og tilpasser en arbeid, i bedrift og i attføringstiltak? Hva kreves av klientene? Er kravene rimelige?

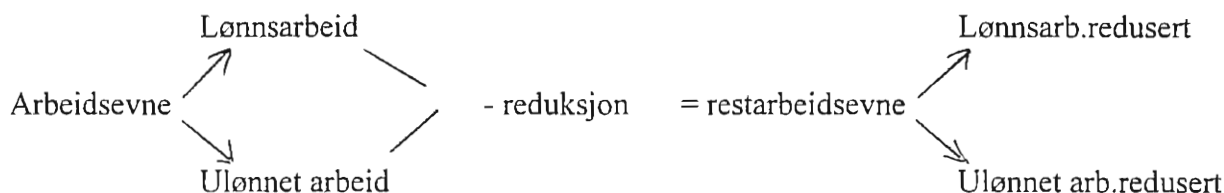
Når kvinner får muskelsmerter og må redusere sin virksomhet, stilles de overfor vanskelige valg. Hvor skal reduksjonene settes iverk? Ser vi på arbeidskraften som en kake, vil arbeidskraften/kaken bli redusert som følge av sykdom. Vi har i vår modell framstilt arbeidskraften som en kake, der en ved sykdom må ta ut ett stykke. Vi har framstilt arbeidsevnen som en helhet, som er likelig fordelt på kvinners sosiale forpliktelser i det ulønnede arbeidet og kvinners kontaktsmessige forpliktelser i relasjon til lønnsarbeidet. Når arbeidsevnen svekkes, hvilket stykke skal tas ut av kaka? Følger vi vår informants fortelling, var kravet hun møtte at reduksjonen måtte tas ut i relasjon til det sosialt forpliktende arbeidet: Hun måtte bare ligge i sengen sin og ikke kunne være noe for familien.

Modell 1. Arbeidsevnen fordelt på sosialt forpliktet og kontraktmessig forpliktet arbeid



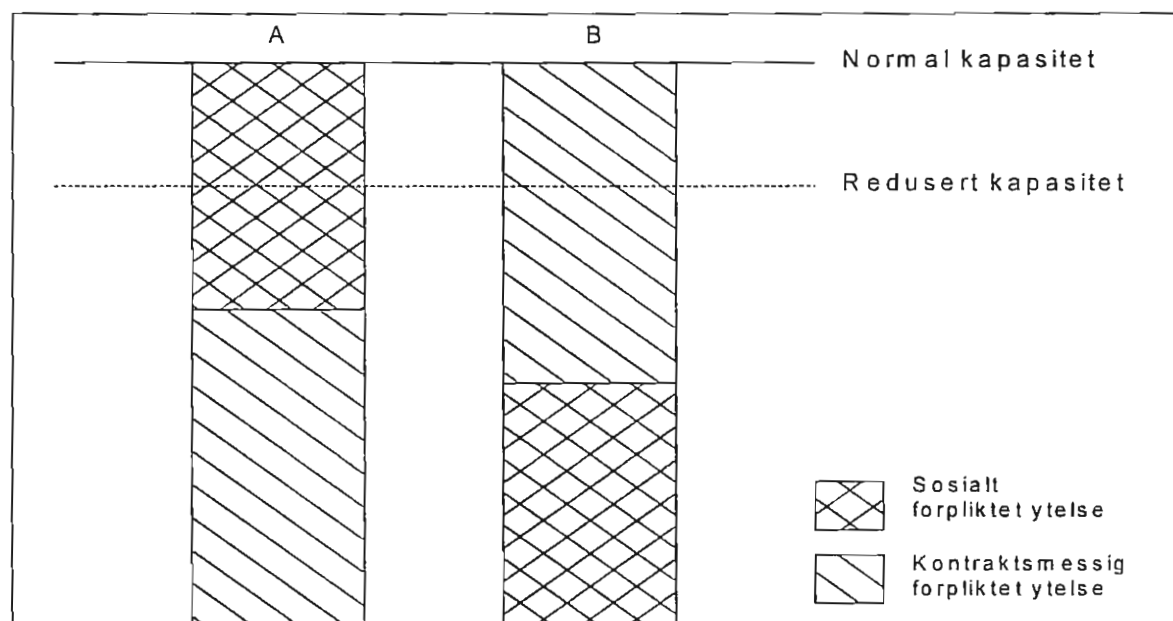
Når arbeidsevnen ble redusert, vurderes arbeidsevnen for de kvinner vi har intervjuet, i hovedsak ut fra en reduksjon i evnen til lønnet arbeid. Hjelpeapparatet har, i vår historie, ikke vurdert denne svekkelsen som så stor som hun selv gjør. Men hennes perspektiv på arbeidshverdagen, er mer omfattende enn hjelpeapparatets perspektiv. Hun vet at det samtidig skjer en svekkelse i evnen til å utføre hjemmearbeid. Hun klarer ikke i samme grad å fylle sine roller hjemme. Vi har tidligere pekt på at dette er meningsbærende roller, som hustru, mor og datter, og rollen er naturlig knyttet til aktivitet vi må kunne kalle arbeid, både produksjon av varer og tjenester, samt planlegging og administrasjon av små organisasjoner. Vi har pekt på at utviklingen av vare- og tjenesteproduksjon stadig fører til at nye oppgaver blir overtatt av husholdet, samtidig som andre områder blir avspaltet til offentlig eller kommersiell produksjon. Det finnes til en hver tid en rekke husholdsoppgaver. Hvordan dette arbeidet skal utføres og av hvem, trekkes ikke inn i vurderingen av hva en persons arbeidsevne skal strekke til. Det ulønnede arbeidet vurderes ikke som relevant når reduksjonen i arbeidsevne skal fastlegges. Men det ulønnede arbeidet forsvinner ikke.

Dersom vi trekker arbeid i begge sektorer inn i vurderingen av arbeidsevnen, får vi et annet regnestykke:



Restarbeidsevnen må deles mellom to sfærer, på den ene eller andre måten. Dette resonnementet kan vi også framstille på følgende måte:

Modell 2. Av hvilken del av det forpliktete arbeidet skal arbeidsreduksjonen tas?



Vi har her framstilt arbeidsevnen som søyler. De to søylene er forskjellige ved at det i alternativ A regnes at det er innsatsen i lønnet arbeid som er primær og legges til grunn. I det andre alternativet - B - snus prioriteringen og det sosialt forpliktete arbeidet til grunn. Når vi så legger inn en stiplet linje, som illustrerer det nye taket for arbeidsevne ved sykdom, vil denne linjen skjære en bit av det ulønnede arbeidet i alt. A og en bit av det lønnede arbeidet i alt. B. Offentlig politikk synes å tenke i disse to modellene. Alternativ A kan vi kalle den allmenne modellen, som gjelder for «borger/arbeidere». I alt. A blir ikke husholdsarbeidet problematisert. Det «eksisterer» ikke. Alternativ B er speilbildet av den samme modellen. Men her eksisterer det sosialt forpliktete arbeidet: Først besluttes/prioriteres den arbeidskraft som skal settes inn i husholdet, deretter kan restarbeidskraften omsettes i markedet. Når vi så legger den kjønnsbestemte arbeidsdelingen til grunn og ser situasjonene ut fra husholdets prioriteringer og valg, vil det her være (deler av) kvinners arbeidskraft som skal deles mellom ulike virksomheter. I alt. B vil det være slik at når arbeidskraften er sysselsatt i husholdet, finnes det ikke mer arbeidskraft å selge. I begge tilfeller er husarbeidet et privat ansvar.

Hvor er det legitimt å kreve at restarbeidsevnen skal settes inn? Dersom vi holder oss til modell A, tenker offentlig politikk at restarbeidsevnen skal settes inn i lønnet arbeid. Politikken ser da bort fra sosiale roller som foreskriver også annen virksomhet for kvinner. Skal vi sammenlikne kvinner og menn, blir resultatet at menn og kvinner med den samme svekkelsen av arbeidsevnen, kommer ulikt ut i forhold til hva som kan konverteres i lønnet arbeid. Kvinner må ut fra sin tilskrevne rolle reservere en større restarbeidsevne til virksomhet i hjemmet, jf. Modell B. Vi kan se det som at kvinner potensielt har en mindre andel av sin arbeidskraft å selge enn mange menn har.

Men den delen av sin arbeidskraft som kvinner har solgt i markedet, i våre tilfeller heltidsarbeid over mange år, har utgjort hennes (del av) forsørgelse. Når evnen svekkes, skal ikke dette bortfallet av forsørgelsen erstattes gjennom offentlige overføringer? Hvorfor skal kvinner, i ekstreme tilfeller, måtte velge mellom lønnet arbeid eller familien, slik som vår forteller oppfattet situasjonen? Eller i mindre ekstreme situasjoner gå ned i 80 % uten kompensasjon? Som en lege spurte en av våre klienter i denne situasjonen: «Må du jobbe så mye, tjener ikke mannen din godt nok?» Vi har i kapittel 8 pekt på hva slike private reduksjonsstrategier kan føre til i form av tapte rettigheter ved neste korsveg.

Går vi tilbake til utgangspunktet, har vi her kvinner i heltids lønnsarbeid, og de fleste har vært i arbeidsmarkedet fra de var ganske unge. Inntektssikringen er grunnleggende i velferdsstaten og gjelder alle borgere. Gifte kvinner er imidlertid dobbeltarbeidende, og arbeidet i begge sfærer inngår som kilder til hennes og familiens forsørging. Inntektssikringen ser imidlertid bare på den ene siden av virksomheten og nærmest forutsetter at de øvrige arbeidsforpliktelsen ikke finnes eller overtas av andre. Som vi har sett skjer det ikke så lett, den kjønnsbestemte arbeidsdelingen ligger dypt i kulturen og er knyttet til vår forståelse om hvordan være kvinne og mann. Som vår respondent oppfattet situasjonene, følte hun seg presset. *Enten måtte hun velge lønnsarbeidet og se bort fra andre roller som skapte tilhørighet og mening. Eller så måtte hun gi opp lønnsarbeidet og bli fattig.* Det var ikke plass i arbeidsmarkedet for slike som henne. «Er dette rettferdig?» spør hun.

Yngre middelaldrene - store arbeidsbelastninger for kvinner

Ser vi nærmere på hennes situasjon, er det slik at familiearbeidet har vært stort noen år, og vil være stort noen år til. Men familiearbeidet vil ikke være konstant over tid. Familiearbeidets størrelse er ikke like stort alltid. Avhengig av tidspunkt for familiedanning, vil kvinner ha mindre marginer å gå på (enn menn) mht. å få redusert den delen av arbeidskraften som settes inn i lønnet arbeid. Sett på denne bakgrunn kan restarbeidsevnen i relasjon til lønnet arbeid ofte være mindre enn antatt for kvinner som er svekket f.eks. av muskel- og skjelett-sykdommer/plager. Dette danner så en bakgrunn for å forstå de nye mønstrene i relasjon til utgang av arbeidslivet. Kvinnens økte tendens til å bli uføretrygdet kan ses på bakgrunn av at hennes restarbeidsevne er mindre enn menns i «samme situasjon».

Det ligger spesielt et problem i de situasjonene, der yngre familiekvinner får sykdommer og plager, litt ut i 30-årene og i 40 årene. Det er ikke gitt at de ikke vil klare seg i jobb om noen år. Slik de kvinnene vi intervjuet så på uføretrygden, var den en veg ut av arbeidslivet, ikke en pause. Å søke uføretrygd ble derfor sett som et nederlag, enten de nå var opptatt av å gjøre sin plikt, gikk opp i arbeidets innhold eller det kollegiale livet. Og i vårt materiale var yngre kvinner også sentrale i rollen som forsørgere, ved at deres lønnsinntekt i mange hushold utgjorde et vesentlig bidrag til husholdsinntekten.

Uføretrygden

Hva er på denne bakgrunn en rettferdig behandling av kvinner med redusert arbeidsevne? Hvilke sosiale praksiser legger her offentlig politikk til grunn? Dersom vi legger *ekteskapet* til grunn som en sentral institusjon for voksne mennesker, samt den kjønnsbestemte arbeidsdelingen, vil også det ulønnede arbeidet, som sosiale rolleforpliktelser, stå sentralt i vurderingen av funksjonstap og arbeidsevne. Tidligere var dette husarbeidet ansett som kvinners likeverdige bidrag til forsørgelsen i ekteskapet. Flertallet av de kvinnelige uføre-

pensjonistene kom ikke fra lønnet arbeid i 1975 (Wærness 1982). Kvinner kunne ut fra sviktende arbeidsevne også innrømmes uføretrygd som husmødre, selv om den oftere enn menns uføretrygd var gradert. Dette tyder på at en oftere fant en restarbeidsevne hos kvinner, og gradering må derfor ses som et uttrykk for usikkerheten mht. hvilke arbeidskrav husarbeidet stiller (ibid). Dersom en legger ekteskapet til grunn, skulle gifte kvinner, som ble ute av stand til å ivareta sine plikter, erstattes også på dette grunnlaget. Dette innebærer at mange av dem vi intervjuet, også burde vært vurdert som husmødre.

Legger en *arbeidsmarkedet* til grunn som den sentrale kilden til forsørging, er det tap av arbeidsevne i relasjon til markedsmulighetene som kommer i fokus for erstatning av tapt arbeidsevne. Utviklingen fra 1975 og fram til i dag, viser at en stadig større del av voksne kvinner er i arbeidsstyrken. Kvinner er selvforsørget eller medforsørgere. Men samtidig har kvinner den store delen av husarbeidet og de sosiale forpliktelsene knyttet til administrasjon av det familiemessige. Det er dette som ligger i begrepet dobbeltarbeid. Kvinner kan slik ikke knyttes bare til en institusjon.

Når en skal avgjøre uføregrad, burde en kunne se uførheten på tvers av to sektorer. Dersom arbeidskraften er redusert med 50 %, er den ikke redusert med 100 % i hjemmearbeidet og 0 % i lønnsarbeidet eller omvendt. Den er redusert på begge områder. Dersom en tilrettela arbeidet på jobben og foretok en viss arbeidstidsreduksjon, ville det parallelle tiltaket på hjemmesiden være å gi hjemmehjelp eller hjelpestønad. Det er imidlertid ikke slik de vi har intervjuet tenker. De tenker seg at det ulønnede arbeidet er noe konstant og at reduksjonen i arbeid må være en reduksjon av lønnsarbeidet, i dette eksemplet kompensert med 100 % uføretrygd.

Det er mye som tyder på at begrepet dobbeltarbeid er godt kjent, men ikke tatt alvorlig som grunnlag for politikktutforming. Gjennom arbeidslinja stiller en det samme kravet til alle samfunnets medlemmer, til individet. Vi skal alle forsørge oss gjennom lønnet arbeid. Dette er et normativt krav til oss som borgere, og delvis i pakt med nyere sosiale praksiser også for kvinner. Når arbeidsevnen avtar, fritas vi ikke fra denne plikten. Vi står alle overfor en innskjerping av arbeidsplikten og utnytting av restarbeidsevnen innenfor lønnsarbeidets rammer. Den generelle rettigheten for oss alle er trygden som inntektssikring, om denne arbeidsevnen faller bort som følge av sykdom, skade eller lyte.

Så lenge vi hadde heltidsarbeidende kvinner i hjemmet, hadde vi likevel et begrep om husarbeid og husmødre. Når kvinner flytter sin hovedaktivitet til en annen sfære, sfæren for lønnet arbeid, blir kvinner tilsynelatende «arbeidende» på linje med menn. Dette synes å forsterke det bestående husarbeidets karakter som «ikke-arbeid». Vi vil her hevde at dette er forståelsesformer som vi gjenfinner i offentlig politikk, og delvis som en følge av denne forståelsen synes ikke politikken å se at familiekvinner er dobbeltarbeidende.

Dersom vi legger et utvidet arbeidsbegrep til grunn, må offentlig politikk i større grad ta hensyn til de sosiale roller som forplikter kvinner i sin utmåling av arbeidskraftsreduksjonen. Politikken kan ikke være sosialt blind.

12.3 Er politikken sosial blind?

I følge Gutman (1995) må offentlig politikk også ta utgangspunkt i våre sosiale identiteter, i våre virksomheter og verdier, f.eks. som sosiale kvinner. Det innebærer i dette tilfellet at offentlig politikk ikke bare kan forholde seg isolert til lønnsarbeidet og inntektssikringen for abstrakte borgere. Politikken må også forholde seg til det som er viktig for sosiale identiteter.

Lydia Morris har studert forholdet mellom offentlig politikk, sosiale identiteter og praksiser (Morris 1990). Hun har i sitt arbeid analysert relasjonene mellom individ og hushold ved å gjennomgå et stort antall undersøkelser av menn og kvinners roller, endringer i arbeidsmarkedet og utforming av offentlig politikk, 1960 - 1990 (Morris 1990).

Hun finner at offentlig politikk skaper ordninger som har kulturelle og ideologiske forutsetninger, forutsetninger som er innebygd i den lokale sosiale praksisen. Politikken er slik sett ikke nøytral i relasjon til felter, der det finnes ulike sosiale praksiser eller felter, der sosiale praksiser er under endring.

I dette perspektivet kan vi lete etter *hvilke sosiale praksiser* som ligger til grunn for utforming og gjennomføring av offentlig politikk. Vi har pekt på at kvinners samlede sosiale praksiser ikke synes å ligge til grunn for vurderinger av endringer i kvinners arbeidsevne. Hva er det da som ligger til grunn? Vi har gjennom vår modell A, lønnsarbeidermodellen og Modell B, husmormodellen, pekt på to forståelsesmåter som kan forklare trekk ved iverksettingen av politikken. Modell A forklarer hvorfor restevne bare ses i relasjon til lønnsarbeidet, og modell B kan forklare de underliggende husmormodeller som gjøres, bl.a. av leger i deres møte med disse pasientene. Men bildet er tvetydig. Politikken bygger heller ikke opp om gamle sosiale praksiser med kvinner som husmødre. Som vi tidligere har pekt på, vil kvinner med muskelsmerter også ha liten arbeidskapasitet i hjemmet. Hadde en sett kvinner som husmødre og privat forsørget, var det deres arbeidsevne i husholdet en skulle lagt til grunn ved søknad om uførepensjon. Uførepensjonen skulle da kompensere hennes arbeidsinnsats i hjemmet. Men det er ikke dette som skjer.

Vi kan her trekke inn undersøkelser som viser at det er tendenser til oftere å avslå uførepensjon for kvinner, og at en gruppe kvinner skyves over i privat forsørging (Thune og Kristoffersen 1995). Dette kan tolkes som uttrykk for at kvinner søker uførepensjon ut fra sin arbeidsevnereduksjon vurdert ut fra hennes samlede oppgaver, men at de ikke får gjennomslag for dette synspunktet.

Her ligger et problem til grunn, ikke bare i utformingen av offentlig politikk, men i grunnlaget for den offentlige politikken selv. Vi er borgere, der borgeren er et allment begrep som ikke kobles til sosiale roller og identiteter. Arbeidslinja kan kobles til en slik forståelse, at vi er arbeider-borgere på samme linje, og vi står alle overfor det samme kravet mht. arbeidsplikten. Men når vi ikke kan fylle vår plikt, nekter politikken å se familiekvinnens sosiale identiteter og å se det doble arbeidet som grunnlaget for vurdering av arbeidsevnereduksjon.

Som arbeidstakere ses vi på som abstrakte individer, frikoblet fra sosiale bindinger. Vi er ikke konkrete og kjønnede i våre sosiale forankringer. Som deltakere i andre sosiale systemer ses vi som situert og sosialt forankrede, og denne forankringen og tilskrevne plikter gjøres ikke relevant i vår offentlige rolle som arbeidstaker.

Går vi tilbake til verdighetsspørsmålet, vil kvinnelige identiteter komme i klemme. Vi pekte innledningsvis på Taylor og Gutmans påpekning om at vår verdighet som borgere på den offentlige arenaen, forutsatte respekt både for våre allmenne retter som mennesker og for de spesifikke identiteter, for de praksiser og verdier som er høgt verdsatte hos de grupper som politikken angår (Taylor 1995, Gutman 1995). I relasjon til verdighetsspørsmålet blir offentlig politikk ikke verdighetsproduserende, ettersom offentlig politikk ikke tar kvinners statuser, verken i arbeidsmarkedet eller ekteskapet, riktig på alvor. I det private livet kompenseres ikke hennes arbeidskraft med tjenester (jf. den gamle husmorvikarordningen) eller penger. Å løse arbeidsproblemet der hjemme, er sett som et privat ansvar. Problemet i arbeidslivet er derimot et offentlig ansvar.

12.4 Oppsummering

I de skandinaviske velferdsstatene, griper den private og den offentlige politikken over i hverandre på mange områder, og i kompliserte former. Dette er spesifikt for de sosialdemokratiske velferdsstater (Lafferty 1986). Imidlertid kunne det være grunn til å rydde opp litt i våre forestillinger og våre ordninger. Poenget i vår sammenheng er at offentlige ordninger og sosiale definisjoner av aktører, setter noen av våre kvinnelige aktører i et dilemma. De har arbeidsplikter hjemme, og sosial tilhørighet. De kan ikke fylle en yrkesrolle utformet ut fra den mannlige normalarbeidstakeren. Dette gjelder også rollen som attføringsklient. Skal kvinner inngå i slike «normalroller» når kapasiteten er redusert, må de gi avkall på både arbeid og gleder hjemme. Skal en forutsette at familiekvinner arbeider for familien, har de ikke så stor arbeidsrest å selge som en mann i tilsvarende helse- og yrkesposisjon har. Hun kan bli stilt overfor valget om å velge enten eller. «Er det dette som er livet?», spør vår respondent. «Skal jeg bare leve for de åtte timene som jeg skal være på jobben, for å tjene penger og ikke være i stand til å gjøre noe mer?»

Alternativet er å anerkjenne kvinners dobbelarbeid og vurdere tiltak og erstatninger ut fra denne situasjonen. Det innebærer ikke at det vil være en god løsning å uføretrygde familiekvinner. Vi har sett at den store delen av vårt utvalg er svært avhengig av å komme tilbake til lønnet arbeid, ikke bare av økonomiske grunner. Arbeidet har en selvstendig verdi for dem. Men det er også viktig for dem å sikre inntekten, flere skal leve av egen inntekt, og for andre betyr kvinners inntekt mye for husholdet og for kvinnelig identitet som forsørgere.

Derfor er det viktig å virkeliggjøre politikken intensjon om nye koblinger mellom trygd og arbeid. Dette kan for noen kvinner bli varige løsninger, for andre løsninger i perioder. Og det er viktig å tilrettelegge attføringstiltak innenfor en arbeidsmessig ramme, som kvinner med smerteproblemer kan mestre.

Kapittel 13. Hjelpeapparatet og klientenes tidligere erfaringer

13.1 Kontakten med hjelpeapparatet

Å være deltaker på MIA er ikke det eneste som har hendt disse kvinnene i deres sykekarriere. De har hatt møter med helsevesenet og ev. med andre offentlige kontorer, både før MIA og ev. senere. Ingen annen sykdomsgruppe synes å ha flere helseproblemer, hyppigere legebesøk, så stor bruk av alternative behandlere. Og så få som er blitt kvitt sykdommen enn pasienter med fibromyalgi (Elstad 1994:917). Individene har gjort noen sentrale erfaringer i møtet med hjelpeapparatet. MIAs metode er lagt opp for å kunne møte klienter på en annen måte enn hva hjelpeapparatet tradisjonelt har gjort. Derfor er det ikke uten betydning å belyse noen av klientenes sosiale erfaringer i møtet med hjelpeapparatet. Disse erfaringene er i seg selv et premiss for MIA-metoden.

Om kvinnene kommer tilbake i arbeid eller ikke, kan slik sett ikke forstås utelukkende ut fra den påvirkning som MIA gir. Derfor vil det være relevant å se på kvinnenenes karrierer i det offentlige hjelpeapparatet, fordi selve kontakten og den retning som disse møtene har gitt prosessen, i seg selv kan påvirke prosessen og dermed også utfallet.

Dette karrièreperspektivet retter ikke oppmerksomheten mot individuelle egenskaper eller avvik, men mot egenskaper ved velferdsbyråkratiet. Utgangspunktet er at tilbudet av tjenester, materielle ytelser og hvordan disse leveres, i seg selv kan ha klientfremmende virkning. Dette innebærer at avvikskarrierer må studeres og forstås også ut fra hvilke kontakter en har hatt med hjelpeapparatet. Dette er viktig fordi det er hjelpeapparatets tilskrivelse (hvordan de velger å forstå en tilstand og situasjon) som i større grad enn selve avviket vil avgjøre klientenes skjebne. Det er derfor viktig å forstå hjelpeapparatets *definisjon av* og *reaksjon på* de avvikstypene de mener å stå overfor (Dahl 1985). Dette var ikke noe sentralt poeng da vi startet opp arbeidet med evalueringen av MIA. Men gjennom åpne intervjuer med klienter fikk vi tilgang til deler av deres personlige historie, og for mange var dette også en historie om samhandling med hjelpeapparatet. Klientenes erfaringer ble også viktig for oss, fordi disse erfaringene fremsto som så *viktige for* mange av *dem* vi intervjuet. Vi vil derfor se på hva ved møtet med hjelpeapparatet som var så viktig for dem, og om det her ligger poenger/kritikk som MIAs metodologi er i stand til å møte. Eller noe av bakgrunnen for at mange var så fornøyd med den måten MIA som team og metode møtte dem, og for MIA-metodikkens relevans i deres situasjon. Denne vurderingen har vi gjort rede for i kapittel 7.

Hjelpeapparatet har to oppgaver i møtet med klientene, de *tjenesteytende* (kurative, råd, veiledning) og de som er knyttet til *myndighetsutøvelse*, enten ved tilståelse av kontanter eller tjenester. De ulike hjelpere som våre kvinner er i kontakt med, vil ha ulike ståsteder i forhold til hjelp og myndighetsutøvelse. Vi vil i dette kapitlet ikke ta for oss myndighetsutøvelsen. Det vi her primært er opptatt av, er møtet mellom hjelpeapparat og klient. Og det første møtet med hjelpeapparatet, er i de fleste tilfeller møtet med legen. Det er legen de fleste søker til når det oppstår problemer som vi knytter til det helsemessige.

Vi vil i dette kapitlet ta for oss forståelsesformer som kan være med og forklare hva kvinner opplever som dårlig hjelp og uverdige situasjoner i møtet med leger, før vi i neste kapittel presenterer empirien. Vi hevder ikke at klientene alltid får dårlig hjelp. Et viktig poeng i dette kapitlet er at i møtet mellom lege og pasient, møtes ulike forståelsesformer. Både leger og pasienter har ulike oppfatninger av hva den sykes tilstand skyldes, og hva som kan eller bør gjøres. Det eksisterer ulike oppfatninger blant leger om hva som er «problemet», og ulike oppfatninger hos pasientene. Og handlingsviljen og evnen kan være annerledes fordelt enn hva en forutsetter. Vi finner ofte den «passive» legen og den «aktive og utredende» pasienten. Historiene handler ofte om pasienter som legger opp sine egne utredningsprosesser og behandlinger, i samråd med lege, men også med hyppig bruk av alternativ medisin.

Ser vi så på klientens kontakt med hjelpeapparatet, vil vi se på to forhold ved helseapparatet som en antar kan påvirke utfallet for klienten.

- Det ene er *tidspunktet* for kontakt med hjelpeapparatet. Bak mye av den forsøksvirksomhet som har foregått, har det ligget det premiss at klientene kom for sent i kontakt med hjelpeapparatet. Tidligere intervensjon ville kunne ha avbrutt mange syke- og trygdekarriærer. Dette tar vi opp i 13.2 «Tidlig intervensjon?». Var MIA en tidlig intervensjon? Er det problemer knyttet til å gripe tidlig inn i en sykekarriere?
- Det andre er *måten hjelpeapparatet møter klienten i det enkelte møtet. Hvordan møter hjelpeapparatet klienter med muskelsmerter?* Som empirien vil vise, finner vi mange dårlige klienterfaringer. Denne empirien vil vi redegjøre for empirisk i kapittel 14.
- Men for å tolke det de forteller, er det nyttig å gi en mer teoretisk framstilling av det *møtet* som finner sted, mellom legen som representant for hjelpeapparatet og pasienten. Vi ønsker her å legge til rette for en forståelse av møtet mellom to parter. *For det første, hvorfor er dette møtet så viktig, handler det om noe mer enn diagnose og behandling?* (se 13.3 «Verdighet»).
- *Hvordan kan vi forklare den situasjonen som oppstår i møtet?* Har alle klienter rett? Er det knyttet spesifikke problemer til møter, der lege og klient møtes om sykdommer med symptomdiagnoser? Hvilke forklaringsmåter griper vi til i situasjoner som er uklare for oss? (se 13.4 «Kontakten med hjelpeapparatet»).
- *Er det likegyldig hvilken lege klienter går til? Mener alle leger det samme om muskelsmertesyndromer? Gir de samme kur?* Vi vil i dette avsnittet vise noen ulike forståelsesformer vi har funnet representert i materialet, og som viser et fragmentert bilde. Disse formene representerer den ene siden i møtet mellom lege og klient (se 13.5 «Forståelsesformer og posisjoner i feltet av behandlere»).
- *Hvilken sykdomsforståelse finner vi hos de intervjuede kvinnene? Er de av den samme oppfatningen som leger? Har de særegne forståelsesformer?* Disse formene representerer den andre siden i møtet mellom lege og klient (se 13.5 «Kvinnene - hvordan forstår de egen sykdom?»).
- Sluttspørsmålet blir: Hva skjer så i møtet mellom de ulike forståelsesformene? Dette spørsmålet tar vi opp igjen etter at vi har presentert også kvinnenes forståelse og opplevelse av møtet med legen, se kap. 14. Konklusjonen fra stoffet i kapittel 13, trekkes over i kapittel 14.

13.2 Tidlig intervensjon?

Mye av den pågående forsøksvirksomheten bygger på en oppfatning om at klientene kommer for sent i kontakt med hjelpeapparatet. Dersom hjelp var satt inn tidlig i forløpet, ville tilbakevending til arbeidet gått lettere, og en kunne forhindre utviklingen av en klient- og trygdekarrière.

Hovedpoenget er at kontakten med den sykemeldte etableres for sent. Det skal foregå en tett oppfølging av langtidssykemeldte, med en medisinsk kontroll hver 14. dag, så sant det ikke er unødvendig. Under halvdel av de langtidssykemeldte er i kontakt med legen så ofte (Dahl 1985). Kontaktmønsteret kan forklares både ut fra kjennetegn ved personene og diagnosegrupper. De som er å betrakte som kronikere, er sjeldnere enn andre langtidssykemeldte til legekonsultasjon, og tendensen til hyppig kontroll er mindre for eldre pasienter (ibid). Kontakten med trygdekontoret er svakere. 35 % av Dahls utvalg hadde vært til samtale på trygdekontoret i løpet av sykemeldingsperioden. Disse samtalene fant sted ved slutten av sykemeldingsperioden, og gjerne i forbindelse med forberedelse av søknad om ny ytelse etter sykepengenes opphør (ibid). Dette har den følge at reell yrkesmessig attføring ikke blir iverksatt. Det finnes også belegg for at de tjenesteytende oppgavene fra sosial-, arbeidsmarkeds- og trygdeetaten fungerer dårlig, og er i seg selv en årsak til yrkespassivitet (ibid). Denne kunnskapen ligger bak de reformer og endringer som har funnet sted på 90-tallet, med tidligere oppfølging av sykemeldte og samarbeidsforsøk mellom de ulike etater for å styrke attføringen. MIA som prosjekt må ses i denne sammenheng. Det har derfor i MIA, som i de øvrige prosjektene i programmet «Trygd og rehabilitering», vært et sentralt poeng å gripe fatt i de sykemeldte tidlig.

I prosjektet MIA skulle en rekruttere personer som hadde vært sykemeldt mellom åtte uker og seks måneder. Slik sett skulle våre klienter ha en kortere karrière i systemet enn informantene i Dahls undersøkelse, og kontakten med hjelpeapparatet skulle være mindre omfattende og derfor også ha liten betydning for den effekten vi finner. At MIAs klienter gripes tidlig i sin sykekarrière, er imidlertid bare tilsynelatende. Inntakskriteriene for MIA sier hvor i det *nåværende sykemeldingsforløpet* en person skal befinne seg, og dermed ikke noe om denne sykemeldingsperiodens plassering i vedkommendes klientkarrière. Derfor kan det være slik at personer som har fått sykemeldingsuker bak seg ved inntak på MIA, har en tidligere omfattende kontakt med helsevesenet og andre deler av velferdsapparatet. Andre kan ha en lang historie i relasjon til hjelpeapparatet, men uten mye fravær, fordi de har benyttet ferier og egenmeldinger til rekreasjon (Rokic og Glenne 1996). Ut fra denne innsikten ble også inntakskriteriene til MIA håndhevet slik at også personer med lenger tids sykemelding, ble tatt inn på MIA, så sant MIAs øvrige inntakskriterier var oppfylt. Dette skjedde i den grad det var ledig kapasitet. Vi kan derfor ikke se bort fra at flere av personene, som gikk på MIA, hadde hatt eller hadde like i forkant av tilbudet, kontakt med helsevesenet eller andre deler av hjelpeapparatet.

Dersom vi skal forholde oss til strategien om at tidlig inngripen er viktig for sykemeldingsforløpet, og dermed også for sjansene til å komme tilbake i jobb, er det ikke tilstrekkelig å se på lengden av deres klientkarrière ut fra tidspunktet for intervensjon regnet fra første sykemeldingsdag i siste sykemeldingsperiode. Ideelt sett skulle utvalget ha vært gjort slik at vi visste hvor i en sykekarrière en person befant seg. Dette utvalget skulle vært gjort ved inntaket til MIA. Selv om vi i ettertid delvis kan etterspore hvor i klientkarrièren den enkelte

befant seg i det de startet på MIA, er det umulig å kontrollere for slike faktorer i et så lite materiale. Dette problemet vil imidlertid være omlag det samme for alle prosjekter under SMEs program.

Dette innebærer at vi ved vurdering av effekt, ikke kan se bort fra effekter som skriver seg fra samhandling med hjelpeapparatet, i hovedsak det medisinske. Og de fleste vi har intervjuet har hatt mange og omfattende kontakter med hjelpeapparatet. Kvaliteter ved denne kontakten er derfor viktig for utfallet. Samtidig er erfaringer fra denne kontakten også en forutsetning, erfaringer som klientene bringer med seg inn i nye tiltak. Derfor kan en ikke i den videre rehabiliteringsprosessen være likegyldig til de erfaringer som klienten bringer med seg. Vi har tidligere hevdet at vi ut av disse erfaringene også kan utlede metodiske premisser for rehabiliteringstiltak. Dette er bakgrunnen for den empiri og diskusjoner som føres i kapittel 13 og 14.

13.3 Verdighet

Poenget hos Dahl er ikke bare at hjelpen kommer for sent, men også at samhandlingen med apparatet selv undergraver selvtillit og pågangsmot (Dahl 1985). Selvtillit og selvrespekt er et gode i seg selv, samtidig som det er en kilde til virksomhet og menneskelig utvikling. Selvtillit er ikke et primært gode på linje med andre goder. Det er selvtilliten som drivkraft som er det sentrale. «Instead of the most important primary good, self-esteem is a good whose value derives substantially from its service as a condition for another and more important primary good.» (Lane 1982, s. 16). Veien til selvtillit og selvrespekt går i moderne samfunn gjennom statuser en oppnår, i mindre grad gjennom statuser en er tilskrevet (f.eks. som hustru, mor, datter, en Gerhardsen). Tilskrivning av roller kan være et grunnfjell i en identitet, men en slik tilskrevet base for selvrespekt er statisk, og dermed lite funksjonell i et omskiftelig samfunn og heller ikke særlig gunstig samfunnsmessig sett, påpeker Lane. Det er i vår kultur en viktig drivkraft at vi søker bekreftelse og selvrespekt gjennom det vi oppnår. Her setter han lønnsarbeidet i en spesiell stilling - det å tjene sine egne penger, er en viktig kilde til selvrespekt. Arbeidslinja er slik sett viktig for mange, fordi de gjennom å tjene egne penger også styrker sin selvrespekt, som igjen er drivkraften til videre vekst og utvikling.

Men er selvtillit og selvrespekt en oppgave for offentlig politikk? Det er med selvtillit som men lykke, det er ikke noe myndighetene kan skape for den enkelte. Men det en gjennom politikken kan tilstrebe, er å *unngå fornedrelse og vanære* (Lane 1982). Å arbeide for å holde folk i arbeid, kan være ledd i en slik strategi. Men da forutsettes det noe mer: *Selve motet med hjelpeapparatet må være slik at ikke det bidrar til å fornedre eller frata en person ære og aktelse, og slik sett bryte ned selvrespekten, og selvrespekten som drivkraft for videre utvikling - i og utenfor arbeidsmarkedet.*

La oss først gå tilbake til selvrespekten og selvtilliten, og se på hva som kan skade den. Selvtillit viser seg å være et godt vern mot kritikk, mot vanskeligheter og problemer. Men selvtilliten er også sårbar. Sårbarheten henger sammen med åpne situasjoner, der en ikke vet hva som er rett å gjøre, altså når det oppstår usikkerhet om det normative (Lane 1982). Et moderne samfunn preget av heterogenitet aksentuerer dette problemet. Et heterogent samfunn åpner for normativ usikkerhet ved at en ikke uten videre kan gå ut fra at gårdsdagens erfaringer er relevante for bedømming av nye problemer. Heterogenitet og nye situasjoner setter slik

selvtilliten på spill. Selvtilliten kan derfor reduseres, dersom det oppstår usikkerhet. Slik sett starter våre klienter i en usikker og nedbrytende situasjon, i og med at de har smerter som gjør dem arbeidsudyktige, og uten at det foreligger noen grunn eller forklaring.

Men dersom vi holder fast ved perspektivet fra Dahl, at samhandling med apparatet i seg selv kan undergrave selvtillit og pågangsmot, og dermed i seg selv påvirke forløpet av en klientkarriere, bør vi derfor se litt på kvinnenes erfaringer med hjelpeapparatet, både før MIA og i den perioden som har gått før vi intervjuet dem. Dette prosjektets design har ikke fokus på erfaringer med hjelpeapparatet. Vi har ikke i detalj kartlagt hele sykdomsforløpet og alle kontakter som har vært opprettet, men vi har i grove trekk kartlagt den enkeltes historie. Ettersom kvinnenes historier er svært forskjellige, vil historiene om kontakten med hjelpeapparatet utgjøre en større eller mindre del av den enkeltes historie.

Det er likevel verd å se litt på de historiene de forteller ut fra et kvalitativt synspunkt.

Kan klientene fortelle oss noe som har betydning for å forstå hjelpeapparatets rolle ved forløpet av ulike saker?

Er det slik at den behandling enkelte har fått i velferdsbyråkratiet i stor grad kan forklare den situasjonen som er etablert ved intervjuetidspunktet, ved oppstart på MIA?

13.4 Kontakten med hjelpeapparatet

Alle hjelpere og hjelperelasjoner er ikke like viktige for våre klienter. Her står legen i en særstilling, det er legen en ofte henvender seg til når problemer oppstår. Legen yter tjenester, legen medvirker til å utløse økonomiske ytelser (sykepenger) og gir råd og innstilling i forbindelse med ytelse av andre økonomiske ytelser (rehabiliteringspenger, yrkesmessig attføring, uføretrygd).

13.4.1 Legen - avklare, helbrede, lindre og trøste?

Alle har vært hos legen. Hva er så legens rolle i denne sammenheng? Ser vi på legen som tjenesteutøver, skal han/hun gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp, og gi sine pasienter de opplysninger de bør ha om sin helsetilstand og behandling. Videre skal legen la pasientene selv medvirke ved behandling (Legeloven av 1980, §25).

Hva er så å gi kyndig og omsorgsfull hjelp? Det kommer an på hvilket sykdomsbegrep en tar utgangspunkt i, og det kommer an på i hvilket område av den medisinske profesjonen legen arbeider. Dersom sykdommen er akutt, er den adekvate medisinske praksis å stille diagnose og gi behandling. Dersom sykdommen er kronisk, vil den adekvate praksis både være å se på sykdommens årsak og på individets muligheter for rehabilitering, der legens bidrag ev. er en av mange faggruppers bidrag. Legen kan ikke helbrede, men gi råd og følge personen gjennom prosessen. Fokus ligger her på personene og ikke på sykdommen. Rehabiliteringen skal hjelpe den syke/skadde til å gjenvinne mest mulig av sin fungeringsevne som forutsetninger for et normalt liv. Dette innebærer at en ikke bare vurderer *personen* når en gir råd, men også den *situasjonen* som en oppfatter at vedkommende befinner seg i, og hvilke muligheter som der foreligger. Legens praksisrolle tar slik sett utgangspunkt i kunnskaper om organer og sykdom i snever forstand, samt kunnskaper om individet og om samfunnsmessige

forhold, herunder forhold i arbeidslivet. Ved utskriving av sykemelding skal legen vurdere en pasients helseproblem og nedsatte funksjonsevne *mot de krav som stilles på arbeidsplassen*. Det skal tas stilling til om sykdom er tilstede, og om denne er av betydning for de krav pasienten møter i sitt arbeid (Tellnes m.fl. 1992).

13.4.2 Forhandlingen om diagnosen

Slik sett finnes det ulike ståsted for legen, ut fra det segmentet av profesjonen han/hun jobber og ut fra hvordan den enkelte legen utformer sin rolle. Alle leger følger kanskje ikke den norm for yrkesutøvelse som er blitt tillagt Hippokrates: «En sjelden gang helbrede, ofte lindre og alltid trøste». Legerollen er slik sett mangesidig, eller vi kan si at legen stilles overfor ulike krav, både i relasjon til pasienten og i relasjon til myndighetene. I møtet mellom fibromyalgiker og pasient, vil det være en prosess, der adekvat hjelp vil være ulike tiltak i ulike perioder. Etter en utprøving og avklaring av hva personens plager består i og hva de kan skyldes, vil en komme over i en fase der diagnostisering og behandling trer i bakgrunnen, og rehabilitering vil være legens perspektiv. Hva rehabilitering vil innebære, avhenger av *hvilken person og situasjon* legen ser for seg.

Men det er også forventinger fra pasientens side om hva han eller hun forventer at legen skal gjøre eller bidra til, altså hva pasienten ser som en adekvat legerolle og en adekvat tjenesteutøvelse. Det er ikke sikkert at partene ser saken på samme måten. Dette kan være en kilde til konflikt mellom partene, eller her - til misnøye fra pasientens side. Hvordan en velger å se konflikten i møtet mellom lege og pasient, vil avhenge av det teoretiske utgangspunktet en tar (for en skisse av mulige posisjoner, se Elstad 1993). Vi anlegger her et interaksjonistisk og situasjonelt perspektiv. Det innebærer at for å forklare sluttutfallet eller partsfortellinger om dette møtet, må fortellingen kontekstualiseres. Vi må her se på kjennetegn både ved legens og ved pasientens posisjon, på relasjonene mellom dem og også være innforstått med at denne relasjonen kan endre/utvikle seg over tid.

For legen har diagnosen vært et viktig utgangspunkt for hva som vil skje videre. Innen det medisinske hjelpeapparatet tjener diagnosen nesten som det eneste beslutningskriteriet for hvem som skal foreskrives spesialistbehandling, og hvilken type behandling en blir til del (Dahl 1985). Vi har her symptomdiagnoser og sykdomsdiagnoser. Ved en sykdomsdiagnose finner legen et anerkjent medisinsk navn på det symptombildet som pasienten presenterer, og denne diagnosen peker mot hvilke undersøkelser og behandlinger som settes i verk. Ved en symptomdiagnose er legen ikke riktig sikker på hvilken medisinsk tilstand som pasienten presenterer, og dermed heller ikke sikker på hva som bør gjøres. Denne vekten på diagnose har vært bestritt innen miljøer som arbeider med sammensatte og kroniske lidelser (Stein m.fl. 1993).

Pasientene på sin side kan være interessert i å få en diagnose, fordi det setter et medisinsk navn på deres plager. En symptomdiagnose som fibrositt er imidlertid ikke til noen behandlingsmessig nytte, fordi den ikke peker mot en årsak og dermed mot behandling. Men pasienten opplever det likevel som en medisinsk anerkjennelse, og diagnosen fritar henne for mistanker om andre grunner til ikke å arbeide og fritar henne fra rollen som psykiatrisk pasient (Malterud 1987). Generelt vet vi at kvinners plager oftere enn menns plager får en symptomdiagnose (Brage og Tellnes 1992), og at personer som har god tilgang til medisinsk ekspertise er mer tilbøyelig til å få en sykdomsdiagnose (Stein m.fl. 1993).

Hvilke grunner peker så litteraturen på for å forklare at leger i mindre grad klarer å legge de kvinnelige pasientenes helseplager under en anerkjent medisinsk kategori? Malterud peker på faktorer som ligger i *møtet mellom lege og pasient* (Malterud 1993a). Hun peker på språklige forskjeller mellom profesjon og pasienters hverdagspråk og fortellermåte, og hvordan sosialt kjønn påvirker denne kommunikasjonen. Det er slik at ca. ¼ deler av allmennlegene er menn, og 80 % av den pasientgruppen vi her behandler, er kvinner. Kvinner og menn bruker språket forskjellig, og det kan innebære at de samme ordene tillegges forskjellig betydning avhengig av om de kommer fra en mann eller fra en kvinne. Dette er med å bestemme partenes muligheter til å nå fram til hverandre. I dette møtet har vi også en usymmetrisk ballanse, der legen som den sterke part, er den som både leder samtalen og som bestemmer hva ordene skal bety. Legens profesjonsmakt vil slik sett begrense den kvinnelige pasientens muligheter til å bli hørt av legen. Dersom den kvinnelige pasienten møter en mannlig lege, vil kjønnsmakten ytterligere kunne svekke tyngden av hennes utsagn (Malterud 1993a). Pasienten på sin side har sitt bilde av hva legen skal bidra med. Og pasienten har en formening av hva som bør presenteres for legen, med sikte på å oppnå det pasienten mener at legen bør/skal gi. Pasientene står fram med en beskrivelse av lidelsen, som alltid vil være subjektiv, fordi det ikke finnes noe objektivt påvisningsgrunnlag. Denne beskrivelsen passer kanskje ikke inn i den etablerte medisinske forståelsen. Det foreligger her et bevisproblem. Men den subjektive framstillingen kan av den grunn ikke avvises. En kan ikke forlange at pasientene framstiller seg med et sykdomsbilde som passer til legevitenskapens utviklingstrinn til enhver tid, eller til legers kompetanse (Walmann 1989). Pasientens symptompresentasjon stemmer dårlig med medisinsk språkbruk, som foretrekker presise og veldefinerte angivelser. Symptomene kan ha uklart lokalisering («kjenner meg dårlig både her og der»), ubetydelige kjennetegn («er ikke noe særlig tross»), eller periodiske forløp («det kan nok veksle en del») (Malterud 1993a).

Det dreier seg altså om et møte, der forventningen og forståelsen av den andre partens verdier og muligheter kan være gale eller urealistiske. Pasienten er primært opptatt av å bli frisk, at legen skal finne ut hva som feiler en og deretter kan behandle denne tilstanden. I alle fall å utelukke at symptomene uttrykker livstruende tilstander. Sekundært å få noe å holde seg til, både som merkelapp på fenomenet og for å få en prognose for utviklingen.

13.4.3 Legen som den betydningsfulle andre. Om legens rolle i pasienters identitetsbekreftelse

Når pasienten går til legen for å få hjelp, er det ikke bare legens «hjelp» som har betydning, men også hva som utveksles i selve møtet. Møtet er et møte mellom ulike posisjoner. Pasienten går til legen for å få hjelp ut fra den forutsetning at legen har en ekspertise som lekmannen ikke har. En forutsetter at legen har noe som en selv ikke har og som en har bruk for. Pasienten har rett til å medvirke under behandling, men ikke selvbestemmelse, dvs. at legen blir konsulenten som gir råd og pasienten velger selv. Det er legen som bestemmer og pasienten som medvirker. Det er legen som har fullmakten, selv om pasienten kan ha god innsikt i egen sak. Denne innsikten er imidlertid ikke sertifisert, pasientens kompetanse er ikke offentlig godkjent og slik sett heller ikke tillagt fullmakt i egen sak. Dette er de formelle rammene omkring møtet. Hvordan legen *utformer* sin rolle i møtet med pasienten, er et annet spørsmål.

I utgangspunktet er møtet mellom lege og pasient en asymmetrisk relasjon. På den ene siden kan pasienten ha god innsikt i egen sak, nok til å vite når det er riktig å oppsøke lege. Men på

den annen side skal pasienten ikke ha betenkeligheter med å overlate kontrollen til legen, når pasienten først er kommet dit (Bloor og Horobin 1995, er etter Elstad 1993).

I selve møtet har pasienten et ønske om å bli hørt, forstått og derigjennom verdsatt av legen. Til en viss grad har vi alle et slikt behov, men de fleste av oss er ikke ofte hos legen, og legens oppfatning av oss eller den respons og bekreftelse han eller hun gir oss i situasjonen, kan derfor være av mindre betydning. Legen er ikke en betydningsfull «annen». For kronikere eller andre, som i perioder ofte vil søke lege, kan det derimot arte seg annerledes. De kommer til legen med en lidelse som ikke kan påvises ved hjelp av objektive funn. Det er i utgangspunktet ikke klart for verken lege eller pasient, hva pasientens historie handler om, er forstått som sykdom. Pasienten står i en usikker situasjon, han eller hun er redd de feiler noe alvorlig, ønsker å bli kvitt smertene og ønsker å bli trodd. Dette innebærer at legen møter en pasient som står i en svært usikker situasjon, en situasjon som er kritisk for å opprettholde selvtiliten. Lane pekte på at selvtiliten er utsatt når en kommer i en slik situasjon, og er i tvil om hva som er rett eller gyldig (Lane 1982), en tvil som også lammer en som aktør.

I dette møtet oppstår det tvil på flere nivåer. Det første og mest grunnleggende er å bli trodd. Dersom en ikke blir trodd på sin symptombeskrivelse, kan det oppstå en grunnleggende tvil som kan redusere selvtilit og selvrespekt. Det neste nivået er tvilen om hva slags sykdom en har, det er vanskelig å være syk, uten å ha en anerkjent sykdom, å kunne forsvare kulturelt at en er syk. Det neste nivået er usikkerheten for fremtiden, hva er prognosen for denne sykdommen og hva er dermed mulighetene i framtiden, helse- og jobbmessig.

Situasjonen for pasienten er altså usikker, og legen står i en spesiell posisjon i denne situasjonen som den som kan redusere usikkerheten, ved å definere situasjonen og slik sett tydeliggjøre hva som er det normative grunnlaget for individets handlinger videre. Dette skjer ikke gjennom én konsultasjon, men gjennom en serie av konsultasjoner over tid. Legen blir slik en betydningsfull «annen» innen et livsområde, der pasienten er spesielt sårbar. Samhandlingen mellom lege og pasient kan derfor antas å ha en selvstendig betydning for pasientens klientkarriere. Denne påvirkningen dreier seg ikke bare om legens råd som ekspert, men også måten møtet skjer på, som kan nedbryte selvaktelse og selvtilit og slik sett pasientens drivkraft for å komme seg videre. Dette er ikke et spørsmål om motivasjon hos pasienten i vanlig forstand. Selvaktelse og selvtilit er noe mer grunnleggende enn motivet for f.eks. å tjene penger, fordi det går på eget verd og er en drivkraft bak motivet for å oppnå goder av ulike slag.

13.4.4 Situasjon, person og avviksforståelse

Dersom vi først går inn på legens posisjon, kan vi i alle fall skille mellom to sider ved legens tilnærming. Først vil legen etablere en forståelse av det symptombildet som presenteres. Deretter vil legen være opptatt av hva som er adekvate forståelser for en gitt person og situasjon, avhengig av den sykdomsforståelsen som legen er bærer av. Delvis er dette to sider ved samme sak. Når en person presenterer et symptombilde for legen, vil legen ut fra person og situasjon danne seg en forståelse av hva som forårsaker disse symptomene, her smertene. Hva som iverksettes, er et svar på hva som forårsaker denne tilstanden. Det ligger slik alltid en eller flere forståelsesformer til grunn som ledsager handlingsvalget, forståelsesformer som er premisser for legens handlingsvalg.

Problemet i denne sammenheng med en symptomdiagnose er at den medisinsk sett ikke kan peke på en årsak, og derfor heller ikke på hva som kan leges. Når det ikke eksisterer en anerkjent årsak/virkning-forståelse, blir rommet for handlingsvalg mer åpent. Men de færreste (leger og pasienter) prøver ut tilfeldige tiltak, de fleste har en «teori» om hva som har forårsaket tilstanden, enten denne teorien er av medisinsk, sosial eller moralsk art.

Når kvinner med smerter i skjelett og muskulatur presenterer seg for legen, vil legens grunnleggende forståelsesformer tre inn og ledsage den videre handlingsgang. Dette er helt selvfølgelig ved enhver sykdom. Men i vårt tilfelle er bildet mer uryddig enn ved mange andre sykdomspresentasjoner, fordi det er delte oppfatninger hos leger om hva som forårsaker tilstanden, og dermed om en ser det fenomenet som presenteres som sykdom. Dersom tilstanden faller innenfor sykdomsforståelsen som legen er bærer av, vil sykemelding, behandling og rehabilitering vurderes. Faller fenomenet utenfor legens sykdomsbegrep, vil pasienten avvises. aktivt eller passivt.

Vi kan her snakke om mer generelle forståelsesformer hos legen, men også om hvilke *forståelsesformer som aktiveres i det enkelte syketilfellet*. Det er også slik at i sosiale møter er det en tendens til at en i uklare situasjoner attribuerer til person og ikke til situasjon (Jones og Davis 1965). Attribusjonsteori prøver å forklarer hvordan vi forklarer egen og andres atferd. Når det gjelder andres atferd, tenderer vi til å slutte at den atferden vi observerer er *til trekk ved personen*. Dette gjør vi spesielt når situasjonene er utydelig for oss. Når situasjonen blir tydeligere, blir det også mer nærliggende å årsaksforklare ut fra situasjonen. Ser vi det fra egen side, er derimot situasjonen gjerne tydelig, og vi som aktører har derfor en tendens til å årsaksforklare egen adferd ut *fra situasjonen*. Vi selv som aktør, med vår personlighet og atferdsmønster, er derimot mindre tydelige for oss selv. Men i eksperimenter, der aktørene også kan observere seg selv, er det en tendens til at måten aktøren forstår og forklarer atferd, blir mer i overensstemmelse med observatøren (Jones og Davis 1965).

Teorien peker på hva som skal til for at to aktører som samhandler, skal komme fram til en felles forståelse av en sak, hva saken handler om. Det handler om hva som skal til for at klienten og de profesjonelle kan danne et felles utgangspunkt for videre atfføring. Sett i relasjon til attribusjonsteori, vil det i mange møter mellom lege og klient være en tendens til at legen velger å forklare fenomener ut fra trekk ved personen. Vi må anta at dette skjer hyppigere for møter som skjer sjelden, som i møtet mellom spesialist eller trygdelege og pasient. Allmennlegen har ofte et langvarig forhold til pasienten, og vil slik sett ikke bygge sine vurderinger på et enkelt møte.

13.5 Forståelsesformer og posisjoner i feltet av behandlere

I møtet finnes det to parter, legen og pasienten. Men hver av partene kan innta ulike standpunkter og forklaringsmodeller mht. å forstå muskelsmertetilstander, noe som kompliserer beskrivelsen av et slik møte. Vi vil i dette hovedavsnittet skissere noen hovedposisjoner på *behandlersiden* i forståelsen av (kvinner med) muskelsmertetilstander, posisjoner som legen handler ut fra. Denne skissen er ikke på noen måte ment å være et utfyllende bilde av forståelsesformer i det medisinske og sosialpolitiske feltet. Men posisjonene vi presenterer er godt representert i det feltet, der våre pasienter må søke lege og behandlingstilbud.

Felles for de nye diagnosene er at de gir deskriptive betegnelser på tilstander med uttalte subjektive plager uten objektive patologiske funn, mens årsaksforholdet og patogenesen oppfattes som ukjent og usikker (Spongsveen 1987, Kogstad 1988, Malterud 1993a). I våre intervjuer med pasientene, har vi spurt dem hva de selv tror er den viktigste sykdomsårsaken i deres tilfelle, hva som var starten til sykekarrièren eller grunnen til at den startet.

Vi starter i sykdomsteser som er populære på behandlerens side, fordi det vil være slik at lidelsens posisjon i det medisinske faget vil prege de sosiale sidene ved samhandlingen (Elstad 1993). Elstad fant at i konflikter mellom leger og kvinnelige pasienter, var hyppigheten og konflikten styrket av typen av lidelse. De lidelsestypene som særlig forekom i konfliktfylte relasjoner, var alle lidelser i medisinens grenseland (nervøsitet, angst, fibromyalgi, samlivsproblemer) (op.cit:17-18). Fenomenet som pasienten presenterer vil altså få en ulik posisjon i det medisinske feltet, avhengig også av hvilken forståelsesform legen legger til grunn.

Vi går deretter over til kvinnens selv-sykdomsforståelse. I hvilken retning synes kvinnens forståelse å ligge, i relasjon til de posisjoner vi finner representert på behandlerens side? Om oppfatningene hos leger og klienter matcher eller ikke matcher, vil vi anta har betydning for hvordan møtet mellom dem arter seg. Et møte har alltid to parter. Og det er i dette møtet klientene har høstet sine erfaringer med hjelpeapparatet.

Belastninger

Belastningstesen finnes i ulike utgaver, som setter fokus mot ulike livsområder. Den klassiske belastningstesen rettet oppmerksomheten mot arbeidssituasjonen. Belastningen skrev seg fra et tungt og belastende arbeid, og for å snu utviklingen må en gjøre noe med arbeidssituasjonen. Denne tilnærmingen har størst betydning for forebygging. En annen tilnærming peker på at mange av dem som har fått en fibromyalgidiagnose, har hatt tunge belastninger og problemer tidligere i livet, av typen sorg, incest o.l. Andre belastningstilnærminger peker på kvinners samlede belastninger, at fibrosittpasienter er kvinner som strekker seg for langt (Malterud 1987, Lilleaas 1991). Tilnærmingen ligger da i å lære kvinner grensesetting, både i relasjon til jobb, familie og andre som gjør krav på en. Belastningshypotesene peker på et årsaksforhold mellom belastninger og smertesituasjonen, uten at det ligger noen fysiologisk forklaring av sammenhengen.

Denne tilnærmingen ser på fenomenet som noe kroppslig og som sykdom, men årsaksforholdene peker ikke mot smerteårsaker som lar seg behandle.

Fordi de nye diagnosene på ubestemte plager uttrykker liten kunnskap som kan omsettes til praktiske tiltak, kan det være en blindgate for både legen og pasienten, dersom en bare konsentrerer seg om å lete etter diagnosen (Malterud 1993a). De ubestemte plagene gir pasienten en stor risiko for å havne i et omfattende medisinsk system av utredninger, spesialundersøkelser og behandling. Dette kan være utløst av pasientens sterke ønsker, av legens uro for at noe alvorlig skal være galt. Men det kan også være en strategi for legen for å holde problemet unna og få en pause fra en håpløs pasient en tid (ibid). Legen skal da sørge for at det blir gjort akkurat nok undersøkelser, verken flere eller færre enn hva som trengs for å utelukke farlige sykdommer. Der det finnes spesielle diagnoser som pasienten er opptatt av, skal en innhente godt nok vurderingsgrunnlag til å avkrefte denne.

Stress, somatisering og falsk bevissthet -

Stress ses som en forbindelse mellom det psykologiske og det fysiologiske. Ulike former for psykiske belastninger gir en biokjemisk reaksjon, som i utgangspunktet er en forsvarsreaksjon. Når påvirkningen blir for stor, oppstår det vevskader (Malt 1989).

Pasienter psykologiserer problemer i hverdagslivet til å bli en belastning på kroppen (Staff i intervju med Ørsal, 1996). Dermed gror det opp vondter som ikke har fysiske funn. Årsakene ligger i at folk er stresset, at livet er for hardt for dem. Dette er i følge Staff, pasienter med liten selvinnsikt, de tror at sykdommen er fysisk, men er i følge denne teorien, psykosomatisk. Behandlingen må da ta utgangspunkt i en relasjonsorientert modell, hvor fokus rettes vekk fra de aktuelle smerteproblemene (Staff 1995:154).

Botemidlet er her å snu pasienten, få pasienten til å mestre sin situasjon ut fra en kognitiv atferdsstrategi.

Som ledd i en slik strategi utsettes pasientene for hard fysisk trening i en kontekst (sammen med hjertepasienter, de «virkelig syke»), der det ikke er plass for smerteopplevelser.

Medikalisering

Et viktig utgangspunkt i deler av det samfunnsmedisinske feltet, har vært kritikken av velferdsstatens tendens til å godta at en stadig større del av de vansker som rammer befolkningen skal forstås som sykdom, og at disse vanskene er legitime grunner for å be om hjelp. Ettersom sykdom er av de viktige legitime grunner til å søke hjelp, kan det være en tendens til å sykdomsforklare alminnelige livsproblemer, medikalisering. Folks alminnelige og subjektivt opplevde plager sykdomsforklars, for derigjennom å gi bæreren økonomiske rettigheter og tilbaketrekningen fra arbeid en verdig begrunnelse (Sundby 1987). Dette innebærer at de ikke er egentlig syke, og slik sett ikke har krav på tjenester og økonomiske overføringer. Det er slik en tendens til at vi hjelper folk med for mye, og derigjennom undergraver deres autonomi. Sykdomsforklaring av slike subjektive lidelser svekker evnen og viljen til å klare seg selv, og svekker derigjennom samfunnets moralske grunnlag. Slike subjektive lidelser er mer utbredt blant kvinner enn blant menn, og slik blir sykeforklaringer av kvinners lidelse og plager (som den gamle gikta) for Sundby en trussel mot samfunnsmoralen (ibid).

I tråd med denne forståelsesformen vil det være en av legens oppgaver å få folk til å tenke annerledes om seg selv og sin rolle.

Eller som Sundby har uttrykt det: Det må være lov å løfte lillefingeren for å *lutre de svakeste* (ibid). Det er deres selvforståelse det er noe galt med, de er egentlig ikke syke.

13.5.1 Oppsummering - en individ-, årsaks- og fortidsorientert forklaringsmodell

De ulike posisjonene blant leger er forskjellige. Den viktigste forskjellen er om pasienten blir sett som *syk eller som ikke-syk*.

Ser vi på *sykdomsforklaringene*, er det forskjell med hensyn til hvor i årsaksrekken oppmerksomheten rettes, hva slags påvirkningsfaktorer de omhandler og hvilket tids- og

romperspektiv som trekkes inn i modellen (Dæhli 1993). Men til tross for at de er forskjellige, har modellene *fellestrekk*, som viser til en tradisjonell, allmenn medisinsk sykdomsmodell. Denne modellen er individrettet, den er årsaksrettet og den er fortidsorientert. Det vil si at det er individuelle kjennetegn som tolkes som sykdom, og slike kjennetegn betraktes som et resultat av en eller annen påvirkning av individet i nær eller fjern fortid (ibid).

Denne allmennmedisinske modellen viser igjen til sykdom som er «noe», noe som individet har eller ikke har (Måseide 1991). Sykdommen er slik noe som tilhører individet eller attribueres til individet. Slik blir sykdommen knyttet til de egenskapene som menneskene er bærere av. Slike egenskaper forstås igjen som noe konstant for individet, på tvers av situasjon og tid. Dette er det sentrale personbegrepet i vår kultur og ikke noe spesielt for den medisinske forståelsen. Vi har slik en tilbøyelighet til å attribuere sykdom til personen, som noe denne er bærer av. Denne forforståelsen ligger altså ikke bare hos pasienten, men hos legen som person i den samme kultur, og som Måseide peker på, også i det sykdomsbegrepet som medisinerne opererer ut fra.

Men også en annen hovedtypen av modeller, peker mot egenskaper knyttet til individet. Her er det imidlertid *moralske kvaliteter* ved den enkelte en peker på, og konsekvenser for samfunnsmorale. Fenomenet uttrykker et avvik som kan sykdomforklares, men som har moralske grunner.

Når en som pasient med muskelsmerter møter legen, vet en ikke hva slags oppfatninger leger har av det fenomenet en er bærer av, i alle fall ikke i starten av sin karriere. Men det er grunn til å anta at legens antakelser vil påvirke hvilken behandling pasienten får, alt etter om legen tror det foreligger en sykdom, om legen mener at her foreligger en somatisering eller om legen heller til det synspunktet at vel har en litt vondt, men det er i hovedsak moralen som er svekket.

13.6 Kvinnene - hvordan forstår de egen sykdom?

Vi flytter her fokus til den andre parten i møtet med legen, til de kvinnelige pasientene. Dette avsnittet har basis i vår empiri. Hvordan forklarer de sykdommen? Hva opplever kvinnene skjedde ved sykdomsutbruddet? Er deres forklaringer av en slik art at de peker på hva som vil helbrede eller bedre situasjonen? Kommer de til legen med en mening om hva som har skjedd og hva som bør gjøres? Som vi skal se, er de forståelsesformer og forklaringer som kvinnene gir på sykdommen, ikke uten likhet med de teorier og tilnæringsmåter som diskuteres i fagmiljøene. Utdragene presenterer ulike varianter av de forståelsesformer vi finner i materialet. Det er ikke slik at det er én form som dominere, selv om vi nok finner flest varianter av belastningsteser.

La oss først begynne med dem som tror på en somatisk forklaring.

Det skjer plutselig og har ingen grunn

En kvinne forteller at det startet med en betennelse bak i skulderen og «den har ikke gitt seg enda, den sitter der. Så det er det som er det største problemet hos meg. Men jeg føler på en måte at det har forplanta seg videre. At alt egentlig kommer herfra, føler jeg. I og med at det

har jeg snakket med fysioterapeuten om også da, at musklene spenner seg når de er betent, og da vil det forplante seg helt automatisk, så det at jeg begynner å få de samme plagene, muskelsmerter over hele liksom, du kommer liksom inn i en vond sirkel. Du går og spenner deg hele tiden. jeg spurte (legene) hvordan i all verden får jeg noe sånt helt plutselig, og som ikke vil gå bort. Det var liksom greit nok at man kan få det, men hvorfor går det ikke vekk liksom, jeg prøvde jo, jeg hadde jo all slags mulige behandlinger - kortison, fysikalsk behandling og øvelser, og hos spesialisten fikk jeg en helt annen type sprøyte. Ingen ting har hjulpet noen ting».

En annen forteller om en feilhandling som utløste en strekk i skulderen, og så satt smerten der og gikk ikke bort. Det kommer uten forvarsel, som følge av et uhell.

Noe kommer i klem

En kvinne forteller: «Da plutselig så fikk jeg en sånn, fysioterapeuten kalte det for et eller annet jeg husker ikke hva det var, men det var noen nerver som kom i klem. Så jeg fikk forferdelige smerter i musklene da, så jeg kunne ikke rotere rundt med beinet. Det var helt akutt, det kom helt plutselig».

En annen beretter at smertene startet som akutte ryggsmarter. Tidligere hadde hun bare hatt litt plager i skuldre og armer, men var ikke mye sykemeldt for det. De kraftige smertene kom i forbindelse med en influensa, som ikke gikk over. Fra ryggen spredte de seg nedover i beina, i knærne, anklene og sittemusklene i rompa, og smertene forverret seg. Nå har hun smerter i hele kroppen hele tiden, fra nakken og helt ned til fotsålene. Legen mente det var fibromyalgi. Selv lurer hun på om det er de sammenvokste ryggvirvlene som er årsaken. Når hun nå tenker tilbake på det, så har det alltid vært slik at bestemte bevegelser utløste smerter der, koblet med kvalmende ubehag. Hun syns det virker som det er noe som ligger og presser. Det var nemlig spesielt ett punkt i ryggen som var veldig smertefullt, det virker som det er løst, eller «ligger sånn til, det er rett og slett ubehagelig».

Tidlige smerter

En kvinne forteller: «Egentlig så har jeg vært plaga i hvert fall - jeg kan huske langt tilbake, 15 - 20 år tilbake at det begynte - skulderpartiet, at jeg begynte med behandlinger der. Etter behandlingen så ble jeg litt mindre motløs og følte meg litt lettere og litt bedre, og det har jeg holdt på med i alle år. Så begynte ryggen og så begynte hele kroppen».

Vår neste forteller har hatt smerter siden hun gikk på ungdomsskolen. Hun husket at hun fikk dem første gang i gymmen, det var i et kne, det låste seg, og hun falt om. De trodde først at det var meniskskade. Hun ble sendt på sykehuset for det, og senere har hun vært på revmatisesykehus. Siden har smertene vandret rundt omkring, og hun kan ikke si hva som har vært det verste. Det har ikke vært slike ting i familien.

Familiearv

Denne kvinnen mener at hun lider av en sykdom flere i familien har, og mener at denne sykdommen kan ha noe med saken å gjøre. Det har alltid vært noe med bestemor og tantene. Både moren og en nevø har denne familiesykdommen, og er dårlige i leddene. Moren døde av nyresvikt pga. medisinbruk for en annen sykdom, og på slutten var hun totalt krøpling. Legen mente at den lidelsen mange i familien led av ikke ga slike plager, som det hun hadde. Hun

gikk også med høg senkning, uten at det er noen forklaring på det. Hun føler seg som et vrak og føler at hun ikke får den hjelp som hun skulle hatt. «Alt slår gær'nt ut, med det er ingen ting å si».

Stresshypotesen

«Kanskje det var at jeg ble sittende så mye og bare gikk tur med hunden, og liksom bare det med søndagsturer og sånt noe. Så jeg ble sittende mye, og så tror jeg det at det ble litt sånn prestasjonsangstprega, at jeg skulle vise at jeg kunne noe. Så måtte jeg på en måte ha spent meg, jeg satt jo og leste og leste hver dag.»

Belastningshypotesen

«Så det har vært mye som har vært stritt, skjønner jeg?» «Ja, det har det. Når jeg ser meg tilbake nå og er blitt dårlig, så kan jeg godt si at det har vært for mye. Men når jeg har stått midt oppi det, så har jeg både hatt krefter og vilje. Konklusjonen har vel vært at viljen har vært større enn evnen. Og det er i grunnen mitt problem.» Denne kvinnen beskriver at hun får dårlig samvittighet for at hun er blitt syk, for at hun gjorde så mye, ikke tok seg tid til å slappe av. Her gir mannen og familien henne støtte på at gjort er gjort, det kan ikke gjøres om, og ingen kan vite om hun ikke ville blitt dårlig likevel. «Det er jo heller ikke sikkert at det er det som er årsaken til sykdommen.»

Noen belastninger i livet er av en annen art. Vi har mange fortellinger om vanskelige eller tyranniske mødre. En forteller om at hun har stått på mye og så sa kroppen nei. Blant annet forholdet til moren, som hun utad takler, men «trækker følelsene inn i en skuff og lukker igjen». Hun sier hun er blitt litt for flink til å takle det, at det setter seg i kroppen i stedet. «Du biter tennene sammen og klarer stort sett alle psykiske påkjenninger hele tiden, og til slutt så blir du syk.» Hun sier at det ikke er noe som bare hun tenker. En tidligere lege hun gikk hos, forklarte henne denne sammenhengen.

Andre forteller om arbeid for foreldrene og om kampen for sykehjems plassene. En kvinne forteller om sin gamle mor - to timers reise fra hjemmet: «Hun nærmer seg 93 år og har bodd alene hele tiden. Så det har vært mye telefoner og mye besøk, og hele ferien gikk og hun ble til slutt så dårlig at vi måtte bære henne. Jeg ser ikke bort fra at det er med på hele slitasjen altså.»

«Jeg er litt redd... jeg har ikke turt si det, men jeg er redd at det har noe med smertene mine å gjøre. Akkurat i sommer har svingermor vært inne på Radiumhospitalet for kreft og er kommet heim og er gitt opp. Det har gått for seg i et år, og vi har vært spent på hvordan det ville gå. Det er klart at det er ei belastning. Vi føler at vi må dra dit et par ganger i uka, og bake litt og ta med litt ekstra, vi må gjøre så mye vi kan greie.... Og så må en være blid og opplagt. Det nytter ikke noe annet for en som lever i det siste året.»

Jobben betyr noe

«Hva skjedde første gangen da?» (Hun fikk det første gangen da hun var ca. 27 år.) «Det skjedde ikke noe, men jeg satt og skrev på maskinen da. Det var veldig tungt å skrive den gangen, for vi hadde jo noen elendige maskiner. ... Det var veldig sånn, vi hadde veldig respekt for sjefer, og det var veldig annerledes å jobbe den gangen enn det er nå. Selv om vi har veldig press på oss nå, så er det på en annen måte. Fikk vi noe fra en jurist som skulle

gjøres ferdig på fredag ettermiddag, de kunne jo ha sittet med det i ukevis. Skulle det være ferdig, så skulle det være ferdig. Og det skulle det være, feilfritt. Fant de en kommafeil, så fikk du det tilbake. Jeg tror nok dette begynte allerede da, at jeg løftet skuldrene og gikk på.»

«Etter jeg begynte å jobbe igjen, det er ti år siden nå. Jeg begynte å jobbe igjen i fast, i full jobb da. Det er klart at det blir jo veldig mye da, og ha hus og barn og full jobb. Så det har nok vært mye. Så har jeg ikke likt meg på alle de jobbene jeg har vært heller. Så det også har vært en årsak....».

En kvinne forteller at hun alltid har hatt litt problemer med ryggen. Men det har ikke vært slik fra barndommen av. Det begynte med litt vondt i nakken og skuldre, da ho jobbet med ... (næringsmidler). Begge foreldrene er plaget med smerter. Moren, som kom ut i yrkeslivet sent, har leddgikt og har vært operert mange ganger. Hun er i dag uføretrygdet. Faren har andre smerter, mer revmatiske. Han har jobbet med tunge ting. Har en søster som også er mye plaget. Det synes som det er ganske likt. Hun mener det for hennes del kom av all ståingen i jobben, og at hun der «overtrekte» bena.

13.6.1 Kvinnenes forståelsesformer - en oppsummering

Ser vi på forklaringsformene, er det forklaringer som personene hevder å *gjelde spesielt for deres tilfelle*. Når de skal forklare det som har hendt dem, ligger det ofte flere forklaringer inne, somatiske forklaringer, samt belastningshypotesen, er de to hovedforklaringene som er gjennomgående.

Det er viktig for klientene å finne ut hva som er årsaken, ikke bare fordi en da kan peke på behandling og framtidsutsikter, men også fordi diagnosen gir en tilhørighet - «noe å grense inn under», som en kvinne formulerte det. Vi vil forstå oss selv i kategorier, som syk eller frisk, og som syk *er jeg noe* gjennom at jeg har en sykdom/diagnose. Det dreier seg ikke bare om legens stempel og sertifisering av vårt arbeidsfrie liv som verdig, fordi jeg er syk, ved at legen gir en medisinsk anerkjennelse som fritar henne for mistanker om andre grunner til å ikke arbeide (Malterud 1987). Det dreier seg også om å kunne forstå seg selv, her i kategorier som medisinen har definert, og som etter hvert eksisterer kulturelt gjennom de verdier og forestillinger vi knytter til disse kategoriene. Diagnoser er slik «noe» for den som ikke har noe annet å støtte seg til.

Men selve forståelsesmåten har de ikke alltid funnet på selv. Noen kan fortelle at årsaksforholdet er noe de har lært av en lege eller en fysioterapeut, f.eks. at ting skjer når belastninger topper seg. Andre forståelsesformer er synspunkter som de ikke vinner gehør for i den medisinske profesjonen, men som er populære forklaringer i familien, f.eks. muskelsmerter som følge av kjente sykdommer i familien. Vi ser også at vi har innslag av revmatiske sykdommer i familiegenerasjonen. Belastningshypotesen er etter hvert også godt ukebladstoff. Sykdomsforståelse er slik kulturelle forestillinger som vandrer, noen sykdomsforståelser vandrer i familier, noen vandrer mellom pasienter og hjelpere, og atter andre forståelsesformer vandrer fra ukebladenes historier og legespalter til pasientene.

Vi merker oss også at mange klienter bruker liknende forståelsesformer som mange leger bruker. Unntaket er imidlertid forståelsesformer som leger er bærere av og som impliserer at klienten er moralsk defekt eller ikke har oversikt over seg og sin situasjon.

Kapittel 14. Møtet med legen

Hvordan opplever kvinnene sitt møte med leger? Hva forteller møtene om? Vi vil i det følgende knytte det teoretiske grunnlaget til vår empiri. De utdragene jeg her presenterer fra intervjumaterialet, er her redigert som episoder og som case. I noe tilfeller bruker vi deres fortellinger direkte. Alle historiene er imidlertid anonymisert. Dette er gjort ved at noen konkrete beskrivelser er generalisert. Navn på leger og sykehus er i noen tilfeller tatt bort, og detaljer som gjør historien plasserbar, som bosted, alder på barn o.l. er tatt bort. Poenget er at historien ikke kan føres tilbake til person. Ett unntak kan være andre kvinner som har vært i samme gruppe. De kjenner ikke nødvendigvis igjen personene, men de er selv blitt fortalt den samme historien i løpet av MIA. Antakelig vil mange mene å kjenne historiene av de som har gått på MIA, fordi mange har likeartede historier. De case og episoder vi her har redigert ut, er slik sett ikke enestående for enkeltpersoner, men har mange felles trekk med andre personers historier. Historiene er slik sett typiske ut fra vårt intervjumateriale, selv om den enkelte historien har sine særtrekk. Historiene reiser noen forskjellige problemstillinger, samtidig som noen poenger går igjen i flere episoder. Vi har samlet likeartede poenger i bolker.

Vi har valgt å ta diskusjonene etappevis, i tre omganger, men der noen tråder samles mot slutten for å belyse om kapitlets hovedproblemstilling: *Er klientens erfaringer med hjelpeapparatet viktig i relasjon til de kvaliteter som ligger i MIAs metode? Er MIAs metode spesielt relevant for smerteklienter?*

- Det første vi tar opp, er kvinnenes beretninger om hva de ønsket seg av hjelp fra legen. Hva slags hjelp ønsket de? Hva fikk de? Ledet legen sine pasienter gjennom undersøkelser og utredninger? Overbehandlet/utredet legen dem?
- Det andre punktet vi tar opp handler om å bli trodd og mistrodd. Hva innebærer det for kvinnene ikke å bli trodd? I hvilke situasjoner finner vi mistroen ev. tilliten kommunisert?
- Det tredje punktet handler om hvordan legen kan se person og situasjon på en måte som oppleves som ærekrenkende av klienten. Dette er noe mer enn ikke å bli trodd. Vi forteller her «ekstreme» historier, også fordi de bringer opp poenger mht. hvem en person «er» som sjelden blir skarpstilt.

14.1 Å ønske hjelp

Vi vil her presentere noen historier om kvinners forventninger til legen. Historiene er typiske for hva kvinner forteller i vårt materiale. Og det ligger i historiene litt ulike poenger: «*Jeg skulle ønske at han hadde hjulpet meg å sortere litt*». Denne fortelleren er ikke veldig fornøyd med den behandling hun har fått for smertene. Hun syns ikke hun har fått noen veldig god utredning. Hun var til computertomografi, «det var de veldig raske med - å utelukke at det ikke var noe veldig alvorlig». Så har hun prøvd bedøvende sprøyter rett inn i to veldig ømme punkter bak i bakhodet. Det hjalp ikke, når bedøvelsen var over, var smertene like sterke. Hun hev seg raskt på alternative behandlingsformer, litt ulikt henne, sier hun, og litt for raskt med akupunktur, for den kom samtidig med de bedøvende sprøytene, og det skulle det helst ikke vært. Hun var imidlertid ikke klar over at hun skulle få slik behandling hos legen, trodde hun

bare kom til utredning. Det var fordi hun nettopp hadde byttet lege. Den første legen hun gikk hos, var hun ikke fornøyd med - «det var nærmest som å snakke om været, hun var absolutt ikke involvert i det jeg snakket om. Hun sa hun tok en nevrologisk undersøkelse, og det gjorde hun absolutt ikke - det var så overfladisk. Men hun tok jo den CTen og hun snakket med nevrolog på telefon, og han mente vel at det ikke var nødvendig at jeg kom til ham. Så hun gjorde jo en del ting, men så ble det bare sykemelding, sykemelding, sykemelding.» Så gikk hun tilbake til den legen hun tidligere hadde brukt, før hun ble syk. Hun valgte ham fordi hun likte ham, synes han var åpen, grei og forståelsesfull, «men... jeg skal jo ikke skyldes på ham, men jeg hadde jo ønsket mer enn et klapp på skulderen og ha det bra. Men det er jo ikke noen sånn entydig løsning, men jeg har vært litt frustrert over han, men det er sånn at jeg kan si det til han, så det er et greit forhold sånn. Men jeg har jo hele tiden villet at han skulle gi meg løsningen. Det ser jeg jo nå at har nok vært ganske urealistisk fra min side. ... Jeg har vært veldig utålmodig, og han har sittet veldig mye og bare hørt på meg og ikke kommentert. Jeg synes liksom ikke jeg har fått den tilbakemeldingen som jeg har vært veldig ute etter. ... Jeg sa jo det at ... Jeg synes det blir veldig mye meg som hele tiden må prøve å finne løsningen. Ja, sa han, men du prøver kanskje for mye, og du snakker kanskje for mye om det også. Han mente på en måte at jeg hadde så mange tanker i hodet og så mange baller i lufta, at jeg tror han mente at jeg bare måtte få det ut. Men jeg skulle jo ønske at han hadde hjulpet meg og sortere litt. Da hadde jeg prøvd akupunktur, og ringt nevrologer. Jeg bare slo opp i katalogen, for å høre om liknende tilfeller. Jeg holdt på sånn for jeg synes ikke jeg fikk svar hos han. Og smerteklinikken var jeg opptatt av. Og hele tiden sier han - Det er minst et halvt års ventetid og det nytter liksom ikke. Så jeg ble litt sånn avfeid følte jeg».

«Ikkje berre sette seg te»

Den neste fortelleren lurer på om det var en virussykdom som utløste de plagene som hun nå har. Det gikk noen uker etter denne sykdommen, da føttene og leggene hennes begynner å verke. Etter hvert tok det til å verke i hele kroppen, akkurat som om hun hadde influensa, men det var litt rart, for hun ble ikke forkjølt av det. Hun gikk så til legen som mente at det var senebetennelse i begge legger. Hun fikk noe avspennende tabletter og ble sent til fysioterapi. Fysioterapeuten sa etter få behandlinger at dette ikke kunne være senebetennelse. Fysioterapeuten snakket så med legen. Hun hadde så vondt i ryggen, og legen lurte på om det kunne være MS. Ble så sent til nevrolog. Hun har vært hos to nevrologer. Med de smertene orket hun ikke vente på det offentlige helsesystemet og gikk til privat. Deretter på sykehuset. Det ble tatt CT. En fant en skiveprolaps i ryggen, men de mente at det ikke kunne være den som ga smerter i bena, og de mente at hun ikke var hjulpet av operasjon. Skulle prøve om prolapsen gikk tilbake og måtte ligge helt rolig i to uker. Det var det ingen hjelp i. Tok deretter en spinalundersøkelse som kunne konstatere prolapsen. Etter dette som skjedde i 1989, var det vanskelig å holde en tidskronologi. Etter den tid har hun vært mye sykemeldt og har prøvd alt. Hun har vært hos homøopat, akupunktur og fotsonebehandling. Armene tok til å verke, og legen tok til å snakke om fibromyalgi. Det var ikke mye å gjøre, og hun ble sendt til spesialist, revmatolog. Først gikk hun til en privat - hun sa ikke så mye og hun hadde ikke med seg så mange papirer heller. Hun ville bli vurdert på fritt grunnlag. Hun hadde et inntrykk av at dersom en sykdom ble presentert, så hadde legen lett for bare å si seg enig. Men ikke noe å anbefale. Hun har senere vært til ny revmatolog og han sa det samme.

Hun har prøvd mye akupunktur. Det er vondt når de settes i, men det kan hjelpe litt. Det er noen lange nåler som ikke brukes opp igjen. Noen av dem settes det fyr i for å gi varme. Og

det er dyrt. Hun har også prøvd elektroterapi, og opplevd deres svært aggressive markedsføring eller salg av medisinske tjenester. Videre har hun vært på rekreasjon med fysioterapi.

Som en oppsummering av historien, sier hun at det skjer ikke noe, dersom en ikke gjør noe selv. Hun kunne «ikkje berre sette seg te». Ikke det at legen ikke er hyggelig og sjefen er grei og forståelsesfull, men hun prøver alt for «ho vil ikkje godta smertene». Hjelpeapparatet har for henne hatt lite å tilby, her måtte hun finne på ting selv. Hun har brukt en liten formue på alle undersøkelsene og behandlingene som hun har prøvd.

«Men legen vet ikke»

Den tredje fortelleren har hatt en del kontakt med hjelpeapparatet, og beskriver dette som en stor jobb. Hun gikk først hos en lege som hun var veldig fornøyd med, som så sammenhengen mellom kropp og psyke og belastningene hun var utsatt for, som tok seg tid og så alt i en helhet. Men legen fikk stipend og sluttet med praksis. Legen foreslo at hun skulle gå på en klinikk som har et tilsvarende sykdomsperspektiv. Det gjorde hun en stund, men måtte slutte fordi det var et privat legesenter og det ble for dyrt for henne. Hun betalte 140 kroner for å få en resept som hun hentet på klinikken. Og ofte kom en konsultasjon, pluss noen prøver opp i en tusenlapp. Så hun hadde ikke råd til å gå dit. Da skiftet hun over til sin vanlige allmennpraktiserende lege, som er den som skriver attestene i attføringssaken.

Hun opplever imidlertid at legen har dårlig tid, at det er mye praktisk det som foregår i konsultasjonene, prøver som må tas, rekvisisjoner eller henvisninger som skal skrives, og at det ikke er tid til noen grundig gjennomgang, eller til at hun kan si noe om hvordan hun har det. Det er hun selv som tar kontakt med legen når hun trenger legen.

Hun administrerer hjelpen sin selv. Passer på å få attestene over, henter dem hos lege, kjører dem til trygdekontoret, for å unngå forsinkelser og forglemmelser. Opplever at saksbehandlere skifter, at saker blir liggende, at det tar lang tid for å finne rette person i systemet, at en alle steder må sørge for å ringe til rett tid - svartid onsdag 12 - 14 osv. Alt er ressurskrevende. Hun har prøvd både akupunktur og homøopati, og noe virker. Hun leser om sykdom og behandling, spør legen om hun tror det eller det kan være noe for henne, men legen vet ikke - svarer at hun kan skrive ut en resept, så hun kan prøve. Hun sier at allmennpraktikere ikke har spesiell kompetanse, og overlater til henne å prøve å finne ut hva som kan hjelpe. Legen skrev bl.a. ut henvisning til allergispesialist, den har hun hatt i to år fordi hun ikke har hatt råd til å gå. Og hun får resepter og rekvisisjoner, men flere av dem tar hun ikke ut eller hun fullfører ikke kurene, for det blir for dyrt. Den allergiutredningen hun skal gjøre nå koster 450 kroner, men det er en grundig utredning med blodprøver og tester. Hun må hele tiden avveie hvilken behandling hun skal prioritere. Medisinene koster mange hundre kroner, egenandelen på fysioterapien er for høy, og akupunkturbehandlingen må hun betale helt selv. Det ruinerer henne helt. Attføringsstøtten strekker ikke til.

«Legen mente at han hadde gjort det han kunne gjøre»

Den fjerde fortelleren er en ung middelaldrende kvinne med både store og små barn. Hun hadde bekkenløsning under siste svangerskap, og denne lidelsen ses som oppstarten til den videre sykekarrièren. Hun hadde da begynt å jobbe igjen i en god jobb i forhold til hennes utdanning. Hun gikk først til en allmennpraktiker på hjemstedet. Av ham ble hun sendt til manuell fysioterapi og skulle trimme. Dette var i løpet av første året. Dette hjalp ikke, tvert i

mot. Hun har også vært hos idrettsmedisiner og «han fant ikke noe særlig spennende», slik hun formulerer det. Hun «krangla» seg så til rekvisisjon hos fysioterapeut, som hadde greie på bekkenløsning. Der fikk hun øvelser og massasje, og dette programmet passet henne mye bedre. Men 12 ganger var for lite i følge terapeuten. Og legen var uvillig til å gi henne noe mer. Hun ønsket ikke å diskutere mer med legen. Dermed ble det slutt på den behandlingen som hadde vært til noen nytte. Legen mente at han hadde gjort det han kunne gjøre, og at hun bare måtte «lære seg å leve med det.» Han synes at han har gjort mye, det syntes ikke hun. Hun har nå skiftet lege.

«Jeg kunne ønske at jeg fikk en lege som kunne bakke meg opp litt og sånn»

Den femte fortelleren, en enslig ung middelaldrende kvinne, forteller: «Det begynte, altså.... jeg har jo alltid hatt vondt i ryggen, spesielt ett sted i ryggen, som har vært veldig vondt i perioder.... begynte jeg å ordne rundt og ringe og bestilte timer for å finne ut av dette. Jeg kom til nevrolog først, og så fant ikke han ut noe. Han trodde at jeg hadde hofteleddsarosklerose i den ene hoften. Hun hadde til da gått hos en kvinnelig lege, det var greit når behovet var å ta kreftprøve en gang i året. Hun er sånn veldig kjapp, det er bare inn, kjapp, kjapp, og så ut igjen, og det passer meg bra i grunnen. Men når jeg følte at jeg trengte henne, så hadde hun ingen ting å gi. Hun mente at jeg bare skulle gå slik. Så skiftet jeg lege og fikk tak i en ortoped, som jeg kjente fra før. Men når jeg kom til han ortoped, så begynte han å undersøke meg, og han trodde siden jeg hadde psoriasis på beina, så trodde han at...siden jeg hadde vondt i knærne også, så trodde han at jeg hadde hofteleddsartrose. Det er jo ikke så sjelden at en kan få det med den type psoriasis som jeg har. Så gikk jeg tilbake til ortoped, siden jeg kjente han, for jeg fikk ikke oppfølging av reumatologen. Da hadde jeg vært til utredning på en sånn computertomograf. Det var ortoped som ville at jeg skulle gjøre det. Da sier han at han syns jeg burde gå på bassentrening».

Tiden går og hun må få nye rekvisisjoner, og blir av spesialisten bedt om å bruke leger ved det kommunale legesenteret. Han er hun ikke fornøyd med. Han er alt for ung og han er «altså, han er veldig positiv, for det jeg hele tiden kommer med forslag, og så sier han ja og nei, det var jo kjempefint. Sist gang jeg kom og skulle ha sykemelding, gikk det raskt, 150 kroner og så ut. De er ikke interessert altså, legene. Den samme dama hadde imidlertid skrytt av en spesialist på senteret. *Jeg kunne ønske at jeg fikk en lege som kunne bakke meg opp litt og sånn. Altså sånn som de spesialistene, sånn som de gjør.* For de skal jo stille en diagnose, så de er mere aktive i sin situasjon, så de setter seg inn i ting og graver og spør. Ikke for det at en allmennpraktiker skal være noe sånn, klapp på skulderen og stakkars deg, men en viss sympati, og at de seier at de forstår hva du sier. Jeg forstår at du har det sånn og sånn, at de kan ta initiativet litt mer. Jeg føler jo at jeg har gått runddans, og det har jeg jo gjort helt aleine. Det har jo gått ganske kjapt, for jeg er en utålmodig person, så jeg vil ha det unna, ferdig, og få gjort noe med det. Kan ikke gå med det å syte bestandig.»

14.1.1 Selvhjulpne kvinner - men med ønske om en annen hjelp enn de fikk

Vi har her sett på en bolk av historier. I disse historiene ligger det mange ulike poenger. I de fleste historiene ligger troen på at det må finnes en somatisk årsak til sykdommen, og at det derfor også sannsynligvis finnes en behandling. Mange av historiene handler om at legen er for passiv, både ved at legen vil avvente og at legen ikke setter seg nok inn i hva som finnes av utredninger og behandlingsmuligheter. Det blir de selv som må finne ut av ting og som må ta initiativet. Legen er så behjelpelig med rekvisisjoner, sykemeldinger osv.

Andre betoner legens passivitet som en avvisning - han syntes at hun hadde fått nok behandlinger. Mange av de historiene vi får, innebærer at personene har følt seg avvist. Avvist både ved at legen ikke engasjerte seg, ved at legen egentlig ikke hørte etter og i de verste tilfellene, at klienten opplevde seg behandlet nedlatende og arrogant. Dette er også observert i andre undersøkelser. Malterud setter denne reaksjonen inn i legens situasjon som hjelpeløs. Kvinnene kommer med plager som utfordrer legerollens allmektighet, fordi det ikke finnes åpenbare og effektive løsninger. Legens faglige hjelpeløshet kan så ubevisst vendes til aggresjon og avvisning ved at pasienten får skylden for at plagene er «ubestemte» (Malterud 1993a).

Mange av kvinnene forteller gjennom sin historiefortelling om egen handlingsdyktighet, de har stått på, de har ordnet ut og de har skaffet seg informasjon, og til og med kryssjekket spesialisters uttalelser ved å gå til flere uten å fortelle om tidligere spesialistundersøkelser. De har ikke bare satt seg ned. Det at de har vært informerte og handlingsdyktige blir her en styrking av deres selvbilde som autonome.

Men når kvinnene nå ser seg tilbake, etter å ha undersøkt alt, sniker det seg inn en liten refleksjon over hva dette har kostet dem, av innsats og av penger. Ønsket overfor legen kan da omformuleres som at *«Jeg skulle ønske at han hadde hjulpet meg å sortere litt»*. De hadde kanskje kunnet trenge litt hjelp til å diskutere gjennom saken, til å skille skitt fra kanel. Kvinnene har kanskje ikke ønsket å legge opp og å kjøre sin egen utredning, de hadde kanskje ønsket en aktiv motpart/medspiller i legen. De ønsker ikke råd om å ta det rolig, vente litt, da er legen «passiv og uinteressert». De vil ha aktiv handling, det skal skje noe.

Men det skal ikke bare være action. Som vi har vist, skjedde det mye i mange konsultasjoner, mye skulle skrives og administreres. Legekonsultasjonene blir for praktiske, det er så mye som skal ordnes, rekvisisjoner, resepter og sykemeldinger. Det blir ikke tid for legen til å spørre: «Hvordan har du det i dag?» Klienten uttrykker også ønsker om litt omsorg, selv om en lege som bare er hyggelig ikke står høgt i kurs - det skal også være effekt. Det skal ikke bare være et klapp på skulderen.

Empirien kunne vært sett som en beretning om legers mangler og feil. Det er imidlertid ikke vårt perspektiv. Beretningen er beretninger om et møte, og møtet har to parter. Vi har her hørt den ene parten. Når vi ser de ulike beretningene, ser vi at det er flere ting som fortelles. Det skal være action og oppbremsing, hjelp til å finne fram i systemet og omsorg. Det er ulike ønsker som legges til møtet mellom lege og pasient, ønsker som kan være i motstrid på et gitt tidspunkt. Det er vanskelig for lege og pasient å forhandle seg fram til en felles forståelse av tilfellet og av en kommende prosess.

14.2 Om troverdighet

Mange av kvinnenes historier om møtet med hjelpeapparatet handlet om å bevise og overbevise. De skal overbevise noen som «vet» noe de ikke vet. Eller ser dem på en måte som de ikke ser seg selv.

«Hun så at jeg sjangla altså»

«Da kom jeg opp og da sier min avdelingssjef, nå må du gå til lege. Hun har jo sett det på meg lenge, hun har sagt det mange ganger når jeg kom opp på jobben, dem så det jo på meg, jeg er fullstendig klar over det, dem så det så godt på øynene mine, jeg fikk sånne dopa øyne, det så ut som, ja at du gikk på noe stoff, eller - ja hadde dopa deg ned med et eller annet. ..Og så sier a: «nå må du gå til lege». Når jeg kommer til henne, for det er en lang gang du går gjennom, så kommer hun bak meg og så sier hun: «Jeg ser det, du sjangler». Hun så at jeg sjangla altså.»

«Hun er dame selv»

«Siste gang var jeg hos bedriftslegen», forteller en kvinne, «jeg var der til vanlig kontroll, og så i løpet av samtalen så kom det frem at jeg var helt nedgått. Da var det nærmest hun som sa at jeg burde eller trenge en pause. Hun er dame selv, så hun skjønner kanskje hvordan det er når du blir eldre, for du blir jo mye mer sliten når du er eldre. Ikke for det, de er slitne de unge på jobben også. Så det er ikke bare vi eldre. Men hun sa at etter vi blir femti, så skjer det noe med oss, vi orker ikke så mye som før, og vi gjør det ikke så fort som før, og hvis du da skal forsøke å henge på, som det kreves av oss. Hun hadde jo forståelse for det, jeg vet jo ikke hvor gammel hun er, men hun er en voksen dame i hvert fall.»

«Tjente ikke mannen bra?»

Denne kvinnen har stått på både i jobb og idrett, men har slitt med hodepine og stive skuldre og nakke siden hun var ung. Hun måtte oppgi aktiv idrett. Legen anbefalte helsestudio og vekttrening, og det var da hun virkelig ble dårlig. Hun var så ille at hun måtte reise hjem fra treningsstudio i drosje. Da var det at hun begynte å tenke tilbake, og tenkte at hun kanskje hadde revmatisme. Hun har vært til flere leger, men uten at noe skjedde, og hun er i dag bitter over at hun ikke ble tatt alvorlig. Legen hun gikk til ville heller ikke gi henne noen diagnose. Han sa at han godt kunne kalle det fibromyalgi, men han ville ikke skrive det. Det mente han at det ikke var noe poeng i, han var ikke enig i at det var noen diagnose. Han sa at hun måtte lære å leve med det. Hun var langt nede og gikk i over ett år med kroniske smerter. Legen lurte på om hun ikke bare kunne la være å arbeide så mye, tjente ikke mannen bra? Hun var ganske rystet over dette utsagnet. Dersom en kommer til legen med en sykdom, blir en bedt om å holde seg mer hjemme og leve på mannen!»

«Bare noe psykisk...»

En kvinne forteller at hun av legen sin ble henvist til revmatolog. Denne revmatologen tror i følge henne, ikke på fibro. Der ble hun tatt i mot som en som var ute etter å få trygd. På det tidspunktet hun kom til ham, var hun både fysisk og psykisk nedkjørt og hadde mye smerter. Det han så gjorde var først å prate med henne en time. I den neste konsultasjonstimen skulle han ta på henne, men de to stedene han tok, utløste slik smerte at han ikke ville/kunne fortsette. Etter dette trakk han den konklusjonen at det ikke var bryet verd å kjenne, for dette var bare noe psykisk.

«Det sto psykiater på døra»

Den neste fortelleren har engang vært hos trygdekontorets rådgivende lege. Der sto det psykiater på døra. Hun var inne et kvarter og skulle fortelle livshistorien sin. Senere fikk hun

se papirene fra trygdekontorlegen hos sin egen lege. Der sto mange ting som var helt feil - private ting som ikke var sånn som det-sto. Det, sier hun, er kanskje ikke så rart, for det er jo grenser for hva en kan få med seg på et kvarter.

14.2.1 Fra mistro til nedverdiggelse

Historiene handler både om å bevise og overbevise - og om at noen ganger nytter det ikke. Det var viktig for vår første forteller at sjefen og kollegaer hadde sett at hun sjangla, og det var viktig å fortelle andre at de på jobben hadde sett at hun sjangla. Intervjupersonene måtte overbevise andre. Å sjangle var for henne det mest håndgripelige beviset, et rent sannhetbevis.

Den neste historien handler om forståelsesfulle leger som viste forståelse, ikke bare ved å tro på pasienten, men ved å hjelpe pasienten med forklaringer slik at hun også kunne tro på seg selv: «Du trenger en pause, du blir mer sliten i din alder». Legen hjalp her pasienten ved å gi begrunnelser.

De neste historiene handler om leger som hadde sine bilder av hva som var i veien med klientene og hva som skulle til, og om kvinner som ikke ble hørt. En kvinne forteller at hun ble henvist til den typen lege som ikke tror på fibro, fra en av hans trosfeller som kunne fortelle at dette bare var noe psykisk. Dette er historier vi fikk mange av. En annen lege kunne ikke se poenget med at hans klient skulle arbeid så mye, tjente ikke mannen godt nok?

Å ikke bli trodd, opplevde kvinnene som noe nedverdiggende. De ble ikke trodd på sine smerter og de ble ikke trodd på hvem de var, som yrkeskvinner. De opplevde å bli behandlet ovenfra og ned. De ble ikke tatt alvorlig på hva de presenterte, og de ble forstått og fortolket i kategorier som er knyttet til å være en person som ikke har innsikt. De hadde ikke smerter, men psykiske plager, noe bare legen skjønner. Og de var ikke virkelig syke yrkeskvinner, men i like stor grad sin manns kone, som kunne trekke seg tilbake fra arbeidsmarkedet og være forsørget.

14.3 Hvilke skjemaer gjør legen relevant i møtet?

La oss innledningsvis få presentere to historier. Dette er ikke typiske historier i vårt materiale. Dette er historier om dårlige møter mellom lege og klient, der legens personsituasjonsforståelse avviker sterkt fra klientens forståelse. Vi kan imidlertid anta at innholdet i historiene ikke er helt særegen. En av historiene kom opp fordi pasienten hadde bedt om utskrift fra sin journal. Dette kunne være et godt materiale for å studere legers forståelse av pasienter og årsaksattribusjon. Dette ligger imidlertid utenfor den oppgaven vi opprinnelig hadde stilt oss.

«Det eneste du trenger er et mannfolk»

Fortelleren var i begynnelsen av 40-årene da hun ble skilt, solgte huset og overtok forsørgelsen av barna. Hun hadde da ikke vært i jobb de siste 15 årene. Hun er initiativrik, får seg jobb og bolig. Da hun ble alene, ble hun engasjert i sin og barnas nye situasjon. Hun var aktivt med i borettslaget og i aktiviteter og komiteer i borettslaget. Hun var uforberedt på å overta forsørgelsen, og ser på disse alene-årene som veldig slitsomme. Hun var veldig opptatt av og innstilt på å klare seg økonomisk, og at det skulle gå bra på alle måter. Hun følte at hun

hadde et veldig ansvar, og det var bare familien som opptok henne. Men hun klarte det og det er hun stolt over.

Helseproblemene begynner når hun er omkring 50, har jobb hun trives i og barna er blitt store. Hun klarte seg i flere år uten å ta ut sykemelding. Men så går det ikke lenger. Hun går så til legen på legesenteret. Det ble tatt prøver, og hun måtte passe på kolesterolet og får tabletter for litt forhøyet blodtrykk. Det ble tatt røntgen av hoftene på Ullevål. Sykepengene går ut og hun får attføringspenger. Hun føler seg dårligere, hovner opp i sommervarmen og går igjen til legen. Men legen sa at det ikke var noe, og ingen ting ble gjort. Det gir seg vel, så hun og ga henne et glass paralgin. Vondet gikk tilbake. Like etter sommeren ble hun henvist til en lege, en revmatiker. Han spurte om en hel del private ting, noe hun ikke tenkte så mye over. Begynte å lure når han spurte om kjærligheten. Hele seansen tok 10 minutter. Det var ikke noe galt med henne - «Det eneste du trenger er et mannfolk». Hun var ganske sjokkert over at en lege kunne si noe slikt. Skulle hun begynne å farte rundt på sjekking, hun som nesten ikke kunne komme seg ned trappa?

«Noe tungt dysforisk preg, som gir inntrykk av betydelig vitalitetsvekkelse»

Vår neste forteller har også vært gjennom en skilsmisse. Hun har arbeidet i perioden mellom de to barna, men etter nummer to ble hun hjemme i noen år, og begynner for fullt igjen i 1990, og ble syk noen år senere. Hun har fått avslag på søknad om attføring etter at hennes sykepengerettigheter var brukt opp. Det var en stor overraskelsen å få avslag. Hun hadde gått til spesialist med en gang og hadde uttalelse på at hun hadde fibromyalgi. Men hun har anket avgjørelsen for flere måneder siden, men ikke hørt noe. Hun er veldig bekymret for framtiden, spesielt økonomisk.

Hun har prøvd mange typer behandling, hun har trent og hun vært hos flere leger.

Trygdekontoret ønsket en spesialistuttalelse, og hun ble sendt til en ny spesialist. I sin uttalelse skriver han: «ved undersøkelse noe overvektig dame på xx år, noe tungt dysforisk preg, som gir inntrykk av betydelig vitalitetsvekkelse». Og undersøkelsen ble foretatt på fem minutter, der legen ikke trykket på et eneste punkt. Det hun gjorde var å løfte armene, sitte på kne o.l.

Hun forteller også om da hun var til trygdelegen. Han sa at hun måtte bare se å lære og leve med smertene. Han sa at han ikke tvilte på det hun sa, ingen andre kunne vite hvordan en hadde det inne i seg. Vår informant mener at dette ble sagt på en arrogant og nedlatende måte. Han brukte bare 15 minutter på å undersøke henne, før han sa at hun bare kunne fortsette å være i jobb. Han skrev om henne: «Ved dagens undersøkelse kom hun gående uten besvær. Ingen kliniske funn.....Virker noe initiativfattig... Mener selv at det dreier seg om fibromyalgi.» Hun forklarer selv at grunnen til at de kan tillate seg å skrive slikt, er at folk ikke benytter seg av innsynet i egen sak. Hun opplevde også at ingen av legene hadde undersøkt henne, men at de begge var motstander av diagnosen fibromyalgi. De mener at hun har nerver, at det er psykisk, og det intervjupersonen mener de da sier, er at hun er en hypokonder.

14.3.1 Person og situasjon

Ser vi den siste fortalte historien, handler dette om møte med spesialister som ikke kjente henne, og der vi ikke vet hvor mye av bakgrunnshistorien som fulgte med i hennes journal. Hun sitter derimot i situasjonen med et helhetssyn på sitt liv og sin sykdom. Hun synes ikke at

det er så rart at ting låser seg helt, når mannen drar sin vei, økonomien og andre sider ved livet raser sammen, og hun klarer heller ikke å opprettholde den inntekten hun har hatt de siste årene. Hun er syk i følge seg selv, og klarer ikke av arbeidet slik hun nå er. Det er ikke arbeidssituasjonen i seg selv som skaper problemet eller som har forårsaket sykdommen, men helheten av belastninger som til slutt ble for mye å bære. Hun venter hjelp av legen til å bli frisk, ikke for at de skal løse de livsproblemene som skilsmissen gir. Når hun ikke klarer å arbeide fullt, forventer hun å få dekket opp inntekten gjennom trygden.

Legene på sin side gir en psykologiserende beskrivelse av henne som person, slik som hun kanskje framstår for han i møtet. Hun beskrives fysisk og tilskrives psykologiske egenskaper, egenskaper som ikke er verdimeslig nøytrale i vår kultur. Hun er tykk, hun er initiativfattig. Dette peker mot mangler ved viljen, ved karakteren og ved moralen. Hun vil ikke nok. Hun kunne spist mindre eller mosjonert mer, og hun kunne tatt seg sammen, vist litt initiativ. Det å være tykk i vår kultur, viser også til en moralsk svikt. Dette peker ikke bare mot det situasjonelle ved møtet, men viser også til hvilke hypoteser legen ut fra dette møtet danner seg om årsaken til det fenomenet som hun fremstiller: Hun er ikke egentlig syk, det dreier seg om en moralsk brist, hun ligger som hun reder, og har følgelig ikke krav på tjenester eller kontantoverføringer. Trygdelegen viser hva han mener, ved på den ene siden å si at han naturligvis tror på henne, ingen andre enn den som har kroppen kan vite det - samtidig som hun oppfatter at han sier det på en arrogant og nedverdiggende måte.

Det er et problem i situasjonen å avgjøre hva som er sant. På grunn av fenomenets art, kan det ikke avgjøres hva som er sant ved at legen kan konstatere noe som objektivt sant. Hjelperen/legen skal da ta stilling til at noe er sannsynlig og troverdig.

En strategisk situasjon?

For å se på hvilke krav som da gjelder, må en først gjøre en antakelse om hva som er rammen for situasjonen. Er møtet mellom lege og klient en sosial situasjon, der klienten primært er ute etter å oppnå visse resultater? I så tilfelle har vi med en strategisk handling å gjøre. I en slik situasjon vil ikke det språklige uttrykket direkte vise til aktørens intensjon, og legen må da legge en fortolkningsbakgrunn for de utsagnene som pasienten kommer med. Ut fra hvordan en velger å kontekstualisere utsagnene eller forstå situasjonen, vil pasienten være mer eller mindre troverdig. Sundby skisserer møtet som en slik strategisk situasjon, og som *en bestemt strategisk situasjon*: «Observasjon av atferd i gitte situasjoner? Hvordan skal en håndtere troverdighetsproblemet knyttet til symptomangivelsen, motivasjonen, behandlingsinteressen etc. når pasienten ønsker trygd og legen helst vil kurere?» (Sundby 1985, s. 243). Dersom det er slik at fibropasienter er pasienter med liten selvinnsikt, de tror at sykdommen er fysisk, når den er psykosomatisk (Staff 1995), er det ikke noe poeng å tro på hva pasienten sier. Ettersom pasienten nettopp kjennetegnes av liten selvinnsikt, har deres presentasjon av subjektive opplevelser liten verdi. Men legen må etablere en tillitsfull lege - pasienten - kontakt, legen må opptre som om han eller hun godtar alle symptomer som reelle. Sykdomsforståelsen forutsetter en strategisk innstilling fra legen for å komme i posisjon til å iverksette en kognitiv endringsstrategi. Vår informant, som opplevde seg nedlatende behandlet, kan ha vært i nettopp en slik situasjon.

En alternativ tilnærming for legen i situasjonene kunne være å møte klienten med en vilje og innstilling til å forstå vedkommendes situasjon og handle ut fra at klienten er interessert i det samme. Begge parter kan alternativt handle ut fra at begge parter er interesserte i å komme til

en felles forståelse og enighet med hverandre. En forutsetning er da at begge parter anser hverandre som kompetente (om enn på ulikt vis), og at begge parter opptrer autentisk og sannferdig overfor hverandre. Vi velger da i større grad å se situasjonene som et kommunikativt møte mellom lege og pasienten, og der legen går til møtet med en forståelsesorientert innstilling. For å komme fram til hva pasienten feiler, er legen avhengig av flere kunnskapskilder. En viktig kunnskapskilde for legen er her pasientens symptombeskrivelse, sykehistorie og problemdefinering (Malterud 1993b). Poenget er da ikke lenger at det foreligger et troverdighetproblem, men et kunnskaps- og forståelsesproblem.

Våre hverdagslige sosiale interaksjoner vil i stor grad være strategiske, men det innebærer ikke at vi går til ethvert møte med bare en strategisk innstilling.

14.3.2 Sosial kategori - skjema

Hvordan kan vi forstå møtet mellom legen og pasienten? Når legen skal avgjøre om en tilstand er å kategorisere som patologisk og derfor krever tiltak, ligger det en forståelse av hva som avgjorde starten på sykekarrièren (Måseide 1991). Vi har ulike begreper om hvordan virkeligheten er. Bruken av kategorier fører til en objektivisering av virkeligheten gjennom klassifisering. Det er ikke personer, men institusjoner som står for denne klassifiseringen, i denne sammenheng den medisinske profesjonen som institusjon. En ser verden gjennom disse kategoriene og bestemmer hva medlemmene av institusjonen/medisinen ser som fornuftig og naturlig. Måseide påpeker at medisinen setter ikke bare kategoriene. Ved slik å sette rammer for virkelighetsforståelsen, setter en også rammer for rettferdighet, fornuft og moral (Måseide *ibid*). Kategorisering er slik også å felle moralske dommer. Men for å forstå kategorier bruker vi kunnskapsmessige prototyper. Dette er en typifisering og sosio-kulturelt avhengig informasjon, som vi har lagret og som vi bruker for å identifisere konkrete hendelser, erfaringer og observasjoner. Når vi klassifiserer bruker vi denne typen informasjon, og slik bruker vi informasjon som ikke springer ut av den konkrete situasjonen eller hending til å forstå det som skjer eller det vi ser. Vi henter fram de kognitive skjemaene vi ellers bruker. Vi legger altså noe til i situasjonen, noe som går tilbake til kognitive skjemaer og fyller slik ut situasjonen. For å vurdere kategoriseringen «syk kvinne», tar legen fram sine kognitive skjemaer, en kognitiv sosialklassifisering som ikke ligger i situasjonen.

Dersom en tenker at *skilsmis* er det som er sykdommens oppstart, er det legen ser *en skilt kvinne*. Dette innebærer at kvinner defineres primært i relasjon til menn. En gift kvinne kan være en forsørget kvinne, en skilt kvinne kan være en kvinne uten forsørger. Dette er et skjema som peker på kvinners forankring i familieinstitusjonen, og ikke i lønnsarbeiderinstitusjonen. Dette er et tradisjonelt skjema. Som skilt kvinne oppbeholder hun ikke selvstendige rettigheter, ut over begrensede rettigheter til å motta underhold fra ektefellen.

Intervjuet med en kvinnes møte med spesialtiten som ikke undersøkte henne, dreier seg om deler av det samme. Legen gjør ingen undersøkelse av fysisk art, i alle fall ikke slik hun hadde forventet. Hun har altså et begrep om hva som er en adekvat undersøkelse. Hun blir spurt om private ting, og som folk flest svarer hun på det hun blir spurt om. Av dette trekker han den sjokkerende konklusjonen at det hun trenger er et mannfolk. Vi kan håpe at historien dreier seg om en dårlig vits fra en lege. Vi kan imidlertid ut fra vår metode ikke gå videre for å verifisere historien. Men forholder vi oss til historien slik den er fortalt, er det også flere måter å forstå den på. Det ene er at hun trenger en mann som ankerfeste i livet. Det andre at hun

skulle hatt en mann til å forsørge seg - det er ikke normalt for kvinner i hennes alder at de skal måtte (lønns)arbeide så mye.

Utfallet av legens vurdering vil være avhengig av hvilken kategori eller skjema legen bruker. Bruker en her skjemaet «skilt kvinne», velger en å se en kvinne i lys av ekteskapsinstitusjonen og ikke som autonom person. En gift kvinne er slik en kvinne tilordnet en mann, og der en ofte velger å se en gift kvinne som privat forsørget, og hennes bidrag til forsørgelsen som noe «ekstra». Vedkommende kan likevel i perioder, og spesielt i perioden forut for arbeidsuførheten, ha vært i heltids lønnet arbeid. Vi kan se våre fortelleres historier som legers kategorisering av kvinner, og ikke av syke arbeidstakere.

Det er i dag en forventning og krav til voksne mennesker (og kvinner) at de skal forsørge seg selv. Dette ligger i arbeidslinja. Det er videre en forventning hos borgeren at velferdsstaten trer inn med kontantstøtte når forsørgingsmuligheten opphører, forutsatt at den opphører av grunner som vi anser som legitime. Det er imidlertid mulig at noen leger ikke ser kvinner som selvstendige personer.

Går vi så tilbake til problemstillingen om å se person eller situasjon, er poenget her at legen velger å fokusere på person. Delvis ved at det som observeres tillegges en antatt indre personlighet, det er noe psykisk - eller at de personskjemaer som legen nytter seg av, velger bort skjemaet «syk kvinne» og velger å se «gift kvinne». Medikaliseringskritikerne ville uttrykke dilemmaet annerledes. En vil hevde at det er sykdomsbegrepet som strekkes for å favne problemer i den private forsørgelsen: «Skal andres forsørgelsesplikt eller uførhet oppstått i forbindelse brudd på en forsørgersituasjon, trekkes inn i den medisinske vurderingen?» (Sundby 1995, s. 243). Poenget er hvilken relasjon en tar utgangspunkt i, *mellom borgeren og lønnsarbeidet*, eller *relasjonen mellom kjønnede borgere*, som menn og kvinner med ekteskapet som referanseramme. Vi må ha klart for oss hva som er situasjonen for de kvinnene vi har intervjuet, de har et langvarig og som oftest stabilt forhold til arbeidsmarkedet. Slik sett har de vært «selvforsørget», selv om deler av dem lever i hushold der den andre parten har den største kontantinntekten. De kommer til legen fordi de vil bli friske og fordi de ikke klarer av (lønns)arbeidet.

14.4 Ære og moral

Hva er det som gjør kvinner så opprørte over den behandlingen de har fått av enkelte leger? Det er klart at de ikke oppfatter legetjenesten som adekvat for seg, men også som slett yrkesutøvelse. Legen eller spesialisten har ikke gjort jobben sin. Forventningen til spesialisten kan være slik vi fant i en fortelling: «Jeg kunne ønske at jeg fikk en lege som kunne bakke meg opp litt og sånn. Altså sånn som de spesialistene, sånn som de gjør som de er. For de skal jo stille en diagnose, så de er mere aktive i sin situasjon, så de setter seg inn i ting og graver og spør». Men at noen gjør en dårlig jobb, gjør en ikke alltid sint og krenket. Det var tydelig i mange av intervjuene at kvinner følte seg krenket av den behandlingen legen hadde gitt dem. For å komme dette problemet nærmere, er det viktig å se på hva en pasient og lege forhandler om, bortsett fra diagnoser og behandling. Eller vi kan si at det ligger en annen type forhandling innbakt i forhandlingen. Vi tror her det er viktig å fokusere ikke bare på legens forhold til pasienten og til sykdom, men også legens forhold til arbeidet.

Legen skal gjøre en vurdering om den enkelte er i stand til å arbeide. Som vi tidligere har pekt på, er det sterke normative føringer som tilsier at alle voksne skal delta i lønnet arbeid, og et hvert fritak for arbeid berører et ømtålig område, verdimessig. Ikke alle begrunnelser for å avstå fra arbeid er gyldige, dersom en skal leve opp til samfunnets moralske normer. En kan ikke være ute av funksjon «uten grunn», unndra seg forpliktelser i lønnsarbeidet, i hjemmet og sosiale aktiviteter. Skal klienten med god grunn være borte fra arbeidet og være verdig hjelp fra fellesskapet, må klienten vise at hun er villig til å arbeide, men ikke kan arbeide, ev. ikke er i stand til å få seg et arbeid. De som ikke kan, mangler midlertidige eller varige ressurser eller arbeidsevne. De er syke eller funksjonshemmede. De som er villige, som har ressurser, men som ikke kan få et arbeid, er de arbeidsløse. Dette er de verdige, de som ligger innenfor samfunnets avgrensning av hvem samfunnet kan yte sine velferdsordninger (Midre 1990). Sertifisering av syke er slik sett ikke bare åpningen for å bli tildelt helsetjenester og sykepenger, men også å bli tildelt adgangen til å være *arbeidsfri med ære og verdighet* i behold. Og det er nettopp opprettholdelse og tildeling av ære og aktelse det sosiale spillet handler om (Goffman 1967). Pasienten opplever at en medisinsk anerkjennelse fritar henne for mistanker om andre grunner til ikke å arbeide (Malterud 1987). Medisinen er blitt den sterkeste leverandøren av de gyldige begrunnelsene. Ingen kan forlange at en skal arbeide, dersom en er «syk». Helse-avvik er slik sett en av de få legitime begrunnelser vi har i kulturen for å redusere det normative trykket mot arbeidsytelser. Legen er derfor den som sertifiserer personer med gyldige grunner. Når en ikke er «syk», har en ikke rett til tjenester eller penger innen det medisinske apparatet. Og en har ingen ærbar grunn til ikke å arbeide. Dersom en ikke gikk tilbake til jobb, hefter det noe moralsk illegitimt ved personene. En unndrar seg forpliktelser fordi en er lat eller gal. Som legen skriver om en pasient, det er ingen ting i veien for at hun skal kunne gå tilbake til jobb, underforstått: Hun har arbeidsevne, det er ikke evnen det skorter på.

Et annet poenget som vi finner i andre historier: «Det sto psykiater på døra», handler om psykiatriske diagnoser. Å få en psykiatrisk diagnose, er å få en diagnose. Men det er samtidig ikke å bli trodd. De blir ikke trodd på sin fortelling, men fortellingen blir årsaksforklart av noe bakenforliggende som ikke er umiddelbart tilgjengelig for individet, bare for legen/psykiatrikeren/psykologen. Eller som Staff uttrykker det, disse damene mangler selvinnsikt (Staff 1996). Det er derfor viktig at legen anerkjenner deres arbeidsvilje, de er ikke late, de er ikke gale, og deres selvforståelse er OK. Dette er viktige elementer for kvinnene for å beholde sin ære og selvaktelse, og dermed også drivkraft og initiativ (Lane 1982).

Men det kan være at det også ligger en annen ærbarhetssak i de fortellinger vi får. Legene har fokusert på mannen eller fraværet av mann. Ser vi de historiene vi her drøfter fra legens side, var det kanskje et forslag om en aktverdig tilbaketrekking som lå bak spørsmålet om ikke mannen tjente godt nok. Historien kan derfor også fortolkes som et tilbud på en aktverdig kvinneverole. Men hun som fikk spørsmålet, ble overrasket.. Hun er av en generasjon kvinner som både utdanningsmessig og politisk har villet se seg selv som autonome og selvforsørgende. Et forslag om privat forsørging er slik en underkjennelse av hennes idealer og av henne selv.

En historie dreide seg om hun som var stolt over å ha klart seg så godt etter at hun ble skilt, selv så uforberedt hun var på at en slik situasjon skulle oppstå. Hun hadde vist at hun klarte seg godt uten mann, selv om dette ikke var en situasjon som var ønsket. Når det antydes at det hun trenger, er en ny mann, tolkes det fra hennes side også som en underkjennelse av hennes

innsats og av henne selv. Hun ble ikke sett som autonom person, noe som hun (trodde) hun hadde oppnådd gjennom praksis.

Det kan her dreie seg om både sosiale definisjoner og normative standpunkt. Kvinner ses i relasjon til en mann, det er institusjonene som kommer forut for personen. Og innen ekteskapet foreligger det plikt om gjensidig forsørgelse. Dersom den parten som har fått sin arbeidsevne redusert, forsørges gjennom trygden, innebærer det i følge Sundby at familiebånd og forsørgelsesplikten taper terreng (Sundby 1995). Trygden svekker slik normative standarder. Dette er på den andre siden normative standarder som kvinnene ikke deler. Legen kan slik sies å legge sin sosiale definisjon av personen og sine normative standarder til grunn i møtet.

Går vi tilbake til Malteruds hypotese om den vanskelige kommunikative situasjonen mellom den mannlige legen og den kvinnelige pasienten (Malterud 1987), peker vår empiri ut over det språklige ved den kommunikative situasjonen. Det peker på legens posisjonsmakt som definisjonsmakt til å velge skjema, der en velger hvilken begrepsmessig verden en setter den kvinnelige pasienten inn i. Hun kan bli sett som «skilt kvinne» og ikke «syk arbeidstaker». Videre peker vi på at det kan eksistere ulike normative idealer hos menn og hos kvinner for hva som er en verdig kvinneverole i dag.

Legen er den som sertifiserer personer med gyldige grunner. Å bli sertifisert gjennom en aktverdig diagnose, er særlig viktig for personene som er syke på en måte som er usynlig for andre. Legen er slik sett en politisk aktør på to plan, på vegne av velferdsstaten ved å sortere ut de verdige, ut fra sitt begrep om sykdom og som aktør i en debatt om hvilke fenomener som inngår i sykdomsbegrepet. I en situasjon, der det blant leger og annet helsepersonell ikke er allmenn enighet om hvordan en skal forklare tilstandene en observerer med smerter i muskler og skjelett, er det åpent for å legge ulike teorier til grunn i yrkesutøvelsen, som trygdelege, som spesialist og som allmennlege. Vi observerer i vårt materiale hvordan trygdeleger med ett standpunkt, forlangte nye spesialistuttalelser fra sine klienter, hos egne meningsfrender. Slik blir klientene kasteballer i en diskurs om hvilke forståelsesformer som er gyldige i medisinen, og hvilke avgrensninger velferdsstaten skal utøve.

14.5 Oppsummering og konkludering av kapitlet

Vi har i dette kapitlet tatt for oss erfaringer som er viktige for klientenes møte med MIA. Det handler om møter mellom klienter og helsevesenet, i hovedsak representert ved leger. De fleste av våre klienter har hatt mange kontakter og vært avhengige av legens råd og hjelp, både i sin helsesituasjon og i relasjon til fritak fra arbeid og utløsning av økonomiske overføringer. Disse møtene har dannet erfaringer som de som klienter bærer med seg. Det sentrale poenget her er hvordan de er blitt møtt, ikke bare hvilken effekt konsultasjonene har hatt for å utløse rehabiliteringstiltak eller andre kontanter og tjenester.

Møtene med hjelpeapparatet/legen er kompliserte, fordi det i møtet ligger flere ønsker: De ønsker hjelp, det er derfor de kommer til legen som har en annen kompetanse enn dem selv. Men de er ikke fornøyd med hvilken som helst hjelp, den skal være aktiv, finne muligheter og sette igang utredninger og tiltak. Samtidig er det ikke alltid så mye å gjøre, så legen skulle kanskje ha overbevist dem om begrensningen i muligheter. Og legen skal ikke bare være

effektiv, han/hun skal også vise innlevelse og omsorg - selv om en hyggelig lege ikke er verdsatt, dersom det ikke skjer noe!

Men møtet er også bestemt av hvilken forståelse som legen legger til grunn, både hvilken forståelse han eller hun setter muskelsmertesyndromer inn i, i hvilken grad legen klarer eller er villig til å se personens situasjon, og i den grad en legger en situasjonsforståelse til grunn, hva er det ved situasjonen legen fester seg ved?

I disse møtene føler personene seg ofte misforstått. Men ikke alle misforståelser er like ille, alle misforståelser er ikke krenkende. Vi pekte på at noen forståelsesformer oppfattes som ærekrenkende fordi en sår tvil om personenes rasjonalitet og realitetsorientering, andre forståelsesformer plasserer personen i sosiale kategorier/posisjoner som personene ikke oppfatter som den primære og relevante i situasjonen (som kone, som kvinne uten mann) og atter andre kategoriseringer tar utgangspunkt i posisjoner i et moralsk univers, som personer uten integritet.

Når klientene kommer til MIA, vet vi at de gjerne vil bli trodd. De vil bli oppfattet som rasjonelle og som verdige. *De ønsker å beholde sin selvrespekt.* De kommer som syke og som arbeidstakere, og vet fra tidligere erfaringer at kvinner med muskelsmerter ikke stiller på samme linje med hensyn til troverdighet og aktverdighet som det personalet som skal hjelpe dem. Det er de som må bevise gjennom å overbevise.

Men er å reetablere selvtillit og selvrespekt en oppgave for offentlig politikk, for et atferingstiltak eller atferingsmetode? Men som Lane påpekte, kan en gjennom politikken tilstrebe å *unngå fornedrelse og vanære* (Lane 1982). Selve møtet med hjelpeapparatet må være slik at ikke det bidrar til å fornede eller frata en person ære og aktelse, og slik sett bryte ned selvrespekten og selvrespekten som drivkraft for videre utvikling - i og utenfor arbeidsmarkedet. Bryter en ned selvrespekten, ødelegger en samtidig individets handlingskraft og motivasjon. Derfor kan vi også hevde at å reetablere selvtillit og handlekraft er vesentlig ved en atferingsmetodikk. Spørsmålet er hvordan en gjør det. Har MIAs metode her noe å tilføre?

Vi må her konkludere at MIAs tenkning og metodikk med vekt på medvirkning og livskvalitet, egendefinisjon av verdier, nettopp imotekommer en etterspørsel som springer ut fra klientenes tidligere erfaringer, og erfaringer med hjelpeapparatet spesielt. Vi har i kap. 8 pekt på at klientenes erfaringer med MIA tilsier at MIA har klart å gjennomføre sine prinsipper. Vi må derfor konkludere med at MIA-metodikken er godt tilpasset den brukergruppen metodikken er utviklet for.

Litteratur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions*. University of Chicago Press
- Almås, Reidar (1990): *Evaluering på norsk*. Universitetsforlaget. Oslo
- Andreassen, Tone Alm og Lisbeth Grut (1994): *Brukermedvirkning i norsk helsetjeneste. Kartlegging av former for brukermedvirkning som er prøvd ut i norsk helsetjeneste*. Prosjektrapport 142, Byggforsk
- Andreassen, Tone Alm (1995): *Brukermedvirkning for funksjonshemmede - interessepolitikk eller dialog?* Paper til 18. Nordiska Sociologkongressen 9. -11. juni 1995, Helsingfors
- Andreassen, Tone Alm (1998a): «Tidlig intervensjon, men hva slags?» i Fossetøl, Knut (red) *Kompetent utførelsesarbeid* (arbeidstittel) AFI (under utgivelse)
- Andreassen, Tone Alm (1998b) «Ansvarsfraskrivelse og ansvarsovertagelse - et overinngripende hjelpeapparat?» i Fossetøl, Knut (red) *Kompetent utførelsesarbeid* (arbeidstittel) AFI (under utgivelse)
- Asplund, Johan (1987): *Det sociale livets elementära former*. Bokförlaget Korpen, Göteborg
- Aubert, Vilhelm (1985): «Om metoder og teorier i sosiologien», Kap. 9 i *Det skjulte samfunn*. Universitetsforlaget
- Aukrust, Tor (1966): *Mennesket i samfunnet. En sosialetikk*. Bind 2. Forlaget Land og kirke
- Baklien, Bergljot (1985): «Evalueringsforskeren mellom barken og veden» i *Tidsskrift for samfunnsforskning* Vol. 26 s. 457 - 475
- Berger, P. (1979): «In Praise of Particularity: The Concept of Mediating Structures» i Berger, P. (red) *Facing up to Modernity*. Penguin s. 167 - 180
- Berger, P. og H. Kellner (1979): «Marriage and the Construction of Reality» i Berger, P. (red) *Facing up to Modernity*. Penguin s. 27 - 47
- Brage, S. og Gunnar Tellnes (1992): «ICPC i allmennpraksis» i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. Vol. 112:2656-9
- Brandt, Berit (1984): «Individuelle handlingsstrategier» i Berit Brandt, Svein Johansen, Hjørdis Kaul og Arne Svarva: *Krav og tilpasninger i arbeidet*. IFIM
- Brown, Roger (1965): *Social Psychology*. The Free Press, New York
- Dahl, Espen (1985): *Langtidssykemeldte - hvor kommer de fra, hva slags hjelp får de og hvor går de hen?* Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr. 9
- Denzin, Norman K. (1990): *Interpretive Interactionism*. Applied Social Research Methods Series. Volum 16 Sage
- Dæhli, Bjørg (1993): «Kan fibromyalgiepidemien forklares? Om fibromyalgi som forskningsproblem» i B. Schei, G. Botten og J. Sundby (red) *Kvinnemedisin*. Ad Notam, Gyldendal
- Elstad, Jon Ivar (1993): *Konfliktfylte møter. Om uoverensstemmelser i konsultasjoner mellom kvinnelige pasienter og leger*. Paper ved den 17. nordiske sosiologkongressen. Gävle 13. - 15. august 1993. 25 s.
- Elstad, Jon Ivar (1994): «Selvrapportert fibromyalgi blant kvinner 36 - 55 år» i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, nr. 8, vol. 114:914-917
- Eriksen, Jon og Siri Næss og Vibeke Thoresen (1989): *Jeg må jo egentlig være fornøyd. Livskvalitet hos unge funksjonshemmede*. Rapport nr. 12. INAS

- Glennie, Anette og Marija Rokic, (1995): *Metodebok. Gruppebasert tverrfaglig utførelsesmetode for personer med yrkeshemmende muskelsmertetilstander*. Arbeidsdirektoratet
- Goffman, Erving (1967): *Interaction Ritual Essays on Face-to-Face Behavior*. Anchor Books
- Grimsmo, Asbjørn, Bjørg Aase Sørensen og Odd Løkke (1993): *Det moderne tjenerskap: varm på beina, kald i hjertet? Noen sider ved arbeidsmiljøet i tjenesteyting*. Rapport nr. 12. Arbeidsforskningsinstituttet. Oslo
- Gutman, Amy (red) (1995): *Det mångkulturella samhället och erkännandes politik*. Daidalos
- Høgsbro, K. (1992): *Sociale problemer & selvorganiseret selvhjælp i Danmark*, Fredriksberg: Samfunnslitteratur
- Ingelstam, L. (1987): «Industrisamhällets framtid och det dagliga livet» i L. Ingelstam (red) *Tid, boende, teknik*. En forskarantologi från projektet Teknik som lokal verklighet. Byggeforskningsrådet. Stockholm
- Jones E. E., & Davis, K. E. (1965): «From acts to dispositions: The attribution process in person perception». In L. Berkowitz (Ed): *Advances in experimental social psychology* (vol. 2, pp. 220 - 266). New York: Academic press
- Kidder, Louise og Charles m. Judd (1986): *Research methods in social relations*. Holt, Rinehart og Winston, New York
- Kalleberg, Ragnvald (1984): «Demokratisering av foretak» i Hagtvedt og Lafferty (red.) *Demokrati og demokratisering*, H. Aschehoug & Co.
- Kitterød, Ragni Hege (1995): *Tid nok - men hva så? Tidsbruk og tidsopplevelse blant langtidsarbeidsledige*. Rapport nr. 20. Statistisk sentralbyrå
- Kitterød, Ragni Hege (1996): «Mer uformell omsorg fra hushold til hushold» i *Samfunnsspeilet* s. 30 - 38
- Kjellstad, Randi (1990): *Yrkesdeltaking, yrkesinntekt og uførepensjonering*. Rapport 3, INAS
- Kjølsrød, Lise (1981): «Å bo som livsprosjekt» i *Kontrast* nr. 6, Pax forlag, Oslo
- Kogstad, Odd (1988): «Fibromyalgi (fibrositt) Smertesyndrom med hetrogene årsaksforhold» i *Tidsskrift for den norske Lægeforening*. nr. 32, 108. s. 2997 - 3000
- Kvale, S. (1989): «To Validate is to Question» i Kvale (red) *Issues of Validity in Qualitative Research*, Studentlitteratur, Lund
- Lafferty, William M. (1986): Den sosialdemokratiske stat. *Nytt norsk Tidsskrift*, vol. 1, s. 23 - 37
- Lane, Robert (1982): «Should Government be concerned with Self-esteem?» i *Political Theory*, vol. 10, nr. 1 s. 5 - 31
- Larsen, Henrik (1991): «Brugerinflydelse i den offentlige sektor. Gør det nogen forskel?» i *Nordisk Administrativ Tidsskrift* 2/1991
- Leira, H. (1990): «Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse» del 1 og 2. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 1 - 2, 1980
- Lilleaas, Ulla-Britt (1991): *For var jeg et arbeidsjern. Kvinner med muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv*. Institutt for forebyggende medisin, Universitetet i Oslo
- Lipsky, M. (1980): *Street-Level Bureaucracy*, Russel Sage Foundation, New York
- Malt, Ulrik (1989): Somatisering. Legemiddel og samfunn, s. 420 - 421
- Malterud, Kirsti (1987): Fibrosittpasienter - eller kvinner som strekker seg for langt?» i *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, nr. 30, vol. 107 s. 2648 - 2649
- Malterud, Kirsti (1993a): «Vanlige helseplager hos kvinner - ubestemte og diffuse?» i B. Schei, G. Botten og J. Sundby (red) *Kvinnemedisin*. Ad Notam, Gyldendal
- Malterud, Kirsti (1993b): «Klinisk kunnskap - fakta eller noe mer? Noen kunnskapsteoretiske synspunkter» i *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, nr. 26, vol. 113. s. 3248 - 3250

- Mastekaasa, A. og T. Moum, S. Næss og T. Sørensen (1988): *Livskvalitetsforskning* i Rapport 88:6, Institutt for samfunnsforskning
- Melhus, M. og T. Borchrevink (1984): «Husarbeid: Tidsbinding av kvinner» i I. Rudi (red) *Myk start - hard landing. Kvinners levekår og livsløp*. Universitetsforlaget. Oslo
- Midre, Georg (1990): *Bot, bedring eller brød? Om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til folketrygden*. Universitetsforlaget
- Miller, Tom (1980): *Medborgardeltagande. Politisk inflytande eller ...?* Byggeforskningsrådet, T4:1980, Stockholm
- Morris, Lydia (1990): *The Workings of the Household*. Polity Press
- Måseide, Per (1991): «Normale og unormale gale» i D. Album og G. Midre (red) *Mellom idealer og realiteter*. Ad Notam
- Næss, Siri (1986): *Yrkeskvinne - husmor? Gifte kvinners livskvalitet*. Rapport nr. 3 Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning, Oslo
- Nørve, Siri (1978): «Bevisstgjøring» i *PAX Leksikon*, Pax forlag, Oslo
- Nørve, Siri (1984): «Ta tingene alvorlig! Identitet og materiell i hverdagslivet» i Forskargruppen för det nya vardagslivet: *Det nya vardagslivet*. Kommitteen för jämställdhetsfrågor. Nordisk Ministerråd
- Nørve, Siri (1996): «Kvinnens doble marginalisering. Hva skjer med kvinner med muskelsmerter?» Den 2. nasjonale konferanse om marginalisering og integrasjon på arbeidsmarkedet. *INAS-rapport 96:4*, INAS 1996
- Nørve, Siri og Oddrun Sæter (1996): *Levende bydel? Evaluering av utviklingen av områdeforvaltning i fire bydeler i Oslo*. Prosjektrapport 203. Byggforsk
- Oraug, Johs. (1982): «Medvirkningsplanlegging» i *Plan og arbeid*, nr. 3, s. 130 - 134
- Pedersen, Jan Tore (1996): *Klientene og den offentlige sandkasse. Kampen om etatsgrense og resultatene av å rive dem*. Kommuneforlaget
- Rokic, Marija og Anette Glenne (1996): *MIA - Muskelsmerteprojektet i arbeidsmarkedsetaten. Sluttrapport*. Mai 1996. Arbeidsdirektoratet
- Rothstein, B. (1994): «Statens neutralitet och frågan om det gode livet» i Eriksen E. O. (red) *Den politiske orden*, TANO
- Sande, Allan (1992): *Kjønnsdelt arbeid i omstilling*. NF-arbeidsnotat nr. 1036, Nordlandsforskning
- Schein, Edgar H. (1980): *Organisasjonspsykologi*. TANO. Oslo
- Schaanning, Espen (1992): *Modernitets oppløsning*. Spartacus forlag. Oslo
- Scott, J. W. (1992): «Experience» i J. Butler og J. W. Scott (red) *Feminist Theorize the Political*. Routledge
- Sherif, Muzafer og Carolyn Sherif (1969): *Social Psychology*. Harper og Row, New York
- Smith, Dorothy (1987): *The Everyday World as Problematic*. Open University Press
- Sponsveen, Kåre-Leiv (1987): «Fibromyalgi - en ny sykdom?» i *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, nr. 30, vol. 107, s. 2646 - 2647
- Staff, Peer H. (1995): «Fibromyalgi - behandlingsstrategi» i Unni Gunvaldsen Abusdal og Bård Natvig (red) *Fibromyalgi? En bok om muskelsmerter*. TANO. Oslo
- Stein, Ruth E. K., m.fl. (1993): «Framework for identifying children who have chronic conditions: The case for a new definition» i *The Journal of Pediatrics*, volum 122, nr. 3, s. 342 - 347
- Sundby, Per (1987): Intervju i Sosial Trygd nr. 4, 1987, s. 12 - 17
- Sundby, Per (1995): «Legens dilemma som trygdens forvalter: Hjelper eller kontrollør» i A. Kjønstad, A. Hatland og B. Halvorsen (red) *Det norske trygdesystemet - fortid, nåtid og framtid*. Ad Notam, Gyldendal

- Tellnes, Gunnar og Søren Brage, Ellen M. Håland og Åse Brødholt (1992): «Hvilke symptomer fører til sykemelding? ICPC-coding av pasienters egne vurderinger i allmennpraksis» i *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, nr. 15, 112 s. 1985 - 1988
- Thune, O. og P. Kristoffersen (1995): *Avslag på uførepensjon. Hva er viktigste kilde til livsopphold etterpå?* Rapport 2, 1995, Rikstrygdeverkets utredningsavdeling
- Walmann, Bjørn (1987): Intervju i *Sosial Trygd* nr. 4, 1987, s. 12 - 17
- Wærness, Kari (1982): «Kvinner og trygd» i Wærness: *Kvinneperspektiv på sosialpolitikken*. Universitetsforlaget, s. 47 - 70
- Ørsal, Gro (1996): «Er Staff en straff?» i *Sosial Trygd* nr. 5.
- Ørstavik, S. (1995): «Hjelp - et dilemma. Om pasienters medvirkning i behandlingen». Hovedfagsoppgave i sosiologi, Institutt for Sosiologi, Universitetet i Oslo

Offentlige utredninger, innstillinger og statistikk

- Norges Offentlige Utredninger: Levekårsundersøkelsen - Sluttrapport. NOU 1976:28
- Norges Offentlige Utredninger: Flere gode levekår for alle. Forebyggingsstrategier. NOU 1991:10
- Norges Offisielle Statistikk (1992): Levekårsundersøkelsen 1991. NOS C43
- Stortingsmelding nr. 4 (1988 - 89): Langtidsprogrammet 1990 - 1993. Finans- og tolldepartementet
- Stortingsmelding nr. 39 (1991 - 92): Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenges og uførepensjon (Attføringsmeldinga). Arbeids- og administrasjonsdepartementet
- Stortingsmelding nr. 70 (1991 - 92): Likestillingspolitikk for 1990-åra. Barne- og familiedepartementet
- Stortingsmelding nr. 4 (1992 - 93): Langtidsprogrammet 1994 - 1997. Finans- og tolldepartementet
- Stortingsmelding nr. 37 (1992 - 93): Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosialdepartementet
- Stortingsmelding nr. 35 (1994 - 95): Velferdsmeldingen. Sosial- og helsedepartementet
- Stortingsproposisjon nr. 1 (1990 - 1991): Statsbudsjettet. Finans- og tolldepartementet
- Stortingsproposisjon nr. 1 (1991 - 1992) - Tillegg nr. 1: Om omorganisering av arbeidsmarkedsetatens andrelinjetjeneste. Arbeids- og administrasjonsdepartementet

Vedlegg 1

Matrise som viser gjennomsnittsskorer for ulike verdier knyttet til lønnet arbeid, fordelt på alder, samlivsstatus og utdanningens lengde

	Alle	Alder		Samlivsstatus			Utdanningens varighet		
		U.40	o 40	Gift	Skilt	Ugift	7år	8-12år	13 -
Bruke evner/egensk.	3.81	4.78	3.51	4.24	4.17	5.43	3.63	3.92	4.21
Personlige utviklingsm.	3.17	3.13	3.00	3.20	3.25	1.86	3.08	3.42	3.29
Knyttet til min selvspekt	3.06	2.63	3.03	2.68	3.50	2.00	3.15	3.00	2.57
Utfører yrket er utdannet i	2.46	2.41	2.54	2.15	2.33	2.43	2.45	3.17	2.64
Trives med mine kollegaer	2.32	2.16	2.67	2.56	3.17	1.43	2.48	2.08	1.71
Treffe andre mennesker	2.30	2.44	1.92	2.46	1.67	2.29	2.40	1.50	2.14
Være til nytte i samfunnet	2.10	1.91	1.87	1.85	2.00	2.57	2.08	2.42	1.79
Får anerkjennelse	1.69	1.63	1.72	1.80	1.25	2.00	1.61	1.92	1.86
Komme hjemmenfra	1.64	1.56	1.74	1.88	1.25	1.43	1.76	1.17	1.36
Fordi andre krever det	1.56	1.53	1.44	1.46	1.25	1.29	1.55	1.33	1.64
Hjelpe andre mennesker	1.54	1.50	1.41	1.54	1.33	1.43	1.48	1.92	1.36
Unngå ensomhet	1.43	1.56	1.26	1.41	1.08	1.57	1.48	1.17	1.36
Trives innh. av jobben	1.41	1.25	1.64	1.34	1.08	1.00	1.63	1.17	1.14
Komme videre i mitt yrke	1.41	1.59	1.74	1.49	1.25	1.00	1.45	1.33	1.57
Arbeidet gir meg status	1.32	1.38	1.23	1.27	1.25	1.57	1.32	1.17	1.43
Antall	81	32	39	41	12	7	62	12	14

Vedlegg 2

Matrise som viser overganger fra situasjoner før intervensjon til situasjoner ett år etter intervensjon

FØR-SITUASJONEN											
ETTER I ÅR	ARB 100.	ARB SYK 50/50	ARB ATT 50/50	ARB UFØ. 50/50	DAG P. 100	SYK P. 100	ATT 100	ARB STØ. 0/50	ANNEN STØ.	ARB STØ. 0/0	SUM
100 % ARB.	5	4				9	3				21
ARB/- 50/0						1					1
ARB/ SYK 50/50	2					2					4
ARB/ ATT 50/50			2			4	1				7
ARB/ UFØ 50/50	1		1	1							3
100 % DAGP.						1					1
100 % SYKP.						2					2
100 % ATTF.			1		2	15	7	1		1	27
100 % ufør					1		1				2
ANNEN stø.									1		1
ARB/ STØNA D 0/0					1	1				1	3
SUM	8	4	4	1	4	35	12	1	1	2	72

